



ผลการใช้ดีเพรสชันโปรแกรมต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง

เอกอูมา วิเชียรทอง พย.บ*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการใช้ดีเพรสชันโปรแกรมต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง

วิธีการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่มาใช้บริการ ณ. คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลปทุมธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 18 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 9 คน กลุ่มควบคุมจะได้รับการบำบัดรักษาตามปกติ กลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมดีเพรสชันโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองและสุขภาพจิตศึกษา 2) การออกกำลังกาย ใช้เวลา 4 สัปดาห์ มีการวัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test และ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมดีเพรสชันโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมดีเพรสชันโปรแกรม คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมดีเพรสชันโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

สรุป ดีเพรสชันโปรแกรมสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นจึงควรมีการนำไปใช้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อให้บริการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

คำสำคัญ ดีเพรสชันโปรแกรม, กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองและสุขภาพจิตศึกษา, การออกกำลังกาย, ภาวะซึมเศร้า

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549; 51(2): 79-89.

* กลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
โทรศัพท์ 02-9869213 ต่อ 7337, 7316-8, 06-3187135 โทรสาร 02-5865213
E-mail address : ekuma@tu.ac.th, ekumaim@yahoo.com



The Effect of Depression Program in Reducing Level of Depression Symptoms in mild to moderate Depressed Patients

*Ek-uma Wicheanthong, M.N.S.**

Abstract

Objective : To evaluate the effect of Depression Program in reducing level of depression symptoms in mild to moderate depressed patients.

Methods : This research was a quasi- experimental research. Samples were 18 patients with mild to moderate depression in mental health clinic at Thammasat hospital and psychiatric clinic's Pathumthani hospital, selected by the purposive sampling method with set qualifications. They were divided into experimental and control group with 9 person in each group. The control group participated routine activities. The experimental group participated in Depression Program for 4 weeks which consists of 2 main activities 1) Supportive - Mental Health Education group 2) Exercise . They was a depression test(Hamilton rating scale for depression) before/after the experiment in both sample groups. The data were analyzed by testing the differences in the mean of depression score using Mann-whitney U Test and Wilcoxon Signed Ranks Test.The assigned statistical significance level was 0.05.

Results : The depression score of the experimental group after participating in the Depression Program was lower than before participating in the Depression Program. The depression score of the experimental group after participating in the Depression Program was lower than the control group.

Conclusion : Depression Program can help the depressed patients to reduce depressive symptoms. Thus, it should be routine applied this program to provide mental health and psychiatric services.

Key words : Depression Program, Supportive-Mental Health Education group, Exercise, Depression

J Psychiatr Assoc Thailand 2006; 51(2): 79-89.

* Department of Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing
E-mail address : ekuma@tu.ac.th, ekumaim@yahoo.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยที่สุด เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียความสามารถและซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย แม้ว่าจะได้รับการรักษาแต่อาจมีอาการกลับเป็นซ้ำได้ ภาวะซึมเศร้านอกจากจะทำให้เกิดโรคทางร่างกายและมีอารมณ์เศร้าร่วมด้วยแล้วยังทำให้บุคคลนั้นไม่สนใจสุขภาพตนเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงของชีวเคมีในสมองส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วย มีความคิดในเชิงลบ สูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประสิทธิภาพในการทำงาน ลดลง มีผลย้อนกลับทำให้มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นโดยมีผลกระทบ ต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม โดยเฉพาะผลกระทบต่อเศรษฐกิจ รวมทั้งมีการใช้ทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขอย่างมาก¹

ในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการนาน 1 เดือน จะเสียชีวิตโดยการฆ่าตัวตายร้อยละ 15 นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 60-90 ของผู้ทำร้ายตนเอง มีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน ซึ่งจำนวนปีรวมที่สูญเสียชีวิตก่อนอายุเฉลี่ยของคนไทย (Years of life loss) เป็นเกณฑ์วัดความสูญเสียจากการเสียชีวิตและการวัดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับ 4 ของความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย (Year of life loss of disability) ในเพศชายคิดเป็นร้อยละ 10 และสูงเป็นอันดับแรกในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 1² จากข้อมูลกรมสุขภาพจิต พบว่า ปี พ.ศ. 2544 มีจำนวนและอัตราผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจำนวน 59,133 รายต่อประชากรแสนราย คิดเป็นอัตรา 94.9 และพบเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2545 เป็นจำนวน 105,681 รายต่อประชากรแสนรายคิดเป็นอัตรา 168.28³ จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าภาระของโรคที่เกิดจากภาวะซึมเศร้ามีจำนวนมาก และในอนาคตยังคงสูงอยู่ หากฐานข้อมูลประชากรและระบาดวิทยายังคงเป็นเช่นนี้ จนถึงปี พ.ศ. 2563 ภาระโรคของโรคซึมเศร้าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 5.7 ของภาระโรคทั้งหมด โดยเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือด⁴

ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นในการหารูปแบบการบำบัดรักษา

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีหลายวิธี โดยมีหลักฐานยืนยันซึ่งเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ทั้งที่เป็นงานวิจัยและบทความวิชาการ โดยใช้วิธีการบำบัด ดังนี้ 1) การรักษาด้วยยาจิตเวช (Psychopharmacotherapy) 2) การรักษาเพื่อเปลี่ยนวิธีนึกคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavior therapy) 3) จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy) 4) จิตบำบัดแบบจิตพลวัต (Psychodynamic psychotherapy) 5) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) 6) การรักษาด้วยแสงสว่าง (Light therapy) 7) การรักษาด้วยทางเลือกอื่น (Alternative treatments) เช่น การออกกำลังกาย การนวดแผนไทย⁵ นอกจากนี้ วรรณชัย คงสภนธ์และอัจฉรา สี่หิรัญวงศ์⁶ ได้ให้ข้อเสนอว่าการพัฒนาเทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและสำคัญมากหรือการจัดทำโปรแกรมบำบัดทางจิตสังคมโดยยึดโปรแกรมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีประสิทธิภาพต่อการบำบัดอาการซึมเศร้า ได้แก่ การบำบัดทางปัญญา การบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล รวมทั้งการจัดทำโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำและเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม การจัดทำคู่มือสอนสุขภาพจิตศึกษาในหัวข้อต่างๆ ที่เน้นทักษะการดูแลสุขภาพ การจัดการกับความเครียด การจัดการกับการใช้ยา การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนการเฝ้าระวังอาการนำและการจัดการกับอาการด้วยตนเอง

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้นำกรอบการบำบัดดังกล่าวข้างต้นมาประยุกต์ใช้ในการจัดทำโปรแกรม ซึ่งโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองและสุขภาพจิตศึกษา (Supportive - Mental Health Education group) และการออกกำลังกาย

(Exercise) เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าโดยจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้ดีเปรสชันโปรแกรมต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง

สมมุติฐานการวิจัย

ได้แก่ คณะนักภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมดีเปรสชันโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมดีเปรสชันโปรแกรมและคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมดีเปรสชันโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ที่มารับบริการ ณ. คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติและคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลปทุมธานี จำนวน 245 คน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ. 2548

กลุ่มตัวอย่าง

ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากประชากร

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

- เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า
- มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง

โดยประเมินจากแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าจาก Hamilton Scale for Depression ซึ่ง

มีคะแนน 8-17 คะแนน

- ไม่มีความพิการทางหูหรือทางตา
- ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรงใดๆ หรือโรคที่เป็น

อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ระดับรุนแรงหรือโรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและข้อ เป็นต้น

- ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ณ. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนจบ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้

- มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช เช่น
 - โรคอารมณ์แปรปรวน (Bipolar disorder)
 - โรคจิตเภท (Schizophrenia)
 - Organic brain syndrome
 - Dementia
- ไม่เข้าร่วมการวิจัย
- ติดสุราหรือสารเสพติดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา
- มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง

ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ (match pairs) ที่มีลักษณะดังนี้

1. มารับบริการเพื่อรักษาภาวะซึมเศร้า โดยแบ่งเป็น ณ. คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลปทุมธานี
2. มีเพศเดียวกัน โดยแบ่งเป็นเพศหญิงและเพศชาย
3. มีภาวะซึมเศร้าระดับเดียวกัน โดยแบ่งเป็นระดับเล็กน้อยและปานกลาง
4. มีระดับการศึกษาเดียวกัน โดยแบ่งเป็น ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาและระดับปริญญาตรี
5. มีอาชีพเดียวกัน โดยแบ่งเป็น อาชีพรับจ้าง ธุรกิจส่วนตัว นักศึกษาและพ่อบ้าน/แม่บ้าน

6. มีระดับรายได้ของครอบครัวระดับเดียวกัน โดยแบ่งเป็น น้อยกว่า 10,000 บาท 10,000-20,000 บาท 20,000-30,000 บาท และ มากกว่า 30,000 บาท

ผู้บำบัดกลุ่มบำบัดแบบระดับประคองและสุขภาพจิตศึกษา (Supportive-Mental Health Education group)

พยาบาลจิตเวชผู้พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษา เป็นผู้นำกลุ่มทั้ง 8 ครั้ง ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 (2 ครั้ง) และผู้ช่วยวิจัย (6 ครั้ง) ซึ่งได้รับการฝึกฝนในรูปแบบการบำบัดรักษาในโครงการวิจัยนี้มาก่อน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

2.1.3 แบบประเมินระดับภาวะซึมเศร้า

โดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งมาโนช หล่อตระกูลและคณะ (2539) ได้แปลมาจาก Hamillton Scale for Depression ค่า interrater reliability ของแบบวัดมีค่า kappa เท่ากับ 0.87 ความแม่นยำตรงของแบบวัดเมื่อเปรียบเทียบกับ Global Assessment Scale มีค่า Spearman's correlation coefficient=-0.82 ($P<0.05$) ความสอดคล้องภายใน(internal consistencies) ของแบบวัดมีค่า standardized Cronbach's alpha coefficient = 0.73

2.2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

- กลุ่มบำบัดแบบระดับประคองและสุขภาพจิตศึกษา (Supportive - Mental Health Education group): จำนวน 2 ครั้ง/สัปดาห์ (วันจันทร์และวันศุกร์) เป็นระยะ เวลา 4 สัปดาห์ โดยใช้เวลาครั้งละ 1.5 - 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ค้นหาผลกระทบจากการเจ็บป่วย ด้วยภาวะซึมเศร้าต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชนและ

ปัญหาที่เกิดขึ้น ข้อมูลที่ต้องการคำตอบ แหล่งขอความช่วยเหลือและการต้องการความช่วยเหลือ

ระยะที่ 2 การให้ความรู้ที่สอดคล้องกับปัญหา ระยะที่ 1 ซึ่งมีหัวข้อความรู้เรื่องความแตกต่างของบุคคล ความเครียดและการผ่อนคลาย การคิดเชิงบวก การแก้ไข ปัญหา การสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือและบอกความต้องการของตนเอง รวมทั้งวิธีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

ระยะที่ 3 ประเมินผลและทบทวนหัวข้อที่ให้ความรู้ ทบทวนแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

- **การออกกำลังกาย (Exercise)** : ออกกำลังกาย วันเว้นวัน วันละอย่างน้อย 30 นาที โดยการเดินแบบ พาวเวอร์วอล์กกิ้ง (power walking) หรือการเดินบนลู่วิ่งไฟฟ้า ตามเงื่อนไขที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ซึ่งสามารถเลือก ออกกำลังกายที่บ้านหรือที่ห้องออกกำลังกายศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่งมีนักวิทยาศาสตร์การกีฬาประเมินสมรรถภาพร่างกายก่อนออกกำลังกาย ในการออกกำลังกายที่บ้านกลุ่มตัวอย่างจะมีญาติดูแล ใกล้เคียงโดยปฏิบัติตามข้อกำหนดในคู่มือการออกกำลังกายแต่ละครั้งและแจ้งข้อมูลแก่ผู้วิจัยทุกครั้งในกลุ่มตัวอย่างมาเข้าร่วมการวิจัย

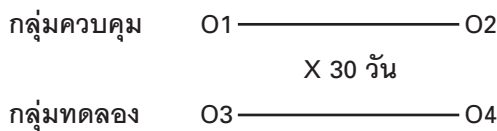
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. สอบถามความสมัครใจและกรอกข้อมูลยินยอม เข้าร่วมการวิจัย
3. สัมภาษณ์เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Hamillton Rating Scale for Depression
4. นัดหมายวัน เวลาและสถานที่ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
5. แจกแผ่นพับเกี่ยวกับกิจกรรมในการวิจัยและชี้แจงรายละเอียด ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา การพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง หาก

ไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยต่อไปด้วยประการใดๆ
สามารถออกจากการทดลองได้ทุกเมื่อ

6. สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

7. จัดให้กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมดีเปรสชันโปรแกรม
ตามแผนการทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้เข้าร่วม
กิจกรรมและการดูแลตามปกติจาก คลินิกสุขภาพจิต
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติและคลินิกจิตเวช
โรงพยาบาลปทุมธานี



- O1 หมายถึง การวัดระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่ม
ควบคุมโดยใช้แบบวัดระดับภาวะ
ซึมเศร้าครั้งที่ 1
- O2 หมายถึง การวัดระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่ม
ควบคุมครั้งที่ 2 ภายหลังจากสิ้นสุด
โปรแกรม
- O3 หมายถึง การวัดระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่ม
ทดลองโดยใช้แบบวัดระดับภาวะซึม
เศร้าวัดครั้งที่ 1
- X หมายถึง การใช้ดีเปรสชันโปรแกรมในกลุ่ม
ทดลองเป็นระยะเวลา 1 เดือน
- O4 หมายถึง การวัดระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่ม
ทดลองโดยใช้แบบวัดระดับภาวะซึม
เศร้าวัดครั้งที่ 2

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาหาความ
ถี่และร้อยละ

2. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ
คะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม

3. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึม
เศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุมโดยใช้ Wilcoxon Signed Ranks Test

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะ
ซึมเศร้าหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุมโดยใช้ Mann-Whitney U test

5. ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดย
ทั้ง 2 กลุ่มมีจำนวนเท่ากัน คิดเป็น ร้อยละ 77.78 และ
เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 22.22 มีอายุเฉลี่ย 44.67 ปี
เรียนจบระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ
55.54 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า
10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 77.78 เกือบครึ่งหนึ่งของ
กลุ่มควบคุมมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 20,000-30,000
บาท คิดเป็นร้อยละ 44.44 และมากกว่าครึ่งหนึ่งของ
กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ของครอบครัว 10,000-20,000 บาท
คิดเป็นร้อยละ 55.54 กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม
มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.76 กลุ่ม
ตัวอย่างทั้งหมดปฏิเสธการใช้สารเสพติด โดยกลุ่ม
ทดลองเคยคิดทำร้ายตนเอง คิดเป็นร้อยละ 44.44 และ
เคยทำร้ายตนเอง คิดเป็นร้อยละ 66.66 ส่วนกลุ่ม
ควบคุมเคยคิดทำร้ายตนเอง คิดเป็นร้อยละ 11.12 และ
เคยทำร้ายตนเอง คิดเป็นร้อยละ 11.12

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง(N=18)

ข้อมูล			กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Mean	S.D.	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย			2	22.22	2	22.22
หญิง			7	77.78	7	44.44
อายุ	44.67	15.77				
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา			5	55.54	5	55.54
มัธยมศึกษา			1	11.12	1	11.12
ปริญญาตรี			3	33.34	3	33.34
สูงกว่าปริญญาตรี			-	-	-	-
อาชีพ						
รับจ้าง			1	11.12	1	11.12
ธุรกิจส่วนตัว			3	33.34	3	33.34
นักศึกษา			1	11.12	1	11.12
แม่บ้าน/พ่อบ้าน			4	44.44	4	44.44
รายได้ต่อเดือน						
< 10,000 บาท			7	77.7	2	22.22
10,000-20,000 บาท			2	22.22	2	22.22
20,000-30,000 บาท			-	-	4	44.44
รายได้ของครอบครัว						
< 10,000 บาท			1	11.12	1	11.12
10,000-20,000 บาท			5	55.5	5	55.5
20,000-30,000 บาท			2	22.22	2	22.22
> 30,000 บาท			1	11.12	1	11.12

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง(N=18)(ต่อ)

ข้อมูล	Mean		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Mean	S.D.	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส						
โสด			2	22.22	2	22.22
คู่			6	66.7	6	66.7
ม่าย			1	11.12	1	11.12
หย่า/แยก				-		-
โรคประจำตัว						
หอบหืด			3	33.34	-	-
ปวดหลัง			2	22.22	-	-
ยาที่ใช้ประจำ(นอกเหนือจากยาจิตเวช)						
ยาพ่นแก้หอบหืด			1	11.12	-	-
ยาแก้ปวดหลัง			2	22.22	-	-
การใช้สารเสพติด						
ใช้			-	-	-	-
ไม่ใช้			9	100	9	100
ความคิดในการทำร้ายตนเอง						
เคย			4	44.44	1	11.12
ไม่เคย			5	55.5	8	88.8
การทำร้ายตนเอง						
เคย			6	66.6	1	11.12
ไม่เคย			3	33.34	8	88.8

ผลการศึกษา พบว่า

- หลังการเข้าร่วมดีเพรสชันโปรแกรมคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองลดลงก่อนเข้าร่วมดีเพรสชันโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
- หลังการเข้าร่วมดีเพรสชันโปรแกรมคะแนน

ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

- หลังการเข้าร่วมดีเพรสชันโปรแกรมระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการเข้าร่วมดีเพรสชันโปรแกรม (n = 18)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อน		หลัง		P-value
	min-max	mean (SD)	min-max	mean (SD)	
กลุ่มทดลอง	9-17	14.33 (3.42)	2-12	6.33 (3.60)	0.01 *
กลุ่มควบคุม	11-18	14.44 (2.92)	9-18	13.56 (3.39)	0.13

*p<0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการดูแลด้วยดีเพรสชันโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 18)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนภาวะซึมเศร้า		Mann-Whitney	P-value
	Range	Mean Range		
กลุ่มทดลอง	2-12	13.22	7.00	0.003*
กลุ่มควบคุม	9-18	5.78		

*p<0.05

6. อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้าร่วมดีเพรสชันโปรแกรมมีระดับ คะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 3) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดดีเพรสชันโปรแกรมแก่กลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองและสุขภาพจิตศึกษาจากผู้วิจัยซึ่งในโปรแกรมการสอนนั้นมีการกำหนดประเด็น วัตถุประสงค์ เนื้อหา อุปกรณ์ กิจกรรมและการประเมินผลไว้อย่างชัดเจนและเป็นระบบเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูล ความรู้ ได้ระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะร่วมกันทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ กำลังใจ และแนวทางในการจัดการกับอารมณ์เศร้า และปัญหาของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

ดรุณี คชพรหม⁷ พบว่า การจัดกลุ่มประคับประคองและสุขภาพจิตศึกษา ทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจความหวังได้รับความรู้และยอมรับที่จะอยู่ดูแลผู้ป่วยสามารถลดความวิตกกังวล ลดความเครียด สามารถจัดการกับการแก้ปัญหาพฤติกรรมกรมการดูแลผู้ป่วยได้ และ Sisk, Jeannine E.⁸ ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการทำกลุ่มประคับประคองและโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการสนับสนุนทางสังคม ประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหาและอาการวิทยาของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษา พบว่า การเข้ากลุ่มบำบัดทำให้การสนับสนุนทางสังคม ประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหาและอาการวิทยาของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองและสุขภาพจิตศึกษาได้เน้นให้ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมใน

การแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึกที่จริงใจ มีความเต็มใจที่จะช่วยเหลือกันและกัน โดยกระบวนการกลุ่มจะสร้างให้ผู้ป่วยมีความคุ้นเคยสนิทสนมและเป็นกันเอง รู้สึกปลอดภัยที่จะเล่า / ระบายปัญหาของตนเองให้แก่สมาชิกกลุ่มฟัง มีความเชื่อถือไว้วางใจต่อกัน เคารพซึ่งกันและกัน มีการให้เกียรติและยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ส่งผลให้การดำเนินกลุ่มเป็นไปได้อย่างราบรื่น มีความผูกพันกันอย่างเหนียวแน่น มีความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจกัน ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการประคับประคองทางด้านจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งในการสนทนาสภาพจิตศึกษานั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาปัญหาของผู้กลุ่มตัวอย่างจากการทำกลุ่ม การศึกษาจากแฟ้มประวัติรวมทั้งการปรึกษาหารือจากทีมรักษา เช่น จิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช เป็นต้น ทำให้ได้ปัญหาและประเด็นในการนำมาสนทนาสภาพจิตศึกษา ซึ่งได้แก่ ความรู้เรื่องความแตกต่างของบุคคล ความเครียดและการผ่อนคลาย การคิดเชิงบวก การแก้ไขปัญหา การสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือและบอกความต้องการของตนเอง รวมทั้งวิธีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ที่สอดคล้องกับปัญหาของตนเอง มีความเข้าใจและสามารถนำความรู้วิธีการต่างๆ ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันและแก้ไขปัญหาของตนเองตามศักยภาพที่มีอยู่และจากแรงสนับสนุนจากผู้วิจัยครอบครัว สมาชิกกลุ่ม ซึ่งทำให้สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้

การออกกำลังกายสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ โดยพบว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 85 เมื่อออกกำลังกายแล้วจะให้ผลดีในการบำบัดรักษาด้วยวิธีการอื่นๆด้วย นอกจากนี้การออกกำลังกายให้ผลเชิงบวกต่ออารมณ์โดยในระหว่างการออกกำลังกาย จะมีการผลิตฮอโมนเอ็นโดรฟินจากสมอง ทำให้ระงับความเจ็บปวดและรู้สึกมีความสุข ทั้งยังมีการปลดปล่อยสารอะดรีนาลีนและเซโรโทนิน อันเป็นสาเหตุของภาวะซึม

เศร้าด้วย นอกจากนี้ยังให้ผลเชิงบวกที่ส่งเสริมการรักษาด้วยยา สามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความเครียดและเพิ่มความรู้สึกสำเร็จในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้รวมทั้งเป็นการเพิ่มพลังให้ตนเองอีกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lawlor and Hopker⁹ และ Manber Allen and Morris¹⁰ ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าให้ผลคล้ายคลึงกับผลของการใช้ยาต้านเศร้ากับการทำจิตบำบัด รวมทั้งจากการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้งและได้รับยา Sertraline เพียงอย่างเดียวหรือทั้งได้รับยาและออกกำลังกายด้วยเป็นเวลา 16 สัปดาห์ไม่พบว่ามีอาการของโรคซึมเศร้า¹¹ และมีงานวิจัยอื่นๆ เช่น ศึกษาผลการ ออกกำลังกายกับการให้สุขศึกษา¹⁰ สัปดาห์ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 86 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกายมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนทนาสภาพจิตศึกษา¹²

อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้มีข้อควรพิจารณา คือ เป็นการศึกษาแบบ quasiexperiment ใช้ระยะเวลาในการศึกษาในช่วงระยะเวลา 4 สัปดาห์ อีกทั้งทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยซึ่งไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดเนื่องจากมีข้อจำกัดด้านงบประมาณในการดำเนินการวิจัยดังนั้นการนำโปรแกรมนี้ไปใช้ควรเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าวระดับเล็กน้อยถึงปานกลางและมารับบริการที่แผนก ผู้ป่วยนอกซึ่งมีความพร้อมในการรับการบำบัดมากกว่ากลุ่มที่มีความรุนแรง เช่น ความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้ กระบวนการคิด ความสะดวก ในการเดินทางมารับการรักษา รวมทั้งมีความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาได้ เป็นต้น

โดยสรุป จากผลการศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่าดีเปรสชันโปรแกรมทำให้ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยลดลงจึงควรสนับสนุนให้มีการใช้กิจกรรมการบำบัดในโปรแกรมนี้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าวระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบ
ขอบพระคุณ นพ. นิรันดร์ วิเชียรทอง กลุ่มงานจิตเวช
โรงพยาบาลปทุมธานี ผศ.ดร.มรรยาท รุจิวิทย์, รศ. สุวณีย์
เกียรติวงศ์แก้ว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์และ ดร.นพ. พิทักษ์พล บุญยมาลิก กรม
สุขภาพจิต ที่ให้ข้อเสนอแนะข้อมูล แหล่งข้อมูลที่เป็น
ประโยชน์และมีค่าอย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้รวมทั้งขอขอบคุณ
งานส่งเสริมวิจัยเสริมหลักสูตรมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ที่เป็นผู้สนับสนุนทุนวิจัยนี้

บรรณานุกรม

1. Stuart, G.W. & Laraia, M.T. Stuart & Sundeen's principles and practice of psychiatric nursing. (7th ed.). St. Louis : Mosby, 2005.
2. พิเชฐ อุดมรัตน์. (บรรณานุกรม). ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา : ลิมบราเดอร์ การพิมพ์ จำกัด, 2545.
3. ทวี ตั้งเสรี และคณะ. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น : โรงพิมพ์ธรรมขันธ์, 2546.
4. World Health Organization. . Mental Health : New Understanding, New Hope. Geneva : World Health Organization, 2001.
5. ณรงค์ สุภัทรพันธุ์. โรคอารมณ์ซึมเศร้า. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หน้าตาต่างโลกกว้าง, 2543.
6. รณชัย คงสกนธ์ อัจฉรา สี่ริ้ววงศ์. โรคซึมเศร้า : บทสรุปสำหรับผู้บริหาร. เอกสารประกอบการบรรยาย. มปท. , 2546.
7. ดรุณี คชพรหม. ผลของกลุ่มปรับระดับประคองและสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยา นิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่, 2543.
8. Sisk, Jeannine E. The effect of a supportive group education program on social support, coping efficacy and symptomatology of primary family disease. Available from URL : //www. UMI ProQuest Digital Dissertations - 24 Page Preview.htm. [Accessed on : 2 Jan 2006].
9. Lawlor DA, Hopker SW : The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression : systemic review and meta-regression analysis of randomized control trials, BMJ 2001 ; 322 : 763.
10. Manber R, Allen JJ, Morris MM : Alternative treatments for depression : empirical support and relevance to women, J Clin Psychiatry 2002 ; 63 : 628.
11. Babyak, M et al,. Exercise treatment for major depression : maintenance of therapeutic benefit At 10 months. Psychosom Med 2000 ; 62 : 633. 12. Mather AS et al : Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder : randomized control trial, Br J Psychiatry 2002 ; 180 : 411.