

แบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในอำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน

ศรียพรหม กาสกุล ส.บ.*

สิริมา มงคลสัมฤทธิ์ พย.บ.; วท.ม.; วท.ด.**

* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำปาง

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ โรคซึมเศร้ากำลังจะเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลกในปี พ.ศ. 2563 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่มีโรคซึมเศร้า อำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน รูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้าที่ขึ้นทะเบียนไว้ในอำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน จำนวน 444 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในอำเภอทุ่งหัวช้าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.4 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง และด้านโภชนาการของผู้ที่มีโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง ในส่วนการพัฒนาทางจิตวิญญาณ การจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางร่างกายอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การมีญาติสายตรงเป็นโรคซึมเศร้า ($p < 0.05$) ผู้ที่ได้รับยาต้านเศร้าและไม่ได้รับยาต้านเศร้ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) ดังนั้นบทบาทของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในชุมชนควรเน้น ให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพทางด้านกิจกรรมทางร่างกายในผู้ที่มีโรคซึมเศร้า และผู้ที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ จำเป็นต้องมีการวางแผนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ติดตาม ดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, โรคซึมเศร้า, อำเภอทุ่งหัวช้าง

บทนำ

ธนาคารโลกและองค์การอนามัยโลกได้ทำการสำรวจและรายงานโรคที่คาดการณ์ว่าจะเป็นปัญหาของประชาชนทั่วโลกในปี 2563 คือ โรคจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าจะมีอัตราการป่วยสูงเป็นอันดับ 2 ของโลก รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และองค์การอนามัยโลกพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของภาวะการสูญเสียความสามารถของประชากรโลก 1 ใน 10 อันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 10.7 ของประชากรโลก และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.

2563 ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมจากโรคซึมเศร้าจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในทุกประเทศทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 10.0-25.0 ในผู้หญิง และร้อยละ 5.0-12.0 ในผู้ชาย⁽¹⁾ ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบอัตราป่วยสูงสุดใน 5 จังหวัดอย่างต่อเนื่องตลอด 5 ปี ตั้งแต่ปีพ.ศ.2552 ถึง พ.ศ.2556 ได้แก่ จังหวัดลำพูน เลย พะเยา กำแพงเพชร และพิจิตร⁽²⁾ จากการเฝ้าระวังคัดกรอง และส่งต่อแพทย์เพื่อวินิจฉัยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใน

พื้นที่ 35 หมู่บ้าน 3 ตำบล ในอำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน ในปีงบประมาณ 2558 พบผู้ป่วยสะสมรวมทั้งสิ้นจำนวน 489 คน อัตราความชุกของโรคซึมเศร้านี้คิดเป็นร้อยละ 2.78 ซึ่งสูงกว่าอัตราความชุกของประเทศอยู่ที่ร้อยละ 2.33⁽³⁾

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลรักษาโรคซึมเศร้า และผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นนโยบายด้านสาธารณสุขและเป็นไปตามหลักการแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยจัดให้มีการคัดกรองโรคซึมเศร้า การพัฒนาระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การรณรงค์ให้เกิดความตระหนักและสร้างความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องแก่ชุมชน การให้ความรู้เพื่อบ่งชี้กลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเกิดโรค การติดตามเฝ้าระวัง การกลับซ้ำและการกลับเป็นใหม่ ซึ่งมาตรการแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ หนึ่ง นโยบาย มาตรการแนวทางต่าง ๆ ที่ทางกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามจัดให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในพื้นที่อำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีการประเมินผลว่าสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการหรือไม่ รวมถึงยังขาดการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในจังหวัดลำพูน

ทั้งนี้หากมีข้อมูลแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในอำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใน 6 ด้านคือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียดจะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่น่าเชื่อถือ ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพแก่กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น หรือป้องกันภาวะแทรก-

ซ้อนจากโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน โดยได้นำแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender NJ และคณะ⁽⁶⁾ มาเป็นกรอบแนวทางศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในด้านต่าง ๆ จำนวน 6 ด้าน ประกอบด้วย (1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) (2) ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย (physical activity) (3) ด้านโภชนาการ (nutrition) (4) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relation) (5) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) และ (6) ด้านการจัดการความเครียด (stress management)

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (analytical cross-sectional study) กลุ่มประชากรคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ลงทะเบียนรับบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพของอำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน ในปีงบประมาณ 2558 จำนวน 489 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกในการศึกษาจำนวน 444 ราย คือต้องเป็นผู้ที่มีทะเบียนบ้านในพื้นที่ และคะแนนประเมินโรคซึมเศร้าน้อยกว่า 19 คะแนน จากคะแนนเต็ม 27 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวิภากร สิทธิศาสตร์ และสุชาติ สวนนุ่ม⁽⁷⁾ และการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender NJ และคณะ⁽⁶⁾ เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบเก็บข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิในการรักษาพยาบาล น้ำหนัก ส่วนสูง คะแนนผลของการประเมิน 9Q การได้รับยาต้านเศร้า โรคประจำตัว และประวัติการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในญาติสายตรงของกลุ่มตัวอย่าง และส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง
- 2) ด้านโภชนาการ
- 3) ด้านกิจกรรมทางร่างกาย
- 4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
- 5) ด้านการจัดการความเครียด
- 6) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ

นำแบบสัมภาษณ์ไปหาความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยใช้วิธีการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลทุ่งหัวช้าง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่งในอำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน ระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม พ.ศ. 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลบุคคล และข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยสถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม-

ตัวอย่างโดยเสนอ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 โครงการวิจัยที่ 012/2559 อนุมัติเมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ลงทะเบียนรับบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพของอำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน ในปีงบประมาณ 2558 มี 489 ราย ผู้ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าในการศึกษา คือเป็นผู้ที่มีทะเบียนบ้านในพื้นที่ และคะแนนประเมินโรคซึมเศร้าน้อยกว่า 19 คะแนน จากคะแนนเต็ม 27 คะแนน มีจำนวน 444 ราย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยคิดเป็นร้อยละ 76.4 กลุ่มอายุระหว่าง 50 - 59 ปี พบมากที่สุด ร้อยละ 30.9 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.7 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.2 รองลงมาคือสถานภาพหม้าย ร้อยละ 10.1 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 61.0 รองลงมาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 32.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 43.2 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 28.8 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 89.4

ผลการประเมินโรคซึมเศร้า พบว่า กลุ่มที่มีคะแนนน้อยกว่า 7 ร้อยละ 75.0 คะแนนอยู่ในช่วง 7-12 ร้อยละ 19.1 และคะแนน 13-18 ร้อยละ 5.9 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาล ด้วยสิทธิบัตรทองมากที่สุด ร้อยละ 96.6 รองลงมา คือ สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 3.2 มีค่าดัชนีมวลกายช่วงระหว่าง 18.5 - 22.9 มากที่สุด ร้อยละ 43.7 รองลงมาคือ ดัชนีมวลกาย 25 ขึ้นไป ร้อยละ 21.8 กลุ่มตัวอย่างที่มีญาติสายตรง คือ พ่อ แม่ พี่ หรือน้องป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 22.7 โดยมีพี่ เป็นโรคซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 39.6 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่กินยาต้านเศร้า ร้อยละ 31.3 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 444)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			คะแนนการประเมินโรคซึมเศร้า		
ชาย	105	23.6	น้อยกว่า 7 คะแนน	333	75.0
หญิง	339	76.4	7-12 คะแนน	85	19.1
อายุ (ปี)			13-18 คะแนน	26	5.9
< 30	28	6.3	สิทธิการรักษาพยาบาล		
30 - 39	58	13.1	ไม่มี	0	0.0
40 - 49	98	22.1	บัตรทอง	420	96.6
50 - 59	137	30.9	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14	3.2
60 ขึ้นไป	123	27.7	ประกันสังคม	1	0.2
Mean(SD)	51.55±13.83		ดัชนีมวลกาย (Kg/m ²)		
Median (min, max)	53 (18, 96)		< 18.5	63	14.2
สถานภาพสมรส			18.5-22.9	194	43.7
โสด	32	7.2	23.0-24.9	90	20.3
คู่	347	78.2	ตั้งแต่ 25 ขึ้นไป	97	21.8
หม้าย	45	10.1	โรคประจำตัว		
หย่า/แยก	20	4.5	ไม่มี	242	54.5
ระดับการศึกษา			มี	202	45.5
ไม่ได้เรียน	271	61.0	โรคความดันโลหิตสูง	54	
ประถมศึกษา	142	32.0	เบาหวาน	9	
มัธยมศึกษาตอนต้น	19	4.3	โรคกระเพาะอาหาร	63	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	8	1.8	โรคปวดหลัง ปวดเข่า	32	
ปริญญาตรี	4	0.9	โรคภูมิแพ้	13	
อาชีพ			อื่นๆ (หอบหืด)	31	
รับจ้าง	84	18.9	การมีญาติสายตรงเป็นโรคซึมเศร้า		
ค้าขาย	20	4.5	ไม่มี	343	77.3
เกษตรกร	192	43.2	มี	101	22.7
ธุรกิจส่วนตัว	2	0.5	พ่อเป็นโรคซึมเศร้า	8	
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	4	0.9	แม่เป็นโรคซึมเศร้า	30	
ไม่มีอาชีพ(ทำงานบ้าน)	128	28.8	พี่เป็นโรคซึมเศร้า	40	
อื่นๆ (ทอผ้า)	14	3.2	น้องเป็นโรคซึมเศร้า	23	
รายได้ต่อเดือน (บาท)			การได้กินยาต้านเศร้า		
≤5,000	397	89.4	กินยาต้านเศร้า	305	68.7
5,001 - 10,000	38	8.6	ไม่กินยาต้านเศร้า	139	31.3
10,001 - 15,000	5	1.0			
15,001 - 20,000	2	0.5			
20,001 - 25,000	2	0.5			

ข้อมูลแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ อยู่ในระดับสูง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางร่างกาย อยู่ในระดับต่ำ มีพฤติกรรมการออกกำลังกายครั้งละ 10 นาทีขึ้นไปสัปดาห์ละ 3 ครั้ง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน อยู่ในระดับสูง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อยู่ในระดับสูง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับ

ปานกลาง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 2)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในอำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน

ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ผลคะแนนการประเมินโรคซึมเศร้า การมีญาติสายตรงเป็นโรคซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รายด้าน และโดยรวม ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในอำเภอทุ่งหัวช้าง

พฤติกรรมรายด้าน	ระดับพฤติกรรม						Mean±SD (คะแนนเต็ม ส่งเสริมสุขภาพ 3 คะแนน)	ระดับพฤติกรรม
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง	330	74.3	106	23.9	8	1.8	2.48±0.29	สูง
โภชนาการ	214	48.2	227	51.1	3	0.7	2.36±0.24	สูง
กิจกรรมทางร่างกาย	51	11.5	120	27.0	273	61.5	1.63±0.53	ต่ำ
การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	327	73.6	112	25.2	5	1.1	2.60±0.37	สูง
การจัดการความเครียด	187	42.1	242	54.5	15	3.4	2.28±0.32	ปานกลาง
การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	179	40.3	250	56.3	15	3.4	2.31±0.36	ปานกลาง
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	167	37.6	274	61.7	3	0.7	2.27±0.23	ปานกลาง

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในอำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรม						p-value
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)							0.004*
< 30	15	53.6	12	42.9	1	3.5	
30 - 39	31	53.4	27	46.6	0	0.0	
40 - 49	27	27.6	70	71.4	1	1.0	
50 - 59	54	39.4	82	59.9	1	0.7	
60 ปี ขึ้นไป	40	32.5	83	67.5	0	0.0	

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในอำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรม						p-value
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา							<.001*
ไม่ได้เรียน	72	26.6	198	73.0	1	0.4	
ประถมศึกษา	74	52.1	66	46.5	2	1.4	
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	63.2	7	36.8	0	0.0	
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	5	62.5	3	37.5	0	0.0	
ปริญญาตรี	4	100	0	0.0	0	0.0	
อาชีพ							0.021*
รับจ้าง	42	42.9	55	56.1	1	1.0	
ค้าขาย	10	50.0	10	50.0	0	0.0	
เกษตรกรรม	71	37.0	121	63.0	0	0.0	
ธุรกิจส่วนตัว	2	100	0	0.0	0	0.0	
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	4	100	0	0.0	0	0.0	
ไม่มีอาชีพ ทำงานบ้าน	38	29.7	88	68.7	2	1.6	
รายได้ต่อเดือน (บาท)							0.001*
<5,000	137	34.5	257	64.7	3	0.8	
5,001 – 10,000	21	55.3	17	44.7	0		
10,001 – 15,000	5	100	0	0			
15,001 – 25,000	4	100	0	0			
คะแนนการประเมินโรคซึมเศร้า							0.004*
น้อยกว่า 7 คะแนน	139	41.7	193	58.0	1	0.3	
7-12 คะแนน	23	27.1	61	71.7	1	1.2	
13-18 คะแนน	5	19.3	20	76.9	1	3.8	
ญาติสายตรงป่วยเป็นโรคซึมเศร้า							0.027*
ไม่มี	138	40.2	204	59.5	1	0.3	
มี	29	28.7	70	69.3	2	2.0	
- พ่อเป็นโรคซึมเศร้า	4	50.0	4	50.0		0	
- แม่เป็นโรคซึมเศร้า	9	30.0	20	66.7	1	3.3	
- พี่เป็นโรคซึมเศร้า	9	22.5	31	77.5	0	0.0	
- น้องเป็นโรคซึมเศร้า	7	30.4	15	65.3	1	4.3	

* Fisher's Exact Test

วิจารณ์

จากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางร่างกาย อยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมพัฒนาพฤติกรรมกรรมด้านออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ซึ่งมีผลต่อระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ทั้งนี้จากการศึกษาของอัมพร สร้อยบุญ⁽⁸⁾ ที่ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นเกี่ยวกับผลของการเต้นแอโรบิคต่อโรคซึมเศร้า พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเต้นแอโรบิคน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเต้นแอโรบิคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของอัมพร กุลเวชกิจ⁽⁹⁾ การฝึกโยคะในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคซึมเศร้า พบว่าหลังผู้ป่วยเข้าฝึกโยคะครบตามกำหนด ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง โดยที่กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่สถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ซึ่งในการศึกษาของณิชาภัทร รุจิรดาพร⁽¹⁰⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ผลการเรียน สถานภาพสมรสของบิดามารดา ปัญหาการเงินในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียน กับบิดามารดา ปัญหาสุขภาพจิตของบิดามารดา เหตุการณ์สูญเสียในชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับพี่น้อง ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับเพื่อน ลักษณะการเลี้ยงดู ความรู้สึกต่อครอบครัว การรักเพศเดียวกัน และการผิดหวังจากความรัก

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ข้อมูลนี้น่าสนใจใน

การนำไปปรับปรุงแนวทางปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ให้มีการดำเนินกิจกรรมด้านนี้ให้มากยิ่งขึ้น ซึ่งน่าจะช่วยให้โรคซึมเศร้าลดลงได้ โดยทั้งนี้มีผลการศึกษาของ Chan MF และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาการใช้ดนตรีกับผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ฟังเพลงที่ตนเองชอบสัปดาห์ละครั้ง ๆ ละ 30 นาทีเป็นเวลา 8 สัปดาห์ติดต่อกัน อาการซึมเศร้าลดลงเรื่อย ๆ ยืงนานสัปดาห์มากขึ้นอาการซึมเศร้าก็ยิ่งลดลง และแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่ได้ฟังเพลงเลยอย่างชัดเจน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิต-วิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่จิต เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ ควรได้รับการส่งเสริมให้ดำเนินการเพิ่มมากยิ่งขึ้น เนื่องจากจะช่วยให้การควบคุมโรคซึมเศร้าลดลง ซึ่งจากการศึกษาของกนกศรี จาดเงิน⁽¹²⁾ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติมีโรคซึมเศร้าลดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

บทบาทของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในชุมชน ควรเน้นให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพทางด้านกิจกรรมทางร่างกายในผู้ที่มีโรคซึมเศร้า และผู้ที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ จำเป็นต้องมีการวางแผนทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ติดตาม ดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Christopher JLM, Alan DL. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injury, and risk factor in 1990 and projected to 2020. Global burden of disease and injury series vol 1. Cambridge: Harvard University Press; 1996.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. e-Report - กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2556 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 5 ก.ย. 2558]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dmh.go.th/report/>

3. โรงพยาบาลทุ่งหัวช้าง. ทะเบียนผู้ป่วยจิตเวช. ลำปาง: โรง-
พยาบาลทุ่งหัวช้าง; 2558.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแล
เฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด. อุบลราชธานี: โรง-
พยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2549.
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การจัดการความรู้และ
สังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล: แนวทางการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าและผู้มีภาวะ
เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินต์ติ้ง
แอนด์พับลิชชิง; 2553.
6. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promo-
tion in nursing practice. 5th Ed. Upper Saddle River, NJ:
Prentice Hall; 2006.
7. วิภาพร สิทธิศาสตร์, สุชาติ สวนนุ่ม. พฤติกรรมส่งเสริมสุข-
ภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้าน-
เสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก.
พิษณุโลก: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพิษณุโลก; 2550.
8. อัมพร สร้อยบุญ. การศึกษา ผลของการเดินแอโรบิคต่อ
ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่; 2548.
9. อัมพร กุลเวชกิจ. ผลของการฝึกโยคะต่อความสุขและภาวะ
ซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์
แห่งประเทศไทย 2553;55:261-8.
10. นิชาภัทร รุจิรดาพร. ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยม-
ศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการ-
การศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ในเขตกรุงเทพ-
มหานคร. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;
2551.
11. Chan MF, Wong ZY, Thayala NV. The effectiveness of
music listening in reducing depressive symptoms in adults:
a systematic review. Complement Ther Med 2011;19:
332-48.
12. กนกศรี จาดเงิน. เปรียบเทียบผลของการฝึกสมาธิแบบ
อานาปานสติกับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและ
อารมณ์ ต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5
โรงเรียนอนุบาลชลบุรี [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัย-
บูรพา; 2543.

Abstract: Lifestyle for Health Promoting of Depressed people in Thung Hua Chang District, Lamphun Province

Sriprom Kasakool B.P.H..*; **Sirima Mongkolsomlit, B.N.S, M.Sc, Ph.D ****

** Thung Hua Chang District Public Health Office, Lamphun Province; ** Faculty of Public Health, Thammasat University, Thailand*

Journal of Health Science 2018;27:978-86.

Depression may become a serious health condition worldwide in 2020. The purposes of the study objectives were to survey a promoting health behavior and to study association of personnel characteristics with the promoting health behavior of *depressed people* in Thung Hua Chang District, Lamphun Province. The study design was analytical cross-sectional study. The sample sizes were 444 *depressed people*. The result found that the *depressed peoples* were female 76.4%. In overall of promoting health behavior was on a moderate level. However, when considering in each item of promoting health behavioral found that the interaction among individuals, the responsibility for their own health, and nutrition were on high level. Spiritual development and the stress management were on the moderate level. The promoting health behavior for physical activity was on low level. Characteristic factors which associated with the overall promoting health were age, education level, occupation, monthly income and family ($p < 0.05$). *Depressed people whose take and without taking anti-depression drugs* were not *statistically significant* ($p > 0.05$). The public health personnel role on depressed people should be focused on promoting health for physical activity. And the depressed people who had low scores of promoting health behavior assessment need the guideline for surveillance, monitoring and *continuity of care*.

Key words: health promoting behaviors, depression, Thung Hua Chang District