



ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Effect of Psychoeducation Program in Patients with Depressive Disorder

นิตยา จรัสแสง*, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล**, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ***,
วิจิตรา พิมพ์นิตย์*, สมจิตร์ มณีกันานนท์*, ดวงแก้ว รอดอ่อง*

Nittaya Jarassaeng*, Suwanna Arunponpaisal**, Somporn Rungreangkulkij***,
Vijitta Pimpanit*, Somchit Maneeganondh*, Duangkaew Rodong*

* พยาบาลชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** รองศาสตราจารย์ระดับ 9 ภาควิชาจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** รองศาสตราจารย์ระดับ 9 ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* Nurse, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

** Psychiatrist, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลศรีนครินทร์

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาที่ทดลองเปรียบเทียบก่อนและหลังในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว (quasi experiment pre and post one group study design) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 ที่มารับบริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2559 ถึง กันยายน 2559 จำนวน 12 ราย รับประทานสุขภาพจิตศึกษา รายกลุ่ม สัปดาห์ละครั้ง 4 สัปดาห์ ครั้งละ 60-90 นาที ครั้งที่ 1 ความรู้โรคซึมเศร้า ครั้งที่ 2 มองบวกได้อย่างไร คิดอย่างไรไม่ให้เครียด ครั้งที่ 3 สื่อสารอย่างไรให้เข้าใจกัน ครั้งที่ 4 จะป้องกันป่วยซ้ำได้อย่างไร เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถามของกรมสุขภาพจิต คะแนนน้อยกว่า 7 ไม่มีอาการโรคซึมเศร้า 7 ถึง 12 มีอาการโรคซึมเศวาระดับน้อย 13 ถึง 18 มีอาการโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง มากกว่าหรือเท่ากับ 19 มีอาการโรคซึมเศวาระดับรุนแรง 3) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า มีทั้งหมด 16 ข้อ มีข้อคำตอบถูก ว่า "ใช่" จำนวน 13 ข้อ และมีข้อคำตอบถูกว่า "ไม่ใช่" จำนวน 3 ข้อ มีค่าคะแนนข้อละ 1 คะแนน 4) แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาคิดคะแนนน้อยกว่า 4 ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่ดี คะแนนตั้งแต่ 4 ขึ้นไปความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี ประเมินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและในระยะติดตามผล 3 เดือน โดยใช้โปรแกรม Statistics Package for the Social Science (SPSS) ข้อมูลความรู้โรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเปรียบเทียบก่อนหลังใช้สถิติ Friedman test ส่วนข้อมูลทางประชากรใช้สถิติเชิงพรรณนา เป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา ผู้ป่วยโรคซึมเศวามีค่าคะแนน (mean rank) ก่อนและหลังให้สุขภาพจิตศึกษาและในระยะติดตามผล 3 เดือน ด้านคะแนนความรู้คิดเป็น 1.12, 2.56 และ 2.31 ด้านคะแนนภาวะซึมเศวาคิดเป็น 2.62, 1.62 และ 1.75 และด้านคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาคิดเป็น 1.44, 2.12 และ 2.44 ตามลำดับ

สรุป ผู้ป่วยโรคซึมเศวามีคะแนนภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังให้สุขภาพจิตศึกษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.073$ และ 0.069 มีเพียงคะแนนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าที่แตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติ ($p < 0.01$)

คำสำคัญ การให้สุขภาพจิตศึกษา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Corresponding author: นิตยา จรัสแสง

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2560; 62(3): 247-255

ABSTRACT

Objective : To evaluate the effect of psychoeducation program in patients with unipolar depressive disorder at the OPD psychiatric unit in Srinagarind Hospital

Method : A quasiexperiment, one group pre and post study design was conducted, Twelve patients with unipolar depressive disorder were recruited at the outpatient psychiatric unit in Srinagarind Hospital during May, 2016 - September, 2016, Four weeks psychoeducation program was conducted by a psychiatric nurse. Each session took 60-90 minutes contents included; 1) the knowledge of clinical features and course of unipolar depressive disorder 2) positive thinking and negative thinking management, 3) communication skills 4) self care management and social supports accessibility. Primary outcome measure used the 9 item-patient health questionnaire (PHQ-9), Thai version, test of knowledge about unipolar depressive disorder and questionnaire for medication adherence. Descriptive statistics were used for demographic. Inferential statistic were used to compare mean score difference of PHQ-9, knowledge test, and medication adherence during baseline, end of the program and at 3 months follow up by using.

Results : The mean score difference during baseline, end of program and 3 month follow-up of depression were 12.9, 7.5 and 8.0 , of the knowledge were 12.0,14.9 and 14.6 and of the medical adherence were 5.8,7.1 and 7.6 respectively.

Conclusion : The psychoeducation program can helped patients to improve the level of knowledge about unipolar depressive disorder with statistically significant ($p<0.01$) but was no statistical significant on depressive score and medication adherence score ($p=0.073$ and 0.069 respectively).

Keywords : depressive disorder, psycho-education program

Corresponding author: Nittaya Jarassaeng

J Psychiatr Assoc Thailand 2017; 62(3): 247-255

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยและมีความรุนแรง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวนร้อยละ 53.1 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย¹ และพบว่าโรคซึมเศร้าจะก่อความสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years, DALYs) เป็นลำดับที่ 4 ในผู้หญิงไทยและเป็นอันดับ 10 ในผู้ชายไทย แต่ถ้าพิจารณาจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (years lost due to disability, YLD) พบว่าโรคซึมเศร้าจะเป็นอันดับ 1 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 2 ในผู้ชายไทย² และ จากสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในปี พ.ศ. 2557-2559 มีจำนวน 397, 472 และ 503 ราย ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การรักษาโรคซึมเศร้าที่สำคัญประกอบด้วย การรักษาด้วยยา และการรักษาทางจิตสังคมที่สำคัญได้แก่ จิตบำบัด การให้คำปรึกษา ตลอดจนการให้สุขภาพจิตศึกษา การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษามีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 10.51, P < .05$)³ และ พบว่าผลการให้สุขภาพจิตศึกษาส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคะแนนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า เพิ่มขึ้นทุกราย มีระดับอาการซึมเศร้ามลดลงในระดับปกติ และมีพฤติกรรมดูแลตนเองทางด้านจิตใจอยู่ในระดับสูงทุกราย⁴ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีระดับอาการซึมเศร้ามลดลงอย่างเห็นได้ชัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสกาเวร์ตัน พวงลัดดา และคณะ⁶ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคม 5 ครั้ง ประกอบด้วย เข้าใจโรคซึมเศร้า มองบวกได้

อย่างไรก็ดีอย่างไรไม่ให้เกิดเครียด สื่อสารอย่างไรให้เข้าใจกัน และจะป้องกันป่วยซ้ำได้อย่างไรส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลงและคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยใช้สื่อการสอนเป็นเอกสารประกอบการสอน ซึ่งมีข้อจำกัดในการทำ ความเข้าใจ ผู้วิจัยจึงปรับใช้สื่อการสอนโดยการฉายสไลด์แทนซึ่งง่ายต่อการทำความเข้าใจและปรับ จากการให้สุขภาพจิตศึกษาบุคคลเป็นรายกลุ่มเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน รวมทั้งปรับจาก 5 ครั้ง เหลือเพียง 4 ครั้ง โดยรวมกิจกรรมครั้งที่ 2 และ 3 เข้าด้วยกันเนื่องจากเนื้อหาสามารถรวมกันได้ในครั้งนี้ ประกอบกับสมาชิกกลุ่มมีข้อจำกัดในการเดินทาง มาเข้ากลุ่ม ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที ครั้งที่ 1 ความรู้โรคซึมเศร้า ครั้งที่ 2 มองบวกได้อย่างไร คิดอย่างไรไม่ให้เกิดเครียด ครั้งที่ 3 สื่อสาร

อย่างไรให้เข้าใจกัน ครั้งที่ 4 จะป้องกันป่วยซ้ำได้อย่างไร ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชได้มีความรู้เรื่องโรค มีความร่วมมือในการรักษา ตลอดจนมีวิธีการในการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยการสื่อสารที่เหมาะสม และการคิดบวก ผู้วิจัยในฐานะพยาบาล ผู้ปฏิบัติจึงต้องการศึกษาถึง ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลศรีนครินทร์

วิธีการศึกษาและเครื่องมือ

เป็นการศึกษา กึ่งทดลองเปรียบเทียบก่อนและ หลังในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว (quasiexperiment pre and post one group study design) โดยโครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เลขที่ HE591005 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก ผู้ป่วยไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 ที่มารับบริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในช่วง ในเดือน พฤษภาคม 2559-กันยายน 2559 สามารถสื่อสารได้ดี ไม่มีภาวะการทำงานของร่างกายและสมองบกพร่องรุนแรง เช่น ไม่รู้เวลาสถานที่ หรือไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นให้เข้าใจได้ ยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ จำนวน 12 ราย โดยได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการวิเคราะห์ความแปรปรวนด้วยการวัดซ้ำ repeated measurement ANOVA

$$\frac{1 + (r - 1)\bar{p}_{\text{post}}}{r} + \frac{1 + (p - 1)\bar{p}_{\text{pre}}}{p} - 2\bar{p}_{\text{mix}}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วยข้อมูลของผู้ป่วยได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย รายได้เฉลี่ย สิทธิการรักษาพยาบาล

2. แบบประเมินซึมเศร้า 9Q พัฒนาขึ้นโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ⁷ มี 9 คำถาม คำตอบเป็นมาตราวัด 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-27 เกณฑ์การให้คะแนน น้อยกว่า 7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 7-12 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 13-18 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง มากกว่าหรือเท่ากับ 19 มีภาวะซึมเศร้ามาก มีค่าความไวสูงร้อยละ 75.68 ความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 93.37 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (depressive disorder) ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า 11.41 เท่า

3. แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของสมบุญรัตน์ อินทร์ขาว⁴ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 มีทั้งหมด 16 ข้อ มีข้อ

คำตอบถูก ว่า “ใช่” จำนวน 13 ข้อ และมีข้อคำตอบถูกว่า “ไม่ใช่” จำนวน 3 ข้อ มีค่าคะแนนข้อละ 1 คะแนน ค่าคะแนนเต็ม 16 คะแนน ไม่มีจุดตัด ใช้ประเมินผลก่อนและหลังให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษาและระยะติดตามผล 3 เดือน

4. แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท รายละเอียดดังนี้ มีข้อคำถาม 8 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก จำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ 1 และข้อ 8 ด้านลบจำนวน 6 ข้อ คือ 2-7 คะแนนเต็ม 8 คะแนน โดยคะแนนน้อยกว่า 4 ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่ดี คะแนนตั้งแต่ 4 ขึ้นไปความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี⁸

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหน้าที่วิจัยที่แจ้งโครงการพร้อมขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ แล้วคัดเลือกกลุ่มอาสาสมัครที่ตรงตามเกณฑ์ ที่แจ้งรายละเอียดของโครงการวิจัยแก่อาสาสมัครเพื่อลงนามในแบบฟอร์ม ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำการห้องตรวจจิตเวช ผ่านการอบรมการทำกลุ่มบำบัดในการศึกษาระดับปริญญาโทและมีประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดในผู้ป่วยจิตเวช ได้ดัดแปลงโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาของ สกาวรัตน์ พวงลัดดา และคณะ⁶ จากเดิม 5 ครั้ง ประกอบด้วย 1) เข้าใจโรคซึมเศร้า 2) มองบวกได้อย่างไร 3) คิดอย่างไรไม่ให้เครียด 4) สื่อสารอย่างไรให้เข้าใจกัน 5) จะป้องกันป่วยซ้ำได้อย่างไร ให้เหลือเพียง 4 ครั้ง โดยรวมกิจกรรมครั้งที่ 2 และ 3 เข้าด้วยกัน ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที ครั้งที่ 1 ความรู้โรคซึมเศร้า วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตัว เนื้อหาประกอบด้วย ให้ความรู้ความหมายสาเหตุ อาการโรคซึมเศร้า แนวทางการรักษา การรักษา

ด้วยยาต้านเศร้า อาการไม่พึงประสงค์ของยา และการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตลอดจนให้สมาชิกได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และซักถามข้อสงสัย ครั้งที่ 2 มองบวกได้อย่างไร คิดอย่างไรไม่ให้เครียด วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดด้านลบส่งผลต่ออารมณ์ตลอดจนมีทักษะในการคิดและมุมมองด้านบวก เนื้อหาประกอบด้วย การให้สมาชิกได้ดูกระดาษที่มีจุดสีดำตรงกลาง เชื่อมโยงให้เห็นว่าคนส่วนใหญ่เห็นจุดดำตรงกลางกระดาษเพราะมันชัดเจน เปรียบเสมือนความทุกข์ของเราที่เรารับรู้ได้ชัดเจนเพราะมันเจ็บปวด แต่ถ้าเราพิจารณาเปรียบเทียบกับส่วนที่เป็นกระดาษสีขาว จะเห็นว่ามีส่วนที่มากกว่าจุดสีดำด้วยซ้ำซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งดีด้านอื่น ให้สมาชิกยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดพร้อมเชื่อมโยงให้เห็นความคิดและมุมมองที่เกิดขึ้นตลอดจนฝึกทักษะการคิดและมุมมองด้านบวก ครั้งที่ 3 สื่อสารอย่างไรให้เข้าใจกัน วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกสามารถสื่อสารบอกความรู้สึกและความต้องการได้ เนื้อหาประกอบด้วย ให้สมาชิกแต่ละคนพูดถึงประสบการณ์ที่เกิดจากการสื่อสารที่ไม่เข้าใจ พยายามเชื่อมโยงอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการสื่อสารที่ไม่เข้าใจ พยายามให้สมาชิกแต่ละคนฝึกการสื่อสารเพื่อบอกความรู้สึกหรือความต้องการพร้อมให้สมาชิกร่วมอภิปราย ครั้งที่ 4 จะป้องกันป่วยซ้ำได้อย่างไร วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ในการป้องกันการป่วยซ้ำตลอดจนการสังเกตอาการเตือนก่อนกำเริบ เนื้อหาประกอบด้วย ให้ความรู้สาเหตุรวมทั้งการป้องกันการป่วยซ้ำตลอดจนการสังเกตอาการเตือนก่อนกำเริบ และให้สมาชิกร่วมอภิปราย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ปรับจากการใช้สื่อการสอนที่เป็นเอกสารประกอบการ

สอน เป็นการใช้สื่อการสอนโดยการฉายสไลด์แทน ร่วมกับการนำตัวอย่างยาต้านเศร้าที่นิยมใช้บ่อยมาให้สมาชิกกลุ่มดู เพื่อให้เห็นภาพได้ชัดเจนและทำความเข้าใจได้ง่าย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบประเมินซึมเศร้า 9Q แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนให้สุขภาพจิตศึกษา หลังให้สุขภาพจิตศึกษาและในระยะติดตามผล 3 เดือนผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบข้อมูลว่าครบถ้วน ถูกต้องหรือไม่ จากนั้นนำไปลงรหัสในคอมพิวเตอร์ program Excel ทุกวันโดยผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

โดยใช้โปรแกรม SPSS version 19 ข้อมูลความรู้โรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเปรียบเทียบกับก่อนหลังใช้สถิติ Friedman test โดยผู้วิจัยใช้จุดตัด ค่า P < 0.05 ในการระบุความแตกต่างที่เกิดขึ้นซึ่งมีความสำคัญอย่างมีนัยทางสถิติ ส่วนข้อมูลทางประชากรใช้สถิติเชิงพรรณนา เป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 1 รายเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ต่อเนื่องจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างเพียง 11 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง 10 ราย (ร้อยละ 90.91) อยู่กับคู่สมรส 5 ราย (ร้อยละ 45.46) มีสิทธิรักษาพยาบาล 10 ราย (ร้อยละ 90.91) ชำระเอง 1 ราย (ร้อยละ 9.09) ระยะเวลาการเจ็บป่วย 3-5 ปี 5 ราย (ร้อยละ 45.46) โดยมีอายุเฉลี่ย 40.36 ปี (±SD 10.46) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทางประชากร		จำนวน	(ร้อยละ)
เพศ	ชาย	1	9.09
	หญิง	10	90.91
สถานภาพสมรส	โสด	4	36.36
	คู่ หย่า, หม้าย, แยกกันอยู่	5 2	45.46 18.18
อาชีพ	ทำงานบ้าน	3	27.28
	ไม่ได้ทำงาน	1	9.09
	รับจ้าง	1	9.09
	รับราชการ	2	18.18
	ค้าขาย	2	18.18
	นักศึกษา	2	18.18
	สิทธิการรักษา	บัตรสุขภาพ	6
	เบิกต้นสังกัด	4	36.36
	จ่ายเอง	1	9.09
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	1	9.09
	มัธยมศึกษา	4	36.36
	ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	1	9.09
ภาวะซึมเศร้า	ปริญญาตรี	5	45.46
	เล็กน้อย	2	18.18
	ปานกลาง	5	45.46
ระยะเวลา (ปี)	สูง	4	36.36
	< 1	1	9.09
	1-2	2	18.18
	3- 5	5	45.46
	6-10	2	18.18
	> 10	1	9.09
อายุ	20-29	3	27.28
	30-39	4	36.36
	40-50	2	18.18
	60-70	2	18.18
	รวม	11	100

อายุเฉลี่ย (Mean ± SD) 40.36 ± 10.46

อายุต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 67 ปี

ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าค่าคะแนน ก่อน หลังให้สุขภาพจิตศึกษาและใน ระยะติดตามผล 3 เดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่อง โรคซึมเศร้า คิดเป็น 12.0, 14.9, 14.6 ค่าคะแนนภาวะ ซึมเศร้าเฉลี่ย คิดเป็น 12.9 , 7.5 และ 8.0 และคะแนน เฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาคิดเป็น 5.8, 7.1 และ 7.6 ตามลำดับ และค่าคะแนน (mean rank)

ก่อนและหลังให้สุขภาพจิตศึกษาและในระยะติดตาม ผล 3 เดือน ด้านคะแนนความรู้คิดเป็น เป็น 1.12, 2.56 และ 2.31 (p-value 0.005) ด้านคะแนนภาวะซึมเศร้า คิดเป็น 2.62,1.62 และ 1.75 (p-value 0.073) และด้าน คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาคิดเป็น 1.44, 2.12 และ 2.44 (p-value 0.069)ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า และ ความร่วมมือในการ รักษาด้วยยา ก่อนและหลังให้สุขภาพจิตศึกษาและในระยะติดตามผล 3 เดือน

	ก่อนได้รับ	หลังได้รับ	ติดตามผล 3 เดือน	P-value
คะแนนความรู้	1.12	2.56	2.31	0.005
คะแนนภาวะซึมเศร้า	2.62	1.62	1.75	0.073
คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	1.44	2.12	2.44	0.069

ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่ามีคะแนน (mean rank) ภาวะซึมเศร้าและความ ร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังให้สุขภาพจิต ศึกษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียง คะแนนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าที่แตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

ผลการศึกษาที่ได้พบว่า คะแนนความรู้เรื่องโรค ซึมเศร้าหลังให้สุขภาพจิตศึกษาเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ ปราวรณา คำมีสินนท์⁹ พบว่าผลของ การให้สุขภาพจิตศึกษาส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ เกี่ยวกับโรคในระดับสูง ส่วนคะแนนภาวะซึมเศร้าและ ความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังให้ สุขภาพจิตศึกษาไม่แตกต่างกันทั้งนี้อาจมีปัจจัยอื่น มาเกี่ยวข้องได้แก่ จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยค่อนข้างน้อย อาจส่งผลในแง่ของค่าความต่างทางสถิติ นอกจากนี้

ปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อคะแนนภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อาการ ของโรคที่ไม่คงที่พบว่ามี 3 รายที่ยังมีการปรับยาใน ระหว่างทำการศึกษา และยังมีปัจจัยอื่นที่อาจเกี่ยวข้อง ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการ เจ็บป่วย นอกจากนี้พบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ยังไม่ครอบคลุมกับปัญหาของสมาชิกกลุ่มซึ่งมีปัญหา สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งมีรูปแบบ การจัดการกับความเครียดและการเผชิญกับปัญหา ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจเพิ่มในเรื่องของทักษะการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ตลอดจนวิธีการ จัดการกับความเครียดและการจัดการกับปัญหา นอกจากนี้ค่าคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ไม่แตกต่างกันโดยพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีทั้งใน ระยะก่อนและหลังให้สุขภาพจิตศึกษา ซึ่งแตกต่างจาก การศึกษาของ รุ่งนภา อุดานนท์¹⁰ พบว่าคะแนนความ ร่วมมือในการรักษาในระยะก่อนให้สุขภาพจิตศึกษา ต่ำทุกรายอธิบายว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจน่าจะพบว่าผู้ป่วย

ส่วนใหญ่สามารถเดินทางมารับบริการได้ด้วยตนเอง ตลอดจนมีสิทธิด้านค่ารักษาพยาบาล ซึ่งส่งผลต่อการมาติดตามการรักษาได้อย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้พบว่าลักษณะของข้อคำถามก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่แตกต่างกันได้แก่ ข้อคำถาม ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยลืมรับประทานยา มี 1 ราย ลืมรับประทานยาก่อนนอน เนื่องจากนอนหลับก่อนซึ่งเป็นยาที่ช่วยให้นอนหลับ ในระหว่างการรักษาท่านเคยมารับยาก่อนนัดเนื่องจากยาหมดหรือไม่ มี 2 รายมารับยาก่อนนัดเนื่องจากแพทย์จ่ายยาไม่ถึงวันนัด ตั้งแต่วินิจฉัยท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างไร พบว่า 2 รายรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งตอบข้อเดิมในทุกระยะของการประเมิน จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าและคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่แตกต่างกันมีหลายปัจจัยมาเกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากระบวนการกลุ่มช่วยให้เกิดปัจจัยบำบัดขึ้น 7 ปัจจัย ได้แก่ 1) การมีความหวัง สมาชิกกลุ่ม 8 คนมีความหวังว่าตนเองจะดีขึ้นจากประสบการณ์ของสมาชิกคนอื่นที่ประสบกับปัญหานั้นมาได้ 2) ความรู้สึกที่เป็นสากล สมาชิกกลุ่มทุกคนตระหนักว่าตนเองไม่ได้มีปัญหาแต่เพียงผู้เดียว สมาชิกกลุ่ม 6 คนเคยมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อ ไม่อยากทำอะไร 4 คนมีปัญหาสัมพันธ์กับคนในครอบครัว 3 คนเคยทานยาเกินขนาดเพราะไม่ต้องการรับรู้ปัญหา 5 คนในระยะแรกที่เข้ารับการรักษารู้สึกอายที่ต้องมาเป็นผู้ป่วยจิตเวช 3) การได้รับข้อมูล สมาชิกกลุ่มทุกคนได้แลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน พร้อมให้ข้อเสนอแนะจากประสบการณ์ของตนเอง ได้แก่ การจัดการเมื่อนอนไม่หลับ การสื่อสารให้ครอบครัวเข้าใจ

เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการเมื่อมีความเครียด ตลอดจนวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่ตนใช้ได้ผลดี 4) การรู้สึกได้ทำประโยชน์ 7 คนรู้สึกภูมิใจที่ตนเองมีส่วนได้ช่วยเหลือสมาชิกคนอื่น ได้แก่ การได้ช่วยรับฟัง การเข้าใจ เห็นใจ ตลอดจนคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ 5) การระบายอารมณ์ สมาชิกทุกคนได้ระบายความคิด ความรู้สึกที่เคยเก็บกดไว้ ทำให้เกิดความรู้สึกโล่งสบาย ตลอดจนเกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์ตรงกับวิธีการแสดงความคิดความรู้สึกออกมาให้คนอื่นรับทราบ 6) การเรียนรู้ความจริงอันเป็นสัจธรรม สมาชิกกลุ่มทุกคนเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับความคาดหวังที่เกิดขึ้นทั้งต่อตนเองด้าน การงาน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่น การจัดการกับอารมณ์ตนเอง และความคาดหวังต่อคนอื่นในด้าน ความเข้าใจ ความเห็นใจ สัมพันธภาพ และการยอมรับ 7) ความรู้สึกผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน สมาชิกทุกคน รู้สึกเป็นพวกเดียวกัน เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน มาเข้ากลุ่มด้วยมีเป้าหมายเดียวกัน

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ การนัดหมายเพื่อให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มมีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาว่างที่ไม่ตรงกันของสมาชิกกลุ่ม ประกอบกับต้องมาต่อเนื่อง 4 ครั้งทำให้การนัดหมายมีการปรับช่วงเวลา 2 ครั้ง และเลื่อนการให้สุขภาพจิตศึกษาออกไปอีก 1 เดือน นอกจากนี้มีอาสาสมัคร 1 ราย ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ต่อเนื่อง จึงตัดออกจากโครงการวิจัยนี้

ข้อเสนอแนะ รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาควรมีทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มขึ้นกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการในแต่ละราย และอาจพิจารณาเป็นกลุ่มเปิดกรณีเนื้อหาไม่ซับซ้อน เช่น กลุ่มให้ความรู้กลุ่มระดับประคองจิตใจ เพื่อให้ผู้รับบริการได้มีโอกาสได้เข้าร่วมมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้พบว่ากระบวนการกลุ่มช่วยให้เกิดปัจจัยบำบัดขึ้น ดังนั้นควรจัดให้มีกลุ่มบำบัดขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มอื่นๆ ในลักษณะที่หลากหลาย

เช่น กลุ่มกิจกรรม กลุ่มให้ความรู้ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน นอกจากนี้อาจพิจารณาการบำบัดรูปแบบอื่นร่วมด้วย ได้แก่ การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัดรายบุคคล

เอกสารอ้างอิง

- Jarassaeng N, Maneeganol S, Pimpanit V, Arunponpaisal S. Suicidal risk in major depressive disorder at the OPD section in Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2011; 26: 129-35. Thai.
- Whiteford H. Global burden of mental illness [Internet]. 2016 Aug 28 [cited 2017 Mar 9]. Available from: <http://bit.ly/2mmJM4V>
- Khamkum P, Keawkingkaew S, Nintachan P. The effects of psychoeducation program on medication adherence among patients with depression. *J Thammasat Univ Med Sch* 2011; 11: 528-34. Thai.
- Inkao S. Psycho-education for outpatients with major depressive disorder at Prasrimahabhodi Hospital [thesis]. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2014. Thai.
- Casañas R, Catalán R, Del Val JL, Real J, Valero S, Casas M. Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2012; 12:230. doi: 10.1186/1471-244X-12-230.
- Puangladda S, Natesoontron C, Titipichetkul S, Yesounsri J. The development of psychosocial nursing model for patients with major depressive disorder: a case study at outpatient department. *J Psychiatr Nurs Ment Health* 2013; 27: 126-142. Thai.
- Kongsuk T, Juntong S, Kenbubpha K, Sukawaha S, Yingyeun R, Kamkom S, et al. The reliability and validity of the 9 question for a assessment of depression symptom comparison with the hamilton rating scale for depression. Paper presented at the 9th International Symposium on Mental Health and the 7th Conference on the Development of Thai Children's Intelligence; 2010 Aug 18-20; Bangkok, Thailand. Thai.
- Putkhao S. Factors affecting medication compliance in Schizophrenic patients [thesis]. Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University; 1998. Thai.
- Khummeeseenon P. Psychoeducation for medication compliance in inpatients with schizophrenia at Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital [thesis]. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2007. Thai.
- Udanon R. The effects of psycho-education among patients with depression [thesis]. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2014. Thai.

