

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างสุขสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วรุฒิ พัฒนโกครัตนา พ.บ.

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเกาะพะงัน

จังหวัดสุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ

ที่มา: ปัญหาในการให้บริการผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า คือ เน้นให้การรักษาโดยการให้ยาและการให้สุขภาพจิตศึกษา แต่ไม่มีการให้บริการโดยวิธีการบำบัดทางจิต โปรแกรมสำหรับการดูแลเน้นทางด้านจิตใจที่นอกเหนือจากการให้ยาเพียงอย่างเดียวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างสุขสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วิธีการศึกษา: การศึกษาแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ที่เป็นโรคซึมเศร้า ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการซึมเศร่าระดับน้อยถึงระดับปานกลาง (7-18 คะแนน) จำนวน 35 ราย กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างสุข ประเมินภาวะซึมเศร้า และระดับความสุข ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired samples t-test

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง มีภาวะซึมเศร่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระดับน้อย ร้อยละ 74.3 และ ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.7 เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ไม่มีอาการซึมเศร่า ร้อยละ 91.4 และ มีภาวะซึมเศร่าระดับน้อย ร้อยละ 8.6 โดยคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร่าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=6.4$, $p<0.05$) และคะแนนเฉลี่ยของความสุขก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=12.5$, $p<0.05$)

สรุป: โปรแกรมการสร้างสุขสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้า ส่งผลให้มีความสุขเพิ่มมากขึ้น และมีภาวะซึมเศร่าลดลง
คำสำคัญ: โปรแกรมสร้างสุข โรคซึมเศร้า โรคเรื้อรัง

Original Article

Corresponding author: วรุฒิ พัฒนโกครัตนา นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเกาะพะงัน

จังหวัดสุราษฎร์ธานี โทรศัพท์: 089-621 3013 E-Mail: annsoapon@gmail.com

Received: 02/10/2020

Revised: 20/10/2020

Accepted: 29/01/2021

doi: 10.14456/reg11med.2021.24

Effectiveness of Implementing Happiness Program among Chronic Disease with Major Depressive Disorder, Koh Phangan Hospital, Suratthani Province

Worawut Pattanaporkrattana, M.D.

Medical Physician, Senior Professional Level,

Koh Phangan Hospital, Suratthani

Abstract

Background: A major problem of providing care for patients with depressive disorder is that the recent treatments have relied solely on medication and psychoeducation program, but there are few services using mental therapy. Indeed, in addition to the medication treatments, treatments using mental therapy program may be also required for patients with major depressive disorder.

Objective: To evaluate effectiveness of implementing happiness program among chronic disease with major depressive disorder, Koh Phangan Hospital, Suratthani.

Methods: This quasi experimental study, one-group pre-posttest. The samples comprised 35 patients diagnosed with diabetes type 2 and hypertension with depressive disorder, who were screened for depressive disorder level using 9-Item Thai Patient Health Questionnaire (Thai PHQ-9). The level of depression varied from mild to moderate (7-18 score). The samples group participated in the happiness program. The depressive disorder level and happiness level were collected by questionnaire before and after the subjects participated in the program. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired-sample t-test.

Results: The findings revealed that before participating the happiness program, the subjects were found to have depressive disorder with mild level (73.4%) and with medium level (25.7%). After the program participation, most of subjects (91.4%) did not show depressive disorder and 8.6% of them had a mild level. The average depressive disorder score before and after the program participation with statistical significance ($t=6.4$, $p<0.05$). Meanwhile, the average happiness score before and after participating in the happiness program with statistical significance ($t=12.5$, $p<0.05$).

Conclusion: It is argued from the current study that the happiness program makes the patients with depressive disorder likely to increase their happiness and reduce their depression.

Keywords: happiness program, depressive disorder, chronic Disease

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าปัญหาสุขภาพกาย และประชาชนได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับประชาชนจำนวนมาก ส่วนใหญ่โรคซึมเศร้าเกิดในวัยทำงานและวัยสูงอายุ รวมทั้งในผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งในปัจจุบันมีจำนวนมากและมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น จากรายงานขององค์การอนามัยโลกได้ทำการสำรวจโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนทั่วโลกในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกมีจำนวนมากถึง 322 ล้านราย และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน และยังมีผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกประมาณ 350 ล้านราย และภาวะซึมเศร้านำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จเกือบ 1 ล้านราย หากพิจารณาจากการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years: DALYs) พบว่า โรคซึมเศร้าอยู่ในระดับ 3 และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะขึ้นมาเป็นอันดับที่ 1¹⁻³ โดยในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยสะสมด้วยโรคซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ. 2560-2562 คิดเป็น 1,495.3 1,686.8 และ 1,768.2 รายต่อประชากรแสนราย ตามลำดับ⁴ และจากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 28.6⁵ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่เกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่ซับซ้อนเกิดร่วมหลายโรคในบุคคลคนเดียว ต้องใช้การรักษาที่ยาวนานหรือตลอดชีวิต โดยโรคเรื้อรังที่เกิดโรคซึมเศร้ามามากที่สุด คือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นการศึกษาโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระหว่างการรักษา จึงทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด^{6,7}

ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสะสม ปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่า มีอัตรา

เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 22.1 22.3 และ 23.0 ตามลำดับ⁴ ซึ่งโรงพยาบาลเกาะพะงัน เปิดให้บริการคลินิกฟ้าใสเพื่อดูแลผู้ป่วยและขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิต พบผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปัญหาในการให้บริการผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า คือ เน้นให้การรักษาโดยการให้ยา และการให้สุขภาพจิตศึกษา แต่ไม่มีการให้บริการโดยวิธีการบำบัดทางจิต นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่รับยาต้านโรคซึมเศร้ามามากกว่า ร้อยละ 80 ต้องรับประทานยาในระยะเวลาที่ยาวนานส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีความสุขในการรับการรักษาด้วยยา อีกทั้งผลข้างเคียงของการรับประทานยาทำให้ผู้ป่วยมีอาการง่วงและต้องการที่จะนอนพักตลอดเวลาไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ส่งผลให้อาการโรคซึมเศร้าไม่หายขาด อีกทั้งเกิดอาการกำเริบขึ้นอีก⁸ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง การให้บริการกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวจะเน้นในการแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมและการส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ ดังนั้นโปรแกรมสำหรับการดูแลเน้นทางด้านจิตใจที่นอกเหนือจากการให้ยาเพียงอย่างเดียวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างสุขสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างสุขสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยความสุข ก่อนและหลังให้การเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างสุขสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วัสดุและวิธีการ

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง (quasi experimental study, one-group pre-post test)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือโรคความดันโลหิตสูง ที่เป็นโรคซึมเศร้า และมารับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในคลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลเกาะพะงัน ตามทะเบียนผู้ป่วย ระหว่างเดือน ตุลาคม 2561-กันยายน 2562 ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีอายุ 30 ปีขึ้นไป ประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม มีคะแนนอาการซึมเศร้าระดับน้อย (7-12 คะแนน และระดับปานกลาง (13-18 คะแนน)⁹ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 ราย ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และสามารถเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างสุขสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้า จนครบ 7 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความพอเพียงรายได้ ผู้ดูแล ประวัติการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ระยะเวลาการรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้า และสิทธิการรักษา

2) แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ลักษณะแบบประเมินเป็นข้อความให้เลือกตอบ การให้คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีอาการเลย (0 คะแนน) มีบางวัน/ไม่บ่อย (1 คะแนน) มีค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) และมีเกือบทุกวัน (3 คะแนน) โดยรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด⁹

3) แบบประเมินความสุข 15 ข้อ แบ่งมาตราส่วนประมาณค่าเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย (0 คะแนน) เล็กน้อย (1 คะแนน) มาก (2 คะแนน) มากที่สุด (3 คะแนน) กรณีเป็นข้อคำถามเชิงบวก และแปรผลตรงข้ามกันสำหรับข้อคำถามเชิงลบ รวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด¹⁰

4) โปรแกรมการสร้างสุขสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้า ประยุกต์มาจากโปรแกรมความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ ตามแนวคิดการบำบัดสร้างแรงจูงใจ แนวคิดเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ใช้เวลาดำเนินการ 7 สัปดาห์¹¹

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ STPHO 2020-005 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งปฏิบัติงาน ณ คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลเกาะพะงัน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างสุขสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 เข้าร่วมการบำบัดตามโปรแกรมฯ จำนวน 7 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ และสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างความสุข สุขสบาย คลายความเศร้า เพื่อสร้างสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อมั่นในตัวผู้วิจัย สร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมโปรแกรมของผู้ป่วยและญาติใช้เวลา 90 นาที

สัปดาห์ที่ 2 การบำบัดที่คลินิกสุขใจ ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดได้พูดถึงตัวอย่างการเชื่อมโยงของความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและสรีระในชีวิตประจำวัน โดยการสังเกตจากสิ่งที่เกิดขึ้นกับ

ตนเอง และตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบในแบบบันทึกความคิดที่บิดเบือน ใช้เวลา 75 นาที

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมสานสัมพันธ์ ความคิดบวก พิชิตความเศร้า เพื่อเพิ่มการปฏิสัมพันธ์ในการอยู่ร่วมกันในสังคมและตระหนักถึงการอยู่ร่วมกันในสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสนุกสนาน มีความสุขและพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ สร้างความเข้าใจในการคิดเชิงบวก ฝึกปฏิบัติการสร้างความคิดเชิงบวก และเข้าใจความสัมพันธ์ในความคิดเชิงบวก ช่วยสร้างความสุขและภาวะซึมเศร้า ใช้เวลา 90 นาที

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เพื่อติดตามความก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรค ให้คำปรึกษา การทำกิจกรรมสร้างสุข ใช้เวลา 15-20 นาที

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมสร้างจิตใจให้เข้มแข็ง และสร้างความทรงจำ เพื่อกระตุ้นสมองให้มีประสิทธิภาพทางด้านความทรงจำ และฝึกทักษะในการกระตุ้นให้สมองในด้านความทรงจำ ทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดภาวะสมองเสื่อมและสร้างความสุขให้กับผู้ปฏิบัติและสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ ใช้เวลา 80 นาที

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมติดตามการสร้างสุขทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 2 เพื่อให้ติดตามความก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรค ให้คำปรึกษา การทำกิจกรรมสร้างสุข ใช้เวลา 15-20 นาที

สัปดาห์ที่ 7 การยุติโปรแกรม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมทบทวนสิ่งที่ได้จากการดำเนินโปรแกรมการเสริมแรง

ทางบวก ส่งเสริมให้เกิดความภาคภูมิใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง และประเมินความสุขและภาวะซึมเศร้า เปิดโอกาสซักถามเพิ่มเติมที่มีข้อสงสัย และยุติโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับภาวะซึมเศร้า โดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยความสุข ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Paired samples t-test ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ด้วย one-sample Kolmogorov-Smirnov test มีค่า p value >0.05

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 57.1 มากกว่าครึ่งสมรสแล้ว ร้อยละ 54.3 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.4 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 34.3 มีรายได้ 3,001-13,000 บาท ร้อยละ 74.3 สภาพเศรษฐกิจเพียงพอ ร้อยละ 62.9 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร ร้อยละ 40.0 ดื่มสุรา/เคยดื่มสุรา ร้อยละ 40.0 และสูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 37.1 รับประทานยาโรคซึมเศร้ามา 2 ปี ร้อยละ 54.3 ใช้สิทธิบัตรทองในการรับการรักษา ร้อยละ 85.7 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=35)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	21	60.0
ชาย	14	40.0
อายุ (ปี)		
41-50	8	22.9
51-60	20	57.1
61-70	5	14.3
71-80	2	5.7
Mean (S.D)	56.1 (8.0)	
Median (Min-Max)	56.0 (41-78)	
สถานภาพสมรส		
โสด	2	5.7
สมรส	19	54.3
หม้าย	9	25.7
หย่า/แยก	5	14.3
ศาสนา		
พุทธ	33	94.3
อิสลาม	2	5.7
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	18	51.4
มัธยมต้น	5	14.3
มัธยมปลาย	11	31.4
ปริญญาตรี	1	2.9
อาชีพ		
รับจ้าง	12	34.3
เกษตรกรกรรม	10	28.6
ว่างงาน	7	20.0
ค้าขาย	6	17.1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=35) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
<3,001	1	2.9
3,001-13,000	26	74.3
13,001-23,000	3	8.6
>23,001	5	14.3
Mean (S.D)	17,478.6 (10,000.0)	
Median (Min-Max)	23,186.6 (3,000-100,000)	
สภาพเศรษฐกิจ		
เพียงพอ	22	62.9
ไม่เพียงพอ	13	37.1
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่กับคู่สมรสและบุตร	14	40.0
อยู่กับคู่สมรส บุตร และหลาน	8	22.9
อยู่คนเดียว	6	17.1
อยู่กับพี่น้อง/ญาติ	5	14.3
อยู่กับคู่สมรส 2 คน	2	5.7
ประวัติการดื่มสุรา		
ไม่เคยดื่ม	21	60.0
ดื่ม/เคยดื่ม	14	40.0
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	22	62.9
สูบ/เคยสูบ	13	37.1
ระยะเวลาการรับประทานยาโรคซึมเศร้า		
0-1 ปี	11	31.4
2 ปี	19	54.3
3 ปี	5	14.3
Mean (S.D)	1.8 (0.6)	
Median (Min-Max)	2.0 (1-3)	

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=35) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิในการรับการรักษา		
บัตรทอง	30	85.7
ประกันสังคม	3	8.6
จ่ายเอง	2	5.7

หลังจากเข้ารับการรักษา จำนวน 7 สัปดาห์ ตามโปรแกรมการสร้างความสุขสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระดับน้อย ร้อยละ 8.6 ดังรายละเอียด ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=35)

การเข้าร่วมโปรแกรมฯ	ระดับภาวะซึมเศร้า		
	ไม่มีอาการ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	0 (0.0)	26 (74.3)	9 (25.7)
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	32 (91.4)	3 (8.6)	0 (0.0)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 5.5 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 2.0

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=35)

ภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	5.5	4.6	6.4	<0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	2.0	2.0		

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความสุขก่อนและ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความสุขก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 24.4 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 31.1 เมื่อทดสอบ

ความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสุขก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดใน ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความสุขของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=35)

ความสุข	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	24.4	4.7	12.5	<0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	31.1	2.8		

วิจารณ์

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างสุขสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลเกาะพะงัน โดยศึกษาประสิทธิผลด้านคลินิกจากคะแนนอาการซึมเศร้า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ เป็นเวลา 7 สัปดาห์จากการศึกษา พบว่า โปรแกรมการสร้างสุข สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 35 ราย มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสร้างสุข ซึ่งเป็นกระบวนการบูรณาการในกิจกรรมการสร้างสุข โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจ การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และการสร้างความสุขได้สร้างให้กลุ่มตัวอย่างและญาติตระหนักถึงปัญหาของการป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้า ตระหนักถึงความสำคัญในการสร้างความสุขและการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมการสร้างสุขที่บ้าน และเกิดความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว¹¹ อีกทั้งการออกกำลังกายพร้อมกับการทำสมาธิคลายเครียดช่วยสร้างให้กลุ่มตัวอย่าง มีสุขภาพแข็งแรง และเกิดการผ่อนคลาย ไม่มี ความเครียดสามารถลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง การสร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยกิจกรรมต่อภาพผลไม้ทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มตัวอย่าง ช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์กันในสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง¹²

การสร้างความสุขโดยการหัวเราะช่วยให้ผ่อนคลาย ไม่เครียดเกิดความสนุกสนาน ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง การสร้างความคิดเชิงบวกโดยการฝึกคิดเชิงบวกกับปัญหาที่พบในชีวิตประจำวัน และการฝึกคิดข้อดีของตนเองช่วยให้เกิดการปรับความคิดในกลุ่มตัวอย่าง มองโลกในแง่บวกมากขึ้น ช่วยในการแก้ปัญหาในการคิดด้านลบต่อครอบครัวและสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง การฝึกสร้างความคิดโดยการสร้างกิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันและการบริหารสมองกระตุ้นความทรงจำในการเสริมสร้างความจำ ลดการสมองเสื่อม ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ ช่วยแก้ปัญหาความคิดด้านลบต่อตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง¹³ การสร้างความเข้มแข็งทางใจ โดยการฝึกในการคิดยืดหยุ่นคิดอย่างมีเหตุผล คิดหลายแง่มุม คิดแต่เรื่องดี ๆ และคิดถึงผู้อื่น สามารถช่วยในการปรับกระบวนการคิดในกลุ่มตัวอย่าง ทำให้เกิดความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ เมื่อเกิดปัญหาขึ้นในชีวิตสามารถปรับตัวยอมรับปัญหาได้อย่างรวดเร็ว และคิดแก้ปัญหาได้ดีเมื่อเกิดปัญหา ช่วยในการสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง¹⁴ และให้มีการฝึกปฏิบัติกิจกรรมสร้างสุขที่บ้านทุกวันตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรม ทำให้เกิดการปฏิบัติการสร้างความสุขสม่ำเสมอ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างต่อเนื่อง การสร้างสุขสามารถทำได้โดยการออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง การออกกำลังกายอย่างถูกต้องช่วยให้รู้สึกสดชื่น แจ่มใส มีสมาธิ ความคิดกระจ่าง สร้างสรรค์ ตัดสินใจได้ดีขึ้น

อารมณ์ดี เพิ่มแรงจูงใจและความภาคภูมิใจ เพื่อทักษะทางสังคม ช่วยลดความวิตกกังวล และซึมเศร้า ลดอาการปวดเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรพรรณ สุดใจ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ¹² ได้ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของโรคซึมเศร้าในชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของราบีเอล และคณะ¹⁵ ได้ศึกษาโปรแกรมความสุขและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่า ในช่วงเวลาหลังคลอด 2 เดือน ภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลง และภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมจะมีภาวะซึมเศร้าลดลงแล้ว จากผลการศึกษายังพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสุขเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในช่วงระยะเวลา 7 สัปดาห์ ที่กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้จัดให้มีกิจกรรมสนุกสนาน สร้างความสุข คลายความเศร้า ได้แก่ การร้องเพลงประกอบทำ “เพลงสวัสดี” และการหัวเราะบำบัด ต่อภาพสัตว์ ผลไม้ ดอกไม้ เพื่อสร้างความสนุกสนาน การวางแผน การมีส่วนร่วม การทำงานเป็นทีมและสร้างปฏิสัมพันธ์ ซึ่งแต่ละกิจกรรมล้วนสร้างเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้ทำกิจกรรมร่วมกัน คลายความเครียด และสร้างความสุขด้วยกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บอยเลอร์⁽¹⁶⁾ ได้ศึกษาโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก พบว่า โปรแกรมทางด้านจิตวิทยาเชิงบวกมีผลทำให้การเสริมสร้างความสุขทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ และยังช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

ข้อจำกัด

กลุ่มตัวอย่างบางรายที่รับประทานยาต้านเศร้าร่วมด้วยระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม ยาจะออกฤทธิ์

ในการลดอาการวิตกกังวล และทำให้อ่อนหลับ ได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับประทานยา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุข ควรมีนโยบายในการพัฒนาบุคลากรทีมสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการสนับสนุนด้านการจัดอบรมให้ความรู้และสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับโปรแกรมการสร้างสุข เพื่อลดภาวะซึมเศร้า

2. โรงพยาบาลชุมชนควรมีนโยบายในการสนับสนุนให้บุคลากรในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นำโปรแกรมการสร้างสุข สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้าไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในคลินิก เพื่อสร้างความสุขในระหว่างการรักษาและลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างสุขที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าด้วยการติดตามผลระยะยาว 6 เดือน-1 ปี

สรุป

โปรแกรมการสร้างสุขสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้า ที่ประยุกต์มาจากโปรแกรมความสุข 5 มิติ ในผู้สูงอายุ ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค แนวคิดการบำบัดสร้างแรงจูงใจ แนวคิดเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนในระดับปฐมนิเทศและทุติยภูมิ ในการสร้างสัมพันธภาพ และสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างความสุข และทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ด้านแนวคิดของการรับรู้ความสามารถตนเอง และแนวคิดของการกำกับตนเอง หลังการศึกษา พบว่า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้า

ส่งผลให้มีความสุขเพิ่มมากขึ้น และมีภาวะซึมเศร้าลดลง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างสุขสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้าสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้าในชุมชนได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates; 2017.
2. บุษลักษณ์ สามะ. การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า [การค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
3. ชุมพล สีนแสนกาศ. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลแม่ทา จังหวัดลำพูน [การค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.
4. กรมสุขภาพจิต. รายงานสถิติประจำปี. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2562.
5. นิตยา จรัสแสง, ศิริพร มงคลถาวรชัย, เพชรรัตน์ บุตะเขี้ยว, สมลักษณ์ บุญจันทร์, พรนิภา หาญละคร, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2555;57(4):439-46.
6. พิรุณี สัพโ. ความสุขของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพังโคน. วารสารศรีนครินทร์เวชสาร. 2554;25(4):272-79.
7. สุรัชย์ คำภักดี. ความสุขของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2555;27(2):107-12.
8. โรงพยาบาลเกาะพะงัน. รายงานสรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาลเกาะพะงัน ปีงบประมาณ 2562. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลเกาะพะงัน; 2562.
9. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด. (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4). อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2560.
10. อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ทวี ตั้งเสรี, วัชณี หัตถพนม, ไพรวลัย รมชัย, วรวรรณ จุฑา. รายงานการวิจัยการพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับใหม่. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์; 2547.
11. ประกาย จิโรจน์กุล. แนวคิด ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพและการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2556.
12. พรพรรณ สุดใจ, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
13. กรมสุขภาพจิต. คู่มือความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
14. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. การบำบัดรักษาทางสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด; 2553.
15. Rabiei L, Mazaheri MA, Masoudi R, Hasheminia SAM. Fordyce happiness program and postpartum depression. Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences. 2014;19(3):251-6.
16. Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. BMC public health. 2013;13(1):119.