

ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับกลุ่มจิตบำบัด
แบบประคับประคองต่อระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง*

The Effect of Progressive Muscular Relaxation Program and Group Supportive Psychotherapy on the Depression Levels of the Elderly with Chronic Illness

เกสร มุจีน, พ.บ.น. (Kasorn Muijeen, R.N.)**

นรรยาท รุจิวิชชญ์ (Manyat Ruchiwit, Ph.D., R.N.)***

ชนชื่น สมประเสริฐ (Chomchean Somprasert, Ph.D, R.N.)****

Abstract

This research was a quasi-experiment design. The objective of this research was to examine the effects of Progressive Muscular Relaxation Program and Group Supportive Psychotherapy on the depression levels of the elderly with chronic illness. The sample consisted of sixty male and female patients at Thammasat Hospital; their ages ranged between 60 years and older. Sample was matched pair by age and type of chronic illnesses. Sample size was calculated with power analysis of 0.80 and effect size of 0.34 at $p < .05$ level, the total was 60 samples (30 samples per group). The experimental group participated in the Progressive Muscular Relaxation Program and Group Supportive Psychotherapy and normal treatment on 4 sessions, each session was 90 minutes, whereas the control group received only normal

treatment. The effects of the program were measured by Self-rating Beck Depression Inventory scale and EMG instrument. Data was analyzed by using independent t-test.

Major finding was: (1) there were statistically significant differences of mean score of Self-rating Beck Depression Inventory scale between the experiment and control group ($p < .05$); (2) there were statistically significant differences of mean score of EMG scores between the experiment and control group ($p < .05$). This study suggests that offers the elderly with chronic illness patients in the Progressive Muscular Relaxation Program and Group Supportive Psychotherapy not only can be an alternative way of caring but also provides practice guidelines for caring for this group and other patients' groups.

* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** พยาบาลวิชาชีพ กำลังศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*** Corresponding author รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ E-mail: ruchiwit@yahoo.com

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวิชาชีวศึกษา

Keywords: Progressive Muscular Relaxation Program, Group Supportive Psychotherapy, Depression Levels, Chronic Illness

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ ตรวจสอบผลของโปรแกรมการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองและการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ t-test ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการใน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เอกมิ彷ร์เกียรติ อายุ 60 ขึ้นไป ซึ่งได้มาจากการคัดเลือกแบบจับคู่ (Matched pairs) คัดกรอง ผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) ใช้ค่าระดับคะแนน ความซึมเศร้าตั้งแต่ 10-28 คะแนน ได้แก่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน โดยใช้ค่าอำนาจในการวิเคราะห์ เท่ากับ 0.80 และค่าของขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.34 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับกลุ่มจิตบำบัด แบบประคับประคองร่วมกับการพยาบาลตามปกติ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละประมาณ 90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยทึ้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินระดับ ความซึมเศร้าและค่าเฉลี่ย EMG ก่อนและหลัง การทดลอง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูล ทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพิริมาณคำนวณ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ระดับความซึมเศร้า และค่าเฉลี่ย EMG ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองและการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ t-test

ผลการศึกษาพบว่า (1) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย โรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างทึ้งกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมมีภาวะซึมเศร้าระดับมาก (2) ค่าคะแนน ความต่างของคะแนนความซึมเศร้าและค่าเฉลี่ย EMG ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ ก้าวหน้าร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองและการพยาบาลตามปกติแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิจัยนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการนำ โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า ร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองไปใช้ กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในวัยอ่อนๆ ต่อไป
คำสำคัญ: โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ ก้าวหน้า กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ระดับความซึมเศร้า โรคเรื้อรัง

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันนี้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่อง ผลสำรวจครั้งล่าสุดปี 2551 พบว่า มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 43 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (สถานการณ์ด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุ, 2551) โดยกลุ่มโรคเรื้อรังซึ่งได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือด สมอง โรคหัวใจและโรคไตวายเรื้อรัง เหล่านี้กำลัง เป็นปัญหาที่กำลังได้รับความสนใจและการรับการ

แก้ไขจากทุกหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2551) และจากข้อมูลทางสถิติพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีปัญหาด้านภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งหมด (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) ทั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ จะมีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้นหรือภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้นหากมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังต่างๆ

ผลกระทบที่เป็นปัญหาสำคัญตามมาจากการที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ก็คือ การช่วยเหลือตนเองทำได้น้อย ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ความรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง เกิดความเครียดและความเครียดของทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ได้รับความทุกข์ทรมาน (บุญพาณิช, 2545; นงลักษณ์ บุญไทย, 2539; Hunter, 1992) ซึ่งประชากรผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยนั้น มีความคิดม่าตัวตายและการพยายามม่าตัวตายเกือบครึ่งหนึ่ง ในประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, 2541) ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่สามารถรักษาให้เป็นปกติได้ถ้าหากผู้สูงอายุเหล่านี้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม (Charney & Dennis, 2003)

จากการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องของการบำบัดโรคซึมเศร้านั้น พบว่าประสิทธิภาพผลของการบำบัดด้วยวิธีต่างๆ จะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นหรือระยะไม่ต้องใช้ยาบำบัด ได้แก่ การทำ

กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง (เชาวนีล่องชุมพล, 2547) การบำบัดระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy; IPT) (รัชนีบูล เศรษฐภูมิ และจินตนา ตั้งวงศ์ชัย, 2542) การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) (กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; สุภาวดี รัมมะรักษิต, 2550; อังคณา ช่วยท้าชัย, 2551) ซึ่งวิธีการดังกล่าวสามารถใช้ลดระดับซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อร่างกาย อาการดังกล่าว เช่น อาการตึงเครียดหรือหดตัวของกล้ามเนื้อที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า เนื่องจากภาวะซึมเศร้าหรืออารมณ์เศร้าเป็นอาการเครียดทางอารมณ์อย่างหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในกล้ามเนื้อ ปริมาณความเครียดดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อร่างกายทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางลบ เกิดกระบวนการเผาผลาญทิชชูต่างๆ ในร่างกายเพิ่มขึ้น มีการคั่งของกรดแล็คติกทำให้กล้ามเนื้อตึงตัวหรือมีการหดตัวมากขึ้น (มารยาท รุจิวิทย์, 2548) ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มีอาการแสดงออกทางกายร่วมด้วยซึ่งสามารถวัดและประเมินความซึมเศร้าที่มีผลทำให้กล้ามเนื้อตึงเครียดและวัดได้จากความตึงตัวของกล้ามเนื้อโดยเครื่องมือไฟฟ้าแบบอิเล็มจี (EMG) (Lee & Herzog, 2003; Greden, Generic, Price, Feinberg, & Levine, 1986) เครื่องมือไฟฟ้าแบบอิเล็มจี (EMG) ย่อมาจาก Electromyogram คือเครื่องที่ใช้สำหรับบันทึกสัญญาณไฟฟ้าที่เกิดจากการทำงานของ motor unit ซึ่ง motor unit คือการหดตัวหรือตึงตัวของกล้ามเนื้อซึ่งถูกควบคุมโดยเซลล์ประสาทสั่งการ (motor neuron) ซึ่งจะอยู่ที่ไขสันหลัง สำหรับกล้ามเนื้อแขน ขา ลำตัว หากร่างกายมีภาวะซึมเศร้ากล้ามเนื้อจะมีการหดและ

ตึงตัวมากกว่าปกติ ซึ่งจะสามารถประเมินได้จากค่า EMG นั่นเอง (มารยาท รุจิวิชญ์) ผู้วิจัยจึงศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดภาวะซึมเศร้าแบบอื่นๆเพิ่มเติมทั้งนี้เพื่อช่วยลดผลผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าเล็กสั่งผลลัพธ์มาทางกาย โดยพนักงานศึกษาในปี 1984 ของ Bymre ที่ได้ศึกษาผลของการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีปัญหาเรื่องการนอนพบร่วมกับภาวะซึมเศร้าลดลงและนอนหลับได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ Corrado & Gottlieg (1999) พบว่าการฝึกในโอดีดแบบร่วมกับการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายแบบต่างๆ ได้แก่การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า การฝึกจินตนาการและการฝึกการหายใจสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ เช่นกัน และในปี 2005 โลลักและคณะ (Lolak, et al. 2005) ได้ศึกษาผลของการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าในผู้ป่วย COPD พบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทั้งนี้พบข้อจำกัดว่า วิธีการบำบัดการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้านี้สามารถลดปัญหาที่เกิดขึ้นทางกายที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าได้แต่ไม่สามารถเพิ่มความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วย (Mary, 2005) ไม่ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความรู้สึก ช่วยเหลือประคับประคองซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลอื่น (Kristin, 2005)

จากข้อจำกัดในด้านของการบำบัดภาวะซึมเศร้าที่เน้นบำบัดเฉพาะทางจิตใจในบางวิธีกับการบำบัดที่มุ่งเน้นการบำบัดทางกายเพียงอย่างเดียว

อย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียวเท่านั้น และเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้โดยการนำโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองมาปรับเปลี่ยนโปรแกรมเดิมกันเพื่อลดระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจัดเป็นแนวคิดใหม่ที่น่าสนใจเนื่องจากเป็นการบำบัดผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีระดับความซึมเศร้าได้ครอบคลุมทั้งด้านของร่างกายและจิตใจ โดยผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า โปรแกรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อศาสตร์การพยาบาลจิตเวชในอนาคตหากสามารถลดระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายและทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีความสุขในบ้านปลายชีวิตและเป็นแนวทางในการคุ้มครองผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีความซึมเศร้าร่วมด้วย ช่วยลดปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

- เพื่อศึกษาระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
- เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มทดลองหลังผ่านโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการทำ
กลุ่มนิมบัคแบบประคับประคอง ตามแนวคิดของ
ยาลอม (Yalom, 1995) และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
แบบก้าวหน้า มาประยุกต์ใช้ร่วมกันเพื่อที่จะ
พัฒนาเป็นโปรแกรมที่ใช้ในงานวิจัยนี้ขึ้นมา
โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดระดับความซึมเศร้าใน
ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งกลุ่มนิมบัคแบบ
ประคับประคองตามแนวคิดของยาลอม (Yalom,
1995) ภายใต้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
(Yalom, 1995) กล่าวว่าผู้ป่วยต้องเชื่อมกับ
ความตาย ความโศกเดียว หมวดห่วง มักจะถูก
รบกวนจากความตระหนักในสัมพันธภาพระหว่าง
บุคคล ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่หนีจากการได้รับ
กำลังใจ กลัวการพหากจากครอบครัว เก็บกด
แยกตัวจากสังคม การเข้ากลุ่มนิมบัคจึงมีเป้าหมาย
เพื่อคลายทุกข์ ลดความวิตกกังวล ลดอาการ
ซึมเศร้า จะทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ การสื่อสารที่ดี
กับบุคคลอื่น รู้จักไว้วางใจ เรียนรู้ที่จะเข้าใจในอคิด
และความสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วย
เรียนรู้ที่จะสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เปิดเผย
ตนเอง คิดว่าตัวเองมีส่วนร่วม ไม่แยกตัวจากผู้อื่น
เกิดการยอมรับและปรับตัวได้ จึงคาดว่าเป็นแนวคิด
การนิมบัคที่ใช้ในการปรับตัวทางด้านจิตใจ และ
ในส่วนหนึ่งของโปรแกรมคือการผ่อนคลาย
กล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า ผู้วิจัยได้นำหลักการ การ
ผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามาใช้ร่วม
(มารยาท รุจิรชญ์, 2548)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำโปรแกรมการผ่อนคลาย
กล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการทำกุญแจ
นำบัดประคับประคองมาใช้โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อ¹
ลดระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย

โรคเรื้อรัง โดยประเมินว่าผู้สูงอายุเหล่านี้มีระดับความซึมเศร้าจากแบบประเมินระดับซึมเศร้า (Beck depression Inventory) ของเบค (Beck, 1982) โดยต้องมีระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 10-28 คะแนน เนื่องจากเป็นค่าคะแนนระดับซึมเศร้า้น้อยถึงระดับซึมเศร้ามาก โดยจะตัดคะแนนที่ 29 ออกไป เนื่องจากเป็นค่าขอบนของภาวะซึมเศร้าระดับมากซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้ามากและอาจเกิดอันตราย (ชาวเนย์ ล่องชูพล, 2547) โดยการวิจัยนี้ได้ควบคุมปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการทดลอง ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศชายและเพศหญิง ปัจจัยด้านประเภทของโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและโรคไตวายเรื้อรัง เป็นตัวแปรควบคุมที่ใช้ในการจับคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นอกจากนี้การวิจัยนี้ได้ควบคุมตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความตรงภายใน (Internal validity) ซึ่งเป็นปัจจัยด้านสังคมและด้านพื้นฐานอื่นๆ (Socio-demographic factors) ซึ่งแก้ไขความคาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากปัจจัยที่ไม่ได้กำหนดไว้เป็นปัจจัยควบคุมที่ใช้ในการจับคู่และหาค่าความสัมพันธ์แบบไค-สแควร์ (χ^2) ที่แสดงความเป็น Homogeneity ของกลุ่ม ส่วนตัวแปรอิสระ ได้แก่ ระดับความซึมเศร้าที่มีผลทำให้กล้ามเนื้อตึงเครียดและวัดได้จากความตึงตัวของกล้ามเนื้อโดยเครื่องมือใบโพลีดีกแบบ ประเกท EMG และระดับความซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ (Beck depression Inventory [BDI]) โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า ร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองส่งผลต่อตัวแปรตามคือระดับความซึมเศร้าและค่าเฉลี่ย EMG ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังภายหลังได้รับ

โปรแกรมโดยที่ตัวแปรควบคุมไม่ได้มีผลต่อตัวแปรอิสระ แต่ร่วมกับตัวแปรอิสระที่ทำให้เกิดตัวแปรตาม

คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าระดับใด
 2. ระดับความซึมเศร้าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มทดลองหลังผ่านโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

3. ระดับค่าเฉลี่ย EMG ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มทดลองหลังผ่านโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า ร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นการศึกษาแบบ 2 กลุ่ม ที่มีการทดลองก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างโดยอย่างหนึ่งหรือมากกว่าได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง

ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติและมีระดับความซึมเศร้าจากการประเมินด้วยแบบประเมินระดับซึมเศร้า (Beck depression Inventory) ของเบค (Beck, 1982) ที่มีระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 10-28 คะแนน ประกอบด้วยเพศหญิงและเพศชายซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 30 คน และอีก 30 คน เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง จำนวน 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละครึ่ง ครึ่งละ 90 นาที ซึ่งทั้งสองกลุ่มจะได้รับการวัดระดับซึมเศร้าและประเมินภาวะผ่อนคลายความเครียดของกล้ามเนื้อด้วยเครื่องมือ EMG ในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนเริ่มการทดลองและสัปดาห์ที่ 4 หลังเสร็จสิ้นการทดลอง ซึ่งการประเมินทั้งสองจะกระทำโดยผู้ช่วยการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจะประกอบด้วยเครื่องมือทั้งหมด 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับซึมเศร้าของ Beck คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์效値 ของ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 และการประเมินภาวะการผ่อนคลายความเครียดของกล้ามเนื้อด้วยเครื่องมือ อิอิเมจิ ไบโอฟีดแบค (EMG Biofeedback Instrument) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการรับรองว่ามีมาตรฐานและสามารถใช้ประเมินภาวะการผ่อนคลายความเครียดของกล้ามเนื้อได้ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองวิจัย คือ

โปรแกรมลดระดับความซึมเศร้า ได้แก่ โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองเป็นโปรแกรมที่ศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม โดยโปรแกรมประกอบด้วยการทำกิจกรรมทั้งหมด 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 4 กิจกรรม โดยใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 90 นาที ซึ่งตลอดโปรแกรมจะกำหนดออกเป็น กิจกรรมย่อย 4 กิจกรรม ได้แก่ ครั้งที่ 1) กิจกรรมเริ่มต้นกลุ่ม ครั้งที่ 2) กิจกรรมการดำเนินการแก้ไขปัญหาครั้งที่ 1 ครั้งที่ 3) กิจกรรมการแก้ไขปัญหาครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 4) กิจกรรมสรุปโดยในแต่ละกิจกรรมจะมีการเริ่มต้นกลุ่มด้วยการฟึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าเป็นระยะเวลา 15 นาที ทุกกิจกรรมโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ได้รับการตรวจสอบความตรงเรียงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีความเห็นตรงกันทั้ง 3 ท่าน ทั้งหมด 3 ท่าน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของคณะพยาบาล

ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติซึ่งเป็นสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยที่แข่งวัดคุณประสิทธิ์ของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาของการดำเนินการเก็บข้อมูล ประโภชน์ที่ได้รับจากการร่วมโครงการวิจัย และอธิบายว่าข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ จะไม่มีการเผยแพร่ซื้อ นามสกุลและการนำเสนอผลงานวิจัยในภาคร่วมท่านนี้ โดยกลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วม มีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการให้ข้อมูลหรือไม่เข้าร่วมในการฝึกโปรแกรมระหว่างการดำเนินการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาตามปกติ

ผลการวิจัย

ด้านข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าเพศ อายุและประเททของโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวนเท่ากันในแต่ละคู่ โดยร้อยละ 53.3 ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง และส่วนใหญ่ร้อยละ 60.0 มีอายุ 60-75 ปี ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55.0

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองก่อนและหลังกระบวนการทดลอง ($n=30$)

กลุ่มทดลอง	\bar{X}	S.D.	D_1	$S.D_{D_1}$
ระดับความซึมเศร้า				
ก่อนการทดลอง	21.20	3.763	13.24	3.738
หลังการทดลอง	7.96	1.751		

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มทคลองก่อนการทคลอง มีค่าเฉลี่ยระดับความซึมเศร้าเท่ากับ 21.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.763 ภายหลังผ่านโปรแกรมการผ่อนคลายล้ามเนื้อแบบท้าวหน้าร่วมกับจิตบำบัดแบบประคับประคอง ค่าเฉลี่ยระดับ

ความซึมเศร้าลดลงเท่ากับ 7.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.751 และทดสอบความแตกต่างของก่อนและหลังทคลองของกลุ่มทคลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (D_1) เท่ากับ 13.24 โดยมีค่าผลต่างส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($S.D_{D_1}$) เท่ากับ 3.738

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มควบคุมก่อนและหลังกระบวนการทคลอง ($n=30$)

กลุ่มควบคุม	\bar{X}	$S.D$	D_2	$S.D_{D_2}$
ระดับความซึมเศร้า				
ก่อนการทคลอง	21.10	3.754	2.30	1.235
หลังการทคลอง	18.80	3.263		

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยระดับความซึมเศร้าเท่ากับ 21.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.754 ค่าเฉลี่ยระดับความซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมหลังจากที่ได้รับการดูแลพยาบาลตามปกติ 4 สัปดาห์ และได้รับการดูแลพยาบาลตามปกติ

เท่ากับ 18.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.263 และทดสอบความแตกต่างของก่อนและหลังทคลองของกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (D_2) เท่ากับ 2.30 โดยมีค่าผลต่างส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($S.D_{D_2}$) เท่ากับ 1.235

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างค่าเฉลี่ยระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มทคลองและกลุ่มควบคุม ($n = 60$) หลังการทคลองเสร็จสิ้น

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทคลอง		กลุ่มควบคุม		df	t
	D_1	$S.D_{D_1}$	D_2	$S.D_{D_2}$		
ระดับความซึมเศร้า	13.24	3.738	2.30	1.235	59	9.758***

*** $p < .001$

จากตารางที่ 3 เป็นการทดสอบความแตกต่าง ก่อนและหลังการทดลอง พนว่าความแตกต่าง ของระดับความซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง D_1 / ค่าผลต่างส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($S.D_{D_1}$) และ กลุ่มควบคุม D_2 / ค่าผลต่างส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

($S.D_{D_2}$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 9.758$) โดยกลุ่มทดลองที่ผ่านกระบวนการทดลองจะมีระดับความซึมเศร้าที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ทึ่งไวนาน 4 สัปดาห์ และได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ย EMG ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มทดลองก่อนและหลังกระบวนการทดลอง ($n = 30$)

กลุ่มทดลอง	\bar{X}	S.D	D_1	$S.D_{D_1}$
ค่าเฉลี่ย EMG				
ก่อนการทดลอง	9.33	2.708	3.30	2.003
หลังการทดลอง	6.03	2.141		

จากตารางที่ 4 พนว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย EMG เท่ากับ 9.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.708 ภายหลังผ่านโปรแกรมการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับจิตบำบัดแบบ

ประคับประคอง ค่าเฉลี่ย EMG ลดลงเท่ากับ 6.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.141 และค่าเฉลี่ย ของความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (D_1) เท่ากับ 3.30 โดยมีผลต่างส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($S.D_{D_1}$) เท่ากับ 2.003

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ย EMG ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มควบคุมก่อนและหลังกระบวนการทดลอง ($n = 30$)

กลุ่มควบคุม	\bar{X}	S.D	D_2	$S.D_{D_2}$
ค่าเฉลี่ย EMG				
ก่อนการทดลอง	9.63	2.456	0.46	0.629
หลังการทดลอง	9.17	2.520		

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ย EMG เท่ากับ 9.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.456 ค่าเฉลี่ย EMG ของกลุ่มควบคุมหลังจากทิ้งไว้นาน 4 สัปดาห์และได้รับการ

ดูแลพยาบาลตามปกติเท่ากับ 9.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.520 และมีค่าของความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม (D_2) เท่ากับ 0.46 โดยผลต่างส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($S.D_{D_2}$) เท่ากับ 0.629

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างค่าเฉลี่ย EMG ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 60$) หลังการทดลองเสร็จสิ้น

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t
	D_1	$S.D_{D_1}$	D_2	$S.D_{D_2}$		
ค่าเฉลี่ย EMG	3.30	2.003	0.46	0.629	59	5.190***

*** $p < .001$

จากตารางที่ 6 เป็นการทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย EMG ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 5.190$) โดยกลุ่มทดลองที่ผ่านกระบวนการการทดลองจะมีค่าเฉลี่ย EMG ที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ทิ้งไว้นาน 4 สัปดาห์ และได้รับการพยาบาลตามปกติ

หนังที่ทำให้ระดับค่าความซึมเศร้าค่อนข้างสูงเนื่องจากโดยทั่วไปแล้วภาวะซึมเศร้ามักพบมากในเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่และเป็นผู้สูงอายุ (สมภพเรืองศรีสุก, 2543) อย่างไรก็ตามภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับค่าความซึมเศร้าเฉลี่ย 7.96 คะแนน ซึ่งเป็นภาวะซึมเศร้าระดับปากติของคนทั่วไป ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าระดับค่าความซึมเศร้าเฉลี่ย 18.80 คะแนน ซึ่งเป็นภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

2. จากผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความซึมเศร้ากลุ่มทดลอง (D_1) และกลุ่มควบคุม (D_2) เปรียบเทียบผลความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในการศึกษาครั้งนี้ผลลัพธ์ที่ได้สะท้อนถึง

การอภิปรายผล

1. ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีระดับค่าความซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากันคือที่คะแนน 21.20 ซึ่งเป็นภาวะซึมเศร้าระดับมาก ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงสูงถึงร้อยละ 53.3 อยู่ในวัยสูงอายุระหว่าง 60-75 ปี และส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปซึ่งอาจเป็นสาเหตุ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการผ่อนคลายเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ดีเนื่องจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังของกลุ่มที่คล่องมีภาวะซึมเศร้าที่เปลี่ยนแปลงจากค่าเฉลี่ยที่จัดอยู่ในภาวะซึมเศร้ามากไปเป็นภาวะซึมเศร้าระดับปกติของคนทั่วไป โดยระดับภาวะซึมเศร้าที่เปลี่ยนแปลงไปนี้ อธินายได้ว่า การใช้โปรแกรมการผ่อนคลายก้าวหน้าร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองคือการผสมผสานทั้งสองโปรแกรมเข้าไว้ด้วยกันเป็นโปรแกรมลดภาวะซึมเศร้าโปรแกรมเดียว ซึ่งอธินายได้ว่าการทํากลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดของยาลอม (Yalom, 1995) เป็นการปรับเปลี่ยนเรื่องความคิดและการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อการทำงานของสมองส่วน cerebrum ซึ่งเป็นสมองที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของ Limbic system ให้หลังสารสื่อประสาทที่เรียกว่าซีโรโทนิน (serotonin) ซึ่งซีโรโทนิน (serotonin) ทำหน้าที่ulatory อย่างในสมองและมีความหลากหลายในชนิดของตัวรับสารสื่อประสาท (serotonin receptors) และชนิดของตัวกลางในการส่ง serotonin ซึ่ง transporter จะช่วยในการเก็บสารสื่อประสาทกลับคืน (reuptake) สรุปเซลล์ประสาทก่อนหน้า synapse นั้นๆ (presynapses) ซึ่งหากไม่เลกุลเหล่านี้มีความผิดปกติจะทำให้เกิดโรคทางจิตใจ สารซีโรโทนิน (serotonin) มีบทบาทสำคัญในการควบคุมอารมณ์ (Mood) ความโกรธ (anger) และความก้าวร้าว (aggression) สมพพ เรื่องครุภู (2543) กล่าวว่าซีโรโทนิน (serotonin) มีผลต่อภาวะซึมเศร้า หาก serotonin ต่ำก็จะทำให้เกิดภาวะ

ซึมเศร้าได้ ในการกลับกัน หากซีโรโทนิน (serotonin) สูงขึ้น ภาวะซึมเศร้าจะลดลง อีกทั้งการใช้กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ทำให้เกิดปัจจัยบำบัดที่สามารถช่วยให้เกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ซึ่งปัจจัยบำบัดเป็นสิ่งที่แสดงถึงประสิทธิภาพของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มีกระบวนการซับซ้อน และต่อเนื่องกับการศึกษาของ รัชนีบูล เศรษฐกุณิรินทร์ และจินตนา ตั้งวงศ์ชัย (2542) ศึกษาการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา นักบุญโยเซฟ จังหวัดขอนแก่น โดยรูปแบบของ การจัดโปรแกรมกลุ่มประคับประคองเป็นการระนาบยปัญหาร่วมกัน พนวจ ระดับความซึมเศร้า ความวิตกกังวลในผู้สูงอายุลดลง จากสัมพันธภาพที่มีร่วมกันในกลุ่มก่อให้เกิดการตระหนักรู้ในคุณค่าของตนเอง และนำไปสู่การช่วยเหลือตนเองได้และยังสอดคล้องกับการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่สูญเสียอวัยวะที่มีผลต่อความหวัง ความวิตกกังวล ไม่ให้เกิดขึ้น เนื่องจากภาวะเหล่านี้อาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังเช่นผลการวิจัยของ Ruchiwit (2011) ที่ศึกษาผลของการรับประคับประคองการสร้างสัมพันธภาพแบบหนึ่งต่อหนึ่งร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อระดับความหวัง ระดับความวิตกกังวล และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะ พนวจ ว่ามีความแตกต่างกันของระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะที่ลดลง และระดับการดูแลตนเองของผู้สูญเสียอวัยวะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษา

ของศรีวารณ์ ตันศิริ (2535) ศึกษาผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ จากการศึกษาของ Badger (1996) พบว่าการได้รับกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง และจิตศึกษา ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคดีขึ้นและได้รับการสนับสนุนประคับประคองด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ นอกจากนี้ เชาวนี้ย์ ล่องชูล (2546) ได้ศึกษาการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคอง ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า พบรากลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โดยกลุ่มจิตประคองจะช่วยให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้กำลังใจกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เกิดความมีคุณค่าในตนเองที่สูงขึ้น และการศึกษาของสุนทรี วัฒนเบญจ์โสภาค (2543) ได้ศึกษาผลของการกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษาพบว่าปัจจัยบำบัดที่พูมมากที่สุดคือ การรู้สึกมีความหวัง รองลงมาคือ ความเป็นساกรถ (universality) หมายถึงการเข้ากันกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองแล้วทำให้สมาชิกได้ทราบกันว่าตนเองนั้นไม่ได้มีปัญหานอกเดียว ทุกคนมีปัญหาเช่นกัน

สำหรับการศึกษารังนี้ ผู้วิจัยได้นำเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า (Progressive muscular relaxation) มาใช้ร่วมกับกระบวนการกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองตั้งแต่ขั้นตอนการเริ่มต้นของกลุ่ม เนื่องจากงานวิจัยหลายชิ้น (Byrne, 1984; Corrado & Gottlieb, 1999; Lolak, 2005) พบร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าสามารถลดระดับความซึมเศร้าได้ โดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าช่วยให้ระดับ

ซีโรโทนิน (serotonin) ในสมองเพิ่มขึ้น กล่าวคือ สารเอนไซด์ของภาวะซึมเศร้านั้นเกิดจากการดับซีโรโทนินในสมองลดลง การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าจะเป็นการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทให้ทำงานเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในส่วนของศูนย์กลางสมองด้านการเคลื่อนไหว (motor brain center) ที่ส่งสัญญาณประสาทผ่านเส้นประสาท (nerve fibers) ไปยังเส้นใยกล้ามเนื้อลายและการทำงานของไขสันหลัง (spinal cord) และส่งผลต่อสมองส่วน cerebrum ที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของ Limbic system กระตุ้นให้มีการทำงานเพิ่มขึ้นและหลังสารซีโรโทนิน (serotonin) เพิ่มขึ้น (มารยาท รุจิวิทัย, 2548) ดังนั้นการที่ระดับสารซีโรโทนิน (serotonin) เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงนั่นเอง

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย EMG ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัย พบร่วมกับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย EMG เท่ากับ 9.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.70 ภายหลังผ่านโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับจิตบำบัดแบบประคับประคอง ค่าเฉลี่ย EMG ลดลงเท่ากับ 6.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.14 และค่าเฉลี่ยของความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 3.30 โดยมีผลต่างส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.00 แต่เนื่องจากระดับค่าปกติ

ของค่าเฉลี่ย EMG คือ 3-5mV. (มารยาท รุจิวิทย์, 2548; McKay, 1995) ซึ่งจากค่าที่ได้จากการทดลองคือ 6.03 เป็นค่าที่ยังสูงกว่าค่าปกติ ถึงแม้ว่าในกลุ่มทดลองจะมีระดับค่าเฉลี่ย EMG ที่ลดลงจากเดิมแต่ยังถือว่าเป็นค่าที่สูงกว่าค่าปกติ เล็กน้อยเนื่องจากการฝึกการผ่อนคลายล้ามเนื้อ แบบก้าวหน้าเป็นการฝึกที่ต้องใช้ระยะเวลาที่ฝึกฝนเพียงพอและเหมาะสม การฝึกโดยใช้เวลาเพียง 4 สัปดาห์ อาจจะทำให้ค่าเฉลี่ย EMG ลดลงแต่ยังไม่ถึงระดับปกติ ซึ่งในระยะเวลาในการฝึก จึงควรเพิ่มขึ้นเป็น 8 สัปดาห์ และการให้ผู้ป่วยนำการผ่อนคลายล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าไปฝึกที่บ้านในระหว่างการทดลองวิจัยยังพบว่ามีน้อยในประเทศไทยเนื่องจากเป็นข้อจำกัดสำหรับการทําวิจัยเนื่องจากการติดตามผู้ป่วยไปที่บ้านเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก แต่การวิจัยส่วนใหญ่จะออกแบบมาให้ผู้ป่วยมีเวลาในการฝึกฝนกับผู้วิจัยนั้นเกิดความความเข้าใจและสามารถนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้ก่อนที่จะให้ผู้ป่วยนำกลับไปฝึกที่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการออกแบบโปรแกรมการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการเพิ่มโปรแกรมการผ่อนคลายล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองเพื่อป้องกันปัญหาทางด้านจิตใจ

2. ควรจัดกลุ่มช่วยเหลือให้ผู้ป่วยด้วยกันเอง ได้แนะนำและช่วยเหลือเกี่ยวกับการฝึกการผ่อนคลายล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า ทำให้เกิดในลักษณะของเครือข่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อการสนับสนุนและแลกเปลี่ยนกันได้

3. ควรมีการนำโปรแกรมการผ่อนคลาย

กล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในวัยอันฯ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณความกรุณาของรองศาสตราจารย์ ดร.มารยาท รุจิวิชชญ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนชื่น สมประเสริฐ อาจารย์ที่ปรึกษาที่ปรึกษา ร่วม คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์อันมีคุณค่าสูงแก่ผู้ศึกษา ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องที่ไม่ได้อ่านมาในที่นี่ทุกท่านสำหรับความช่วยเหลือ คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจาก การศึกษานี้ขอมอบแด่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

รายการอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2550). ข้อมูลสถิติ. Retrieved from <http://www.dmh.moph.go.th/report/population/pop.asp>.

กุลธิดา สุภาคุณ. (2550). ผลของการโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 21(2), 79-89.

เจริญนิย์ ล่องชุมพล. (2547). ผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชาตรี บานชื่น. (2552). ภาวะซึมเศร้า: ภัยร้าย

แห่งศตวรรษที่ 21. เอกสารประกอบการปฎิภาคิณในการประชุมวิชาการประจำปี, กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. ปัญญา จีนประชา. (2551). ผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเรื้อรังเพื่อป้องกันการติดเชื้อ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 53(4).

นงลักษณ์ บุญไทย. (2539). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนพิมล.

บุญพาณ นคร. (2545). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. การกันคัวอิสระ พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปราณี ศรีสงกราน. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ้านหมี่ (บทคัดย่อ). คั่งดวง แก้วส่องฟ้า สาขาวิชสุข: งานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2551 (น. 394). กรุงเทพฯ:

มรรยาท รุจิรชัย (2548). การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

รัชนีบุณฑรรษฐ์และ จินตนาตั้งวงศ์ชัย. (2542). ผลของการทำกิจกรรมประจำปี ต่อความเครียดของผู้สูงอายุ ในบ้านพักคนชรา นักบุญโยเซฟจังหวัดขอนแก่น. วารสารการ

พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 13(2), 64-72. ศรีวรรณ ตันติ. (2535). ผลของการทำกิจกรรมสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวานาคเวศน์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุจารยา แสงเงี่ยงงาม. (2545). ผลของจิตบำบัดประคับประคองแบบกิจกรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกร โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ แพทยศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุจิตรา กฤติยารัณ. (2548). การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้โดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุภาวดี รัมมระกิจ. (2550). การศึกษาการใช้กิจกรรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอกร โรงพยาบาลศรีชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุนทรี วัฒนabenจุฬา. (2543). ผลของกิจกรรมบำบัดประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ พยาบาล

ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมกพ เรื่องตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว การพิมพ์.

สมกพ เรื่องตระกูล. (2543). โรคซึมเศร้าและการผ่าตัวตาย (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว การพิมพ์.

สำนักสติ๊ดแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. (2550). ประมวลข้อมูลสติ๊ดที่สำคัญของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กองคลังข้อมูลสติ๊ด สำนักงานสติ๊ดแห่งชาติ.

อังคณา ช่วยคำชู. (2551). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการปรับพฤติกรรมความคิด ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. เสริมสร้างชีวิตผู้วิกฤตโดยร้อน: การประชุมวิชาการการป้องกันปัญหาการผ่าตัวตาย ครั้งที่ 8 วันที่ 7-8 กรกฎาคม 2551 (n.167) ณ โรงพยาบาลเดลล์ดีก จังหวัดเชียงใหม่.

Badger, T. A. (1996). Living with depression : Family member experience and treatment Need. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 34(1), 21-29.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper Row.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.

Thomas M. Byrne (1983). *The differential effects of paradoxical intention and relaxation*

training upon insomnia in depressed and non-depressed subjects. Hempstead, NY: Hofstra University. Retrieved from <http://Cochrane.library.com>.

Charney, D. S., Reynolds, C. F., Lewis, L., Lebowitz, B. D., Sunderland, T., & Alexopoulos, G. S. (2003). Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Archives of General Psychiatry*, 60, 664-672.

Corrado, P., Gottlieb, H., & Abdelhamid, M. H. (1999). The effect of Biofeedback and relaxation training on depression in chronic pain patients. *American Journal of Pain Management*, 9(1), 18-21.

Hunter, S. (1992). Adult day care: promoting quality of life for the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 18(2), 17-20.

Jorm, A. F., Morgan, A. J., & Hetrick, S. E. (2008). Relaxation for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), 1-19.

Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 88, 27-45.

Lolak, S., Connors, G. L., Sheridan, M. J., Wise, T. N. (2008). Effects of progressive muscle relaxation training on anxiety and depression in patients enrolled in an outpatient pulmonary rehabilitation program. *Psychotherapy Psychosis*, 77(2), 119-125.

Mary, B. M. (2005). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 414-419.

Margo McCaffery. (1979). *Nursing management of the patient with pain* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott.

Ruchiwit, M. (2011). The Effect of the One-to-One Interaction Process with Group Supportive Psychotherapy on the Levels of Hope, Anxiety, and Self Care Practice for Patients that have Experienced Organ Loss: An Alternative Nursing Care Model. *International Journal of Nursing Practice (inprint)*.

Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychology*. 4th ed. New York: Basic Books.

World Health Organization. (2008). *Depression*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/