

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ละเอียด ปานนาค
สگارัตน์ พวงลัดดา
นารี เครือขำ
พัชรินทร์ ภัคดีนวล
โรงพยาบาลศรีธัญญา

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2550 ถึง 31 พฤษภาคม 2551 จำนวน 20 ราย เครื่องมือวิจัยมี 2 ชุด คือ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2) เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา

เมื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า หลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลไปแล้ว 1 และ 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 100 มีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงน้อยกว่าก่อนที่จะได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, โรคซึมเศร้า, ภาวะซึมเศร้า

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมาก องค์การอนามัยโลกได้ศึกษาภาวะโรคหรือโรคที่ทำให้สูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า โรคซึมเศร้าได้เปลี่ยนแปลงจากโรคที่เป็นภาระอันดับ 4 ใน ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับสอง รองจากโรคหัวใจขาดเลือดใน ค.ศ. 2020⁽¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาภาวะโรคของ

กระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. 2542 พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่มีภาระโรคมากที่สุดในกลุ่มโรคทางจิตเวช⁽²⁾ นอกจากนี้ ผลกระทบที่รุนแรงต่อตนเอง คือ การฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งมีการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จถึงร้อยละ 15⁽³⁾ ดังนั้น ผู้เกี่ยวข้องต้องสนใจช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อไป

การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้านั้นเป็นผลจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ร่วมกับปัจจัยทางด้านจิตสังคม หากไม่ได้รับการรักษาจะมีผลกระทบต่อตนเอง สังคมและประเทศชาติ ผลกระทบต่อตนเอง ได้แก่ ปัญหาสุขภาพร่างกายและจิตใจ ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ในการรักษาโรคซึมเศร้าเป้าหมายแรกในการบำบัดโรค คือ การลดความรุนแรงของภาวะนี้ให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ สถาบันต่าง ๆ ได้จัดทำแนวปฏิบัติที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้า วิธีการรักษาที่มีประสิทธิผลคือ การรักษาด้วยยาต้านเศร้า การบำบัดทางจิต การให้การศึกษแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการติดตามประเมินผลการรักษา⁽⁴⁻⁶⁾ เมื่อพิจารณาแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าจะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือเพื่อลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังนั้น พยาบาลโดยเฉพาะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต้องให้ความสนใจและเห็นความสำคัญของการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

เมื่อพิจารณาการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุดที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีข้อเสนอแนะว่าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางหรือรุนแรงการรักษาคือ ให้ยาต้านเศร้าและการบำบัดทางจิตในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำหรือปานกลางคือการบำบัดทางจิต⁽⁷⁾ ส่วนการที่จะประสบความสำเร็จในการรักษาพยาบาล เพื่อลดภาวะซึมเศร้าได้นั้นต้องได้รับความร่วมมือทั้งจากตัวผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น การให้การศึกษแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล⁽⁸⁾ โดยเฉพาะการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความสำคัญของการกินยา จะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการกินยาได้ถึงร้อยละ 85⁽⁹⁾ นอกจากนี้การติดตามผลหลังให้การรักษา โดยนัดผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลหรือการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการกินยาอย่างต่อเนื่อง⁽⁷⁾ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงว่าการรักษาด้วยยามีความสำคัญ

แต่การที่จะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาได้นั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

แม้ว่าการรักษาด้วยยามีความสำคัญที่จะช่วยให้ภาวะซึมเศร่าลดลงได้ แต่การบำบัดทางจิตก็มีความสำคัญไม่น้อยและเป็นการสนับสนุนการรักษาด้วยยา เพราะผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามักจะมีมุมมองต่อตนเอง สถานการณ์และอนาคตเป็นลบหรือที่เรียกว่า cognitive triad⁽¹⁰⁾ การบำบัดทางจิตมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่เป็นบวก (positive directional)⁽¹¹⁾ และมีการศึกษาพบว่า การบำบัดทางจิตช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังมากขึ้น^(12,13) จึงส่งผลให้มุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อตนเอง สถานการณ์ และอนาคตดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ อันจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษาต่อไป

จากการทบทวนสถานการณ์ที่ผ่านมาในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร่าที่เข้ามารับบริการ กรณีผู้ป่วยโรคซึมเศร่าที่เริ่มมีอาการในระดับน้อย สามารถให้คำปรึกษาและให้ยากลับไปกินต่อที่บ้านได้ กรณีมีอาการระดับรุนแรงมีความคิดมีความพยายามทำร้ายตนเองไม่สามารถดูแลหรือควบคุมตนเองได้ จิตแพทย์ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งตัวผู้ป่วยเองและบุคคลอื่น ปัญหาสำคัญที่พบในการปฏิบัติงาน คือ ผู้ป่วยหยุดกินยาหรือกินยาไม่ต่อเนื่อง เพราะยามีผลข้างเคียงหรือคิดว่าตนเองหายแล้วจึงไม่ยอมกินยา บางรายญาติหรือเพื่อนให้ข้อมูลว่ายังกินยาถึงมีอาการมากขึ้น ดังรายงานว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร่าร้อยละ 28 หยุดกินยาในเดือนแรกของการรักษาและร้อยละ 44 หยุดยาในเดือนที่สามของการรักษา⁽¹⁴⁾ ส่วนเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่กินยานั้นมีหลายสาเหตุ เช่น ผู้ป่วยเห็นว่าไม่มีความจำเป็นต้องกินยา ผู้ให้บริการไม่ได้ให้คำแนะนำ สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการไม่ดีและปัญหาด้านการเงิน⁽¹⁵⁾ ทำให้ผู้ป่วยหยุดยา การรักษาจึงไม่ต่อเนื่องส่งผลให้มี

การกลับเป็นซ้ำ (relapse) ของโรคซึมเศร้าได้

การรักษาส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน คือ การรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่วนการค้นหาลักษณะของการเกิดภาวะซึมเศร้าและวิธีการช่วยเหลือ หรือวิธีการส่งเสริม หรือปรับความคิด อารมณ์ ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มองตนเองในด้านบวก การให้ข้อมูลผู้ป่วยจนสามารถดูแลตนเองได้นั้น วิธีปฏิบัติเหล่านี้ยังมีการปฏิบัติไม่เหมือนกัน ขึ้นกับสมรรถนะของพยาบาลแต่ละบุคคล รวมถึงบางวิธีการยังไม่มีมีการปฏิบัติ ส่วนการประเมินผลลัพธ์การรักษาพยาบาลที่เป็นรูปธรรมนั้นยังไม่มีชัดเจน

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น คณะผู้ศึกษาสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล และให้พยาบาลมีแนวปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้กระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบของ evidence - based practice เพื่อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศนำไปสู่การพยาบาลที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ ซึ่งถือได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญของการบริการพยาบาลในยุคการปฏิรูประบบสุขภาพที่ต้องมีการประกันคุณภาพการบริการต่อไป จึงศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้า

วิธีการศึกษา

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ อายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยนอก โรง-พยาบาลศรีธัญญาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2550 ถึง 31 พฤษภาคม 2551

กลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติ คือ 1) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 3) ได้รับยาต้านเศร้า 4) ไม่มีภาวะซึมเศร้าจากโรคจิตชนิดอื่น 5) ไม่เคยได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้า 6) มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ 7) ยินยอมเข้าร่วมด้วยความเต็มใจ จำนวน 20 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มตัวอย่างจะถอนตัวเมื่อใดก็ได้ และให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการศึกษารูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experiment) การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค⁽¹⁶⁾ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อคะแนนสูงสุดคือ 63 ต่ำสุดคือ 0 คะแนน แบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ คือ ระดับปรกติ (0-9 คะแนน) เล็กน้อย (10-15 คะแนน) ปานกลาง (16-19 คะแนน) มาก (20-29 คะแนน) รุนแรง (30-63 คะแนน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีแนวทางการพยาบาลเพื่อใช้ในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีกิจกรรมดังนี้

2.1 การให้ข้อมูลผู้ป่วย/ญาติ มีการให้ข้อมูล 2 ครั้ง ๆ ละ 20 นาที⁽²⁰⁾ ครั้งแรกให้ข้อมูลวันที่ได้รับการวินิจฉัย ข้อมูลที่ให้คือ โรคซึมเศร้า การรักษาและระยะเวลา การจัดการกับผลข้างเคียงของยา ครั้งที่สอง ให้ข้อมูลในวันที่มาตรวจตามนัดครั้งแรก ข้อมูลที่ให้ คือ การดูแลตนเองและการสังเกตอาการเตือน โดยก่อนให้มีการประเมินความรู้เดิมที่ให้ไปในครั้งแรก

2.2 การบำบัดทางจิต ขั้นตอนการบำบัดทางจิตประกอบด้วย 1) การเตรียมพร้อมของผู้บำบัดเพื่อ

ให้ผู้บำบัดมีความสอดคล้องกลมกลืนภายในของตนเอง
 2) การสร้างความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับผู้รับการบำบัด
 3) การรับฟังปัญหาและประสบการณ์ของผู้รับการบำบัด
 4) การประเมินผลกระทบของปัญหาต่อภายในจิตใจ
 ระดับต่าง ๆ 5) การช่วยให้ผู้รับบริการตั้งเป้าหมายใน
 การบำบัดว่าต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายใน
 อย่างไรเน้นการเปลี่ยนแปลงทางบวก 6) การช่วยให้
 ผู้รับการบำบัดเกิดการตกลงใจและมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยน
 แปลงตนเองให้ดีขึ้น 7) การทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
 โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ของจิตใจอย่างเป็น experiential
 8) การตอกย้ำการเปลี่ยนแปลง 9) การให้การบ้าน 10)
 การนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป จำนวนครั้งของ
 การบำบัดทางจิตขึ้นกับปัญหาของผู้รับบริการกรณีมีข้อ
 บังคับต้องได้รับอย่างน้อย 1 ครั้งขึ้นไป

2.3 การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ จัดทำ
 แนวทางการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยที่มี
 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงที่ไม่มาตรวจตามนัดเพราะ
 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงมาก มีวัตถุประสงค์เพื่อ
 ติดตามสอบถามเกี่ยวกับการปรับตัวต่อโรค การรักษา
 การปฏิบัติตามแผนการรักษา การมาตรวจตามนัด การ
 ให้คำแนะนำและให้กำลังใจผู้ป่วย

โดยมีแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการ
 พยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 ดังนี้

1) เลือกประเด็นหรือปัญหาที่ต้องการศึกษาจาก
 ประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้การสังเกตการณ์
 ในสถานการณ์จริง ข้อมูลความเสี่ยงของหน่วยงาน และ
 การทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรค

2) กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐาน โดยใช้
 แนวคิดของ PICO (PICO Frame work: Popula-
 tion, Intervention, Comparison intervention, Out-
 come)⁽¹⁷⁾ ตามรายละเอียดดังนี้

Population หมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัย
 ผู้ใหญ่

Intervention หมายถึง รูปแบบ/วิธีการบำบัด

เพื่อลดภาวะซึมเศร้า

Comparison intervention หมายถึง งาน
 วิจัยที่มีการเปรียบเทียบการบำบัดทุกชนิด หรือการ
 ปฏิบัติที่เป็น Routine care

Outcome หมายถึง การลดภาวะซึมเศร้า

3) วิธีการที่ใช้ในการค้นหาและคัดเลือกหลัก
 ฐาน สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์
 เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งภาษาไทยและ
 ภาษาอังกฤษจากระบบฐานข้อมูลต่าง ๆ จัดระดับของ
 การศึกษาตามเกณฑ์จำแนกหลักฐาน⁽¹⁸⁾ วิเคราะห์สกัด
 เนื้อหาที่สำคัญ⁽¹⁹⁾ นำมาสร้างเป็นแนวปฏิบัติการ
 พยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรค เพื่อให้ผู้ป่วย/
 ญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การบำบัดทางจิต
 และการติดตามเยี่ยม เพื่อผู้ป่วยร่วมมือ ในการรักษาซึ่ง
 จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่
 ดีขึ้นต่อไป

ตรวจสอบความแม่นยำของแนวปฏิบัติ และ
 เครื่องมือโดยการนำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบ
 ความถูกต้อง ครอบคลุมเนื้อหาและความเหมาะสมของ
 ภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แก่ไขตาม
 ข้อเสนอแนะและนำแนวปฏิบัติมาสรุปเป็นแนวทางการ
 พยาบาลเพื่อใช้ในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการ
 พยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มี
 ขั้นตอนดังนี้ จัดทำแนวทางการประเมินภาวะซึมเศร้า
 แนวทางการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วย/ญาติ เนื้อหา
 ประกอบด้วย โรคซึมเศร้า การรักษา และระยะเวลา การ
 จัดการกับผลข้างเคียงของยา การดูแลตนเองและการ
 สังเกตอาการเตือน แนวทางการบำบัดทางจิต และ
 แนวทางการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

3.1) การประเมินภาวะซึมเศร้าใช้การสัมภาษณ์
 ประวัตินตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM-IV-TR⁽²⁰⁾
 และประเมินความรุนแรงของอาการและประเมิน
 ผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลโดยใช้แบบประเมินภาวะ
 ซึมเศร้าของเบค⁽¹⁶⁾ ช่วงเวลาในการประเมิน คือ ครั้ง
 แรกที่มา และหลังการรักษาไปแล้ว 1 เดือน 3 เดือน

3.2) การให้ข้อมูลผู้ป่วย/ญาติ มีการให้ข้อมูล 2 ครั้ง ๆ ละ 20 นาที⁽²⁰⁾ ครั้งแรกให้ข้อมูลวันที่ได้รับการวินิจฉัย ข้อมูลที่ให้คือ โรคซึมเศร้า การรักษาและระยะเวลา การจัดการกับผลข้างเคียงของยา ครั้งที่สอง ให้ข้อมูลในวันที่มาตรวจตามนัดครั้งแรก ข้อมูลที่ให้ คือ การดูแลตนเองและการสังเกตอาการเตือน โดยก่อนให้มีการประเมินความรู้เดิมที่ให้ไปในครั้งแรก

3.3) การบำบัดทางจิต เนื่องจากการบำบัดทางจิตที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าดี คือ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม⁽¹⁰⁾ แต่เนื่องจากต้องใช้การบำบัดตั้งแต่ 12 ครั้งขึ้นไปจึงจะมีประสิทธิภาพประกอบกับไม่มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเรื่องนี้ แต่มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบำบัดทางจิตตามแนวคิดแซทเทอร์ลีย์หลักสูตร 3 ปี ซึ่งการทำบำบัดทางจิตมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่เป็นบวก (positive directional)⁽¹¹⁾ และมีการศึกษาพบว่า การบำบัดทางจิตช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังมากขึ้น⁽¹²⁾ จึงส่งผลให้มุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อตนเอง สถานการณ์และอนาคตดีขึ้น เช่นเดียวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

4.4) การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารระดับรุนแรงที่ไม่มาตรวจตามนัด เพราะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงมาก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามสอบถามเกี่ยวกับการปรับตัวต่อโรค การรักษา การปฏิบัติตามแผนการรักษา การมาตรวจตามนัด การให้คำแนะนำและให้กำลังใจผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหา ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

ผลการศึกษา

1. ลักษณะของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากการศึกษาครั้งนี้สรุปลักษณะแนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย

1) ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล

2) แหล่งอ้างอิง

3) ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

4) วิธีดำเนินการ

5) วิธีปฏิบัติที่แนะนำ (recommendation) โดยมีรายละเอียดของแนวทางการพยาบาลที่แนะนำจากหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

5.1) การประเมินผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การประเมินประวัติเป็นการประเมินโรคซึมเศร้าโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM-IV-TR⁽²⁰⁾ นอกจากนี้ยังมีการประเมินโดยใช้เครื่องมือเพื่อบอกความรุนแรงของอาการ คือ แบบประเมินอาการซึมเศร้าเบค⁽¹⁶⁾ ซึ่งจากการทดลองใช้แบบประเมินดังกล่าวสามารถใช้สำหรับประเมินผลลัพธ์การพยาบาลได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยกำหนดให้ประเมินครั้งแรกที่มาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน หลังจากนั้นประเมินซ้ำหลังรักษาไปแล้ว 1 เดือน เพื่อดูว่าผู้ป่วยตอบสนองต่อยาหรือไม่ ประเมินซ้ำอีกครั้งหลังจากรักษาไปแล้ว 3 เดือน เพื่อดูว่าอาการเข้าสู่ภาวะปกติหรือไม่

5.2) การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการบำบัดทางจิต ต้องมีการสร้างสัมพันธภาพ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจะช่วยผู้ป่วยและครอบครัวร่วมมือในการรักษา⁽²⁰⁾ เป็นการให้ข้อมูลโดยการสอนอย่างน้อย 2 ครั้ง ๆ ละ 20 นาที เนื้อหาที่สอนประกอบด้วยโรคซึมเศร้า การรักษาและระยะเวลา การจัดการกับผลข้างเคียงของยา การดูแลตนเองและการสังเกตอาการเตือน ก่อนอาการกำเริบ

5.3) การบำบัดทางจิต มีข้อบ่งชี้ในการทำจิตบำบัดดังนี้^(4,7) ผู้ป่วยต้องการการบำบัดทางจิต ผู้ป่วยมีปัญหาทางจิตใจสังคมหรือมีความขัดแย้งภายในตนเองหรือปัญหาสัมพันธภาพ และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป

5.4) การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง^(7,20) กรณีผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงควรติดตามเยี่ยมทุก 1 สัปดาห์ โดยใช้เวลาเยี่ยม 10 นาทีต่อครั้ง

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะ

ซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคนี้นำเสนอ ดังนี้

2.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55 อายุอยู่ระหว่าง 30 -39 ปี มากที่สุดร้อยละ 40 รองลงมาอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 25 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 90 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.ร้อยละ 30 รองลงมาคืออนุปริญญา/ปวส.ร้อยละ 25

อาชีพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับจ้าง และค้าขาย ร้อยละ 55 รองลงมาคือรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจร้อยละ 25 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คู่

ร้อยละ 55 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 35 ระยะเวลาการเจ็บป่วยมากที่สุดคือ น้อยกว่าหนึ่งปีร้อยละ 50 รองลงมาคือ 1-5 ปี ร้อยละ 35 และทุกคนได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้ากลุ่มใหม่เหมือนกันทุกคน

2.2 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าเป็นรายบุคคลหลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการรักษาไปแล้ว 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่า ทุกคนมีภาวะซึมเศร้ามลดลง รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะดังกล่าวในผู้ป่วยโรคนี้นี้หลังได้รับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าเป็นรายบุคคลก่อนและหลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไปแล้ว 1 เดือนและ 3 เดือน

ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า (คะแนน)	ช่วงเวลาการวัดระดับภาวะซึมเศร้า		
	ก่อนทดลอง จำนวนคน (ร้อยละ)	หลังทดลอง 1 เดือน จำนวนคน (ร้อยละ)	หลังทดลอง 3 เดือน จำนวนคน (ร้อยละ)
รุนแรง (30-63)	11 (55.0)	-	-
มาก (20-29)	9 (45.0)	8(40.0)	-
ปานกลาง (16-19)	-	5(25.0)	-
น้อย (10-15)	-	7(35.0)	3 (15.0)
ปกติ (0-9)	-	-	17 (85.0)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังรักษาไปแล้ว 1 เดือน

เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n = 20 ราย)		
	คน	ร้อยละ	ระดับภาวะซึมเศร้า
ก่อนการทดลอง	11	55	มาก
	9	45	รุนแรง
หลังการทดลอง 1 เดือน	7	35	น้อย
	5	25	ปานกลาง
	8	40	มาก

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังรักษาไปแล้ว 3 เดือน

เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n = 20 ราย)		
	คน	ร้อยละ	ระดับภาวะซึมเศร้า
ก่อนการทดลอง	11	55	มาก
	9	45	รุนแรง
หลังการทดลอง 3 เดือน	17	85	ปรกติ
	3	15	น้อย

การพยาบาลตามแนวปฏิบัติไปแล้ว 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 100 มีคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงหลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้า โดยร้อยละ 35 ลดลงอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 25 ลดลงระดับปานกลาง และร้อยละ 40 ลดลงเหลือระดับมาก (ตารางที่ 2)

เช่นเดียวกันเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติไปแล้ว 3 เดือน พบว่า ร้อยละ 100 มีคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงหลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโดยร้อยละ 85 ลดลงอยู่ในระดับปรกติ และร้อยละ 15 ลดลงเหลือระดับน้อย (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคนี้เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาแนวปฏิบัติเกิดจากการขาดโครงสร้างในการพยาบาลที่ชัดเจน มีการปฏิบัติที่แตกต่าง สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่า มีความจำเป็นในการพัฒนาการทำงานเพราะขาดโครงสร้างในการทำงานให้มีประสิทธิภาพ⁽²¹⁾ การพยาบาลที่มีอยู่เดิมไม่เอื้อต่อการปฏิบัติเพราะขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน⁽²²⁾ ดังนั้น แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีการกำหนด

แนวทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลที่ชัดเจน เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ สอดคล้องกับสมรรถนะที่มีอยู่ของพยาบาลและช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

2. การที่ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลง หลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะนั้น เกิดจากความชัดเจนของแนวปฏิบัติที่กำหนดวิธีการที่ชัดเจนในการให้การพยาบาล ตั้งแต่การประเมินความรุนแรง เพื่อวางแผนในการช่วยเหลือให้เหมาะสมในแต่ละราย การมีข้อบ่งชี้ในการบำบัดที่ชัดเจน^(6,7) เพื่อการคัดกรองผู้ป่วยที่ต้องการบำบัดทางจิต ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะมีมุมมองต่อตนเองสถานการณ์และอนาคตเป็นลบ หรือที่เรียกว่า cognitive triad⁽¹⁰⁾ การทำจิตบำบัดซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความรับผิดชอบต่อตนเองและมีทางเลือกในการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้และมีความหวังในอนาคตมากขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า การบำบัดทางจิตตามแนวคิดแซทเทอร์ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามมีความหวังมากขึ้น⁽¹²⁾ และอาจเกิดจากเป้าหมายในการบำบัดที่เน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางบวก⁽¹¹⁾ จึงส่งผลให้มุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อตนเอง สถานการณ์และอนาคตดีขึ้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงภายในระดับจิตใจและความสัมพันธ์กับผู้อื่น⁽¹³⁾ นอกจากนี้มีการศึกษาถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่กินยา พบว่าสาเหตุคือสัมพันธ์ภาพไม่ดีกับผู้ให้บริการ⁽¹⁴⁾ การบำบัดทางจิตช่วยให้เกิด

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกินยาตามแผนการรักษาได้

ส่วนการที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านเศร้าที่ช่วยทำให้เกิดการปรับสมดุลของการทำหน้าที่ ของสารสื่อประสาทสมองจึงทำหน้าที่ได้ตามปกติ ส่งผลช่วยให้ระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง แต่การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะร่วมมือในการกินยาได้นั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลเรื่องโรคซึมเศร้า การรักษาและระยะเวลาที่ใช้ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการกินยา⁽²⁰⁾ เพราะมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 28 หยุดกินยาในเดือนแรกของการรักษาและร้อยละ 44 หยุดกินยาในเดือนที่สามของการรักษา⁽¹⁴⁾ ดังนั้นการให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญเพราะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการกินยาอย่างต่อเนื่อง

สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการกินยา จะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการกินยาถึงร้อยละ 85⁽⁹⁾ และมีการศึกษาผลของการให้การปรึกษาเปรียบเทียบกับการให้ความรู้โดยการแจกเอกสาร (แผ่นพับ) พบว่า การให้การปรึกษามีผลต่อความร่วมมือในการกินยา ส่วนการแจกเอกสารไม่มีผลต่อความร่วมมือในการกินยา⁽²³⁾ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแม้ว่ายาจะมีส่วนสำคัญในการลดภาวะซึมเศร้า แต่ปัญหาที่พบคือผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการกินยา สิ่งที่จะช่วย คือ การให้ข้อมูลเรื่องโรค การรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการกินยา และการบำบัดทางจิตเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การรักษาด้วยยาอย่างเดียวจึงไม่สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ ต้องอาศัยการให้ข้อมูลและการบำบัดทางจิตที่เป็นบทบาทของพยาบาลด้วย

หลังจากได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติไปแล้ว 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้า 17 คน (85%) มีภาวะซึมเศร้ามลดลงระดับปกติ มีเพียง 3 คน (15%) ที่มีระดับ

ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายบุคคลพบว่า ทั้ง 3 ราย มีความขัดแย้งในจิตใจตั้งแต่ในวัยเด็กและยังมีความรู้สึกผิด รู้สึกบาป ยังต้องได้รับการบำบัดทางจิตอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะสามารถยอมรับ ให้อภัยตนเองหรือคนอื่นและปล่อยวางความรู้สึกเป็นทุกข์ต่างๆ ได้

สำหรับการดูแลต่อเนื่องในระยะแรกโดยเฉพาะช่วงที่มีภาวะซึมเศร้ามรุนแรงการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ช่วยให้ผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนทางด้านจิตใจ นอกจากนี้ยัง พบว่า การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ช่วยให้ความร่วมมือในการกินยาได้⁽¹⁵⁾ และยังเป็นการแสดงถึงความห่วงใยของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ จึงมองเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น

ดังนั้น ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ และสามารถนำมาปฏิบัติได้จริงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อเป็นการพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลที่สำคัญ และเป็น การนำผลของการวิจัยมาใช้ในการบำบัดทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Varcarolis E. Foundation of psychiatric mental health nursing : a clinical approach. New York: W.B. Saunders; 2002.
2. ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์. สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2545- 2546. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.
3. พิเชษฐ์ อุดมรัตน์. ระบาดวิทยาการฆ่าตัวตาย. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548.
4. The Joana Briges Institute. Evidence based practice information sheets for health professionals. Best practice Journal 1999; 3:1-6.
5. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. Am J Psychiatry 2000; 157:1-45.

6. Angela NG, Thomas LK, Laus S, Gerd K. Disease management programs for depression : a systematic review and meta - analysis of randomized controlled trials. *Med Care* 2004; 42:1211-121.
7. Institute for Clinical Systems Improvement. Major depression in adults for mental health care. Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2004.
8. Sadock B, Sadock V. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences / clinical psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
9. Aikens JE, Nease DE, Nau DP, Klinkman MS, Schwenk TL. Adherence to maintenance - phase antidepressant medication as a function of patient beliefs about medication. *Ann Fam Med* 2005; 3:23-30.
10. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford; 1979.
11. นงพงา ลิมสุวรรณ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, สุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล. Satir Model. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2550; 52:1-6.
12. Banmen J. If depression is the solution, what are the problems. *The Satir Journal* 2007; 1:40-53.
13. สมศรี กิตติพงษ์พิศาล. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดด้วย Satir transformational systemic therapy (STST) : รายงานผู้ป่วย 1 ราย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2552; 52:17-28.
14. Lin EH, Korff M, Katon W, Simon GE, Walker E, Robinson P. Determine predictor of the primary care physician in patient's adherence to antidepressant therapy. *Med Care* 1995; 33:67-4.
15. Haynes RB, Yoa X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. Interventions for enhancing medication adherence. [online] 2005 [cited 2005 Aug 24]; Available from : URL : www.thecochranelibrary.com.
16. ขนิษฐา วิเศษสาร. อารมณ์ซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัย: ศึกษากรณีนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยี พระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง. *วารสารจิตวิทยาคลินิก* 2529; 17:19-26.
17. Craig J, Smyth R. The evidence-based practice manual for nurse. London: Churchill Livingstone; 2002.
18. Hodgkinson B, Evans D, O'Darrell A, Walsh K. Comparing the effectiveness of individual therapy and group therapy in the treatment of depression : a systematic review [online] 1999 [cited 2006 Aug 19]; Available from : URL : www.joannabriggs.edu.au.
19. Polit DF, Beck CK. Nursing research: principles and methods. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
20. The University of York. Improving the recognition and management of depression in primary care. *Effective Health care* 2002; 7:1-12.
21. เกษิณี เพชรศรี, นงนุช บุญยัง, นที เกื้อกุลกิจการ. การจัดการด้านคุณภาพในการวางแผนจำหน่ายของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2549; 24:19-26.
22. ฐิตินันท์ วัฒนชัย. ผลของการพัฒนาระบบการพยาบาล เพื่อป้องกันผลกดทับต่อความรู้ การปฏิบัติของพยาบาลและการเกิดผลกดทับในหอผู้ป่วยอายุรกรรม [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต; 2550.
23. Peveler R, George C, Kinmouth AL, Campbell M, Thompson C. Effect of antidepressant drug counseling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care : randomized controlled trial. *BMJ* 1999; 319:612-5.

Abstract **Outcomes of Clinical Nursing Practice Guideline for Decreasing Depressive Symptom in Major Depressive Disorder**

Laeard Pannak, Skaorat Puangladda, Naree Kurasa, Patcharin Pakdeenual

Srithanya Hospital

Journal of Health Science 2010; 19:447-56.

The purpose of this quasi-experimental research was to develop clinical nursing practice guideline for decreasing depressive symptoms in the patients with major depressive disorder. The study compared depressive symptoms of the patients after intervention of the clinical practice guideline with the symptoms before intervention. Twenty patients with major depressive disorders were recruited to be the samples at the Outpatient department of Srithanya hospital during 1 October 2007 - 31 May 2008. The research instrument consisted of: 1) clinical nursing practice guideline for decreasing depressive symptoms in the patients with major depressive disorder; 2) Beck Depression Inventory (BDI) with reliability of 0.86 validated by three experts. All data were analyzed by using descriptive statistics.

After treatment followed the clinical nursing practice guideline for 1 and 3 months, the scores in BDI of all of the patients with major depressive disorders in this study decreased.

The result of the study confirmed that the clinical nursing practice guideline could reduce depressive symptoms in the patients with major depressive disorders and showed the possibility to implement in the practice setting.

Key words: **clinical nursing practice guideline, major depressive disorders, depression**