

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค
ซึมเศร้า



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF SOCIAL SUPPORT PROGRAM COMBINED WITH PHYSICAL EXERCISE ON
QUALITY OF LIFE IN PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
โดย	น.ส.ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.อัครเดช เกตุฉ่ำ)	

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ปริญญานันต์ ประสิทธิ์เวช : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. (THE EFFECT OF SOCIAL SUPPORT PROGRAM COMBINED WITH PHYSICAL EXERCISE ON QUALITY OF LIFE IN PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.รัชณีกร อุปลเสน

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย 2) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 40 คน โดยจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ และระยะเวลาของการเจ็บป่วย จากนั้นทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการออกกำลังกายของ Schuch et al (2015) และการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) ฉบับภาษาไทย เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน มีค่าความเที่ยงวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5877306036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: SOCIAL SUPPORT, PHYSICAL EXERCISE, QUALITY OF LIFE, MAJOR DEPRESSIVE DISORDER PATIENTS

Preedanan Prasitvej : THE EFFECT OF SOCIAL SUPPORT PROGRAM COMBINED WITH PHYSICAL EXERCISE ON QUALITY OF LIFE IN PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER. Advisor: Asst. Prof. Rachaneekorn Upasen, Ph.D.

This study is a quasi-experimental pretest-posttest control groups research design. The object were to compare : 1) quality of life in Major Depressive Disorder patients 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 patients with MDD who met the inclusion criteria were recruited from 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 personal information questionnaire and the quality of life indicators of the World Health Organization, Thai version 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 was as follows:

1. The quality of life of the experimental group after the treatment was higher than that before the treatment with a statistical significance of .05; and
2. The quality of life of the experimental group after the treatment was higher than that of the control group with a statistical significance of .05

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2018

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำที่มีประโยชน์ต่อการทำ วิทยานิพนธ์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และอาจารย์อัครเดช เกตุฉ่ำ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ ประสพสิทธิ์ประสาทความรู้มาโดยตลอด ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวก ในการติดต่อและเอกสารในการดำเนินการวิจัย รวมทั้งกัลยาณมิตรร่วมสาขาที่คอยช่วยเหลือและให้ กำลังใจตลอดการศึกษาที่ผ่านมา

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่คอยช่วยเหลือและเอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จ ตามวัตถุประสงค์ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่กรุณาอนุมัติ ให้ศึกษาระดับปริญญาโทมหาบัณฑิตและให้คำแนะนำในการศึกษา ตลอดจนเอื้ออำนวยความสะดวกต่างๆใน การศึกษาและทำวิจัย ขอขอบคุณอนามัยที่เอื้อเพื่อแนววิธีการออกกำลังกาย “อนามัย 30” ขอขอบคุณ ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ช่วยวิจัยทุกท่านที่เห็นความสำคัญ และกรุณาเสียสละเวลาเข้ามาเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ซึ่ง ทุกท่านล้วนเป็นส่วนสำคัญยิ่งในความสำเร็จครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณและระลึกถึงพระคุณของบิดา มารดา รวมถึงสมาชิกในครอบครัว ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ทุกท่านมีสุขภาพกายและใจที่สมบูรณ์แข็งแรงตลอดไป

ปรีดานันต์ ประสพสิทธิ์เวช

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและ ความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผล.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	11
ขอบเขตการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า.....	17
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	40
3. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม.....	48
4. แนวคิดเกี่ยวกับการออกกำลังกาย.....	51
5. การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย.....	61
6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	65

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	70
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	70
เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria).....	71
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	72
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	72
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	76
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	76
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	88
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	115
การวิเคราะห์ข้อมูล	115
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	117
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	124
สรุปผลการวิจัย.....	131
อภิปรายผลการวิจัย.....	131
ข้อเสนอแนะ	138
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	139
บรรณานุกรม.....	140
ภาคผนวก.....	150
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	151
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา	153
ภาคผนวก ค การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ	155
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	157
ภาคผนวก จ เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย	162
ภาคผนวก ฉ เอกสารขอตกลงใช้เครื่องมือและเอกสารขอเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย	167



ภาคผนวก ข ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และแบบแสดงความยินยอม ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	171
ภาคผนวก ช ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	176
ภาคผนวก ฅ ตัวอย่างเล่มโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย และคู่มือ สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติ	178
ประวัติผู้เขียน.....	187



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การแบ่งระดับอารมณ์เศร้า.....	28
ตารางที่ 2 ความหนักของการออกกำลังกาย.....	58
ตารางที่ 3 ค่าความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยของบอร์ค.....	59
ตารางที่ 4 แนวคิดหลักและการบูรณาการในงานวิจัย.....	61
ตารางที่ 5 ผลการจับคู่ลักษณะที่คล้ายคลึงกัน (Matched-pairs) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นรายคู่.....	75
ตารางที่ 6 ระดับคุณภาพชีวิต.....	84
ตารางที่ 7 วิธีการวัดความแรงหรือความหนักของการออกกำลังกาย โดยการทดสอบการพูด Talk test	96
ตารางที่ 8 แสดงคะแนนเฉลี่ยและระดับของการสนับสนุนทางสังคม ก่อน ระหว่าง และหลังการ ทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออก กำลังกาย	113
ตารางที่ 9 ระดับคะแนนและการแปลผลของอาการซึมเศร้า ก่อน ระหว่าง และหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย... ..	114
ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับ การศึกษา.....	118
ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย	119
ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวม ก่อนทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแล ตามปกติ (Paired t-test)	120
ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวม ก่อนทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย (Paired t-test).....	121

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวม ก่อนทดลอง (Pre-test) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการออกกำลังกาย กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Independent t-test) 122

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวม หลังทดลอง (Post-test) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการออกกำลังกาย กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Independent t-test) 123



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	69
ภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม Inclusion criteria.....	73
ภาพที่ 3 แสดงขั้นตอนการ Matched-pairs กลุ่มตัวอย่าง.....	74
ภาพที่ 4 แสดงการสรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย.....	116



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและ ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorders) เป็นโรคทางจิตเวชโรคหนึ่งที่ได้พบได้บ่อยในประชาชนทุกเพศทุกวัย ที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาวิจัยร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก, Harvard School of Public Health และธนาคารโลกเพื่อคาดการณ์ภาระของโรค (burden of disease) ที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก โดยวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี (Disability Adjusted Life Years, DALYs) ปรากฏว่าโรคซึมเศร้า ได้เปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่เป็นภาระจากอันดับที่ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ในปี ค.ศ. 2020 (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2558; จารุณี อินทฤทธิ์, 2556) นอกจากนี้ยังคาดว่าโรคซึมเศร้าจะกลายเป็นภาระโรคอันดับที่ 1 ของโลก ในปีค.ศ. 2030 ปัจจุบันทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 350 ล้านคน ซึ่งเกิดผลกระทบอย่างมากเนื่องจากผู้ป่วยทำหน้าที่ได้ไม่ดี ทั้งในที่ทำงาน ที่โรงเรียนและในครอบครัว ผลร้ายที่สุดของภาวะซึมเศร้าคือสามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

สำหรับประเทศไทยพบอัตราความชุกของการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 3.5 (กรมสุขภาพจิต, 2560) ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนขึ้น ทั้งนี้ในปัจจุบันมีคนไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ 5 ของประชากร หรือประมาณ 3 ล้านคน (ศูนย์วิชาการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2559) โรคซึมเศร้า เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ธรรมชาติของโรคเป็นโรคเรื้อรัง มีการกำเริบของโรคได้บ่อย จึงส่งผลกระทบต่อความสูญเสียอย่างมาก ผลกระทบจากโรคต่อสุขภาพบุคคลก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน เกิดภาวะทุพพลภาพจากการป่วย และความบกพร่องของหน้าที่ด้านต่างๆของผู้ป่วย ส่งผลกระทบชัดเจนต่อการใช้ชีวิต มีการสูญเสียหน้าที่การงานในชีวิตประจำวันมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำลงในทุกๆด้าน อีกทั้งยังเป็นภาระในการดูแล จึงส่งผลกระทบต่อเนื่องมาสู่ญาติ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของประเทศอีกด้วย (จารุณี อินทฤทธิ์, 2556; อัมพร เภยจพลพิทักษ์และลัดดา ดำริการเลิศ, 2553)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1997) ได้ให้คำนิยามของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลตามสถานภาพ ในแต่ละบริบทของวัฒนธรรมและระบบความเชื่อ มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1.ด้านร่างกาย คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย 2. ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้ถึงการที่

ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย 4. ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี มีแหล่งประโยชน์ด้านสถานบริการทางสุขภาพ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ

จากการทบทวนวรรณกรรม ปรากฏพิทย์ ภักดีศิริไพรวลัย (2559) กล่าวว่าคนไทยโดยทั่วไปมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีในทุกด้าน ซึ่งสามารถจำแนกตามรายด้านต่างๆได้จากค่าเฉลี่ยจำนวนเต็ม 5 คะแนนดังนี้ ด้านร่างกายเฉลี่ย 4.26 อันเนื่องมาจากความสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเอง ความพึงพอใจกับการนอนหลับ และการมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน ด้านจิตใจเฉลี่ย 4.08 ได้แก่ การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง ความรู้สึกพอใจในตนเอง และการมีสมาธิในการทำสิ่งต่างๆ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมเฉลี่ย 4.09 ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น การช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ และความพึงพอใจในชีวิตทางเพศ ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมเฉลี่ย 4.20 ได้แก่ ความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ ความรู้สึกว่าคุณมีความมั่นคงปลอดภัยในแต่ละวัน และการมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด

ส่วนการศึกษาของ Sung and Yeh. (2007) ซึ่งใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก(WHOQOL) เช่นเดียวกันกับการศึกษาในกลุ่มคนไทยทั่วไป พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่ำกว่าคนสุขภาพดี หรือประชากรโดยทั่วไป ตลอดจนคนที่มีความเจ็บป่วยทางกาย กล่าวคือ อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ ดังนี้ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 3.24 ด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ย 2.93 ด้านความสัมพันธ์กับสังคมเฉลี่ย 3.13 ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมเฉลี่ย 3.47 เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีปัญหาเรื่องการรับรู้ถึงความเป็นอยู่ที่ดี ความเจ็บปวดทางกาย รวมทั้งพร่องการรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายตนเอง (IsHak et al., 2011) ผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานจากตรากตรำในชีวิต ทำให้รู้สึกด้อยค่าทั้งในการทำงานและการใช้ชีวิตในสังคม (Aydemir et al., 2009) นอกจากนี้ยังมีการรับรู้ต่อตนเอง (self-concept) ในด้านลบ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ลดลง (บุญยภาพ สิทธิพรอนันต์, 2550) เนื่องจากผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อย โดยเฉพาะกับบุคคลในครอบครัว (โชติมันต์ ชินวรารักษ์และพิรพจน์ ลือบุญธวัชชัย, 2559) พบว่า ผู้ป่วยขาดการรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี มีแหล่งประโยชน์ด้านสถานบริการทางสุขภาพ การขาดการรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยและการถูกคุกคามชีวิต (IsHak et al., 2011)

นอกจากนี้ Sung and Yeh. (2007) ค้นพบว่าปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ ความรุนแรงของโรคและการสนับสนุนทางสังคม โดยอธิบายได้ว่าระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ กล่าวคือ เมื่อมีความรุนแรงของโรคในระดับสูงจะมีผลให้คุณภาพชีวิตลดลงตามไปด้วย ในด้านจิตใจ ร่างกาย สังคม และสิ่งแวดล้อม

(-0.61,-0.56,-0.49 และ -0.44) ตามลำดับ ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของความรุนแรงของโรคที่มีต่อคุณภาพชีวิตรายด้านได้ดังนี้ Aydemir et al. (2009) เมื่อผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคสูง คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ จะมีการควบคุมอารมณ์และการรับรู้ความสามารถของตนเองน้อยลง ด้านร่างกาย จะมีการรับรู้สุขภาพอยู่ในระดับต่ำมาก ด้านความสัมพันธ์กับสังคม ทำให้เสียการทำงาน มักแยกตัว การติดต่อกับผู้อื่นน้อยลง และด้านสิ่งแวดล้อม จะขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อมรอบตนเอง

สำหรับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (Sung and Yeh.,2007) เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม จิตใจ และร่างกาย(0.30, 0.26 , 0.21และ0.12) ตามลำดับ นั่นหมายถึง หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะที่สำคัญที่สุดคือจากครอบครัวที่ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ คือ การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความเอาใจใส่ดูแล จะมีผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้เกิดการไว้ใจและยอมรับซึ่งกันและกัน กล้าที่จะบอกเล่าหรือร่วมกิจกรรมต่างๆ ด้านสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนด้านทรัพยากร การให้ช่วยเหลือ จะทำให้เกิดการรับรู้ถึงความปลอดภัยในชีวิต ด้านจิตใจ เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยให้ประเมินค่าสถานการณ์ ทำให้สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนด้านร่างกาย การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การให้คำแนะนำต่างๆ จะทำให้สามารถนำข่าวสารเหล่านั้นไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้

ทั้งนี้ Pan. (2012) สรุปว่า ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้แก่ ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน ส่วนปัจจัยด้านความรู้สึกว่าตนมีความสามารถ ความรู้สึกที่ตนเกิดการเรียนรู้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยอ้อมเฉพาะในด้านจิตใจ นอกจากนี้แล้ว Aydemir et al. (2009) สรุปว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อนถึงปานกลาง ส่วนการสนับสนุนทางสังคม IsHak et al. (2011) อ้างว่าเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงสุด รองลงมาด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม ดังนั้นหากลดความรุนแรงของโรคและให้การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในทุกด้าน (Pan, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการออกกำลังกาย 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) การออกกำลังกายเป็นประจำจะนำไปสู่การลดน้ำหนักซึ่งจะนำไปสู่แนวความคิดทางกายภาพที่ดีและความนับถือตนเองสูงขึ้น (Spence & Poon, 1997) บางเหตุผลที่ผู้คนออกกำลังกายเพื่อน้ำหนัก ซึ่งหมายถึงความรู้สึกของความสำเร็จและความพึงพอใจของร่างกายสูงขึ้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น (Fox, 1999) ดังนั้นเมื่อผู้คนรับรู้ถึงความสามารถของตนเองมากขึ้น กับร่างกายของพวกเขาบรรลุผลการลดน้ำหนักจะภูมิใจที่สามารถบรรลุเป้าหมายการออกกำลังกายทำให้ความนับถือตนเองของพวกเขาโดยทั่วไปเพิ่มขึ้น และเป็นกลยุทธ์การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยด้วย (Knapen et al., 2015) 3. ด้านสังคม ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายเป็นกลุ่มในการรักษาภาวะซึมเศร้า โดยส่งเสริมการสื่อสารทางสังคมระหว่างสมาชิกของกลุ่ม ปรับปรุงปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่ม (Moos & Cronkite, 1999) 4. ด้านสิ่งแวดล้อม จากกลไกของความเครียดเกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมไม่ว่าจะเป็นภายในหรือภายนอก การออกกำลังกายมีผลให้การทำงานของสมองมีการเพิ่มขึ้นของ neurogenesis hippocampal มีผลให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ดีขึ้นและความวิตกกังวลลดลง มีการรับรู้ด้านสภาพสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่ดีขึ้น (Trejo et al., 2007)

ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดและสำคัญที่สุด สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งต้องการการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Qualls and Anderson, 2009) โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) ที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง กล่าวคือผู้ที่อยู่อาศัยร่วมกับผู้ป่วยในครอบครัวเดียวกัน ในฐานะคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง หรือญาติ (ต้นติมา ดวงโยธาและคณะ, 2553) เป็นบุคคลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง และดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ ตลอดจนมีบทบาทในการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (มยุรี กลับวงษ์และคณะ, 2552) การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อจิตใจคือทำให้สามารถต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ (Hsiung, 2005) ซึ่งพบว่าหากได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพจะสามารถลดความรุนแรงของอาการ ตลอดจนระยะเวลาที่มีอาการซึมเศร้าลงได้ (Wareham et al., 2007) นอกจากนี้ยังมีผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า และความสามารถทำหน้าที่ได้เพิ่มมากขึ้น (เพ็ญพิศ ปลื้มสุข, 2551) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในด้าน การรับรู้ความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การมีส่วนร่วมในสังคมตลอดจนการรับรู้ถึงความปลอดภัยในชีวิต ตลอดจนช่วยสนับสนุนพฤติกรรมออกกำลังกายอีกด้วย (Sung & Yeh, 2007) ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงมุ่งจัดกระทำต่อปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อหวังให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจาก

แนวความคิดของ House (1981) ซึ่งมีหลักการสำคัญ 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ร่วมกับการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นการช่วยลดความรุนแรงของโรคซึมเศร้าลงได้ ปัจจุบันทั้งองค์การอนามัยโลก(WHO)และNICE guideline ได้แนะนำให้ออกกำลังกายร่วมไปกับการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วย(Greer., 2016) การออกกำลังกายแบบทั่วไปและการออกกำลังกายแบบแอโรบิคมีศักยภาพที่จะใช้เป็นทางเลือกหรือใช้เสริมการรักษาโรคทางจิตเวช (Sharkey., 2016) นอกจากนี้ การให้คำปรึกษาในการออกกำลังกาย เป็นการเพิ่มทักษะเชิงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น การวางแผนการแก้ปัญหาโดยการออกกำลังกาย(Gerber et al., 2016) ส่วนการที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอ นั้น มีงานวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ”(ยุพา จิวพัฒนกุลและคณะ, 2555)ได้สรุปและให้ข้อเสนอแนะว่าควรให้สมาชิกของครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมด้วย ในการให้กำลังใจและสนับสนุนด้านต่างๆแก่ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในประเทศไทย มีการนำการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ เพื่อช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒน์ศิริ, 2557)ซึ่งพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนรัศมี หลงหลัก (2552)ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลกุมภวาปี พบว่า หลังจากได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย ผู้ป่วยทุกคนมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องตลอด 24 สัปดาห์ และโรคซึมเศร่าลดลงจนอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า จากงานวิจัยที่ผ่านมาไม่ได้มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าทั้งการลดความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคมล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากปัญหาที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ขาดการสนับสนุนทางสังคมเท่าที่ควร เนื่องจากมีพฤติกรรมแยกตัวไม่เข้าสังคม (โชติมันต์ ชินวารักษ์และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2559)อีกทั้งขาดการออกกำลังกายและไม่ได้ดูแลสุขภาพตนเอง(Rahe, 2016)จนมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคทางกายอื่นๆ หรือผู้ที่มีสุขภาพดีโดยทั่วไป การช่วยให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกาย จะเป็นการเพิ่มทักษะเชิงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น การวางแผนการแก้ปัญหาโดยการออกกำลังกาย, การสนับสนุนของสังคม ซึ่งจะเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า(Gerber, 2016;Rethorst, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่อง “การออกกำลังกายและโรคซึมเศร้าขั้นรุนแรง: ผลกระทบต่อความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิตเมื่อผู้ป่วยได้กลับบ้าน”(Schuch et al., 2015) พบว่าช่วยลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติส่วน Sung & Yeh (2007) สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกด้าน ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชจึงสนใจที่จะนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย มาพัฒนาเป็นโปรแกรม สำหรับใช้เพื่อพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

แนวเหตุผล

จากปัญหาที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคทางกายอื่นๆ หรือผู้ที่มีสุขภาพดีโดยทั่วไป ได้แก่ คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี (26-60คะแนน) เรียงตามลำดับ ในด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านสุขภาพทั่วไป ด้านพลังชีวิตและความอ่อนเพลีย ด้านสุขภาพจิต และด้านการทำงานทางสังคม(ธรรณิษฐ์ กองสุข, 2555) และพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในทุกด้านได้แก่ ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม (Hsiung, 2005) ความรุนแรงของโรค ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญคือ อายุ เพศ ระยะเวลาการป่วย และการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนระดับการศึกษาและสถานภาพสมรส มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับอนุปริญญาพบว่ามีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมที่สูงกว่าคนที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Pan et al., 2012) การเจ็บป่วยทางจิตใจ มีผลกระทบ ทั้งต่อครอบครัวและผู้ดูแล ทำให้เกิดความทุกข์ใจ วิตกกังวล ความเศร้าใจ ความสิ้นหวัง ซึ่งมักเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเรื้อรัง

นอกจากนี้ การขาดความรู้และทักษะเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชของผู้ดูแลผู้ป่วย อาจส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกกลัว กังวลและสับสนเกี่ยวกับพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยในสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี (ธิติพันธ์ ธาณิรัตน์และคณะ, 2559)การให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัว ส่งเสริมการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยมุ่งเน้นให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้เป็นอย่างมาก(พรพรรณ ศรีโสภา, 2552) จากการศึกษาในต่างประเทศ มีการนำการออกกำลังกายมาใช้บำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับการรักษาด้วยยา ซึ่งพบว่าการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ3-4 วัน ต่อเนื่องกัน จะสามารถลด

ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าลงได้(Stanton, 2014) แต่หากมีการนำกิจกรรมชนิดอื่นมาเสริมจะทำให้มีประสิทธิภาพในการเพิ่มคุณภาพชีวิตได้มากยิ่งขึ้น (Malchow, 2013)

ส่วนการสนับสนุนทางสังคม (House ,1981) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันด้านต่างๆ ทำให้เกิดความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งทำให้เกิดการไว้วางใจกัน ประกอบด้วยการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ดูแล ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ สอบถาม รับฟังความรู้สึก ด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง การส่งเสริมให้ประเมินศักยภาพตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม เช่น การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพโดยฝึกทักษะในการแก้ปัญหา การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) คือ การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ ส่วนการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) คือ การช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เงิน แรงงาน เวลา ช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และการให้บริการ การทำกิจกรรมกลุ่มแบบเพิ่มกิจกรรมทางกาย และกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้และการมีพยาบาลเยี่ยมบ้านคอยเป็นที่ปรึกษา ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนดูแลผู้ป่วยและครอบครัว และการจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านร่วมกับการเพิ่มกิจกรรมทางกาย สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้(สาวิตรี สิงหาต, 2559)

ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดด้านการสนับสนุนของสังคม ของHouse (1981) มาใช้ซึ่งเป็นการเพิ่มทักษะเชิงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Gerber, 2016;Rethorst, 2016) ร่วมกับแนวคิดการออกกำลังกายของ Schuch et al.(2015) ซึ่งเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิคต่อเนื่องกัน 30 นาที โดยมีการยืดเหยียดผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนและหลังการออกกำลังกาย ซึ่งสามารถช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ ช่วยลดความรุนแรงของโรค และส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Schuch, 2016) ในแต่ละด้านดังนี้ 1. **ด้านร่างกาย** พบว่าการออกกำลังกายจะสามารถปรับสารเคมีในสมอง ให้สมดุล (Du, 2014) นอกจากนี้การให้คำปรึกษาในการออกกำลังกาย เป็นการเพิ่มทักษะเชิงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น การวางแผนการออกกำลังกาย ซึ่งจะเป็ประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Gerber, 2016) 2. **ด้านจิตใจ** การออกกำลังกายมีผลทำให้เกิดกลไกทางจิตวิทยา เช่น การเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Foley et al., 2008) มีความนับถือตนเองสูงขึ้น (Spence & Poon, 1997) ส่วนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีค่า และสามารถทำหน้าที่ได้เพิ่มมากขึ้น(เพ็ญพิศ ปลื้มสุข, 2551) การให้ข้อมูลและความรู้ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับปัญหาและตระหนักถึงบทบาทการจัดการกับโรคซึมเศร้าได้ (พรพรรณ สุดใจ, 2552) 3. **ด้านสังคม** Resnick (2002) ได้ศึกษาผลของ

การสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย พบว่านอกจากครอบครัวที่มีส่วนช่วยสนับสนุนแล้ว เพื่อน ผู้เชี่ยวชาญ มีอิทธิพลทำให้เกิดการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการได้พูดคุยระหว่างผู้ป่วยกับผู้นำด้านสุขภาพจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้การส่งเสริมให้มีการสื่อสารทางสังคมระหว่างสมาชิกของกลุ่ม สามารถแก้ปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่มได้ (Moos & Cronkite, 1999) **การสร้างเครือข่ายประชาชน** ให้มีทัศนคติที่ดี ตระหนัก เข้าใจบทบาทหน้าที่และเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยคาดหวังว่าผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมีความสามารถพึ่งพาตนเองและ อยู่ร่วมในชุมชนได้ โดยมีญาติและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง(อมรรัตน์ ยุระชัย , 2560) **4.ด้านสิ่งแวดล้อม** การออกกำลังกายมีผลให้การทำงานของสมองเพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ดีขึ้น มีการรับรู้ด้านสภาพสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่ดีขึ้น (Trejo et al., 2007) ทั้งนี้มนุษย์มีความสามารถที่จะเรียนรู้ และมีความพยายามจะปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ ถ้าจัดสิ่งแวดล้อมให้ดีก็จะสามารถโน้มน้าวให้พฤติกรรมมนุษย์ไปในทางที่ดีได้ (Shives, 2008 อ้างใน นริสา วงศ์พนารักษ์, 2557)

จากที่กล่าวมาการพัฒนาเป็นโปรแกรมคาดว่าจะสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านของผู้ป่วยได้สมบูรณ์ขึ้น อันประกอบด้วยกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคม ประมาณ 30-50 นาที ร่วมกับกิจกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิก 30 นาที รวมเป็นกิจกรรมครั้งละ 60-80 นาที ทั้งหมด 12 กิจกรรม โดยร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง มีการบ้านให้กลับไปออกกำลังกายเองที่บ้านโดยมีผู้ดูแลเป็นผู้สนับสนุน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ซึ่งจะมีการประเมินอาการซึมเศร้าและประเมินการสนับสนุนทางสังคมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

1) ครั้งที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ประกอบด้วย

กิจกรรมที่1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ดูแล ในการพบกันครั้งแรก เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และส่งเสริมให้เกิดความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและผู้ดูแล ตลอดจนกลุ่มสมาชิกด้วยตนเอง เกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม และมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน ช่วยให้สมาชิกสามารถพูดคุย ติดต่о สื่อสาร บอกเล่าประสบการณ์ของตนขณะการเข้ากลุ่ม รู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม

กิจกรรมที่ 2 การกำหนดเป้าหมายในการออกกำลังกาย เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล เพื่อให้คำปรึกษาในการออกกำลังกาย การให้ความรู้เรื่องประโยชน์ของการออกกำลังกาย

เป็นการเพิ่มทักษะเชิงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที อันจะเกิดประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

2) ครั้งที่ 2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support)

กิจกรรมที่ 3-4 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ยาต้านเศร้า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตน มีการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที จากนั้นชี้แจงให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่บ้านในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง โดยมีญาติหรือผู้ดูแลช่วยเหลือในการจดบันทึกแล้วนำผลมาในครั้งต่อไป กิจกรรมนี้จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและร่างกาย

สัปดาห์ที่ 2

3) ครั้งที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support)

กิจกรรมที่ 5-6 การให้ความรู้เรื่อง การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และอาหารกับโรคซึมเศร้า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที อันจะเกิดประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจ

4) ครั้งที่ 4 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)

กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมการพักผ่อนและคลายความเครียด เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ฝึกประเมินสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาซึ่งทำให้เกิดความเครียด และกิจกรรมที่ช่วยให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกันอีก 30 นาที จากนั้นชี้แจงให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่บ้าน ในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง โดยมีญาติหรือผู้ดูแลช่วยเหลือในการจดบันทึกแล้วนำผลมาในครั้งต่อไป เกิดประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจ

สัปดาห์ที่ 3

5) ครั้งที่ 5 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)

กิจกรรมที่ 8 การรับความช่วยเหลือจากครอบครัว เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยให้เล่นเกมสถานการณ์จำลองเรื่อง “การขอความช่วยเหลือจากครอบครัวของเรา” เพื่อให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นถึงความช่วยเหลือด้านต่างๆของคนในครอบครัว ทั้งเรื่องความเจ็บป่วย ความทุกข์ใจ รวมถึงแรงจูงใจในการออกกำลังกาย หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ

30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคพร้อมกัน 30 นาที น่าจะเกิดประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านร่างกาย

6) ครั้งที่ 6 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)

กิจกรรมที่ 9-10 ความช่วยเหลือจากชุมชน และการปรับตัวอยู่ในชุมชน เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยให้ร่วมกันอภิปรายในประเด็นความช่วยเหลือด้านต่างๆของคนในชุมชน และปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชนกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคพร้อมกัน 30 นาที จากนั้นชี้แจงให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่บ้านในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง โดยมีญาติหรือผู้ดูแลช่วยเหลือในการจดบันทึกแล้วนำผลมาในครั้งต่อไป กิจกรรมนี้ควรเกิดประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านร่างกาย

สัปดาห์ที่ 4

7) ครั้งที่ 7 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)

กิจกรรมที่ 11 การสร้างเครือข่าย เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล ในการติดต่อให้สมาชิกให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การสร้างเครือข่ายประชาชน ให้มีทัศนคติที่ดี ตระหนัก เข้าใจ บทบาทหน้าที่และเป็นผู้มีการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยคาดหวังว่าผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมีความสามารถพึ่งพาตนเองและ อยู่ร่วมในชุมชนได้ หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคพร้อมกัน 30 นาที จากนั้นชี้แจงให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่บ้านในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง โดยมีญาติหรือผู้ดูแลช่วยเหลือในการจดบันทึกแล้วนำผลมาในครั้งต่อไป กิจกรรมนี้ควรเกิดประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมตลอดจนด้านร่างกายอีกด้วย

8) ครั้งที่ 8 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)

กิจกรรมครั้งที่ 12 การทบทวนสิ่งที่ได้รับและสะท้อนความรู้สึก เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลในกิจกรรมสุดท้าย ทำการทบทวนให้ผู้ป้วยนำความรู้ที่ได้จากการร่วมกิจกรรมกลับไปดูแลตนเองต่อไป หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคพร้อมกัน 30 นาที แจกการสิ้นสุดกิจกรรม และแจก CD การออกกำลังกาย พร้อมเล่มคู่มือการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล กิจกรรมนี้ควรเกิดประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านร่างกาย

ช่วงสุดท้ายของโปรแกรมในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยและทีมเป็นผู้นำการออกกำลังกาย ตามแนวคิดของ Schuch (2015) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) อบอุ่นร่างกาย (5 นาที) 2) ออกกำลังกาย (20 นาที) 3) ผ่อนคลายร่างกาย (5 นาที) ขณะออกกำลังกาย จะประเมินผู้ป่วยด้วยวิธี talk test เพื่อนำมา

ประเมินความหนักของการออกกำลังกาย ซึ่งควรมีค่าความหนักของการออกกำลังกายที่ระดับปานกลางขึ้นไป (ACSM, 2013)

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Burns & Grove, 2003) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder F32.0, F32.1, F32.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 อาศัยอยู่ในชุมชนและได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปและผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder F32.0, F32.1, F32.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 อาศัยในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี และได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีและผู้ดูแลหลักที่เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิต หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์ประกอบของชีวิต และการให้ความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ภายใต้วัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของผู้ป่วยขณะอาศัยอยู่ในชุมชน โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2540) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (physical domain) ด้านจิตใจ (psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม(environment) โดยมีความหมายในแต่ละด้าน ดังต่อไปนี้

ด้านร่างกาย (physical domain) หมายถึง การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึก สุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับและพักผ่อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ

ด้านจิตใจ (psychological domain) หมายถึง การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) หมายถึง การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตนั้นมีผลต่อการดำรงชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ เนื่องจากเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิตซึ่งแตกต่างกันไปใน แต่ละแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของสัว์ตน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง บุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder F32.0,F32.1,F32.2)ยึดหลักการจำแนกความผิดปกติตามเกณฑ์ ICD-10 ดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี และมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลหลัก ประกอบด้วย บิดา มารดา สามีหรือภรรยา พี่น้อง บุตร หรือญาติ ซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใดๆในการดูแลผู้ป่วย อายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งชายและหญิง อาศัยอยู่ในชุมชนเขตอำเภอเมืองจังหวัดเพชรบุรี สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัย จัดขึ้นโดยนำการสนับสนุนทางสังคมของHouse(1981) ร่วมกับโปรแกรมการออกกำลังกายตามแนวคิดของ Schuch et al.(2015) จัดเป็นกิจกรรมกลุ่มแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม ดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้งต่อเนื่อกัน 4 สัปดาห์ ทั้งหมด 8 ครั้ง รวม 12 กิจกรรม และมีการบ้านให้ผู้ป่วยกลับไปออกกำลังกายโดยมีผู้ดูแลช่วยกำกับติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมดังนี้

การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ดูแล ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ ได้นำมาใช้ในกิจกรรมต่อไปนี้

กิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลในการพบกันครั้งที่ 1 เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ และส่งเสริมให้เกิดความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและผู้ดูแล ตลอดจนกลุ่มสมาชิกด้วยตนเอง เกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม และเกิดความสัมพันธ์ที่ดี ช่วยให้สมาชิกสามารถพูดคุย ติดต่อกัน สื่อสารประสบการณ์ของตนต่อการเข้ากลุ่ม รู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน

กิจกรรมการกำหนดเป้าหมายในการออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลในการพบกันครั้งที่ 2 เพื่อให้คำปรึกษาในการออกกำลังกายการให้ความรู้เรื่องประโยชน์ของการออกกำลังกาย เป็นการเพิ่มทักษะเชิงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การให้คำแนะนำข้อชี้แจงแนวทาง ข้อเสนอแนะ และให้ข้อมูลที่สมารถนำไปใช้ ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ ซึ่งนำมาใช้ในกิจกรรมต่อไปนี้

กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ยาต้านเศร้า การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และอาหารกับโรคซึมเศร้า หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลในการพบกันครั้งที่ 3, 4, 5, 6 และ 7 ตามลำดับ เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตน มีการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน

การสนับสนุนด้านการประเมินค่า หมายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง การส่งเสริมให้ประเมินศักยภาพตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม เป็นการให้ข้อมูลย้อนป้อนกลับหรือเปรียบเทียบกับสังคม หรือนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ประเมินตนเอง ซึ่งนำมาใช้ในกิจกรรมต่อไป

กิจกรรมการพักผ่อนและวิธีคลายความเครียด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ฝึกประเมินสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาซึ่งทำให้เกิดความเครียด และกิจกรรมที่ช่วยให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมการรับความช่วยเหลือจากครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลในการพบกันครั้งที่ 8 โดยให้เล่นเกมสถานการณ์จำลองเรื่อง “แหล่งประโยชน์ในครอบครัวของเรา” เพื่อให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นถึงแหล่งประโยชน์ในการออกกำลังกายในครอบครัว

กิจกรรมการรับความช่วยเหลือจากชุมชน และการปรับตัวในชุมชน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลในการพบกันครั้งที่ 9 และ 10 ให้อภิปรายในประเด็นแหล่งประโยชน์และปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชน

การสนับสนุนด้านทรัพยากร หมายถึง การช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เงิน แรงงาน เวลา ช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชนรวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการให้บริการ ซึ่งนำมาใช้ในกิจกรรมต่อไป

กิจกรรมการสร้างเครือข่าย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลในการพบกันครั้งที่ 11 ในการติดต่อให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การสร้างเครือข่ายประชาชน ให้มีทัศนคติที่ดีตระหนัก เข้าใจบทบาทหน้าที่และเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยคาดหวังว่าผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมีความสามารถพึ่งพาตนเองและ อยู่ร่วมในชุมชนได้

กิจกรรมทบทวนสิ่งที่ได้รับและสะท้อนความรู้สึก หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลในการพบกันครั้งที่ 12 เป็นกิจกรรมสุดท้าย ทำการทบทวนให้ผู้ป่วยนำความรู้ที่ได้จากการร่วมกิจกรรมกลับไปดูแลตนเองต่อไป แจกการสิ้นสุดกิจกรรม และแจกCDการออกกำลังกาย

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จ.เพชรบุรี ดำเนินการแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และครอบครัว ซึ่งมารับการบำบัดรักษา ประกอบด้วย การ สอดถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว ให้คำแนะนำรายบุคคลเกี่ยวกับ อาการข้างเคียง การใช้จ่าย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า รวมถึงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัว โดยบุคลากรสาธารณสุข หรือพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ซึ่งจัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่บ้าน การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การให้คำแนะนำผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวตามปัญหาที่พบ การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งการรับประทานยา การรักษาต่อเนื่อง และ การมาตรวจตามนัด

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย มีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น
 2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการของพยาบาลจิตเวชในชุมชน โดยการฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การใช้องค์ความรู้และข้อมูลเชิงประจักษ์
- เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในชุมชนและประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ ต่อไป

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยครอบคลุมเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

- 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
- 1.2 สาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรคซึมเศร้า
- 1.3 อาการและอาการแสดง
- 1.4 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
- 1.5 การดำเนินโรค
- 1.6 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 1.7 ภาระของการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

- 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
- 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
- 2.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 2.5 การประเมินคุณภาพชีวิต
- 2.6 บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

- 3.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
- 3.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม
- 3.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม
- 3.4 บทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนทางสังคม
- 3.5 การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

4. แนวคิดเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

- 4.1 ความหมายของการออกกำลังกาย

4.2 วัตถุประสงค์ของการออกกำลังกาย

4.3 ชนิดของการออกกำลังกาย

4.4 ขั้นตอนของการออกกำลังกาย

4.5 การประเมินการออกกำลังกาย

4.6 ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

5. การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย

6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

การรักษาในระยะแรกเน้นที่การไต่สวนญาณชั่วร้าย การเอาเลือดออก หรือการล่ามโซ่จองจำคุมขังในโรงพยาบาลโรคจิต (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2558) ปัจจุบันมีผู้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้า ดังนี้

พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553) ให้ความหมายของโรคซึมเศร้าว่า เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ซึ่งอาการสำคัญได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า และความรู้สึกเบื่อหน่าย หดู่ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหวเชื่องช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

พิชัย อัญฐสกุล และ ศิริชัย หงส์สงวนศรี (2558) กล่าวถึง โรคซึมเศร้า คือโรคที่มีลักษณะสำคัญคือ อารมณ์เศร้า รู้สึกว่างเปล่าหรือหงุดหงิด ร่วมกับมีอาการทางกาย หรือการเปลี่ยนแปลงของ cognition ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

กรมสุขภาพจิต(2553) ได้ให้นิยามโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่ป่วยเป็นโรค Major depressive disorder ตามเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัยของ ICD (International Classification of Diseases and health related problems) ซึ่งพัฒนาโดย องค์การอนามัยโลก และ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders) พัฒนาขึ้นโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association)

สายฝน เอกวารงกูร (2554) กล่าวถึงโรคซึมเศร้า (major depression/depressive disorder/depressive illness) ว่า เกิดขึ้นโดยมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการนำ และเป็นอาการที่แสดงออกเด่นชัดที่สุด และพบว่าอาการซึมเศร้ามักเกิดร่วมกับอาการอื่นๆ ได้แก่ ขาดชีวิตชีวา ท้อแท้ หดู่ อ้างว่าง เหงา โดดเดี่ยว สิ้นหวัง สิ้นพลัง สิ้นความสามารถ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจตัวเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไร้อารมณ์

รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง และไม่ต้องการมีชีวิตอยู่ต่อไป อาจมีภาวะหลุดจากโลกของความเป็นจริง (out of reality) ได้แก่ ประสาทหลอน(hallucination) หลงผิด(delusion) การรับรู้สิ่งแวดล้อม หรือสิ่งเร้าผิด(illusion) การรู้จักตนเองลดลงหรือเสียไป(poor insight) และความสามารถในการคิด ตัดสินใจลดลง(poor judgement) อาการดังกล่าวมักเกิดขึ้นเป็นครั้งๆแล้วหายไป แต่สามารถเกิดได้บ่อยจน

สรุป โรคซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ มีความรู้สึก เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง ด้านร่างกายรู้สึกเบื่ออาหาร น้ำหนักลด จนอาจมีผลทางด้าน ความคิด รวบรวนการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือเกิดพฤติกรรมที่ทำร้ายตนเองหรือฆ่า ตัวตาย

1.2 สาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้ามีสาเหตุที่สลับซับซ้อน มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง บางคนเชื่อว่าเป็นโรคของสมอง ชนิดหนึ่ง (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2558) ซึ่งพบว่านักทฤษฎี นัก การศึกษาและนักจิตวิทยา พยายามอธิบายกระบวนการเกิดโรคซึมเศร้าตามทฤษฎีทางจิตวิทยา แบ่ง ออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ (สายฝน เอกวางกูร, 2559)

1.2.1 ด้านร่างกาย/ด้านชีวภาพ

1.2.1.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม(Genetic transmission) เชื่อว่าโรค ซึมเศร้าถ่ายทอดทางพันธุกรรม กรณีบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า ลูกมีโอกาสเกิด โรคซึมเศร้าร้อยละ 27 หากทั้งบิดามารดาเป็นโรคซึมเศร้า ลูกมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 54 คู่แฝดจากไข่ใบเดียวกันพบโรคซึมเศร้าสูงร้อยละ 70 นอกจากนี้โรคซึมเศร่ายังมีลักษณะสัมพันธ์ กับโครโมโซม x มากกว่าโครโมโซม y สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าโรคซึมเศร้าสามารถพบใน เพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 2-3 เท่า

1.2.1.2 ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory of Depression) เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการขาดสมดุลของสารสื่อประสาทสมอง(neurotransmitter) กลุ่มไปโอจินิก เอ มีนส์(biogenic amines) ได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) นอร์เอพิเนพริน (norepinephrine) และโด พามีน (dopamine) ที่มีปริมาณลดลงมากกว่าปกติ จากการมีกระบวนการดูดกลับของสารสื่อ ประสาทสมองมากเกินไป(over reuptake) ส่งผลให้บุคคลเกิดอารมณ์เศร้า นอนไม่หลับ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ในระยะยาวทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด

1.2.2 ด้านจิตใจ

1.2.2.1 ทฤษฎีปัญญานิยม(Cognitive Theory :CT) เชื่อว่าภาวะซึมเศร้า เกิดจากบุคคลสะสมความคิด การรับรู้ และความรู้สึกทางลบเกี่ยวกับตนเอง(retroflexed hostility) และสิ่งแวดล้อมเป็นเวลานานจนติดเป็นนิสัย เกิดความแปรปรวนของระบบและวิธีการคิดในลักษณะ

บิดเบือนจากความเป็นจริง 3 ประการ (cognitive triad) ได้แก่ ความคิดทางลบเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ระบบการคิดดังกล่าวส่งผลให้บุคคลมองว่าตนเองไร้ค่า ไร้ศักยภาพ ไร้ความหมาย ไร้อนาคต ไม่ควรมีชีวิตอยู่ต่อไป มองสิ่งแวดล้อมบิดเบือนไปจากความเป็นจริง ได้แก่ คนรอบข้างไม่มีความรักความเข้าใจ ตนเองเป็นส่วนเกิน แยกตัว ความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมดังกล่าวเกิดวนเวียนซ้ำ จนเกิดความผิดปกติทางจิตได้ในที่สุด

1.2.2.2 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์(Psychoanalytic Theory) โดยซิกมันด์ ฟรอยด์(Sigmund Freud) เชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากจิตใต้สำนึก (subconscious) หรือสัญชาตญาณดั้งเดิม(basic instinct) การแก้ไขพฤติกรรมทำได้โดยการเจาะลึกถึงจิตใต้สำนึกประกอบด้วย โครงสร้างบุคลิกภาพ 3 ส่วน ได้แก่ Id, Ego และ Superego ซึ่งมีความสมดุลกันในภาวะปกติ ซึ่งอธิบายว่ามีสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ ประการแรก เกิดจากการที่บุคคลขาดความสามารถในการควบคุมสัญชาตญาณของมนุษย์จากการขาดความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว ถูกกดดันด้านการแสดงออกทางเพศ หรือความรับผิดชอบชั่วดี ขาดการเลี้ยงดูที่เหมาะสมตามพัฒนาการ ประการที่สอง เกิดจากบุคคลไม่สามารถพัฒนา superego และถูกยับยั้งจากการขาดความรัก ความอบอุ่น ประสบการณ์สูญเสียหรือพลัดพรากจากสิ่งที่รัก ผูกพันและสำคัญในวัยเด็ก การพัฒนาภาพลักษณ์ของตนเองไม่เหมาะสม ใช้กลไกการเก็บกด (repression) และการโทษตนเอง(introjection) เมื่อเป็นผู้ใหญ่และต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นความสูญเสียอีกครั้ง ทำให้รู้สึก เครียด กังวล นำประสบการณ์สูญเสียครั้งใหม่เชื่อมโยงกับ ประสบการณ์สูญเสียในอดีต เกิดความรู้สึกโกรธ หันเหตความโกรธเข้าหาตนเอง รู้สึกผิด ต้อยคุณค่า นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

1.2.2.3 ทฤษฎีการสูญเสียและความเศร้าโศก (Grief and Loss) อธิบายการสูญเสีย(loss) ว่าเป็นสถานการณ์หรือภาวะที่บุคคลเผชิญกับความสูญเสียสิ่งที่มีคุณค่า และมีความสำคัญต่อชีวิต ทั้งสิ่งที่เป็นรูปธรรม(actual loss) ได้แก่ สูญเสียบุคคลสำคัญ อวัยวะ ทรัพย์สิน และสิ่งที่เป็นนามธรรม(perceive loss) ได้แก่ สูญเสียภาพลักษณ์ ความรัก ความภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ส่วนความเศร้าโศก(grief) เป็นกระบวนการตอบสนองทางอารมณ์(emotional response) ต่อประสบการณ์สูญเสียของบุคคล โดยการปรับตัวตามกระบวนการเศร้าโศก(grieving process) ดังนี้

ระยะที่ 1 ช็อคและปฏิเสธ(shock and denial) เนื่องจากไม่คาดคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นๆมาก่อน จึงปฏิเสธว่าไม่เป็นความจริง อาจแสดงออกโดยการเป็นลม หัวใจเต้นเร็ว กระสับกระส่าย เหงื่อออกมาก ไร้เรี่ยวแรง

ระยะที่ 2 โกรธ (anger) บุคคลแสดงอาการต่อต้าน ไม่พอใจอย่างรุนแรง โกรธ รู้สึกผิด ร้องไห้เมื่อเริ่มรู้สึกสูญเสีย

ระยะที่ 3 ต่อรอง (bargaining) บุคคลพยายามต่อรองหรือป้องกันการสูญเสียที่เกิดขึ้น มักใช้วิธีบนบานศาลกล่าว และต่อรองกระทำบางอย่างเพื่อแลกเปลี่ยนกับสิ่งที่สูญเสีย

ระยะที่ 4 ซึมเศร้า (depress) เกิดขึ้นหลังจากบุคคลรับรู้ถึงความสูญเสียที่เกิดขึ้น และรับรู้ได้ว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ บุคคลต้องการอยู่กับตนเอง โดดเดี่ยว เศร้าโศก

ระยะที่ 5 ยอมรับ (acceptation) บุคคลรู้สึกผิดและเสียใจกับความสูญเสียที่เกิดขึ้น แต่ยอมรับความสูญเสียตามสภาพความเป็นจริง และตั้งหลักเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่

บุคคลที่สามารถผ่านกระบวนการเศร้าโศกได้ จะสามารถก้าวผ่านวิกฤต กลับสู่สภาวะปกติได้ ตรงกันข้ามหากไม่สามารถผ่านกระบวนการเศร้าโศกได้ จะติดอยู่ที่ระยะที่ 4 นำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้าได้มากที่สุด ปฏิกริยาของความเศร้าโศกมักเกิดขึ้นประมาณ 6-12 เดือน บางรายอาจใช้เวลานานถึง 3-6 ปี

1.2.3 ด้านสิ่งแวดล้อม/สิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้น ทฤษฎีสังคม (Social Theory) ได้รับความนิยมนในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยมองว่าลักษณะสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล ได้แก่ ปัญหาความรัก การปรับตัว การทำงาน การเรียน การเงิน ความเจ็บป่วย การประสบความล้มเหลวในชีวิต ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงวัย หรือหลายสถานการณ์รวมกันเป็นสิ่งเร้า(stimuli) ที่เข้ามาคุกคามภาวะสมดุลของบุคคล ผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆได้ ส่งผลให้เกิดความเครียด ล้มเหลว รู้สึกผิด ไร้ค่า เป็นภาระของสังคม หวาดระแวงคนรอบข้าง แยกตัว และเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด

1.3 อาการและอาการแสดง

กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสมและคณะ (2560) ได้กล่าวถึงอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า ดังนี้ อาการหลัก(Core หรือ essential symptoms) ของโรคซึมเศร้าคือ อารมณ์ทางลบ ได้แก่ อารมณ์เศร้า หดหู่ ไม่สดชื่น ไม่ร่าเริง หม่นหมอง(depress mood) และอารมณ์บวกลดลงหรือหายไป(loss of interest/pleasure) หรือเรียกว่า adhedonia ได้แก่ การขาดความสนใจ ขาดความมั่นใจ ขาดความมุ่งมั่นตั้งใจ ไม่มีความกระตือรือร้น ไม่มีแรงจูงใจ ไร้ความหวัง ไม่มีความสุข ไม่มีความสุขสนุกสนานเพลิดเพลิน ไม่มีความสุขชื่นชม ไม่ยินดียินร้าย ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกสนใจ หรือเป็นสุขต่อสิ่งที่เคยรู้สึก ไม่ว่าจะ เป็นกิจวัตรประจำวันที่เคยทำหรืองานอดิเรก จะแสดงออกโดยการแยกตัว ไม่เข้าสังคม ไม่อยากพบปะหรือพูดคุยกับคน ไม่ตอบสนองต่อความชอบใจหรือพึงพอใจเช่นเคย

อาการร่วมอื่นๆ ที่สำคัญ ได้แก่ สมาธิไม่ดี ความสามารถในการคิดและความจำลดลง (poor concentration , inefficient thinking and memory problem) ลืมง่าย ซึ่งมีสาเหตุมาจากสมาธิและความตั้งใจที่ลดลง ลังเล ขาดความมั่นใจ รู้สึกคุณค่าในตนลดลง รู้สึกผิดโดยไม่สม

เหตุผลมีดมนสิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า หรือรู้สึกว่าตนเองผิด(guilt)มากๆ หรือรู้สึกผิดอย่างที่ไม่สมควรจะรู้สึกอย่างนั้น(inappropriate guilt) หรือมีความคิดวนเวียนเกี่ยวกับความตาย(suicidal idea) ผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการนอน การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการกินหรือน้ำหนัก ความสนใจและความต้องการทางเพศลดลง เมื่อยล้า อ่อนเพลีย เคลื่อนไหวเชื่องช้า เฉื่อยชาหรือกระวนกระวาย(psychomotor retardation or agitation) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการเฉื่อยชา การแสดงออกทางสีหน้าและการเคลื่อนไหวเหมือนกับไม่มีชีวิตจิตใจ และหมดอาลัยตายอยาก หากอาการเป็นมากอาจไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกเลย จนเข้าลักษณะ catatonia ได้ ในทางตรงข้าม ผู้ป่วยที่มีอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่าย นิ่งไม่ติด ผุดลุกผุดนั่ง จะเรียกว่า “agitated depression” ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนเป็น bipolar and related disorder ได้ในอนาคต

อาการของ melancholic depression ได้แก่ อารมณ์ที่อึมครึม(emotional numbness) ขาดความสนใจหรือพึงพอใจโดยสิ้นเชิง(adhedonia) เช่น ไม่รู้สึกสนุกสนานในการชมละครเช่นเดิม ตื่นเช้ามากกว่าปกติ(early morning awakening) กระวนกระวายหรือเฉื่อยชา(psychomotor retardation หรือ agitation) น้ำหนักลดลงร้อยละ 5 ของน้ำหนัก ภายใน 1 เดือน และ diurnal mood variation ซึ่งหมายถึง อาการต่างๆของภาวะ depression มีการเปลี่ยนแปลงระหว่างวัน โดยที่มีอาการมากที่สุดในตอนเช้าหรือตอนเย็น ในขณะที่ช่วงเวลากลางวันอาการจะน้อยกว่า

ใน severe depression อาจพบ mood congruent delusion และ mood congruent hallucination (อาการหลงผิดและอาการหลอนที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับอารมณ์เศร้า) เช่น ผู้ป่วยอาจมีความหลงผิดว่าตนเองผิดบาป(delusion of guilt หรือ sin) หรือเชื่อว่าตนเองเป็นภาระให้บุคคลอื่น อาการหูแว่วเป็นเสียงตำหนิว่า “เป็นคนผิด บาป ไม่ดีหรือไม่ควรมีชีวิตอยู่”

1.4 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

ในปัจจุบันระบบการจำแนกโรคทางจิตเวชที่นิยมใช้มีอยู่ 2 ระบบ ได้แก่ ระบบการจำแนกขององค์การอนามัยโรคฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th หรือ ICD-10) และระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 5th หรือ DSM -V) ในปัจจุบันทั้งสองระบบนี้มีแนวคิดส่วนใหญ่ที่คล้ายคลึงกัน(มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ดังต่อไปนี้

การวินิจฉัย Depressive episode หรือ F32 ตามเกณฑ์ของ ICD – 10 ประกอบด้วยเกณฑ์ดังต่อไปนี้ ผู้ป่วยมีอาการอารมณ์ซึมเศร้า สูญเสียความสนใจและสูญเสียความรู้สึกเพลิดเพลิน สนุกสนาน รู้สึกว่าพลังกำลังกายลดลงทำให้รู้สึกอ่อนเพลียเมื่อยล้ามากขึ้น การทำกิจกรรมต่างๆลดลง แม้ทำงานเพียงเล็กน้อยก็รู้สึกเหนื่อยง่ายและเหนื่อยมาก

พิชัย อัญญสกุล และ ศิริชัย หงส์สงวนศรี (2558) ได้อธิบายลักษณะอาการทางคลินิกและการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (DSM –V) ดังนี้ อาการด้านอารมณ์ ได้แก่ รู้สึกเศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย รู้สึกเบื่อหน่าย จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์หงุดหงิด โดยอารมณ์เหล่านี้เป็นเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป อาการด้าน neurovegetative ได้แก่ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลียทั้งวัน ผู้ป่วยหญิงอาจมีประจำเดือนผิดปกติไป ผู้ป่วยบางรายอาจนอนหลับหรือกินมากกว่าปกติ อาการด้าน psychomotor อาจมี psychomotor retardation คือ อาการเชื่องช้า เฉื่อยชาลง พูดน้อย คิดนาน ซึม อยู่เฉยๆ ได้นานๆ บางคนอาจมี psychomotor agitation คือ อาการกระสับกระส่าย อยู่เฉยไม่ได้ ลุกเดินไปมา อาการด้าน cognition สมรรถภาพของผู้ป่วยแยลง เหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดอ่านเชื่องช้า ลังเลใจ ไม่มั่นใจในตัวเอง มองโลกและชีวิตของตนเองในแง่ลบ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า แม้เป็นสิ่งที่ผู้อื่นเห็นว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย อาจมีความคิดอยากตาย ไปจนถึงการลงมือฆ่าตัวตายในที่สุด

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยต่อไปนี้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

ก. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อ โดยอย่างน้อยต้องมีข้อ 1 หรือข้อ 2 หนึ่งข้อ และมีอาการนานไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์

1. ซึมเศร้าโดยมีอาการเป็นเกือบทั้งวัน
2. ความสนใจหรือความเพลิดเพลินใจในสิ่งต่างๆลดลงอย่างมาก
3. เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือกินจุ น้ำหนักเพิ่มขึ้น มากกว่าร้อยละ 5 ใน 1 เดือน
4. นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติ
5. Psychomotor agitation หรือ retardation
6. อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
7. รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่สมเหตุสมผล
8. สมาธิลดลง ลังเลใจ
9. คิดเรื่องการตาย หรือฆ่าตัวตาย

ข. อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรือทำให้การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม หรือหน้าที่ด้านอื่นที่สำคัญบกพร่องลงอย่างชัดเจน

ค. อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางกาย หรือการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา เนื่องจากผู้ป่วยมักรู้สึกอับอายที่จะบอกว่าตนเองซึมเศร้า ซึ่งบ่งว่าตนเองอ่อนแอ หรือรู้สึกคุ้นเคยกับอารมณ์เศร้านานาน ทำให้ไม่เห็นว่าการเศร้านั้นเป็นโรค ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการปวด หรือบอกอาการได้ไม่ชัดเจน ดังนั้นการประเมินและการดูแลรักษาผู้ป่วย จึงควรตระหนักถึงทัศนคติ ซึ่งช่วยให้การวินิจฉัยแม่นยำและดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

การประเมินอาการซึมเศร้า สามารถทำตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต (2557) โดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าอย่างง่าย 2Q 8Q และ9Q ดังนี้

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)

ข้อแนะนำ ถามด้วยภาษาที่สอดคล้องกับท้องถิ่น หรือเหมาะสมกับผู้ถูกสัมภาษณ์ ควรถามให้ได้คำตอบทีละข้อ ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม และให้ผู้ประเมินกาเครื่องหมาย “✓” ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับบริการ

คำถาม	เครื่องมือการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2Q	มี	ไม่มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ “ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่”		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ “ท่านรู้สึก เบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่”		

- ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
- ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2)

หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)

แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

ข้อแนะนำ ถามด้วยภาษาที่สอดคล้องกับท้องถิ่น หรือเหมาะสมกับผู้ถูกสัมภาษณ์ ควรถามให้ได้คำตอบทีละข้อ ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ จากนั้นรวมคะแนนแล้วแปลผลตามตารางแปลผล พร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือการดูแลรักษาในขั้นตอนต่อไป หมายเหตุ เน้นการถามเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ลำดับ	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็น ทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือ ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลง จนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
รวม					

หมายเหตุ - กรณีคะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถามต่อ

- กรณีคะแนน 9Q ≥ 13 ให้พิจารณาส่งพบจิตแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

- 0-6 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 7-12 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย
- 13-18 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ≥ 19 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)

ลำดับ	ระยะเวลา		ไม่มี	มี
1	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	คิดอยากตาย หรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	อยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	0	6
		(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ให้ถามต่อ) ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือบอกได้ไหมว่าจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	ได้ 0	ไม่ได้ 8
4	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	0	9
6	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ได้พยายามฆ่าตัวตาย โดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8	ตลอดชีวิตที่ผ่านมา	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
รวม				

- 0 ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 1-8 มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย
- 9-16 มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง
- ≥ 17 มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับรุนแรง

1.5 การดำเนินโรค

กรมสุขภาพจิต(2557) พบว่า อายุที่เริ่มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วง 20-25 ปี (Median age of onset) จากการศึกษาลักษณะการดำเนินโรคของโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะการศึกษาธรรมชาติของโรครยะยาว (Long-term naturalistic studies) โรคซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยที่เรื้อรังยาวนานตลอดชีวิต (Life long illness) มีอาการเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ เมื่อได้รับการรักษาอาการก็ทุเลา และสามารถกลับเป็นซ้ำได้อีกและประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการอยู่ตลอดเวลา (No remission) การเกิดอาการซึมเศร้าในครั้งแรก (First episode) นั้น มักจะเกิดหลังการประสบเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต และจะไม่เกิดรุนแรงทันทีทันใด โดยทั่วไปอาการซึมเศร้านั้นจะค่อยๆเพิ่มความรุนแรง หลังจากมีอาการซึมเศร้าทุเลาหายไปแล้ว หากภายในระยะเวลา 6 เดือน มีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นอีกครั้ง จะเรียกว่า **การกลับซ้ำ (Relapse)** ซึ่งจากการติดตามผู้ป่วย Major Depression ที่อาการทุเลาหายแล้วพบว่าอัตราการกลับซ้ำมีร้อยละ 22 การ

กลับเป็นใหม่ (Recurrent) หมายถึง การเกิดอาการครั้งใหม่ ภายหลังจากอาการซึมเศร้า ครั้งก่อนหายไปแล้วนานกว่า 6 เดือน

1.6 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

พิชัย อัญญสกุล และ ศิริชัย หงส์สงวนศรี(2558) กล่าวถึงการรักษาโรคซึมเศร้า ได้แก่ การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy:ECT) และจิตบำบัด ซึ่งได้ผลดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับ การพิจารณาตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล แบ่งออกเป็น 3 ด้านดังนี้ (สายฝน เอกวารงกูร, 2559)

1.6.1 การบำบัดด้านร่างกาย(physical therapies)ประกอบด้วย

1.6.1.1 การรักษาด้วยยา (medication) การใช้ยาเหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงและระดับเป็นโรค ยาต้านอารมณ์ซึมเศร้า (antidepressant drug) มีผลโดยตรงต่อกระบวนการยับยั้งการดูดกลับ(reuptake)ของซีโรโทนิน ทำให้อาการซึมเศร้าลดลง ปัจจุบันยาที่นิยมใช้สำหรับบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ตามลักษณะโครงสร้างทางเคมี และวิธีการออกฤทธิ์ ได้แก่ กลุ่มที่ 1 Monoamine Oxidase Inhibitors(MAOIs) กลุ่มที่ 2 Tricyclic and Tetracyclic Antidepressants(TCAs) กลุ่มที่ 3 Selective Serotonin Reuptake Inhibitors(SSRIs) และกลุ่มที่ 4 Newer Antidepressants(NAs)

1.6.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) มุ่งเน้นการปรับภาวะสมดุลของสารสื่อประสาทสมอง โดยใช้กระแสไฟฟ้าเป็นตัวบำบัด ผู้รักษาจะเลือกใช้เฉพาะกรณีที่เป็นเท่านั้น เช่น ผู้ที่มีอาการ 1)ซึมเศร้าระดับรุนแรงจนมีหรืออาจมีอันตรายจากการพยายามฆ่าตัวตาย 2)ไม่สามารถรับประทานยาได้ 3)ไม่ตอบสนองต่อการบำบัดด้วยยา คือรับประทานยาต้านอารมณ์เศร้าแล้วไม่ได้ผลหรือได้ผลน้อย และ 4) ผู้ที่มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น หวาดระแวง(paranoid) หลงผิด(delusion) ประสาทหลอน(hallucination)

1.6.1.3 การจำกัดพฤติกรรม(setting limit) เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ควบคุมตัวเองไม่ได้ ทำร้ายตนเอง เริ่มจากการประเมินภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและคุกคามความปลอดภัยทั้งของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจความจำเป็นของการจำกัดพฤติกรรม ยืนยันในระยะห่างพอควร ประเมินศักยภาพของตนเองและแหล่งช่วยเหลือ ดำเนินการผูกมัดด้วยเทคนิคที่ปลอดภัย จากนั้นดูแลอย่างใกล้ชิด เยี่ยมทุก 30 นาที เพื่อประเมินอาการ ความรู้สึก การควบคุมตนเองผู้ดูแลควรเลิกผูกมัดทันทีพร้อมหาวิธีส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ระบายความกดดันในจิตใจอย่างสร้างสรรค์

1.6.2 การบำบัดด้านจิตใจหรือการทำจิตบำบัด(psychotherapy) เป็นกระบวนการบำบัดช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรู้จัก เข้าใจตนเอง สาเหตุของปัญหาตามสภาพความเป็นจริง

สามารถแก้ไขปัญหา ผ่านกระบวนการปรับเปลี่ยนวิธีคิด สามารถวิเคราะห์ แยกแยะสถานการณ์ชีวิต ตัดสินใจเลือก และฝึกทักษะการปฏิบัติให้เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสม ดังแนวคิดต่อไปนี้

1.6.2.1 การบำบัดทางปัญญา(Cognitive Therapy:CT) พัฒนาโดยอารอน เบค (Aron Beck)ในปี ค.ศ.1960 เชื่อว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลสะสมความคิด บิดเบือนทางลบกับตนเอง(negative view of the future)ในลักษณะวนเวียน ซ้ำไปมา กระบวนการทางปัญญามุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดทางลบ ผลกระทบ เรียนรู้เทคนิค พัฒนาทักษะและความสามารถด้านการปรับเปลี่ยนความคิดทางลบ ให้เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสมขึ้น

1.6.2.2 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy:CBT) เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นให้บุคคลปรับเปลี่ยนรูปแบบ วิธีการ และกระบวนการคิด ที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยมีหลักการคือ สะท้อนให้ผู้ป่วยมองเห็นความคิด อารมณ์ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงการเกิดโรคซึมเศร้า พร้อมกับสร้างความตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องแก้ไข การให้ความรู้ สาเหตุ กระบวนการบำบัดด้วยวิธีการเปิดรับทางความคิดในสถานการณ์จริง การบำบัดความคิด การจัดการกับอาการซึมเศร้าที่ซับซ้อน การกำหนดกิจกรรม เทคนิคการคิดและพฤติกรรมที่ช่วยจัดการโรคซึมเศร้า ฝึกทักษะการใช้เทคนิคต่างๆ และการมอบการบ้านให้ทำ

1.6.2.3 การทำจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล(Interpersonal Psychotherapy : IPT) มุ่งเน้นการบำบัดด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เริ่มจากให้ผู้ป่วยเลือกสถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดปัญหา ความสูญเสีย ความเศร้าโศก จากนั้นเชื่อมโยงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ที่เลือกกับความขัดแย้งระหว่างบุคคลที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ร่วมกันค้นหาแนวทางเพื่อลดภาวะซึมเศร้าด้วยการปรับตัวและแก้ไขความขัดแย้งระหว่างบุคคล โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเข้าใจ ตลอดจนสามารถพัฒนาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เหมาะสม

1.6.2.4การบำบัดโดยการแก้ปัญหา(Problem-Solving Therapy) มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการแก้ปัญหา โดยเรียงลำดับความสำคัญ ความรุนแรง ผลกระทบแล้ว ร่วมกันแก้ปัญหา ฝึกทักษะการจัดการปัญหาในรูปแบบต่างๆ

1.6.2.5การให้คำปรึกษา (Counseling) มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัดระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้ป่วย เอื้อให้เกิดกระบวนการค้นหา ทำให้กระจ่าง เข้าใจ แก้ไข ปัญหา ความขัดแย้งการพินัยจากความรู้สึกเจ็บปวด

1.6.3 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (milieu therapy) มีความสำคัญเนื่องจากสิ่งแวดล้อมถือเป็นสิ่งเร้าภายนอกที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความรู้สึก อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม หลักการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้า มีดังนี้

1.6.3.1 การสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นมิตร ปลอดภัย เอื้อต่อการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล ป้องกันการแยกตัว ช่วยให้บุคคลเกิดความไว้วางใจ(trust) ถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญสูงสุด

1.6.3.2 คุณลักษณะของผู้บำบัด เป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ผู้บำบัดควรมีลักษณะจริงใจ เป็นมิตร สม่ำเสมอ ให้ความเวลา เปิดใจรับฟังความรู้สึก ไม่แสดงท่าทีหรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกยุ่งยาก ไม่ตั้งใจฟัง ไม่เข้าใจ ไม่มีเวลา และรู้สึกเป็นภาระ

1.6.3.3 การจัดกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสมสามารถถึงความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลับมาอีกครั้ง ไม่หมกมุ่นอยู่กับความคิดทางลบ สิ่งแวดล้อม และอนาคต กิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเป็นกิจกรรมเสริมสร้างความคิดด้านบวกและความภูมิใจในตนเอง

1.7 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย การประเมิน วินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ดังต่อไปนี้(จารุณี อินทฤทธิ์, 2556)

1.7.1 การประเมิน(Assessment) การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยซึมเศร้า มุ่งที่ระดับอารมณ์เศร้าว่าอยู่ในระดับใด โดยการพิจารณาจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย 4 ด้าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแบ่งระดับอารมณ์เศร้า

อารมณ์เศร้ายกระดับต่ำ (Mild depression)			
ด้านร่างกาย	ด้านอารมณ์	ด้านความคิด	ด้านพฤติกรรม
รับประทานอาหารน้อย หรือรับประทานอาหาร มากเกินไป นอนไม่หลับ หรือนอนมากเกินไป ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บหน้าอก	ไม่ ส ต ซึ่ น ห ม่ น ห ม อ ง ความรู้สึกโกรธ วิต ก กั ง ว ล ผิดหวัง รู้สึกผิด ล้มเหลว เศร้า และหมดหวัง	คิดกังวล หมกมุ่นคิด ซ้ำกับการสูญเสีย ตำหนิตนเองและผู้อื่น ความรู้สึกขัดแย้งในใจ	น้ำตาไหล มีพฤติกรรมถดถอย กระสับกระส่าย แยกตัว

อารมณ์เศร้าระดับกลาง (Moderate depression)			
ด้านร่างกาย	ด้านอารมณ์	ด้านความคิด	ด้านพฤติกรรม
<p>คลื่นไส้ อาเจียน หรือรับประทานอาหารมากเกินไป นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป พฤติกรรมการนอนผิดปกติ ประจำเดือนขาด ความพึงพอใจทางเพศลดลง ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บอก เจ็บท้อง ไม่มีพลังกำลัง เมื่อยล้า ห่อเหี่ยวใจ มีความรู้สึกดีในตอนเช้าและเลวลงในตอนกลางวัน ระบบการสื่อสารผิดปกติ</p>	<p>ความรู้สึกละแฉังใจ จิตใจห่อเหี่ยว สิ้นหวัง มีมมองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ</p>	<p>กระบวนการคิดเชิงซ้ำ ไม่ค่อยมีสมาธิหรือขาดความสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ย้ำคิดย้ำทำ คิดวกวน มองโลกในแง่ร้าย พูดแสดงออกด้วยคำพูดหรือพฤติกรรมในทางทำร้ายตนเอง</p>	<p>เคลื่อนไหวเชิงซ้ำ ถดถอย พูดซ้ำหรือไม่พูด คิดถึงแต่ความทุกข์ของตน แยกตัว ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สนใจสุขอนามัยตนเองน้อย เพิ่มการใช้สารเสพติด พยายามจะทำร้ายตนเอง</p>
อารมณ์เศร้าระดับรุนแรง (Severe depression)			
ด้านร่างกาย	ด้านอารมณ์	ด้านความคิด	ด้านพฤติกรรม
<p>การย่อยอาหารช้า ท้องผูก ไม่ปัสสาวะ ประจำเดือนขาด เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักตัวลด นอนไม่หลับ ตื่นเช้ามิด รู้สึกไม่สดชื่นตอนเช้า และรู้สึกดีขึ้นตอนกลางวัน ระบบการสื่อสารเสื่อม</p>	<p>รู้สึกสิ้นหวัง ไร้ค่า เฉยเมย โดดเดี่ยว รู้สึกเศร้ามากจนไม่มีทางจะดีขึ้นได้เลย ไม่รู้สึกยินดี ยินร้ายใดๆทั้งสิ้น</p>	<p>มีความคิดหลงผิด โดยเฉพาะหลงผิดคิดว่าผู้อื่นคิดร้ายตนเอง หลงผิดว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ สับสน ตัดสินใจไม่ได้ ไม่มีสมาธิต่อสิ่งใดๆ ประสาทหลอน ต่ำหนีดตนเอง คิดร้ายตนเอง</p>	<p>การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ ถดถอยมักยืนที่อเฉย การเคลื่อนไหวไม่มีจุดหมาย เดินซ้ำ ยืนหรือนั่งท่าใดจะอยู่ในที่นั้นนานๆ หลงผิด ไม่สนใจสุขอนามัยของตนเอง แยกตัวจากสังคม ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น</p>

1.7.2 การวินิจฉัยการพยาบาล(Nursing diagnosis) จากการประเมิน พยาบาลสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในลักษณะต่างๆได้ดังนี้

1.7.2.1 เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าสิ้นหวัง

1.7.2.2 สภาพอารมณ์เศร้าอย่างเรื้อรัง การระบายปัญหาและการปรับตัว

ไม่เหมาะสม

1.7.2.3 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย

1.7.2.4 การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นบกพร่องเนื่องจากขาดความสนใจ

สิ่งแวดล้อม

1.7.2.5 การรับรู้สภาพแวดล้อมและการตัดสินใจบกพร่อง เนื่องจาก

ความคิดหลงผิด ประสาทหลอน

1.7.2.6 การดูแลสุขภาพอนามัยกิจวัตรประจำวันไม่เหมาะสม หรือ

บกพร่อง

1.7.2.7 การได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอ

1.7.2.8 การนอนหลับพักผ่อนแปรปรวน

1.7.2.9 ขาดความสนใจในการดูแลตนเองและสุขภาพอนามัย

1.7.2.10 มีความไม่สุขสบายทางร่างกายทั่วไป เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง

เจ็บหน้าอก

1.7.3 การวางแผนการพยาบาล(Planning)มีการวางแผนระยะสั้นและระยะยาว

ดังนี้

วัตถุประสงค์ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล มุ่งเน้นการป้องกันอันตราย

1) ประเมินโอกาสเสี่ยงของการทำร้ายตนเอง

2) วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาที่ประเมินได้

3) จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ปราศจากสิ่งกระตุ้นให้เกิดอันตราย

4) อยู่กับผู้ป่วย ดูแลใกล้ชิด และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย ในขณะที่

ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ หรือเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมหวาดกลัว

5) กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์และสิ่งที่เป็นปัญหา

6) สังเกตและบันทึกพฤติกรรมโดยละเอียด

7) วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ในการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย

- การเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง และไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว

โดยเฉพาะในช่วงที่ซึมเศร้ามาก

- การดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย
- การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ 2 ผู้ป่วยสามารถระบายปัญหาและปรับตัวอย่างเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมการปรับตัว

- 1) ประเมินระดับความเศร้า
- 2) สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ใส่ใจกับการสื่อสารทั้งคำพูดและกริยาท่าทีที่

แสดงต่อผู้ป่วย มีความสม่ำเสมอ ทักทายทุกวัน เรียกชื่อถูกต้อง อยู่กับผู้ป่วย รับฟังอย่างใส่ใจ ใช้เทคนิคการสนทนาที่กระตุ้นการแสดงความคิดเห็น

- 3) จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ความต้องการลอารมณ์เศร้า
- 4) สอนให้ผู้ป่วยระบายความต้องการและอารมณ์เศร้าอย่างเหมาะสม
- 5) ช่วยผู้ป่วยค้นหาสาเหตุของปัญหาความเศร้า
- 6) ให้อาตามแผนการรักษาและประเมินประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของยา

วัตถุประสงค์ 3 ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดีมี

พฤติกรรมเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล มุ่งเน้นสร้างเสริมคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมที่ดี

1) สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด แสดงออกถึงการยอมรับผู้ป่วย ใส่ใจกับการสื่อสารทั้งคำพูดและกริยา ท่าทีที่แสดงออกต่อผู้ป่วยในทางที่ลดทอนคุณค่า ศักดิ์ศรี มีความสม่ำเสมอ ทักทายทุกวัน เรียกชื่อที่ถูกต้อง อยู่กับผู้ป่วย รับฟังอย่างใส่ใจและเป็นมิตร

2) ให้การยอมรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และให้เวลาในการปรับตัว

3) สนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ เห็นผลสำเร็จในระยะสั้น

4) สอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้การตั้งเป้าหมายระยะสั้นตามความสามารถของตนเอง

5) ให้แรงเสริมทางบวก เมื่อเห็นพฤติกรรมที่ดีของผู้ป่วย และข้อมูลย้อนกลับ

ต่อการแสดงพฤติกรรมต่างๆอย่างเหมาะสม

6) วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจและคุณค่าในตนเองแก่ผู้ป่วย

- ความใส่ใจ การให้เวลา กำลังใจ
- เปิดโอกาสให้ระบายความคับข้องใจ ไม่ซ้ำเติม
- ลดความคาดหวัง ยอมรับ อดทนต่อการแสดงออกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- ควรหลีกเลี่ยงการให้ผู้ป่วยตัดสินใจเรื่องที่สำคัญ จนกว่าอาการจะดีขึ้น
- ส่งเสริมให้เห็นคุณค่าของตนเอง
-

วัตถุประสงค์ที่ 4 ผู้ป่วยสนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้น มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นมากขึ้น
กิจกรรมการพยาบาล มุ่งเน้นฟื้นฟูทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การ
เข้าร่วมกิจกรรม

- 1) สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด แบบหนึ่งต่อหนึ่ง เพื่อเตรียมพร้อมที่จะมี
สัมพันธภาพกับผู้อื่นต่อไป
- 2) กระตุ้นให้ผู้ป่วยสนทนาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม หรือบุคคลรอบตัวอย่าง
สม่ำเสมอ และรับฟังอย่างใส่ใจ
- 3) จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะทางสังคม และสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น
เช่น แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักผู้ป่วยอื่น ให้ร่วมกิจกรรมกลุ่มโดยเริ่มจากกลุ่มเล็กๆที่มีสมาชิก 2-3 คน
ก่อน เมื่อมั่นใจจึงเพิ่มสมาชิกให้มากขึ้น

วัตถุประสงค์ 5 ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยและกิจวัตรประจำวันได้
มากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล มุ่งเน้นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการรักษาสุขภาพ
อนามัยด้วยตนเอง

- 1) เข้าใจและยอมรับสภาพของผู้ป่วย โดยไม่ใช้ความคิดของพยาบาลตัดสิน
- 2) กระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และรักษาสุขภาพ
ของตนเองในเรื่อง การรักษาความสะอาดของร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การ
ขับถ่าย การดูแลความเรียบร้อยของเครื่องนอน และของใช้ส่วนตัว
- 3) กำหนดตารางเวลาในการทำกิจวัตรประจำวันร่วมกับผู้ป่วยและกระตุ้นหรือ
ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ตามเวลาที่กำหนดไว้
- 4) ให้แรงเสริมทางบวกทันที เมื่อเห็นพฤติกรรมที่ดีในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวัน
- 5) วางแผนร่วมกับผู้ป่วย ญาติ เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพตนเองของผู้ป่วย
อย่างต่อเนื่อง
 - ออกกำลังกาย 30-45 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์
 - เลือกทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดี เช่น ฟังเพลง ทำงานอดิเรก
 - พูดคุยกับคนที่ไว้ใจ
 - ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่างๆ

- วางเป้าหมายการทำงานที่เหมาะสม เป็นขั้นตอนง่ายๆ
- มองโลกในแง่ดี ไม่ด่วนตัดสินใจเรื่องสำคัญในช่วงที่ซึมเศร้า
- รับประทานอาหารที่มีประโยชน์
- หลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ กาแฟ อาหารหวานจัด
- ทำกิจกรรมกับเพื่อนญาติ และคนในครอบครัว
- พักผ่อนให้เพียงพอไม่อดนอน

1.7.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เน้นหลักการสำคัญคือ การป้องกันอันตราย ความปลอดภัย การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง การสอนและให้คำปรึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรม ฟันฟูทักษะการดำรงชีวิตในสังคม และการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม รวมถึงการจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.7.4.1 ระยะฉุนเฉียว (Acute phase) 6-12 สัปดาห์ มุ่งเน้นการลดภาวะซึมเศร้า ฟันฟูสภาพด้านจิตสังคม การทำหน้าที่ด้านต่างๆของผู้ป่วย อาจต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

1.7.4.2 ระยะต่อเนื่อง (Continuation phase) 4-9 เดือน มุ่งเน้นการป้องกันการกำเริบซ้ำ โดยการรักษาด้วยยา การสอนและให้คำปรึกษา และการบำบัดรักษาทางจิต

1.7.4.3 ระยะระคับระคอง (Maintenance phase) 1 ปีขึ้นไป มุ่งเน้นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

1.7.5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นการพิจารณาความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลว่าบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใด และนำผลการประเมินมาพิจารณาดำเนินการตามวงจรกระบวนการพยาบาล จนกว่าการดูแลผู้ป่วยจะสิ้นสุด

ส่วนแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของ อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2554) มีดังนี้

1. การประเมินสภาวะซึมเศร้า และหาสาเหตุ
2. หลักการพยาบาล กำหนดแนวทางช่วยเหลือ เป็น 2 ระยะคือ

2.1 กำหนดเป้าหมายระยะสั้น

- 2.1.1 เน้นการป้องกันการทำร้ายตนเอง
- 2.1.2 ให้ความช่วยเหลือถ้าผู้ป่วยเสียใจจนขาดสติ
- 2.1.3 ให้กำลังใจสนับสนุนช่วยเหลือ
- 2.1.4 เน้นการปรับตัวกับสถานการณ์ การระบายปัญหา
- 2.1.5 ฝึกทักษะการเผชิญปัญหา

2.2 กำหนดเป้าหมายระยะยาว

2.2.1 ทำความเข้าใจปัญหา และฝึกการเผชิญปัญหา

2.2.2 สร้างคุณค่าและเป้าหมายในตนเอง

3. การพยาบาลผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า ประกอบด้วยหลักการพยาบาล 5 ขั้นตอน ดังนี้

3.1 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า โดยประเมินทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (affective) ด้านพฤติกรรม (behavior) ด้านความคิด (cognitive) ด้านสรีรวิทยา (physiological) ซึ่งมีแนวทางการประเมิน ดังนี้

3.1.1 อารมณ์เศร้าตามสถานการณ์ (Transient depression) เป็นความรู้สึกเศร้าเมื่อบุคคลรู้สึกผิด หรือเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาในชีวิตประจำวันที่ผิดหวัง ล้มเหลว หรือไม่สมปรารถนา บุคคลจะมีลักษณะดังนี้

ด้านอารมณ์ ผิดหวัง หงุดหงิด เศร้าใจ

ด้านพฤติกรรม เศร้า เสียใจ ร้องไห้

ด้านความคิด ความคิดหมกมุ่นอยู่กับความผิดหวัง

ด้านสรีรวิทยา เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า

3.1.2 อารมณ์เศรียรระดับต่ำ (Mild depression) เป็นอารมณ์เศร้าที่เริ่มเบี่ยงเบนจากความเศร้าปกติ มีอาการเศร้าต่อเนื่อง และเพิ่มขึ้นกว่าระดับแรก ดังนี้

ด้านอารมณ์ มีความรู้สึกโกรธ วิตกกังวล รู้สึกผิด ผิดหวัง ล้มเหลว เศร้า และหมดหวัง

ด้านพฤติกรรม น้ำตาไหล พฤติกรรมถอยหลัง กระสับกระส่ายแยกตัว

ด้านความคิด ความกังวล หมกมุ่นอยู่กับการสูญเสีย ต่ำหนิตนเองและผู้อื่น ความรู้สึกขัดแย้งใจ

ด้านสรีรวิทยา คลื่นไส้ อาเจียน หรือรับประทานอาหารมากเกินไป นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บหน้าอก

3.1.3 อารมณ์เศรียรระดับกลาง (Moderate depression) เป็นอารมณ์เศร้าที่แสดงถึงปัญหาการปรับตัวเพิ่มสูงขึ้น และเริ่มมีความผิดปกติ ดังนี้

ด้านอารมณ์ ความรู้สึกเศร้า จิตใจห่อเหี่ยว ไม่มีแรง สิ้นหวัง มีคิมนมองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ

ด้านพฤติกรรม เคลื่อนไหวเชิงซ้ำ ถดถอย พุดซ้ำหรือไม่พุด รำพึง รำพันแต่ความทุกข์ของตน แยกตัว ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สนใจสุขอนามัย ตนเองน้อย เพิ่มการใช้สารเสพติด พยายามจะทำร้ายตนเอง

ด้านความคิด กระบวนการคิดเชิงซ้ำ ไม่ค่อยมีสมาธิหรือขาดความสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ย้ำคิดย้ำทำ คิดวกวน มองโลกในแง่ร้าย แสดงออกด้วยคำพูดหรือพฤติกรรมในทางทำร้ายตนเอง

ด้านสรีรวิทยา คลื่นไส้ อาเจียน หรือรับประทานอาหารมากเกินไป นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากไป พฤติกรรมการนอนผิดปกติ ประจำเดือนขาด ความพึงพอใจทางเพศลดลง ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บอก เจ็บท้อง ไม่มีพลังกำลัง อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ห่อเหี่ยวใจ มีความรู้สึกตีในตอนเช้าและเลวในตอนกลางวัน ระบบสื่อสารผิดปกติ

3.1.4 อารมณ์เศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) เป็นอารมณ์เศร้ามาก และรุนแรงแสดงอาการผิดปกติต่างๆ ดังนี้

ด้านอารมณ์ รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีคุณค่า เฉยเมย โดดเดี่ยว รู้สึกเศร้ามากจนไม่มีทางจะดีขึ้นเลย ไม่รู้สึกยินดีในร้ายใดๆทั้งสิ้น

ด้านพฤติกรรม พฤติกรรมการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ ถดถอย มักยืนท้อเฉย การเคลื่อนไหวไม่มีจุดหมาย เดินซ้ำ ยืนหรือนั่งทำไต่จะอยู่ทำนั้นนานๆ หลงผิด ไม่สนใจสุขภาพอนามัยของตน แยกตัวจากสังคม ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ด้านความคิด มีความคิดหลงผิด โดยเฉพาะหลงผิดคิดว่าผู้อื่นคิดร้ายต่อตนเอง หลงผิดว่าตนเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ สับสนตัดสินใจไม่ได้ ไม่มีสมาธิต่อสิ่งใดๆ ประสาทหลอนตำหนิตนเอง และคิดร้ายตนเอง

ด้านสรีรวิทยา การเคลื่อนไหวร่างกายเชิงซ้ำ เฉื่อยชา การย่อยอาหารช้า ท้องผูก ไม่มีปัสสาวะ ประจำเดือนขาด น้ำหนักตัวลด นอนไม่หลับ ตื่นเช้ามีต รุสึกเลวในตอนเช้าและรู้สึกดีขึ้นตอนกลางวัน ระบบการสื่อสารประสาทเสื่อม

3.2 การวินิจฉัยการพยาบาล จากข้อมูลที่ประเมินได้ พยาบาลสามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนการพยาบาล โดยกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ดังนี้

3.2.1 พฤติกรรมการเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองจากความรู้สึกที่ว่าตนเองไร้ค่า โกรธ และแปลเหตุการณ์ผิดจากความเป็นจริง

3.2.2 การสูญเสียหน้าที่การทำงาน ปฏิเสธการสูญเสีย การระบายความโกรธไม่เหมาะสม คิดซ้ำๆกับสิ่งที่สูญเสีย ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้

3.2.3 ขาดความสนใจในการดูแลสุขอนามัยของตนทุกด้าน รวมถึงการดูแลด้านบุคลิกภาพ และการแต่งกาย

3.2.4 ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ ความรู้สึกถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครช่วยเหลือได้ คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองโลกในแง่ร้าย

3.2.5 ไม่มีพลังกำลัง กระบวนการในการทำหน้าที่ต่างๆเสีย ขาดการควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่างๆ

3.2.6 แยกตัวจากสังคม ล้มเหลวในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีพฤติกรรมยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง กลัวการปฏิเสธ ไม่กล้าสื่อสารกับผู้อื่น

3.2.7 กระบวนการคิดผันแปร แยกตัว บุคลิกภาพอ่อนแอ ต่ำหีนและทำโทษตนเอง มองคนในแง่ลบ ความคิดสับสน ไม่มีสมาธิ ไม่สามารถแก้ปัญหาต่างๆได้ หลงผิด

3.3 การวางแผนการพยาบาล มีการวางแผนทั้งในระยะสั้น และระยะยาว มีวัตถุประสงค์กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ของการพยาบาล ดังนี้

3.3.1 การวางแผนระยะสั้น

3.3.1.1 การป้องกันอันตราย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นทั้งภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัวของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล ควรประกอบด้วย

1) จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย สะอาด และปราศจากสิ่งกระตุ้น
2) อยู่กับผู้ป่วย ดูแลและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้

3) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สร้างความไว้วางใจและเป็นมิตรกับผู้ป่วย

4) กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความทุกข์และสิ่งที่เป็นปัญหา

5) วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

3.3.1.2 การสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมการปรับตัว เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยระบายปัญหาและปรับตัวอย่างเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล ควรประกอบด้วย

- 1) ประเมินระดับความเศร้า
- 2) จัดสภาพการณ์ให้ผู้ป่วยระบายความต้องการและอารมณ์เศร้า
- 3) สอนให้ผู้ป่วยระบายความต้องการและอารมณ์เศร้าอย่างเหมาะสม
- 4) ช่วยผู้ป่วยสืบค้นต้นเหตุของปัญหาและความเศร้า

3.3.1.3 การส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี และพัฒนาคุณค่าในตนเอง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดีมีพฤติกรรมเหมาะสม และเพิ่มคุณค่าในตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล ควรประกอบด้วย

- 1) การช่วยเหลือปัญหาการนอนหลับจากอารมณ์เศร้า วิดกกังวล กลัวนอนไม่หลับ ตื่นเช้ามีด ไม่ได้พักผ่อน
- 2) การช่วยเหลือดูแล เรื่องการจัดอาหารให้เหมาะสม ส่งเสริมการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตน สนใจดูแลตนเอง หวีผม เปลี่ยนเสื้อผ้า

3.3.2 การวางแผนระยะยาว มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ละเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต การวางแผนระยะยาวมุ่งเน้นการพัฒนาผู้ป่วยดังนี้

3.3.2.1 การพัฒนาคุณค่าในตนเอง สนับสนุนความสามารถในการทำงาน การเผชิญปัญหา และการปรับตัวในครอบครัวและสังคม เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ชีวิตตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล ควรประกอบด้วย

- 1) ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมายการพยาบาล สนับสนุนการพูดและขยายความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมและดูแลตนเองของผู้ป่วย
- 2) สนับสนุนเป้าหมายในทางบวกของผู้ป่วยที่เป็นไปได้ และกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติ

3.3.2.2 การส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง และคุณค่าแห่งตน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่จะสนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย และความพึงพอใจของตน

กิจกรรมการพยาบาล ควรประกอบด้วย

- 1) การยอมรับและไม่ตำหนิเมื่อผู้ป่วยระบายอารมณ์โกรธ
- 2) สนับสนุนให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาและการสูญเสีย
- 3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสวงหาสิ่งสนับสนุนในการจัดการกับสภาพปัญหาของตน เช่น การยึดมั่นหลักการทางศาสนา

4) กระตุ้นผู้ป่วยให้อภิปรายแนวทางปฏิบัติที่สามารถแสวงหาได้โดยพยาบาลร่วมพิจารณาสนับสนุนแนวคิดที่เหมาะสม

5) สร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่า ไม่ได้อยู่ตัวคนเดียว เมื่อรู้สึกว่ตนขาดก็ยังมีแหล่งที่สามารถช่วยเหลือได้

6) ทดสอบความมั่นใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถใช้แหล่งบริการในชุมชนอย่างเหมาะสม

ผลลัพธ์ของการพยาบาล ในการวางแผนการพยาบาล จะกำหนดเป้าหมายของกิจกรรมการพยาบาลไว้ ในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล จะมุ่งประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลที่พฤติกรรมต่างๆ ดังเกณฑ์ต่อไปนี้

- 1) ผู้ป่วยไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งในร่างกายได้รับอันตราย
- 2) ผู้ป่วยอภิปรายการสูญเสียกับบุคลากรและครอบครัว
- 3) ผู้ป่วยไม่มีความคิดซ้ำอยู่กับที่ในเรื่องการสูญเสีย
- 4) ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้กับตนเอง
- 5) ผู้ป่วยพยายามปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ
- 6) ผู้ป่วยควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่างๆได้
- 7) ผู้ป่วยระบายความรู้สึกพึงพอใจ
- 8) ผู้ป่วยพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 9) ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความจริงได้
- 10) ผู้ป่วยแก้ปัญหาได้
- 11) ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการขาดอาหาร
- 12) ผู้ป่วยนอนหลับได้ 6-8 ชั่วโมง/คืน
- 13) ผู้ป่วยอาบน้ำ ทำความสะอาดผม และแต่งกายสะอาดโดยไม่ต้องมี

ผู้ช่วยเหลือ

3.4 การปฏิบัติการพยาบาล เน้นหลักการที่สำคัญ ดังนี้

3.4.1 การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยมีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง ทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัย จากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ จัดบุคลากรดูแลให้อยู่ในสายตา

3.4.2 การใช้เทคนิคการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วยรายบุคคล สร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

3.4.3 การสอนผู้ป่วย ใช้เทคนิคการสอนรูปแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัว ต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

3.4.4 การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันและการดำเนินชีวิตในสังคม

3.4.5 การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะการดำรงชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

3.4.6 การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย และครอบครัวเมื่อมีปัญหา ภายหลังจำหน่าย

การปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวทุกขั้นตอน พยาบาลต้องใช้เทคนิคและหลักการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคล โดยในระยะแรก จำเป็นต้องเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตามต้องพิจารณาถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แม้จะกำหนดแผนการพยาบาลไว้อย่างดีแล้ว พยาบาลต้องสังเกต ทบทวน และประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

3.5 การประเมินผล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาลอาศัยการรวบรวมข้อมูลโดยใช้คำถามดังตัวอย่างต่อไปนี้

3.5.1 ผู้ป่วยยังมีอันตรายที่พึงหลีกเลี่ยงอีกไหม

3.5.2 ผู้ป่วยยังมีความคิดทำร้ายตนเองอีกไหม

3.5.3 ผู้ป่วยรู้จักที่จะแสวงหาแหล่งช่วยเหลือนอกโรงพยาบาลอีกไหม เมื่อเกิดความรู้สึกคิดทำร้ายตนเอง

3.5.4 ผู้ป่วยได้อภิปรายเรื่องการสูญเสียของตนกับบุคลากรและบุคคลในครอบครัวบ้างไหม

3.5.5 ผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกและพฤติกรรมของตนที่เกิดขึ้นเมื่อมีอาการเศร้าได้หรือไม่

3.5.6 ผู้ป่วยมีความคิดซ้ำๆในเรื่องของการสูญเสียอยู่อีกไหม

3.5.7 ความโกรธจากการสูญเสียของผู้ป่วยได้มีการระบายออกอย่างเหมาะสมไหม

3.5.8 ผู้ป่วยสามารถกำหนดเป้าหมายของตนที่เป็นไปได้ ได้ไหม

3.5.9 ผู้ป่วยสามารถพูดถึงตนเองในทางบวกทั้งในอดีต ปัจจุบัน อนาคตได้ไหม

3.5.10 ผู้ป่วยสามารถบอกถึงเหตุการณ์ในชีวิตที่จะควบคุมได้ไหม

- 3.5.11 ผู้ป่วยสามารถร่วมในกิจกรรม เช่น กิจกรรมทางศาสนา และพึงพอใจในสิ่งสนับสนุนเหล่านั้นเพียงใด
- 3.5.12 ผู้ป่วยพยายามมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสมหรือไม่
- 3.5.13 ผู้ป่วยอยู่ในความเป็นจริง และไม่มีอาการหลงผิดหรือไม่
- 3.5.14 ผู้ป่วยมีสมาธิและตัดสินใจในการดูแลตนเองได้ดีเพียงใด
- 3.5.15 ผู้ป่วยเลือกและบริโภคอาหารที่มีคุณค่าอย่างพอเพียงหรือไม่
- 3.5.16 ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนและตื่นนอนได้เป็นปกติหรือไม่
- 3.5.17 ผู้ป่วยแสดงให้เห็นถึงการปรับตัวที่ดีด้านสุขอนามัย และการมองชีวิตในทางบวกหรือไม่เพียงใด
- 3.1.18 ผู้ป่วยยังบ่นเกี่ยวกับอาการทางร่างกายอีกบ้างไหม

2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก (The WHO group, 1994) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อ ส่วนบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ(2540) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต คือ ระดับของการมีชีวิตที่ดี มีความสุข และความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคมเป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน

Ferrans and Power (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกผาสุกของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจแต่ละด้านของชีวิต และการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบต่างๆ ในชีวิต

UNESCO (1993, อ้างถึงใน ชุมพร ฉ่ำแสง และคณะ, 2555) ได้นิยามคุณภาพชีวิต หมายถึงระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคม และระดับความพึงพอใจ ในความต้องการส่วนหนึ่งของมนุษย์ ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงเป็นระดับของการมีชีวิตที่ดี มีความสุข ความพึงพอใจ ในชีวิต และสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ในการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม

Padilla and Grant (1985 อ้างถึงใน ปรางทิพย์ ภักดีศิริไพรวัลย์, 2559) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงได้ตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำงานที่ต่างๆ ของร่างกาย ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพความพอใจในชีวิต และ

ความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม ซึ่งคาดว่า คุณภาพชีวิตนั้นเป็นชื่อใหม่ของความดั้งเดิม (Old Notion) ซึ่งเรียกกว้างๆ ว่าการเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) คือ การเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง และสิ่งแวดล้อมตามสภาพทั่วไป ในด้านส่วนบุคคล คุณภาพชีวิตจะแสดงออกในรูปของความต้องการ (Want) เมื่อได้รับการตอบสนองแล้วทำให้บุคคลนั้นๆ มีความสุข หรือความพึงพอใจ แต่ในทางสังคมและสภาพแวดล้อมการมีชีวิตอย่างมีคุณภาพต้องไม่เป็นภาระหรือก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม

Nicholas Bennet (1975, อ้างถึงใน พรานทิพย์ ภักดีศิริไพโรวัลย์, 2559) ได้อธิบายถึง ชีวิตที่มีคุณภาพแทนคุณภาพชีวิต โดยกล่าวว่า คนที่แตกต่างกันทางวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ย่อมให้ความหมายคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ไม่มีวิธีการตายตัวใดๆ ที่จะวัดคุณภาพชีวิตของบุคคล Nicholas Bennet จึงได้แบ่งชีวิตที่มีคุณภาพออกเป็น 2 ระดับ

1. ระยะแรก เกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต ได้แก่ ความจำเป็นพื้นฐาน อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม สุขภาพ มีความมั่นคง และอิสระจากความไม่ถูกต้อง

2. ระดับสอง เกี่ยวข้องกับความต้องการซึ่งเป็นที่พอใจของแต่ละบุคคลเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 มีค่านิยมที่เหมาะสมกลมกลืนกับสังคม วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ เป็นสิ่งที่ซึ่งแต่ละบุคคลสามารถใช้เป็นรากฐานการตัดสินใจอันสำคัญของชีวิต

2.2 มีความสมดุลระหว่างความปรารถนาและความเป็นไปได้ที่จะบรรลุถึงความปรารถนา

2.3 การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

โดยสรุปแล้วคุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์ประกอบของชีวิตและการให้ความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมภายใต้วัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมของแต่ละบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ความหมายของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย สุวัฒน์ มหัตตนิรันดร์กุลและคณะ (2540) เนื่องจากแนวคิดนี้ได้รับการแปลและดัดแปลงมาใช้ในงานวิจัยอย่างกว้างขวางในประเทศไทย โดยสามารถนำมาใช้ได้กับบุคคลทั่วไปและในผู้ป่วยทั้งทางกายและทางจิต

2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

สุวัฒน์ มหัตตนิรันดร์กุลและคณะ(2540) ได้ระบุถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย(WHOQOL-BREF-THAI)ประกอบ 4 องค์ประกอบ ดังนี้

2.2.1 ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึก สุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับและพักผ่อน

ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

2.2.2 ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

2.2.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

2.2.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต

Ferrans and Power (1992) ได้สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่เกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถในการดำรงชีวิต การทำหน้าที่ในกิจกรรมต่างๆ บทบาทในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากภาวะสุขภาพ

2. ด้านสังคมสังคมและเศรษฐกิจ เป็นสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล ประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เป็นการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่างๆ ในชีวิต ประกอบด้วย ความพึงพอใจในตนเอง

4. ด้านครอบครัว เป็นสภาพของสัมพันธภาพในครอบครัวของบุคคล

องค์การอนามัยโลก (The WHO group, 1994) แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตในแบบวัด WHOQOL-100 ไว้ 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง

3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (level of independence) คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องการพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (spirituality religion/personal beliefs) คือ รวมไปถึงการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่างๆของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตนั้นมีผลต่อการดำรงชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิตซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละแนวคิด การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของสุวัฒน์ มัทธนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

มีงานวิจัยที่กล่าวถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนี้

Aydemir et al.(2009) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 74 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตาม DSM-IV ใช้แบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของแฮมิลตัน (HAM-D) , (MOS SF-36) และ EuroQol 5-D (EQ-5D) ในการวัดคุณภาพชีวิต ผลการศึกษา: ในการประเมินคุณภาพชีวิตพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคะแนนต่ำกว่าคนปกติอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้านผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประเภทที่มีกำเริบบ่อยๆมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าในแง่ของการทำงานทางกายภาพการรับรู้สุขภาพทั่วไป คุณภาพชีวิตลดลงเมื่อความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น เนื่องจากการรับรู้สุขภาพร่างกายลดลง

IsHak et al.(2011) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการการค้นหาคำหลักที่เกี่ยวข้องสำหรับที่ผ่านมา 26 ปี ทบทวนวรรณกรรมเชิงประจักษ์ที่จะนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการวัดคุณภาพชีวิต การด้อยค่า ผลกระทบของโรคและการรักษาที่ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าคุณภาพชีวิตได้รับผลกระทบอย่างมากจากภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เป็นส่วนสำคัญในการลดระดับของคุณภาพชีวิต เมื่อภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นควบคู่ไปด้วยโรคทางจิตเวชและโรคอื่น ๆ การรักษาโรคซึมเศร้าเพื่อเพิ่มระดับของคุณภาพชีวิต ในขั้นตอนการรักษาแบบเฉียบพลัน แต่คุณภาพชีวิตยังคงต่ำเมื่อเทียบกับคนสุขภาพดี แม้ในขณะที่อาการบรรเทาแล้ว สรุป: ผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าได้รับความทุกข์ทรมานจากระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ แม้ในภายหลังจากลดความรุนแรงของอาการลงแล้ว ดังนั้นแพทย์จึงควรให้การประเมินคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญส่วนหนึ่งของการรักษาภาวะซึมเศร้า จำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบปัจจัยที่มีผลต่อ คุณภาพชีวิต ที่ไม่ดีใน

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อพัฒนาวิธีการทดลองเพื่อปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้การศึกษารักษาในอนาคตของโรคซึมเศร้ามีหรือไม่มีโรคประจำตัวร่วมกันควรติดตาม คุณภาพชีวิตเนื่องจากเป็นตัววัดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดของความสำเร็จในการรักษา

อังคาร ศรีชัยรัตนกุล (2543)ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงจำนวน 217 คน ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา และโรงพยาบาลศรีธัญญา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ 1) แบบประเมินคุณภาพชีวิต 2) แบบวัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ผลการศึกษา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน จำนวน 43 คน และผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง จำนวน 174 คน พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง ไม่แตกต่างกัน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน คือ ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และการมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรังคือ การมีโรคแทรกซ้อน,ระยะเวลาการป่วย และระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

Pan et al. (2012) ศึกษาการทำนายคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่สำคัญประกอบด้วย แรงจูงใจส่วนบุคคล จิตสังคม การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้อง และ เวลา ผลการศึกษาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม อันเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกของความสามารถ ความรู้สึกของการเรียนรู้ การใช้ยาต้านเศร้า และ ทรัพยากรสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยทำนาย อย่างมีนัยสำคัญในด้านรายละเอียดของคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความรุนแรงของอาการ ความรู้สึกของความสามารถ และ ความรู้สึกของการเรียนรู้

2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

มีผู้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนี้

Sung & Yeh (2007) ทำการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าในไต้หวัน จำนวนทั้งสิ้น 181 คน วัดระดับคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก(แบบสั้น)(WHOQOL-BREF) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้แก่ การสมรส ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่น้อยลง การสนับสนุนทางสังคมที่ดีขึ้นและการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคซึมเศร้าต้องเน้นเพื่อพัฒนากลยุทธ์ที่เหมาะสม ในการปรับปรุงประสิทธิภาพของคุณภาพชีวิตและการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

Chung et al. (2009) คุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากภาวะซึมเศร้าเป็นผลกระทบจากปัจจัยสี่ประการ กล่าวคือ: ทรานซาปในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม การเรียนรู้ และอาการซึมเศร้า ได้คัดเลือกผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 237 คน จากผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคเหนือของไต้หวัน ปัจจัยที่สำคัญสำหรับคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านได้แก่ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้ากับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางตรงและทางอ้อม ในขณะที่พบว่าทรานซาปมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยความรุนแรงของอาการซึมเศร้า, การเรียนรู้และการสนับสนุนทางสังคม สรุปได้ว่าการปรับปรุงประสิทธิภาพในทุกด้านของคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากภาวะซึมเศร้าสามารถทำได้โดยการจัดหาโปรแกรมมุ่งเป้าไปที่ลดทรานซาปและการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยตลอดจนเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมและการเรียนรู้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกที่จะนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายมาใช้เพื่อลดความรุนแรงของโรคและให้การสนับสนุนทางสังคมที่ดีขึ้นซึ่งคาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในทุกด้าน

2.5 การประเมินคุณภาพชีวิต การประเมินคุณภาพชีวิตมีเครื่องมือทั้งประเภทประเมินภาวะสุขภาพแบบมิติเดียว หรือประเมินแบบหลายมิติซึ่งแต่ละประเภทมีเครื่องมือหลายชนิดดังต่อไปนี้ (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554)

2.5.1 เครื่องมือประเมินแบบมิติเดียว(Unidimensional Health Status Measures) หมายถึง เครื่องมือที่ประเมินสุขภาพเพียงมิติเดียว อาจเป็นคำถามเพียงคำถามเดียว หรือมีหลายคำถามแล้วรายงานเป็นคะแนนรวม ดังต่อไปนี้

2.5.1.1 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย เช่น Katz Index และ Barthel Index โดยจะประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการดูแลตนเอง

2.5.1.2 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ จะประเมินอารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบ ได้แก่ เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า มีหลายชนิด เช่น Beck Depression

2.5.1.3 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านสังคม เช่น Social Support Survey เป็นแบบสอบถามจำนวน 20 ข้อ เกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางสังคม

2.5.1.4 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านความจำ เช่น เครื่องมือ Mental Status Questionnaire

2.5.1.5 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านการนอนหลับ เช่น เครื่องมือ Pittsburgh Sleep Quality Index(PSQI)

2.5.1.6 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านจิตวิญญาณ เช่น เครื่องมือ McGill Quality of Life Questionnaire

2.5.1.7 เครื่องมือประเมินความปวด เช่น เครื่องมือ Visual Analog Scale ที่มีสเกลตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และ 10 หมายถึงปวดมากที่สุด

2.5.2 เครื่องมือประเมินหลายมิติ (Multidimensional Health Status Measure) คือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในทุกๆมิติ ได้แก่

2.5.2.1 Short Form Health Survey-36(SF-36) เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุดในโลก มีความเที่ยง และความตรงที่ดี การรายงานคะแนนจะรายงานตามมิติจำนวน 8 มิติ โดยแต่ละมิติจะมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน โดยที่คะแนนมาก หมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า Ware และคณะได้ออกแบบสอบถามฉบับย่อคือ SF-12 คือ มีคำถามเพียง 12 ข้อ

2.5.2.2 Sickness Impact Profile(SIP) เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่มีความไวเพียงพอที่จะประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ มีคำถามทั้งหมด 136 ข้อ ประกอบด้วย 12 มิติย่อย มีข้อเสียคือ แบบสอบถามยาวเกินไป และไม่มีแปลเป็นภาษาไทย

2.5.2.3 Nottingham Health Profile (NHP) เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นที่ประเทศอังกฤษ มีคำถามทั้งหมด 45 ข้อ

2.5.2.4 WHOQOL-BREF เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก โดยครั้งแรกได้ออกแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปที่เรียกว่า WHOQOL-100 ซึ่งแบบย่อมีทั้งหมด 26 คำถาม

2.5.2.5 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – BREF –THAI ประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์ อื่น ๆ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด

ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะ ได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

การให้คะแนน การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 9 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

สรุป เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยเลือกใช้ เป็นแบบ WHOQOL-BREF ซึ่งแปลและทดสอบเครื่องมือโดยสุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุลและคณะ ซึ่งสามารถประเมินคุณภาพชีวิตทั้ง 4 มิติได้ครบถ้วนและข้อคำถามเข้าใจง่ายมีจำนวนไม่มากจนเกินไป

2.6 บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (สายฝน เอกวรารังกูร, 2558) พยาบาลมีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ดังนี้

2.6.1 ด้านร่างกาย ประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การแสดงออกทางคำพูด การเคลื่อนไหว ดูแลให้รับประทานอาหารและยาตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา และการมาตรวจตามนัด กระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากรับประทานอาหาร โดยดูแลความสะอาดปากและฟัน ดูแลให้รับประทานอาหารตามเวลาครบ 3 มื้อ สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายและร่วมกิจกรรมกลุ่มกายบริหาร กลุ่มนันทนาการ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความสำคัญของการรับประทานยาและผลข้างเคียง

2.6.2 ด้านจิตใจ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดด้วยท่าที่เป็นมิตร อบอุ่น มั่นคง สนทนาเพื่อการบำบัด (interaction) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และเข้าใจปัญหาของตนตามสภาพความเป็นจริง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ รวมทั้งค้นหาสาเหตุที่เป็นปัญหา ฝึกทักษะให้ผู้ป่วยพูดแสดงอารมณ์ความรู้สึกของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้ ด้วยเทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสม

2.6.3 ด้านสังคม จัดกิจกรรมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด ประคับประคอง กลุ่มเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง หรือกิจกรรมกลุ่มบำบัดต่างๆ เพื่อให้รู้สึกมีคุณค่า มีความมั่นใจที่จะเข้าสังคม และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข การมอบหมายงานให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม เช่น เช็ดโต๊ะ เก็บแก้วน้ำ

2.6.4 ด้านสิ่งแวดล้อม จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและปลอดภัย ปราศจากสิ่งกระตุ้นและรบกวน จัดเก็บอุปกรณ์ที่อาจเป็นเครื่องมือในการทำร้ายตนเอง เช่น อุปกรณ์ที่มีลักษณะเป็นสาย ของที่แตกหักหรือสามารถใช้เป็นอาวุธ ของแหลม ของมีคม ในห้องผู้ป่วย เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน

3. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด เพราะการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับนั้นจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มีอารมณ์มั่นคง เกิดความรู้สึกมั่นใจในตัวเอง และสามารถแก้ปัญหาได้เหมาะสม นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวจะส่งเสริมให้บุคคลมีความกล้าที่จะเผชิญกับความเครียด โดยช่วยจัดหาข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ ตลอดจนทางเลือกที่เหมาะสม ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

House (1981) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การให้การดูแลและการให้ความเชื่อถือไว้วางใจ การยอมรับนับถือ เห็นถึงคุณค่า และการให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล วัตถุประสงค์หรือบริการต่างๆ ตลอดจนให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

นันทภัก ชนะพันธ์ (2556) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า คือ การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน คนสำคัญ หรือบุคคลอื่นในสังคม ด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และเครื่องมือสิ่งของบริการ ช่วยให้บุคคลรับรู้ว่ามีคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Thoit (1986) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับความช่วยเหลือจากการมีการติดต่อสัมพันธ์กันของบุคคลในสังคมในด้านอารมณ์สังคมด้าน

ข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ซึ่งการสนับสนุนจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

Cobb (1976) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้รับรู้ว่าคุณเองมีบุคคลที่ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นถึงคุณค่า ยกย่องนับถือ และรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลมีการติดต่อสัมพันธ์กัน ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์สังคม สิ่งแวดล้อม ข้อมูลข่าวสาร ทำให้รู้สึกได้รับการยอมรับ และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

3.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันด้านต่างๆ ทำให้เกิดความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งทำให้เกิดการไว้วางใจกัน ประกอบด้วยการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ดูแล ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ แสดงความห่วงใย สอบถาม รับฟังความรู้สึก

2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง การส่งเสริมให้ประเมินศักยภาพตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับหรือเปรียบเทียบกับสังคม หรือนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ประเมินตนเอง เช่น ประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพโดยฝึกทักษะในการแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ ในการจัดการกับปัญหา

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) คือ การให้คำแนะนำข้อชี้แจงแนวทาง ข้อเสนอแนะ และให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ

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

Cobb (1976) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าคุณเองได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านการเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าของตนเอง

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (socially support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่าด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรซึ่งมีความครอบคลุมความจำเป็นขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ต้องการจากการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะต้องรับจากบุคคลในครอบครัวในการช่วยส่งเสริมพฤติกรรมอาการออกกำลังกายอีกด้วย

3.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม มีผู้พัฒนาเครื่องมือไว้ ได้แก่

3.3.1 เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb ลักษณะของเครื่องมือ เป็นเรื่องสั้น 16 ชุด แต่ละชุดมีคำตอบให้เลือก 5 ลำดับ จะนำคะแนนที่ได้จากคำตอบ 16 ชุด มา รวมกันเป็นคะแนนรวมซึ่งหมายถึงปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่แต่ละคนได้รับ เครื่องมือชุดนี้ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไปไม่สามารถวัดเครือข่ายทางสังคมได้

3.3.2 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของจิราพร รักการ (2549) ใช้แนวคิดของ House (1981) เพื่อใช้วัดการเผชิญการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สรุปในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของจิราพร รักการ (2549) ใช้แนวคิดของ House (1981)

3.4 บทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง วิธีการปฏิบัติของพยาบาลที่ช่วยในการส่งเสริมป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยใช้แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) มีความสำคัญในการลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นในการดูแลตนเอง (Rose, 2000) ประกอบไปด้วย 4 ด้านคือ

3.4.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การพยาบาลที่แสดงออกถึง การยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความไว้วางใจ สอบถาม รับฟังความรู้สึกเมื่อผู้ป่วยกำลังเผชิญกับปัญหาหรือความเครียด

3.4.2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) คือ การพยาบาลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับข้อมูลย้อนกลับ เพื่อช่วยให้เกิดการประเมินตนเอง เปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเอง และปรับปรุงผลการปฏิบัติของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

3.4.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) คือ การพยาบาลที่ให้ความคำแนะนำ ชี้แจงแนวทาง ข้อเสนอแนะ และให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์

3.4.4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) คือ การพยาบาลที่ช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าการตนเองได้รับความช่วยเหลือโดยตรงในด้านเครื่องอำนวยความสะดวกในการดูแลสุขภาพของตนเอง ได้แก่ การช่วยเหลือด้านวัสดุอุปกรณ์ ช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการ

3.5 การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี มาจากการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม ในด้านการสนับสนุนด้าน อารมณ์ (Emotional Support) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) และการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) จากสมาชิกในครอบครัว ญาติ พี่ น้อง รวมถึง บุคคลากรทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย ดังจะพบได้จากผลของการสนับสนุน ทางสังคมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผู้ป่วยจะได้รับอิทธิพลจากครอบครัวกล่าวคือ ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับญาติและมีญาติช่วยดูแล จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ (ลิธัว, 2553) จากงานวิจัย ของ Voils et al. (2005) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์และ ด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและการมีปฏิสัมพันธ์กับ ครอบครัวน้อยจะทำให้คุณภาพชีวิตต่ำ Beck et al. (1979)

Resnick (2002) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย พบว่านอกจากครอบครัวที่มีส่วนช่วยสนับสนุนแล้ว เพื่อน ผู้เชี่ยวชาญ มีอิทธิพลทำให้เกิดการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการได้พูดคุยระหว่างผู้ป่วยกับผู้นำด้านสุขภาพจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

4. แนวคิดเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายมีความจำเป็นสำหรับทุกคน ช่วยให้บุคคลมีความสมบูรณ์แข็งแรงขึ้น ซึ่งมีผลดีต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งยังส่งเสริมคุณภาพชีวิตอีกด้วย (เทพประสิทธิ์ กุลธวัชวิชัย, 2556)

4.1 ความหมายของการออกกำลังกาย

สนทยา สีละมาต(2557) ให้ความหมายการออกกำลังกายว่า เป็นกิจกรรมทางกายที่มีคุณลักษณะสำคัญคือ มีแบบแผน มีระบบ และมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อปรับปรุงหรือคงรักษาสมรรถภาพทางกาย (physical fitness) อย่างใดอย่างหนึ่ง

วีรวัดน์ คำแสนพันธ์ , อริญชัย พรหมเทพ(มปป.) ได้ให้ความหมายของ การออกกำลังกาย หมายถึง กิจกรรมของร่างกายที่ช่วยสร้างเสริม และคงไว้ซึ่งสุขภาพและความแข็งแรงของร่างกาย การออกกำลังกายช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและระบบไหลเวียนโลหิต รวมทั้งสร้างเสริมทักษะทางกีฬา การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยสร้างเสริมระบบภูมิคุ้มกันและช่วยป้องกันโรคต่างๆ เช่นโรคหัวใจ, โรคระบบไหลเวียนโลหิต, เบาหวาน, และโรคอ้วนนอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยสร้างเสริมสุขภาพจิตและลดความเครียดได้

มันส์ ยอดคำ(2548) ให้ความหมายของ การออกกำลังกาย หมายถึง การประกอบกิจกรรมใดๆ ที่ทำให้ร่างกายหรือส่วนต่างๆ ของร่างกายเกิดการเคลื่อนไหว และมีผลให้ระบบต่างๆ ของร่างกายเกิดความสมบูรณ์ แข็งแรงและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กล่าวโดยสรุป การออกกำลังกาย หมายถึง กิจกรรมทางกายที่มีแบบแผน มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ สามารถช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายและจิตใจได้

4.2 วัตถุประสงค์ของการออกกำลังกาย

แต่ละบุคคลจะมีแรงบันดาลใจหรือแรงจูงใจในการออกกำลังกายแตกต่างกัน การสร้างเสริมการออกกำลังกาย (exercise promotion) จึงอาจต้องให้คำแนะนำบุคคลให้มีเหตุผลที่จะออกกำลังกายซึ่งได้แก่

4.2.1 ความรู้สึกพึงพอใจในร่างกายตนเอง (Physical Self-esteem) การเห็นคุณค่าของตนเอง จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของตนเอง ผู้ที่มีความรู้สึกพึงพอใจในร่างกายตนเองสูง จะให้คุณค่ากับรูปร่าง สุขภาพ และมีความต้องการที่จะปรับปรุงและรักษาสภาพร่างกายของตนเอง การปรับปรุงสมรรถภาพทางกายของตนเอง เช่น การเพิ่มขึ้นของความแข็งแรงหรือการมีรูปร่างที่สมส่วน จะช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกพึงพอใจในร่างกายของตนเองมากขึ้น

4.2.2 การควบคุมน้ำหนักร่างกาย (Weight Control) การออกกำลังกายจะมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจึงช่วยลดน้ำหนักลงได้ แต่ควรควบคุมการรับประทานอาหารด้วย และหากน้ำหนักร่างกายไม่ลดลงตามที่มุ่งหวังไม่ควรเลิกออกกำลังกาย แต่ควรลดปริมาณการรับประทานอาหารที่ไม่จำเป็นต่อร่างกาย

4.2.3 สุขภาพ(Health) การคาดหวังที่จะมีสุขภาพที่ดี และปรับปรุงสุขภาพของตนเองเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้บุคคลออกกำลังกาย ผู้ที่มีความเชื่อว่าการออกกำลังกายช่วยปรับปรุงสุขภาพและสุขภาวะ(well-being) ดังนั้นวิธีการที่จะช่วยเพิ่มแรงจูงใจให้บุคคลที่ต้องการปรับปรุงสุขภาพโดยการออกกำลังกาย คือ การให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่สัมพันธ์กับการออกกำลังกายเป็นประจำ เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการลดต่ำลงของไขมันในร่างกายและความดันเลือด และวิธีการที่ดีที่จะปรับปรุงสุขภาพคือ การออกกำลังกาย หรือการเพิ่มกิจกรรม

4.2.4 ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม(Social relation) การออกกำลังกาย เป็นการใช้เวลาด้วยกันกับเพื่อน สมาชิกในครอบครัว ซึ่งพบว่า เกือบ ร้อยละ90 ของผู้ออกกำลังกายมีความต้องการออกกำลังกายกับเพื่อนหรือกลุ่ม มากกว่าที่จะออกกำลังกายเพียงลำพังการออกกำลังกายด้วยกันทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเชื่อมโยงและรับผิดชอบที่จะออกกำลังกายต่อไปและเป็นการสนับสนุนทางสังคม(social support) ซึ่งกันและกัน

4.2.5 ความสนุกสนาน(Enjoyment) การออกกำลังกายจะทำให้เกิดความสุขสนุกสนานตามมา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดึงดูดให้มีการออกกำลังกายต่อไป ซึ่งการออกกำลังกายทำให้มีความสุขและได้รับความพึงพอใจ จะช่วยให้บุคคลมีการติดการออกกำลังกาย

4.3 ชนิดของการออกกำลังกาย

ชนิดของการออกกำลังกายที่บุคคลชื่นชอบ และขนาดของการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยสำคัญที่ควรพิจารณาเมื่อจัดโปรแกรมการออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่บุคคลชื่นชอบ มีความสนุกสนาน และได้ผลตามจุดมุ่งหมายของการออกกำลังกาย จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพอารมณ์ และเพิ่มประโยชน์ทางด้านจิตใจ (เทพประสิทธิ์ กุศลวิชัย, 2556)

4.3.1 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) เป็นการออกกำลังกายที่มีระยะเวลาพอสมควร ควรทำต่อเนื่องกัน ต้องหนักพอ และนานพอ ดังนี้ หนักพอ คือให้ออกกำลังกายให้หนักประมาณ 70 - 75 % ของความสามารถสูงสุดของอัตราการเต้นของหัวใจของแต่ละบุคคล ซึ่งจะดูได้จากการจับชีพจร (ที่ข้อมือหรือที่คอ) ชีพจรต้องเต้นจนถึงขนาดกำหนดตามอายุของแต่ละบุคคล (หากอายุมากขึ้น จะมีชีพจรสูงสุดในการทำงานลดลง)จึงจะถือว่าการออกกำลังกายนั้นเพียงพอ ตัวอย่างเช่น ในการคำนวณหาความสามารถสูงสุด = $220 - \text{อายุ}$ เช่น คนอายุ 25 ปี มีความสามารถสูงสุด = $220 - 25 = 195$ และ $70 - 75\%$ ของ $195 = 136 - 140$ ครั้ง ต่อนาที นานพอ คือ เมื่อออกกำลังกายจนชีพจรขึ้นไปถึงระดับที่กำหนดแล้ว ก็ทำติดต่อกันไปเรื่อยๆ โดยคงชีพจรไว้อย่างน้อยระดับนี้ เป็นเวลา 15 - 20 นาที ก็ใช้ได้ ทั้งนี้เพื่อให้ร่างกายได้ใช้ออกซิเจนไปช่วยเผาผลาญให้เกิดพลังงาน (ปิติ พูนชัยศรี, 2554)

4.3.2 การฝึกด้วยน้ำหนัก(Weight Training)

4.3.3 การออกกำลังกายที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการหายใจ(Change in Breathing Pattern Exercise)แต่ไม่ใช่การออกกำลังกายแบบแอโรบิก(non-aerobic exercise)เช่น โยคะจี้กง

4.3.4 การออกกำลังกายที่ไม่มีการแข่งขัน(Non-Competitive Exercise)

4.3.5 การออกกำลังกายที่เคลื่อนไหวเป็นจังหวะ (Rhythmic Exercise)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2554) ได้กล่าวถึง การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย (Exercise therapy : ET) หมายถึง แผนการจัดให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การวิ่ง

เหยาะ การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน โดยกำหนดความหนักในระดับปานกลางคือ ร้อย ละ 60 -80 ของอัตราการเต้นของชีพจรสูงสุด (HRmax) ความถี่อย่างน้อย 3 วัน/ สัปดาห์ ใช้เวลา 30 นาที ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งมีการศึกษาแบบ Systematic review ของ RCT ที่พบว่า การออกกำลังกายแบบ aerobic นาน 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ด้วยความหนัก 60-80% ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดต่อเนื่องอย่างน้อย 8 สัปดาห์จะมีประโยชน์ในการรักษาโรคซึมเศร้า และจากคำแนะนำระดับสูงของ Clinical Practice Guideline Ministry of Health Malaysia ที่ระบุว่า ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลาง แนะนำให้รับการบำบัด แบบ Exercise therapy และจากคำแนะนำระดับกลางของการหลักฐานทางวิชาการเดียวกันระบุว่า Exercise therapy สามารถแนะนำให้แพทย์ใช้เป็นทางเลือกในการรักษา ได้เหมือนกับการรักษาด้วยยา ถ้าผู้ป่วยสมัครใจ นอกจากนี้ยังมีการศึกษา RCT ที่พบว่า การออกกำลังกายแบบ Aerobic ที่ใช้พลังงาน 7.0 kcal/kg/week หรือ 17.5 kcal/kg/week ด้วยความถี่ 3 วัน/สัปดาห์ ต่อเนื่องเป็นเวลา 12 สัปดาห์ สามารถลดอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วย Mild to Moderate depression อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษา RCT ที่มีการทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเปรียบเทียบ 4 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 supervised aerobic exercise , กลุ่มที่ 2 home-based aerobic exercise กลุ่มที่ 3 รักษาด้วย SSRI (sertraline) ในขนาดเริ่มต้น 50mg/day และกลุ่มที่ 4 Placebo นาน 16 สัปดาห์ ผลพบว่า แต่ละกลุ่มมีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร่าลดลง แต่เมื่อพิจารณาถึงอัตราการหาย ทุเลา ผลพบว่าในผู้ป่วยที่ได้รับยา sertraline มีอัตราสูงที่สุด รองลงมาคือกลุ่ม supervised aerobic exercise therapy และ home-based aerobic exercise ตามลำดับ อย่างไรก็ตามจากหลักฐานทางวิชาการที่เป็นปัจจุบันที่สุดในเรื่อง Exercise for depression (Review) ผลพบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ exercise therapy มีข้อจำกัดในขนาดของประชากร และรูปแบบวิธีการดำเนินการวิจัย ในการวัดผลลัพธ์ของการบำบัดโรคซึมเศร้า จึงไม่เพียงพอที่จะสรุปได้ว่า exercise therapy สามารถลด อาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ

ขั้นตอน วิธีการบำบัดด้วยการออกกำลังกาย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนการบำบัด และขั้นตอน การประเมินผลการบำบัด คือ

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 การคัดเลือกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับการรักษาด้วยการออกกำลังกายควรพิจารณาคุณสมบัติของ ผู้ป่วยดังนี้

1.1.1 มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย (Mild) ถึงปานกลาง (Moderate)

1.1.2 ไม่เป็นโรคที่ห้ามออกกำลังกาย เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคถุงลมโป่งพอง ระยะเวลารุนแรง โรคหัวใจล้มเหลว หัวใจทำงานผิดปกติ Major stroke พิกัดไม่เป็นโรคแขนขา และข้ออักเสบ รวมทั้งประวัติสุขภาพที่ต้องระวังเมื่อออกกำลังกาย เช่น มีความดันโลหิตสูง

ตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป มีอาการของโรคหัวใจ เช่น เจ็บหน้าอก หัวใจวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ มีกระดูกข้อและกล้ามเนื้อเสื่อม/อักเสบเรื้อรัง โรคเบาหวานที่ด้วยรักษาด้วยอินซูลิน

1.2 เตรียมความพร้อมอุปกรณ์ดังนี้ 1.2.1 เครื่องเดินสายพาน (Treadmill) และจักรยานนั่งปั่นกับที่ (cycling) ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เดินออกกำลังกายหรือปั่นจักรยาน เพื่อประเมินค่าอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดต่อการออกกำลังกายแต่ละครั้ง 1.2.2 อุปกรณ์ส่งเสริมการออกกำลังกาย เช่น เทปเพลง เครื่องเสียง

2. ขั้นตอนการบำบัด

2.1 ประเภทของการออกกำลังกาย (type) คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก

2.2 วิธีการออกกำลังกาย (mode) ประกอบด้วย เดิน วิ่ง วิ่งเหยาะ ออกกำลังกายแบบลงน้ำหนักประกอบดนตรี และปั่นจักรยาน โดยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการออกกำลังกาย ตามความชอบและความเหมาะสมกับความสามารถในการออกกำลังกายของแต่ละคน

2.3 ความถี่ของการออกกำลังกาย (frequency) ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องอย่างน้อย 8 สัปดาห์ และเพื่อให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องควรมีการออกกำลังกายไปจนครบ 16 สัปดาห์

2.4 ขั้นตอนของการออกกำลังกาย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

2.4.1 ระยะเวลาอบอุ่นร่างกาย (warm up phase) ใช้เวลา 10 นาที

2.4.2 ระยะเวลาออกกำลังกาย (exercise phase) ใช้เวลา 30 นาที

2.4.3 ระยะเวลาผ่อนการออกกำลังกาย (cool down phase) ใช้เวลา 5 นาที

2.5 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแล/ติดตามตนเองเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในขณะ ออกกำลังกาย

2.6 การออกกำลังกายภายใต้การดูแล แนะนำ (supervise) ของผู้บำบัดจะมีประสิทธิภาพมากกว่าการ ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตามลำพังโดยไม่มีการดูแลแนะนำ

2.7 การออกกำลังกายแบบกลุ่ม (group) หรือออกกำลังกายแบบเดี่ยว (individual) ไม่มีความแตกต่าง กันในเรื่องประสิทธิภาพในการบำบัด แต่ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้การดูแลแนะนำของผู้บำบัด

3. การประเมินผลการบำบัด

3.1 การประเมินผลลัพธ์หลักได้แก่ การลดลงของอาการซึมเศร้า

3.2 การประเมินผลลัพธ์รองโดยการประเมินสมรรถภาพทางกาย เช่น ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) สัญญาณชีพ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรออกกำลังกายเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.3 ติดตามดูผลการออกกำลังกายรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

3.4 ประเมินอัตราการไม่สามารถดำเนินการบำบัดจนครบขั้นตอนการบำบัดได้โดยมีสาเหตุจากผู้ป่วย หยุดการบำบัด (drop out)

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้นำรูปแบบการออกกำลังกายของSchuch et al. (2015) มาใช้ ซึ่งเป็น การออกกำลังกายแบบแอโรบิค

4.4 ขั้นตอนของการออกกำลังกาย

หลักการออกกำลังกายทั่วไป มีขั้นตอนดังนี้(เทพประสิทธิ์ กุลธวัชวิชัย,2556)

ขั้นที่ 1 การเตรียมความพร้อมของร่างกาย ก่อนการออกกำลังกาย (10-20 นาที) คือการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย(warm up)

1.1 การเตรียมความพร้อมทั่วไปของบุคคลก่อนออกกำลังกาย ได้แก่

- i. ต้องมีร่างกายแข็งแรงและมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ
- ii. ไม่เป็นโรคภัยที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายตามคำแนะนำของแพทย์
- iii. มีการเตรียมพร้อมเรื่องสถานที่และอุปกรณ์ออกกำลังกาย
- iv. ไม่รับประทานจนอิ่มก่อนออกกำลังกาย(ต้องหลังรับประทานอาหาร 2-3 ชั่วโมง)
- v. แต่งกายชุดกีฬาพร้อมและเหมาะกับชนิดและประเภทของกิจกรรม
- vi. มีความรู้และการเล่นเครื่องออกกำลังกายและวิธีออกกำลังกายอย่างถูกต้อง

1.2 การเตรียมความพร้อมก่อนออกกำลังกาย ได้แก่ การอบอุ่นร่างกาย ดังนี้

- i. บริหารทุกส่วนของร่างกายให้พร้อมที่จะออกกำลังกาย
- ii. ใช้เวลาในการบริหารร่างกายประมาณ 10-20 นาที
- iii. เริ่มบริหารร่างกายจากเบาๆ แล้วจึงหนักขึ้น
- iv. การบริหารข้อต่อในส่วนต่างๆมีความสำคัญมาก
- v. ควรมีการบริหารร่างกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อและข้อต่อ (stretching)
- vi. มีความเต็มใจที่จะได้ออกกำลังกาย มีความพร้อมทางด้านจิตใจ

1.3 ผลของการอบอุ่นร่างกาย

- i. ทำให้สภาพร่างกายโดยทั่วไปพร้อมจะออกกำลังกาย
- ii. ทำให้ระบบต่างๆของร่างกายพร้อมที่จะทำหน้าที่ โดยเฉพาะการประสานงานระหว่างประสาทกับกล้ามเนื้อ
- iii. ช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเหมาะสมกับการออกกำลังกาย
- iv. ช่วยลดและเป็นการป้องกันการบาดเจ็บจากการออกกำลังกาย
- v. ทำให้ร่างกายสามารถออกกำลังกายได้เต็มประสิทธิภาพ หรือเต็มความสามารถไม่ว่าจะด้วยทักษะ หรือสมรรถภาพทางกายและทางกลไก

ขั้นที่ 2 การออกกำลังกาย (15-60 นาที) การปฏิบัติที่เป็นหลักของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ อาจใช้กิจกรรมการออกกำลังกายแบบใดก็ได้ ควรใช้ระยะเวลาประมาณ 15-60 นาที/วัน ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายไม่มีอาการเมื่อยล้า หลักในการพิจารณาการออกกำลังกาย ได้แก่

2.1 ความถี่ของการออกกำลังกาย หมายถึง จำนวนครั้งในการออกกำลังกาย เช่น จำนวนวันในการออกกำลังกาย โดยทั่วไปควรออกกำลังกายทุกวัน หรือ 3 วันต่อสัปดาห์

2.2 ความหนักของการออกกำลังกาย คือ ความพอเหมาะของการออกกำลังกายของแต่ละบุคคล โดยทั่วไปมักจะใช้ชีพจรเป็นตัวกำหนด หรือใช้น้ำหนักของงานเป็นเครื่องกำหนด

2.3 ความนานในการฝึกแต่ละครั้ง หมายถึง ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง ประมาณ 15-60 นาที

2.4 รูปแบบการออกกำลัง หมายถึง วิธีการออกกำลังกายแบบต่างๆ ที่นำมาใช้ออกกำลังกาย เช่น การใช้เครื่องมือออกกำลังกาย กิจกรรมการออกกำลัง

ขั้นที่ 3 การปรับร่างกายเข้าสู่สภาพปกติ หลังการออกกำลังกาย (10-20 นาที) ถ้าหยุดการออกกำลังกายทันทีทันใด อาจทำให้เกิดการเจ็บปวดกล้ามเนื้อ เป็นไขเนื่องจากร่างกายปรับสภาพไม่ทัน หลักการปฏิบัติหลังการออกกำลังกายมีดังนี้

3.1 อย่าหยุดการออกกำลังกายทันทีทันใด ควรอบอุ่นร่างกายเบาๆ จนถึงน้อยที่สุดแล้วหยุดเวลาที่ใช้ในการอบอุ่นร่างกายหลังการออกกำลังกาย(cool down) ประมาณ 10-20 นาที

3.2 ไม่ควรดื่มน้ำจำนวนมาก หรือรับประทานอาหารทันทีหลังออกกำลังกาย

3.3 ควรพักให้ร่างกายปรับสภาพสู่ปกติพอสมควรก่อนอาบน้ำ

3.4 หลังจากการออกกำลังกายแล้ว ควรเปลี่ยนชุดเครื่องแต่งกายเสียใหม่ เพราะชุดที่ใช้ในการออกกำลังกายจะเปียกชุ่ม และทำให้ร่างกายปรับสภาพไม่ทันอาจจะเจ็บไข้

3.5 ควรใช้ทำบริหารร่างกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (stretching) จะช่วยให้กล้ามเนื้อได้ผ่อนคลาย ช่วยลดอาการตึงตัวของของเสียหลังการออกกำลังกาย และช่วยลดอาการบาดเจ็บจากการออกกำลังกาย

ซึ่งในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายนี้ ได้นำการออกกำลังกายแบบแอโรบิคมาใช้ 20 นาที โดยที่มีการอบอุ่นร่างกายก่อนและหลังออกกำลังกาย (warm up and cool down) อย่างละ 5 นาที

4.5 การประเมินการออกกำลังกาย

วิธีการประเมินความหนักในการออกกำลังกาย สำหรับการออกกำลังกายแบบแอโรบิคมีดังนี้ (พิมผกา ปัญญาใหญ่, 2555)

4.5.1 ค่าร้อยละของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด(% Maximum heart rate, HR max) ใช้ได้ง่ายโดยจับชีพจรในระหว่างการออกกำลังกาย แต่อาจมีปัญหาในผู้สูงอายุที่ต้องรับประทานยา

บางชนิดที่จำกัดการเต้นของหัวใจ(Beta Blocker)ทำให้เมื่อออกกำลังกายจนเหนื่อยมากแล้ว แต่อัตราการเต้นของหัวใจไม่สูงขึ้นตามจริง สามารถคำนวณความหนักของการออกกำลังกายจากการเต้นของหัวใจได้ดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2551)

ตารางที่ 2 ความหนักของการออกกำลังกาย

ร้อยละของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด	ความหนัก
น้อยกว่า 35	Very light
35-54	Light
55-69	Moderate
70-89	Hard
มากกว่าหรือเท่ากับ 90	Very hard
100	Maximum

การคำนวณค่าร้อยละของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด คำนวณได้จาก อัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด = $220 - \text{อายุ(ปี)}$ หน่วยเป็น ครั้ง/นาที เช่น ผู้ป่วยอายุ 20 ปี อัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดคือ $220 - 20 = 200$ หากหัวใจเต้นระดับปานกลางคำนวณตามสูตรได้ดังนี้ $200 \times 55/100 = 110$ และ $200 \times 69/100 = 138$ หมายถึง ในคนอายุ 20 ปีอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดในระดับปานกลาง อยู่ระหว่าง 110- 138 ครั้ง/นาที

4.5.2 ความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุด (Maximal oxygen consumption, %VO₂max) ปริมาณการใช้ออกซิเจนสูงสุด เป็นค่ามาตรฐานที่ใช้ในการบอกประสิทธิภาพในการเผาผลาญพลังงาน ด้วยขบวนการที่ต้องใช้ออกซิเจน ซึ่งใช้เป็นตัวบอกว่าผู้ที่มีความสามารถในการออกกำลังกายแบบแอโรบิคได้ดีเท่าใด แต่การหาค่านี้ได้ จะต้องทำในห้องปฏิบัติการที่มีเครื่องมือวิเคราะห์ก๊าซ โดยทั่วไปจะประมาณจากการทำ Exercise stress test ซึ่งได้ค่า METs (Metabolic Equivalent Time = 3.5 มล./กก./นาที) ที่บอกถึงจำนวนเท่าของปริมาณออกซิเจนที่ใช้ขณะพัก (resting metabolic rate) เป็นวิธีการทางอ้อมที่นิยมใช้ในทางคลินิกหรือในวงการแพทย์มากกว่า ไม่เหมาะที่จะให้ผู้ป่วยนำไปใช้

4.5.3 ค่าความรู้สึกเหนื่อยของบอร์ค (Rating of perceived exertion of Borg, RPE) เป็นตัวเลขที่พัฒนาขึ้น โดยกำหนดค่าตัวเลขที่มีความสัมพันธ์กับการเต้นของหัวใจ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 6-20 ซึ่งเมื่อคูณด้วย 10 จะมีค่าใกล้เคียงกับอัตราการเต้นของหัวใจ ที่มีความหนักของการออกกำลังกาย เทียบเท่ากับความรู้สึกเหนื่อยของร่างกาย แต่ทุกคนรู้สึกได้ เป็นวิธีที่ง่ายกว่า

วิธีการอื่น และไม่ต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ซับซ้อนราคาแพง และมักจะใช้ร่วมกับวิธีอื่นเป็นระยะๆ เพื่อทดสอบความถูกต้อง และความเข้าใจของผู้ถูกทดสอบ ดังนี้

6-7 รู้สึกสบาย (very ,very light)	14-15 เหนื่อย (hard)
8-9 ไม่เหนื่อย (light)	16-17 เหนื่อยมาก (very hard)
10- 11 เริ่มรู้สึกเหนื่อย (fairly light)	18-20 เหนื่อยมากที่สุด (very ,very hard)
12-13 ค่อนข้างเหนื่อย (somewhat hard)	

ตารางที่ 3 ค่าความรู้สึกเหนื่อยของบอร์ค

HRmax(%)	%VO2max	RPE	Intensity
< 35	< 20	< 10	VeryLight
35-45	20-39	10-11	Light
55-69	40-59	12-13	Moderation
70-89	60-84	14-16	Hard
90	85	17-19	Very Hard
100	100	20	Maximal

จากการศึกษาในต่างประเทศ ส่วนใหญ่จะวัดด้วยอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง 60% -89% (Atlantis, 2004; Craft, 2005)

4.5.4 วิธีการประเมินความหนักของการออกกำลังกาย โดยการทดสอบการพูด Talk test ความหนักของการออกกำลังกาย คือ พลังงานที่ใช้ในการออกกำลังกาย จะขึ้นกับชนิดของการออกกำลังกาย และระยะเวลาที่ออกกำลังกาย วิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งสหรัฐอเมริกา (ACSM, 2013) มีวิธีการวัดความแรงหรือความหนักของการออกกำลังกาย ได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 1) ระดับเบา โดยไม่ทำให้รู้สึกเหนื่อยหรืออาจเหนื่อยเล็กน้อยหรือสามารถร้องเพลงขณะออกกำลังกายได้
- 2) ระดับปานกลาง ทำให้ท่านรู้สึกเหนื่อยพอสมควร (หายใจแรงขึ้นกว่าปกติเล็กน้อย หรือพูดคุยกับคนข้างเคียงจนจบประโยค)
- 3) ระดับหนัก ทำให้ท่านรู้สึกเหนื่อยมากหรือหอบ(หายใจเร็วและแรงทางปากหรือหายใจทางปาก หรือไม่สามารถพูดคุยกับคนข้างเคียงได้จนจบประโยค)

ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ ใช้การทดสอบการพูด Talk test ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายไม่ต้องใช้เครื่องมือยุ่งยาก วัดหลังจากหยุดการออกกำลังกายทันที

4.6 ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

มีผู้ให้แนวคิดเรื่องประโยชน์ของการออกกำลังกายหลายท่าน ได้แก่ เทพประสิทธิ์ กุศลวีชัย(2556) กล่าวถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย ดังนี้

1. ทำให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ
2. ช่วยลดความเครียด ทำให้ร่างกายสดชื่น กระปรี้กระเปร่า
3. ทำให้ร่างกายแข็งแรงมีสมรรถภาพทางกายและทางกลไกดี
4. ทำให้ระบบต่างๆของร่างกายทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ
5. ให้คุณค่าด้านสังคมอย่างครบถ้วน
6. ช่วยให้เห็นคุณค่าของการออกกำลังกาย

มนัส ยอดคำ (2548) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย ได้แก่

1. ด้านร่างกาย การออกกำลังกายจะทำให้หัวใจและระบบต่างๆ ของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นดังนี้ ระบบกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อขยายใหญ่ขึ้น (Hypertrophy) และเป็นการเพิ่มความสามารถในการออกแรงด้วย ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อจะทำงานได้ดีขึ้น ระบบโครงร่างในขณะออกกำลังกายกระดูกจะถูกดึงถูกบีบจากแรงกล้ามเนื้อ ซึ่งจะกระตุ้นให้กระดูกมีการเจริญขึ้น ระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจ การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านจิตใจ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะผลทำให้เป็นคนที่มีบุคลิกที่มั่นคงสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีสามารถปรับตัวเมื่อได้รับความเครียดได้ดี มีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ที่ในระดับดี

3. ด้านสติปัญญา นอกจากการออกกำลังกายมีผลต่อด้านจิตใจแล้ว ผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะมีความสามารถในการแก้ปัญหา มีความสามารถในการคิดอย่างสร้างสรรค์ มีความสามารถในการเรียนรู้ มีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับเหตุการณ์ต่างๆได้ดี

4. ด้านสังคม การออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มควมมีวุฒิภาวะทางสังคม มีความฉลาดทางสังคม จนนำไปสู่การพัฒนาทักษะทางสังคมที่ดี

5. การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย

การสร้างโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายนี้ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ได้รับการยกย่องนับถือและมีคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Cobb, 1976) การสนับสนุนทางสังคม มีผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การมีส่วนร่วมในสังคมตลอดจนการรับรู้ถึงความปลอดภัยในชีวิต และยังช่วยสนับสนุนพฤติกรรมออกกำลังกายอีกด้วย (Sung & Yeh, 2007) ซึ่งพบว่า การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 วัน ต่อเนื่องกัน จะสามารถลดความรุนแรงของโรคซึมเศร้าลงได้ (Stanton, 2014) และหากมีการนำกิจกรรมชนิดอื่นมาเสริมจะทำให้มีประสิทธิภาพในการเพิ่มคุณภาพชีวิตได้มากยิ่งขึ้น (Malchow Berend, 2013) โดยผู้วิจัยได้พัฒนาตามแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ร่วมกับแนวความคิดการออกกำลังกายของ Schuch (2015) ซึ่งเป็นการจัดกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคม 30-50 นาที ก่อนแล้วตามด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิคต่อเนื่องกัน 30 นาที โดยมีการยืดเหยียดผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนและหลังการออกกำลังกายประมาณ 5 นาที รวมกิจกรรมทั้งหมดครั้งละ 60-80 นาที ทั้งหมด 12 กิจกรรม โดยรวมกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง มีการบ้านให้กลับไปออกกำลังกายเองที่บ้านโดยมีผู้ดูแลเป็นผู้สนับสนุน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ซึ่งจะมีการประเมินอาการซึมเศร้าและประเมินการสนับสนุนทางสังคมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมดังนี้

ตารางที่ 4 แนวคิดหลักและการบูรณาการในงานวิจัย

แนวคิดหลัก	การบูรณาการในงานวิจัย
<p>1. แนวคิดการออกกำลังกายของ Schuch (2015) มี 3 ขั้นตอน ดังนี้</p> <p>1) อบอุ่นร่างกาย (Warm up) ใช้เวลา 5 นาที 2) ออกกำลังกาย (Exercise) ใช้เวลา 20 นาที 3) ผ่อนคลายร่างกาย (Cool down) ใช้เวลา 5 นาที รวมทั้งสิ้น 30 นาที นำมาใช้ทั้ง 12 ครั้ง</p> <p>2. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) มี 4 ด้าน ดังนี้ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การแสดงออกถึงการยกย่อง ให้ความรัก ไว้วางใจ เอาใจใส่ดูแล ให้กำลังใจ ห่วงใย สอบถาม รับฟัง</p>	<p>สัปดาห์ที่ 1</p> <p>1) ครั้งที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ประกอบด้วย</p> <p>กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ดูแล ในการพบกันครั้งแรก เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และส่งเสริมให้เกิดความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและผู้ดูแล ตลอดจนกลุ่มสมาชิกด้วยกันเอง เกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม และมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน ช่วยให้สมาชิกสามารถพูดคุย ติดต่о สื่อสาร บอกเล่า</p>

แนวคิดหลัก	การบูรณาการในงานวิจัย
<p>ความรู้สึก เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ดูแล</p>	<p>ประสบการณ์ของตนเองขณะการเข้ากลุ่ม รู้สึก ไว้วางใจซึ่งกันและกัน</p> <p>กิจกรรมที่ 2 การกำหนดเป้าหมายในการออก กำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของ พยาบาล เพื่อให้คำปรึกษาในการออกกำลังกาย การให้ความรู้เรื่องประโยชน์ของการออกกำลังกาย เป็นการเพิ่มทักษะเชิงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที</p>
<p>2)การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support)คือการ ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และให้ข้อมูลที่แก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ ได้ เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรง ต่อบุคคลใน การจัดการกับสถานการณ์ นั้นๆ</p>	<p>2) ครั้งที่ 2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support)</p> <p>กิจกรรมที่ 3-4 การให้ความรู้เรื่อง โรคซึมเศร้า ยาต้านเศร้า หมายถึง การปฏิบัติ กิจกรรมของพยาบาล เพื่อให้ความรู้เรื่องโรค ซึมเศร้า เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา และ การปฏิบัติตน มีการอภิปรายและแสดงความ คิดเห็นร่วมกัน หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ30- 50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที จากนั้นชี้แจงให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติการออก กำลังกายแบบแอโรบิคที่บ้านในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง โดยมีญาติหรือผู้ดูแลช่วยเหลือในการจด บันทึกแล้วนำผลมาในครั้งต่อไป</p> <p>สัปดาห์ที่ 2</p> <p>3)ครั้งที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support)</p> <p>กิจกรรมที่ 5-6 การให้ความรู้เรื่อง การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และ อาหารกับโรคซึมเศร้า หมายถึง การปฏิบัติ กิจกรรมของพยาบาล เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคการ</p>

แนวคิดหลัก	การบูรณาการในงานวิจัย
	ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที
<p>3) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ประเมินตนเอง เช่น ประเมินค่าสถานการณ์ หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การเผชิญ ความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพและ ฝึกทักษะในการแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ ในการจัดการกับปัญหา</p>	<p>4) ครั้งที่ 4 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)</p> <p>กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมการพักผ่อนและคลายความเครียด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ฝึกประเมินสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาซึ่งทำให้เกิดความเครียด และกิจกรรมที่ช่วยให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกันอีก 30 นาที จากนั้นชี้แจงให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่บ้าน ในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง โดยมีญาติหรือผู้ดูแลช่วยเหลือในการจดบันทึกแล้วนำผลมาในครั้งต่อไป</p> <p>สัปดาห์ที่ 3</p> <p>5) ครั้งที่ 5 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)</p> <p>กิจกรรมที่ 8 การรับความช่วยเหลือจากครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยให้เล่นเกมสถานการณ์จำลองเรื่อง “การขอความช่วยเหลือจากครอบครัวของเรา” เพื่อให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นถึงความช่วยเหลือด้านต่างๆของคนในครอบครัว ทั้งเรื่องความเจ็บป่วย ความทุกข์ใจ รวมถึงแรงจูงใจในการออกกำลังกาย หลังทำ</p>

แนวคิดหลัก	การบูรณาการในงานวิจัย
	<p>กิจกรรมกลุ่มประมาณ30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที</p> <p>6) ครั้งที่ 6 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)</p> <p>กิจกรรมที่ 9-10 ความรับช่วยเหลือจากชุมชน และการปรับตัวอยู่ในชุมชน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยให้ร่วมกันอภิปรายในประเด็นความช่วยเหลือด้านต่างๆของคนในชุมชน และปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชนกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที จากนั้นชี้แจงให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่บ้านในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง โดยมีญาติหรือผู้ดูแลช่วยเหลือในการจดบันทึกแล้วนำผลมาในครั้งต่อไป</p>
<p>4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) คือ การช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เงิน แรงงาน เวลา ช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการ</p>	<p>สัปดาห์ที่ 4</p> <p>7) ครั้งที่ 7 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)</p> <p>กิจกรรมที่ 11 การสร้างเครือข่าย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล ในการติดต่อให้สมาชิกให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การสร้างเครือข่ายประชาชน ให้มีทัศนคติที่ดีตระหนัก เข้าใจบทบาทหน้าที่และเป็นผู้จัดการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยคาดหวังว่าผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมีความสามารถพึ่งพาตนเองและ อยู่ร่วมในชุมชนได้ หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที จากนั้นชี้แจงให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่</p>

แนวคิดหลัก	การบูรณาการในงานวิจัย
	<p>บ้านในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง โดยมีญาติหรือผู้ดูแลช่วยเหลือในการจัดบันทึกแล้วนำผลมาในครั้งต่อไป</p> <p>8) ครั้งที่ 8 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)</p> <p>กิจกรรมครั้งที่ 12 การทบทวนสิ่งที่ได้รับ และสะท้อนความรู้สึก หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลในกิจกรรมสุดท้าย ทำการทบทวนให้ผู้ป่วยนำความรู้ที่ได้จากการร่วมกิจกรรมกลับไปดูแลตนเองต่อไป หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที แจ้งการสิ้นสุดกิจกรรม และแจก CD การออกกำลังกาย พร้อมเล่มคู่มือการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล</p>

การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีการติดตามประเมินผลโดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมดัดแปลงมา จากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของจิราพร รักการ (2549) และแบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและปรับเป็นฉบับภาษาไทย โดยมุกดา ศรียงค์ โดยผู้วิจัยเชื่อว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย ในการศึกษาครั้งนี้ จะมีผลในการช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยในประเทศ

พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ(2557) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์ จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ตามระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับการศึกษา ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมฯ จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) ร่วมกับใช้กระบวนการดำเนินกลุ่มของ Marram (1978) เครื่องมือในการวิจัยประกอบ ด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบทดสอบสภาพสมอง

เบื้องต้นฉบับภาษาไทย 3) แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา และ 4)แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที (t-test) ผลการวิจัยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมฯสูงขึ้น และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ยุวดี แตรประสิทธิ์ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพกายของของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป แขนงผู้ป่วยนอก จำนวน 40 ครอบครัว และได้รับการจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัว จำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 2) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 3) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และ 4) แบบวัดภาวะสุขภาพกายในผู้สูงอายุ ผลการวิจัยมีดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพกายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รัศมี หลงหลัก (2552) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลกุมภวาปี โดยการใช้คำถาม 2Q ในการคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากประชาชนที่อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 446 คน ได้ 18 คน จากนั้นประเมินด้วยคำถาม 8Q พบผู้มีคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป จำนวน 8 คน แล้วใช้โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า หลังจากได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย พบว่าผู้ป่วยทุกคนมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องตลอด 24 สัปดาห์และโรคซึมเศร่าลดลงจนอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า

ลิธฎ ชูโต (2553) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จากกลุ่มตัวอย่าง 120 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นแม่ของผู้ป่วยจิตเวช อายุ 41-60 ปี มีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด เฉลี่ย 3.59 ระดับมาก รองลงมา ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าเฉลี่ย 3.30 ระดับปานกลาง ด้านอารมณ์จิตใจ เฉลี่ย 3.25 ระดับปานกลาง ด้านสิ่งของและการอำนวยความสะดวกเฉลี่ย 3.06 ระดับปานกลาง

6.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Sharir et al. (2007) ได้ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย 83 รายที่เป็นโรคทางจิตเวช เช่น จิตเภท โรควิตกกังวล และภาวะทางจิตเวชอื่นๆจากโรงพยาบาล 3 แห่ง เมื่อพิจารณาจากอายุ เพศ สถานะทางการเงิน สถานภาพสมรส ถิ่นที่อยู่ และระยะเวลาการเข้าพัก พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อคุณภาพชีวิตในทุกด้าน

Schuch et al. (2015) ศึกษาเรื่อง “การออกกำลังกายและโรควิตกกังวล: ผลกระทบต่อความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิตเมื่อผู้ป่วยได้กลับบ้าน” กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 คน โดยกลุ่มทดลองให้ออกกำลังกาย 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป้าหมาย 16.5 กิโลแคลอรี / กิโลกรัมของน้ำหนัก / สัปดาห์ ร่วมกับการรักษาด้วยยา โดยเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างต่อเนื่อง 20-30 นาที ซึ่งใช้การยืดเหยียดก่อนและหลังการออกกำลังกายอย่างละ 4 นาที ทำการประเมินอาการวิตกกังวลและคุณภาพชีวิต 3 ครั้ง คือ เมื่อเข้าโปรแกรมครั้งแรก หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ และก่อนกลับบ้าน(1-2สัปดาห์) พบว่าการออกกำลังกายช่วยลดความรุนแรงของอาการวิตกกังวลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรควิตกกังวลโดยเฉพาะด้านร่างกายและจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Knapen et al. (2015) ทำการศึกษาเรื่อง การบำบัดด้วยการออกกำลังกายช่วยเพิ่มทั้งสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจในผู้ป่วยโรควิตกกังวล การวิเคราะห์ห่อภิมาณสี่เรื่องเกี่ยวกับผลกระทบของการออกกำลังกายต่อร่างกายและจิตใจในภาวะวิตกกังวลได้รับการวิเคราะห์ ผลลัพธ์: สำหรับภาวะวิตกกังวลเล็กน้อยถึงปานกลาง ผลของการออกกำลังกายอาจเทียบเคียงได้กับยาแก้วิตกกังวลและจิตบำบัด การออกกำลังกาย เป็นโอกาสที่โดดเด่นในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและร่างกาย การบำบัดด้วยการออกกำลังกายช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของร่างกาย และเป็นกลยุทธ์การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยด้วย มีผลต่อคุณภาพชีวิต รวมทั้งความเป็นอิสระในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ กลยุทธ์การสร้างแรงจูงใจควรจะรวมอยู่ในการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยและการตั้งใจในการออกกำลังกายตามโปรแกรม

Greer et al. (2016) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ที่ไม่มีอาการทางจิต อายุระหว่าง 18-70 ปี จำนวน 126 คน โดยเปรียบเทียบการออกกำลังกายในขนาดต่ำ 4 kcal/kg of weight/week kcal/kg (4 KKW)กับการออกกำลังกายในขนาดสูง (16 KKW) ค่าพลังงานที่กำหนดไว้คือ 10 KKW ในช่วงสัปดาห์แรก 13 KKW ในสัปดาห์ที่สองและ 16 KKW ในสัปดาห์ที่ 3-12 ผู้เข้าร่วมทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลและการออกกำลังกายในบ้าน ดำเนินการโดยผู้ดูแลภายใต้บุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรม พบว่า ทั้งสองกลุ่มการออกกำลังกายมีพัฒนาการทางจิตสังคมที่ดีขึ้นกว่าก่อนออกกำลังกาย คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ตลอดจนความพึงพอใจในชีวิตทั่วไป มีการพัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่าการ

ออกกำลังกายที่สูงและต่ำ มีผลทางสรีรวิทยา เช่น การลดลงของการอักเสบและความเครียด เกิดกลไกหรือการผลิต endorphins และการเพิ่มระดับของ BDNF, endocannabinoids, serotonin dopamine และ norepinephrine มีผลให้ลดอาการซึมเศร้า ปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับ และเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ผลการวิจัยนี้สนับสนุนการใช้การเสริมการออกกำลังกาย เป็นวิธีที่อาจเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงด้านจิตสังคมการทำงานและคุณภาพชีวิต

Oertel-Knöchel et al. (2014) ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิคต่อความรู้คิดและพยาธิสภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและจิตเภท โดยนำการออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกับการผ่อนคลายความเครียด ทั้งหมด 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 75 นาที จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 22 คน และโรคจิตเภทจำนวน 29 คน ประเมินผลก่อนและหลังการทดลองทั้ง 3 ด้าน คือ คุณลักษณะทั่วไป การทดสอบทางการคิด การประเมินอาการของโรค พบว่าผู้ป่วยมีการพัฒนาทางการคิด ลดความวิตกกังวลและมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม การสนับสนุนทางสังคม เป็นการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเอง นอกจากนี้เป็นการช่วยเสริมแรงในการประกอบกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยจิตเวช และมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อคุณภาพชีวิตในทุกๆด้าน ส่วนการออกกำลังกาย ช่วยปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับ เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ช่วยลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะด้านร่างกายและจิตใจ ปัจจุบันจึงนำการออกกำลังกายร่วมกับการรักษาด้วยยา

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนทางสังคม และการออกกำลังกาย จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดีขึ้น ดังกรอบแนวคิดการวิจัยดังต่อไปนี้

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของHouse (1981) และแนวทางการออกกำลังกายของ Schuch. et al. (2015) โดยจัดกิจกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกับการทำกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างละ 30 นาที รวมเป็นกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 วัน รวม 4 สัปดาห์ ต่อเนื่องกัน รวมทั้งหมด 8 ครั้ง 12 กิจกรรม โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม ดังนี้

- ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและผู้ดูแล
- กิจกรรมที่ 2** กำหนดเป้าหมายในการออกกำลังกาย และออกกำลังกายแบบแอโรบิค 30 นาที
- ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 3** การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า
- กิจกรรมที่ 4** ความรู้เรื่องยาต้านเศร้า และออกกำลังกายแบบแอโรบิค 30 นาที
- ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 5** ความรู้เรื่อง ปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- กิจกรรมที่ 6** ความรู้เรื่อง อาหารกับโรคซึมเศร้า และออกกำลังกายแบบแอโรบิค 30 นาที
- ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 7** กิจกรรมการพักผ่อนและคลายความเครียด และออกกำลังกายแบบแอโรบิค 30 นาที และออกกำลังกายแบบแอโรบิค 30 นาที
- ครั้งที่ 5 กิจกรรมที่ 8** เล่นเกมส์สถานการณ์จำลองเรื่อง “การขอความช่วยเหลือจากครอบครัวของเรา” และออกกำลังกายแบบแอโรบิค 30 นาที
- ครั้งที่ 6 กิจกรรมที่ 9** ร่วมกันอภิปรายในประเด็นการรับความช่วยเหลือจากชุมชน
- กิจกรรมที่ 10** ร่วมกันอภิปรายในประเด็นปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชนกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และออกกำลังกายแบบแอโรบิค 30 นาที
- ครั้งที่ 7 กิจกรรมที่ 11** การสร้างเครือข่ายในการติดต่อให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และออกกำลังกายแบบแอโรบิค 30 นาที
- ครั้งที่ 8 กิจกรรมที่ 12** ทบทวนสิ่งที่ได้รับตลอดโครงการและสะท้อนความรู้สึก และแจกแผ่น CD การออกกำลังกาย ร่วมออกกำลังกายแบบแอโรบิค 30 นาที

คุณภาพชีวิต

(สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ, 2540)

- 1) ด้านร่างกาย
- 2) ด้านจิตใจ
- 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม
- 4) ด้านสิ่งแวดล้อม

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Burns & Grove, 2003) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย และเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄

O₁ หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย

O₂ หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย

O₃ หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O₄ หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการดูแลตามปกติ

X หมายถึง โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder F32.0,F32.1,F32.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนและรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป และมีผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศราร่วมกิจกรรมด้วย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder F32.0,F32.1,F32.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่อาศัยในชุมชนของจังหวัดเพชรบุรี และได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และผู้ดูแลผู้ป่วย มีคุณสมบัติการคัดเข้ากลุ่ม (inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ที่มียุ่ระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (คะแนน-26-95)
3. ไม่มีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายแบบแอโรบิก
4. มีการวัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและปรับเป็นฉบับภาษาไทย โดยมุกดา ศรีรงค์(อ้างในลัดดา แสนสีหา, 2536) เลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลาง

5. ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยินและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ทั้งพูดและเขียน
คุณสมบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในการวิจัย มีดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี เป็นเพศชายและเพศหญิง เป็นญาติหรือผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ ในการดูแลผู้ป่วย อาศัยอยู่ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้

2. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยได้อย่างน้อยร้อยละ 50 ของกิจกรรมทั้งหมด

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. มีปัญหาสุขภาพทางกายจนเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม
2. ขาดการเข้าร่วมกิจกรรม (ไม่ครบร้อยละ 100)

ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพทางกายจนเป็นอุปสรรค ขณะเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม
2. ไม่มา/ขาดการเข้าร่วมกิจกรรม (ไม่ครบร้อยละ 50)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง บุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder F32.0,F32.1,F32.2) ยึดหลักการจำแนกความผิดปกติตามเกณฑ์ ICD-10 ดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี และมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลหลัก ประกอบด้วย บิดา มารดา สามีหรือภรรยา พี่น้อง บุตร หรือญาติ ซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ ในการดูแลผู้ป่วย อายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งชายและหญิง อาศัยอยู่ในชุมชนเขตอำเภอเมืองจังหวัดเพชรบุรี สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยแบบทดลอง คือกลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยที่สุดจำนวน 30 คน (Burns and 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)

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. หลังจากที่ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมให้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี (รหัสโครงการ PBEC No.011/2561 อนุมัติเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2561) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตการใช้เวชระเบียนจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จ. เพชรบุรี จากนั้นเข้าประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าประจำแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียนที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า พร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ ในการเข้าถึงข้อมูลผู้วิจัยจะเป็นผู้เข้าถึงได้เพียงคนเดียว โดยข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยจะมีการตั้งเป็นตัวเลขรหัส และเมื่อสิ้นสุดการทำวิจัยแล้วจะทำการลบข้อมูลทั้งหมดทิ้งทันที

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จ.เพชรบุรี โดยคัดเลือกผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในเบื้องต้น โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มี คะแนนอาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1967)

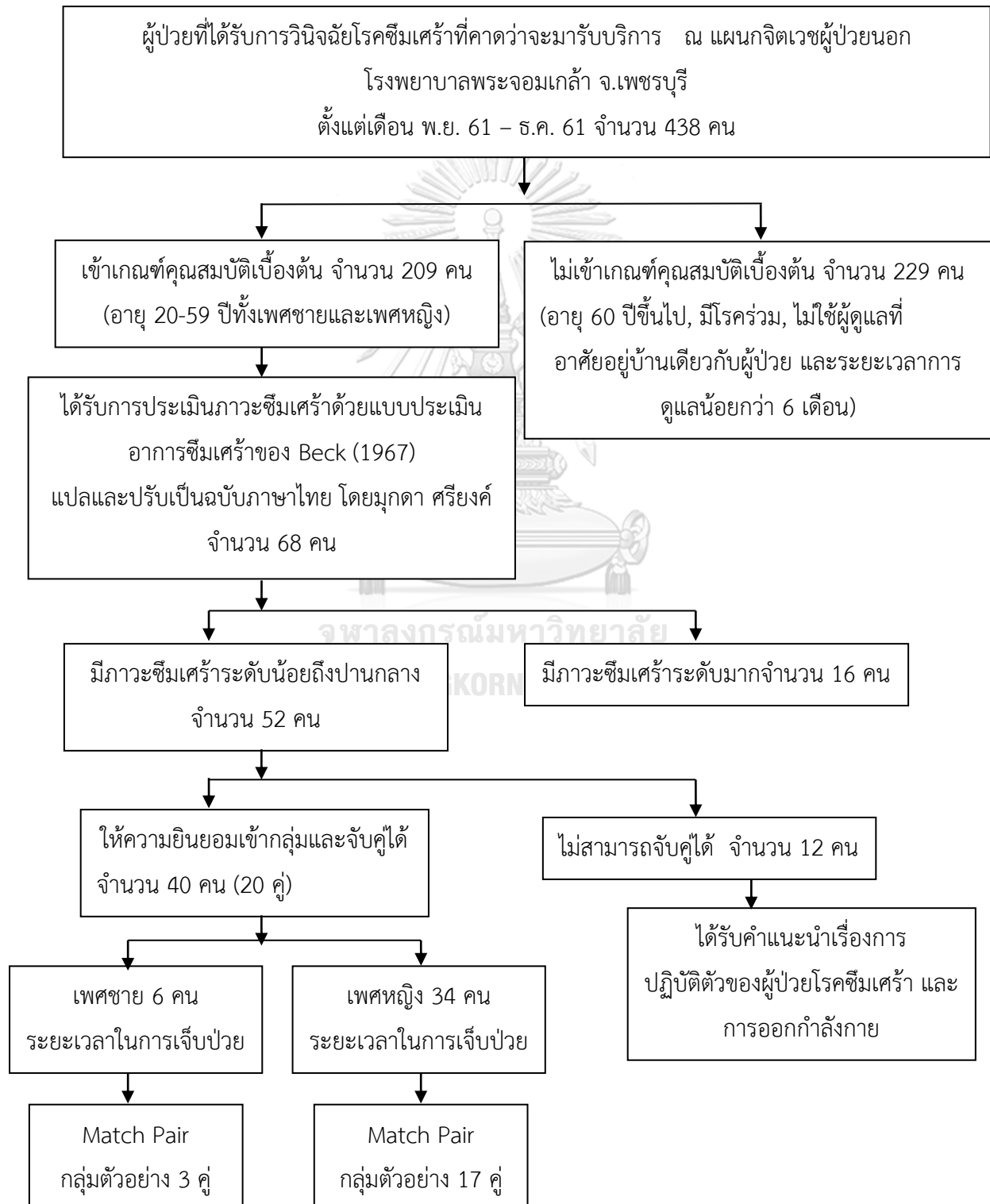
คะแนน 10 – 15 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Minimal depression)

คะแนน 16 – 19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Mild-moderate depression)

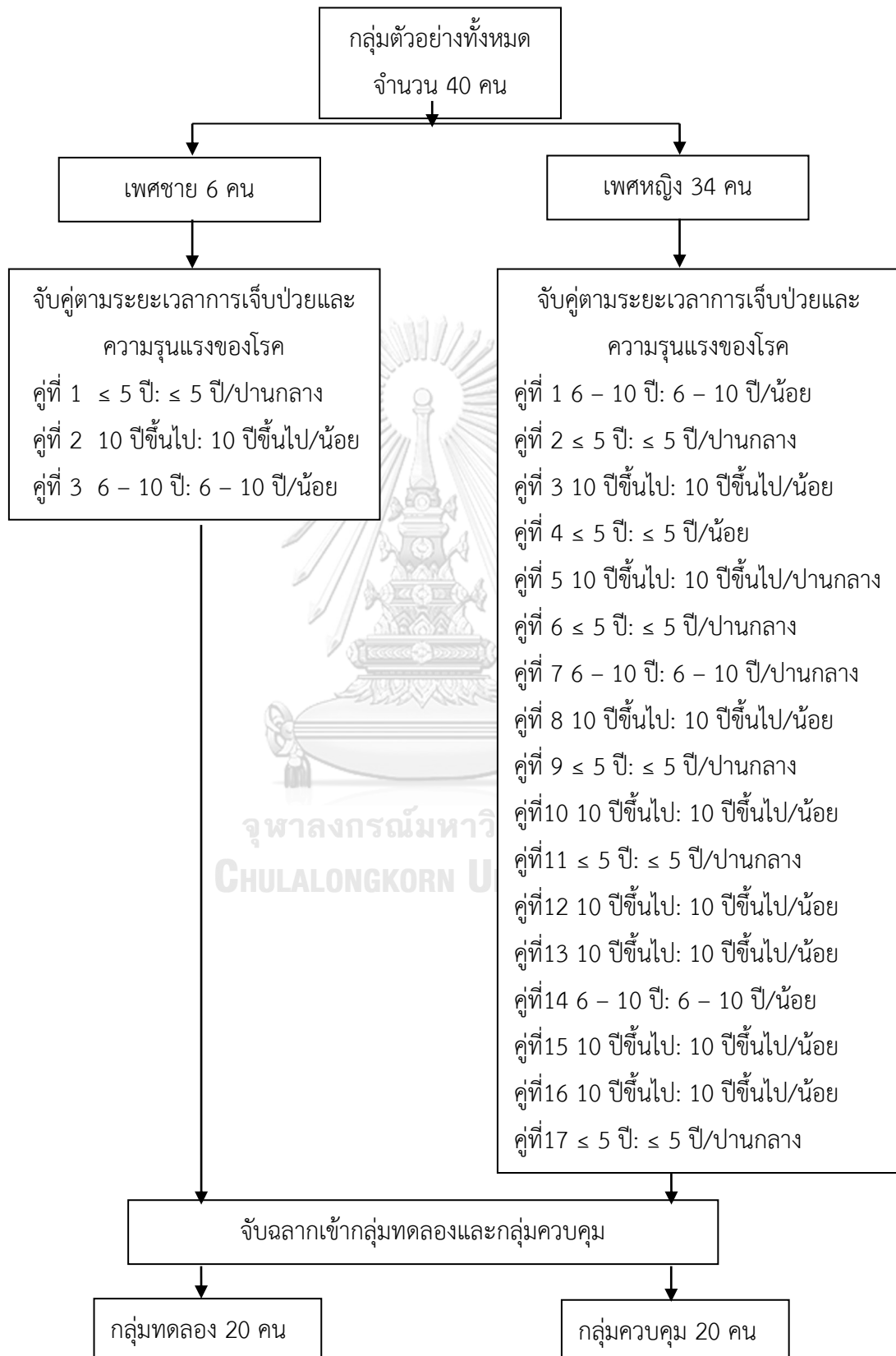
3. ผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยความสมัครใจ หากผู้แทนโดยชอบธรรมของกลุ่มตัวอย่างมีความสมัครใจยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละเท่าๆ กัน

4. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pairs) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับความซึมเศร้า เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด (Pan et al.,2012)

ภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม Inclusion criteria



ภาพที่ 3 แสดงขั้นตอนการ Matched-pairs กลุ่มตัวอย่าง



ตารางที่ 5 ผลการจับคู่ลักษณะที่คล้ายคลึงกัน (Matched-pairs) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	เพศ	ระยะเวลาการเจ็บป่วย	คะแนนภาวะซีมเศร่า	เพศ	ระยะเวลาการเจ็บป่วย	คะแนนภาวะซีมเศร่า
1	ชาย	≤ 5 ปี	14(น้อย)	ชาย	≤ 5 ปี	13(น้อย)
2	ชาย	10 ปีขึ้นไป	19(ปานกลาง)	ชาย	10 ปีขึ้นไป	19(ปานกลาง)
3	ชาย	6 – 10 ปี	12(น้อย)	ชาย	6 – 10 ปี	14(น้อย)
4	หญิง	6 – 10 ปี	10(น้อย)	หญิง	6 – 10 ปี	10(น้อย)
5	หญิง	≤ 5	13(น้อย)	หญิง	≤ 5	11(น้อย)
6	หญิง	10 ปีขึ้นไป	11(น้อย)	หญิง	10 ปีขึ้นไป	13(น้อย)
7	หญิง	≤ 5	18(ปานกลาง)	หญิง	≤ 5	17(ปานกลาง)
8	หญิง	10 ปีขึ้นไป	18(ปานกลาง)	หญิง	10 ปีขึ้นไป	19(ปานกลาง)
9	หญิง	≤ 5	18(ปานกลาง)	หญิง	≤ 5	18(ปานกลาง)
10	หญิง	6 – 10 ปี	10(น้อย)	หญิง	6 – 10 ปี	11(น้อย)
11	หญิง	10 ปีขึ้นไป	14(น้อย)	หญิง	10 ปีขึ้นไป	11(น้อย)
12	หญิง	≤ 5	19(ปานกลาง)	หญิง	≤ 5	18(ปานกลาง)
13	หญิง	10 ปีขึ้นไป	16(ปานกลาง)	หญิง	10 ปีขึ้นไป	16(ปานกลาง)
14	หญิง	≤ 5	11(น้อย)	หญิง	≤ 5	12(น้อย)
15	หญิง	10 ปีขึ้นไป	11(น้อย)	หญิง	10 ปีขึ้นไป	10(น้อย)
16	หญิง	10 ปีขึ้นไป	18(ปานกลาง)	หญิง	10 ปีขึ้นไป	18(ปานกลาง)
17	หญิง	6 – 10 ปี	12(น้อย)	หญิง	6 – 10 ปี	13(น้อย)
18	หญิง	10 ปีขึ้นไป	12(น้อย)	หญิง	10 ปีขึ้นไป	14(น้อย)
19	หญิง	10 ปีขึ้นไป	18(ปานกลาง)	หญิง	10 ปีขึ้นไป	19(ปานกลาง)
20	หญิง	≤ 5	13(น้อย)	หญิง	≤ 5	11(น้อย)

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยโรคซีมเศร่าที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ และระยะเวลาการเจ็บป่วย ดังนี้ 1) เพศ พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีเพศชายจำนวน 3 คน และเพศหญิง 17 คน เท่ากัน 2) ระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยโรคซีมเศร่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 14 คน 6 - 10 ปีจำนวน 8 คนและ 10 ปีขึ้นไปจำนวน 18 คน เท่ากัน ส่วนความรุนแรงของโรค ซึ่งใช้แบบประเมินอาการซีมเศร่าของ Beck (1967) มาวัด พบว่ามีระดับความซีมเศร่าปานกลาง 8 คู่ และระดับเล็กน้อย 12 คู่

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี กระทรวงสาธารณสุขแล้ว (รหัสโครงการ PBEC No.011/2561 อนุมัติเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2561) โดยก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ พร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในวิจัยทุกชุดนำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เมื่อพิจารณาผ่านการเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย จึงได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนของการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งการขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยก่อนที่จะสิ้นสุดกิจกรรมได้โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล ไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการการรักษาพยาบาล หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับและไม่มีเปิดเผยให้ผู้อื่นไม่เกี่ยวข้องทราบ นอกจากการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของHouse. (1981) และแนวทางการออกกำลังกายของ Schuch. et al. (2015) จัดเป็นกิจกรรมกลุ่มแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม ดำเนินการทั้งหมด 8 ครั้งๆละ 1-2 กิจกรรม ใช้เวลา 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 วัน และให้ผู้ป่วยนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซึ่งทำการติดตามผลทุกๆสัปดาห์

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2540)

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดัดแปลงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ จิราพร รักการ(2549) แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1967)แปลและปรับเป็นฉบับภาษาไทย โดยมุกดา ศรียงค์ (อ้างอิงในลัดดา แสนสีหา, 2536)

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย โดยมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากตำรา เอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าแนวคิดและกลยุทธ์ การสนับสนุนทางสังคมและการออกกำลังกาย

1.2 สร้างโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย โดยประยุกต์ จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของHouse (1981) และแนวทางการออกกำลังกายของ Schuch et al.(2015)และมีการ ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม จากนั้นจึงกำหนดโครงสร้างของกิจกรรมโดยมี วัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริม ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการสนับสนุนทางสังคมและการออกกำลังกายที่ เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ อันประกอบด้วยกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมประมาณ 30-50 นาที ร่วมกับกิจกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิค 30 นาที รวมเป็นกิจกรรมครั้งละ 60-80 นาที รวม ทั้งหมด 12 กิจกรรม โดยร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง มีการบ้านให้กลับไปออกกำลังกายเองที่บ้าน โดยมีผู้ดูแลเป็นผู้สนับสนุน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ซึ่งจะมีการประเมิน อาการซึมเศร้าและประเมินการสนับสนุนทางสังคมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยมีรายละเอียดของแต่ละ กิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ประกอบด้วย

กิจกรรมที่1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและผู้ดูแล หมายถึง การปฏิบัติ กิจกรรมของพยาบาล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ดูแล ในการพบกันครั้งแรก เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และ ส่งเสริมให้เกิดความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและผู้ดูแล ตลอดจนกลุ่มสมาชิกด้วยตนเอง เกิดความ ร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม และมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน ช่วยให้สมาชิกสามารถพูดคุย ติดต่อกัน สื่อสาร บอกเล่าประสบการณ์ของตนเองขณะการเข้ากลุ่ม รู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน

สาระสำคัญ

เนื่องจากการพบกันครั้งแรก การสร้างสัมพันธภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญโดยทักทายและ แนะนำตัวด้วยท่าทีที่อบอุ่น แสดงถึงความจริงใจเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ อาศัยปฏิสัมพันธ์ที่ดีและให้ ความสำคัญกับสมาชิกกลุ่มในการมีส่วนร่วม การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ถ้ามถึงเรื่อง ครอบครัว และการสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย เป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้สมาชิก เกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมี ความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น ความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรม ตรงกัน รวมทั้งสัมพันธภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิกจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การกำหนดเป้าหมายในการออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของ พยาบาล เพื่อให้คำปรึกษาในการออกกำลังกาย การให้ความรู้เรื่องประโยชน์ของการออกกำลังกาย เป็นการเพิ่มทักษะเชิงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึง ออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที

สาระสำคัญ

การกำหนดเป้าหมายในการออกกำลังกาย เป็นการส่งเสริมการสื่อสารทางสังคมระหว่างสมาชิกของกลุ่ม ปรับปรุงปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่ม(Moos & Cronkite, 1999)การสร้างเสริมการออกกำลังกาย (exercise promotion) จึงอาจต้องให้คำแนะนำบุคคลให้มีเหตุผลที่จะออกกำลังกายซึ่งได้แก่

1. ความรู้สึกพึงพอใจในร่างกายตนเอง (Physical Self-esteem) การเห็นคุณค่าของตนเอง จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของตนเอง เช่น การเพิ่มขึ้นของความแข็งแรงหรือการมีรูปร่างที่สมส่วน จะช่วยให้คุณมีความรู้สึกพึงพอใจในร่างกายของตนเองมากขึ้น
2. การควบคุมน้ำหนักร่างกาย (Weight Control) การออกกำลังกายจะมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจึงช่วยลดน้ำหนักลงได้
3. สุขภาพ(Health) การคาดหวังที่จะมีสุขภาพที่ดี และปรับปรุงสุขภาพของตนเองเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้บุคคลออกกำลังกาย วิธีการที่ดีที่จะปรับปรุงสุขภาพคือ การออกกำลังกาย
4. ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม(Social relation) การออกกำลังกาย เป็นการใช้เวลาาร่วมกันกับเพื่อน สมาชิกในครอบครัว
5. ความสนุกสนาน(Enjoyment) การออกกำลังกายจะทำให้เกิดความสุขสนุกสนานตามมา

ครั้งที่ 2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support)

กิจกรรมที่ 3-4 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ยาต้านเศร้า หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตน มีการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที จากนั้นชี้แจงให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่บ้านในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง โดยมีญาติหรือผู้ดูแลช่วยเหลือในการจดบันทึกแล้วนำผลมาในครั้งต่อไป

สาระสำคัญ

โรคซึมเศร้า เป็นโรคทางจิตเวชที่มีผู้เป็นจำนวนไม่น้อย แต่ยังมีผู้รู้จักโรคนี้ไม่มากนัก บางคนเป็นโดยที่ตัวเองไม่ทราบ คิดว่าเป็นเพราะตนเองคิดมากไปเองก็มี ทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่ เหมาะสม และทันท่วงที การเป็นโรคซึมเศร้าไม่ได้หมายความว่า ผู้ที่เป็นเป็นคนอ่อนแอ คิดมาก หรือเป็นคนไม่สู้ปัญหา เอาแต่ท้อแท้ ซึมเซา เป็นเพราะตัวโรค กล่าวได้ว่าถ้าได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม โรคก็จะทุเลาลง เขาก็จะกลับมาเป็นผู้ที่จิตใจแจ่มใส พร้อมจะทำกิจกรรมต่างๆ ดังเดิม ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมค่อนข้างมาก การเปลี่ยนแปลงหลักๆ จะเป็นในด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรม ร่วมกับอาการทางร่างกายต่างๆ

ภาวะซึมเศร้าอาจจะเกิดโดยตรง หรือเกิดมาจากมีปัญหาโรคทางกายอยู่ก่อนแล้วมีอาการซึมเศร้าภายหลัง ซึ่งบางครั้งภาวะซึมเศร้าถูกมองข้าม ทั้งที่โรคซึมเศร้าเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่สามารถรักษาให้หายได้ และถ้าหากผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายบางอย่างจะมีอาการดีขึ้นได้ถ้าได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า โรคซึมเศร้านั้นสามารถรักษาและควบคุมได้ด้วยยาต้านเศร้า โดยมีการศึกษาและยืนยันในทางวิชาการว่าความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมองเป็นต้นตอของปัญหาซึมเศร้า ที่ค้นพบกว่า 50 ปี ยากลุ่ม TCA ผลข้างเคียงที่พบ ได้แก่ ฤทธิ์ทำให้วงซึม อาการปากคอแห้ง ท้องผูก วิงเวียน หน้ามืดเมื่อเปลี่ยนอริยาบถจากความดันลดต่ำลง, ง่วงซึม น้ำหนักเพิ่ม ที่สำคัญคือหากกินเกินขนาดทำให้เสียชีวิตได้ ยากลุ่ม SSRI ผลข้างเคียงที่พบได้แก่ แขนงท้อง คลื่นไส้ อาเจียน กระวนกระวาย ความต้องการทางเพศลดลง หรือหลังซ้า ข้อเด่น คือ ฤทธิ์วงซึมต่ำ สามารถใช้กับผู้ป่วยโรคทางร่างกาย เช่น โรคหัวใจ และผู้สูงอายุได้อย่างปลอดภัย พบการเสียชีวิตจากการกินยาเกินขนาดน้อยมาก ส่วนยา fluoxetine มีฤทธิ์ทำให้เบื่ออาหารในช่วงแรก และมีฤทธิ์กระตุ้นสูงกว่า SSRI ชนิดอื่น ผู้ป่วยบางรายจึงอาจมีอาการวิตกกังวล กระวนกระวาย นอนไม่หลับ ในช่วงแรกได้

ครั้งที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support)

กิจกรรมที่ 5-6 การให้ความรู้เรื่อง การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และอาหารกับโรคซึมเศร้า หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที

สาระสำคัญ

หากมีอาการเซื่องซึม คิดอะไรไม่ออก กิจกรรมประจำวันที่เคยทำได้ก็กลับทำไม่ได้ วิตกกังวลทุกซื่ใจ และขาดความมั่นใจ กินไม่ได้ นอนไม่หลับ อยู่เปล่าอยู่ทิ้งไว้ รับประทานอาหารก่อนกลายเป็นโรคซึมเศร้า และนำไปสู่ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ เช่น รับประทานยาตามที่แพทย์ให้การรักษาทุกวัน ออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 30 นาที สร้างเสียงหัวเราะให้ตัวเอง ดูภาพยนตร์ตลกหรืออ่านหนังสือการ์ตูนขำขัน ระบายอารมณ์เสียบ้าง มีหลายวิธี ทั้งตะโกน ร้องไห้ หรือเขียนความรู้สึกลงในสมุดบันทึก พูดคุยกับคนที่ไว้ใจ การเล่าเรื่องให้ผู้อื่นฟังจะช่วยลดความฟุ้งซ่าน ทั้งยังได้ข้อคิดและเรียนรู้ว่าความทุกข์ไม่ได้เกิดขึ้นกับเราเพียงคนเดียว มองโลกในแง่ดี ทุกปัญหาหยาบย่อมมีทางออก ทุกอุปสรรคย่อมมีโอกาส การมองโลกในแง่ดีช่วยลดความวิตกกังวล ทำให้ค้นพบแนวทางในการแก้ไขปัญหา หากพบว่าตนเองหรือคนรอบข้างซึมเศร้า อย่างนั้นนอนใจรีบหาทางแก้ไข

การดูแลสุขภาพเพื่อให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงนั้น การรู้จักเลือกรับประทานอาหาร ถือเป็นสิ่งสำคัญโภชนบัญญัติ 9 ประการ เป็นข้อบัญญัติที่กระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นเพื่อแนะนำประชาชนให้มีความรู้ และความเข้าใจในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี ซึ่งประกอบด้วย

1. กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดื่มน้ำหนักตัว เพื่อให้ได้สารอาหารที่ร่างกายต้องการอย่างครบถ้วนและมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานไม่อ้วน หรือผอมไป
2. กินข้าวเป็นหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ เลือกกินข้าวกล้องแทนข้าวขาว จะได้คุณค่าและใยอาหารมากกว่า
3. กินพืชผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ กินผักผลไม้ทุกมื้อ จะช่วยสร้างภูมิคุ้มกันโรคและต้านมะเร็งได้
4. กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมันไข่และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ ปลาเป็นโปรตีนคุณภาพดีและย่อยง่าย ไข่เป็นอาหารที่หาง่าย ถั่วเมล็ดแห้งเป็นโปรตีนจากพืชที่ใช้กินแทนเนื้อสัตว์ได้
5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย นมช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรง เด็กควรดื่มนมวันละ 2-3 แก้ว ผู้ใหญ่ควรดื่มนมพร่องมันเนย วันละ 1-2 แก้ว
6. กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร กินอาหารประเภททอด ผัด และแกงกะทิ แต่พอควร เลือกกินอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง (ที่ไม่ไหม้เกรียม) แกงไม่ใส่กะทิ เป็นประจำ
7. หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด กินหวานมากเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด กินเค็มมากเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
8. กินอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน อาหารที่ไม่สุกและปนเปื้อนเชื้อโรค และสารเคมี เช่น สารบอแรกซ์ สารกันรา สารฟอกขาว ฟอร์มาลิน และยาฆ่าแมลง ทำให้เกิดโรคได้
9. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิด โรคความดันโลหิตสูง โรคตับแข็ง โรคมะเร็งหลอดอาหาร และโรคร้ายอีกมากมาย

ครั้งที่ 4 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)

กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมการพักผ่อนและคลายความเครียด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผักประเมินสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาซึ่งทำให้เกิดความเครียด และกิจกรรมที่ช่วยให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกันอีก 30 นาที จากนั้นชี้แจงให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่บ้าน ในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง โดยมีญาติหรือผู้ดูแลช่วยเหลือในการจดบันทึกแล้วนำผลมาในครั้งต่อไป

สาระสำคัญ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านักพบว่า มีอาการนอนไม่หลับ หลับไม่สนิทหรือนอนมากเกินไป ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาอนอนไม่หลับเรื้อรัง (Insomnia) จิตแพทย์อาจสั่งจ่ายยานอนหลับ หรือให้คำแนะนำในการสร้างวินัยการนอนหลับ เพื่อช่วยปรับวงจรการนอนให้กลับสู่สมดุลมากขึ้น หรืออาจสร้างความผ่อนคลายให้ร่างกายและจิตใจ ด้วยการอาบน้ำอุ่นดื่มมดน้ำอุ่นๆ หรือน้ำผลไม้ อ่านหนังสือเบาๆ ผ่อนคลาย กล้ามเนื้อเบาๆ ให้ร่างกายและสมองพร้อมสำหรับการพักผ่อน

ครั้งที่ 5 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)

กิจกรรมที่ 8 การรับความช่วยเหลือจากครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยให้เล่นเกมสถานการณ์จำลองเรื่อง “การขอความช่วยเหลือจากครอบครัวของเรา” เพื่อให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นถึงความช่วยเหลือด้านต่างๆของคนในครอบครัว ทั้งเรื่องความเจ็บป่วย ความทุกข์ใจ รวมถึงแรงจูงใจในการออกกำลังกาย หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที

สาระสำคัญ

การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) มีความสำคัญในการทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ มีพลังใจ และพร้อมก้าวผ่านหรือฝ่าฟันกับปัญหา และอุปสรรคต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต การสนับสนุนจากครอบครัว โดยทั่วไป หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติ และพฤติกรรมที่เป็นการกระตุ้นและส่งเสริม มีความเข้าใจ เอาใจใส่ให้กำลังใจและมีทัศนคติทางบวก มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับงาน รวมทั้งวิธีแก้ไขปัญหา เต็มใจที่จะรับฟัง การสนทนา ให้คำแนะนำ ตลอดจนดูแลและห่วงใยและให้ความสนใจในงานที่ทำอยู่ (Thomas Ashby Wills, Vaccaro, & McNamara, 1992) ในขณะเดียวกัน การสนับสนุนจากครอบครัว ยังเป็นแหล่งให้ความช่วยเหลือเยียวยา บำบัด ฟื้นฟูในยามที่ ต้องเผชิญกับปัญหาวิกฤติที่มากกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตอีกด้วย

ครั้งที่ 6 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)

กิจกรรมที่ 9-10 การรับความช่วยเหลือจากชุมชน และการปรับตัวอยู่ในชุมชน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม โดยให้ร่วมกันอภิปรายในประเด็นความช่วยเหลือด้านต่างๆของคนในชุมชน และปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชนกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที จากนั้นชี้แจงให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่บ้านในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง โดยมีญาติหรือผู้ดูแลช่วยเหลือในการจดบันทึก แล้วนำผลมาในครั้งต่อไป

สาระสำคัญ

แหล่งประโยชน์ในชุมชน เช่น หน่วยงานและบุคลากรที่ให้บริการทางการแพทย์ หน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น เงิน แรงงาน เวลา สิ่งของ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ให้คำแนะนำ ถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว หรือแหล่งสนับสนุนในชุมชนต่างๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาสงเคราะห์จังหวัด

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม เป็นการวัดความคิดเห็นเกี่ยวกับการประสบปัญหาทางด้านสิ่งแวดล้อมในแถบละแวกที่พักอาศัยของผู้ตอบ ในระดับความเห็น 3 ระดับ ได้แก่ มีปัญหามาก มีปัญหาน้อย และไม่มีปัญหา ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ คือ

1. เสียงจากยานพาหนะ
2. เสียงรบกวนจากวิทยุ/ทีวี/การทะเลาะเบาะแว้งของชาวบ้าน
3. แหล่งน้ำใกล้บ้านเน่าเสีย ส่งกลิ่นเหม็น
4. สถานประกอบการใกล้บ้านปล่อยของเสีย/ส่งกลิ่นเหม็น/ทำเสียงดัง
5. บริเวณใกล้บ้านมีขยะมูลฝอยรกรุงรัง ส่งกลิ่นเหม็น
6. ถนนหนทางที่จะเข้าบ้าน ชำรุด เดินทางลำบาก
7. อากาศบริเวณบ้านมีฝุ่นละอองหรือควันดำ ทั้งจากรถยนต์ รถมอเตอร์ไซด์และอื่นๆ
8. การถูกรบกวนจากสถานเริงรมย์ที่อยู่ใกล้บ้าน
9. ปัญหาอื่นๆ โพรดระบุ

ครั้งที่ 7 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)

กิจกรรมที่ 11 การสร้างเครือข่าย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล ในการติดต่อให้สมาชิกให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การสร้างเครือข่ายประชาชน ให้มีทัศนคติที่ดี ตระหนักเข้าใจบทบาทหน้าที่และเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยคาดหวังว่าผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมีความสามารถพึ่งพาตนเองและอยู่ร่วมในชุมชนได้ หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที จากนั้นชี้แจงให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติภารกิจออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่บ้านในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง โดยมีญาติหรือผู้ดูแลช่วยเหลือในการจดบันทึกแล้วนำผลมาในครั้งต่อไป

สาระสำคัญ

เครือข่าย (Network) คือขบวนการทางสังคมอันเกิดจากการสร้าง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่ม องค์กร สถาบัน โดยมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์และ ความต้องการบางอย่างร่วมกัน ร่วมกันดำเนินกิจกรรมบางอย่างโดยที่สมาชิกยังคง ความเป็นเอกเทศไม่ขึ้นต่อกัน คือการเชื่อมโยงระหว่างบุคคล กลุ่ม หรือองค์กรที่สมัครใจ แลกเปลี่ยนข่าวสารหรือทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีการจัดรูป หรือระเบียบโครงสร้างที่แต่ละหน่วยยังคงมีความเป็นอิสระ เท่าเทียม ภายใต้พื้นฐานของการเคารพสิทธิ เชื้อถือ เอื้ออาทร ซึ่งกันและกัน

ครั้งที่ 8 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)

กิจกรรมครั้งที่ 12 การทบทวนสิ่งที่ได้รับและสะท้อนความรู้สึก หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลในกิจกรรมสุดท้าย ทำการทบทวนให้ผู้ป่วยนำความรู้ที่ได้จากการร่วมกิจกรรมกลับไปดูแลตนเองต่อไป หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที แจกการสิ้นสุดกิจกรรม และแจกCDการออกกำลังกาย พร้อมเล่มคู่มือการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ช่วงสุดท้ายของโปรแกรมในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยและทีมเป็นผู้นำการออกกำลังกาย ตามแนวคิดของSchuch (2015) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1)อบอุ่นร่างกาย (5 นาที) 2)ออกกำลังกาย (20 นาที) 3)ผ่อนคลายร่างกาย (5 นาที) ขณะออกกำลังกาย จะประเมินผู้ป่วยด้วยวิธี talk test เพื่อนำมาประเมินความหนักของการออกกำลังกาย ซึ่งควรมีค่าความหนักของการออกกำลังกายที่ระดับปานกลางขึ้นไป (บรรลุ ศิริพานิช,2551)

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายที่สร้างขึ้นดำเนินการตรวจสอบดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย ทั้ง 12 กิจกรรม ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) และ Schuch. et al. (2015) ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบเนื้อหาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับแนวคิดที่ศึกษา หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 คน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสม ถูกต้อง ภาษาที่ใช้และความเหมาะสมของกิจกรรม และเวลาในแต่ละกิจกรรม ซึ่งพบว่ามีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ภายหลังการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมีค่าเท่ากับ 0.97

2. เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความครอบคลุมเนื้อหากิจกรรมรวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ คือ ความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากกระบวนการออกกำลังกายตามรูปแบบของ Schuch. et al. (2015) ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ในการออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าใช้ ระยะเวลาถี่เกินไป อาจทำให้ผู้วิจัยถอนตัวก่อนสิ้นสุดการทดลอง เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะไม่ค่อยต้องการออกมาพบปะผู้คนมากนัก จึงปรับความถี่ให้มาร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยนำความรู้หรือกิจกรรมสนับสนุนทางสังคมมาปรับรวมหัวข้อที่ใกล้เคียงกันให้เป็นครั้งเดียว แต่ให้ญาติกำกับการนำการออกกำลังกายไปลองปฏิบัติเองที่บ้านร่วมกับผู้ดูแล และนำมาเล่าปัญหาและอุปสรรคในสัปดาห์ และแนะนำให้ญาติไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมกิจกรรมในทุกครั้ง กำหนดให้ญาติร่วมกิจกรรม ร้อยละ 50 นั่นคืออย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแผนกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการออกกำลังกายที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน

5 คน โดยดำเนินกิจกรรมจนครบทั้งหมด เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของ ภาษา ความเหมาะสมของเวลาและกิจกรรม รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ หลังจาก การทดลองใช้ พบว่า ผู้ป่วยสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการ ทดลองใช้ มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้มีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อน นำไปใช้จริง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และประวัติการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.2 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2540) ที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัด คุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-100) โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.84 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.65 ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับจำนวน 26 ข้อ แบ่งข้อคำถามเป็น 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) เกณฑ์การให้คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมาย ทางบวก 23 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบมี 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 แบ่งระดับคุณภาพชีวิต เป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี ปานกลาง และดี มีคะแนนรวมตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยแยกเป็นองค์ประกอบ ดังนี้

ตารางที่ 6 ระดับคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี
ด้านร่างกาย	7-16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3-7	8-11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ทำการตรวจสอบโดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 คน จากทั้งหมด 5 คน ผลการตรวจสอบพบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวม มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.90

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของจิราพร รักการ (2549) ใช้แนวคิดของ House (1981) เพื่อใช้วัดการเผชิญการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งสอดคล้องกับเนื้อหาที่ใช้ในการจัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนออกเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เป็นจริง นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง ตลอดเวลา ลักษณะข้อคำถาม ดังนี้ เป็นข้อความทางด้านบวก 15 ข้อ และมีข้อความทางด้านลบ 4 ข้อ มีการกำหนดให้ผู้ตอบเลือกคำตอบได้ 1 คำตอบ โดยข้อคำถามครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, และ 4 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 5
2. การสนับสนุนทางการประเมินค่า จำนวน 4 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวกทั้งหมด
3. การสนับสนุนการยอมรับและเห็นคุณค่า จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 12, 13 และ 14 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 10 และ 11
4. การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17 และ 18 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 19 เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ตลอดเวลา	ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
บ่อยครั้ง	ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
บางครั้ง	ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน

ไม่เป็นจริงเลย ได้ 1 คะแนน ได้ 5 คะแนน

การคิดคะแนนทำได้โดยคิดคะแนนทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนทุกข้อมารวมกันวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานพิจารณาตามเกณฑ์ 5 ระดับ โดยนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อ แล้วแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ประกอบ กรรณสูตร, 2542)

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูงสุด

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำสุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของจิราพร รักการ (2549) ใช้แนวคิดของ House (1981) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ทำการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 คน จากทั้งหมด 5 คน ผลการตรวจสอบพบว่า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ส่วนการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมฯ ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.82

3.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1967) แปลและปรับเป็นฉบับภาษาไทย โดย มุกดา ศรีรงค์ (อ้างในลัดดา แสนสีหา, 2536) ประกอบด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ โดย 15 ข้อแรกเป็นคำถาม เกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และ 6 ข้อหลังเป็นคำถามอาการทางกายโดยแต่ละข้อ ประกอบด้วย 4 ตัวเลือก เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย (คะแนน 0) ต่อเนื่องไปจนถึงอาการรุนแรง (คะแนน 3) ให้เลือกตอบ 1 ข้อ การให้คะแนนในแต่ละคำตอบให้เป็น 0, 1, 2 และ 3 คะแนน ตามลำดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แล้วนับคะแนนในทุกข้อคำถามรวมกัน ซึ่งค่าคะแนนอยู่ ระหว่าง 0 ถึง 63 หลังจากนั้นแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ (Beck, 1967) คือ

0-9 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า (normal range)

10-15 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (mild depression)

16-19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression)

20-29 คะแนน มี ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (Moderate-severe depression)

30-63 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับ รุนแรง (severe depression)

โดย BDI-1A ฉบับนี้ เป็นเครื่องมือที่มีความคงที่ในแต่ละหัวข้อ และมีความน่าเชื่อถือสูง และมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า เป็นที่นิยมใช้กันในการ พัฒนางานบริการและงานวิจัยมาก เนื่องจากมีจำนวนข้อไม่มาก ทำให้ใช้เวลาไม่มาก และประเมินซ้ำได้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1967) แปลและปรับเป็นฉบับภาษาไทย โดยมุกดา ศรียงค์ (อ้างในลัดดา แสนสีหา, 2536) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ทำการตรวจสอบ ผลการตรวจสอบพบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.93 โดยมีประเด็นที่ได้ปรับปรุงแก้ไขข้อความเล็กน้อยเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย เช่น ควรเติมตัวเลขหน้าข้อที่ให้เลือกจะชัดเจนกว่านี้ เช่น 0,1,2,3 ข้อที่ 1 ให้ปรับคำว่า “ฉันรู้สึกเศร้าไม่มีความสุขจนไม่สามารถจะทนได้” เป็น “ฉันรู้สึกเศร้าจนทนต่อไปไม่ไหวแล้ว” ข้อ 4 ข้อย่อย 2 หายไป ให้เพิ่มเป็น “2 ฉันไม่ได้รับความพอใจจากหลายๆสิ่งอย่างมาก”

ส่วนการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1967) ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงๆ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.89

เกณฑ์การประเมินผลการกำกับการทดลอง

ภายหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องมีคะแนนเฉลี่ยรวมของการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางขึ้นไป และหากภายหลังการประเมินพบว่าผู้ป่วยคนใดมีคะแนนไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะพูดคุยกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคนนั้น เพื่อร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค ว่ายังขาดการสนับสนุนทางสังคมในด้านใด เพื่อสนับสนุนเพิ่มเติมในส่วนนั้นๆ จนกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคนนั้นจะมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมถึงเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนระดับความซึมเศร้า ไม่ควรเพิ่มขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งหากมีอาการกำเริบจำเป็นต้องให้ออกจากการวิจัยและส่งปรึกษาจิตแพทย์ต่อไป โดยทำการประเมินการกำกับการทดลองทุกๆ 2 สัปดาห์ ส่วนการออกกำลังกายแบบแอโรบิค มีการติดตามสังเกตอาการผิดปกติของออกกำลังกายทุกครั้ง โดยแนะนำให้ผู้ป่วยประเมินความหนักของการออกกำลังกายแม้การกลับไปปฏิบัติที่บ้านก็ตาม

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นคือ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลองและขั้นประเมินผลหลังการทดลอง

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การออกกำลังกาย แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม แนวคิดการให้ความรู้ทางสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิทยาศาสตร์การกีฬาในการฝึกทักษะการเป็นผู้นำในการออกกำลังกาย เพื่อให้ดำเนินการไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.2 พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

1.3 นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและหนังสือจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ถึงนายแพทย์ใหญ่สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยแนะนำตัว แจงรายละเอียดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแก่หัวหน้าแผนก จิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า ขออนุญาตศึกษาสถิติ แพ้มประวัติและทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.5 ติดต่อพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.6 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยแนะนำตนเอง แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ให้ข้อมูลเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ดูแล ตลอดจนประเมินตนเองจากเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ (pretest)

1.7 กลุ่มตัวอย่างประเมินอาการซึมเศร้าให้จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุม ตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการวิจัย ได้แก่ ปัจจัยที่สำคัญคือ อายุ เพศ และระยะเวลาในการเจ็บป่วย จากนั้นจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน จากนั้นดำเนินการในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

1.7.1 กลุ่มทดลอง

1) หลังจากกลุ่มทดลองลงชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ

สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และประเมินตนเองโดยใช้ เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Pre-test)

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียด โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการ ออกกำลังกาย ว่ากิจกรรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการติดต่อกับผู้อื่นๆ โดยได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อม ข้อมูลข่าวสารด้าน สุขภาพ และฝึกให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการออกกำลังกาย และให้ข้อมูลแก่กลุ่มทดลองถึงการพยาบาล ตามปกติที่จะได้รับ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคนอื่นๆ แต่จะได้รับการทำกิจกรรมตามโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย เพิ่มเติมจากการพยาบาลตามปกติ โดยจะ ดำเนินการในรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม ให้แก่ผู้ป่วยและให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม ดำเนินการครั้งละ 60-80 นาที ทั้งหมด 12 กิจกรรม 8 ครั้ง จำนวน 4 สัปดาห์ ซึ่งให้กลับไปทำที่บ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้งแล้ว นำมาเล่าให้สมาชิกอื่นฟัง ผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มทดลอง โดยแจ้ง วัน เวลา สถานที่ ในการเข้าร่วม กิจกรรม โดยก่อนเริ่มกิจกรรมการออกกำลังกาย ผู้วิจัยได้ประเมินความพร้อมของร่างกายของกลุ่ม ทดลองว่าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายได้หรือไม่ โดยการสอบถามอาการเจ็บป่วยหรือ อาการเจ็บปวดร่างกายวิเวียนศีรษะหรือไม่ และชี้แจงให้กลุ่มทดลองสังเกตและประเมินความหนัก ของการออกกำลังกาย โดยการทดสอบการพูด Talk test ของวิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งสหรัฐ (ACSM, 2013) และแจ้งเมื่อออกกำลังกายเสร็จในแต่ละครั้ง มีวิธีการวัดความแรงหรือความหนักของ การออกกำลังกาย ได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

1) ระดับเบา โดยไม่ทำให้รู้สึกเหนื่อยหรืออาจเหนื่อยเล็กน้อยหรือสามารถร้องเพลงขณะ ออกกำลังกายได้

2) ระดับปานกลาง ทำให้ท่านรู้สึกเหนื่อยพอสมควร (หายใจแรงขึ้นกว่าปกติเล็กน้อย หรือพูดคุยกับคนข้างเคียงจนจบประโยค

3) ระดับหนัก ทำให้ท่านรู้สึกเหนื่อยมากหรือหอบ(หายใจเร็วและแรงทางปากหรือหายใจ ทางปาก หรือไม่สามรถพูดคุยกับคนข้างเคียงได้จนจบประโยค) (ดังแสดงในตารางที่ 7) ภายหลังจากเสร็จสิ้นการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายใน ครั้งที่ 8 ผู้วิจัยจะใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1967) แปลและปรับเป็นฉบับภาษาไทย โดยมุกดา ศรียงค์ (อ้างในลัดดา แสนสีหา, 2536) และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ดัดแปลง มาจาก ของจิราพร รักการ (2549) ทำการประเมินการสนับสนุนทางสังคมและอาการซึมเศร้าของ กลุ่มทดลองทันที (ดังแสดงในตารางที่ 8 และ 9) หลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์ผู้วิจัยทำการประเมิน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ

องค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า สิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมพร้อมกับแสดงความขอบคุณ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1.7.2 กลุ่มควบคุม

1) หลังจากกลุ่มควบคุมลงชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วยและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และประเมินตนเองโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Pre-test)

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับเมื่อเข้ารับการรักษา ณ แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้แก่ การตรวจคัดกรอง ประเมิน อาการความเจ็บป่วย การให้คำแนะนำเรื่องโรคซึมเศร้า การให้ยา การให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วย หรือในรายที่มีปัญหาซับซ้อน

3) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Post-test)

2. ขั้นตอนการวิจัย

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติเมื่อมาติดตามการรักษาที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งได้แก่ การตรวจคัดกรอง ประเมินอาการของการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา การให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วยหรือในรายที่มีปัญหาซับซ้อน และนัดกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปอีก 4 สัปดาห์ เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินตนเองหลังการศึกษา(post test) โดยเริ่มเก็บข้อมูล ตั้งแต่ 1-31 ธันวาคม 2562 ซึ่งแยกเก็บก่อนกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อนกัน (Contamination) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย 4 สัปดาห์ๆละ 2 ครั้งๆละ 60-80 นาที รวม 12 กิจกรรม โดยทุกครั้งหลังการออกกำลังกายจะให้ผู้ป่วยประเมินความเหนื่อยขณะออกกำลังกายเป็นตัวเลข เพื่อนำมาคำนวณความหนักของการออกกำลังกาย ซึ่งควรมีค่าความหนักของการออกกำลังกายที่ระดับปานกลางขึ้นไป เมื่อดำเนินการทดลองครบ 2 และ 4 สัปดาห์ จึงให้กลุ่มตัวอย่างทำการกำกับการทดลองโดยให้ตอบแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และประเมินระดับอาการซึมเศร้า จากนั้นแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุด

การดำเนินกิจกรรม และมอบซีดีความรู้เรื่องการออกกำลังกาย โดยเริ่มเก็บข้อมูล ตั้งแต่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 มีนาคม 2562 (3 กลุ่ม ะละ 6-8 คน) ซึ่งในช่วงเดือนมกราคม มีโครงการออกกำลังกายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่ไปเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้นำกลุ่มผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการดังกล่าวด้วย 2 ครั้ง ซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆกับผู้ป่วย เนื่องด้วยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมก่อน และเมื่อถึงช่วงการออกกำลังกาย ได้ใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิกของกรมอนามัยชุดเดียวกับที่ใช้ในการวิจัย และให้ผู้ป่วยเข้าร่วมออกกำลังกายร่วมกับคนในหมู่บ้านตัวเอง ซึ่งรู้จักกันเป็นอย่างดี โดยมีรายละเอียดของการทำกิจกรรมดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1

กิจกรรมที่ 1 “การสร้างสัมพันธภาพ”

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ดูแล ระยะเวลา 10-15 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก (ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ดูแล)
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อสนับสนุนให้สมาชิกได้ออกกำลังกาย
4. เพื่อให้สมาชิกสามารถประเมินความหนักของการออกกำลังกายได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 1 สมาชิกสามารถ

1. มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว
2. บอกวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย ระเบียบ ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่จะ

ได้รับหลังเข้าร่วมกิจกรรมได้ ตลอดจนยินดีเข้าร่วมวิจัย

สาระสำคัญ

เนื่องจากการพบกันครั้งแรก การสร้างสัมพันธภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญโดยทักทายและแนะนำตัวด้วยท่าทีที่อบอุ่น แสดงถึงความจริงใจเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ อาศัยปฏิสัมพันธ์ที่ดีและให้ความสำคัญกับสมาชิกกลุ่มในการมีส่วนร่วม การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ถามถึงเรื่องครอบครัว และการสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย เป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น ความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน รวมทั้งสัมพันธภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิกจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพด้วยการพูดคุยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สบตา ยิ้มแย้มแจ่มใส และ ทักทายสมาชิกในกลุ่ม โดยการซักถามเรื่องทั่วไปเป็นรายบุคคล เช่น “เดินทางมากัน อย่างไรคะ” “ระยะทาง จากบ้านมาที่โรงพยาบาลไกล ไหมคะ” เพื่อสร้าง ความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย
2. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง จากนั้นให้สมาชิกในกลุ่มแต่ละคนแนะนำตนเอง โดยผู้วิจัยให้ความสนใจ และตั้งใจฟัง ในขณะที่สมาชิกทุกคนแนะนำตัว
3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ในการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายในแต่ละกิจกรรม ระเบียบและระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม กำหนดข้อตกลงของสัมพันธภาพ ได้แก่ สถานที่ เวลาที่จะพบปะเพื่อสนทนา ระยะเวลาของการสนทนาแต่ละครั้ง จำนวนที่วันต่อสัปดาห์ วันอะไรบ้าง และในระยะเวลาานเท่าใด ประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม และการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อตกลงเหล่านี้จำเป็นต้องแจ้งให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อป้องกันการเกิดความวิตกกังวลเมื่อต้องสิ้นสุดสัมพันธภาพ
4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มสอบถามข้อมูลที่สงสัยในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้ตอบแบบวัดคุณภาพชีวิต/แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck ตลอดจนแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม
5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว ให้สมาชิกประเมินสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่ต้องการจากคนในครอบครัว

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อ
2. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ
3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย
4. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ
5. แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck
6. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การประเมินผล

- สังเกตจากพฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการตอบคำถาม พบว่าสมาชิกให้ความร่วมมือในการมาเข้าร่วมกิจกรรมอย่างพร้อมเพรียง ตามที่ผู้วิจัยได้นัดหมายไว้ โดยสมาชิกแต่ละครอบครัว จะมาพร้อมกัน ในช่วงแรกๆที่สมาชิกยังไม่รู้จักกัน สมาชิกบางคนไม่กล้าพูด

หรือแสดงความคิดเห็นมากนัก ผู้วิจัยต้องคอยกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วม แต่เมื่อสมาชิกได้รู้จักกันมากขึ้น จึงเริ่มคุ้นเคยกัน เห็นได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เช่น ถามสมาชิกด้วยกันว่า “บ้านอยู่แถวไหน” “แฟนป่วยมานานหรือยัง”

- จากการบันทึกในสมุดบันทึกกิจกรรมของแต่ละครอบครัว หลังจากเมื่อให้สมาชิกได้พบทวน แลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัวของตนเองพบว่า ส่วนใหญ่ไม่คอยได้คุยกัน ต่างคนต่างทำหน้าที่ของตนเอง ไม่คอยสอบถามว่า “เป็นอย่างไร มีอะไรจะเล่าให้ฟังไหม เหนื่อยไหม” ไม่คอยแสดงความรู้สึกที่มีต่อกัน เช่น การกอดกัน การพูดชมเชย รู้สึกน่าอายในการแสดงความรักในครอบครัว เมื่อผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการสร้างสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว ตลอดจนผลของการมีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีต่อกัน สมาชิกมีความสนใจ ในการสร้างสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวมากขึ้น เข้าใจและมีทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพมากขึ้น เห็นได้จากคำบอกเล่า เมื่อครอบครัวได้มาเข้าร่วม

- สมาชิกลงชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย และทำแบบประเมินครบทุกคน

กิจกรรมที่ 2 “การกำหนดเป้าหมายในการออกกำลังกาย”

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ดูแล ระยะเวลา 15-20 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 สมาชิกสามารถ

1. มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ผ่านมาและการตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกาย
2. ตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกายได้
3. เข้าร่วมการออกกำลังกายได้

สาระสำคัญ

ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและสภาพของร่างกายเป็น ประจําสม่ำเสมอ จะเป็นยาอายุวัฒนะอย่างหนึ่งที่มีคุณประโยชน์ต่อร่างกายหลายสิ่งหลายประการ ดังนี้ ศิริรัตน์ หิรัญรัตน์ (2539 : 3-6) ได้อธิบายถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายและการ เล่นกีฬาที่มีต่อบุคคลในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ทางด้านร่างกาย อวัยวะในระบบต่างๆ ของร่างกายสามารถทำงานประสานกันได้ อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นผลให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง อดทน มีบุคลิกภาพที่ดี

2. ทางด้านจิตใจ การออกกำลังกายสม่ำเสมอนอกจากจะทำให้ร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์แล้วจิตใจร่าเริง แจ่มใส เบิกบาน ก็จะควบคู่กันมาเนื่องจากร่างกายปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ถ้าได้ออกกำลังกายร่วมกันหลาย ๆ คน เช่น การเล่นกีฬาเป็นทีม ทำให้เกิดความเอื้อเฟื้อมีเหตุผล อดกลั้น สุขุมรอบคอบและยุติธรรม

3. ทางด้านอารมณ์ มีอารมณ์เยือกเย็น ไม่หุนหันพลันแล่น ความเครียดจากการ ประกอบอาชีพน้อยลง เมื่อได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

4. ทางด้านสติปัญญา การออกกำลังกายสม่ำเสมอทำให้ความคิดอ่านปลอดโปร่ง มีไหวพริบ มีความคิดสร้างสรรค์ การค้นหาวิธีเอาชนะคู่แข่งต่อสู้ในวิถีของเกมส์การแข่งขัน ซึ่งบางครั้ง สามารถนำมาใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างถูกต้อง

5. ทางด้านสังคม สามารถปรับตัวเข้ากับผู้ร่วมงานและผู้อื่นได้ดีเพราะการเล่นกีฬา หรือการออกกำลังกายร่วมกันเป็นหมู่มาๆ ทำให้เกิดความเข้าใจและเรียนรู้พฤติกรรม มีบุคลิกภาพ ที่ดี มีความเป็นผู้นำมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

การกำหนดเป้าหมายในการออกกำลังกาย เป็นการส่งเสริมการสื่อสารทางสังคมระหว่างสมาชิกของกลุ่ม ปรับปรุงปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่ม(Moos & Cronkite, 1999) การสร้างเสริมการออกกำลังกาย (exercise promotion) จึงอาจต้องให้คำแนะนำบุคคลให้มีเหตุผลที่จะออกกำลังกายซึ่งได้แก่

1. ความรู้สึกพึงพอใจในร่างกายตนเอง (Physical Self-esteem) การเห็นคุณค่าของตนเองจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของตนเอง เช่น การเพิ่มขึ้นของความแข็งแรงหรือการมีรูปร่างที่สมส่วน จะช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกพึงพอใจในร่างกายของตนเองมากขึ้น

2. การควบคุมน้ำหนักร่างกาย (Weight Control) การออกกำลังกายจะมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจึงช่วยลดน้ำหนักลงได้

3. สุขภาพ (Health) การคาดหวังที่จะมีสุขภาพที่ดี และปรับปรุงสุขภาพของตนเองเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้บุคคลออกกำลังกาย วิธีการที่ดีที่จะปรับปรุงสุขภาพคือ การออกกำลังกาย

4. ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social relation) การออกกำลังกาย เป็นการใช้เวลาาร่วมกันกับเพื่อน สมาชิกในครอบครัว

5. ความสนุกสนาน (Enjoyment) การออกกำลังกายจะทำให้เกิดความสุขสนุกสนานตามมา

วิธีการประเมินความหนักของการออกกำลังกาย

ความหนักของการออกกำลังกาย คือ พลังงานที่ใช้ในการออกกำลังกาย จะขึ้นกับชนิดของการออกกำลังกาย และระยะเวลาที่ออกกำลังกาย เราสามารถแบ่งการออกกำลังกายได้เป็น ออกกำลังกายอย่างเบา/ปานกลาง/อย่างหนัก ดังนี้

สามารถประเมินความหนักของการออกกำลังกาย โดยการทดสอบการพูด Talk test

- ออกกำลังกายชนิดเบา สามารถร้องเพลงขณะออกกำลังกายได้
- ออกกำลังกายปานกลาง สามารถพูดจาโต้ตอบได้ในขณะออกกำลังกาย
- ออกกำลังกายอย่างหนัก ไม่สามารถพูดโต้ตอบได้อย่างปกติ

กิจกรรม

1. กล่าวทักทาย พุดคุยเรื่องทั่วไปกับสมาชิก
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการออกกำลังกาย
3. กำหนดเป้าหมายในการออกกำลังกาย
4. ผู้วิจัยนำกลุ่มการออกกำลังกายให้กับสมาชิก ดังนี้ 1) อบอุ่นร่างกาย (warm up) (5 นาที)
- 2) ออกกำลังกาย (exercise) (20 นาที) และ 3) ผ่อนคลายร่างกาย (cool down) (5 นาที)
5. แนะนำการประเมินความหนักของการออกกำลังกาย และจัดบันทึกตามแบบบันทึกการออกกำลังกาย
6. ผู้วิจัยแจ้งวัน เวลา และ สถานที่ในการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ
2. ใบบันทึกกิจกรรมที่ 2

ประเมินผล

- สังเกตจากพฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการตอบคำถามพบว่าสมาชิกมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ผ่านมาว่า “ฉันทำงานบ้านก็ได้เหงื่ออยู่แล้วทุกวันนะ” “ไม่ค่อยมีเวลาหรอกนะที่จะออกกำลังกายจริงๆจังๆทุกวัน” “จะทำได้อะไรกับการออกกำลังกายอย่างน้อยอาทิตย์ละ 3 วันนี่หนะ” “ถ้ามาแบบตั้งใจ แบบมีจุดหมายกันไว้เนี่ยน่าจะทำให้ออกกำลังกายได้ตามเป้าหมาย เพราะถ้าคนเดียวคงไม่สำเร็จแน่”

- จากการบันทึกในใบบันทึกกิจกรรม ส่วนใหญ่การตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกายของสมาชิกคือ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง มีรูปร่างสวยงามสมส่วน และควบคุมหรือลดน้ำหนักไปในตัวตลอดจนถือว่ามาคลายความเครียด

- ความรู้สึกที่เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ “ก็ดีนะ ลองบังคับตัวเองให้ทำให้ได้ใน 1 เดือน” “กังวลว่าจะเข้าร่วมได้ครบทุกครั้งไหม” “ได้พูดคุยกับคนอื่นบ้างและได้ออกกำลังกายแล้วก็ดีนะ รู้สึกเหงื่อออกแล้วสดชื่นดีจ่ะ” “ออกกำลังกายแบบนี้ไม่เหนื่อยเกินไป” “ทำที่ทำไมยากเกินทำได้จ่ะ”

- สมาชิกปฏิบัติกรออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่บ้านในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง หลังออกกำลังกาย วัดความหนักของการออกกำลังกาย พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 7 วิธีการวัดความแรงหรือความหนักของการออกกำลังกาย โดยการทดสอบการพูด
Talk test

คนที่	อายุ	การประเมินระดับความหนัก ของการออกกำลังกาย	แปลผลระดับความหนัก ของการออกกำลังกาย
1	21	สามารถพูดได้ขณะออกกำลังกาย	ปานกลาง
2	37	สามารถพูดได้ขณะออกกำลังกาย	ปานกลาง
3	34	สามารถพูดได้ขณะออกกำลังกาย	ปานกลาง
4	38	สามารถพูดได้ขณะออกกำลังกาย	ปานกลาง
5	42	สามารถพูดได้ขณะออกกำลังกาย	ปานกลาง
6	37	สามารถพูดได้ขณะออกกำลังกาย	ปานกลาง
7	23	สามารถพูดได้ขณะออกกำลังกาย	ปานกลาง
8	33	สามารถพูดได้ขณะออกกำลังกาย	ปานกลาง
9	43	สามารถพูดได้ขณะออกกำลังกาย	ปานกลาง
10	28	สามารถพูดได้ขณะออกกำลังกาย	ปานกลาง
11	49	สามารถพูดได้ขณะออกกำลังกาย	ปานกลาง
12	25	สามารถพูดได้ขณะออกกำลังกาย	ปานกลาง
13	22	สามารถพูดได้ขณะออกกำลังกาย	ปานกลาง
14	42	สามารถพูดได้ขณะออกกำลังกาย	ปานกลาง
15	34	สามารถพูดได้ขณะออกกำลังกาย	ปานกลาง
16	22	สามารถพูดได้ขณะออกกำลังกาย	ปานกลาง
17	28	สามารถพูดได้ขณะออกกำลังกาย	ปานกลาง
18	48	สามารถพูดได้ขณะออกกำลังกาย	ปานกลาง
19	43	สามารถพูดได้ขณะออกกำลังกาย	ปานกลาง
20	29	สามารถพูดได้ขณะออกกำลังกาย	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย มีระดับความหนักของการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นไปได้ตามเกณฑ์ คือไม่มีอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย

สรุปผลที่เกิดขึ้นในกิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) กล่าวคือ เป็นกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิก ครอบครัว และผู้วิจัย มีการแนะนำตัวพูดคุยกันในกลุ่ม รับฟังความรู้สึกที่เข้าร่วมกิจกรรม ทำให้เกิดความไว้วางใจ

ซึ่งกันและกัน สมาชิกรับรู้ถึงความรู้สึก เป็นผู้ที่มีความสำคัญ เป็นที่รักของครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง อันมีผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและความสัมพันธ์ทางสังคม นอกจากนี้มีการกำหนดเป้าหมายในการออกกำลังกายของตนเอง ได้เริ่มออกกำลังกายและสามารถประเมินความหนักของการออกกำลังกายได้เอง ทำให้เกิดการรับรู้ด้านสภาพความสมบูรณ์ของร่างกาย จึงเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านร่างกายได้อีกด้วย

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 3 “รู้จักโรคซึมเศร้า”

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ดูแล ระยะเวลา 10-15 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 แล้ว สมาชิกสามารถ

1. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
2. ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่อง “โรคซึมเศร้า” ได้ถูกต้อง

สาระสำคัญ

โรคซึมเศร้า เป็นโรคทางจิตเวชที่มีผู้เป็นจำนวนมากไม่น้อย แต่ยังมีผู้รู้จักโรคนี้ไม่มากนัก บางคนเป็นโดยที่ตัวเองไม่ทราบ คิดว่าเป็นเพราะตนเองคิดมากไปเองก็มี ทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม และทันช่วงที่ การเป็นโรคซึมเศร้าไม่ได้หมายความว่า ผู้ที่เป็นเป็นคนที่อ่อนแอ คิดมาก หรือเป็นคนไม่สู้ปัญหา เอาแต่ท้อแท้ ซึมเศร้า เป็นเพราะตัวโรค กล่าวได้ว่าถ้าได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม โรคก็จะทุเลาลง เขาก็จะกลับมาเป็นผู้ที่จิตใจแจ่มใส พร้อมจะทำกิจกรรมต่างๆ ดังเดิม ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมค่อนข้างมาก การเปลี่ยนแปลงหลักๆ จะเป็นในด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรม ร่วมกับอาการทางร่างกายต่างๆ

กิจกรรม

1. กล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไปกับสมาชิก
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
3. สรุปและให้ความรู้ทางสุขภาพเรื่อง “รู้จักโรคซึมเศร้า”

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ
2. Power Point เรื่อง รู้จักโรคซึมเศร้า
3. ใบงานกิจกรรมที่ 3
4. ใบบันทึกกิจกรรมที่ 3

ประเมินผล

- สมาชิกสามารถตอบคำถามเรื่องอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ถูกต้อง เพราะสังเกตจากตนเองในตัวผู้ป่วยเอง ส่วนกลุ่มญาติก็เช่นกัน ได้เรียนรู้จากญาติที่ตนให้การดูแล

- จากการบันทึกในใบบันทึกกิจกรรม สมาชิกบอกได้รับความรู้เพิ่มเติมในโรคที่ตนเอง และญาติเป็นอยู่ “มีการรักษาหลายอย่างเลยเนอะ ฉันทึกว่ามีแต่กินยาๆ” “เคยได้ยินเหมือนกันว่าที่ ต้องไปซื้อตไฟฟ้า ถ้าเป็นมากๆ เข้า คุนากแล้ว” “คงต้องชวนกันมาทำกิจกรรมแบบนี้บ่อยๆ นะอาการ จะได้ดีขึ้นหรือหายขาด” “กิจกรรมนี้ฉันตั้งใจจะมาจนครบนะ ได้ความรู้เรื่องที่เราเป็นอยู่” “เกิด ความคิดได้ว่าจะดูแลแฟนได้ยังไงต่อ” “ก็ทำให้เราเข้าใจมากขึ้นในเรื่องความเจ็บป่วยทางจิตนะ”

กิจกรรมที่ 4 “ความรู้เรื่องยาต้านเศร้า” และการออกกำลังกายแบบแอโรบิค

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ดูแล ระยะเวลา 40-45 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 แล้วสมาชิกสามารถ

1. แลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาที่รับประทาน และช่วยกันค้นหาแนวทางการแก้ไข

2. ได้เข้าร่วมการออกกำลังกาย พร้อมบันทึกผล

สาระสำคัญ

ภาวะซึมเศร้าอาจจะเกิดโดยตรง หรือเกิดมาจากมีปัญหาโรคทางกายอยู่ก่อนแล้วมีอาการ ซึมเศร้าภายหลัง ซึ่งบางครั้งภาวะซึมเศร้าถูกมองข้าม ทั้งที่โรคซึมเศร้าเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่ สามารถรักษาให้หายได้ และถ้าหากผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายบางอย่างจะมีอาการดีขึ้นได้ถ้า ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า โรคซึมเศร้านั้นสามารถรักษาและควบคุมได้ด้วยยาต้านเศร้า โดยมีการศึกษาและยืนยันในทางวิชาการว่าความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมองเป็นต้นตอของปัญหา ซึมเศร้า ที่ค้นพบกว่า 50 ปี ผลข้างเคียงที่พบ ได้แก่ อาการปากคอแห้ง ท้องผูก วิงเวียน หน้ำมืดเมื่อ เปลี่ยนอริยาบถจากความดันลดต่ำลง, ง่วงซึม น้ำหนักเพิ่ม หากกินเกินขนาดทำให้เสียชีวิตได้ ผลข้างเคียงจากยากลุ่มนี้ อีกอย่างหนึ่งที่สำคัญคือฤทธิ์ทำให้ง่วงซึม และปากคอแห้ง ท้องผูกนั้น สัมพันธ์กับขนาดยา

ผลข้างเคียงที่พบของยาต้านเศร้าอีกชนิดหนึ่ง ได้แก่ แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน กระวน กระวาย ความต้องการทางเพศลดลง หรือหลังซ้า ซึ่งมีข้อเด่นของยากลุ่ม SSRI คือ ฤทธิ์ง่วงซึมต่ำ สามารถใช้กับผู้ป่วยโรคทางร่างกาย เช่น โรคหัวใจ และผู้สูงอายุได้อย่างปลอดภัย พบการเสียชีวิตจากการกินยาเกินขนาดน้อยมาก

ยา fluoxetine มีฤทธิ์ทำให้เบื่ออาหารในช่วงแรก และมีฤทธิ์กระตุ้นสูงกว่า SSRI ชนิดอื่น ผู้ป่วยบางรายจึงอาจมีอาการวิตกกังวล กระวนกระวาย นอนไม่หลับ ในช่วงแรกได้

กิจกรรม

1. กล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วๆ ไปกับสมาชิก
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาที่รับประทาน และช่วยกันค้นหาแนวทางการแก้ไข

3. สรุปและให้ความรู้ทางสุขภาพเรื่อง “ยาต้านเศร้า”
4. ผู้วิจัยนำการออกกำลังกายให้กับสมาชิก
5. นัดหมายการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ
2. Power Point เรื่องยาต้านเศร้า
3. ใบงานกิจกรรมที่ 4
4. ใบบันทึกกิจกรรมที่ 4

ประเมินผล

- สังเกตจากพฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการตอบคำถาม พบว่ามีผู้ป่วยบางคนจำชื่อยาที่กินประจำไม่ได้ ใช้ดูจากชื่อยาหรือฉลากยา และพออาการดีขึ้นแล้วก็เคยเลิกกินยาเอง จนมีอาการกลับมาอีก จึงมีการเล่าประสบการณ์แลกเปลี่ยนกัน

- จากการบันทึกในใบบันทึกกิจกรรม “ดูว่าออกกำลังกายสนุกๆดี แต่ก็เมื่อยเหมือนกันนะ เพราะไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย” “เคยเห็นเขาเดินกัน เพิ่งเคยเดินครั้งแรกนี้ก็สนุกดี” “เพิ่งรู้ว่าหยุดยาเองไม่ได้ ก็ดีจะได้ระวัง” “ฉันจำชื่อยาไม่ได้หรอก ใช้ดูจากซองที่หมอให้ไป”

- สมาชิกออกกำลังกายแบบแอโรบิก 30 นาที มีความหนักของการออกกำลังกาย ระดับปานกลาง ไม่พบอาการผิดปกติ

- สมาชิกปฏิบัติกรออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่บ้านในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง หลังออกกำลังกาย มีความหนักของการออกกำลังกาย ระดับปานกลาง

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมให้ความรู้เรื่อง “ปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า”

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ดูแล **ระยะเวลา** 10-15 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 แล้วสมาชิกสามารถ

1. มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนปัญหาของตนกับเพื่อน และให้เพื่อนช่วยเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหา

2. สมาชิกได้รับความรู้เรื่อง “ปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า”

สาระสำคัญ

หากคุณมีอาการเซื่องซึม คิดอะไรไม่ออก กิจกรรมประจำวันที่เคยทำได้ก็กลับทำไม่ได้ วิตกกังวล ทุกข์ใจ และขาดความมั่นใจ กินไม่ได้ นอนไม่หลับ อย่าปล่อยทิ้งไว้ รีบหาทางแก้ก่อนกลายเป็นโรคซึมเศร้า และนำไปสู่ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ เช่น รับประทานยาตามที่

แพทย์ให้การรักษาทุกวัน ออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 30 นาที สร้างเสียงหัวเราะให้ตัวเอง ดูภาพยนตร์ตลกหรืออ่านหนังสือการ์ตูนซ้ำชั้น ระบายอารมณ์เสียบ้าง มีหลายวิธี ทั้งตะโกน ร้องให้ หรือเขียนความรู้สึกลงในสมุดบันทึก พูดคุยกับคนที่ไว้ใจ การเล่าเรื่องให้ผู้อื่นฟังจะช่วยลดความฟุ้งซ่าน ทั้งยังได้ข้อคิดและเรียนรู้ว่าความทุกข์ไม่ได้เกิดขึ้นกับเราเพียงคนเดียว มองโลกในแง่ดี ทุกปัญหาย่อมมีทางออก ทุกอุปสรรคย่อมมีโอกาส การมองโลกในแง่ดีช่วยลดความวิตกกังวล ทำให้ค้นพบแนวทางในการแก้ไขปัญหา หากพบว่าตนเองหรือคนรอบข้างซึมเศร้า อย่างนั่งนอนใจรับหาทางแก้ไข

กิจกรรม

1. กล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไปกับสมาชิก
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนปัญหาของตนกับเพื่อน และให้เพื่อนช่วยเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหา
3. ให้ความรู้ทางสุขภาพเรื่อง “ปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า”
4. ผู้วิจัยนำการออกกำลังกายให้กับสมาชิก
5. นัดหมายการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ
2. Power Point เรื่อง ปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. ใบงานกิจกรรมที่ 5
4. ใบบันทึกกิจกรรมที่ 5

ประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ ผลการประเมินพบว่า

พบปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาของผู้ป่วยและญาติ ดังนี้

1. ปัญหาเรื่องการรับประทานยาโรคลจิต เช่น ทานแล้วง่วงนอน ปากคอแห้ง “แก้ปัญหาโดยการจิบน้ำบ่อยๆ”
“ ถ้าง่วงก็นอน แต่คนรอบข้างมักมองว่าเป็นคนขี้เกียจ มีแม่ที่เข้าใจเรา”
2. ปัญหาสุขภาพ เช่น รับประทานอาหารได้น้อย หรือมากเกินไป นอนไม่หลับเวลากลางคืนอ่อนเพลียไม่มีแรง “พยายามไม่นอนกลางวัน ไม่งั้นกลางคืนไม่หลับ” “วันไหนกินได้น้อยก็ให้เขากินบ่อยๆขึ้น”
3. ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล เช่น ทะเลาะกับคนในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน นายจ้าง “ก็พยายามทำใจเย็น นับ 1-100นะ” “นี่ถึงข้อดีของคนที่ทำให้เราโกรธ ก็ช่วยได้นะ”

“บางวันทุกขีใจมาก ๆ ก็ไปสวดมนต์ไหว้พระ”

เมื่อสรุปและให้แลกเปลี่ยนปัญหากัน พบว่าผู้ป่วยและญาติบอกว่า “ก็ตีเหมือนกันปัญหาคล้ายๆกัน แต่ละคนอาจแก้ปัญหาก็ไม่เหมือนกัน ก็ได้เรียนรู้จากเขาบ้าง เราบ้างเนอะ”

กิจกรรมที่ 6 “อาหารกับโรคซึมเศร้า” และการออกกำลังกายแบบแอโรบิค

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ดูแล **ระยะเวลา** 40-45 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 แล้วสมาชิกสามารถ

1. มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอาหารที่ชอบและแหล่งซื้อหา หรือการประกอบอาหาร
2. บอกวิธีการเลือกรับประทานอาหารได้
3. เข้าร่วมการออกกำลังกาย

สาระสำคัญ การดูแลสุขภาพเพื่อให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงนั้น การรู้จักเลือกรับประทานอาหาร ถือเป็นสิ่งสำคัญโภชนบัญญัติ 9 ประการ เป็นข้อบัญญัติที่กระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นเพื่อแนะนำประชาชนให้มีความรู้ และความเข้าใจในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี ซึ่งประกอบด้วย

1. กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดูแลน้ำหนักตัว เพื่อให้ได้สารอาหารที่ร่างกายต้องการอย่างครบถ้วนและมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานไม่อ้วน หรือผอมไป
2. กินข้าวเป็นหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ เลือกกินข้าวกล้องแทนข้าวขาวจะได้คุณค่าและใยอาหารมากกว่า
3. กินพืชผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ กินผักผลไม้ทุกมื้อ จะช่วยสร้างภูมิคุ้มกันโรคและต้านมะเร็งได้
4. กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมันไข่และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ ปลาเป็นโปรตีนคุณภาพดีและย่อยง่าย ไข่เป็นอาหารที่หาง่าย ถั่วเมล็ดแห้งเป็นโปรตีนจากพืชที่ใช้กินแทนเนื้อสัตว์ได้
5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย นมช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรง เด็กควรดื่มนมวันละ 2-3 แก้ว ผู้ใหญ่ควรดื่มนมพร่องมันเนย วันละ 1-2 แก้ว
6. กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร กินอาหารประเภททอด ผัด และแกงกะทิ แต่พอควร เลือกกินอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง (ที่ไม่ไหม้เกรียม) แกงไม่ใส่กะทิ เป็นประจำ
7. หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด กินหวานมากเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด กินเค็มมากเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
8. กินอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน อาหารที่ไม่สุกและปนเปื้อนเชื้อโรค และสารเคมี เช่น สารบอแรกซ์ สารกันรา สารฟอกขาว พอร์มาลีน และยาฆ่าแมลง ทำให้เกิดโรคได้

9. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิด โรคความดันโลหิตสูง โรคตับแข็ง โรคมะเร็งหลอดอาหาร และโรคร้ายอีกมากมาย

กิจกรรม

1. กล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วๆไปกับสมาชิก
2. ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนแนะนำตนเอง ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทำความรู้จักกัน
3. ให้ความรู้ทางสุขภาพเรื่อง “อาหารกับโรคซึมเศร้า”
4. ผู้วิจัยนำการออกกำลังกายให้กับสมาชิก
5. นัดหมายการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ
2. Power Point เรื่อง อาหารกับโรคซึมเศร้า
3. ใบงานกิจกรรมที่ 6
4. ใบบันทึกกิจกรรมที่ 6

ประเมินผล

สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการตอบคำถามดังนี้

1. ความคิดเห็นเกี่ยวกับอาหารที่ชอบ และแหล่งซื้อหา หรือการประกอบอาหาร พบว่าส่วนใหญ่ซื้ออาหารมารับประทาน ซื้อจากตลาดนัดใกล้บ้าน ไม่ค่อยได้ทำอาหารรับประทานเอง และรู้จักอาหารหลัก 5 หมู่ แต่ก็เลือกรับประทานตามที่ตนชอบ ไม่ค่อยได้คำนึงถึงคุณค่าของสารอาหาร

2. สมาชิกได้รับความรู้เรื่องอาหารต้านเศร้า ดังคำพูดต่อไปนี้
“เพิ่งรู้ว่ากินช็อกโกแลตแล้วจะอารมณ์ดี ชอบกินคะ แต่พอพี่พยาบาลบอกระวังน้ำหนักขึ้น ก็คงทานแต่พอดีคะ ” “ดีคะ อาหารบางอย่างไม่ชอบ แต่เราจะได้เลือกกินอย่างอื่นทดแทนได้ ”

เมื่อเสร็จจากกิจกรรมที่ 6 ร่วมออกกำลังกายแบบแอโรบิคต่ออีก 30 นาที จากนั้นประเมินความหนักของการออกกำลังกาย พบว่าอยู่ในระดับปานกลางทุกคน

3. สมาชิกปฏิบัติกรออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่บ้านในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง หลังออกกำลังกาย ความหนักของการออกกำลังกาย ระดับปานกลาง

สรุปผลที่เกิดขึ้นในกิจกรรมครั้งที่ 2 และ3 ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำเรื่องโรคซึมเศร้า ยาต้านเศร้า การกลับเป็นซ้ำ และอาหารกับโรคซึมเศร้า ตลอดจนมีการเล่าประสบการณ์แลกเปลี่ยนกัน ทำให้สมาชิกและครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามากขึ้น กล่าวพูดคุยแสดงความคิดเห็นในการตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรหยุดยาเองแม้ไม่มีอาการ เป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) ทำให้สามารถนำข่าวสารเหล่านั้นไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ตลอดจนการร่วมออกกำลังกายโดยพร้อมเพรียงกัน

หลังเสร็จการทำกิจกรรมกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงขึ้น และรับรู้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายได้ดีขึ้น ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ส่วนด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้เกิดการไว้วางใจและยอมรับซึ่งกันและกัน กล้าที่จะบอกเล่าหรือร่วมกิจกรรมต่างๆ กับเพื่อนสมาชิกหรือคนในครอบครัวตนเอง นอกจากนี้การได้รับความรู้ที่ถูกต้อง และได้พูดคุยกับคนที่มีปัญหาการป่วยคล้ายๆกัน ทำให้สามารถเผชิญปัญหาในการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และรู้วิธีแก้ปัญหาเหล่านั้นได้ อันจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจตามมาด้วย

ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 7 การพักผ่อนและคลายเครียดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ดูแล **ระยะเวลา** 10-15 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 แล้ว สมาชิกสามารถ

1. แลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการพักผ่อนและคลายเครียดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. ตอบคำถามเกี่ยวกับเรื่อง “การพักผ่อนและคลายเครียดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” ได้ถูกต้อง
3. สมาชิกเข้าร่วมการออกกำลังกาย

สาระสำคัญ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านักพบว่า มีอาการนอนไม่หลับ หลับไม่สนิทหรือนอนมากเกินไป ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนไม่หลับเรื้อรัง (Insomnia) จิตแพทย์อาจสั่งจ่ายยานอนหลับ หรือให้คำแนะนำในการสร้างวินัยการนอนหลับ เพื่อช่วยปรับวงจรการนอนให้กลับสู่สมดุลมากขึ้น หรืออาจสร้างความผ่อนคลายให้ร่างกายและจิตใจ ด้วยการอาบน้ำอุ่นดื่มนมอุ่นๆ หรือน้ำผลไม้ อ่านหนังสือเบาๆ ผ่อนคลาย กล้ามเนื้อเบาๆ ให้ร่างกายและสมองพร้อมสำหรับการพักผ่อน

กิจกรรม

1. กล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วๆไปกับสมาชิก
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ-ความเครียด
3. สรุปข้อคิดเห็นและให้แนะนำเพิ่มเติมในการนอนหลับพักผ่อนและการคลายความเครียด
4. ผู้นำกลุ่มนำการออกกำลังกายให้กับสมาชิก
5. จัดบันทึกชีพจร ความดันโลหิต ตามเครื่องมือกำกับการออกกำลังกาย
6. นัดหมายการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ
2. Power Point เรื่อง การนอนหลับพักผ่อนและการคลายความเครียด
3. ใบงานและใบบันทึกกิจกรรมที่ 7

ประเมินผล

1. สมาชิกส่วนใหญ่เคยมีปัญหานอนไม่หลับ แต่มีวิธีแก้ปัญหาคือ หลีกเลี้ยงนอนตอนกลางวัน งดกินกาแฟโดยเฉพาะช่วงเย็น มีบางคนต้องกินยานอนหลับ จึงแนะนำให้รับการปรึกษาจากแพทย์ด้วย

2. สอบถามวิธีคลายความเครียดได้คำตอบดังนี้

“ฟังเพลง ดูหนัง/ละคร” “อ่านหนังสือ นิยายสาร”

“ออกกำลังกายนี้ช่วยได้เยอะเลย เสรีกลับบ้านไปนี่หลับปุ๋ยเลยหละ”

“เล่นกับหมา-แมวที่บ้าน” “ไปเดินเที่ยวห้างสรรพสินค้า ชื้อของ”

“จดบันทึกในไดอารี่” “สวดมนต์ ไหว้พระ”

หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ออกกำลังกายแบบแอโรบิค 30 นาที และประเมิน ความหนักของการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง

3. สมาชิกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่บ้านในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง หลังออกกำลังกาย ความหนักของการออกกำลังกาย ระดับปานกลาง

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 5

กิจกรรมที่ 8 “การรับความช่วยเหลือจากครอบครัว”

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ดูแล **ระยะเวลา** 10-15 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 8 แล้วสมาชิกสามารถ

1. มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นถึงแหล่งประโยชน์ในการออกกำลังกายในครอบครัว

2. ให้เล่นเกมสถานการณ์จำลองเรื่อง “แหล่งประโยชน์ในครอบครัวของเรา”

3. สามารถบอกและตอบคำถามเกี่ยวกับ แหล่งประโยชน์ในครอบครัวได้

4. สมาชิกเข้าร่วมการออกกำลังกาย

สาระสำคัญ

การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) มีความสำคัญในการทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ มีพลังใจ และพร้อมก้าวผ่านหรือฝ่าฟันกับปัญหา และอุปสรรคต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต การสนับสนุนจากครอบครัว โดยทั่วไป หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติ และพฤติกรรมที่เป็นการกระตุ้นและส่งเสริม มีความเข้าใจ เอาใจใส่ให้กำลังใจและมีทัศนคติทางบวก มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับงาน รวมทั้งวิธีแก้ปัญหา เต็มใจที่จะรับฟัง การสนทนา ให้คำแนะนำ ตลอดจนดูแลและห่วงใยและให้ความสนใจในงานที่ทำอยู่ (Thomas AshbyWills, Vaccaro, & McNamara, 1992) ในขณะเดียวกัน การสนับสนุนจากครอบครัว ยังเป็นแหล่งให้ความช่วยเหลือเยียวยา บำบัด ฟื้นฟูในยามที่ ต้องเผชิญกับปัญหาวิกฤติที่มากกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตอีกด้วย

กิจกรรม

1. กล่าวทักทาย พุดคุยเรื่องทั่วๆไปกับสมาชิก
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับความช่วยเหลือจากครอบครัว โดยให้แสดงออกมาให้เพื่อนดู
3. ผู้วิจัยนำการออกกำลังกายให้กับสมาชิก
4. นัดหมายการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ดินสอ/ปากกา กระดาษ
2. Power Point เรื่องแหล่งประโยชน์ในครอบครัวของเรา
3. ใบบันทึกกิจกรรมที่ 8

ประเมินผล เมื่อยกตัวอย่างปัญหา

1. ผู้ป่วยนอนไม่หลับญาติจะทำอย่างไร ได้คำตอบดังนี้
 “ให้ไปวิ่งตอนเย็นๆ กินอาหารอิมๆ”
 “งดกาแฟ”
 “ไม่นอนตอนกลางวัน”
 “ไม่นอนตอนเย็น หากิจกรรมทำ กลางคืนจะได้ง่วง”

2. ผู้ป่วยซึมเศร้า แยกตัว ไม่สนใจทำงาน ญาติจะทำอย่างไร
 “ชวนพุดคุย”
 “สอบถามความรู้สึกและปัญหาที่พบในที่ทำงาน”
 “ให้กำลังใจ สู้ต่อไปนะพี่เป็นกำลังใจให้เสมอ”

สมาชิกแต่ละกลุ่มสามารถแสดงพฤติกรรมการแก้ปัญหาให้กลุ่มได้ทราบ และชื่นชมหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ออกกำลังกายแบบแอโรบิค 30 นาที และประเมินความหนักของการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ทุกคนไม่มีอาการเหนื่อยจนทนไม่ไหว ไม่มีอาการผิดปกติหลังการออกกำลังกาย

3. สมาชิกปฏิบัติการณ์การออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่บ้านในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง หลังออกกำลังกาย ความหนักของการออกกำลังกาย ระดับปานกลาง

สรุปผลที่เกิดขึ้นในกิจกรรมครั้งที่ 4-5 เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา เช่น นอนไม่หลับเรื้อรัง โดยมีคำแนะนำในการสร้างวินัยการนอนหลับ เพื่อช่วยปรับวงจรการนอนให้กลับสู่สมดุลมากขึ้น มีการเสนอแนะวิธีการพักผ่อนและคลายเครียดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยแก้ปัญหาและให้กำลังใจ ทำให้เกิดการรับรู้ถึงความช่วยเหลือของคนในครอบครัว ทั้งเรื่องความเจ็บป่วย ความทุกข์ใจ ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคม ด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ มีพลังใจ และพร้อม

ก้าวผ่านหรือฝ่าฟันกับปัญหา และอุปสรรคต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต โดยการสนับสนุนจากครอบครัว นอกจากนี้การนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ประเมินตนเอง เช่น ประเมินค่าสถานการณ์ หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา ทำให้มีวิธีเผชิญหน้ากับปัญหา มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และความสัมพันธ์ทางสังคม นอกจากนี้หลังทำกิจกรรมกลุ่มแล้วได้ออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้งอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีร่างกายที่แข็งแรงขึ้น จึงมีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ด้านร่างกายอีกด้วย

ครั้งที่ 6 กิจกรรมที่ 9 “การรับความช่วยเหลือจากชุมชน”

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ดูแล **ระยะเวลา** 10-15 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 9 แล้วสมาชิกสามารถ

1. มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการใช้ชีวิตในชุมชน
2. ตอบคำถามเกี่ยวกับเรื่อง “การรับความช่วยเหลือจากชุมชน” ได้

สาระสำคัญ

แหล่งประโยชน์ในชุมชน เช่น หน่วยงานและบุคลากรที่ให้บริการทางการแพทย์ หน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น เงิน แรงงาน เวลา สิ่งของ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ให้คำแนะนำ ถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว หรือแหล่งสนับสนุนในชุมชนต่างๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาสงเคราะห์จังหวัด

กิจกรรม

1. กล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไปกับสมาชิก
2. สมาชิกทุกคนแลกเปลี่ยนถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆที่คิดว่ามีอยู่และ ได้รับจากชุมชนที่อาศัยอยู่
3. อภิปรายกลุ่มร่วมกันว่ามีแหล่งประโยชน์ใดๆนอกเหนือจากที่สมาชิกแต่ละคนกล่าวมา
4. ผู้วิจัยให้ข้อมูล คำแนะนำถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน เช่น สถานที่ให้การดูแลช่วยเหลือ สิทธิบัตร สวัสดิการด้านต่างๆ กลุ่มบุคคลหรือหน่วยงานที่สามารถขอรับการช่วยเหลือได้และให้ประโยชน์
5. วิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ดินสอ/ปากกา
2. กระดาษ
3. ใบบันทึกกิจกรรมที่ 9

ประเมินผล

1. คำถามประเด็นการพิจารณาแหล่งกิจกรรมที่แต่ละท่านพอจะหาได้ในชุมชน(หมายถึง ที่ๆเราอยู่อาศัย ที่ทำงาน)ได้รับคำตอบดังนี้

“อ.บ.ต. กำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน”

“อนามัยนี้ไง ปรีक्षाได้หมด ป่วยกาย/ป่วยใจ”

“การศึกษานอกโรงเรียนก็ดีนะ ไปฝึกทำอาหาร นี่เพื่อนก็เรียนทำผม เป็นอาชีพได้”

“อนามัย ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ยาฟรี หมอใจดี”

2. สมาชิกแต่ละคนสามารถเล่าแผนผังกิจกรรมให้กลุ่มทราบ ผู้วิจัยได้กระตุ้นให้อภิปรายแหล่งกิจกรรมเปรียบเทียบกับ และเพิ่มเติมหากบางแหล่งถูกมองข้าม จึงได้ประเด็นเพิ่มเติมดังนี้

“วัดไง เราลืมหลวงพ่อท่านไปได้ยังไง ไปทำบุญที่วัด จิตใจแจ่มใส”

“สวนสาธารณะ กับสนามกีฬา ที่ให้ไปเดินพักผ่อน ไปออกกำลังกายมีเครื่องที่สนาม”

“ธนาคาร ไปกู้ยืมเงินเวลาไม่พอใช้ เคยขอกู้มาลงทุนขายของได้ด้วยนะ”

3. สมาชิกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่บ้านในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง หลังออกกำลังกาย ความหนักของการออกกำลังกาย ระดับปานกลาง

กิจกรรมที่ 10 กิจกรรม “การปรับตัวอยู่ในชุมชน”

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ดูแล ระยะเวลา 10-15 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 10 แล้วสมาชิกสามารถ

1.มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นสิ่งแวดล้อมในแถบละแวกที่พักอาศัยของผู้ป่วย

2. ตอบคำถามในประเด็นเรื่อง “การปรับตัวอยู่ในชุมชน” ได้

3. สมาชิกเข้าร่วมการออกกำลังกาย

สาระสำคัญ

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม เป็นการวัดความคิดเห็นเกี่ยวกับการประสบปัญหาทางด้านสิ่งแวดล้อมในแถบละแวกที่พักอาศัยของผู้ตอบ ในระดับความเห็น 3 ระดับ ได้แก่ มีปัญหา มาก มีปัญหาน้อย และไม่มีปัญหา ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ คือ

1. เสียงจากยานพาหนะ

2. เสียงรบกวนจากวิทยุ/ทีวี/การทะเลาะเบาะแว้งของชาวบ้าน

3. แหล่งน้ำใกล้บ้านเน่าเสีย ส่งกลิ่นเหม็น

4. สถานประกอบการใกล้บ้านปล่อยของเสีย/ส่งกลิ่นเหม็น/ทำเสียงดัง

5. บริเวณใกล้บ้านมีขยะมูลฝอยกรูกร้าง ส่งกลิ่นเหม็น

6. ถนนหนทางที่จะเข้าบ้านชำรุด เดินทางลำบาก
7. อากาศบริเวณบ้านมีฝุ่นละอองหรือควันดำ ทั้งจากรถยนต์ รถมอเตอร์ไซด์และอื่นๆ
8. การถูกรบกวนจากสถานเริงรมย์ที่อยู่ใกล้บ้าน
9. ปัญหาอื่นๆ โปรดระบุ

กิจกรรม

1. กล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไปกับสมาชิก
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นสิ่งแวดล้อมในแถบละแวกที่พักอาศัยของผู้ป่วย
3. ผู้วิจัยนำการออกกำลังกายให้กับสมาชิก
4. นัดหมายการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ
2. บอร์ดความรู้เรื่องปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชน
3. ใบบันทึกกิจกรรมที่ 10

ประเมินผล

การตอบคำถามในกิจกรรมดังนี้

ปัญหา	ระดับของปัญหา		
	มาก	น้อย	ไม่มี
1. เสียงจากยานพาหนะ	-	18	2
2. เสียงรบกวนจากวิทยุ/ทีวี/การทะเลาะเบาะแว้งของชาวบ้าน	-	4	16
3. แหล่งน้ำใกล้บ้านเน่าเสีย ส่งกลิ่นเหม็น	1	2	17
4. สถานประกอบการใกล้บ้านปล่อยของเสีย/ส่งกลิ่นเหม็น/ทำเสียงดัง	-	-	20
5. บริเวณใกล้บ้านมีขยะมูลฝอยรกรุงรัง ส่งกลิ่นเหม็น	-	-	-
6. ถนนหนทางที่จะเข้าบ้าน ชำรุด เดินทางลำบาก	-	-	-
7. อากาศบริเวณบ้านมีฝุ่นละอองหรือควันดำ ทั้งจากรถยนต์ รถมอเตอร์ไซด์และอื่นๆ	7	9	4
8. การถูกรบกวนจากสถานเริงรมย์ที่อยู่ใกล้บ้าน	-	-	-
9. ปัญหาอื่นๆ โปรดระบุ	-	-	-

- ปัญหา 7 สิ่งแวดล้อมในแถบละแวกที่พักอาศัย
- ความคิดเห็นเกี่ยวกับการปรับตัวของท่านที่จะอยู่ในชุมชนอย่างไรให้มีความสุข คำตอบคือ “มีน้ำใจให้กัน”
- “เห็นใจเขาใจเรา ไม่ทำให้ใครเดือดร้อน ไม่เบียดเบียนกัน”
- “ไม่ทำเสียงดังรบกวนเพื่อนบ้าน”

สรุปโดยรวม สมาชิกอยู่ในชุมชนของตนเองอย่างมีความสุข มีสิ่งรบกวนบ้างแต่ไม่มาก โดยเฉพาะบ้านที่ติดถนนอาจมีฝุ่น คิวรถและมีเสียงดัง แต่ไม่ได้รับกวนสมาชิกมากนัก

- สมาชิกปฏิบัติภารกิจออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่บ้านในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง หลังออกกำลังกาย ความหนักของการออกกำลังกาย ระดับปานกลาง เริ่มชิน ไม่ค่อยเหนื่อย

สรุปผลที่เกิดขึ้นในกิจกรรมครั้งที่ 6 ผู้ป่วยได้ร่วมกันอภิปรายในประเด็นความช่วยเหลือด้านต่างๆของคนในชุมชน และปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชนกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) ทำให้สามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุข สามารถแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความสนใจในสิ่งแวดล้อมรอบตัว จึงส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม โดยหลังทำกิจกรรมกลุ่มได้ออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกันกับสมาชิกกลุ่มและญาติอีก 30 นาที ซึ่งไม่มีอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย มีผลให้ผู้ป่วยมีร่างกายที่แข็งแรงและมีสุขภาพดี จึงมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีขึ้นตามมาด้วย

สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 7

กิจกรรมที่ 11 “ เครือข่ายผูกสัมพันธ์ ”

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 11 แล้วสมาชิกสามารถ

1. มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของการเข้าร่วมโครงการฯ
2. รวมกลุ่มและสร้างเป็นเครือข่าย ในการติดต่อให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันต่อไป
3. สมาชิกเข้าร่วมการออกกำลังกาย

สาระสำคัญ

เครือข่าย (Network) คือขบวนการทางสังคมอันเกิดจากการสร้าง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่ม องค์กร สถาบัน โดยมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์และ ความต้องการบางอย่างร่วมกัน ร่วมกันดำเนินกิจกรรมบางอย่างโดยที่สมาชิกยังคง ความเป็นเอกเทศไม่ขึ้นต่อกัน คือการเชื่อมโยงระหว่างบุคคล กลุ่ม หรือองค์กรที่สมัครใจ แลกเปลี่ยนข่าวสารหรือทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีการจัดรูป หรือระเบียบโครงสร้างที่แต่ละหน่วยยังคงมี ความเป็นอิสระ เท่าเทียม ภายใต้พื้นฐานของการเคารพสิทธิ เชื่อถือ เอื้ออาทร ซึ่งกันและกัน

ความสำคัญของเครือข่าย

1. ช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ทักษะ ความรู้ ประสบการณ์ เครื่องมือ และสื่อ
2. ช่วยลดการทำงานและการใช้ทรัพยากรซ้อน
3. เกิดความเข้าใจกันมากขึ้น นำไปสู่การทำงานร่วมกัน เพื่อประโยชน์ของทุกฝ่าย
4. ช่วยชี้ให้เห็นปัญหาและประเด็นการพัฒนา ที่ซับซ้อนและท่วมท้นในหมู่บ้าน
5. ช่วยเชื่อมหน่วยงานวิชาการและแหล่งทุน กับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ
6. ทำให้คนและองค์กรได้รับความช่วยเหลือจาก เพื่อนได้รับกำลังใจ การจูงใจ และการ

ยอมรับ

กิจกรรม

1. กล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องต่างๆไปกับสมาชิก
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นของการเข้าร่วมโครงการฯ
3. แนะนำให้สร้างเป็นเครือข่ายในการติดต่อให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันต่อไป
4. ผู้นำกลุ่มนำการออกกำลังกายให้กับสมาชิก
5. นัดหมายการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ
2. สมุดสำหรับจดที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ
3. ใบบันทึกกิจกรรมที่ 11

ประเมินผล

การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นประเด็น

1. สมาชิกได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน ได้รับกำลังใจ การจูงใจ และการยอมรับจากองค์กร ไตบ้าง คำตอบคือ “ได้เพื่อนใหม่บ้านใกล้ๆกัน เมื่อก่อนไม่ค่อยได้คุยกัน แต่พอมาร่วมทำกิจกรรมที่นี้ ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันรู้สึกประทับใจมาก”

“หมอที่อนามัยนี้ห่วยๆ ที่เข้าไปเยี่ยมที่บ้าน รู้ปัญหาเราหมดแหละว่าเป็นยังไง เคยเอายาไปให้ฉันไม่ค่อยกินยา”

“ทำไลน์กลุ่มกันไว้ละ เวลาใครมีปัญหาเล่าสู่กันฟังได้ “

“จะนัดไปแอโรบิคบ้านใครสักคนใหม่ สลับกันก็ได้ ทำคนเดียวอีกหน่อยคงเลิกทำ”

“ฉันไม่มีไลน์ มาหาที่บ้านก็แล้วกัน”

2. ให้ท่านแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของการเข้าร่วมโครงการฯ และบันทึกผู้ที่จะให้ความช่วยเหลือท่าน “โครงการนี้ดีนะ ทำให้ได้เรียนรู้และยอมรับเกี่ยวกับโรคที่เราเป็น ทำให้ครอบครัวเข้าใจเรา และมีเพื่อนที่คล้ายๆกัน” “ได้ฟังความคิดเห็นของคนอื่นแล้วนำไปใช้กับตัวเองได้” “ได้รู้จักเพื่อนใหม่ ใกล้ๆบ้าน ไว้ปรึกษาบางเรื่องที่เราไม่รู้”

ความหนักของการออกกำลังกายในครั้งนี้ ระดับปานกลาง

3. ชี้แจงให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่บ้านในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง
ผลการออกกำลังกาย ความหนักอยู่ระดับปานกลาง

ครั้งที่ 8 กิจกรรมที่ 12 “มิตรภาพที่ยืนยาว”

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ดูแล ระยะเวลา 60- 80 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 12 แล้วสมาชิกสามารถ

1. ร่วมในการประเมินผลการสนับสนุนทางสังคมและการออกกำลังกาย
2. ให้สมาชิกทบทวนสิ่งที่ได้รับตลอดโครงการและสะท้อนความรู้สึก
3. ร่วมออกกำลังกาย และนัดหมายการประเมินคุณภาพชีวิตในอีก 1 สัปดาห์ถัดไป

สาระสำคัญ

โรคซึมเศร้า เป็นโรคทางจิตเวชที่มีผู้เป็นจำนวนมากไม่น้อย แต่ยังมีผู้รู้จักโรคนี้ไม่มากนัก บางคนเป็นโดยที่ตัวเองไม่ทราบ คิดว่าเป็นเพราะตนเองคิดมากไปเองก็มี ทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม และทันช่วงที่ การเป็นโรคซึมเศร้าไม่ได้หมายความว่า ผู้ที่เป็นเป็นคนอ่อนแอ คิดมาก หรือเป็นคนไม่สู้ปัญหา เอาแต่ท้อแท้ ซึมเศร้า แต่ที่เขาเป็นนั้นเป็นเพราะตัวโรค กล่าวได้ว่าถ้าได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมโรคก็จะทุเลาลง เขาก็จะกลับมาเป็นผู้ที่จิตใจแจ่มใส พร้อมจะทำกิจกรรมต่างๆ ดั่งเดิม ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมค่อนข้างมาก การเปลี่ยนแปลงหลักๆ จะเป็นในด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรม ร่วมกับอาการทางร่างกาย

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มนำการออกกำลังกายให้กับสมาชิก
2. สมาชิกทบทวนสิ่งที่ได้รับตลอดโครงการและสะท้อนความรู้สึก
3. แจกการ์ดกิจกรรม และนัดหมายการประเมินผลวัดระดับคุณภาพชีวิตในอีก 1 สัปดาห์
4. แจกแผ่น CD การออกกำลังกาย

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ
2. ซีดีเพลงสำหรับการออกกำลังกาย
3. ไมโครโฟน/เครื่องขยายเสียง
4. ใบบันทึกกิจกรรมที่ 12
5. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม
6. แบบประเมินอาการซึมเศร้า

ประเมินผล

การการเปิดโอกาสให้ทบทวนตามประเด็นได้คำตอบดังนี้

1. ทบทวนสิ่งที่ได้รับตลอดโครงการฯ
 - “ได้เข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า แนวทางการดูแลตัวเอง ได้ออกกำลังกายต่อเนื่อง”
 - “ได้ความรู้หลายเรื่องเกี่ยวกับการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ได้รู้จักเพื่อนใหม่”
 - “ได้มุมมองการใช้ชีวิต เปลี่ยนความคิดบางอย่างที่ไม่ดีออกไป”
 - “เข้าใจคนอื่นมากขึ้น รู้จักเพื่อน ได้ออกกำลังกาย”
 - “ทบทวนตัวเองว่าควรทำอะไรบ้าง”
2. ความรู้สึกที่ท่านมีต่อโครงการฯ
 - “เป็นโครงการที่ดี มีประโยชน์ ตรงกับความเป็นจริง”
 - “เป็นเรื่องใกล้ตัวที่ควรทำในแต่ละวัน”
 - “ยังไม่เคยมีใครมาแนะนำแบบนี้มาก่อน”
 - “ไม่คิดว่าจะมาร่วมกิจกรรมได้ครบ ปกติไม่ค่อยชอบออกจากบ้าน”

ความหนักของการออกกำลังกาย ปานกลาง

สรุปผลที่เกิดขึ้นในกิจกรรมครั้งที่ 7-8 ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) โดยมีการสร้างเครือข่ายสำหรับการติดต่อกันในกลุ่มสมาชิก ซึ่งให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สามารถเรียนรู้การสร้างเครือข่ายประชาชน ทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดี ตระหนัก และเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนในชุมชน สามารถพึ่งพาตนเองและอยู่ร่วมในชุมชนได้ จึงเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม นอกจากนี้การร่วมทบทวนสิ่งที่ได้รับและสะท้อนความรู้สึก ตลอดจนการนำความรู้ที่ได้จากการร่วมกิจกรรมกลับไปดูแลตนเองต่อไป และได้รับแจก CD การออกกำลังกาย“อนามัย 30” ของกรมอนามัย ตลอดจนคู่มือการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล ทั้งนี้ย้ำเตือนให้ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องตาม CD ที่ให้ไปอีกด้วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่แข็งแรง จึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายดีขึ้นตามมา

ตารางต่อไปนี้จะแสดงผลของการกำกับกับการทดลอง คือ การสนับสนุนทางสังคม(ดังตารางที่ 8) และการประเมินอาการซึมเศร้า (ดังตารางที่ 9)

ตารางที่ 8 แสดงคะแนนเฉลี่ยและระดับของการสนับสนุนทางสังคม ก่อน ระหว่าง และหลัง การทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย

คนที่	คะแนนก่อนการทดลอง		คะแนนระหว่างการทดลอง		คะแนนหลังการทดลอง	
		/แปลผล	(Wk2)	/แปลผล	(Wk4)	/แปลผล
1	2.36	ต่ำ	2.89	ปานกลาง	3.26	ปานกลาง
2	3.37	ปานกลาง	3.63	สูง	3.84	สูง
3	3.16	ปานกลาง	3.58	สูง	3.68	สูง
4	2.26	ต่ำ	2.63	ปานกลาง	3.16	ปานกลาง
5	3.00	ปานกลาง	3.42	ปานกลาง	3.58	สูง
6	3.00	ปานกลาง	3.32	ปานกลาง	3.63	สูง
7	2.21	ต่ำ	2.84	ปานกลาง	3.26	ปานกลาง
8	3.42	ปานกลาง	3.63	ปานกลาง	4.00	สูง
9	2.63	ปานกลาง	2.84	ปานกลาง	3.63	สูง
10	2.26	ต่ำ	2.84	ปานกลาง	3.26	ปานกลาง
11	2.37	ต่ำ	2.95	ปานกลาง	3.26	ปานกลาง
12	2.89	ปานกลาง	3.32	ปานกลาง	3.63	สูง
13	3.00	ปานกลาง	3.37	ปานกลาง	3.58	สูง
14	2.21	ต่ำ	2.79	ปานกลาง	3.26	ปานกลาง
15	3.42	ปานกลาง	3.63	สูง	4.05	สูง
16	3.00	ปานกลาง	3.26	ปานกลาง	3.53	สูง
17	2.21	ต่ำ	2.84	ปานกลาง	3.26	ปานกลาง
18	3.42	ปานกลาง	3.79	สูง	4.00	สูง
19	2.63	ปานกลาง	2.95	ปานกลาง	3.58	สูง
20	2.26	ต่ำ	2.79	ปานกลาง	3.21	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 จะเห็นได้ว่าก่อนการทดลองผู้ป่วยมีระดับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (12 คน) จนถึงระดับต่ำ (8 คน) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ 2 พบว่ามีระดับของการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกคน ซึ่งเมื่อถึงสัปดาห์สุดท้ายพบว่า มีระดับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (8 คน)จนถึงระดับสูง (12 คน) ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ในการกำกับการทดลองที่การสนับสนุนทางสังคมไม่มีระดับที่ลดลง

ตารางที่ 9 ระดับคะแนนและการแปลผลของอาการซึมเศร้า ก่อน ระหว่าง และหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย

คนที่	คะแนนก่อนการทดลอง/แปลผล	คะแนนระหว่างการทดลอง (Wk2) /แปลผล	คะแนนหลังการทดลอง (Wk4) /แปลผล
1	14 (น้อย)	12 (น้อย)	9 (ปกติ)
2	19 (ปานกลาง)	17 (ปานกลาง)	14 (น้อย)
3	12 (น้อย)	11 (น้อย)	9 (ปกติ)
4	10 (น้อย)	8 (ปกติ)	4 (ปกติ)
5	13 (น้อย)	12 (น้อย)	10 (น้อย)
6	11 (น้อย)	10 (น้อย)	8 (ปกติ)
7	18 (ปานกลาง)	16 (ปานกลาง)	13(ปานกลาง)
8	18 (ปานกลาง)	16 (ปานกลาง)	10 (น้อย)
9	18 (ปานกลาง)	16 (ปานกลาง)	11 (น้อย)
10	10 (น้อย)	8 (ปกติ)	3 (ปกติ)
11	14 (น้อย)	13 (น้อย)	11 (น้อย)
12	19 (ปานกลาง)	17 (ปานกลาง)	14 (น้อย)
13	16 (ปานกลาง)	14 (น้อย)	8 (ปกติ)
14	11 (น้อย)	10 (น้อย)	6 (ปกติ)
15	11 (น้อย)	8 (ปกติ)	4 (ปกติ)
16	18 (ปานกลาง)	16 (ปานกลาง)	10 (น้อย)
17	12 (น้อย)	10 (น้อย)	5 (ปกติ)
18	12 (น้อย)	10 (น้อย)	6 (ปกติ)
19	18 (ปานกลาง)	16 (ปานกลาง)	10 (น้อย)
20	13 (น้อย)	11 (น้อย)	7 (ปกติ)

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย มีคะแนนอาการซึมเศร้ามลดลงอยู่ในระดับปานกลางหรือน้อยทุกคนในสัปดาห์ที่ 2 และลดลงอย่างต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 4 โดยมีคะแนนอาการซึมเศร้าอยู่ระดับ น้อยจนถึงปกติ โดยก่อนการทดลองมีระดับความซึมเศร้าในระดับน้อย 12 คน ระดับปานกลาง 8 คน และหลังการทดลองในสัปดาห์สุดท้าย ระดับความซึมเศร้าในระดับปานกลาง 1 คน ระดับน้อย 8 คนและระดับปกติ 11 คน ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ในการกำกับการทดลองที่ ไม่มีผู้ใดที่มีระดับความซึมเศร้าสูงเพิ่มขึ้นกว่าเดิม

3. ชั้นประเมินผลหลังการวิจัย

หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินหลังการศึกษา(post test) โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2540) และผู้วิจัยจะมอบคู่มือโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายและ CD การออกกำลังกาย สำหรับกลุ่มตัวอย่างทุกคน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

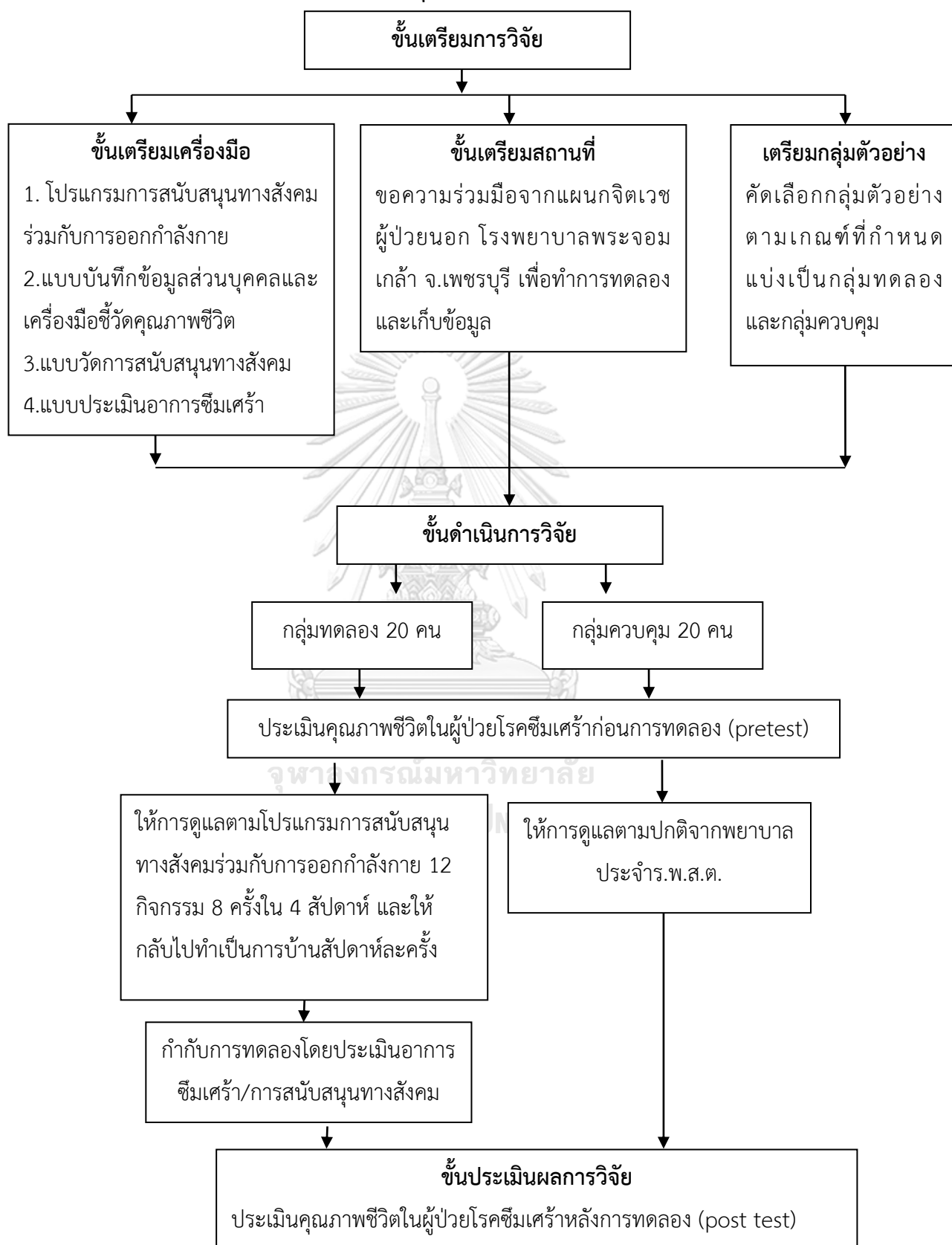
งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จาก ผู้วิจัยโดยตรงและเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในระหว่างดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้ารุนแรง ผู้วิจัยจะหยุดดำเนิน การวิจัยและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ต่อจากนั้นจะส่งต่อแพทย์หรือจิตแพทย์ เพื่อเข้ารับการรักษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สถิติทดสอบทีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระจากกัน (Paired t-test)
3. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สถิติทดสอบทีที่กลุ่มเป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภาพที่ 4 แสดงการสรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 อาศัยในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี และได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Matched pairs) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ และระยะเวลาการเจ็บป่วย (Pan et al., 2012) จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	3	15	3	15	6	15
หญิง	17	85	17	85	34	85
อายุ(ปี) (Min= 21 , Max= 53) $\bar{X} = 37.38$ ปี						
20-29 ปี	5	25	5	25	10	25
30-39 ปี	5	25	5	25	10	25
40-49 ปี	8	40	8	40	16	40
50-59 ปี	2	10	2	10	4	10
สถานภาพสมรส						
โสด	5	25	9	45	14	35
คู่	12	60	8	40	20	50
ม่าย/หย่า/แยก	3	15	3	15	6	15
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	6	30	8	40	14	35
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	10	2	10	4	10
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	6	30	3	15	9	22.5
อนุปริญญา/ปวส.	4	20	3	15	7	17.5
ปริญญาตรี	2	10	4	20	6	15

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 85 และเพศชาย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 15 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็น ร้อยละ 40 มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 50 และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ค้าขาย	1	5	2	10	3	7.5
เกษตรกร	5	25	5	25	10	25
รับจ้าง	10	50	9	45	19	47.5
รับราชการ	3	15	3	15	6	15
ไม่ได้ทำงาน	1	5	1	5	2	5
รายได้ (บาท/เดือน)						
ไม่มีรายได้	1	5	1	5	2	5
น้อยกว่า 5,000 บาท	1	5	3	15	4	10
5,001 – 10,000 บาท	8	40	7	35	15	37.5
10,001 – 15,000 บาท	5	25	4	20	9	22.5
มากกว่า 15,000 บาท	5	25	5	25	10	25
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย						
บิดา-มารดา	3	7.5	4	10	7	17.5
สามี-ภรรยา	5	12.5	6	15	11	27.5
บุตร	5	12.5	5	12.5	10	25
พี่น้อง	6	15	3	7.5	9	22.5
ญาติ	1	2.5	2	5	3	7.5
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (Min= 2 ปี, Max= 18 ปี) \bar{X} = 9.30 ปี						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	7	35	7	35	14	35
6-10 ปี	4	20	4	20	8	20
10 ปี ขึ้นไป	9	45	9	45	18	45

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 47.5 มีรายได้ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท 15 คน คิดเป็น ร้อยละ 37.5 และพบว่า ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสามี-ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 27.5 มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 45

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวม ก่อนทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ (Paired t-test)

คุณภาพชีวิต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1.ด้านร่างกาย	18.25 (ปานกลาง)	2.80	18.40 (ปานกลาง)	2.54	-1.371	.186
2.ด้านจิตใจ	15.25 (ปานกลาง)	2.77	15.30 (ปานกลาง)	2.67	-.438	.666
3.ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	6.15 (ไม่ดี)	1.22	6.15 (ไม่ดี)	1.35	.000	1.000
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	22.45 (ปานกลาง)	3.69	22.50 (ปานกลาง)	3.50	-2.333	.061
คุณภาพชีวิตโดยรวม	67.60 (ปานกลาง)	9.50	67.84 (ปานกลาง)	8.92	-2.032	.058

*p <.05

จากตารางที่ 12 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้ป่วยโรคซึมเศร่าในกลุ่มควบคุมมีระดับคุณภาพชีวิต หลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าเดิมเล็กน้อย โดยส่วนใหญ่มีคะแนนในระดับปานกลาง มีด้านความสัมพันธ์ทางสังคมที่อยู่ในระดับไม่ดี ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวม ก่อนทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย (Paired t-test)

คุณภาพชีวิต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1.ด้านร่างกาย	17.60 (ปานกลาง)	2.89	30.95 (ดี)	1.63	-32.90	.000*
2.ด้านจิตใจ	15.05 (ปานกลาง)	3.05	26.50 (ดี)	1.93	-28.59	.000*
3.ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	6.05 (ไม่ดี)	1.70	12.65 (ดี)	.745	-21.20	.000*
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	21.95 (ปานกลาง)	3.17	34.70 (ดี)	1.75	-24.17	.000*
คุณภาพชีวิตโดยรวม	65.45 (ปานกลาง)	9.84	113.05 (ดี)	4.79	-35.22	.000*

*p <.05

จากตารางที่ 13 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในทุกด้าน ไม่ว่าจะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -32.90, -28.59, -21.20, -24.17$ และ -35.22) โดยก่อนการทดลองมีคะแนนในระดับปานกลาง ส่วนหลังการทดลองมีคะแนนในระดับดี ยกเว้นระดับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ที่ก่อนการทดลองอยู่ในระดับไม่ดี แต่หลังการทดลองอยู่ในระดับดี

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวม ก่อนทดลอง (Pre-test) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Independent t-test)

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1.ด้านร่างกาย	17.60 (ปานกลาง)	2.89	18.25 (ปานกลาง)	2.80	.721	.475
2.ด้านจิตใจ	15.05 (ปานกลาง)	3.05	15.25 (ปานกลาง)	2.77	.217	.829
3.ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	6.05 (ไม่ดี)	1.70	6.15 (ไม่ดี)	1.22	.424	.674
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	21.95 (ปานกลาง)	3.17	22.45 (ปานกลาง)	3.69	.460	.648
คุณภาพชีวิตโดยรวม	65.45 (ปานกลาง)	9.84	67.60 (ปานกลาง)	9.50	.703	.487

จากตารางที่ 14 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในทุกด้าน ไม่ว่าจะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ก่อนการทดลอง(Pre-test) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวม หลังทดลอง (Post-test) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Independent t-test)

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1.ด้านร่างกาย	30.95(ดี)	1.63	18.40	2.54	-18.56	.000*
			(ปานกลาง)			
2.ด้านจิตใจ	26.50(ดี)	1.93	15.30	2.67	-15.16	.000*
			(ปานกลาง)			
3.ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	12.65(ดี)	.74	6.15	1.35	-19.65	.000*
			(ไม่ดี)			
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	34.70(ดี)	1.75	22.50	3.50	-13.58	.000*
			(ปานกลาง)			
คุณภาพชีวิตโดยรวม	113.50(ดี)	4.79	67.84	8.92	-19.94	.000*
			(ปานกลาง)			

P-value from Paired t-test, * significant at the .05 level

จากตารางที่ 15 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม หลังการทดลอง(Post-test) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -18.56, -15.16, -19.65, -13.58$ และ -19.94)

โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย มีระดับคุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับดี

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) โดยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม (Random treatment) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตัวแปรต้น คือโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย ตัวแปรตามคือ ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย
2. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามหลังจากได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder F32.0,F32.1,F32.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder F32.0,F32.1,F32.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่อาศัยในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี และได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ซึ่งมีผู้ดูแลหลักที่เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการ

ดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด เข้าร่วมกิจกรรมด้วยอย่างน้อยร้อยละ 50 ของกิจกรรมทั้งหมด กำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน (ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ขอลถอนตัวออกจากการวิจัย) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม โดยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched-pairs) ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรค (Pan et al., 2012)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2540)

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของจิราพร รักการ (2549) แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1967) แปลและปรับเป็นฉบับภาษาไทย โดยมุกดา ศรียงค์ (อ้างในลัดดา แสนสีหา, 2536)

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของHouse (1981) และแนวทางการออกกำลังกายของ Schuch. et al.(2015) จัดเป็นกิจกรรมกลุ่ม 12 กิจกรรมแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมดำเนินการทั้งหมด 8 ครั้งๆละ 60-90 นาที โดยให้กลับไปปฏิบัติที่บ้านเองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การพัฒนาเป็นโปรแกรมคาดว่าจะสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านของผู้ป่วยได้สมบูรณ์ขึ้น อันประกอบด้วยกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมประมาณ 30-50 นาที ร่วมกับกิจกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิค 30 นาที รวมเป็นกิจกรรมครั้งละ 60-80 นาที ทั้งหมด 12 กิจกรรม โดยร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง มีการบ้านให้กลับไปออกกำลังกายเองที่บ้านโดยมีผู้ดูแลเป็นผู้สนับสนุน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ซึ่งจะมีการประเมินอาการซึมเศร้าและประเมินการสนับสนุนทางสังคมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ร่วมกับ

กิจกรรมที่ 2 การกำหนดเป้าหมายในการออกกำลังกาย หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที

ครั้งที่ 2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support)

กิจกรรมที่ 3-4 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ยาด่าน จากนั้นชี้แจงให้ผู้ป่วยกลับไป ปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่บ้านในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง โดยมีญาติหรือผู้ดูแลช่วยเหลือ ในการจดบันทึกแล้วนำผลมาในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support)

กิจกรรมที่ 5-6 การให้ความรู้เรื่อง การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และอาหาร กับโรคซึมเศร้า หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที

ครั้งที่ 4 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)

กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมการพักผ่อนและคลาย หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึง ออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกันอีก 30 นาที จากนั้นชี้แจงให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติ การออกกำลัง กายแบบแอโรบิคที่บ้าน ในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง โดยมีญาติหรือผู้ดูแลช่วยเหลือในการจดบันทึกแล้ว นำผลมาในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 5 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)

กิจกรรมที่ 8 การรับความช่วยเหลือจากครอบครัว หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที

ครั้งที่ 6 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)

กิจกรรมที่ 9-10 ความรับช่วยเหลือจากชุมชน และการปรับตัวอยู่ใน หลังทำกิจกรรมกลุ่ม ประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที จากนั้นชี้แจงให้ผู้ป่วยกลับไป ปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่บ้านในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง โดยมีญาติหรือผู้ดูแลช่วยเหลือ ในการจดบันทึกแล้วนำผลมาในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 7 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)

กิจกรรมที่ 11 การสร้างเครือข่าย หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลัง กายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที จากนั้นชี้แจงให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติ การออกกำลัง กายแบบแอ โรบิคที่บ้านในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง โดยมีญาติหรือผู้ดูแลช่วยเหลือในการจดบันทึกแล้วนำผลมาใน ครั้งต่อไป

ครั้งที่ 8 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)

กิจกรรมครั้งที่ 12 การทบทวนสิ่งที่ได้รับและสะท้อนความรู้สึก หลังทำกิจกรรมกลุ่ม ประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที แจกการ์ดสิ้นสุดกิจกรรม และ แจก CD การออกกำลังกาย พร้อมเล่มคู่มือการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ช่วงสุดท้ายของโปรแกรมในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยและทีมเป็นผู้นำการออกกำลังกาย ตามแนวคิดของ Schuch (2015) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) อบอุ่นร่างกาย (5 นาที) 2) ออกกำลังกาย (20 นาที) 3) ผ่อนคลายร่างกาย (5 นาที) ขณะออกกำลังกาย จะประเมินผู้ป่วยด้วยวิธี talk test เพื่อนำมาประเมินความหนักของการออกกำลังกาย ซึ่งควรมีค่าความหนักของการออกกำลังกายที่ระดับปานกลางขึ้นไป (ACSM, 2013)

เอกสารใบงานและใบความรู้ทั้ง 12 กิจกรรม ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 4 ท่าน และ วิทยาศาสตร์การกีฬา 1 ท่าน รวม 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสม ถูกต้อง ภาษาที่ใช้และความเหมาะสมของกิจกรรม และเวลาในแต่ละกิจกรรมอีกครั้งก่อนนำไปใช้

1.2. คู่มือการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย (สำหรับผู้ดูแล) คู่มือการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายสำหรับผู้ดูแล ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคจิตเภทตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสม ถูกต้อง ภาษาที่ใช้และความเหมาะสมของกิจกรรม และเวลาในแต่ละกิจกรรมอีกครั้งก่อนนำไปใช้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.2 เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (2540) มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ แต่ละข้อใช้มาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ (1 - 5 คะแนน) ระดับคะแนนเริ่มต้นจาก 26 - 130 คะแนน ซึ่งมีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.90 (Cronbach's Alpha Coefficient)

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา ได้แก่

3.1 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดัดแปลงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของจิราพร รักการ (2549) ซึ่งเป็นข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.82 (Cronbach's Alpha Coefficient)

3.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1967) แปลและปรับเป็นฉบับภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (อ้างในลัดดา แสนสีหา, 2536) คำถามจำนวน 21 ข้อ โดย 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และ 6 ข้อหลังเป็นคำถามอาการทางกายโดยแต่ละข้อ ประกอบด้วย 4 ตัวเลือก เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย (คะแนน 0) ต่อเนื่องไปจนถึงอาการรุนแรง (คะแนน 3) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.93 ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.89

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การออกกำลังกาย แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม แนวคิดการให้ความรู้ทางสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1.2 พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2540)

1.3 นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ถึงนายแพทย์ใหญ่สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เพื่อขอหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์สาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 หลังจากส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี และได้รับการอนุมัติใน วันที่ 6 พฤศจิกายน พ.ศ.2562 รหัส PBEC No.011/2561

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี แล้วผู้วิจัยประสานขอดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ งานสุขภาพจิตและจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก จังหวัดเพชรบุรี

1.6 ผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.7 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนและตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน โดยได้ดำเนินการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pairs) ได้แก่ เพศ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และระดับความรุนแรงของโรค แล้วทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

1.8 ผู้วิจัยแนะนำตัว พร้อมทั้งชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จังหวัดเพชรบุรี และผู้วิจัยได้ชี้แจงการเข้าร่วมในโครงการวิจัย หลังลงชื่อยินยอมแล้วให้ทำแบบประเมินคุณภาพชีวิต โดยชี้แจงว่าจะขอให้ประเมินอีกครั้งอีก 5 สัปดาห์ถัดไป

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จังหวัดเพชรบุรี และได้เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย ซึ่งประกอบด้วย 12 กิจกรรม นานครั้งละ 60 – 90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้ง และให้กลับไปออกกำลังกายเองที่บ้านร่วมกับผู้ดูแลอาทิตย์ละ 1 ครั้ง

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดการใช้โปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 5 และได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุด เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ ก่อนที่จะนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

1.1 ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิต ก่อนการทดลอง

1.2 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย โดยการดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆ ละ 7-8 คน จำนวน 3 กลุ่ม ใช้เวลาดำเนินการ สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 1 -2 กิจกรรม รวมทั้งหมด 12 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์

1.3 ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย ใน สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย โดยให้ กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตอีกครั้ง และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการดำเนิน โครงการวิจัย พร้อมทั้งกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

1.4 ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

2. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

2.1 ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิต ก่อนการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย

2.2 ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการวิจัยว่าจะมาทำการประเมินคุณภาพชีวิต กลุ่ม ตัวอย่างอีกครั้งในอีก 4 สัปดาห์ อีกครั้ง พร้อมแจก CD การออกกำลังกาย และมอบคู่มือการใช้ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย และในระหว่างนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับ การดูแลตามปกติจากพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จังหวัดเพชรบุรี

2.3 เมื่อครบกำหนดการทดลอง ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการดำเนิน กิจกรรมการวิจัย พร้อมทั้งกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็น อย่างดี

2.4 ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและแบบประเมินก่อนนำไป วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั้งหมด มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดย กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) ได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของทั้งสองกลุ่ม

2. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สถิติทดสอบที่ที่กลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระจากกัน (Paired t-test)

3. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สถิติ ทดสอบที่ที่กลุ่มเป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในทุกด้าน ไม่ว่าจะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -32.90, -28.59, -21.20, -24.17$ และ -35.22) โดยก่อนการทดลองมีคะแนนในระดับปานกลาง ส่วนหลังการทดลองมีคะแนนในระดับดี ยกเว้นระดับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ที่ก่อนการทดลองอยู่ในระดับไม่ดี แต่หลังการทดลองอยู่ในระดับดี

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย

2. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในทุกด้าน ไม่ว่าจะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม หลังการทดลอง(Post-test) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -18.56, -15.16, -19.65, -13.58$ และ -19.94) โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย มีระดับคุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับดี

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ดังนั้น ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยขออภิปรายผลของการวิจัย โดยจำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85 เท่ากัน มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็น

ร้อยละ 40 สถานภาพคู่ 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

ผู้วิจัยขออภิปรายผลของการวิจัยตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85 เท่ากัน ซึ่งสอดคล้องกับเอกสารของกรมสุขภาพจิต (2560) ที่กล่าวว่าสถิติทั่วโลกพบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประมาณ 350 ล้านคน มีความชุกราว 2-10 เปอร์เซ็นต์ และเป็นในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนในไทยมีจำนวนผู้ป่วยซึมเศร้าหญิงเป็นอันดับที่ 3 และเพศชายเป็นอันดับที่ 8 ซึ่งพบว่าอายุที่เริ่มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วง 20-25 ปี (Median age of onset) จากการศึกษาลักษณะการดำเนินโรคของโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะการศึกษาธรรมชาติของโรคระยะยาว (Long-term naturalistic studies) โรคซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยที่เรื้อรังยาวนานตลอดชีวิต (Life long illness) มีอาการเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ เมื่อได้รับการรักษาอาการก็ทุเลา และสามารถกลับเป็นซ้ำได้อีกและประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการอยู่ตลอดไม่ทุเลา (No remission) ดังนั้นอธิบายได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยที่พบในครั้งนี้นี้ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 45 ซึ่งจากการสอบถามผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีอาการป่วยเรื้อรัง และกลับเป็นซ้ำอีกเพราะขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งยังสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้เนื่องจากอาการป่วยเป็นๆหายๆมานานแล้ว และมีอาชีพรับจ้างเป็นรายวัน วันไหนมีอาการกำเริบก็หยุดงาน จึงมีรายได้ไม่มากนัก ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 37.5 พบว่าความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสามี-ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 27.5 รองลงมาคือบุตร คิดเป็นร้อยละ 25 ซึ่งแตกต่างจากงานของลิธัว ซูโต (2553) ที่ทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา พบว่าส่วนใหญ่เป็นแม่ของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งอายุ 41-60 ปี แต่สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุ 40-49 ซึ่งหากเป็นมารดาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ย่อมมีอายุ ช่วง 60- 80 ปี ซึ่งมากเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนดคือ 20-59 ปี

ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย ผลการวิจัยครั้งนี้ สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยตามที่ได้ตั้งไว้ ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการทดลอง ของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย พบว่ามี คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งอยู่ในระดับดีทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็น ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยก่อนการ ทดลองคุณภาพชีวิตรายด้านมีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง ส่วนหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยใน ระดับดี ยกเว้นคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ที่ก่อนการทดลองอยู่ในระดับไม่ดี แต่หลัง การทดลองอยู่ในระดับดี

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการ ออกกำลังกาย มีส่วนช่วยในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจาก การสนับสนุนทางสังคมสามารถส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผู้ป่วยจะ ได้รับอิทธิพลจากครอบครัวกล่าวคือ ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับญาติและมีญาติช่วยดูแล จะมีคุณภาพชีวิตที่ ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ (ลิธัญ, 2553) จากงานวิจัย ของ Voils et al. (2005) พบว่า การสนับสนุน ทางสังคมในด้านอารมณ์และ ด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและการมีปฏิสัมพันธ์กับ ครอบครัวน้อยจะทำให้คุณภาพชีวิตต่ำ นอกจากนี้ Resnick (2002) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนทาง สังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย พบว่านอกจากครอบครัวที่มีส่วนช่วย สนับสนุนแล้ว เพื่อน ผู้เชี่ยวชาญ มีอิทธิพลทำให้เกิดการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการได้พูดคุย ระหว่างผู้ป่วยกับผู้นำด้านสุขภาพจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมในการออกกำลังกายอย่าง สม่าเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sung & Yeh (2007) ที่สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคม มีผล ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การมีส่วนร่วมใน สังคมตลอดจนการรับรู้ถึงความปลอดภัยในชีวิต และยังช่วยสนับสนุนพฤติกรรมการออกกำลังกายอีก ด้วย ซึ่งพบว่าการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 วัน ต่อเนื่องกัน จะสามารถลดความรุนแรง ของโรคซึมเศร้าลงได้ (Stanton, 2014) และหากมีการนำกิจกรรมชนิดอื่นมาเสริมจะทำให้มี ประสิทธิภาพในการเพิ่มคุณภาพชีวิตได้มากยิ่งขึ้น (Malchow Berend, 2013)

นอกจากนี้ Greer et al. (2016) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ไม่มีอาการทางจิต อายุระหว่าง 18-70 ปี จำนวน 126 คน โดยเปรียบเทียบการออกกำลังกายในขนาดต่ำ 4 kcal/kg of weight/week kcal/kg (4 KKW) กับการออกกำลังกายในขนาดสูง (16 KKW) ค่าพลังงานที่กำหนด ไว้คือ 10 KKW ในช่วงสัปดาห์แรก 13 KKW ในสัปดาห์ที่สองและ 16 KKW ในสัปดาห์ที่ 3-12 ผู้เข้าร่วมทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลและการออกกำลังกายในบ้าน ดำเนินการโดยผู้ดูแลภายใต้บุคลากร ที่ผ่านการฝึกอบรม พบว่าในทั้งสองกลุ่ม ภายหลังจากการออกกำลังกายมีผลต่อพัฒนาการทางจิตสังคมที่ ดีขึ้นกว่าก่อนออกกำลังกาย คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสัมพันธ์ภาพ ระหว่างบุคคล ตลอดจนความพึงพอใจในชีวิตทั่วไป มีการพัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่ง

อธิบายได้ว่าการออกกำลังกายที่สูงและต่ำ มีผลทางสรีรวิทยา เช่น การลดลงของการอักเสบและความเครียด เกิดกลไกหรือการผลิต endorphins และการเพิ่มระดับของ BDNF, endocannabinoids, serotonin dopamine และ norepinephrine มีผลให้ลดอาการซึมเศร้า ปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับ และเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Oertel-Knöchel et al. (2014) ที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิคต่อความรู้คิดและพยาธิสภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและจิตเภท โดยนำการออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกับการผ่อนคลายความเครียด ทั้งหมด 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 75 นาที จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 22 คน และโรคจิตเภทจำนวน 29 คน ประเมินผลก่อนและหลังการทดลองทั้ง 3 ด้าน คือ คุณลักษณะทั่วไป การทดสอบทางการคิด การประเมินอาการของโรค พบว่าผู้ป่วยมีการพัฒนาทางการคิด ลดความวิตกกังวลและมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมดังกล่าวตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House(1981) ร่วมกับแนวคิดการออกกำลังกายของSchuch et al.(2015) โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม ดังนี้

การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ประกอบด้วย

1. การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ดูแล ในการพบกันครั้งแรก เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และส่งเสริมให้เกิดความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและผู้ดูแล ตลอดจนกลุ่มสมาชิกด้วยกันเอง เกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม และมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน ช่วยให้สมาชิกสามารถพูดคุย ติดต่อ สื่อสาร บอกเล่าประสบการณ์ของตนเองขณะการเข้ากลุ่ม รู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. การกำหนดเป้าหมายในการออกกำลังกาย เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล เพื่อให้คำปรึกษาในการออกกำลังกาย การให้ความรู้เรื่องประโยชน์ของการออกกำลังกาย เป็นการเพิ่มทักษะเชิงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Resnick (2002) ที่สรุปว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย พบว่านอกจากครอบครัวที่มีส่วนช่วยสนับสนุนแล้ว เพื่อน ผู้เชี่ยวชาญ มีอิทธิพลทำให้เกิดการออกกำลังกายสม่ำเสมอ

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support)

การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ยาต้านเศร้า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตน มีการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอ

โรบิคร่วมกัน 30 นาที จากนั้นชี้แจงให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติกรอกำลังกายแบบแอโรบิกที่บ้านในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง โดยมีญาติหรือผู้ดูแลช่วยเหลือในการจดบันทึกแล้วนำผลมาในครั้งต่อไป

การให้ความรู้เรื่อง การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และอาหารกับโรคซึมเศร้า
หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sung & Yeh (2007) ที่สรุปว่าการสนับสนุนทางสังคม มีผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การมีส่วนร่วมในสังคมตลอดจนการรับรู้ถึงความปลอดภัยในชีวิต

การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)

การพักผ่อนและคลายความเครียด เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ฝึกประเมินสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาซึ่งทำให้เกิดความเครียด และกิจกรรมที่ช่วยให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกันอีก 30 นาที จากนั้นชี้แจงให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติกรอกำลังกายแบบแอโรบิกที่บ้าน ในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง โดยมีญาติหรือผู้ดูแลช่วยเหลือในการจดบันทึกแล้วนำผลมาในครั้งต่อไป เป็นการให้ญาติมีส่วนร่วมในการรับรู้และกระตุ้นหรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ดังงานวิจัยของ Knapen et al. (2015) ที่ทำการศึกษาเรื่อง การบำบัดด้วยการออกกำลังกายช่วยเพิ่มทั้งสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจในผู้ป่วยโรคภาวะซึมเศร้า สรุปได้ว่าสำหรับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง ผลของการออกกำลังกายอาจเทียบเคียงได้กับยาแก้ซึมเศร้าและจิตบำบัด การออกกำลังกาย เป็นโอกาสที่โดดเด่นในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและร่างกาย การบำบัดด้วยการออกกำลังกายช่วยเพิ่มภาพลักษณ์ของร่างกาย และเป็นกลยุทธ์การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยด้วย มีผลต่อคุณภาพชีวิต

การรับความช่วยเหลือจากครอบครัว เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยให้เล่นเกมสถานการณ์จำลองเรื่อง “การขอความช่วยเหลือจากครอบครัวของเรา” เพื่อให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นถึงความช่วยเหลือด้านต่างๆของคนในครอบครัว ทั้งเรื่องความเจ็บป่วย ความทุกข์ใจ รวมถึงแรงจูงใจในการออกกำลังกาย หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที

ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดและสำคัญที่สุด สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งต้องการการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Qualls and Anderson, 2009) โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) ที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง กล่าวคือผู้ที่อยู่อาศัยร่วมกับผู้ป่วยในครอบครัวเดียวกัน ในฐานะคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง หรือญาติ(ต้นติมา ดั่งวงโยธาและคณะ, 2553) เป็นบุคคลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง และ

ดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ ตลอดจนมีบทบาทในการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับยาหรือการรักษาอย่างต่อเนื่อง (มยุรี กลั้ววงษ์และคณะ, 2552) การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อจิตใจคือทำให้สามารถต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้(Hsiung, 2005) หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพจะสามารถลดความรุนแรงของอาการ ตลอดจนระยะเวลาที่มีอาการซึมเศร้าลงได้(Wareham et al., 2007)

ความช่วยเหลือจากชุมชน และการปรับตัวอยู่ในชุมชน เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยให้ร่วมกันอภิปรายในประเด็นความช่วยเหลือด้านต่างๆของคนในชุมชน และปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชนกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที จากนั้นชี้แจงให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่บ้านในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง โดยมีญาติหรือผู้ดูแลช่วยเหลือในการจดบันทึกแล้วนำผลมาในครั้งต่อไป

การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)

การสร้างเครือข่าย เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล ในการติดต่อให้สมาชิกให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การสร้างเครือข่ายประชาชน ให้มีทัศนคติที่ดี ตระหนัก เข้าใจบทบาทหน้าที่และเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยคาดหวังว่าผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมีความสามารถพึ่งพาตนเองและ อยู่ร่วมในชุมชนได้ หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที จากนั้นชี้แจงให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่บ้านในสัปดาห์นั้นอีก 1 ครั้ง โดยมีญาติหรือผู้ดูแลช่วยเหลือในการจดบันทึกแล้วนำผลมาในครั้งต่อไป สอดคล้องกับงานวิจัยของ อมรรัตน์ ยุระชัย (2560) ที่กล่าวว่า การสร้างเครือข่ายประชาชน ให้มีทัศนคติที่ดี ตระหนัก เข้าใจบทบาทหน้าที่และเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยคาดหวังว่าผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมีความสามารถพึ่งพาตนเองและ อยู่ร่วมในชุมชนได้ โดยมีญาติและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การทบทวนสิ่งที่ได้รับและสะท้อนความรู้สึก เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลในกิจกรรมสุดท้าย ทำการทบทวนให้ผู้ป่วยนำความรู้ที่ได้จากการร่วมกิจกรรมกลับไปดูแลตนเองต่อไป หลังทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ30-50 นาที จึงออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกัน 30 นาที แจกการสิ้นสุดกิจกรรม และแจกCDการออกกำลังกาย พร้อมเล่มคู่มือการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ช่วงสุดท้ายของโปรแกรมในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยและทีมเป็นผู้ออกกำลังกาย ตามแนวคิดของSchuch (2015) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1)อบอุ่นร่างกาย (5 นาที) 2)ออกกำลังกาย (20 นาที) 3)ผ่อนคลายร่างกาย (5 นาที) ขณะออกกำลังกาย จะประเมินผู้ป่วยด้วยวิธี talk test เพื่อนำมา

ประเมินความหนักของการออกกำลังกาย ซึ่งควรมีค่าความหนักของการออกกำลังกายที่ระดับปานกลางขึ้นไป (ACSM,2013)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนการทดลอง (Pre-test) ระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในทุกด้านไม่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ส่วนหลังการทดลอง(Post-test) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกับก่อนการทดลอง กล่าวคืออยู่ในระดับปานกลาง (ด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม)และระดับไม่ดีขึ้น(ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม) ส่วนหลังการทดลองของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับดี

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

สำหรับคะแนนหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ยังอยู่ในระดับเดิม (ปานกลางและไม่ดี) ใกล้เคียงกับก่อนการทดลอง เนื่องจากกลุ่มควบคุมนี้ยังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยผู้ป่วยต้องไปตรวจตามนัด ที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้รับการบริการประกอบด้วย การสอบถามข้อมูลความเจ็บป่วย อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน การตรวจประเมินอาการทางจิตเบื้องต้น การให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง การมาตรวจตามนัด

และการให้คำปรึกษาเป็นรายกรณีตามผู้ป่วยหรือญาติที่ต้องการ รวมถึงการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากร สาธารณสุข หรือพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในพื้นที่ ซึ่งให้ คำแนะนำตามปัญหาที่พบหรือตามความต้องการของผู้ป่วยหรือญาติ โดยเป็นกิจกรรมเดียวกันกับที่ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับ ทั้งนี้ภายหลังสิ้นสุดการทดลองแล้ว กลุ่มควบคุมจะได้รับ คู่มือการใช้ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมทั้ง CD การออกกำลังกาย “อนามัย 30” ของกรมอนามัย และของที่ระลึกจากผู้วิจัย

ดังนั้นผลการวิจัยจึงสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นทั้งหมด 12 กิจกรรม พบว่าในแต่ละ กิจกรรมมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมในโปรแกรมห่างว่าง ได้รับ การสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ได้รับแรง สนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การประเมินค่า และด้านทรัพยากร ซึ่งในโปรแกรมต้องให้ญาติหรือ ผู้ดูแลหลักเข้าร่วมกิจกรรมด้วยอย่างน้อยร้อยละ 50 มีทั้งกิจกรรมที่ฝึกการแก้ปัญหาจากอาการ เจ็บป่วย ฝึกให้คิดวิเคราะห์ปัญหาสิ่งแวดล้อมในแหล่งชุมชน ตลอดจนได้ร่วมออกกำลังกายหลังทำ กิจกรรมกลุ่ม กับกลุ่มสมาชิกและญาติ วันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน ตลอด 4 สัปดาห์อย่าง ต่อเนื่องและ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีสุขภาพแข็งแรงขึ้น เกิดการรับรู้ถึงสุขภาวะด้านร่างกาย เกิดความเข้าใจในปัญหาความเจ็บป่วยและร่วมกันเผชิญกับปัญหาเหล่านั้น ตลอดจนได้รับกำลังใจ จากกลุ่มสมาชิกและญาติจนสามารถมีเครือข่ายของตนเองในการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. การนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายไปใช้นั้น ควรศึกษา เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีเรื่อง การสนับสนุนทางสังคม และการออกกำลังกาย เพื่อเตรียมความพร้อม ของการดำเนินกิจกรรมของสมาชิกกลุ่ม ให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ
2. พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย เป็น แนวทางในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาล หรือในชุมชน โดยสามารถปรับรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมตามบริบทของโรงพยาบาล หรือชุมชนนั้น เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนอย่างเหมาะสม เช่น ระยะเวลาในการ ดำเนินกิจกรรม การปรับเปลี่ยนการดำเนินกิจกรรมตามลักษณะชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น การดำเนินกิจกรรมในวันหยุด หรือในช่วงเย็นของวันธรรมดา เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า บางรายต้องออกไปทำงานประจำ เป็นต้น

3. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย ที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น จึงควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้หลังสิ้นสุดโปรแกรม และสามารถนำไปประยุกต์ใช้เองในชีวิตประจำวัน

ด้านการศึกษาวิจัย

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มเติมเพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ๆอยู่เสมอ และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมต่างๆได้
2. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง เช่นในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังการทดลอง เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. ควรนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และศึกษาประสิทธิภาพของกิจกรรมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง เช่นในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังการทดลอง เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. ควรนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2553). *แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ*. อุบลราชธานี : ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- กรมสุขภาพจิต. (2554). *แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับพยาบาลจิตเวชในสถานบริการระดับตติยภูมิ*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต. (2557). *แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3/2557)*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต. (2560). *แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12(พ.ศ.2560-2564)*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม, ภัทรี พหลภาคย์, ภาพันธ์ วัฒนวิทย์กิจ , ศิริินภา อภิสธิธิ์ภิญโญ (บรรณาธิการ) (2560). *จิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- จารุณี อินทฤทธิ์. (2556). *ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม , แฉ จันทร์สุขและศุภกรใจ เจริญสุข (บรรณาธิการ).*โรคซึมเศร้าและการพยาบาล. *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต(ฉบับปรับปรุง)เล่มที่ 2*. กรุงเทพฯ : ธนาเพลส.
- จิราพร รักการ. (2547). *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โซติมันต์ ชินวรารักษ์และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย.(2559). *อาการทางกายและความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 61(4): 281-294.
- ต้นติมา ดั่งโยธาและคณะ. (2553). *การศึกษาและพัฒนาความยืดหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล*. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์* 16(2) : 50-65.
- เทพประสิทธิ์ กุลธวัชชัย. (2556). *การนันทนาการ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วีพริ้นท์.
- ธณินทร์ กองสุข. (2555). *คุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย*. เข้าถึงเมื่อ 2 มีนาคม 2560. จาก <http://www.econ.nida.ac.th/attachments/article/2852/13.pdf>
- ธณินทร์ กองสุข. (2558). *โรคซึมเศร้าความสูญเสียอันยิ่งใหญ่แห่งมวลมนุษยชาติ: การแก้ไขปัญหาความสูญเสียอันเนื่องมาจากโรคซึมเศร้าและผลการดำเนินงานในระบบการแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าของไทย*. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2558. ณ โรงแรมมิราเคิล

แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ.

ธรมินทร์ กองสุข,สุปราณี พิมพ์ตรา และจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (2555). *คุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนาย*

ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

ธิติพันธ์ ธาณีนรัตน์และคณะ. (2559).ความชุกของภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแล

หลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ.*วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 61(4):319-330.

ธนวรรณ พยุงผล. (2545). *ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมโรงพยาบาล*

จุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นันทศักดิ์ ชนะพันธ์. (2556). การฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.*วารสารสภากาชาดไทย*

6(1):19-33.

นันทิดา จันทร์างศุ. (2557). *ดนตรีบำบัด PianoTherapy*. เข้าถึงเมื่อ 2 พฤษภาคม 2560. จาก

<https://www.facebook.com/211786218849212/photos/a.868376139856880.1073741825.211786218849212/937185182975975/>

นริสา วงศ์พนารักษ์. (2557). ภาวะซึมเศร้า : ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ.*วารสารพยาบาล*

ทหารบก 15(3):24-31.

นพมาศ อึ้งพระ. (2555). *จิตวิทยาสังคม.พิมพ์ครั้งที่1.สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.*

ปรางทิพย์ รักดีศิริไพรวลัย. (2559).*การศึกษาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนบ้านแสนตอ หมู่ 11 ตำบล*

ท่าผา อำเภอกะลา จังหวัดลำปาง. สารนิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ปิติ พูนชัยศรี.(2554). แอโรบิค การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ.จุลสารสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ออนไลน์. เข้าถึงเมื่อ 2 พฤษภาคม 2560. จาก

<http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book544/health.html>

ปริญานุช แยมวงษ์. (2552). *กินคลายเครียด*.เข้าถึงเมื่อ 2 พฤษภาคม 2560. จาก

<http://www.noyshop.com/web-board/board.php?newsId=909>

บุญยกภพ สิทธิพรอนันต์. (2550). *ฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไกล้มหอม.

พิชัย อัญญสกุล และ ศิริชัย หงส์สงวนศรี. (2558). โรคซึมเศร้า. ใน มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุข

นิชัย(บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี.พิมพ์ครั้งที่4*. กรุงเทพฯ:ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ. (2557). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยา*

- ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พจนนา เปลี่ยนเกิด. (2557). โรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษา. *วารสารพยาบาลทหารบก* 15(1):18-21.
- พรพรรณ ศรีโสภา. (2552). ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรพรรณ สุกใจ. (2552). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2554). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: วีพรีนท์.
- เพ็ญพิศ ปลื้มสุข. (2551). การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- [ณัฐพงศ์ เฉิดแสงจันทร์](#). (2554). ผลของการรับรู้ความสามารถแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในหญิงวัยทำงาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มนัส ยอดคำ. (2548). *สุขภาพกับการออกกำลังกาย*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮาส์.
- มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์* 15(1), 57-75.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์.(บรรณาธิการ) (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ:ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพา จิวพัฒน์กุล,อุบลวรรณ เรือนทองดีและฐิติรัตน์ ทับแก้ว. (2555). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *Journal of Nursing Science* 30(2), 46-57.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). *คู่มือการบำบัดทางจิตสังคม*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม:บริษัทมิสเตอร์ก๊อปปีประเทศไทยจำกัด.

- รัศมี หลงหลัก. (2552). *การเสริมสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*
โรงพยาบาลกุมภวาปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รมชัย คงสกันซ์. (2548). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายหลังการรักษาด้วยกระบวนการจิตเวช
3 เดือน. *วารสารจดหมายเหตุทางการแพทย์* 88 (9), 1261-1266.
- รศรินทร์ เกร์, วรชัย ทองไทย และเรวดี สุวรรณนพเก้า. (2553). *ความสุขเป็นสากล*. กรุงเทพฯ:
จรัสสินทวงศ์.
- ลิษฐ์ ชูโต. (2553). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวสถาบันจิตเวชศาสตร์
สมเด็จพระเจ้าพระยา. สารนิพนธ์ สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบาย
สวัสดิการสังคม ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.*
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ*. กรุงเทพฯ: บุญศิ
ริการพิมพ์.
- วีรวัฒน์ คำแสนพันธ์ และ อริญชัย พรหมเทพ.(มปป.). *หลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ*. เข้าถึงเมื่อ 9
ตุลาคม 2559. จาก [www.geed.snru.ac.th/UserFiles/File/บทที่9%2013%20หลักการออก
กำลังกาย.pdf](http://www.geed.snru.ac.th/UserFiles/File/บทที่9%2013%20หลักการออก
กำลังกาย.pdf)
- ศูนย์วิชาการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2559). *ภัยใหม่คุกคามโลก "โรค
ซึมเศร้า"*. เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2559. จาก
<http://resource.thaihealth.or.th/media/knowledge/12344>
- สายฝน เอกวารงกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายฝน เอกวารงกูร.(บรรณาธิการ) (2558). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ศาสตร์และศิลป์สู่การ
ปฏิบัติ 1*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ไทม์ พรินต์ติ้ง.
- สายฝน เอกวารงกูร.(บรรณาธิการ) (2559). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ศาสตร์และศิลป์สู่การ
ปฏิบัติ 1*. พิมพ์ครั้งที่ 3. นครศรีธรรมราช : โรงพิมพ์สามลดา.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ธรณินทร์ กองสุขและสุภาพร จันทร์สาม. (2558).
สุขภาพจิตสู่คุณค่าความเป็นมนุษย์. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 14 ณ
โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชัน กรุงเทพมหานคร.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกานนท์. (บรรณาธิการ) (2558). *ตำราโรคซึมเศร้า*. พิมพ์

- ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*, โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- สนทยา สีละมาต. (2557). *กิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. (2543). *การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และลัดดา ดำริการเลิศ. (2553). *แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : แนวทางการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าและผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย*. นนทบุรี : สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- อิทธิพล พลเยี่ยม และคณะ. (2558). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสาร Graduate Research Conference 2014*, 1848-1854.
- อุจน์จิตร คุณารักษ์. (2554). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 25(1), 42-54.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ : ธนาเพลส.
- อมรรัตน์ ยุระชัย. (2560). *การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต*. เข้าถึงเมื่อ 2 พฤษภาคม 2560. จาก http://203.157.186.16/kmblog/page_research_detail.php?ResID=288

ภาษาอังกฤษ

- American College of Sports Medicine [ACSM]. (2013). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription* (9 th ed.). Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Aydemir, O., ERGUN, H., SOYGUR, H., KESEBIR, S., TULUNAY, C. (2009). Quality of Life in Major Depressive Disorder: A cross-sectional study. *Turkish journal of psychiatry*,

1-7.

- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1985). A Social support measure. *Nursing Research* 30(5), 277-280.
- Burns, N., and Grove, S.K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization*. 5th ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Callaghan, P., Khalil, E., Morres, I., & Carter, T. (2011). Pragmatic randomised controlled trial of preferred intensity exercise in women living with depression. *BMC Public Health* 11(1), 465.
- Caplan, G. (1976). The family as social support. In G. Caplan, M. Killilea & R.B. Abrahams (Eds.), *Support systems and mutual help: multidisciplinary explorations*. New York: Grune and Stratton.
- Chung, L., Pan, A. W., & Hsiung, P. C. (2009). Quality of life for patients with major depression in Taiwan: A model-based study of predictive factors. *Psychiatry Research* 168(2), 153-162.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 38(5), 300-314.
- Craft, L.L. (2005). Exercise and clinical depression: examining two psychological mechanisms. *Psychology of sport and Exercise* 6(1), 151-171.
- Du, X. (2014). BDNF–TrkB signaling as a therapeutic target in neuropsychiatric disorders. *Journal of Receptor, Ligand and Channel Research* 7, 61-79.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1992). Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Research in nursing & health* 15(1), 29-38.
- Foley LS, Prapavessis H, Osuch EA, De Pace JA, Murphy BA, Podolinsky NJ. (2008). An examination of potential mechanisms for exercise as a treatment for depression: a pilot study. *Ment Health Phys Activity* 1,69-73.
- Fox, K.R. (1999). The effects of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition* 2(3a), 411-418.
- 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.
- Greer, T. L., Trombello, J. M., Rethorst, C. D., Carmody, T. J., Jha, M. K., Liao, A., ... & Trivedi, M. H. (2016). Improvements in psychosocial functioning and health-related quality of life following exercise augmentation in patients with treatment response but nonremitted Major Depressive Disorder: results from the tread *Depression and anxiety* 33(9), 870-881. doi:10.1002/da.22521
- Hoffman BM, Babyak MA, Sherwood A, Hill EE, Patidar SM, Doraiswamy PM, et al. (2009). Effects of aerobic exercise on sexual functioning in depressed adults. *Ment Health Phys Activity* 2,23-28.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing.
- Hsiung, P.C. (2005). Quality of life and its related factors of patients with Major Depressive Disorder. *Clinical Trials.gov*. NCT00172549.
- 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. doi:10.3109/10673229.2011.614099
- IsHak, W. W., Balayan, K., Bresee, C., Greenberg, J. M., Fakhry, H., Christensen, S., & Rapaport, M. H. (2013). A descriptive analysis of quality of life using patient-reported measures in major depressive disorder in a naturalistic outpatient setting. *Quality of Life Research* 22(3), 585-596.
- Josefsson, T., Lindwall, M., & Archer, T. (2014). Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review. *Scandinavian journal of medicine & science in sports* 24(2), 259-272. doi: 10.1111/sms.12050
- Knapen, J., Vancampfort, D., Moriën, Y., & Marchal, Y. (2015). Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disability and rehabilitation* 37(16), 1490-1495.
- Knöchel, C., Oertel-Knöchel, V., O'Dwyer, L., Prvulovic, D., Alves, G., Kollmann, B., & Hampel, H. (2012). Cognitive and behavioural effects of physical exercise in

- psychiatric patients. *Progress in neurobiology* 96(1), 46-68.
- Kvam, S., Kleppe, C. L., Nordhus, I. H., & Hovland, A. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *Journal of affective disorders* 202, 67-86.
doi: org/10.1016/j.jad.2016.03.063
- 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. DOI 10.1007/s00406-013-0423-2
- Marram, G. D. (1987). *The group approach in nursing practice*. (2nd ed). St.Louis: C. V.
- Oertel-Knöchel, V., Mehler, P., Thiel, C., Steinbrecher, K., Malchow, B., Tesky, V., ... & Schmitt, A. (2014). Effects of aerobic exercise on cognitive performance and individual psychopathology in depressive and schizophrenia patients. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 264(7), 589-604.
- Pan, A.W., Chen, Y.L., Chung, L.I., Wang, J.D., Chen, T.J., Hsiung, P.C. (2012). A longitudinal study of the predictors of quality of life in patients with major depressive disorder utilizing a linear mixed effect model. *Psychiatry Research* 198, 412-419.
doi:10.1016/j.psychres.2012.02.001
- Qualls, S. H., and Anderson, L. N. (2009). Family Therapy in Late Life. *psychiatric annals* 49(6).
- Rahe, C., Khil, L., Wellmann, J., Baune, B. T., Arolt, V., & Berger, K. (2016). Impact of major depressive disorder, distinct subtypes, and symptom severity on lifestyle in the BiDirect Study. *Psychiatry Research* 245, 164-171.
doi: org/10.1016/j.psychres.2016.08.035
- Resnick et al. (2002). The effect of Social Support on exercise Behavior in older Adults. *Clinical nursing research* 11(1),52-70.
- Rethorst, C. D., Tu, J., Carmody, T. J., Greer, T. L., Trivedi, M. H. (2016). Atypical depressive symptoms as a predictor of treatment response to exercise in Major Depressive Disorder. *Journal of Affective Disorders* 200,156–158. doi: org/10.1016/j.jad.2016.01.052

- Schuch, F. B., Vasconcelos-Moreno, M. P., Borowsky, C., Zimmermann, A. B., 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.
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Richards, J., Ward, P. B., & Stubbs, B. (2016). Exercise improves physical and psychological quality of life in people with depression: A meta-analysis including the evaluation of control group response. *Psychiatry research* 241, 47-54. doi:org/10.1016/j.psychres.2016.04.054
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of behavioral medicine* 4(4), 381-406.
- Sharir D., Tanasescu M., Turbow D. & Maman Y. (2007). Social Support And Quality of Life Among Psychiatric Patients In Residential Homes. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* 11(1), 85-89.
- Sharkey, J.L. (2016). Exercise and mental health- Implications for treatment: A review of the literature. *Counseling&Wellness Journal* (5),1-8.
- Spence, J.C., and Poon, P. (1997). The effect of physical activity on self-concept: A meta-analysis. *Alberta Centre for Well-Being: Research Update* 4(3), 4.
- 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.
- Sung, S. C., and Yeh, M. Y. (2007). Factors related to quality of life in depressive outpatients in Taiwan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 61(6), 610-615.
- Thoits, P. A. (1986). social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54(4), 416-423.
- Trejo, J. L., Llorens-Martin, M. V., & Torres-Alemán, I. (2008). The effects of exercise on spatial learning and anxiety-like behavior are mediated by an IGF-I-dependent mechanism related to hippocampal neurogenesis. *Molecular and Cellular Neuroscience* 37(2), 402-411.
- Voils, C. I., Steffens, D. C., Flint, E. P., & Bosworth, H. B. (2005). Social support and locus

of control as predictors of adherence to antidepressant medication in an elderly population. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 13(2), 157-165. doi: 10.1176/appi.ajgp.13.2.157

Wareham, S., Fowler, K., & Pike, A. (2007). Determinants of depression severity and duration in Canadian adults: the moderating effects of gender and social support. *Journal of applied social psychology* 37(12), 2951-2979.

WHO. (2016). *Depression*. Retrieved 13 April 2016, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

Wipfli B, Landers D, Nagoshi C, Ringenbach S. (2011). An examination of serotonin and psychological variables in the relationship between exercise and mental health. *Scand J Med Sci Sports* 21,474-481.

World Health Organization. (1997). *Measuring quality of Life*. Retrieved 9 October 2016, from <http://www.who.int/mental.health/media/68.pdf>.

WHOQOL Group. (1996). What quality of life?. *World health forum*. 17 (Nov): 354-356.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

นามผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
นายแพทย์ชาญชัย ปวงนิยม	นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมสาขาจิตเวช) โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จ.เพชรบุรี
รศ.ดร.ดรอุวรรณ สุขสม	อาจารย์ประจำคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร.มุกข์ดา ผดุงยาม	อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
นางสาวสุณี ฉิมพิบูลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาจิตเวชและสุขภาพจิต)
นางบังเอิญ ทองสมนึก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาจิตเวชและสุขภาพจิต)



การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)
คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย

$$CVI = \frac{13.6}{14} = 0.97$$

14

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ
ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

$$CVI = \frac{26}{26} = 1$$

26

3. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

$$CVI = \frac{19}{19} = 1$$

19

4. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินอาการซึมเศร้าของเบค

$$CVI = \frac{19.6}{21} = 0.93$$

21



การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

1. แบบวัดคุณภาพชีวิต

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.906	26

2. Scale: แรงสนับสนุนทางสังคม

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.825	19

3. แบบประเมินอาการซึมเศร้าของเบค

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.893	21



ชุดที่ 3 เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย
(WHOQOL-BREF-THAI)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย / ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด คำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มากเล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่มากปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลางรู้สึกพอใจระดับกลางๆหรือรู้สึกแยระดับกลางๆมาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดีมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อ ที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนัก้อยเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนัก้อยเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต(เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
.						
.						
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

ชุดที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

(เครื่องมือกำกับการทดลอง/วัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง)

คำชี้แจง แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับชนิดและความรู้สึกของการได้รับการ

สนับสนุนทางสังคมในด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนทางวัตถุ การสนับสนุนการยอมรับ

และเห็นคุณค่า และการสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร มีจำนวนข้อคำถาม 19 ข้อ

ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่เกิดขึ้นกับท่านเลย

นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านนาน ๆ ครั้ง

บางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านบางครั้ง

บ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านบ่อยครั้ง

ตลอดเวลา หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านตลอดเวลา

โปรดเลือกทำเครื่องหมาย / ในช่องด้านขวามือในข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เป็นจริงเลย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ตลอดเวลา
การสนับสนุนทางอารมณ์					
1. มีการแสดงความเอาใจใส่ ห่วงใย เพื่อทราบว่าท่านป่วยเป็นโรคซึมเศร้า					
.....					
5. ท่านรู้สึกได้รับกำลังใจจากคนรอบข้างในการดูแลตนเอง					
การสนับสนุนทางทรัพยากร					
6. ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาในการรักษาตนเอง					
.....					
การสนับสนุนการยอมรับและเห็นคุณค่า					
10. ท่านรู้สึกว่าคุณไม่เป็นที่ต้องการของผู้อื่นเนื่องจากป่วยเป็นโรคซึมเศร้า					
.....					
การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร					
.....					
19. ท่านไม่ได้รับทราบรายละเอียดในการติดต่อในเรื่องต่าง ๆ เมื่อท่านมาพบแพทย์					

ชุดที่ 5 แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1967)

Beck Depression Inventory: BDI- 1A แพลและปรับเป็นฉบับภาษาไทย โดยมุกดา ศรียงค์
(อ่างในลัดดา แสนสีหา, 2536) (เครื่องมือกำกับการทดลอง/วัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง) (ปรับแก้ตาม
ผชช.)

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นประโยคบอกเล่ากรุณาอ่านแต่ละประโยคให้ได้ใจความอย่างถี่ถ้วน
เลือกประโยคที่สมบูรณแบบตรงกับความรู้สึกของท่านในสัปดาห์ที่แล้วรวมถึงปัจจุบันและทำ
เครื่องหมาย / ให้ตรงกับประโยคที่ท่านเลือก ถ้าบางประโยคดูใกล้เคียง เลือกที่ตรงประเด็นความรู้สึก
มากที่สุด

- 10 ฉันไม่รู้สึกรเศร้า
 -1 ฉันรู้สึกเศร้าบางวัน
 -2 ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถหยุดยั้งความรู้สึกเศร้าได้
 -3 ฉันรู้สึกเศร้าจนทนต่อไปไม่ไหวแล้ว
- 20 ฉันไม่มีความรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
 -1 ฉันรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
 -2 ฉันรู้สึกท้อแท้ ไม่คิดคาดหวังสิ่งใดในอนาคต
 -3 ฉันรู้สึกสิ้นหวังในอนาคตและหมดหนทางที่จะทำให้ดีขึ้น
- 30 ฉันไม่รู้สึกว่าฉันทำอะไรล้มเหลว
 - 1 ฉันรู้สึกว่าคุณทำอะไรล้มเหลวกว่าคนอื่น ๆ
 - 2 เมื่อฉันมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่คุณทำได้คือ ความล้มเหลวเกือบทั้งหมด
 - 3 ฉันรู้สึกว่าคุณเป็นคนทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด
- 3 ฉันรู้สึกว่าคุณถูกลดโทษ
-
-
20.0 ฉันไม่รู้สึกรวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของฉัน
 -1 ฉันรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ เช่น จุกแน่นท้อง ปวดศีรษะ
 -2 ฉันรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น
 -3 ฉันรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้
21.0 ความสนใจทางเพศของฉันเป็นไปตามปกติ
 -1 ฉันสนใจทางเพศลดลงกว่าปกติ
 -2 ฉันสนใจทางเพศน้อยลงมาก
 -3 ฉันไม่สนใจทางเพศอีกเลย



ภาคผนวก จ
เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

1/ 1403



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุม
กรุงเทพฯ 10330

17 สิงหาคม 2560

ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

เนื่องด้วย นางสาวปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม
กับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.
จักร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย ค
บวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THA
รายงานการวิจัย เรื่อง เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ
ตัวชี้วัด ของนายแพทย์ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะฯ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
540)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่าง
มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)


รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

วิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

1 1385



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬ
อาคารบรมราชชนนีศรีศต
ถนนพระราม 1 แขวงวังไ
กรุงเทพฯ 10330

๑๖ สิงหาคม 2560

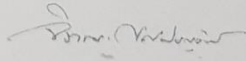
อนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

อธิบดีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

เนื่องด้วย นางสาวปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาล
ศาสตร์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุน
การออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์
อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
อโรบิค อนามัย 30 ของ บริษัทโกลด์เบล ครีเอชั่น จำกัด (2558)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาล
ศาสตร์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระ
มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้อำนวยการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน โทร. 0-2218-1137
นางสาวปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช โทร. 091-735-1279

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

ขอหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

รองคณบดี

1.นางสาวปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช.....รหัสประจำตัว ...5877306036.....
.....การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต...ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 2 ซอย1วัดแก่นเหล็ก
คลองกระแจะ.อำเภอ/เขต ..เมือง.. จังหวัด...เพชรบุรี..... รหัสไปรษณีย์
1-7351279.....Email ... preedanant2014@gmail.com.....

นิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะ
งโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

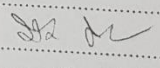
ประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

ชื่อเครื่องมือ.....แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....

2. ชื่อวิทยานิพนธ์.....ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะใน
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....

3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือจิราพร รักการ.....

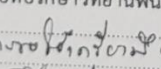
4. ปีของวิทยานิพนธ์.....2549.....

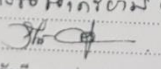
ลงนาม  ผู้ยื่น

(...นางสาวปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช...)

? / ส.ค. / 60

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์


.....


ลงนาม 

(ผศ.ดร.รัชนิกร อุปเสน.)

? / ส.ค. / 60

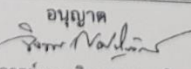
ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้า


.....

ลงนาม 

(ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ..)

อนุญาต



(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ที่ ศธ 0512.11/ 1369



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 1
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุม
กรุงเทพฯ 10330

17 สิงหาคม 2560

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย นางสาวปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1967) แปลและปรับเป็นฉบับภาษาไทย มุกดา ศรียงค์ จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย ของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลัดดา แสนสีหา สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2536) โดยมี ศาสตราจารย์ ดร. ดารารวรรณ ต๊ะปินตา เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน โทร. 0-2218-1137

ชื่อนิสิต

นางสาวปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช โทร. 091-735-1279



ร 0512.11/ 2219

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพระราม 1 แขวงปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๖ ธันวาคม 2561

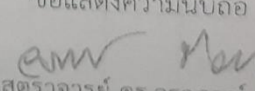
ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

- มาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
- 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์รวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าใน ICD 10 ที่อาศัยในชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี และผู้ดูแลผู้ป่วยเดียวกัน จำนวน 40 คน โดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมรูปแบบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติ เครื่องมือชีวิตคุณภักดีชุดย่อ ฉบับภาษาไทย แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของ Beck (1967) ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช ขอความอนุเคราะห์ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

 (รองศาสตราจารย์ ดร. วรารมณ์)
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานอธิการบดี
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ถนนพระราม 1 แขวงปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
 โทร 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
 ฝ่ายประชาสัมพันธ์ โทร 0-2218-1150
 โทรสาร 0-2218-1150 โทร 091-735-1279

ที่ ศร 0512.11/ 2๒๘

คณะพยาบาลศาสตร์
อาคารบรมราชชน
ถนนพระราม 1 แ
กรุงเทพฯ 10330

๖ ธันวาคม 2561

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลหนองโสน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
- 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช นิสิตชั้นปริญญาโท มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้
 นี้กร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคร
 รวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโร
 วินิจฉัยใน ICD 10 ที่อาศัยในชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี และผู้
 อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน จำนวน 20 คน โดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วม
 สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติ เครื่องมือชี้วัดคุณ
 ามย์โลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึม
 การซึมเศร้าของ Beck (1967) ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาใน
 วิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวปรีดานันต์ ประสิ
 วมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังใ
 อนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์

คณบดีคณะพยาบาลศาส

ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล

หัวหน้าพยาบาล โทร 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัตนาพร วัฒนยงค์ โทร 0-2218-1130
นางสาวปรีดานันต์ นิสิตชั้นปริญญาโท

12.11/ 2561

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพร
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่
กรุงเทพฯ 10330

๒ ธันวาคม 2561

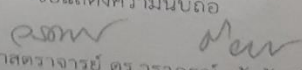
ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

สำนักงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลธงชัย

- 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
- 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

ด้วย นางสาวปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสวดมนต์ออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตส่งข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ใน ICD 10 ที่อาศัยในชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี และผู้ดูแลผู้ป่วยในจำนวน 20 คน โดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกาย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติ เครื่องมือชีวิตคุณภาพชีวิตชุดย่อ ฉบับภาษาไทย แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และแบบวัดของ Beck (1967) ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช ดำเนินการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

 (รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒนา)
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่งมอบ
 และรับมอบ
 ลงนามในใบมอบ
 รับมอบ

สำนักงาน
 โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งเรือง
 นางสาวปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช



เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย

ด้วย ข้าพเจ้า นางสาวปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นลักษณะของการวิจัยเชิงทดลองที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย และ เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ซึ่งจะมีการกระทำการทดลองโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย การดำเนินการวิจัย ในครั้งนี้จึงอาจมีการนัดหมายท่านมาอีกในภายหลัง และขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามที่นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ซึ่งแบบสอบถามที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี ทั้งหมด 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมด 4 ชุด เป็น

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2540) จำนวน 26 ข้อ
3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดัดแปลงจากของจิราพร รักการ(2549)ใช้แนวคิดของHouse(1980) จำนวน 19 ข้อ
4. แบบประเมินอาการซึมเศร้าของBeck(1967)แปลและปรับเป็นฉบับภาษาไทย โดยมุกดา ศรียงค์ (อ้างในลัดดา แสนสีหา, 2536) จำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย

ก่อนเข้าร่วมการวิจัยท่านจะได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้จากผู้วิจัยทุกครั้ง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีคุณสมบัติที่กำหนดให้เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัย เมื่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเข้าร่วมการวิจัยแล้ว แต่ปรากฏว่ามีคุณสมบัติที่ไม่ตรงกับคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการ หรือจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการช่วยเหลือดูแล ตามแนวทางการดูแลของโรงพยาบาลที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเข้ารับบริการ การใช้เวชระเบียน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตในการดูข้อมูลในเวชระเบียน จากผู้อำนวยการและได้รับการยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยเซ็นชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย เนื่องจาก ในการวิจัยครั้งนี้มีการทดลองกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เป็นกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม การออกกำลังกาย และการขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามของผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยเท่านั้น

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการของพยาบาลจิตเวชในชุมชน โดยการฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. เป็นแนวทางสำหรับการประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆในชุมชนต่อไป

การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือ ถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่พึงได้รับ

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย นางสาวปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช ได้ที่ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โทรศัพท์ 032-427049 ต่อ 3405 หรือโทรศัพท์มือถือ 091-7351279

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี โทร 032-425200 ต่อ 3107, 109

เอกสารแสดงความยินยอมโดยการบอกกล่าว

(กลุ่มผู้ป่วย/ญาติ)

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของ.....ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย ได้รับฟังคำอธิบายจากนางสาวปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายให้ข้าพเจ้าทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดตลอดจนให้เวลาในการซักถามข้อสงสัยต่างๆ จนเข้าใจ

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการสอบถาม โดยจะใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที และเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย ใช้เวลาประมาณ 60 นาที/ครั้ง ทั้งหมด 12 ครั้ง ตลอดจนขออนุญาตบันทึกภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจและข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการเป็นอาสาสมัครโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใดๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ สามารถติดต่อข้าพเจ้า ได้ที่เบอร์โทรศัพท์

ข้าพเจ้า สามารถติดต่อนางสาวปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช ได้ที่ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โทรศัพท์ 032-427049 ต่อ 3405 หรือโทรศัพท์มือถือ 091-7351279

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี โทร 032-425200 ต่อ 3107, 109 หรือโทรศัพท์มือถือ 081-6199482

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....อาสาสมัคร (.....) ตัวบรรจง วันที่..... เดือน พ.ศ.	ลงนาม..... ผู้วิจัย (.....) ตัวบรรจง วันที่..... เดือน พ.ศ.
ลงนาม..... พยาน (.....) ตัวบรรจง วันที่..... เดือน พ.ศ.	ลงนาม..... พยาน (.....) ตัวบรรจง วันที่..... เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าไม่สามารถเขียนหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจ และข้าพเจ้าจึงได้พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลายนิ้วมืออาสาสมัครวิจัย	ลงนาม..... ผู้วิจัย (.....) ตัวบรรจง วันที่..... เดือน พ.ศ.
ลายเซ็นพยานจำนวน 2 คน ลงนาม..... พยาน (.....) ตัวบรรจง วันที่..... เดือน พ.ศ.	ลงนาม..... พยาน (.....) ตัวบรรจง วันที่..... เดือน พ.ศ.





เลขที่ คจม.พ. ๐๑๓/๒๕๖๑



สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี กระทรวงสาธารณสุข
 ที่อยู่เลขที่ ๔๘ ถ.ราชวิถี ตำบลคลองกระแชง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี โทร.๐๓๒-๔๒๕-๑๐๐๙
 ต่อ ๓๑๐๗,๑๐๙

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี
 ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่
 Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline, และ International Conference
 On Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
 โรคซึมเศร้า

รหัสเลขที่โครงการวิจัย : PBEC No. ๐๑๑/๒๕๖๑

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช

สังกัดหน่วยงาน : วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

วิธีทบทวน : แบบเต็มคณะ (Full board)

รายงานความก้าวหน้า : ๑) ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย ๑ ครั้ง/ ปี
 ๒) ส่งเล่มฉบับสมบูรณ์พร้อมบทความวิจัย เมื่อดำเนินโครงการเสร็จสิ้น

เอกสารรับรอง : ๑) เอกสารโครงการวิจัย ๒) เอกสารยินยอม ๓) เอกสารโปสเตอร์

ลงนาม.....ลงนาม.....
 (นายแพทย์สุทัศน์ ไชยยศ) (นายฉัตรชัย สมานมิตร)
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

วันที่รับรอง : ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

วันหมดอายุ: ๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไข ดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ฅ
ตัวอย่างเล่มโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย
และคู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จัดทำโดย

นางสาวปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(นอกเวลาราชการ)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorders) เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติทางด้านอารมณ์ เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในประชาชนทุกเพศทุกวัย มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในประเทศไทยพบอัตราความชุกร้อยละ 2.7 ปัจจุบันมีคนไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ 5 ของประชากร หรือประมาณ 3 ล้านคน ธรรมชาติของโรคเป็นโรคเรื้อรัง มีการกำเริบของโรคได้บ่อย ผลกระทบจากโรคต่อสุขภาพบุคคลก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน เกิดภาวะทุพพลภาพจากการป่วย และความบกพร่องของหน้าที่ด้านต่างๆของผู้ป่วย นอกจากนี้การใช้ชีวิต มีการสูญเสียหน้าที่การงาน ในชีวิตประจำวัน ส่งผลกระทบต่อเนื่องมาสู่ญาติ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของประเทศอีกด้วย ผลร้ายที่สุดของภาวะซึมเศร้าคือ สามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

การออกกำลังกาย ช่วยลดความรุนแรงของโรค สามารถช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ และส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดและสำคัญที่สุด สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งต้องการการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) ที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง กล่าวคือ ผู้ที่อยู่อาศัยร่วมกับผู้ป่วยในครอบครัวเดียวกัน ในฐานะคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง หรือญาติเป็นบุคคลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง และดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ ด้วยเหตุนี้ผู้จัดทำจึงสนใจการนำการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย มาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยหวังว่าผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกด้าน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

สาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต(นอกเวลาราชการ)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย	1
แผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย	5
รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย	7
สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ	7
ใบบันทึกกิจกรรมที่ 1	8
กิจกรรมที่ 2 การกำหนดเป้าหมายในการออกกำลังกาย	9
ใบบันทึกกิจกรรมที่ 2	11
กิจกรรมที่ 3 รู้จักโรคซึมเศร้า	12
ใบงานกิจกรรมที่ 3	13
ใบบันทึกกิจกรรมที่ 3	16
สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 4 การพักผ่อนและวิธีคลายเครียดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	16
ใบงานกิจกรรมที่ 4	17
ใบบันทึกกิจกรรมที่ 4	18
กิจกรรมที่ 5 ความรู้เรื่องยาต้านเศร้า	18
ใบงานกิจกรรมที่ 5	19
ใบบันทึกกิจกรรมที่ 5	21
กิจกรรมที่ 6 ปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	22
ใบงานกิจกรรมที่ 6	23
ใบบันทึกกิจกรรมที่ 6	25
สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 7 อาหารกับโรคซึมเศร้า	26
ใบงานกิจกรรมที่ 7	27
ใบบันทึกกิจกรรมที่ 7	28
กิจกรรมที่ 8 แหล่งประโยชน์ในครอบครัวของเรา	29
ใบบันทึกกิจกรรมที่ 8	29
กิจกรรมที่ 9 แหล่งประโยชน์ในชุมชน	30
ใบบันทึกกิจกรรมที่ 9	31

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 10 ปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชน	32
ใบบันทึกกิจกรรมที่ 10	33
กิจกรรมที่ 11 เครือข่ายผู้กล้าสัมพันธ์	33
ใบบันทึกกิจกรรมที่ 11	34
กิจกรรมที่ 12 มิตรภาพที่ยืนยาว	35
ใบบันทึกกิจกรรมที่ 12	35
ภาพและคำบรรยายการออกกำลังกายแบบแอโรบิค	36
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	45
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	46
เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย	47
แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า	49
แบบบันทึกการออกกำลังกาย	51
แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck ฉบับภาษาไทย	52
เอกสารอ้างอิง	55



คู่มือการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย
(สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ดูแล)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จัดทำโดย

นางสาวปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(นอกเวลาราชการ)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จุดประสงค์การเรียนรู้

1. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
2. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในเรื่องการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการออกกำลังกาย
3. เพื่อให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้เอกสารนี้เป็นคู่มือตลอดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย



ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าไม่ใช่เรื่องของอารมณ์
ความรู้สึกจากการผิดหวัง หรือการสูญเสีย
แต่โรคซึมเศร้าเป็นอาการป่วย
ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ
แต่จะมีอารมณ์ซึมเศร้า
เมื่ออาหาร นอนไม่หลับ
หมดความสนใจต่อโลกภายนอก
รู้สึกท้อแท้ ไม่อยากมีชีวิตอยู่
และอาจถึงขั้นคิดฆ่าตัวตาย

คนเป็นโรคซึมเศร้า
ไม่ใช่คนอ่อนแอ
ไม่สู้ปัญหา:

หากได้รับการรักษา
ก็จะกลับมา
เป็นปกติ

SistaCafe รวมเรื่องสุดคุลสำหรับสาวอึด เว็บไซต์ผู้หญิงเก๋ๆ น้าเฟรนด์ แล้วตัว แล้วหน้า หลากสไตล์
sistacafe.com facebook.com/SistaCafePage [@SistaCafePage](https://twitter.com/SistaCafePage)

โรคซึมเศร้า เป็นโรคทางจิตเวชที่มีผู้เป็นจำนวนไม่น้อย แต่ยังมีผู้รู้จักโรคนี้น้อยมาก บางคนเป็นโดยที่ตัวเองไม่ทราบ คิดว่าเป็นเพราะตนเองคิดมากไปเองก็มี ทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม และทันช่วงที่ การเป็นโรคซึมเศร้าไม่ได้หมายความว่า ผู้ที่เป็นเป็นคนอ่อนแอ คิดมาก หรือเป็นคนไม่สู้ปัญหา เอาแต่ท้อแท้ ซึมเซา เป็นเพราะตัวโรค กล่าวได้ว่าถ้าได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม โรคก็จะทุเลาลง เขาก็จะกลับมาเป็นผู้ที่จิตใจแจ่มใส พร้อมจะทำกิจกรรมต่างๆ ดังเดิม ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมค่อนข้างมาก การเปลี่ยนแปลงหลักๆ จะเป็นในด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรม ร่วมกับอาการทางร่างกายต่างๆ

การเปลี่ยนแปลงในผู้ที่เป็โรซึมเศร้า

การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็โรซึมเศร้าตั้งที่จะกล่าวต่อไปนี้อาจเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปเป็นเดือนๆ หรือเป็นเร็วภายใน 1-2 สัปดาห์เลยก็ได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับหลายๆ ปัจจัย เช่น มีเหตุการณ์มากระทบรุนแรงมากน้อยเพียงใด บุคลิกเดิมของเจ้าตัวเป็นอย่างไร มีการช่วยเหลือจากคนรอบข้างมากน้อยเพียงใด เป็นต้น และผู้ที่เป็นอาจไม่มีอาการตามนี้ไปทั้งหมด แต่อย่างน้อยอาการหลักๆ จะมีคล้ายๆ กัน เช่น รู้สึกเบื่อเศร้า ท้อแท้ รู้สึกตนเองไร้ค่า นอนหลับไม่ดี เป็นต้น



ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ

1. อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป ที่พบบ่อยคือจะกลายเป็นคนเศร้าสร้อย หดหู่ สะเทือนใจง่าย ร้องไห้บ่อย เรื่องเล็กๆ น้อยๆ ก็ดูเหมือนจะอ่อนไหวไปหมด บางคนอาจไม่มีอารมณ์เศร้าชัดเจนแต่จะบอกว่าจิตใจหม่นหมอง ไม่แจ่มใส ไม่สดชื่นเหมือนเดิม บางคนอาจมีความรู้สึกเบื่อหน่ายไปหมดทุกสิ่งทุกอย่าง สิ่งที่เคยได้เคยทำแล้วเพลินใจหรือสบายใจ เช่น ฟังเพลง พบปะเพื่อนฝูง เข้าวัด ก็ไม่ยอมทำหรือทำแล้วก็ไม่ทำให้สบายใจขึ้น บ้างก็รู้สึกเบื่อไปหมดตั้งแต่ตื่นเช้ามา บางคนอาจมีอาการหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย อะไรก็ดูขวางหูขวางตาไปหมด กลายเป็นคนอารมณ์ร้าย ไม่ใจเย็นเหมือนก่อน

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช
วัน เดือน ปี เกิด	26 ตุลาคม 2512
สถานที่เกิด	จังหวัดเพชรบุรี
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากวิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี กรุงเทพ ปี 2535 หลักสูตรนิเทศศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปี 2541 หลักสูตรนิติศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปี 2552 หลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต(เทคโนโลยีการศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรี นครินทรวิโรฒ ปี 2545



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY