



การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชลบุรี

The Development of a Care Model for Patients with Depression in Chronic Disease Chonburi Hospital

ทัศนีย์ เชื้อมทอง¹ อาริรัช จ่านงค์ผล¹ กรรณิชน์ ทองชัย¹

Tusanee Choumthong¹ Areerat Chamnongpol¹ Kornrat Thongchoi¹

¹โรงพยาบาลชลบุรี

¹Chonburi Hospital

Corresponding author: Tusanee Choumthong; Email: tchoumthong@gmail.com

Received: April 20, 2022 Revised: June 4, 2022 Accepted: June 24, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชลบุรี การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการทบทวนเวชระเบียนจำนวน 30 ราย สันทนากลุ่มพยาบาลและสัมภาษณ์ผู้ป่วย ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ตามกรอบแนวคิดของโดนาปีเดียน และระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแล กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง จำนวน 70 คน และกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย แบบวัดความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ผลการวิจัย ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านโครงสร้าง ได้แก่ บุคลากร แนวทางการดูแล ระบบการสื่อสาร และการติดตามผลลัพธ์ 2) ด้านกระบวนการ ได้แก่ การประกาศเป็นนโยบายและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแล การดำเนินการตามแนวทางการดูแล การสื่อสาร และการติดตามผลลัพธ์ 3) ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล และความปลอดภัยจากการทำร้ายตัวเองของผู้รับบริการ ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติตามแนวทางการดูแล และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลของผู้ให้บริการ หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยไม่มีความคิดทำร้ายตัวเอง ไม่เกิดอุบัติเหตุการฉีกทำร้ายตัวเอง และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล อยู่ในระดับมากที่สุด พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล มากกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า; โรคเรื้อรัง; รูปแบบการดูแล



The Development of a Care Model for Patients with Depression in Chronic Disease Chonburi Hospital

Tusanee Choumthong¹ Areerat Chamnongpol¹ Kornrat Thongchoi¹

¹Chonburi Hospital

Corresponding author: Tusanee Choumthong; Email: tcoumthong@gmail.com

Received: April 20, 2022 Revised: June 4, 2022 Accepted: June 24, 2022

Abstract

The aim of this research and development study were to develop a care model for patients with depression in chronic disease in Chonburi hospital and to investigate the outcomes of the care model. Three phases of research were conducted, including 1) situation analysis by reviewing medical records, nurse focus group discussions, and patient interviews, 2) development of the care model for patients with depression in chronic disease based on the Donabedian framework, and 3) outcome evaluation of the care model with the sample of 70 chronic disease patients and 110 professional nurses. The research instruments used were a depression assessment form, patient satisfaction assessment form, knowledge assessment form, compliance assessment form and the professional nurse satisfaction assessment form. The results showed that the care model for patients with depression in chronic disease, Chonburi hospital, consisted of 3 components: 1) structure: personnel, care guidelines, communication system, and outcome indicators, 2) process: announcement of a policy and deployment into practice, training on care guidelines, implementation of the care guidelines, communicating and monitoring outcomes, 3) outcomes: depression, satisfaction with the care model and safety from suicide attempts by patients, knowledge, guideline compliance, and satisfaction with the care model of nurses. After implementing the model, it was found that depression among chronic disease patients was significantly reduced at the .05 level. The patients had no thoughts of self-harm, no incidence of suicide and patients were satisfied with the care model at the highest level. The nurses had a statistically significant increase in knowledge at the .05 level, followed practice guidelines, and were more satisfied with the model than the target of 80% at a statistically significant level of .05.

Keywords: depression; chronic disease; care model



ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่พบได้ทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO)¹ ในปี ค.ศ. 2017 มีสถิติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 32² ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก โดยพบประมาณร้อยละ 5 ในวัยผู้ใหญ่ และร้อยละ 5.7 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ภาวะซึมเศร้าสามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ โดยพบว่า ผู้มีภาวะซึมเศร้ามีความคิดอยากตายถึงร้อยละ 60 และฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 15² ภาวะซึมเศร้าหมายถึง อาการที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ ร่างกายและพฤติกรรม มีลักษณะความผิดปกติทางอารมณ์ที่ชัดเจน อาการสำคัญที่พบบ่อย ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้าท้อแท้ เบื่อหน่ายหงุดหงิด ไม่สนใจในสิ่งที่เคยทำ มีความคิดด้านลบ ต่ำห็นตนเอง รู้สึกตนเองไม่มีค่า คิดช้า ความจำเสื่อม ขาดสมาธิ ไม่มีแรง เบื่ออาหาร น้ำหนักลดนอนไม่หลับ และมีความคิดอยากตายโดยมีอาการเหล่านี้อย่างน้อย 2 สัปดาห์³ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาท พันธุกรรม เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต บุคลิกภาพส่วนตัวในด้านสังคม เช่น สถานะทางสังคม เศรษฐกิจ ความลำบากยากจน ความขาดแคลนในการดำรงชีวิต ความเปล่าเปลี่ยว การแยกตัว และความเครียด ภาระงานมากเกินไป สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี การอบรมเลี้ยงดู ความเชื่อ และศาสนา การดื่มสุรา ยาคุมกำเนิด ยารักษาโรคหัวใจ ยาลดความดันโลหิตสูงบางชนิด และโรคทางกาย²⁻³

จากรายงานการศึกษาภาวะโรคขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายมีภาวะซึมเศร้าเป็นโรคร่วม และมีภาวะทุพพลภาพจากภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ⁴ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังทางกายมีภาวะซึมเศร้า ประมาณอย่างน้อยร้อยละ 20 และพบเป็นสองเท่าของอัตราที่พบในประชากรทั่วไป⁵ ซึ่งปัจจุบันโรคเรื้อรังทางกาย ที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน⁶⁻⁷ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยประมาณ 17-27% โรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยประมาณ 10-24%⁴ โรคถุงลมโป่งพองมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยประมาณ 20-50% โรคมะเร็ง มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ประมาณ 10-38% โรคเส้นเลือดในสมองตีบหรือแตกมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ประมาณ 14-19% พาร์กินสันมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ประมาณ 35% รวมถึงอาการปวดเรื้อรังพบปัญหาภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย 30-54%⁸ ภาวะซึมเศร้าก่อให้เกิดผลกระทบต่อการร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าทำให้อาการของโรคเรื้อรังทางกายรุนแรงมากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ส่งผลต่อการฟื้นฟูหายจากอาการเจ็บป่วยทางกาย⁹ เนื่องจากอารมณ์ซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยขาดพลังกายและพลังใจ ทำให้ความสามารถดูแลตนเองลดลงไป หลีกเลียงกิจกรรมประจำวัน ไม่สนใจฟื้นฟูดูแลสุขภาพร่างกาย ไม่ร่วมมือ ไม่สนใจดูแลตนเอง การนอนหลับไม่ดี ทำให้ผลการรักษาโรคไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดกำลังใจ สิ้นหวัง รู้สึกไม่มีประโยชน์ เกิดความกังวลว่าตนเองเป็นภาระของบุคคลใกล้ชิด รู้สึกไร้ค่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และเป็นสาเหตุสำคัญอันดับแรกที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังฆ่าตัวตายสำเร็จ¹⁰ โดยพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 19.4¹⁰

ดังนั้นจึงมีความสำคัญและจำเป็นที่พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ให้การดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จะต้องมีการประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สื่อสารข้อมูลกับทีมผู้ให้การดูแล เพื่อเฝ้าระวังและรีบให้การดูแลรักษาได้ทันเวลาจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง สามารถป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงหรือผลกระทบที่รุนแรงตามมาได้¹⁰ ช่วยตอบสนองเป้าหมายของโรงพยาบาล ในด้านคุณภาพและความปลอดภัย ตอบสนองนโยบายและแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพระบบบริการและวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช เป้าประสงค์ : 2.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต¹¹ และตอบสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม พัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพจิต¹²

โรงพยาบาลชลบุรี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 850 เตียง จากข้อมูลสถิติผู้มารับบริการมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน เฉลี่ย 50,091 รายต่อปี โรคที่พบมาก 5 ลำดับแรกส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง จำนวน 7,375 ราย



คิดเป็นร้อยละ 14.72 โรคเบาหวาน จำนวน 4,821 ราย คิดเป็น ร้อยละ 9.62 โรคหัวใจจำนวน 3,434 ราย คิดเป็น ร้อยละ 6.86 โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1,710 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.41 และโรคทางเดินหายใจเรื้อรังจำนวน 1,016 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2.03¹³ นอกจากนี้ยังพบว่า ในปี พ.ศ. 2556, 2557 และปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ฆ่าตัวตายสำเร็จในหอผู้ป่วยจำนวน 1 ราย, 1 ราย และ 2 ราย ตามลำดับ¹⁴ จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยพยายามทำร้ายตัวเอง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ในปี พ.ศ. 2561- 2563 พบว่า สาเหตุมาจากมีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย ร้อยละ 14.4, 19.4, และ 21.1 ตามลำดับ¹³ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และจากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลชลบุรี พบว่า ยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยยังพร่องความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง รวมทั้งระบบการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแล และการติดตามประเมินผลลัพธ์ยังไม่ชัดเจน

จากปัญหาสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นที่จะต้องศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรี เนื่องจากเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ ต้นทุนค่าใช้จ่ายขององค์กร สังคม และประเทศชาติ ผลที่ได้จากการศึกษานี้ จะทำให้โรงพยาบาลชลบุรี มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือได้อย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลชลบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรี
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรี

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชลบุรี ระยะเวลาดำเนินการในช่วงเดือน เมษายน 2564 – มีนาคม 2565

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชลบุรี ตามเอกสารเลขที่ 30/2564 รหัสวิจัย 11/64/Nq โดยพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยและการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยมีขั้นตอนการวิจัยเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลชลบุรี ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพของ โดนาบีเดียน¹⁵ 3 ด้านได้แก่ ด้านโครงสร้าง (structure) ด้านกระบวนการ (process) และด้านผลลัพธ์ (output) ในช่วงเดือน เมษายน พ.ศ.2564 โดยวิธีการสุ่มทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 30 ราย ทบทวนรายงานอุบัติการณ์การทำร้ายตัวเองของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้วิจัยสนทนากลุ่ม (focus group) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย อายุกรรม พยาบาลจิตเวช และผู้เกี่ยวข้อง ในด้านการดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง



ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 9 คน และสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 8 คน เครื่องมือวิจัยที่ใช้ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผลการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย บันทึก รายงานอุบัติการณ์ แบบสนทนากลุ่ม (focus group) แบบมีโครงสร้าง แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะซึมเศร้า แบบมีโครงสร้าง จากนั้นผู้วิจัยสรุปสถานการณ์และประเด็นปัญหาการดูแล

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรี ดำเนินการ ในช่วงเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ.2564 ตามลำดับดังนี้

1) ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า การสร้าง รูปแบบ และการพัฒนาคุณภาพการดูแล ประมวลข้อมูลทั้งจากแนวคิด ทฤษฎี และจากผลการศึกษาศาสนาการดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลชลบุรี ที่ได้จากในระยะที่ 1 นำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการดูแล

2) กำหนดทีมที่เกี่ยวข้อง และบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย ทีมการพยาบาล และแพทย์ที่ปรึกษา

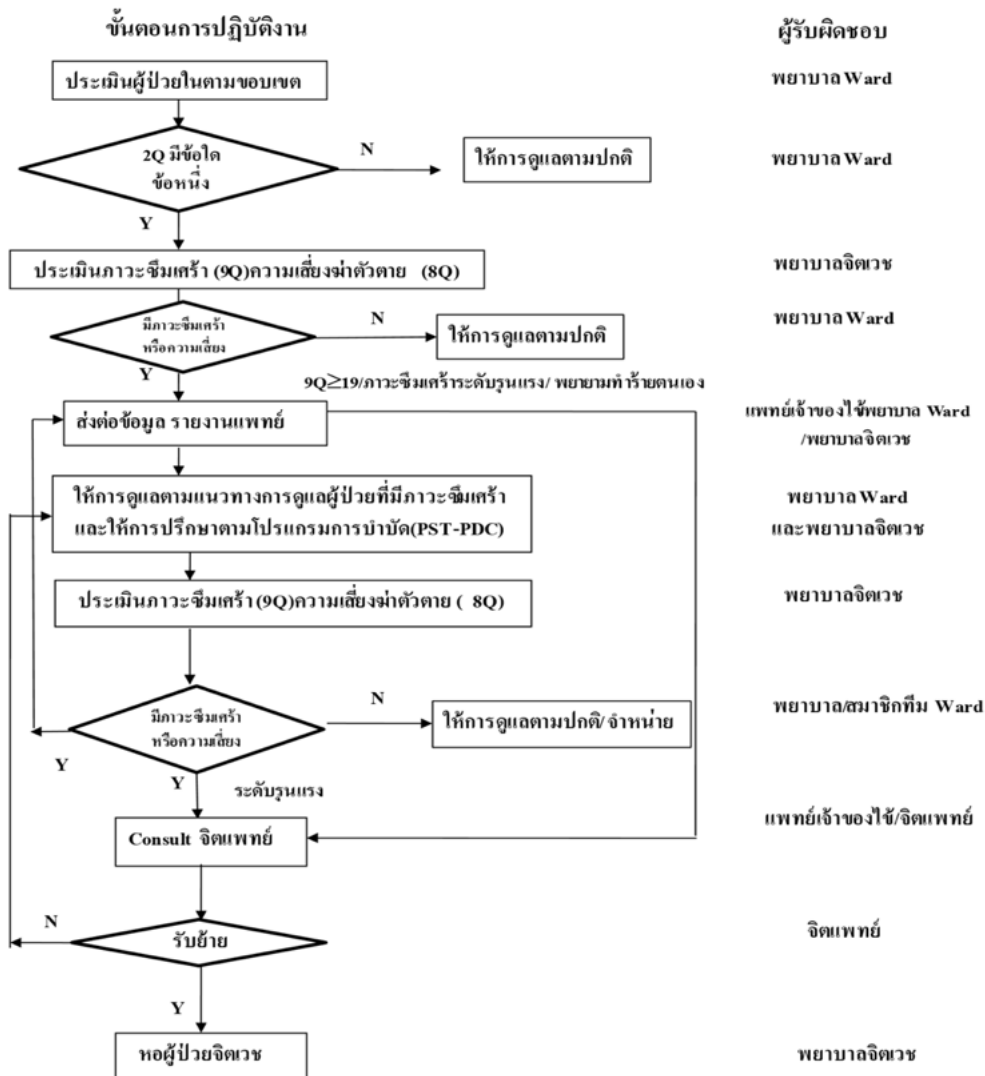
3) ร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรี โดยผู้วิจัยจัดประชุมระดมสมอง ร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ปัญหา และโอกาสพัฒนารูปแบบการดูแล ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วยจนจำหน่าย พร้อมทั้งกำหนดผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแล ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาคูณาของ โดนาปีเตียน¹⁵ ครอบคลุมองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง (structure) ด้านกระบวนการ (process) และด้านผลลัพธ์ (output)

4) พัฒนาเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง (ดังภาพที่ 1) จากแนวคิดทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC)¹⁶ เพื่อใช้ประกอบในรูปแบบการดูแล

5) ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรี และเครื่องมือวิจัย ที่ได้ นำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อพิจารณาความสอดคล้อง เหมาะสม เมื่อได้รับคำแนะนำ ผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไข จนได้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรี และเครื่องมือวิจัย

6) ผู้วิจัยนำรูปแบบการดูแล และเครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ กับกลุ่ม ตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมชาย พยาบาลจิตเวช ที่มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 15 คน และผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคเบาหวาน ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้า โดยประเมินจากแบบประเมิน 2Q พบมี 1 ข้อขึ้นไปและ 9Q พบว่า มีคะแนน 7-18 (ระดับน้อย ถึงปานกลาง) มีวันนอนโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 วัน และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ จำนวน 5 คน ในช่วงเดือน พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ.2564 และนำผลการทดลองใช้ มาปรับปรุงรูปแบบการดูแล และแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

7) ผู้วิจัยจัดประชุมอบรมเพื่อเพิ่มความรู้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 2 วัน ประชุมชี้แจงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำสู่การปฏิบัติ ใช้ระบบการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแล การติดตามผลลัพธ์ และวิเคราะห์ประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง



ภาพที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่พัฒนาขึ้น โดยนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง ในด้านภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจ และความปลอดภัยจากการทำร้ายตัวเองของผู้ป่วย ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง การปฏิบัติตามรูปแบบการดูแล ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ในช่วงเดือน กันยายน-ธันวาคม พ.ศ.2564 กลุ่มตัวอย่างได้แก่

3.1 ผู้ให้บริการ คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม พิเศษอายุรกรรม และหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี ในช่วงเดือนกันยายน – ธันวาคม พ.ศ. 2564 ที่มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอด และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยใช้พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดทุกคนที่เข้าเกณฑ์ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 110 คน

3.2 ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ป่วยด้วยโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคเบาหวาน ที่เข้าพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม พิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี ในช่วง



เดือนกันยายน-ธันวาคม พ.ศ.2564 จำนวน 70 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้ มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้า โดยประเมินจากแบบประเมิน 2Q พบมี 1 ข้อขึ้นไปและ 9Q พบว่ามีคะแนน 7-18 (ระดับน้อยถึงปานกลาง) มีวันนอนโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 วัน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยวิกฤต เช่น ใส่เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยประเมินจากแบบประเมิน 9Q พบว่ามีคะแนน ≥ 19 หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง โดยประเมินจากแบบประเมิน 8Q พบว่ามีคะแนน ≥ 17

เกณฑ์ถอนออก (Withdrawal criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอด เช่น มีอาการทรุดลง จำหน่ายหรือย้ายก่อนสิ้นสุดการดูแล

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการจากการเปิดตารางสำเร็จรูป (Cohen's table) ทดสอบแบบทางเดียว โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 และขนาดอิทธิพลของตัวแปร (Effect size) เท่ากับ .50 นำค่าที่ได้มาเปิดตารางสำเร็จรูปจะต้องใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 64 ราย แต่เพื่อป้องกันข้อมูลขาดหายจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการเพิ่มอีก 10% รวมเป็นจำนวน 70 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์สำหรับผู้รับบริการ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค เข้านอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาลมานาน และคะแนนภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q ที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต³

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชลบุรี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์สำหรับผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ตำแหน่ง ประสิทธิภาพ ท่อผู้ป่วย/หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากแบบวัดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต³ เป็นแบบคำถามให้เลือกตอบ ถูก ผิด จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากขั้นตอนการปฏิบัติที่กำหนดในแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ จำนวน 9 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 คน หัวหน้าพยาบาล พยาบาลวิชาชีพด้านอายุรกรรม จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังมีค่า CVI=.97 แบบวัดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพมีค่า CVI=.97 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล



ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพมีค่า $CVI=.98$ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังมีค่า $CVI=1$ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง มีค่า $CVI=1$

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับพยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลชลบุรีที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวนกลุ่มละ 30 ราย ตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้แก่ แบบวัดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ มีค่า $reliability=.94$ มีความยากง่ายระหว่าง .20-.78 ค่าอำนาจจำแนกระหว่าง .20-.64 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ มีค่า $reliability=.91$ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังมีค่า $reliability=.90$ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังมีค่า $reliability=.96$

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ภาวะซึมเศร้า ความคิดทำร้ายตัวเองและจำนวนอุบัติเหตุทำร้ายตัวเอง ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความรู้ การปฏิบัติตามรูปแบบการดูแล และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล และคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (paired t-test)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วย การปฏิบัติตามแนวทางการดูแล ของพยาบาลวิชาชีพ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบการดูแล กับเกณฑ์ค่าเป้าหมายตัวชี้วัดของหน่วยงานร้อยละ 80 โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (one-sample t-test)

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์การดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลชลบุรี จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย รายงานอุบัติการณ์การทำร้ายตัวเองของผู้ป่วย การสนทนากลุ่ม (focus group) พยาบาล และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบข้อมูลดังนี้

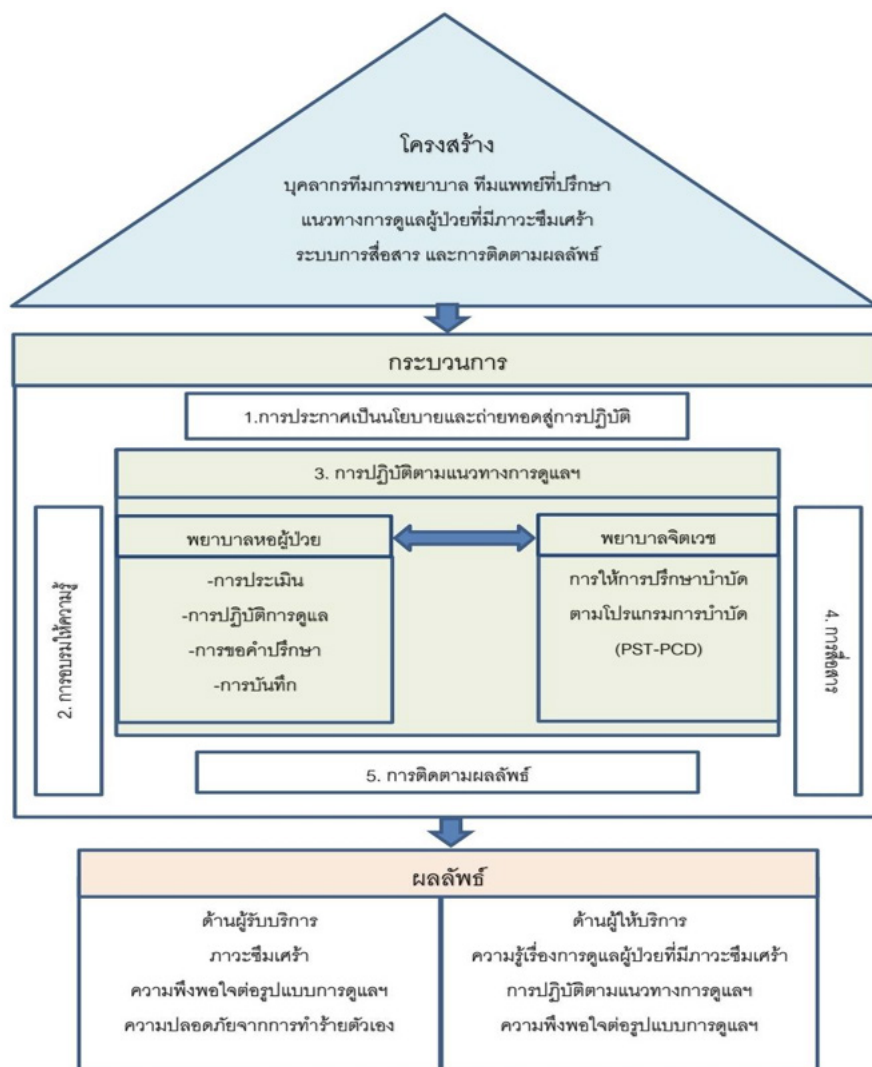
1.1. ด้านโครงสร้าง ได้แก่ บุคลากรพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยยังไม่มีความรู้ ทักษะการประเมิน และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า บทบาทหน้าที่พยาบาลไม่ชัดเจน ไม่มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ไม่มีโปรแกรมการบำบัดภาวะซึมเศร้าที่ใช้เป็นแนวทางเดียวกัน ระบบการสื่อสารระหว่างทีมไม่ชัดเจน ไม่ได้กำหนดการติดตามตัวชี้วัดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

1.2. ด้านกระบวนการ ได้แก่ การประเมินและการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ตามกระบวนการพยาบาลไม่ต่อเนื่อง ไม่มีรูปแบบแนวทางการดูแลที่ชัดเจน บุคลากรไม่ทราบขั้นตอนการปฏิบัติและการสื่อสารกับทีมทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน การบันทึกทางการแพทย์ไม่ครอบคลุมต่อเนื่อง ขาดการติดตามผลลัพธ์การดูแล

1.3. ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ไม่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าต่อเนื่อง และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ผู้ป่วยบางคนมีความคิดทำร้ายตัวเอง ผู้ป่วยและพยาบาล ไม่พึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในปัจจุบัน



2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรี รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรีที่พัฒนาขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และแนวคิดการพัฒนาคุณภาพของ โดนาปีเตียน¹⁵ ประกอบด้วย 3 ด้านคือ 1) ด้านโครงสร้าง ได้แก่ บุคลากร มีทีมการพยาบาลและทีมแพทย์ที่ปรึกษา มีแนวทางการดูแล ระบบการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแล การติดตามผลลัพธ์ 2) ด้านกระบวนการ ได้แก่ การประกาศเป็นนโยบายและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ การอบรมให้ความรู้พยาบาลเกี่ยวกับแนวทางการดูแล การดำเนินการตามแนวทางการดูแล การสื่อสาร และการติดตามผลลัพธ์ 3) ด้านผลลัพธ์ มีการประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล และความปลอดภัยจากการทำร้ายตัวเองของผู้รับบริการ ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติตามแนวทางการดูแล และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลของผู้ให้บริการ โดยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรีที่พัฒนาขึ้น ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรี



3. ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรี ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.6 มีอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 44.3 มีอายุเฉลี่ย 53.94 ปี (SD=17.21) ส่วนใหญ่มีการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 44.3 อาชีพว่างงาน ร้อยละ 47.1 รายได้เพียงพอ ร้อยละ 64.3 แหล่งให้ความช่วยเหลือคือครอบครัว ร้อยละ 94.3 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นมะเร็ง ร้อยละ 44.3 นอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาลมานานเฉลี่ย 8.86 วัน (SD=10.81)

ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแล ส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 68.6 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.4 มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 11.29 (SD=3.89) หลังการพัฒนารูปแบบการดูแล ส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 74.3 และอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 25.7 มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 5.29 (SD=2.51) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนกับหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล ด้วยสถิติ Pair t-test พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการดูแล ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล (n=70)

ภาวะซึมเศร้า	ก่อนการพัฒนารูปแบบดูแล		หลังการพัฒนารูปแบบการดูแล			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (< 7 คะแนน)	-	-	52	74.3		
ระดับน้อย (7-12 คะแนน)	48	68.6	18	25.7		
ระดับปานกลาง (13-18 คะแนน)	22	31.4	-	-		
ระดับรุนแรง (≥ 19 คะแนน)	-	-	-	-		
คะแนนรวม	Mean=11.29	SD=3.89	Mean=5.29	SD=2.51	t=17.81	p=.000*
ภาวะซึมเศร้า						

*p<.05

ความปลอดภัยจากการทำร้ายตัวเอง ของผู้ป่วยขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมีความคิดทำร้ายตัวเอง ร้อยละ 44.3 หลังการพัฒนารูปแบบการดูแล ไม่มีความคิดทำร้ายตัวเอง ร้อยละ 100 และไม่มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังทำร้ายตัวเองขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล

ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ต่อรูปแบบการดูแล พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมีความพึงพอใจรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ และมีความพึงพอใจเฉลี่ยรวมทุกข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=3.80, SD=.27) คิดเป็นร้อยละความพึงพอใจ 94.89 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของร้อยละความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ต่อรูปแบบการดูแล กับเกณฑ์ค่าเป้าหมาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.4 อายุ 20-30 ปี ร้อยละ 63.6 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ >10 ปี ร้อยละ 30.0 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 53.6

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ก่อนการพัฒนา รูปแบบการดูแล ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.2) มีความรู้ในระดับปานกลาง มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 9.78 (SD=.95) หลังการพัฒนา รูปแบบการดูแล ทุกคน (ร้อยละ 100) มีความรู้ในระดับดี มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 13.63 (SD=.70) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแล ด้วยสถิติ Pair t-test พบว่า หลังการพัฒนา รูปแบบการดูแล ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ (n=110)

ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา			
	รูปแบบการดูแล		รูปแบบการดูแล			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับดี (ร้อยละ 80-100)	4	3.6	110	100		
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	97	88.2	-	-		
ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)	9	8.2	-	-		
คะแนนรวมเฉลี่ย	Mean=9.78	SD=.95	Mean=13.63	SD=.70	t=61.83	p=.000*

*p<.05

การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า หลังการพัฒนา รูปแบบการดูแล มีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง อยู่ในระดับดีมาก (Mean=97.65,SD=3.61) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมกับเกณฑ์ค่าเป้าหมาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล มากกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ กับเกณฑ์ค่าเป้าหมายร้อยละ 80 (n=110)

การปฏิบัติ	$\bar{X}$	SD	One-sample t-test		
			$\bar{d}$	t	p-value
เกณฑ์เป้าหมาย	80	-			
ค่าเฉลี่ยของร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ	97.65	3.61	109	51.23	.000*

*p<.05

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=3.50, SD=.30) คิดเป็นร้อยละความพึงพอใจ 87.55 และเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของร้อยละความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ต่อรูปแบบการดูแล กับเกณฑ์ค่าเป้าหมาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชลบุรี สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

1. จากผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลชลบุรี พบประเด็นสำคัญได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามกระบวนการพยาบาลอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง ผู้ป่วยบางคนมีความคิดทำร้ายตัวเอง ผู้ป่วยและพยาบาลไม่พึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในปัจจุบัน อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยโรคทางกาย พยาบาลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ไม่มีความรู้ ไม่เข้าใจวิธีการประเมินคัดกรอง และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ไม่มีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและระหว่างหน่วยงานจิตเวช ขาดการติดตามผลลัพธ์การดูแลด้านจิตใจ ซึ่งการวิเคราะห์สถานการณ์ในการศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดของโดนาปีเดียน¹⁵ ที่มีความครอบคลุมการดำเนินงานขององค์กร ประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ทำให้ทราบถึงรายละเอียดของสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะซึมเศร้าและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังให้มีคุณภาพได้ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ เกษร ไชยวุฒิ¹⁷ ที่ศึกษาการปฏิบัติการในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสันติสุข จังหวัดน่าน พบว่า หน่วยงานไม่มีแบบคัดกรองเตรียมไว้พร้อมใช้ในแผนกผู้ป่วยใน ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า พยาบาลขาดความรู้ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและทักษะการคัดกรอง ด้านกระบวนการพบว่า พยาบาลคัดกรองโดยวิธีการสังเกตและ ด้านผลลัพธ์ ไม่มีการรายงานผลการปฏิบัติการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้านคือ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ โดยผู้วิจัยเริ่มจากการศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาจริงในการทำงาน จากทีมผู้ดูแล ผู้ป่วย และการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของโรงพยาบาล มีองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างครอบคลุม แบบองค์รวม มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับเป้าหมายของโรงพยาบาล ในด้านคุณภาพและความปลอดภัย สอดคล้องกับนโยบายและแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคูณภาพระบบบริการและวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช เป้าประสงค์: 2.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต¹¹ และสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในด้านการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม พัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพจิต¹²

3. ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง ช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง มีภาวะซึมเศร้าลดลง ผู้ป่วยไม่มีความคิดทำร้ายตัวเอง ไม่เกิดอุบัติเหตุทำร้ายตัวเองขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล อยู่ในระดับมากที่สุด พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น มีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ในกระบวนการของรูปแบบการดูแล ที่พัฒนาขึ้น ได้กำหนดให้มีทีมพยาบาล



และทีมแพทย์ที่ปรึกษาให้การดูแลร่วมกัน มีการอบรมให้ความรู้ทีมพยาบาลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มีแนวทางการดูแล ที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ระหว่างทีมสหวิชาชีพ มีโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา สำหรับพยาบาลจิตเวชใช้ในการให้การปรึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้หรือมีมุมมองต่อปัญหาในทางบวกและมีทักษะในการแก้ปัญหา ที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น มีระบบการสื่อสารข้อมูลระหว่างทีมผู้ให้การดูแล ที่สะดวก รวมทั้งมีการติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลได้ครบถ้วน เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังได้รับการดูแลครอบคลุมด้านจิตใจมากขึ้น มีภาวะซึมเศร้าลดลง ปลอดภัยจากการทำร้ายตัวเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริรัตน สุขอร่าม, นงพิมล นิมิตรอนันท์, ศศิธร รุจนเวช¹⁸ ที่พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม การดูแลแบบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ นัฏกานต์ มั่นตะสูตร, สมบัติ สกุลพรรณ, ดาราวรรณ ตะปันทา¹⁹ ที่แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม การบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสามารถนำไปใช้ลดภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลาง ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรกำหนดนโยบาย และสนับสนุนการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน และมีการเตรียมความพร้อมทีมพยาบาลในด้านความรู้ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีทีมพยาบาลจิตเวชเป็นที่ปรึกษา รวมทั้งมีการติดตามประเมินประสิทธิภาพ และประสิทธิผลต่อไป
2. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลควรปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ในทุกหน่วยงาน อย่างต่อเนื่อง
3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง สามารถนำไปขยายผลหรือเป็นแบบอย่างให้ โรงพยาบาลอื่นนำไปใช้ได้ โดยพิจารณาความเหมาะสมตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังในด้านการติดตามผล ภาวะซึมเศร้า ต่อเนื่องหลังจำหน่าย เพื่อการปรับปรุงพัฒนารูปแบบให้ดียิ่งขึ้น
2. ควรมีการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยอื่นๆในโรงพยาบาล โดยการนำกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง ไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.ศุภกิจ เจริญสุข ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ในการเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยครั้งนี้

References

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization;2017.
2. Lortrakul M, Sukanich P. Ramathibodi psychiatry. 4th ed. Department of Psychiatry Science: Faculty of Medicine Ramathibodi Mahidol University; 2015.(in Thai)



3. Department of Mental Health. Handbook of training instructors on depression patient service system for nurses/public health academics. Nonthaburi: Ministry of Public Health;2015.(in Thai)
4. Jiang C Hong, Zhu F, Qin T Ting. Relationships between chronic diseases and depression among middle-aged and elderly people in China: a prospective study from CHARLS. *Current Medical Science* 2020;40(5):858–70.
5. Ould Brahim L, Lambert SD, Feeley N, Coumoundouros C, Schaffler J, McCusker J, et al. The effects of self-management interventions on depressive symptoms in adults with chronic physical disease(s) experiencing depressive symptomatology: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2021;21(1):584.
6. Kanchanapibulong A. Situation report of NCDs, diabetes, high blood pressure and related risk factors 2019. Nonthaburi: Department of Disease Control Ministry of Public Health;2020.(in Thai)
7. World Health Organization. Noncommunicable diseases [internet]. 2020 [cited 2021 April 17]. Available from: https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1.
8. Tisayakorn P. Because physical disease and depression are related [internet].2020 [cited 2021 April 17]. Available from: <https://www.bodyandmindclinicbkk.com/bodyandmindconnection>.(in Thai).
9. Nasif J. The emotional impact of chronic illness. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*.2015;3 (6):1–4.doi:10.15406/jpcpy.2015.03.00177.
10. Gürhan N, Beşer NG, Polat Ü, Koç M. Suicide risk and depression in individuals with chronic illness. *Community Ment Health J*.2019;55(5):840–8.
11. Department of Mental Health. 5-year government action plan (2018–2022) [internet]. [cited 2021 April 17]. Available from: [https://www.dmh.go.th/intranet/p2562/government action plan %205%20years%20Department of Mental Health%20\(B.E.%202063-2565\) %20\(1\).pdf](https://www.dmh.go.th/intranet/p2562/government%20action%20plan%205%20years%20Department%20of%20Mental%20Health%20(B.E.%202063-2565)%20(1).pdf).(in Thai)
12. Ministry of Public Health. Policy of the ministry of public health in 2021[internet]. [cited 2021 April 17]. Available from: <https://www.moph.go.th>.(in Thai)
13. Chonburi Hospital. Statistical report of Chonburi hospital service recipients for the year 2020. Chonburi: Chonburi Hospital;2020.(in Thai)
14. Chonburi Hospital. The incident report patient committed suicide in Chonburi Hospital. Chonburi: Chonburi Hospital;2019.(in Thai)
15. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press;2003.
16. National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines: how to put the evidence into practice: implementation and dissemination strategies toolkit 4. [Internet]. 2000 [cited 2021 Jun 3]. Available from: <http://nla.gov.au/nla.obj-790831275>.
17. Chaiwut G. Nursing practice for depression screening in chronically ill patients, in-patient department, Santisuk Hospital, Nan Province [Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing]. Chiang Mai: Chiang Mai University;2009.(in Thai)
18. Sukaram S, Nimitanan N, Rujanavej S. Effects of a multidisciplinary team’s collaborative care program on the prevention of depression in patients with type 2 diabetes. *Journal of the Royal Thai Army Nursing* 2018;19(special):251–61.(in Thai)



19. Mantasuot N, Sakulphan S, Tapinta D. Effect of problem-solving therapy program on depression among patients with end stage renal disease receiving hemodialysis. *Nursing Journal* 2020;47(1):301–12.(in Thai)