

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์

ศศ. ฤทธิพันธ์ ม่วง

นางสาวอุษา ฤทธิพันธ์ ม่วง
ผู้ศึกษา

ไพฑูริยา บุตรไท

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไตร,
พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์,
พย.ด.

รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์,
พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

ลพ. นิล

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อ. สหะ

รองศาสตราจารย์ไฉ สัทธิมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือจากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภา ยุทธไธร อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์และรองศาสตราจารย์ ดร.อัคราพร สิริหิรัญวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม ผู้ซึ่งให้คำปรึกษา คำแนะนำแนวทางในการศึกษา ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวณ ศรียุคศุทธ ประธานสอบสารนิพนธ์ และแพทย์หญิงปัทมา ศิริเวช กรรมการสอบสารนิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะเพื่อความสมบูรณ์ของสารนิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณนายแพทย์วิญญู ชะนะกุล อาจารย์ ดร. อติดยา พรชัยเกตุ โอว ของ และดร.ภาวินี เผ่ากันทรากกร ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหา และความครอบคลุมของเนื้อหา ที่เป็นประโยชน์ต่อสารนิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต ที่ให้การสนับสนุน ในการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผนก ข (ภาคพิเศษ)

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชทุกขุ และตึกพวงชมพู และผู้ร่วมงานทุกท่าน ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่ให้การสนับสนุน เป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณครอบครัวสุทธิพันธ์มั่งงที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้

อุษา ฤทธิพันธ์มั่งง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์

DEVELOPMENT OF NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR CARING PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER BY TELEPHONE

อุษา ฤทธิ์พันธ์ม่วง 4736916 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ประภา ยุทธไตร, พย.ด., อัจฉราพร สิริหิรัญวงศ์, พย.ด.

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและลดอาการซึมเศร้า โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนการดำเนินการตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Polit & Beck (2008) โดยรวบรวมและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น พบงานวิจัยที่มีคุณภาพ 4 เรื่อง เป็นงานวิจัย Randomized Controlled Trial จากนั้นได้นำมาวิเคราะห์สังเคราะห์ และบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อความตรงเชิงเนื้อหาและนำมาปรับปรุงแก้ไขพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยแบ่งเป็น 3 รูปแบบ คือ 1) การบริหารจัดการดูแลทางโทรศัพท์ 2) การให้สุขภาพจิตศึกษาทางโทรศัพท์ 3) การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย แนวปฏิบัติการพยาบาลได้รับการประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ ที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงาน พบว่ามีความเหมาะสมกับหน่วยงาน และผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ควรมีการศึกษานำร่อง เพื่อประเมินประสิทธิภาพและนำมาบูรณาการนำไปใช้ปฏิบัติจริง และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : โรคซึมเศร้า / การดูแลทางโทรศัพท์ / แนวปฏิบัติการพยาบาล

124 หน้า

DEVELOPMENT OF NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR CARING PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER BY TELEPHONE

USA RITHPUNMOUNG 4736916 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PRAPA YUTTATRI, D.N.S.,
ACHARAPORN SEEHERUNWONG, D.N.S.

ABSTRACT

This study was conducted to develop a nursing practice guideline for caring for patients with depressive disorder to enhance patients medication adherence, as well as to minimize their level of depression. The four stages of the Evidence-Based Practice model by Polit and Beck (2008) were used as a framework for this study. The collection and evaluation of evidence—Four relevant randomized controlled trial studies were recruited. The content of each study was analyzed and synthesized and presented as evidence-based knowledge which then was validated by three experts and the guideline was modified according to the experts' recommendations. The nursing practice guideline developed three telephone care programmes: a) a telephone care management programme; b) a telephone psychoeducation programme; and c) a telephone counseling programme. The severity level of the patient's depressive condition determined the suitable programme. Evaluation of the applicability (of the nursing practice guideline developed). The result showed that the guideline was practicable and suitable to be carried out in the setting and with the patients.

The study findings suggest that the nursing practice guideline developed should undergo further pilot testing to determine its effectiveness and to ensure its feasibility for application in actual practices. The continuous improvement of the nursing practice guideline is also recommended.

KEY WORDS: DEPRESSIVE DISORDER / TELEPHONE CARE / NURSING GUIDELINE.

124 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของการพัฒนาโครงการ	1
ประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยกระบวนการใช้ผลงานวิจัย	4
วัตถุประสงค์ในการศึกษา	4
ประโยชน์และผลที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	5
ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	6
การให้บริการสุขภาพทางโทรศัพท์	15
กรอบแนวคิดของการศึกษา	19
บทที่ 3 วิธีดำเนินการ	21
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	46
สรุปการศึกษา	47
ข้อเสนอแนะ	48
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	49
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	64
บรรณานุกรม	80
ภาคผนวก	86
ประวัติผู้ศึกษา	124

สารบัญตาราง

ตาราง

หน้า

- 1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

26



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบได้บ่อย มีอัตราความชุกสูง และเป็นปัญหาที่สาธารณสุขทั่วโลกให้ความสนใจ เนื่องจากโรคซึมเศร้านำไปสู่การสูญเสียสมรรถภาพของบุคคลและสูญเสียเศรษฐกิจโดยรวม จากการศึกษาในครัวเรือนใน 48 รัฐของอเมริกา เมื่อ ค.ศ. 2001-2002 จากผู้ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป จำนวน 9,090 คน พบว่า ความชุกชั่วชีวิต (Lifetime prevalence) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีร้อยละ 16.2 และความชุกใน 1 ปี ร้อยละ 6.6 (Kessler et al., 2003) สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาของนันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ (2544) โดยศึกษาในประชากรเขตกรุงเทพมหานคร ผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-60 ปี จำนวน 2,948 คน พบว่า ความชุกชั่วชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีย่อยละ 19.9 และ กรมสุขภาพจิต (2546) ได้สำรวจใน 38 จังหวัดทั่วประเทศ ผู้ที่มีอายุ 15-59 ปี จำนวน 11,685 คน พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 3.2 ซึ่งจะพบว่าโรคซึมเศร้าในประเทศไทยก็มีความชุกสูงเช่นเดียวกับในต่างประเทศ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีโอกาสเป็นเรื้อรังและกลับเป็นซ้ำสูง (Lifelong illness) (Brodaty, Luscombe, Peisah, Anstey & Andrews, 2001; Kessler et al., 1992; Muller et al., 1996) จากการศึกษาในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะการศึกษาธรรมชาติของโรคระยะยาว (Long-term naturalistic studies) พบว่าโดยเฉลี่ยร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการอยู่ตลอดไม่ทุเลา (no remission) (Thornicroft & Sartorius, 1993) ร้อยละ 25 จะมีอาการกำเริบซ้ำ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) ในชั่วชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะเกิดอาการซึมเศร้าประมาณ 4 ครั้ง (Ludd, 1997) ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานอยู่กับอาการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้นาน ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อตนเอง สังคมและประเทศชาติ (ชรินทร์ กองสุข, 2550) ทำให้ศักยภาพในการทำบทบาทหน้าที่ต่างๆ ลดลง ไม่ว่าด้านครอบครัว การงาน การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ผลกระทบระดับประเทศชาติ จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อปีสูงถึง 43 พันล้านดอลลาร์ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายการรักษาโดยตรงประมาณ ร้อยละ 28 และพบว่าค่าใช้จ่ายทางอ้อมที่มาจากความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่การงาน

และอาชีพคิดเป็นร้อยละ 72 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (พิเชฐ อดมรัตน์, 2547; Greenberg, Stiglin & Finkelstein, 1993) และพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จถึงร้อยละ 15 (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทยปี 2542 ซึ่งได้เปรียบเทียบความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ 135 ประเภท โดยวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไป เนื่องจากความพิการและการเจ็บป่วย พบว่าโรคซึมเศร้าจะก่อความสูญเสียเป็นอันดับที่ 1 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 3 ในผู้ชายไทย เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ

โรคซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายๆ ปัจจัย ทั้งปัจจัยทางชีวภาพ ซึ่งได้แก่ พันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติของระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อและการผิดปกติของสารสื่อประสาท norepinephrine, dopamine, serotonin (ธวัชชัย ลิฬหานาจ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549) ปัจจัยทางจิตวิทยาและพฤติกรรม เชื่อว่าเหตุการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมในวัยเด็ก ทำให้เกิดการรับรู้ และแปลความหมายที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดปมด้อยและความรู้สึกขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าตามมา ปัจจัยทางสภาพสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรม ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีการแข่งขันสูงและบีบคั้น เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้า ปัจจัยทางจิตวิญญาณ การสูญเสีย ความศรัทธา ภาวะหมดหนทางและสิ้นหวัง ท้อแท้ เบื่อหน่าย ความรู้สึกว่าเหว ทำให้มีอารมณ์เศร้า และกระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้าในที่สุด (ธณินทร์ กองสุข, 2550) เนื่องจากปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้ามีหลายปัจจัยร่วมกัน ดังนั้นการดูแลจึงมักใช้ทั้งการดูแลทางชีวภาพ ซึ่งได้แก่การดูแลด้วยยาร่วมกับการดูแลทางจิตสังคม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้าหรือเกิดอาการกำเริบซ้ำได้

การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่แบ่งการดูแลออกเป็น 3 ระยะ คือการดูแลรักษาในระยะเฉียบพลัน การดูแลรักษาต่อเนื่อง และการดูแลรักษาเพื่อคงสภาพ การดูแลรักษาในระยะเฉียบพลันมีวัตถุประสงค์ เพื่อลดความรุนแรง หรือป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่น การดูแลรักษาต่อเนื่องมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการซึมเศร้า และป้องกันอาการกำเริบซ้ำ และการรักษาเพื่อคงสภาพ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ และส่งเสริมศักยภาพหรือคุณภาพชีวิต (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 70-80 สามารถตอบสนองต่อการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า เมื่อได้รับในขนาดที่เพียงพอและมีระยะเวลาการรักษาที่นานพอ (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) แต่ยังพบว่า มีผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา หรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการกำเริบซ้ำ และป่วยเรื้อรังต่อมา ซึ่งสาเหตุของการไม่รับประทานยาต่อเนื่อง มีหลายเหตุปัจจัย เช่น มีความรู้และความเข้าใจ

เกี่ยวกับเรื่องโรคไม่เพียงพอ ไม่เข้าใจถึงวิธีการดูแลรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า ว่าทำไมจึงต้องรับประทานยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งเลิกรับประทานยาตั้งแต่เริ่มรับประทานยาเพราะรู้สึกว่าการไม่ดีขึ้น รู้สึกไม่สบายจากอาการข้างเคียงของยา (Meresman et al, 2003) และปัจจัยขัดขวางอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาตามแผนการรักษาได้ เช่น ไม่สะดวกในการเดินทาง ไม่มีเวลา รู้สึกอับอายต่อการมารับยาที่โรงพยาบาลจิตเวช และปัญหาทางการเงิน (Mohr et al, 2005) นอกจากนั้นยังพบว่า ถึงแม้ผู้ป่วยจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แต่ถ้ามองเทียบกับสถานการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดที่รุนแรงหรือเรื้อรังซ้ำซาก ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหนทางต่อผู้ (ธวัชชัย ลิพหานาจ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549) ก็จะเป็นสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดการกลับป่วยซ้ำได้เช่นกัน ดังนั้นการส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ รับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ทั้งปริมาณและขนาดตามแผนการรักษา รวมทั้งส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวในชีวิต ที่มีประสิทธิภาพขึ้น จะช่วยลดอัตราการกำเริบซ้ำ รวมทั้งลดระยะเวลาในการป่วยซ้ำ และความรุนแรงในการป่วยลง (Shu, Mermina & Nystrom, 1996) ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้มีการคัดกรอง และดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานพยาบาลระดับชุมชน และระดับทุติยภูมิให้มากขึ้น ในขณะที่แพทย์ทั่วไปยังขาดสมรรถนะ ในการวินิจฉัยและการดูแล ส่วนใหญ่เมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะส่งไปวินิจฉัย และดูแลครั้งแรกที่โรงพยาบาลตติยภูมิ และส่งกลับไปรักษาในพื้นที่ เพื่อได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง

เนื่องจากนโยบาย การรักษาผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลตติยภูมิ และโรงพยาบาลในกรมสุขภาพจิต เน้นการดูแลแบบผู้ป่วยใน โดยใช้ระยะเวลาสั้น มีการจำหน่ายเร็วขึ้น และมีการดูแลแบบผู้ป่วยนอกมากขึ้น (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2545) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ยังคงมีอาการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง (จันทรา ชีระสมบุญ, 2543) ดังนั้นจึงควรมีการดูแลทางจิตสังคม หลังการจำหน่ายเพิ่มเติม เพื่อส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมความสามารถ ในการปรับตัวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตประจำวัน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Buls, 1995) ซึ่งรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังจำหน่ายมีหลายรูปแบบ เช่น การดูแลแบบผู้ป่วยนอก การเยี่ยมบ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ และการติดตามทางคอมพิวเตอร์ ผ่านอินเทอร์เน็ต (Shaul, 2000) ซึ่งการดูแลแบบผู้ป่วยนอก และการเยี่ยมบ้าน มักจะประสบปัญหา ในการดำเนินงานเนื่องจากข้อจำกัดในด้านบุคลากร เวลาที่ใช้ในการดูแล และการเดินทางของผู้ป่วย หรือผู้ดูแลงบประมาณ (พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2539) จากการศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค รวมทั้งโรคซึมเศร้า ปัจจุบันเริ่มนิยมให้การดูแล และติดตามหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลทางโทรศัพท์

เสริมการดูแลแบบผู้ป่วยนอกมากขึ้น เพื่อเพิ่มการร่วมมือในการรักษา และลดการกลับเข้ารับการ รักษาซ้ำในโรงพยาบาล (McBride & Rimer, 1999; Shu, Mermina & Nystrom, 1996) ดังนั้นผู้ศึกษา จึงสนใจการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ เนื่องจากเป็นวิธีการใช้ค่อนข้างง่าย ประหยัดเวลา บุคลากร และค่าใช้จ่าย (Stricklin, Jones & Niles, 2000) สามารถติดต่อผู้ป่วยได้จำนวนมาก ในแต่ละสัปดาห์ สะดวก รวดเร็ว (Kinsella, 1997)

ประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยกระบวนการการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

จากนโยบายของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยโรคจิตได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถนะต่างๆในครอบครัวและชุมชนเพิ่มมากขึ้น โดยจะรับผู้ป่วย เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน เฉพาะรายที่มีความรุนแรง หรือเสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่น หรือเป็นผู้ป่วยที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อนในการดูแล โดยที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ เจ้าพระยา เน้นการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเน้นการดูแลผู้ป่วย ในชุมชน เช่น การติดตามเยี่ยมบ้าน การส่งต่อในระบบเครือข่าย สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่ยังคง เน้นการดูแลแบบผู้ป่วยนอก และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนหนึ่งจะมารับการรักษา ไม่ต่อเนื่อง และต้องเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน เมื่อมีอาการกำเริบรุนแรง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจ ที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ เพื่อส่งเสริมความ ร่วมมือในการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมความสามารถในการปรับตัว ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การที่ผู้ศึกษาเลือกรูปแบบการดูแล ทางโทรศัพท์ เพื่อใช้ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการดูแลทางโทรศัพท์ เป็นวิธีการใช้ ค่อนข้างง่าย ประหยัดเวลา บุคลากร ค่าใช้จ่าย และสามารถติดต่อผู้ป่วยได้จำนวนมาก โดยมุ่งศึกษา ถึงรูปแบบของการดูแลทางโทรศัพท์ ว่ามีรูปแบบการดูแลใดที่มีประสิทธิภาพ ในการลดอาการ ซึมเศร้า และช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์

ประโยชน์และผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ที่มีรูปแบบที่ชัดเจน
2. เพื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
3. เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนมติที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา

การทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ เพื่อลดอาการซึมเศร้าและความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคซึมเศร้า

- 1.1 คำจำกัดความโรคซึมเศร้า
- 1.2 ลักษณะอาการโรคซึมเศร้า
- 1.3 อุบัติการณ์โรคซึมเศร้า
- 1.4 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า
 - 1.4.1 ปัจจัยด้านร่างกาย
 - 1.4.2 ปัจจัยด้านจิตใจ
 - 1.4.3 ปัจจัยด้านสังคม

1.5 การดูแลรักษาโรคซึมเศร้า

2. การให้บริการสุขภาพทางโทรศัพท์

- 2.1 การบริการสุขภาพทางโทรศัพท์
- 2.2 การให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์
- 2.3 การติดตามดูแลทางโทรศัพท์
- 2.4 รูปแบบของการดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์
- 2.5 งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้โทรศัพท์ เพื่อช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

3. กรอบแนวคิดของการศึกษา

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

1.1 คำจำกัดความ

ลักษณะสำคัญของโรคนี้ คือ ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัด ร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดอยากตาย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า (depressive symptoms) มากกว่าปกติ จนทำให้เกิดการเสื่อมเสียหน้าที่ (impaired functionings) (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษขวนิช, 2542)

1.2 ลักษณะอาการของโรค

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบการแยกโรคของ DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition) อ้างในปราโมทย์ สุนิษฐ์ และมานิช หล่อตระกูล (2541) โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depression disorder) ดังต่อไปนี้

A. อาการดังต่อไปนี้ห้าอาการ หรือมากกว่าเป็นเวลาติดต่อกัน อย่างน้อย 2 สัปดาห์ และมีการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ (functioning) นอกจากนี้ต้องมีอาการ อย่างน้อยหนึ่งในสองอาการต่อไปนี้คือ อารมณ์ซึมเศร้า (depressed mood) หรือขาดความสนใจหรือยินดี (loss of interest or pleasure) ไม่รวมอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะความเจ็บป่วยทางกายทั่วไป (general medical condition) หรือการหลงผิด หรือประสาทหลอนที่สอดคล้องกับอารมณ์ (mood-incongruent delusions or hallucinations)

1. อารมณ์ซึมเศร้า (depressed mood) เป็นอาการสำคัญของโรค ความรู้สึกที่แสดงถึงอารมณ์เศร้ามีหลายอย่างเช่น ใจคอหดหู่ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบาน หรือใจคอเศร้าหมอง เป็นต้น อารมณ์เศร้าไม่จำเป็นต้องมีตลอดเวลา เวลาที่ไม่เศร้า อาจรู้สึกสนุกสนานหรือมีอารมณ์ขันได้ แต่เมื่อเป็นมากอารมณ์เศร้าจะมีอยู่เกือบตลอดเวลา แต่จะไม่คงที่อยู่ตลอดวัน บางเวลาเศร้าเล็กน้อย บางเวลาเศร้ามาก

2. ความสนใจหรือความยินดีลดลงอย่างมาก (marked diminished interest or pleasure) ในทุกกิจกรรมหรือเกือบทุกกิจกรรม โดยเป็นอยู่เกือบทั้งวันหรือเกือบทุกวัน จะรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ กิจกรรมประจำวัน ที่เคยทำก็ไม่อยากทำ กิจกรรมต่างๆ ที่เคยชอบก็จะรู้สึกเบื่อและไม่สนใจดังเช่นเคย

3. น้ำหนักลด (weight loss) โดยมิได้ควบคุมอาหาร หรือน้ำหนักเพิ่ม (weight gain) หรือมีความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้น (decrease or increase in appetite)

4. การนอนไม่หลับ (insomnia) หรือการนอนมาก (hypersomnia) มักจะปรากฏเป็นอาการแรก อาจนอนไม่หลับเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ ก่อนมีอาการอื่นในระยะแรกของโรค อาจจะหลับยาก หลับไม่สนิท ฝันร้ายหรือตื่นบ่อย แต่เมื่อเป็นมากขึ้น มักจะเป็นอีกแบบหนึ่งเรียกว่า “นอนไม่หลับตอนปลาย” (terminal insomnia) บางรายมีอาการนอนไม่หลับตื่นเช้ากว่าปกติ (early morning awakening)

5. มีอาการกระวนกระวายหรือเซื่องซึม

6. อ่อนเพลีย (fatigue) หรือหมดเรี่ยวแรง (loss of energy) รู้สึกอ่อนเพลีย แม้ไม่ได้ออกกำลังกายและเป็นผู้ที่อดนอน การพักผ่อนหรือนอนหลับไม่ช่วยให้ดีขึ้น

7. ความรู้สึกไร้ค่า (feeling of worthlessness) หรือความรู้สึกผิดมากเกินไป หรือไม่เหมาะสม (excessive of inappropriate guilt) เกือบทุกวัน ส่วนมากรู้สึกตัวเองไม่มีค่า หรือหมดความสำคัญต่อใครทั้งสิ้น รู้สึกว่าตนไม่ดีในด้านต่างๆ เช่น ความสามารถ สถิติปัญหาหรือเกียรติยศชื่อเสียง ความคิดเช่นนี้ถ้ามีมาก และรุนแรงจะทำให้คิดอยากตาย และฆ่าตัวตายได้

8. ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง (diminished ability to think or concentrate) หรือการไม่สามารถตัดสินใจ (indecisiveness) ความคิดเซื่องซึม

9. ความคิดซ้ำๆ เกี่ยวกับการตาย (recurrent thoughts of death) มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายซ้ำๆ (recurrent suicidal ideation) โดยไม่มีการวางแผนที่ชัดเจน หรือมีการพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) หรือมีการวางแผนเพื่อให้ฆ่าตัวตายได้สำเร็จ (committing suicide)

B. อาการดังกล่าวไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสำหรับ mixed episode

C. อาการที่เกิดขึ้นเป็นเหตุ ให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานใจ (distress) หรือทำให้เกิดการเสื่อมเสียหน้าที่ในด้านสังคม, ด้านอาชีพ หรือด้านอื่นๆ

D. อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของสารอย่างใดอย่างหนึ่ง (เช่น ยาเสพติด, ยารักษาโรค) หรือภาวะความเจ็บป่วยทางกายทั่วไป (เช่น hypothyroidism)

E. อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (bereavement)

1.3 อภิธานศัพท์

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อย จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก พบว่า ใน 2 ทศวรรษข้างหน้า (พ.ศ. 2560) โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับสองรองมาจากโรคหัวใจขาดเลือด และจะเป็นภาระทางสังคมและเศรษฐกิจ (disease burden) เป็นอันดับหนึ่งในปี ค.ศ. 2020 (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) ความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของโรค พบว่ามีประมาณร้อยละ 15 ในเพศหญิง และพบว่าเป็นเพศชายร้อยละ 12 (Karasu, 2000)

1.4 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า

จากการศึกษาที่ผ่านมาไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่าปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า แต่พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยมีความเชื่อว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะมีความเปราะบางทางด้านกายภาพและ / หรือต้องเผชิญกับเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต โดยเฉพาะในวัยเด็กเล็ก เมื่อถูกกระตุ้นให้เกิดความเครียดหรือสูญเสียในวัยต่อมาที่รุนแรงหรือเรื้อรัง ก็มีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งสามารถอธิบายปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าได้ดังนี้

1.4.1 ปัจจัยด้านร่างกาย

ปัจจัยทางด้านร่างกายที่มีความสัมพันธ์โรคซึมเศร้า จะพบว่าความผิดปกติทางด้านร่างกายที่สำคัญมี 2 ส่วน คือ ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท และการเสียสมดุลของสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบประสาท ในส่วนที่ควบคุมกับความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม

1. ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (Neurophysiology) จากการศึกษาด้านพันธุกรรม พบว่าคู่แฝดไข่ใบเดียวกันที่คนหนึ่ง มีความผิดปกติทางอารมณ์ คู่แฝดอีกคนมีโอกาที่จะมีความผิดปกติของโรคอารมณ์แปรปรวนร้อยละ 65 ขณะที่คู่แฝดไข่คนละใบ พบเพียงร้อยละ 14 (มาโนช หล่อตระกูล, 2542) และจากการตรวจ Magnetic resonance imaging (MRI) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าความหนาแน่น (density) ที่กลีบสมองส่วนเท็มโพรัล และฮิปโปแคมปัสลดลง โดยเฉพาะที่ด้านขวามากกว่าด้านซ้าย ซึ่งความผิดปกติในระบบประสาทส่วน hippocampus, prefrontal cortex (PFC) และ limbic structure มีผลต่อความสามารถในการใช้ความคิดทั้งแบบรูปธรรม และแบบนามธรรม ดังนั้นถ้ามีความผิดปกติของสมองส่วนนี้ จะมีผลทำให้ความคิดแบบนามธรรมลดลง ความสามารถในการคิดเชิงเหตุผลลดลง ทำให้การประมวลข้อมูลผิดพลาด (information processing) การตีความหรือความเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ อาจไม่สมเหตุสมผล มีความคิดในทางลบเพิ่มขึ้นได้ (negatively biased) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มักตีความหรือความเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ในทางลบ (รัชชัย ลิพหานาจ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549)

2. การเสียสมดุลของสารต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบประสาท จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการเสียสมดุลของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) เช่น การเสียสมดุลของกลุ่มcatecholamine ได้แก่ norepinephrine (NE) มีผลให้

การตื่นตัว (arousal) ความอยากอาหาร และแรงขับลดลง และdopamine (DA) ทำให้แรงขับ (drive) ความรู้สึกมีความสุข เพศ และ psychomotor activity ลดลง และในกลุ่ม indole amine ได้แก่ serotonin (5-HT) ก่อให้เกิดปัญหา การนอนหลับ ความอยากอาหาร การควบคุมตนเองลดลง (ธวัชชัย ลิฬหานาจ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549) นอกจากนั้นยังพบว่า ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) เช่น ฮอร์โมนของต่อมฮัยโปทาลามัส (Hypothalamus) เป็นศูนย์กลางควบคุม neuroendocrine axis ต่างๆ ซึ่งมีผลต่อการปล่อยสารสื่อประสาท norepinephrine (NE) serotonin (5-HT) และacetylcholine (ACH) ซึ่งจะมีผลก่อให้เกิดความผิดปกติ นำไปสู่โรคซึมเศร้าดังกล่าวข้างต้น นอกจากนั้นผลการตรวจ positron emission tomography (PET) ขณะที่มีการซึมเศร้า พบว่าปริมาณเลือดไปเลี้ยงส่วนลิมบิกเพิ่มขึ้น ส่วนนีโอคอร์เท็กซ์ (prefrontal และ parietal ส่วนล่าง) เลือดไปเลี้ยงลดลง และพบว่ามีความผิดปกติของ electrolyte metabolism โซเดียมจะเข้าไปในเซลล์ประสาทมากเกินไป จึงทำให้สภาพทางประสาทสรีรวิทยาของเซลล์ประสาทไม่เสถียรก่อให้เกิดอาการต่างๆ ของโรคซึมเศร้า (ดวงใจ กษานติกุล, 2542; ธรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2549) เนื่องจากมีความเชื่อว่าความผิดปกติของสารต่างๆ ในสมองโดยเฉพาะสารสื่อประสาท ดังนั้นการรักษาโรคซึมเศร้าโดยยา จึงเน้นยารักษาโรคซึมเศร้า ที่เพิ่มปรับความสมดุล ของสารสื่อประสาท และปรับให้ synaptic NE และ synaptic 5-HT มีความไวในการรับสารสื่อประสาทมากขึ้น (ธวัชชัย ลิฬหานาจและสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549)

1.4.2 ปัจจัยด้านจิตใจ

จากการศึกษาด้านจิตวิทยาและพฤติกรรมของมนุษย์ พบว่าร่างกายและจิตใจทำงานสัมพันธ์กัน เช่นเมื่อเกิดความเครียด จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพ ทางชีวเคมี และสรีรวิทยาภายในสมอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท เมื่อการปรับตัวล้มเหลว ก่อให้เกิดความเครียดที่รุนแรงหรือเรื้อรัง ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า และเกิดโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด ซึ่งปัจจัยด้านจิตใจ และสังคมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ามีดังนี้

1. พื้นอารมณ์ (temperament) คนที่แนวโน้มจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มักมีพื้นอารมณ์บางอย่างโดยเฉพาะ เช่น เป็น cyclothymia หรือ dysthymia เก็บกดความวิตกกังวล มีอาการ neuroticism แบบเจ้าอารมณ์มาก นิสัยทางอารมณ์เหล่านี้ จะถูกถ่ายทอดไปสู่ลูกหลานได้ และทำให้คนนั้นอ่อนแอทางอารมณ์ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคได้ พื้นอารมณ์นี้จะใช้อยู่ยาวนานหลายๆปี ก่อนที่จะป่วย เป็นความผิดปกติทางอารมณ์จริงๆ พื้นอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ทำให้ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเกิดความขัดแย้ง เกิดการกระตุ้นทางอารมณ์ นอนไม่หลับ มีสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด จะกระตุ้นให้

เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ และพฤติกรรม พาไปสู่ภาวะโรคซึมเศร้าได้ (ธวัชชัย ลิพหานาจ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549)

2. การเกิดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต (stress full life event) การแยกจากหรือการพลัดพราก หรือการสูญเสียบิดามารดาคนใดคนหนึ่ง ก่อนอายุ 11 ปี เป็นปัจจัยที่สำคัญ (predispose) ให้เกิดโรคซึมเศร้าในอนาคตได้ง่าย เนื่องจากประสบการณ์ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเหงา เศร้า ต้องเผชิญความเครียด และการปรับตัวอย่างมาก ขาดคนดูแลให้ความรักความเอาใจใส่ กระตุ้นตัวรับของระบบประสาท เกิดความอ่อนแอและไวต่อสิ่งร้ายภายนอก ง่ายจนสูญเสียการควบคุม ส่วนเหตุการณ์ในชีวิต ที่มักกระตุ้นให้เกิดอารมณ์เศร้าทันที คือการสูญเสียคู่สมรส การเสียชีวิตของญาติที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ การหย่าร้าง ภาวะตกงาน การคลอดบุตร (ธวัชชัย ลิพหานาจ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549)

3. วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม เมื่อบุคคลเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ผู้ที่มีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้า มักเกิดจากรู้สึกโกรธหันเข้าหาตนเอง เกิดความไม่พึงพอใจตนเอง (interjective) เมื่อเกิดการสูญเสียบุคคล หรือสิ่งของที่ตนเองรัก บุคคลนั้นไม่สามารถทำใจยอมรับการสูญเสีย รู้สึกโกรธและหันความโกรธเข้าหาตนเอง คำหุนหันพลันแล่นตนเองเมื่อสูญเสียบุคคล สูญเสียวัตถุ (object loss) รวมทั้งเกิดจากการสูญเสียความภาคภูมิใจตนเอง (loss of self esteem) รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ไร้ประโยชน์ ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า (ธวัชชัย ลิพหานาจ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549)

4. ปัจจัยด้านกระบวนการรู้คิด (cognitive process) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขณะป่วยจะมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ คิดโทษตนเอง ทำร้ายตนเอง Beck (1979) ได้ระบุถึงความคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าไว้ 3 ประการคือ การคิดทางลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต ซึ่งความคิดด้านลบจะนำไปสู่อารมณ์ซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งรูปแบบของความคิดทั้ง 3 ประการ คือ

4.1 รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่อตนเอง (negative view of self) จะมองตนเองว่ามีข้อบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่น่าปรารถนา อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนคิดขึ้นเอง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้น ก็จะโทษว่าทั้งหมดเกิดขึ้นเพราะความผิดตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง

4.2 รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่อสิ่งแวดล้อม (negative view of world) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีแนวโน้ม แปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเอง ในเชิงความสูญเสีย มองชีวิตในขณะนั้นเต็มไปด้วยการอุปสรรค หรือมีสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด

ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใด ก็จะแปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบจึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ

4.3 รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่ออนาคต (negative view of future)
มองชีวิตไปข้างหน้า จะมีแต่ความยากลำบาก ที่ไม่มีวันลดน้อยลง มีแต่ความคับข้องใจ

1.4.3 ปัจจัยด้านสังคม

เนื่องจากอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญของโรคซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมา ในการเผชิญกับภาวะกดดัน จากสิ่งแวดล้อมภายนอก รวมทั้งการขาดการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดทัศนคติทางลบ และแยกตนเอง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ปัจจัยทางสังคมที่กระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ ค่านิยมของสังคม ที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น ค่านิยมในเรื่องบทบาทหญิงชายที่แตกต่างกัน ทำให้พบเพศหญิงป่วยด้วยโรคซึมเศร้า สูงกว่าเพศชายถึง 2 เท่า สังคมคาดหวังว่าผู้หญิงต้องควบคุมตนเอง มีความอดทนอดกลั้น ต้องสามารถแข่งขันในด้านหน้าที่การงานได้ ในขณะที่ต้องมียบทบาทของแม่บ้าน การต้องควบคุมตนเองมีความกดดันในหลายๆ ด้าน นำไปสู่โรคซึมเศร้าได้สูงกว่าเพศชาย นอกจากนั้นสภาพเศรษฐกิจสังคม ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้การดำเนินชีวิตของคนเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางโครงสร้างครอบครัว จากครอบครัวขยาย เป็นครอบครัวเดี่ยว และความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี เช่น สภาพครอบครัวมีความรุนแรง การหย่าร้างกัน และสภาพความยากจน เกิดการแข่งขันกันแย่งชิงดี ต่อสู้ทางอาชีพ และตลาดสินค้า จิตใจผู้คนเริ่มรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มั่นคง วิตกกังวล ผิดหวัง ความเครียด และเรื้อรำนำมาสู่ภาวะโรคซึมเศร้าได้ (ธรณินทร์ กองสุข, 2550)

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้า มีสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจและสภาพสังคมวัฒนธรรม ที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยปัจจัยแต่ละด้าน จะมีอิทธิพลมาก หรือน้อยแตกต่างกันไป แต่ละบุคคลตามสภาพโครงสร้างทั้งทางด้านกายภาพและจิตใจ ตามวัยที่เปลี่ยนไป และผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม ที่แตกต่างกัน จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพทางชีวเคมี และสรีรวิทยาภายในสมอง ทำให้เกิดความไม่เสถียรภาพของเซลล์ประสาท ในส่วนที่ควบคุมกับความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม ผลให้ความสามารถ ในการคิดเชิงเหตุผลลดลง มีความคิดด้านลบได้ง่ายขึ้น และทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าและเกิดโรคซึมเศร้าได้

1.5 การดูแลรักษาโรคซึมเศร้า

1.5.1 การดูแลรักษาด้วยยา

โรคซึมเศร้าดูแลรักษาโดยใช้ยาเรียกว่า ยารักษาโรคซึมเศร้า (antidepressant) ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มยาดังต่อไปนี้ (ปราณี ฐิติไพเราะ, 2549; American Psychiatric Association, 2002, 2004)

1. Tricyclics and tetracyclics ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ imipramine, nortriptyline และ amoxapine เป็นต้น โดยออกฤทธิ์ยับยั้งการรวมตัวของสารสื่อประสาท เอพิเนฟริน และซีโรโตนิน ลดปฏิกิริยา cholinergic ระบบประสาทส่วนปลาย ขนาดการรักษาควรเริ่มต้น 25-50 มก. อาการข้างเคียง ได้แก่ ปากแห้ง มองเห็นภาพไม่ชัด สับสน ชัก ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน และมีภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า

2. Serotonin specific reuptake inhibitor (SSRI) ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ fluoxetine, paroxetine, sertraline และ fluvoxamine เป็นต้น โดยออกฤทธิ์ยับยั้งการรวมตัวของซีโรโตนิน ขนาดการรักษาควรเริ่มต้น 20-50 มก. อาการข้างเคียง ได้แก่ ภาวะง่วงนอน คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ ความรู้สึกทางเพศลดลง และ analgesia

3. Dopamine-norepinephrine reuptake inhibitors ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ bupropion, bupropion, extended release โดยออกฤทธิ์ยับยั้งการรวมตัวของโดพามีน และนอร์เอพิเนฟริน ขนาดการรักษาควรเริ่มต้น 150 มก.

4. Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ venlafaxine, venlafaxine, extended release โดยออกฤทธิ์ยับยั้งการรวมตัวของซีโรโตนิน และนอร์เอพิเนฟริน ขนาดการรักษา ควรเริ่มต้น 37.50 มก.

5. Serotonin modulators ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ nefazodone, trazodone โดยออกฤทธิ์ยับยั้งการรวมตัวของซีโรโตนิน ขนาดการรักษา ควรเริ่มต้น 50 มก. อาการข้างเคียง ได้แก่ มึนงง อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปากแห้ง

6. Norepinephrine-serotonin modulator ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ mirtazapine โดยออกฤทธิ์ยับยั้งการรวมตัวของนอร์เอพิเนฟรินและซีโรโตนิน ขนาดการรักษา ควรเริ่มต้น 15 มก.

7. Monoamine oxidase inhibitors (MAOI) ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ phenelzine และ nocabemide เป็นต้น ขนาดการรักษา ควรเริ่มต้น 10-15 มก. สำหรับ nocabemide ควรเริ่มต้น 150 มก. อาการข้างเคียง ได้แก่ ความดันโลหิตลดต่ำเวลาขึ้น น้ำหนักเพิ่ม ง่วงนอนและวิงเวียนศีรษะ ยาในกลุ่มนี้ มีข้อจำกัดในการใช้ค่อนข้างมาก เนื่องจากมีปฏิกิริยากับอาหารซึ่งมีสาร tyramine เช่น เนยทุกชนิด สาร sympathomimetic และยาอื่นอีกหลายชนิด เช่น ยารักษาอาการหวัดทุกชนิด

และแอมเฟตามีนแล้ว ทำให้เกิด hypertensive crisis ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต และยากกลุ่ม Selective noradrenaline reuptake inhibitor ได้แก่ reboxetine

การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา (Limpattanasiri, 2004)

- 1) อาการปากแห้ง: เคี้ยวหมากฝรั่ง, อมน้ำแข็ง, จิบน้ำบ่อยๆ หรือดื่มเครื่องดื่มที่ให้พลังงานต่ำ เพื่อป้องกันภาวะอ้วน
- 2) ตาพร่า มองเห็นไม่ชัดเจน: หลีกเลี่ยงการขับจักรยานพาหนะหรือการทำงานที่ใช้เครื่องมือที่เสี่ยงอันตราย โดยอาการนี้จะพบในช่วงแรก ของการรับประทานยา ถ้ามีอาการมากต้องปรึกษาแพทย์
- 3) อาการง่วงซึม: หลีกเลี่ยงการขับจักรยานพาหนะ หรือการทำงานที่ใช้เครื่องมือที่เสี่ยงอันตราย ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อปรับการรับประทานยาให้เหมาะสม
- 4) ความดันโลหิตต่ำ: นอนพักทันทีที่มีอาการ ให้เปลี่ยนกิริยาบทช้าๆ หรือลุกจากเตียงอย่างช้าๆ หลีกเลี่ยงการอาบน้ำร้อนหรือน้ำอุ่น เนื่องจากจะทำให้ความดันโลหิตต่ำลง วัดความดันโลหิตก่อนรับประทานยา และมีการตรวจสอบความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ
- 5) อาการคลื่นไส้-อาเจียน: ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีความมัน เช่น อาหารทอด อาหารที่มีไขมัน เป็นต้น ควรแบ่งระยะเวลามื้ออาหาร ไม่รับประทานอาหารมากเกินไป
- 6) เบื่ออาหาร: ควรจัดตกแต่งอาหารให้น่ารับประทาน หรือแบ่งระยะเวลามื้ออาหาร
- 7) นอนไม่หลับ: หลีกเลี่ยงการนอนระหว่างวัน ถ้ามีอาการมากขึ้นควรปรึกษาแพทย์

1.5.2 การดูแลรักษาด้วยไฟฟ้า

ในปัจจุบันการดูแลรักษาด้วยไฟฟ้าใช้น้อย เพราะยารักษาโรคซึมเศร้า ใช้ดูแลรักษาได้ผลดี และสะดวกกว่า ดังนั้นมักใช้การดูแลรักษาด้วยไฟฟ้า ในกรณีดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง เพราะการดูแลรักษาด้วยไฟฟ้า จะลดอาการซึมเศร้าได้เร็วกว่า การใช้ยา ซึ่งทำให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยลดลงโดยเร็ว ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2) ผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า ดูแลรักษาแล้วไม่ได้ผล 3) ผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วย และเป็นรุนแรง เช่น อาการหวาดระแวง และประสาทหลอน การดูแลรักษาด้วยไฟฟ้าชุดหนึ่งประมาณ 6-12 ครั้ง (มานิช หล่อตระกูล, 2543)

1.5.3 การดูแลรักษาด้วยจิตสังคม

การดูแลรักษาด้วยจิตสังคมมีหลายรูปแบบ และหลายวิธี แต่สาระหลักของการดูแลคือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อโรค และต่อการรักษา ส่งเสริมความตระหนักในปัญหาต่างๆ ในชีวิต สามารถจัดการกับปัญหาระหว่างบุคคล มีวิธีการจัดการกับความเครียดทางจิตสังคม และสามารถปรับตัวในทางที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งปัจจุบันรูปแบบของการดูแลรักษา ด้วยจิตสังคมที่ได้ผลดีมี 3 รูปแบบ

3.1 Interpersonal psychotherapy (IPT) เป็นการรักษามีพื้นฐาน มาจากแนวคิดที่ว่าปัญหาในเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relationships) เป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดอาการซึมเศร้า การรักษาโดยวิธีนี้ จะเน้นที่การแก้ไขปัญหา ซึ่งเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ชีวิตในปัจจุบัน (current life situations) และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อลดความรู้สึกทุกข์ทรมานใจ (distress) และปรับตัวได้กับปัจจัยความเครียดในชีวิต

3.2 การบำบัดความคิดและพฤติกรรม Cognitive-behavioral therapy (CBT) เป็นการรักษามีพื้นฐาน มาจากแนวคิดที่ว่าวิธีการแปลความหมาย (interpret) เหตุการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล เป็นสิ่งที่มีผลอย่างมาก ต่อการตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรมต่อเหตุการณ์นั้น ผู้ที่มีกระบวนการคิด ในลักษณะที่ผิดหวัง หรือหมดหวังต่ออดีต ปัจจุบันและอนาคต มีแนวโน้มที่จะเกิดโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นการแก้กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้าได้ ในการแก้ไขกระบวนการคิด ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะช่วยกันโยงความสัมพันธ์ของกระบวนการคิดในเหตุการณ์ต่างๆ กับอาการซึมเศร้า หลังจากนั้นจึงใช้เหตุผลต่างๆ มาแก้ไขกระบวนการคิดดังกล่าว ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีกระบวนการคิดที่เหมาะสมแล้ว อาการซึมเศร้าก็จะลดลง และสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมขึ้นได้

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการรักษาแบบใหม่ โดยมีหลักการอยู่ 3 ประการ คือ 1) การนึกคิดมีผลต่อพฤติกรรม 2) การนึกคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและดัดแปลงได้ 3) การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมให้เหมาะสมเกิดขึ้นได้ โดยการเปลี่ยนการนึกคิด ซึ่งมีขั้นตอนต่อไปนี้ 1) การหาความคิดอัตโนมัติ 2) การทดสอบว่าความคิดนั้นถูกต้อง หรือเป็นไปได้หรือไม่ 3) การทดแทนด้วยวิธีการคิดใหม่ที่เหมาะสมตามความจริง 4) การค้นหาและท้าทายแบบแผนการแปลข้อมูลที่ไม่เหมาะสม

วิธีการรักษานี้มีประโยชน์ แต่ใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ซึ่งเป็นอีกวิธีที่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวลและนำไปใช้ร่วมกับการรักษาจิตบำบัดวิธีอื่นๆ ได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้เนื่องจากอาการซึมเศร้า มักมีเหตุปัจจัยหนึ่งมาจากความคิด และจิตใจของบุคคล ซึ่งการรักษาด้านจิตใจ ที่มุ่งปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ ที่ก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า

การส่งเสริมความสามารถในการปรับตัว การเผชิญปัญหาต่างๆ และการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ของอารมณ์ซึมเศร้าได้ (จันทิมา องค์ไพบูลย์, 2545; Gloaguen et al., 1998)

3.3 การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา (compliance adherence) รวมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการเตือนตั้งแต่เนิ่นๆ ให้เห็นความสำคัญของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีความสมดุล ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหาร ความเป็นอยู่ การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การทำงาน และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (ธวัชชัย ลีพานาจ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2549)

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้ามีสาเหตุหลายปัจจัยร่วมกัน คือปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เรียกว่า ปัจจัยชีวจิตสังคม (Biopsychosocial factors) ในปัจจุบันมีการรักษาโรคซึมเศร้า 3 วิธี คือ 1) การรักษาด้วยยา ส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า 2) การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy, ECT) รักษาในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง หรือผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา 3) การรักษาทางจิตสังคม เพื่อส่งเสริมการปรับตัว ให้เหมาะสมสมดุลกับชีวิตประจำวัน

2. การให้บริการสุขภาพทางโทรศัพท์

2.1 การบริการทางโทรศัพท์

การบริการทางโทรศัพท์เป็นการให้ข้อมูลต่างๆ โดยพัฒนาขึ้นตามความต้องการทางสังคมในแต่ละประเทศ เช่น ในประเทศอังกฤษได้มีการให้บริการทางโทรศัพท์ เป็นครั้งแรก ชื่อ “สะมาริตันส์” (The Samaritans) ที่กรุงลอนดอน ตั้งแต่ปีค.ศ. 1953 โดยอาสาสมัคร ในประเทศสหรัฐอเมริกาให้บริการสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ ในลักษณะเดียวกันเป็นครั้งแรก ปีค.ศ. 1968 เรียกว่า “สายด่วน” (Hot line) ในโรงพยาบาลเด็ก รัฐแคลิฟอร์เนีย ต่อมาวิธีการได้แพร่หลายไปสู่ประเทศอื่นๆ และได้รับความนิยมอย่างกว้างขวาง

การให้บริการทางโทรศัพท์ในประเทศไทย เริ่มครั้งแรกในปีพ.ศ. 2515 นับว่าเป็นบริการในสภาวะวิกฤตทางโทรศัพท์ครั้งแรก ในทวีปเอเชีย ซึ่งเป็นสมัยที่ยังมีสงครามในกลุ่มอินโดจีน (สงครามเวียดนาม) องค์การที่ให้บริการชื่อ “ศูนย์บำบัดยาเสพติดสำหรับเยาวชน” (Youth Treatment Center) โดยให้บริการในรูปแบบ ของศูนย์สุขภาพจิตสำหรับครอบครัว ซึ่งมีสายโทรศัพท์ในการให้คำปรึกษาแนะนำ เรียกว่า “สายวิกฤต” (Crisis line) เป็นบริการที่ให้ความสะดวกในเวลาฉุกเฉิน และได้ปิดตัวลงในปี พ.ศ. 2519

ในปีพ.ศ. 2522 มีการรวมกลุ่มอาสาสมัครทั้งชาวไทย และชาวต่างชาติจำนวน 40 คน จัดตั้งชมรมซึ่งเป็นเครือข่าย สาขาจากประเทศอังกฤษเปิดให้บริการแก่ประชาชน และได้จดทะเบียนเป็นองค์กรชื่อ “สมาคมสมาโรคจิตแห่งประเทศไทย” ในปี พ.ศ. 2528 ได้มีการให้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เริ่มครั้งแรก โดยนักวิชาชีพทางสุขภาพจิต ได้ให้บริการอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันเรียกว่า “ฮอตไลน์”

ในปีพ.ศ. 2535 ประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดความเครียด มีรายงานสถิติกรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับการขอรับบริการปรึกษาทางโทรศัพท์ตามโรงพยาบาลจิตเวชต่างๆ จำนวนมาก จึงได้เปิดบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โรงพยาบาลในกรมสุขภาพจิต เพื่อเสนอบริการที่สะดวก รวดเร็ว ไม่ต้องเสียเวลาเดินทาง และสามารถเข้าถึงกลุ่มผู้รับบริการทุกกลุ่ม (อรอนงค์ อินทรจิตร และนรินทร์ กรินชัย, 2538) ต่อมา พ.ศ. 2540 พบว่ามีผู้สนใจโทรศัพท์ เข้ามารับบริการเป็นจำนวนมาก ขณะที่ผู้ให้คำปรึกษามีจำนวนจำกัด จึงมีการเปิดระบบบริการอัตโนมัติ ลักษณะความรู้ทางสุขภาพจิต ที่นำมาจัดหมวดหมู่ให้ผู้รับบริการสามารถโทรศัพท์เข้ามารับบริการได้

2.2 การให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์

การให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์คือ กระบวนการช่วยเหลือบุคคล หรือผู้ใช้บริการ ซึ่งประสบความยุ่งยากใจ ในการดำเนินชีวิต และร้องขอความช่วยเหลือจากผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) ต้องเป็นวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทางด้านจิตวิทยา และบริการทางสังคมที่ได้รับการฝึกอบรมความรู้ความสามารถพื้นฐาน ในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การพูดคุยกันด้วยความเข้าใจ การสนับสนุนทางอารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นของตนเองได้ โดยใช้โทรศัพท์เป็นสื่อสำคัญในการติดต่อ ประกอบกับเทคนิคทางจิตวิทยา และการติดต่อสื่อสาร ก่อนการบำบัดทางจิตอื่นๆ ที่จำเป็นต่อไป

การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นกระบวนการพื้นฐานความเชื่อว่า มนุษย์เป็นสัตว์สังคมที่มีอารมณ์และความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลง จำเป็นต้องระบายออกโดยการพูดคุยตามธรรมชาติ และเป็นกระบอกเสียงสะท้อนความคิดของบุคคล โดยไม่จำเป็นต้องเผชิญหน้ากัน เพื่อลดความรู้สึกประหม่าเงินอาย (อรอนงค์ อินทรจิตร และนรินทร์ กรินชัย, 2538)

ดังนั้นการให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ คือกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยใช้การติดต่อสื่อสารทางเสียง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านความรู้สึก และอารมณ์ของบุคคล และส่งเสริมความสามารถในการปรับตัว

2.3 การติดตามดูแลทางโทรศัพท์

ในปัจจุบันโทรศัพท์ได้ขยายขอบเขตออกไปอย่างกว้างขวาง รวมทั้งการบริการทางด้านสาธารณสุขเช่น การนำโทรศัพท์มาใช้ในการติดตามกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Garland, 1992) นอกจากนี้ยังใช้เป็นเครื่องมือในการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูล ติดตามผลการจำหน่าย (North, Meeusen & Hollinsworth, 1991) ให้การปรึกษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีการดูแลตนเอง การติดตามผลการรักษาในผู้ที่เลิกบุหรี่ (McBride & Rimer, 1999) การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่อยู่ในชุมชนเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ (relapse) (Hunter, 2000) การทำจิตบำบัดรายบุคคล (Melton & Smoyak, 1992)

นอกจากนั้นการติดตามทางโทรศัพท์ ยังช่วยส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย เนื่องจากการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย จะเน้นการให้ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้าน นั้น เป็นการให้ความรู้หรือคำแนะนำสั้นๆ ในรูปแบบการสอนเป็นกลุ่มหรือรายบุคคล ที่ให้ตามปัญหาและเหตุการณ์เฉพาะหน้า (พรทิพย์ ธรรมวงศ์, 2541) ผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนใหญ่ไม่สามารถจำเนื้อหาที่สอนได้หมดภายหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล เนื่องจากเวลาในการสอนถูกจำกัด จึงทำให้ข้อมูลที่เป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวถูกจำกัดไปด้วย และช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนั้น มีความวิตกกังวลสูงจึงไม่สามารถรับข้อมูลใหม่ ที่ผู้ให้การดูแลให้ได้ทั้งหมด (Buls, 1995)

2.4 รูปแบบของการดูแลโดยวิธีการติดตามทางโทรศัพท์

Shu, Mermina & Nystrom (1996) กล่าวว่า การติดตามทางโทรศัพท์เป็นการแนะนำ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง และการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินสุขภาพของผู้ป่วย ในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคม

Rice (2000) กล่าวว่าเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่บ้าน และประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการให้คำปรึกษา และการประคับประคองจิตใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

Elliott & Reimer (1998) กล่าวว่าเป็นการช่วยเหลือและประคับประคองผู้ป่วย และครอบครัว ในการตอบคำถาม และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

Hunter (2000) กล่าวว่าเป็นการติดตาม กระตุ้น ชี้แนะและให้การเสริมแรงพฤติกรรมที่เหมาะสม

Lanigan (2000) กล่าวว่า การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นการให้ความรู้ คำแนะนำ ทบทวน ในแผนการรักษา การนัดหมาย การบริการ และความมั่นใจ รวมทั้งติดตามพฤติกรรม การดูแลตนเอง และปัญหาที่เกิดขึ้น ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์ เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง และการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการให้บริการ ในหลายรูปแบบ ทั้งการประเมินความต้องการ ของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความรู้ คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ทบทวนในแผนการรักษา การนัดหมาย รวมถึงการประทับประคองจิตใจ ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

2.5 งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้โทรศัพท์เพื่อช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีดังนี้

Elliott & Reimer (1998) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 20 คน ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประทับประคองจิตใจมารดา และประเมินสุขภาพทารก ใช้โทรศัพท์ติดตามมารดาภายใน 1-7 วันแรกหลังจำหน่าย ระยะเวลาที่ใช้ ในการติดตามทางโทรศัพท์ประมาณ 5-30 นาที จากนั้นประเมินความต้องการ และการตอบสนอง ของมารดา ผลการศึกษาพบว่าสามารถช่วยประทับประคองจิตใจ และการเลี้ยงดูทารกได้เป็นอย่างดี มาก

Hunter (2000) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ในการประทับประคองจิตใจ ในผู้ที่มีอาการทาง จิตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 21 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 11คน และกลุ่ม ทดลอง 10 คน ใช้โทรศัพท์ในการติดตามอย่างน้อย 1 ครั้ง / สัปดาห์หรือมากกว่านั้น ถ้ามีข้อบ่งชี้ ระยะเวลาในการโทรศัพท์ 1 ชั่วโมง หรือมากกว่านั้น ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย วัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา กระตุ้น ชักซ้อม ชี้แนะในพฤติกรรมให้เร่งเสริม เมื่อแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลอง ไม่ได้เข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาลซ้ำตลอดระยะเวลาที่ทดลอง 60 วัน

North, Meeusen & Hollinsworth (1991) ใช้โทรศัพท์ติดตามประเมินผลของการ วางแผนก่อนจำหน่าย ในผู้ป่วยที่จำหน่ายจากศูนย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในศูนย์ ฟันฟูสมรรถภาพจำนวน 62 คน โดยติดตามเรื่องการไ้ยา และประเมินอาการของผู้ป่วย ระยะเวลา ในการติดตาม 10-14 วัน ภายหลังจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 92 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ในการติดตามทางโทรศัพท์ และการวางแผนก่อนจำหน่ายมาก โดยเฉพาะการติดตามเรื่องยา

Shu, Mermina & Nystrom (1996) ศึกษาโปรแกรมการใช้โทรศัพท์ในการสร้างความ มั่นใจในผู้สูงอายุ ภายหลังจำหน่ายออกจากศูนย์การดูแลสุขภาพที่บ้าน ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมนี้สามารถกระตุ้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุ และสามารถคัดกรอง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการให้การรักษายาบาลเบื้องต้น และการส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

จากผลการศึกษาดังกล่าว จะเห็นได้ว่าวิธีการดูแลทางโทรศัพท์ ทั้งในผู้ป่วยทางกาย และผู้ป่วยจิตเวช เกิดประโยชน์อย่างมาก ในด้านการบำบัด และฟื้นฟูสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย มีประสิทธิภาพ และความคุ้มค่ามากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับบริการที่บ้าน โรงพยาบาล และคลินิก (Hunter, 2000) สามารถช่วยลดอุปสรรคต่างๆ ในการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขได้ เช่น สภาพความไม่คล่องตัวของการจราจร ภาวะเศรษฐกิจ การขาดแคลนบุคลากร และปัญหากระบวนการต่างๆ ที่ทำให้ประชาชน ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้สะดวกและทันต่อสถานการณ์ของปัญหา (Stricklin et al., 2000)

3. กรอบแนวคิดของการศึกษา

โรคซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายๆปัจจัยเรียกว่าปัจจัยชีวจิตสังคม (Biopsychosocial Factors) ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านชีวภาพ 1) ปัจจัยด้านพันธุกรรม พบว่าในเครือญาติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยกัน มักมีโอกาสป่วยด้วยโรคซึมเศร้าสูงกว่าคนทั่วไป 2-3 เท่า 2) ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลง หรือความผิดปกติของระบบประสาท มีการค้นพบว่าการเพิ่มขึ้นของสารคอร์ติซอล พบว่า ความหนาแน่น (density) ที่กลีบสมองส่วนเทมโปรัล และฮิโปแคมปัสลดลง (Shah et al., 1998) และพบว่า ขณะที่อารมณ์เศร้า ปริมาณเลือดไปเลี้ยงส่วนลิมบิกเพิ่มขึ้น ส่วนนีโอคอร์เท็กซ์ (prefrontal และ parietal ส่วนล่าง) เลือดไปเลี้ยงลดลง (Mayberg et al., 1999) และ3) ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) เช่น สารเอมีน (biogenic amine) ที่จุดรับประสาท (receptors) ที่ข้อต่อปลายประสาท (synapses) เชื่อว่า ความเครียดความคับแค้นใจ (stress) จากสาเหตุต่างๆ ชักนำให้มีความแปรปรวนของสารสื่อประสาท ซึ่งมีผลต่อการแสดงอาการของความวิตกกังวล (anxiety) หรืออาการตื่นตระหนก (panic) ซึ่งนำไปสู่อาการทางกาย (neurovegetatives) ของโรคซึมเศร้า นอกจากนี้เชื่อว่าสารสื่อประสาท catecholamine โดยเฉพาะ norepinephrine และserotonin ที่บริเวณ synapse ของเซลล์ประสาท เกิดการเปลี่ยนแปลงความไวของตัวรับและพบว่าเกิดการ decreased GABA ในplasma และ CSF ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ชรณินทร์ กองสุขและคณะ, 2549)

ปัจจัยด้านจิตสังคม (psychosocial factors) ประกอบด้วย 1) สาเหตุจากปัญหาทางจิตใจ (Intrapsychic models) 2) สาเหตุจากความคิดในแง่ลบ (Negative Cognition) มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้าย ทำให้จิตใจเกิดความท้อแท้ หดหู่ 3) เกิดจากการเรียนรู้ หรือประสบการณ์ที่ไม่สามารถ

ทำในสิ่งที่ต้องการได้ จึงเกิดภาวะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (learned helplessness) และไม่มีสิ่งใดที่สามารถเสริมกำลังใจให้กับตนเองได้ (no positive reinforcement)

การบำบัดรักษาในปัจจุบัน เน้นการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า เพื่อปรับให้เกิดความสมดุลของสารสื่อประสาท แต่พบว่าแม้ผู้ป่วยจะรับประทานยาตามแผนการรักษา ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังมีการกลับกำเริบซ้ำ ซึ่งเชื่อว่าจะเกิดจากเนื่องจากปัญหาทางจิตสังคมดังกล่าวข้างต้น (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

ดังนั้นนอกจากการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาแล้ว ผู้ป่วยต้องสามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต หรือการเผชิญกับปัญหาในชีวิตประจำวันให้เหมาะสม เพื่อลดภาวะความเครียด และส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิต เพื่อรักษาภาวะสมดุลของสารเคมีในสมอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการกำเริบซ้ำ รูปแบบของการดูแล เพื่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา และส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวและการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต มีหลายวิธีทั้งการให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัดรายบุคคล และรายกลุ่ม การส่งเสริมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งการดูแลอาจให้การดูแลโดยนัชมดูแลแบบผู้ป่วยนอก การติดตามเยี่ยมบ้าน และการใช้โทรศัพท์ในการดูแล และติดตามผล

ในการศึกษครั้งนี้ผู้ศึกษาต้องการศึกษาถึงรูปแบบการดูแล โดยใช้วิธีการดูแลทางโทรศัพท์ เนื่องจากการใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการให้การดูแลติดตาม ช่วยเหลือ กระตุ้น ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน และนอกจากนี้เป็นเทคโนโลยีที่มีวิธีการใช้ง่าย สะดวก ประหยัดเวลา บุคลากร และค่าใช้จ่ายต่างๆ (Stricklin et al., 2000) สามารถติดต่อผู้ป่วยได้จำนวนมากในแต่ละสัปดาห์ (Kinsella, 1997) โดยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยการส่งเสริมความสามารถในการปรับตัว และการดำเนินชีวิตที่สร้างสรรค์ และการปรับเปลี่ยนวิถีคิดให้มีความยืดหยุ่น สมเหตุสมผล เพื่อลดความคิดที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ (Simon, Ludman, Tutty, Operskalski & Von Korff, 2004)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ ผู้ศึกษาประยุกต์ใช้ขั้นตอนการปฏิบัติ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ของ Polit & Beck (2008) เป็นกรอบในการดำเนินการศึกษา ซึ่งขั้นตอนการดำเนินการศึกษาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน เนื่องจากการดำเนินการที่มีขั้นตอน ในการปฏิบัติที่ชัดเจน สะดวก ไม่ยุ่งยาก และมีความยืดหยุ่น ในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ หรือความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญได้ มีการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ และนำไปประเมินความเหมาะสมกับผู้ป่วย และการประเมินผลลัพธ์ เพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งกระบวนการประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกประเด็นหรือปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a topic of problem)

การคัดเลือกหัวข้อ หรือปัญหาทางคลินิก ที่ต้องการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อแก้ไขได้จากสิ่งกระตุ้น 2 ลักษณะ คือ

1.1 สิ่งกระตุ้นที่เกิดจากปัญหาการปฏิบัติงาน (problem-focused triggers) เป็นสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงาน ถ้าปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงาน เป็นปัญหาที่สมาชิกทุกคนในหน่วยงาน ประสบจะเป็นปัญหาสำคัญ และเป็นปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงาน

1.2 สิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการทบทวนความรู้ (knowledge-focused triggers) เป็นสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการทบทวน และประเมินงานวิจัยขั้นต้น (prelimination assessment) ว่างานวิจัยนั้น มีความสอดคล้องในหน่วยงานหรือไม่ และสามารถใช้งานวิจัยนั้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติได้หรือไม่

การคัดเลือกหัวข้อ หรือปัญหาทางคลินิกที่ต้องแก้ไข ต้องมีความสำคัญมากเพียงพอสำหรับหน่วยงาน ที่จะเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ มีผลกระทบต่อคนจำนวนมาก สอดคล้องกับแผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าหน่วยงาน และสวิชาชีพ มีความคุ้มค่าและเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and Evaluating Evidence)

เมื่อกำหนดคำถามทางคลินิกแล้ว ขั้นตอนต่อไป คือ การดำเนินงานสืบค้น และประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นการสืบค้น เพื่อรวบรวมงานวิจัย หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาจำนวนมากพอ ทันสมัย เพื่อหาข้อมูลในการทำความเข้าใจ ประเด็นปัญหาเพื่อหาช่องว่างของการปฏิบัติ และองค์ความรู้ที่ดีที่สุด ในการปฏิบัติในปัจจุบัน ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ วิเคราะห์และสังเคราะห์ บูรณาการข้อมูล เพื่อสรุปเป็นองค์ความรู้ในการแก้ปัญหา ซึ่งขึ้นอยู่กับข้อค้นพบของงานวิจัยแต่ละเรื่อง ว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คุณภาพและความเข้มแข็งของงานวิจัย ประสิทธิภาพของการบำบัด (observed effect) การประยุกต์ใช้ผลงานวิจัยกับบริบททางคลินิก ความคุ้มค่า และประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential)

การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ ที่ได้จากการสรุปและการบูรณาการข้อมูลจากงานวิจัย โดยการทดลองใช้ (Pilot testing) หรือในบางการศึกษา การประเมินศักยภาพขอบเขตนวัตกรรม ว่ามีความเหมาะสม (appropriate) กับบริบทที่เฉพาะเจาะจงของหน่วยงานหรือไม่ โดยประเมินจากการถ่ายทอดวิธีการปฏิบัติ ที่ได้จากการบูรณาการ และการสรุปข้อมูลจากงานวิจัยสู่การปฏิบัติจริง (transferability) โดยพิจารณาความสอดคล้องกับปรัชญา ประเพณี และลักษณะของผู้ป่วย บุคลากร โครงสร้างการบริหาร และทรัพยากรด้านการเงินของหน่วยงาน

ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implement) เป็นการพิจารณาว่าบุคลากร ทรัพยากร บรรยากาศขององค์กร ความต้องการ และความเป็นไปได้ ในการได้รับความช่วยเหลือจากภายนอกองค์กร พยาบาลมีความเป็นอิสระ ในการควบคุมวิธีการปฏิบัติที่สร้าง ขึ้นใหม่หรือไม่ หรือความต้องการความร่วมมือซึ่งกันและกัน (cooperative) ระหว่างทีมสหวิชาชีพ

ความคุ้มค่า คุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (cost-benefit ratio) เป็นการประเมินต้นทุน ประโยชน์ และความเสี่ยงที่ได้รับจากการปฏิบัติที่สร้างขึ้นใหม่ต่อผู้ป่วย บุคลากรและองค์กร

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา การนำไปใช้และการประเมินผลนวัตกรรม (Developing, Implementing, and Evaluating the Innovation)

การพัฒนา การนำไปใช้ และการประเมินผลนวัตกรรม การเตรียมความพร้อมในการทดลองนำแนวปฏิบัติไปใช้โดย 1) การพัฒนาแผนการประเมินการนำไปใช้ (an evaluation plan) เช่นการระบุผลลัพธ์ที่ต้องการ จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมการทดลอง การนำนวัตกรรมไปทดลองใช้

ระยะเวลา และความถี่ของการวัดผลลัพธ์ 2) การรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน เพื่อเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ของการใช้นวัตกรรม 3) เขียนแนวปฏิบัติที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างชัดเจนให้ผู้นำไปใช้ได้ 4) ประชาสัมพันธ์ และฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในการใช้แนวปฏิบัติ 5) ทดลองใช้แนวปฏิบัติกับหน่วยงาน หรือกับผู้ป่วย 6) ประเมินผล กระบวนการ และผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ว่าแนวปฏิบัติได้รับการยอมรับหรือไม่ สามารถปฏิบัติตาม หรือมีปัญหาในการปฏิบัติอย่างไร การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลครั้งนี้ ผู้ศึกษาดำเนินการตามขั้นตอนของ Polit & Beck (2008) ใน 3 ขั้นตอนแรก โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกหัวข้อหรือปัญหา (Selecting a topic or problem)

ในการเลือกหัวข้อหรือปัญหาที่ต้องการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษามีการวิเคราะห์จากปัญหาการปฏิบัติงาน (problem-focused triggers) และแหล่งข้อมูลจากการทบทวนองค์ความรู้ (knowledge-focused triggers) พบว่า

1.1 ประเด็นปัญหาจากการปฏิบัติงาน (Problem-Focused triggers)

จากประสบการณ์ที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ป่วยซ้ำ เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคไม่เพียงพอ ไม่เข้าใจถึงวิธีการดูแลรักษาด้วยยา รักษาโรคซึมเศร้า ว่าทำไมจึงต้องรับประทานยาต่อเนื่องเป็นเวลานาน และพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งเลิกรับประทานยา ตั้งแต่เริ่มรับประทานยา เพราะรู้สึกว่าการรับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น รู้สึกไม่สบายจากอาการข้างเคียงของยา และปัจจัยขัดขวางอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาตามแผนการรักษาได้ เช่น ไม่สะดวกในการเดินทาง ไม่มีเวลา รู้สึกอับอายต่อการมารับยาที่โรงพยาบาลจิตเวช (stigma) และปัญหาทางการเงิน นอกจากนี้ยังพบว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แต่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดที่รุนแรงหรือเรื้อรัง ซ้ำซาก ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ก็จะเป็นสิ่งกระตุ้น ทำให้เกิดการกลับป่วยซ้ำได้เช่นกัน และจากการที่ผู้ศึกษาลุ่มเก็บข้อมูลเฉพาะเป็น ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ปี 2551-2552 พบว่าร้อยละ 30-40 ที่ผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัดหมาย ในแผนกผู้ป่วยนอก ต่อมาสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้จัดระบบการติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มาตามนัดหมายประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ไม่มาพบแพทย์ตามนัดหมาย เมื่อมีการโทรศัพท์ติดตาม ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะกลับมารับการรักษาต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่าการติดตามทางโทรศัพท์ มีประโยชน์ช่วยให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องอีกวิธีหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัดหมาย เมื่อกลับไปบ้านบางรายไม่สามารถปฏิบัติตามได้ ตามแผนการรักษา เนื่องจากปัญหาอุปสรรคดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษารูปแบบ

การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ เพื่อส่งเสริมการร่วมมือในการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.2 จากการทบทวนความรู้ (Knowledge Focused Trigger)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากสาเหตุหลายๆ ปัจจัยผสมผสานรวมกัน คือปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคมที่บีบคั้น และเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมเรียกว่าปัจจัยชีวจิตสังคม (Biopsychosocial factors) โดยปัจจัยแต่ละด้านมีอิทธิพลแตกต่างกันไปในแต่ละคน จากการศึกษาด้านจิตวิทยาและพฤติกรรมของมนุษย์ พบว่าร่างกายและจิตใจทำงานสัมพันธ์กัน ดังนั้นการดูแลจึงใช้ทั้งการดูแลทางชีวภาพที่สำคัญ คือการดูแลด้วยยาและการดูแลทางจิตสังคมร่วมด้วย การดูแลด้วยยาเพื่อปรับสมดุลของชีวเคมี ในระบบประสาท นอกจากนี้พบว่าผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม เช่นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพทางชีวเคมี และสรีรวิทยาภายในสมอง ทำให้เกิดความไม่เสถียรภาพของเซลล์ประสาท ในส่วนที่ควบคุมกับความรู้สึกรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม ผลให้ความสามารถในการคิดเชิงเหตุผลลดลง ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า ดังนั้นการดูแลทางจิตสังคม ช่วยส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ ก่อให้เกิดความเครียด ในชีวิตให้มีประสิทธิภาพ และส่งเสริมการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมการเปลี่ยนแปลงสภาพทางชีวเคมี และสรีรวิทยาภายในสมองให้เกิดความสมดุล และจากการทบทวนความรู้ที่ผ่านมา พบว่าการใช้โทรศัพท์ติดตามดูแลดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมี ประสิทธิภาพในการส่งเสริมการดูแลตนเอง ในการรับประทานยาตามแผนการรักษา และส่งเสริม การปรับตัวและปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุลได้ ในการศึกษาครั้งนี้ จึงมุ่งศึกษาว่ารูปแบบ การดูแลทางโทรศัพท์แบบใดที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการส่งเสริมการร่วมมือ ในการรักษา ส่งเสริมความสามารถในการปรับตัว และปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุล ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and Evaluating Evidence)

เมื่อสามารถสรุปประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับโรงพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ว่าวิธีการดูแลและติดตามทางโทรศัพท์ วิธีใดที่สามารถส่งเสริมการร่วมมือการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดอาการซึมเศร้า และส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งขั้นตอนต่อไปเป็นการสืบค้นงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. แนวทางการสืบค้น

เพื่อให้ได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษา ผู้ศึกษาจึงกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (PICO Framework) (Craig, 2002) มีรายละเอียดดังนี้

P: Population: ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

I: Intervention: การบำบัดดูแลทางโทรศัพท์

C: Comparison intervention: ไม่มี

O: Outcome: ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา, อาการซึมเศร้า

กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นดังนี้

Population: Keyword คือ Depressive disorder, Major depressive disorder, Dysthymia

Intervention: Keyword คือ Telephone Intervention, Telephone care, program Telephone, Telephone follow up

Outcome: Keyword คือ Depression, Depressive symptoms, Drug adherence, Treatment compliance

2. เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกงานวิจัย

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์และ / หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องสำหรับการศึกษา เพื่อนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

- เป็นงานวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) จากงานวิจัย Randomized control trials (RCTs) และ Quasi-experimental ที่ตรงประเด็นปัญหาหรือแนวปฏิบัติทางคลินิก

- สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ครอบคลุมตั้งแต่ปีค.ศ. 1992-2007

- เลือกเฉพาะงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3. กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล

1) จากฐานข้อมูล Electronic

- ฐานข้อมูลที่รวบรวมแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ www.nlm.nih.gov, www.guideline.gov

- ฐานข้อมูลที่รวบรวม systematic review ได้แก่ www.cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au

- ฐานข้อมูลฯ ที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางสุขภาพ ได้แก่ CINAHL, OVID, MEDLINE, PubMed, Blackwell Synergy, SCIENCE DIRECT

2) Hand search

- Journal ที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ Journal of Nursing Scholarship, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Journal of Clinical Psychiatry, American Journal of Psychiatry, British Journal of Psychiatry, Acta Psychiatrica Scandinavica

- จากเอกสารอ้างอิงของบทความ/งานวิจัยที่เคยสืบค้นได้

4. ผลการสืบค้น

จากผลการสืบค้นพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์จากฐานข้อมูลต่างๆ ซึ่งฐานข้อมูลบางฐานข้อมูลได้งานวิจัยเรื่องซ้ำกัน จึงนำเสนอเพียงฐานข้อมูลอันใดอันหนึ่ง โดยงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ทั้งหมดมี 4 เรื่อง ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

ลำดับ	ชื่อผู้วิจัย / ชื่อเรื่อง / แหล่งพิมพ์	ระดับงานวิจัย
1	Hunkeler, E. M., Meresman, J. F., Hargreaves, W. A., Fireman, B., Berman, W. H., Kirsch, A. J., et al. (2000). Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. <i>The Archives of Family Medicine</i> , 9, 700-708.	ระดับ II
2	Simon, G. E., VonKorff, M., Rutter, C., & Wagner, E. (2000). Randomized trial of monitoring, feedback and management for care by telephone to improve depression treatment in primary care. <i>British Medical Journal</i> , 320, 550-554.	ระดับ II
3	Tutty, S., Simon, G., Ludman, E. J. (2000). Telephone counseling as an adjunct to antidepressant treatment in the primary care system a pilot study. <i>Eff Clin Pract</i> , 4, 170-178.	ระดับ II
4	Simon, G. E., Ludman, E. V., Tutty, S., Operskalski, B., & VonKorff, M. (2004). Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment a randomized controlled trial. <i>JAMA</i> , 292, 935-942.	ระดับ II

5. เกณฑ์ที่ใช้ประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Recommendations)

งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลทั้งหมด 4 เรื่อง ได้ถูกนำมาประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อคัดเลือกรายงานวิจัยที่ตรงกับประเด็นที่ศึกษา นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับความเข้มแข็งหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk and Fineout-Overholt (2005) มีรายละเอียดการแบ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ออกเป็น 7 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 หลักฐานที่ได้จากงานที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือการวิเคราะห์อภิมาน (Meta Analysis) ที่ได้จากงานวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials, RCTs) หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) จากงานวิจัยที่เป็น RCTs

ระดับที่ 2 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials, RCTs) ที่มีการออกแบบการวิจัยเป็นอย่างดีอย่างน้อย 1 ชิ้น

ระดับที่ 3 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบรัดกุม แต่อาจไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (Controlled trials without randomized)

ระดับที่ 4 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัย case control, cohort study

ระดับที่ 5 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยเชิงบรรยาย หรือเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบ

ระดับที่ 6 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 ชิ้น

ระดับที่ 7 หลักฐานที่เป็นความคิดเห็น หรือรายงานของผู้เชี่ยวชาญ หรือกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

พบงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลที่กำหนด และผ่านการประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็งหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 นำมาวิเคราะห์จำนวน 4 เรื่อง ดังนี้

เรื่องที่ 1

ผู้วิจัย:- Hunkeler, E. M., Meresman, J. F., Hargreaves, W. A., Fireman, B., Berman, W. H., & Kirsch, A. J., et al. (2000)

ชื่อเรื่อง:- Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of Depression in primary care

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการนำการดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์ และการนำเพื่อนผู้ป่วยเข้ามาสนับสนุนระดับประคอง ร่วมกับการรักษาด้วยยาโรคซึมเศร้า โดยมีสมมุติฐานคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลแบบติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อช่วยสนับสนุนความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการนำเพื่อนผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการรักษาโรคซึมเศร้า เข้ามาช่วยสนับสนุนระดับประคอง ร่วมกับการดูแลทางโทรศัพท์ เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ Randomized controlled trial ระดับ 2 ลักษณะประชากรที่ร่วมการวิจัยคือ ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวจากแพทย์ที่ Hayward และ San Francisco primary care clinic ใน Kaiser Permanente Northern California ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรค Major depressive disorder หรือ Dysthymia และได้รับยารักษาโรคซึมเศร้ากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor คือ Fluoxetine และ Paroxetine ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการมีจำนวน 302 คน โดยสุ่มผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ Usual care, Telehealth care, Telehealth care plus peer support ผู้ป่วยได้รับการประเมิน 1) the self-report version of the Hamilton Depression Rating Scale เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า 2) The Beck Depression Inventory เพื่อประเมินอาการซึมเศร้า และ 3) The SF-12 Mental and Physical Composite Scales เพื่อประเมินการรับรู้ความเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางกายและทางจิต ซึ่งกลุ่ม Usual care ได้รับการดูแลรูปแบบการรักษา และการนัดคล้ายคลึงกันทุกโปรแกรม กลุ่ม Telehealth care พยาบาลจะโทรศัพท์ไปหาผู้ป่วย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ในช่วง 2 สัปดาห์แรก และ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ในช่วงสัปดาห์ที่ 3 ถึง 8 จากนั้น จะโทร 1 ครั้งต่อสองสัปดาห์ ในช่วงสัปดาห์ที่ 9 ถึง 16 โดยเป้าหมายคือโทรให้ได้ 12-14 ครั้ง ใช้เวลา 10 นาที เพื่อสอบถามเกี่ยวกับ การรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้า ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน, วิธีการสังเกต และวิธีการจัดการอาการข้างเคียงเบื้องต้น จากยารักษาโรคซึมเศร้า เน้นวิธีการรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้าอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้พยาบาลจะให้ emotional support และช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยพยายามทำกิจกรรมต่างๆ เพิ่มมากขึ้น โดยให้ผู้ป่วยค้นหาและทำกิจกรรม ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น โดยในทุกๆครั้งที่โทรไปก็จะมีการถามถึงกิจกรรมที่เคยคุยกันไว้ เมื่อครั้งก่อน ว่าได้ทำหรือยัง แล้วรู้สึกอย่างไรและการวางแผน ในการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป จากนั้นก็จะรายงานข้อมูลที่ได้ทั้งหมด ให้กับแพทย์เจ้าของไข้ การโทรศัพท์ไปหาผู้ป่วย

นอกเหนือจากนี้จะโทรได้ก็ต่อเมื่อ มีเหตุเร่งด่วนที่เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย หรือผู้ป่วยฝากข้อความให้ช่วยโทรกลับไว้ พยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจะถูกคัดเลือกจาก nursing supervisor ของ primary care แต่ละแห่ง โดยได้รับการฝึกสอน เกี่ยวกับโปรแกรมเป็นเวลา 6 ชั่วโมง และต้องเข้าพบกับ clinical psychologist อย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน และกลุ่ม Telehealth care plus peer support คัดเลือกจากผู้ป่วย ที่เคยมีประสบการณ์เป็นโรคซึมเศร้า (หายแล้ว) ในการคัดเลือก peer support ที่มีปัญหาล้ายคลึงกับผู้ป่วย เช่น ตกงาน ปัญหาทางครอบครัว ให้อาสาสมัครเป็นตัวอย่างเกี่ยวกับทักษะการเผชิญปัญหาต่างๆ การให้กำลังใจ สนับสนุนผู้ป่วย โดยอาสาสมัครโทรศัพท์พูดคุยกัน 1 ครั้ง หรือนานกว่านั้นตามโอกาสอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 6 เดือน หลังจากได้รับการมอบหมาย case โดยอาสาสมัครทุกคนจะผ่านการคัดกรองจาก experienced psychiatric social worker (เป็นผู้ที่ฝึกสอนอาสาสมัคร) กำหนดว่าอาสาสมัครคนไหน เหมาะสมกับผู้ป่วยคนใด และเป็นผู้ที่คอยติดตามอาสาสมัครอย่างใกล้ชิด โดย peer support ได้รับการอบรม เป็นเวลา 20 ชั่วโมง ประกอบด้วยการบรรยาย การแสดงบทบาทสมมุติ การร่วมแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์ข้อมูลหลังจาก 6 สัปดาห์และ 6 เดือน โดยใช้ The self-report version of the Hamilton Depression Rating Scale และ The Beck Depression Inventory. ผลลัพธ์คือ กลุ่ม telehealth care ทั้งที่มี peer support และไม่มี (N=60) จะมีจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า Hamilton Scale ดีขึ้นมากกว่า 50% ในสัปดาห์ที่ 6 และเดือนที่ 6 มากกว่ากลุ่มควบคุม (N=40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (50% vs 37%; $P=0.1$ และ 57% vs 38.5%; $P=.003$) และมีจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า Beck Scale ดีขึ้นมากกว่า 50% ที่เดือนที่ 6 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (48% vs 37%; $P=.05$) นอกจากนี้คะแนนโดยรวมของ Hamilton Scale เดือนที่ 6 ของกลุ่มทดลอง ยังมากกว่าของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (10.38 vs 8.12; $P=.006$) กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีค่า The SF-12 Mental and Physical Composite Scales เพิ่มขึ้น ที่สัปดาห์ที่ 6 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (47.07 vs 42.64; $P=.004$) และมีระดับความพึงพอใจ ที่สัปดาห์ที่ 6 และเดือนที่ 6 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (4.41 vs 4.17; $P=.004$ และ 4.20 vs 3.94; $P=.001$) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มที่มี peer support กับกลุ่มที่ไม่มี peer support

เรื่องที่ 2

ผู้วิจัย: - Simon, G. E., Von Korff, M., Rutter, C., & Wagner, E. (2000).

ชื่อเรื่อง:- Randomized trial of monitoring, feedback and management of care by telephone to improve depression treatment in primary care.

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผล ของโปรแกรมการให้ข้อมูลป้อนกลับ และโปรแกรมการให้ข้อมูลป้อนกลับ ร่วมกับการจัดการการดูแลทางโทรศัพท์ ว่าจะสามารถทำให้ การรักษาอาการซึมเศร้า ในสถานบริการปฐมภูมิดีขึ้นหรือไม่ เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ Randomized controlled trial ระดับ 2 ลักษณะประชากรที่ร่วมการวิจัย คือผู้ป่วยที่ได้รับยารักษา โรคซึมเศร้าเป็นครั้งแรกในรอบ 120 วันที่ผ่านมา และได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV โดยศึกษาจากสถานพยาบาลปฐมภูมิ จำนวน 5 แห่งที่อยู่ภายใต้การดูแลของ Group Health Cooperative of Puget Sound ในรัฐวอชิงตัน การทดลองจะสุ่มแบ่งผู้ป่วย เข้าในกลุ่มทดลองกลุ่มใด กลุ่มหนึ่งใน 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับ usual care, feedback only, feedback plus care management โดยผู้ป่วยจะได้รับการประเมิน 1) The Hopkins symptom checklist เพื่อประเมินอาการซึมเศร้า 2) ค่าใช้จ่ายในการรักษา จะคำนวณจากการมารับการรักษาแต่ละครั้ง ค่าใช้จ่ายจริงที่ใช้ในการเข้ามา รับบริการ และการมาติดตามการรักษาและการใช้ยา โดยกลุ่ม Usual care ได้รับการดูแลตาม มาตรฐานตามปกติ ที่ให้กับผู้ป่วยทั่วไป กลุ่ม feedback only เป็นการสื่อสารข้อมูลที่ได้ให้แก่แพทย์ เพียงฝ่ายเดียว โดยจะมีการประมวลผลการรักษา ที่ผ่านมาของผู้ป่วยแต่ละคน จากฐานข้อมูล ในคอมพิวเตอร์ เช่น ขนาดยารักษาโรคซึมเศร้าที่ใช้ จำนวนครั้งที่ส่งยาเดิม จำนวนครั้งการมารับ บริการ การเลื่อนนัด และให้คำแนะนำเบื้องต้นในการรักษาตาม algorithm ในคอมพิวเตอร์ เช่น คำแนะนำในการปรับเพิ่ม-ลดขนาดยาหรือเปลี่ยนยา เป็นต้น ซึ่งข้อมูลดังกล่าว จะถูกส่งให้แพทย์ ในสัปดาห์ที่ 8 และ 16 หลังจากเริ่มต้นการรักษาด้วยยา นอกจากนี้ระบบจะคอยเตือนแพทย์ ให้ติดตามผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัด ทั้งนี้ข้อมูลที่แพทย์ได้รับจากทีมดังกล่าว จะมีข้อจำกัด คือไม่มีข้อมูลในด้านของอาการข้างเคียงจากยา และระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าใน ขณะนั้น และกลุ่ม feedback plus care management จะมี care manager ในการสื่อสารข้อมูลระหว่าง แพทย์และผู้ป่วยเพิ่มเติมจากระบบปกติ เพื่อสื่อสารข้อมูลจากทั้ง 2 ฝ่ายให้อีกฝ่ายรับรู้ และมีการให้ Psychotherapy ในระดับที่ไม่ลึกเสริมแก่ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ (general support) ทั้งนี้การโทรศัพท์ พูดคุยกับผู้ป่วย จะมีขึ้นประมาณ 10 ถึง 15 นาที ในสัปดาห์ที่ 8 และ 16 หลังผู้ป่วยเริ่มรับการรักษา ด้วยยา ผู้ที่โทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วย จะได้รับการฝึกทักษะในการประเมินข้อมูลผู้ป่วยทางโทรศัพท์ เป็นอย่างดี เรื่องการประเมินระดับความรุนแรงของอาการ การประเมินการรับประทานยาในปัจจุบัน และอาการข้างเคียงของยา แต่จะไม่ได้รับการอบรมในเรื่องของ antidepressant pharmacotherapy

ที่เฉพาะเจาะจงหรือลึกซึ้งมากนัก และไม่มีอำนาจในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนการรักษา โดยที่ care giver ดูแลผู้ป่วยใหม่ 8-10 คนต่อสัปดาห์ และต้องเข้าพบ psychiatrist 15 นาทีต่อสัปดาห์ โดยข้อมูลที่ care manager ซักถามผู้ป่วยเพื่อนำไปประเมินตาม algorithm เป็นข้อมูลส่งกลับแก่แพทย์ ได้แก่ สถานการณ์รับประทานยารักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน , อาการข้างเคียงจากยาและระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ care manager จะติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด ตลอดจนสามารถ refer ผู้ป่วยได้ถ้ามีความจำเป็น การประเมินผลในเดือนที่ 3 พบว่าในกลุ่ม Care management มีสัดส่วนของผู้ป่วย ที่ค่าคะแนนอาการซึมเศร้าลดลง 50% มากกว่ากลุ่ม usual care อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2.22, 1.31-3.75) และเมื่อติดตามในเดือนที่ 6 พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.46, 0.24-0.86) และกลุ่ม feedback only และกลุ่ม usual care ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง 3 โปรแกรม ไม่มีผลต่อจำนวนครั้งการเข้าพบแพทย์ตามนัดของผู้ป่วย แต่จะพบว่าผู้ป่วยกลุ่ม Care management ได้รับขนาดยาที่เหมาะสม และระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าลดลง สามารถเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงความร่วมมือในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่ม Care management มากกว่ากลุ่ม feedback only และกลุ่ม usual care

เรื่องที่ 3

ผู้วิจัย:- Tutty, S., Simon, G., & Ludman, E. (2000)

ชื่อเรื่อง:- Telephone Counseling as an Adjunct to Antidepressant Treatment in the Primary Care System: A Pilot Study.

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความเป็นไปได้ และประสิทธิภาพทางคลินิกการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่อยู่ในชุมชน เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ Randomized controlled trial ระดับ 2 ลักษณะประชากรที่ร่วมการวิจัย คือผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า และได้รับยารักษาโรคซึมเศร้า ซึ่งศึกษาที่ Olympia primary care clinic of group health cooperative ใน Western Washington โดยผู้วิจัยจะทำการค้นหาผู้ป่วยจากระบบฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จากนั้นประเมินผู้ป่วยด้วย 20-item depression questionnaires (Hopkins symptom checklist) โดยผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับหนังสือเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า วิธีการดูแลตัวเอง และอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคซึมเศร้า ก่อนเริ่มการทดลอง 1 สัปดาห์ (หนังสือชื่อว่า Time life medical's depression self-care companion for better living) หนังสือที่ผู้ป่วยได้รับจะถูกนำมาใช้ประกอบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และในทุกครั้งที่สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ผู้ป่วยจะถูกประเมินตาม Beck Depression Inventory และถูก

ซักถามเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่พบ จากยารักษาโรคซึมเศร้า โดยจะพูดคุยทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละครึ่งชั่วโมง โดยรูปแบบของการดูแลใช้กรอบแนวคิด Transtheoretical ในสัปดาห์แรก-สัปดาห์ที่3 เน้นเรื่อง Behavioral activation (scheduling pleasant events, balancing challenging tasks and duties with positive activities, and problem solving) สัปดาห์ที่ 4-5 เน้น Cognitive restructuring (reducing negative thoughts/increasing positive thoughts and confronting irrational thoughts) และสัปดาห์ที่ 6 จะวางแผนการดูแลตนเอง เพื่อค้นหาพฤติกรรมด้านบวก และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยประเมินผลลัพธ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีการรวบรวมข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วย บันทึกในคอมพิวเตอร์เพื่อรายงานเรื่องต่อไปนี 1) ผู้ป่วยรับยารักษาโรคซึมเศร้าครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่ 2) ยารักษาโรคซึมเศร้าที่ได้รับมีขนาดเท่าไร ได้จำนวนเท่าไร รับประทานอย่างไร 3) ผู้ป่วยเข้าพบผู้ทำการรักษาครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่ 4) ผู้ป่วยจะต้องไปพบแพทย์อีกครั้งเมื่อไหร่ 5) ประวัติการได้รับยารักษาโรคซึมเศร้า 6) ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ซึ่งหากพบความผิดปกติในรายงานเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย ผู้วิจัยก็จะทำการติดต่อกับแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษาทันที พบว่า 93% ยินดีเข้าร่วมการทดลอง และ 92% ของ 93% ข้างต้น เข้าร่วมโปรแกรมจนจบการทดลอง โดยกลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เดือนที่ 3 (0.89 vs. 1.13) แต่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เดือนที่ 6 0.79 vs. 0.95; $P = 0.03$) กลุ่มทดลองมีแนวโน้มรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ในขนาดยาที่เหมาะสมสูงกว่าเกือบ 2 เท่า (25% vs 13%) และมีแนวโน้มในการเป็น Major depression ตาม criteria น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (8% vs 16%) จำนวนครั้งในการเข้าทำการรักษาของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เรื่องที่ 4

ผู้วิจัย:- Simon, G. E., Ludman, E. J., Tutty, S., Operskalski, B., & Von Korff, M. (2004).

เรื่อง:- Telephone Psychotherapy and Telephone Care Management for Primary Care Patients Starting Antidepressant Treatment A Randomized Controlled Trial.

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2 รูปแบบคือ 1) Telephone care management และ 2) Telephone care management ร่วมกับ telephone psychotherapy เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ Randomized controlled trial ระดับ 2 ลักษณะประชากรที่ร่วมการวิจัย คือผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ไม่ได้รับยารักษาโรคซึมเศร้า ใน 90 วันที่ผ่านมา และการรับรู้ภาษา การสื่อสารไม่มีความบกพร่อง คุณสมบัติผู้ดูแลต้องจบปริญญาโท มีประสบการณ์ในการดูแล Psychotherapy ผู้ป่วยนอกอย่างน้อย 1 ปี และได้รับการฝึก

อย่างน้อย 12 ชั่วโมง โดยศึกษาที่ Primary care clinic of group health cooperative ใน Washington ผู้ป่วยได้รับการประเมิน 1) The Hopkins symptom checklist depression scores เพื่อประเมินอาการซึมเศร้า 2) The patient health questionnaire เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและความพึงพอใจต่อการรักษาของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ 1) การดูแลปกติ 2) Telephone care management program หลังจากคัดเลือกรับเข้าโปรแกรมประมาณ 4 สัปดาห์ หลังได้รับยารักษาโรคซึมเศร้า จะได้รับคู่มือที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับการจัดการดูแลตนเอง โดยเน้นการส่งเสริมให้มีกิจกรรมต่างๆ การระบุนิสัยความคิดด้านลบ หรือการค้นหาความคิดเชิงลบ และวางแผนในการพัฒนาการดูแลตนเองในระยะยาว การโทรศัพท์ ติดต่ออย่างน้อย 3 ครั้ง ส่วนใหญ่มากกว่า 5 ครั้ง แต่แต่ละครั้งที่โทรศัพท์ care managers จะประเมินอาการซึมเศร้า การใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า อาการข้างเคียงของยารักษาโรคซึมเศร้า ใช้หลักการส่งเสริมแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมต่อไป โดยไม่มีการหยุดยาใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที หลังการดูแลเสร็จรายงานทางคลินิกให้แก่แพทย์ หากต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา Care managers จะประสานระหว่างแพทย์และผู้ป่วยให้มีการติดต่อสื่อสารกันได้อย่างสะดวก และติดตามผล และส่งชม. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รับโทรศัพท์หรือไม่มารักษาตามแพทย์นัด นอกจากนี้ Care managers ช่วยเหลือ crisis intervention และการส่งต่อสถานบริการด้านสุขภาพในกรณีเร่งด่วน และ 3) Telephone psychotherapy program ผู้ป่วยจะได้รับ intervention เช่นเดียวกับ Telephone care management program ร่วมกับ cognitive-behavioral psychotherapy program 8 sessions ในแต่ละ sessions มีการประเมินอาการซึมเศร้า การใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า อาการข้างเคียงของยารักษาโรคซึมเศร้า ระยะที่ 1 ประกอบด้วยรายละเอียดประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางคลินิก การประเมินแรงจูงใจในการรักษา และความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ระยะที่ 2-4 เน้นการส่งเสริมกิจกรรมที่พึงพอใจและให้รางวัลแก่ตนเอง หลังจากนั้นห่างประมาณ 1-4 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย ระยะที่ 5-7 เน้นการแยกแยะ ค้นหา และการเปลี่ยนแปลงความคิดในเชิงลบ ระยะที่ 8 เน้นการวางแผนการดูแลตนเองในระยะยาวเกี่ยวกับยา การติดตามและเฝ้าระวังตนเอง และทักษะการจัดการกับปัญหาต่างๆกับตนเอง ผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นให้อ่านคู่มือก่อนทุกครั้ง ใช้เวลาในการโทรศัพท์ประมาณครั้งละ 25-40 นาที ขณะโทรศัพท์เพื่อการดูแลและใช้คู่มือประกอบการสอน และแบบฝึกหัดในแต่ละระยะ และการบ้าน หลังจากนั้นจะสรุปข้อมูล และผู้ป่วยจะถูกถามถึงการเตรียมคู่มือบทที่เกี่ยวข้องก่อนเข้าแต่ละระยะนั้นๆ มีการบันทึกข้อมูลเนื้อหา ในแต่ละระยะส่งถึงผู้ป่วยเพื่อวางแผนกำหนดระยะต่อไป ผลการศึกษาพบว่า กลุ่ม telephone psychotherapy group มีคะแนนต่ำสุด จากการประเมิน Hopkins Symptom Checklist Depression Score (SCL) และกลุ่มที่มีการดูแลปกติ มีคะแนนสูงสุด

ค่าคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในการประเมินช่วง 6 สัปดาห์ และ 6 เดือน ($P < 0.02$ และ ($P < .001$)

6. การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

งานวิจัยทั้ง 4 เรื่อง นำมาวิเคราะห์สกัดเนื้อหาใส่ตาราง ที่ละเรื่องจนครบทุกเรื่อง ตามหัวข้อคือ 1) วัตถุประสงค์ 2) ระเบียบวิธีวิจัย 3) ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ 4) กลุ่มตัวอย่าง 5) สถานที่ในการศึกษาวิจัย 6) เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล 7) วิธีการหรือกิจกรรม (Intervention) ที่ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง 8) ผลการวิจัย 9) ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก 10) การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ 11) ความเป็นไปได้ในการนำข้อค้นพบจากงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 12) การสกัดเพื่อนำไปใช้

7. นำข้อความแต่ละตารางมาพิจารณาร่วมกัน เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ (Integrate the evidence) เพื่อสรุปองค์ความรู้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์. ตรวจสอบความถูกต้องกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และพัฒนานำไปเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางจิตเวช จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 1 ท่าน

ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1

1) ปรับคุณสมบัติของผู้ป่วยที่เหมาะสมในการดูแลทางโทรศัพท์ ในแต่ละโปรแกรมให้ชัดเจนมากขึ้น

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2

1) ปรับการเขียนในส่วนระยะเวลา ที่ใช้ในการดูแลให้มีความชัดเจนมากขึ้น

2) ปรับการเขียนในส่วนของวิธีดำเนินการ ของแต่ละรูปแบบให้ชัดเจนขึ้น

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3

1) ปรับวิธีการเขียนในส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลให้มีความชัดเจนมากขึ้น

2) ตรวจสอบความถูกต้องของช่วงเวลาการดูแลแต่ละระยะ

สรุปสาระหลักที่ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำมาวิเคราะห์ เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ ได้มีข้อเสนอแนะดังนี้

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ เป็นส่วนหนึ่งของ รูปแบบการบริหารจัดการดูแล (Management of care) ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยา รักษาโรคซึมเศร้าหรือผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและกลับมาได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า อีกครั้งที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยที่ รูปแบบบริการทางโทรศัพท์มีขั้นตอนและวิธีการดังนี้คือ

ข้อเสนอแนะในการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ ดังนี้

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์

1. การกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยที่เหมาะสมในการดูแลทางโทรศัพท์

1.1 ผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, fourth Edition -DSM-IV-TR หรือ ICD-10 ที่มีอาการ ซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงมาก ซึ่งประเมินอาการซึมเศร้า ด้วยเครื่องมือ Beck Depression Inventory. (BDI) ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม โดยประเมินอาการด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม อาการทาง ร่างกายและการทำกิจกรรม โดยแบ่งอาการซึมเศร้าเป็น 5 ระดับดังนี้

0-12	คะแนน	ไม่มีอาการซึมเศร้า
13-20	คะแนน	มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild)
21-25	คะแนน	มีอาการซึมเศร้าปานกลาง (Moderate)
26-35	คะแนน	มีอาการซึมเศร้ามาก (Severe)

และถ้ามีคะแนน 36 คะแนนขึ้นไปมีอาการซึมเศร้ามากที่สุด

1.2 ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยการบำบัดด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า

1.3 มีอาการทางจิตไม่รุนแรงกล่าวคือ ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และไม่ป่วยเป็นโรคหรือปัญหาทางจิตเวชที่รุนแรงร่วมด้วยเช่น ดิซออเดอร์หรือสาร์เสฟติด, Bipolar disorder, schizoaffective disorder

1.4 สามารถสื่อสารได้ชัดเจน ไม่มีปัญหาในการสื่อสารและการใช้ภาษา

1.5 มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้และให้ความร่วมมือในการติดตามดูแลทางโทรศัพท์

1.6 ถ้าผู้ป่วยมีโรคฝ่ายกายร่วมด้วยต้องอยู่ในระยะที่ควบคุมอาการได้

2. รูปแบบของการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ เพื่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยา และลดอาการซึมเศร้า โดยมีรูปแบบการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ 3 รูปแบบ ดังนี้ 1) การบริหารจัดการดูแลทางโทรศัพท์ (Telephone care management program) 2) การให้สุขภาพจิตศึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone psychoeducation program) 3) การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone counseling program) ซึ่งการเลือกใช้รูปแบบใด ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย กล่าวคือ

2.1 ผู้ป่วยที่ไม่มีความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (0-12 คะแนน) จะได้รับการดูแลตามปกติ

2.2 ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเล็กน้อย (13-20 คะแนน) จะได้รับการดูแลการบริหารจัดการดูแลทางโทรศัพท์ (Telephone care management program)

2.3 ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าปานกลาง (21-25 คะแนน) จะได้รับการดูแล การให้สุขภาพจิตศึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone psycho education program)

2.4 ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามาก (26-35 คะแนน) จะได้รับการดูแลการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone counseling program)

รูปแบบการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์มี 3 รูปแบบ ดังนี้

1. การบริหารจัดการดูแลทางโทรศัพท์ (Telephone care management Program)

การบริหารจัดการดูแลทางโทรศัพท์เป็นการให้บริการทางโทรศัพท์เพื่อการติดตามการดูแลด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า และส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยา จะเป็นการบริการเบื้องต้นที่ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับ เพราะเป็นการติดต่อกับผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการของโรคและส่งเสริมการดูแลรักษาด้วยยา การปรับตัวเมื่อมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา (Simon et al., 2000; ระดับ 2: Simon et al., 2004; ระดับ 2)

1.1 ลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสม

ผู้ป่วยที่สามารถรับบริการการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว โดยไม่ต้องให้บริการอื่นเพิ่มเติม ได้แก่ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเล็กน้อย (Major Depression, mild) ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการดูแล

1.2 วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมแรงจูงใจในการรักษาด้วยยา (Motivation enhancement) ความร่วมมือในการรักษา (treatment compliance) และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา (Medication adherence)

1.3 ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์

การดำเนินการทั้งหมด 8 ครั้ง และประเมินผลการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ ในครั้งที่ 9 โทรศัพท์ครั้งจะประมาณ 5-15 นาที เป็นเวลา 6 เดือนดังนี้

ครั้งที่ 1-3 โทรศัพท์ติดตามทุก 1 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า

ครั้งที่ 4-5 โทรศัพท์ติดตามห่างจากครั้งที่ 3 ทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 2 ครั้ง โดยจะโทรศัพท์ติดตามก่อนที่แพทย์จะนัดหมายผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

ครั้งที่ 6-8 โทรศัพท์ติดตามห่างจากครั้งที่ 5 ทุก 4 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง โดยจะโทรศัพท์ก่อนที่แพทย์จะนัดหมายผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

ครั้งที่ 9 โทรศัพท์ติดตาม ประเมินผลการดูแล ห่างจากครั้งที่ 8 ใน 5 สัปดาห์ต่อมา หรือในเดือนที่ 6 โดยจะโทรศัพท์หลังจากผู้ป่วยพบแพทย์แผนกผู้ป่วยนอก

1.4 วิธีดำเนินการ

1.4.1 วิธีดำเนินการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ในครั้งที่ 1-8 มีรายละเอียดดังนี้

- สร้างสัมพันธภาพและประเมินปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย
- ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า
- ประเมินปัญหาและการตระหนักถึงความสำคัญในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เมื่ออาการซึมเศร้าดีขึ้นแล้วก็ตาม ส่งเสริมแรงจูงใจในการรับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา
- ให้การปรึกษาแบบประคับประคองทั่วไป (general support) ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีเรื่องทุกข์ใจจะให้การช่วยเหลือตามปัญหาของผู้ป่วย
- ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแผนการรักษาให้คำแนะนำตามปัญหา เช่นเรื่องขนาดและเวลาในการรับประทานยา วิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาและการแนะนำให้ปรึกษาแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษาที่เหมาะสม เมื่อพบแพทย์ครั้งต่อไปหรือติดต่อพบแพทย์ก่อนเวลานัดหมาย ถ้าเกิดปัญหารุนแรงหรือเร่งด่วน โดยพยาบาลจะเป็นผู้ประสานงานให้
- การให้ความชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามแผนการรักษา
- การให้ข้อมูลป้อนกลับกับผู้ป่วยเมื่อประเมินแล้วพบว่าอาการหรือระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าลดลง เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาพร้อมกับให้กำลังใจในการปฏิบัติดูแลตนเองต่อไป

- ตรวจสอบวันเวลาที่ผู้ป่วยจะต้องพบแพทย์ผู้รักษาในครั้งต่อไป ส่งเสริมให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ประเมินว่าผู้ป่วยมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไรหรือไม่ ถ้ามีก็ร่วมมือกันในการแก้ไข

- แนะนำให้ผู้ป่วยใช้โทรศัพท์แบบฝากข้อความถ้ามีปัญหาเร่งด่วน

- นัดเวลาที่จะโทรศัพท์ติดตามการรักษาครั้งต่อไป

- หลังสิ้นสุดการ โทรศัพท์ทุกครั้งผู้ดูแลจะสรุปผล และวางแผนการ โทรศัพท์ครั้งต่อไปกับผู้ป่วยทุกครั้ง พร้อมกับบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลหรือเพิ่มข้อมูลของผู้ป่วย รายงานความก้าวหน้าและปัญหาของผู้ป่วยให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบ ถ้ามีปัญหาเร่งด่วนต้องรายงานให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบทันที

- ข้อมูลที่ต้องบันทึกในฐานข้อมูลและรายงานแพทย์หลังการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์แต่ละครั้งมีดังนี้

- 1) วันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์และรับยารักษาโรคซึมเศร้าครั้งสุดท้าย และวันนัดครั้งต่อไป
- 2) จำนวนและขนาดของยารักษาโรคซึมเศร้าที่ได้รับและการเกิดอาการข้างเคียง(ถ้ามี)
- 3) ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า
- 4) ปัญหาที่พบในปัจจุบัน สิ่งที่เกิดขึ้นไปแล้ว สิ่งที่ต้องแก้ไขและประเมินในครั้งต่อไป
- 5) การวางแผนสำหรับการพบครั้งต่อไป

1.4.2 วิธีดำเนินการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ ประเมินผลในครั้งที่ 9 หรือครั้งสุดท้าย โดย

- สรุปผลการดูแลที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไข และสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถพัฒนา หรือจัดการดูแลตนเองที่ผ่านมา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยวางแผนการดูแลตนเองในระยะยาวเกี่ยวกับยา การติดตามและเฝ้าระวังตนเอง และการใช้ทักษะการจัดการกับปัญหาต่างๆของตนเองต่อไป

- สรุปข้อมูลที่ต้องรายงานในฐานข้อมูลและรายงานแพทย์เมื่อสิ้นสุดการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ดังนี้

- 1) วันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์และการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการมาพบแพทย์และเมื่อสิ้นสุดการดูแล

- 2) ประวัติการรักษาด้วยยา และปัญหาอุปสรรคและวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมา
- 3) ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเมื่อสิ้นสุดการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์
- 4) ข้อเสนอแนะในการติดตามดูแลต่อเนื่องหรือการยุติการดูแลรักษา

2. การให้สุขภาพจิตศึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone psychoeducation program)

การให้สุขภาพจิตศึกษาทางโทรศัพท์ เป็นการให้บริการทางโทรศัพท์เพื่อติดตามการดูแลด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า ร่วมกับการสนับสนุนการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุลและสร้างสรรค์ (balancing challenging tasks and duties with positive activities, and problem solving) เป็นการให้บริการเพื่อประเมินอาการของโรค การส่งเสริมการรักษาด้วยยา การปรับตัวเมื่อมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างสรรค์ และก่อให้เกิดสุขภาวะได้ ทั้งกิจกรรมการรับประทานอาหาร การหลับนอนพักผ่อน และออกกำลังกายที่เพียงพอ และการทำกิจกรรมในหน้าที่การงาน การเรียน และสังคม และการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสุข ความเพลิดเพลินที่พอเหมาะ รวมทั้งส่งเสริมความสามารถแก้ปัญหาทุกข้อในปัจจุบัน จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีกับตัวเองและอารมณ์ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้หายป่วยได้เร็วขึ้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยวางแผนในการทำกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าวในแต่ละวันในแต่ละสัปดาห์ และให้แรงเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยดำรงกิจกรรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีต่อไป (Hunkeler et al., 2000; ระดับ 2: Tutty et al., 2000; ระดับ 2: Simon et al., 2004; ระดับ 2)

2.1 ลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสม

ผู้ป่วยที่เหมาะสมในการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ โดยวิธีนี้ ได้แก่ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าปานกลาง (Major Depression, moderate) ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการดูแล

2.2 วัตถุประสงค์ของการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ เพื่อส่งเสริมการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา (Medication adherence) และส่งเสริมแรงจูงใจในการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีสุขภาวะดีขึ้น สามารถวางแผนและปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างสรรค์และเหมาะสมต่อไป

2.3 ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล

ดำเนินการทั้งหมด 8 ครั้ง และประเมินผลการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ ในครั้งที่ 9 โทรศัพท์ครั้งละประมาณ 10-30 นาที เป็นเวลา 6 เดือน เช่นเดียวกับการดูแลรูปแบบที่ 1 แต่จะเพิ่มการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต เข้าไปในการดูแลด้วยตั้งแต่ครั้งที่ 3

2.4 วิธีดำเนินการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์

2.4.1 วิธีดำเนินการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์

มีรายละเอียดดังนี้

- ครั้งที่ 1-2 ปฏิบัติเช่นเดียวกับการดูแลรูปแบบที่ 1
- ครั้งที่ 3-8 ปฏิบัติเช่นเดียวกับการดูแลรูปแบบที่ 1 ร่วมกับการส่งเสริม

การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตดังนี้

1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการกระตุ้นตนเอง ให้ทำกิจกรรมต่างๆ (Behavioral activation) ซึ่งได้แก่ การจัดตารางกิจกรรม (scheduling pleasant Activity) การมีกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) มีการผลิตผลงานและกิจกรรมทางสังคม (Productivity and Social activity) และการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตให้สมดุล (balancing challenging tasks and duties with positive activities) ซึ่งจะช่วยให้อารมณ์ดีขึ้นได้เร็วขึ้น

2) เน้นการวางแผนเพิ่มกิจกรรมที่พึงพอใจ (Self care Action plan)ว่าจะทำกิจกรรมใดบ้าง ในวันหนึ่ง ในสัปดาห์หนึ่ง จะทำสัปดาห์ละกี่วัน วันละกี่นาที ทำที่ไหน เมื่อไร กับใคร

3) ในการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ครั้งต่อไป จะประเมินว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนหรือไม่ เกิดอุปสรรคอะไรที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแผน และช่วยกันวางแผนแก้ไข โดยในแต่ละครั้งจะเพิ่มการวางแผนกิจกรรมที่สร้างสรรค์และสร้างความสุขให้มากขึ้น จนกว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตเกิดความสมดุล และจะให้การเสริมแรงทางบวกตามหลักการของ Behavior therapy

- บันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลและรายงานแพทย์ ในทุกๆครั้งที่พบ และการรายงานสรุปผลการดูแลครั้งสุดท้ายปฏิบัติเช่นเดียวกับการดูแลรูปแบบที่ 1 แต่เพิ่มการรายงานผลการวางแผน การปฏิบัติตามแผนการ และประเมินผลการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมต่างๆและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

3. การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone counseling program)

การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามดูแลการรักษาด้วยยาโรคซึมเศร้า ร่วมกับการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต และส่งเสริมวิถีชีวิตที่ช่วยให้รู้สึกมีความสุขมากขึ้น (การดูแลทางจิตสังคมโดยใช้เทคนิคการบำบัดความคิดและพฤติกรรม Cognitive-behavioral therapy) เป็นบริการสำหรับผู้ป่วยที่ยังมีอาการเศร้าต่อเนื่องนาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักปรับเพิ่มความคิดด้านบวก และปรับลดความคิดด้านลบ รู้จักวิธีแย่งความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล (reducing negative thoughts / increasing positive thoughts and confronting irrational thoughts) ให้มีวิธีคิดที่ยืดหยุ่นมากขึ้น ฝึกการตีความจากเหตุการณ์ที่ประสบแล้วก่อให้เกิดความคิดด้านลบ เป็นการค้นหาการตีความที่เป็นไปได้อื่นๆ หรือพิจารณาหาสมมุติฐานอื่นๆที่อาจเป็นไปได้ (alternative possible interpretation) เพื่อลดความคิดหรือความเชื่อด้านลบที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง (inaccurate) ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ ส่งเสริมการมองปัญหาแบบท้าทาย ที่สามารถแก้ไขได้ และมีความหวังความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองต่อไปได้ (Hunkeler et al., 2000; ระดับ 2: Tutty et al., 2000; ระดับ 2: Simon et al., 2004; ระดับ 2)

3.1 ลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสม

ผู้ป่วยที่เหมาะสมในการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ โดยวิธีนี้ ได้แก่ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามาก (Major Depression, severe) ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษา

3.2 วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา (Medication adherence) และส่งเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้มีสุขภาวะดีขึ้น รวมทั้งเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด (Cognitive restructuring) เพื่อลดความคิดหรือความเชื่อด้านลบที่ผิดพลาด (inaccurate) ที่นำไปสู่ความรู้สึกทุกข์ซึ่งอาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง

3.3 ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล

ดำเนินการทั้งหมด 8 ครั้ง และประเมินผลการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ ในครั้งที่ 9 โทรศัพท์ครั้งละประมาณ 10-40 นาที เป็นเวลา 6 เดือน เช่นเดียวกับการดูแลรูปแบบที่ 2 แต่จะเพิ่มการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด (Cognitive restructuring) เข้าไปในการดูแลครั้งที่ 5 ถึงครั้งที่ 8

3.4 วิธีดำเนินการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์

3.4.1 วิธีดำเนินการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์
มีรายละเอียดดังนี้

- ครั้งที่ 1-4 ปฏิบัติเช่นเดียวกับ ครั้งที่ 1-4 ของการดูแลรูปแบบที่ 2
- ครั้งที่ 5-8 ปฏิบัติเช่นเดียวกับการดูแลรูปแบบที่ 2 ร่วมกับการส่งเสริมความสามารถในการรื้อสร้างความคิดใหม่ (Cognitive restructuring) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตีความหมายของเหตุการณ์ในปัจจุบันที่ผู้ป่วยให้ความหมายไปในทางลบ ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ใจให้สามารถฝึกตีความที่เป็นไปได้อื่นๆ หรือพิจารณาหาสมมุติฐานอื่นๆ ที่อาจเป็นไปได้ (alternative possible interpretation) และให้ความหมายที่เป็นบวกได้ เพื่อเพิ่มความหวังและอารมณ์ด้านบวก รวมทั้งความสามารถใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ (problem solving) ในการแก้ปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจในปัจจุบัน
- ข้อมูลที่ต้องรายงานในฐานะข้อมูลและรายงานแพทย์ ในทุกๆ ครั้งที่พบ และการรายงานสรุปผลการดูแลครั้งสุดท้ายทำเช่นเดียวกับการดูแลรูปแบบที่ 2 แต่เพิ่มการรายงานกระบวนการคิดต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจของผู้ป่วยว่าสามารถปรับเปลี่ยนหรือไม่ และปรับเปลี่ยนไปอย่างไร
- การรายงานผลการวางแผน การปฏิบัติตามแผนการและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมต่างๆ และแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย
- ในการประเมินผลครั้งสุดท้าย ถ้าพบว่าอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยยังอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป ต้องปรึกษาทีมดูแล หลังจากพบแพทย์ในเดือนที่ 6 แล้ว เพื่อพิจารณาปรับการดูแล หรือส่งต่อให้ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะต่อไป

การประเมินผลลัพธ์

การประเมินผลลัพธ์การดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ในเดือนที่ 6 หรือห่างจากการดูแลครั้งที่ 8 ประมาณ 5 สัปดาห์ เพื่อประเมินอาการซึมเศร้า ด้วยเครื่องมือ Beck Depression Inventory (BDI) และความร่วมมือในการรับประทานยา โดยประเมินข้อมูลจากการมาพบแพทย์ตามนัดหมาย การสัมภาษณ์ข้อมูลการรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้า อาการปัจจุบันในการรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้า

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential)

การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยไปใช้ว่ามีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

3.1 การถ่ายทอดวิธีการปฏิบัติที่ได้จากการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติจริง (transferability) โดยพิจารณาความสอดคล้องของหลักฐานเชิงประจักษ์กับบริบทของหน่วยงาน

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ สอดรับกับบริบทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งมีระบบการติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มาตามนัดหมายทางโทรศัพท์ตั้งแต่ปี 2551 เป็นต้นมาอยู่แล้ว ดังนั้นการเพิ่มแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ ในการส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยา ร่วมกับการสนับสนุนการปรับแผนการดำเนินชีวิต และส่งเสริมวิถีชีวิตที่ช่วยให้รู้สึกมีความสุขมากขึ้น เพื่อลดอาการซึมเศร้า ซึ่งจะป้องกันอาการกำเริบซ้ำของโรคได้ และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา การดูแลนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า หรือผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้าครั้งใหม่แบบผู้ป่วยนอก โดยรูปแบบการดูแลนี้ใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานและการประเมินผล 6 เดือน

3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (feasibility of implement)

ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ มาใช้ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามีความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้จริง แต่ต้องผ่านความเห็นชอบของผู้บริหาร และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากต้องมีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมผู้รักษา เช่น แพทย์ พยาบาลและเภสัชกร ดังนั้นทีมผู้บริหารและสมาชิกในทีมดูแลรักษา จะต้องเห็นความสำคัญและมีนโยบายในการผสมผสานการดูแลรักษาทางโทรศัพท์ ร่วมกับการดูแลด้วยยาที่ชัดเจน นอกจากนั้นยังจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรเช่น ฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและการรักษา การเตรียมความพร้อมพยาบาลจิตเวชให้มีความรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ การเตรียมอุปกรณ์การบันทึกข้อมูล และวิธีการสื่อสารข้อมูลระหว่างทีมผู้ดูแล ให้สามารถใช้ข้อมูล ซึ่งจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยสูงสุด รวมทั้งการบริหารกำลังคน และเวลาให้เหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการ ตามระดับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ

3.3 ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (cost-benefit ratio)

จากผลการศึกษางานวิจัยยังไม่พบว่าเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย บุคลากรและหน่วยงาน ซึ่งผู้ป่วยได้รับประโยชน์เพิ่มขึ้นมากกว่าการติดตามทางโทรศัพท์ในรูปแบบเดิม ที่เน้นติดตามเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มาพบแพทย์ตามนัดหมาย กล่าวคือ รูปแบบการดูแลทางโทรศัพท์ที่จะเป็นการดูแลช่วยเหลือตามความต้องการ และตามปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าลดลง และเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา ทำให้ลดอาการกำเริบซ้ำและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษา ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สำหรับข้อดีของการดูแล

ด้วยวิธีนี้คือ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัสดุ ระยะเวลาและบุคลากร ในการดำเนินการแนวปฏิบัตินี้อาจจะสูงกว่าการดูแลปกติ แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่เกิดจากผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษานาน ซึ่งส่งผลต่อการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วย พบว่ารูปแบบการดูแลนี้น่าจะคุ้มค่าและคุ้มทุนมากกว่า

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา การนำไปใช้ และการประเมินผลนวัตกรรม (Developing, Implementing, and Evaluating the Innovation)

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติและนำไปใช้ ผู้ศึกษาได้วางแผนที่จะปฏิบัติต่อหลังจากการศึกษาครั้งนี้ดังนี้

1. การพัฒนาแผนการประเมินผลลัพธ์ ผู้ศึกษาวางแผนที่จะประเมินผลลัพธ์โดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ด้วยเครื่องมือ Beck Depression Inventory (BDI)
2. การประเมินข้อมูลพื้นฐาน ก่อนการดำเนินแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการใช้ข้อมูลของทีมสุขภาพ ควรมีการรวบรวมบันทึกข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยประวัติสุขภาพ การวินิจฉัยโรค คำสั่งการรักษาของแพทย์ แผนการตรวจรักษาครั้งต่อไปและระบบการประเมิน ชนิดและปริมาณยาที่ได้รับ อาการข้างเคียงของยา การตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้า และวิธีการจัดการอาการข้างเคียงของยา เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติในศึกษานำร่อง
3. พัฒนากลุ่มมือการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการและการวัดผลในแต่ละครั้ง ของการดูแลให้ชัดเจนมากขึ้น โดยพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้สะดวกขึ้น
4. เตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ ประกอบด้วย 1) กลุ่มมือในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ 2) โทรศัพท์ที่มีระบบการฝากข้อความ 3) แบบบันทึกประกอบด้วย วัตถุประสงค์การดูแลทางโทรศัพท์แต่ละครั้ง อาการข้างเคียงของยา อาการหรือระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ผลการดูแลและแผนการดูแลครั้งต่อไป 4) เอกสาร/คู่มือความรู้เรื่องการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตและปรับวิธีคิดสำหรับผู้ป่วย 5) เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ประกอบด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
5. นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ ต่อผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเสนอวัตถุประสงค์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับสำหรับผู้ป่วยและสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เพื่อขออนุมัติ

การศึกษานำร่อง (pilot study) และชี้แจงข้อมูลกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการศึกษาและพิจารณาความเป็นไปได้ ในการนำไปปฏิบัติจริงในหน่วยงานต่อไป

6. คัดเลือกและฝึกอบรมพยาบาลผู้เข้าร่วมการศึกษานำร่อง ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติดังนี้ คือ จบการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาขึ้นไป หรือผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 1 ปี โดยผ่านการฝึกอบรมการดูแลทางโทรศัพท์สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผ่านการฝึกทักษะในการประเมินอาการซึมเศร้า ประเมินอาการและอาการข้างเคียงของยารักษาโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ที่ให้การบำบัดดูแลทางจิตสังคมตามแนวคิด Cognitive-behavioral therapy ต้องเป็นพยาบาลระดับมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หรือสาขาที่เกี่ยวข้องโดยผ่านการฝึกอบรมการดูแลตามแนวคิด Cognitive-behavioral therapy สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

7. ทดลองใช้แนวปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยนอก โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานและบุคลากรในหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

8. ประเมินผลกระบวนการและผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ว่าสามารถปฏิบัติได้ตามคู่มือหรือไม่ มีปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติอย่างไร และควรปรับปรุงแก้ไขอย่างไรถ้าจะนำไปปฏิบัติจริงต่อไป ประเมินผลลัพธ์ว่าได้ตามที่คาดหมายคือ ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาด้วยยามากขึ้น ระดับความรุนแรงของโรคลดลง คำนวณการนำไปใช้จริงหรือไม่

9. ถ้าประเมินผลจากการปฏิบัติงานนำร่องแล้ว พบว่าแนวปฏิบัติใช้ได้ผล คำนวณทุนจะขออนุมัติ ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์มาใช้ ให้บริการแก่ผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาต่อไป

10. วางแผนการประเมินและพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยจัดให้มีการทำวิจัยเชิงผลลัพธ์ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ทั้งในหน่วยงาน และนอกหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน

สรุปการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ ได้ประยุกต์ใช้ขั้นตอนการดำเนินโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Polit & Beck (2008) โดยประยุกต์ใช้ 3 ขั้นตอนคือ 1) การคัดเลือกหัวข้อหรือปัญหา (selecting a topic or problem) 2) การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (assembling and evaluating evidence) 3) การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (assessing implementation potential) สำหรับขั้นตอนที่ 4 การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การนำไปใช้ และการประเมินนวัตกรรม (developing, implementing, and evaluating the innovation) ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเพียงการวางแผนในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และพัฒนาอย่างต่อเนื่องในอนาคตต่อไป

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปการศึกษา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบได้บ่อย สาธารณสุขทั่วโลกให้ความสนใจ เนื่องจากมีอัตราความชุกสูง และมีโอกาสเป็นเรื้อรังและกลับเป็นซ้ำสูง ทำให้ศักยภาพในการทำบทบาทหน้าที่ต่างๆ ลดลง สาเหตุของโรคซึมเศร้าเกิดจากหลายๆ ทั้งปัจจัยชีวจิตสังคม ดังนั้นการดูแลรักษาในปัจจุบันเน้นรับประทานยา และการดูแลรักษาทางจิตสังคมร่วมด้วย แต่ยังพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาในการรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและไม่สามารถการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือมีวิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดการกลับป่วยซ้ำ ดังนั้นการติดตามดูแลผู้ป่วย จึงมีหลายรูปแบบเช่น การดูแลแบบผู้ป่วยนอก การเยี่ยมบ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถปรับตัวและปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุล จากนโยบายของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยโรคจิตได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถนะต่างๆ ในครอบครัวและชุมชนเพิ่มมากขึ้น ผู้ศึกษาจึงสนใจการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ เนื่องจากเป็นวิธีการที่ใช้ค่อนข้างง่าย ประหยัดเวลา บุคลากร และค่าใช้จ่าย และช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนการดำเนินโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Polit & Beck (2008) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษา 3 ขั้นตอนแรก คือ 1) เลือกประเด็นหรือปัญหาที่ต้องการศึกษา (selecting a topic of problem) จากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากปัญหาการปฏิบัติงาน (problem-focused triggers) และจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการทบทวนความรู้ (knowledge-focused triggers) 2) การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (assembling and evaluating evidence) 3) การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (assessing implementation potential) และวางแผนในการดำเนินการ ในขั้นตอนที่ 4 คือการพัฒนาการนำไปใช้ และการประเมินผลนวัตกรรม (developing, implementing, and evaluating the innovation)

ขั้นตอนที่ 1) เลือกประเด็นหรือปัญหาที่ต้องการศึกษา (selecting a topic of problem) จากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากปัญหาการปฏิบัติงาน (problem-focused triggers) พบว่าโรคซึมเศร้าเป็น

โรคความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบได้บ่อย และมีโอกาสเป็นเรื้อรังและกลับเป็นซ้ำสูง เนื่องจากไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา นอกจากนั้นยังพบว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่สามารถปรับตัวในชีวิตประจำวัน หรือเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดที่รุนแรงหรือเรื้อรัง ซ้ำซาก ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดการกลับป่วยซ้ำได้เช่นกัน ซึ่งรูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยนอกในปัจจุบัน จะเน้นการให้การดูแลด้วยยาเป็นหลัก พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา และไม่สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล จากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวในชีวิตประจำวัน

ขั้นตอนที่ 2) การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (assembling and evaluating evidence) ผู้ศึกษาสืบค้น หลักฐานเชิงประจักษ์ระหว่างปีค.ศ. 1992-2007 จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พบหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 4 เรื่อง เป็นงานวิจัย Randomized controlled trial ทั้งหมด นำงานวิจัยมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ ตามกระบวนการสังเคราะห์งานวิจัย (research synthesis) นำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติ ไปตรวจสอบความครอบคลุมถูกต้องของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางจิตเวช จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 1 ท่าน จากนั้นได้แก้ไขปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ โดยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ โดยแบ่งเป็น 3 รูปแบบ คือ 1) การบริหารจัดการดูแลทางโทรศัพท์ 2) การให้สุขภาพจิตศึกษาทางโทรศัพท์ 3) การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3) การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (assessing implementation potential) 1) การประเมินความเป็นไปได้ ในการนำไปสู่การปฏิบัติจริง (transferability) มีความเป็นไปได้ ในการนำแนวปฏิบัตินี้มาปรับใช้ ให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาดูแลแบบผู้ป่วยนอก ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยในงานวิจัย มีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย เช่นเดียวกับกลุ่มผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และนอกจากนี้สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีการติดตามการรักษาผู้ป่วยจิตเวชทางโทรศัพท์อยู่แล้ว 2) การนำมาใช้ในสถานการณ์จริงในหน่วยงาน (feasibility of implement) สามารถนำมาใช้ในสถาบันได้ แต่ต้องมีการเตรียมบุคลากร อุปกรณ์และ

การจัดทำข้อมูล การเชื่อมโยงการดูแล และ 3) ความคุ้มค่า (cost-benefit ratio) คาดว่าเกิดประโยชน์ คำนวณต้นทุน ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เพราะสามารถลดอาการซึมเศร้าและอาการกำเริบซ้ำได้

ขั้นตอนที่ 4) การพัฒนา การนำไปใช้ และการประเมินผลนวัตกรรม (developing, implementing, and evaluating the innovation) วางแผนการนำแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อดูแล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย (pilot study) โดยร่วมกับทีมพยาบาลแผนก ผู้ป่วยนอกในการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิง ประจักษ์จากงานวิจัยเพียง 4 เรื่อง และยังไม่เคยนำมาปรับใช้ในประเทศไทยมาก่อน จึงควร ดำเนินการโครงการนำร่อง เพื่อประเมินกระบวนการดูแลและประเมินผลลัพธ์ มาปรับปรุงแนว ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานต่อไป
2. ควรมีการติดตามผู้ป่วยหลังจากการดูแลครบ 6 เดือนไปแล้วเช่น การให้แหล่งข้อมูล ที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อได้ ในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือและถ้าอาการไม่ดีขึ้น อาจส่งต่อให้รับ การดูแลอย่างอื่นที่เหมาะสมต่อไป
3. ในทุกครั้งของการโทรศัพท์ จะประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ควรมี การติดตามประเมินคุณภาพชีวิต (World Health Organization-Quality of Life-Brief: WHO-QOL- BREF) และประเมินภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร่วมด้วย ถ้าพบภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ต้องส่ง ตัวให้แพทย์เจ้าของไข้ พิจารณาดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป
4. หน่วยงานควรมีระบบการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ทันสมัย เช่น ระบบ ฐานข้อมูลที่บันทึกข้อมูลของผู้ป่วย และเชื่อมโยงข้อมูลเชิงสหวิชาชีพ และส่งต่อข้อมูลที่มี ประโยชน์ในการดูแลรักษาได้สะดวกและรวดเร็ว
5. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลควรได้รับการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องให้ สอดคล้องกับบริบทของผู้รับการดูแล และผู้ดูแลในแต่ละสถานพยาบาลที่นำแนวปฏิบัติไปใช้

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์

DEVELOPMENT OF NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR CARING PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER BY TELEPHONE

อุษา ฤทธิพันธุ์ม่วง 4736916 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ประภา ยุทธไตร, พย.ค., อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, พย.ค.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบได้บ่อย มีอัตราความชุกสูงและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทั่วโลกให้ความสนใจ จากการศึกษาในครัวเรือนใน 48 รัฐของอเมริกา เมื่อค.ศ. 2001-2002 จากผู้ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป จำนวน 9, 090 คน พบว่าความชุกชั่วชีวิต (Lifetime prevalence) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามี ร้อยละ 16.2 และความชุกใน 1 ปี ร้อยละ 6.6 (Kessler et al., 2003) สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาของ นันทิกา ทวิชาชาติและคณะ (2544) โดยศึกษาในประชากรเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุระหว่าง 15-60 ปี จำนวน 2, 948 คน พบว่าความชุกชั่วชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 19.9

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีโอกาสเป็นเรื้อรังและกลับเป็นซ้ำสูง (Lifelong illness) (Brodaty, Luscombe, Peisah, Anstey & Andrews, 2001; Kessler et al., 1992 ; Muller et al., 1996) จากการศึกษาในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา พบว่าโดยเฉลี่ยร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการอยู่ตลอดเวลาไม่ทุเลา (no remission) (Thornicroft & Sartorius, 1993) ร้อยละ 25 จะมีอาการกำเริบ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อปีสูงถึง 43 พันล้าน สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาภาระโรค และการบาดเจ็บในประเทศไทยปี 2542 ซึ่งได้เปรียบเทียบความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ 135 ประเภท โดยวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไป เนื่องจากความพิการและการเจ็บป่วย โรคซึมเศร้าจะก่อความ

สูญเสียเป็นอันดับที่ 1 ในผู้หญิงไทยและเป็นอันดับ 3 ในผู้ชายไทย และเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ

โรคซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยทางชีวภาพ ซึ่งได้แก่พันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติของระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ และการผิดปกติของสารสื่อประสาท norepinephrine, dopamine, serotonin (ธวัชชัย ลิขิตานาจและสรยุทธ วาสิกานนท์, 2549) ปัจจัยทางจิตวิทยาและพฤติกรรม (Psychological and behavioral factor) แต่ยังไม่มียาที่แน่ชัด ซึ่งได้แก่ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้ามีหลายปัจจัยร่วมกัน ดังนั้นการดูแลจึงมักใช้ทั้งการดูแลทางชีวภาพซึ่งที่สำคัญ คือการดูแลด้วยยาและการดูแลทางจิตสังคมร่วมด้วย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด ซึ่งจะเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้าหรือเกิดอาการกำเริบซ้ำได้

การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่แบ่งการดูแลออกเป็น 3 ระยะ คือการดูแลรักษาในระยะเฉียบพลัน การดูแลรักษาต่อเนื่อง และการดูแลรักษาเพื่อคงสภาพ การดูแลรักษาในระยะเฉียบพลัน มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความรุนแรง หรือป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่น การดูแลรักษาต่อเนื่องมีวัตถุประสงค์ เพื่อลดอาการซึมเศร้าและป้องกันอาการกำเริบซ้ำและการรักษาเพื่อคงสภาพ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำและส่งเสริมศักยภาพหรือคุณภาพชีวิต (มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 70-80 ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า ที่มีขนาดเพียงพอและได้รับการรักษาที่นานพอ (ดวงใจ กสานครกุล, 2542) แต่ยังพบว่ามีผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานยา หรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการกำเริบซ้ำและป่วยเรื้อรังต่อมา ซึ่งสาเหตุของการไม่รับประทานยาต่อเนื่องมีหลายเหตุปัจจัย เช่น มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคไม่เพียงพอ ไม่เข้าใจถึงวิธีการดูแลรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า ว่าทำไมจึงต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งเลิกรับประทานยา ตั้งแต่เริ่มรับประทานยาเพราะรู้สึกว่าการรับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น รู้สึกไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยา (Meresman et al, 2003) และปัจจัยขัดขวางอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาตามแผนการรักษาได้ เช่น ไม่สะดวกในการเดินทาง ไม่มีเวลา รู้สึกอับอายต่อการมารับยาที่โรงพยาบาลจิตเวช (stigma) และปัญหาทางการเงิน (Mohr et al, 2005) นอกจากนั้นยังพบว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แต่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดที่รุนแรงหรือเรื้อรัง ซ้ำซาก ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ก็จะเป็นสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดการกลับป่วยซ้ำได้เช่นกัน (จินตนา สัตยาศัย, 2547) ดังนั้นการส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับการดูแลด้วยยาได้อย่างถูกต้อง ทั้งปริมาณและขนาดตามแผนการรักษา รวมทั้งส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวในชีวิตที่มีประสิทธิภาพขึ้น จะช่วยลดอัตรา

การกำเริบซ้ำ รวมทั้งลดระยะเวลาในการป่วยซ้ำและความรุนแรงในการป่วยลง (Shu, Mermina & Nystrom, 1996)

เนื่องจากนโยบายการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลตติยภูมิและโรงพยาบาลในกรมสุขภาพจิตเน้นการดูแลแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยใช้ระยะเวลาสั้น มีการจำหน่ายเร็วขึ้นและส่งต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปเร็ว (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2545) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีอาการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง (จันทร์หา ระสมบุญ, 2543) ดังนั้นจึงควรมีการดูแลทางจิตสังคมหลังการจำหน่ายเพิ่มเติม เพื่อส่งเสริมการรับประทายอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตประจำวัน หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Buls, 1995) ซึ่งรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังจำหน่ายมีหลายรูปแบบเช่น การดูแลแบบผู้ป่วยนอก การเยี่ยมบ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ และการติดตามทางคอมพิวเตอร์ ผ่านอินเทอร์เน็ต (Shaul, 2000) ซึ่งการดูแลแบบผู้ป่วยนอกและ การเยี่ยมบ้าน มักจะประสบปัญหาในการดำเนินงาน เนื่องจากข้อจำกัดในด้านบุคลากร เวลาที่ใช้ในการดูแล และการเดินทางของผู้ป่วย งบประมาณ (พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2539) ปัจจุบันเริ่มนิยมให้การดูแลดูแล และติดตามหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลทางโทรศัพท์ส่งเสริมการดูแลแบบผู้ป่วยนอกมากขึ้น เพื่อเพิ่มการร่วมมือในการรักษาและลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (McBride & Rimer, 1999; Shu, Mermina & Nystrom, 1996) ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจการติดตามโดยวิธีทางโทรศัพท์ เนื่องจากเป็นวิธีการใช้ค่อนข้างง่าย ประหยัดเวลา บุคลากร และค่าใช้จ่าย (Stricklin, Jones & Niles, 2000) สามารถติดต่อผู้ป่วยได้จำนวนมากในแต่ละสัปดาห์ สะดวก รวดเร็ว (Kinsella, 1997)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์

วิธีดำเนินการศึกษา

วิธีการในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์รูปแบบแนวคิด ขั้นตอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Polit & Beck (2008) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) เลือกประเด็นหรือปัญหาที่ต้องการศึกษา 2) การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ 4) การพัฒนาการนำไปใช้และการประเมินผลนวัตกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาประยุกต์ใช้ 3 ขั้นตอนแรก ส่วนขั้นตอนที่ 4 วางแผนจะนำไปปฏิบัติในอนาคตต่อไป ซึ่งมีขั้นตอนการปฏิบัติแนวปฏิบัติการพยาบาลดังนี้

1. ประเด็นหรือปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a topic of problem)

จากประสบการณ์ที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ป่วยซ้ำ เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคไม่เพียงพอ ไม่เข้าใจถึงวิธีการดูแลรักษาด้วยยา รักษาโรคซึมเศร้า ว่าทำไมจึงต้องรับประทานยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน และพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งเลิกรับประทานยา ตั้งแต่เริ่มรับประทานยาเพราะรู้สึกว่าการรับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น รู้สึกไม่สบายใจจากอาการข้างเคียงของยา และปัจจัยขัดขวางอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาตามแผนการรักษาได้ เช่น ไม่สะดวกในการเดินทาง ไม่มีเวลา รู้สึกอับอายต่อการมารับยาที่โรงพยาบาลจิตเวช (stigma) และปัญหาทางการเงิน นอกจากนี้ยังพบว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แต่ถ้ามองเทียบกับสถานการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียด ก็จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการกลับป่วยซ้ำ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากสาเหตุหลายๆปัจจัยผสมผสานรวมกัน คือปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคมที่บีบคั้นและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมเรียกว่าปัจจัยชีวจิตสังคม (Biopsychosocial factors) และพบว่า การติดตามดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์ เป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ส่งเสริมความสามารถในการปรับตัว และปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุล ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้วิธีหนึ่ง

2. การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and Evaluating Evidence)

การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วยรายละเอียดต่อไปนี้

1. แนวทางการสืบค้น

เพื่อให้ได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษา ผู้ศึกษาจึงกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (PICO Framework) (Craig, 2002) มีรายละเอียดดังนี้

P: Population: ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

I: Intervention: การบำบัดดูแลทางโทรศัพท์

C: Comparison intervention: ไม่มี

O: Outcome: ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา, อาการซึมเศร้า

กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นดังนี้

Population: Keyword คือ Depressive disorder, Major depressive disorder, Dysthymia

Intervention: Keyword คือ Telephone Intervention, Telephone care, Telephone program, Telephone follow up

Outcome: Keyword คือ Depression, Depressive symptoms, Drug adherence, Treatment compliance

2. เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกงานวิจัย

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์และ/หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องสำหรับการศึกษาวิเคราะห์ เพื่อนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

- เป็นงานวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) จากงานวิจัย Randomized controlled trials (RCTs) และ Quasi-experimental ที่ตรงกับประเด็นปัญหาหรือแนวปฏิบัติทางคลินิก

- สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992-20007

- เลือกเฉพาะงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

3. กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล

1) จากฐานข้อมูล Electronic

- ฐานข้อมูลที่รวบรวมแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ www.nlm.nih.gov, www.guideline.gov

- ฐานข้อมูลที่รวบรวม systematic review ได้แก่ www.cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au

- ฐานข้อมูลฯ ที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ CINAHL, OVID, MEDLINE, PubMed, Blackwell Synergy, SCIENCE DIRECT

2) Hand search

- Journal ที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ Journal of Nursing Scholarship, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Journal of Clinical Psychiatry, American Journal of Psychiatry, British Journal of Psychiatry, Acta Psychiatrica Scandinavica
- จากเอกสารอ้างอิงของบทความ/งานวิจัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

4. ผลการสืบค้น

ผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีจำนวน 4 เรื่อง นำมาประเมินคุณภาพและจัดลำดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) ตามเกณฑ์การประเมินระดับความเข้มแข็งหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk & Fineout Overholt (2005) เป็นงานวิจัยระดับ 2 ทั้งหมด จากนั้นนำงานวิจัยมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ สกัดเนื้อหาลงตารางต่อไปนี้ 1) วัตถุประสงค์ 2) ระเบียบวิธีวิจัย 3) ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ 4) กลุ่มตัวอย่าง 5) สถานที่ในการศึกษาวิจัย 6) เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล 7) วิธีการหรือกิจกรรม (Intervention) ที่ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง 8) ผลการวิจัย 9) ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก 10) การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ 11) ความเป็นไปได้ในการนำข้อค้นพบจากงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 12) การสกัดเพื่อนำไปใช้และนำข้อความแต่ละตารางมาพิจารณา วิเคราะห์และสังเคราะห์ เป็นร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์

3. การตรวจสอบความแม่นยำของแนวปฏิบัติ

การตรวจสอบความแม่นยำของแนวปฏิบัติ โดยนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางจิตเวช จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 1 ท่าน

สรุปสาระหลักที่ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำมาวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ ได้ข้อเสนอแนะดังนี้

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์

วัตถุประสงค์

เพื่อมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์

ลักษณะกลุ่มประชากร

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, fourth Edition -DSM-IV-TR หรือ ICD-10 ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงมาก

ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและครอบครัว
2. บุคลากรในหน่วยงาน

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าลดลง

ที่มาของหลักฐานเชิงประจักษ์

1. Randomized controlled trial เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 จำนวน 4 เรื่อง

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์

1. การกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยที่เหมาะสมในการดูแลทางโทรศัพท์

1.1 ผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, fourth Edition -DSM-IV-TR หรือ ICD-10 ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงมาก ซึ่งประเมินอาการซึมเศร้า ด้วยเครื่องมือ Beck Depression Inventory. (BDI) ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม โดยประเมินอาการด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม อาการทางร่างกายและการทำกิจกรรม โดยแบ่งอาการซึมเศร้าเป็น 5 ระดับดังนี้

0-12	คะแนน	ไม่มีอาการซึมเศร้า
13-20	คะแนน	มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild)
21-25	คะแนน	มีอาการซึมเศร้าปานกลาง (Moderate)
26-35	คะแนน	มีอาการซึมเศร้ามาก (Severe)

และถ้ามีคะแนน 36 คะแนนขึ้นไปมีอาการซึมเศร้ามากที่สุด

- 1.2 ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยการบำบัดด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า

1.3 มีอาการทางจิตไม่รุนแรงกล่าวคือ ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และไม่ป่วยเป็นโรคหรือปัญหาทางจิตเวชที่รุนแรงร่วมด้วยเช่น ดิซออเดอร์หรือสารเสฟติค, Bipolar disorder, schizoaffective disorder

- 1.4 สามารถสื่อสารได้ชัดเจน ไม่มีปัญหาในการสื่อสารและการใช้ภาษา

1.5 มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้และให้ความร่วมมือในการติดตามดูแลทางโทรศัพท์

- 1.6 ถ้าผู้ป่วยมีโรคฝ่ายกายร่วมด้วยต้องอยู่ในระยะที่ควบคุมอาการได้

2. รูปแบบของการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ เพื่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยา และลดอาการซึมเศร้า โดยมีรูปแบบการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ 3 รูปแบบ ดังนี้ 1) การบริหารจัดการดูแลทางโทรศัพท์ (Telephone care management program) 2) การให้สุขภาพจิตศึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone psychoeducation

program) 3) การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone counseling program) ซึ่งการเลือกใช้รูปแบบใด ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย กล่าวคือ

2.1 ผู้ป่วยที่ไม่มีมีความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (0-12 คะแนน) จะได้รับการดูแลตามปกติ

2.2 ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเล็กน้อย (13-20 คะแนน) จะได้รับการดูแลการบริหารจัดการดูแลทางโทรศัพท์ (Telephone care management program)

2.3 ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าปานกลาง (21-25 คะแนน) จะได้รับการดูแล การให้สุขภาพจิตศึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone psycho education program)

2.4 ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามาก (26-35 คะแนน) จะได้รับการดูแลการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone counseling program)

รูปแบบการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์มี 3 รูปแบบ ดังนี้

1. การบริหารจัดการดูแลทางโทรศัพท์ (Telephone care management Program)

การบริหารจัดการดูแลทางโทรศัพท์เป็นการให้บริการทางโทรศัพท์เพื่อการติดตามการดูแลด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า และส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยา จะเป็นการบริการเบื้องต้นที่ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับ เพราะเป็นการติดต่อกับผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการของโรคและส่งเสริมการดูแลรักษาด้วยยา การปรับตัวเมื่อมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา (Simon et al., 2000; ระดับ 2; Simon et al., 2004; ระดับ 2)

1.1 ลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสม

ผู้ป่วยที่สามารถรับบริการการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว โดยไม่ต้องให้บริการอื่นเพิ่มเติม ได้แก่ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเล็กน้อย (Major Depression, mild) ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการดูแล

1.2 วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมแรงจูงใจในการรักษาด้วยยา (Motivation enhancement) ความร่วมมือในการรักษา (treatment compliance) และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา (Medication adherence)

1.3 ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์

การดำเนินการทั้งหมด 8 ครั้ง และประเมินผลการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ ในครั้งที่ 9 โทรศัพท์ครั้งละประมาณ 5-15 นาที เป็นเวลา 6 เดือนดังนี้

ครั้งที่ 1-3 โทรศัพท์ติดตามทุก 1 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า

ครั้งที่ 4-5 โทรศัพทติดตามห่างจากครั้งที่ 3 ทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 2 ครั้ง โดยจะโทรศัพทติดตามก่อนที่แพทย์จะนัดหมายผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

ครั้งที่ 6-8 โทรศัพทติดตามห่างจากครั้งที่ 5 ทุก 4 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง โดยจะโทรศัพทก่อนที่แพทย์จะนัดหมายผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

ครั้งที่ 9 โทรศัพทติดตาม ประเมินผลการดูแล ห่างจากครั้งที่ 8 ใน 5 สัปดาห์ต่อมา หรือในเดือนที่ 6 โดยจะโทรศัพทหลังจากผู้ป่วยพบแพทย์แผนกผู้ป่วยนอก

1.4 วิธีดำเนินการ

1.4.1 วิธีดำเนินการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพทในครั้งที่ 1-8 มีรายละเอียดดังนี้

- สร้างสัมพันธภาพและประเมินปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย
- ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า
- ประเมินปัญหาและการตระหนักถึงความสำคัญในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เมื่ออาการซึมเศร้าจะดีขึ้นแล้วก็ตาม ส่งเสริมแรงจูงใจในการรับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา
- ให้การปรึกษาแบบประคับประคองทั่วไป (general support) ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีเรื่องทุกข์ใจจะให้การช่วยเหลือตามปัญหาของผู้ป่วย
- ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแผนการรักษาให้คำแนะนำตามปัญหา เช่นเรื่องขนาดและเวลาในการรับประทานยา วิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาและการแนะนำให้ปรึกษาแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษาที่เหมาะสม เมื่อพบแพทย์ครั้งต่อไปหรือติดต่อพบแพทย์ก่อนเวลานัดหมาย ถ้าเกิดปัญหารุนแรงหรือเร่งด่วน โดยพยาบาลจะเป็นผู้ประสานงานให้
- การให้ความชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามแผนการรักษา
- การให้ข้อมูลป้อนกลับกับผู้ป่วยเมื่อประเมินแล้วพบว่าอาการหรือระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าลดลง เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาพร้อมกับให้กำลังใจในการปฏิบัติดูแลตนเองต่อไป
- ตรวจสอบวันเวลาที่ผู้ป่วยจะต้องพบแพทย์ผู้รักษาในครั้งต่อไป ส่งเสริมให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ประเมินว่าผู้ป่วยมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไรหรือไม่ ถ้ามีก็ร่วมมือกันในการแก้ไข
- แนะนำให้ผู้ป่วยใช้โทรศัพทแบบฝากข้อความถ้ามีปัญหาเร่งด่วน
- นัดเวลาที่จะโทรศัพทติดตามการรักษาครั้งต่อไป

- หลังสิ้นสุดการโทรศัพท์ทุกครั้งผู้ดูแลจะสรุปผล และวางแผนการโทรศัพท์ครั้งต่อไปกับผู้ป่วยทุกครั้ง พร้อมกับบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลหรือเพิ่มข้อมูลของผู้ป่วย รายงานความก้าวหน้าและปัญหาของผู้ป่วยให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบ ถ้ามีปัญหาเร่งด่วนต้องรายงานให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบทันที

- ข้อมูลที่ต้องบันทึกในฐานข้อมูลและรายงานแพทย์หลังการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์แต่ละครั้งมีดังนี้

- 1) วันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์และรับยารักษาโรคซึมเศร้าครั้งสุดท้าย และวันนัดครั้งต่อไป
- 2) จำนวนและขนาดของยารักษาโรคซึมเศร้าที่ได้รับและการเกิดอาการข้างเคียง(ถ้ามี)
- 3) ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า
- 4) ปัญหาที่พบในปัจจุบัน สิ่งที่เกี่ยวข้องไปแล้ว สิ่งที่ต้องแก้ไขและประเมินในครั้งต่อไป
- 5) การวางแผนสำหรับการพบครั้งต่อไป

1.4.2 วิธีดำเนินการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ ประเมินผลในครั้งที่ 9 หรือครั้งสุดท้าย โดย

- สรุปผลการดูแลที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไข และสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถพัฒนา หรือจัดการดูแลตนเองที่ผ่านมา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยวางแผนการดูแลตนเองในระยะยาวเกี่ยวกับยา การติดตามและเฝ้าระวังตนเอง และการใช้ทักษะการจัดการกับปัญหาต่างๆ ของตนเองต่อไป

- สรุปข้อมูลที่ต้องรายงานในฐานข้อมูลและรายงานแพทย์เมื่อสิ้นสุดการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ดังนี้

- 1) วันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์และการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการมาพบแพทย์และเมื่อสิ้นสุดการดูแล
- 2) ประวัติการรักษาด้วยยา และปัญหาอุปสรรคและวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมา
- 3) ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเมื่อสิ้นสุดการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์
- 4) ข้อเสนอแนะในการติดตามดูแลต่อเนื่องหรือการยุติการดูแลรักษา

2. การให้สุขภาพจิตศึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone psychoeducation program)

การให้สุขภาพจิตศึกษาทางโทรศัพท์ เป็นการให้บริการทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามการดูแลด้วยยา รักษาโรคซึมเศร้า ร่วมกับการสนับสนุนการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุล และสร้างสรรค์ (balancing challenging tasks and duties with positive activities, and problem solving) เป็นการให้บริการเพื่อประเมินอาการของโรค การส่งเสริมการรักษาด้วยยา การปรับตัวเมื่อมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ป่วย เห็นความสำคัญของการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างสรรค์ และก่อให้เกิดสุขภาวะได้ ทั้งกิจกรรมการรับประทานอาหาร การหลับนอนพักผ่อน และออกกำลังกายที่เพียงพอ และการทำกิจกรรมในหน้าที่การงาน การเรียน และสังคม และการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสุข ความเพลิดเพลินที่พอเหมาะ รวมทั้งส่งเสริมความสามารถแก้ปัญหาทุกข้อในปัจุบัน จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีกับตัวเองและอารมณ์ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้หายป่วยได้เร็วขึ้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยวางแผนในการทำกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าวในแต่ละวัน ในแต่ละสัปดาห์ และให้แรงเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยดำรงกิจกรรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีต่อไป (Hunkeler et al., 2000; ระดับ 2: Tutty et al., 2000; ระดับ 2: Simon et al., 2004; ระดับ 2)

2.1 ลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสม

ผู้ป่วยที่เหมาะสมในการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ โดยวิธีนี้ ได้แก่ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าปานกลาง (Major Depression, moderate) ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการดูแล

2.2 วัตถุประสงค์ของการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ เพื่อส่งเสริมการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา (Medication adherence) และส่งเสริมแรงจูงใจในการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีสุขภาวะดีขึ้น สามารถวางแผนและปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างสรรค์และเหมาะสมต่อไป

2.3 ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล

ดำเนินการทั้งหมด 8 ครั้ง และประเมินผลการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ ในครั้งที่ 9 โทรศัพท์ครั้งละประมาณ 10-30 นาที เป็นเวลา 6 เดือน เช่นเดียวกับการดูแลรูปแบบที่ 1 แต่จะเพิ่มการส่งเสริมการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต เข้าไปในการดูแลด้วยตั้งแต่ครั้งที่ 3

2.4 วิธีดำเนินการ

2.4.1 วิธีดำเนินการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์
มีรายละเอียดดังนี้

- ครั้งที่ 1-2 ปฏิบัติเช่นเดียวกับการดูแลรูปแบบที่ 1
- ครั้งที่ 3-8 ปฏิบัติเช่นเดียวกับการดูแลรูปแบบที่ 1 ร่วมกับการ

ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตดังนี้

1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการกระตุ้นตนเองให้ทำกิจกรรมต่างๆ (Behavioral activation) ซึ่งได้แก่ การจัดตารางกิจกรรม (scheduling pleasant Activity) การมีกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) มีการผลิตผลงานและกิจกรรมทางสังคม (Productivity and Social activity) และการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตให้สมดุล (balancing challenging tasks and duties with positive activities) ซึ่งจะช่วยให้อารมณ์ดีขึ้นได้เร็วขึ้น

2) เน้นการวางแผนเพิ่มกิจกรรมที่พึงพอใจ (Self care Action plan)ว่าจะทำกิจกรรมใดบ้าง ในวันหนึ่ง ในสัปดาห์หนึ่ง จะทำสัปดาห์ละกี่วัน วันละกี่นาที ทำที่ไหน เมื่อไร กับใคร

3) ในการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ครั้งต่อไป จะประเมินว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนหรือไม่ เกิดอุปสรรคอะไรที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแผน และช่วยกันวางแผนแก้ไข โดยในแต่ละครั้งจะเพิ่มการวางแผนกิจกรรมที่สร้างสรรค์และสร้างความสุขให้มากขึ้น จนกว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตเกิดความสมดุล และจะให้การเสริมแรงทางบวกตามหลักการของ Behavior therapy

- บันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลและรายงานแพทย์ ในทุกๆครั้งที่พบ และการรายงานสรุปผลการดูแลครั้งสุดท้ายปฏิบัติเช่นเดียวกับการดูแลรูปแบบที่ 1 แต่เพิ่มการรายงานผลการวางแผน การปฏิบัติตามแผนการ และประเมินผลการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมต่างๆและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

3. การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone counseling program)

การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามดูแลการรักษาด้วยยาโรคซึมเศร้า ร่วมกับการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต และส่งเสริมวิธีคิดที่ช่วยให้รู้สึกมีความสุขมากขึ้น (การดูแลทางจิตสังคมโดยใช้เทคนิคการบำบัดความคิดและพฤติกรรม Cognitive-behavioral therapy) เป็นบริการสำหรับผู้ป่วยที่ยังมีอารมณ์เศร้าต่อเนื่องนาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักปรับเพิ่มความคิดด้านบวก และปรับลดความคิดด้านลบ รู้จักวิธีแย้งความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล (reducing negative thoughts / increasing positive thoughts and confronting irrational thoughts) ให้มีวิธีคิดที่ยืดหยุ่นมากขึ้น ฝึกการตีความจากเหตุการณ์ที่ประสบแล้วก่อให้เกิดความคิดด้านลบ เป็นการค้นหาการตีความที่เป็นไปได้อื่นๆ

หรือพิจารณาหาสมมุติฐานอื่นๆที่อาจเป็นไปได้ (alternative possible interpretation) เพื่อลดความคิดหรือความเชื่อด้านลบที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง (inaccurate) ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ ส่งเสริมการมองปัญหาแบบท้าทาย ที่สามารถแก้ไขได้ และมีความหวังความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองต่อไปได้ (Hunkeler et al., 2000; ระดับ 2: Tutty et al., 2000; ระดับ 2: Simon et al., 2004; ระดับ 2)

3.1 ลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสม

ผู้ป่วยที่เหมาะสมในการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ โดยวิธีนี้ได้แก่ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามาก (Major Depression, severe) ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการดูแล

3.2 วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา (Medication adherence) และส่งเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้มีสุขภาวะดีขึ้น รวมทั้งเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด (Cognitive restructuring) เพื่อลดความคิดหรือความเชื่อด้านลบที่ผิดพลาด (inaccurate) ที่นำไปสู่ความรู้สึกทุกข์ซึ่งอาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง

3.3 ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล

ดำเนินการทั้งหมด 8 ครั้ง และประเมินผลการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ ในครั้งที่ 9 โทรศัพท์ครั้งละประมาณ 10-40 นาที เป็นเวลา 6 เดือน เช่นเดียวกับการดูแลรูปแบบที่ 2 แต่จะเพิ่มการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด (Cognitive restructuring) เข้าไปในการดูแลครั้งที่ 5 ถึงครั้งที่ 8

3.4 วิธีดำเนินการ

3.4.1 วิธีดำเนินการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ มีรายละเอียดดังนี้

- ครั้งที่ 1-4 ปฏิบัติเช่นเดียวกับการดูแลรูปแบบที่ 2 - ครั้งที่ 5-8 ปฏิบัติเช่นเดียวกับการดูแลรูปแบบที่ 2 ร่วมกับการส่งเสริมความสามารถในการก่อสร้างความคิดใหม่ (Cognitive restructuring) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตีความหมายของเหตุการณ์ในปัจจุบันที่ผู้ป่วยให้ความหมายไปในทางลบ ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ใจ ให้สามารถฝึกตีความที่เป็นไปได้อื่นๆ หรือพิจารณาหาสมมุติฐานอื่นๆที่อาจเป็นไปได้ (alternative possible interpretation) และให้ความหมายที่เป็นบวกได้ เพื่อเพิ่มความหวังและอารมณ์ด้านบวก รวมทั้งความสามารถใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ (problem solving) ในการแก้ปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจในปัจจุบัน

- ข้อมูลที่ต้องรายงานในฐานะข้อมูลและรายงานแพทย์ ในทุกๆ ครั้งที่พบและการรายงานสรุปผลการดูแลครั้งสุดท้ายทำเช่นเดียวกับการดูแลรูปแบบที่ 2 แต่เพิ่มการรายงานกระบวนการคิดต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจของผู้ป่วยว่าสามารถปรับเปลี่ยนหรือไม่ และปรับเปลี่ยนไปอย่างไร
- การรายงานผลการวางแผน การปฏิบัติตามแผนการและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมต่างๆ และแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย
- ในการประเมินผลครั้งสุดท้าย ถ้าพบว่าอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยยังอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป ต้องปรึกษาทีมดูแล หลังจากพบแพทย์ในเดือนที่ 6 แล้ว เพื่อพิจารณาปรับการดูแล หรือส่งต่อให้ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะต่อไป

การประเมินผลลัพธ์

การประเมินผลลัพธ์การดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ในเดือนที่ 6 หรือห่างจากการดูแลครั้งที่ 8 ประมาณ 5 สัปดาห์ เพื่อประเมินอาการซึมเศร้า ด้วยเครื่องมือ Beck Depression Inventory. (BDI) และความร่วมมือในการรับประทานยา โดยประเมินข้อมูลจากการมาพบแพทย์ตามนัดหมาย การสัมภาษณ์ข้อมูลการรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้า อาการปัจจุบันในการรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้า

สรุปการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ โดยประยุกต์รูปแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ตามขั้นตอนของ Polit & Beck (2008) ซึ่งพบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 4 เรื่อง โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับความเข้มแข็งหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk, & Fineout -Overholt, 2005 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์แบบ Randomized Controlled Trial ระดับ 2 ซึ่งนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ ได้รับข้อเสนอแนะมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ จากนั้นนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข ซึ่งประกอบด้วยประเด็นต่อไปนี้ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ โดยแบ่งเป็น 3 รูปแบบ คือ 1) การบริหารจัดการดูแลทางโทรศัพท์ 2) การให้สุขภาพจิตศึกษาทางโทรศัพท์ 3) การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย การประเมินผลลัพธ์หลังสิ้นสุดการดูแล 6 เดือน เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยา

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยเพียง 4 เรื่อง และยังไม่เคยนำมาปรับใช้ในประเทศไทยมาก่อน จึงควรดำเนินการโครงการนำร่อง เพื่อประเมินกระบวนการดูแลและประเมินผลลัพธ์ มาปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานต่อไป
2. ควรมีการติดตามผู้ป่วยหลังจากการดูแลครบ 6 เดือนไปแล้วเช่น การให้แหล่งข้อมูล ที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อได้ ในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือและถ้าอาการไม่ดีขึ้น อาจส่งต่อให้รับการดูแลอย่างอื่นที่เหมาะสมต่อไป
3. ในทุกครั้งของการโทรศัพท์ จะประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ควรมีการติดตามประเมินคุณภาพชีวิต (World Health Organization-Quality of Life-Brief: WHO-QOL-BREF) และประเมินภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร่วมด้วย ถ้าพบภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ต้องส่งตัวให้แพทย์เจ้าของไข้ พิจารณาดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป
4. หน่วยงานควรมีระบบการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ทันสมัย เช่น ระบบฐานข้อมูลที่บันทึกข้อมูลของผู้ป่วย และเชื่อมโยงข้อมูลเชิงสหวิชาชีพ และส่งต่อข้อมูลที่มีประโยชน์ในการดูแลรักษาได้สะดวกและรวดเร็ว
5. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลควรได้รับการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับบริบทของผู้รับการดูแล และผู้ดูแลในแต่ละสถานพยาบาลที่นำแนวปฏิบัติไปใช้

DEVELOPMENT OF NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR CARING PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER BY TELEPHONE

USA RITHPUNMOUNG 4736916 NSMH / M

M.N.S (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PRAPA YUTTATRI, D.N.S.,
ACHARAPORN SEEHERUNWONG, D. N. S.**EXTENDED SUMMARY****Background and Significance of the Study**

Depressive disorder is one the most common psychological problem. Its high prevalence attracts attention from worldwide public health organizations. A study of 48 families in the USA, done in 2001-2002, found that among 9,090 people aged 18 years old, 16.2% was reported to have Lifetime prevalence of depressive disorder while 6.6% was reported as year prevalence (Kessler, et al., 2003). In Thailand, based on the study by Nunthika Tawichachat and colleagues (2001), the lifetime prevalence of depressive disorder of 2,948 Bangkokians aged 15-60 years old was 19.9%.

Depression has a tendency to be chronic and recurring disorder (Lifelong illness) (Keller, 1992; Muller, 1996; Brodaty, 2001). According to studies within the past two decades especially of Long-term naturalistic studies, 20% of depressive disorder patients showed no remission of their mental condition (Thornicroft & Sartorius, 1993) whereas a study of Duangchai Kasantikun (1999) showed that 25% of depressive disorder patients experienced recurrent symptoms. Based on a study in the United States, the depression disorder costs the nation \$US 43,000 millions a year, leading to national economic loss at the scale of 72% of the overall expenses (Greenberg, Stiglin, Finkelstein, 1993). And 15% of patients with depressive disorder were reported to committed suicide (Somphop Reungtrakol, 2000). In the report of The Thai working group on burden of diseases and injuries (2000), among 135 illnesses and injuries based on Years Lived with Disability (YLD), depression disorder

took the 1st position in females and 3rd position in males. The disorder was also the major cause of Disability Adjusted Life Years (DALYs).

The factors inducing depressive disorder are varied. This includes biological factors– genetics, disturbance or abnormality of nervous system, endocrine system or neurotransmitter (i.e. norepinephrine, dopamine, serotonin) (Thawatchai Leelhanart & Surayuth Wasiknanon, 2006)– psychological and behavioral factors. Since the depression is the result of combined factors, its treatments are aimed at both biological (using medication) and psychosocial therapies with the purpose to enhance patients' ability to deal with inducing factors to avoid the recurrence of the symptoms.

The treatment for depressive disorder is basically divided into three phases, acute treatment, continuation treatment and maintenance treatment. The acute treatment is focused on reducing the severity of the disorder and preventing possible harms to the patients. The continuation treatment is emphasizes on minimizing level of depression and preventing relapse of its symptoms. The maintenance treatment is for preventing recurrence of the disorder and to improve patients' quality of life (Manit Srisurapanon & Jumlong Ditsyawanich, 1999). It has been recorded that 70-80% of depressive patients responded well to adequate dose of antidepressants and adequate duration of treatment (Duangchai Kasantikun, 1999). However, the problem is patients refusing to adhere to the treatment and medication resulting in recurrence of the disorder (Meresman, Hunkeler, Hargreaves, Kirsch, Robinson, Green, Mann, Getzell, Feigenbaum, 2003). There are a number of factors contributing to the non-compliance to treatment and medication, for instance, insufficient knowledge and understanding of depressive disorder, the importance of adherence to prescribed antidepressants. Some of the depressive patients discontinued taking medication soon after being prescribed to them as they were not satisfied with results, and were affected by its adverse effects (Meresman et al, 2003). There are also other factors delaying patients from medication adherence, including difficulty to travel, time limitation, feeling stigmatized to receive care from psychiatric institute, and financial difficulty (Mohr, Hart, Julian, Catledge, Webb, Vela, Tasch, 2005).

Furthermore, some patients, though intended to adhere to treatment, discontinued to receive treatment and take medication due to distressed situations they faced. The chronic and on-going circle of depression causes them to feel hopeless and

that add more stress to them leading to the recurrence of depression (Chintana Satayasai, 2004). Hence, encouraging patients to receive proper treatment– amount and doses of medications– together with enhancing patients’ ability to adjust selves for improving their quality of life are the approach applied to prevent recurrence of symptoms, and reducing severity of symptoms (Shu, Mermina, Nystrom, 1996).

Tertiary hospitals and psychiatric hospitals have established policy for early discharge of depressive patients from hospitals. This policy is aimed at referring patients to continue their treatment at general hospitals. This policy has left the patients to live with their persistent depression which could actually be minimized by continuity of medication adherence (Ellers, Walker, 1993; Chanthra Theerasomboon, 2000). Hence, it is crucial to have psychosocial therapy available to this group of patients once they are discharged from hospitals. The therapy is likely to increase patients’ medication compliance and adherence and their ability to confront stressors in their daily life (Buls, 1995).

There are a variety of therapy models introduced to help the post-hospitalized depressive patients. The models are, for instance, Outpatient Therapy, Home Visit, Telephoning Follow-up, and Internet Follow-up (Shaul, 2000). The limitations of manpower, time, transport, and budget to the patients are the obstacles to the success of the first two models, Outpatient Therapy and Home Visit (Pornthip Keyuranon, 1996). Thus, nowadays, Telephone Care Programmes have been applied to provide care and monitor patients of various chronic health problems, including patients diagnosed with depressive disorder, who were discharged from hospitals. The approach is intended to enhance patients’ collaboration in continuing to adhere to treatment and to reduce the chances of recurrence of the symptoms and re-hospitalization (McBride & Rimer, 1999; Shu, Mermina & Nystrom, 1996). Therefore, the researcher was interested in the application of the telephone care programme as it is a cost-effective and simple measure. And it does not require a large number of manpower, budget and time (Stricklin, Jones & Niles, 2000). It is convenient for the health staff could contact and monitor a reasonable numbers of patients in a week time (Kinsella, 1997).

Purposes of the study

This study was conducted to develop a nursing practice guideline for caring patients with depressive disorder.

Study procedures

The researcher employed the process and concept of Evidence-Based study introduced by Polit and Beck (2004) to direct the development of a nursing guideline for caring patients with depressive disorder by telephone. The authors divided the process of the development into four stages 1) selecting a topic of problem, 2) assembling and evaluating evidence, 3) assessing feasibility of implementation and 4) developing, implementing, and evaluating the innovation. The detail of the development of a guideline is as follow.

1. Selecting a topic of problem

The recurrence of the symptoms of depressive disorder is influenced by patients refusing to adhere to the treatment and medication. There are a number of factors contributing to the non-compliance to treatment and medication, for instance, insufficient knowledge and understanding of depressive disorder, the importance of adherence to prescribed antidepressants. Some of the depressive patients discontinued taking medication soon after being prescribed to them as they were not satisfied with results, and were affected by its adverse effects. There are also other factors inhibiting patients from medication adherence, including difficulty to travel, time limitation, feeling stigmatized to receive care from psychiatric institute, and financial difficulty. Some patients, though intended to adhere to treatment, discontinued to receive treatment and take medication due to distressed situations encountered. The chronic and on-going circle of depression causes them to feel hopeless and that add more stress to them leading to the recurrence of depression. According to the review of literature, depressive disorder is caused by compound factors including genetics, physical, psychological, as well as pressure from and rapid change of society. These factors are called “Biopsychosocial factors”.

2. Assembling and Evaluating Evidence

The detail of assembling and evaluating evidence was as follow.

1. Guideline for assembling evidence

To ensure that the research and evidence recruited were relevant with the study interest, the PICO framework was employed to determine keywords used for assembling and evaluating evidence (Craig, 2002). The items in PICO are:

P: Population: patients diagnosed with depressive disorder

I: Intervention: Telephone care programme

C: Comparison intervention: none

O: medication adherence, depressive symptoms

Thus, the keywords determined for this study are as follow.

Population: Keywords–Depressive disorder, Major depressive disorder, Dysthymia

Intervention: Keywords–telephone intervention, telephone care, programme telephone, telephone follow up

Outcome: Keywords–Depression, Depressive symptoms, Drug adherence, Drug compliance

2. Inclusion criteria for recruiting existing research

The inclusion criteria for recruiting existing research, evidences and/or related documents, which would be analyzed and synthesized and the results would be used as baseline information to establish the nursing practice guideline for caring patients with depressive disorder by telephone, were as follow.

- Studies which were systematic review studies, or Meta-analysis studies, Randomized controlled Trials (RCTs) and Quasi-experiment studies and which their contents were relevant with the current study interest or nursing practice guideline.

- Studies which published between 1992 and 2007

- Studies which could be obtained as full-text articles

3. Determination of sources of data

1) Electronic databases

- Databases which assemble practice guidelines, i.e. www.nlm.nih.gov and www.guideline.gov

- Databases which assemble systematic review studies, i.e. www.cochrane.org and www.joannabriggs.edu.au

- Databases which assemble existing research and evidences, i.e. CINAHL, OVID, MEDLINE, PubMed, Blackwell Synergy, SCIENCE DIRECT

2) Manual search

- Journals which publish studies in relevant to psychiatric patients, including Journal of Nursing Scholarship, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Journal of Clinical Psychiatry, American Journal of Psychiatry, British Journal of Psychiatry, Acta Psychiatrica Scandinavica
- List of references cited in articles/studies

4. Search results

The search yielded four relevant articles which then were assessed and determined their strength of evidence according to the framework of Melnyk & Fineout-Overholt (2005). All four articles fell into level 2—strength of evidence. The content of each article then was analyzed and synthesized and presented in separate table which each table comprised of 12 categories 1) objectives, 2) Type of evidence, 3) level of evidence, 4) study sample, 5) study site, 6) study tool, 7) Intervention, 8) study results, 9) relevance of study to clinical problem, 10) value contributing to the profession, 11) possibility of applying the findings into actual practices, 12) application of the study. All contents of each table were then compared and contrasted. The conclusion of findings was later verified by the study advisors, and then was used to direct the development of the nursing practice guideline for caring patients with patients with depressive disorder by telephone.

3. Validating the guideline developed

The content and language used in the developed nursing practice guideline was validated by three experts, including a psychiatrist, a nurse lecturer with expertise in caring for depressive patients, and a psychiatric nurse specialist.

Summary produced from the evidences obtained

Based on the review and analysis of the related literature for the development of nursing practice guideline for caring patients diagnosed with depression by telephone, the recommendations are as follow.

Nursing practice guideline for caring patients with depressive disorder by telephone

Objective

This study was conducted to develop a nursing practice guideline for caring patients with depressive disorder by telephone.

Study samples

Outpatients diagnosed with mild to severe depression based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, fourth Edition–DSM-IV-TR or ICD 10.

Beneficiaries of the application of the guideline

1. Patients and their families
2. Staff of healthcare institutes

Outcome of nursing guideline application

1. Patients' level of medication compliance increases
2. Patients' level of depression decreases

Source of evidence

1. Four articles categorized in the level-2 Randomized control trial

The nursing practice guideline for caring patients with depressive disorder by telephone

1. Determination of characteristics of patients suitable for receiving the care via telephone

1.1 Patients diagnosed with depression by psychiatrist or physician based on Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, fourth Edition–DSM-IV-TR. Beck Depression Inventory (BDI) is employed to assess signs and symptoms of depression. The BDI comprises of 21 items which aim at assessing patients' emotion, cognition, behaviour, physical activities. The severity of depression is classified into 5 levels.

0-12 No sign of depression

13-20 Mild depression

21-25 Moderate depression

26-35 severe depression

And if patients' score is above 36, they would be rated as having extreme severe depressions

1.2 Outpatients prescribed with anti-depressant

1.3 Depressive patients with no severe conditions, no aggressive behavior, no suicidal idea, and no other diagnosed mental disorders (i.e. alcoholic, drug abuse, Bipolar disorder, schizoaffective disorder)

1.4 Patients who able to carry out clear communication and speak fluent Thai

1.5 Patients with access to telephone service

1.6 Patients with under-controlled physical health problem

2. The selection of cares provided to individual patients is carried out according to each patient's severity level of depression.

- Patients with no sign of depression (score= 0-12) would be provided with routine care.

- Patients with mild depression (score=13-20) would be provided with Telephone care management programme) (Hunkeler et al., 2000; Level 2: Simon et al., 2000; Level 2: Tutty et al., 2000; Level 2: Simon et al., 2004; Level 2).

- Patients with moderate depression (score=21-25) would be provided with Telephone psycho-education programme.

- Patients with severe depression (score=26-35) would be provided with Telephone counseling programme.

The selection of telephone care model for patients is based on their depressive level, and individual need. In this study, three types of telephone care programmes are presented.

1. Telephone care management programme

The Telephone care management programme is focused on monitoring and following up the results of prescribed medication and enhancing patients' compliance to prescribed treatment and medication. This is type of telephone therapy is the basic

service that should be provided to every patient diagnosed with depression. As a result, each patient's condition is monitored. It is also a way for the nurses to provide advice to the patients to manage the adverse effects of prescribed medication (Simon et al., 2000; Level 2: Simon et al., 2004; Level 2).

1.1 Characteristics of patients suitable for Telephone care management programme

This type of telephone care programme is suitable for the patients diagnosed with mild depression when they first commenced on treatment, and who do not need any other additional care services.

1.2 The objectives of this type of telephone therapy are to enhance patients' level of motivation to take prescribed medication, patients' treatment compliance and patients' medication adherence.

1.3 Duration of care programme; there are nine sessions of telephone communication, in which each session lasts 5-15 minutes, throughout the period of six months,

The 1st-3rd sessions will be carried out weekly for three weeks after patients' first visit to their psychiatrist and being prescribed with anti-depressant.

The 4th – 5th sessions will be carried out once every fortnight to prepare the patients for their next visit to their psychologist at outpatient clinic.

The 6th-8th sessions will be carried out once a month before patients' next visit to their psychologist at outpatient clinic.

The 9th session will be carried out five weeks after the implementation of the 8th session, in which the patients will be called in the 6th month of the patients' visit to their psychologist at outpatient clinic.

1.4 Procedures of the telephone care and follow-up service

1.4.1 The 1st-8th sessions of telephone care and follow-up services are focused on the following activities.

- Building rapport with the patients, assessing patients' immediate problems and need
- Counseling given to the patients during these sessions is in form of general support regarding individual patients' concerns
- Assessing patients' level of depression

- Assessing patients' problems and concerns of the importance of medication adherence, and enhancing patients' motivation to comply with treatment even though their conditions have improved

- If the patients are unable to comply with treatment plan, giving advices to them according to their problems, i.e. dose of and time to take medication, management of adverse effects of prescribed medication, or advising the patients to discuss with their psychologist about treatment plan at the next visit, or in case of emergency advice patients to contact their psychologist immediately. The nurses could act as coordinator of the two parties.

- Praising patients when they comply and adhere to their treatment plan.

- Giving feedback to the patients when their condition improves in order to promote the patients' collaboration to carry out treatment

- Checking and monitoring patients' psychologist appointment and promoting patients' awareness of the importance of keeping their follow-up appointment as well as assessing patients' current concerns and obstacles, and helping them to overcome the concerns/obstacles

- Suggesting the patients to use telephone with message recording support which will be useful in case of emergency

- Making appointment for next telephone communication

- Briefing the telephone conversation to the patients before terminating each session of telephone communication and deciding on next appointment for telephone communication with patients, and recording the information on database or patient's files, as well as notifying psychologist about the progress and current condition of patients and in case of urgent circumstance, contacting patient's psychologist immediately

- Recording/updating patient database, and reporting to psychiatrist; the detail of information recorded/reported are:

- i. Date of patients last visit to psychologist and being prescribed with anti-depressant, and their next appointment with psychologist

- ii. Amount and dose of prescribed anti-depressant and its adverse effects experienced by the patients

- iii. Severity level of depression
- iv. Current problems, solved problems, plan to solve remaining problems, and evaluation plan
- v. Plan of the next appointment to have telephone communication with the patients

1.4.2 The procedures for the 9th session of the telephone care and follow-up programme

- Summarizing of therapeutic results, problems, obstacles, methods taken to encounter the problems and obstacles, and proactive approach taken by patients to develop their ability to manage their conditions, and encouraging patients to develop a long term plan to ensure their medication adherence, monitor their conditions, and apply problem-solving skill to overcome problems/obstacles

- Summarizing and recording patients' information in database and submitting it to patients' psychologist after termination of the telephone therapy. The lists of information recorded/reported are:

- 1) Date of patient's first visit to psychologist and first session of telephone therapy and number of patients' appointments with psychologist, and number of sessions of telephone therapy, the date of its termination
- 2) Treatment history, i.e. prescribed medication, problems and obstacles, and problem solving methods
- 3) Severity level of depression at the time of the termination of telephone therapy
- 4) Suggestion for continuity or termination of telephone therapy

2. Telephone psychoeducation programme

The telephone psychoeducation programme is established to follow up the result of treatment prescribed to patients, to enhance patients' compliance with treatment plan—prescribed medication, and to provide support and advice to patients regarding the modification of living pattern. It is also emphasised on the assessment of patients' condition concerning their mental disorder, enhancement of patients' compliance with prescribed anti-depressant, and development of patients' ability to

manage adverse effects of anti-depressant. This type of service is, furthermore, aimed at helping the patients to maintain their well-being by improving their ability to modify their living pattern— dieting, sleeping, recreating, exercising, working, studying, socializing, and doing other activities for pleasure reason. Through the sessions of telephone care programme, nurses ensure the improvement of the patients' problem solving skill, which in return maximize patients' self-esteem, and lighten up their emotional status. Consequently, the results promote the improvement of patients' mental disorder condition, and motivate their willingness and adherence to take part in planning their daily/weekly living (Hunkeler et al., 2000; Level 2: Tutty et al., 2000; Level 2: Simon et al., 2004; Level 2).

2.1 Characteristics of patients suitable for telephone psycho-education programme

The patients suitable to enter this programme should be those diagnosed with moderate depression at the first psychologist/physician visit.

2.2 The objectives of this type of telephone programme are for enhancing patients' medication adherence, and elevating patients' motivation to plan and modify their daily living in order to maintain their well-being and to live with positive and creative living style.

2.3 Duration of care programme

There will be nine sessions of telephone communication throughout the period of six months in which each session of telephone call lasts 10-30 minutes. The pattern of this telephone programme is similar to those of the previous programme but with the additional emphasis on modification of patients' daily living from the 3rd session on ward.

2.5 Procedure of the telephone care and follow-up service

- The tasks of the 1st-2nd sessions of the telephone therapy of this telephone care programme are the same with those of the previous type.

- The tasks listed in the 3rd- 8th sessions are parallel with those of the first telephone care programme but together with the promotion of patients' ability to modify their daily living pattern. In performing this type of telephone programme nurses are expected to;

1) Promote patients' awareness of the importance of maintaining their daily activities– behavioral activation (scheduling recreation, physical activities, productivity and social activity), and balancing challenging tasks and duties with positive activities with the aim of improve their emotional status

2) Encourage patients to develop Self-care Action plan, i.e. drafting and scheduling daily/weekly activities (duration/frequency of each activity, and when and where each activity will be taken place and with whom)

3) Assess and monitor patients' ability to adhere to their plan, obstacles to carry out the plan, if there are any obstacles, helping the patients to solve them, and applying concept of behavioural therapy and positive reinforcement to maximize patients' stability of life and well-being

- Information of all sessions required to be recorded is the same with those indicated in the first type of the telephone programme, but with the additional information concerning the patients' plan of life-style modification and their adherence to the plan.

3. Telephone counseling programme

Telephone counseling programme is carried out to promote patients' medication compliance, to monitor the result of anti-depressant treatment, and to improve patients' ability to adjust daily living, as well as to promote their positive thinking (psychological therapy based on the concept of Cognitive-behavioural therapy). This type of telephone care programme is focused on the application of Cognitive Constructing concept in patients with persistent depression despite of their adherence to prescribed anti-depressant. It aims at encouraging patients to possess behaviour of positive thinking, and lessen their negative thinking behaviour as well as confront irrational ideas. In other words, this type of telephone therapy is performed to assist the patients to establish "alternative possible interpretation" in order to eliminate negative thinking or inaccurate interpretation of circumstances. This aims at advising the patients to view problems as part of life that could be overcome with the expectation that the patients' hope and confidence will be re-established (Hunkeler et al., 2000; Level 2: Tutty et al., 2000; Level 2: Simon et al., 2004; Level 2).

3.1 Characteristics of patients suitable for telephone counseling programme

The patients suitable to enter this programme are those diagnosed with moderate or severe levels of depression at the first psychologist/physician visit.

3.2 The objectives of this type of telephone care programme are to enhance patients' medication adherence and their motivation to develop and modified living pattern/daily living in order to maintain their well-being and life stability. It is also to introduce patients to "Cognitive Restructuring" with the intention to minimize patients' inaccurate interpretation of circumstances and negative thinking – causes and catalysts of the elevation of depression level.

3.3 Duration of care programme

There will be nine sessions of telephone communication with patients throughout the period of six months in which each session lasts 10-40 minutes. The sessions of this type of telephone care programme shares the similar pattern with those of the telephone psycho-education programme, but with the additional emphasis on the introduction to the "Cognitive restructuring" concept in the 5th-8th sessions.

3.4 Procedure of the telephone care and follow-up service

- The tasks listed in the 1st-4th sessions are the same with those listed in the 4th session of the psycho-education programme.
- The tasks listed in the 5th-8th sessions are parallel with those of the psycho-education programme. However, the "Cognitive restructuring" concept will be introduced to the patients. The concept directs the patients to development of positive thinking and alternative possible interpretation in order to reestablishing their hope and recovering their state of emotion.
- Reporting and recording the patients' treatment history and progress of each session is to be done similar to those of the psycho-education programme, but with the additional emphasis on how the patients adopt the "Cognitive restructuring" to confront their depression
- Reporting the results of patients' self-care action plan, and the level of success of patients' modification of their daily living pattern and activities
- At point where the telephone therapy is terminated, if the patients' condition shows no improvement– remaining at moderate or severe level– nurses should consult therapeutic team for establishing new treatment plan for the patients. Otherwise, the patients should be referred to specialist.

Evaluation stage

The overall evaluation is to be carried out in the 6th month of implementation of the telephone care and follow-up programme, or five weeks after the implementation of the 8th session. The evaluation aims at assessing patients' level of depression and medication compliance.

Summary of the study

This study was conducted to develop a nursing practical guideline for caring patients with depressive disorder by telephone following the concept of Evidence-Based study introduced by Polit and Beck (2004). The search of evidence produced four relevant articles which then were assessed and determined their strength of evidence according to the framework of Melnyk & Fineout-Overholt (2005). All four articles fell into level 2– Randomized Control Trial Study. The content of each article then were analyzed and synthesized. The information gained then was applied to develop the telephone care programmes. The content and language used in nursing guideline for telephone care programme providing to depressive patients was validated by three experts. The guideline was modified according to the experts' recommendations. The major aspects of the guideline, at the end, are comprised of; 1) preparation , consisted of a) determination of patients' characteristics suitable for each telephone programme, and b) assessment of patients' condition prior to treatment, 2) implementation–depending on the severity level of patients' depressive condition–consisted of three models a) telephone care management programme, b) telephone psycho-education programme, and c) telephone counseling programme, and 3): evaluation, carried out within six months timeframe to assess patients' level of depression and medication compliance.

Recommendations

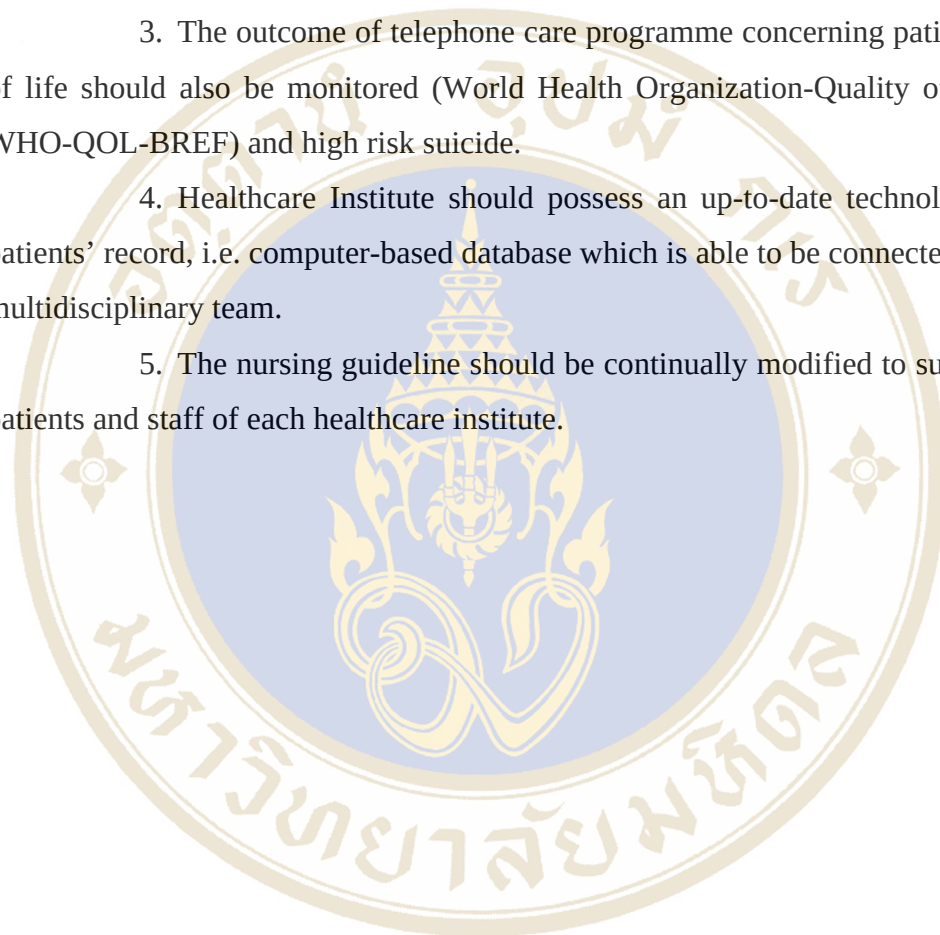
1. This study was the analysis and synthesis of only four articles based on evidence-based study and its result has not been applied to use in Thai context. Hence, a pilot study, to evaluate the therapeutic process and outcome effectiveness, should be conducted. The guideline then should be modified accordingly to suit context of individual institute.

2. Patients' depressive condition should be followed up after completion of the six months telephone care programme. Patients should be given contact person and address which they could immediately contact when they need help. If their condition does not improve, or worsen the patients should be referred to receive other suitable care/treatment.

3. The outcome of telephone care programme concerning patients' quality of life should also be monitored (World Health Organization-Quality of Life-Brief: WHO-QOL-BREF) and high risk suicide.

4. Healthcare Institute should possess an up-to-date technology to keep patients' record, i.e. computer-based database which is able to be connected to those of multidisciplinary team.

5. The nursing guideline should be continually modified to suit context of patients and staff of each healthcare institute.



บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. (2546). รายงานประจำปี 2546. นนทบุรี: ศูนย์สารนิเทศและประชาสัมพันธ์ กองแผนงาน.
- กัญญาพิชญ์ จันทน์นิคม. (2548). ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทิมา องค์ไผ่ผิต. (2537). จัดบำบัดในงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพฯ. ยูเนียน ศรีเอชัน.
- จันทรา ธีระสมบุญ. (2543). การประเมินผลโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 8(1), 49-58.
- จันทร์นัย เนตรสุวรรณ. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้ารักษาหายได้และโรคอารมณ์ผิดปกติ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.
- ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, รณชัย คงสกันต์, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, จิรัญกร ณัฐรังสี, เกษราภรณ์ เกณบุปผา และคณะ. (2549). องค์ความรู้โรคซึมเศร้า: ผลการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ธรณินทร์ กองสุข. (2550). โรคซึมเศร้าองค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซต.
- ธวัชชัย ลีพานานาจ และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (2549). ดำรงโรคไบโพลาร์. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- นันทิกา ทวิชาชาติ, ปรีชา อินโท, ธงชัย ทวิชาชาติ, อรพรรณ เมฆสุกะ, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, อรรถพล สุคนธาภิรมย์, และพวงสร้อย วรกุล. (2544). การสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตและความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. จดหมายเหตุมหาวิทยาลัย: 84 (ฉบับพิเศษ 1): S118-126.

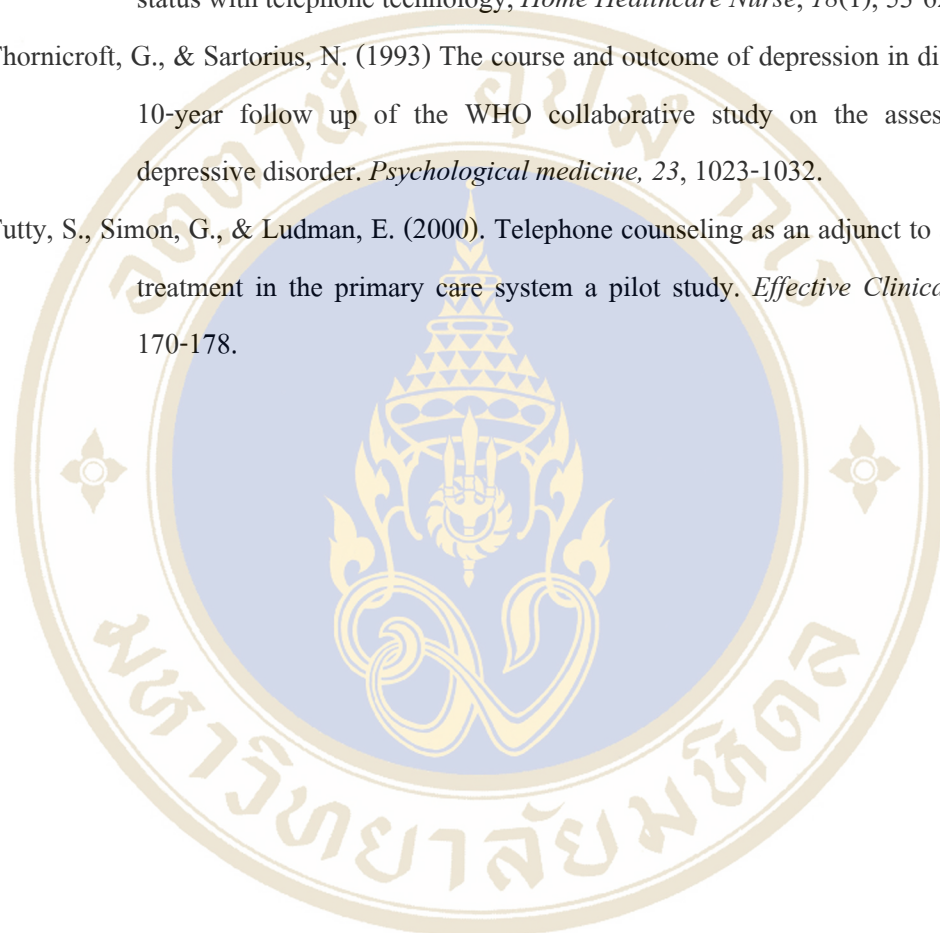
- นฤมล จันทร์จำ. (2547). การศึกษาการให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภวนิยมต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าจังหวัดสมุทรสงคราม. โครงการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราณี ทุ่งโพธิ์. (2549). คู่มือยา. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership.
- ปราโมทย์ สุนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล. (2541). เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- พรทิพย์ เกตุรานนท์. (2539). รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลในสังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาคกระทรวงสาธารณสุข ภายในทศวรรษหน้า. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรทิพย์ ธรรมวงศ์. (2541). ผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. (2547). ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. สงขลา: ลิขมบรรณาการพิมพ์.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2542). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: สหวิทยาการพิมพ์.
- รัชณี ศรีหิรัญ. (2544). ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังจำหน่าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี. (2545). การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แนวคิดและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิยมวิทยา.
- วิภาวี เผ่ากันทรกร. (2548). ภาวะซึมเศร้า : ประสพการณ์การจมทุกข์-พ้นทุกข์ของผู้หญิงอีสาน วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2539). ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2550). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). *โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2549). *การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธนาพรส.
- อรอนงค์ อินทรจิตรและนรินทร์. (2538). *การให้คำปรึกษาแนะนำทางโทรศัพท์*. กรุงเทพฯ: ปกเกล้า
การพิมพ์.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2002). *American psychiatric association practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2004). *American psychiatric association practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Brodaty, H., Luscombe, G., Peisah, C., Anstey, K., & Andrews, G. (2001). A 25-year longitudinal, comparison study of the outcome of depression. *Psychol Med*, 31(8), 1347-1359.
- Buls, P. (1995). The effect of home visits on anxiety levels of the client with a coronary artery bypass graft and of the family. *Home Healthcare Nurse*, 13(1), 22-29.
- Chaiyajan, W. (2007). *Effects of psychoeducational program on attitude toward medication and compliance with first appointment after discharge among schizophrenic patients*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Cheng, L. Y., & Chan, S. (2005). Psychoeducation program for chinese family carers of member with schizophrenia. *Westem Juarnal of Nursing Research*, 27(5), 583-599.
- Coman, G. J., Burrows, G. D., & Evans, B. J. (2001). Telephone counseling in australia: Applications and consideration for use. *Test British Journal of Guidance & Counselling*, 29(2), 247-258.
- Craig, J V., & Smyth, R. L. (2001). *The evidence-based practice manual for nurses*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

- Elliott, S., & Reimer, C. (1998). Postdischarge telephone follow-up program for breastfeeding preterm infants discharged from a special care nursery. *Neonatal Network*, 17(6), 41-45.
- Garlan, M. (1992). Discharge follow-up by telephone. *Rehabilitation Nursing*, 17(16), 339-341.
- Greenberg, P. E., Stiglin, L. E., & Finkelstein, S. N. (1993). Economic burden of depression in 1990. *Journal of clinical psychiatry*, 54, 405-418.
- Hunkeler, E. M., Meresman, J. F., Hargreaves, W. A., Fireman, B., Berman, W. H., Kirsch, A. J., et al. (2000). Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *The Archives of Family Medicine*, 9, 700-708.
- Hunter, E F. (2000). Telephone support for persons with chronic mental illness. *Home Healthcare Nurse*, 18(3), 172-179.
- Karasu, T. B. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157, 4, (April, suppl.).
- Katon, W., Korff, M. V., Lin, E., Simon, G., Walker, E., Unutzer, J., et al. (1999). Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression a randomized trial. *Archives General Psychiatry*, 56, 1109-1115.
- Kessler, M. B., Lavori, P. W., Edicott, J., Muller, T., Coryell, W., Hirschfield, R. M., et al. (1992). Time to recovery, chronicity and levels of psychopathology in major depression: A 5 years prospective follow up of 431 subjects. *Archive of general psychiatry*, 49, 809-816.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *JAMA*, 289, 3095-3105.
- Kinsella, A. (1997). Telehealth and home care nurse. *Home Healthcare Nurse*, 15(11), 796-797.
- Lanigan, T. L. (2000). The patient-family learning centre. *The Canadian Nurse*, 96(3), 18-21.
- Leach, L. S., & Christensen, H. (2006). A systematic review of telephone-based intervention for mental disorders. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12, 122-129.
- Limpattanasiri, J. (2004). *Factor affecting medication adherence among schizophrenic patients*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

- Ludd, L. L. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorder. *Archives General Psychiatry*, 54, 989-991.
- McBride, C. M., & Rimer, B. K. (1999). Using the telephone to improve health behavior and health service delivery. *Patient Education and Counseling*, 37, 3-18.
- Melnik, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melton, M. C., & Smoyak, S. A. (1992). Telephone therapy: call for help. *Journal of Psychosocial Nursing*, 30(40), 29-32.
- Meresman, J. F., Hunkeler, E. M., Hargreaves, W. A., Kirsch, A. J., Robinson, P., Green, A., et al. (2003). A case report: Implementing a nurse telecare program for treating depression in primary care. *Psychiatric Quarterly*, 74, 161-173.
- Mohr, D. C., Hart, S. L., Julian, L., Catledge, C., Honos-Webb, L., Vella, L., et al. (2005). Telephone-administered psychotherapy for depression. *Archives General Psychiatry*, 62, 1007-1013.
- Muller, T. I., Keller, M. B., Leon, A., Solomon, D. A., Shee, M. T., Coryell, W., et al. (1996). Recovery after five years of unremitting major depressive disorder. *Archives of general psychiatry*, 53, 794-799.
- North, M., Meeusen, M., & Hollinsworth, P. (1991). Discharge planning: Increasing client and nurse satisfaction. *Rehabilitation Nursing*, 16(16), 327-329.
- Rice, R. (2000). Telecaring in home care: Making a telephone visit. *Geriatric Nursing*, 21(1), 56-57.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Principles & methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shaul, M. P. (2000). What you should know before embarking on telephone health: lessons learned from a pilot study. *Home Healthcare Nurse*, 18(7), 470-475.
- Shu, E., Mermina, Z., & Nystrom, K. (1996). Telephone reassurance program for elderly home care clients after discharge. *Home Healthcare Nurse*, 14(3), 155-161.
- Simon, G. E., Ludman, E. V., Tutty, S., Operskalski, B., & VonKorff, M. (2004). Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: a randomized controlled trial. *JAMA*, 292, 935-942.

- Simon, G. E., VonKorff, M., Rutter, C., & Wagner, E. (2000). Randomized trial of monitoring, feedback and management for care by telephone to improve depression treatment in primary care. *British Medical Journal*, 320, 550-554.
- Stricklin, M. L. V., Jones, S., & Niles, S. A. (2000). Home talk healthy improving patients health status with telephone technology, *Home Healthcare Nurse*, 18(1), 53-62.
- Thornicroft, G., & Sartorius, N. (1993) The course and outcome of depression in different culture: 10-year follow up of the WHO collaborative study on the assessment of the depressive disorder. *Psychological medicine*, 23, 1023-1032.
- Tutty, S., Simon, G., & Ludman, E. (2000). Telephone counseling as an adjunct to antidepressant treatment in the primary care system a pilot study. *Effective Clinical Practice*, 4, 170-178.





ภาคผนวก ก

แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล: แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์
2. แหล่งอ้างอิงของบรรณานุกรม:

อุษา ฤทธิพันธุ์ม่วง, ประภา ยุทธไตร, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. (2008). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
3. ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติไปใช้:
 - 3.1 กลุ่มโรค /กลุ่มอาการ: ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 3.2 กลุ่มบุคลากรที่ใช้แนวปฏิบัติ: พยาบาลจิตเวช
 - 3.3 วัตถุประสงค์: มีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์
 - 3.4 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย: ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, fourth Edition -DSM-IV-TR หรือ ICD-10 ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงมาก
 - 3.5 ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ:
 1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 2. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลง
4. วิธีดำเนินการ
 - 4.1 คัดเลือกหัวข้อหรือกำหนดปัญหา (Selecting a topic of problem)

กำหนดปัญหาจากสิ่งกระตุ้น ที่เกิดจากปัญหาในการปฏิบัติงานและสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการทบทวนความรู้ กำหนดปัญหาโดยตั้งคำถามทางคลินิกว่า วิธีการดูแลและติดตามทางโทรศัพท์ วิธีใดที่สามารถส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดอาการซึมเศร้า และส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 4.2 การสืบค้นและประเมินหลักฐาน (Assembling and Evaluating Evidence)

การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วยรายละเอียดต่อไปนี้

4.2.1 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (PICO Framework) (Craig, 2002) มีรายละเอียดดังนี้

Population: Keyword คือ Depressive disorder, Major depressive disorder, Dysthymia

Intervention: Keyword คือ Telephone Intervention, Telephone care, program Telephone, Telephone follow up

Outcome: Keyword คือ Depression, Depressive symptoms, Drug adherence, Treatment compliance

4.2.2 วิธีการสืบค้นและการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

สืบค้นคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ฐานข้อมูล ที่รวบรวมแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ www.nlm.nih.gov, www.guideline.gov ฐานข้อมูลที่รวบรวม systematic review ได้แก่ www.cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au ฐานข้อมูลอื่นๆ ที่รวบรวม งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ CINAHL, OVID, MEDLINE, PubMed, Blackwell Synergy, SCIENCE DIRECT และจากการสืบค้นด้วยตนเอง วารสารที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัย เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ Journal of Nursing Scholarship, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Journal of Clinical Psychiatry, American Journal of Psychiatry, British Journal of Psychiatry, Acta Psychiatrica Scandinavica จากเอกสารอ้างอิงของบทความ/งานวิจัย จากห้องสมุด

4.2.3 เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้ เป็นงานวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) จากงานวิจัย Randomized controlled trials (RCTs) และ Quasi-experimental ที่ตรงประเด็นปัญหาหรือแนวปฏิบัติทางคลินิก สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992-2007 เลือกละเอียดงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่เป็นทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ผลการสืบค้น พบหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 4 เรื่อง เป็นงานวิจัยเดี่ยว

4.2.4 วิธีการที่ใช้ประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

เกณฑ์การประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout Overholt (2005). แบ่งเป็น 7 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 หลักฐานที่ได้จากงานที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta Analysis) ที่ได้จากงานวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials, RCTs) หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) จากงานวิจัยที่เป็น RCTs

ระดับที่ 2 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials, RCTs) ที่มีการออกแบบการวิจัยเป็นอย่างดีอย่างน้อย 1 ชิ้น

ระดับที่ 3 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบรัดกุม แต่อาจไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (Controlled trials without randomized)

ระดับที่ 4 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัย case control, cohort study

ระดับที่ 5 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบ

ระดับที่ 6 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 ชิ้น

ระดับที่ 7 หลักฐานที่เป็นความคิดเห็น หรือรายงานของผู้เชี่ยวชาญ หรือกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

จากหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 4 เรื่อง เมื่อนำมาการประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามเกณฑ์ของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005). พบว่าหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับ 2 ทั้งหมด

4.2.5 นำหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 4 เรื่องมาวิเคราะห์และสกัดเนื้อหาลงตารางตามลำดับหัวข้อ คือ 1) วัตถุประสงค์ 2) ระเบียบวิธีวิจัย 3) ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 4) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ 5) สถานที่ในการศึกษา 6) เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล 7) วิธีการหรือกิจกรรม 8) ผลการวิจัย 9) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 10) การตีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์ 11) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ 12) การสกัดเพื่อนำไปใช้

4.2.6 นำข้อมูลแต่ละตารางมาพิจารณาสรุปเนื้อหาและประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากงานวิจัยทั้งหมด ตรวจสอบความถูกต้องจากอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปสังเคราะห์เพื่อสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์และนำแนวปฏิบัติที่สร้างไปตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่

1. แพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวช จำนวน 1 ท่าน
2. อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จำนวน 1 ท่าน

3. พยาบาลจิตเวชที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 1 ท่าน

จากนั้นนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ต่อไป

5. ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ที่มีดังนี้ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์

1. การกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยที่เหมาะสมในการดูแลทางโทรศัพท์

1.1 ผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, fourth Edition -DSM-IV-TR หรือ ICD-10 ที่มีอาการซึมเศร้า ระดับเล็กน้อยถึงมาก ซึ่งประเมินอาการซึมเศร้า ด้วยเครื่องมือ Beck Depression Inventory. (BDI) ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม โดยประเมินอาการด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม อาการทางร่างกายและการทำกิจกรรม โดยแบ่งอาการซึมเศร้าเป็น 5 ระดับดังนี้

0-12	คะแนน	ไม่มีอาการซึมเศร้า
13-20	คะแนน	มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild)
21-25	คะแนน	มีอาการซึมเศร้าปานกลาง (Moderate)
26-35	คะแนน	มีอาการซึมเศร้ามาก (Severe)

และถ้ามีคะแนน 36 คะแนนขึ้นไปมีอาการซึมเศร้ามากที่สุด

1.2 ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยการบำบัดด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า

1.3 มีอาการทางจิตไม่รุนแรงกล่าวคือ ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และไม่ป่วยเป็นโรคหรือปัญหาทางจิตเวชที่รุนแรงร่วมด้วย เช่น ดิซออเดอร์หรือสารเสฟติค, Bipolar disorder, schizoaffective disorder

1.4 สามารถสื่อสารได้ชัดเจน ไม่มีปัญหาในการสื่อสารและการใช้ภาษา

1.5 มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และให้ความร่วมมือในการติดตามดูแลทางโทรศัพท์

1.6 ถ้าผู้ป่วยมีโรคฝ่ายกายร่วมด้วย ต้องอยู่ในระยะที่ควบคุมอาการได้

2. รูปแบบของการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ เพื่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยา และลดอาการซึมเศร้า โดยมีรูปแบบการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ 3 รูปแบบ ดังนี้ 1) การบริหารจัดการดูแลทางโทรศัพท์ (Telephone care management program) 2) การให้สุขภาพจิตศึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone psychoeducation

program) 3) การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone counseling program) ซึ่งการเลือกใช้รูปแบบใด ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย กล่าวคือ

2.1 ผู้ป่วยที่ไม่มีมีความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (0-12 คะแนน) จะได้รับการดูแลตามปกติ

2.2 ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเล็กน้อย (13-20 คะแนน) จะได้รับการดูแลการบริหารจัดการดูแลทางโทรศัพท์ (Telephone care management program)

2.3 ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าปานกลาง (21-25 คะแนน) จะได้รับการดูแล การให้สุขภาพจิตศึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone psycho education program)

2.4 ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามาก (26-35 คะแนน) จะได้รับการดูแลการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone counseling program)

รูปแบบการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์มี 3 รูปแบบ ดังนี้

1. การบริหารจัดการดูแลทางโทรศัพท์ (Telephone care management Program)

การบริหารจัดการดูแลทางโทรศัพท์เป็นการให้บริการทางโทรศัพท์เพื่อการติดตามการดูแลด้วยยาโรคซึมเศร้า และส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยา จะเป็นการบริการเบื้องต้นที่ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับ เพราะเป็นการติดต่อกับผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการของโรคและส่งเสริมการดูแลรักษาด้วยยา การปรับตัวเมื่อมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา (Simon et al., 2000; ระดับ 2; Simon et al., 2004; ระดับ 2)

1.1 ลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสม

ผู้ป่วยที่สามารถรับบริการการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว โดยไม่ต้องให้บริการอื่นเพิ่มเติม ได้แก่ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเล็กน้อย (Major Depression, mild) ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการดูแล

1.2 วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมแรงจูงใจในการรักษาด้วยยา (Motivation enhancement) ความร่วมมือในการรักษา (treatment compliance) และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา (Medication adherence)

1.3 ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์

การดำเนินการทั้งหมด 8 ครั้ง และประเมินผลการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ ในครั้งที่ 9 โทรศัพท์ครั้งละประมาณ 5-15 นาที เป็นเวลา 6 เดือนดังนี้

ครั้งที่ 1-3 โทรศัพท์ติดตามทุก 1 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาโรคซึมเศร้า

ครั้งที่ 4-5 โทรศัพทติดตามห่างจากครั้งที่ 3 ทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 2 ครั้ง โดยจะโทรศัพทติดตามก่อนที่แพทย์จะนัดหมายผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

ครั้งที่ 6-8 โทรศัพทติดตามห่างจากครั้งที่ 5 ทุก 4 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง โดยจะโทรศัพทก่อนที่แพทย์จะนัดหมายผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

ครั้งที่ 9 โทรศัพทติดตาม ประเมินผลการดูแล ห่างจากครั้งที่ 8 ใน 5 สัปดาห์ต่อมา หรือในเดือนที่ 6 โดยจะโทรศัพทหลังจากผู้ป่วยพบแพทย์แผนกผู้ป่วยนอก

1.4 วิธีดำเนินการ

1.4.1 วิธีดำเนินการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพทในครั้งที่ 1-8 มีรายละเอียดดังนี้

- สร้างสัมพันธภาพและประเมินปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย
- ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า
- ประเมินปัญหาและการตระหนักถึงความสำคัญในการ

รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แม้อาการซึมเศร้าจะดีขึ้นแล้วก็ตาม ส่งเสริมแรงจูงใจในการรับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา

- ให้การปรึกษาแบบประคับประคองทั่วไป (general support)

ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีเรื่องทุกข์ใจจะให้การช่วยเหลือตามปัญหาของผู้ป่วย

- ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแผนการรักษาให้

คำแนะนำตามปัญหา เช่นเรื่องขนาดและเวลาในการรับประทานยา วิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาและการแนะนำให้ปรึกษาแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษาที่เหมาะสม เมื่อพบแพทย์ครั้งต่อไปหรือติดต่อพบแพทย์ก่อนเวลานัดหมาย ถ้าเกิดปัญหารุนแรงหรือเร่งด่วน โดยพยาบาลจะเป็นผู้ประสานงานให้

- การให้ความชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามแผนการ

รักษา

- การให้ข้อมูลป้อนกลับกับผู้ป่วยเมื่อประเมินแล้วพบว่าอาการ

หรือระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าลดลง เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาพร้อมกับให้กำลังใจในการปฏิบัติดูแลตนเองต่อไป

- ตรวจสอบวันเวลาที่ผู้ป่วยจะต้องพบแพทย์ผู้รักษาในครั้งต่อไป

ส่งเสริมให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ประเมินว่าผู้ป่วยมีปัญหาหรืออุปสรรคอะไรหรือไม่ ถ้ามีก็ร่วมมือกันในการแก้ไข

- แนะนำให้ผู้ป่วยใช้โทรศัพท์แบบฝากข้อความถ้ามีปัญหา
เร่งด่วน

- นัดเวลาที่จะโทรศัพท์ติดตามการรักษาครั้งต่อไป

- หลังสิ้นสุดการโทรศัพท์ทุกครั้งผู้ดูแลจะสรุปผล และวางแผน
การโทรศัพท์ครั้งต่อไปกับผู้ป่วยทุกครั้ง พร้อมกับบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลหรือเพิ่มข้อมูลของ
ผู้ป่วย รายงานความก้าวหน้าและปัญหาของผู้ป่วยให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบ ถ้ามีปัญหาเร่งด่วนต้อง
รายงานให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบทันที

- ข้อมูลที่ต้องบันทึกในฐานข้อมูลและรายงานแพทย์หลังการ
ดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์แต่ละครั้งมีดังนี้

1) วันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์และรับยารักษาโรคซึมเศร้าครั้ง
สุดท้าย และวันนัดครั้งต่อไป

2) จำนวนและขนาดของยารักษาโรคซึมเศร้าที่ได้รับและการ
เกิดอาการข้างเคียง(ถ้ามี)

3) ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

4) ปัญหาที่พบในปัจจุบัน สิ่งที่เกี่ยวข้องไปแล้ว สิ่งที่ต้องแก้ไข
และประเมินในครั้งต่อไป

5) การวางแผนสำหรับการพบครั้งต่อไป

1.4.2 วิธีดำเนินการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์
ประเมินผลในครั้งที่ 9 หรือครั้งสุดท้าย โดย

- สรุปผลการดูแลที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไข
และสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถพัฒนา หรือจัดการดูแลตนเองที่ผ่านมา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยวางแผนการดูแล
ตนเองในระยะยาวเกี่ยวกับยา การติดตามและเฝ้าระวังตนเอง และการใช้ทักษะการจัดการกับปัญหา
ต่างๆของตนเองต่อไป

- สรุปข้อมูลที่ต้องรายงานในฐานข้อมูลและรายงานแพทย์เมื่อ
สิ้นสุดการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ดังนี้

1) วันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์และการดูแลช่วยเหลือและติดตาม
การรักษาทางโทรศัพท์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการมาพบแพทย์และเมื่อสิ้นสุดการดูแล

2) ประวัติการรักษาด้วยยา และปัญหาอุปสรรคและวิธีการ
แก้ปัญหาที่ผ่านมา

3) ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเมื่อสิ้นสุดการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์

4) ข้อเสนอแนะในการติดตามดูแลต่อเนื่องหรือการยุติการดูแลรักษา

2. การให้สุขภาพจิตศึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone psychoeducation program)

การให้สุขภาพจิตศึกษาทางโทรศัพท์ เป็นการให้บริการทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามการดูแลด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า ร่วมกับการสนับสนุนการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุลและสร้างสรรค์ (balancing challenging tasks and duties with positive activities, and problem solving) เป็นการให้บริการเพื่อประเมินอาการของโรค การส่งเสริมการรักษาด้วยยา การปรับตัวเมื่อมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ป่วย เห็นความสำคัญของการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างสรรค์ และก่อให้เกิดสุขภาวะได้ ทั้งกิจกรรมการรับประทานอาหาร การหลับนอนพักผ่อน และออกกำลังกายที่เพียงพอ และการทำกิจกรรมในหน้าที่การงาน การเรียน และสังคม และการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสุข ความเพลิดเพลินที่พอเหมาะ รวมทั้งส่งเสริมความสามารถแก้ปัญหาทุกข้อในปัจุบัน จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีกับตัวเองและอารมณ์ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้หายป่วยได้เร็วขึ้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยวางแผนในการทำกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าวในแต่ละวันในแต่ละสัปดาห์ และให้แรงเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยดำรงกิจกรรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีต่อไป (Hunkeler et al., 2000; ระดับ 2: Tutty et al., 2000; ระดับ 2: Simon et al., 2004; ระดับ 2)

2.1 ลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสม

ผู้ป่วยที่เหมาะสมในการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์โดยวิธีนี้ ได้แก่ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าปานกลาง (Major Depression, moderate) ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการดูแล

2.2 วัตถุประสงค์ของการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ เพื่อส่งเสริมการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา (Medication adherence) และส่งเสริมแรงจูงใจในการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีสุขภาวะดีขึ้น สามารถวางแผนและปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างสรรค์และเหมาะสมต่อไป

2.3 ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล

ดำเนินการทั้งหมด 8 ครั้ง และประเมินผลการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ ในครั้งที่ 9 โทรศัพท์ครั้งละประมาณ 10-30 นาที เป็นเวลา 6 เดือน เช่นเดียวกับการดูแลรูปแบบที่ 1 แต่จะเพิ่มการส่งเสริมการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต เข้าไปในการดูแลด้วยตั้งแต่ครั้งที่ 3

2.4 วิธีดำเนินการ

2.4.1 วิธีดำเนินการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์

มีรายละเอียดดังนี้

- ครั้งที่ 1-2 ปฏิบัติเช่นเดียวกับการดูแลรูปแบบที่ 1
- ครั้งที่ 3-8 ปฏิบัติเช่นเดียวกับการดูแลรูปแบบที่ 1 ร่วมกับการ

ส่งเสริมการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตดังนี้

1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการกระตุ้นตนเองให้ทำกิจกรรมต่างๆ (Behavioral activation) ซึ่งได้แก่ การจัดตารางกิจกรรม (scheduling pleasant Activity) การมีกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) มีการผลิตผลงานและกิจกรรมทางสังคม (Productivity and Social activity) และการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สมดุล (balancing challenging tasks and duties with positive activities) ซึ่งจะช่วยให้อารมณ์ดีขึ้นได้เร็วขึ้น

2) เน้นการวางแผนเพิ่มกิจกรรมที่พึงพอใจ (Self care Action plan)ว่าจะทำกิจกรรมใดบ้าง ในวันหนึ่ง ในสัปดาห์หนึ่ง จะทำสัปดาห์ละกี่วัน วันละกี่นาที ทำที่ไหน เมื่อไร กับใคร

3) ในการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ ครั้งต่อไป จะประเมินว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามแผนหรือไม่ เกิดอุปสรรคอะไรที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแผน และช่วยกันวางแผนแก้ไข โดยในแต่ละครั้งจะเพิ่มการวางแผนกิจกรรมที่สร้างสรรค์และสร้างความสุขให้มากขึ้น จนกว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตเกิดความสมดุล และจะให้การเสริมแรงทางบวกตามหลักการของ Behavior therapy

- บันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลและรายงานแพทย์ ในทุกๆครั้งที่พบ และการรายงานสรุปผลการดูแลครั้งสุดท้ายปฏิบัติเช่นเดียวกับการดูแลรูปแบบที่ 1 แต่เพิ่มการรายงานผลการวางแผน การปฏิบัติตามแผนการ และประเมินผลการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมต่างๆและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

3. การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone counseling program)

การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามดูแลการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า ร่วมกับการสนับสนุนการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต และส่งเสริมวิธีคิดที่ช่วยให้รู้สึกมีความสุขมากขึ้น (การดูแลทางจิตสังคมโดยใช้เทคนิคการบำบัดความคิดและพฤติกรรม Cognitive-behavioral therapy) เป็นบริการสำหรับผู้ป่วยที่ยังมีอารมณ์เศร้าต่อเนื่องนาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักปรับเพิ่มความคิดด้านบวก และปรับลดความคิดด้านลบ รู้จักวิธีแย่งความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล (reducing negative thoughts / increasing

positive thoughts and confronting irrational thoughts) ให้มีวิธีคิดที่ยืดหยุ่นมากขึ้น ฝึกการตีความจากเหตุการณ์ที่ประสบแล้วก่อให้เกิดความคิดด้านลบ เป็นการค้นหาการตีความที่เป็นไปได้อื่นๆ หรือพิจารณาหาสมมุติฐานอื่นๆที่อาจเป็นไปได้ (alternative possible interpretation) เพื่อลดความคิดหรือความเชื่อด้านลบที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง (inaccurate) ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ ส่งเสริมการมองปัญหาแบบท้าทาย ที่สามารถแก้ไขได้ และมีความหวังความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองต่อไปได้ (Hunkeler et al., 2000; ระดับ 2: Tutty et al., 2000; ระดับ 2: Simon et al., 2004; ระดับ 2)

3.1 ลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสม

ผู้ป่วยที่เหมาะสมในการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ โดยวิธีนี้ ได้แก่ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามาก (Major Depression, severe) ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการดูแล

3.2 วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา (Medication adherence) และส่งเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้มีสุขภาวะดีขึ้น รวมทั้งเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด (Cognitive restructuring) เพื่อลดความคิดหรือความเชื่อด้านลบที่ผิดพลาด (inaccurate) ที่นำไปสู่ความรู้สึกทุกข์ซึ่งอาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง

3.3 ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล

ดำเนินการทั้งหมด 8 ครั้ง และประเมินผลการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ ในครั้งที่ 9 โทรศัพท์ครั้งละประมาณ 10-40 นาที เป็นเวลา 6 เดือน เช่นเดียวกับการดูแลรูปแบบที่ 2 แต่จะเพิ่มการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด (Cognitive restructuring) เข้าไปในการดูแลครั้งที่ 5 ถึงครั้งที่ 8

3.4 วิธีดำเนินการ

3.4.1 วิธีดำเนินการดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ มีรายละเอียดดังนี้

- ครั้งที่ 1-4 ปฏิบัติเช่นเดียวกับ ครั้งที่ 1-4 ของการดูแลรูปแบบที่ 2
- ครั้งที่ 5-8 ปฏิบัติเช่นเดียวกับการดูแลรูปแบบที่ 2 ร่วมกับการส่งเสริมความสามารถในการริ่สร้างความคิดใหม่ (Cognitive restructuring) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตีความหมายของเหตุการณ์ในปัจจุบันที่ผู้ป่วยให้ความหมายไปในทางลบ ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ใจ ให้สามารถฝึกตีความที่เป็นไปได้อื่นๆ หรือพิจารณาหาสมมุติฐานอื่นๆที่อาจเป็นไปได้ (alternative possible interpretation) และให้ความหมายที่เป็นบวกได้ เพื่อเพิ่มความหวังและอารมณ์

ด้านบวก รวมทั้งความสามารถใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ (problem solving) ในการแก้ปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจในปัจจุบัน

- ข้อมูลที่ต้องรายงานในฐานะข้อมูลและรายงานแพทย์ ในทุกๆ ครั้งที่พบ และการรายงานสรุปผลการดูแลครั้งสุดท้ายทำเช่นเดียวกับการดูแลรูปแบบที่ 2 แต่เพิ่มการรายงานกระบวนการคิดต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจของผู้ป่วยว่าสามารถปรับเปลี่ยนหรือไม่ และปรับเปลี่ยนไปอย่างไร

- การรายงานผลการวางแผน การปฏิบัติตามแผนการและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมต่างๆ และแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

- ในการประเมินผลครั้งสุดท้าย ถ้าพบว่าอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยยังอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป ต้องปรึกษาทีมดูแล หลังจากพบแพทย์ในเดือนที่ 6 แล้ว เพื่อพิจารณาปรับการดูแล หรือส่งต่อให้ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะต่อไป

การประเมินผลลัพธ์

การประเมินผลลัพธ์การดูแลช่วยเหลือและติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ในเดือนที่ 6 หรือห่างจากการดูแลครั้งที่ 8 ประมาณ 5 สัปดาห์ เพื่อประเมินอาการซึมเศร้า ด้วยเครื่องมือ Beck Depression Inventory (BDI) และความร่วมมือในการรับประทานยา โดยประเมินข้อมูลจากการมาพบแพทย์ตามนัดหมาย การสัมภาษณ์ข้อมูลการรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้า อาการปัจจุบันในการรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้า

8. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิก

8.1 เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยเพียง 4 เรื่องและยังไม่เคยนำมาปรับใช้ในประเทศไทยมาก่อน จึงควรดำเนินการโครงการนำร่องเพื่อประเมินผลลัพธ์และประสิทธิผล ความคุ้มค่าและประเมินความพึงพอใจของผู้รับการบำบัดและบุคลากรในทีม และปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานต่อไป

8.2 เสนอผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ต่อผู้บริหารหน่วยงานเพื่อพิจารณานำแนวปฏิบัติการพยาบาลเข้าเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำต่อไป

9. ข้อมูลอื่นๆ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติ

9.1 วัน เดือน ปี ที่สร้าง: 18 พฤษภาคม 2552

9.2 ผู้สร้าง: นางสาวอุษา ฤทธิ์พันธุ์ม่วง

9.3 อาจารย์ที่ปรึกษา

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภา ยุทธไตร

2. รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์

9.4 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

แพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวช

- [illegible]

ภาคผนวก ข

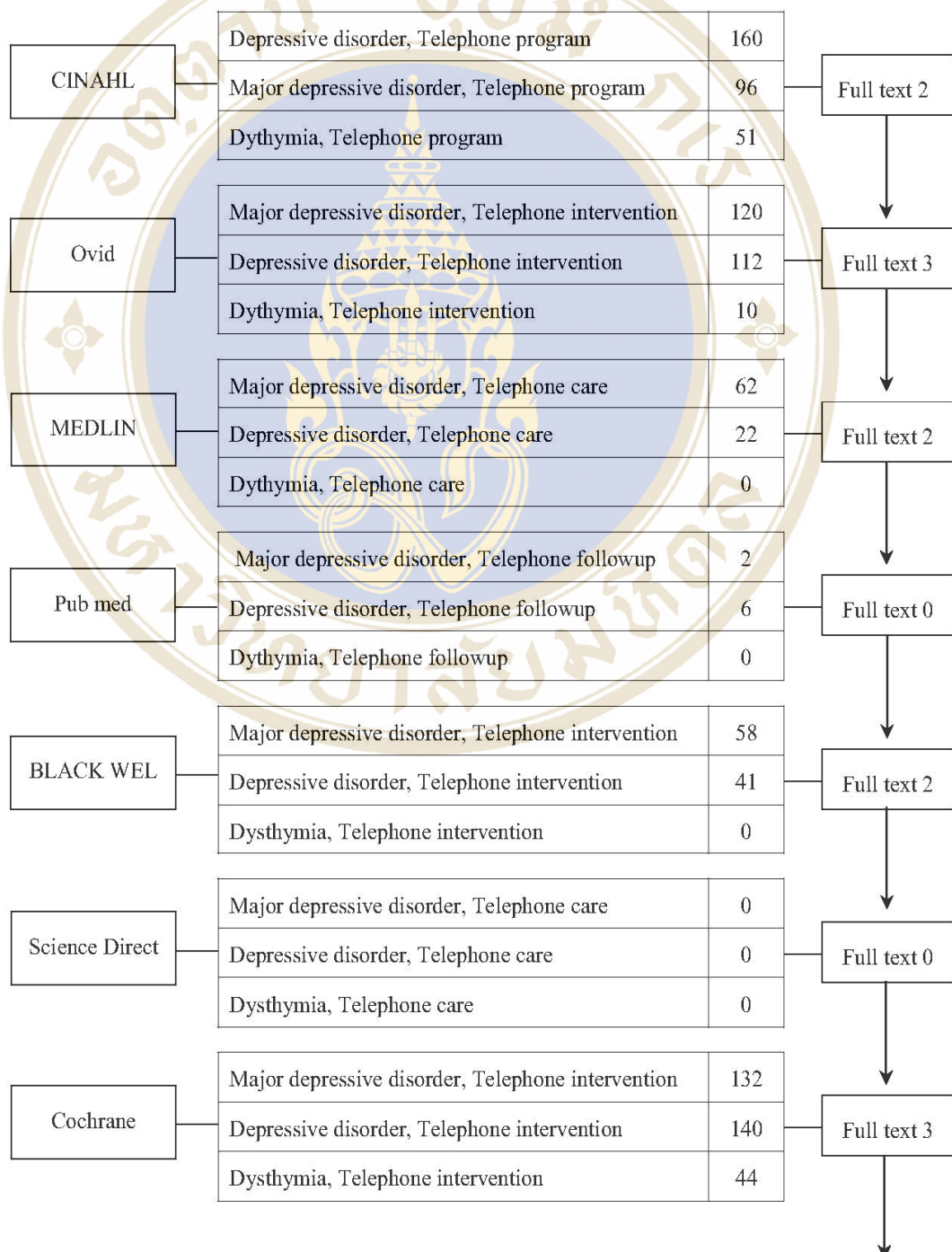
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ ได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความแม่นยำ ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ดังมีรายนามต่อไปนี้

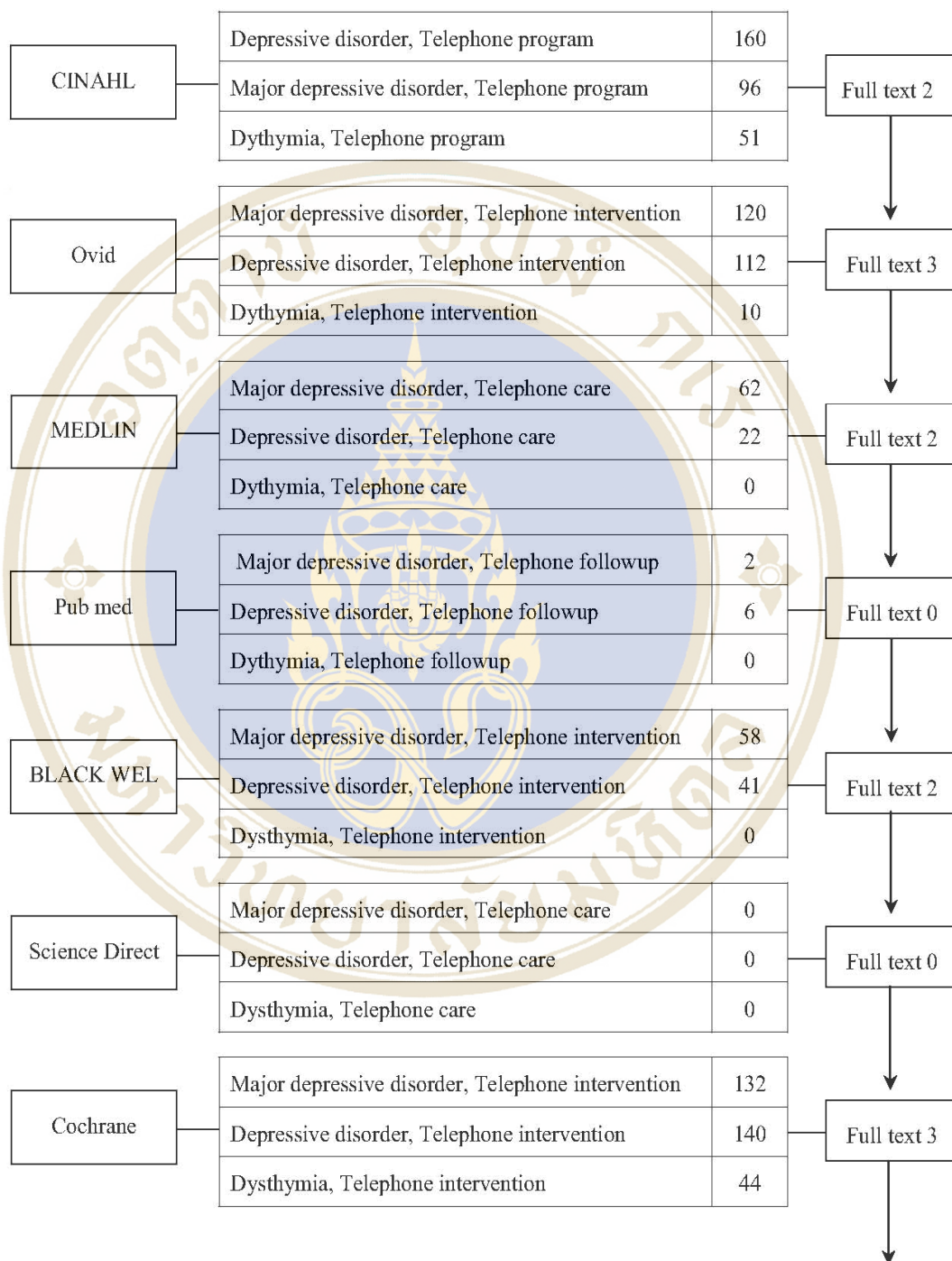
1. นายแพทย์วิญญู ชะนะกุล พบ.ว. จิตเวชศาสตร์
นายแพทย์ ระดับเชี่ยวชาญ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
2. อาจารย์ ดร. อติศยา พรชัยเกตุ โอบ ของ Ph. D. (Nursing)
อาจารย์พยาบาล ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ดร.วิภาวี เผ่ากันทรกร พย.ด.
พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก ก

แผนภูมิที่ 3 ฟังก์ชันสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์



แผนภูมิที่ 3 ฟังการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (ต่อ)



ภาคผนวก ง

ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

ชื่อเรื่อง	Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of Depression in primary care
ผู้แต่ง	Hunkeler, E., Meresman, J. F., Hargreaves, W. A., Fireman, B., Berman, W. H., & Kirsch, A. J., et al.
แหล่งที่พิมพ์	Arch Fam Med, 2000, 9,700-708.

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	เพื่อประเมินประสิทธิผลของการนำการดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์และการนำเพื่อนผู้ป่วยเข้ามาสนับสนุนระดับรองร่วมกับการรักษาด้วยยา รักษาโรคซึมเศร้าตามมาตรฐาน:- 1) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลแบบติดตามทางโทรศัพท์ โดยพยาบาล จะสามารถลดอาการซึมเศร้า, เพิ่มการทำหน้าที่ ความพึงพอใจในการดูแลรักษาโรคซึมเศร้ามากกว่า กลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ 2) การติดตามทางโทรศัพท์ช่วยสนับสนุนความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 3) การนำเพื่อนผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการรักษาโรคซึมเศร้าเข้ามาช่วยสนับสนุนระดับรอง ร่วมกับการดูแลทางโทรศัพท์ ทำให้ผลลัพธ์ดีกว่าการได้รับการดูแลทางโทรศัพท์อย่างเดียว
Research design	Randomized controlled trial
Level	Level II
Sample	ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวจากแพทย์ที่ Hayward และ San Francisco primary care clinic ใน Kaiser Permanente Northern California มีหลักเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรค Major depressive disorder หรือ Dysthymia 2) ได้รับยารักษาโรคซึมเศร้ากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor คือ Fluoxetine และ Paroxetine เกณฑ์การคัดออก 1) มีประวัติได้รับยารักษาโรคซึมเศร้ามาก่อน 6 เดือนที่ผ่านมา 2) มีปัญหาในการสื่อสารภาษาอังกฤษ 3) คิดสารเสพติด 4) มีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว 5) มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากนั้นจะซักถามความสมัครใจ หลังจากนั้นจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ และเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการมีจำนวน 302 คน โดยสุ่มผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ Usual care, Telehealth care, Telehealth care plus peer support ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 18 เดือน โดยผู้ป่วยทั้งหมดจะเข้าร่วมโครงการในช่วง 9 เดือน โดยช่วงแรกจะแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ Usual care (40%) และกลุ่ม Telehealth care (60%) และต่อมาจะแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ Usual care (40%), Telehealth care (40%) และ Telehealth care plus peer support (20%)
Setting	ผู้ป่วยจาก Hayward และ San Francisco primary care clinic ใน Kaiser Permanente Northern California
Research instrument	1) The self-report version of the Hamilton Depression Rating Scale. ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า 2) The Beck Depression Inventory. ใช้ประเมินอาการซึมเศร้า 3) The SF-12 Mental and Physical Composite Scales. ใช้ประเมินการรับรู้ความเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางกายและทางจิต
Intervention	ผู้ป่วยได้รับการแบ่งกลุ่ม 3 กลุ่มดังนี้ 1) Usual Physician Care โดยมีรูปแบบการรักษาและการนัดคล้ายคลึงกันทุกโปรแกรม แพทย์ผู้รักษาต้องได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการ

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	รักษาโรคซึมเศร้าอย่างน้อยเป็นเวลา 3 ชั่วโมง 2) Telehealth care พยาบาลจะโทรศัพท์ไปหาผู้ป่วย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ในช่วง 2 สัปดาห์แรก และ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ในช่วงสัปดาห์ที่ 3 ถึง 8 จากนั้นจะ โทร 1 ครั้งต่อสองสัปดาห์ในช่วงสัปดาห์ที่ 9 ถึง 16 โดยเป้าหมายคือโทรให้ได้ 12-14 ครั้งในช่วง 16 สัปดาห์ที่ทำการรักษาและการโทรแต่ละครั้งต้องไม่เกิน 10 นาที พยาบาลจะสอบถามเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคซึมเศร้า เช่น การรับประทานยาในปัจจุบัน, วิธีการสังเกตและวิธีการจัดการอาการข้างเคียง เบื้องต้นจากยา เน้นวิธีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้พยาบาลจะให้ emotional support และช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยพยายามทำกิจกรรมต่างๆ เพิ่มขึ้น โดยให้ผู้ป่วยค้นหาและทำกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น โดยในทุกๆ ครั้งที่โทรไปก็จะมีการถามถึงกิจกรรมที่เคยคุยกันไว้เมื่อครั้งก่อน ว่าได้ทำหรือยัง แล้วรู้สึกอย่างไรและการวางแผนในการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป จากนั้นก็จะ รายงานข้อมูลที่ได้ทั้งหมดให้กับแพทย์เจ้าของไข้ การโทรศัพท์ไปหาผู้ป่วย นอกเหนือจากนี้ จะโทรได้ก็ต่อเมื่อมีเหตุเร่งด่วนที่เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย หรือผู้ป่วยฝากข้อความให้ช่วยโทรกลับไว้ พยาบาลที่สนใจเข้าร่วมงานวิจัยจะถูกคัดเลือกจาก nursing supervisor ของ primary care แต่ละแห่ง จะได้รับการ ฝึกสอนเกี่ยวกับโปรแกรมเป็นเวลา 6 ชั่วโมง และต้องเข้าพบกับ clinical psychologist อย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน 3) Telehealth care plus peer support คัดเลือกจากผู้ป่วยที่เคยมี ประสบการณ์เป็นโรคซึมเศร้า(หายแล้ว) ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จากนั้น คนกลุ่มนี้จะได้รับการฝึกสอนเพื่อเป็น peer support วิธีการหาอาสาสมัคร เหล่านี้คือ การลงโฆษณาในหนังสือพิมพ์ ประกาศผ่านโปสเตอร์ โทรทัศน์ และวิทยุท้องถิ่น โดยอาสาสมัครทุกคนจะผ่านการคัดกรองจาก experienced psychiatric social worker (เป็นผู้ที่ฝึกสอนอาสาสมัครด้วย) กำหนดว่า อาสาสมัครคนไหนเหมาะสมกับผู้ป่วยคนใด และเป็นผู้ที่คอยติดตาม อาสาสมัครอย่างใกล้ชิด โดย peer support ได้รับการอบรมเป็นเวลา 20 ชั่วโมง ประกอบด้วยการบรรยาย การแสดงบทบาทสมมติ การร่วมแสดง ความคิดเห็น โดย peer support จะเป็นแบบอย่างและมีส่วนร่วมในการเผชิญ ปัญหา การจัดการอารมณ์และให้การสนับสนุนให้กำลังใจในการคัดเลือก

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	peer support ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกับผู้ป่วยเช่น ตกงาน ปัญหาทางครอบครัว ให้อาสาสมัครเป็นตัวอย่างเกี่ยวกับทักษะการเผชิญปัญหาต่างๆ การให้กำลังใจ สนับสนุนผู้ป่วย โดยอาสาสมัครโทรศัพท์พูดคุยกัน 1 ครั้งหรือมากกว่านั้นตามโอกาสอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 6 เดือน หลังจากได้รับการมอบหมาย
Research finding	วิเคราะห์ข้อมูลหลังจาก 6 สัปดาห์และ 6 เดือน โดยใช้ The self-report version of the Hamilton Depression Rating Scale. และ The Beck Depression Inventory. ผลลัพธ์ คือ กลุ่ม telehealth care ทั้งที่มี peer support และ ไม่มี (N=60) จะมีจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า Hamilton Scale ดีขึ้นมากกว่า 50% ในสัปดาห์ที่ 6 และเดือนที่ 6 มากกว่ากลุ่มควบคุม (N=40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (50% vs 37%; P= 0.1 และ 57% vs 38.5%; P= .003) และมีจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า Beck Scale ดีขึ้นมากกว่า 50% ที่เดือนที่ 6 มากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (48% vs 37%; P= .05) นอกจากนี้ คะแนนโดยรวมของ Hamilton Scale เดือนที่ 6 ของกลุ่มทดลองยังมากกว่าของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (10.38 vs 8.12; P= .006) กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีค่า The SF-12 Mental and Physical Composite Scales เพิ่มขึ้นที่สัปดาห์ที่ 6 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (47.07 vs 42.64; P=.004) และมีระดับความพึงพอใจที่สัปดาห์ที่ 6 และเดือนที่ 6 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (4.41 vs 4.17; P=.004 และ 4.20 vs 3.94; P=.001) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มที่มี peer support กับกลุ่มที่ไม่มี peer support
Clinical relevance	เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้โทรศัพท์เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ชื่อเรื่องและเนื้อหา มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่หน่วยงานต้องการนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการโทรศัพท์ที่มีประสิทธิภาพ ในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ตามความต้องการและทันทั่วถึง จึงเป็นแนวปฏิบัติที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย และโรงพยาบาลสามารถนำมาปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยได้

หัวข้อ	รายละเอียด
Scientific merit	แหล่งที่ดีพิมพ์มีความน่าเชื่อถือ ทีมผู้วิจัยทำงานเกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข Sanfrancisco primary care clinicในKaiser Permanente Northern California ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นตัวแปรที่สำคัญ คือประสิทธิภาพการโทรศัพท์ดูแลผู้ป่วย โรคซึมเศร้าในสถานพยาบาลปฐมภูมิ มีการทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปฐมภูมิ งานวิจัยมีการระบุวัตถุประสงค์ในการทดสอบสมมุติฐานอย่างชัดเจน การออกแบบงานวิจัยระบุเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างชัดเจน ขนาดกลุ่มตัวอย่างเหมาะสมในการตอบปัญหาการวิจัย มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มควบคุม งานวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสม
Implementation potential -Transferability of the findings	งานวิจัยมีเนื้อหาตรงกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข ถึงแม้งานวิจัยนี้จะศึกษาในสถานพยาบาลปฐมภูมิ แต่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลตติยภูมิของไทยได้ เนื่องจากสามารถติดตามการรักษาที่ต่อเนื่องและรวดเร็วและสามารถดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ โดยงานวิจัยมีรายละเอียด เนื้อหาในการดูแล ติดตาม สอบถามปัญหาเกี่ยวกับยารักษาโรคซึมเศร้าที่พบ วิธีการสังเกตและวิธีจัดการอาการข้างเคียงเบื้องต้น วิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง สามารถนำโปรแกรมมาใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแล ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้
- Feasibility of implementation	งานวิจัยสามารถนำมาเป็นแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับหน่วยงาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน พยาบาลที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและ ถ้าได้รับการฝึกอบรมและนิเทศเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางโทรศัพท์ สามารถนำโปรแกรมมาใช้ได้อย่างอิสระตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล ในการให้ความรู้และให้การปรึกษากับผู้ป่วยได้
- Cost-benefit ratio	เป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน และไม่เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย สามารถปฏิบัติควบคู่ไปกับการประจำ โดยเสียเวลาเพิ่มไม่มากนัก ครั้งละ10นาที ประมาณ 12-14 ครั้ง ใน 16 สัปดาห์ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องไม่ต้องเสียเวลาหรือเพิ่มงาน ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ในกรณีเร่งด่วนเช่น ความไม่สุขสบายที่เกิดจากการรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้า และลดบุคลากร ต้นทุนในการติดตามดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล จึงคาดว่าจะได้รับความร่วมมือจากหน่วยงาน แต่ต้องมีการรายงานผลการดูแล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับแพทย์ และผู้ร่วมงานอื่นๆ ใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อการนำไปใช้	ลักษณะผู้ป่วยที่เหมาะสม – ผู้ป่วยป่วยครั้งแรกหรือป่วยครั้งใหม่ – ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรค Major depressive disorder หรือ Dysthymia – ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าไม่เกิน 6 เดือน – ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร – ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น มีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คิดสารเสพติด การเตรียมบุคลากร – ผู้ดูแลต้องได้รับการฝึกอบรมในการดูแลทางโทรศัพท์อย่างน้อย 6 ชั่วโมง และมีการติดตามนิเทศอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน การเตรียมเครื่องมือ – โทรศัพท์ที่มีระบบฝากข้อความได้ – เอกสารการบันทึกการบ้านเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยวางแผนจะทำเพิ่มมากขึ้น และการทำกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดี มีความสุข รวมทั้งการประเมินและการบันทึกผลของการทำกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ในแต่ละสัปดาห์ การประเมินผล – เครื่องมือประเมิน The self-report version of the Hamilton Depression Rating Scale. และ The Beck Depression Inventory. วิธีดำเนินการ – พยาบาลโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยดังนี้ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ในช่วง 2 สัปดาห์แรก 1 ครั้ง/สัปดาห์ ในช่วงสัปดาห์ที่ 3-8 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ในช่วงสัปดาห์ที่ 9-16 โดยมีเป้าหมายโทรศัพท์ให้ได้ 12-14 ครั้ง ใน 16 สัปดาห์ – ในการโทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยแต่ละครั้งไม่เกิน 10 นาที – ผู้ป่วยสามารถฝากข้อความหรือขอความช่วยเหลือได้ ในกรณีเร่งด่วนเกี่ยวกับอาการตนเองได้

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อการนำไปใช้	– เนื้อหาในการพูดคุย 1) การสนทนาเริ่มต้นด้วย โดยซักถามภาวะสุขภาพและปัญหาปัจจุบันและให้กำลังใจ (Emotional support) 2) สนทนาเกี่ยวกับการรับประทานยาและปัญหาการรับประทานยา การสังเกตและการจัดการกับอาการข้างเคียง วิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง 3) ให้กำลังใจ (Emotional support) กระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหารูปแบบการดำเนินชีวิต หรือมีกิจกรรมมากขึ้น รวมทั้งกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดี มีความสุข และทบทวน กิจกรรมที่ทำมาแล้วในสัปดาห์ที่ผ่านมา และเคยพูดคุยว่าเป็นอย่างไร จะปรับปรุงแผนการในครั้งนี้อย่างไร การรายงานผล เมื่อเสร็จสิ้นการ โทรศัพท์พยาบาลจะบันทึกข้อมูลและรายงานให้แพทย์เจ้าของไข้ และผู้ที่เกี่ยวข้องทราบเรื่องต่อไปนี้ 1) ปัญหาที่สำคัญในปัจจุบันของผู้ป่วย อาการซึมเศร้าจากการสัมภาษณ์ และระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าโดยประเมินจาก The self-report version of the Hamilton Depression Rating Scale. และ The Beck Depression Inventory. 2) สถานการณ์หรือพฤติกรรมในการรับประทานยาในปัจจุบันของผู้ป่วย ปัญหาการรับประทานยา และการเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยารักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน รวมทั้งข้อเสนอแนะในการจัดการกับปัญหานั้นๆ ที่พยาบาลได้ดำเนินการไปแล้ว 3) แบบแผนการดำเนินชีวิต ความก้าวหน้าในการเพิ่มกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งกิจกรรมที่ทำให้เกิดความรู้สึกดีหรือมีความสุขมากขึ้น และวางแผนการทำกิจกรรมต่างๆ ในครั้งต่อไป หรือมีกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดี การประเมินผล 1) ประเมินอาการซึมเศร้า 2) ความพึงพอใจ ประเมินติดตามผลในสัปดาห์ที่ 6 และเดือนที่ 6

ชื่อเรื่อง	Randomized trial of monitoring, feedback and management of care by telephone to improve depression treatment in primary care.
ผู้แต่ง	Simon, G. E., Von Korff, M., Rutter, C., et al.
แหล่งที่พิมพ์	BMJ, 2000, 320, 550-554.

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	ทดสอบกลยุทธ์ในการจัดการดูแลบุคคลที่มีโรคเรื้อรัง ซึ่งพัฒนาโดย Simon, VonKorff, Wagner เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลย้อนกลับและโปรแกรมการให้ข้อมูลย้อนกลับรวมกับการจัดการการดูแลทางโทรศัพท์ว่าจะสามารถ ทำให้การรักษาอาการซึมเศร้าในสถานบริการปฐมภูมิดีขึ้นหรือไม่ โดยศึกษาผลลัพธ์สำคัญ 3 ประการในการรักษา ได้แก่ 1) ระบบการให้ข้อมูลทางคลินิก โดยใช้ประชากรเป็นฐาน 2) การติดตามตรวจสอบการปฏิบัติตามแผนการรักษา 3) การดูแลติดตามผลอย่างเป็นระบบ
Research design	Randomized controlled trial
Level	Level II
Sample	กลุ่มตัวอย่างในการทดลองจะเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคซึมเศร้าเป็นครั้งแรกในรอบ 120 วันที่ผ่านมา (ผู้ป่วยต้องไม่ได้รับยาเมื่อนับย้อนไป 120 วัน) เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า 2) ผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็น bipolar disorder หรือ psychosis disorder ภายใน 2 ปี 3) ได้รับการวินิจฉัยว่าติดแอลกอฮอล์ หรือใช้สารเสพติดในช่วง 90 วัน 4) ได้รับการรักษากับจิตแพทย์ (Psychiatrist) ภายใน 90 วัน
Setting	ศึกษาจากสถานพยาบาลปฐมภูมิ จำนวน 5 แห่งที่อยู่ภายใต้การดูแลของ Group Health Cooperative of Puget Sound ซึ่งรับบริการผู้ป่วย 450,000 คนในรัฐวอชิงตัน

หัวข้อ	รายละเอียด
Research instrument	1) The Hopkins symptom checklist ซึ่งใช้ประเมินอาการซึมเศร้า ประกอบด้วย 20 คำถาม 2) การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าด้วยการสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างตามระบบDSM-IV-TR 3) ค่าใช้จ่ายในการรักษาจะคำนวณจาก การมารับการรักษาแต่ละครั้ง และ ค่าใช้จ่ายจริงที่ใช้ในการเข้ารับบริการ 4) Medical comorbidity จะถูกประเมินจากจำนวนโรคเรื้อรังที่เกิดร่วม 5) ประเมินการมาติดตามการรักษาและการใช้ยา ด้วยการใช้ Algorithm
Intervention	การทดลองจะสุ่มแบ่งผู้ป่วย เข้าในกลุ่มทดลองกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งใน 3 กลุ่มทันที คือกลุ่มที่ได้รับ usual care , feedback only , feedback plus care management 1) Usual care ให้การดูแลตามมาตรฐาน จะไม่มีโปรแกรมการรักษาพิเศษใดๆ เพิ่มเติมนอกเหนือจากการรักษาตามปกติที่ให้กับผู้ป่วย 2) feedback only เป็นการสื่อสารข้อมูลที่ได้ให้แก่แพทย์เพียงฝ่ายเดียวโดยจะมีการประมวลผลการรักษาที่ผ่านมาของผู้ป่วยแต่ละคนจากฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ เช่น ขนาดยาต้านเศร้าที่ใช้ จำนวนครั้งที่สั่งยาเดิม จำนวนครั้งการมารับบริการ การเลื่อนนัด และให้คำแนะนำเบื้องต้นในการรักษาตาม algorithm ในคอมพิวเตอร์ เช่นคำแนะนำในการปรับเพิ่ม-ลดขนาดยาหรือเปลี่ยนยา เป็นต้น ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะถูกส่งให้แพทย์ในสัปดาห์ที่ 8 และ 16 หลังจากเริ่มต้นการรักษาด้วยยา นอกจากนี้ ระบบจะคอยเตือนแพทย์ให้ติดตามผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัด (ไม่มีผู้ที่โทรศัพท์ติดต่อกับผู้ป่วยเพื่อให้มาตามนัด แต่รายงานเตือนแพทย์ให้เป็นคนติดต่อเอง) ทั้งนี้ ข้อมูลที่แพทย์ได้รับจากทีมดังกล่าวจะมีข้อจำกัดคือไม่มีข้อมูลในด้านของผลข้างเคียงจากยา และระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในขณะนั้น (เพราะไม่มีการติดต่อขอข้อมูลผู้ป่วยมาให้แพทย์) feedback plus care management จะมี care manager ในการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพิ่มเติมขึ้นจากระบบปกติ เพื่อสื่อสารข้อมูลจากทั้ง 2 ฝ่ายให้อีกฝ่ายรับรู้และมีการให้ Psychotherapy ในระดับที่ไม่ถึงกับกระตุ้นผู้ป่วยทางโทรศัพท์ (general support) ทั้งนี้ การโทรศัพท์พูดคุยกับผู้ป่วยจะมีขึ้นประมาณ 10ถึง15 นาทีในสัปดาห์ที่ 8 และ 16 หลังผู้ป่วยเริ่มรับการรักษาด้วยยา

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	– ผู้ที่โทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยจะได้รับการฝึกทักษะในการประเมินข้อมูลผู้ป่วยทางโทรศัพท์เป็นอย่างดี เรื่องการประเมินระดับความรุนแรงของอาการ การประเมินการรับประทานยาในปัจจุบันและผลข้างเคียงของยา แต่จะไม่ได้รับการอบรมในเรื่องของ antidepressant pharmacotherapy ที่เฉพาะเจาะจงหรือลึกซึ้งมากนัก และไม่มีอำนาจในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนการรักษา โดยที่ care giver ดูแลผู้ป่วยใหม่ 8-10 คนต่อสัปดาห์และต้องเข้าพบ psychiatrist 15 นาทีต่อสัปดาห์ – ข้อมูลที่ care manager ชักถามผู้ป่วยเพื่อนำไปประเมินตาม algorithm เป็นข้อมูลส่งกลับแก่แพทย์ได้แก่ สถานการณ์รับประทานยารักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน, ผลข้างเคียงจากยาและระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า – นอกจากนี้ care manager จะติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด ตลอดจนสามารถ refer ผู้ป่วยได้ถ้าจำเป็น
Research finding	การประเมินผลในเดือนที่ 3 พบว่าในกลุ่ม Care management มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ค่าคะแนนอาการซึมเศร้าลดลง 50% มากกว่ากลุ่ม usual care อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2.22, 1.31-3.75) และเมื่อติดตามในเดือนที่ 6 พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.46, 0.24-0.86) และกลุ่ม feedback only และกลุ่ม usual care ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 3 โปรแกรมไม่มีผลต่อจำนวนครั้งการเข้าพบแพทย์ตามนัดของผู้ป่วย แต่จะพบว่าผู้ป่วยได้รับขนาดยาที่เหมาะสมและระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าลดลง สามารถเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงความร่วมมือในการเข้ารับการรักษของผู้ป่วย กลุ่ม Care management มากกว่ากลุ่ม feedback only และกลุ่ม usual care
Clinical relevance	วัตถุประสงค์งานวิจัยสอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยงานวิจัยเป็นการนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาโรคซึมเศร้าซึ่งมีประสิทธิภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาได้

หัวข้อ	รายละเอียด
Scientific merit	ทีมผู้วิจัยเป็นบุคลากรที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวชมีความน่าเชื่อถือ งานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่ได้รับการยอมรับทั่วโลก ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลมีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน กลุ่มตัวอย่างมีการระบุเกณฑ์การคัดเลือกหรือเกณฑ์การคัดออกอย่างชัดเจน ผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
Implementation potential - Transferability of the findings - Feasibility of implementation	ความรู้จากงานวิจัยมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน เนื่องจากมีเป้าหมายในการพัฒนาระบบการติดตามการดูแลรักษา ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัติมาประยุกต์ใช้ในงานประจำได้ เนื่องจากเป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ไม่ส่งผลกระทบต่องานที่ปฏิบัติอยู่เดิม องค์กรให้ความสนับสนุนในการคิดค้นนวัตกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย จึงน่าจะได้รับความร่วมมือในหน่วยงาน
- Cost-benefit ratio	แนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงแก่ผู้ป่วยและเป็นการใช้เทคโนโลยีที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย เพื่อลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการติดตามดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ
การสกัดเพื่อนำไปใช้	คุณสมบัติผู้รับการดูแล 1) ผู้ป่วยรายใหม่หรือเพิ่งได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าไม่เกิน 4 เดือน 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ติดสารเสพติด และติดแอลกอฮอล์ หรือ psychosis disorder คุณสมบัติผู้ดูแล 1) ต้องมีประสบการณ์การดูแลทางโทรศัพท์แบบ general support และได้รับการอบรม Psychotherapy จากผู้เชี่ยวชาญ 2) สามารถประเมินการรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้า ผลข้างเคียงจากยา และระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้ 3) เป็นผู้ประสานงานที่ดี มีทักษะในการฟังและการสื่อสารที่ดี โดยจะสื่อสารข้อมูลระหว่างแพทย์และผู้ป่วย การเตรียมเครื่องมือ 1) โทรศัพท์เพื่อการติดต่อสื่อสาร 2) เอกสารการบันทึกข้อมูล

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อการนำไปใช้ (ต่อ)	ระยะเวลาในการติดต่อสื่อสาร 1) ใช้เวลาในการสื่อสารประมาณ 10-15 นาที 2) ติดตามในสัปดาห์ที่ 8 และ 16 หลังจากได้รับยาต้านเศร้า 3) มีการติดตามประเมินผลในเดือน 3 และ 6 เดือน วิธีดำเนินการ เนื้อหาในการซักถาม/สื่อสาร 1) ขนาดยารักษาโรคซึมเศร้าที่ใช้ จำนวนครั้งที่สั่งยาเดิม จำนวนครั้งการพบแพทย์ 2) ผลการรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้า ผลข้างเคียงจากยาและระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในปัจจุบัน 3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด การประเมินผล – The Hopkins symptom checklist ซึ่งใช้ประเมินอาการซึมเศร้า ประกอบด้วย 20 คำถาม การรายงานผล เมื่อเสร็จสิ้นการ โทรศัพท์พยาบาลจะรายงานส่งต่อข้อมูลแก่แพทย์ผู้รักษาดังนี้ 1) สถานการณ์รับประทานยารักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน ผลข้างเคียงจากยารักษาโรคซึมเศร้า 2) ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

ชื่อเรื่อง	Telephon Counseling as an Adjunct to Antidepressant Treatment in the Primary Care System A Pilot Study.
ผู้แต่ง	Tutty, S., Simon, G., Ludman, E.
แหล่งที่พิมพ์	Effective Clinical Practice, 2000, 4, 170-178.

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	เพื่อค้นหาความเป็นไปได้และประสิทธิภาพทางคลินิกการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในชุมชน
Research design	Randomized controlled trial
Level	Level II
Sample	ผู้ป่วยจาก primary care หลักเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าจากแพทย์ประจำ primary care 2) ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้า เกณฑ์การคัดออก 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค bipolar, schizophrenia, schizoaffective ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา 2) ได้รับการวินิจฉัยว่า ติดแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดในช่วง 90 วันที่ผ่านมา 3) มีการเข้าพบจิตแพทย์ในช่วง 90 วันที่ผ่านมา ซึ่งผู้วิจัยจะทำการค้นหาผู้ป่วยจากระบบฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (คัดเลือกผู้ป่วยจากประวัติในคอมพิวเตอร์) แล้วส่งจดหมายเชิญเข้าร่วมการทดลอง ผู้ช่วยงานวิจัยก็จะทำการติดต่อผู้ป่วย และหากผู้ป่วยรายใดยินดีเข้าร่วม ก็จะถูกร้องขอให้ทำ 20-item depression questionnaires (ซึ่งนำมาจาก Hopkins symptom checklist) ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยจะได้รับหนังสือสอนวิธีดูแลตัวเองจากโรคซึมเศร้า (จะมีเรื่องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และผลข้างเคียงจากยารักษาโรคซึมเศร้า) ก่อนเริ่มการทดลอง 1 สัปดาห์ (หนังสือชื่อว่า Time life medical's depression self-care companion for better living ซึ่งเขียนขึ้นโดยความร่วมมือกันระหว่าง Time life medical และ GHC's Center)
Setting	Olympia primary care clinic of Group Health Cooperative ใน western Washington

หัวข้อ	รายละเอียด
Research instrument	1) Participation rate and retention ประเมินอัตราการร่วมมือในการรักษา และการคงไว้ซึ่งความรู้หรือข้อมูลที่ได้รับในการรักษา 2) The Hopkins symptom checklist depression scores ประเมินอาการซึมเศร้า 3) Medication adherence and dose thresholds ประเมินแนวโน้มของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และขนาดของยาที่ได้รับ 4) Visits made for depression treatment จำนวนครั้งในการเข้าพบบุคลากรทางการแพทย์เพื่อทำการรักษาโรคซึมเศร้า
Intervention	Intervention: Telephone Counseling - ผู้ป่วยจะได้รับหนังสือเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า วิธีการดูแลตัวเอง และผลข้างเคียงจากการรักษาโรคซึมเศร้าก่อนเริ่มการทดลอง 1 สัปดาห์ (หนังสือชื่อว่า Time life medical's depression self-care companion for better living หนังสือที่ผู้ป่วยได้รับจะถูกนำมาใช้ประกอบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และในทุกครั้งที่สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ผู้ป่วยจะถูกประเมินตาม Beck Depression Inventory และถูกซักถามเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่พบจากการรักษาโรคซึมเศร้า - ผู้ป่วยจะพูดคุยทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละครึ่งชั่วโมง โดยรูปแบบของการดูแลใช้กรอบแนวคิด Transtheoretical ในสัปดาห์แรก-สัปดาห์ที่3 เน้นเรื่อง Behavioral activation (scheduling pleasant events, balancing challenging tasks and duties with positive activities, and problem solving) - สัปดาห์ที่ 4-5 ถัดมาจะเน้น Cognitive restructuring (reducing negative thoughts/increasing positive thoughts and confronting irrational thoughts) และ - สัปดาห์ที่ 6 จะวางแผนการดูแลตนเองเพื่อค้นหาพฤติกรรมด้านบวกและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยประเมินผลลัพธ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีการรวบรวมข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วย บันทึกในคอมพิวเตอร์เพื่อรายงานเรื่องต่อไป - ผู้ป่วยรับยารักษาโรคซึมเศร้าครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่ - ยาที่ได้รับมีขนาดเท่าไร ได้จำนวนเท่าไร รับประทานอย่างไร

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	- ผู้ป่วยเข้าพบผู้ทำการรักษาครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่ - ผู้ป่วยจะต้องไปพบแพทย์อีกครั้งเมื่อไหร่ - ประวัติการได้รับยารักษาโรคซึมเศร้า - ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า - การดำเนินไปของโปรแกรม(overall progress in the program) ซึ่งหากพบความผิดปกติในรายงานเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย ผู้วิจัยก็จะทำการติดต่อกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษาทันที
Research finding	พบว่า 93% ยินดีเข้าร่วมการทดลอง และ 92% ของ 93% ข้างต้น เข้าร่วมโปรแกรมจนจบการทดลอง โดยกลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เดือนที่ 3 (0.89 vs. 1.13) แต่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เดือนที่ 6 0.79 vs. 0.95; $P = 0.03$) กลุ่มทดลองมีแนวโน้มรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในขนาดยาที่เหมาะสมสูงกว่าเกือบ 2 เท่า (25% vs 13%) และมีแนวโน้มในการเป็น Major depression ตาม criteria น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (8% vs 16%) จำนวนครั้งในการเข้าทำการรักษาของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
Clinical relevance	เป็นงานวิจัยสอดคล้องในการแก้ปัญหาทางคลินิก โดยงานวิจัยเป็นการนำโปรแกรมให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีความชัดเจนเรื่องของ Intervention ระยะในแต่ละ session พยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล
Scientific merit	การออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสมและสอดคล้อง ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัย ผลสรุปและการอภิปรายผลเหมาะสม ระบุรูปแบบการวิจัยไว้อย่างชัดเจน ระบุลักษณะกลุ่มตัวอย่างและคุณสมบัติการคัดเลือกหรือการคัดออก ใช้เครื่องมือในการประเมินที่ได้รับการเชื่อถือ สถิติที่ใช้วิเคราะห์เหมาะสมกับขนาดกลุ่มตัวอย่าง แต่เนื่องจากขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย

หัวข้อ	รายละเอียด
Implementation potential - Transferability of the findings	แนวปฏิบัติการพยาบาลของงานวิจัยมีความเหมาะสมกับหน่วยงาน กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกับหน่วยงาน ในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นซึมเศร้า จะได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอก เป้าหมายของงานวิจัยสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน ในการสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- Feasibility of implementation	พยาบาลสามารถปฏิบัติและกำหนดรูปแบบอย่างอิสระ เป็นการพัฒนาจากงานที่ปฏิบัติอยู่เดิม และเป็นนวัตกรรมที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน หน่วยงานและองค์กรมีความพร้อม
- Cost-benefit ratio	พยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้แนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงแก่ผู้ป่วย เพราะการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตตามปกติที่บ้านได้ ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ด้านบุคลากรควรได้รับการอบรมหรือฝึกทักษะการให้คำปรึกษาการดูแลทางโทรศัพท์ เพื่อส่งเสริมการรักษาด้วยยาและการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งอาจต้องใช้เวลาในการฝึกอบรม
การสกัดเพื่อนำไปใช้	ลักษณะผู้ป่วยที่เหมาะสม - ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า - เริ่มได้รับการบำบัดด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า - ไม่ป่วยเป็นโรคจิตเวชอื่นๆ เช่น bipolar disorder หรือ schizophrenia ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ติดสารเสพติด ติดแอลกอฮอล์ การเตรียมบุคลากร - ผู้ดูแลต้องจบระดับปริญญาโท โดยได้รับการอบรมเรื่อง Transtheoretical model of behavioral change and cognitive-behavioral strategies. การเตรียมเครื่องมือ - คู่มือเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และวิธีการดูแลตนเองและผลข้างเคียงจากยารักษาโรคซึมเศร้า - โทรศัพท์

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อการนำไปใช้ (ต่อ)	การประเมินผล 1) Participation rate and retention ประเมินอัตราความร่วมมือในการรักษา และการคงไว้ซึ่งความรู้หรือข้อมูลที่ได้รับในการรักษา 2) Hopkins symptom checklist depression scores ประเมินอาการซึมเศร้า 3) Medication adherence and dose thresholds ประเมินแนวโน้มของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และขนาดของยาที่ได้รับ 4) Visits made for depression treatment จำนวนครั้งในการเข้าพบบุคลากรทางการแพทย์เพื่อทำการรักษาโรคซึมเศร้า วิธีดำเนินการ - ผู้ป่วยต้องได้รับคู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า วิธีการดูแลตนเองและผลข้างเคียงจากยารักษาโรคซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยจะได้รับโทรศัพท์พูดคุยทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละครึ่งชั่วโมง โดยในสัปดาห์แรก-สัปดาห์ที่3 เน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การมีกิจกรรมที่สมดุลต่างๆ ในชีวิตประจำวัน กิจกรรมที่สร้างความรู้สึกดีหรือมีความสุข และทักษะการแก้ปัญหา สัปดาห์ที่4-5 ถัดมาจะเน้นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการรู้คิด การลดความคิดด้านลบ การเพิ่มความคิดด้านบวก และการส่งเสริมความตระหนักในความคิดที่ไม่สมเหตุผล และสัปดาห์ที่ 6 เป็นการวางแผนการดูแลตนเองในระยะยาว และการประเมินผลลัพธ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย - เวลาที่ใช้โทรศัพท์ไปหาผู้ป่วย จะเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสะดวกรับสาย เช่น ตอนเย็นๆหรือในวันหยุด ระยะเวลาการดูแล - ใช้เวลาการโทรศัพท์ประมาณ 30 นาที

ชื่อเรื่อง Telephone Psychotherapy and Telephone Care Management for Primary Care Patients Starting Antidepressant Treatment A Randomized Controlled Trial.

ผู้แต่ง Simon, G. E., Ludman, E., Tutty, S., Operskalski, B., Korff, MV.

แหล่งที่พิมพ์ JAMA, 2004, 292, 935-942.

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	เพื่อเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2 รูปแบบคือ 1.Telephone care management และ 2.Telephone care management ร่วมกับ telephone psychotherapy
Research design	Randomized Controlled Trial ศึกษาระหว่างพฤศจิกายน 2000 ถึง พฤษภาคม 2002
Level	Level II
Sample	เกณฑ์การคัดเลือก 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า 2) ไม่ได้รับยารักษาโรคซึมเศร้าใน 90 วันที่ผ่านมา 3) การรับรู้ภาษาและการสื่อสารความบกพร่อง เกณฑ์การคัดออก 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค bipolar disorder หรือ schizophrenia ในช่วง 2 ปี 2) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับบริการจาก Group Health Cooperative (GHC) 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินอาการซึมเศร้าจาก The Hopkins Symptom Checklist ที่มีคะแนน < 0.5 ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับจดหมายเชิญและลงนามยินยอม ภายหลังจากได้รับข้อมูล ความเสี่ยง และประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรม
Setting	Primary care clinic of group health cooperative ใน Washington
Research instrument	1) The Hopkins symptom checklist depression scores ประเมินอาการซึมเศร้า 2) The patient health questionnaire ประเมินอาการในทางที่ดี และความพึงพอใจต่อการรักษาของผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention	Intervention: แบ่ง 3 กลุ่ม คือ 1) การดูแลปกติ 2) Telephone care management program หลักจากคัดเลือกเข้าโปรแกรมป่วยประมาณ 4 สัปดาห์ หลังได้รับยารักษาโรคซึมเศร้าจะได้รับคู่มือที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับการจัดการดูแลตนเอง โดยเน้นการส่งเสริมให้มีกิจกรรมต่างๆ การระบุมุมมองความคิดด้านลบหรือการค้นหาความคิดเชิงลบ และวางแผนในการพัฒนาการดูแลตนเองในระยะยาว การโทรศัพท์ ติดต่ออย่างน้อย 3 ครั้ง ส่วนใหญ่มากกว่า 5 ครั้ง แต่ครั้งที่โทรศัพท์ care managers จะประเมินอาการซึมเศร้า การใช้ยา อาการข้างเคียงของยา ใช้หลักการส่งเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมต่อไปโดยไม่มีการหยุดยา ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที หลังการดูแล จะสรุปรายงานทางคลินิกแก่แพทย์ หากต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา care managers จะประสานระหว่างแพทย์และผู้ป่วยให้มีการติดต่อสื่อสารกันได้อย่างสะดวก และติดตามผล และส่งชม. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รับโทรศัพท์หรือไม่มารักษามาตามแพทย์นัด นอกจากนี้ care managers ช่วยเหลือ crisis intervention และการส่งต่อสถานบริการด้านสุขภาพในกรณีเร่งด่วน Telephone psychotherapy program ผู้ป่วยจะได้รับ intervention เช่นเดียวกับ Telephone care management program ร่วมกับ cognitive-behavioral psychotherapy program 8 sessions ในแต่ละ sessions มีการประเมินอาการซึมเศร้า การใช้ยา อาการข้างเคียงของยารักษาโรคซึมเศร้า sessions แรก (1-2 สัปดาห์) ประกอบด้วยรายละเอียดประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางคลินิก การประเมินแรงจูงใจในการรักษา และความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ sessions 2 ถึง sessions 4 (3-4 สัปดาห์ สัปดาห์ละครั้ง) เน้นการส่งเสริมกิจกรรมที่พึงพอใจและให้รางวัลแก่ตนเอง หลังจากนั้นห่างประมาณ 1-4 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย sessions 5 ถึง sessions 7 เน้นการแยกแยะ ค้นหา และการเปลี่ยนแปลงความคิดในเชิงลบ sessions 8 เน้นการวางแผนการดูแลตนเองในระยะยาวเกี่ยวกับยา การติดตามและเฝ้าระวังตนเอง และทักษะการจัดการกับปัญหาต่างๆกับตนเอง ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นให้อ่านคู่มือก่อน ใช้เวลา 25-40 นาที

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ขณะโทรศัพท์เพื่อการดูแลและใช้คู่มือที่ใช้ประกอบการสอน แบบฝึกหัดในแต่ละ sessions และการบ้าน หลังจากทีสรุประหว่าง sessions ผู้ป่วยจะถูกถามถึงการอ่านคู่มือบทที่เกี่ยวข้องก่อนเข้าแต่ละ sessions นั้นๆ มีการบันทึกข้อมูลเนื้อหาในแต่ละ sessions ส่งถึงผู้ป่วยเพื่อวางแผนกำหนด sessions ต่อไป คุณสมบัติผู้ดูแลต้องจบปริญญาโท มีประสบการณ์ในการดูแล Psychotherapy ผู้ป่วยนอกอย่างน้อย 1 ปี และได้รับการฝึกอย่างน้อย 12 ชั่วโมง
Clinical relevance	เป็นงานวิจัยที่สอดคล้องในการแก้ปัญหาทางคลินิก และเป็นประเด็นปัญหาที่หน่วยงานต้องการนวัตกรรมใหม่ๆ ซึ่งมีความชัดเจนเรื่องของ Intervention ระยะเวลาในแต่ละ session พยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลได้
Scientific merit	ทีมผู้วิจัยเป็นบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านจิตเวช มีความน่าเชื่อถือจากสถาบัน GHC Human Subjects Review Committee. และได้รับการตีพิมพ์ในวารสารด้านจิตเวช การออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสมและสอดคล้อง ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัย ผลสรุปและการอภิปรายผลเหมาะสม ระบุรูปแบบการวิจัยไว้อย่างชัดเจน ระบุลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และคุณสมบัติการคัดเลือกหรือการคัดออก ใช้เครื่องมือในการประเมินที่ได้รับการเชื่อถือ สถิติที่ใช้วิเคราะห์เหมาะสมกับขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
Implementation potential	ความรู้จากงานวิจัยมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ความร่วมมือในการรักษา และส่งเสริมการปรับกระบวนการคิดในเชิงสร้างสรรค์ เมื่อผู้ป่วยอยู่ในชุมชน
- Transferability of the findings	เป้าหมายของงานวิจัยสอดคล้องกับพันธกิจของหน่วยงาน ในการสร้างนวัตกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง
- Feasibility of implementation	พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ โดยร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ ในการพัฒนาจากงานที่ปฏิบัติอยู่เดิม และเป็นนวัตกรรมที่ต้องมีการเตรียมความพร้อม พยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้
- Cost-benefit ratio	แนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตตามปกติที่บ้านได้ ก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้รับบริการ ด้านบุคลากรควรได้รับการอบรมหรือฝึกทักษะเกี่ยวกับเรื่อง Cognitive-

หัวข้อ	รายละเอียด
- Cost-benefit ratio (ต่อ)	behavioral psychotherapy program และ Motivation enhancement เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจต้องใช้เวลาในการฝึกอบรม
การสกัดเพื่อการนำไปใช้	ลักษณะผู้ป่วยที่เหมาะสม - ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้า เป็นผู้ป่วยใหม่หรือเริ่มได้รับยารักษาโรคซึมเศร้า - ไม่ได้รับยารักษาโรคซึมเศร้าใน 90 วันที่ผ่านมา - ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร - ไม่ป่วยเป็นโรคจิตเวชอื่นๆ เช่น bipolar disorder หรือ schizophrenia การเตรียมบุคลากร - มีประสบการณ์ด้านสุขภาพจิตระดับปริญญาตรีหรือปริญญาโท - มีประสบการณ์ด้านสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 ปี - ได้รับการฝึกอบรมเรื่อง Care management program และ Cognitive-behavioral psychotherapy program, Motivation enhancement - มีทักษะการช่วยเหลือระยะ crisis intervention และสามารถส่งต่อผู้ป่วยได้ การเตรียมเครื่องมือ - คู่มือเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการจัดการตนเอง เทคนิคการส่งเสริมกิจกรรมสร้างสรรค์ ที่ทำให้เพิ่มความสุข ความพึงพอใจ การปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดให้สมเหตุสมผล ลดความคิดด้านลบ - โทรศัพท์ การประเมินผล 1) The Hopkins symptom checklist depression scores ประเมินอาการซึมเศร้า 2) The patient health questionnaire ประเมินอาการในทางที่ดี และความพึงพอใจต่อการรักษาของผู้ป่วย วิธีดำเนินการ - ผู้ป่วยทุกรายต้องมีคู่มือที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับการจัดการดูแลตนเอง โดยเน้นการกระตุ้นพฤติกรรม การแยกแยะและการค้นหาความคิดเชิงลบ และการดูแลตนเองในระยะยาว

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อการนำไปใช้ (ต่อ)	– ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการซึมเศร้า การใช้ยาและอาการข้างเคียงของยารักษาโรคซึมเศร้าทุกครั้ง การดูแลประกอบด้วย – sessions แรกประกอบด้วยรายละเอียดประวัติทางคลินิก การประเมินแรงจูงใจในการรักษา และแรงจูงใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง – sessions 2 ถึง sessions 4 เน้นการเพิ่มกิจกรรมที่พึงพอใจและการให้รางวัลแก่ตนเอง – sessions 5 ถึง sessions 7 เน้นการแยกแยะ ค้นหา และการเปรียบเทียบความคิดในเชิงลบ – sessions 8 เน้นความคิดริเริ่มในการดูแลตนเองที่ครอบคลุมเรื่องการใช้ยา การเฝ้าติดตามตนเอง และทักษะการจัดการตนเอง – ผู้ป่วยต้องศึกษาคู่มือก่อนได้รับการดูแลแต่ละ sessions ทบทวนกิจกรรม sessions ที่ผ่านมา และวางแผนการดำเนินการใน sessions ต่อไป ระยะเวลาการดูแล – ระยะเวลาในการดูแล: 20 สัปดาห์; แต่ละ sessions ห้างประมาณ 1-4 สัปดาห์ ทั้งหมด 8 sessions – ใช้เวลาการโทรศัพท์ประมาณ 10-40 นาที

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ นางสาวอุษา ฤทธิพันธ์ม่วง
วัน/เดือน/ปีเกิด 2 พฤศจิกายน 2518
สถานที่เกิด จังหวัดบุรีรัมย์
ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี วชิระ, 2539
จังหวัดกรุงเทพฯ
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ระดับต้น
วิทยาลัยพยาบาลจังหวัดนนทบุรี, 2546
จังหวัดนนทบุรี
พยาบาลศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
ประวัติการทำงาน ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
สถานที่ทำงาน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600
โทรศัพท์ 02-4370200-8 ต่อ4422
อีเมล: USAPUU@Hotmail.com