ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

The Effect of Social Support Program Combined with Physical Exercise on Quality of Life in Major Depressive Disorder Patients

ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช* **Preedanan Prasitvej***

รัชนีกร อุปเสน** **Ratchaneekorn Upasen****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย 2) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 40 คน โดยจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องเพศและระยะเวลาของการเจ็บป่วย จากนั้นทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการออกกำลังกายของ Schuch et al. (2015) และการสนับสนุนทางสังคมของHouse (1981) 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL–BREF–THAI) แปลโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (Mahatniranakul et al.,1997) เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน มีค่าความเที่ยงวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การสนับสนุนทางสังคม การออกกำลังกาย คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

* *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*

* *Registered Nurse Senior Professional Level, Prachomklao College of Nursing, preedana2014@gmail.com*

** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

** *Assistant Professor Faculty of nursing, Chulalongkorn University*

Abstract

This study is a quasi-experimental pretest-posttest control groups research design. The objects were to compare :1) quality of life in Major Depressive Disorder patients (MDD) before and after received social support program combined with physical exercise, and 2) quality of life in Major Depressive Disorder patients who received social support program combined with physical exercise and those who received regular nursing care. The samples of 40 MDD patients that met the inclusion criteria were recruited patients who living in community, Muang district, Phetchaburi province. The samples were matched-pairs with age and duration of illness then randomly assigned into either experimental or control group, 20 subjects in each group. The experimental group received social support program combined with physical exercise, whereas the control group received the regular nursing care. The research instruments consisted of: 1) social support program combined with physical exercise developed by the researcher based on concept of exercise by Schuch et al.(2015) and concept of social support by House(1981) 2) The tools used for collecting data are the quality of life indicators of the World Health Organization, Thai version by Mahatniranakul,S.,et al.(1997) All instruments were tested for content validity by 5 experts. The reliability of the instruments were analyzed by finding Cronbach's alpha coefficient as of .89 and .90 respectively. Analyze general data using average values Standard deviation and t-test.

The conclusion of this research were as follows:

1. The average score of quality life in Major Depressive Disorder patients after received social support programs combined with physical exercise were higher than before received with statistical significance at the level of .05

2. The average score of quality of life in Major Depressive Disorder patients who received social support programs combined with physical exercise were higher than those who received regular care with statistical significance at the level of .05

Keyword : Social support, Exercise, quality of life, Major Depressive Disorder patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorders) เป็นโรคทางจิตเวชโรคหนึ่งที่พบได้บ่อยในประชาชนทุกเพศทุกวัย ที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าโรคซึมเศร้าจะกลายเป็นภาระโรคอันดับที่ 1 ของโลก ในปีค.ศ. 2030 ปัจจุบันทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 350 ล้านคน ผลร้ายที่สุดของภาวะซึมเศร้าคือ สามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตาย สำหรับประเทศไทยพบอัตราความชุกของการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 3.5 (Department of Mental Health, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของประชากรไทยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ปัจจุบันมีคนไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ 5 ของประชากร หรือประมาณ 3 ล้านคน (Academic Center for Health Promotion Fund, 2016) โรคซึมเศร้า เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญธรรมชาติของโรคเป็นโรคเรื้อรัง มีการกำเริบของโรคได้

บ่อย ส่งผลกระทบชัดเจนต่อการใช้ชีวิต มีการสูญเสียหน้าที่การงานในชีวิตประจำวันมาก อีกทั้งยังเป็นภาระในการดูแล จึงส่งผลกระทบต่อเนื่องมาสู่ญาติ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของประเทศอีกด้วย (Intharit, 2013)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2016) ได้ให้คำนิยามของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลตามสถานภาพ ในแต่ละบริบทของวัฒนธรรมและระบบความเชื่อ มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านร่างกาย 2. ด้านจิตใจ 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 4. ด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าประชากรโดยทั่วไปในทุกด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านสุขภาพจิต และด้านการทำงานทางสังคม (Kongsuk, Pimtra, & Liachongpeampoon, 2012) การเจ็บป่วยของโรคนี้ทำให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน สร้างความเสียหายต่อคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ ได้สูงกว่าโรคอื่นๆ (Pleankerd, 2014) ดังนี้ ด้านร่างกายจะมีปัญหาเรื่องการรับรู้ถึงความเป็นอยู่ที่ดี รวมทั้งพร่องการรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายตนเอง (IsHak et al., 2011) ด้านจิตใจจะได้รับความทุกข์ทรมานจากตราบาปในชีวิต ทำให้รู้สึกด้อยค่าทั้งในการทำงานและการใช้ชีวิตในสังคม (Chung et al., 2009; Aydemir et al., 2009) นอกจากนี้ยังขาดการควบคุมอารมณ์และขาดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีการรับรู้ต่อตนเอง (self–concept) ในด้านลบ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self–esteem) ลดลง (Sittiponanan, 2007) ส่วนด้านสังคมมักมีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคนอื่น มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อย โดยเฉพาะกับบุคคลในครอบครัว แยกตัวไม่เข้าสังคม และขาดการสนับสนุนทางสังคม (Chinwararak,& Luebunthawatchai, 2016) ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า ผู้ป่วยขาดการรับรู้ว่าตนได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี มีแหล่งประโยชน์ด้านสถานบริการทางสุขภาพ การขาดการรับรู้ว่าตนมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและการถูกคุกคามชีวิต (IsHak et al., 2011; Sung & Yeh., 2007) อธิบายไว้ว่าระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ กล่าวคือ เมื่อมีความรุนแรงของโรคในระดับสูงจะมีผลให้คุณภาพชีวิตลดลงตามไปด้วย ทั้งในด้านจิตใจ ร่างกาย สังคม และสิ่งแวดล้อม กล่าวคือ ด้านจิตใจจะมีการควบคุมอารมณ์และการรับรู้ความสามารถของตนเองน้อยลง ด้านร่างกาย จะมีการรับรู้สุขภาพอยู่ในระดับต่ำมาก ด้านความสัมพันธ์กับสังคมทำให้เสียการทำงาน มักแยกตัว การติดต่อกับผู้อื่นน้อยลง และด้านสิ่งแวดล้อม จะขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อมรอบตนเอง (Aydemir et al., 2009)

ส่วนปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต หมายถึง หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะที่สำคัญที่สุดคือจากครอบครัวที่ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ คือ การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความเอาใจใส่ดูแล จะมีผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้เกิดการไว้ใจและยอมรับซึ่งกันและกัน กล้าที่จะบอกเล่าหรือร่วมกิจกรรมต่างๆ ด้านสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนด้านทรัพยากร การให้ช่วยเหลือ จะทำให้เกิดการรับรู้ถึงความปลอดภัยในชีวิต ด้านจิตใจ เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยให้ประเมินค่าสถานการณ์ ทำให้สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนด้านร่างกาย การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การให้คำแนะนำต่างๆ จะทำให้สามารถนำข่าวสารเหล่านั้นไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ดังนั้นหากลดความรุนแรงของโรคและให้การสนับสนุนทางสังคมที่ดีขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในทุกด้านดีขึ้น (Hsiung, 2005; Pan, 2012) ทั้งนี้พบว่าการออกกำลังกาย ช่วยลดความรุนแรงของโรคสามารถช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ และส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Schuch et al., 2016) ในแต่ละด้านดังนี้ 1. ด้านร่างกาย กลไกทางชีวภาพเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญอาหาร และหน้าที่ของ biomarkers หลายอย่างเช่น serotonin (Wipfli et al., 2011) beta-endorphins endocannabinoids, neurotrophic factor จากสมอง (BDNF) ความเครียด oxidative และการอักเสบ

พบว่าการออกกำลังกายจะสามารถปรับสารเคมีในสมอง เช่น serotonin, dopamine และendorphin ให้สมดุล (Du, 2014; Malchow et al., 2013) 2. ด้านจิตใจ การออกกำลังกายมีผลทำให้เกิดกลไกทางจิตวิทยา เช่น การเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Craft, 2005; Foley et al., 2008), ความต้องการมีเพศสัมพันธ์ (Hoffman et al., 2009) และการนอนหลับ (Rethorst et al., 2013) การออกกำลังกายเป็นประจำจะนำไปสู่การลดน้ำหนักซึ่งจะนำไปสู่แนวคิดทางกายภาพที่ดีและความนับถือตนเองสูงขึ้น ดังนั้นเมื่อผู้คนรับรู้ถึงความสามารถของตนเองมากขึ้น กับร่างกายของพวกเขาบรรลุผลการลดน้ำหนักจะภูมิใจที่สามารถบรรลุเป้าหมายการออกกำลังกายทำให้ความนับถือตนเองของพวกเขาโดยทั่วไปเพิ่มขึ้น และเป็นกลยุทธ์การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยด้วย (Knapen et al., 2015) 3. ด้านสังคม ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายเป็นกลุ่มในการรักษาภาวะซึมเศร้าโดยส่งเสริมการสื่อสารทางสังคมระหว่างสมาชิกของกลุ่มปรับปรุงปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่ม (Moos, & Cronkite, 1999) 4. ด้านสิ่งแวดล้อม จากกลไกของความเครียดเกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมไม่ว่าจะเป็นภายในหรือภายนอก การออกกำลังกายมีผลให้การทำงานของสมองมีการเพิ่มขึ้นของ neurogenesis hippocampal มีผลให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ดีขึ้นและความวิตกกังวลลดลง มีการรับรู้ด้านสภาพสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่ดีขึ้น (Trejo et al., 2007)

ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดและสำคัญที่สุด สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งต้องการการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (Qualls and Anderson, 2009) โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) ที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง กล่าวคือ ผู้ที่อยู่อาศัยร่วมกับผู้ป่วยในครอบครัวเดียวกัน ในฐานะคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง หรือญาติ (Dungyota, 2010) เป็นบุคคลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง และดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ ตลอดจนมีบทบาทในการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับยาหรือการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Klubwong, 2009) การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อจิตใจคือทำให้สามารถต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ (Hsiung, 2005) ซึ่งพบว่าหากได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพจะสามารถลดความรุนแรงของอาการ ตลอดจนระยะเวลาที่มีอาการซึมเศร้าลงได้ (Wareham et al., 2007) นอกจากนี้ยังมีผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีค่า และสามารถทำหน้าที่ได้เพิ่มมากขึ้น (Pleamsuk, 2008) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การมีส่วนร่วมในสังคมตลอดจนการรับรู้ถึงความปลอดภัยในชีวิต ตลอดจนช่วยสนับสนุนพฤติกรรมการออกกำลังกายอีกด้วย (Sung, & Yeh, 2007)

แนวทางในการดู แลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานบริการปฐมภูมิ มีส่วนช่วยในการค้นหาผู้ป่วย การดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะแรกเริ่มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าพร้อมทั้งให้การดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับผลกระทบน้อยลง ทั้งด้านร่างกาย เศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังเป็นหนทางหนึ่งที่ช่วยป้องกันการเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตาย ที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่า มีการนำการสนับสนุนทางสังคมมาใช้เพื่อช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรม เช่น Luanglak (2009) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลกุมภวาปี พบว่า หลังจากได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย ผู้ป่วยทุกคนมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องตลอด 24 สัปดาห์และโรคซึมเศร้าลดลงจนอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนในต่างประเทศงานวิจัยของ Schuch et al. (2015) เรื่อง “การออกกำลังกายและโรคซึมเศร้าขั้นรุนแรง: ผลกระทบต่อความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิตเมื่อผู้ป่วยได้กลับบ้าน” พบว่าการออกกำลังกายช่วยลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้านร่างกายและจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกด้าน (Pan, 2012)

จากปัญหาที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ขาดการสนับสนุนทางสังคมเท่าที่ควร เนื่องจากมีพฤติกรรมแยกตัวไม่เข้าสังคม (Chinwararak, & Luebunthawatchai,

2016) อีกทั้งขาดการออกกำลังกายและไม่ได้ดูแลสุขภาพตนเอง (Rahe, 2016) จนมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคทางกายอื่นๆ การให้คำปรึกษาในการออกกำลังกาย เป็นการเพิ่มทักษะเชิงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น การวางแผนการแก้ปัญหาโดยการออกกำลังกาย, การสนับสนุนของสังคม ซึ่งจะเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Gerber, 2016; Rethorst, 2016) ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวชจนอาการดีขึ้นสามารถกลับมาใช้ชีวิตปกติที่บ้านแล้ว มีแนวปฏิบัติการดูแลต่อในชุมชนคือ การติดตามป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากโรคซึมเศร้ามีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงในช่วง 2 ปีแรก ดังนั้นหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาดีจนสามารถหยุดยาได้แล้วจะส่งต่อไปยัง PCU ใกล้บ้านเพื่อติดตามประเมินทุกเดือนด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถามต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี ถ้าคะแนนจากแบบประเมิน น้อยกว่า 7 ทุกครั้ง ก็สามารถหยุดการติดตามประเมินได้ แต่ถ้าคะแนนประเมินมากกว่า 7 ให้ดำเนินการตามแนวทางจัดการตามที่กำหนดไว้ตามความรุนแรงของโรคหรือคะแนนที่ได้ต่อไป เช่น ให้การดูแลรักษาและส่งต่อให้จิตแพทย์ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชจึงสนใจที่จะนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย มาพัฒนาเป็นโปรแกรม สำหรับใช้เพื่อพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายของSchuch.et al. (2015)ได้กรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) และแนวทางการออกกำลังกายของ Schuch et al. (2015) โดยจัดกิจกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกับการทำกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างละ 30 นาที รวมเป็นกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 วัน รวม 4 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน รวมทั้งหมด 8 ครั้ง12 กิจกรรม โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและผู้ดูแล
กิจกรรมที่ 2 กำหนดเป้าหมายในการออกกำลังกาย
กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า
กิจกรรมที่ 4 ความรู้เรื่องยาต้านเศร้า
กิจกรรมที่ 5 ความรู้เรื่อง ปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
กิจกรรมที่ 6 ความรู้เรื่อง อาหารกับโรคซึมเศร้า
กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมการพักผ่อนและคลายความเครียด
กิจกรรมที่ 8 เล่นเกมส์สถานการณ์จำลองเรื่อง“การขอความช่วยเหลือจากครอบครัวของเรา”
กิจกรรมที่ 9 ฝึกคิดแก้ปัญหาเรื่อง การรับความช่วยเหลือในชุมชน
กิจกรรมที่ 10 ความรู้เรื่อง “การปรับตัวอยู่ในชุมชน”
กิจกรรมที่ 11 การสร้างเป็นเครือข่ายในการติดต่อให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
กิจกรรมที่ 12 ทบทวนสิ่งที่ได้รับตลอดโครงการและสะท้อนความรู้สึก

→ **คุณภาพชีวิต**
(สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2540)
1) ด้านร่างกาย
2) ด้านจิตใจ
3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม
4) ด้านสิ่งแวดล้อม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่อาศัยในชุมชนของจังหวัดเพชรบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ใน 3 episode F32.0, F32.1 ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนและรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ที่อาศัยในชุมชนของจังหวัดเพชรบุรี และได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และผู้ดูแลผู้ป่วย มีคุณสมบัติการคัดเข้ากลุ่ม (inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (คะแนน-26-95)
3. ไม่มีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายแบบแอโรบิค
4. มีการวัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในระดับ น้อย(10-15) ถึงปานกลาง(16-19) โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1967)
5. ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน และสามารถเข้าใจการสื่อสารภาษาไทยได้ทั้งพูดและเขียน
6. มีผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกิจกรรมด้วย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. มีปัญหาสุขภาพทางกายจนเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม
2. ขาดการเข้าร่วมกิจกรรม (ไม่ครบร้อยละ 100)

ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3. ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพทางกายจนเป็นอุปสรรคขณะเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม
4. ไม่มา/ขาดการเข้าร่วมกิจกรรม (ไม่ครบร้อยละ 50)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะกับการวิจัยแบบทดลองคือกลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยที่สุดจำนวน 30 คน (Burns, & Grove, 2005) เพื่อให้การกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ซึ่งสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด และป้องกันการไม่มาเข้าร่วมโปรแกรม การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยวิธีการสุ่ม (Random assignment) ร่วมกับการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pairs) ให้ทั้ง 2 กลุ่มมีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรค ซึ่งมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิต (Pan et al., 2012) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ3 ชุดซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้แก่

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House(1981) ซึ่งกล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันด้านต่างๆ ทำให้เกิดความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งทำให้เกิดการไว้วางใจกันประกอบด้วยการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ดูแล ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วย

ตนเอง การส่งเสริมให้ประเมินศักยภาพตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) คือ การให้คำแนะนำข้อชี้แจงแนวทาง ข้อเสนอแนะ และให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) คือ การช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เงิน แรงงาน เวลา ช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน

ส่วนแนวทางการออกกำลังกายของ Schuch et al. (2015) มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

อบอุ่นร่างกาย (Warm up)ใช้เวลา 5 นาที 2) ออกกำลังกาย (Exercise) ใช้เวลา 20 นาที 3) ผ่อนคลายร่างกาย (Cool down) ใช้เวลา 5 นาที รวม 30 นาที ใช้ปฏิบัติรวมทั้งสิ้น12 ครั้ง

ทั้งนี้ได้นำแนวคิดทั้ง 2 มาประยุกต์ใช้เป็นโปรแกรม ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

โครงสร้างของโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมประมาณ 30-50 นาทีก่อน แล้วตามด้วยกิจกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิค 30 นาที รวมเป็นกิจกรรมครั้งละ 60-80 นาที โดยร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง มีการบ้านให้กลับไปออกกำลังกายเองที่บ้าน โดยมีผู้ดูแลเป็นผู้สนับสนุน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 12 กิจกรรม ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ซึ่งจะมีการประเมินอาการซึมเศร้าและประเมินการสนับสนุนทางสังคมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ประกอบด้วย

กิจกรรมที่1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยผู้ป่วยและผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 2 การกำหนดเป้าหมายในการออกกำลังกาย เป็นการให้ความรู้เรื่องประโยชน์ของการออกกำลังกาย เพิ่มทักษะเชิงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
ครั้งที่ 2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support)

กิจกรรมที่ 3-4 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ยาต้านเศร้า

ครั้งที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support)

กิจกรรมที่ 5-6 การให้ความรู้เรื่อง การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และอาหารกับโรคซึมเศร้า

ครั้งที่ 4 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)

กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมการพักผ่อนและคลายความเครียด เป็นการฝึกประเมินสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาซึ่งทำให้เกิดความเครียด

ครั้งที่ 5 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)

กิจกรรมที่ 8 การรับความช่วยเหลือจากครอบครัว เป็นกิจกรรมที่ให้เล่นเกมสถานการณ์จำลอง

ครั้งที่ 6 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)

กิจกรรมที่ 9-10 การรับความช่วยเหลือจากชุมชนและการปรับตัวอยู่ในชุมชน โดยให้ร่วมกันอภิปรายในประเด็นความช่วยเหลือด้านต่างๆของคนในชุมชน
ครั้งที่ 7 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)

กิจกรรมที่ 11 การสร้างเครือข่าย ในการติดต่อให้สมาชิกให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อให้มีทัศนคติที่ดี โดยคาดหวังว่าผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมีความสามารถพึ่งพาตนเองและ อยู่ร่วมในชุมชนได้

ครั้งที่ 8 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)

กิจกรรมครั้งที่ 12 การทบทวนสิ่งที่ได้รับและสะท้อนความรู้สึก เมื่อนำไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ภายหลังการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของ ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าเท่ากับ 0.97

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL–BREF–THAI) โดย Mahatniranakul

et al.(1997) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา= 1 ค่าความเชื่อมั่น .90

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดัดแปลงจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Rakkarn (2006) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ค่าความเชื่อมั่น .82 และแบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1967) แปลและปรับเป็นฉบับภาษาไทย โดย มุกดา ศรียงค์ ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.93 ค่าความเชื่อมั่น .89

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี (รหัสโครงการ PBEC No.011/2561 อนุมัติเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2561) และมีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับ จึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

1. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

1.1 ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิต ก่อนการทดลอง

1.2 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย โดยการดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆละ 7-8 คนและให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม จำนวน 3 กลุ่ม รวมทั้งหมด 12 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์

1.3 ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตอีกครั้ง และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินโครงการวิจัย พร้อมทั้งกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

2. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

2.1 ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิต ในสัปดาห์แรกเพื่อเป็นการทราบข้อมูลเบื้องต้น

2.2 ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการวิจัยว่าจะมาทำการประเมินคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในอีก 4 สัปดาห์ พร้อมแจก CD การออกกำลังกาย และมอบคู่มือการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย และในระหว่างนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลใกล้บ้านคือ มีการติดตามประเมินด้วยเครื่องมือ 9 Q เดือนละครั้ง

2.3 เมื่อครบกำหนดการทดลอง ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมการวิจัย และประเมินคุณภาพชีวิตอีกครั้ง พร้อมทั้งกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของทั้งสองกลุ่ม

2. หาค่าเฉลี่ย (Mean) คุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย

3. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบที แบบกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

4. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย โดยใช้สถิติทดสอบที แบบกลุ่มที่เป็นไม่เป็นอิสระจากกัน (Dependent t-test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน) พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็น ร้อยละ 40 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 50 และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 47.5 มีรายได้ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 37.5 และพบว่าความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสามี-ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 27.5 มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 45

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ก่อนทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (Paired t-test) และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย

คุณภาพชีวิต	กลุ่มควบคุม				p-Value	กลุ่มทดลอง				p-Value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	t	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	t
1.ด้านร่างกาย	18.25	2.80	18.40	2.54	.19	17.60	2.89	30.95	1.63	.00*
	(ปานกลาง)		(ปานกลาง)		-1.37	(ปานกลาง)		(ดี)		-32.9
2.ด้านจิตใจ	15.25	2.77	15.30	2.67	.67	15.05	3.05	26.50	1.93	.00*
	(ปานกลาง)		(ปานกลาง)		-.44	(ปานกลาง)		(ดี)		-28.59
3.ความสัมพันธ์ทางสังคม	6.15	1.22	6.15	1.35	1.00	6.05	1.70	12.65	.75	.00*
	(ไม่ดี)		(ไม่ดี)		.00	(ไม่ดี)		(ดี)		-21.2
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	22.45	3.69	22.50	3.50	.06	21.95	3.17	34.70	1.75	.00*
	(ปานกลาง)		(ปานกลาง)		-2.33	(ปานกลาง)		(ดี)		-24.17
คุณภาพชีวิตโดยรวม	67.60	9.50	67.84	8.92	.06	65.45	9.84	113.05	4.79	.00*
	(ปานกลาง)		(ปานกลาง)		-2.33	(ปานกลาง)		(ดี)		-35.22

*p <.05

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมมีระดับคุณภาพชีวิต หลังการทดลองมีคะแนนในระดับปานกลาง ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมที่อยู่ในระดับไม่ดี ทั้งก่อนและหลังการทดลอง นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในทุกด้าน ไม่ว่าจะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ก่อนทดลอง (Pre-test) และ หลังทดลอง (Post-test) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Independent t-test)

คุณภาพชีวิต	ก่อนทดลอง				p-Value t	หลังทดลอง				p-Value t
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	
1.ด้านร่างกาย	17.60 (ปานกลาง)	2.89	18.25 (ปานกลาง)	2.80	.48 .72	30.95 (ดี)	1.63	18.40 (ปานกลาง)	2.54	.00* -18.56
2.ด้านจิตใจ	15.05 (ปานกลาง)	3.05	15.25 (ปานกลาง)	2.77	.83 .22	26.50 (ดี)	1.93	15.30 (ปานกลาง)	2.67	.00* -15.16
3.ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	6.05 (ไม่ดี)	1.70	6.15 (ไม่ดี)	1.22	.67 .42	12.65 (ดี)	.74	6.15 (ไม่ดี)	1.35	.00* -19.65
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	21.95 (ปานกลาง)	3.17	22.45 (ปานกลาง)	3.69	.65 .46	34.70 (ดี)	1.75	22.50 (ปานกลาง)	3.50	.00* -13.58
คุณภาพชีวิตโดยรวม	67.60 (ปานกลาง)	9.50	67.84 (ปานกลาง)	8.92	.49 .70	113.5 (ดี)	4.79	67.84 (ปานกลาง)	8.92	.00* -19.94

*p <.05

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในทุกด้าน ไม่ว่าจะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ก่อนการทดลอง (Pre-test) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าไม่ต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในทุกด้านหลังการทดลอง(Post-test) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมุติฐานการวิจัยตามที่ได้ตั้งไว้ ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p › .05) ในทุกด้าน อยู่ในระดับดี โดยก่อนการทดลองมีคะแนนในระดับปานกลาง ส่วนหลังการทดลองมีคะแนนในระดับดี ยกเว้นระดับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ที่ก่อนการทดลองอยู่ในระดับไม่ดี แต่หลังการทดลองอยู่ในระดับดี ซึ่งจากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย มีส่วนช่วยในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจาก การสนับสนุนทางสังคมสามารถส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผู้ป่วยจะได้รับอิทธิพลจากครอบครัวกล่าวคือ ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับญาติและมีญาติช่วยดูแล จะมี

คุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ (Chuto, 2010) จากงานวิจัยของ Voils et al. (2005) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์และ ด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวน้อยจะทำให้คุณภาพชีวิตต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sung, & Yeh (2007) ที่สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคม มีผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การมีส่วนร่วมในสังคมตลอดจนการรับรู้ถึงความปลอดภัยในชีวิต และยังช่วยสนับสนุนพฤติกรรมการออกกำลังกายอีกด้วย ซึ่งพบว่าการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 วัน ต่อเนื่องกัน จะสามารถลดความรุนแรงของโรคซึมเศร้าลงได้ ซึ่งอธิบายได้ว่าการออกกำลังกายมีผลทางสรีรวิทยา เช่น การลดลงความเครียด เกิดกลไกหรือการผลิตเอนโดรฟิน และการเพิ่มระดับของซีโรโทนิน, โดปามีน รวมทั้ง Stanton (2014) และหากมีการนำกิจกรรมชนิดอื่นมาเสริมจะทำให้มีประสิทธิภาพในการเพิ่มคุณภาพชีวิตได้มากยิ่งขึ้น (Malchow Berend, 2013)

สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ก่อนการทดลอง (Pre-test) ระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในทุกด้านไม่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม หลังการทดลอง (Post-test) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย มีระดับคุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับดี

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำวิจัย โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะเหมือนกัน (Matched-pairs) ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ดังนั้นผลการวิจัยที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่หลังการทดลอง (Post-test) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสามารถสรุปได้ว่าเป็นผลที่เกิดจากการนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ซึ่งสามารถช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายไปใช้นั้น พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีเรื่อง การสนับสนุนทางสังคม และการออกกำลังกาย ตลอดจนการทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อเตรียมความพร้อมของการดำเนินกิจกรรมของสมาชิกกลุ่ม ให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน โดยสามารถปรับรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมตามบริบทของชุมชนนั้น เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนอย่างเหมาะสม เช่น ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม การปรับเปลี่ยนการดำเนินกิจกรรมตามลักษณะชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น การดำเนินกิจกรรมในวันหยุด หรือในช่วงเย็นของวันธรรมดา เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางรายต้องออกไปทำงานประจำ เป็นต้น

3. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นโปรแกรมฯที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น จึง

ควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้หลังสิ้นสุดโปรแกรม และสามารถนำไปประยุกต์ใช้เองในชีวิตประจำวัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มเติมเพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ๆอยู่เสมอ และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมต่างๆได้

2. ควรนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

เอกสารอ้างอิง

Aydemir, Ergun, H., Sorguy, H., Kesebir, S., Tulunay, C. (2009). Quality of Life in Major Depressive Disorder: A cross-sectional study.*Turkish journal of psychiatry*, 1-7.

Chinwararak,C.& Luebunthawatchai,P. (2016). Physical symptoms and the relationship with the severity of depressive symptoms in depressed patients in Chulalongkorn Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand. 61*(4): 281-294. (In Thai)

Du, X. (2014). BDNF–TrkB signaling as a therapeutic target in neuropsychiatric disorders. *Journal of Receptor, Ligand and Channel Research 7*, 61-79.

Department of Mental Health.(2010).*Depression management guidelines for general practitioners in primaryand secondary levels*.Ubon Ratchathani: Siritham Offset. (In Thai)

Gerber, M., Holsboer-Trachsler, E., Pühse, U., & Brand, S. (2016). exercise is medicine for patients with major depressive disorders: but only if the “pill” is taken!. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 12,1977.

House, J. S. (1981).*Work stress and social support*. Massachusetts: Addison-WesleyPublishing.

Intharit,J. (2013).in Sattayatham,C.& Chan Suk,P.& Charoensuk,S.(Editor). Depression and nursing. *Psychiatric Nursing and Mental Health.(Revised Edition) 2nd.Bangkok: Thana Place.* (In Thai)

IsHak, W. W., Greenberg, J. M., Balayan, K., Kapitanski, N., Jeffrey, J., Fathy, H., ... & Rapaport, M. H. (2011). Quality of life: the ultimate outcome measure of interventions in major depressive disorder. *Harvard review of psychiatry* 19(5), 229-239.

Kongsuk,T., Pimtra,S. & Liachongpeampoon,J. (2012). *Quality of life and predictive factors in Thai depression patients.* Ubon Ratchathani: Phra Sri Maha Pho Hospital. (In Thai)

Luanglak,R. (2009).*Strengthening motivation in promoting exercise in patients with depression. Kumphawapi Hospital.* Master’s thesis, Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Khonkean University. (In Thai)

Malchow, B., Reich-Erkelenz, D., Oertel-Knöchel, V., Keller, K., Hasan, A., Schmitt, A., ... & Falkai, P. (2013). The effects of physical exercise in schizophrenia and affective disorders. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 263(6), 451-467.

Mahatniranakul,S. et al.(1997) . *Compare the World Health Organization’s quality of life measure every 100 indicators and 26 indicators,* Suan Pung hospital Chiangmai Province. (In Thai)

Pleankerd,P. (2014). Depression: Nursing roles in care. *Royal Thai Army Nursing Journal 15*(1):18-21. (In Thai)

Rakkarn,J.(2006).*The effect of using family mental health program on the care burden of schizophrenic caregivers in community.*Master's thesis, Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing,Faculty of Nursing,Chulalongkorn University.(In Thai)

Schuch,F.B., Vasconcelos-Moreno, M.P., Borowsky,Zimmermann, Rocha, N.S., & Fleck, M. P. (2015). Exercise and severe major depression: effect on symptom severity and quality of life at discharge in an inpatient cohort. *Journal of psychiatric research* 61, 25-32.

Stanton, R., Happell, B., Hayman, M., & Reaburn, P. (2014). Exercise interventions for the treatment of affective disorders–research to practice.*Frontiers in Psychiatry* 5, 1-4.

WHO. (2016). *Depression*.Retrieved 13 April 2016, from http://www.who.int/mediacentre