

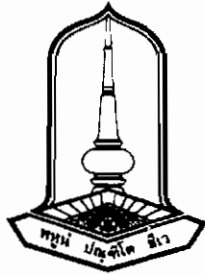
การศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ
ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีภาวะซึมเศร้า

AN EFFECT OF PHARMACEUTICAL CARE WITH MINDFULNESS
INTERVENTION ON PATIENTS WITH NON-COMMUNICABLE DISEASES
AND MILD TO MODERATE DEPRESSION

โครงการวิจัย
ของ
ณัฏฐนิชา บุญรักษา
ชญาณิช ดอกบัว

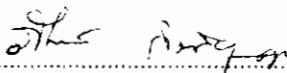
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
เภสัชศาสตรบัณฑิต
กุมภาพันธ์ 2561
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

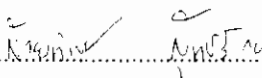




คณะกรรมการสอบโครงการวิจัย ได้พิจารณาโครงการวิจัยของนางสาวณัฏฐนิชา บุญรักษาและนางสาวชญาณิศ ดอกบัว แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิตของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบโครงการวิจัย


.....ประธานกรรมการ
(ผศ.ดร.ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ)


.....กรรมการ
(ผศ.ดร.สายทิพย์ สุทธิรักษา)

.....กรรมการ
(ผศ.ดร.รจเรศ หาญรินทร์)

คณะเภสัชศาสตร์อนุมัติให้รับโครงการวิจัยฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิตของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(ผศ.ดร.ชนัดดา พลอยล้อมแสง)
คณบดีคณะเภสัชศาสตร์
วันที่.....เดือน.....ปี.....



กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายทิพย์ สุทธิรักษา อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ช่วยเหลือตรวจสอบและแก้ไขปัญหาและข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนสนับสนุนในทุกๆ ด้านในการทำโครงการวิจัยและผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ ประธานกรรมการควบคุมโครงการวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รจเรศ หาญรินทร์ กรรมการควบคุมโครงการวิจัย ที่ได้กรุณาแนะนำ ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนสนับสนุนให้กำลังใจอย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิง จริยา จิรานุกูล จิตแพทย์ อาจารย์ลัดดา แสนสีหาและนางสาวธัญธิดา สิริโสณแก้วที่ให้เกียรติมาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการแนะนำวิธีฝึกสติและควบคุมดูแลการฝึกสติในโครงการวิจัยนี้

ขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชนในแต่ละชุมชนที่ให้โอกาสเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในงานวิจัยและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และขอบคุณเพื่อนๆ ที่คอยให้คำแนะนำช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจมาโดยตลอด

ณัฐนิชา บุญรักษา
ชญาณิช ดอกบัว



ชื่อเรื่อง	การศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้วิจัย	นางสาวณัฏฐิษา บุญรักษา และนางสาวชญานิศ ดอกบัว	
กรรมการควบคุม	ผศ.ดร.สายทิพย์ สุทธิรักษา และผศ.ดร.รจเรศ หาญรินทร์	
ปริญญา	เภสัชศาสตรบัณฑิต (ภบ.)	
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์ 2561

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรังทางกาย มักเป็นสาเหตุของการเกิดโรคแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา วัตถุประสงค์ของการวิจัย: เพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย และศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ ต่อภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด ระดับสติ และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย วิธีการดำเนินการวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการคัดกรองเพื่อหาความชุกและศึกษาแบบกึ่งทดลองที่วัดผลก่อนหลังการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 คือผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย ระยะที่ 2 คือผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีภาวะซึมเศร้า ในชุมชนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสุทธาเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึงมีนาคม 2560 ผู้วิจัยทำการค้นหาและแก้ไขปัญหาด้านยาร่วมกับการฝึกสติในแต่ละรายจำนวน 8 ครั้ง ห่างกันทุก 1 สัปดาห์ ผลการศึกษาวิจัย: คัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายจำนวน 165 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 116 คน (ร้อยละ 70.3) มีอายุเฉลี่ย 68.36 ± 0.79 ปี โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันผิดปกติ ตามลำดับ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายร้อยละ 16.36 คน ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง 14 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.3 อายุ 72.50 ± 2.79 ปี เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการให้การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติพบว่า หลังให้การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติในครั้งที่ 1, ครั้งที่ 4 และครั้งที่ 8 มีค่าเฉลี่ยดังนี้ 7.79 ± 0.88 , 6.64 ± 1.17 ($p=0.12$), 4.21 ± 0.93 ($p=0.003$) และ 2.93 ± 0.69 ($p<0.001$) ตามลำดับ คะแนนของระดับสติก่อนและหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 1, ครั้งที่ 4 และครั้งที่ 8 เฉลี่ยเท่ากับ 43.86 ± 2.58 , 47.00 ± 1.82 ($p=0.18$), 50.43 ± 1.68 ($p=0.07$) และ 53.50 ± 2.02 ($p=0.001$) ตามลำดับ และความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.003$) สรุปผลการวิจัย: การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายสามารถลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มระดับสติและความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ : การบริหารทางเภสัชกรรม การฝึกสติ ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย ความชุก



TITLE AN EFFECT OF PHARMACEUTICAL CARE WITH MINDFULNESS INTERVENTION ON PATIENTS WITH NON-COMMUNICABLE DISEASES AND MILD TO MODERATE DEPRESSION

AUTHOR Nutnicha Boonruksa and Chayanit Dokbou

ADVISORS Saithip Suttiruksa and Rodchares Hanrin

DEGREE PharmD

UNIVERSITY Mahasarakham University **DATE** 2018

Abstract

Introductions: The non-communicable diseases may be caused of physical and mental complications. The patients must use the medication continuously so that associate with drug related problems. **Objectives:** The objective of this study is to evaluate prevalence in patients with non-communicable diseases and depression symptoms and the effect of pharmaceutical care and mindfulness psychotherapy to depression, stress, level of mindfulness, physical disorders, Health behaviors and compliance in patients with non-communicable diseases. **Methods:** This study are explored for the prevalence and Quasi-experimental study, a one group pre-post test experimental study design which aim to compare the score of depression, mindfulness and drugs related problems. The participants of phase 1 are patients with non-communicable diseases, phase 2 are patients with non-communicable diseases and depression symptoms who living in community around Suddhavej Hospital, Faculty of Medicine, Mahasarakham university between October, 2016 and March, 2017. The researchers investigated and resolved of drug related problems (DRPs) with mindfulness intervention in each 8 times every week. **Results:** The screening non-communicable diseases 165 people, 116 were women (70.3 %), average age 68.36 ± 0.79 years. The most common disease were chronic disease e.g diabetes mellitus, hypertension and dyslipidemia. The prevalence of depression in non-communicable disease patients were 16.36%. In phase 2 the example group 14 people, Almost were 9 women (64.3 %), average age 72.50 ± 2.79 years when comparing pre-post pharmaceutical care and mindfulness intervention found pre-post score during 4 weeks and 8 weeks were 7.79 ± 0.88 scores, 6.64 ± 1.17 ($p=0.12$), 4.21 ± 0.93 ($p=0.003$), and 2.93 ± 0.69 ($p<0.001$) respectively. The score of mindfulness level pre -post pharmaceutical care and mindfulness intervention during 4 weeks and 8 weeks were 43.86 ± 2.58 , 47.00 ± 1.82 ($p=0.18$), 50.43 ± 1.68 ($p=0.07$) and 53.50 ± 2.02 ($p=0.001$) respectively. The medication adherence increase statistically significant difference. **Conclusion:** Pharmaceutical care and mindfulness intervention to depression in patient with chronic disease can decrease depression and increase level of mindfulness were significant.



Key word : Pharmaceutical care, Mindfulness, Depression, Patients with non-communicable diseases concomitant, Prevalence



สารบัญ

บทที่	หน้า
1	บทนำ 1
	ที่มาและความสำคัญ 1
	คำถามจากการวิจัย 4
	วัตถุประสงค์ 4
	ขอบเขตการวิจัย 4
	สมมติฐานของการวิจัย 5
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 5
	ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย 5
	กรอบแนวความคิดการวิจัย 6
	นิยามศัพท์เฉพาะ 7
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 8
	โรคซึมเศร้า 8
	ภาวะเครียด 17
	โรคเรื้อรัง 21
	การบริหารทางเภสัชกรรม 22
	ปัญหาการใช้ยา 23
	การฝึกสติ 25
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 31
3	วิธีดำเนินงานวิจัย 38
	ระเบียบวิธีวิจัย 38
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย 38
	การกำหนดขนาดตัวอย่าง 39
	เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย 40
	ขั้นตอนดำเนินการศึกษา 42
	ขั้นตอนติดตามและสรุปผล 45
	การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ 48



สารบัญ

บทที่		หน้า
3	วิธีดำเนินงานวิจัย (ต่อ)	38
	ประเด็นทางจริยธรรม	49
4	ผลการศึกษา	50
	ระยะที่ 1 การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียด	50
	ความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย	53
	ระยะที่ 2 การศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ	55
	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย	55
	ภาวะซึมเศร้า	58
	ภาวะเครียด	60
	ระดับสติ	63
	ความร่วมมือในการใช้ยา	66
5	สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	67
	ระยะที่ 1 การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียด	67
	ความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย	68
	ระยะที่ 2 การศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ	70
	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย	70
	ภาวะซึมเศร้า	71
	ภาวะเครียด	73
	ระดับสติ	73
	ความร่วมมือในการใช้ยา	74
	ข้อจำกัดงานวิจัย	75
	ข้อเสนอแนะ	76
	บรรณานุกรม	77
	ภาคผนวก	82



สารบัญ

บทที่	หน้า
ภาคผนวก (ต่อ)	82
ภาคผนวก ก	
ใบรับรองการอนุมัติโครงการวิจัยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	83
ภาคผนวก ก	
เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมงานวิจัยและหนังสือยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย	85
ภาคผนวก ค	
แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยสำหรับข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย	92
ภาคผนวก ง	
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า	97
ภาคผนวก จ	
แบบวัดภาวะเครียด	100
ภาคผนวก ฉ	
แบบประเมินระดับสติ	103
ภาคผนวก ช	
แบบประเมินปัญหาด้านยา	106
ภาคผนวก ซ	
แบบบันทึกความร่วมมือในการใช้ยา	109
ภาคผนวก ฌ	
คู่มือการบริหารทางเภสัชกรรมและการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ	111



บัญชีตาราง

ตารางที่	หน้า
ตาราง 3.1 : ขั้นตอนการให้บริบาลทางเภสัชกรรม	44
ตาราง 3.2 : ขั้นตอนการฝึกสติ	45
ตาราง 3.3 : สถิติที่ใช้ในงานวิจัย	49
ตาราง 4.1 : ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่คัดกรอง	51
ตาราง 4.2 : ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย	55
ตาราง 4.3 : ความชุกของภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย	56
ตาราง 4.4 : ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา	56
ตาราง 4.5 : ข้อมูลปัจจัยทางจิตสังคม	58
ตาราง 4.6 : ผลคะแนนภาวะซึมเศร้า	59
ตาราง 4.7 : เปรียบเทียบผลคะแนนภาวะซึมเศร้าในแต่ละข้อ	59
ตาราง 4.8 : ผลคะแนนภาวะเครียด	61



บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCDs) เป็นกลุ่มโรคของความเจ็บป่วยที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อหรือมีพาหะนำโรค กลุ่มโรคนี้เมื่อได้รับการรักษามักไม่หายขาด มักจะเริ่มมีอาการและรุนแรงขึ้นทีละน้อยหากไม่ได้รับการรักษาควบคุม จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2550 ถึง 2557 อัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน พบว่าในปี พ.ศ. 2553 ถึง 2557 มีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกโรค แต่ปีพ.ศ. 2557 อัตราการตายเริ่มชะลอตัวลดลง ทั้งนี้เนื่องจากองค์การอนามัยโลกได้กำหนด 9 เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยกำหนดเป้าหมายความสำเร็จในการดำเนินงานภายในปี พ.ศ. 2568 ประเด็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ (Premature Mortality) คือ อัตราการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของประชากรอายุระหว่าง 30 – 70 ปี ให้ลดลงร้อยละ 25 ซึ่งจากรายงานสถิติสาธารณสุขของไทยเกี่ยวกับจำนวนอัตราการตายด้วย 4 กลุ่มโรคหลัก พบว่าในประชากรช่วงอายุ 30 - 70 ปี นั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้น [สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2558]

จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2550 – 2556 พบว่า จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองใหญ่หรืออัมพฤกษ์อัมพาต และโรคเบาหวาน พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 - 2556 กลุ่มโรคไม่ติดต่อที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญในการป้องกันควบคุมอย่างเร่งด่วน คือ 4 กลุ่มโรคหลัก ประกอบด้วย โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคปอดเรื้อรัง ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมที่สำคัญ 4 ปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารไม่เหมาะสมและกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ รวมไปถึงปัจจัยเสี่ยงด้านการเปลี่ยนแปลง 4 ปัจจัย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนและไขมันในเลือดสูง [สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2558]

องค์การอนามัยโลก (WHO) เล็งเห็นว่ากลุ่มโรค NCDs นั้น ถือเป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs ในปี พ.ศ. 2552 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด ร้อยละ 63 เกิดจากกลุ่มโรค NCDs และกว่าร้อยละ 80 เป็นประชากรของประเทศที่กำลังพัฒนา [WHO, 2012] สำหรับประเทศไทย ข้อมูลทางสถิติพบว่ามี 14 ล้านคนที่เป็นโรคในกลุ่มโรค NCDs และยังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากร ในปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีประชากรเสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs มากกว่า 300,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 73 ของการเสียชีวิตของประชากรไทย คิดเป็นมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจเท่ากับ 200,000 ล้านบาทต่อปี จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs มากกว่าเกณฑ์ของประชากรโลก ทั้งยังมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต กลุ่มโรค NCDs ที่มีอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงสุด 6 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (Cardiovascular & Cerebrovascular Diseases) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) โรคมะเร็ง (Cancer)



โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และ โรคอ้วนลงพุง (Obesity) [Thai Health Promotion Foundation, 2016]

แม้ค่าสถิติการป่วยและเสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs จะสูงมาก แต่แท้จริงแล้วกลุ่มโรค NCDs นั้นสามารถป้องกันได้ เนื่องจากสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงหลักนั้น เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย อาทิเช่น การรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย รวมถึงการมีภาวะเครียด พักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นต้น [Thai Health Promotion Foundation, 2016]

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวอย่างมากในด้านการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยบางรายที่มีภาวะโรคที่รุนแรง ไม่สามารถรักษาให้หายขาด บางรายจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อน อาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะโรคที่เป็นและอาจเกิดจากยาที่ผู้ป่วยได้รับ ที่ส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ รวมถึงการบำบัดรักษาอันอาจนำมาซึ่งความทุกข์ ความเครียด ความวิตกกังวลต่าง ๆ ต่อผู้ป่วย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทานยาจากปัญหาดังกล่าว ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาหรือหยุดใช้ยาด้วยตนเอง ทำให้การดำเนินไปของโรคแย่ลง ส่งผลให้เกิดอาการแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา ผู้ป่วยหลายรายที่ไม่สามารถปรับตัวและปรับใจต่อสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยได้ ทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา เช่น เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ท้อแท้ สิ้นหวัง มีภาวะซึมเศร้า บางรายมีความทุกข์ใจมากและไม่เห็นค่าของการมีชีวิตอยู่ จนถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตาย การที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย อาจส่งผลกระทบต่อการรักษา เช่น ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการต่างๆ ของโรค ทำให้ภาวะของโรคยิ่งแย่ลง จนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย รวมทั้งอาจเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการควบคุมโรคของผู้ป่วย ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยด้วย [Thai Health Promotion Foundation, 2016]

มีการศึกษาพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย มักจะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ทำการฟอกเลือด (hemodialysis) พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยร้อยละ 42 [Murillo-Zamora et al., 2016] ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในปอด (pulmonary hypertension) มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยร้อยละ 21 [Somaini G et al., 2016] และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยร้อยละ 17.9 [Frederick FT et al., 2013] รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ จากการศึกษาของปราณี ศรีสงคราม ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและสำรวจความชุกในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าอย่างเดีย্বর้อยละ 12.9 (ชายร้อยละ 3.03 หญิงร้อยละ 9.92) และภาวะซึมเศร้าร่วมกับภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 0.8 (ชายร้อยละ 0.27 หญิงร้อยละ 0.55) พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้านักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุในผู้สูงอายุ ได้แก่ สถานภาพสมรส การใช้ชีวิตในครอบครัว ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย การดื่มสุรา เป็นต้น [ปราณี ศรีสงคราม, 2551] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นภา พวงรอด ซึ่งได้ทำการศึกษภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้านากกว่าเพศชาย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางจิตสังคมและปัจจัยทางชีวภาพ [นภา พวงรอด, 2558] และการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถานภาพสมรสคู่ สัมพันธภาพในครอบครัว ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง 5-10 ปี ความสามารถในการ



ซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน [พัชรภักดิ์ ไชยสังข์ และคณะ, 2556] ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าเพศหญิงอาจมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยโรคเรื้อรังทางกาย

การบริหารทางเภสัชกรรมเป็นบทบาทหลักของเภสัชกรหรือนิสิตเภสัชศาสตร์ ในการค้นหาและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย โดยมีมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับประสิทธิผลจากการใช้ยาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รายงานการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าการบริหารทางเภสัชกรรมสามารถช่วยลดปัญหาการใช้ยาและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาโรคเรื้อรัง รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอีกด้วย [Correr CJ et al., 2009 and Eldin E et al., 2007] นอกจากนี้ยังพบว่าการบริหารทางเภสัชกรรมสามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน [Binakaj Z, 2016] ดังนั้นการบริหารทางเภสัชกรรมจึงมีประโยชน์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยที่มีภาวะโรคซึมเศร้า นอกจากนั้นวรรณคดี เข้มมงคล และคณะได้ทำการศึกษาวิจัยในเรื่องการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางหน้าท้อง โดยพบว่าสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ [วรรณคดี เข้มมงคล และคณะ, 2557] แสดงถึงประโยชน์ของการให้การบริการทางเภสัชกรรม ซึ่งมีการศึกษาทางการศึกษาได้ทำการเปรียบเทียบผลของการบริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคจิตเภท ธรรลหทัย วิริยะสิริสกุล และคณะ(2559) พบว่าการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคและยาและลดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาบางประการได้ [ธรรลหทัย วิริยะสิริสกุล และคณะ, 2559] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรา เกณฑ์กระโทก และคณะ ซึ่งเป็นการศึกษาผลการให้การบริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทเช่นเดียวกันและผลการศึกษาไปในทิศทางเดียวกัน [จิตรา เกณฑ์กระโทก และคณะ, 2553]

การบำบัดโดยใช้แนวคิดเรื่องการฝึกสติ (mindfulness based therapy) ได้รับการยอมรับในโลกตะวันตกในการนำมาประยุกต์ใช้บำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต หลักฐานการนำการฝึกสติมาประยุกต์ใช้ในทางจิตเวชศาสตร์หรือจิตวิทยา โดยเริ่มต้นจากการศึกษาอย่างเป็นรูปธรรมจากโปรแกรม Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) ของ Jon Kabat Zinn [Baer RA, 2003] และต่อมา Zindel Segal และคณะ [Segal ZV et al., 2002] ได้ประยุกต์โปรแกรม MBSR เข้ากับการบำบัดแบบ CBT และเรียกชื่อใหม่ในโปรแกรม Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) ซึ่งได้รับความสนใจอย่างมาก โปรแกรมทั้งสองแบบนี้ เน้นที่การมีสติในชีวิตประจำวันและการฝึกสติและสมาธิระหว่างวัน ซึ่งเรียกว่าการฝึกสติ มักทำใน 2 รูปแบบ คือ การเดินจงกรม (mindful walking) และการนั่งสมาธิ (sitting meditation) มีการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มของ Pots และคณะ [Pots WT et al., 2014] ได้นำการฝึกสติแบบ MBCT ไปประยุกต์ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลาง จำนวน 76 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่รับบริการตามปกติ จำนวน 75 คน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาแบบวิธีวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) [Kuyken W et al., 2016] ของการศึกษาหลายการศึกษา ($n = 1,258$) พบว่า การฝึกสติแบบ MBCT ยังช่วยป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (recurrent) ของภาวะซึมเศร้าอีกด้วย นอกจากนั้นยังมีการศึกษา รูปแบบการศึกษาแบบผสมระหว่าง experimental design ของสุริพร จุ้ยชัยภูมิ [สุริพร จุ้ยชัยภูมิ, 2552] ในการศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ร่วมกับศึกษาผลการให้การดูแลทางด้านจิตใจด้วยการวิปัสสนากรรมฐาน และศึกษาผลจากการบริการทางเภสัชกรรม พบว่า จากการประเมินผลการฝึกวิปัสสนากรรมฐาน โดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDs พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.80$ เป็น 13.16 , $p < 0.001$) และระดับคะแนนความรู้เรื่องโรค การใช้ยา และการปฏิบัติตัวของ



ผู้ป่วยสูงชันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จาก 15.64 ± 1.753 เป็น 19.00 ± 1.443 , $p < 0.001$) ซึ่งจากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการฝึกสติในรูปแบบต่างๆ สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย และบางงานวิจัยได้นำเอาการบริหารทางเภสัชกรรมมาเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น และสามารถลดปัญหาจากการใช้ยาบางกรณีได้

จากรายงานของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม วันที่ 13 มิถุนายน 2559 พบว่าชุมชนศรีสวัสดิ์ 1, 2 และ 3 เป็นชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตชุมชนเมือง มีจำนวน 906 ครัวเรือน มีประชากรจำนวน 2,688 คน เป็นเพศชายจำนวน 1,250 คน และเพศหญิงจำนวน 1,438 คน ระบบดูแลสุขภาพในชุมชนมีลักษณะแบบส่งเสริมคุณภาพเชิงรุกแบบบูรณาการ โดยมีโรงพยาบาลสุทธาเวชเป็นหน่วยงานหลักที่ดูแลผู้ป่วยทั้งหมด ประชากรในชุมชนมีการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังทางกายจำนวน 254 คน โรคที่พบมาก 5 อันดับแรกในชุมชนคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคหลอดเลือดในสมอง และโรคหัวใจ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช จำนวน 11 คน

ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย รวมถึงศึกษาผลของการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมและผลการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไต โรคมะเร็ง โรคหืดและโรคกระดูกและข้อ รวมถึงการศึกษาปัญหาด้านยา ก่อนและหลังการได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมของผู้ป่วย และเปรียบเทียบผลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมกับการฝึกสติ ต่อภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด ระดับสติและปัญหาด้านยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อที่จะได้ข้อมูลนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

คำถามจากการวิจัย

1. ความชุกของการมีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย ในชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามเป็นเท่าใด
2. ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด ระดับสติและปัญหาด้านยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อหาความชุกของการมีภาวะซึมเศร้า และภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายในชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด สติ และปัญหาด้านยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย ก่อนและหลังการได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ

ขอบเขตการวิจัย

การสำรวจความชุกและเปรียบเทียบผลการศึกษาภาวะซึมเศร้า ระดับสติและปัญหาด้านยา ก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย ได้แก่ ผู้ป่วย



โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง โรคไต โรคหืดและโรคกระดูกและข้อ ที่มีภาวะซีมเศร้าในชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ทั้ง 6 ชุมชน โดยทำการศึกษาในปีการศึกษา 2559 ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560

สมมติฐานของการวิจัย

1. การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติสามารถลดภาวะซีมเศร้า ภาวะเครียด และปัญหาด้านยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย
2. การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติสามารถเพิ่มระดับสติในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบความชุกที่แท้จริงของภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย ในชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ทั้ง 6 ชุมชน
2. ช่วยคัดกรองภาวะโรคซีมเศร้าเบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้
3. เพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้
4. สามารถนำผลการศึกษา/วิเคราะห์ที่ได้นำไปช่วยในการเลือกการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีภาวะซีมเศร้าต่อไป

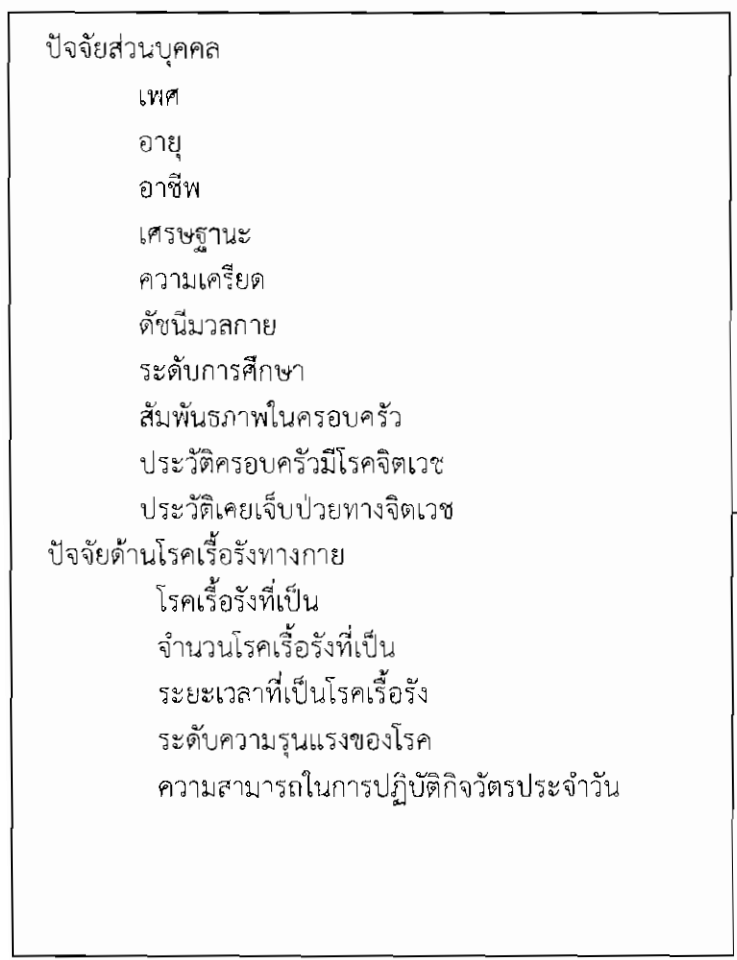
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น	ปัจจัยทางกายภาพ (เพศ, อายุ, พันธุกรรม, ระดับการศึกษา, ดัชนีมวลกาย, เศรษฐฐานะ, อาชีพ, ประวัติการเจ็บป่วยจิตเวช) ปัจจัยทางด้านบุคคล (ความเครียด, สัมพันธภาพในครอบครัว) ปัจจัยด้านโรคเรื้อรังทางกาย (โรคเรื้อรังที่เป็น, จำนวนโรค, ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง, ระดับความรุนแรงของโรค, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน)
ตัวแปรตาม	คะแนนภาวะซีมเศร้า, คะแนนภาวะเครียด, ระดับสติ, ปัญหาด้านยา

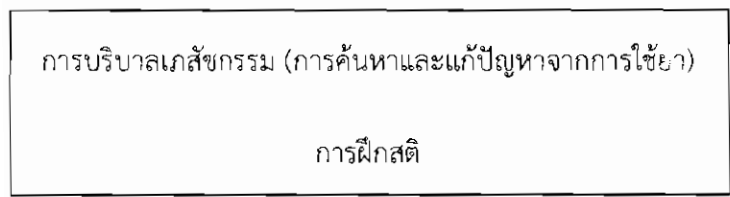
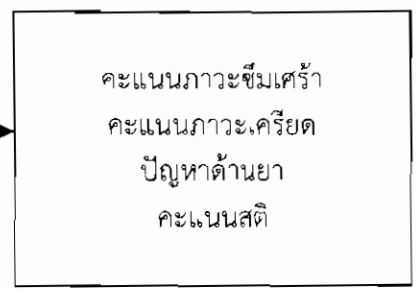


กรอบแนวความคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น



ตัวแปรตาม



นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD-10 ว่าเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรคดังต่อไปนี้ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง โรคไต โรคหืดและโรคกระดูกและข้อ
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) และมีคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป
3. ผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีการประเมินภาวะเครียดด้วยแบบทดสอบความเครียดสวนปรง 20 ข้อ (SPST-20) และมีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป
4. การบริหารทางเภสัชกรรม หมายถึง การดูแลเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างต่อเนื่องโดย นิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 5 ภายใต้การกำกับดูแลของเภสัชกร เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ถูกต้อง โดยหาสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการใช้ยา และแก้ไขปัญหที่เกิดจากการใช้ยาดังด้วยวิธีต่างๆ ตามความเหมาะสม เช่น การให้คำแนะนำในการใช้ยาหรือปรับพฤติกรรม
5. การฝึกสติ หมายถึง การฝึกการระลึกรู้ การรู้สึกตัว การใช้สติ หรือนำจิตไปกำหนดรู้ตามการเคลื่อนไหวของร่างกายในอิริยาบถต่างๆ ที่กำลังทำในปัจจุบัน เช่น ยืน เดิน นั่ง นอน
6. ปัญหาจากการใช้ยา หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งจำแนกออกได้เป็น 9 ข้อ ดังนี้
 - 6.1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับเพื่อการรักษา (Untreated indication)
 - 6.2. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสมสำหรับโรค อาการที่เป็น สภาวะร่างกายของผู้ป่วย หรือปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (Improper drug selection)
 - 6.3. ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดยาน้อยเกินไป (Subtherapeutic dosage)
 - 6.4. ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดยามากเกินไป (Overdosage)
 - 6.5. ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียง/อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction)
 - 6.6. ผู้ป่วยเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug interaction)
 - 6.7. ผู้ป่วยไม่สามารถได้รับยาตามปริมาณที่ควรจะได้เพื่อการรักษา อันเนื่องมาจากแรงกรงของผู้ป่วยเอง / สภาวะทางจิตใจที่ไม่ปกติ / ปัจจัยทางสังคม หรือปัจจัยทางเศรษฐกิจ (Failure to receive)
 - 6.8. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการว่าสามารถรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยได้ (Medication use without indication)
 - 6.9. ปัญหาจากการใช้ยาประเภทอื่นๆ (Miscellaneous) หมายถึง ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่ไม่อยู่ในข้อ 1-8 เช่น รูปแบบยาไม่เหมาะสม ไม่ชัดเจน



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

โรคซึมเศร้า (Depressive illness, Major depression)

คำจำกัดความ

ลักษณะสำคัญของโรคซึมเศร้า คือ ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดเบียดชีวิต [สมภพ เรื่องตระกูล, 2543] ซึ่งสอดคล้องกับความหมายของคำว่า Depressive Disorders ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD- 10) หรือ Major Depressive Disorder และ Dysthymic Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-V) ซึ่งได้ให้นิยามของโรคซึมเศร้าว่าเป็นโรคที่มีลักษณะของอารมณ์เศร้า โดยเป็นในชีวิตประจำวันตามปกติอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป

อุบัติการณ์

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในประชากรทั่วไป [สมภพ เรื่องตระกูล, 2543] จากการศึกษาการคาดการณ์ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าโรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อประชากรโลกถึง 350 ล้านคนและเมื่อทำการสำรวจใน 17 ประเทศ พบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 1 คน ต่อประชากร 20 คน [WHO, 2012] อุบัติการณ์ของโรคพบร้อยละ 1.89 จากทั่วโลก [Sadock BJ and Sadock VA., 2010] ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าประชากรที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป มีความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 7.8 [Louise Rebraca Shives., 2008] ในขณะเดียวกันจากสถิติประเทศไทยปี 2556 พบว่ามีอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเท่ากับ 345.08 คนต่อแสนคน ในจังหวัดมหาสารคาม มีอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึง 338.93 คนต่อแสนประชากร และยังไม่ถึงบริการสาธารณสุขร้อยละ 33.95 [กรมสุขภาพจิต, 2557]

จากการศึกษาร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard School of public health) และธนาคารโลก คาดการณ์ว่าในปี 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับ 1 ของทุกภูมิภาคของโลกและเป็นสาเหตุของการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นลำดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด [Kaplan HI and Sadock BJ., 2008] พบว่าร้อยละ 10-25 ของผู้หญิง และร้อยละ 5-12 ของผู้ชายเป็นโรคนี้ โรคนี้พบได้มากในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเป็นอัตราส่วน 2 : 1 อุบัติการณ์ของโรคนี้ในคนต่างเชื้อชาติ ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะและสถานภาพการสมรสจะไม่แตกต่างกัน โรคซึมเศร้าพบได้ในทุกช่วงอายุอายุเมื่อเริ่มเป็นโรคโดยเฉลี่ยคือ 24 ปี [สมภพ เรื่องตระกูล, 2543]



ลักษณะทางคลินิกของโรคซึมเศร้า [สมภพ เรื่องตระกูล, 2543]

1. อารมณ์เศร้า

เป็นอาการสำคัญของโรค ความรู้สึกที่แสดงถึงอารมณ์เศร้ามีหลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบาน หรือจิตใจเศร้าหมอง เป็นต้น ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อมาพบแพทย์ไม่พูดถึงอารมณ์เศร้าเลย อาจเป็นเพราะในขณะนั้นผู้ป่วยไม่มีอารมณ์เศร้าหรืออาจมีบ้างเล็กน้อย แต่คิดว่าไม่สำคัญจึงไม่บอก ด้วยเหตุนี้ควรถือเป็นหลักว่าถ้าสงสัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคนี้ ต้องถามถึงอารมณ์หรือความรู้สึกด้วยเสมอ อารมณ์เศร้าไม่จำเป็นต้องมีตลอดเวลา เวลาที่ผู้ป่วยไม่เศร้าอาจรู้สึกสนุกสนานหรือมีอารมณ์ขันได้ แต่เมื่อเป็นมากอารมณ์เศร้าจะมีอยู่เกือบตลอดเวลา แต่จะไม่คงที่หรืออยู่ตลอดเวลา บางเวลาเศร้าน้อยบางเวลาเศร้ามาก ส่วนมากผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้าตามเวลาเช่นนี้ เป็นลักษณะที่สำคัญของโรคซึมเศร้า

2. อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย

อารมณ์นี้เป็นอาการสำคัญพบในผู้ป่วยเกือบทุกราย ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลง แต่ควบคุมอารมณ์ไม่ได้และมักรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งที่ไม่ดีลงไป ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดก็ไม่สบายใจเช่นกัน เพราะผู้ป่วยหงุดหงิดง่าย และต่างก็ไม่รู้สาเหตุ ผู้ป่วยมักจะเล่าให้ฟังว่าไม่มีใครเข้าใจว่าตนไม่สบายและตนก็อยากเป็นเช่นนี้ แต่เมื่อรู้สึกหงุดหงิดก็ไม่ทราบจะควบคุมอย่างไร

3. ความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจ

ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ กิจกรรมประจำวันที่เคยจะทำจะหมดความสนใจ ไม่อยากทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยชอบ รู้สึกเบื่อและไม่สนใจดังเช่นเคย ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยความรู้สึกทางเพศจะลดลงหรือไม่มีเลย

4. อาการเบื่ออาหาร

ผู้ป่วยมักเบื่ออาหารตั้งแต่เริ่มไม่สบาย การรู่รสจะเปลี่ยนไปด้วย ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกอยากอาหาร แม้ตนจะเคยชอบแต่มีบางรายรู้สึกอยากอาหารมากกว่าธรรมดา ส่วนมากน้ำหนักจะลดลง 2-5 กิโลกรัม เมื่อมาพบแพทย์ครั้งแรก

5. นอนไม่หลับ

มักจะปรากฏเป็นอาการแรก ผู้ป่วยอาจนอนไม่หลับเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ ก่อนมีอาการอื่น ในระยะแรกของโรคผู้ป่วยอาจจะหลับยาก หลับไม่สนิท ฝันร้ายหรือตื่นบ่อย แต่เมื่อเป็นมากขึ้นมักจะเป็นอีกแบบหนึ่งเรียกว่า “นอนไม่หลับตอนปลาย” (terminal insomnia) ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคนี้ ลักษณะดังกล่าวคือ เมื่อเข้านอนปกติผู้ป่วยจะหลับได้ตามปกติ แต่ตื่นตอนดึก เช่น ตีหนึ่ง ตีสอง แล้วหลับอีกไม่ได้หรือหลับยากและมักจะหลับไม่สนิท ผู้ป่วยจะเป็นเช่นนี้บ่อยหรือทุกคืน จนรู้สึกเหมือนมีนาฬิกาปลุกให้ตื่น ณ เวลานั้น และจะหงุดหงิดกระวนกระวายมากขึ้น ผู้ป่วยบางรายมีอาการนอนไม่หลับแบบตื่นเช้ากว่าปกติ (early morning awakening) ซึ่งเป็นอาการสำคัญเช่นกัน ผู้ป่วยจะหลับได้ดี แต่ตื่นเช้ากว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง



6. อาการอ่อนเพลีย

ผู้ป่วยจะรู้สึกอาการอ่อนเพลีย แม้ไม่ได้ออกกำลังกายและเป็นอย่างน้อยก็เกือบตลอดเวลา เวลาการพักผ่อนหรือนอนหลับไม่ช่วยให้ดีขึ้น อาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกายก็ได้ เช่น แขนหรือขา ผู้ป่วยบางรายคิดว่า เป็นโรคหัวใจเพราะเหนื่อยง่าย ทำให้เกิดความกังวลและหากมีอาการใจสั่นหรือเจ็บหน้าอก จะยิ่งกังวลมาก

7. ความคิดเชิงซ้ำ

ตั้งแต่เริ่มไม่สบายผู้ป่วยจะมีความคิด การเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดจา โต้ตอบเชิงซ้ำ ในช่วงแรกจะสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเจ็บและซึมลง ความสนใจต่อสิ่งต่างๆ ลดลง ในขณะที่เดียวกันจะเพิ่มความสนใจต่อตนเอง โดยเฉพาะจะกังวลเกือบตลอดเวลาต่ออาการต่างๆ ผู้ป่วยจะไม่กระตือรือร้นในชีวิต ไม่ร่าเริง แจ่มใส เหมือนเช่นเคย ผู้ป่วยรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้และเกิดความกังวลใจมาก เพราะไม่ทราบสาเหตุและจะพยายามฟื้นตัวเอง การกระทำต่างๆจะเป็นฝืนทำ เช่น การพูด การแต่งตัว การทำงานหรือการอ่านหนังสือ ทั้งนี้เพื่อให้เหมือนปกติ แต่ก็ทำไม่ได้

8. สมาธิเสีย

ความจำไม่ดีและลืมง่ายเป็นอาการสำคัญของโรค โดยจะปรากฏตัวตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการทำอะไรไปแล้วนึกไม่ออก อ่านหนังสือแล้วจำไม่ได้ หรือทำสมาธิปกติไม่ได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวลมาก เพราะทำงานไม่ดี หรือทำไม่ได้และเกิดข้อผิดพลาด โดยเฉพาะงานที่ต้องใช้สมองและความจำ และยิ่งกังวลว่า จะต้องออกจากงาน จะสอบตก หรือสมองจะเสียตลอด บางรายเกิดอาการหลงผิดว่าเป็นโรคเนื้องอก

9. ความรู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนมากรู้สึกตนเองไม่มีค่า หรือหมดความสำคัญต่อใครทั้งสิ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการไม่ดีขึ้นในด้านต่างๆ เช่น ความสามารถ สติปัญญา หรือเกียรติยศชื่อเสียง แม้บ้านคิดว่าตนเองทำงานบ้านบกพร่อง เลี้ยงลูกไม่ดี หรือสามีคิดว่าตนทำงานไม่ได้ จะเป็นที่พึงของครอบครัวไม่ได้

10. ความรู้สึกมีความผิด

ผู้ป่วยที่เศร้ามากมักจะรู้สึกผิดและตำหนิตนเองโดยที่ไม่มีผิดแต่อย่างใด หรือถ้ามีก็เป็นเรื่องไม่สำคัญ ไม่น่าจะตำหนิมากเช่นนี้ ยิ่งเศร้ามาก ความรู้สึกมีความผิดยิ่งมากและรุนแรง ผู้ป่วยจะคิดว่าตนได้ทำความผิด เป็นคนไม่ดี มีบาป ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ ทำให้ผู้ป่วยอยากตาย และคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นอันตรายที่สำคัญที่สุดของโรคนี้

11. ความคิดอยากตาย

ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อเศร้ามากๆ จะคิดอยากตาย ซึ่งบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย พบว่าอาการเศร้ามากๆ และความคิดอยากตายมีส่วนสัมพันธ์กัน ผู้ป่วยเศร้ามากๆอาการไม่สบายจะมีมากและรู้สึกทรมาน เมื่อเป็นมากขึ้นถึงจุดที่ไม่อาจทนต่อไปได้ ผู้ป่วยจะหาทางหนีจากความทรมานและความตายเป็นทางออกแรกที่ผู้ป่วยส่วนมากนึกถึงเป็นครั้งแรก ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกทรมานมาก และความคิดอยากตายจะรุนแรงขึ้น จึงควรถือเป็นหลักว่าผู้ป่วยมีอาการเศร้ามากๆ ต้องถามถึงอาการนี้ทุกราย



12. ความกลัวและความวิตกกังวล

เป็นอาการสำคัญที่พบบ่อย ผู้ป่วยจะกลัวและกังวลไปต่างๆ เช่น กังวลว่าทำไมเป็นเช่นนั้นเช่นนี้ กลัวจะไม่หาย กลัวจะวิกลจริต กลัวจะเป็นโรคร้ายแรง กลัวเมื่อตนอยู่คนเดียว หรือกลัวจะทำอันตรายตนเอง ความกลัวและความวิตกกังวลเหล่านี้จะวนเวียนอยู่ในความคิดของผู้ป่วย ทำให้ไม่อาจทำใจให้สงบได้

13. อาการทางกาย

ผู้ป่วยมักจะมีอาการทางกายร่วมด้วยเสมอและเกิดได้กับอวัยวะในทุกๆ ระบบ อาการที่พบบ่อย เช่น ปวดท้อง ท้องอืดเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว ผู้ป่วยทุกรายจะกังวลอยู่กับอาการเหล่านี้มาก และคิดว่าเป็นโรคทางกาย เวลาพบแพทย์ไม่แสดงอาการเศร้าเลย ลักษณะดังกล่าวพบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป เรียกว่า masked depression หรือความเศร้าที่ถูกปิดบัง

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

คำว่า “โรคซึมเศร้า” ในประเทศไทยมักจะหมายถึง depressive disorders ซึ่งจะต้องอาศัยเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัย ในปัจจุบันจะใช้อายุ 2 เกณฑ์หรือ 2 ระบบ ในการวินิจฉัย คือ ICD พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลกและระบบ DSM ที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน เกณฑ์การวินิจฉัยทั้งสองระบบในปัจจุบันพัฒนาใกล้เคียงกันมาก โรคซึมเศร้าที่จิตแพทย์และแพทย์ทั้งหลายให้การวินิจฉัยผู้ป่วยจะมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. มีอารมณ์เศร้า ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีอยู่เกือบตลอดเวลาทั้งวันและเป็นทุกวัน บางวันอาจเป็นมากบางวันอาจเป็นน้อย
2. ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำแทบทั้งหมด ลดลงอย่างมาก
3. เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงหรือบางรายอาจมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น จนน้ำหนักเพิ่ม (เช่น 2-3 กิโลกรัมต่อเดือน)
4. นอนไม่หลับ หรือหลับมากแทบทุกวัน ส่วนใหญ่จะนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย หลับตื้นแต่จะตื่นเช้า 1-2 ชั่วโมงก่อนเวลาปกติที่เคยตื่นและไม่ลดตื่น
5. ทำกิจกรรมต่างๆ ช้า การพูด การเคลื่อนไหวช้าลง แต่มีบางรายก็มีหงุดหงิดกระสับกระส่าย ทำอะไรเหมือนรีบเร่งตลอดเวลา
6. อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรงทั้งวันและแทบทุกวัน
7. รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินไป
8. สมาธิหรือความคิดอ่านช้าลง
9. คิดอยากตายไม่อย่างมีชีวิตอยู่ คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ หรือบางรายพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีแผนฆ่าตัวตาย

ถ้ามีอาการดังข้างต้น อย่างน้อย 5 อาการ อยู่ยาวนานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปและมีอารมณ์เศร้า (ข้อ 1) หรือเบื่อหน่ายไม่มีความสุข (ข้อ 2) ก็จะสามารถวินิจฉัยว่าเป็น “โรคซึมเศร้า” แล้ว ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อไป



ประเภทของโรคซึมเศร้า

1. Melancholia (depression with somatic symptoms)

ผู้ป่วยจะมีอาการทางกาย แสดงถึงการมี disturbance of biorhythm ลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ การเคลื่อนไหวช้า ภาวะกระหายอยู่ไม่สุข ตื่นกลางดึกแล้วไม่สามารถหลับต่อได้ เบื่ออาหารน้ำหนักลด ไม่รู้สึกรับความสุขกับสิ่งน่าสนุกทั้งหลาย มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในระหว่างวัน ความรู้สึกทางเพศลดลง พบว่าสัมพันธ์กับ biological marker เช่น การไม่ตอบสนองต่อ dexamethasone suppression test และ The latency of rapid eyes movement (REM) sleep และมีอัตราการเกิดโรคในครอบครัวเดียวกันสูง

2. Depression with psychotic symptoms

ความชุกของโรคในประเทศไทยร้อยละ 0.38 ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีอาการรุนแรงที่สุด ซึ่งจะสัมพันธ์กับ biological markers บางอย่าง เช่น มีระดับ dopamine - β - hydroxylase ในเลือดต่ำ และมีระดับ 3 - methoxy - 4 - hydroxyphenylglycol (MHPG) ในน้ำไขสันหลังต่ำ ซึ่งเกี่ยวข้องกับเมตาบอริซึมของ dopamine และ norepinephrine ในระบบประสาท รวมทั้งการไม่ตอบสนองต่อ dexamethasone suppression test

3. Atypical depression

อาการของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะตรงข้ามกับอาการในผู้ป่วย melancholia เช่น มีอาการนอนมากเกินไป (hypersomnia) รับประทานมากเกินไป (hyperphagia) น้ำหนักเพิ่ม (weight gain) และการมีความรู้สึกไวต่อการถูกปฏิเสธอย่างมาก ต้องเกิดติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ตามลักษณะ major depression หรือระยะ 2 ตามเกณฑ์ของ dysthymia การตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้าในกลุ่ม monoamine oxidase inhibitors (MAOI) มากกว่ายาในกลุ่ม tricyclics

4. Recurrent brief depression

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยที่กำหนดไว้โดย ICD-10 จะต้องเกิดอาการ depression อย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา และแต่ละครั้งที่เกิดอาการจะมีอาการไม่ถึง 2 สัปดาห์ (โดยทั่วไปจะมีอาการประมาณ 2-3 วัน และหายเป็นปกติ) ช่วงเวลาที่เกิดอาการไม่สัมพันธ์กับการมีประจำเดือน และอาการที่เกิดขึ้นไม่เข้ากับเกณฑ์วินิจฉัยของ mild, moderate and severe depressive episode ความเสี่ยงที่จะเกิด manic episode น้อยมาก จึงไม่สามารถจัดอยู่ในกลุ่ม rapid-cycling ของ bipolar disorder ได้ และความชุกช่วงชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณ 10% และพบบ่อยว่าเกิดร่วมกับโรควิตกกังวลในอัตราที่สูง

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า

ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุของโรคซึมเศร้านั้น เชื่อกันว่าสัมพันธ์กับหลายๆปัจจัย ทั้งจากด้านกรรมพันธุ์ การพลัดพรากจากพ่อแม่ในวัยเด็ก พัฒนาการของจิตใจ รวมถึงปัจจัยทางชีวภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงของระดับสารเคมีในสมองบางตัว เป็นต้น [กรมสุขภาพจิต, 2556] โรคเรื้อรังก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องพบเจอกับความเจ็บป่วยทางกายจากโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อยู่เสมอ



เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยมากมายหลายด้าน เช่น ด้านการเจ็บป่วยทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นเรื้อรัง ค่าใช้จ่ายในการรักษา และการดูแลจากบุคคลในครอบครัว การสูญเสียรายได้ การสูญเสีย โอกาสต่างๆ ที่เกิดจากการเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังเกิดความสูญเสียอื่นๆ ที่ไม่สามารถวัดได้อีกด้วย เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด ความทุกข์ ความเจ็บปวด หรือการเปลี่ยนสถานะทางสังคมและอาชีพและจากสภาวะต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น ก็มักจะพบความผิดปกติทางจิตใจร่วมอยู่ด้วยเสมอ เช่น ภาวะซึมเศร้า

กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญประการหนึ่ง ที่นับวันจะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ภาวะทางเศรษฐกิจ รวมทั้งวิถีชีวิตของคนในปัจจุบัน โดยทั่วไปแล้วภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกประเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่มีความรุนแรงและโรคเรื้อรังต่างๆ ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องทนทุกข์อยู่กับโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ไปตลอดชีวิต ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้

สาเหตุสำคัญๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่

1. ความผิดปกติของสารสื่อประสาท

ในปัจจุบันอยู่ในระหว่างการศึกษาวิจัย ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากอะไร แต่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของอารมณ์ ซึ่งสารสื่อประสาทดังกล่าวจะเสียความสมดุล ทำให้การทำงานของสมองผิดปกติไปและยาด้านเศร้าส่วนใหญ่จะออกฤทธิ์ต่อสารสื่อประสาทเหล่านี้มีผลทำให้ระดับของสารสื่อประสาทในสมองเกิดความสมดุลสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ดี [Rot M. A. H. et al, 2009]

สมมติฐานการเกิดอารมณ์ซึมเศร้า [สายทิพย์ สุทธิรักษา, 2556]

Neurotropic hypothesis

การศึกษาพบว่า Nerve growth factors เช่น Brain-derived neurotrophic factor(BDNF) มีบทบาทสำคัญต่อ Neural plasticity resilience และการสร้างเซลล์ประสาทใหม่ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการลดลงของ neurotrophic หลังจากได้รับการรักษาด้วยยาด้านซึมเศร้า พบว่าเซลล์ประสาทมีการสร้างมากขึ้น มีการส่งสัญญาณประสาทที่ดีขึ้นในสมอง Cortical โดยเฉพาะที่ Hippocampus คาดว่า BDNF เกี่ยวข้องกับการสร้างและการเจริญของเซลล์ประสาทโดยจะจับกับตัวรับคือ Tyrosine kinase B (trkB)

การศึกษาในอดีตสนับสนุนความคิดที่ว่าความเครียดและการปวดมีผลให้ BDNF ลดลง ทำให้ลดการสร้างและการเจริญของเซลล์ รวมถึงการทำให้เซลล์มีรูปร่างที่ผิดปกติของเซลล์ประสาทในสมองส่วน Hippocampus และอาจพบที่สมองส่วนอื่น เช่น Medial frontal cortex และ Anterior cingulated

Hippocampus เป็นสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความคิด การวางแผน Contextual memory ควบคุมการทำงานของ Hypothalamic pituitary adrenal (HPA) Axis และสมองส่วน Anterior cingulated มีบทบาทในการประมวลอารมณ์ ความสนใจ การมีสมาธิในขณะที่สมองส่วน Medial orbital frontal cortex เชื่อว่ามีบทบาทเกี่ยวกับความจำการเรียนรู้และอารมณ์

หลายการศึกษาพบว่าในคนที่เป็โรคซึมเศร้ามัการลดลงของสมองส่วน Hippocampus ถึงร้อยละ 5-10 แต่บางกรณีศึกษาไม่พบการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า หรือภาวะเครียดมีผลต่อการลดลงของสมองส่วน Anterior cingulated และ Medial orbital frontal cortex การลดลงของ Hippocampus สัมพันธ์



มีการศึกษาโดยการฉีด BDNF เข้าไปโดยตรงที่สมองของหนูส่วน Midbrain, Hippocampus และ Lateral ventricles พบว่าให้ฤทธิ์ต้านเศร้า นอกจากนี้การศึกษาในสัตว์ทดลองยังพบว่ายาต้านซึมเศร้า ให้แบบต่อเนื่องทำให้ระดับ BDNF เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ Hippocampus เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้ายังพบว่าทำให้ระดับ BDNF เพิ่มขึ้น เซลล์ประสาทของ Hippocampus เพิ่มขึ้น

การศึกษาในมนุษย์สอดคล้องกับการศึกษาในสัตว์ทดลอง คือ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบ BDNF ลดลงทั้งในน้ำไขสันหลัง และในเลือด รวมถึงลดการทำงานของ trkB ในทางตรงกันข้ามเมื่อให้ยาด้านเศร้า พบว่ามีระดับ BDNF สูงขึ้น รวมทั้งเนื้อสมองส่วน Hippocampus เพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยบางราย

หลายการศึกษาสนับสนุนทฤษฎีนี้แต่ไม่ใช่ทั้งหมด มีการศึกษาพบว่าความผิดปกติของยีน BDNF สัมพันธ์กับการเกิดวิตกกังวล และซึมเศร้าทั้งในสัตว์ทดลอง และในมนุษย์ในปัจจุบันจึงมีการศึกษาเพื่อพัฒนา ยาในการรักษาโรคซึมเศร้า

2. พันธุกรรม

เป็นปัจจัยหนึ่งในการเกิดโรคซึมเศร้า เนื่องจากพบว่า ในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า คนอื่นๆ ในครอบครัวมีโอกาสป่วยได้มากกว่าคนทั่วไป 2.8 เท่า แต่อย่างไรก็ตามการถ่ายทอดทางพันธุกรรมมีประมาณร้อยละ 31-42 ดังนั้น ถึงแม้มีพ่อแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ลูกก็ไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้ากันทุกคน ยังคงมีสาเหตุและปัจจัยร่วม ทำให้เกิดอาการของโรคนี้อขึ้น [Shyr- S.I& Hamilton S.P., 2010]

3. ลักษณะบุคลิกภาพส่วนตัว

เป็นปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า เช่น เป็นคนมองโลกในแง่ร้ายอยู่เสมอ สนใจแต่ในด้านไม่ดีหรือด้านลบของสิ่งต่างๆ มากกว่าด้านบวก เมื่อประสบปัญหาที่ใช้วิธีหลีกเลี่ยงหรือหนีปัญหา เป็นคนเก็บกดอารมณ์ไม่แสดงออกแม้ในสถานการณ์ที่ควร บุคคลที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการซึมเศร้าหรือเป็นโรคซึมเศร้า หรืออาจเกิดจากทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียดจากการสูญเสีย หรือความกดดันในชีวิต มีรายงานการศึกษาที่บ่งชี้ว่า ความเครียดมีอิทธิพลต่อวิถีสัญญาณที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของภาวะอ่อนตัวทางประสาทของเซลล์ในสมอง [จำลอง ดิษวณิช และพริ้มเพรา ดิษวณิช. 2546]

4. โรคทางกายหลายโรคและยา ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ ดังนี้

กลุ่ม	โรค
endocrine	disorder of cortisol, thyroxin or parathormone production eg. hypopituitarism, hypoglycemia
Infections	glandular fever, syphilis, AIDS, encephalitis
neurological	stroke, parkinson's disease, multiple sclerosis, brain tumors (meningioma), trauma, Cerebral lupus



Carcinoma	pancreatic carcinoma, lung carcinoma
Nutritional	cefficiency of folate, nicotinamide (pellagra), vitamin B12. B1 (thiamine), B6
Other	cerebral ischemia, myocardial infraction

ซึ่งมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า [สมภพ เรืองตระกูล, 2543] ดังนี้

1. มีประวัติเคยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน
2. มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย
3. เพศหญิง
4. อายุน้อยกว่า 40 ปี
5. ภาวะหลังคลอด
6. เป็นโรคทางกายเรื้อรัง
7. ขาดการช่วยเหลือจากสังคมและการใช้ชีวิตอยู่อย่างโดดเดี่ยว
8. มีวิถีชีวิตที่มีความทุกข์และมีปัญหาในชีวิตมาก
9. ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด

การรักษาโรคซึมเศร้า

1. จิตบำบัด (Psychotherapy)

วิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงหรือทราบสาเหตุ เมื่อกำจัดสาเหตุได้ อาการก็จะทุเลาลง นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยได้พูดคุยหรือได้ระบายอารมณ์ มีการทำงานอดิเรก ได้รับการปลอบประโลม เกิดความเข้าใจอันดี สิ่งเหล่านี้จะทำให้อาการซึมเศร้าหายไป จิตบำบัดนี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการบำบัดอาการซึมเศร้าทุกประเภท

2. การช็อคด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy)

วิธีนี้เป็นการรักษาโดยผ่านกระแสไฟฟ้าเข้าสู่สมองผู้ป่วย มักใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือได้รับการบำบัดด้วยยาแล้วไม่ได้ผลและมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสูง โดยจะทำการช็อคไฟฟ้าประมาณ 6-12 รอบต่อการรักษา 1-2 ครั้ง ประมาณ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ วิธีนี้ค่อนข้างปลอดภัย แต่อาจมีผลข้างเคียงต่อการเรียนรู้ (Cognitive) เช่น ทำให้สับสน หรือรบกวนความทรงจำ ซึ่งจะกลับมาเป็นปกติหลังจากหยุดยารักษา

3. การบริหารยาด้านเศร้า (Antidepressant)

จากแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาด้านเศร้า (Antidepressant) สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ปี 2553 ยาด้านเศร้าที่ใช้ในประเทศไทยมี 2 กลุ่มหลักๆ ดังต่อไปนี้

1. ยากลุ่ม SSRI (selective serotonin reuptake inhibitor)

ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ fluoxetine, sertraline, fluvoxamine, paroxetine escitalopam



ผลข้างเคียงของยาที่พบ ได้แก่ headache, agitation, anxiety, nausea, vomiting, dyspepsia, abdominal pain, diarrhea, rash, sweating, insomnia, tremor, sexual dysfunction, hyponatremia, cutaneous bleeding disorder.

ข้อเด่นของยากลุ่ม SSRI คือ ไม่มีฤทธิ์ anticholinergic และพบการเสียชีวิตจากการกินยาเกินขนาดน้อยมาก อีกประการหนึ่ง คือ การปรับง่ายกว่ายา TCA เพราะกินเพียงวันละ 1 ครั้ง การตอบสนองต่อยาเป็นแบบ at-dose response curve คือ ขนาดสูงสุดในการรักษาอยู่ประมาณ 2-3 เม็ด ทำให้ไม่ต้องปรับยาบ่อยครั้งเพื่อหาขนาดสูงสุดที่เหมาะสมเหมือนยากลุ่ม TCA ยกตัวอย่างเช่น ยา fluoxetine มีการจับตัวกับ 5HT_{2C} receptor สูง จึงมีฤทธิ์ทำให้เบื่ออาหารในช่วงแรก และมีฤทธิ์กระตุ้นสูงกว่า SSRI ชนิดอื่น ผู้ป่วยบางรายจึงมีอาการวิตกกังวล กระวนกระวาย นอนไม่หลับ ในช่วงแรกได้

2. ยากลุ่ม TCA (Tricyclic Antidepressants)

ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ amitriptyline, imipramine, nortriptyline

โดยทั่วไป แพทย์มักนิยมใช้ TCA เนื่องจากสะดวกในการจัดหาค่าไม่แพง แต่มีผลข้างเคียงมากกว่ายากลุ่ม SSRI ผลข้างเคียงที่พบ ได้แก่ sedation, often with hangover, postural hypotension, dry mouth, blurred vision, constipation, urinary retention อาการที่รุนแรง ได้แก่ cardiotoxicity (tachycardia/arrhythmia, ลด seizure threshold และที่สำคัญคือ หากกินเกินขนาด อาจทำให้เสียชีวิตได้ และมีฤทธิ์ทำให้ง่วงซึม ปากคอแห้ง และท้องผูก ซึ่งสัมพันธ์กับขนาดยาที่ได้รับ

เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง Fluoxetine กับยากลุ่ม TCA พบว่า ยาทั้ง 2 ชนิดมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน แต่ fluoxetine มีผลข้างเคียงต่ำกว่ายากลุ่ม TCA มาก

กลุ่มยา	ชื่อยา	ขนาดยา	วิธีการให้ยา
Tricyclics (TCA)	Nortriptyline Amitriptyline	25-150 mg. 25-150 mg.	<p>เริ่มต้น : 25 mg. ก่อนนอน (สำหรับผู้ป่วยสูงอายุเริ่มที่ 10 mg.) เพิ่มยา 25 mg. ทุก 2 สัปดาห์ และประเมินผลข้างเคียงของยาทุกครั้งที่เพิ่มยา (ถ้ามีหน้ามืดวิงเวียนเป็นลม ความดันต่ำ ปัสสาวะลำบาก) ให้หยุดยาและเปลี่ยนเป็นยา Fluoxetine และให้ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q ทุก 1 เดือน</p> <p>ถ้าคะแนนลดลง $\geq 50\%$ จากเดิมหรือคะแนนรวม < 7 แสดงว่า ตอบสนองดี ต่อยา ก็ให้ยาขนาดเดิมแล้วนัดประเมินผลการรักษาด้วยแบบประเมิน 9Q ทุก 1 เดือน</p> <p>ถ้าคะแนนลดลง $< 50\%$ จากเดิม ให้เพิ่มยาอีก 25 mg. แล้วประเมินด้วย 9Q อีก 1 เดือน</p> <p>หลังให้ยาเต็ม Dose (150 mg.) แล้ว 2 เดือน ถ้าคะแนนไม่เปลี่ยนแปลง หรือคะแนนรวมยัง</p>



			≥7 แสดงว่า ไม่ตอบสนองต่อยา ให้เปลี่ยนเป็นยา Fluoxetine แล้วดำเนินการตามวิธีให้ยา Fluoxetine
Serotonin reuptake inhibitors (SSRI)	Fluoxetine	20-60 mg.	<p>เริ่มต้น : 20 mg. ตอนเช้าหลังอาหาร นัดติดตาม ประเมินผลครั้งแรก 2 สัปดาห์ ด้วยแบบประเมินโรค ซึมเศร้า 9Q</p> <p>ถ้าคะแนนลดลง ≥50% จากเดิมหรือคะแนนรวม <7 แสดงว่า ตอบสนองดี ต่อยา ก็ให้ยาขนาดเดิม แล้วนัดประเมินผลด้วยแบบ 9Q ทุก 1 เดือน</p> <p>ถ้าคะแนนลดลง <50% จากเดิมให้เพิ่มยาอีก 20 mg. แล้วนัดประเมินด้วย 9Q อีก 1 เดือน</p> <p>ถ้าคะแนนไม่เปลี่ยนแปลงหลังให้ยาเต็ม Dose แล้ว 2 เดือน แสดงว่า ไม่ตอบสนองต่อยา ให้ส่งต่อ ร.พ.จิตเวช</p>

ภาวะเครียด

คำจำกัดความ/นิยาม

ความเครียด คือ การหดตัวของกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่งหรือหลายส่วนของร่างกาย ซึ่งทุกคนจำเป็นต้องมีอยู่เสมอในการดำรงชีวิตเช่น การทรงตัว เคลื่อนไหวทั่วไป มีการศึกษาพบว่าขณะที่มีการคิด หรือมีอารมณ์บางอย่างเกิดขึ้น จะต้องมีการหดตัว เคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแห่งใดแห่งหนึ่งในร่างกายเกิดขึ้นควบคู่เสมอ

ความเครียด เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกกดดันเมื่อถูกภัยคุกคาม ทำให้ร่างกายเตรียมพร้อมที่กับต่อสู้หรือถอยหนี ดังนั้น ความเครียดจึงไม่ใช่มีแต่ด้านลบเท่านั้น ในด้านบวกความเครียดจะส่งผลให้บุคคลมีพลัง พร้อมทั้งจะเผชิญกับภารกิจต่างๆ โดยไม่ท้อแท้ ถ้ามีระดับความเครียดที่ไม่มากจะทำให้เกิดผลดีต่อการปฏิบัติงาน มีความขยัน ทำหาย มีความทะเยอทะยานสูง ทำให้ผลงมาที่ออกมาค่อนข้างประสบความสำเร็จ แต่ถ้าความเครียดมีมากอยู่ในขั้นที่เป็นอันตราย จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยอ้อมกับคนรอบข้างทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพจิตในระยะยาว[กรมสุขภาพจิต. 2543]

ความเครียดมีทั้งประโยชน์และโทษ แต่ความเครียดที่เป็นโทษนั้น เป็นความเครียดชนิดที่เกินความจำเป็น แทนที่จะเป็นประโยชน์กลับกลายเป็นอุปสรรคและอันตรายต่อชีวิต เมื่อคนเราอยู่ในภาวะตึงเครียดร่างกายก็จะเกิดความเตรียมพร้อมที่จะ "สู้" หรือ "หนี" โดยที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เช่น

- หัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น เพื่อฉีดเลือดซึ่งจะนำออกซิเจนและสารอาหารต่างๆ ไปเลี้ยงเซลล์ทั่วร่างกาย พร้อมกับขจัดของเสียออกจากกระแสเลือดอย่างรวดเร็ว
- การหายใจดีเร็วขึ้น แต่เป็นการหายใจตื้นๆ
- ม่านตาขยายเพื่อให้ได้รับแสงมากขึ้น
- กล้ามเนื้อหดเกร็งเพื่อเตรียมการเคลื่อนไหว เตรียมสู้หรือหนี
- เส้นเลือดบริเวณอวัยวะย่อยอาหารหดตัว



- เหงื่อออก เพราะมีการเผาผลาญอาหารมากขึ้น ทำให้อุณหภูมิของร่างกายเพิ่มขึ้น

เมื่อวิกฤตการณ์ผ่านพ้นไปร่างกายจะกลับสู่สภาวะปกติ แต่ความเครียดที่เป็นอันตราย คือความเครียดที่เกิดขึ้นมากเกินไปจนเกินความจำเป็น เมื่อเกิดแล้วคงอยู่เป็นประจำ ไม่ลดหรือหายไปตามปกติ หรือเกิดขึ้นโดยไม่มีเหตุการณ์ที่เป็นการคุกคาม

ประเภทของความเครียด

รัชดา เอี่ยมยิ่งพานิช ได้แบ่งความเครียดออกเป็น 2 ชนิด คือ [รัชดา เอี่ยมยิ่งพานิช ,2532]

1. ความเครียดทางร่างกาย (Physical Stress) แบ่งเป็น 2 ประเภท ตามปฏิกิริยาตอบสนอง คือ

1.1 ความเครียดชนิดเฉียบพลัน (Emergency Stress) เป็นความเครียดเกิดขึ้นทันทีทันใดที่ได้รับสิ่งคุกคามชีวิตที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เช่น การได้รับบาดเจ็บ การเกิดอุบัติเหตุหรือการตกอยู่ในสภาวะการกระทำน่ากลัว

1.2 ความเครียดชนิดต่อเนื่องกัน (Continuing Stress) เป็นสิ่งคุกคามชีวิตที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง เช่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยต่างๆ หรือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในบางโอกาส เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรัง การตั้งครุฑ เป็นต้น

2. ความเครียดทางด้านจิตใจ (Psychological Stress) เป็นการตอบสนองของร่างกายอย่างเฉียบพลันเมื่อคิดว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น ทำให้เกิดความเครียดของกล้ามเนื้อหัวใจเต้นแรงและเร็ว

ระดับของความเครียด

จตุพร เพ็งชัย ได้แบ่งระดับความเครียด เป็น 3 ระดับตามความรุนแรงและการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ [จตุพร เพ็งชัย, 2534]

1. ความเครียดระดับต่ำ เป็นภาวะที่ถือว่าปกติ มักพบเป็นประจำในชีวิตประจำวันผู้ปฏิบัติงานมักไม่ค่อยรู้ตัวหรือรู้สึกบ้างเล็กน้อย ซึ่งยังพอทนได้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เห็นได้ชัดเจนและสิ่งสำคัญ คือ ไม่เกิดผลร้ายต่อการดำเนินชีวิต

2. ความเครียดปานกลาง เป็นภาวะที่มีการแสดงออกของการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และการดำเนินชีวิต ความเครียดในระดับนี้เป็นสัญญาณเตือนภัยขั้นต้นว่า มีความผิดปกติเกิดขึ้น แล้วบุคคลนั้นต้องหาทางแก้ไขหรือผ่อนคลาย ถ้ายังไม่ปล่อยไว้จะเกิดพยาธิสภาพมากขึ้น การดำเนินชีวิตอาจเสียไป การทำงานอาจเลวลง การตัดสินใจอาจเสียไป และผู้ที่มีความเครียดระดับนี้ หากไปปรึกษาจิตแพทย์จะสามารถแก้ไขได้ทันทั่วทั้ง

3. ความเครียดระดับรุนแรง ภาวะนี้ร่างกายและจิตใจถือว่าอยู่ในช่วงที่พ่ายแพ้ต่อความเครียดเรียบร้อยแล้ว ทำให้ร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไปจนเห็นได้ชัดเจนมีพยาธิสภาพหรือป่วยเป็นโรคขึ้นการดำเนินชีวิตผันแปรและเสื่อมลง การตัดสินใจผิดพลาดผู้ที่อยู่ในภาวะนี้ต้องได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ทันที แต่หากทิ้งไว้จะทำให้บุคลิกภาพพรวนแปรและเจ็บป่วยเรื้อรัง

กรมสุขภาพจิต [กรมสุขภาพจิต, 2543] ได้อธิบายว่าระดับความเครียด สามารถแบ่งได้ 4 ระดับ ดังนี้

(1) ความเครียดระดับปกติเป็นระดับที่กระตุ้นตัวของเราให้ดำเนินชีวิตตามระบบของสังคมที่เหมาะสม เช่น การตื่นนอนแต่เช้า การที่ต้องพูดหน้าชั้น ฯลฯ เป็นระดับความเครียดที่เป็นประโยชน์



(2) ความเครียดมากกว่าปกติเล็กน้อย อาจเกิดขึ้นในบางช่วงของชีวิตหรือมีเหตุการณ์บางอย่างเป็นครั้งคราว เช่น การเตรียมตัวสอบปลายทอม การเร่งส่งงานบางอย่าง

(3) ความเครียดระดับปานกลาง เป็นสิ่งที่ปัญหาเรื้อรังและยาวนาน เช่น ตกงานมาหลายเดือน มีหนี้สินมาก เจ็บป่วยมานาน

(4) ความเครียดระดับสูงสุด คือเครียดมากอาจเกิดจากเรื่องสุดวิสัย เหตุการณ์รุนแรงไม่คาดฝัน เช่น เกิดอุบัติเหตุภัยธรรมชาติคนในครอบครัวเสียชีวิตการติดอยู่กับคุณค่าและกิจวัตรบางอย่างเกินไป และความกลัวสิ่งที่เราไม่คุ้นเคยอาจทำให้เราเกิดความเครียดได้ หากเราต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงที่มาท้าทายให้เราต้องเสี่ยงหรือปรับตัว เช่น การเปลี่ยนแปลงทางการงานและครอบครัวสังคมเศรษฐกิจการเมือง เป็นต้น ถ้าเรามีสุขภาพดีเท่าไรก็จะเป็นการง่ายที่จะจัดการกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลง

จากการอ้างอิงข้างต้นจึงสรุปได้ว่า ระดับความเครียดของคนเราในแต่ละคนย่อมมีระดับความเครียดไม่เท่ากันถึง แม้ว่าจะเป็นความเครียดในเรื่องเดียวกันก็ตาม โดยขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางด้านจิตใจอารมณ์ สังคม วัฒนธรรม ความรุนแรงและระยะเวลาของความกระทบกระเทือน ความเครียดจะแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ความเครียดระดับน้อย ซึ่งเป็นระดับที่กำลังดี ทำให้คนเรามีความขยันทะเยอทะยาน มีความตื่นตัวไม่ซีเกียจ ความเครียดระดับกลาง คือ ระดับเตือนภัยอาจจะมีผลต่อการกระทำ เช่น การนอนไม่หลับ ติดสิ่งเสพติดต่างๆ และความเครียดระดับรุนแรง ทำให้ไม่สามารถควบคุมตัวเอง มีความก้าวร้าว ซึมเศร้า จิตวิกลจริตและการสะสมความเครียดระยะยาวอาจทำให้เกิดโรคทางกายได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ แกร่เร็ว ตายก่อนวัยอันควร เป็นต้น

ผลของความเครียดต่อชีวิต

1. ผลต่อสุขภาพทางกาย ได้แก่ อาการไม่สบายทางกายต่างๆ เช่น ปวดหัว ปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ความผิดปกติของหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ อาการท้องผูกท้องเสียบ่อยๆ นอนไม่หลับ หอบหืด เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ฯลฯ

2. ผลต่อสุขภาพจิตใจ นำไปสู่ความวิตกกังวล ซึมเศร้า กลัวอย่างไร้เหตุผล อารมณ์ไม่มั่นคง เปลี่ยนแปลงง่าย หรือโรคประสาทบางอย่าง นอกจากนี้ความเครียดส่งผลต่อร่างกายและจิตใจ ย่อมส่งผลไปถึงประสิทธิภาพในการทำงาน สัมพันธภาพต่อครอบครัวและบุคคลแวดล้อม และเมื่อประสิทธิภาพในงานตกต่ำ สัมพันธภาพเสื่อมทรามลง จิตใจย่อมได้รับผลตึงเครียดมากขึ้นซ้ำซ้อน นับว่าความเครียดเป็นภัยต่อชีวิตอย่างยิ่ง

สาเหตุของความเครียด

1. สภาพแวดล้อมทั่วไป เช่น มลภาวะ ได้แก่ เสียงดังเกินไป จากเครื่องจักร เครื่องยนต์ อากาศเสียจากควันท่อไอเสีย น้ำเสีย ฝุ่น ละออง ยาฆ่าแมลง การอยู่กันอย่างเบียดเสียด ยัดเยียด เป็นต้น
 2. สภาพเศรษฐกิจที่ไม่น่าพอใจ เช่น รายได้น้อยกว่ารายจ่าย
 3. สภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น การสอบแข่งขันเข้าเรียน
- ทำงาน เลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง เป็นต้น



5. นิสัยใจการกิน-ดื่ม ที่ส่งเสริมความเครียด เช่น ผู้ที่ดื่มกาแฟบ่อยๆ สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ตลอดจนกินของกินที่มีน้ำตาลมากๆ
6. มีสัมพันธภาพกับคนอื่น ๆ ที่ไม่ราบรื่น มักมีข้อขัดแย้ง ทะเลาะเบาะแว้งกับคนอื่นเป็นปกติวิสัย
7. ความรู้สึกตนเองต่ำต่อยกกว่าคนอื่น ต้องพยายามต่อสู้เอาชนะ
8. ต้องการมีอำนาจเหนือผู้อื่น

นอกจากนี้ความเครียดยังอาจเกิดจากอุปนิสัยหรือวิธีการดำเนินชีวิต ของคนบางคนที่มีลักษณะต่อไปนี้

- คนที่ชอบแข่งขันสูง ชอบท้าทาย ชิงดีชิงเด่นเอาชนะ
- คนที่เข้มงวด เอาจริงเอาจังกับทุกอย่างไม่มีการผ่อนปรน
- คนที่พยายามทำอะไรหลายๆ อย่างในเวลาเดียวกัน
- คนที่มีอารมณ์รุนแรงอัดแน่นในใจเป็นประจำ
- คนที่ใจร้อน จะทำอะไรต้องให้ได้ผลทันทีไม่ชอบรอนาน

วิธีผ่อนคลายความเครียดในชีวิตประจำวัน

More. H. W. and others ได้กล่าวถึงความเครียดว่าการรู้จักปรับตัวเองเป็นวิธีการอย่างหนึ่งในการดำรงชีวิตประจำวัน ดังต่อไปนี้ [More. H. W. and others, 2006]

1. การผ่อนคลาย (Relaxation) การผ่อนคลายจะเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการปรับตัว เมื่อเราอยู่ภายใต้ความกดดันที่รุนแรง การผ่อนคลายจะมุ่งที่การกำจัดความตึงของกล้ามเนื้อ ที่สำคัญการผ่อนคลายจะมีรูปแบบหลายอย่าง วิธีทางอย่างหนึ่งในการผ่อนคลาย คือ การหยุดพัก เป็นระยะหรือการผ่อนคลายอย่างต่อเนื่องด้วยการฝึกโยคะ

2. การหายใจ (Breathing) การผ่อนคลายที่ธรรมดาที่สุดคือการหายใจในช่องท้อง เมื่ออยู่ภายใต้ความกดดัน บุคคลส่วนใหญ่จะหายใจสั้นและตื้นนี้จะทำให้ปอดขาดออกซิเจนและกล้ามเนื้อตึงได้ด้วยการหายใจเข้าอย่างช้าๆและลึกผ่านทางจมูกครั้งไว้ประมาณห้าวินาทีและหายใจออกอย่างช้าๆ แล้วร่างกายก็จะได้รับออกซิเจนเต็มที่

3. การออกกำลังกาย (Physical exercise) การออกกำลังกายเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพอย่างหนึ่งของการกำจัดความเครียดและการออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยลดความเครียดได้

4. โครงการช่วยเหลือบุคคล (Employee assistant program) โครงการบริหารสุขภาพของบุคคลจะเป็น EAP ที่พิเศษอย่างหนึ่ง โครงการได้ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อที่จะส่งเสริมความเป็นอยู่ของบุคคลภายในบริษัทและกระตุ้นวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดีขึ้น โครงการบริหารสุขภาพจะมุ่งที่การช่วยเหลือบุคคลปรับปรุงความเป็นอยู่และความสามารถจัดการความเครียด โดยการควบคุมน้ำหนัก การเลิกสูบบุหรี่ โภชนาการและการตรวจสุขภาพประจำปี



โรคเรื้อรัง

คำจำกัดความ/นิยาม

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ กลุ่มโรค NCDs (Non-Communicable diseases) คือ กลุ่มโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค ไม่สามารถติดต่อได้ผ่านการสัมผัส คลุกคลี หรือติดต่อผ่านตัวนำโรค หรือสารคัดหลั่ง หากแต่เกิดจากปัจจัยต่างๆ ภายในร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลจากพฤติกรรม การดำเนินชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย อาหารหวานมันเค็มจัด รวมถึงมีภาวะเครียด [สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2558] มีลักษณะเป็นโรคที่รักษาไม่หาย การรักษาเป็นเพียงการพยุงไม่ให้มีการสูญเสียการทำงานของร่างกายมากขึ้น [อดุลย์ บัณชุกุล, 2558] หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ทำให้เกิดความพิการและตายก่อนวัยอันควร [สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2557]

ประเภทโรคในกลุ่มโรคเรื้อรัง

จากการเก็บบันทึกทางสถิติ อัตราการตายตามกลุ่มโรคจากสำนักรับนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557 เรียงลำดับดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง
2. โรคเบาหวาน
3. โรคหลอดเลือดสมอง
4. โรคหัวใจและหลอดเลือด
5. โรคมะเร็งตับ
6. โรคมะเร็งมดลูก
7. โรคมะเร็งเต้านม
8. โรคมะเร็งปอด
9. โรคหลอดเลือดอักเสบ/ถุงลมโป่งพอง
10. โรคหืด
11. โรคไตวาย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้อ้างถึงกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงสุด 6 โรคในประเทศไทย ได้แก่

1. โรคเบาหวาน
2. โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ
3. โรคถุงลมโป่งพอง
4. โรคมะเร็ง
5. โรคความดันโลหิตสูง



การบริหารบาททางเภสัชกรรม

คำจำกัดความ/นิยาม

การบริหารบาททางเภสัชกรรม หมายถึง ความรับผิดชอบของเภสัชกรต่อการใช้ยาเพื่อรักษาโรค โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น เภสัชกรจึงควรมีบทบาทโดยตรงในการวินิจฉัยทางเภสัชกรรมเพื่อค้นหา แก้ไข และป้องกันปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยในแต่ละราย

การบริหารบาททางเภสัชกรรม เป็นปรัชญาของการปฏิบัติงานทางวิชาชีพเภสัชกรรมที่เปลี่ยนจากการเน้นการบริการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ พัฒนาเป็นการให้บริการต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยาที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ดังนั้น กระบวนการบริการจึงจำเป็นต้องปฏิบัติร่วมกับบุคลากรวิชาชีพอื่นที่มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยด้วย ไม่ว่าจะเป็นการวางแผนการรักษา การปฏิบัติจริง ตลอดจนการตรวจติดตามประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษาได้ประสิทธิผลตามที่ต้องการ เภสัชกรมีบทบาทอย่างเด่นชัด ดังนี้ [เฉลิมศรี, 2539]

1. ภารกิจเกี่ยวกับยา (medication – related role)

ผู้ป่วยควรได้รับยาอย่างเหมาะสม โดยเภสัชกรควรมีบทบาทในการดูแลยาชนิดนั้นเหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้นหรือไม่ ในกรณีที่ยาชนิดนั้นเหมาะสมแล้วจำเป็นต้องดูแลรูปแบบ ขนาด วิธีใช้นั้นว่าเหมาะสมกับผู้ป่วยเพียงไร รวมถึงต้องติดตามดูผลการรักษาว่าบรรลุตามเป้าหมายของการรักษาหรือไม่ เมื่อจ่ายยาให้กับผู้ป่วย เภสัชกรจำเป็นต้องให้ข้อมูลของยาชนิดนั้น พร้อมให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างถูกต้อง (drug counseling)

2. การบริการ (care)

ภารกิจเภสัชกร คือ ต้องดูแลผู้ป่วยให้มีความเป็นอยู่ที่ดี เพื่อให้การบริหารบาททางเภสัชกรรมได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ เภสัชกรควรมีบทบาทร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขอื่น ในการวางแผน (designing) การปฏิบัติ (implementing) การติดตามผล (monitoring) การใช้ยาสำหรับผู้ป่วยทุกราย เพื่อให้ผลการรักษาที่ถูกต้อง ได้ผล ปลอดภัยและก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

3. การรักษา (outcome)

การใช้ยาของผู้ป่วยต้องบรรลุถึงวัตถุประสงค์ คือ ดูผลการรักษาที่ถูกต้อง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของการรักษา ได้แก่ ผู้ป่วยให้หายจากโรค ลดหรือบรรเทาอาการของผู้ป่วย หยุดหรือชะลอการดำเนินไปของโรค และป้องกันโรคหรือการกลับเป็นซ้ำ

เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของการรักษาดังกล่าว เภสัชกรมีหน้าที่ 3 ประการดังนี้ [Strand et al., 1990 และวิวิธวรรณ, 2541]

- 1) ค้นหาปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้ยา (Identifying potential and actual drug related problems)
- 2) แก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (Resolving actual drug related problems)
- 3) ป้องกันปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้ยา (Preventing potential drug related problems)



4. ความรับผิดชอบ (responsibility)

เภสัชกรเป็นผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวเนื่องกับชีวิตผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องมีความรับผิดชอบทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและวิชาชีพ ต้องมีคุณธรรมและสร้างควมไว้วางใจรวมถึงความศรัทธาของผู้ป่วย

ปัญหาการใช้ยา

คำจำกัดความ/นิยาม

ปัญหาจากการใช้ยา หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเป็นผลเนื่องจากการรักษาด้วยยาและเป็นเหตุการณ์ทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือมีโอกาสเกิดขึ้น ซึ่งจะรบกวนหรือส่งผลต่อผลการรักษาที่ต้องการ [Strand et al., 1990 และเฉลิมศรี, 2539]

การวินิจฉัยปัญหาจากการใช้ยาจะต้องมีเงื่อนไขอย่างน้อย 2 ประการ

1. ผู้ป่วยจะต้องเกิดหรือมีโอกาสที่เกิดเหตุการณ์ โดยเหตุการณ์นั้นหมายถึงโรค อาการแสดงของโรค หรือความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกาย
2. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต้องสามารถพิสูจน์ได้หรือสงสัยว่ามีความเกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยา

การใช้ยารักษาผู้ป่วยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรค ลดหรือบรรเทาอาการ หยุดหรือชะลอภาวะของโรค ป้องกันโรคหรืออาการต่างๆ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การรักษาผู้ป่วยจะต้องเน้นการมีประสิทธิภาพและปลอดภัย แต่การใช้ยาบางครั้งอาจเกิดปัญหาจากยาหรือการรักษาที่ล้มเหลว ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหรืออาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา [Jaber et al., 1996, Hepler and Grainer-Rousseau., 1995 และ Schneider et al., 1995]

การแบ่งประเภทของปัญหาจากการใช้ยา

การแบ่งประเภทของปัญหาจากการใช้ยาสามารถแบ่งได้หลายรูปแบบ โดยทุกรูปแบบจะมีหลักการคล้ายคลึงกัน การจัดประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยาตามแบบของ Strand ซึ่งแบ่งปัญหาที่เกี่ยวกับยาออกเป็น 8 ประเภท [Strand et al., 1990 และเฉลิมศรี, 2539] ดังนี้

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาต่างๆที่ควรจะได้รับ (untreated indication)

เป็นอาการที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาในการรักษาแต่แพทย์ไม่ได้สั่งจ่ายให้ ยกตัวอย่างเช่น

- ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันไขรูมาติก แต่แพทย์ไม่สั่งจ่าย
- กรณีผู้ป่วยได้รับ diglalis และเกิดภาวะโพแทสเซียมต่ำ แต่แพทย์ไม่ได้สั่งจ่ายเกลือโพแทสเซียมให้แก่ผู้ป่วย
- กรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยารักษาต่อเนื่อง เช่น โรคเรื้อรังต่างๆ (โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด เป็นต้น) แต่แพทย์ไม่ได้สั่งจ่าย
- ผู้ป่วยควรได้รับยาหลายขนานพร้อมกันแต่แพทย์ไม่ได้สั่งจ่าย เช่น การรักษาวัณโรคจำเป็นต้องได้รับยาหลายขนานร่วมกันเพื่อป้องกันการดื้อยา



- ผู้ป่วยที่ต้องได้รับเคมีบำบัดในการรักษามะเร็ง ต้องใช้เคมีบำบัดร่วมกันหลายชนิด เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งดีกว่าที่จะใช้เคมีบำบัดเพียงตัวเดียว

2. การใช้ยาไม่เหมาะสม (improper drug selection)

เป็นการเลือกใช้อย่างไม่ถูกต้อง (improper drug use) ซึ่งได้แก่กรณีต่อไปนี้

- การใช้ยาที่ไม่มีประสิทธิภาพ
- การใช้ยาที่เลิกใช้ไปนานแล้ว
- การใช้ยาแล้วทำให้ผู้ใช้เกิดการแพ้ยา
- การใช้ยาที่ห้ามใช้ในผู้ป่วยบางราย
- การใช้ยาที่มีประสิทธิภาพเท่ากันแต่ราคาแพงกว่า
- การให้ยาผู้ป่วยหลายชนิดโดยไม่จำเป็น เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องเอนไซม์ G-6-PD และได้รับยากลุ่มซัลโฟนาไมด์ หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคแผลในระบบทางเดินอาหาร และยังใช้ยาแอสไพรินขนาดสูงเพื่อบรรเทาอาการปวดข้อ

3. ผู้ป่วยได้รับยาน้อยเกินไป (too little of the correct drug)

ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะได้รับในขนาดที่น้อยเกินไป ทำให้ผลในการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร เช่น การรักษาโรคติดเชื้อ ถ้าได้รับยาต้านจุลชีพในขนาดต่ำกว่าระดับที่จะมีผลในการฆ่าเชื้อ จะไม่อาจรักษาอาการติดเชื้อให้หายได้ การให้ยาจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนให้ถูกโรค ถูกคน ถูกขนาด และถูกวิธี เช่น

- การใช้ยาที่ออกฤทธิ์เพิ่ม เพื่อต้องการให้ผู้ใช้ยาสะดวก คือ ใช้วันละ 1 ครั้ง แต่ถ้าผู้ใช้ยาในรูปแบบธรรมดา หากให้วันละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยก็จะได้รับยาน้อยกว่าที่สมควรได้รับ
- การเปลี่ยนจากยาฉีดมาเป็นยารับประทาน แต่ยังคงให้ขนาดเท่ายาฉีด
- การให้ยาที่มี bioavailability ต่ำ การเปลี่ยนยาโดยไม่ได้คำนวณความสมดุล เช่น เดิมใช้ theophylline จะเปลี่ยนมาใช้ aminophylline แต่ให้ขนาดเท่าเดิมก็อาจทำให้ได้ยาน้อยลง

4. ผู้ป่วยได้รับยามากเกินไป (too much of the correct drug)

ผู้ป่วยได้รับยามากเกินกว่าที่สมควรได้รับ ยกตัวอย่างเช่น

- การเปลี่ยนวิธีการให้ยา จากการให้ยาทางปากเป็นให้ทางหลอดเลือด แต่ยังคงให้ขนาดเท่าเดิม
- การให้ยาทางหลอดเลือด แต่ให้อัตราเร็วเกินไป
- การให้ยาทางปาก แต่วันระยะห่างของการให้ยาไม่ถูกต้อง เช่น ให้ยาความถี่สูง เป็นต้น

5. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reactions)

ผู้ป่วยได้รับยาแล้วเกิดหรืออาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา สามารถแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

Type A และ Type B

- Type A หมายถึง อาการข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา แต่มักไม่เป็นอันตรายและมักแก้ไขได้โดยการลดขนาดยาหรือวิธีการอื่นที่ใกล้เคียง เภสัชกรสามารถคาดการณ์และป้องกันได้
- Type B หมายถึง อาการข้างเคียงที่เกิด โดยไม่ขึ้นกับฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา แต่จะแตกต่างกันไป "ในแต่ละบุคคล มักไม่สัมพันธ์กับขนาดยา พบได้น้อย แต่เมื่อเกิดขึ้นมักเป็นอาการที่รุนแรง



จำเป็นต้องหยุดยาทันทีและให้การรักษาบรรเทาอาการ เกสซ์กรไม่อาจทำนายการเกิดและป้องกันไม่ได้ ดังนั้นเกสซ์กรจึงมีหน้าที่ลดหรือกำจัดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เพื่อให้ได้ผลการรักษาตามต้องการ และติดตามเฝ้าระวังการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ

6. ปฏิกริยาที่เกิดจากยากับยา ยากับอาหาร และยากับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (drug interactions)

- ยากับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น วิตามินซีจะรบกวนการตรวจน้ำตาลกลูโคสในปัสสาวะ
- ยากับยา เช่น carbamazepine และ rifampicin เป็น enzyme inducer หากให้พร้อมกับยา warfarin จะทำให้ยา warfarin ถูกทำลายโดย enzyme ในตับเร็วขึ้น มีผลทำให้ prothrombin time ช้าลงหรือนานขึ้น

7. ปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามสั่ง (patient not receiving the prescribed drug, non-compliance)

ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามคำสั่งของแพทย์ โดยอาจไม่เข้าใจวิธีใช้ยาที่ถูกต้อง ไม่ทราบหรือไม่เห็นความสำคัญของการรักษา ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่ได้รับยาหลายขนาน และมีวิธีการใช้แตกต่างกันทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจำได้ ฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่เอื้ออำนวยหรือไม่มีผู้ดูแล ราคายาแพง จึงต้องใช้วิธีการรักษาอื่นทดแทน รวมถึงไม่สามารถมารับยาหรือมาพบแพทย์ตามนัดได้ ดังนั้น เกสซ์กรควรวิเคราะห์หาปัจจัยต่างๆ เพื่อหาสาเหตุและแก้ไขปัญหาให้สำเร็จ

8. ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาที่ไม่ได้พิสูจน์ว่าใช้ได้ (no valid medical indication)

มักเกิดบ่อยครั้งและมักถูกละเลย อาจเกิดจากผู้ป่วยซื้อยามาใช้เองโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์หรือมีการนำมาใช้ในทางที่ผิด เช่น ยาเสพติดให้โทษต่างๆ การนำฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาอย่างหนึ่งมาใช้ในวัตถุประสงค์อีกอย่างหนึ่ง ซึ่งไม่มีข้อมูลทางวิชาการว่าใช้ได้ เช่น นำยา thyroxin โดยหวังผลการเพิ่มอัตราการเผาผลาญของร่างกายหรือนำยา ephedrine ซึ่งเป็นยาขยายหลอดลม แต่กลับนำมาใช้เป็นยาแก้ง่วง เป็นต้น

การฝึกสติ

คำจำกัดความ/นิยาม

สติ คือคำบาลีในพระพุทธศาสนา หมายถึง ความระลึกได้หรือความตระหนักในอารมณ์ ในสิ่งที่จิตยึดเหนี่ยวหรือรับรู้ อย่างแนบชิด ติดตามอย่างทั่วถ้วน ในขณะเดียวกันขณะปัจจุบัน สติไม่ได้ทำงานตามลำพังแต่จะทำงานควบคู่ไปกับสัมปชัญญะ คือ ความเข้าใจอย่างแจ่มชัด หรือควบคู่ไปกับปัญญา คือ ความรอบรู้ในสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง [จำลอง ดิษยวณิช, 2014] ในพระพุทธศาสนา สติเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการปฏิบัติ เป็นเหตุและปัจจัยในการบรรลุถึงจุดหมายในการดับทุกข์ โดยมีหน้าที่หนึ่งเดียวคือการระลึกรู้เท่าทันจิตในขณะนั้น และส่งผลต่อให้ปัญญารู้หน้าที่ต่อไป



การฝึกสติตามหลักพระพุทธศาสนา

การฝึกสติ ในทางพระพุทธศาสนาใช้คำว่า “การเจริญ” หรือ “ภาวนา” ซึ่งหมายถึง การฝึกฝน ให้เป็น การทำให้มีขึ้น ทำให้เกิดขึ้นบ่อยๆ ทำให้เติบโตและเจริญเพิ่มพูนมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นการลงมือปฏิบัติตาม มรรควิธี (ทางแห่งการดับทุกข์) เพื่อกำจัดเหตุแห่งทุกข์ [พระพรหมคุณาภรณ์(ป.อ. ปยุตโต), 2549]

หลักธรรมข้อหนึ่งในพระพุทธศาสนา คือ การทำจิตใจให้บริสุทธิ์ โดยปกติจิตมนุษย์เมื่อ แรกเริ่มนั้นบริสุทธิ์ดุจผ้าขาวสะอาด ต่อมาจึงเกรอะกรัง สกปรกไปด้วยกิเลส คือ โลภะ โทสะ โมหะ อันเป็นสิ่งที่ ทำให้จิตเศร้าหมอง ผลักดันให้มนุษย์นั้นกระทำชั่ว ดังนั้นมนุษย์จึงต้องหมั่นชำระจิตให้กิเลสเบาบางหรือหมด ไป เมื่อจิตบริสุทธิ์แล้วย่อมมองเห็นธรรมและทำแต่ความดี การฝึกสติหรือการเจริญสติในพระพุทธศาสนา มีวิธี หรือแนวทางปฏิบัติ เรียกว่า การเจริญกรรมฐาน หรือกัมมัฏฐาน หมายถึง แนวทางในการฝึกฝนอบรมพัฒนา จิต มี 2 ประเภท คือ การเจริญสมถกรรมฐาน และการเจริญวิปัสสนากรรมฐาน

1. สมถกรรมฐาน (Concentration meditation) เป็นการฝึกอบรมจิตให้เกิดความสงบ จนตั้งมั่น เป็นสมาธิได้ในระดับต่างๆ โดยมีหลักการคือ กำหนดใจไว้กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ให้แน่วแน่จนจิตโน้มดิ่งอยู่ในสิ่งนั้น สิ่งเดียว [พระพรหมคุณาภรณ์(ป.อ. ปยุตโต), 2549] วิธีการเช่นนี้ไม่สามารถกำจัดกิเลสได้อย่างถาวร ทำได้เพียง คุมกิเลสไว้ในสมาธิ เมื่อออกจากสมาธิหรือความสงบ กิเลสยังคงอยู่ดังเดิมหรือแสดงออกมากกว่าเดิม วิธีนี้จึง ทำให้เกิดความสงบเพียงเท่านั้น

2. วิปัสสนากรรมฐาน (Insight meditation) เป็นการฝึกอบรมจิตให้มีสติ สัมผัสปัญญาจนเกิด ปัญญารู้แจ้ง เห็นในสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง สมาธิอาจไม่สงบนิ่งเท่าสมถกรรมฐาน แต่เกิดปัญญาและมีสติกำกับในทุกขณะ ติดตามรู้ตัวตลอดเวลา ในทุกอิริยาบถ ยืน เดิน นั่ง นอน ฯลฯ การเจริญวิปัสสนา กรรมฐานหลักๆ ปฏิบัติตามแนวมหาสติปัฏฐาน 4

ความหมายและองค์ประกอบของการเจริญสติปัฏฐาน 4 [ทรัพย์ชู มหาวิโร. 2554]

สติปัฏฐาน 4 หมายถึง ที่ตั้งของสติ เป็นฐานในการกำหนดรู้ ระลึกรู้ของสติ 4 อย่างหรือในรูปนามทั้ง 4 ได้แก่ กาย เวทนา จิต และธรรม ดังนั้นการเจริญสติปัฏฐาน จึงเป็นการใช้สติหรือนำจิตไปกำหนดรู้ กาย เวทนา จิตและสภาวธรรม หรือกำหนดรู้ในทุกอิริยาบถ อารมณ์ที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน เพื่อพิจารณาให้รู้ แจ้งในรูปนามตามความเป็นจริง

องค์ประกอบของการเจริญสติปัฏฐาน ได้แก่

1. กายานุปัสสนาสติปัฏฐาน คือ การใช้สติกำหนดพิจารณากาย ให้รู้เห็นตามความเป็นจริงว่ากายนี้เป็น อย่างไร เป็นแต่เพียงกาย มิใช่บุคคล โดยมีวิธีปฏิบัติแยกย่อย เป็น 6 หมวด ดังนี้
 - 1.1. การมีสติระลึกรู้ในลมหายใจเข้า-ออก (อานาปานสติ)
 - 1.2. การมีสติระลึกรู้ในการเคลื่อนไหวของร่างกายในอิริยาบถหลัก ๆ เช่น ยืน เดิน นั่ง นอน (อิริยาบถ)
 - 1.3. การมีสติระลึกรู้ในการเคลื่อนไหวของร่างกายในอิริยาบถย่อย ๆ มีความรู้สึกตัวในทุกขณะ เช่น การเหยียดตัว การคู้เข้า การเหยียดออก การเคี้ยว การกระพริบตา การดื่ม การพูด ซึ่งเป็นการ เจริญสติที่ละเอียดกว่าอิริยาบถหลักๆ (สัมปชัญญะ)



- 1.4. การมีสติระลึกรู้ในการพิจารณาอย่างลึกซึ้งว่าร่างกายนี้เต็มไปด้วยสิ่งปฏิกูล มีของไม่สะอาดอยู่มากมาย โดยพิจารณาเป็นส่วนๆ ที่ประกอบเป็นร่างกาย เพื่อลดความยึดมั่นหลงใหลในความสวยงามของร่างกายนี้ (ปฏิกูลมนสิการ)
- 1.5. การมีสติระลึกรู้ในการพิจารณาร่างกายเป็นเพียงธาตุ 4 ได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ มาประกอบกันเท่านั้น มีความไม่คงที่ หนอยู่ในสภาพเดิมไม่ได้ ไม่มีเจ้าของ บังคับไม่ได้ เป็นไปตามเหตุปัจจัย (ธาตุมนสิการ)
- 1.6. การมีสติระลึกรู้ในการพิจารณาซากศพ 9 ลักษณะ แล้วน้อมนำมาพิจารณาในร่างกายของตน (นวสีริกา)

2. เวทนานุปัสสนาสติปัฏฐาน คือ การใช้สติพิจารณาเวทนา คือ รับรู้ตามธรรมชาติของความ รู้สึกต่างๆ โดยไม่ไปเกี่ยวข้อง รับรู้และปล่อยวาง มองเห็นการเกิดและดับลงไปของความ รู้สึก ไม่ยึดถือในอารมณ์และความรู้สึกเหล่านั้น (ทุกข์ สุข เฉยๆ)

3. จิตตานุปัสสนาสติปัฏฐาน คือ การมีสติระลึกรู้ในการพิจารณาสภาวะจิตที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน เห็นเป็นเพียงจิต ที่มีอารมณ์ตามสภาวะต่างๆ เช่น โลก โกรธ หลง หตู่ ฟุ้งซ่าน ฯลฯ โดยไม่เข้าไปเกี่ยวข้อง ไม่ไปยึดหรือแสดงร่วมกับจิต สังเกตการณ์เกิดและดับลงไปของสภาวะจิต

4. อัมมานุปัสสนาสติปัฏฐาน คือ การมีสติระลึกรู้ในสภาวะธรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในจิตและภายนอกจิต โดยตระหนักรู้ว่าเป็นเพียงสภาวะธรรมที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ไม่เข้าไปข้องเกี่ยว สังเกตการณ์เกิดและดับลงไปของสภาวะธรรมเหล่านั้น ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 หมวด ได้แก่ นิวรณ์ 5, ชันธ 5, อายุตนะ 12, โพชฌงค์ 7, สัจจะ 4

วิธีการฝึกสติตามแนวสติปัฏฐาน 4 ในพระพุทธศาสนาเบื้องต้นจะแนะนำการปฏิบัติหลักๆ ได้แก่ การเดินจงกรม การยืนสมาธิและการนั่งสมาธิ

สติในแนวคิดของวิทยาศาสตร์และการแพทย์

ในปัจจุบันการรักษาโรคซึมเศร้ามักเน้นที่การใช้ยาเป็นหลัก แต่เมื่อไม่นานมานี้ได้มีการนำการฝึกสติมาประยุกต์ใช้ในทางการแพทย์หรือจิตวิทยามากขึ้น ซึ่งมีการพัฒนาการรักษาในแวดวงจิตแพทย์และนักจิตบำบัด ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 2 มุมมองใหญ่ๆ ได้แก่ Analytic view และ cognitive view

1. **Analytic view** เป็นมุมมองการวิเคราะห์ ทฤษฎีที่มีต่อสติหรือจิต ของนักจิตวิทยาในยุคก่อน เช่น Sigmund Freud, Alexander Franz, Carl Jung และ Eric Form เป็นต้น

2. **Cognitive view** คือมุมมองที่อาศัยความเข้าใจที่มีต่อสติ โดยมีการพัฒนาและความหลากหลาย ดังนี้

2.1. Mindfulness-based stress reduction (MBSR)

Jon Kabat Zinn, ศาสตราจารย์มหาวิทยาลัย Massachusetts เป็นผู้พัฒนาโปรแกรมจิต



บำบัดนี้ ในปีค.ศ.1979 ซึ่งต่อมาได้จัดตั้งเป็นศูนย์เจริญสติทางการแพทย์ มีมูลฐานจากคำสอนทางจิตวิญญาณ แต่ตัวโปรแกรมบำบัดไม่มีเรื่องเกี่ยวกับศาสนา

หลักการของ MBSR

MBSR เน้นการเจริญสติเป็นพื้นฐานผสมกับการตระหนักรู้ทางร่างกาย โดยใช้หลักการการรับรู้กับปัจจุบันขณะ ความตระหนักรู้จากขณะหนึ่งไปสู่อีกขณะหนึ่งโดยไม่ตัดสิน มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถตอบสนองกับความเครียดในชีวิตได้อย่างมีสติมากกว่าตอบสนองต่อความเครียดแบบอัตโนมัติ (พลัทท์ โล่เสถียรกิจ,2551) ซึ่งทำให้ลดความเครียดและความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ โดยมีการสอนเทคนิค 3 อย่าง คือ การเจริญสติ การไล่ความรู้สึกทางกายและทำโยคะอย่างง่าย

รูปแบบของการทำ MBSR

รูปแบบในการฝึก MBSR จะเป็นรูปแบบกลุ่ม โดยใช้เวลา 8 สัปดาห์ มีการประชุมสัปดาห์ละครั้ง นาน 2 ชม. และมีปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 1 วัน นาน 6 ชม. ในระหว่างสัปดาห์ที่ 6-7 และผู้ป่วยจะได้รับการบ้าน คือการฝึกสมาธิทุกวัน นาน 45 นาที/วัน และฝึกสติ 15 นาที/วัน

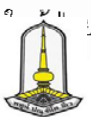
วิธีการฝึกจะเน้นการเจริญสติในชีวิตประจำวัน การฝึกเจริญสติในอิริยาบถต่างๆ ในการยืน เดิน นั่ง นอน การฝึกโยคะ การรับประทานอาหาร อาบน้ำ หรือทำกิจกรรมต่างๆ เช่น เมื่ออยู่ในอิริยาบถนั้นก็กำหนดที่หน้าท้อง ดูอาการพองยุบของหน้าท้อง รักษาจิตให้อยู่กับปัจจุบันขณะและทำด้วยความวางเฉย (Bare Attention) ไม่เข้าไปจัดการกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นทางกายและใจให้เป็นไปตามความต้องการของตน โดยเน้นสอนให้ผู้ป่วยกำหนดรู้อาการปวดหรือความเครียดที่เกิดขึ้นแล้ววางเฉยกับความรู้สึกนั้นๆ (Nonjudgemental moment-to-moment awareness)

กิจกรรมหลักๆ ในการฝึก MBSR ได้แก่

- การฝึกสติโดยการพิจารณาลูกเกต (พิจารณาการมองเห็น การสัมผัส การเคี้ยว โดยทำอย่างช้าๆ เพื่อสัมผัสความคิดที่เกิดขึ้น)
 - การฝึก body scan (คือการนั่งหรือนอนเอนท่าที่สบาย สังเกตร่างกายที่ละส่วน ตั้งแต่เท้าไปจนถึงศีรษะ)
 - การนั่งสมาธิ (การสังเกตลมหายใจเข้าออก)
 - การฝึกโยคะ (รับรู้ส่วนต่างๆของร่างกายระหว่างการเคลื่อนไหว)
 - การเดินจงกรม
 - การสนทนาเรื่องการปฏิบัติ (ประสบการณ์ที่ได้รับ ปัญหาอุปสรรค ธรรมชาติของสิ่งที่เกิดขึ้น)
- การใช้โคลงกลอนหรือนิทานที่สัมพันธ์กับการฝึกสติ

2.2 Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)

Zindel Segal, Mark Williams and John Teasdale และคณะ ได้ประยุกต์โปรแกรม MBSR เข้ากับการบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy (CBT) ในปี ค.ศ. 2000 จัดตั้งโปรแกรมจิตบำบัดรูปแบบใหม่ที่มีชื่อว่า Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) โดยมุ่งเน้นเพื่อบำบัดภาวะซึมเศร้า



หลักการของ MBCT

MBCT มีรากฐานของการบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) และเพิ่มความมีสติและการฝึกสติในชีวิตประจำวันหรือระหว่างวัน มีกลยุทธ์โดยเน้นการยอมรับความรู้สึกนึกคิด แต่ไม่เข้าไปยึดหรือทำปฏิกิริยา ไม่ปรับเปลี่ยนความคิดนั้นๆ เป็นกระบวนการลดปฏิกิริยาต่อสิ่งเร้าที่กำลังปรากฏ ทำให้ผู้ป่วยยอมรับความคิดเชิงลบ สังเกตเห็นการโต้ตอบหรือกระตุ้นจากสิ่งเร้าที่กำลังเป็นไปโดยไม่มีการตัดสิน และตระหนักรู้ว่าความคิดในแง่ลบ เป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดอารมณ์เศร้ากลับมาเป็นซ้ำ กระบวนการที่เน้นให้ผู้ป่วยเป็นเพียงผู้สังเกตความคิด จึงสามารถแยกได้ว่า ความคิดกับตัวผู้ป่วยนั้นไม่ใช่สิ่งเดียวกัน (Decentering) ทำให้เกิดกลไก (Mechanism) ที่สำคัญ ที่ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เรียกว่า Metacognition หรือ Metacognitive Awareness (ความสำนึกถึงความคิด)

ดังนั้น หลักการของ MBCT คือ การฝึกสติรับรู้ความคิดและความรู้สึกเชิงลบที่เกิดขึ้น แต่ไม่ปรับเปลี่ยนความคิด ยึดติดหรือตัดสิน และรับรู้ความจริงว่าความคิดนั้นเกิดขึ้นแล้วจะดับไป [พลภัทร์ โสเสถียรกิจ.2554]

แนวคิดหลักของ MBCT [รัสตาพร สันติวงษ์. 2550]

Zindel Segal, Mark Williams and Joan Teasdale ได้อธิบายรูปแบบการทำงานของจิตของบุคคลเมื่อประสบกับสถานการณ์ใดๆ ว่ามี 2 รูปแบบ คือ Doing mode และ Being mode

1. **Doing mode** เป็นรูปแบบการตอบสนองโดยอัตโนมัติ โดยทั่วไปบุคคลจะพยายามลดช่องว่างหรือความไม่สอดคล้องกัน ระหว่างสถานการณ์จริง/สิ่งที่เกิดขึ้นจริง กับการรับรู้ตามสถานการณ์ตามที่บุคคลคิดว่าควรจะเป็น น่าจะเป็น อยากให้เป็น ซึ่งได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ในอดีตและความคาดหวังในอนาคต กระบวนการนั้นมักเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ และความไม่สอดคล้องก็ยังคงอยู่ ไม่มีการลดช่องว่างความไม่สอดคล้องลง ทำให้เกิดความคิดที่วนเวียนอยู่กับความไม่สอดคล้องดังกล่าว เมื่อพบกับสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งเคยรับรู้แนวโน้มที่จะรับรู้อย่างอัตโนมัติ ที่นำไปสู่ความคิดลบหรือความรู้สึกที่ไม่ดีตามมา

2. **Being mode** เป็นการยอมรับสถานการณ์อย่างที่เป็น โดยไม่มีความกดดันที่จะปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ มีความตระหนักรู้ถึงปัจจุบันขณะ และเปิดรับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น โดยไม่พยายามทำอะไรทั้งนั้น จึงสรุปได้ว่า Being mode คือการทำด้วยความตระหนักรู้ หรือมีสติ ส่วน Doing mode คือปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติ ที่เชื่อมโยงกับการเกิดความคิดในแง่ลบ ทำให้เกิดปัญหาทางจิตตามมาได้

รูปแบบของการทำ MBCT

MBCT มุ่งเน้นฝึกให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในอารมณ์และความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นในแต่ละขณะ เพื่อเปลี่ยนวิธีการที่จิตเคยตอบสนองต่อสิ่งเร้าจากเดิมที่เคยตอบสนองแบบอัตโนมัติ ตามความเคยชิน เป็นการระลึกรู้ถึงสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นและการเลือกการตอบสนองที่ร่างกายและจิตใจที่มีต่อสิ่งเร้านั้นอย่างมีสติ โดยไม่เน้นการเปลี่ยนความคิดหรือความเชื่อที่มีต่อความคิดนั้น [ดุขฎฐิ จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ, 2558]

ในการศึกษาของโอ แอฟเวอร์ เด และฮอร์ดตันดัช [รัสตาพร สันติวงษ์. 2550] ได้อธิบายขั้นตอนของโปรแกรม MBCT มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนแรก การพบกันของผู้บำบัดและผู้ป่วยในช่วงต้นๆ เป็นการสอนผู้ป่วยให้รู้จักกับความคิดหรือ



การตอบสนองอัตโนมัติต่อความคิด (Doing mode) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจกลไกการทำงานของจิตและความ เป็นไปที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่สอง จะเริ่มพัฒนาให้เกิดความตระหนักรู้หรือสติ (Being mode) โดยการฝึกสติอย่างเข้มข้น และให้เฟื่องสติมากขึ้นในชีวิตประจำวัน พิจารณาอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นและปฏิกิริยาที่ถูกกระตุ้นจากการ ทำงานอัตโนมัติของ doing mode ผู้ป่วยจะค่อยๆเรียนรู้ที่จะดึงตนเองออกจากความคิดและเข้าสู่สติแทน

ขั้นตอนสุดท้าย จะเป็นการสอนให้ผู้ป่วยได้บูรณาการความรู้และทักษะที่ได้ฝึกมานำมาใช้เพื่อให้อยู่ กับปัจจุบันอย่างปกติสุขควบคู่ไปกับการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าในอนาคตได้

กระบวนการทำ MBCT จะเน้นกระบวนการแทรกแซงแบบกลุ่ม โดยมีการเข้าชั้นเรียนหรือได้รับการ ฝึกสติ 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 ชม. ต่อสัปดาห์ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีการประเมินเบื้องต้นของผู้ป่วย และมีการฝึก นอกชั้นเรียนหรือได้รับเป็นการบ้านที่ต้องทำทุกวัน ผู้ป่วยอาจได้สื่อการฝึกสติ(เช่น แผ่นพับ เทป วิดีโอ ฯลฯ) เพื่อให้ไปฝึกสติที่บ้าน หรือฝึกระหว่างวัน การฝึกสติจะเน้นฝึกการรับรู้ตามการเคลื่อนไหวของร่างกายและการ รับรู้ความคิดที่เกิดขึ้น การบันทึกความคิดในแต่ละวัน การติดตามผลการทำ MBCT โดยติดตามหลังจากที่ ผู้ป่วยทำการฝึกสติในเดือนที่ 1, 2, 3 และ 4

ผลลัพธ์ของการทำ MBCT ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

1. การตระหนักรู้จะทำให้ผู้ป่วยสังเกตได้ทันถึงอารมณ์เปลี่ยนแปลงที่อันตราย
2. การตระหนักรู้จะควบคุมเรื่องของการครุ่นคิดคำนึงที่นำไปสู่ความอ่อนแอได้
3. ผู้ป่วยจะสามารถดึงความคิดของตนเองจากรูปแบบความคิดที่เป็นลักษณะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นโดย อัตโนมัติตามความเคยชินได้

มีการศึกษาพบว่า การบำบัดด้วยสติในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มที่ได้รับจิตบำบัดด้วยสติรวมกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าจะมีอาการซึมเศร้าหลงเหลือ น้อยกว่า [Kingston T et al., 2007 และ Britton WB et al., 2010] และมีภาวะซึมเศร้ามลดลง เข้าสู่ระยะ สงบมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว [Barnhofer T et al., 2009] นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ทำ MBCT ยังมีการนอนหลับที่ดีขึ้น [Britton WB et al., 2010] ซึ่งสัมพันธ์กับปริมาณการฝึกสติ ใน งานวิจัยแบบ meta-analysis พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป และได้รับจิตบำบัดด้วยสติ แบบ MBCT ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า มีอัตราการกลับเป็นซ้ำภายใน 1 ปี ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ ได้รับยาต้านเศร้าเพียงอย่างเดียว [Chiesa A et al., 2011] จากการศึกษา [Van A. JR et al. และ Stuart JE. et al. และ Johannes M. et al. ในปี 2015] ที่มีรูปแบบการทำ MBCT ทั้งหมด 1 ครั้ง/สัปดาห์ และฝึกสติทั้งหมด 8 ครั้ง พบว่าระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีระดับคุณภาพชีวิตและ คะแนนสติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [Van A. JR. et al., 2015 และ Chiesa A. et al., 2014] จึงเป็นที่ น่าสนใจว่าการทำ MBCT สามารถใช้บำบัดเพื่อรักษาหรือป้องกันการกลับเป็นซ้ำในภาวะซึมเศร้าได้



งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาของปราณี ศรีสงคราม ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ้านหมี่ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ้านหมี่ ระหว่างเดือนตุลาคม 2549 ถึงเดือนกันยายน 2550 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก จำนวน 363 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (IADL) แบบประเมินภาวะกระเพาะปัสสาวะไวเกิน แบบประเมินอาการของต่อมลูกหมาก (ฉบับนานาชาติ) (I-PSS) แบบทดสอบสมรรถภาพสองฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) และแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for Windows การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของอายุ เพศ สถานภาพสมรส การใช้ชีวิตในครอบครัว ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว การประเมินสุขภาพตนเอง การหกล้ม การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย โดยใช้ไคสแควร์ (chi-square test) ผลการวิจัยพบว่า 1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ้านหมี่ ร้อยละ 13.8 (ชายร้อยละ 3.3 หญิงร้อยละ 10.5) พบในกลุ่มอายุผู้สูงอายุตอนต้นมากที่สุดร้อยละ 6.6 รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลาง ร้อยละ 5.5 และผู้สูงอายุตอนปลายร้อยละ 1.7 ตามลำดับ จำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าอย่างเดีย্বর้อยละ 12.9 (ชายร้อยละ 3.03 หญิงร้อยละ 9.92) และภาวะซึมเศร้าร่วมกับภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 0.8 (ชายร้อยละ 0.27 หญิงร้อยละ 0.55) 2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านหมี่ ได้แก่ สถานภาพสมรส การใช้ชีวิตในครอบครัว ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย การประเมินสุขภาพตนเอง การหกล้ม การดื่มสุรา ภาวะปัสสาวะไวเกิน และอาการของต่อมลูกหมาก ซึ่งผลการวิจัยทำให้ทราบความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุและสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายรรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในอำเภอบ้านหมี่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป [ปราณี ศรีสงคราม, 2551]

จากการศึกษาของนพรัตน์ ไทยแท้ (2556) การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) เป็นการศึกษาเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน ศึกษาในประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลินอายุ 40 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 1,728 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) จำนวน 276 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า KKU-DI ผลการศึกษา พบว่าสัดส่วนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน ร้อยละ 60.10 (166/110) และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ (OR = 2.25, 95%CI = 1.18 - 4.430) อายุ (OR = 2.24, 95%CI = 1.15 - 4.37) ระดับการศึกษา (OR = 0.27, 95%CI = 0.10 - 0.73) บุคคลในครอบครัวมีผู้ป่วยซึมเศร้า (วินิจฉัยจากแพทย์) (OR=0.05,95%CI =0.006-0.48) ระดับความขัดแย้งในครอบครัว (OR = 2.57, 95%CI = 1.43 - 4.60) ระดับสัมพันธ์ภาพในครอบครัว $\chi^2 = 3.72$, 95%CI = 1.17 - 11.81) [นพรัตน์ ไทยแท้, 2556]



นิตยา จรัสแสง ได้ทำการศึกษาระดับภาวะซิมเศรัในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคเอดส์และโรคเบาหวานที่มารับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในเดือนกันยายน 2554 ถึง มิถุนายน 2555 ในรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคเอดส์และโรคเบาหวาน ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 ที่มารับบริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในช่วงเดือนกันยายน 2554 - มิถุนายน 2555 จำนวน 283 ราย ใช้เครื่องมือ 1) แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย 2) แบบประเมิน KGU-DI ฉบับปรับปรุงที่สร้างและพัฒนาโดย สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาลและคณะ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังร้อยละ 42.05 มีภาวะซิมเศรั กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์มีภาวะซิมเศรัสูงสุทธ้อยละ 44.70 ผู้ป่วยโรคมะเร็งร้อยละ 43.30 และผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 39.60 ตามลำดับ แยกตามระดับความรุนแรงพบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์มีระดับคะแนนภาวะซิมเศรัอยู่ในระดับรุนแรงมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 14.11 รองลงมาเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งร้อยละ 6.18 และ ผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 1.98 ตามลำดับ จากข้อมูลที่ได้ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินภาวะซิมเศรั และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตลอดจนได้รับการประคับประคองด้านจิตใจและการส่งต่อกรณีจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากจิตแพทย์ [นิตยา จรัสแสง, 2555]

นภา พวงรอด ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซิมเศรัของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี โดยศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซิมเศรัของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรีและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซิมเศรัของผู้สูงอายุกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาในกลุ่มประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 412 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือประกอบ ด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2) แบบสำรวจภาวะซิมเศรั มีค่าความไว 82.14 % และ ค่าความจำเพาะ 97.56 % วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ คือ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ ค่าโคสแควร์ จากผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีภาวะซิมเศรัร้อยละ 15.3 เพศหญิงมีภาวะซิมเศรัมากกว่าเพศชาย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศรัของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัย ทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางจิตสังคม และ ปัจจัยทางชีวภาพ พบความชุกของภาวะซิมเศรัสูงในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่ง ปัจจัยที่ทำให้มีภาวะซิมเศรัในผู้สูงอายุสามารถนำมาใช้วางแผนและเป็นแนวทางแก้ปัญหาสุขภาพจิตและส่งเสริมป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ [นภา พวงรอด, 2558]

ศิริรัตน์ คุปดิวุฒิ ได้ทำการศึกษาเพื่อหาความชุกของภาวะ metabolic syndrome และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคซิมเศรั ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ในรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคซิมเศรัที่มารับ การรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ในระหว่างวันที่ 23 สิงหาคม ถึงวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2553 จำนวน 110 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบเอว วัดความดันโลหิต และเจาะเลือดเพื่อวัดระดับน้ำตาลและไขมัน triglyceride และ HDL ในเลือด การวินิจฉัยภาวะ metabolic syndrome ใช้เกณฑ์ของ International Diabetes Federation (IDF) criteria of metabolic syndrome วิเคราะห์ข้อมูลโดย หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยต่างๆ โดยใช้สถิติ t-test,



chi-square test และ Fisher's exact test ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช คิดเป็นร้อยละ 31.3 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ metabolic syndrome อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ คือ อาชีพ โรคเบาหวาน การกินยารักษาเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การกินยาลดความดันโลหิต ไขมันในเลือดสูง การกินยาลดไขมันในเลือด และอายุ [ศิริรัตน์ คุปต์วิวุฒิ, 2553]

พัชรภรณ์ ไชยสังข์ และคณะได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเมือง มีลักษณะเป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive cross-sectional study) เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทำนายของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน จากปัจจัยด้านประชากรและสังคมและปัจจัยด้านสถานะสุขภาพกาย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) ได้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจำนวน 256 คน ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในชุมชนแขวงลำผักชี เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร ทำการเก็บข้อมูลในช่วงพฤศจิกายน - ธันวาคม 2554 โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนส่วนใหญ่มีระดับสูง ร้อยละ 66.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.3 ปัจจัยในด้านสถานภาพสมรสคู่ สัมพันธภาพในครอบครัว ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง 5-10 ปี และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ($r = 0.259, 0.414, 0.131, 0.306$) ส่วนปัจจัยอายุ สถานภาพสมรสหม้าย และระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ($r = -0.181, -0.249, -0.284$) สรุปได้ว่าปัจจัยสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับความรุนแรงของโรคมีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมเล็กน้อยถึงปานกลาง เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต และระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง 5-10 ปี มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน และใช้พยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนได้ โดยมีประสิทธิภาพของการพยากรณ์ร้อยละ 25.7 [พัชรภรณ์ ไชยสังข์ และคณะ, 2556]

อิทธิพล พลเยี่ยม และคณะ ได้ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด โดยทำการศึกษาในรูปแบบภาคตัดขวาง เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด 580 ราย ทำการคัดเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน และใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q แบบภาษาไทยในการเก็บข้อมูล ผู้ที่ผ่านแบบสอบถาม 9Q ได้มากกว่า 7 คะแนน จำนวน 166 คนและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square ผลการศึกษาพบว่าความชุกในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 28.6 โดยในเพศหญิงพบค่าความชุกร้อยละ 32.7 และในเพศชายมีค่าความชุกร้อยละ 20.9 เมื่อแยกตามรายชอของแบบคัดกรอง 9Q พบผู้สูงอายุมักมีอาการเหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง ร้อยละ 73.6 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพหลังอายุ 60 ปี และความเพียงพอของรายได้ ($P < 0.05$) [อิทธิพล พลเยี่ยม และคณะ, 2014]

จักรภพ สวัสดิ์พาณิชย์ ได้ทำการศึกษาแบบ historical cohort study ถึงบทบาทของเภสัชกรประจำ



เภสัชกรสามารถค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาร้อยละ 60.90 และปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่พบมากที่สุดคือ การเกิดอันตรกิริยา รองลงมา คือ การไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ ร้อยละ 30.60 จากปัญหาที่พบเภสัชกรสามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากยาได้ร้อยละ 100 และผลการตอบสนองต่อการบริหารทางเภสัชกรรมเบื้องต้นของเภสัชกรได้รับการยอมรับจากแพทย์และผู้ป่วยร้อยละ 100 ซึ่งระดับความสำคัญทางคลินิก ข้อเสนอแนะจากเภสัชกรส่วนใหญ่มีระดับความสำคัญทางคลินิกอยู่ในระดับ 2 (ร้อยละ 38.80) และพบว่าระยะของโรคไตเรื้อรัง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ($p < 0.05$) ซึ่งจากการทำการศึกษานี้ได้ทำการจัดประเภทของปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาตามหลักของ Strand ประเมินปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ได้แก่ 1) ประเมินความรุนแรงของปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาตามหลักของ Schneider et al. 2) ประเมินปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยา ตามเกณฑ์ของ Naranjo 's algorithm 3) ประเมินปัญหาอันตรกิริยาของยา ตามเกณฑ์ของ Tatro DS., จากการศึกษาได้สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะและความรุนแรงของปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และการบริหารทางเภสัชกรรมเบื้องต้นสามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยได้ และได้รับการยอมรับจากทั้งแพทย์และผู้ป่วยเป็นอย่างดี แต่การวิจัยครั้งนี้ยังมีการศึกษาจำนวนน้อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่จำเป็นต้องได้รับยาร่วมกันหลายชนิดเพื่อแก้ไขปัญหาด้านต่างๆ ทั้งในการรักษาโรคที่เป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง โรคที่พบร่วม และภาวะแทรกซ้อนต่างๆทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้ยาได้สูง ดังนั้นเภสัชกรจึงควรมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยด้วยยาด้วยเช่นกัน [จักรภพ สวัสดิ์พาณิชย์, 2557]

วรรณคล เชื้อมงคล และคณะได้ทำการศึกษาวิจัยในเรื่องการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางหน้าท้อง ที่คลินิกบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลนนทบุรีรัตนราชธานี กรุงเทพมหานคร โดยพบว่าสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ ซึ่งผู้เข้าร่วมการศึกษามีจำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับเฉลี่ย 9 รายการ และประมาณครึ่งหนึ่งของผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด (ร้อยละ 51.67) เคยได้รับการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร เมื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยการนับเม็ดยาคงเหลือ พบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาหลังให้คำปรึกษาด้านยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อน: ร้อยละ 75.64 ± 15.19 ; หลัง: ร้อยละ 87.99 ± 9.36 ; $p < 0.001$) และเมื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยการสัมภาษณ์พบว่าความร่วมมือด้านการไม่ใช้นยาน้อยกว่าที่กำหนดเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับคำปรึกษาด้านยา (ก่อน : ร้อยละ 87.59 ± 13.56 ; หลัง : ร้อยละ 96.83 ± 5.28 ; $p < 0.001$) โดยความร่วมมือในการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นนี้จะมีผลช่วยทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งวิธีการศึกษาจะทำการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยใช้ 2 วิธีคือ วิธีนับเม็ดยาคงเหลือ ประกอบด้วย รายการยาที่ใช้ในปัจจุบันก่อนพบแพทย์ รายการยาที่ได้รับโดยระบุถึงจำนวนยาที่ได้รับ จำนวนยาที่ควรกิน จำนวนยาที่ควรเหลือ จำนวนยาที่กินจริง และจำนวนยาที่คงเหลือจริง และวิธีการสัมภาษณ์โดยแบ่งเป็นก่อนและหลังการได้รับคำปรึกษาด้านยา ซึ่งประกอบด้วยการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา 5 ประเภท คือ การไม่ใช้นยามากกว่าที่กำหนด การไม่ใช้นยาน้อยกว่าที่กำหนด การไม่ใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม การไม่ใช้ยาผิดเทคนิคของการบริหารหรือผิดวิธีทาง และการไม่ใช้ยาเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ [วรรณคล เชื้อมงคล และคณะ, 2557]

ธรัลหทัย วิริยะสิริสกุล และคณะ (2559) ได้ทำการเปรียบเทียบผลของการบริหารทางเภสัชกรรมกับบริการตามปกติในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทในเรื่องความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่ม



ที่มีกลุ่มควบคุม มีการเปรียบเทียบในด้านต่างๆ ได้แก่ 1) ความร่วมมือในการใช้ยา 2) ความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและยาที่ใช้รักษา 3) ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-V) การวิจัยนี้ใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และใช้แบบประเมินความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาตัดแปลงมาจากงานวิจัยของ สารุพร พุฒขาว ซึ่งมาการบริบาลทางเภสัชกรรม โดยการให้ความรู้เรื่องโรคและยา พร้อมทั้งให้เอกสารความรู้ร่วมกับการติดตามการรับระทานยาโดยการโทรศัพท์ จากผลการวิจัยพบว่าขณะแรกเริ่ม เพศ อายุ การมีผู้ดูแล ความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้เกี่ยวกับโรคและยา และปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นกลุ่มควบคุมลิ้มรับระทานยามากกว่ากลุ่มทดลอง เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p=0.109$) กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคและยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) เมื่อเปรียบเทียบภายในแต่ละกลุ่มตัวอย่างพบว่า อาการไม่พึงประสงค์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($p<0.001$ และ $p=0.002$ ตามลำดับ) สรุปได้ว่า การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทพร้อมกับการให้ความรู้และการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากยา พร้อมให้คู่มือและติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคและยา และลดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาบางประการได้ [จรัสหทัย วิริยะสิริสกุล และคณะ, 2559]

จิตรา เกณฑ์กระโทก และคณะ ได้ทำการศึกษาผลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภท และการให้ความรู้ด้านยาแก่ผู้ดูแล รูปแบบการศึกษาในเชิงทดลองแบบมีการสุ่ม แล้วแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (ให้บริบาลทางเภสัชกรรม) และ กลุ่มควบคุม (รับบริการตามปกติ) มีการติดตามผลเป็นระยะเวลา 1 เดือน โดยจะมีการเปรียบเทียบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug Related Problems ; DRPs) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม และประเมินต้นทุนการรักษที่ประหยัดได้ในกลุ่มทดลองหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา แบบประเมินความสัมพันธ์ของยาที่สงสัยกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคจิต แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคจิตและการดูแลปฏิบัติตัว แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนการรักษที่ประหยัดได้ (cost-saving) ผลการศึกษาหลังการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคจิต มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 91.0 และ ร้อยละ 78.4 : $p<0.01$) และพบปัญหา ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (15 ปัญหา และ 31 ปัญหา; $p=0.02$) คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคจิตและการดูแลปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (10.7 และ 9.4) ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (11.1 และ 9.6 ; $p<0.01$) และหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมพบว่าสามารถประหยัดต้นทุนการรักษได้เป็นจำนวนเงิน 50.16 ± 179.87 บาท จึงสรุปได้ว่าการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทและการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลช่วยเพิ่มความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคจิตของผู้ป่วย รวมถึงสามารถประหยัดต้นทุนการรักษได้ [จิตรา เกณฑ์กระโทก และคณะ, 2553]



สุริพร จัยชัยภูมิ ได้ทำการศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ร่วมกับศึกษาผลการให้การดูแลทางด้านจิตใจด้วยการวิปัสสนากรรมฐาน และศึกษาผลจากการบริหารทางเภสัชกรรมโดยให้ความรู้เรื่องโรค การใช้อา และ การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน รูปแบบการศึกษารูปแบบผสมระหว่าง experimental design เปรียบเทียบผลก่อน-หลัง ในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยมีคะแนน TGDs ตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป จำนวน 25 คน เข้าร่วมการทดลอง โดยแจกคู่มือเบาหวานและคู่มือฝึกวิปัสสนากรรมฐาน ทำการบริหารผู้ป่วยที่บ้าน 6 ครั้ง นัตวิปัสสนากรรมฐานที่วัด 5 ครั้ง ระหว่างทำการศึกษาจะมีการนัดสัมภาษณ์พูดคุยเป็นรายบุคคล เพื่อทำวิจัยเชิงคุณภาพ และประเมินผลการบริหารทางเภสัชกรรมโดยใช้แบบประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การใช้อา และการปฏิบัติตัว พบว่า ระดับคะแนนความรู้เรื่องโรค การใช้อา และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยสูงชันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จาก 15.64 ± 1.753 เป็น 19.00 ± 1.443 , $p < 0.001$) ประเมินผลการฝึกวิปัสสนากรรมฐานโดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุไทย TGDs พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความซึมเศร้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จาก 16.80 เป็น 13.16, $p < 0.001$) และผลจากการสัมภาษณ์พบว่า ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้อาส่วนมากคือ การไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับและการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (ร้อยละ 24) และวิถีชีวิตเป็นสาเหตุหลักของความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะส่วนใหญ่ เช่น ปัจจัยด้านสุขภาพ ครอบครัว [สุริพร จัยชัยภูมิ, 2552]

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ ได้ทำการศึกษาผลของการให้การบำบัดแนวพุทธธรรมแบบกลุ่มในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า โดยทำการวิจัยแบบ randomized controlled trial ในอาสาสมัครเลือกแบบเจาะจง (purposive sample) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีคะแนนจากแบบประเมิน 9Q มากกว่า 7 คะแนนขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่แผนกสุขภาพจิต โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 ราย กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มๆละ 6-7 ราย รับการบำบัดแนวพุทธธรรมโดยโปรแกรมบำบัดแบบปิด ทำครั้งละ 2 ชั่วโมงต่อหนึ่งสัปดาห์ รวม 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) กัลยาณมิตร พูดถึงความทุกข์ใจของตน 2) การค้นหาสาเหตุ สอนเรื่องการดับทุกข์ตามแนวพุทธธรรม 3) วางแผน แก้ไขปัญหา ฝึกปฏิบัติการเจริญสติ เข้าใจกฎธรรมชาติ 4) การสรุป เน้นให้ฝึกการเจริญสติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน วันละ 30 นาที ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ คือการให้สุขภาพจิตศึกษาและบำบัดโดยวิธีอื่น ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ตามปกติ จากนั้นประเมินผลก่อนและติดตามผล 2 ครั้ง ในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ระดับความมีสติ และความครุ่นคิด ซึ่งใช้สถิติแบบ Mann Whitney U test และค่าเฉลี่ย มัชฌิมฐาน ร้อยละ ในการนำเสนอข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนมัชฌิมฐานของคะแนนโรคซึมเศร้า ความครุ่นคิดน้อยกว่า และระดับการมีสติมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในการประเมินเดือนที่ 2 และ 3 งานวิจัยนี้จึงสรุปได้ว่าการบำบัดแนวพุทธธรรมแบบกลุ่มส่งเสริมการรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มจากการรักษาตามปกติได้ แต่อาจจะยังไม่ได้ผลที่ชัดเจนมากนัก เพราะในกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนโรคซึมเศร้า อาการครุ่นคิด ลดลงและคะแนนสติมากขึ้นเช่นกัน [สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2557]

ดุขฎี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ ได้ทำการพัฒนาโปรแกรมบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ (MBCT) ในการป้องกันกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น มีลักษณะเป็น targeted prevention program ที่มีชื่อว่า โปรแกรมจับใจ (MBASD) โดยทำในอาสาสมัครที่มีอายุ 15 – 24 ปี ที่มีภาวะเครียดนาน



กว่า 6 เดือน มีคะแนนความเครียด 16-80 คะแนนจากแบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง กรมสุขภาพจิต หรือคะแนนซีเอ็มเอสตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป จากการคัดกรองด้วย BDI-II ได้กลุ่มตัวอย่าง 44 คน การเข้ากลุ่ม แบ่งเป็น 8 ครั้งๆละ 90-120 นาที 1 สัปดาห์ต่อครั้ง แบ่งเป็น 4 กลุ่มๆละ 10-15 คน มีผู้นำกลุ่มที่เป็นจิตแพทย์ หรือพยาบาลที่ผ่านการอบรมการทำ CBT โดยเฉพาะมาดูแล จากนั้นประเมินภาวะความเครียด ภาวะซีเอ็มเอส และระดับสติก่อนเข้ากลุ่ม หลังเข้ากลุ่ม และหลังทำกิจกรรมครบ 3 เดือน ด้วยแบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง Beck Depressive Inventory-II และ Philadelphia Mindfulness Scale ตามลำดับ เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของระดับความเครียด ซีเอ็มเอสและสติในแต่ละช่วงเวลา พบว่า ภาวะเครียดและซีเอ็มเอสหลังทำกลุ่ม ลดลงกว่าก่อนทำกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ขณะที่ระดับสติเพิ่มสูงขึ้นหลังทำกลุ่มครบ 3 เดือน จำนวนกลุ่มเสี่ยงลดลงเหลือร้อยละ 25 หลังการทดลอง เหลือร้อยละ 11 หลังครบ 3 เดือน [คุชฎี จึงศิริกุล วิทย์ และคณะ, 2559]



บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย และศึกษาทดลองเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ร่วมกับการฝึกสติ แบบ Quasi-experimental study one group pretest-posttest design เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบ 1 กลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบผลในด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) ภาวะซึมเศร้า 2) ความเครียด 3) ระดับสติ 4) ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย

โดยมีการแทรกแซง (intervention) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และบันทึกผลการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด ระดับสติและปัญหาด้านยาในผู้ป่วย ทั้งก่อนและหลังการแทรกแซง โดยใช้เครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม เครื่องมือวัดระดับความเครียดสวนปรุง เครื่องมือประเมินสติและแบบบันทึกปัญหาด้านยาในการประเมินผลลัพธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย

1. ประชากร

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่อาศัยอยู่ในชุมชนรอบโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 6 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนปัจฉิม 1 ชุมชนปัจฉิม 2 ชุมชนศรีสวัสดิ์ 1 ชุมชนศรีสวัสดิ์ 2 ชุมชนศรีสวัสดิ์ 3 และชุมชนตักศิลา

2. กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยในระดับเล็กน้อย (7 - 12 คะแนน) ถึงปานกลาง (13 - 18 คะแนน) ซึ่งได้มาจากกลุ่มประชากรที่ถูกคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมการศึกษา และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษา

- 1) ผู้ป่วยมีโรคเรื้อรังทางกาย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง โรคไต โรคหืด และโรคกระดูกและข้อ โรคใดโรคหนึ่ง หรือมีมากกว่า 1 โรคขึ้นไป
- 2) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่ผ่านการทำแบบวัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) มีคะแนน 7-18 คะแนน



3) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่สามารถรับรู้ สื่อสาร และสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการฝึกสติได้

4) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่เต็มใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากการศึกษา

1) ผู้ป่วยขอออกจากการศึกษา

2) ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการฝึกสติได้อย่างต่อเนื่อง

3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามผลการแทรกแซง (intervention) จนครบการศึกษา เช่น ย้ายที่อยู่ เดินทางไปต่างจังหวัดเป็นเวลานาน

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเลือกจำนวนตัวอย่างให้สอดคล้องกับงานวิจัย จะอ้างอิงการคำนวณจากงานวิจัยในอดีต คือ

คำนวณจำนวนตัวอย่างสำหรับการฝึกสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

$$\text{จากสูตรจำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่ม } n = \frac{\sigma^2 (Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\mu_d^2}$$

โดยนำข้อมูลมาจากการศึกษาของ Jens C Thim. และ Liss Antonsen [Jens CT.& Liss A., 2014]

โดยวัดผลลัพธ์โดยใช้คะแนนจาก BDI-II (Beck Depression Inventory-II)

โดยกำหนดให้

$$Z_\alpha = 0.05 \text{ การทดสอบ 2 ทาง } Z_{1-95} = 1.96$$

$$Z_\beta = 0.20 \text{ การทดสอบ 2 ทาง } Z_{1-20} = 1.28$$

ค่าเฉลี่ยของคะแนนจากแบบประเมิน BDI-II ในก่อนได้รับ intervention = 28.5

ค่าเฉลี่ยของคะแนนจากแบบประเมิน BDI-II ในหลังได้รับ intervention = 18.5

$$\mu_d = \text{ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน BDI-II ระหว่างก่อนและหลังได้รับ intervention} = 28.5 - 18.5 = 10$$

$$\sigma_n = \text{ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างของคู่ข้อมูล} = 11.09$$

$$\begin{aligned} \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่ม } n &= \frac{(11.09)^2 \times (1.96 + 1.28)^2}{(10)^2} \\ &= 12.91 \text{ คน} \end{aligned}$$

นั่นคือ จำนวนผู้ป่วยต่อกลุ่มต้องอย่างน้อย 13 คน ซึ่งเมื่อกำหนดเพิ่มอีกร้อยละ 10 คิดเป็นประมาณ 15 คนต่อกลุ่มตัวอย่าง

ดังนั้น จำนวนคนของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการฝึกสติ คือ 15 คนต่อกลุ่มตัวอย่าง และหากมีผู้ที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษามากกว่า 15 คน สามารถนำเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด ใน



การศึกษานี้มีผู้ที่เข้าตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าโครงการวิจัยทั้งสิ้น 27 คน ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้มีดังนี้

1. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

จากงานวิจัยของธรณินทร์ กองสุข และคณะ เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าที่ตรงกับบริบทของผู้ใช้ ในเรื่องความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) จากการทำ Receiver Operating Characteristic Curve = 0.9283 (95% CI = 0.8931 – 0.9635) คือ 7 คะแนนขึ้นไป มีค่าความไวสูงร้อยละ 75.68 ความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 93.37 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรค MDD ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้าเท่ากับ 11.41 เท่า มีความแม่นยำตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ใช้เวลาน้อย มีจำนวนข้อไม่มากเหมาะสำหรับการประเมินอาการของโรคซึมเศร้า เมื่อนำ 9Q ไปเปรียบเทียบกับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) พบว่า 9Q มีค่า Cronbach's Alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.7836-0.8210 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.821 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.719 (P-value<0.001) มีค่าความไว ค่าความจำเพาะและค่า Likelihood Ratio ร้อยละ 85.72 และ 3.04 (95%CI=2.16-4.26) ตามลำดับ

โดยสรุป 9Q มีความเที่ยงในระดับดีมากและมีความจำเพาะค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับเครื่องมือในระดับมาตรฐานระดับสากล จึงมีความเหมาะสมในการประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าสำหรับคนไทย ซึ่งมี 9 คำถามเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า และมีคำตอบ 4 ตัวเลือกคือ ไม่มีเลย = 0 คะแนน เป็นบางวัน = 1 คะแนน เป็นบ่อย = 2 คะแนน และเป็นทุกวัน = 3 คะแนน รวมคะแนนเต็มคือ 27 คะแนน หากมีคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปจะถือว่ามีความเสี่ยงซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าจะแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับเล็กน้อย (7-12 คะแนน) 2) ระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) และ 3) ระดับรุนแรง (ตั้งแต่ 19 – 27 คะแนน)

การแปลผล

คะแนนเท่ากับ 7-12 คะแนน แปลผลได้ว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าระดับน้อย

คะแนนเท่ากับ 13-18 คะแนน แปลผลได้ว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าระดับปาน

กลาง

คะแนนตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป แปลผลได้ว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ควรได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายควบคู่กัน หากผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ทีมผู้วิจัยจะทำการส่งต่อไปที่โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามเพื่อปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหรือส่งต่อพบจิตแพทย์

2. แบบเก็บข้อมูลประวัติของผู้ป่วย

มี 3 ส่วนดังนี้

- 2.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ครอบครัว สวัสดิการรักษายาบาล สถานที่รับบริการ การพักอาศัย โรคประจำตัวทางกาย ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช ประวัติการดื่มสุราและใช้สารเสพติดและประวัติการออกกำลังกาย



- 2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัวและการรักษา ได้แก่ น้ำหนักตัว ส่วนสูง อาการไม่สบายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประวัติการนอนโรงพยาบาล ประวัติการรับประทานยาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
- 2.3 ข้อมูลปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของคนในครอบครัว ความตึงเครียดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา การปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับบุคคลอื่น

3. แบบวัดภาวะเครียด

จากงานวิจัยการสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง ของนายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัยและพิมพ์มาศ ตาปัญญาาร่วมกับคณะโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในโครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปีพ.ศ. 2545 โดยมีข้อคำถามแบ่งตามจำนวนข้อทั้งหมด 3 ชุด ได้แก่ ชุด 20 ข้อ (SPST-20), ชุด 60 ข้อ (SPST-60) และชุด 104 ข้อ (SPST-104) ซึ่งทุกชุดจะมีค่าความน่าเชื่อถือ Cronbach's alpha มากกว่า 0.7 และมีความแม่นยำตรงตามสภาพมากกว่า 0.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่ออิงตามค่าความเครียดของกล้ามเนื้อ (Electromyography, EMG) ที่ใช้เป็นมาตรฐาน ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% [สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. 2540]

แบบวัดความเครียดสวนปรุงชุด 20 ข้อ (SPST-20) เป็นการวัดความเครียดในภาพรวม โดยมีลักษณะแบบประเมินค่า (rating scale) จำนวน 5 ระดับ

1 หมายถึง	ไม่รู้สึกเครียด	2 หมายถึง	รู้สึกเครียดเล็กน้อย
3 หมายถึง	รู้สึกเครียดปานกลาง	4 หมายถึง	รู้สึกเครียดมาก
5 หมายถึง	รู้สึกเครียดมากที่สุด		

การแปลผล

คะแนนระหว่าง 0-23 คะแนน	แสดงว่า มีความเครียดน้อย
คะแนนระหว่าง 24-41 คะแนน	แสดงว่า มีความเครียดปานกลาง
คะแนนระหว่าง 42-61 คะแนน	แสดงว่า มีความเครียดมาก
คะแนนระหว่าง 62 คะแนนขึ้นไป	แสดงว่า มีความเครียดรุนแรง

4. แบบประเมินสติ

จากการศึกษาการสร้างแบบประเมินสติ โดยอิงหลักสติพื้นฐานสี่ของอรรวรรณ ศิลปกิจ มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากร ผู้ป่วย และผู้เข้าอบรมปฏิบัติธรรมของยุพพุทธิสมาคมและกลุ่มบุคลากรวิชาชีพ และทดสอบแบบประเมินสติในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสมองเสื่อม ผลจากการศึกษาพบว่าแบบประเมินสติมีข้อคำถามผ่านการพิจารณาเพียง 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านคือ ตระหนักรู้ ตั้งใจและอดโนมัตติ ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องผ่านเกณฑ์ มีค่า Cronbach's alpha ทั้งฉบับและรายด้านมีค่าระหว่าง 0.67-0.82 และมีค่า Pearson's correlation coefficient (r) ทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.73 และมีค่า MAS (Mindfulness assessment scale) สัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับ HAD (Hospital Anxiety Depression Scale) และ SAS มีความตรงร่วมสมัยกับ PHLMS (Philadelphia Mindfulness Scale) ในส่วนตระหนักรู้อย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มผู้ดูแล MAS มีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดีมากและมีความตรงร่วมสมัยกับ PHLMS ดังนั้น แบบประเมินสติฉบับ 15 ข้อ มีความตรงและความเที่ยงในกลุ่มผู้ป่วย บุคลากร ผู้มีประสบการณ์การฝึกปฏิบัติเบื้องต้น และกลุ่มผู้ดูแลในระดับดีถึงดีมาก จึงสามารถใช้งานได้



คำตอบของแบบประเมินสติมีลักษณะแบบประเมินค่า(rating scale) จำนวน 5 ระดับคือ

- 1 = แทบไม่เคยเลย 2 = นานๆ ครั้ง 3 = บางครั้ง
4 = ค่อนข้างบ่อย 5 = บ่อยมาก

5. แบบประเมินความผิดปกติทางกาย

แบบประเมินความผิดปกติทางกายคือข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ เกี่ยวกับอาการหรือความรู้สึกที่ผิดปกติของร่างกายของผู้ป่วย อาทิ ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดตามแขน ขา หรือข้อ หรือรู้สึกเหนื่อยหรือไม่มีแรง เป็นต้น คำตอบของแบบประเมินความผิดปกติทางกายมีลักษณะเป็นประเมิน 3 ระดับ คือ ไม่มีปัญหา, มีปัญหาเล็กน้อย และมีปัญหามาก

6. แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง

แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตัวเอง แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การประเมินการรับประทานอาหาร การประเมินการใช้ยาและการรักษาพยาบาล และการประเมินการป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมคำถามทั้งหมด 32 คำถาม คำตอบของแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเป็นลักษณะของความถี่ของการปฏิบัติ 3 ระดับ คือ เป็นประจำ บางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

ขั้นตอนดำเนินการศึกษา

กิจกรรมและวิธีดำเนินงาน

1. ขั้นเตรียมการ

ประชุมทีมผู้วิจัย เพื่อเขียนโครงการ และวางแผนการดำเนินโครงการวิจัย และวางกรอบการดำเนินงาน และแผนงบประมาณ

2. ขั้นดำเนินการ

- 1) ประชุมทีมผู้วิจัยเพื่อวางกรอบแนวคิด และแผนการดำเนินงาน และเขียนโครงการเพื่อขอทุนวิจัย
- 2) ส่งโครงการเพื่อขอทุน
- 3) จัดเตรียมเครื่องมือที่เกี่ยวข้องในการวิจัยทั้งหมด
- 4) ขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
- 5) อบรมนิสิตเภสัชศาสตร์ในการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย
- 6) อบรมนิสิตเภสัชศาสตร์ ในการใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าแบบ 9Q และแบบเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
- 7) คัดเลือกผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีทะเบียนการรับการรักษาที่โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม แบบจำเพาะเจาะจงด้วยระบบ ICD-10
- 8) ทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในครั้งที่ 1 ในชุมชน ตามข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกจากโรงพยาบาล รวมทั้งผู้ป่วยอื่นที่อาจไม่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยใช้แบบเก็บข้อมูลประวัติของผู้ป่วย แบบวัดภาวะเครียด แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยเครื่องมือ คัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยเครื่องมือ 9 คำถาม (9Q)
- 9) บันทึกข้อมูลเบื้องต้น คำนวณความชุกภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย ที่อาศัยอยู่ในชุมชนรอบโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 6 ชุมชน



- 10) ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมการศึกษา มีจำนวน 27 คน
- 11) ผู้วิจัย/ทีมวิจัยทำการพบปะแนะนำตัว มอบเอกสารชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิจัย ให้แก่ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมการศึกษา เมื่อผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยดีแล้ว และสมัครใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง จึงให้ลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 12) จำนวนคนของกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยจำนวน 14 คน
- 13) อบรมนิสิตเภสัชศาสตร์และทีมวิจัย(อาจารย์คณะเภสัชศาสตร์, จิตแพทย์, นักจิตบำบัด) เพื่อให้สามารถเป็นผู้ช่วยการฝึกสติ โดยนักบำบัดจิตด้วยการฝึกสติและสมาธิ
- 14) เริ่มการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ โดยมีการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายกระบวนการขั้นตอนต่างๆ นัดหมายในแต่ละครั้ง รวมทั้งการสร้างความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

โดยผู้วิจัยจะดำเนินการแทรกแซง (intervention) 2 แบบ ได้แก่ การบริบาลทางเภสัชกรรมและการฝึกสติในกลุ่มทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

การบริบาลทางเภสัชกรรม

ทำการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 5 ภายใต้การกำกับดูแลของเภสัชกร โดยดำเนินการกับผู้ป่วยทั้งหมด 3 ครั้ง ในที่อยู่อาศัยหรือตามสถานที่ที่ผู้ป่วยสะดวก มีกระบวนการที่จะดำเนินการกับกลุ่มผู้ป่วยดังนี้

ครั้งที่/วันที่	การเก็บข้อมูลของผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่าง	การบริบาลทางเภสัชกรรมในกลุ่มตัวอย่าง
ครั้งที่ 1 (day 1)	<ul style="list-style-type: none"> - สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย - สัมภาษณ์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า - สัมภาษณ์ปัจจัยโรคเรื้อรังทางกาย - สัมภาษณ์โดยใช้เครื่องมือ 9 Q - สัมภาษณ์โดยใช้แบบวัดภาวะเครียด - ค้นหาปัญหาเกี่ยวกับโรคและยา 	<ul style="list-style-type: none"> - ค้นหาปัญหาด้านยาของผู้ป่วยและแก้ไขปัญหา โดยเน้นการแก้ปัญหที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย - การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และยาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงการแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม
ครั้งที่ 2 (day 28+/-2)	<ul style="list-style-type: none"> - สัมภาษณ์โดยใช้เครื่องมือ 9 Q - สัมภาษณ์โดยใช้แบบวัดภาวะเครียด - ค้นหาปัญหาเกี่ยวกับโรคและยา 	<ul style="list-style-type: none"> - การติดตามปัญหาด้านยาของผู้ป่วยและผลการแก้ไขปัญหา - การค้นหาปัญหาด้านยาและการแก้ไขเพิ่มเติม - การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และยาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงการแนะนำวิธีการ



		ปฏิบัติตัวที่เหมาะสม
ครั้งที่ 3 (day 56 +/-2)	<u>วัดผลก่อนให้บริบาลทางเภสัชกรรม</u> - สัมภาษณ์โดยใช้เครื่องมือ 9 Q - สัมภาษณ์โดยใช้แบบวัดภาวะเครียด - ค้นหาปัญหาเกี่ยวกับโรคและยา <u>วัดผลหลังให้บริบาลทางเภสัชกรรม</u> - สัมภาษณ์โดยใช้เครื่องมือ 9 Q - สัมภาษณ์โดยใช้แบบวัดภาวะเครียด - ค้นหาปัญหาเกี่ยวกับโรคและยา	- การติดตามปัญหาด้านยาของผู้ป่วยและผลการแก้ไข้ปัญหา - การค้นหาปัญหาด้านยาและการแก้ไข้ปัญหาเพิ่มเติม - การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และยาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงการแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

การฝึกสติ

ทำการฝึกสติโดยทีมวิจัย(อาจารย์คณะเภสัชศาสตร์, จิตแพทย์, นักจิตบำบัด) ภายใต้การกำกับดูแลพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมทางด้านการทำจิตบำบัด/การฝึกสติ โดยดำเนินการกับผู้ป่วยทั้งหมด 8 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ ในที่อยู่อาศัยหรือตามสถานที่ที่ผู้ป่วยสะดวกและมีกระบวนการที่จะดำเนินการกับกลุ่มผู้ป่วยดังนี้

ครั้งที่/วันที่	การเก็บข้อมูลของผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่าง	การฝึกสติในกลุ่มตัวอย่าง
ครั้งที่ 1 (day 1)	- สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย - สัมภาษณ์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า - สัมภาษณ์ปัจจัยโรคเรื้อรังทางกาย - สัมภาษณ์โดยใช้เครื่องมือ 9 Q - สัมภาษณ์โดยใช้แบบวัดภาวะเครียด - วัดระดับคะแนนสติ	- อธิบายหลักการและขั้นตอนการฝึกสติ - ฝึกสติจนสามารถทำได้อย่างถูกต้องระยะเวลาในการทำ 30-45 นาที และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยฝึกสติด้วยตนเองที่บ้านทุกวัน
ครั้งที่ 2 (day 7 +/-2) ครั้งที่ 3 (day 14 +/-2)	-	- ฝึกสติจนสามารถทำได้อย่างถูกต้องระยะเวลาในการทำ 30-45 นาที และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยทำเป็นการบ้านที่บ้านทุกวัน
ครั้งที่ 4 (day 28 +/-2)	- สัมภาษณ์โดยใช้เครื่องมือ 9 Q - สัมภาษณ์โดยใช้แบบวัดภาวะเครียด - วัดระดับคะแนนสติ	- ฝึกสติจนสามารถทำได้อย่างถูกต้องระยะเวลาในการทำ 30-45 นาที และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยฝึกสติด้วยตนเองที่บ้านทุกวัน



ครั้งที่ 5 (day 35+/-2) ครั้งที่ 6 (day 42+/-2) ครั้งที่ 7 (day 49+/-2)	-	- ฝึกสติจนสามารถทำได้ถูกต้อง ระยะเวลาในการทำ 30-45 นาที และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยฝึกสติด้วยตนเองที่ บ้านทุกวัน
ครั้งที่ 8 (day 56 +/-2)	<u>วัดผลก่อนให้บริบาลทางเภสัชกรรม</u> - สัมภาษณ์โดยใช้เครื่องมือ 9 Q - สัมภาษณ์โดยใช้แบบวัดภาวะเครียด - วัดระดับคะแนนสติ <u>วัดผลหลังให้บริบาลทางเภสัชกรรม</u> - สัมภาษณ์โดยใช้เครื่องมือ 9 Q - สัมภาษณ์โดยใช้แบบวัดภาวะเครียด - วัดระดับคะแนนสติ	- ฝึกสติจนสามารถทำได้ถูกต้อง ระยะเวลาในการทำ 30-45 นาที และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยฝึกสติด้วยตนเองที่ บ้านทุกวัน

3. ขั้นตอนติดตามและสรุปผล

1) การประเมินผลจะทำทั้งหมด 3 ครั้ง คือในวันที่ 1, วันที่ 28 +/- 4 , วันที่ 56 +/- 7 วัน

2) ทำการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1) ข้อมูลของวันที่ 1 จะได้ผลการศึกษาที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายดังนี้

- ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย
- ความชุกของภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย
- ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
- ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
- ระดับความรุนแรงของภาวะเครียด
- ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า
- ระดับคะแนนภาวะเครียด
- ปัญหาด้านยาของผู้ป่วย
- ระดับคะแนนสติ
- ความร่วมมือในการใช้ยา

2.2) ข้อมูลของวันที่ 28+/-2 จะได้ผลการศึกษาที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายดังนี้

- เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้า ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างกับข้อมูลวันที่ 1
- เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะเครียด ระดับความรุนแรงของภาวะเครียดของกลุ่มตัวอย่างกับข้อมูลวันที่ 1
- เปรียบเทียบปัญหา และผลการแก้ไขปัญหาลที่เกี่ยวข้องกับยาของผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างกับข้อมูลวันที่ 1



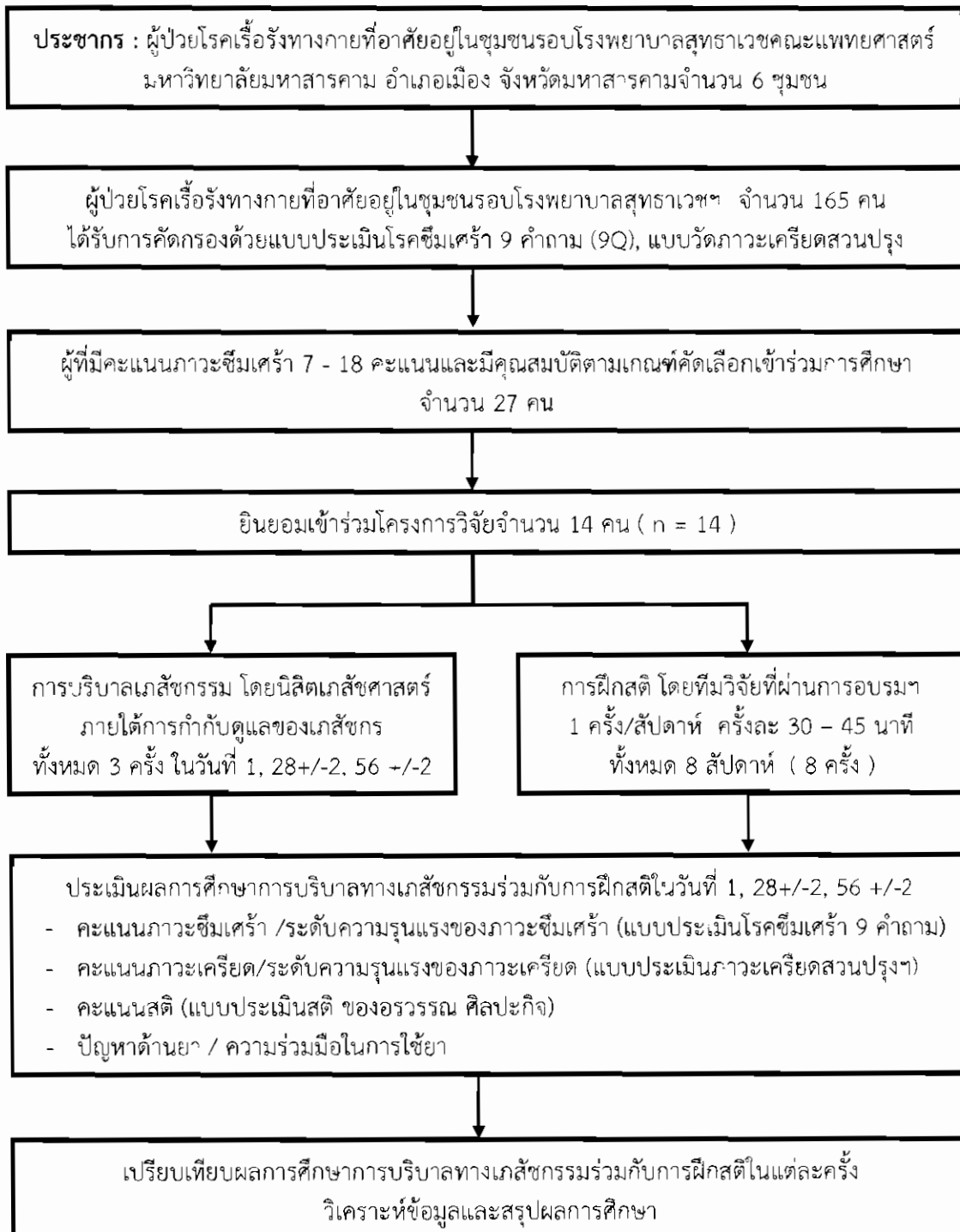
- เปรียบเทียบระดับคะแนนสติ ของกลุ่มตัวอย่างกับข้อมูลวันที่ 1

2.3) ข้อมูลของวันที่ 56+/-2 จะได้ผลการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายดังนี้

- เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้า ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างกับข้อมูล วันที่ 1 และ 28
- เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะเครียด ระดับความรุนแรงของภาวะเครียดของกลุ่มตัวอย่างกับข้อมูล วันที่ 1 และ 28
- เปรียบเทียบปัญหา และผลการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างกับข้อมูล วันที่ 1 และ 28
- เปรียบเทียบระดับคะแนนสติ ของกลุ่มตัวอย่างกับข้อมูล วันที่ 1 และ 28



แผนผังการดำเนินงาน



การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป statistical Package for the Social Science for Windows (SPSS) ช่วยในการคำนวณค่าทางสถิติที่ใช้ในการศึกษา โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แล้วมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติดังต่อไปนี้

1. **สถิติเชิงพรรณนา** ใช้กับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น ความชุกของภาวะซึมเศร้า .พศ การมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วยจิตเวช สัมพันธ์ภาพในครอบครัว โรคเรื้อรังที่เป็น จำนวนโรคเรื้อรังที่เป็น ระดับความรุนแรงของโรค ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจะนำเสนอในรูปแบบร้อยละ ส่วนอายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรังทางกาย ซึ่งจะนำเสนอในรูปแบบ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น

การคำนวณความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย อ้างอิงจากสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{Prevalence Rate} = \frac{X}{Y} \times k$$

โดยกำหนดให้ : X เท่ากับ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีภาวะซึมเศร้า ในขณะเวลาหนึ่ง
y เท่ากับ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายทั้งหมดในชุมชน ในขณะเวลาหนึ่ง
k เท่ากับ อัตราส่วนต่อ 100

2. สถิติเชิงอนุมาน

- 2.1 ข้อมูลที่มีลักษณะเป็น Ordinal หรือ Non-parametric สามารถเลือกใช้สถิติได้
- 2.2 ข้อมูลที่มีลักษณะเป็น Interval/Ratio (Scale) จะต้องการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล โดยการใช้ Kolmogorov–Smirnov Test เพื่อให้ทราบว่า ข้อมูลเป็นการกระจายตัวแบบ Normal distribution หรือ Non - Normal distribution
- 2.3 ในการศึกษาครั้งนี้ ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด ประเมินสถิติ มีการกระจายตัวของข้อมูลแบบ Normal distribution จึงเลือกใช้สถิติแบบ Paired t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างและหาค่า p value
- 2.4 ความร่วมมือในการใช้ยา พบว่ามีการกระจายตัวแบบ Non - Normal distribution จึงเลือกใช้สถิติ Wilcoxon signed Ranks test ในการเปรียบเทียบและหาค่า p value



ตาราง 3.3 : สถิติที่ใช้ในงานวิจัย

ตัวแปร	ลักษณะข้อมูล	เปรียบเทียบ	สถิติที่ใช้		
			Normal distribution	Non-Normal distribution	Non-parametric
ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับความรุนแรงของภาวะเครียด	ordinal	ก่อน-หลัง	-	-	Wilcoxon signed Ranks test
คะแนนภาวะซึมเศร้า คะแนนภาวะเครียด คะแนนประเมินสติ	Interval	ก่อน-หลัง	Paired t-test	Wilcoxon signed Ranks test	-
ความร่วมมือในการใช้ยา	Ratio	ก่อน-หลัง	Paired t-test	Wilcoxon signed Ranks test	-

ประเด็นทางจริยธรรม

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าร่วมการศึกษา โดยสมัครใจและมีการลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยผู้ป่วยสามารถปฏิเสธเข้าร่วมการศึกษาหรือสามารถออกจากการศึกษาในระหว่างการติดตามได้ ซึ่งข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา ผู้ทำการศึกษาจะเก็บเป็น ความลับโดยจะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปของการศึกษาหรือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเท่านั้น



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีมเศร้าและภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย และศึกษาทดลองเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ แบบ Quasi-experimental study one group pretest-posttest design เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบ 1 กลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบผลในด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) ภาวะซีมเศร้า 2) ความเครียด 3) ระดับสติ 4) ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีภาวะซีมเศร้าร่วมด้วย

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ความชุกของภาวะซีมเศร้าและภาวะเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย

ระยะที่ 2 การศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบ 1 กลุ่ม ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีภาวะซีมเศร้าร่วมด้วย ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ภาวะซีมเศร้า

ส่วนที่ 3 ภาวะเครียด

ส่วนที่ 4 ระดับสติ

ส่วนที่ 5 ความร่วมมือในการใช้ยา

ระยะที่ 1 การศึกษาความชุกของภาวะซีมเศร้าและภาวะเครียด

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อาทิ โรคประจำตัวทางกาย และโรคทางจิตเวช ประวัติการนอนโรงพยาบาล ประวัติยาที่ได้รับ และความร่วมมือในการใช้ยา ดังตาราง 4.1 ข้อมูลจากการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย ในชุมชน 6 ชุมชน ซึ่งอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสุทธาเวช ได้แก่ ชุมชนปิจฉิมทัศน์ 1, ัจฉิมทัศน์ 2, ศรีสวัสดิ์ 1, ศรีสวัสดิ์ 2, ศรีสวัสดิ์ 3 และชุมชนตักศิลา รวมทั้งสิ้น 165 คน พบว่าผู้ป่วยส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 116 คน (ร้อยละ 70.3) มีอายุเฉลี่ย 68.36 ± 0.79 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 62.8 ± 11.23 กิโลกรัม BMI เฉลี่ย 25.36 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 60.6) และจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 60.6) มักไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 34.5) และมีรายได้เฉลี่ยรวม $11,360 \pm 918$ บาท ส่วนมากจึงมีสถานะทางการเงินไม่ขัดสน (ร้อยละ 40.6) โดยได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลเป็นแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 58.2) ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับบุตรเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.2) มีโรคประจำตัวทางกายเฉลี่ย 1.91 ± 0.7 โรค พบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 84.2) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเงินป่วยทางจิตเวช (ร้อยละ 97.0) และยังพบว่าไม่มีประวัติการดื่มสุราและใช้สารเสพติด (ร้อยละ 87.9) โดยมีผู้ป่วยดื่มสุราจำนวน 14 คน (ร้อยละ 8.5) สูบบุหรี่จำนวน 10 คน (ร้อยละ 6.1) และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายเป็นประจำจำนวน 83 คน (ร้อยละ 50.3) ดังตารางที่ 4.1



ในด้านประวัติการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการนอนโรงพยาบาล (ร้อยละ 57.0) มีบางส่วนมีประวัติการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 1.13 ± 0.16 ครั้ง จากการสอบถามในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง (ร้อยละ 75.2) มีบางส่วนที่ผู้ป่วยลืมรับประทานยาเป็นบางครั้ง จำนวน 33 คน (ร้อยละ 20) และมีผู้ป่วยจำนวน 8 คน (ร้อยละ 4.8) มักลืมรับประทานยาเป็นประจำซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เกาต์และข้อเข่าเสื่อม

การศึกษาในส่วนข้อมูลปัจจัยทางจิตสังคม พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 93.3) โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท และติดสารเสพติด เท่าๆกัน จำนวนโรคละ 2 คน (ร้อยละ 1.2) โดยบุคคลที่เจ็บป่วยและจากการศึกษาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เกี่ยวกับปัญหาในครอบครัว พบว่ามีปัญหาด้านเศรษฐกิจ มากที่สุด คือ 41 คน (ร้อยละ 24.8) รองลงมาคือ ด้านสุขภาพ 34 คน (ร้อยละ 20.6) และด้านครอบครัว 18 คน (ร้อยละ 10.9) ตามลำดับ โดยหากมีปัญหากเกิดขึ้นพบว่าผู้ป่วยมักจะไม่ได้ปรึกษาขอคำแนะนำจากใครมากที่สุด (ร้อยละ 76.7)

ตาราง 4.1 : ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่คัดกรอง

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	116	70.30
	ชาย	49	29.70
อายุเฉลี่ย (Mean±S.E.M)	68.36 ± 0.79 ปี		
สถานภาพ	สมรส	100	60.6
	หม้าย	57	34.5
	หย่า/แยกกันอยู่	5	3.0
	โสด	3	1.8
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	57	34.5
	ธุรกิจส่วนตัว	41	24.8
	ข้าราชการบำนาญ	18	10.9
	เกษตรกรกรม	10	6.1
	รับจ้าง	10	6.1
	ข้าราชการ	6	3.6
	พนักงานเอกชน	1	0.6
	นักเรียน/นักศึกษา	1	0.6
	อื่นๆ	21	12.7
รายได้เฉลี่ย (Mean±S.E.M)	11,360 ± 918 บาท		



ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานะทางการเงิน	ไม่ขัดสน	67	40.6
	ขัดสนบางครั้ง	49	29.7
	ขัดสนบ้าง	30	18.2
	ขัดสนมาก	19	11.5
สวัสดิการรักษายาบาล	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	96	58.2
	เบิกได้ทั้งหมด	60	36.4
	เบิกได้บางส่วน	6	3.6
	ชำระค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด	3	1.8
สมาชิกในครอบครัว	อยู่คนเดียว	6	3.6
	อาศัยอยู่กับคนในครอบครัว	158	95.8
	อาศัยอยู่กับเพื่อน	1	0.6
โรคประจำตัวทางกาย	ความดันโลหิตสูง	139	84.2
	เบาหวาน	90	54.0
	ไขมัน	33	20.0
	หัวใจและหลอดเลือด	15	9.1
	เกาต์	12	7.3
	ไต	10	6.1
	หืด	7	4.2
	ไทรอยด์	2	1.8
	ข้อเสื่อม	3	1.8
	หลอดเลือดสมอง	3	1.8
	พาร์กินสัน	1	0.6
	มะเร็ง	1	0.6
	การเจ็บป่วยทางจิตเวช	ไม่มี	160	97.0
มี		5	3.0
ประวัติการดื่มสุราและใช้สารเสพติด	ไม่มี	145	87.9
	มี	20	12.1
	สุรา	14	8.5
	บุหรี่	10	6.1



ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ออกกำลังกายเป็นประจำ	ไม่ใช้	83	50.3
	ใช้	82	49.7
น้ำหนัก (Mean ± S.E.M)	62.80 ± 0.87 กิโลกรัม		
ส่วนสูง (Mean ± S.E.M.)	157.55 ± 0.65 เซนติเมตร		
ประวัติการนอนโรงพยาบาล	ไม่เคย	94	57
	เคย	71	43
จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล (Mean±S.E.M.)	1.13 ± 0.16 ครั้ง		
การรับประทานยา	ทานครบทุกครั้ง	124	75.2
	ลืมบ้าง	33	20.0
	ลืมบ่อย	8	4.8
การเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว	ไม่มี	156	94.6
	มี	9	5.4
	โรคซึมเศร้า	2	22.2
	โรคจิตเภท	2	22.2
	โรคสองขั้ว	1	11.1
	โรคจิตอื่นๆ	4	44.4
	ติดสารเสพติด	2	1.2

1.1 ความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย

จากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในเขตชุมชนโรงพยาบาลสุทธาเวช 6 ชุมชน ได้แก่ 1) ชุมชนปัจฉิมทัศน์ 1 จำนวน 46 คน (ร้อยละ 27.9) 2) ชุมชนปัจฉิมทัศน์ 2 จำนวน 33 คน (ร้อยละ 20.0) 3) ชุมชนศรีสวัสดิ์ 1 จำนวน 17 คน (ร้อยละ 10.3) 4) ชุมชนศรีสวัสดิ์ 2 จำนวน 46 คน (ร้อยละ 27.9) 5) ชุมชนศรีสวัสดิ์ 3 จำนวน 10 คน (ร้อยละ 6.1) 6) ชุมชนด็กสิลา จำนวน 13 คน (ร้อยละ 7.9) รวมทั้งสิ้นจำนวน 165 คน ความชุกของภาวะซึมเศร้าที่คัดกรองโดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) คะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า จากการคัดกรองพบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนน ขึ้นไป จำนวน 27 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 16.36 คน เมื่อพิจารณาคะแนนตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า พบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับซึมเศร้ารุนแรง 3 คน (ร้อยละ 1.82) ระดับซึมเศร้าปานกลาง 7 คน (ร้อยละ 4.24) และระดับซึมเศร้าน้อย 17 คน (ร้อยละ 10.30) เมื่อแยกตามกลุ่มโรค พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโดยแบ่งตามกลุ่มโรคเรื้อรังทางกาย ดังนี้ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังจำนวน 10 คน มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางจำนวน 2 คน (ร้อยละ 20) ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 89 คน มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงจำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.12) ระดับปานกลางจำนวน 6 คน (ร้อยละ 6.74) และระดับน้อยจำนวน 8 คน (ร้อยละ 8.99) รวมทั้งสิ้น 15 คน (ร้อยละ 16.85) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 139 คน มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงจำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.44) ระดับปานกลางจำนวน 5 คน (ร้อยละ 3.60) และระดับน้อยจำนวน 16 คน (ร้อยละ 11.51) รวมทั้งสิ้น 23 คน (ร้อยละ 16.55) ผู้ป่วย



โรคไข้มันผิดปกติจำนวน 33 คน มีภาวะซีมเศร่าในระดับรุนแรงจำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.06) ระดับปานกลางจำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.03) และระดับน้อยจำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.06) รวมทั้งสิ้น 5 คน (ร้อยละ 15.15) ผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 7 คน มีภาวะซีมเศร่าในระดับน้อยจำนวน 1 คน (ร้อยละ 14.28) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 15 คน มีภาวะซีมเศร่าในระดับรุนแรงจำนวน 1 คน (ร้อยละ 6.67) และในระดับปานกลางจำนวน 1 คน (ร้อยละ 6.67) รวมทั้งสิ้น 2 คน (ร้อยละ 13.33) และผู้ป่วยโรคเกาต์จำนวน 12 คน มีภาวะซีมเศร่าในระดับน้อยจำนวน 1 คน (ร้อยละ 8.33) ซึ่งตามจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซีมเศร่ามากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (จำนวน 23 คน) หากพิจารณาเป็นสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยในโรคเรื้อรังอื่นๆ พบว่า โรคไตวายเรื้อรัง เป็นโรคที่มีภาวะซีมเศร่าจำนวนมากที่สุด (จำนวน 2 คน จาก 10 คน) และโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไข้มันผิดปกติ ตามลำดับ

การศึกษาความชุกของภาวะเครียด พบว่าผู้ป่วยที่มีความเครียดระดับเล็กน้อยจนถึงรุนแรงร้อยละ 100 และมีความชุกของผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดระดับปานกลางขึ้นไปจำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 78.78 โดยพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายมีภาวะเครียดระดับเล็กน้อย 35 คน (ร้อยละ 21.2) ระดับเครียดปานกลาง 101 คน (ร้อยละ 61.2) ระดับเครียดมาก 29 (ร้อยละ 17.6) แต่ไม่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีภาวะเครียดในระดับรุนแรง ดังแสดงในตาราง 4.3

ตาราง 4.2 : ความชุกของภาวะซีมเศร่าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย

ข้อมูลความชุก	จำนวน (N=165)	ร้อยละ
ความชุกของภาวะซีมเศร่า	16.36	
คะแนนภาวะซีมเศร่า (Mean ± S.E.M)	3.41 ± 0.34	
	ระดับรุนแรง	3
	ระดับปานกลาง	7
	ระดับน้อย	17
ความชุกของภาวะซีมเศร่าในผู้ป่วยแยกตามโรคเรื้อรัง	(N=ผู้ป่วยในกลุ่มโรคนั้นๆ)	
พาร์กินสัน	1 (1)	100
ไตวายเรื้อรัง	2 (10)	20
เบาหวาน	15 (89)	16.9
ความดันโลหิตสูง	23 (139)	16.6
ไข้มันผิดปกติ	5 (33)	15.2
หอบหืด	1 (7)	14.3
โรคหลอดเลือดและหัวใจ	2 (15)	13.3
เกาต์	1 (12)	8.3



ตาราง 4.3 : ความชุกของภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย

ข้อมูลความชุก	จำนวน (N=165)	ร้อยละ	
ความชุกของความเครียด ระดับปานกลาง-มาก	78.78		
คะแนนความเครียด (Mean \pm S.E.M)	31.44 \pm 0.71		
	ระดับมาก	29	17.6
	ระดับปานกลาง	101	61.2
	ระดับน้อย	35	21.2

ระยะที่ 2 การศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ

จากการศึกษาในระยะที่ 2 เป็นศึกษาทดลองเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการให้การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ แบบ Quasi-experimental study one group oretest-posttest design เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบ 1 กลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบผลในด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) ภาวะซึมเศร้า 2) ความเครียด 3) ระดับสติ และ 4) ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีภาวะซึมเศร้ามาร่วมด้วย โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังทางกายจากการคัดกรองในระยะที่ 1 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 24 คน ในการศึกษาครั้งนี้จะคัดเลือกผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลางเข้าสู่วิจัยการศึกษาระยะที่ 2 คิดเป็นจำนวน 15 คน และจากการคำนวณผู้เข้าร่วมการศึกษาดังกล่าวต้องมีจำนวน 15 คน ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมการศึกษารวมจำนวน 14 คน เมื่อสิ้นสุดการศึกษาลดเหลือจำนวน 13 คน เสียชีวิต 1 คน เมื่อคำนวณหาค่า Power ได้เท่ากับร้อยละ 93.33

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีภาวะซึมเศร้ามาร่วมด้วย

การคัดกรองในระยะที่ 1 คัดกรองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายจำนวน 165 คน พบว่ามีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามาร่วมด้วยในระดับน้อยถึงปานกลาง 24 คน ยินดีเข้าร่วมการศึกษาระยะที่ 2 จำนวน 14 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 9 คน (ร้อยละ 64.3) และเพศชาย 5 คน (ร้อยละ 35.7) อายุเฉลี่ย 72.50 \pm 10.43 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่และเป็นหม้าย อย่างละ 6 คน (ร้อยละ 42.9) ระดับการศึกษาสูงสุดคือชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 13 คน (ร้อยละ 92.9) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ 7 คน (ร้อยละ 50.0) มีรายได้เฉลี่ยรวม 4,363.64 \pm 2,708 บาท สถานะทางการเงินขัดสนบางครั้ง จำนวน 6 คน (ร้อยละ 42.9) ส่วนใหญ่ได้รับสวัสดิการรักษายาบาลประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 9 คน (ร้อยละ 64.3) โดยรับบริการที่สถานี่โรงพยาบาลสุทธาเวชมากที่สุด 13 คน (ร้อยละ 92.9) ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับลูก (ร้อยละ 57.1) มีโรคประจำตัวทางกายเฉลี่ย 2 โรค โดยส่วนมากพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 92.9) โดยพบว่าผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานมากที่สุด จำนวน 5 คน (ร้อยละ 35.7) โดยไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นส่วนมาก (ร้อยละ 85.7) โดยพบโรคซึมเศร้า จำนวน 1 คน และยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิเสธการมีประวัติการดื่มสุราและใช้สารเสพติด 13 คน (ร้อยละ 92.9) โดยไม่มีผู้ป่วยดื่มสุรา แต่พบว่าผู้ป่วยที่



จำนวน 1 คน (ร้อยละ 7.1) และยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที จำนวน 8 คน (ร้อยละ 57.1) ดังตาราง 4.4

ตาราง 4.4 : ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (N = 14)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	9	64.3
	ชาย	5	35.7
อายุเฉลี่ย (Mean ± S.E.M)	72.50 ± 2.79 ปี		
สถานภาพ	สมรส	6	42.9
	หม้าย	6	42.9
	หย่า/แยกกันอยู่	2	14.3
อาชีพ	เกษตรกรกรรม	1	7.1
	ธุรกิจส่วนตัว	5	35.7
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	50
	อื่นๆ	1	7.1
รายได้เฉลี่ย (Mean = S.E.M)	4,363.64 ± 816.45 บาท		
ระดับการศึกษาสูงสุด	ป.4	13	92.9
	ปวช.	1	7.1
สถานที่รับบริการ	สุทธาเวช	13	92.9
	มหาสารคาม	1	7.1
สถานะทางการเงิน	ขัดสนบางครั้ง	6	42.9
	ขัดสนบ้าง	3	21.4
	ขัดสนมาก	3	21.4
	ไม่ขัดสน	2	14.3
สวัสดิการรักษายาบาล	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	9	64.3
	เบิกได้ทั้งหมด	4	28.6
	อื่นๆ	1	7.1
สมาชิกในครอบครัว	ลูก	8	57.1
	หลาน	6	42.9
	แฟน/คู่สมรส	5	35.7
	พี่น้อง	1	7.1
	ญาติอื่นๆ	1	7.1



ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (N = 14)	ร้อยละ
โรคประจำตัวทางกาย	เบาหวาน	1	7.14
	ความดันโลหิตสูง	4	28.58
	เบาหวาน+ความดัน	4	28.58
	ความดัน+เกาต์	1	7.14
	เบาหวาน+ความดันโลหิต+ พาร์กินสัน	1	7.14
	เบาหวาน+ความดันโลหิต+ไขมัน	2	14.28
	เบาหวาน+ความดันโลหิต+ไต+ ไขมัน+หลอดเลือดหัวใจ	1	7.14
	การเจ็บป่วยทางจิตเวช	ไม่มี	12	85.7
มี		2	14.3
ซึมเศร้า		1	7.1
อารมณ์สองขั้ว		1	7.1
ประวัติการดื่มสุราและใช้สารเสพติด	ไม่มี	13	92.9
	มี	1	7.1
	บุหรี่	1	7.1
ออกกำลังกายเป็นประจำ	ใช่	8	57.1
	ไม่ใช่	6	42.9
น้ำหนัก (Mean ± S.E.M)	56.50 ± 3.70 กิโลกรัม		
ส่วนสูง (Mean ± S.E.M)	156.71 ± 2.63 เซนติเมตร		
ประวัติการนอนโรงพยาบาล	ไม่เคย	5	35.7
	เคย	9	64.3
การรับประทานยา	ทานครบทุกครั้ง	9	64.3
	ลืมห้าง	4	28.6
	ลืมน้อย	1	7.1

น้ำหนักเฉลี่ยของผู้ป่วยในระยะที่ 2 คือ 56.50 ± 3.70 กิโลกรัม และส่วนสูงเฉลี่ย 156.71 ± 2.63 เซนติเมตร ผู้ป่วยเคยมีประวัติการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 9 คน (ร้อยละ 64.3) และพบว่าในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยรับประทานยาครบทุกครั้ง 9 คน (ร้อยละ 64.3) และลืมรับประทานยาจำนวน 5 คน (ร้อยละ 35.7) แบ่งเป็น ลืมห้างจำนวน 4 คน (ร้อยละ 28.6) และลืมน้อยจำนวน 1 คน (ร้อยละ 7.1) ตามลำดับ ดังตาราง 4.4

จากศึกษาในส่วนข้อมูลปัจจัยทางจิตสังคม พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของบุคคลในครอบครัว จำนวน 12 คน (ร้อยละ 85.72) และพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีประวัติคนใน



ครอบครัวเป็นโรคทางจิตเวช คือ โรคซึมเศร้า 1 คน (ร้อยละ 7.14) และโรคจิตเภท 1 คน (ร้อยละ 7.14) จากการศึกษาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เกี่ยวกับปัญหาในครอบครัวพบว่า มีปัญหาด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจอย่างละ 6 คน (ร้อยละ 42.9) โดยหากมีปัญหาเกิดขึ้นพบว่าผู้ป่วยเลือกปรึกษาและขอคำแนะนำจากคนอื่นมากที่สุด (ร้อยละ 78.6) ดังตาราง 4.5

ตาราง 4.5 : ข้อมูลปัจจัยทางจิตสังคม

ข้อมูลปัจจัยทางสังคม		จำนวน N = 14	ร้อยละ
ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว	ไม่มี	12	85.72
	มี	2	14.28
	โรคซึมเศร้า	1	7.14
	โรคจิตเภท	1	7.14
ปัญหาความเครียดในครอบครัว	ด้านสุขภาพ	6	42.9
	ด้านเศรษฐกิจ	6	42.9
	ด้านการงาน	1	7.1
	ด้านครอบครัว	2	14.3
การปรึกษาขอคำแนะนำ	ไม่ได้ปรึกษาใคร	3	21.4
	ปรึกษาคนอื่น	11	78.6
	พ่อแม่	1	7.1
	แฟน	6	42.9
	พี่น้อง	2	14.3
	ลูก	2	14.3
	หลาน	2	14.3

2.2 ภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษาการเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา พบว่า ก่อนการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.79 ± 0.88 คะแนน ในแต่ละข้อจะมีคะแนนเต็มเท่ากับ 3 คะแนน หมายถึงมีอาการเหล่านี้ทุกวัน โดยข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 4 (เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง) เฉลี่ยเท่ากับ 2.79 ± 0.33 คะแนน หลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 1 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 1 พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 6.64 ± 1.17 คะแนน ($p=0.12$) และคะแนนเฉลี่ยข้อที่ 4 (เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง) ลดลงเหลือ 2.00 ± 0.29 คะแนน ($p=0.08$) ข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุดหลังการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 1 คือ ข้อที่ 3 (หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 ± 0.343 คะแนน ($p=0.56$) หลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 2 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 4 มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 ± 0.93 คะแนน ($p=0.003$) โดยข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อที่ 4 (เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.64 ± 0.23 คะแนน ($p=0.01$) หลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 3 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 8 คะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 2.93 ± 0.69 คะแนน ($p<0.001$) โดยข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อที่ 8 (พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่น



สังเกตเห็นได้หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.64 ± 0.23 คะแนน ($p=0.23$) ดังตาราง 4.6 และ 4.7

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างก่อนและหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมและการฝึกสติครั้งที่ 1 พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.12$) เปรียบเทียบกับการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมครั้งที่ 2 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 4 พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) เปรียบเทียบกับการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมครั้งที่ 3 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 8 พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตาราง 4.6

ตาราง 4.6 : ผลคะแนนภาวะซึมเศร้า

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม	ผลต่าง (Mean±S.E.M)				P-value
	Pre-test	Post-test 1	Post-test 2	Post-test 3	
คะแนนรวม (Mean±S.E.M)	7.79±0.88	6.64±1.17	4.21±0.93	2.93±0.69	0.12 [¶] 0.003 [†] $p<0.001$ [‡]

¶ , - , † แทนค่า p value . ¶ เปรียบเทียบ Pre-test vs Post-test 1.

† เปรียบเทียบ Pre-test vs Post-test 2. ‡ เปรียบเทียบ Pre-test vs Post-test 3

ตาราง 4.7 : เปรียบเทียบผลคะแนนภาวะซึมเศร้าในแต่ละข้อ

ข้อที่	คะแนนเฉลี่ย				
	Pre-test	Post-test 1	Post-test 2	Post-test 3	P-value
ข้อที่ 1 เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	1.79±0.24	1.64±0.27	1.50±0.17	1.29±0.16	0.61 [¶] 0.305 [†] 0.11 [‡]
ข้อที่ 2 ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	2.07±0.25	1.64±0.20	1.50±0.17	1.36±0.17	0.08 [¶] 0.05 [†] 0.03 [‡]
ข้อที่ 3 หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป	2.64±0.31	2.57±0.34	1.57±0.23	1.43±0.17	0.56 [¶] 0.01 [†] 0.11 [‡]



ข้อที่	คะแนนเฉลี่ย				
	Pre-test	Post-test 1	Post-test 2	Post-test 3	P-value
ข้อที่ 4 เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	2.79±0.33	2.00±0.30	1.64±0.23	1.57±0.17	0.02 ^f 0.01 ^g 0.02 ^h
ข้อที่ 5 เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	1.64±0.25	1.57±0.17	1.50±0.17	1.07±0.07	1.00 ^f 0.763 ^g 0.04 ^h
ข้อที่ 6 รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	1.64±0.27	1.43±0.17	1.36±0.17	1.36±0.13	0.33 ^f 0.34 ^g 0.19 ^h
ข้อที่ 7 สมาธิไม่ได้เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือ ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	1.71±0.27	1.57±0.20	1.50±0.17	1.14±0.10	0.56 ^f 0.56 ^g 0.05 ^h
ข้อที่ 8 พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	1.36±0.17	2.07±0.29	1.50±0.17	1.64±0.23	0.03 ^f 0.48 ^g 0.23 ^h
ข้อที่ 9 คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตาย	1.14±0.10	1.14±0.10	1.14±0.10	1.07±0.07	1.00 ^f 1.00 ^g 0.32 ^h

^f , ^g , ^h แทนค่า p value . [¶] เปรียบเทียบ Pre-test vs Post-test 1,

[†] เปรียบเทียบ Pre-test vs Post-test 2. [‡] เปรียบเทียบ Pre-test vs Post-test 3

2.3 ภาวะเครียด

ก่อนการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายมีคะแนนภาวะเครียดเฉลี่ย 39.00 ± 2.57 คะแนน โดยข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 1 (กลัวทำงานผิดพลาด) เฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.57 ± 0.41 และข้อที่ 19 (รู้สึกเหนื่อยง่าย) เฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.57 ± 0.37 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่า ๆ กัน ซึ่งคะแนนเต็มในแต่ละข้อมีคะแนนเต็มเท่ากับ 5 คะแนน ซึ่งหมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด หลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 1 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดมีแนวโน้มลดลงเป็น 36.93 ± 1.98 คะแนน โดยข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 16 (ความจำไม่ดี) และข้อที่ 19 (รู้สึกเหนื่อยง่าย) มีคะแนนเฉลี่ยเท่าๆกัน คือ 2.50 ± 0.31 คะแนน หลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 2 และการฝึกสติในสัปดาห์ที่ 4 คะแนนภาวะเครียดเฉลี่ยลดลงเหลือ 33.36 ± 3.26 คะแนน โดยข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 6 (เงินไม่พอใช้จ่าย) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 ± 0.42 คะแนนและข้อที่ 16



(ความจำไม่ดี) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 ± 0.37 คะแนน หลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 3 ร่วมกับการฝึกสติในสัปดาห์ที่ 8 คะแนนภาวะเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 29.57 ± 1.84 คะแนน โดยข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 16 (ความจำไม่ดี) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.21 ± 0.24 คะแนน ดังตาราง 4.9

คะแนนความเครียดระหว่างก่อนการให้การบริหารทางเภสัชกรรมกับภายหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 1 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 1 พบว่ามีคะแนนความเครียดลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 2.07 ± 2.49 คะแนน ($p=0.421$) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติในสัปดาห์ที่ 4 พบว่ามีคะแนนความเครียดลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 5.64 ± 2.95 คะแนน ($p=0.078$) เปรียบเทียบคะแนนความเครียดก่อนและหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติในสัปดาห์ที่ 8 พบว่ามีคะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 9.43 ± 1.92 คะแนน ($p<0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความแตกต่างของคะแนนความเครียดก่อนการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมกับภายหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 1 กับหลังให้การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติสัปดาห์ที่ 4 พบว่ามีคะแนนความเครียดลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 3.57 ± 2.30 คะแนน ($p=0.145$) เปรียบเทียบค่าคะแนนความแตกต่างของคะแนนความเครียดก่อนการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมกับภายหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 1 กับ หลังการให้การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติสัปดาห์ที่ 8 พบว่ามีคะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 7.36 ± 1.36 คะแนน ($p<0.001$) ดังแสดงในตาราง 4.8

ตาราง 4.8 : ผลคะแนนภาวะเครียด

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม	ผลต่าง (Mean±S.E.M)				P-value
	Pre-test	Post-test 1	Post-test 2	Post-test 3	
คะแนนรวม (Mean±S.E.M)	39.00±2.57	36.93±1.98	33.36±3.26	33.36±3.26	0.421 ^f 0.078 ^g p<0.001 ^h

^f , ^g , ^h แทนค่า p value , ^f เปรียบเทียบ Pre-test vs Post-test 1.

^g เปรียบเทียบ Pre-test vs Post-test 2, ^h เปรียบเทียบ Pre-test vs Post-test 3

ตาราง 4.9 : ผลคะแนนภาวะเครียดในแต่ละข้อ

ข้อที่	คะแนนเฉลี่ย				
	Pre-test	Post-test 1	Post-test 2	Post-test 3	P-value
1. กลัวทำงานผิดพลาด	2.57 ±0.42	1.86 ±0.35	2.00 ±0.35	1.57 ±0.23	0.01 ^f 0.21 ^g 0.05 ^h
2. ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้	2.21 ±0.43	2.21 ±0.37	1.71 ±0.27	1.43 ±0.17	0.88 ^f 0.44 ^g 0.11 ^h



ข้อที่	คะแนนเฉลี่ย				P-value
	Pre-test	Post-test 1	Post-test 2	Post-test 3	
3. ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงิน หรือเรื่องงานในบ้าน	1.79 ±0.26	1.86 ±0.31	2.14 ±0.33	1.86 ±0.36	0.86 [¶] 0.24 [†] 0.94 [‡]
4. เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษ หรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน	1.86 ±0.38	2.21 ±0.33	1.50 ±0.31	1.50 ±0.25	0.29 [¶] 0.44 [†] 0.48 [‡]
5. รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ	1.57 ±0.29	1.07 ±0.07	1.14 ±0.14	1.29 ±0.16	0.07 [¶] 0.06 [†] 0.36 [‡]
6. เงินไม่พอใช้จ่าย	2.29 ±0.44	1.79 ±0.35	2.29 ±0.43	2.14 ±0.40	0.13 [¶] 0.83 [†] 0.60 [‡]
7. กล้ามเนื้อตึงหรือปวด	2.43±0.37	2.36 ±0.34	2.14 ±0.33	1.64 ±0.17	0.95 [¶] 0.27 [†] 0.02 [‡]
8. ปวดหัวจากความตึงเครียด	1.64 ±0.20	1.79 ±0.26	1.64 ±0.33	1.21 ±0.11	0.63 [¶] 0.66 [†] 0.06 [‡]
9. ปวดหลัง	2.29 ±0.34	1.79 ±0.35	1.79 ±0.42	1.64 ±0.31	0.08 [¶] 0.23 [†] 0.03 [‡]
10. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง	1.50 ±0.25	1.50 ±0.29	1.93 ±0.31	1.07 ±0.07	1.00 [¶] 0.30 [†] 0.11 [‡]
11. ปวดศีรษะข้างเดียว	1.36 ±0.12	1.29 ±0.16	1.14 ±0.14	1.07 ±0.07	0.70 [¶] 0.18 [†] 0.10 [‡]
12. รู้สึกวิตกกังวล	1.79±0.32	1.71 ±0.22	1.93 ±0.31	1.50 ±0.17	0.93 [¶] 0.66 [†] 0.55 [‡]
13. รู้สึกคับข้องใจ	1.71 ±0.32	1.86 ±0.25	1.57 ±0.25	1.14 ±0.10	0.64 [¶] 0.75 [†] 0.08 [‡]



ข้อที่	คะแนนเฉลี่ย				P-value
	Pre-test	Post-test 1	Post-test 2	Post-test 3	
14. รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด	2.29±0.35	2.07 ±0.29	1.93 ±0.25	1.29 ±0.13	0.69 [¶] 0.44 [†] 0.04 [‡]
15. รู้สึกเศร้า	1.86 ±0.35	1.07 ±0.07	1.14 ±0.14	1.07 ±0.07	0.05 [¶] 0.11 [†] 0.05 [‡]
16. ความจำไม่ดี	2.00 ±0.28	2.50 ±0.31	2.29 ±0.37	2.21±0.24	0.20 [¶] 0.53 [†] 0.46 [‡]
17. รู้สึกสับสน	1.86 ±0.21	1.93 ±0.25	1.57 ±0.29	1.57 ±0.23	0.66 [¶] 0.21 [†] 0.40 [‡]
18. ตั้งสมาธิลำบาก	1.93 ±0.27	2.14 ±0.33	1.43 ±0.17	1.43 ±0.17	0.60 [¶] 0.10 [†] 0.05 [‡]
19. รู้สึกเหนื่อยง่าย	2.57 ±0.37	2.50 ±0.31	2.07 ±0.30	2.00 ±0.28	0.94 [¶] 0.30 [†] 0.16 [‡]
20. เป็นหวัดบ่อยๆ	1.57 ±0.25	2.00 ±0.39	1.43 ±0.25	1.21 ±0.16	0.17 [¶] 0.48 [†] 0.30 [‡]

¶ แทนค่า p value เปรียบเทียบ Pre-test vs Post-test 1,

† เปรียบเทียบ Pre-test vs Post-test 2, เปรียบเทียบ Pre-test vs Post-test 3

2.4 ระดับสติ

จากการผลการศึกษการเปรียบเทียบคะแนนระดับสติในกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาพบว่าก่อนการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ มีคะแนนระดับสติเฉลี่ยเท่ากับ 43.86 ± 2.58 คะแนน โดยข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 12 (ฉันได้ของที่ไม่ได้ตั้งใจซื้อ หรือ ไม่จำเป็น เวลาไปซื้อป๊อปปิ้ง) หลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 1 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 1 คะแนนระดับสติเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 47.00 ± 1.82 คะแนน ซึ่งข้อคำถามตั้งแต่ข้อ 1 – 10 มีคะแนนเต็มข้อละ 5 คะแนน หมายถึง มีระดับสติมาก และตั้งแต่ข้อ 11 – 15 มีคะแนนเต็มข้อละ 5 คะแนนเช่นกัน แต่มีความหมายตรงกันข้าม คือ มีระดับสติน้อย โดยข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 2 (ฉันรู้สึกตัวขณะเคลื่อนไหว เช่น เดิน/ยืน/นั่ง/นอน เหยียดขา งอเข้าเอี้ยวตัว) หลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 2 ร่วมกับการฝึกสติในสัปดาห์ที่ 4 คะแนนระดับสติ



เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 50.43 ± 1.68 คะแนน โดยข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 3 (เวลาอาบน้ำ ฉันรู้ว่าฉันน้ำไหลผ่าน/ สัมผัสผิวกายอย่างไร) และข้อที่ 5 (ฉันรู้สึกตัวขณะอาบน้ำ แปร่งพื่น นิ่งสุขา) หลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 3 ร่วมกับการฝึกสติในสัปดาห์ที่ 8 คะแนนระดับสติเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 53.50 ± 2.02 คะแนน โดยข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 5 (ฉันรู้สึกตัวขณะอาบน้ำ แปร่งพื่น นิ่งสุขา) ดังตาราง 4.10 และ 4.11

จากนั้นนำมาเปรียบเทียบผลคะแนนระดับสติระหว่างก่อนการให้การบริหารทางเภสัชกรรมกับภายหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 1 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 1 พบว่ามีคะแนนระดับสติเพิ่มขึ้น 3.14 ± 2.20 คะแนน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.18$) เปรียบเทียบระหว่างก่อนการให้การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติกับภายหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 2 ร่วมกับการฝึกสติในสัปดาห์ที่ 4 พบว่ามีคะแนนระดับสติเพิ่มขึ้น 6.57 ± 3.35 คะแนน แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.07$) เปรียบเทียบระหว่างก่อนการให้การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติกับภายหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 3 ร่วมกับการฝึกสติในสัปดาห์ที่ 8 พบว่าคะแนนระดับสติเพิ่มขึ้น 9.64 ± 2.35 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างระหว่างหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 1 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 1 กับหลังให้การบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 2 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 4 พบว่ามีคะแนนระดับสติเพิ่มขึ้น 3.43 ± 2.28 คะแนน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.16$) เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างระหว่างหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 1 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 1 กับหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 3 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 8 พบว่ามีคะแนนระดับสติเพิ่มขึ้น 6.50 ± 1.88 คะแนน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) ดังแสดงในตาราง 4.10

ตาราง 4.10 : ผลคะแนนระดับสติ

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม	ผลต่าง (Mean±S.E.M)				P-value
	Pre-test	Post-test 1	Post-test 2	Post-test 3	
คะแนนรวม (Mean±S.E.M)	43.86±2.58	47.00±1.82	50.43±1.68	53.50±2.02	0.18 ^a 0.07 [†] 0.001 [‡]

^a - . ± แทนค่า p value . [†] เปรียบเทียบ Pre-test vs Post-test 1.

[‡] เปรียบเทียบ Pre-test vs Post-test 2. [‡] เปรียบเทียบ Pre-test vs Post-test 3

ตาราง 4.11 : ผลคะแนนระดับสติในแต่ละข้อ

ข้อที่	คะแนนเฉลี่ย				
	Pre-test	Post-test 1	Post-test 2	Post-test 3	P-value
1. ฉันรู้สึกตัวในขณะที่หายใจเข้า-ออก	2.50 ±0.34	3.79 ±0.21	4.14± 0.21	4.57 ±0.14	0.03 ^a 0.005 [†] 0.002 [‡]



ข้อที่	คะแนนเฉลี่ย				
	Pre-test	Post-test 1	Post-test 2	Post-test 3	P-value
2. ฉันรู้สึกตัวขณะเคลื่อนไหว เช่น เดิน/ยืน/นั่ง/นอน เหยียดขา งอเข้า เอี้ยว	3.21 ±0.35	4.29± 0.13	4.21± 0.21	4.5 ±0.14	0.03 [†] 0.03 [‡] 0.004 [‡]
3. เวลาอาบน้ำ ฉันรู้ว่ามือน้ำไหลผ่าน/ สัมผัสผิวกายอย่างไร	3.21 ±0.33	4.07± 0.13	4.29 ±0.16	4.57 ±0.14	0.06 [†] 0.02 [‡] 0.003 [‡]
4. เมื่ออารมณ์เปลี่ยนแปลง ฉันรับรู้ได้	3.21 ±0.37	4.07 ±0.13	3.64 ±0.25	4.21 ±0.24	0.05 [†] 0.30 [‡] 0.03 [‡]
5. ฉันรู้สึกตัวขณะอาบน้ำ แปรงพื้น นั่งสุขา	3.50 ±0.33	4.14± 0.14	4.29 ±0.16	4.64± 0.13	0.04 [†] 0.02 [‡] 0.01 [‡]
6. ฉันสามารถหยุดทำตามความคิดหรือความอยากได้	2.57 ±0.33	2.57± 0.33	2.93 ±0.31	3.93 ±0.32	0.95 [†] 0.40 [‡] 0.01 [‡]
7. ก่อนพูดหรือก่อนทำ ฉันเตือนตัวเองได้ว่าสิ่งใดควรพูด/ทำหรือไม่ควรพูด/ทำ	3.43 ±0.27	3.29 ±0.29	4 ±0.23	4.29± 0.19	0.40 [†] 0.10 [‡] 0.04 [‡]
8. ฉันเห็นความพอใจ/ไม่พอใจผ่านเข้ามาในใจ เพียงครู่เดียวก็ผ่านไป	3.43 ±0.17	3.21 ±0.26	4.07± 0.22	4.14± 0.21	0.32 [†] 0.08 [‡] 0.03 [‡]
9. ฉันพยายามให้ความรู้สึกดี ๆ อยู่นาน	3.14 ±0.25	3.29 ±0.30	4.14 ±0.18	3.93 ±0.31	0.72 [†] 0.01 [‡] 0.05 [‡]
10. ฉันห้ามตัวเองไม่ให้คิด	2.93 ±0.34	2.36 ±0.34	2.86 ±0.36	3.93 ±0.29	0.18 [†] 0.79 [‡] 0.04 [‡]
11. ฉันหยุดเดินจงกรม/หรือ เลิกนั่งภาวนา ถ้ารู้สึกเมื่อยหรือเบื่อ	3.79 ±0.41	3.86± 0.35	2.79 ±0.43	3.14 ±0.44	0.90 [†] 0.17 [‡] 0.28 [‡]
12. ฉันได้ของไม่ได้ตั้งใจซื้อหรือ ไม่จำเป็น เวลาไปซื้อป๊อป	2.29 ±0.34	2.79 ±0.37	3.79 ±0.32	3.86 ± 0.29	0.08 [†] 0.004 [‡] 0.004 [‡]



ข้อที่	คะแนนเฉลี่ย				P-value
	Pre-test	Post-test 1	Post-test 2	Post-test 3	
14. ขณะอาบน้ำ แปรงพื้น เข้าห้องสุขา อันคิดวางแผนในเรื่องต่างๆ	3.07 ±0.45	3.93 ±0.32	3.43 ±0.36	3.71 ±0.38	0.08 [†] 0.57 ⁻ 0.30 [‡]
15. ฉันทมกุ่มกับงาน/สิ่งที่ต้องทำ จนมักจะลืมเวลากินข้าวเข้าห้องสุขา	3.50 ±0.37	3.57 ±0.33	3.86 ±0.35	4.14 ±0.36	0.83 [†] 0.43 ⁻ 0.15 [‡]

†, -, ‡ แทนค่า p value, † เปรียบเทียบ Pre-test vs Post-test 1,

‡ เปรียบเทียบ Pre-test vs Post-test 2, - เปรียบเทียบ Pre-test vs Post-test 3

2.5 ความร่วมมือในการใช้ยา

จากการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา พบว่า ก่อนการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 67.32 หลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 2 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 82.16 ± 5.29 และหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 3 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 8 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 98.00 ± 1.21 ดังตาราง 4.12

จากนั้นนำมาเปรียบเทียบระหว่างก่อนการให้การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติกับภายหลังจากได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 2 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 4 พบว่ามีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15.81 ± 5.46 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.01) เปรียบเทียบระหว่างก่อนการให้การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติกับภายหลังจากได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 3 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 8 พบว่ามีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 30.50 ± 5.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.003) และเปรียบเทียบระหว่างภายหลังจากได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 2 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 4 กับภายหลังจากได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 3 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 8 พบว่ามีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.83 ± 4.23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.002) ดังแสดงในตาราง 4.12

ตาราง 4.12 : ผลร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม	ผลต่าง (Mean±S.E.M)			P-value
	Pre-test	Post-test 2	Post-test 3	
คะแนนรวม (Mean±S.E.M)	67.32 ± 6.35	82.16 ± 5.29	98.00 ± 1.21	0.01 [†] 0.003 ⁻ 0.002 [‡]

†, -, ‡ แทนค่า p value, † เปรียบเทียบ Pre-test vs Post-test 2,

‡ เปรียบเทียบ Pre-test 2 vs Post-test 3, - เปรียบเทียบ Pre-test vs Post-test 3



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ Quasi-experimental study one group pretest-posttest design เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบ 1 กลุ่ม โดยวัดผลก่อนและหลังการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ เพื่อเปรียบเทียบผลของ 1) ภาวะซึมเศร้า 2) ภาวะเครียด 3) ระดับสติ 4) ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่ได้รับการคัดกรอง และระยะที่ 2 การศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบ 1 กลุ่ม ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่เข้าร่วมการศึกษา โดยวัดผลก่อนและหลังการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจความชุกและศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย และเปรียบเทียบผลการศึกษาภาวะซึมเศร้า ระดับสติและปัญหาด้านยาก่อนและหลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีภาวะซึมเศร้า ในชุมชนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ทั้ง 6 ชุมชน โดยทำการศึกษาในปีการศึกษา 2559 ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560

ผู้เข้าร่วมการคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบวัดความเครียด จำนวนทั้งสิ้น 165 คน โดยผู้เข้าร่วมการศึกษาต้องเป็นผู้ผ่านการคัดกรองและมีระดับภาวะซึมเศร้าน้อยถึงปานกลาง และยินดีเข้าร่วมการศึกษา มีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 14 คน ผู้เข้าร่วมการศึกษานี้จะได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 8 สัปดาห์

สรุปผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียด

การศึกษาคความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย ประกอบด้วย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังทางกาย ในชุมชนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 6 ชุมชน มีผู้เข้าร่วมคัดกรองจำนวนทั้งสิ้น 165 คน ผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย พบว่าผู้ป่วยโดยส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 116 คน (ร้อยละ 70.3) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของปราณี ศรีสงคราม (2551) ซึ่งมีผู้เข้าร่วม



การศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 10.5 (จากร้อยละ 13.5) สอดคล้องกับข้อมูลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่ได้รับจากโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นเพศหญิงโดยส่วนมาก เมื่อพิจารณาการศึกษาของนิตยา จรัสแสง (2555) ซึ่งทำการศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.5 โดยส่วนใหญ่มีสถานะสมรส มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ ชั้นระดับประถมศึกษา และมีสถานะทางการเงินไม่ชัดเจนและได้รับสิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีความสอดคล้องและใกล้เคียงกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในการศึกษานี้เช่นเดียวกัน

การศึกษาในด้านอื่น เช่น โรคประจำตัวทางกายหรือโรคเรื้อรัง พบว่ามีการศึกษาที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคเรื้อรังเพียง 1 โรค หรือมุ่งเน้นเพียงโรคเดียว เช่นเดียวกับการศึกษาของสุริพร จุ้ยชัยภูมิ (2552) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานเพียงโรคเดียว และการศึกษาของวรรณดล เชื้ออมงคล และคณะ (2557) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางหน้าท้องเพียงโรคเดียว โดยไม่ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้ ที่ต้องการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายและการมีโรคร่วมหลายโรคอาจมีผลต่อภาวะซึมเศร้า

ในด้านปัจจัยทางจิตสังคม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 93.3) และจากการสำรวจเกี่ยวกับปัญหาในครอบครัว พบว่ามีปัญหาด้านเศรษฐกิจมากที่สุด จำนวน 41 คน (ร้อยละ 24.8) โดยผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักจะแก้ปัญหาด้วยตนเองและไม่ได้ปรึกษาขอคำแนะนำจากผู้อื่น จากการศึกษาของพัชรภักดิ์ ไชยสังข์และคณะ (2556) เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทำนายของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน ปัจจัยเกี่ยวข้องที่พบ ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรังและความสัมพันธ์กับคนในชุมชน รวมทั้งสภาพแวดล้อมต่างๆ ล้วนเป็นปัจจัยที่สำคัญในส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าได้

1.2 ความชุกของภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย ในชุมชนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทางกาย เมื่อผ่านการคัดกรองภาวะซึมเศร้า พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายในชุมชนทั้ง 6 ชุมชนเท่ากับร้อยละ 16.36 คน โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับภาวะซึมเศร้ารระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของของบราณี ศรีสงคราม (2551) ที่มีความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ้านหมี่เท่ากับร้อยละ 13.8 ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของนภา พวงรอด (2558) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ร้อยละ 15.3 การศึกษาในข้างต้นมีค่าความชุกน้อยกว่าการศึกษานี้ อาจมาจากเกณฑ์การคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่างต้องมีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งในการศึกษานี้ไม่ได้จำกัดอายุของกลุ่มตัวอย่าง อาจเป็นผลทำให้พบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้กว้างกว่า ค่าความชุกจึงมีมากกว่า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของอิทธิพล พลเยี่ยม (2014) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทางกาย 5 โรค ในจังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ 28.6 ใกล้เคียงกับการศึกษาของชลวิภา สุลักษณ์นารักษ์ (2559) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลน้ำพอง มีความชุกภาวะเศรียร้อยละ 29.7 เช่นเดียวกับผลการศึกษาของอาคม บุญเลิศ (2559) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในเขตรับผิดชอบของสถานีประมงภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36.9 ค่าความชุกที่



พบในการศึกษาข้างต้น มีค่ามากกว่าความชุกในการศึกษานี้ เนื่องมาจากการศึกษาในข้างต้น ทำในระดับจังหวัดและอำเภอ มีผู้เข้าร่วมการคัดกรองจำนวนมาก (580 คนและ 290 คน) แต่ในการศึกษาของอาคม บุญเลิศ (2559) มีความคล้ายคลึงกับการศึกษานี้ ที่มีผู้เข้าร่วมคัดกรองใกล้เคียงกัน (165 คนและ 130 คน) ค่าความชุกที่มากกว่า อาจมาจากสภาพแวดล้อมของชุมชนสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น เป็นชุมชนเมืองใหญ่ อาจมีความรุ่มรวยและการดำเนินชีวิตซับซ้อนมากกว่าชุมชนเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่สำคัญ คือ บังคับทางเพศ ซึ่งมีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน จากการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2557) พบว่าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในเพศหญิง ร้อยละ 18.33 และมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 2.46 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี ศรีสงคราม (2551) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในเพศหญิง ร้อยละ 10.5 (จากร้อยละ 13.5) และผลการศึกษาของนภา พวงรอด (2558) มีความชุกของภาวะซึมเศร้าในเพศหญิง ร้อยละ 18.63 (จากร้อยละ 28.03) ในการศึกษาี้ ผู้เข้าร่วมคัดกรองจำนวน 165 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.30 พบความชุกภาวะซึมเศร้าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.07 (จากทั้งหมด 27 คน) เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของนพรัตน์ ไทยแท้ (2557) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 44.29 เช่นเดียวกับการศึกษาของอาคม บุญเลิศ (2559) มีความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นเพศหญิง ร้อยละ 41.3 (จากร้อยละ 67.6) จากการศึกษาในข้างต้น เพศหญิง อาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายได้

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายของการศึกษานี้ จากผู้เข้าร่วมการคัดกรอง 165 คน พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 84.2) และพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสูงที่สุด ร้อยละ 20 (2 คนจาก 10 คน) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Murillo-Zamora และคณะ (2016) พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย มักจะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ทำการฟอกเลือด (hemodialysis) พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยถึงร้อยละ 42 และความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานในการศึกษานี้เท่ากับร้อยละ 16.85 สูงรองจากโรคไตวายเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี ศรีสงคราม (2551) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 16.85) เกี่ยวเนื่องกับผลการศึกษาของนิตยา จรัสแสง (2555) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบาพร่องมีการเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุดและโรคเบาหวานเป็นอันดับรองลงมา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Frederick FT และคณะ (2013) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยถึงร้อยละ 17.9 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของอาคม บุญเลิศ (2559) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า พบความชุกสูงสุดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 35.9) และเบาหวาน (ร้อยละ 35.3) แต่เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ของโรคเรื้อรังที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า พบว่าโรคไขมันผิดปกติ มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 19.4 มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นการที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย โดยเฉพาะ โรคไตวายเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันผิดปกติ อาจมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย และทำให้ส่งผลกระทบต่อการรักษา เช่น ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เนื่องจากหมดกำลังใจ ทำให้ส่งผลการดำเนินโรค ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการของโรค หรือทำให้อาการของโรคแย่ลง จนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้

โรคประจำตัวทางกายของผู้เข้าร่วมการศึกษานี้จึงอาจเป็นปัจจัยสำคัญ ที่มีผลต่อการบริหารทางเภสัชกรรม เนื่องจากผู้เข้าร่วมการศึกษามีความรุนแรงของโรคที่พบต่างกัน อีกทั้งจำนวนของโรคเรื้อรังก็



ภาวะซึมเศร้าในรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) พบว่าเมื่อแยกตามระดับความรุนแรงของ ภาวะซึมเศร้า พบว่าปัจจัยทางด้านความแตกต่างของโรคเรื้อรังในแต่ละโรคส่งผลต่อความชุกของภาวะซึมเศร้าและระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าเช่นเดียวกัน นอกจากนี้จากการศึกษาของพัชรภักดิ์ ไชยสังข์ และคณะ (2556) พบว่าปัจจัยของระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายอีกด้วย ซึ่งในการศึกษานี้ก็พบว่าปัจจัยต่างๆ ล้วนมีผลต่อความชุกของภาวะซึมเศร้าเช่นเดียวกัน

1.3 ความชุกของภาวะเครียด

จากการศึกษานี้ พบความชุกของภาวะเครียดในระดับปานกลางถึงมากในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายเท่ากับร้อยละ 78.78 ภาวะเครียดระดับปานกลางร้อยละ 78.52 และภาวะเครียดระดับมากร้อยละ 21.48 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรวิภา เพี้ยภักดิ์ (2558) ได้ศึกษาภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยชนะ จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความชุกของภาวะเครียดในระดับปานกลางเท่ากับ ร้อยละ 72.0 และภาวะเครียดในระดับสูงเท่ากับ 26.0 ซึ่งค่าความชุกใกล้เคียงกับการศึกษานี้ เนื่องจากเลือกใช้เครื่องมือในการวัดภาวะเครียดเหมือนกัน คือ เครื่องมือวัดภาวะเครียดสวนปรุง (20 ข้อ) และมีจำนวนประชากรในการคัดกรองที่ใกล้เคียงกัน (150 คนและ 165 คน) แตกต่างเพียงสภาพสังคมแวดล้อมระหว่างสังคมชนบท และสังคมเมือง

ระยะที่ 2 การศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย

จากการศึกษาในระยะที่ 2 เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบ 1 กลุ่ม ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่เข้าร่วมการศึกษา โดยต้องเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยมีผู้เข้าร่วมการศึกษารวมทั้งสิ้น 14 คน โดยวัดผลก่อนและหลังการให้การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ ซึ่งมีการศึกษาผลการเปรียบเทียบผลการศึกษาทั้งหมด 8 ส่วน ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ในการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา ซึ่งเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลางและยินยอมเข้าร่วมการศึกษารวมทั้งสิ้น 14 คน เมื่อคำนวณค่า Power ได้เท่ากับร้อยละ 93.33 ซึ่งผู้เข้าร่วมการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 9 คน (ร้อยละ 64.3) สอดคล้องกับในหลายๆการศึกษาที่พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในการศึกษาของภา พวงรอด (2558) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน ซึ่งพบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี ศรีสงคราม (2551) ซึ่งมีผลลัพธ์ไปในทิศทางเดียวกันว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้ามักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้เข้าร่วมการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ย 72.50 ± 2.79 ปี และมีสถานภาพสมรสเท่ากับเป็นหม้าย (ร้อยละ 42.9) ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (ร้อยละ 92.9) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 50.0) สถานะทางการเงินขัดสนบางครั้ง (ร้อยละ 42.9) และได้รับสิทธิประกันสุขภาพ



92.9) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของนิตยา จรัสแสง (2555) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องมีการเกิดภาวะซีมเศร้ามากที่สุด แนวโน้มของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร่ายังสอดคล้องกับการศึกษาของ นภา พวงรอด (2558) ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร่าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางจิตสังคม และปัจจัยทางชีวภาพ โดยการศึกษาที่พบปัญหาด้านสุขภาพและเศรษฐกิจในผู้เข้าร่วมการศึกษามากที่สุด มีจำนวนเท่าๆ กัน (ร้อยละ 42.9) ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของพัชรภรณ์ ไชยสังข์ และคณะ (2556) ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีมเศร่าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถานภาพสมรสคู่ สัมพันธภาพในครอบครัว ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง 5-10 ปี ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยอายุ สถานภาพสมรสหม้าย และระดับความรุนแรงของโรค มีผลต่อระดับภาวะซีมเศร่าของผู้สูงอายุในชุมชน ($r=0.259, 0.414, 0.131, 0.306, -0.181, -0.249, -0.284$) ส่วนปัจจัยอายุ สถานภาพสมรส และระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับภาวะซีมเศร่าของผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้นจากการศึกษาในข้างต้นและการศึกษาก่อนหน้า อาจสรุปได้ว่าเพศหญิงจะพบภาวะซีมเศร่าได้มากกว่าเพศชาย และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีมเศร่าที่สอดคล้องกัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยโรคเรื้อรังทางกาย

นอกจากนั้นในการศึกษา ผู้เข้าร่วมการศึกษามากส่วนใหญ่มิพบพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี มี 1 ใน 3 ที่มีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาอย่างไม่ดีเท่าที่ควร

2.2 ภาวะซีมเศร่า

จากผลการศึกษาการเปรียบเทียบคะแนนภาวะซีมเศร่าก่อนและหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติในกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษ เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรวม พบว่าคะแนนภาวะซีมเศร่าของผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลงหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ ดังนี้ $7.79 \pm 0.88, 6.64 \pm 1.17, 4.21 \pm 0.93, 2.93 \pm 0.69$ คะแนน ตามลำดับ หากพิจารณาผลคะแนนเป็นรายข้อ พบว่าก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ และหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 1 ข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อที่ 3 (หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากเกินไป) ซึ่งการนอนหลับยากจัดเป็นสัญญาณเตือนอีกอย่างหนึ่งของภาวะซีมเศร่า ทั้งยังส่งผลให้สุขภาพทรุดโทรมจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจส่งผลให้โรคเรื้อรังทางกายแย่ลงได้ ซึ่งหลังจากได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ ผู้เข้าร่วมการศึกษามีแนวโน้มของคะแนนภาวะซีมเศร่าในข้อนี้ลดลง ซึ่งหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 2 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 4 พบว่าคะแนนให้ข้อนี้ไม่ได้เป็นข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด แต่ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 4 เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง นอกจากนี้หลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 3 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 8 ข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 8 พุดซา ทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตเห็นได้หรือกระสับ กระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น ซึ่งคะแนนเฉลี่ยในแต่ละข้ออาจขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ของผู้เข้าร่วมการศึกษาด้วย

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของผลคะแนนภาวะซีมเศร่าระหว่างก่อนการให้การบริหารทางเภสัชกรรมกับภายหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 1 พบว่ามีคะแนนภาวะซีมเศร่าลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.12$) เมื่อนำมาเปรียบเทียบระหว่างก่อนการให้การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 1 กับภายหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 2 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 3 หลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 3 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 8 พบว่ามีคะแนน



ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$, $p<0.001$) จากผลการศึกษาในข้างต้น จะเห็นได้ว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างก่อนการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมและการฝึกสติกับหลังการได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ มีระดับคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุริพร จุ้ยชัยภูมิ (2552) ได้ศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเบาหวานร่วมกับศึกษาผลการให้การดูแลทางด้านจิตใจด้วยการวิปัสสนากรรมฐาน ผลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม โดยเปรียบเทียบผลการศึกษาแบบก่อนและหลังในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จาก 16.80 เป็น 13.16, $p<0.001$) คล้ายกับผลการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2557) พบว่าในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแนวพุทธธรรม มีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงและคะแนนระดับสติเพิ่มขึ้น แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีรูปแบบการฝึกสติในลักษณะกลุ่มและใช้เวลา 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ติดต่อกันนาน 6 สัปดาห์ ร่วมกับมีการฝึกสติด้วยตนเองที่บ้านวันละ 30 นาที คล้ายกับการฝึกสติในการศึกษานี้ มีรูปแบบการฝึกสติแบบกลุ่มและเดี่ยว รวมถึงฝึกสติด้วยตนเองที่บ้านวันละ 30 นาที และมีรูปแบบการฝึกสติใกล้เคียงกับการศึกษาของดุขฎี จึงศิริกุลวิทย์ (2558) โดยทำการศึกษารูปแบบการฝึกสติแบบ MBCT ครั้งละ 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ ในผู้ป่วยจำนวน 44 คน และทำการติดตามภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด และระดับสติ ก่อนและหลังการฝึกสติ ผลการศึกษาพบว่าสามารถลดระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลของการศึกษานี้

ในการศึกษานี้ใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ซึ่งมีความเที่ยงตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ใช้เวลาน้อย มีจำนวนข้อไม่มาก เหมาะสำหรับการประเมินอาการของโรคซึมเศร้า แต่ข้อจำกัด คือ ผู้เข้าร่วมการศึกษางานวิจัยไม่เข้าใจคำถาม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีสายตาไม่ดี แต่เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับการใช้เครื่องมืออื่นๆ พบว่า มีเครื่องมือที่นิยมใช้วัดภาวะซึมเศร้าได้หลายชนิด เช่น Hamilton rating scale for depression (HAM-D) ซึ่งได้มีการเลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าจากต่างประเทศมาพัฒนาในรูปแบบของฉบับภาษาไทย เป็นแบบประเมินเพื่อใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย โดยจิตแพทย์ผู้วิจัย ซึ่งมีค่า interrater reliability ($\kappa = 0.87$) ค่าความแม่นยำเมื่อเปรียบเทียบกับ Global Assessment Scale (Spearman's correlation coefficient = -0.82; $p < 0.0001$) ค่าความสอดคล้องภายใน (alpha coefficient (α) = 0.74) อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี แบบประเมินนี้ได้แบ่งระดับความรุนแรงตามคะแนนรวม คือ 0 - 7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 8 - 12 เป็น mild depression 13 - 17 less than major depression major depression และมากกว่า 30 คะแนนขึ้นไปเป็น severe depression นอกจากนี้ยังมีแบบสอบถามนี้เป็นแบบให้บุคลากรประเมิน HRSD ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูลและคณะ ข้อจำกัดของ HAM-D คือ ประเมินค่าความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าโดยแบ่งระดับความรุนแรงตามคะแนน รวมโดยไม่ได้มีการกำหนดเกณฑ์หลักเรื่องอารมณ์ซึมเศร้าหรือหมดความสนใจเพลิดเพลินต่อสิ่งต่างๆ สามารถมีคะแนนรวมของ HAM-D ที่สูงจนมีระดับความรุนแรงเป็นภาวะซึมเศร้าในระดับต่างๆ ได้ ซึ่งจะเห็นได้ว่าเครื่องมือที่เลือกใช้ในการศึกษา คือ 9Q นั้นมีความเที่ยงตรง ซึ่งมีการพัฒนาขึ้นมาในรูปแบบภาษาอีสานให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาเข้าใจข้อคำถามได้รวดเร็วยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) โดยแบบสอบถามนี้เป็นแบบให้อาสาสมัครเป็นผู้ตอบเอง (self-rated) เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้เป็นที่แพร่หลายในการประเมินความเศร้าของผู้สูงอายุ ต้นฉบับมี 30 ข้อ ฉบับที่ใช้ในงานวิจัยนี้พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ มีค่าความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี คือ 0.93 ใช้เวลาในการทดสอบ 5-10 นาที ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้า



2.3 ความเครียด

ผลการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความเครียดในกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมีแนวโน้มระดับคะแนนความเครียดลดลงในทุกครั้งที่มีการเก็บข้อมูล ซึ่งได้คะแนน 39.00 ± 2.57 , 36.93 ± 1.98 , 33.36 ± 3.26 , 33.36 ± 3.26 คะแนน ตามลำดับ นอกจากนี้ หากพิจารณาผลคะแนนเป็นรายข้อ พบว่า จากการผลการศึกษาศึกษาการเปรียบเทียบคะแนนความเครียดในกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา พบว่า ก่อนการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ ข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 1 (กลัวทำงานผิดพลาด) และข้อที่ 19 (รู้สึกเหนื่อยง่าย) มีคะแนนเฉลี่ยเท่าๆกัน หลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 1 ข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 7 (กล้ามเนื้อตึงหรือปวด) หลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 2 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 4 ข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 6 (เงินไม่พอใช้จ่าย) และข้อที่ 16 (ความจำไม่ดี) หลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 3 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 8 ข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 6 (เงินไม่พอใช้จ่าย) จะเห็นได้ว่าคะแนนความเครียดเฉลี่ยในข้อ 6 เป็นคะแนนเฉลี่ยสูงสุดถึง 2 ครั้ง และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับก่อนการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมและการฝึกสติครั้งที่ 1 และหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 3 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 8 พบว่ามีคะแนนลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับข้อที่ 3 (ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน) มีคะแนนเพิ่มมากขึ้นก่อนการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 1 ดังนั้น ปัญหาความเครียดด้านเศรษฐกิจหรือการเงิน อาจเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญ ที่อาจส่งผลต่อระดับความเครียดได้

เมื่อเปรียบเทียบผลคะแนนความเครียดระหว่างก่อนการให้การบริหารทางเภสัชกรรมกับภายหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 1 และเปรียบเทียบกับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติกับภายหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 2 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 4 พบว่ามีคะแนนความเครียดลดลง 2.07 ± 2.49 และ 5.64 ± 2.95 คะแนน ตามลำดับ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.421$, 0.078) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนระหว่างก่อนการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 1 กับหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 3 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 8 พบว่ามีคะแนนความเครียดลดลง 9.43 ± 1.92 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของคุชกุ จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ (2558) ได้ทำกลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ (MBCT) ในผู้เข้าร่วมการศึกษา 44 คน พบว่าหลังทำการฝึกสติผู้เข้าร่วมการศึกษามีภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และลดจำนวนผู้ที่มีภาวะเครียดระดับมากกว่า 25 คน เหลือเพียง 11 คน ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษานี้

2.4 ระดับสติ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนระดับสติในกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา พบว่าคะแนนระดับสติเฉลี่ยรวมของผู้ป่วยมีแนวโน้มระดับคะแนนระดับสติเพิ่มขึ้นในทุกครั้งหลังจากได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ ดังนี้ 43.86 ± 2.58 , 47.00 ± 1.82 , 50.43 ± 1.68 , 53.50 ± 2.02 คะแนน ตามลำดับ จากการเปรียบเทียบคะแนนระดับสติในกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา พบว่าก่อนการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ ข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 12 (ฉันได้ของที่ไม่ได้ตั้งใจซื้อ หรือไม่จำเป็น เวลาไปช้อปปิ้ง) หลังการ



รู้สึกตัวขณะเคลื่อนไหว เช่น เดิน/ยืน/นั่ง/นอน เหยียดขา งอเข้า เอี้ยวตัว) หลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 2 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 4 ข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 3 (เวลาอาบน้ำ ฉันรู้ได้ว่ามีน้ำไหลผ่าน/สัมผัสผิวกายอย่างไร) และข้อที่ 5 (ฉันรู้สึกตัวขณะอาบน้ำ แปรงพื่น นั่งสุขา) และหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 3 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 8 ข้อที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 5 (ฉันรู้สึกตัวขณะอาบน้ำ แปรงพื่น นั่งสุขา) จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าคะแนนระดับสติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ข้อ 1 - 10 และข้อ 12 เมื่อพิจารณาข้อที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ข้อ 11 (ฉันหยุดเดินจงกรม หรือเลิกนั่งภาวนาถ้ารู้สึกเมื่อยหรือเบื่อ), ข้อ 13 (ฉันคิดเรื่องราวอื่นๆ ไม่เกี่ยวกับงานหรือสิ่งที่ทำอยู่), ข้อ 14 (ขณะอาบน้ำ แปรงพื่น เข้าห้องสุขา ฉันคิดวางแผนเรื่องต่างๆ) และข้อ 15 (ฉันหมกมุ่นกับงานหรือสิ่งที่ต้องทำ จนมักจะลืมเวลากินข้าว)

จากนั้นเมื่อนำมาเปรียบเทียบผลคะแนนระดับสติระหว่างก่อนกับหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 1 พบว่ามีคะแนนระดับสติเพิ่มขึ้น 3.14 ± 2.20 คะแนน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.17$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนการให้การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 1 กับหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 2 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 4 พบคะแนนระดับสติเพิ่มขึ้น 6.57 ± 3.35 คะแนน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.07$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนการให้การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 1 กับหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 3 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 8 พบว่ามีคะแนนระดับสติเพิ่มขึ้น 9.64 ± 2.35 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งการศึกษานี้มีแนวโน้มสอดคล้องกับผลการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2557) พบว่าในกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกสติ มีคะแนนระดับสติมากขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คล้ายกับผลการศึกษาของดุซงกี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ (2558) พบว่าเมื่อทำกลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ (MBCT) 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ติดต่อกันนาน 8 สัปดาห์ คะแนนระดับสติเพิ่มสูงขึ้นแตกต่างกับก่อนทำกลุ่มบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.5 ความร่วมมือในการใช้ยา

จากการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนการให้การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติกับภายหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 2 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 4 พบว่ามีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) เปรียบเทียบระหว่างก่อนการให้การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติกับภายหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 3 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 8 พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$) และเปรียบเทียบระหว่างภายหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 2 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 4 กับภายหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 3 ร่วมกับการฝึกสติครั้งที่ 8 พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิตรา เกณฑ์กระโทก และคณะ (2553) ซึ่งพบว่าผลการศึกษาหลังการให้การบริหารทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของสุริพร จุ้ยชัยภูมิ (2552) ที่พบว่าหลังการให้บริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ผลคะแนนความรู้การใช้ยาและการปฏิบัติตัว เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจหมายความว่า ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและการปรับพฤติกรรมมากขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี และมีปัญหาด้านการใช้ยาลดลง



ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของธรัลหทัย วิริยะสิริสกุล และคณะ(2559) ที่ได้ทำการเปรียบเทียบผลของการบริหารทางเภสัชกรรมกับบริการตามปกติในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท ในเรื่องความร่วมมือในการใช้ยา พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p=0.109$) แต่อาการไม่พึงประสงค์หรือผลข้างเคียงในกลุ่มทดลองลดลง แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการศึกษานี้ พบว่า สาเหตุของการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยเกิดเบื่อหน่ายการรับประทานยาโรคเรื้อรังจำนวนมากในทุกๆวัน และรู้สึกว่าการรับประทานยาแล้วอาการของโรคไม่ดีขึ้นหรือรู้สึกเฉยๆ เนื่องจากผู้ป่วยโดยส่วนมากไม่ทราบว่ารับประทานยาเพื่อรักษาโรคอย่างไร ไม่ทราบการดำเนินไปของโรค และไม่มีความรู้เรื่องโรคเรื้อรังที่ตนเองเป็นอยู่ มีบางส่วนที่ไม่มีผู้ดูแลที่ดี ร่วมกับสูงอายุ สายตาพร่ามัว ทำให้จัดยารับประทานผิดขนาด หรือผิดเวลาไป ซึ่งเมื่อนิสิตเภสัชศาสตร์ได้ให้การบริการทางเภสัชกรรมโดยดูแลเรื่องการรับประทานยา การจัดการยา และการให้ความรู้เรื่องโรคและการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแก้ไขปัญหาด้านยาอย่างถูกต้อง จึงทำให้มีความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดงานวิจัย

1. จากการศึกษาที่ผู้วิจัยได้จัดทำสมุดคู่มือการฝึกสติให้แก่ผู้เข้าร่วมการศึกษา โดยจะเป็นการให้ผู้เข้าร่วมการศึกษฝึกสติด้วยตนเองทุกวัน ซึ่งไม่ได้กำหนดว่าจะต้องฝึกสติทุกอิริยาบถ ผู้เข้าร่วมการศึกษบางคนมีการฝึกสติในอิริยาบถที่แตกต่างกัน รวมทั้งจำนวนอิริยาบถที่ฝึกสติก็แตกต่างกัน จึงอาจส่งผลต่อผลการศึกษาได้
2. ผู้เข้าร่วมการศึกษบางรายไม่สามารถมาฝึกสติในวันและเวลาตามนัดได้ เนื่องจากติดภารกิจส่วนตัว จึงทำให้ต้องมีการนัดวันเสริมเพื่อให้การบริหารทางเภสัชกรรมและการฝึกสติ รูปแบบการฝึกสติให้แก่ผู้เข้าร่วมการศึกษามีทั้งแบบกลุ่มและแบบเดี่ยว ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับสติของผู้เข้าร่วมการศึกษได้
3. เนื่องจากระยะเวลาและจำนวนครั้งในการให้การบริการทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติไม่เพียงพอ การศึกษานี้ใช้ระยะเวลาเพียง 8 สัปดาห์เท่านั้น ซึ่งจากการศึกษาอื่นส่วนมากใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 12 สัปดาห์ และการศึกษาอื่นใช้เวลาในการฝึกสติ 60 – 90 นาที แต่ในการศึกษานี้ใช้เวลาในการฝึกสติ 30 -45 นาที ระยะเวลาในการฝึกสติอาจมีผลต่อผลลัพธ์ของการศึกษได้
4. การศึกษานี้ไม่ได้ทำการวัด Validity และ Reliability ของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ เนื่องจากเครื่องมือประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) และแบบวัดความเครียดสวนปรงที่นำมาใช้นั้นมีการทดสอบหาค่าดังกล่าวมาแล้ว ซึ่งพบว่ามีค่า Validity และ Reliability สูง แต่ในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน ควรมีการทำการทดสอบเครื่องมือที่ใช้อีกครั้ง เพื่อความถูกต้องแม่นยำ
5. ข้อคำถามจากแบบประเมินต่างๆ ค่อนข้างที่จะเข้าใจได้ยาก จึงต้องมีการอธิบายให้แก่ผู้เข้าร่วมการศึกษเข้าใจมากยิ่งขึ้น และในทีมวิจัยไม่ได้มีการกำหนดคำอธิบายที่ชัดเจนในการอธิบายแต่ละข้อคำถามให้แก่ผู้เข้าร่วมการศึกษ อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน ทำให้ได้รับข้อมูลบางส่วนผิดพลาดไปได้ หรือมีการแปลความของข้อคำถามที่ผิดไป
6. การศึกษานี้ยังไม่ได้มีการวัดผลในรูปแบบผลทางคลินิก เช่น ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น ในแต่ละครั้งหลังได้รับการบริการทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ เนื่องจากการวัดผลทางคลินิกต้องอาศัยเครื่องมือ (เครื่องวัดความดันโลหิต, เครื่องวัดน้ำตาลปลายนิ้ว) และในผู้เข้าร่วมการศึกษบางส่วนที่ไม่สามารถวัดได้จากเครื่องมือที่มี (โรคเกาต์ ไชมันในเลือดสูง หัวใจ เป็นต้น)



7. การศึกษานี้ยังไม่ได้วัดเกี่ยวกับความคิดของการฆ่าตัวตายร่วมด้วย เนื่องจากผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่มีรายใดที่รู้สึกอยากฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีความจำเป็นอย่างมากในการส่งต่อภาวะซึมเศร้า เนื่องจากในขั้นตอนการคัดกรองมีผู้เข้าร่วมการศึกษบางรายมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย แต่ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยหรือปานกลาง

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษานี้ควรเพิ่มขนาดกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น เพื่อให้เห็นความแตกต่างของผลลัพธ์หรือคะแนนระหว่างกลุ่มที่ชัดเจน
2. การศึกษาควรมีการสุ่มและมีกระบวนการทำการศึกษแบบ Randomized controlled trial เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของการศึกษามากยิ่งขึ้น
3. เพิ่มระยะเวลาในการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติมากขึ้น รวมถึงการเพิ่มเวลาในการฝึกสติให้เทียบเท่ากับการศึกษาอื่นๆ (60 - 90 นาที)
4. การทำแบบประเมินหรือแบบสอบถาม ควรมีกระบวนการถามคำถามผู้เข้าร่วมการศึกษาไปในทิศทางเดียวกัน ใช้คำอธิบายข้อคำถามหรือการให้คำแนะนำเกี่ยวกับแบบประเมินในรูปแบบหรือความหมายเดียวกัน
5. การให้บริบาลทางเภสัชกรรมอาจจะเพิ่มการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหรือทำสื่อให้ความรู้เรื่องโรคแก่ผู้ป่วยเพิ่มเติม พร้อมทั้งการดูแลปัญหาจากการใช้ยาของผู้เข้าร่วมการศึกษาได้จากข้อมูลของโรงพยาบาลโดยตรง หรือมีการติดตามการรักษาหลังจากผู้ป่วยรับการรักษาตามนัด
6. กำหนดรูปแบบการให้การให้บริบาลทางเภสัชกรรมและการฝึกสติ โดยลำดับขั้นตอนให้แน่ชัด และมีรูปแบบที่ชัดเจน ไม่ทำสลับไปมา หรือฝึกสติให้ครบทุกอิริยาบถ เป็นต้น
7. มีการกำหนดรูปแบบการฝึกสติเองที่บ้านให้แก่ผู้ป่วยที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และควรมีรูปแบบการติดตามที่สามารถตรวจสอบได้แน่ชัด เนื่องจากผู้เข้าร่วมการศึกษบางรายก็ทำการฝึกสติ บางรายก็ไม่ทำเลย บางรายบอกทำบ้างแต่ไม่ได้บันทึกข้อมูลลงในเล่มคู่มือ ทำให้การแปลผลอาจจะคลาดเคลื่อนได้



บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข. โรคซึมเศร้า[ออนไลน์].2559 [เข้าถึงเมื่อ 2559 ก.พ.10].เข้าถึงได้จาก:
<http://www.dmh.go.th/depression/>
- กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า[ออนไลน์].2559. [เข้าถึงเมื่อ 2559
ก.พ. 10].เข้าถึงได้จาก: <http://www.dmh.go.th/test/depress/asheet.asp?qid=1>
- กรมสุขภาพจิต. คู่มือคลายเครียด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2543.
- กรวิภา เพี้ยภักดิ์. การศึกษาภาวะความเครียดและการจัดการความเครียดของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านชัยชนะ อำเภอสองดาว จังหวัดสกลนคร. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สกลนคร. [ออนไลน์]. 2551. [เข้าถึงเมื่อ 2559 ก.พ. 10]. เข้าถึงได้จาก :
www.skko.moph.go.th/dward/document_file/.../20131106133618_420299681.pdf
- กุสุมา บุญญาสุนธี .บทบาทเภสัชกรในการคัดกรองและให้คำแนะนำผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ณ
สถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน[วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตร์บัณฑิต]. มหาสารคาม :
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.2551.
- จิตรา เกณฑ์กระโทก, จันท์ทิพย์ กาญจนศิลป์, อาริรัตน์ สละชนาฤกษ์และจุฑามณี ดุษฎีประเสริฐร์.การ
บริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทและ การให้ความรู้ด้านยาแก่ผู้ดูแล.วารสารโรงพยาบาลจิตเวช
นครราชสีมาราชชนครินทร์.2553;11(ต.ค.53-ก.ย.54):40-50
- จตุพร เฟื่องชัย.(2534). เอกสารคำสอนวิชาแนะแนวและจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทร์วิโรฒ.
- จำลอง ดิษยณิข และพริ้มเพรา ดิษยณิข.ความเครียดและสรีรวิทยาของความเครียด.วารสารสมาคมจิตแพทย์
แห่งประเทศไทย.2546:47(3),S3-S24.
- จำลอง ดิษยณิข และพริ้มเพรา ดิษยณิข. จิตบำบัดเชิงพลศาสตร์ที่อิงสติเป็นพื้นฐาน.วารสารสมาคมจิตแพทย์
แห่งประเทศไทย 2557; 59(3): 179-194
- ชลวิภา สุลักษณ์นารักษ์. ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดกับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของ
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น.
ศรีนครินทร์เวชสาร 2559; 31 (1)
- ชูหทัย ปานปรีชา.(2534). จิตวิทยาทั่วไป. นนทบุรี: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, ญาติา ธงธรรมรัตน์, ปรียา ปราณีตพลกรัง, ปราณีต ชุ่มพุทราและประเวช ตันติพิวัฒน์
สกุล.กลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น:
การศึกษานำร่อง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.2558: 23(3): 143-53
- ธรมินทร์ กองสุขและคณะ.ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย : ผลจากการสำรวจระดับชาติวิทยาโรคทางจิตเวช
2551. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[ออนไลน์]. 2551. [เข้าถึงเมื่อ 2559 ก.พ. 10]. เข้าถึงได้
จาก : <http://www.dmh.go.th/downloadportal/Morbidity/Depress2551.pdf>
- ธรรลัทย์ วิริยะศิริสกุล, ฐานันท์ อิศริยะชัยกุล, จันท์ทิพย์ กาญจนศิลป์ และสายทิพย์ สุทธิรักษา.ผลของการ



- บริษัททางเภสัชกรรมกับบริการตามปกติในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทในเรื่องความร่วมมือในการใช้ยา. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2558; 8(2):379-387
- ธณินทร์ กองสุข ศุภชัย จันทรทอง เกษราภรณ์ เคนบุปผา สุพิศรา สุขาวห รุ่งมณี ยิ่งยิน ศักดา ขำคม, ศิริ จันทร สุขใจ และจินตนา ลิ้มเพิ่มพูน.ความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของแบบประเมินอาการโรค ซึมเศร้าด้วย 9 คำถามเมื่อเทียบกับแบบประเมินHamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17). เอกสารประกอบการนำเสนอในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 9 ประจำปี 2553 นภา พวงรอด. การศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาส ราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์.2558; 2(1) :63-74
- นิตยา จรัสแสง, ศิริพร มงคลถาวรชัย เพชรรัตน์ บุตะเขียวและคณะ.ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.วารสาร จิตแพทย์แห่งประเทศไทย.2555: 57(4): 439-446
- นารินทร์ ลุไธสงและธัญชนก อินอุเทน. ผลต่อการพัฒนาและคัดกรองระบบส่งต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าใน สถานศึกษา[วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตร์บัณฑิต]. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.2558.
- นพรัตน์ ไทยแท้. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2557;208(7) ฉบับที่ 2 ก.ค.- ต.ค.:207-17
- ปราณี ศรีสงคราม. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยสูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาล บ้านหมี่. ใน รายงานการประชุมวิชาการ กระทรวง สาธารณสุข เรื่อง ตั้งดวงแก้วส่องฟ้าสาธารณสุข. 28-30 พฤษภาคม 2551 ; ณ โรงแรมปรีนซ์ พาเลซ. กรุงเทพมหานคร, 2551:394
- พงศธร แก้วพิลา. การคัดกรองและติดตามนิสิตที่มีภาวะซึมเศร้าในคณะกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม[วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตร์บัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัย มหาสารคาม. 2553.
- พระพรหมคุณาภรณ์(ป.อ. ปยุตโต).พุทธธรรม ฉบับปรับปรุงและขยายความ. ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ บริษัท สหธรรมิก จำกัด, 2549.
- พัชรภรณ์ ไซยสังข์และคณะ. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเมือง.วารสารการ พยาบาล.2013; 6(1): 27-37
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์ .จิตเวชศาสตร์รามาริบตี. ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.
- วรพรรณ เสนาณรงค์. โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.[ออนไลน์] .2555 [เข้าถึงเมื่อ 2559 กุมภาพันธ์ 10].เข้าถึงได้จาก: <http://www.si.mahidol.ac.th/department/Medicine/home/user/people/neuro/.7pdf>
- วารุณี เทศะกรณ์ และดวงใจ สหัสสานนท์. การสู่มตัวอย่างและการปกปิด. ตำราการวิจัยทางคลินิก. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล;2554.
- รัชดา เอี่ยมยิ่งพานิช.“การศึกษาปัจจัยที่มีต่อความเครียดในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์: เฉพาะกรณีโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์”. วิทยานิพนธ์รัฐศาสตร มหาบัณฑิตสาขารัฐศาสตร



- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, สวิตตา ธงยศ, อิงคณา โคตনারาและชจรศักดิ์ วรรณทอง. ประสิทธิผลของการให้การ
ปรึกษาแนวพุทธธรรม ต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่ง
ประเทศไทย 2557; 59(4): 381-393
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ยุกา ถาวรพิทักษ์, วราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล, อิงคณา โคตনারา และเนตรชนก แก้ว
จันทา. ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสมาคมจิตแพทย์
แห่งประเทศไทย 2557; 59(3): 287-98
- สมภพ เรืองตระกูล. โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. ครั้งที่1.กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์ ;2543.
- สุธานันท์ ชุนแจ่ม, ทศนา ทวีคุณ และโสภณ แสงอ่อน. การสำรวจงานวิจัยภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย.
วารสารพยาบาลรามารัตน์. 2011; 17(3): 412-429
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัยและพิมพ์มาศ ตาปัญญา.การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง.
วารสารสวนปรง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.2540; 13(3): 1-20
- สุรัชย์ คำภักดี. ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารทางการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ
สุนทร บุรีรัมย์ 2555;27(2):107-12.
- สุริพร จุ่มชัยภูมิ. ผลการบริหารทางเภสัชกรรมและผลการฝึกวิปัสสนากรรมฐานในผู้ป่วยสูงอายุ ที่เป็น
โรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า[วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต].
มหาสารคาม มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.2552.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ.การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศ พ.ศ. 2551-2555. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
[ออนไลน์].2556. [เข้าถึงเมื่อ 2559 ก.พ. 10].เข้าถึงได้จาก:
<http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/NCD-ebook211013.pdf>
- อรรวรรณ ศิลปกิจ. การสร้างแบบประเมินสติ.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2558;23(2): 72-90
- อาคม บุญเลิศ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน เขตรับผิดชอบ
ของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2559; 31 (1)
- อดุลย์ ป้อมทกุล. คู่มือโรคเรื้อรัง. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี : 2555
- อิทธิพล พลเยี่ยม และคณะ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดร้อยเอ็ด[ออนไลน์]. GRC 2014.[เข้าถึงเมื่อ 2559 ก.พ. 10].เข้าถึงได้จาก:
[http://pheap.ph.mahidol.ac.th/Academics/Prevalence%20and%20Associated%20Facto
rs%20of%20Depression%20in%20Elderly%20Patients%20with_2014.pdf](http://pheap.ph.mahidol.ac.th/Academics/Prevalence%20and%20Associated%20Factors%20of%20Depression%20in%20Elderly%20Patients%20with_2014.pdf)
- American Psychiatric Association (2000a). Diagnostic and statistical manual of mental
disorders. Fourth Edition. Text Revision: DSM-IV-TR. Washington, DC: American
Psychiatric Publishing, Inc.
- Baer RA. Mindfulness Based Treatment Approaches: clinician's guide to evidence based and
applications. California: Elsevier Academic Press publication; 2006.
- Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Amarasinghe M, Winder R, Williams MG. Mindfulness-based
cognitive therapy as a treatment for chronic depression: a preliminary study. *Behav*
ther. 2009;47:366-73.



- Binakaj Z. Pharmaceutical care of the patients suffering from depression. *Journal of Pharmacy and Pharmacology*. 2016;4(6):253-260.
- Blazer DG. Depression in late life : review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58:249-65.
- Cole MG, Bellavance F, Mansour A. Prognosis of depression in elderly community and primary care populations : a systematic review and meta analysis. *Am J Psychiatry* 1999; 156 : 1182-9.
- Conwell Y, Brent D. Suicide and aging I : Patterns of psychiatric diagnosis. In : Pearson. JL : Conwell Y. Editors. *Suicide : international perspectives*. Springer ; New York, 1996: 15-30.
- Correr CJ, Pontarolo R, Souza RAdPe, Venson R, Melchior AC, Wiens A. Effect of a Pharmaceutical Care Program on quality of life and satisfaction with pharmacy services in patients with type 2 diabetes mellitus. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2009;45:809-817.
- Driessen Ellen, Hollon Steven D (2010). "Cognitive Behavioral Therapy for Mood Disorders: Efficacy, Moderators and Mediators". *Psychiatric Clinics of North America* 33 (3): 537–55.
- Eldin E, Manjula Devi AS, Shriram SS, Rajalingam B, Ramkumar K, Ravi TK. Impact of pharmaceutical care on quality of life of patients with asthma in South India. *PRO newsletter*. 2007;38(Fall):15-17.
- Finley PR, Bluml BM, Bunting BA, Kiser SN. Clinical and economic outcomes of a pilot project examining pharmacist-focused collaborative care treatment for depression. *Journal of the American Pharmacists Association : JAPhA* 2011;51(1):40-9.
- Frederick FT, Maharajh HD. Prevalence of depression in type 2 diabetic patients in Trinidad and Tobago *The West Indian medical journal*. 2013;62(7):628-631.
- Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, Fawcett J (January 2010). "Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis". *JAMA* 303 (1): 47–53.
- Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder : results from the national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions. *Arch Gen Psychiatr* 2005; 62:1097-106.
- Thimm JC, Antonsen L. Effectiveness of cognitive behavioral group therapy for depression in routine practice. *BMC Psychiatry*. 2014;14:292.
- Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT (February 2008). "Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration". *PLoS Med*. 5 (2): e45.
- Kouzis on WW, Leaf PJ. Psychopathology and mortality in the general population. *Soc*



- Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1995; 30: 165-70.
- Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, et al. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA psychiatry*. 2016.
- Lotrakul M. Suicide in the north of Thailand. *J Med Assoc Thai* 2005; 88:944-8.
- Lotrakul M. Suicide in Thailand during the period 1998-2003. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60:90-5.
- More, H. V. and others. *Organizational Behavior and Management in Law Enforcement*. 2nd ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall. 2006
- Murillo-Zamora E, Macias-de la Torre AA, Higareda-Almaraz MA. Depression prevalence among end stage renal disease patients in maintenance hemodialysis. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2016;54(4):429-433.
- Pots WT, Meutenbeek PA, Veehof MM, Klungers J, Bohlmeijer ET. The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy as a public mental health intervention for adults with mild to moderate depressive symptomatology: a randomized controlled trial. *PloS one*. 2014;9(10):e109789.
- Rot M. A. H. et al (2009). Neurobiological mechanisms in major depressive disorder. *Canadian Medical Association Journals*. February(3),305-313
- Sadock, Benjamin J.: Sadock, Virginia A. (2002). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (9th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Segal ZV, Teasdale JD, Williams JM, Gemar MC. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford; 2002.
- Somainsi G, Hasler ED, Saxer S, et al. Prevalence of Anxiety and Depression in Pulmonary Hypertension and Changes during Therapy. *Respiration; international review of thoracic diseases*. 2016.
- Thai Health Promotion Foundation[Internet]. Non-communicable diseases 2016 [Accessed 2016 May 21]. Available from: <http://www.thaihealth.or.th/microsite/categories/5/ncds/2/173/176-%E0%B8%81%E0%B8%A5%E0%B8%B8%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84+NCDs.html>.
- World Health Organization Regional Office for South-East Asia. *Conquering depression: you can get out of the blue*. New Delhi WHO Regional office for South-East Asia 2001.
- World Health Organization[Internet]. World suicide prevention day 2012. [Accessed 2012 June 16]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

ใบรับรองการอนุมัติโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม





**คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : กจม (กบ.) 021/2559

ชื่อโครงการวิจัย : การศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการฝึกสติ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย ที่มีภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวณัฐนิชา บุญรักษา และนางสาวชญาณิศ ดอกบัว


หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถานที่ทำการวิจัย : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วันที่รับรอง : 7 ธันวาคม 2559

วันหมดอายุ : 8 ธันวาคม 2560

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่


 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พล ชันตดา พลอสเลียมแสง)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์


คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2560



ภาคผนวก ข
เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมงานวิจัย
และหนังสือยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย



 <p>Faculty of Pharmacy, Maharakham University</p>	<p>หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form)</p>
---	--

การวิจัยเรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบผลการบริหารทางเภสัชกรรมกับการฝึกสติ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีภาวะซึมเศร้า

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....เบอร์ติดต่อ.....
ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....
และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนามเรียบร้อยแล้ว พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับการชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัยหากเกิดอันตรายขึ้นกับข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกยกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์หรือการรักษาของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการใช้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ



ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

..... ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....





Faculty of Pharmacy,
Mahararakham University

ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
(Information Sheet for Research Participant)

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาเปรียบเทียบผลการบริหารทางเภสัชกรรมกับการฝึกสติ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทาง
กายที่มีภาวะซึมเศร้า

A COMPARATIVE STUDY BETWEEN PHARMACEUTICAL CARE AND MINDFULNESS
PSYCHOTHERAPY IN PATIENTS WITH NON-COMMUNICABLE DISEASES AND
CONCOMITANT WITH DEPRESSIVE

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวณัฐนิชา บุญรักษา เบอร์โทรศัพท์ 091-0606851

นางสาวชญานิส ดอกบัว เบอร์โทรศัพท์ 080-7676538

ที่อยู่ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อาจารย์ที่ปรึกษาการวิจัย

ชื่อ อาจารย์.ดร.สายทิพย์ สุทธิรักษา เบอร์โทรศัพท์ 083-2858115

ผศ.ดร. รจเรศ หาญรินทร์ เบอร์โทรศัพท์ 087-4237440

ที่อยู่ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป และมีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง เป็นต้น และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากผู้วิจัยหรืออาจารย์ที่ปรึกษาการวิจัย ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases) เป็นกลุ่มโรคของความเจ็บป่วยที่ไม่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ หรือมีพาหะนำโรค เมื่อได้รับการรักษาแล้วมักไม่หายขาด เมื่อเป็นแล้วมักจะมีอาการหรือต้องรับประทุษร้ายตลอดชีวิต สาเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักเกิดจากวิถีการใช้ชีวิตที่มีพฤติกรรมเสี่ยง โรค



เหล่านี้สามารถควบคุมด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยา การทำจิตบำบัดโดยฝึกสติและ การบริหารทางเภสัชกรรมเป็นวิธีการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ และการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประสิทธิผลจากการใช้ยา และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญและมีความสนใจในศึกษาผลของการให้การบริหารทางเภสัชกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจโรคมะเร็ง โรคไต และโรคหืด และการเกิดปัญหาด้านยาก่อนและหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมของผู้ป่วย รวมถึงศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและนำผลการศึกษามาเปรียบเทียบกับกรฝึกสติ แสดงถึงประสิทธิผลและการตอบรับต่อวิธีในการรักษา/ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีโรคเรื้อรังทางกาย ในชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อนำไปสู่การเลือกหรือการพัฒนาวิธีการรักษา/ดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด และปัญหาด้านยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย ก่อนและหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม, ก่อนและหลังการได้รับกับการฝึกสติ และระหว่างการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมกับการฝึกสติ จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ 30 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับกรวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการใช้ยา และเพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ท่านจะได้รับเชิญให้มาพบผู้ดำเนินโครงการวิจัย และสุ่มเข้าเป็นกลุ่มที่จะได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม และกลุ่มที่จะได้รับการฝึกสติ ตามวันเวลาที่ผู้ทำวิจัยนัดหมายในการบริหารทางเภสัชกรรมจำนวนทั้งสิ้น 4 ครั้ง และในการบำบัดทางจิตโดยการฝึกสติจำนวนทั้งสิ้น 8 ครั้ง

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

เพื่อความปลอดภัย ท่านไม่ควรใช้วัคซีน หรือรับประทานยาอื่น จากการจ่ายยาโดยแพทย์อื่นหรือซื้อยาจากร้านขายยา สมุนไพร อาหารเสริม ขอให้ท่านปรึกษาผู้ทำวิจัย ดังนั้นขอให้ท่านแจ้งผู้ทำวิจัยเกี่ยวกับยาที่ท่านได้รับในระหว่างที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้อาจจะทำให้เพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ และสามารถช่วยคัดกรองภาวะโรคซึมเศร้าและภาวะเครียดเบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้



ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

1. ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
2. ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
3. ขอให้ท่านงดการใช้จ่ายอื่นนอกเหนือจากที่ผู้ทำวิจัยได้จัดให้ รวมถึงการรักษาอื่น ๆ เช่น การรักษาด้วยสมุนไพร การซื้อยาจากร้านขายยา
4. ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบทันที หากท่านได้รับยาอื่นนอกเหนือจากยาที่ใช้ในการศึกษา ตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย
5. ขอให้ท่านนำยาที่ใช้ในการศึกษาของท่านทั้งหมดที่เหลือจากการรับประทานมาให้ผู้ทำวิจัยทุกครั้ง ที่นัดหมายให้มาพบ

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย
- ท่านไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง
- ผู้วิจัยไม่สามารถติดตามผลการแทรกแซง (intervention) ได้อย่างถาวร เช่น ย้ายที่อยู่ เป็นต้น

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน ทั้งนี้ ข้อมูลของท่านจะถูกจัดเก็บ 5 ปี ณ คณะเภสัชศาสตร์ และจะทำลายภายใน 5 ปี

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ อาจารย์.ดร.สายทิพย์ สุทธิรักษา ณ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลอื่นๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่านแพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย



ที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่ที่ชัดเจน
10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับ ข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการขตเขยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลขโทรศัพท์ 043 754 360

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



ภาคผนวก ค

แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยสำหรับข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย



แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยสำหรับการวิจัย

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ ปี.....เดือน
3. สถานภาพ 1. โสด 2. คู่ 3. หม้าย 4. หย่า/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
5. อาชีพ เกษตรกรรม รับจ้าง
 ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ (ระบุ)
 ข้าราชการบำนาญ นักเรียน/นักศึกษา
 พนักงานบริษัทเอกชน ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ อื่นๆ (ระบุ)
6. รายได้รวมทั้งครอบครัวประมาณ บาท/เดือน
สถานะทางการเงินในครอบครัว ไม่ขัดสน
 ขัดสนบางครั้ง
 ขัดสนบ้าง
 ขัดสนมาก
7. สวัสดิการรักษาพยาบาล
 บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 เบิกได้ทั้งหมด โดยใช้สิทธิ์ (ระบุ)
(เช่น เบิกราชการ ประกันสังคม ประกันสุขภาพเอกชน สวัสดิการพนักงาน เป็นต้น)
 เบิกได้บางส่วนและชำระเองบางส่วน โดยใช้สิทธิ์ (ระบุ)
(เช่น เบิกราชการ ประกันสังคม ประกันสุขภาพเอกชน สวัสดิการพนักงาน เป็นต้น)
 ชำระค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด อื่นๆ (ระบุ)



8. สถานที่รับบริการ

9. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- อยู่คนเดียว แฟน/คู่สมรส ลูก หลาน
 บิดา/มารดา พี่น้อง เพื่อน ญาติอื่นๆ (ระบุ)

10. โรคประจำตัวทางกาย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- โรคเบาหวาน ได้รับการวินิจฉัยมานาน ปี
 โรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวินิจฉัยมานาน ปี
 โรคไตเรื้อรัง (ชื่อโรค) ได้รับการวินิจฉัยมานาน ปี
 โรคประจำตัวอื่นๆ(โปรดระบุ) ได้รับการวินิจฉัยมานาน ปี

.....

11. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช

- ไม่มี มี (ระบุโรคและระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)
 โรคซึมเศร้า ได้รับการวินิจฉัยมานาน ปี
 โรควิตกกังวล ได้รับการวินิจฉัยมานาน ปี
 โรคอารมณ์สองขั้ว ได้รับการวินิจฉัยมานาน ปี
 โรคจิตเภท ได้รับการวินิจฉัยมานาน ปี
 โรคทางจิตเวชอื่นๆ ได้รับการวินิจฉัยมานาน ปี
(ระบุชื่อโรคหรืออาการ.....)

12. ประวัติการดื่มสุราและใช้สารเสพติด

- ไม่มี มี

ระบุปริมาณที่ใช้ (ต่อวัน/ ต่อสัปดาห์)

ใช้มานาน (เดือน/ ปี)

..... เหล้า เบียร์ /

..... บุหรี่ /

..... ยาบ้า /

..... อื่นๆ (ระบุ) /



13. ท่านออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที
 ใช่ ไม่ใช่

ส่วนที่ 2: ข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัวและการรักษา

14. ปัจจุบัน ท่านมีน้ำหนักตัว กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร
15. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการไม่สบายทางร่างกาย ในข้อใดต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 อาการ)
- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ | <input type="checkbox"/> วิงเวียน มึนงง | <input type="checkbox"/> เป็นลม หน้ามืด | <input type="checkbox"/> คลื่นไส้ อาเจียน |
| <input type="checkbox"/> เหนื่อยเพลียง่าย | <input type="checkbox"/> เบื่ออาหาร | <input type="checkbox"/> น้ำหนักตัวลดลง | <input type="checkbox"/> คอแห้ง หิวน้ำบ่อย |
| <input type="checkbox"/> เหงื่อแตก | <input type="checkbox"/> ตัวเย็น | <input type="checkbox"/> ใจสั่น | <input type="checkbox"/> ตามัว |
| <input type="checkbox"/> เจ็บแน่นหน้าอก | <input type="checkbox"/> ไอมาก | <input type="checkbox"/> หายใจขัด | <input type="checkbox"/> หอบหืด |
| <input type="checkbox"/> เปลือกตาบวม | <input type="checkbox"/> ขาบวม | <input type="checkbox"/> ปัสสาวะบ่อย | <input type="checkbox"/> ปัสสาวะขุ่นน้อย |
| <input type="checkbox"/> นอนไม่หลับ | <input type="checkbox"/> ง่วงนอน หลับมาก | | |
16. ท่านเคยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยเรื่องโรคประจำตัวของท่านหรือไม่
 (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ไตเรื้อรัง, หอบหืด, ฤกษ์ลมโป่งพอง)
 ไม่เคย เคย (จำนวน ครั้ง โดยส่วนใหญ่เป็นจาก
 อาการ.....)
17. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ท่านรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่งหรือไม่
 ทานครบทุกครั้ง ลืมบ้าง สัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง ลืมบ่อย เกินสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

ส่วนที่ 3: ข้อมูลปัจจัยทางจิตสังคม

18. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของบุคคลในครอบครัว
- ไม่มี ไม่ทราบ
 มี

บุคคลที่เจ็บป่วย

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า | ..... |
| <input type="checkbox"/> โรควิตกกังวล | ..... |
| <input type="checkbox"/> โรคอารมณ์สองขั้ว | ..... |
| <input type="checkbox"/> โรคจิตเภท | ..... |



- โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์
- โรคทางจิตเวชอื่นๆ (ระบุ.....)

19. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ท่านหรือครอบครัวของท่านต้องเผชิญกับปัญหาความตึงเครียด ในด้านต่างๆ ต่อไปนี้หรือไม่

(ถ้ามี กรุณาระบุรายละเอียดของปัญหาอย่างคร่าวๆ)

- ด้านสุขภาพ
- ด้านเศรษฐกิจ
- ด้านการงาน
- ปัญหาในครอบครัว
- ปัญหาในชุมชน.....

20. เมื่อท่านมีปัญหา ท่านมักจะปรึกษาขอคำแนะนำ หรือขอความช่วยเหลือ จากใครมากที่สุด

- ไม่ได้ปรึกษาใคร แฟน/คู่สมรส ลูก หลาน
- บิดา/มารดา พี่น้อง เพื่อน ญาติอื่นๆ (ระบุ)



ภาคผนวก ง
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)
และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า



แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ขอแนะนำ ให้ผู้ประเมินกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับบริการ

ลำดับที่	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1 - 7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเอง หรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟัง วิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะ ดี	0	1	2	3
	รวมคะแนน				
	รวม				

- < 7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 7-12 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย
 13-18 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ≥ 19 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

หมายเหตุ คะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า



แนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

1. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild Depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น แจ่มใส อารมณ์เศร้า เหงา หงอย ซ้ำคร่ำซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้ในบางครั้ง การนอนลดลง อาจหลับยากหรือตื่นเช้ากว่าปกติ อาจมีสาเหตุหรือไม่ก็ได้ เริ่มคิดลบเปรียบเทียบกับผู้อื่น ความตั้งใจทำงานต่างๆ ลดลง ต้องการความช่วยเหลือ แนะนำ การเอาใจใส่

การดูแล - ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม พุดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ

2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression) มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงขึ้น จนมีผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัวและการงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้แต่อาจไม่สมบูรณ์ อาการเป็นมาคงช่วงเช้า รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งต่างๆ อ่อนเพลีย มีพลังกำลังลดลง รู้สึกตนเองไร้ค่า ต่ำหนืดตนเอง หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย กังวลกับสุขภาพ หลีกหนีสังคม แยกตัว อาจคิดอยากตาย ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด

การดูแล - ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม พุดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ

- แนะนำวิธีการคลายเครียดด้วยตนเอง เช่น การพุดคุยระบายความรู้สึก การนวด การฟังเพลง การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
- หากไม่ดีขึ้นให้รายงานแพทย์

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression) มีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา สิ้นหวัง มองตนเองด้านลบ ไม่มีคุณค่า คิดอยากตายมากขึ้น แยกตัวมากขึ้น สิ้นหวัง มองไม่เห็นอนาคต การตัดสินใจเสียแม้เรื่องง่ายในชีวิตประจำวัน ไม่สนใจดูแลตนเอง อาจนั่งอยู่ท่าเดียวนานๆหรือกระวนกระวายอยู่ไม่สุข นอนน้อยลง อ่อนเพลีย บางคนไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง

การดูแล - ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม พุดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ

- แนะนำวิธีการคลายเครียดด้วยตนเอง เช่น การพุดคุยระบายความรู้สึก การนวด การฟังเพลง การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
- หากมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้เฝ้าสังเกตอาการใกล้ชิด และรายงานแพทย์ทันที



แบบวัดความเครียด

ให้คุณอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วสำรวจดูว่าในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับตัวคุณบ้าง ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้น ให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ แต่ถ้ามีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับตัวคุณให้ประเมินว่าคุณมีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้นแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงช่องตามที่คุณประเมิน

โดย ระดับของความเครียด 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด 2 หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย
3 หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง 4 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก
5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด

ข้อที่	คำถามในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา	ระดับของความเครียด				
		1	2	3	4	5
1.	กลัวทำงานผิดพลาด					
2.	ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้					
3.	ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงิน หรือเรื่องงานในบ้าน					
4.	เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษ หรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน					
5.	รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ					
6.	เงินไม่พอใช้จ่าย					
7.	กล้ามเนื้อตึงหรือปวด					
8.	ปวดหัวจากความตึงเครียด					
9.	ปวดหลัง					
10.	ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง					
11.	ปวดศีรษะข้างเดียว					
12.	รู้สึกวิตกกังวล					
13.	รู้สึกคับข้องใจ					
14.	รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด					
15.	รู้สึกเศร้า					
16.	ความจำไม่ดี					
17.	รู้สึกสับสน					
18.	ตั้งสมาธิลำบาก					
19.	รู้สึกเหนื่อยง่าย					
20.	วัดบ่อยๆ					



แบบประเมินระดับสติ

ขอแนะนำ ให้ผู้ประเมินกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับบริการ

ลำดับ ที่	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาตลอดทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	แทบไม่ เคยเลย (1)	นานๆ ครั้ง (2)	บางครั้ง (3)	ค่อนข้าง บ่อย (4)	บ่อยมาก (5)
ตระหนักรู้ (Knowing)						
1	ฉันรู้สึกตัวในขณะที่หายใจเข้า-ออก					
2	ฉันรู้สึกตัวขณะเคลื่อนไหว เช่น เดิน/ยืน/นั่ง/นอน เหยียดขา งอเข่า เอี้ยวตัว					
3	เวลาอาบน้ำ ฉันรู้ว่ามือน้ำไหลผ่าน/ สัมผัสผิวกายอย่างไร					
4	เมื่ออารมณ์เปลี่ยนแปลง ฉันรับรู้ได้					
5	ฉันรู้สึกตัวขณะอาบน้ำ แปรงฟัน นั่งสุขา					
อัตโนมัติ (Automatics)						
6	ฉันสามารถหยุดทำตามความคิดหรือ ความอยากได้					
7	ก่อนพูดหรือก่อนทำ ฉันเตือนตัวเองได้ ว่าสิ่งใดควรพูด/ทำหรือไม่ควรพูด/ทำ					
8	ฉันเห็นความพอใจ/ไม่พอใจ ผ่านเข้ามา ในใจ เพียงครู่เดียวก็ผ่านไป					
9	ฉันพยายามให้ความรู้สึกดีๆ ยูนาน					
10	ฉันห้ามตัวเองไม่ให้คิด					
ตั้งใจ (Intention)						
11	ฉันหยุดเดินจงกรม/หรือ เลิกนั่งภาวนา ถ้ารู้สึกเมื่อยหรือเบื่อ					
12	ฉันได้ของที่ไม่ได้ตั้งใจซื้อ หรือ ไม่จำเป็น เวลาไปเลือกซื้อของ					
13	ฉันคิดเรื่องราวอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับงาน หรือสิ่งที่ทำอยู่					
14	ขณะอาบน้ำ แปรงฟัน เข้าห้องสุขา ฉัน คิดวางแผนในเรื่องต่างๆ					



15	ฉันหมกมุ่นกับงาน/สิ่งที่ต้องทำ จนมักจะ ลืมเวลากินข้าว เข้าห้องสุขา					
	รวมคะแนน					
	รวม					



ภาคผนวก ช
แบบประเมินปัญหาด้านยา



ID.....

ผู้บันทึก.....

แบบประเมินปัญหาด้านยา

ว/ด/ป	จำนวน DRP	ประเภท/รายละเอียด DRP	การแก้ไข	การ ปฏิบัติ	การติดตาม	ว/ด/ป ติดตาม
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ทำ	...............	.....
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ทำ	..... ..... .....
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ทำ	..... ..... .....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ทำ	...............	.....
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ทำ	..... ..... .....
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ทำ	..... ..... .....
ว/ด/ป	จำนวน DRP	ประเภท/รายละเอียด DRP	การแก้ไข	การ ปฏิบัติ	การติดตาม	ว/ด/ป ติดตาม
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ทำ	..........	.....



		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ทำ <input type="checkbox"/> ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ทำ	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ทำ <input type="checkbox"/> ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ทำ <input type="checkbox"/> ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ทำ	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	.....

- | | |
|--|---|
| 1. ไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ (Untreated indication)
3. ได้รับยาในขนาดยาที่น้อย(Subtherapeutic dosage)
5. อาการไม่พึงประสงค์จากยา(Adverse drug reaction)
7. ไม่สามารถได้รับยา (Failure to receive)
9. การใช้ยาประเภทอื่นๆ (Miscellaneous) | 2. ได้รับยาที่ไม่เหมาะสม (Improper drug selection)
4. ได้รับยาในขนาดยาที่มากเกินไป(Overdosage)
6. อันตรกิริยาระหว่างยา(Drug interaction)
8. ได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้(Medication use without indication)
กรุณารอกหมายเลข DRP ในการบันทึกข้อมูล |
|--|---|



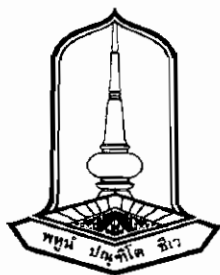
ภาคผนวก ซ
แบบบันทึกความร่วมมือในการใช้ยา



ภาคผนวก ฅ

คู่มือการบริหารทางเภสัชกรรมและการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ





คู่มือ

การบริหารทางเภสัชกรรมและการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ

จัดทำโดย

เภสัชกรหญิง.ดร.สายทิพย์ สุทธิรักษา
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.รจเรศ หาญรินทร์
 แพทย์หญิง จริยา จิรานุกูล
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.ลัดดา แสนสีหา
 นางสาวธัญธิดา สิริโสณแก้ว

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



สารบัญ

เรื่อง	หน้า
การทำจิตบำบัดแบบการฝึกสติครั้งที่ 1 ร่วมกับการบริหารทางกล้ามเนื้อครั้งที่ 1	2
การทำจิตบำบัดแบบการฝึกสติครั้งที่ 2	3
การทำจิตบำบัดแบบการฝึกสติครั้งที่ 3	4
การทำจิตบำบัดแบบการฝึกสติครั้งที่ 4 ร่วมกับการบริหารทางกล้ามเนื้อครั้งที่ 2	5
การทำจิตบำบัดแบบการฝึกสติครั้งที่ 5	6
การทำจิตบำบัดแบบการฝึกสติครั้งที่ 6	7
การทำจิตบำบัดแบบการฝึกสติครั้งที่ 7	8
การทำจิตบำบัดแบบการฝึกสติครั้งที่ 8 ร่วมกับการบริหารทางกล้ามเนื้อครั้งที่ 3	9
ภาคผนวก	
ขั้นตอนการบริหารกล้ามเนื้อ	11
ตารางฝึกสติของผู้ป่วย	13
วิธีการฝึกสติ	19
แบบเก็บข้อมูลทั่วไป	26
เครื่องมือประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย	30
เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า	31
เครื่องมือคัดกรองความเครียด	34
เครื่องมือวัดสติ	36
เครื่องมือวัดความผิดปกติทางกาย	37
แบบประเมินปัญหาด้านยา	38
แบบสอบถามความรู้สึกล้างการบริหารกล้ามเนื้อและการฝึกสติ	40



ก่อนการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรม และการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยตามแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยสำหรับการวิจัย (ดูหน้า 26)
2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยตามแบบฟอร์ม (ดูหน้า 30)
3. ประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบฟอร์ม 9Q (ดูหน้า 32)
4. ประเมินความเครียดตามแบบฟอร์ม ST20 (ดูหน้า 34)
5. ประเมินระดับสติตามแบบฟอร์ม (ดูหน้า 36)
6. ประเมินปัญหาทางกายตามแบบฟอร์ม PHQ 15 (ดูหน้า 37)



การทำจิตบำบัดแบบการฝึกสติครั้งที่ 1 ร่วมกับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 1

ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การเป็นกัลยาณมิตรและให้ความรู้จักกัน

ก่อนการทำการบริหารทางเภสัชกรรมและการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

1. แนะนำตนเอง ว่าผู้วิจัย เป็นใคร มาทำอะไร บอกวัตถุประสงค์ ทว่าขอให้ผู้ป่วยทราบถึงผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเดิม และสอบถามปัญหาเดิมของผู้ป่วย พร้อมค้นหาปัญหาที่พบตอนอาการปัจจุบัน และประเมินภาวะต่างๆ ดังนี้

- 1.1 ประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบฟอร์ม 9Q (ดูหน้า 32)
 - 1.2 ประเมินความเครียดตามแบบฟอร์ม ST-20 (ดูหน้า 34)
 - 1.3 ประเมินระดับสติตามแบบฟอร์ม (ดูหน้า 36)
 - 1.4 ประเมินปัญหาทางกายตามแบบฟอร์ม PHQ-15 (ดูหน้า 37)
 - 1.5 ประเมินปัญหาด้านการใช้จ่าย ตามแบบฟอร์ม DRPs (ดูหน้า 38)
 - 1.6 ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยตามแบบฟอร์ม (ดูหน้า 30)
2. การบริหารทางเภสัชกรรม ดำเนินการดังนี้ (ดูหน้า 11)
- หลังการบริหารทางเภสัชกรรม สอบถามความรู้สึกต่อการบริหารทางเภสัชกรรม (ดูหน้า 40)

3. ดำเนินการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ นาน 30 นาที (ดูหน้า 19)

หลังการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

- 3.1 ประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบฟอร์ม 9Q (ดูหน้า 32)
- 3.2 ประเมินความเครียดตามแบบฟอร์ม ST-20 (ดูหน้า 34)
- 3.3 ประเมินระดับสติตามแบบฟอร์ม (ดูหน้า 36)
- 3.4 ประเมินปัญหาทางกายตามแบบฟอร์ม PHQ-15 (ดูหน้า 37)
- 3.5 สอบถามความรู้สึกต่อการฝึกสติ (ดูหน้า 41)

การทำจิตบำบัดแบบการฝึกสติ สัปดาห์ที่ 2

ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การทักทาย

1. ก่อนการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

- 1.1 ทักทายผู้ป่วยเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี
- 1.2 บอกวัตถุประสงค์ของการมาฝึกสติครั้งที่ 2
- 1.3 สอบถามอาการเดิมของผู้ป่วย พร้อมค้นหาปัญหาที่ยังมีอยู่ หรือปัญหาที่มีเพิ่มขึ้นและสอบถามอาการปัจจุบันทั้งอาการทางอารมณ์และอาการทางกายและแจ้งผู้ป่วยว่าผู้วิจัยจะได้ช่วยเหลือเหล่านั้นให้ลดลง

2. ดำเนินการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ นาน 30 นาที

3. หลังการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

- 3.1 สอบถามความรู้สึกต่อการฝึกสติ (ดูหน้า 41)



การทำจิตบำบัดแบบการฝึกสติ สัปดาห์ที่ 3

ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การทักทาย

1. ก่อนการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้
 - 1.1 ทักทายผู้ช่วยเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี
 - 1.2 บอกวัตถุประสงค์ของการมาฝึกสติครั้งที่ 2
 - 1.3 สอบถามอาการ การเดิมของผู้ป่วย หรือมีค้นหาปัญหาที่ยังมีอยู่ หรือปัญหาที่มีเพิ่มขึ้นและสอบถามอาการปัจจุบันทั้งอาการทางอารมณ์และอาการทางกายและแจ้งผู้ป่วยว่าผู้วิจัยจะได้ช่วยแก้ปัญหาเหล่านั้นให้ลดลง
2. ดำเนินการหัดจิตบำบัดแบบฝึกสติ นาน 30 นาที
3. หลังการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้
 - 3.1 สอบถามความรู้สึกต่อการฝึกสติ (ดูหน้า 41)

การทำจิตบำบัดแบบการฝึกสติครั้งที่ 4 ร่วมกับการบริหารทางกล้ามเนื้อครั้งที่ 2

ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทักทาย

1. การบริหารทางกล้ามเนื้อ ดำเนินการดังนี้ (ดูหน้า 11)

หลังการบริหารทางกล้ามเนื้อ

 - 1.1 ประเมินปัญหาด้านการใช้อา ตามแบบฟอร์ม DRPs (ดูหน้า 38)
 - 1.2 สอบถามความรู้สึกต่อการบริหารทางกล้ามเนื้อ (ดูหน้า 40)
2. ดำเนินการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ นาน 30 นาที (ดูหน้า 19)

หลังการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

 - 2.1 ประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบฟอร์ม 9Q (ดูหน้า 32)
 - 2.2 ประเมินความเครียดตามแบบฟอร์ม ST-20 (ดูหน้า 34)
 - 2.3 ประเมินระดับสติตามแบบฟอร์ม (ดูหน้า 36)
 - 2.4 ประเมินปัญหาทางกายตามแบบฟอร์ม PHO-15 (ดูหน้า 37)
 - 2.5 ประเมินพฤติกรรมการสุขภาพของผู้ป่วยตามแบบฟอร์ม (ดูหน้า 26)
 - 2.6 สอบถามความรู้สึกต่อการฝึกสติ (ดูหน้า 41)



การทำจิตบำบัดแบบการฝึกสติ สัปดาห์ที่ 5

ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การทำท่าย

1. ก่อนการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้
 - 1.1 ทำท่ายผู้ช่วย เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี
 - 1.2 บอกวัตถุประสงค์ของการมาฝึกสติครั้งนี้ 5
 - 1.3 สอบถามอาการเดิมของผู้ป่วย หรือค้นหาปัญหาที่ยังมีอยู่ หรือปัญหาที่มีเพิ่มขึ้นและสอบถามอาการปัจจุบันทั้งอาการทางอารมณ์และอาการทางกายและแจ้งผู้ป่วย ว่าผู้วิจัยจะได้ช่วยเหลือกับปัญหาเหล่านั้นให้ลดลง
2. ดำเนินการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ นาน 30 นาที
3. หลังการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้
 - 3.1 สอบถามความรู้สึกต่อการฝึกสติ (ดูหน้า 41)

การทำจิตบำบัดแบบการฝึกสติ สัปดาห์ที่ 6

ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การทำท่าย

1. ก่อนการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้
 - 1.1 ทำท่ายผู้ช่วย เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี
 - 1.2 บอกวัตถุประสงค์ของการมาฝึกสติครั้งนี้ 6
 - 1.3 สอบถามอาการเดิมของผู้ป่วย หรือค้นหาปัญหาที่ยังมีอยู่ หรือปัญหาที่มีเพิ่มขึ้นและสอบถามอาการปัจจุบันทั้งอาการทางอารมณ์และอาการทางกายและแจ้งผู้ป่วย ว่าผู้วิจัยจะได้ช่วยเหลือกับปัญหาเหล่านั้นให้ลดลง
2. ดำเนินการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ นาน 30 นาที
3. หลังการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้
 - 3.1 สอบถามความรู้สึกต่อการฝึกสติ (ดูหน้า 41)



การทำจิตบำบัดแบบการฝึกสติ สัปดาห์ที่ 7

ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การทักทาย

1. ก่อนการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ ผู้วิจัยจะตั้งคำถามการดังต่อไปนี้
 - 1.1 ทักทายผู้ช่วยเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี
 - 1.2 บอกวัตถุประสงค์ของการมาฝึกสติครั้งที่ 7
 - 1.3 สอบถามอาการเดิมของผู้ป่วย หรือค้นหาปัญหาที่ยังมีอยู่ หรือปัญหาที่มีเพิ่มขึ้นและสอบถามอาการปัจจุบันทั้งอาการทางอารมณ์และอาการทางกายและแจ้งผู้ป่วยว่าผู้วิจัยจะช่วยแก้ไขปัญหานั้นให้ลดลง
2. ดำเนินการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ นาน 30 นาที
3. หลังการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ ผู้วิจัย จะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้
 - 3.1 สอบถามความรู้สึกต่อการฝึกสติ (ดูหน้า 41)

การทำจิตบำบัดแบบการฝึกสติครั้งที่ 8 ร่วมกับการบริหารทางเภสัชกรรมครั้งที่ 3

ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทักทาย

1. การบริหารทางเภสัชกรรม ดำเนินการดังนี้ (ดูหน้า 11)

หลังการบริหารทางเภสัชกรรม

 - 1.1 ประเมินปัญหาด้านการใช้ยา ตามแบบฟอร์ม DRPs (ดูหน้า 38)
 - 1.2 สอบถามความรู้สึกต่อการบริหารทางเภสัชกรรม (ดูหน้า 40)
2. ดำเนินการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ นาน 30 นาที (ดูหน้า 19)

หลังการทำจิตบำบัดแบบฝึกสติ ผู้วิจัย จะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

 - 2.1 ประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบฟอร์ม 9Q (ดูหน้า 32)
 - 2.2 ประเมินความเครียดตามแบบฟอร์ม ST-20 (ดูหน้า 34)
 - 2.3 ประเมินระดับสติตามแบบฟอร์ม (ดูหน้า 36)
 - 2.4 ประเมินปัญหาทางกายตามแบบฟอร์ม PHQ-15 (ดูหน้า 37)
 - 2.5 ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยตามแบบฟอร์ม (ดูหน้า 30)
 - 2.6 สอบถามความรู้สึกต่อการฝึกสติ (ดูหน้า 41)



คู่มือการบริหารทางเภสัชกรรม

การให้ บริหารทาง เภสัชกรรม	การดำเนินงาน/กิจกรรม	การวัดผล																
		Pre-test							Post-test									
		Pre- test	Pre- test	Pre- test	Pre- test	Pre- test	Pre- test	Pre- test	Post- test	Post- test	Post- test	Post- test	Post- test	Post- test	Post- test			
Base-line		/	/	/	/	/	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ครั้งที่ 1 Week 1	- แนนี่ ดิว/สรั้ง สัมภาษณ์ภาพกับผู้ป่วย - วัดผลโดยใช้แบบประเมิน Pre-test - สอบถามเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและข้อมูลทั่วไป - ระดมปัญหาหาคำถามของผู้ป่วย - ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง - แนนี่ การรับประทานยาและการปรับพฤติกรรม - วัดผลโดยใช้แบบประเมิน Post test - สัมภาษณ์ความรู้สึกลังการบริหารเภสัชกรรมครั้งที่ 1	-	/	/	/	/	/	/	/	-	/	/	/	/	-	-	-	/
ครั้งที่ 2 Week 5	- วัดผลโดยใช้แบบประเมิน Pre-test - ติดตามการแก้ไขปัญหาด้านยา จากครั้งที่ 1 - ระดมปัญหาหาคำถามของผู้ป่วย - พบรวมความรู้เกี่ยวกับโรค - พบรวมความรู้เกี่ยวกับโรค - พบรวมความรู้เกี่ยวกับโรค - วัดผลโดยใช้แบบประเมิน Post test - สัมภาษณ์ความรู้สึกลังการบริหารเภสัชกรรมครั้งที่ 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	/	/	/	/	/	/	/	/
ครั้งที่ 3 Week 9	- วัดผลโดยใช้แบบประเมิน Pre-test - ติดตามการแก้ไขปัญหาด้านยา จากครั้งที่ 2 - ระดมปัญหาหาคำถามของผู้ป่วย - พบรวมความรู้เกี่ยวกับโรค - พบรวมความรู้เกี่ยวกับโรค - พบรวมความรู้เกี่ยวกับโรค - วัดผลโดยใช้แบบประเมิน Post test - สัมภาษณ์ความรู้สึกลังการบริหารเภสัชกรรมครั้งที่ 3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	/	/	/	/	/	/	/	/



การดำเนินงาน/กิจกรรม

1. แนะนำตัว/สร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 - นำข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมงานวิจัยมาวิเคราะห์ และพูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และสร้างความคุ้นเคยระหว่างนิสิตและผู้ป่วย พร้อมนัดหมายวันเวลาที่ผู้ป่วยสะดวกในการฝึกสติและการบริหารกล้ามเนื้อครั้งต่อไป
2. การวัดผลโดยใช้แบบประเมิน Pre-test
 - ประเมินระดับภาวะซึมเศร้า ระดับความเครียด และระดับสติ โดยใช้แบบประเมิน ก่อนให้การบริหารกล้ามเนื้อ เพื่อนำผลเปรียบเทียบในครั้งถัดไป
3. สอบถามเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและข้อมูลทั่วไป
 - พูดคุยเกี่ยวกับโรคเรื้อรังของผู้ป่วย สอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย และทำการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ(แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ) และประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย (แบบบันทึกความร่วมมือในการใช้ยา) โดยการนับยาเหลือของผู้ป่วยและตรวจสอบความถูกต้องของการรับประทานยาของผู้ป่วย
4. ประเมินปัญหาด้านยา
 - ค้นหาปัญหาด้านยาของผู้ป่วย วิเคราะห์ผล และแนะนำแนวทางแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น พร้อมบันทึกลงในแบบบันทึกปัญหาด้านยา
5. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย
 - อธิบายถึงสาเหตุการเกิดโรคเรื้อรัง การดำเนินไปของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้
6. แนะนำการรับประทานยาให้แก่ผู้ป่วย
 - แนะนำวิธีรับประทานยาที่ถูกต้อง และอธิบายผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากยา การปฏิบัติตนถูกต้องแก่ผู้ป่วยเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินจากโรคเรื้อรัง รวมถึงคำแนะนำในการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย
7. วัดผลโดยใช้แบบประเมิน Post test
 - ประเมินระดับภาวะซึมเศร้า ระดับความเครียด และระดับสติ โดยใช้แบบประเมิน ก่อนให้การบริหารกล้ามเนื้อ เพื่อนำผลเปรียบเทียบในครั้งถัดไป
8. การสัมภาษณ์ความรู้สึกหลังการบริหารกล้ามเนื้อ
 - เมื่อให้การบริหารกล้ามเนื้อแล้ว สัมภาษณ์หรือพูดคุยถึงความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา การปรับพฤติกรรม พร้อมข้อเสนอแนะ



ตารางการฝึกสติของผู้ป่วย

เดือน กุมภาพันธ์ 2560

วันอาทิตย์	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วันพฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์
วันที่ 5	วันที่ 6	วันที่ 7	วันที่ 8	วันที่ 9	วันที่ 10	วันที่ 11
เวลาฝึกสติ เวลา	เวลาฝึกสติ เวลา	เวลาฝึกสติ เวลา	เวลาฝึกสติ เวลา	เวลาฝึกสติ เวลา	เวลาฝึกสติ เวลา	เวลาฝึกสติ เวลา
เวลา	เวลา	เวลา	เวลา	เวลา	เวลา	เวลา
วันที่ 12	วันที่ 13	วันที่ 14	วันที่ 15	วันที่ 16	วันที่ 17	วันที่ 18
เวลาฝึกสติ เวลา	เวลาฝึกสติ เวลา	เวลาฝึกสติ เวลา	เวลาฝึกสติ เวลา	เวลาฝึกสติ เวลา	เวลาฝึกสติ เวลา	เวลาฝึกสติ เวลา
เวลา	เวลา	เวลา	เวลา	เวลา	เวลา	เวลา
วันที่ 19	วันที่ 20	วันที่ 21	วันที่ 22	วันที่ 23	วันที่ 24	วันที่ 25
เวลาฝึกสติ เวลา	เวลาฝึกสติ เวลา	เวลาฝึกสติ เวลา	เวลาฝึกสติ เวลา	เวลาฝึกสติ เวลา	เวลาฝึกสติ เวลา	เวลาฝึกสติ เวลา
เวลา	เวลา	เวลา	เวลา	เวลา	เวลา	เวลา
วันที่ 26	วันที่ 27	วันที่ 28				
เวลาฝึกสติ เวลา	เวลาฝึกสติ เวลา	เวลาฝึกสติ เวลา				
เวลา	เวลา	เวลา				



เดือน มีนาคม 2560

วันอาทิตย์	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วันพฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์
			วันที่ 1 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 2 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 3 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 4 เวลาฝึกสติ เวลา
วันที่ 5 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 6 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 7 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 8 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 9 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 10 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 11 เวลาฝึกสติ เวลา
วันที่ 12 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 13 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 14 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 15 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 16 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 17 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 18 เวลาฝึกสติ เวลา
วันที่ 19 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 20 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 21 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 22 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 23 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 24 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 25 เวลาฝึกสติ เวลา
วันที่ 26 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 27 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 28 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 29 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 30 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 31 เวลาฝึกสติ เวลา	



เดือน เมษายน 2560

วันอาทิตย์	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วันพฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์
						วันที่ 1 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา
วันที่ 2 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา	วันที่ 3 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา	วันที่ 4 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา	วันที่ 5 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา	วันที่ 6 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา	วันที่ 7 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา	วันที่ 8 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา
วันที่ 9 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา	วันที่ 10 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา	วันที่ 11 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา	วันที่ 12 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา	วันที่ 13 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา	วันที่ 14 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา	วันที่ 15 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา
วันที่ 16 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา	วันที่ 17 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา	วันที่ 18 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา	วันที่ 19 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา	วันที่ 20 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา	วันที่ 21 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา	วันที่ 22 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา
วันที่ 23 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา	วันที่ 24 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา	วันที่ 25 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา	วันที่ 26 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา	วันที่ 27 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา	วันที่ 28 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา	วันที่ 29 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา
วันที่ 30 เวลาฝึกสรี เวลา เวลา						



เดือน พฤษภาคม 2560

วันอาทิตย์	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วันพฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์
	วันที่ 1 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 2 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 3 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 4 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 5 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 6 เวลาฝึกสติ เวลา
วันที่ 7 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 8 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 9 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 10 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 11 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 12 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 13 เวลาฝึกสติ เวลา
วันที่ 14 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 15 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 16 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 17 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 18 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 19 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 20 เวลาฝึกสติ เวลา
วันที่ 21 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 22 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 23 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 24 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 25 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 26 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 27 เวลาฝึกสติ เวลา
วันที่ 28 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 29 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 30 เวลาฝึกสติ เวลา	วันที่ 31 เวลาฝึกสติ เวลา			



เดือน มิถุนายน 2560

วันอาทิตย์	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วันพฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์
				วันที่ 1 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 2 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 3 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา
วันที่ 4 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 5 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 6 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 7 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 8 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 9 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 10 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา
วันที่ 11 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 12 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 13 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 14 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 15 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 16 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 17 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา
วันที่ 18 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 19 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 20 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 21 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 22 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 23 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 24 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา
วันที่ 25 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 26 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 27 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 28 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 29 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	วันที่ 30 เวลาฝึกสดี เวลา เวลา	



เดือน กรกฎาคม 2560

วันอาทิตย์	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วันพฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์
						วันที่ 1 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา
วันที่ 2 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 3 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 4 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 5 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 6 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 7 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 8 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา
วันที่ 9 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 10 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 11 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 12 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 13 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 14 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 15 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา
วันที่ 16 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 17 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 18 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 19 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 20 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 21 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 22 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา
วันที่ 23 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 24 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 25 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 26 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 27 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 28 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 29 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา
วันที่ 30 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา	วันที่ 31 เวลาฝึกสธ เวลา เวลา					



แนวทางการฝึกสติ

สวัสดีค่ะ ตอนนี้อยู่ที่เรารู้สึกยินดีที่เราจะได้มาสู่ช่วงเวลาแห่งความรู้สึกตัว ในชีวิตประจำวันเราจะมีอิริยาบถอยู่ 4 อย่าง ไม่นอนก็เดิน ไม่เดินก็นั่ง ไม่นั่งก็นอน แต่นอนอาจจะหลายชั่วโมงหน่อย ซึ่งเราจะมาฝึกความรู้สึกตัวในอิริยาบถทั้ง 4 นี้กันนะคะ การฝึกแต่ละครั้ง เราจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยทำอิริยาบถ 4 คือ ยืน เดิน นั่ง นอน อย่างไรก็ตาม หากท่านไม่สะดวกในอิริยาบถใด เราสามารถใช้อิริยาบถอื่นแทนได้นะคะ ไม่ต้องกังวลค่ะ

เรามาฝึกสติ ในอิริยาบถยืนกันก่อนนะคะ

ยืนนิ่งๆ สบายๆ กันก่อนนะคะ หาพื้นที่ยืนให้ไม่ชิดกันมาก (ในผู้ป่วยเรื้อรังไม่แนะนำให้หลับตา เพราะบางทีอาจมีปัญหาเกี่ยวกับโรคประจำตัว ไม่ต้องให้เขาหลับตา) ยืนในท่าตั้งไม้ ขาทั้งสองข้างห่างกันพอดี ให้ระดับหัวไหล่เรา ไม่ต้องไปมองหัวไหล่เพื่อนนะคะ ยืนให้มั่นคง แล้วลองขยับปรับหัวไหล่เล็กน้อย เพราะบางทีเราไม่รู้ตัวว่ายืนห่อไหล่ แล้วยืนให้รู้สึกว่ามีแผ่นหลังตรง รู้สึกว่าน้ำหนักร่างกายลงไปอยู่ที่ฝ่าเท้าทั้งสองข้าง ให้สองแขนขยับตามหัวไหล่เล็กน้อยไม่ต้องเกร็ง ให้แขนทั้งสองข้างทั้งสองข้างลำตัวสบายๆ

รับรู้ถึงน้ำหนักของร่างกายที่ตกลงไปที่ฝ่าเท้าทั้งสองข้าง

รับรู้ถึงความรู้สึกของน้องทั้งสองข้าง อาจจะยังตึง ยังปวด ยังมีความรู้สึก ให้เราผ่อนคลายบริเวณน้องทั้งสองข้าง รับรู้ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง

ต่อมาเรามารับรู้ ถึงความรู้สึก ที่หัวเข่าทั้งสองข้าง รับรู้ถึงความเจ็บ ความตึง ความคิดที่เกิดขึ้น บริเวณหัวเข่าทั้งสองข้างตามความเป็นจริง

นำความใส่ใจไปรับรู้ความรู้สึกที่ต้นขาทั้งสองข้าง อาจจะมีความรู้สึกตึงๆ รับรู้ความรู้สึกที่กำลังเกิดขึ้นตามความเป็นจริง

นำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้บริเวณหน้าท้อง

จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้บริเวณทรวงอก ตลอดทั่วทั้งทรวงอก รับรู้ถึงความเคลื่อนไหวจากการหายใจทั้งเข้าและออก หายใจเข้าก็รู้ หายใจออกก็รู้ รับรู้ถึงการเคลื่อนไหวบริเวณทรวงอกตามความเป็นจริง

จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้ตลอดทั่วทั้งแผ่นหลัง กระดูกสันหลัง อาจจะมีความตึงๆ บริเวณแผ่นหลัง รับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นบริเวณแผ่นหลังตามความเป็นจริง

จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้บริเวณหัวไหล่ทั้งสองข้าง หากยังรู้สึกตึงๆ เกร็งๆ จัดปรับหัวไหล่ตัวเองเล็กน้อยจนรู้สึกผ่อนคลาย รับรู้ถึงความรู้สึกของหัวไหล่ทั้งสองข้างตามความเป็นจริง

จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้บริเวณปลายแขนทั้งสองข้าง รับรู้ความรู้สึกทั้งสองข้างตามความเป็นจริง

จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้บริเวณฝ่ามือทั้งสองข้าง ฝ่ามือทั้งสองข้างอาจจะรู้สึกเย็นๆ ซาๆ หรืออาจจะรู้สึกอุ่นๆ รับรู้ถึงความรู้สึกทั้งหมดตามความเป็นจริง

จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้บริเวณต้นคอ กล้ามเนื้อรอบๆ คออาจจะรู้สึกตึง ปวด รับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นรอบๆคอตามความเป็นจริง

จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้บริเวณใบหน้า รู้สึกว่าคิ้วยังขมวดอยู่ ริมฝีปากยังมึ่มอยู่ ค่อยๆ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า รับรู้ถึงความรู้สึกตลอดทั่วทั้งใบหน้าตามความเป็นจริง



จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้บริเวณศีรษะ รับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นบริเวณหนังศีรษะตลอดทั่วทั้งหนังศีรษะตามความเป็นจริง ค่อยๆไล่ความรู้สึกตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า รับรู้การยืน รับรู้ถึงน้ำหนักที่กดอยู่บริเวณฝ่าเท้าทั้งสองข้างอย่างเท่าเทียมกัน

ขณะนี้เรากำลังยืน ยืนอยู่ที่นี้ ยืนอยู่ตรงนี้ เรากำลังอยู่กับปัจจุบัน

เรามาฝึกสติ ในอิริยาบถ เดิน กันต่อ นะคะ

อยากจะชวนพวกเรากลับมาความรู้สึกกับการก้าวเดินกันนะคะ อาจจะเริ่มด้วยท่าต้นไม้เหมือนเมื่อซักครูให้รู้สึกมั่นคง (เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยเรื้อรังอาจมีอาการเวียนหัว หายใจนานๆอาจให้ผู้ป่วยนั่งพักซักครูหนึ่ง อาจจะพูดว่าเวียนหัวไหมคะ แต่ถ้าผู้ป่วยอยากหลับตาก็ได้คะ อาจจะรู้สึกได้อยู่กับตัวเองมากกว่าที่ลืมตา แต่ต้องระวังเรื่องเอนหรือหกล้ม) ถ้าหากรู้สึกว้าขาทั้งสองข้างมันคงดี ไม่มีอาการเวียนศีรษะ เดี่ยวเราจะมาอยู่กับการก้าวเดินด้วยกันซักๆ เดี่ยวให้เราก้าวไปพร้อมๆ กันให้ตามรู้จากขาที่ก้าว เดี่ยวเราจะเริ่มจากขาขวาก่อนนะคะ

ก้าวขาขวาก็รับรู้ถึงความรู้สึกที่ขาขวาก้าวไป ก้าวขาซ้ายก็รับรู้ถึงความรู้สึกที่ขาซ้ายก้าวไป

ก้าวขาขวาก็รู้ ก้าวขาซ้ายก็รู้ ก้าวขาขวาก็รู้ ก้าวขาซ้ายก็รู้ ก้าวขาขวาก็รู้ ก้าวขาซ้ายก็รู้

หยุดนิ่งก็รู้ รับรู้ถึงความรู้สึกของน้ำหนักตัวที่ลงไปฝ่าเท้าทั้งสองข้าง ตอนนี้ร่างกายเรายืนอยู่ตรงนี้ ความรู้สึกของเราอยู่ตรงนี้ อยู่กับปัจจุบัน จากนั้นค่อยๆ กลับตัวซ้ายๆ รับรู้ถึงทุกก้าวที่แตะลงที่พื้นตามความเป็นจริง

ยืนด้วยความมั่นคง หากรู้สึกเวียนหน้าหรือเวียนศีรษะอาจจะหยุดพักเล็กน้อย มองไปยาวๆ (มองสั้นๆ จะเวียนหัว) หอดสายตาไปข้างหน้ายาวๆ ผ่อนคลายร่างกาย ผ่อนคลายสายตา เมื่อรู้สึกมั่นคง ไม่รู้สึกการเวียนศีรษะแล้ว เราจะเริ่มเดินต่อ นะคะ

นำความรู้สึกทั้งหมดมารับรู้อยู่ที่การเดิน ก้าวขาขวาก็รู้ ก้าวขาซ้ายก็รู้ ก้าวขาขวาก็รู้ ก้าวขาซ้ายก็รู้ ก้าวขาขวาก็รู้ ก้าวขาซ้ายก็รู้ ก้าวขาขวาก็รู้ ก้าวขาซ้ายก็รู้ ก้าวขาขวาก็รู้ ก้าวขาซ้ายก็รู้ ยืนอยู่ในท่าตรง รับรู้ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นตลอดทั้งร่างกาย รับรู้ถึงความรู้สึกบริเวณขาทั้งสองข้างตามความเป็นจริง

ต่อไปจะปล่อยให้เดินเอง เดินสบายๆแต่รับรู้ถึงทุกอย่างก้าวที่เดินนะคะ

รับรู้ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นบริเวณขาทั้งสองข้าง รับรู้ถึงความตึง ความหย่อน ตามความเป็นจริง รับรู้ถึงความรู้สึกบริเวณฝ่าเท้าที่แตะที่พื้น รับรู้ถึงน้ำหนักตัวที่ทิ้งลงไปฝ่าเท้าที่เดิน

(เน้นความรู้สึกที่ขา ฝ่าเท้าที่แตะที่พื้น น้ำหนักที่ฝ่าเท้า รับรู้ว่าร่างกายอยู่ที่นี้ ใจอยู่ที่นี้ อาจพูด.ดิมาๆซักๆ)



อริยาบถหนึ่ง

เป็นไงบ้างคะ เมื่อซักครู่นี้เดิน อาจจะมีความรู้สึกเกิดขึ้นหลายอย่าง หน้าๆของเราจะมีเพียงการรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้น ความรู้สึกที่เกิดขึ้นบริเวณตามร่างกายตามความจริง เดี่ยวเราจะมาอีกอริยาบถหนึ่งคือ อริยาบถนั่งนะคะ ซึ่งในชีวิตประจำวันส่วนใหญ่ก็นั่งคอยข้างเยาะ ส่วนใหญ่ก็นั่งดูโทรทัศน์ หรือนั่งพัก ซึ่งเราก็สามารถกลับมาฝึกความรู้สึกตัวได้ในการนั่งด้วยเช่นกัน จะหลับตาหรือลืมตาก็ได้นะคะ ถ้ารู้สึกว่ายืนหัวหรือโอนเอนก็ให้ล้มตามแล้วทอดสายตาสบายๆ ขยับจัดปรับวางแขนให้สบายๆ ไม่ต้องเกร็ง วางตามความรู้สึกว่าน้ำหนักเราไม่ยกมาที่ไหล่ สบายๆ วางแผ่นหลังไปที่พนักพิงของเก้าอี้สบายๆนะคะ ผิงหนึ่งอาจจะงอเล็กน้อยตามธรรมชาติ ขาทั้งสองข้างวางสบายๆ จะชวนทุกท่านกลับมารับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับร่างกายที่เราั่งอยู่ในปัจจุบันนะคะ

นำความรู้สึกทั้งหมดมารับรู้บริเวณฝ่าเท้าทั้งสองข้างที่แตะที่พื้น เรารับรู้ความรู้สึกว่าน้ำหนักตัวที่ลงที่ฝ่าเท้าลดลงจากเมื่อซักครู่ที่เรายืนและเดิน รับรู้ถึงความผ่อนคลายที่อยู่ที่ฝ่าเท้าทั้งสองข้างตามความเป็นจริง

จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้บริเวณกล้ามเนื้อน่องทั้งสองข้าง รับรู้ความรู้สึกบริเวณกล้ามเนื้อน่องตามความเป็นจริง

นำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้บริเวณหัวเข่าทั้งสองข้าง หากยังรู้สึกเอนตึง ขยับจับปรับเล็กน้อยให้หัวเข่าผ่อนคลายมากขึ้น รับรู้ความรู้สึกบริเวณหัวเข่าทั้งสองข้างตามความเป็นจริง

จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้บริเวณกล้ามเนื้อต้นขา บริเวณหน้าขาทั้งสองข้าง รับรู้ความรู้สึกบริเวณต้นขาทั้งสองข้างตามความเป็นจริง

จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้บริเวณสะโพกทั้งสองข้าง รับรู้ถึงน้ำหนักที่ลงมาบริเวณก้นกับบริเวณกล้ามเนื้อสะโพกทั้งสองข้าง รับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง

ขณะนี้เรากำลังนั่งอยู่บนเก้าอี้ ร่างกายเรานั่งอยู่ที่นี้ รับรู้ถึงกายที่ตั้งตรง กายที่นั่งอยู่ตรงนี้ อยู่กับปัจจุบัน หากมีความคิดเกิดขึ้น เพียงแต่รู้ว่ามีความคิดเกิดขึ้น นำความใส่ใจทั้งหมด กลับมารับรู้ อยู่ที่ร่างกาย อยู่ที่ความรู้สึก อยู่ที่การนั่งในปัจจุบัน

จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดไปรับรู้บริเวณแผ่นหลัง ตลอดทั่วทั้งแผ่นหลัง รับรู้ถึงน้ำหนักตัวที่กดทับไปที่แผ่นหลัง รับรู้ถึงความรู้สึกแข็ง ความรู้สึกเย็น ความรู้สึกที่แผ่นหลังสัมผัสกับพนักพิงของเก้าอี้ตามความเป็นจริง

จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้บริเวณบ่าไหล่ทั้งสองข้าง หากรู้สึกตึง เกร็ง ค่อยๆขยับจับปรับบ่าไหล่เล็กน้อยให้สบาย รับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นบริเวณบ่าไหล่ทั้งสองข้างตามความเป็นจริง

จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้บริเวณต้นแขนทั้งสองข้าง รับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นบริเวณต้นแขนทั้งสองข้างตามความเป็นจริง

จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้บริเวณปลายแขนทั้งสองข้าง รับรู้ความรู้สึกที่แขนทั้งสองข้างตามความเป็นจริง

จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้บริเวณฝ่ามือทั้งสองข้าง รับรู้ถึงความเย็น ความอุ่น ความรู้สึกที่เกิดขึ้นบริเวณฝ่ามือทั้งสองข้างตามความเป็นจริง

นำความใส่ใจทั้งหมดกลับมารับรู้ความรู้สึกบริเวณหน้าห้องตลอดทั่วทั้งห้อง รับรู้ถึงการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหน้าห้อง ที่ไปตามลมหายใจ หายใจเข้าก็รู้ หายใจออกก็รู้ หากมีความคิดเกิดขึ้น รับรู้แค่เพียงว่ากำลังมีความคิดเกิดขึ้น แล้วดึงความสนใจทั้งหมด กลับมารับรู้อยู่ลมหายใจในปัจจุบัน กลับมารับรู้ที่ความรู้สึกของร่างกายในปัจจุบัน ขณะนี้เรากำลังนั่งอยู่ที่นี้ อยู่ตรงนี้ อยู่ในปัจจุบัน



จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้ความรู้สึกบริเวณทรวงอก ตลอดทั่วทรวงอก รับรู้ถึงการเคลื่อนไหวของทรวงอกตามการหายใจเข้าและออก ตามความเป็นจริง หายใจเข้าก็รู้ หายใจออกก็รู้ กลับมารู้อยู่ที่การเคลื่อนไหวของร่างกาย กลับมารู้สึกตัวว่าอยู่ในปัจจุบัน

จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้ที่บริเวณต้นคอ กล้ามเนื้อรอบๆคอ รับรู้ความรู้สึกบริเวณรอบๆคอ บริเวณกระดูกต้นคอตามความเป็นจริง

จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้ความรู้สึกบริเวณใบหน้า ตลอดทั่วทั้งใบหน้า รับรู้ความรู้สึกบริเวณใบหน้า กล้ามเนื้อใบหน้า หากยังรู้สึกตึงๆ ค่อยๆผ่อนคลายบริเวณกล้ามเนื้อใบหน้า รับรู้ความรู้สึกตลอดทั่วทั้งใบหน้าตามความเป็นจริง

จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้บริเวณหนังศีรษะ ตลอดทั่วทั้งหนังศีรษะ รับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นตลอดทั่วทั้งหนังศีรษะตามความเป็นจริง

รับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นตลอดทั้งร่างกาย ตั้งแต่หนังศีรษะ จรดปลายเท้า ตั้งแต่ปลายเท้า จรดศีรษะ หากมีความคิดเกิดขึ้น เพียงแค่รับรู้ที่กำลังมีความคิดเกิดขึ้น แล้วนำความสนใจทั้งหมดมาอยู่ที่ความรู้สึกตัว อาจจะต้องมาแย่งส่วนความรู้สึกชัดที่สุดในตอนนี้ บริเวณก้น บริเวณกล้ามเนื้อสะโพก ที่สัมผัสกับเก้าอี้ ตั้งความรู้สึกตัวกลับมาที่ความรู้สึกที่บริเวณแผ่นหลัง ที่แตะอยู่พนักของเก้าอี้ รับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ขณะนี้เรากำลังนั่ง เรากำลังนั่งอยู่ที่ตรงนี้ เรากำลังอยู่ที่นี้ ในปัจจุบัน

(เสียงระฆังเบา เสียงระฆังดัง) หากท่านใดหลับตาอยู่ ค่อยๆลืมตาขึ้นช้า ปรับระดับสายตาระยะ

(แนะนำให้ดูฝ่ามือแล้วทำเป็นกระเปาะที่ตา)

(ถ้าผู้ป่วยนั่งดี ก็อาจจะปล่อยให้ทำต่อไปซักพัก)

อิริยาบถนอน

เรามาทำอิริยาบถนอนกันนะคะ ให้เรานอนลง สบายๆ นะคะ เราก็จะนอนในโยคะเรียกว่า ท่าศพ อาสนะ นอนห่างกันนิดนึงนะคะ เพื่อให้แขนทั้งสองข้างห่างจากลำตัวสบายๆ ฝ่ามือหงายนะคะ นิ้วมืออาจจะงอตามธรรมชาติ ไม่ต้องเกร็งนะคะ ขาทั้งสองข้างห่างกันเล็กน้อย ปลายเท้าทั้งสองข้างชี้ออกด้านนอก ทิ้งน้ำหนักเท้าสบายๆ ไม่ต้องเกร็งนะคะ (เสียงระฆังเบา เสียงระฆังดัง)

ขณะนี้ร่างกายของเรากำลังนอนอยู่ รับรู้ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น ตลอดทั่วทั้งร่างกาย เราจะกลับมาอยู่กับกายที่กำลังนอนอยู่นี้ เรารับรู้ถึงสิ่งที่กำลังเกิดขึ้น ที่กายนี้ตามความเป็นจริง เราจะค่อยไล่ความรู้สึกจากฝ่าเท้า

นำความใส่ใจทั้งหมดไปรับรู้บริเวณฝ่าเท้าทั้งสองข้าง รับรู้ถึงความเย็น ความอุ่น ที่ฝ่าเท้าทั้งสองข้างตามความเป็นจริง หากยังรู้สึกตึง เกร็ง ปวด นำความผ่อนคลายทั้งหมด ไปที่บริเวณฝ่าเท้าทั้งสองข้าง รับรู้ความรู้สึกผ่อนคลาย สบายที่เกิดขึ้น

จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้บริเวณนิ้วเท้าทั้งส้นนิ้ว รับรู้ถึงความรู้สึกเกร็ง ตึง ปวด รับรู้ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง จากนั้นนำความผ่อนคลาย สบาย ไปที่นิ้วเท้าทั้งส้นนิ้ว รับรู้ถึงความรู้สึกผ่อนคลาย สบาย ที่เกิดขึ้นบริเวณนิ้วเท้าทั้งส้นนิ้วตามความเป็นจริง

จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้ความรู้สึกบริเวณข้อเท้าทั้งสองข้าง อาจจะรู้สึกตึง เกร็ง ปวด นำความผ่อนคลาย สบาย ไปที่ข้อเท้าทั้งสองข้าง รับรู้ถึงความรู้สึกผ่อนคลาย สบายที่เกิดขึ้น



จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดไปรับรู้ความรู้สึกบริเวณแผ่นหลัง ตลอดทั่วทั้งแผ่นหลัง หากยังรู้สึกเกร็ง ตึง ปวด นำความผ่อนคลายไปที่บริเวณแผ่นหลัง ตลอดทั่วทั้งแผ่นหลัง นำความผ่อนคลายไปยังบริเวณกระดูกสันหลัง ไปที่ตะขอ ทีละข้อ รับรู้ถึงความรู้สึกผ่อนคลาย สบายที่เกิดขึ้น

จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้ความรู้สึกบริเวณกล้ามเนื้อคอ รอบคอ หากยังรู้สึกเกร็ง ตึง ปวด นำความผ่อนคลาย สบายไปที่กล้ามเนื้อคอ นำความรู้สึกผ่อนคลาย มายังบริเวณกระดูกต้นคอ ไปที่ตะขอ ทีละข้อ รับรู้ถึงความรู้สึกผ่อนคลาย สบายที่เกิดขึ้น

จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้บริเวณกล้ามเนื้อใบหน้า ตลอดทั่วทั้งใบหน้า นำความผ่อนคลาย สบายมาที่บริเวณริมฝีปากบน ริมฝีปากล่าง ผ่อนคลายกล้ามเนื้อแก้ม หากยังรู้สึกเกร็ง บริเวณคิ้ว หว่างคิ้ว นำความผ่อนคลายมาที่บริเวณคิ้ว หว่างคิ้ว นำความผ่อนคลายมาที่บริเวณกล้ามเนื้อดวงตาทั้งสองข้าง รับรู้ถึงความรู้สึกผ่อนคลาย สบายที่เกิดขึ้น

จากนั้นนำความใส่ใจทั้งหมดมารับรู้ความรู้สึกบริเวณศีรษะ ตลอดทั่วทั้งศีรษะ หากยังรู้สึกเกร็ง ตึง ปวด นำความผ่อนคลาย สบาย มาที่บริเวณศีรษะ ทั่วหนังศีรษะ รับรู้ถึงความรู้สึกผ่อนคลาย สบายที่เกิดขึ้น

ขณะนี้ร่างกายของเรา กำลังนอนอยู่ที่นี่ กลับมารับรู้ความรู้สึกของร่างกาย ที่กำลังนอนอยู่ตรงนี้ตามความเป็นจริง นานแค่ไหนแล้ว ที่เราใช้ร่างกายนี้ โดยลืมที่จะกลับมาอยู่กับร่างกายนี้ในปัจจุบัน นานแค่ไหนแล้วที่เราลืม กลับมารู้สึกตัว กลับมารับรู้ความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้น ที่ร่างกายนี้ตามความเป็นจริง วันนี้เราจะกลับมารักตัวเอง ด้วยการอยู่กับตัวเอง กลับมารับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้น ที่ร่างกายนี้ ตามความเป็นจริง กลับมาฟังเสียง ของร่างกาย

(เสียงระฆังเบา เสียงระฆังดัง) ค่อยๆขยับปลายเท้าเล็กน้อยเบาๆ ขยับฝ่ามือเล็กน้อยเบาๆ ค่อยล้มตา กระพริบ3-4ครั้งนะคะ ขยับม่านตาช้าๆ ตอนลุกขึ้นเราจะค่อยๆตะแคงตัวนะคะ พักอยู่ในท่าตะแคงตัวก่อน จากนั้นใช้แขนค่อยๆพยุงลำตัวขึ้นช้าๆ



ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวชญาณีศ ดอกบัว
วันเกิด	วันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2536
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 331/2 ซอยชั้นตรีรักษ์ ถนนนิตโย อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 41000
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2552	มัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนอุดรพิทยานุกูล อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
พ.ศ. 2555	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอุดรพิทยานุกูล อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
พ.ศ. 2561	เภสัชศาสตรบัณฑิต (Doctor of Pharmacy) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวณัฐนิชา บุญรักษา
วันเกิด	วันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2536
สถานที่เกิด	เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 98/1 หมู่ 4 ถนนมิตรภาพ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย 43110
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2552	มัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
พ.ศ. 2555	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
พ.ศ. 2561	เภสัชศาสตรบัณฑิต (Doctor of Pharmacy) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

