

Original research

Citation:

ชาลีสา สาหะ, แวเดียวดี แวสะแลแม,
วิชญ์ อนิลบล, ภัทริน สร้างแก้ว,
ตัม บัญรอด, วิชชาดา สิมลา. ผลของ
โปรแกรมการจัดการกับอาการ
ร่วมกับการออกกำลังกายแบบซิ่ง
ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ
โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน
อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร.
วารสารวิจัยและนวัตกรรมทาง
สาธารณสุข. 2565;1(1):14-22.

ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการออกกำลังกายแบบซิ่ง ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการโรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

ชาลีสา สาหะ¹, วิชญ์ อนิลบล², ภัทริน สร้างแก้ว², ตัม บัญรอด³, วิชชาดา สิมลา³, แวเดียวดี แวสะแลแม³

¹ คลินิกเวชกรรมใกล้บ้านใกล้ใจ 8 80/12-14 อาคาร ป.ธนาทาวเวอร์ ซอยลาดพร้าว 58/1 แขวงวังทองหลาง เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310

² โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน จังหวัดชุมพร

³ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ 222 หมู่ 2 ตำบลบ้านพร้าว อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง 93210

บทคัดย่อ

บทนำ: ปัจจุบันโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากข้อมูลความชุกของโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลปากน้ำหลังสวนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 จำนวน 19 คน เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 32 คน ในปี พ.ศ. 2562 วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการออกกำลังกายแบบซิ่งในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการโรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

วิธีการศึกษา: การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 30 คน ด้วยโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการออกกำลังกายแบบซิ่ง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และ 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon match paired sign rang test

ผลการศึกษา: ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุปผล: ความรู้ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : การจัดการกับอาการ การออกกำลังกายแบบซิ่ง ภาวะซึมเศร้า

วันรับ: 29 พ.ค. 2565

วันแก้ไข: 14 ก.ค. 2565

วันตอบรับ: 5 ก.ย. 2565

ผู้นิพนธ์ประสานงาน:

ตัม บัญรอด;

Email: btum@tsu.ac.th

Original research

Citation:

Saleeha Saha, Waediawatee Waesalamae, Witsanu Aninlabon, Phattarin Sangkeaw, Tum Boonrod, Witchada Simla. The effect of symptom management program with Qigong exercise on depression of depressive disorder patients at Pak Nam Lang Suan Hospital, Lang Suan District, Chumphon Province. Journal of Public Health Research and Innovation. 2022;1(1):14-22.

The effect of symptom management program with Qigong exercise on depression of depressive disorder patients at Pak Nam Lang Suan Hospital, Lang Suan District, Chumphon Province

Saleeha Saha¹, Witsanu Aninlabon², Phattarin Sangkeaw², Tum Boonrod³, Witchada Simla³, Waediawatee Waesalamae³

¹ Klaibaanklajai 8 80/12-14 P.Thana Tower, Ladprao 58/1 Rd., Wangthonglang, Bangkok. 10310

² Pak Nam Lang Suan Hospital

³ Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University, 222 Moo 2, Banpraow Sub-District, Pa Phayom District, Phatthalung Province 93210, Thailand.

Abstract

Background: The objectives of this research were to compare the knowledge about depression, and to compare the depression of depressive disorder patients before and after joining symptom management program with Qigong exercise that use the service at Pak Nam Lang Suan Hospital, Lang Suan District, Chumphon Province.

Methods: This research is a quasi-experimental research. The study population consisted of 30 people. Data was collected by interviewing consisting of 3 parts which are 1) personal characteristics, 2) the knowledge of depression, and 3) the 9Q depression assessment form. The data was analysed by using descriptive statistics, and inferential statistics which are Wilcoxon match paired sign rang test.

Results: The mean score of the knowledge about depression before and after the experiment was significantly different ($p < 0.05$). The mean score of depression of patients with depression before and after the experiment was significantly different ($p < 0.05$).

Conclusions: Knowledge and depression scores of patients were statistically different between pre-post-test.

Keywords: symptom management, Qigong exercise, and depression

Received: 29 May 2022

Revised: 15 July 2022

Accepted: 7 September 2022

Correspondence to

Tum Boonrod;

Email: btum@tsu.ac.th

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านความคิด และมีความผิดปกติหรือความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง ซึ่งสภาวะทางจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติทางด้านอารมณ์ แบ่งระดับโรคซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) และภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (severe depression)¹⁻³ ปัจจุบันโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ.2017 ระบุว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 322 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก⁴ และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาที่ทำให้ประชาชนป่วยและได้รับผลกระทบเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และคาดการณ์อีกว่าปัญหานี้จะกลายเป็นอันดับ 1 ในปี ค.ศ. 2030 สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าในปี พ.ศ.2551 พบว่า มีคนไทยป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 1.5 ล้านคน หากพิจารณาตามเพศและอายุของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้หญิงเสี่ยงป่วยโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย 1.7 เท่า โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานช่วงอายุ 25-59 ปี ร้อยละ 62 รองลงมา เป็นวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.5 และเป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 11.5 นอกจากนี้พบอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 6.34 ต่อประชากร 1 แสนคน และฆ่าตัวตายสำเร็จ 4,137 คน แบ่งเป็นชาย 3,327 คน คิดเป็นร้อยละ 80 และเป็นหญิง 810 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ซึ่งเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงประมาณ 4 เท่า ส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานช่วงอายุ 25-59 ปี ร้อยละ 74.7 รองลงมา เป็นวัยสูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22.1 และวัยเด็ก อายุ 10-24 ปี ร้อยละ 3.2 ตามลำดับ⁴

โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ บกพร่องลงจากเดิมหรืออาจทำงานไม่ได้เลย ทำให้ขาดรายได้⁵⁻⁶ นอกจากจะส่งผลกระทบต่อตนเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้คนในครอบครัวเศร้าหมอง ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า เสียเวลาในการทำงาน ทำให้สูญเสียรายได้ และยังเป็นภาระของครอบครัวเพิ่มขึ้นจากค่ายาและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งส่งผลกระทบต่อสังคม ประเทศ และองค์กร⁷⁻⁹

จากความชุกของโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลปากน้ำ หลังสวนพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2560 พบจำนวน 19 คน และเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 32 คน

ในปี พ.ศ. 2562¹⁰ ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง และสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจการเงิน ความผิดหวัง ความสัมพันธ์ ความรัก ความสูญเสีย เป็นต้น หากประชาชนไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ จะทำให้ทุกปัญหากลายเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล จนพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าและคิดทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นโรคซึมเศร้าจึงควรได้รับการดูแลและให้การรักษาอย่างจริงจัง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรม การจัดการกับอาการร่วมกับการออกกำลังกายแบบชี่กงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพจิต ที่เข้มแข็ง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research)

เกณฑ์ในการคัดเลือก คือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) โดยผู้วิจัย ประเมินร่วมกับแพทย์และพยาบาลจิตเวช สืบสารด้วยภาษาไทย เข้าใจ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายได้ ให้ความร่วมมือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก คือ มีความรุนแรงที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ย้ายสิทธิการรักษาไปหน่วยบริการทางด้านสาธารณสุขอื่น ป่วยด้วยโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาหรือการตอบสนองต่อการรักษา ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง และเสียชีวิตระหว่างการเข้าร่วมวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อทดสอบค่าเฉลี่ยของตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (วัดผล ก่อน-หลัง) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมงานการศึกษาของเพ็ญภพ พันธุ์เสือ¹¹ พบว่า ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพการนอนที่เปลี่ยนไปของกลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกายแบบชี่กง เท่ากับ 0.64 (0.99) โดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างกรณี 1 กลุ่มวัดก่อน-หลัง¹²

$$n = \frac{\sigma_d^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\mu_d^2} = \frac{(0.99)^2(1.96+1.28)^2}{(0.64)^2} = 25$$

โดยที่ μ_d^2 คือ ค่าเฉลี่ยของผลต่าง σ_d^2 คือ ค่าความแปรปรวนของผลต่าง α คือ α error และ β คือ β error

ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 25 คน แต่ในสถานการณ์กลุ่มตัวอย่างอาจมีการสูญหายผู้วิจัยจึงคำนวณตัวอย่างเพิ่มเติม 15% ด้วยสูตร

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-d)} = \frac{25}{(1-0.15)} = 30$$

ดังนั้นขนาดตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการออกกำลังกายซึ่ง โดยใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการตามแนวคิดการจัดการกับอาการ (Symptom Management Concept) ร่วมกับแนวคิดการออกกำลังกายแบบซึ่งซึ่งประกอบด้วย มโนทัศน์ ที่สัมพันธ์กัน คือ ประสบการณ์ เกี่ยวกับอาการ กลวิธีการจัดการอาการ และ ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ ดังนี้

1. ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ: สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และพูดคุยซักถามถึงภาวะซึมเศร้า โดยให้เล่าประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วยเอง

2. กลวิธีการจัดการอาการ

- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจโรคที่ประสบกับตนเอง

- สอนการออกกำลังกายแบบซึ่ง โดยใช้แรงรูปแบบ การออกกำลังกายแบบซึ่ง และประเมินสัญญาณชีพและสภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนการออกกำลังกาย มีการฝึกการหายใจและการผ่อนคลาย และฝึกทักษะการออกกำลังกายแบบซึ่ง ให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ และแนะนำให้กลุ่มตัวอย่าง การออกกำลังกายแบบซึ่งทุกวันขณะอยู่บ้าน อย่างน้อยวันละ 30 นาที (เช้าหรือเย็น) รวมทั้งหมด 6 สัปดาห์

- ให้การปรึกษา โดยการสำรวจปัญหา เข้าใจปัญหา และสาเหตุ และความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาปัญหาที่แท้จริง รวมทั้งสาเหตุ และผลกระทบ ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ปัญหา โดยการคิดวิธีแก้ปัญหามากมาย วิธี และวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของแต่ละวิธี และเปรียบเทียบ ให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจ เลือกวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง วางแผนแก้ปัญา และการ ยุติการให้การปรึกษา โดยสรุปปัญหา สาเหตุ และวิธีการไข และ ให้กำลังใจ

3. การกำกับการทดลอง ได้แก่ สมุดบันทึกการออกกำลังกายแบบซึ่ง เพื่อติดตาม การออกกำลังกายแบบซึ่งอย่างต่อเนื่อง

4. ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ: ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามอาการ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้เล่าถึง ประสบการณ์ และเปิดโอกาสได้ซักถามข้อสงสัย และผลที่ได้จากการออกกำลังกายแบบซึ่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เป็นแบบ สัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวร่วมกับโรคซึมเศร้า ประวัติการเป็นโรคซึมเศร้าใน ครอบครัว 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน และ 3) แบบประเมิน ภาวะซึมเศร้า 9Q ของกรมสุขภาพจิต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ ทั้งหมดที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบ ความถูกต้อง ความชัดเจนในเนื้อหาและความครอบคลุมตาม วัตถุประสงค์ และตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.80 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ได้ปรับปรุงแก้ไขไป ทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติคล้ายตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำมาหาค่าความเที่ยงด้วยวิธี สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล ปากน้ำหลังสวน และพยาบาลกลุ่มงานจิตเวช เพื่อขออนุญาต เข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอน และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือ ในการดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยศึกษาระเบียบของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับ การรักษาที่โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน อำเภอลังสวน จังหวัด ชุมพร และประสานติดต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3. ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และการดำเนินกิจกรรม

4. เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยสัมภาษณ์ ข้อมูลทั่วไปของลักษณะส่วนบุคคล ทำแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับ โรคซึมเศร้า และประเมินสุขภาพจิตด้วยแบบประเมิน 9Q ของ กรมสุขภาพจิต ก่อนการให้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการออกกำลังกาย

5. ดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการออกกำลังกายแบบซึ่ง ซึ่งรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต สัมภาษณ์ และการสนทนา

6. ผู้วิจัยเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามอาการและเพื่อกระตุ้น การออกกำลังกายแบบซึ่งให้ปฏิบัติทุกวันอย่างต่อเนื่อง

7. เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการให้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการออกกำลังกายแบบซึ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด-ต่ำสุด ค่าพิสัยควอไทล์ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon match paired sign rang test

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี ลำดับที่ 7/2563 ลงวันที่ 21 มกราคม 2563

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 เพศชาย ร้อยละ 46.7 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 36.7 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 26.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.4 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 33.4 เกษตรกร ร้อยละ 20.0 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 53.4 รองลงมา รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 23.3 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวร่วมกับโรคซึมเศร้ามากกว่า 1 โรค ร้อยละ 40.0 มีญาติสายตรงเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 30.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	46.7
หญิง	16	53.3
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 20	3	10.0
20 – 29	1	3.3
30 – 39	3	10.0
40 – 49	4	13.3
50 – 59	8	26.7
มากกว่า 60	11	36.7
Mean (SD) : Min – Max	53.2 (19.3) : 16 – 88	

ตารางที่1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)(ต่อ)

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	19	63.4
มัธยมศึกษา	4	13.3
อนุปริญญา/ปวส.	6	20.0
ปริญญาตรี	1	3.3
สถานภาพสมรส		
โสด	6	20.0
คู่	19	63.3
หม้าย	2	6.7
หย่าร้าง	2	6.7
แยกกันอยู่	1	3.3
อาชีพ		
เกษตรกร	6	20.0
ค้าขาย	3	10.0
รับจ้างทั่วไป	4	13.3
แม่บ้าน	4	13.3
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	33.4
นักเรียน/นักศึกษา	3	10.0
รายได้ส่วนตัวต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	16	53.4
น้อยกว่า 5,000	7	23.3
5,000 – 10,000	6	20.0
มากกว่า 20,000	1	3.3
Mean (SD) : Min – Max	3,070.0 (5,834.1) : 0 – 30,000	
โรคประจำตัวร่วมกับโรคซึมเศร้า		
ไม่มี	9	30.0
มีโรคประจำตัวโรคเดียว	9	30.0
มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค	12	40.0
ประวัติการเป็นโรคซึมเศร้าของญาติสายตรง		
มี	9	30.0
ไม่มี	21	70.0

2. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง

จากการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-4.801$; $p<0.001$) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ก่อนการทดลองเท่ากับ 6.0 ค่าพิสัยควอไทล์เท่ากับ 4 และหลังการทดลองค่ามัธยฐานเท่ากับ 10.0 ค่าพิสัยควอไทล์เท่ากับ 4 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	Median	IQR	Z	p-value
ก่อนการทดลอง	6.0	4	-4.801	<0.001
หลังการทดลอง	10.0	4		

3. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

จากการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-4.718$; $p<0.001$) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

การทดลอง	Median	IQR	Z	p-value
ก่อนการทดลอง	8.5	6	-4.718	<0.001
หลังการทดลอง	4.0	6		

โดยก่อนการได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 76.7 ต่อมาหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 73.4 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

ภาวะซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีอาการหรือมีอาการซึมเศร้าระดับน้อยมาก	0	0	22	73.4
อาการซึมเศร้าระดับน้อย	23	76.7	6	20.0
อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง	5	16.6	1	3.3
อาการซึมเศร้าระดับรุนแรง	2	6.7	1	3.3

4. พฤติกรรมการออกกำลังกายแบบซีก

สัปดาห์ที่ 1-4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 93.3, 96.7, 90.0, 83.3 ตามลำดับ รองลงมาคือ ออกกำลังกาย น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 6.7, 0, 10, 13.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ออกกำลังกายช่วงเย็น ร้อยละ 67.0, 67.7, 63.3, 70.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการออกกำลังกายแบบซีกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลของการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

เมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างให้สนใจในกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ได้แก่ อาการของโรค สาเหตุของการเกิดโรค และแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้า และมีการสอบถามข้อสงสัย และในระหว่างการทดลองผู้วิจัยได้สอดแทรกองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าซ้ำทุกครั้งที่ลงไปเยี่ยมบ้าน ซึ่งช่วยเสริมองค์ความรู้ที่มีอยู่เดิมให้กับกลุ่มตัวอย่าง

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 76.7 หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 73.3 ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยใช้แนวทางการจัดการกับอาการ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้และเข้าใจอาการเกิดขึ้นกับตนเอง

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูล จำนวน และร้อยละ ของการออกกำลังกายแบบซิงก์ ระยะเวลา 4 สัปดาห์

การออกกำลังกาย จำนวน (คน)	สัปดาห์ที่ 1		สัปดาห์ที่ 2		สัปดาห์ที่ 3		สัปดาห์ที่ 4	
	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)
ความถี่ในการปฏิบัติ (วัน/สัปดาห์)								
- ไม่ออกกำลังกาย	0	0.0	1	3.3	0	0.0	1	3.3
- ออกกำลังกาย น้อยกว่า 3 วัน ต่อสัปดาห์	2	6.7	0	0.0	3	10.0	4	13.4
- ออกกำลังกาย 3 วัน ต่อสัปดาห์ขึ้นไป	28	93.3	29	96.7	27	90.0	25	83.3
ช่วงเวลาของการออกกำลังกาย								
ช่วงเช้า	10	33.3	10	33.3	11	36.7	9	30.0
ช่วงเย็น	20	66.7	20	66.7	19	63.3	21	70.0

เมื่อกลุ่มตัวอย่างรู้และเข้าใจอาการที่เกิดขึ้น จึงสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และจากกิจกรรมการให้การศึกษา ได้มีการสำรวจปัญหาต่างๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น และสามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกรกฎ สุวรรณอัครเดช¹³ ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์จากผู้วิจัยร่วมกับการพยาบาลตามปกติพบว่า ความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนวรรณ กรณา¹⁴ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับสวคนธ์บำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผล

การศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับสวคนธ์บำบัดมีคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับคนบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้ออกกำลังกายแบบซิงก์อย่างสม่ำเสมอ ประเมินได้จากสมุดบันทึกการออกกำลังกาย จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าที่ลดลง เนื่องจากการออกกำลังกายแบบซิงก์ เป็นการออกกำลังกายแบบผสมผสานระหว่างการนำเอาท่ากายบริหารที่เป็นศิลปะป้องกันตัวของจีนมาประยุกต์กับการเดินลมปราณของโยคะเกิดเป็นซิงก์ โดยอาศัยจิตไปพัฒนา การไหลเวียนของลมหายใจเพื่อกระตุ้นและเสริมสร้างพลังลมปราณ ซึ่งส่งผลให้จิตใจที่สงบสบายคลายเครียด และลดความวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ สมาธิที่เกิดระหว่างการฝึกจะทำให้สมองปลอดโปร่ง ผ่อนคลาย ปรับการทำงานของระบบประสาท ลดการทำงานของ หัวใจความดันเลือดลดลง และการหายใจมีประสิทธิภาพขึ้น สามารถแลกเปลี่ยนออกซิเจน และ ขับคาร์บอนไดออกไซด์ได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญภาพ พันธุ์เสือ¹¹ ศึกษาประสิทธิภาพของการออกกำลังกายแบบซิงก์ต่อภาวะในผู้สูงอายุพบว่า การออกกำลังกายแบบซิงก์ส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าน้อยลง ในกลุ่ม ได้รับโปรแกรม

เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม ($p < 0.001$) และเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < 0.001$) โดยผลการออกกำลังกายแบบซิงก์ต่อคุณภาพการนอนหลับพบว่าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมมีคุณภาพการนอนที่ดีกว่า ($p < 0.001$) และมีคุณภาพการนอนดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p = 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ จรินทร์ พวริยะ และคณะ¹⁵ ศึกษาผลของการบริหารกายจิตแบบซิงก์ต่อความวิตกกังวลและความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินพบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 10.71$, $p < 0.05$) และความปวดในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมในระยะ 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 1.58$ และ 1.89 ตามลำดับ, $p < 0.05$)

สรุปผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 เพศชาย ร้อยละ 46.7 เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 36.7 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 63.9 สถานภาพสมรส ร้อยละ 63.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 33.3 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 53.3 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวร่วมกับโรคซึมเศร้ามากกว่า 1 โรค ร้อยละ 40.0 มีญาติสายตรงเป็นโรคซึมเศร้า ความรู้ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองมีอาการซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 76.7 หลังการทดลองไม่มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 73.3 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษา ติดตาม ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการออกกำลังกายแบบซิงก์อย่างต่อเนื่อง เพื่อแสดงให้เห็นถึงความคงทนของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการออกกำลังกายแบบซิงก์ เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน ต่อไป

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการออกกำลังกายแบบซิงก์ ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และศึกษา

ในรูปแบบงานวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน และกลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ที่ให้การปรึกษา คำแนะนำ และแนวทางการปฏิบัติต่างๆ ตลอดจนคณาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ ที่ให้การช่วยเหลือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Gladstone, T. R. The prevention of adolescent depression. Psychiatric Clinic of North America. 2011;34(1):35-52.
- Hongsrisuwan, N. Depression. HCU Journal. 2016; 19(38): 105-118.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., Thapar, A. K. Depression in adolescence. Lancet. 2012; 379(17):1056-1067.
- Social and Quality of life database system. [Internet]. Nonthaburi: Office of the National Economic and Social Development Council; 2019. Social Situation and Outlook; 2019 [cited 2019 Nov 29]. Available from: http://social.nesdc.go.th/social/Portals/0/Documents/รายงานภาวะสังคม%20Q3-2561_2269.pdf
- Lotrakul, M. Psychiatry. Bangkok: Swicham Press; 2002.
- Lotrakul, M., Sukanich, P. Ramathibodi Essential Psychiatry. 3rd ed. Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2012.
- Chotikapong R. Situational Analysis of Caring for Chronically Ill Patients with Depression Receiving Services at Krok Phra Hospital, Nakhon Sawan Province. [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2009.

8. Song, S. J., Ziegler, R., Arsenault, L., Fried, L.E., Hacker, K. Asian student depression in American high schools: Differences in risk factors. *Journal of School Nursing*. 2011;27(6):455-462.
9. Sangon S. Predictors of depression in Thai women. *Research and Theory for Nursing Practice*. 2004;18(2-3):243-260.
10. Health Data Center [Internet]. Chumphon: Ministry of Public Health; 2019. Patients with major depressive disorder have access to services at Suphaphet District 11, CUP, Pak Nam Lang Suan Hospital, fiscal year 2020. [cited 2019 Nov 29]; Available from: <https://cpn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1>.
11. Phansuea P. Effectiveness of qigong exercise to depression in Thai elderly. [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017.
12. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK, Organization WH. Adequacy of sample size in health studies: Chichester: Wiley; 1990.
13. Suwanakkaradecha K. Effects of the symptom management program combined with Qigong on stress and cortisol level in stroke patients. [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2008.
14. Karuna R., Chuwatanaphon T. The effect of symptom management and aromatherapy program on depression among older persons with end stage renal disease receiving hemodialysis. *Journal of police nurses*. 2012;4(1):92-102.
15. Puakya J, Thanasilp S. The effect of symptom management that emphasizes Qigong exercise on anxiety and pain in patients receiving emergency abdominal surgery. *Journal of the Office of Alternative Medicine*. 2013;6(1):43-762.