



การบำบัดเสริมด้วยการสวดมนต์แปลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยา Fluoxetine

เวทิส ประทุมศรี พบ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาประสิทธิผลของการสวดมนต์แปลมาเสริมกับการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยา fluoxetine

วิธีการศึกษา เป็น single-blind randomized controlled trial study กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพุทธโสธร ทำการสุ่มเลือกแบบจับฉลาก กลุ่มทดลองได้รับยา fluoxetine ขนาด 20 มิลลิกรัมต่อวันร่วมกับการสวดมนต์แปล กลุ่มควบคุมได้รับยา fluoxetine ขนาด 20 มิลลิกรัมต่อวันอย่างเดียว เครื่องมือวัดผล ประกอบด้วย 1) แบบวัดอาการซึมเศร้า HAM-D 17-item ฉบับภาษาไทย 2) บทสวดมนต์แปลพร้อมเทปหรือ ซีดี 3) แบบประเมินติดตามความร่วมมือในการสวดมนต์ ใช้หลักการวิเคราะห์สถิติ last observation carried forward (LOCF) กับข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยที่ออกจากการวิจัยก่อนสิ้นสุดโครงการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test กำหนดค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.05$

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีทั้งสิ้น 59 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 ราย กลุ่มควบคุม 32 ราย เมื่อสิ้นสุดการทดลองที่สัปดาห์ที่ 4 จำนวนกลุ่มทดลองมี 8 ราย และกลุ่มควบคุมมี 15 ราย จากการวิเคราะห์ผลไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยจากแบบวัดอาการซึมเศร้า HAM-D 17-item หลังการทดลองที่เปลี่ยนไประหว่างสองกลุ่ม แต่หากทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน HAM-D ภายในกลุ่มระหว่างก่อนการทดลองกับสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 4 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป การสวดมนต์แปลร่วมกับการรับประทานยา fluoxetine ทำให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้นได้ไม่แตกต่างจาก การรับประทานยา fluoxetine เพียงอย่างเดียว

คำสำคัญ โรคซึมเศร้า สวดมนต์แปล fluoxetine

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(1): 67-74

* กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพุทธโสธร



Augmenting Fluoxetine with Praying Therapy for Patients with Major Depressive Disorder

Wetid Pratoomsri M.D.*

ABSTRACT

Objective : To assess the efficacy of augmenting fluoxetine with praying therapy compared to fluoxetine monotherapy for patients diagnosed with major depressive disorder (MDD).

Methods : A single-blind randomized controlled trial study was conducted at Buddhathorn hospital. Patients with major depressive disorder based on the DSM-IV criteria were purposively selected and randomly allocated into two groups. The treatment group was treated with fluoxetine 20 mg/day augmented with praying, while the control group was treated with fluoxetine 20 mg/day only. Measurement as the following: 1) Hamilton rating scale for depression, thai version (HAM-D 17-item), 2) praying book and either tape cassette or CD recording of the prayers to use while praying along with a praying compliance evaluation form. The data of the drop-out group was managed with the last observation carried forward (LOCF) technique. Analysis was performed using t-test and statistical significance was set at 5% ($p = 0.05$)

Results : Fifty-nine patients were enrolled in the study; 27 were assigned to the treatment group and 32 as the control group. The number of patients in treatment group was 8 and the control group was 15 at the end of the study. No significant differences between 2 group HAM-D in mean score difference of the HAM-D. The mean scores within group during week 0, 1, 2, and 4 were reduced statistically in both groups.

Conclusion : Praying augmented therapy with fluoxetine is not superior effective than fluoxetine only for patients with major depressive disorder.

Keywords : major depressive disorder, praying, fluoxetine.

J Psychiatr Assoc Thailand 2013; 58(1): 67-74

* Psychiatric Department, Buddhathorn Hospital

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความสำคัญเนื่องจากพบได้บ่อย โดยองค์การอนามัยโลกสำรวจพบว่าในปี พ.ศ. 2550 ความชุกภายใน 1 ปีของอาการซึมเศร้าในประชากรทั่วไปที่อายุมากกว่า 18 ปีใน 60 ประเทศ พบประมาณร้อยละ 3.2 และ 9.3-23 ของผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งอย่างจะเป็นโรคซึมเศร้า¹ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้ใหญ่ 1 คนใน 5 คนจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า² สำหรับประเทศไทยกรมสุขภาพจิตสำรวจพบว่า อัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการที่สถานบริการสาธารณสุขทั่วไปคิดเป็น 31.07 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2543³ และเพิ่มเป็น 290.82 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2554⁴ สำหรับจังหวัดฉะเชิงเทรามีอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเท่ากับ 207.94 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2554⁴

การรักษาโรคซึมเศร้ามีได้หลายวิธี ได้แก่ การใช้ยาแก้ซึมเศร้า การทำจิตบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นต้น⁵ ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10-30 จะตอบสนองเพียงบางส่วนหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว⁶ มีการศึกษาพบว่าการทำจิตบำบัดร่วมกับการใช้ยาได้ผลการรักษาที่ดีกว่าการใช้ยารักษาเพียงอย่างเดียว⁷ การทำจิตบำบัดที่ได้ผลในโรคซึมเศร้าวิธีการหนึ่ง ได้แก่ cognitive behavioral therapy (CBT) โดยอาศัยหลักการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย ฝึกการรับรู้ตน และการมีสติ⁸ ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้คือการคิดปรุงแต่งในทางลบ⁹ คำสอนของพุทธศาสนามีหลักการเพื่อให้บุคคลเข้าใจธรรมชาติที่แท้จริงของชีวิต เช่นชี้ให้เห็นว่าทุกสิ่งล้วนมีการเสื่อมสั่นไป แปรปรวนไปเป็นธรรมดา¹⁰ จะช่วยลดความคิดเชิงลบลงได้ การสวดมนต์แปลเป็นการสวดมนต์โดยมีการแปลเป็นภาษาไทยประโยคต่อประโยคทำให้ทราบเนื้อความของบทที่สวด โดยเนื้อหาของบทสวดมนต์บางบทเช่นบทรัตนตตยัปปณามคาถา¹¹ มีเนื้อหาให้ระลึกถึงความตาย เพื่อการไม่ยึดถือและ

ปล่อยวางความทุกข์ ชี้ให้เห็นความไม่เที่ยงและการแปรปรวนไปของสิ่งทั้งหลายซึ่งจะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบ พร้อมกับการฝึกสติและการรับรู้ตนเองในพระไตรปิฎก เล่มที่ 22 พระสุตตันตปิฎก เล่มที่ 14 อังคุตตรนิกาย ปัญจก-ฉกนิบาต วิมุตติสูตรลำดับที่ 6 ได้กล่าวไว้ว่า การสวดมนต์สาธยายธรรมเป็นเหตุให้เกิดปีติ และสุขในจิตใจขึ้นได้¹² มีการวิจัยพบว่าขณะทำการสวดมนต์ความคิดรบกวนจิตใจจะเกิดขึ้นน้อยลง¹³ จากหลักการและเหตุผลดังกล่าวการสวดมนต์แปลจึงน่าจะนำมาใช้รักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

จากการวิจัยเชิงสำรวจระดับชาติของสหรัฐอเมริกาพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ใหญ่มีการสวดมนต์เพื่อประโยชน์ทางด้านสุขภาพและภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยทำให้สวดมนต์เพิ่มมากขึ้น¹⁴ มีการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารูปแบบของศาสนาบางอย่างอาจจะลดอุบัติการณ์และการคงอยู่ของอาการของโรคซึมเศร้าได้แต่การศึกษาแบบไปข้างหน้ายังมีเป็นจำนวนน้อย¹⁵ มีการสำรวจในเนเธอร์แลนด์ในผู้สูงอายุพบว่า ความถี่ของการสวดมนต์ไม่สัมพันธ์กับอาการของโรคซึมเศร้าและการสวดมนต์ไม่สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้าได้¹⁶ มีการศึกษาผลของการสวดมนต์ต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์โดยแบ่งนักศึกษาออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คนเป็นเวลา 10 วัน พบว่ากลุ่มที่สวดมนต์มีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่สวดมนต์ในวันที่ 1, 5 และ 10 บ่งชี้ว่า การสวดมนต์ช่วยลดความเครียดลงได้¹⁷ การศึกษาในประเทศสวีเดนพบว่า การสวดมนต์ช่วยลดค่าคะแนนความวิตกกังวล ซึมเศร้า และความปวดได้¹⁸ เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาเชิงทดลองว่าการสวดมนต์แปลในศาสนาพุทธจะสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้หรือไม่ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาว่าประสิทธิภาพของการสวดมนต์แปลจะมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าหรือไม่เมื่อนำมาใช้เสริมกับการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยา fluoxetine

ซึ่งมีรายงานประสิทธิภาพ¹⁹ โดยทำการศึกษาร่วมกันกับการรักษาด้วยการใช้ยา fluoxetine เพียงอย่างเดียว

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาทดลองแบบ single-blind randomized controlled trial study กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพุทธโสธร โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์โดยอาศัยหลักการวินิจฉัยโรคของระบบสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ว่าเป็นโรคซึมเศร้าชนิด major depressive disorder ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร มีคะแนนแบบวัดอาการซึมเศร้า Hamilton rating scale for depression (HAM-D 17-item) มากกว่าหรือเท่ากับ 20 ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยา fluoxetine ภายในระยะเวลา 3 เดือน ก่อนเข้าร่วมการศึกษา นับถือศาสนาพุทธ อ่านออกเขียนได้ ประสาทรับเสียงปกติ ให้ความร่วมมือในการศึกษาและมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษาได้แก่ กลุ่มตัวอย่างมีอาการแพ้ยาหรือไม่สามารถทนผลข้างเคียงของยาได้ มีอาการโรคจิต เช่นประสาทหลอน หลงผิด ร่วมกับโรคซึมเศร้า ภายในระยะเวลา 3 เดือนก่อนเข้าร่วมการศึกษา ระยะเวลาการศึกษานี้ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2549 ถึง เมษายน 2550 และโครงร่างการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพุทธโสธร

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. แบบวัดอาการซึมเศร้า Hamilton rating scale for depression (HAM-D 17-item) ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูลและคณะ²⁰ โดยมีทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะเป็น likert scale มี 3-5 ตัวเลือก คะแนนที่มากความรุนแรงของโรคจะยิ่งมากขึ้น คะแนนเต็ม 53 คะแนน โดยค่าคะแนน 0-7 เป็นภาวะปกติและ

20 ขึ้นไปเป็นภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง

2. หนังสือบทสวดมนต์แปลพร้อมแผ่นซีดีหรือเทปซึ่งสวดโดยพระสงฆ์ที่มีความชำนาญในการสวดมนต์ บทสวดมนต์ประกอบด้วย คำบูชาพระรัตนตรัย ปุพพภาคนมการ พุทธานุสติ พุทธากิบัติ ธรรมานุสติ ธรรมากิบัติ สังฆานุสสติ สังฆากิบัติ อุทิสสนธิฐานคาถา บทสวดมนต์แปลวัดเทพศิรินทราวาสบพที่ 1 และคำแผ่เมตตา โดยมีการสวดภาษาบาลีแล้วแปลเป็นภาษาไทยเพื่อให้ผู้สวดได้เข้าใจความหมายของบทสวดมนต์ ความหมายของบทสวดมนต์คือ สรรเสริญคุณของพระพุทธเจ้า พระธรรม และพระสงฆ์ เกิดมรณานุสติเพื่อความไม่ประมาทในชีวิต เห็นภัยของความตาย ชี้ให้เห็นถึงความไม่แน่นอนของชีวิต กรรมและผลของกรรม การส่งเสริมให้สร้างบุญและลงท้ายด้วยการแผ่เมตตา

3. แบบประเมินติดตามความร่วมมือในการสวดมนต์ในกลุ่มทดลองโดยการให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อในแต่ละวันทุกครั้งหลังจากที่ได้ทำการสวดมนต์ในช่องที่ตรงกับวันที่กำหนดในแบบประเมิน

ก่อนทำการทดลองผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการศึกษา หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมและเซ็นหนังสือยินยอมเข้าการศึกษาแล้วได้ทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่มด้วยวิธีการสุ่มโดยวิธีการจับฉลาก กลุ่มทดลองจะได้รับยา fluoxetine ขนาด 20 มิลลิกรัมต่อวันตลอดระยะเวลาการศึกษาร่วมกับการสวดมนต์แปลโดยการสวดมนต์ไปตามหนังสือสวดมนต์แปลที่แจกพร้อมกับเสียงสวดมนต์ที่ได้ยินจากเทปหรือแผ่นซีดีที่ผู้วิจัยเตรียมไว้โดยเฉพาะเพื่อให้จังหวะและระยะเวลาในการสวดมนต์เท่ากันในผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกราย กำหนดให้ทำการสวดมนต์ตอนก่อนนอนวันละหนึ่งครั้งซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที และต้องไม่มีการนั่งสมาธิตลอดช่วงระยะเวลาการศึกษา ก่อนเริ่มศึกษาผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้เข้าร่วมในกลุ่มทดลองทราบว่าต้องสวดมนต์ตามอุปกรณ์ที่แจกอย่างไร สำหรับกลุ่มควบคุมจะได้รับยา fluoxetine

ขนาด 20 มิลลิกรัมต่อวันตลอดช่วงระยะเวลาการศึกษา โดยไม่มีการสวดมนต์และนั่งสมาธิตลอดช่วงระยะเวลา ผู้ร่วมวิจัยสามารถได้รับยา lorazepam ได้ไม่เกิน 1 มิลลิกรัมต่อวัน แต่ไม่สามารถให้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่นได้ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา ผู้ร่วมวิจัยได้รับการติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธรเป็นจำนวน 4 ครั้ง ได้แก่ ในสัปดาห์ที่ 0, 1, 2 และ 4 ด้วยการใช้การวัดสัญญาณชีพ และทำแบบวัดอาการซึมเศร้า HAM-D 17-item โดยนักจิตวิทยาที่ได้รับการอบรมในการทำแบบประเมินดังกล่าว ซึ่งผู้ประเมินจะไม่ทราบว่าคุณสมบัติของตัวอยู่ในกลุ่มทดลองใด และผู้ป่วยจะได้รับการตรวจร่างกายในสัปดาห์ที่ 0 และ 4 ของการทดลอง โดยผู้วิจัย ในแต่ละวันหลังการสวดมนต์ให้กลุ่มทดลองกรอกแบบประเมินติดตามความร่วมมือในการสวดมนต์เพื่อตรวจสอบความร่วมมือในการสวดมนต์โดยผู้วิจัยได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของความสม่ำเสมอในการสวดมนต์ตั้งแต่ออกเริ่มศึกษา และทุกครั้งที่มีการติดตามผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการสอบถามถึงความถูกต้องของการเขียนชื่อในแบบสอบถามในทุกครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการติดตาม และมีการกำหนดว่าคุณสมบัติของตัวจะต้องออกจากกรวิจัยหากสวดมนต์น้อยกว่า 6 ครั้งต่อสัปดาห์เพื่อให้การสวดมนต์มากพอที่จะนำข้อมูลมาประเมินประสิทธิภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล ทดสอบความแตกต่างของค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยจากแบบวัดอาการซึมเศร้า HAM-D 17-item หลังการทดลองที่เปลี่ยนไปเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยคะแนนแบบวัดอาการซึมเศร้า HAM-D 17-item ระหว่างก่อนการทดลองกับสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 4 ในแต่ละกลุ่มการทดลองโดยใช้สถิติ t-test กำหนดค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P = .05$ มีการใช้วิธี last observation carried forward²¹ สำหรับข้อมูลในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างออกจาก

การวิจัยก่อนสิ้นสุดการวิจัยเพื่อเป็นการนำข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนมาใช้

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 59 ราย กลุ่มทดลอง 27 ราย กลุ่มควบคุม 32 ราย จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกรวิจัยจนสิ้นสุดการศึกษามีจำนวน 8 ราย ในกลุ่มทดลอง และ 15 ราย ในกลุ่มควบคุม โดยที่สัดส่วนของเพศชายต่อหญิง และอายุเฉลี่ยมีค่าใกล้เคียงกันทั้งในกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในการศึกษาจนสิ้นสุดและกลุ่มตัวอย่างที่ออกจากการศึกษาวิจัยก่อนที่จะสิ้นสุดดังตารางที่ 1 อาชีพที่พบ 3 อันดับแรกได้แก่ ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว 19 ราย แม่บ้าน 14 ราย และ รับราชการ 11 ราย จากผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 2 ค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยจากแบบวัดอาการซึมเศร้า HAM-D 17-item หลังการทดลองที่เปลี่ยนไป เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนจากแบบวัดอาการซึมเศร้า HAM-D 17-item ในระยะก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 27.1 และ 25.7 จัดอยู่ในระดับมีอาการซึมเศร้ารุนแรง เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนแบบวัดอาการซึมเศร้า HAM-D 17-item ในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 4 ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 21.3, 19.0 และ 20.0 ตามลำดับ ของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 20.3, 18.6 และ 18.8 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนแบบวัดอาการซึมเศร้า HAM-D 17-item ระหว่างก่อนการทดลองกับสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 4 พบว่ามีความแตกต่างกันในทุกสัปดาห์ของการทดลอง ในทั้งสองกลุ่มการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3 ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับยา lorazepam ในปริมาณเฉลี่ย เท่ากับ 0.75 mg/day โดยเกือบทั้งหมดยังคงได้รับยาตลอดช่วงระยะเวลาการศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนและอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ชนิดกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	ชาย (ราย)	หญิง (ราย)	รวม (ราย)	อายุ (ปี)	ชาย (ราย)	หญิง (ราย)	รวม (ราย)	อายุ (ปี)
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เข้าร่วมการวิจัย	8	24	32	43.6	7	20	27	41.5
กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยจนถึงสิ้นสุดการวิจัย	3	12	15	45.7	2	6	8	43.8
กลุ่มตัวอย่างที่ออกจากการวิจัยก่อนสิ้นสุดการวิจัย	5	12	17	47.3	5	14	19	40.6

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยจากแบบวัดอาการซึมเศร้า HAM-D 17-item หลังการทดลองที่เปลี่ยนไป เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนที่เปลี่ยนแปลงไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
สัปดาห์ 0 - สัปดาห์ 1	5.28	6.03	5.78	8.38	0.79
สัปดาห์ 0 - สัปดาห์ 2	7.03	8.57	8.00	7.33	0.64
สัปดาห์ 0 - สัปดาห์ 4	6.88	8.69	7.03	7.03	0.94

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนจากแบบวัดอาการซึมเศร้า HAM-D 17-item ระหว่าง สัปดาห์ที่ 0 กับ สัปดาห์ที่ 1, 2 และ 4 ภายในแต่ละกลุ่มการทดลอง

	กลุ่มควบคุม (N=32 ราย)		กลุ่มทดลอง (N=27 ราย)	
	Mean	std	Mean	std
ก่อนทดลอง	25.66	5.60	27.07	4.07
สัปดาห์ที่ 1	20.34*	7.11	21.30*	8.37
สัปดาห์ที่ 2	18.59*	9.02	19.04*	7.81
สัปดาห์ที่ 4	18.75*	8.74	20.04*	7.35

* p-value <0.01 เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง

วิจารณ์

การสวมมดต์แปลร่วมกับการรับประทานยา fluoxetine ให้ผลการรักษาโรคซึมเศร้า ไม่ต่างจากการรับประทานยา fluoxetine เพียงอย่างเดียว ซึ่งให้เห็นว่าการสวมมดต์แปลเสริมกับยา fluoxetine ช่วยให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้นไม่แตกต่างจากได้ยาอย่างเดียว จากการศึกษานี้ค่าเฉลี่ยคะแนนจากแบบวัดอาการซึมเศร้า HAM-D 17-item ก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันและมีค่ามากกว่า 24 แสดง

ว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอาการโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงเช่นเดียวกัน

เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่ม ค่าเฉลี่ยคะแนนจากแบบวัดอาการซึมเศร้า HAM-D 17-item ดีขึ้นอย่างน้อยมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกสัปดาห์ภายในกลุ่มบ่งชี้ว่ายา fluoxetine ในขนาด 20 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นยารักษาซึมเศร้าที่สามารถให้ผลการรักษาได้รวดเร็วตั้งแต่ภายในสัปดาห์แรกหลังจากการให้ยา และในสัปดาห์ที่ 4 ยังคงมีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

เช่นเดียวกับในสัปดาห์ที่ 1 ผลการทดลองดังกล่าวชี้แนะว่าการปรับขนาดยาเพื่อการรักษาโรคซึมเศร้า น่าจะปรับได้ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 หลังรับประทานยา หากผลการรักษายังไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ เพื่อให้ผู้ป่วย ต้องรออีก 3 สัปดาห์ ก่อนปรับยาครั้งถัดไปโดยไม่ได้ ประโยชน์เพิ่มแต่จะทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษา และยา fluoxetine ขนาด 20 มิลลิกรัมต่อวัน ไม่สามารถ ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงมีอาการลดลงจนอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ภายใน 4 สัปดาห์ของการรักษา

ปัจจัยที่อาจจะมีผลทำให้การสวดมนต์แปลไม่ได้ ผล ได้แก่ ระยะเวลาในการสวดมนต์ หรือเนื้อหาของบท สวดมนต์อาจจะยังไม่มากเพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลง ของความคิดและอารมณ์โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มักมีปัญหาเรื่องสมาธิ ความจำและการจดจ่อในการ ทำสิ่งต่างๆ อาจมีผลทำให้มีความยากลำบากในการ เข้าใจในบทสวดมนต์ในระดับที่จะสามารถปรับเปลี่ยน ความคิดและอารมณ์ของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มี อาการรุนแรง และพบว่าจำนวนของผู้อกจากการศึกษา ก่อนเวลาในกลุ่มทดลองมีมากกว่าในกลุ่มควบคุมอย่าง ชัดเจนอาจบ่งชี้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจจะไม่พร้อมใน การสวดมนต์หรือไม่พึงพอใจในการสวดมนต์ นอกจากนี้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างยังมีปริมาณน้อย อาจจะไม่เข้าใจ และสามารถสวดมนต์ได้อย่างถูกต้อง หรือไม่ปฏิบัติตาม ระเบียบวิธีวิจัยที่ได้กำหนดไว้ จากปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวจึงอาจทำให้การสวดมนต์ไม่มีส่วนช่วยให้ อาการของโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองดีขึ้น จึงมีข้อเสนอ แนะนำให้ทำการศึกษาเช่นเดียวกันนี้ กับกลุ่มตัวอย่างที่มี อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง มากขึ้น ปรับปริมาณและบทสวดมนต์ให้มีเนื้อหาที่ช่วย ปรับความคิดของผู้ป่วยให้มากขึ้น

สรุป

การสวดมนต์แปลร่วมกับการรับประทาน ยา fluoxetine ทำให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้นได้ ไม่แตกต่างจาก การรับประทานยา fluoxetine เพียงอย่างเดียว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ โรงพยาบาลพุทธโสธร ที่สนับสนุน การเก็บข้อมูลและสนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007; 370:851-8.
2. Hirschfeld RM. The epidemiology of depression and the evolution of treatment. *J Clin Psychiatry* 2012; 73 Suppl1:5-9.
3. Department of Mental Health. Situation and trend of mental illness in Thai people [Internet]. [cited Aug 3, 2012]. Available from: <http://www.dmh.moph.go.th/trend.asp>
4. Department of Mental Health. Number and ratio of mental illness in Thai people [Internet] 2011. [cited Oct 3, 2012]. Available from: <http://www.plan.dmh.go.th/FormRptDmh/view.asp?id=137>
5. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2003.
6. Joffe RT, Levitt AJ, Sokolov ST. Augmentation strategies. *J Clin Psychiatry* 1996; 57(Suppl 7):25-31.

7. Martin BK, James PM, Daniel NK, Bruce A, David LD, Alan JG. et al. A Comparison of Nefazodone, the Cognitive Behavioral-Analysis System of Psychotherapy, and Their Combination for the Treatment of Chronic Depression. *N Engl J Med* 2000; 342:1462-70.
8. Beck JS. Cognitive therapy: Basics and beyond. New York: Guilford Press; 1995.
9. Clark MS, Jansen KL, Cloy JA. Treatment of childhood and adolescent depression. *Am Fam Physician* 2012;86:442-8.
10. Tripitaka; Volume 18. Suttanta Pitaka; Issue 10. Samyutta Nikaya Salayatana-vagga Rohct formula; topic 391. [Internet]. [cited Aug 3, 2012]. Available from: <http://www.dhammadownload.com/treatment/nivorn/nivorn21.php>
11. WatPha-subthaveethamaram. Book of Common Prayer. Bangkok: Noparat Printing; 2010.
12. Tripitaka; Volume 22. Suttanta Pitaka; Issue 14. Anguttara Nikaya Payhk - I Nibat; p. 21-23. [Internet]. [cited Aug 3, 2012]. Available from: <http://www.84000.org/tipitaka/pitaka2/v.php?B=22&A=461&Z=514>
13. Fabbro F, Muzur A, Bellen R, Calacione R, Bava A. Effects of praying and a working memory task in participants trained in meditation and controls on the occurrence of spontaneous thoughts. *Percept Mot Skills* 1999; 88:765-70.
14. McCaffrey AM, Eisenberg DM, Legedza AT, Davis RB, Phillips RS. Prayer for health concerns: results of a national survey on prevalence and patterns of use. *Arch Intern Med* 2004; 164:858-62.
15. McCullough ME, Larson DB. Religion and depression: a review of the literature. *Twin Res* 1999; 2:126-36.
16. BraamAW, DeegDJ, PoppelaarsJL, BeekmanAT, van Tilburg W. Prayer and depressive symptoms in a period of secularization: patterns among older adults in the Netherlands. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15:273-81.
17. Nuibandan A, Noopeth P, Dumkleang J, Bhomthep N. Effect of prayer on stress of nursing students at Prince of Songkla University. *Songklanakarind Journal of Nursing* 2009; 29:1-16.
18. Andersson G. Chronic pain and praying to a higher power: useful or useless? *J Relig Health* 2008; 47:176-87.
19. Hashemi S, Shirazi HG, Mohammadi A, Zadeh-Bagheri G, Noorian Kh, Malekzadeh M. Nortriptyline versus fluoxetine in the treatment of major depressive disorder: a six-month, double-blind clinical trial. *Clin Pharmacol* 2012; 4:1-6.
20. Lotrakul M, Sukanich P, Sukying J. The Reliability and Validity of Thai Version of Hamilton Rating Scale for Depression. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 1996; 41(4):235-46.
21. London School of Hygiene and Tropical Medicine. Last observation carried forward (LOCF). [Internet]. [cited Oct 9, 2012]. Retrieved from http://missingdata.lshtm.ac.uk/index.php?option=com_content&view=article&id=71:last-observation-carried-forward-locf&catid=39:simple-ad-hoc-methods-for-coping-with-missing-data&Itemid=96