

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานและแนวทางในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเรื่องต่อไปนี้ คือ

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ
4. แนวคิดเกี่ยวกับดนตรีสำหรับผู้สูงอายุ
5. ความเป็นมาและประวัติของอังกะลุง

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ความหมายของภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำหนีด้อยต่ำ ความรู้สึกเหล่านี้คงอยู่เป็นเวลานานและเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย (สถาบันสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย, 2536) เวเลนเต้ (Valente, 1994) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีความรู้สึกเศร้า เสียใจ ขาดแรงจูงใจ ขาดความกล้าหาญ ไม่สนใจทำกิจกรรมต่าง ๆ เคอโลวิท (Kurlowicz, 1997) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติด้านอารมณ์ การรู้คิด ความเข้าใจและด้านร่างกาย ส่วนจิตสภาวะ และ ทริกสตาต (Jasmin & Trygstad, 1979) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นการสะสมความคิด ความรู้สึก และปฏิกิริยา ทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้ตนเองด้อยค่า เสียใจ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หมดหวัง มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายแยกตนเอง ไม่ปรารถนาที่จะเข้าสังคมสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกเศร้า เสียใจ ท้อแท้หมดหวัง รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ไม่สนใจทำกิจกรรมแยกตัวและมีการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พัฒนาการทางจิตสังคมในผู้สูงอายุจะแตกต่างกันดังที่ อีริกสัน (Erikson) นักจิตวิทยาพัฒนาการกล่าวว่า วัยชราเป็นวัยที่อาจจะมี การพัฒนาการทางจิตและสังคมไปในลักษณะใดก็ได้ ระหว่างความสำเร็จสมบูรณ์และความหมดหวังท้อแท้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2537) นั่นคือ ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในการปรับตัวในวัยนี้ ก็จะมีความสุขพึงพอใจในชีวิตและมีความสุขพร้อมเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ตรงข้ามกับผู้ที่มี

ปัญหาในการพัฒนาการ ช่วงวัยนี้จะรู้สึกหดหู่หม่นหมอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าและมักจะมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นตามอายุ (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533) ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดขึ้นจากสาเหตุและปัจจัยหลายประการร่วมกัน ซึ่งมีบุคคลพยายามอธิบายถึงสาเหตุและปัจจัยของภาวะซึมเศร้าไว้ในลักษณะแตกต่างกัน สามารถแบ่งเป็น 3 ด้านใหญ่ ๆ ด้วยกัน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Murphy, 1992; Lazarus, 1984; Steiner & Maroopulus, 1991; กมลทิน สาตรา, 2531)

1. ด้านร่างกาย ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีต่างๆ 5 ประการ ดังนี้

1.1 ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory of Depression) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ความซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมอง ซึ่งผลจากการศึกษาของผู้วิจัยหลายคนมีความเห็นตรงกันว่า ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง โดยมีความเข้มข้นของสารสื่อประสาท คือ อะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) ซีโรโทนิน (Serotonin) โดพามีน (Dopamine) และนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ลดลง โดยสารพวกนี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่ซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงสารชีวเคมีจากฮิปโปทาลามิก-พิทูอิทารี-แอดรีนัล (Hypothalamic-Pituitary-Adrenal) ได้แก่ สารจากเดกซามะทาโซน (Dexamethazone) และคอร์ติซอล (Cortisol) สารดังกล่าวจะมีการหลั่งออกมามากขึ้น ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างระดับสูงของคอร์ติซอล (Cortisol) กับภาวะซึมเศร้า โดยสรุปแล้วจากการเปลี่ยนแปลงของสารดังกล่าวจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น

1.2 ทฤษฎียีนส์หรือพันธุกรรม (Genetic) กล่าวถึง การเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเป็นลักษณะบกพร่องในพันธุกรรมที่รับมรดกกันได้โดยถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง เช่น โรค Manic-Depressive Psychosis ซึ่งเป็นโรคที่มีความรู้สึกลบอย่างมากระหว่างภาวะซึมเศร้าในขั้นรุนแรงเกิดสลับกัน

1.3 ความเจ็บป่วย เชื่อว่าเป็นความเจ็บป่วยหรือโรคหลาย ๆ โรคที่มีลักษณะทำให้อ่อนเพลียน่าจะเป็นตัวสำคัญที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วย ได้แก่ โรคมะเร็ง ภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ ข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคพาร์คินสัน โรคหลอดเลือดในสมองตีบ โรคอัลไซเมอร์ ความจำเสื่อมรวมถึงอุบัติเหตุการติดเชื้อไวรัส ภาวะไม่สมดุลของฮอร์โมน เกิดจากความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ ต่อมพาราไทรอยด์ ต่อมไร้ท่อและตับอ่อน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด การสูญเสียอวัยวะสำคัญ เช่น การสูญเสียแขนและขา เป็นต้น

1.4 สารเคมี มีการอธิบายกันว่า มียาหลายตัวที่สามารถทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ยาเหล่านี้ คือ ยาต้านการชัก ยาแก้ปวด ยาลดความเจ็บปวด ยาต้านโรคมะเร็ง ยาปฏิชีวนะ ยาต้านอาการพาร์คินสัน ยารักษาความดันโลหิตสูง ยาพวกคอร์ติโคสเตียรอยด์

ยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน ยาต้านโรคจิต ยาขับยั้งความหิว หรือยาที่ใช้ลดความอ้วน แอลกอฮอล์รวมถึงเคมีบำบัดต่าง ๆ

2. ด้านจิตใจ สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีหรือสาเหตุต่าง ๆ 2 ประการ ดังต่อไปนี้

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory of Depression) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ความซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับความต้องการในระบะปาก (Oral Stage) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตัวเอง (Narcism Personality) เมื่อบุคคลประสบกับความสูญเสียไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียจริง ๆ หรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง มีผลทำให้อีโก้ (Ego) ลดต่ำลงหรือถูกทำลายไป ซึ่งอีโก้เป็นตัวกลางในการแสดงออกของบุคลิกภาพเป็นที่ตั้งของสติและเป็นสื่อกลางระหว่างลักษณะติดขัดกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ (Perception) ความจำ (Memory) การตัดสินใจ (Judgement) ความมีเหตุผล (Reasoning) การแก้ปัญหา (Problem Solving) และการตัดสินใจในการกระทำ (Decision Making) ซึ่งเกี่ยวข้องกับควมมีเหตุผล (Logical) และความถูกต้องเหมาะสม (Correct) เมื่ออีโก้ลดต่ำลงหรือถูกทำลายไป จึงทำให้ไม่สามารถที่จะคิดปลดปล่อยตนเองออกจากความเศร้าและความรู้สึกสูญเสียได้

2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory of Depression) ทฤษฎีการเรียนรู้ที่เป็นฐานในการอธิบายความซึมเศร้า คือ ทฤษฎีพฤติกรรม-การรู้คิด (Cognitive-Behavior Theory) ทฤษฎีนี้จะอธิบายพฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ว่าเกิดจากการเรียนรู้โดยการทำงานของกระบวนการทางการรับรู้ คือ เมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไป กระบวนการทางการรับรู้จะรับรู้และแปลความสิ่งเร้าที่เข้ามา ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ต่อสิ่งเร้านั้น ๆ ในลักษณะแตกต่างกัน ส่วนพฤติกรรมและอารมณ์จะมีอิทธิพลย้อนกลับต่อกระบวนการทางการรับรู้ด้วย ในขณะเดียวกันองค์ประกอบเสริมมีอิทธิพลต่อกระบวนการทางการรับรู้ด้วยตามความเชื่อพื้นฐานของทฤษฎีนี้ นอกจากนี้ทฤษฎียังได้อธิบายถึงพฤติกรรมของคนเราที่แตกต่างกันด้วย เป็นผลจากการมีรูปแบบความคิด (Schema) ที่เฉพาะเจาะจงแตกต่างกันไปในแต่ละคน รูปแบบการคิดเป็นโครงสร้างทางการรับรู้และสติปัญญาที่มีความสลับซับซ้อนที่เกี่ยวข้องทั้งองค์ประกอบทางจิตใจหรือต่อสถานการณ์เฉพาะและพฤติกรรมที่สังเกตได้ ซึ่งรูปแบบการคิดจะเป็นตัวจัดกระทำกับประสบการณ์ต่าง ๆ หรือสิ่งเร้าที่มากกระทบนั้นได้แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ยังผลให้บุคคลมีพฤติกรรมได้ตอบสิ่งเร้าที่เหมือนกันได้แตกต่างกัน ซึ่งความซึมเศร้าตามแนวทฤษฎีนี้ เป็นผลจากรูปแบบการคิดจะจัดกระทำให้บุคคลนั้นเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้น ประกอบกับมีองค์ประกอบเสริม ได้แก่ การที่บุคคลได้แรงเสริมในระดับต่ำหรือขาดแรงเสริม บุคคลจะประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนจากความเป็นจริงและสะสมมาเรื่อย ๆ ต่อมาเมื่อ

บุคคลประสบภาวะวิกฤตในชีวิต การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นบุคคลนั้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบมากขึ้นเป็นวงจรเช่นนี้เรื่อย ๆ ยังผลให้เกิดความซึมเศร้าตามมา

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัยทำให้การรับรู้สิ่งใหม่เป็นไปได้ยากเนื่องจากระบบสัมผัสพิเศษ เช่น การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรสลดลง สมรรถภาพลง ทำให้ความสามารถในการจดจำและการทำความเข้าใจกับสิ่งต่าง ๆ ลดลง การตีความมีโอกาสผิดพลาดได้ง่าย ผู้สูงอายุต้องอาศัยประสบการณ์เป็นเครื่องประกอบการตัดสินใจ การรับรู้ ซึ่งบางครั้งก็ลำเอียงไปตามความเข้าใจของตนเอง ด้วยลักษณะดังกล่าวนี้ผู้สูงอายุจึงมักมีความเห็นไม่ตรงกับผู้ที่อ่อนวัยกว่า การยึดมั่นถือมั่นความคิดของตนเองเป็นใหญ่พบได้มากและเมื่อใดที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าจะเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นในขณะเดียวกันผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าจะมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมทางกายและทางสังคมน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

3. ด้านสังคม สามารถอธิบายได้ว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลจากจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลง ซึ่งจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลงทำให้บุคคลนั้นยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติทางลบและแยกตัวตามมา นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายที่เกิดขึ้นตามวัยของผู้สูงอายุทำให้ความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดลดลง ความสามารถในการใช้พลังงานเพื่อรักษาและคงสภาพร่างกายให้แข็งแรงเป็นไปได้ยาก ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดโรคและเกิดภาวะทุพพลภาพได้ง่าย ต้องพึ่งพาผู้อื่น ขาดโอกาสในการร่วมกิจกรรมและขาดรายได้ ภาวะทางสังคมหลายประการมีโอกาสดังเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมากกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การสูญเสียบทบาททางสังคม การเกษียณจากงานทำให้ไม่มีตำแหน่งหน้าที่ รายได้ลดลงต้องเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ สูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเอง (Blazer, 1986) การที่สังคมปัจจุบันเปลี่ยนเป็นสังคมอุตสาหกรรมทำให้คนแข่งขันกันมากขึ้น การพึ่งพาอาศัยกันลดลง การเรียนรู้ของคนรุ่นใหม่สามารถหาได้จากภายนอก ผู้สูงอายุไม่มีบทบาทสำคัญเหมือนในสังคมเกษตรกรรม ได้รับการยอมรับนับถือลดลง บทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่น ไม่กล้าแสดงออก การขาดการสนับสนุนทางสังคมซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ ครอบครัวและเพื่อน ในสังคมไทยถือว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุแต่ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงของสังคมเป็นสังคมอุตสาหกรรมทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังมากขึ้น พบกับปัญหาการขาดเพื่อนรุ่นเดียวกัน การสูญเสียของคู่สมรส เช่น การแยกกันอยู่ การเสียชีวิต (Miller et al., 1986) ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องพึ่งบริการของสถานสงเคราะห์คนชรา ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้

จะเห็นว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นผลจากสภาพร่างกายและจิตใจของบุคคลขาดสมดุล สำหรับการพยายามอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า แม้ว่าแต่ละทฤษฎีพยายามอธิบายด้วยลักษณะที่แตกต่างกันออกไป แต่เมื่อมองในภาพรวมแล้วสามารถจัดกลุ่มของสาเหตุภาวะซึมเศร้าได้ 3 ประการใหญ่ๆ คือ สาเหตุทางร่างกาย สาเหตุทางจิต และสาเหตุทางสังคม

ลักษณะอาการและการวินิจฉัย เมื่อบุคคลมีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการที่แสดงแตกต่างกันออกไป ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ (Ebersole & Hess, 1981; Lazarus, 1984; Miller, Miller & Miller, 1986)

1. อาการทางร่างกาย ส่วนใหญ่มีอาการดังต่อไปนี้

- 1.1 แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป อาจจะนอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป อ่อนเพลีย
- 1.2 ไร้สมรรถภาพทางเพศ มักจะไม่มีความรู้สึทางเพศ
- 1.3 แบบแผนการรับประทานอาหาร ความอยากอาหารลดลง สังกะตจากน้ำหนักลด ผอมลงหรือซีด
- 1.4 ปวดกล้ามเนื้อและอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ท้องอืด ท้องเสียหรือวิงเวียนศีรษะ

1.5 แบบแผนกิจกรรมการออกกำลังกายเปลี่ยนไป มีการเคลื่อนไหวของร่างกายเพิ่มมากขึ้นหรืออาจจะมีการเคลื่อนไหวลดลง เช่น อาจจะมีท่าทางเชื่องช้า

2. อาการทางจิตใจ อาการทางจิตใจมักจะมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอารมณ์ ความคิด สติปัญญา และการรับรู้

2.1 สติปัญญา ขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิ ไม่กล้าตัดสินใจ ขาดแรงจูงใจที่จะกระทำการสิ่งต่าง ๆ สูญเสียความจำ โดยเฉพาะความจำระยะสั้น

2.2 ความคิด เกี่ยวกับเรื่องความคิดพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยซึมเศร้าจะคิดไปว่าตัวเองเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ (Hypochondria) (Hawranilk & Kondratik, 1986) ทำให้มีการบ่นถึงการเจ็บป่วยทางกาย รู้สึกกลัว วิตกกังวล ตึงเครียด ตื่นเต้น รู้สึกถูกทอดทิ้ง

2.3 การรับรู้ จะรู้สึกไม่พึงพอใจต่อสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ รู้สึกผิด รู้สึกตนเองไร้ค่า รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกหมดหนทางและรู้สึกท้อแท้หมดหวัง มีความเชื่อว่าตนเองล้มเหลว มีความเชื่อว่าภาวะที่เป็นอยู่ของตนเองเกิดจากมีสิ่งอื่นกระทำ เชื่อว่าถูกละทิ้ง นอกจากนี้อาจมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

3. อาการทางพฤติกรรมและสังคมจะเปลี่ยนแปลงเห็นได้ชัดในเรื่องอุปนิสัยและสัมพันธภาพกล่าวคือ อุปนิสัยเปลี่ยนไป เช่น ไม่ร่าเริงสนุกสนานตกลงนอนและขบขันเหมือนเดิม ความสนใจต่อการทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกลดลง สังเกตได้จากมีท่าทางเฉยเมย ไม่รับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม ไม่ยอมสบตา ความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ลดลงหรือบางรายอาจจะทำกิจกรรมต่างๆ อย่างขาดระเบียบแบบแผน มีพฤติกรรมที่ไร้เหตุผล เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ไม่ติดต่อกับเพื่อน สุดท้ายแยกตัวจากสังคม นอกจากนี้บางรายอาจพบแพทย์บ่อยโดยคิดว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ

ลักษณะอาการแสดงดังกล่าวข้างต้น ทั้งอาการแสดงทางร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมและสังคม เป็นลักษณะที่แสดงให้เห็นได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าทั่วไปแต่ในคนที่เกิดภาวะซึมเศร้าทั่วไปแต่ทุกคนจะมีอาการแสดงไม่ครบทั้งหมดทุกประการ สมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 1994) ได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major Depression) ซึ่งมีอาการของภาวะซึมเศร้าดังนี้

1. อารมณ์ มีอารมณ์ซึมเศร้า สิ้นหวังอยู่ตลอดเวลาหรือมีการร้องไห้ร่วมด้วย
2. ความสนใจ จะขาดหรือลดความสนใจจากกิจกรรมต่างๆ ที่เคยสนใจทำ เช่น การเข้าสังคมงานอดิเรก การสังสรรค์ ความสนใจหรือความต้องการทางเพศ
3. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป อยากอาหารลดลง เบื่ออาหาร น้ำหนักลดแต่บางรายจะมีอาการกินมากน้ำหนักเพิ่มได้ หรือมีน้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงไปมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวภายในระยะเวลา 1 เดือน
4. การนอนหลับ จะมีอาการนอนไม่หลับในตอนกลางคืน โดยพบบ่อยว่าจะตื่นเช้ากว่าปกติแต่ในบางรายจะพบว่านอนมากกว่าปกติและกลางวันก็นอนมากด้วย
5. การเคลื่อนไหว มีการเคลื่อนไหวช้าเฉื่อยแต่ในบางรายจะพบอาการกระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง หงุดหงิดง่าย
6. พลังงาน มักจะรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่กระฉับกระเฉง เฉยชาตลอดเวลา ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงหรือใช้เวลาในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าปกติถึง 2 เท่า
7. ความรู้สึกผิด มักจะบ่นว่าตำหนิตนเองคิดว่าตนเองไม่ดี เป็นการระงับของผู้อื่นหรือไร้ค่า มีความคิดที่ไม่น่าให้อภัยและร่ำพึมพำถึงความคิดพลาตเพียงเล็กน้อยในอดีต
8. สมาธิ มีสมาธิเสีย พุดซ้ำ คิดซ้ำ ตอบซ้ำ การตัดสินใจบกพร่อง
9. ความคิดฆ่าตัวตาย มีความคิดบ่อยๆ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือการตาย พยายามฆ่าตัวตาย มีความรู้สึกกว่าชีวิตไม่มีค่าพอที่จะอยู่ต่อ ต้องการที่จะตายซึ่งความคิดที่จะฆ่าตัวตายนี้อาจเกิดขึ้นเพียง 1-2 นาทีหรืออาจคิดย้อนกลับไปประมาณ 1-2 สัปดาห์

จากอาการทั้งหมดที่กล่าวถึง ผู้ป่วยจะต้องมีอาการอย่างน้อย 5 ใน 9 อาการอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับมีอาการซึมเศร้าและเบื่อหรือหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ จึงจะวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า นอกจากนี้สมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 1994) ยังแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าบนพื้นฐานของอาการซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ (Mind Depression) ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้จะมีอาการซึมเศร้าเพียง 5-6 อาการ มีความรู้สึกเศร้าหมองในบางขณะ ซึ่งบางทีมีสาเหตุและเหตุผลเพียงพอบ้างที่ก็ไม่มี มีอาการอ่อนเพลีย เฉื่อยชาหรืออาการไม่สบายทางร่างกาย ตรวจทางร่างกายแล้วไม่พบความผิดปกติแต่อย่างใด มีอารมณ์เศร้าเพียงจิตใจรู้สึกหดหู่เล็กน้อย อาจนำมาด้วยอาการย่ำคิด ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า คิดไม่ออก ทำอะไรล่าช้ามาก พุดช้า ตอบช้า คัดค้านใจลำบาก มักรู้สึกหมดหวัง คิดว่าตนเองมีบาปหรือมีผิดในสิ่งที่ทำผิดพลาดไปเล็กน้อย เบื่ออาหารนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย สมาธิไม่ดีแต่สติปัญญายังดีอยู่ บางรายมีอาการหดหู่ อ่อนไหวง่าย คือร้อน ไม่เห็นใจผู้อื่น มักเห็นแต่ความผิดของผู้อื่น อาการเศร้าไม่เด่น บางรายออกมาในรูปโกรธซึ่งเกรี้ยวกราดและเอาโทษผู้อื่น ซึ่งส่งผลให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่การงาน มีกิจกรรมทางสังคมหรือสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression) มีอาการหลายอย่างเช่นเดียวกับระดับเล็กน้อยแต่รุนแรงกว่าจนกระทบกระเทือนชีวิตแต่ยังดำเนินชีวิตประจำวันได้แม้ไม่สมบูรณ์นัก บุคคลจะรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เจ็บปวดใจ พุดจาลำบาก ความคิดช้า ย้ำคิดย้ำทำ

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression) ผู้ที่ภาวะซึมเศร้าระดับนี้จะมีอาการซึมเศร้าทั้งหมด 9 อาการ อาการจะอยู่ในระดับรุนแรงและเป็นเวลานาน มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด ศีรษะก้ม ไหล่ห่อ สีหน้าไม่แสดงความรู้สึก หน้าผากย่น มองต่ำตลอดเวลา มีรอยย่นระหว่างคิ้ว มุมปากทั้งสองข้างห้อยต่ำกว่าธรรมดา เป็นลักษณะของคนหดหู่มาก เบื่ออาหาร น้ำหนักลดมากและดูเหมือนคนเจ็บ เหงื่อออกน้อยกว่าธรรมดา คอแห้ง กล้ามเนื้อหย่อน ท้องผูก ความต้องการทางเพศลดลงหรือหมดไป ความสนใจต่อสภาพแวดล้อมลดลง มีความวิตกกังวลสูง การนอนมีลักษณะเด่น คือ หลับช้ากว่าธรรมดาเล็กน้อยแต่ตื่นเช้ากว่าธรรมดา มีอาการไม่สบายตอนเช้า ซึ่งเป็นเวลาที่ไม่สบายที่สุดของวัน ถ้ามีอาการรุนแรงขึ้นผู้สูงอายุจะรู้สึกหมดหวังจึงเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองมากและเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้ใกล้ชิดด้วย ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นนี้จะส่งผลกระทบจนต้องหนีที่การงาน กิจกรรมทางสังคมหรือการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นเป็นอย่างมาก

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และสังคม ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจนกระทั่งถึงแก่ชีวิตได้

เห็นได้เนื่องจากภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางตรงและผลกระทบทางอ้อมดังต่อไปนี้ (Katz, 1996 อ้างถึงใน ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2542)

1. ผลกระทบทางตรง

1.1 ความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาลดลง ทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น คั่งสุราจึงมีการติดสุราตามมา โดยพบว่าบุคคลที่ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้ามักจะมีการคั่งสุราเพื่อหนีปัญหาเนื่องจากคิดว่าไม่สามารถแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้และคิดว่าการคั่งสุราจะทำให้ลืมปัญหาดังกล่าวแต่ความเป็นจริงแล้ว การคั่งสุราเป็นตัวสำคัญที่จะทำให้ภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้อาจมีการฆ่าตัวตายตามมา ซึ่งการฆ่าตัวตายนั้นภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ทำนายการฆ่าตัวตายได้ นั่นคือจะสามารถบอกได้ว่าผู้ที่ภาวะซึมเศร้าจะมีอันตรายแก่ชีวิตได้อย่างแน่นอน เนื่องจากการศึกษาพบว่าประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายจะเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเสมอ (Conwell & Brent, 1995 cited in McDougall, Blixen & Suen, 1997) โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง ซึ่งร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุฆ่าตัวตายทั้งหมด (Conwell, 1994 cited in Kurlowicz, 1997)

1.2 มีการหลงลืม มักพบว่าผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าจะเข้าสู่ระยะหลงลืมแบบในวัยสูงอายุตอนปลายเร็วยิ่งขึ้นมากกว่าปกติเพราะจะมีการแสดงที่สำคัญคือ การสูญเสียความจำ

1.3 ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลง สภาวะตึงเครียดทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นอันเป็นผลจากสารเคมีและจิตใจที่เปลี่ยนไปในช่วงที่เกิดซึมเศร้าขึ้นจะมีผลโดยตรงทำให้ระบบภูมิคุ้มกันทาลดลง เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้ง่ายตามมา ซึ่งจากการศึกษาของเอวีนและคณะ (Irwin, Daniels, Bloom, Smith & Weiner, 1987) พบว่าผู้หญิงที่ประสบการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในชีวิตและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรง จะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของเซลล์ที่ทำหน้าที่ฆ่าเชื้อโรคต่าง ๆ ในธรรมชาติ (Natural Killer Cell) ซึ่งผลกระทบนี้หากเกิดในผู้ป่วยที่มีอาการติดเชื้อผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งปกติจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวลดลงจากการได้รับเคมีบำบัดอยู่แล้ว โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาวก็จะยิ่งส่งเสริมให้การติดเชื้อรุนแรงยิ่งขึ้น สุดท้ายทำให้เกิดการเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว

2. ผลกระทบทางอ้อม

2.1 ขาดสารอาหาร เนื่องจากบุคคลที่กำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีการสำคัญอย่างหนึ่งคือ ไม่มีความอยากรับประทานอาหารหรือมีการปฏิเสธการรับประทานอาหาร ซึ่งจะทำให้มีการขาดสารอาหารอย่างรุนแรง (Neesse, 1991) สุดท้ายนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงยิ่งขึ้นตามมามีด้วย

2.2 ความเจ็บป่วยที่รุนแรงยิ่งขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ ในผู้ที่เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นร่วมด้วยจะทำให้อาการความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่รุนแรงยิ่งขึ้นหรือหายจากการเจ็บป่วยช้ากว่าปกติอีกทั้งเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเพิ่มมากขึ้น สุดท้ายทำให้ระยะการมีชีวิตอยู่สั้นลง ทั้งนี้เนื่องจากความสนใจในเรื่องต่าง ๆ ลดลง เช่น ไม่สนใจออกกำลังกาย ไม่สนใจดูแลตนเอง ไม่สนใจติดตามผลการรักษา อีกทั้งมีการปฏิเสธยาและการรักษา (Conwell, Cain & Olsen, 1990) รวมทั้งเป็นผลมาจากผลกระทบทางตรงและทางอ้อมประการอื่น เช่น ภาวะขาดสารอาหาร ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลง ดังที่ได้อธิบายมาแล้วข้างต้น

2.3 อุบัติเหตุ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นมีความตื่นตัวลดลง ทำให้ไม่สนใจหรือให้ความสนใจต่อสิ่งรอบข้างลดน้อยลง นอกจากนี้ขาดแรงจูงใจในการเฝ้าระวังอุบัติเหตุหรือสิ่งที่จะเกิดขึ้นอย่างฉุกเฉินลดลง

2.4 สภาพร่างกายทรุดโทรมจากที่ภาวะซึมเศร้ามีอาการอย่างหนึ่งคือการนอนไม่หลับจึงทำให้ร่างกายเกิดความอ่อนเพลียเหนื่อยล้าตามมา

2.5 สูญเสียการสนับสนุนทางสังคมเนื่องจากเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นบุคคลนั้นจะแยกตัวเองมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ในแง่ร้ายหรือด้านลบและมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมจึงเป็นผลให้ไม่ยอมรับการช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่าง ๆ จากผู้อื่น

2.6 ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงานเป็นผลมาจากการขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิและด้วยระดับความสามารถในการที่จะทำกิจกรรมลดลงส่งผลย้อนกลับไปทำลายสถานภาพของบุคคล ความภาคภูมิใจ ซึ่งจะยิ่งไปเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าให้มากยิ่งขึ้น

การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีหลายวิธีที่สามารถนำมาใช้ในการบำบัดรักษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Burnside, 1988; Lazarus, 1984; Walker & Covinton; 1984; สุขสบาย จุลกัทัพพะ, 2540)

1. การใช้ยา (Pharmacotherapy) ยารักษาอารมณ์ซึมเศร้า (Antidepressant) ที่ใช้บ่อยประกอบด้วยยากลุ่มต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ยาต้านอาการซึมเศร้า (Tricyclic Antidepressant) เป็นยารักษาอาการซึมเศร้าที่ใช้กันทั่วไป ได้แก่ Imipramine (Tofranil), Amitriptyline (Tryptanal), Clomipramine (Anafranil), Dothiepin (Prothiaden), Nortriptyline (Nortrilen) ยากลุ่มนี้จะมีฤทธิ์รักษาอารมณ์ซึมเศร้าได้ดี แต่จะมีอาการข้างเคียง คือ มีผลต่อระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด ออกฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก (Anticholinergic Effects) ที่ทำให้มีอาการตาพร่ามัว ท้องผูก ปากแห้ง ใจสั่น ปัสสาวะไม่ออก พุดไม่ชัด ประสาทหลอน อาจมีอาการหน้ามืดเป็นลมเวลาลุกขึ้น (Orthostatic

Hypotension) และมีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอน (Sedation) ผลข้างเคียงจากยาจะสูงถ้าผู้ป่วยได้รับในขนาดสูง โดยเฉพาะในรายที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้สูงอายุสามารถเกิดผลข้างเคียงจากยาได้มากกว่า 70% ยาในกลุ่มนี้ Nortriptyline จะมีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอนและอาการข้างเคียงไม่สูงมาก จึงใช้ได้ดีในผู้สูงอายุ ขนาดยาที่ใช้ 25-250 มก.ต่อวัน ควรเริ่มในขนาดที่ต่ำก่อนแล้วจึงค่อย ๆ เพิ่มขนาดยาขึ้นอย่างช้า ๆ อาการแรกของผู้ป่วยดีขึ้นเร็วก็จะเป็นอาการนอนไม่หลับ ส่วนอาการเบื่อหน่าย ห่อเหี่ยว ความไม่สนใจสิ่งแวดล้อมจะค่อย ๆ ดีขึ้น ภายในสัปดาห์ที่ 3-4 จากอาการข้างเคียงที่กล่าวแล้ว ทำให้มีการผลิตยาตัวใหม่เพื่อลดอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น Mianserin (Tolvon) เป็นยาในกลุ่ม Tetracyclic Antidepressant จะมีฤทธิ์ Anticholinergic และฤทธิ์ต่อหัวใจต่ำ มีฤทธิ์ Sedation สูงจึงใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหานอนไม่หลับได้ดี แต่ในปัจจุบันพบว่า มี Blood Dyscrasias จึงควรตรวจ CBC อย่างสม่ำเสมอ ขนาดที่ใช้ 10-90 มก.ต่อวัน Trazodone เป็นยาในกลุ่ม Non-Tricyclic จะมีฤทธิ์ง่วงนอนสูง แต่จะปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ขนาดที่ใช้ 50-200 มก.ต่อวัน

1.2 ยากลุ่มที่ออกฤทธิ์ที่ซีโรโตนิน (Selective Serotonin-Reuptake Inhibitors: SSRI) ได้แก่ ยา Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine, Sertraline จะมีผลในการรักษาอาการซึมเศร้าได้ดี และมีฤทธิ์กระตุ้นเล็กน้อย (Stimulation) ดังนั้นจะได้ผลดีในรายที่ไม่มีปัญหาทางด้านการนอนหลับ อาการข้างเคียงของยากลุ่ม Tricyclic จะไม่พบ หรือพบน้อย แต่จะพบอาการคลื่นไส้อาเจียน มีน้ำขุ่น ปวดหัวได้บ่อย ขนาดยาที่ใช้ควรเริ่มในขนาดที่ต่ำที่สุดและควรให้ในเวลาเช้า เพื่อป้องกันการนอนไม่หลับจากฤทธิ์กระตุ้น ยกเว้น Fluvoxamine จะให้ในเวลาเย็นหรือก่อนนอนได้ ยากลุ่มนี้จะมีราคาแพงในขณะนี้ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าไม่มากการรักษาแบบผู้ป่วยนอกสามารถทำได้แต่ควรต้องติดตามอย่างสม่ำเสมอ ยาที่ใช้กลุ่ม Tricyclic Antidepressant ยังมีส่วนใช้ได้ดี เนื่องจากราคาถูกและผู้ป่วยสามารถทนกับอาการข้างเคียงได้เนื่องจากใช้ขนาดที่ไม่สูง

1.3 ยาลดความวิตกกังวล (Anxiolytic Drugs) อาจจะใช้ร่วมในรายที่มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยหรือเพื่อต้องการลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วย (Agitated Depression) หรือเพื่อใช้เป็นยานอนหลับ ยาที่ใช้ได้แก่ Lorazepam (Ativan) ในขนาด 0.5-2 มก.ต่อวัน ถ้าไม่มี Lorazepam อาจใช้ Diazepam ได้ แต่ขนาดที่ใช้ควรที่จะลดน้อยลงกว่าขนาดปกติที่ใช้

1.4 ยานอนหลับ (Hypnotic Drugs) ยานอนหลับที่ใช้ควรใช้กลุ่มที่มี Shorter Acting Drugs เช่น Triazolam (Halcion), Temazepam (Euhypnos) ยานอนหลับจะใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการเข้านอนแล้วหลับยาก และไม่ควรรื้อซ้ำต่อเนื่อง

1.5 ยาด้านโรคจิต (Antipsychotic Drugs) ในผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดหรืออาการทางจิตร่วมด้วยการใช้ยา Antipsychotic จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้เร็ว ยาที่ใช้ควรจะคำนึงถึงอาการ

ข้างเคียงของยาร่วมด้วย และใช้ในขนาดที่ต่ำที่สุดและค่อย ๆ เพิ่มขนาดยาขึ้น ยาที่นิยมใช้ เช่น Perphenazine 2-12 มก.ต่อวัน Haloperidol 5-10 มก.ต่อวัน

1.6 ยาควบคุมอารมณ์ (Mood Stabilising Drugs) ซึ่งได้แก่ ลิเทียม (Lithium) ไม่ควรใช้ในผู้สูงอายุเนื่องจากอาจเกิด Toxicity ได้ง่าย ยกเว้นในกรณีของ Bipolar Mood disorder การใช้ Lithium จะมีประโยชน์

2. การรักษาโดยใช้ไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy: ECT) จะเป็นการรักษาที่เลือกใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง มีปัญหาด้านสุขภาพ การรักษาด้วยยาใช้ไม่ได้ผล มีความคิดฆ่าตัวตาย ปฏิเสธการกินอาหารและน้ำ ในผู้สูงอายุการใช้ไฟฟ้ารักษาค่อนข้างปลอดภัย และทำให้ผู้สูงอายุอาการดีขึ้นได้เร็ว ดังนั้นควรส่งต่อให้พบจิตแพทย์ ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและมีอันตรายต่อตนเอง

3. การรักษาทางจิตใจและทางสังคม (Psychosocial Approaches) การรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า ในปัจจุบันไม่เน้นเฉพาะการรักษาทางกายโดยการให้ยาอย่างเดียว ผู้รักษาควรที่จะให้ความสนใจทางด้านจิตใจของผู้ป่วยร่วมด้วย ซึ่งจะทำได้ผลการรักษาที่ดี การรักษาทางจิตใจและสังคมที่ใช้ในการรักษาภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

3.1 การให้คำปรึกษา (Counseling Skill) เป็นการให้คำปรึกษา โดยที่จะเน้นที่ปัญหาความขัดแย้ง อุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตของผู้ป่วยรวมทั้งการปรับตัว เช่น การให้คำปรึกษาในบุคคลที่พบความสูญเสีย (Bereavement Counseling)

3.2 การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) การทำจิตบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงปัญหาความขัดแย้งภายในจิตใจ เป็นวิธีที่ไม่นิยมใช้กับผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย ใช้เวลาในการดูแลและเกิดภาวะฟุ้งฟิงได้ง่ายซึ่งเป็นอุปสรรคในการรักษา การใช้การทำจิตบำบัดเป็นกลุ่ม (Group Psychotherapy) จะได้ผลการรักษาดีกว่าในผู้สูงอายุ

3.3 การบำบัดแนววิธีคิดและตัวบุคคล (Cognitive Therapy and Interpersonal Therapy) เป็นการรักษาที่ใช้กันมากในปัจจุบัน โดยมีหลักคือ เพื่อแก้ไขปรับปรุง (Modified) พฤติกรรม (Behavior) และแนววิธีคิดของผู้ป่วย (Modes of Thinking) วิธีปฏิบัติคือ จัดตารางบันทึกส่วนที่ดีและไม่ดีของความคิดและมอบหมายงานเพื่อปรับปรุงแก้ไข Cognitive Therapy จะปรับปรุงความคิดที่เกิดขึ้นในด้านลบเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ส่วนการบำบัดตัวบุคคล (Interpersonal Therapy) จะเน้นการปรับปรุงในด้านความคิดหรือพฤติกรรมที่ทำให้เกิดซึมเศร้าจากความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Close Relationships) เช่น การฝึกทักษะภายในตัวบุคคล (Interpersonal Skill Training) การแสดงบทบาทสมมุติ (Role Playing)

3.4 พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) คือ การใช้หลักของการเรียนรู้ (Learning Process) มาใช้ในการแก้ไขอาการซึมเศร้า โดยให้บุคคลรู้ถึงปัญหาของตนและวิธีการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้บุคคลได้รับประสบการณ์ในด้านบวกในชีวิตเพิ่มขึ้น เช่น การให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ความคิดหรือการกระทำในด้านดีต่อตนเอง เช่น การชม การยิ้มของแพทย์ พยาบาลและบุคคลในครอบครัวจะช่วยเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นได้เร็ว

3.5 การจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวล (Stress and Anxiety Management) โดยจะใช้ได้ดีใน Agitated Depression เพื่อลด Anxiety ของผู้ป่วย วิธีที่ใช้เช่น การฝึกผ่อนคลายด้วยตนเอง (Progressive Relaxation)

3.6 การใช้ครอบครัวในการบำบัด (Family Therapy) การประเมินผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า ควรที่จะหาข้อมูลทางครอบครัวร่วมด้วย เช่น ความสัมพันธ์ ความถี่ห่างในการเยี่ยมผู้ป่วย นอกเหนือจากการวินิจฉัยทางจิตเวช ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งเวลาอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน ในทางตรงกันข้ามครอบครัวที่มีปัญหาความสัมพันธ์ที่ไม่ดี ผู้สูงอายุถูกทิ้งอยู่คนเดียว การขาดผู้ดูแลเอาใจใส่ สมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจถึงอาการของผู้ป่วยที่มองตนเองในแง่ลบโดยคิดว่าเป็นการตำหนิว่า ครอบครัวมีโอกาทำให้ผู้สูงอายุมีอาการกลับมาอีกหรือไม่หายจากการเจ็บป่วยได้ การพบญาติและสมาชิกในครอบครัวเพื่ออธิบายและหาแนวทางในการป้องกันและดูแลเป็นสิ่งที่ดีที่ควรทำแต่ถ้าในครอบครัวมีพยาธิสภาพ การใช้ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) จะช่วยได้

3.7 การส่งเสริมความสามารถทางด้านสังคมให้ผู้สูงอายุ (Social Treatment) เพื่อลดอาการแยกตัวของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย การใช้กลุ่มบำบัด (Group Therapy) โดยให้ผู้สูงอายุได้มีการเรียนรู้ คงไว้ซึ่งการมีกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขสนุกสนาน เพลิดเพลิน กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น กิจกรรมกลุ่มนันทนาการ (Recreation) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group) ใช้บริการการดูแลจากโรงพยาบาลในช่วงกลางวัน (Day-Hospital) การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุต่าง ๆ เป็นต้น

3.8 การทบทวนชีวิตและการระลึกถึงความหลัง (Life Review and Reminiscence) โดยการให้ผู้สูงอายุเล่าถึงชีวิตของตน เรื่องราวในอดีตที่อยู่ในความทรงจำและประทับใจ เป็นวิธีการหนึ่งที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจและมีพลังในการดำเนินชีวิตต่อไป

การประเมินภาวะซึมเศร้า การประเมินภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีอาการและอาการแสดงได้หลายมิติ (Multidimensional) มีการให้คำนิยามและสาเหตุของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน นอกจากนี้ อาการที่แสดงให้เห็นเป็นลักษณะต่างๆ ไปที่

สามารถปรากฏได้ในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ได้ (Kranich, 1995) จึงมีบุคคลต่าง ๆ ได้สร้างเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าขึ้นมากมาย ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ การประเมินความซึมเศร้าโดยวิธีการสังเกตและการประเมินความซึมเศร้าโดยวิธีให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง หรือประเมินคำบอกเล่าที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย แต่เนื่องจากในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยใช้วิธีการสังเกตนั้นเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก ผู้ประเมินต้องมีความสามารถและชำนาญในการสังเกตและตัดสินใจการซึมเศร้ารวมทั้งมีโอกาสผิดพลาดได้ง่ายเนื่องจากไม่สามารถประเมินได้ครอบคลุมทุกด้าน ดังนั้นในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงนิยมใช้การประเมินโดยให้ผู้สูงอายุประเมินตนเองหรือประเมินจากการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบประเมินต่าง ๆ ดังนี้ (Greist & Greist, 1979; Greist & Jefferson, 1992; Jacoby, 1997; Kaplan, Ficedman & Sandock, 1980)

1. Beck Depression Inventory (BDI) เป็นแบบประเมินที่เน้นการประเมินด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง การใช้ในตอนแรกจะมีผู้สัมภาษณ์แล้วให้ผู้ป่วยตอบ หลังจากนั้นผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกคำตอบในกระดาษคำถามเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาความผิดพลาดในการรายงานจากผู้ป่วย ต่อมาจึงให้ผู้ป่วยตอบเอง ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ

2. Zung Self-Rating Depression Scale เน้นการประเมินความสมดุลด้านอารมณ์ (Affect Disturbance) ด้านร่างกาย (Physiological Disturbance) ด้านระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของร่างกาย (Psychomotor Disturbance) และด้านจิตใจ (Psychological Disturbance) เดิมเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่นิยมนำไปใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ในระยะหลังแบบประเมินนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยมเนื่องจากไม่สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ข้อดีของแบบประเมินนี้ คือ สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ

3. Zenssen Adjective Check List เป็นแบบประเมินที่มีความไวสูงต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ซึ่งเกิดขึ้นในระยะสั้น ๆ และแต่ละข้อจะไม่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่มีอยู่ได้อย่างละเอียดพอ มีข้อดีคือ ง่ายต่อการพิจารณาตัวเลือกต่างๆ ในการตอบ มีจำนวนข้อคำถาม 28 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีคำตอบเพียง 2 ข้อ ซึ่งเป็นคำคุณศัพท์ที่เกี่ยวกับความรู้สึกต่าง ๆ โดยผู้ตอบเลือกคำคุณศัพท์มาเพียงข้อเดียวให้ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด

4. Walkfield Self-Assessment Inventory เป็นแบบประเมินที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้า มีข้อคำถาม 12 ข้อ สะดวกต่อการนำไปใช้เนื่องจากมีจำนวนข้อคำถามไม่มากข้อจนเกินไปได้รับความนิยมในการใช้ระยะหนึ่ง แต่ต่อมาได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ว่ามีข้อจำกัดในเรื่องขาด

ความแตกต่างอย่างชัดเจนในเรื่องคะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับ การตัดสินใจในภาพรวม นอกจากนี้ไม่สามารถวินิจฉัยลักษณะทางคลินิกที่แท้จริงของภาวะซึมเศร้าได้ บางครั้งจัดให้คะแนนสูง ซึ่งอาจเกิดจากบุคคลนั้นมีปัญหาด้านอารมณ์และความเจ็บป่วยด้านร่างกายร่วมด้วยนั่นเอง

5. Center for Epidemiological Studies-Depression Scales (CES-D Scale) สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน ปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และ Gardner (Weissman et al., 1977; Radloff, 1997 cited by Fishcher & Corcoran, 1994) ออกแบบมาเพื่อวัดความซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน เป็นการวัดอาการซึมเศร้าในแง่ของกลุ่มอาการในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถาม 20 ข้อ ค่าคะแนนของแบบสอบถามมีตั้งแต่ 0-60 คะแนน สำหรับเกณฑ์ตัดสินของคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่าบุคคลนั้นซึมเศร้า วิธีการให้คะแนนของ CES-D Scale ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ คะแนน 3 หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นบ่อย (5-7 วันใน 1 สัปดาห์) คะแนน 2 หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นค่อนข้างบ่อย (3-4 วันใน 1 สัปดาห์) คะแนน 1 หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นน้อยมาก (น้อยกว่า 1 วันใน 1 สัปดาห์) หรือไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย สำหรับข้อคำถามด้านตรงข้ามซึ่งมีความรู้สึกในทางบวก คือ ข้อ 4, 8, 12 และ 16 ให้คะแนนตรงกันข้าม ข้อดีของแบบวัดนี้สะดวกที่จะนำไปใช้ ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายและง่ายต่อการแปลผลด้วย ส่วนข้อจำกัดไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลันโดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น (Weissman et al., 1977)

6. Geriatric Depression Scale (GDS) แบบประเมินนี้เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อารมณ์ (Emotion) ความคาดหวังด้านลบ (Negative Will) การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย (Psychomotor) การรู้คิด (Cognition) การแยกตัว (Isolation) มีจำนวนข้อคำถาม 30 ข้อ ข้อดีทำให้ความสะดวกต่อการนำไปใช้และเข้าใจได้ง่าย มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถนำไปประเมินผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการคิดรู้ อ่านหนังสือไม่ออก ขาดทักษะการเขียน และบกพร่องด้านสติปัญญา หรือการรับรู้ และไม่สามารถนำไปใช้ในการประเมินอาการที่สามารถเกิดขึ้นได้ทั่วไป เช่น ความผิดปกติด้านการนอนหลับ ความอยากรับประทานอาหาร และไม่สามารถใช้แยกอาการซึมเศร้าที่เกิดเฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุได้ (Onega & Abraham, 1998)

สำหรับประเทศไทย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยได้รวมกลุ่มบรรดาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และ

นักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย มาประชุมกันเพื่อสร้างแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยขึ้น ใช้ชื่อว่า แบบวัดความเศร้าของผู้สูงอายุไทย โดยใช้ต้นแบบจากแบบวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุของเยซาเวจ และคณะ (Yesavage et al., 1983) ลักษณะของแบบวัดความเศร้านี้เป็นการตอบข้อความว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ใน 30 ข้อ คำถาม สำหรับการให้คะแนนจะเป็นระบบได้ 0 หรือ 1 คะแนนในแต่ละข้อคำถาม ลักษณะข้อคำถามจะเป็นความรู้สึกร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีข้อความที่เป็นความรู้สึกร่างกาย 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, และ 30 ถ้าตอบ “ไม่ใช่” ในข้อคำถามเหล่านี้จะได้ข้อละ 1 คะแนนส่วนที่เหลืออีก 20 ข้อ ซึ่งเป็นความรู้สึกร่างกาย ถ้าตอบ “ใช่” จะได้ข้อละ 1 คะแนน กลุ่มผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 275 รายทั่วประเทศไทย ซึ่งจำแนกเป็นเพศชาย 121 คน เพศหญิง 154 คน ผลการวิจัยพบว่า เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการตอบแบบวัดคือ 10.09 นาที (ค่าช่วงอยู่ระหว่าง 10-15 นาที) จากนั้นนำคะแนนที่ได้ไปหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุหญิงเท่ากับ 0.94 และผู้สูงอายุชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.93 สำหรับเกณฑ์ในการตัดสินความเศร้าในผู้สูงอายุไทยนั้น กำหนดค่าปกติในคนไทยสูงอายุเท่ากับ 12 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีความเศร้าเล็กน้อยเท่ากับ 13-18 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีความเศร้าปานกลางเท่ากับ 19-24 คะแนน และผู้สูงอายุที่มีความเศร้ารุนแรงเท่ากับ 25-30 คะแนน (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2537) จึงสรุปได้ว่า แบบวัดความเศร้าของผู้สูงอายุไทยฉบับนี้มีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบวัดนี้ในการศึกษาครั้งนี้ เพราะเป็นแบบวัดที่สะดวก เข้าใจง่าย ใช้เวลาในการทดสอบสั้น เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย และมีความเที่ยงตรงสูง

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

ความหมายของความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self - Esteem) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยภายในของบุคคลที่สำคัญในการเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวัน เป็นรากฐานของสุขภาพจิตและบอกได้ถึงคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อความเป็นปกติสุขของร่างกายและจิตใจของบุคคล (Taft, 1985, p. 77) ไมเซนเฮลเดอร์ (Meisenhelder, 1985) ให้ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การประเมินคุณค่าในตนเองของบุคคลที่ได้จากการเปรียบเทียบระหว่างตนในอุดมคติและตนที่ได้จากปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลอื่น ส่วนคูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1967 cited in Whall, 1987) ให้ความหมายว่าเป็นการพิจารณาตัดสินคุณค่าของตนตามความรู้สึกและเจตคติที่บุคคลมีต่อตนเอง

กล่าวโดยสรุป ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกหรือเจตคติที่บุคคลมีต่อตนเองซึ่งเกิดจากการประเมินตนเองเกี่ยวกับความเคารพนับถือในตนเองและคิดว่าตนเองมีคุณค่าซึ่งได้จากการเปรียบเทียบระหว่างคนในอุดมคติและคนที่ได้จากปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลอื่น

ความสำคัญของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นมโนทัศน์ย่อยที่สำคัญที่สุดของอัตมโนทัศน์ (Self-Concept) เป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective) ซึ่งประกอบด้วยความคิด ความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบและเป็นมโนทัศน์ที่มีหลายมิติ (Multidimension Concept) ประกอบด้วยด้านร่างกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychological) ด้านสังคม (Social) และด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) (Carpenter, 1996; Curbow, Somerfield, Legro & Sonnega, 1990; Foote, Piazza, Holcombe, Paul & Daffin, 1990; Rosenberg, 1965 อ้างถึงใน สุทธิณี พักวิทย์, 2545) เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของความต้องการทางด้านจิตใจ ถ้าขาดซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะมีผลกระทบต่อชีวิตในทุกด้าน (Nathaniel, 1997) บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าทางสังคมในตัวเองสูงจะมีความยินดีที่มีชีวิต มีความสนุกสนาน รื่นเริง ปรารถนาแจ่มใส สามารถชมเชยหรือกล่าวอย่างตรงไปตรงมาด้วยความซื่อสัตย์ มีความสามารถในการวิจารณ์ ยอมรับความผิดพลาดของตนเองได้ มีความเป็นอิสระในการแสดงความรู้สึกและรับฟังคำแนะนำด้วยความพึงพอใจ สามารถพูดหรือกระทำในสิ่งที่ง่ายหรือเป็นไปได้ มีความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างคำพูดและกริยาท่าทางที่เป็นธรรมชาติ มีความเปิดเผยและกระตือรือร้นในการรับประสบการณ์และโอกาสใหม่ในชีวิต มีอารมณ์ขันมองเห็นสิ่งดีในตนเองและผู้อื่น มีความยืดหยุ่นในการตอบสนอง มีความคิดสร้างสรรค์และมีอารมณ์ดีอยู่เสมอ มีความพอใจที่ได้เป็นเจ้าของและสามารถทนต่อ แรงกดดันต่าง ๆ ได้อย่างมีศักดิ์ศรีในตนเอง (Branden, 1985)

บุคคลที่มีความรู้สึกกว่าตนเองมีคุณค่าจะเกิดแรงงูใจในการป้องกันการเจ็บป่วย เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดี เชื่อมั่นในอำนาจและการกระทำของตนเองว่าจะเกิดผลตามมาที่ตนเองต้องการในการดำรงรักษาสุขภาพของตนเองไว้ มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคลดลงและเมื่อเจ็บป่วยจะสามารถฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้เร็วซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีในการรักษา (Coopersmith, 1967 cited in Goldberg & Fitzpatrick, 1980) บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีลักษณะพฤติกรรมและสุขภาพจิตไปในทางลบซึ่งตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีความคิดว่าตนเองไม่ใช่คนสำคัญ ไม่เป็นบุคคลที่คนอื่นชอบ ไม่สามารถทำอะไรได้หลายอย่างที่อยากจะทำหรือทำตามแนวทางที่คิดจะเป็น ไม่แน่ใจในความคิดและความสามารถของตนเอง เห็นค่าความคิดของบุคคลอื่นและงานของคนอื่นดีกว่าของตนเอง คิดว่าไม่มีใครสนใจตนเอง ไม่กล้าดำเนิน ไม่ชอบทำอะไรที่เกิดขึ้นใหม่ ไม่สามารถที่จะบังคับตนเองเมื่อเกิดขึ้นและคาดหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะเลวร้ายลงไปอีกแทนที่จะดีขึ้น ไม่ยอมมี

ส่วนร่วมในการรักษา ไม่ยอมรับผิดชอบในการดูแลตนเอง ขาดความสามารถในการแก้ไขปัญหา (Branden, 1998; Norris & Kunes-Connell, 1985; Boyd & Nihart, 1998) ผลที่ตามมาหลังจากความรู้สึกที่มีคุณค่าในตัวเองต่ำ คือ สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง สูญเสียบทบาททางสังคม ไม่ยอมรับผิดชอบในการดูแลตนเอง ไม่รวมมือในการรักษา ไม่ยอมรับในข้อมูลใหม่ ๆ รวมทั้งข้อมูลด้านสุขภาพเนื่องจากมีความเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะเรียนรู้ได้ (Boyd & Nihart, 1998; Norris & Kunes-Connell, 1985; Parent & Whall, 1984; Watson & Bell, 1990) การมีความรู้สึกมีคุณค่าต่ำลงทำให้บุคคลขาดแรงจูงใจในการกระทำและการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ไม่สามารถจัดการเกี่ยวกับปัญหาความยุ่งยากในชีวิต ขาดการนับถือตนเอง รู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมชีวิตตนเองได้ (Downie & Tannahill, 1996) ทำให้สุขภาพเสื่อมลง คุณภาพชีวิตลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นเครื่องชี้วัด (Indicator) ของภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถบ่งบอกถึงความสามารถในการปรับตัวในขณะที่ได้รับความเจ็บป่วย (Carpenter, 1996)

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากร่างกายอยู่ในวัยเสื่อม มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระบบต่าง ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน การได้ยินเสียงลดลง การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ เป็นต้น นอกจากนี้ยังเปลี่ยนแปลงไปตามบทบาททางสังคมอีกด้วย ได้แก่ การเกษียณอายุต้องออกจากการทำงานขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลงเนื่องจากหมดหน้าที่รับผิดชอบหรือไม่ต้องติดต่อด้านธุรกิจการงาน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ที่ไม่ได้ทำในสิ่งที่เคยทำ ความรู้สึกที่เคยได้รับการยอมรับในบทบาทมีน้อยลงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองหมดอำนาจ หมดความสามารถ เกิดความคับข้องใจ ไม่พึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงซึ่งจะมีผลกระทบต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในที่สุด ในทางกลับกันถ้าผู้สูงอายุยังคงได้ทำกิจกรรมที่จะช่วยให้คงไว้ซึ่งบทบาทและสถานภาพทางสังคมจะทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของสังคม ยังเป็นบุคคลที่มีคุณค่าต่อสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในทางบวกจะเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจในชีวิตก็จะเพิ่มขึ้น (วาริ กังใจ, 2540) นอกจากพัฒนาการของชีวิตและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญ 6 ประการ ดังต่อไปนี้ (Hirst & Metcalfe, 1984 อ้างถึงใน จงกรม ทองจันทร์, 2544)

1. บทบาท (Role) เมื่อบุตร ธิดาบรรลุนิติภาวะและสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง บทบาทความเป็นบิดา มารดาลดลง บทบาทในการทำงานหมดไป และบทบาทของสามีหรือภรรยาหมดไปจากการเสียชีวิตของคู่สมรส เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งในปัจจุบันสังคมยังไม่มีการสร้างบทบาททดแทนกับบทบาทที่เสียไปของผู้สูงอายุ

2. การสัมผัส (Touch) เป็นปัจจัยพื้นฐานของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากการศึกษาของหลาย ๆ ท่านพบว่าผู้สูงอายุต้องการการสัมผัส (Touch Hungry) เนื่องจากผู้สูงอายุสูญเสียแหล่งของการสัมผัส เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต ขาดความใกล้ชิดกับบุตรหลาน

3. สัมพันธภาพที่มีความหมาย (Meaningful Relationship) การมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะทำให้บุคคลมีการยอมรับตนเอง และเป็นการฝึกปฏิบัติทักษะทางสังคม การเปลี่ยนแปลงที่ผ่านเข้ามาในชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การจากไปมีคู่ครอง ญาติหรือเพื่อน และการห่างไกลของบุตรหลาน ทำให้ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่นลดลง

4. เพศ (Sexuality) ในที่นี้มีความหมายมากกว่าการมีเพศสัมพันธ์ ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมั่นคง เมื่อรับรู้ว่าเป็นคนที่มีเสน่ห์ และเป็นที่ต้องการทางเพศของผู้อื่น

5. การพึ่งตนเอง (Independence) หมายถึง การที่สามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยากจะเลือกมีชีวิตในช่วงปลายให้เหมือนกับชีวิตที่ผ่านมา แต่มักจะเป็นไปไม่ได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และภาวะสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียการควบคุมตนเอง และเสี่ยงต่อการสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

6. ขอบเขตของความรู้สึกที่เป็นส่วนตัวของบุคคล (Space) หมายถึง ความสัมพันธ์ของ 3 ส่วน ได้แก่ อาณาเขต (Territory) ขอบเขตเฉพาะของบุคคล (Personal Space) และความเป็นส่วนตัว (Privacy) อาณาเขต คือ บริเวณทางด้านกายภาพ ที่อยู่ภายใต้ความควบคุมของผู้เป็นเจ้าของ ส่วนขอบเขตเฉพาะของบุคคล ไม่สามารถมองเห็นด้วยตา และมีขนาดเปลี่ยนแปลงตามความต้องการและอารมณ์ ส่วนความเป็นส่วนตัว หมายถึง สิทธิอันชอบธรรมที่บุคคลจะรักษาข้อมูลส่วนตัวไม่ให้คนอื่นรับรู้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและภาวะของโรค ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียความรู้สึกที่เป็นส่วนตัว รู้สึกตัวเองถูกรุกราน ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

หากองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นถูกรบกวนมากเกินไป ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุจะลดลง ในผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา องค์ประกอบต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนถูกรบกวนค่อนข้างมากทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เนื่องจากปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ด้าน คือ ด้านคุณสมบัติส่วนตัว และด้านสถานการณ์สิ่งแวดล้อม ดังนั้นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถดำรงความรู้สึกนี้ไว้ได้หรือทำให้ความรู้สึกนี้มีระดับสูงขึ้น วิธีการส่งเสริมจึงต้องเกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้ง 2 ประการ คือ ทำต่อบุคคลโดยตรงหรือต่อสถานการณ์สิ่งแวดล้อม (Crouch & Straub, 1983 อ้างถึงใน คาริกา ชารบัวสวรรค์, 2539)

1. วิธีการส่งเสริมโดยตรงต่อบุคคลด้านคุณสมบัติส่วนตัว หลักของการส่งเสริมด้วยวิธีนี้คือ ทำให้บุคคลเชื่อว่า การที่ตัวเราจะรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์ใดๆ ที่เข้ามาในชีวิตนั้นขึ้นอยู่กับว่าตัวเราแปลความหมายหรือรับรู้อย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น ไม่มีปัจจัยจากภายนอกที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อความคิด ความรู้สึก หรือการกระทำของเรา ซึ่งมีวิธีการส่งเสริมดังนี้

1.1 การเปลี่ยนรูปแบบของภาษาที่เคยใช้ (New Language Patterns) ด้วยการกระตุ้นให้เปลี่ยนจากการใช้ภาษาที่มักมองคนทางด้านลบ เช่น ฉันทำสิ่งนั้นไม่ได้หรือฉันกลัวที่จะทำสิ่งนั้น มาเป็นภาษาที่มองตนเองทางด้านบวก เช่น ฉันเลือกที่จะทำสิ่งนี้หรือฉันต้องการทำสิ่งนี้เป็นต้น

1.2 การพูดถึงตนเองในด้านบวก (Positive Self Talk) โดยการกระตุ้นให้มองตนเองและประเมินตนเองในด้านบวก เช่น ให้ตอบว่าชอบสิ่งใดในตนเองบ้างหรืออะไรบ้างที่ทำแล้วรู้สึกดี นอกจากนั้นเมื่อใดก็ตามที่เริ่มคิดถึงตนเองไปในทางลบ ให้หยุดความคิดนี้ทันทีด้วยการพูดหรือตะโกนในใจว่าหยุดแล้วคิดแทนว่าตนเองมีความดี หรือมีความสามารถแล้ว

1.3 การสร้างจินตภาพด้านบวก (Visualization) เป็นวิธีการที่นิยมวิธีหนึ่ง เมื่อเริ่มต้นฝึกให้ทำการผ่อนคลายร่างกายและขจัดความคิดหมกมุ่นต่าง ๆ ออกไปด้วยการหลับตาหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ มุ่งความสนใจอยู่ที่จังหวะการหายใจเท่านั้น ร่างกายจะเริ่มผ่อนคลายลงต่อไปเริ่มนึกถึงเหตุการณ์ที่เราประทับใจ ฟังพอใจหรือปรารถนาจะให้เป็น สร้างภาพว่าตนเองอยู่ในสถานการณ์หรือสถานที่ที่เราต้องการปล่อยความคิดให้ล่องลอยไปกับจินตภาพที่ได้สร้างขึ้น คิดถึงความรู้สึกที่มีเมื่อเหตุการณ์ได้เกิดขึ้นจริงโดยใช้เวลาฝึกประมาณ 1 นาที เมื่อได้ฝึกหลาย ๆ ครั้งจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงความสำเร็จที่ตนสามารถทำได้

1.4 การบันทึกเป้าหมายที่ต้องการ (Writing Affirmations) เป็นวิธีการให้จดบันทึกถึงสิ่งที่ต้องการจะทำและคำยืนยันว่าสามารถทำได้ เมื่อเขียนแล้วให้นำไปคิดในสถานที่ที่มองเห็นได้ง่าย เมื่อเริ่มฝึกให้กำหนดสิ่งที่ต้องการทำและคำยืนยันเพียง 1-2 ประการก่อนเพื่อรับประกันว่าจะทำได้สำเร็จ เมื่อทำได้แล้วจึงค่อยเพิ่มการฝึกให้มากขึ้น

1.5 การบันทึกจดหมาย (Journals) เป็นการบันทึกเป้าหมายตามความคิด ความรู้สึก และจินตนาการของคนที่ต้องการพัฒนาความสามารถให้มากขึ้นหรือต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่าง การบันทึกแต่ละครั้งต้องระบุวัน เดือน ปี ให้ชัดเจนเพื่อใช้เปรียบเทียบและติดตามความสำเร็จ ความล้มเหลวหรือสิ่งที่ต้องแก้ไข การบันทึกนี้ต้องซื่อสัตย์ต่อตนเองด้วยเสมอ

2. วิธีการส่งเสริมด้านสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม

2.1 ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว (Family Ties) ด้วยการกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวให้ความสนใจ ดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ถ้ามีปัญหาขัดแย้งหรือไม่เข้าใจ

กันควรแนะนำให้ปรับความเข้าใจกันหรือถ้าต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างก็แนะนำให้เริ่มปรับที่ตัวของบุคคลเองก่อนเพื่อให้สมาชิกคนอื่นปรับตาม

2.2 ใช้กระบวนการกลุ่ม (Group Process) โดยใช้ประโยชน์จากการเข้าร่วมกลุ่มสร้างความผูกพันใกล้ชิดและการประเมินตนเองทางด้านบวก สมาชิกของกลุ่มทุกคนต่างเป็นคนสำคัญของกันและกัน สำหรับเทคนิคที่เลือกมาใช้ในกระบวนการกลุ่มไม่กำหนดแน่นอนว่าเป็นอะไร อาจเป็นการฝึกให้มีความกล้าแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม (Assertiveness Training) หรือการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อแก้ปัญหา (Self Help with Specific Problem) เป็นต้น (Meisenhelder, 1985)

การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นการวัดความรู้สึกพึงพอใจตนเอง การวัดความรู้สึกพึงพอใจในตนเองของบุคคลจึงกระทำได้ค่อนข้างยากแต่อย่างไรก็ตามได้มีผู้สร้างแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้หลายแบบ ดังต่อไปนี้

1. การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าโดยให้ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมาย 2 ตำแหน่งบนเส้นตรงที่กำหนดให้ (Graphic Descriptive of Self-Esteem) (Makay & Gaw, 1975 cited in Taylor, Lillis & Lemone, 1993) ตำแหน่งแรกแทนตัวตนที่แท้จริงหรือคนที่คิดว่าเราเป็นอยู่ (Real Self) และตำแหน่งที่สองแทนตัวตนที่เราอยากเป็น (Ideal Self) ผลการประเมินได้จากการพิจารณาตำแหน่งของเครื่องหมายทั้งสอง ถ้าตำแหน่งทั้งสองห่างกันมาก หมายถึง ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

2. แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิธ (Coopersmith Self-Esteem Inventory: SEI) เป็นแบบวัดที่ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยวิธีการรายงานตนเอง ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านทั่วไป ด้านสังคม ด้านการงาน และกลุ่มเพื่อน

3. แบบวัดที่ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยวิธีการรายงานตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's Self-Esteem Scale: RSE) แบบวัดความรู้สึกมีค่าดังกล่าวประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเจตคติและความรู้สึกที่มีต่อตนเองจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก 5 ข้อ และด้านลบ 5 ข้อ สร้างขึ้นเพื่อวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 (Rosenberg, 1965) ได้มีการนำมาใช้วัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเช่นกัน ซึ่งปรากฏว่าเหมาะสมที่จะนำไปใช้ (Kemp & Page, 1987; Meisenhelder, 1986; Mercer, et al., 1988; Mercer & Ferketich, 1988; 1994; 1995; Mercer, Ferketich & DeJoseph, 1993) แบบวัดชุดนี้ได้ถูกทดสอบความตรงและความเชื่อมั่นด้วยวิธีการต่าง ๆ หลายครั้งกับกลุ่มประชากรต่าง ๆ พบว่าแบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับ 0.84-0.87 (Rosenberg, 1979 cited in Mercer & Ferketich, 1988)

สำหรับประเทศไทยนั้น พบว่าได้มีผู้นำแบบวัดนี้มาแปลเป็นภาษาไทยและนำมาใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ผู้ป่วยที่ดำรงบทบาทมารดาเป็นครั้งแรก กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์และกลุ่มผู้ป่วยที่มีการสูญเสียแขนขา พบว่าความตรงและความเชื่อมั่นด้านความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) อยู่ระหว่าง 0.70-0.91 (กมลพรรณ หอมนาน, 2539; คาริกา ธารบัวสวรรค์, 2540; สุพรรณิ สุ่มเล็ก, 2538; เสาวภา วิจิตวาทิ, 2534; เสมอจันทร์ อະนะเทพ, 2535) เขวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) ได้นำแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์กมาแปลและดัดแปลง แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.87 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์กที่แปลและดัดแปลงโดยเขวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่เคยนำมาใช้กับผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอีกทั้งจำนวนข้อคำถามมีไม่มากจึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

แนวคิดเกี่ยวกับนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ

ความหมายของนันทนาการ คำว่า “นันทนาการ” เดิมประเทศในแถบตะวันตกเริ่มจากการใช้ศัพท์เดิมในภาษากรีก ว่า “Leisure” หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติในยามว่างที่ก่อให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน (สุวิมล ตั้งสัจจงพนธ์, 2540) ต่อมาหลาย ๆ สถาบันมักแทนคำว่า “Leisure” ใหม่ว่า “Recreation” จึงพบทั้งสองคำนี้ใช้แทนกันอยู่ในตำราภาษาต่างประเทศ สำหรับประเทศไทยนั้น ก่อนหน้านี้ใช้คำว่า สันทนาการ ซึ่งท่านพระยาอนุমানราชธนบัญญัติว่า “สันทนาการ” หมายถึง การพักผ่อนหย่อนใจหรืองานอดิเรกและกรมพลศึกษาได้เปลี่ยนคำว่า สันทนาการ มาเป็น นันทนาการ ตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2481 เพื่อให้ความหมายที่ขยายกว้างขึ้นกว่าเดิม โดยราชบัณฑิตยสถานให้ความหมายของนันทนาการในพจนานุกรมว่า กิจกรรมที่ปฏิบัติตามความสมัครใจในยามว่างหรือเวลาที่ไม่มียานทำงาน เพื่อให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลินและผ่อนคลายจากความตึงเครียด ส่วนในต่างประเทศนันทนาการ หมายถึง กิจกรรมที่ทำในยามว่างที่ผู้เข้าร่วมมีอิสระในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อก่อให้เกิดอารมณ์ที่สนุกสนานเพลิดเพลินกับตนเองและกลุ่ม (Roelof, 1999)

แนวคิดเกี่ยวกับนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ นันทนาการเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกวันและทุกวัย ไม่ใช่เฉพาะแต่ผู้สูงอายุเท่านั้น เพราะเวลาตลอดชีวิตของคนทุกวัยนอกจากเวลาที่นอนหลับประมาณวันละ 8 ชั่วโมงแล้วเวลาที่เหลืออีก 16 ชั่วโมงคือเวลาดื่นนอนซึ่งแบ่งออกได้ 3 ช่วง คือ เวลาทำงาน (Work Time) เวลาปฏิบัติภารกิจส่วนตัว (Time for Self Maintenance)

เช่น อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ฯลฯ และเวลาว่าง (Leisure) ในวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงาน เวลาว่างจะถูกเวลาทำงานเบียดเบียนแต่พอพ้นวัยผู้ใหญ่เข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเฉพาะเมื่อเกษียณอายุราชการไม่มีงานหรือกิจกรรมหลังเกษียณอื่น ๆ เติบโตไว้ เวลาว่างของผู้สูงอายุจึงเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยรู้สึกว่าการเกษียณอายุราชการหรือการมีเวลาว่างมาก ๆ จนไม่รู้จะทำอะไรดีนี่เป็นวิกฤตการณ์ร้ายแรงของชีวิต (กวีวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ, 2539; วิจิตร บุญชะโหดระ, 2538) จากทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (Disengagement Theory) ที่อธิบายว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะดังกล่าวนี้จะค่อย ๆ หลีกห่างออกจากกลุ่มคนในสังคมทั้ง ๆ ที่ผู้สูงอายุก็พอใจอย่างมากที่ถ้าสามารถกลับมาดำรงชีวิตในสภาพแวดล้อมเดิมได้ (Birren & Schaie, 1977)

ดังนั้นหากพยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุใช้ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วม (The Activity Theory) (Havighurt, 1976) ดูแลเพื่อช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ อยู่เสมอ โดยจัดกิจกรรมนันทนาการให้จะทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างกระฉับกระเฉง ลดความรู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยว (Kraus & Shark, 1992) เพิ่มทักษะการปรับตัว ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าคุณเองมีประโยชน์ต่อสังคมจึงเกิดความสุข มีความพึงพอใจต่อชีวิตในวัยสูงอายุ (มารศรี นุชแสงพลี, 2532, หน้า 1) และเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง (Smith, Kielhofner & Watts, 1986) ร่างกาย อารมณ์และสังคมของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการจึงแข็งแรง สุขภาพจิตใจ มีความสุข สามารถช่วยเหลือและดูแลสังคมได้ โรคและความพิการต่าง ๆ ของผู้สูงอายุจึงลดลง ทำให้ภาระการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวและของประเทศชาติลดลง

ประเภทและลักษณะนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ กิจกรรมนันทนาการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและทำให้ผู้สูงอายุสนใจเข้าร่วมจะต้องเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง จัดขึ้นโดยคำนึงถึงความจำกัดทั้งร่างกาย จิต อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ ควรมีกิจกรรมทางสังคมร่วมด้วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะพูดคุยกับบุคคลทั้งในวัยเดียวกันและต่างวัยกัน ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าคุณเองยังเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม และไม่ถูกทอดทิ้ง ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ (บันเทิง เกิดปรำงค์และเจษฎา เจียรณัย, 2544; พัฒนพงศ์ คุ่มทวีพร, 2543)

1. การออกกำลังกายและกีฬา (Exercise and Sport) การออกกำลังกาย คือ การใช้กล้ามเนื้อและอวัยวะต่างๆ ในร่างกายทำงานมากกว่าการเคลื่อนไหวตามอิริยาบถปกติ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การเดิน กายบริหาร ไท้เก๊ก โยคะ ว่ายน้ำ ดิบบั๊กยาน ฯลฯ กีฬาหมายถึง กิจกรรมที่แสดงถึงความสามารถและความสวยงามขณะเคลื่อนไหวร่างกายไปตามกฎ กติกาของการแข่งขันประเภทนั้น ๆ กีฬาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คือ กีฬาที่ไม่มี

การปะทะ ไม่มีการแข่งขัน ไม่เร่งเร้าให้ผู้สูงอายุต้องปฏิบัติตามกิจกรรมก็หาอย่างรีบเร่งจนเกินไป เช่น วายน้ำ กระจกถือดบ่วง กระจกถือข้ามดาบ ฯลฯ

2. เกมส (Games) คือ การเล่นที่ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทักษะการเคลื่อนไหวขั้นพื้นฐานของร่างกายและทักษะเบื้องต้นในการเล่นกีฬา เกมสไม่มีกฎกติกาที่ซับซ้อนทำให้ไม่เคร่งครัด จึงไม่เคร่งเครียด ส่งเสริมการสังสรรค์ในหมู่ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ความสนุกสนานเพลิดเพลินและความแข็งแรงของร่างกาย มีการกระตุ้นทางด้านร่างกายและจิตใจเพียงพอ รูปแบบการจัดและลักษณะเกมควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แนะนำตัวก่อนเริ่มกิจกรรม และ/หรือจัดกิจกรรมนันทนาการให้ผู้สูงอายุได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

3. งานศิลปะและหัตถกรรม (Art and Crafts) งานศิลปะและหัตถกรรมเป็นงานที่ส่งเสริมการประสานงาน (Coordination) ของร่างกายและประสาทสั่งงานที่ละเอียดอ่อน โดยเฉพาะการใช้มือ ใช้นิ้ว การใช้สายตาในการประดิษฐ์สิ่งของที่ต้องอาศัยความละเอียดอ่อนของการเคลื่อนไหวข้อมือ นิ้วมือและการกะระยะ เช่น การประดิษฐ์ดอกไม้ ประติมากรรมขี้ผึ้ง งานปั้น และงานจักรสาน ซึ่งเป็นงานที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่อย่างไรก็ตามกิจกรรมนันทนาการนี้ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีความจำกัดทางด้านสายตา มีโรคข้อและโรคความเสื่อมของข้อ

4. การทำอาหาร (Cooking) แม้การทำอาหารจะเป็นกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุจำนวนมากแต่การจัดนันทนาการเรื่องการทำอาหารให้ผู้สูงอายุโดยเลือกประเภทอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุร่วมกับทบทวนคุณค่าของอาหาร วางแผนในการทำและการรับประทานอาหารร่วมกันเมื่อปรุงอาหารเสร็จ ทำให้ผู้สูงอายุเพลิดเพลิน ได้รับความรู้ทางโภชนาการและการเข้าสังคม ได้มีการสังสรรค์ในกลุ่มและเกิดความภาคภูมิใจที่ทำอาหารสำเร็จ จึงเป็นนันทนาการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สนใจร่วมกิจกรรม

5. การเล่นดนตรี เต้นรำและการแสดง (Music Dance and Drama) นันทนาการที่มีเสียงดนตรี มีการแสดงศิลปะวัฒนธรรมในท่าฟ้อน ท่ารำ เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุรำลึกถึงนันทนาการในวัยหนุ่มสาว เมื่อมีส่วนเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการประเภทนี้ผู้สูงอายุจึงเพลิดเพลินและผ่อนคลายความตึงเครียด

6. การสนทนาและโต้เถียง (Conversation and Debate) นันทนาการที่ส่งเสริมทักษะทางภาษาและการสื่อสารนี้เหมาะกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ชีวิตสูง ชอบแนะนำ เมื่อได้พูดหรือแสดงในหมู่ผู้สูงอายุด้วยกันจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึภาคภูมิใจและได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

7. กิจกรรมตามประเพณีและวัฒนธรรม (Custom and Culture) นันทนาการที่ส่งเสริมประเพณีและวัฒนธรรมสามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของตนเอง เช่น การจัดงานวันเกิด การรดน้ำขอพรผู้สูงอายุ ฯลฯ กิจกรรมนันทนาการที่สามารถกระตุ้นการรับรู้วัน เวลา สถานที่ของผู้สูงอายุได้ เช่น การแจกอาหารเด็กป่วยหรือเด็กพิการเนื่องในวันเด็กแห่งชาติ เป็นต้น

8. กิจกรรมศาสนา (Religion) ผู้สูงอายุ คือ กลุ่มคนที่ค่อนข้างมีหลักศาสนาในการดำรงชีวิตมากกว่าเด็กและผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีการกิจกรรมการเรียนและการทำงานเป็นหลักตามลำดับ การจัดนันทนาการด้วยกิจกรรมทางศาสนาจึงมักเป็นที่ชื่นชอบของผู้สูงอายุแต่พยาบาลที่จัดกิจกรรมนันทนาการทางด้านศาสนานี้ควรระวังเรื่องเศรษฐกิจของผู้สูงอายุที่มีลดลงกว่าวัยทำงานด้วย บ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุอาจรู้สึกไม่สบายใจที่จะมาร่วมกิจกรรมนันทนาการทางด้านศาสนาเนื่องจากไม่มีเงินทำบุญ ขาดเพื่อน ๆ ที่ให้เงินทำบุญน้อยกว่าเพื่อน ๆ ฯลฯ พยาบาลควรจัดกิจกรรมทางศาสนาโดยหลีกเลี่ยงการเรียกรับเงินบริจาคจากผู้สูงอายุหรือเน้นที่การทำกิจกรรม เช่น ช่วยกันทำงานแทนการทำบุญด้วยเงิน ให้ผู้สูงอายุทราบก่อนเชิญชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม

9. การท่องเที่ยว (Trip) ในวัยทำงานทุกคนต้องขวนขวายทำงาน โอกาสท่องเที่ยวจึงน้อย เมื่อผู้สูงอายุเป็นอิสระจากงาน การพาผู้สูงอายุรวมกลุ่มกันไปท่องเที่ยวจึงเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุพอใจ แต่อย่างไรก็ตามความจำกัดของสภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุและปัญหาเศรษฐกิจของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่พยาบาลควรคำนึงถึงด้วย

ประโยชน์ของนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ นันทนาการสำหรับผู้สูงอายุที่พยาบาลจัดขึ้นนั้นเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์ทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย นันทนาการทำให้ผู้สูงอายุได้เคลื่อนไหว ออกกำลังกาย พยาธิสภาพจากการไม่เคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวไม่เพียงพอจึงลดลง ทำให้สุขภาพกายดีขึ้น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมนันทนาการที่มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนท่าทางซึ่งมีผลให้ระบบการไหลเวียนเลือดและระบบทางเดินหายใจได้ทำงานอย่างต่อเนื่อง นอกจากจะมีผลดีต่อการส่งเสริมความแข็งแรงทนทานและการชะลอความเสื่อมให้กับระบบทั้งสองโดยตรงแล้วยังทำให้ร่างกายใช้พลังงานเพิ่มขึ้น ปริมาณไขมันที่สะสมในร่างกายจึงลดลง (Keller, 1991 cited in McDonald, Nyankon & McGuire, 1996) น้ำหนักที่ลดลงทำให้อาการปวดเข่าของผู้สูงอายุบรรเทาลงหรือหายไป ความคล่องตัวหรือความกระฉับกระเฉงในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุจึงเพิ่มขึ้น ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ที่เกิดจากการไม่เคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวไม่เพียงพอ เช่น ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ ปวดบวม ฯลฯ จึงลดลง กิจกรรมนันทนาการที่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุรับประทานยาที่ใช้รักษาอาการสมองเสื่อมลดลงกว่ากลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการใด ๆ เลย (Bonder & Wagner, 1994) นอกจากนี้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมที่ได้รับขณะร่วม

ปฏิบัติการกิจกรรมก็มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในด้านการชะลอความเสื่อมด้านร่างกายได้ร่วมทั้งการกระตุ้นและติดตามการปฏิบัติตนตามคำแนะนำที่ดำเนินอยู่ภายในกลุ่มนั้นนันทนาการจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุนำคำแนะนำไปปฏิบัติ ตลอดจนลดหรือลดการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ นันทนาการทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสนุกสนานเพลิดเพลินสนใจในกิจกรรมนันทนาการจึงลดเวลาสนใจตนเองและครุ่นคิดแต่เรื่องตนเอง เพิ่มเวลาให้ผู้สูงอายุได้สนใจสิ่งแวดล้อมและคนรอบตัว ผู้สูงอายุจึงรู้สึกผ่อนคลาย ลดการพึ่งพาผู้อื่น ดังตัวอย่างที่พบในสถานพยาบาลของสหรัฐอเมริกาซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมทางด้านร่างกาย มีความบกพร่องของระบบประสาท มีความบกพร่องทางจิตจากวัยร่วมกับการจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต้องมีผู้ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่าง จำวันเวลาสถานที่ไม่ได้ ฯลฯ ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น การอาบน้ำ ร้อยละ 89 การแต่งตัว ร้อยละ 75 การใช้ห้องสุขา ร้อยละ 61 การขึ้นหรือลงจากเตียงนอน ร้อยละ 60 และการรับประทานอาหาร ร้อยละ 39 (Hing & Sekcenski, 1989) แต่หลังจากการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ เช่น การออกกำลังกายที่เน้นการส่งเสริมสมรรถภาพทางด้านความแข็งแรงและความอ่อนตัว (Flexibility) ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำและการเดินได้ดีขึ้น ส่วนนันทนาการด้านการเลี้ยงสัตว์ เช่น แมวหรือสุนัข ฯลฯ การฟังเพลงและการออกกำลังกายเบา ๆ มีผลส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่จำวัน เวลาสถานที่ไม่ได้ร่วมมือในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น (McDonald, Nyankori & McGuire, 1996) เมื่อผู้สูงอายุพึ่งพาผู้อื่นลดลงจะเกิดความภาคภูมิใจและมีอิสระในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ความคับข้องใจก็จะลดลงได้ นอกจากนี้ลักษณะกิจกรรมนันทนาการหลาย ๆ กิจกรรมสามารถระบายความคับข้องใจต่าง ๆ ของผู้สูงอายุได้ เช่น เกมช่างไม้ เกมปิดตาตีหม้อ

3. ด้านสังคม นันทนาการทำให้ผู้สูงอายุได้สังสรรค์กันจึงเพิ่มความรู้สึกคุ้นเคยมีการช่วยเหลือกันเพื่อกิจกรรมนันทนาการนั้น ๆ สำเร็จ กฎกติกาในกิจกรรมนันทนาการอาจมีผลกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุระลึกถึงบทบาทของตนเองและผู้อื่นในกลุ่มกิจกรรมนันทนาการ ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและมีความสำคัญในกลุ่มจึงเพิ่มความมั่นใจในการแสดงออกและการเข้าสังคมของผู้สูงอายุ (Walker et al., 1997)

4. ด้านสติปัญญา นันทนาการทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกท้าทายที่จะต้องทำกิจกรรมให้สำเร็จทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่ม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการจึงต้องคิดวางแผนการร่วมกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนและนันทนาการที่ต้องอาศัยความรู้และการใช้วิจารณญาณ เช่น การวิเคราะห์วิจารณ์ข่าวต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ข่าวสารบ้านเมืองต่าง ๆ มากขึ้น จึงเพิ่มความรอบรู้ให้ผู้สูงอายุได้ เมื่อเกิดความรู้ความเข้าใจโดยการประมวลจากข่าวที่รับรู้และการวิเคราะห์จะทำให้ผู้สูงอายุที่

เข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการเหล่านี้เกิดความคิดรวบยอดที่มีเหตุผลสอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมปัจจุบันได้เพิ่มขึ้น

วิธีดำเนินกิจกรรมนันทนาการ พยาบาลจะจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุได้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ ควรคำนึงงานตามขั้นตอนต่อไปนี้ (พัสมณห์ คุ่มทวีพร, 2543)

1. การประเมินผู้สูงอายุ การประเมินผู้สูงอายุเพื่อจัดกิจกรรมนันทนาการที่มีประโยชน์และเหมาะสมให้กับผู้สูงอายุควรทำอย่างละเอียดและรอบคอบผสมผสานไปกับการทำกิจกรรมพยาบาลอื่น ๆ ที่ให้บริการกับผู้สูงอายุ และ/หรือขณะดำเนินกิจกรรมนันทนาการในแต่ละครั้งแทนการสัมภาษณ์หรือใช้แบบสอบถามให้ผู้สูงอายุ และ/หรือญาติตอบเพราะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นจริงมากกว่า เทคนิคการประเมิน ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกายและการประเมินภาวะจิตสังคม ดังนี้

1.1 การประเมินข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส หรืออาชีพที่เคยทำ โรคประจำตัว การรักษา ฯลฯ

1.2 ความสนใจในกิจกรรมนันทนาการ เช่น กิจกรรมนันทนาการที่เคยปฏิบัติหรือกิจกรรมนันทนาการที่เข้าร่วมในปัจจุบันและระดับความสนใจต่อกิจกรรมนันทนาการที่เข้าร่วมในแต่ละครั้ง

1.3 ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ ทั้งในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและบทบาทในการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย การเขียน การพูด และผลงานต่าง ๆ ฯลฯ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเลือกประเภทกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถร่วมได้

1.4 ภาวะจิตสังคม ได้แก่ สมาริ การตัดสินใจ การแก้ปัญหา ความวิตกกังวล ความกลัว ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

2. การเลือกกิจกรรมนันทนาการ การเลือกกิจกรรมนันทนาการให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้สูงอายุตามที่ประเมินได้ เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ มีได้แตกต่างกันหลายประเภท แต่ที่มักเลือกจัดให้กับผู้สูงอายุ มีดังนี้

2.1 การเลือกกิจกรรมนันทนาการเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกายให้กับผู้สูงอายุ หากประเมินพบว่าผู้สูงอายุในความสามารถต้องการฟื้นฟูหรือชะลอความเสื่อมของร่างกายพยาบาลควรเลือกกิจกรรมนันทนาการที่มีการเคลื่อนไหวทั้งร่างกายหรือบางส่วนของร่างกายและมีการผสมผสานทักษะการทรงตัว ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้นานประมาณ 20-30 นาที ซึ่งเป็นเวลานานพอที่จะเกิดผลต่อร่างกายเช่นเดียวกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ค่อย ๆ เพิ่มระยะเวลาและความหนักของการปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการขึ้นช้า ๆ การจัดกิจกรรมนันทนาการ

ให้มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนอิริยาบถให้กับผู้สูงอายุ นั้น พยาบาลควรระวังอุบัติเหตุเนื่องจากผู้สูงอายุ มีความเสื่อมของกล้ามเนื้อ กระดูกข้อต่อและการทรงตัว ความจำกัดทางสายตาตลอดจนความจำกัด ในการได้ยิน กิจกรรมที่จัดจะต้องดำเนินไปช้า ๆ ไม่เร่งเร้าให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนอิริยาบถโดยเร็วละเว้น จากการจัดกิจกรรมที่มีการปะทะกัน สำหรับผู้สูงอายุที่มีความจำกัดทางด้านสายตาควรจัดหา อุปกรณ์ที่มีเสียงในการดำเนินกิจกรรม เช่น ลูกบอลที่มีเสียงดนตรีและสถานที่จัดกิจกรรมควรเป็น สถานที่ที่เงียบ ไม่มีเสียงรบกวน เป็นต้น

2.2 การเลือกกิจกรรมนันทนาการเพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมให้กับ ผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุในความดูแลแยกตัวจากสังคม เก็บตัว ไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมใด ๆ กับผู้อื่น พยาบาลควรจัดกิจกรรมนันทนาการเพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมให้กับผู้สูงอายุใน ความดูแลเป็นลำดับขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 จัดให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการที่สร้างสรรค์ขึ้นด้วยตนเอง ไม่ ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือสิ่งใด ๆ เช่น อ่านคำกลอน เขียนกลอน เขียนเรื่องสั้น เป็นต้น

ขั้นที่ 2 จัดให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ ไม่ซับซ้อน เช่น เดินเล่นชมสวน ทำสวน จัดดอกไม้ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 จัดให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการกับกลุ่มคน แต่ไม่ต้องมี ปฏิสัมพันธ์กันโดยตรง เช่น ชมภาพยนตร์ ชมการแสดง ชมละคร เป็นต้น

ขั้นที่ 4 จัดให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่คุ้น เคย 1 คน เช่น เล่นหมากระดาน เป็นต้น

ขั้นที่ 5 จัดให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการที่ประกอบด้วยผู้ร่วมกิจกรรม ไม่ต่ำกว่า 3 คน กิจกรรมของกลุ่มเป็นการแข่งขันของแต่ละคน โดยมีกติกาให้คนแพ้ยุติการร่วม กิจกรรม เช่น แก้อีคนตรี เป็นต้น

ขั้นที่ 6 จัดให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการที่ประกอบด้วยผู้ร่วมกิจกรรม ไม่ต่ำกว่า 3 คนกิจกรรมของกลุ่มเป็นการแข่งขันของแต่ละคนที่บังคับให้ผู้ร่วมกิจกรรมทุกคนต้อง ร่วมกิจกรรมจนสิ้นสุด เช่น เดินมาราธอน เป็นต้น

ขั้นที่ 7 จัดให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการที่เป็นการแข่งขันระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มประกอบด้วยสมาชิกไม่ต่ำกว่า 2 คน เช่น การแข่งขันทายคำปริศนา การต่อคำพังเพย เป็นต้น

ขั้นที่ 8 จัดให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการที่เป็นการแข่งขันระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มประกอบด้วยสมาชิกไม่ต่ำกว่า 2 คน การชนะของกลุ่มต้องอาศัยความร่วมมือจากสมาชิก ของทุกคนในกลุ่ม เช่น เกมเสี่ยงกระซิบ การแข่งขันกีฬาประเภททีม เป็นต้น

2.3 การเลือกกิจกรรมนันทนาการเพื่อส่งเสริมการรับรู้ให้กับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหรือสมองเสื่อม จะมีความบกพร่องและความจำกัดในการรับรู้ แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม พยาบาลควรเลือกกิจกรรมนันทนาการที่สามารถส่งเสริมระดับสติปัญญา และ/หรือ การรับรู้ด้วยเกมที่ลักษณะของกิจกรรมหรือกฎกติกาที่ไม่ยุ่งยากและวิธีการเล่นยืดหยุ่นสำหรับผู้สูงอายุจำไม่ได้

3. การเตรียมการ การเตรียมการประกอบด้วย การจัดเตรียมอุปกรณ์ การเตรียมสถานที่ จัดกิจกรรมนันทนาการและการเตรียมพยาบาลผู้นำและผู้ร่วมกิจกรรมนันทนาการให้มีความพร้อมเหมาะสมกับสภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่จะเข้าร่วมกิจกรรม กิจกรรมและอุปกรณ์ที่มีอยู่เดิมควรนำมาประยุกต์ใช้เพื่อความสะดวก สถานที่ที่จะนำมาดำเนินกิจกรรมนันทนาการควรมีความปลอดภัยและความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุและพยาบาลผู้จัดกิจกรรม เช่น เป็นพื้นที่ราบ ไม่เป็นพื้นที่ต่างระดับ ผนังโดยรอบทาสีที่เห็นได้ชัดและมีราวแข็งแรงอยู่ในระดับที่ผู้สูงอายุสามารถยึดจับได้สะดวก ใกล้กับห้องสุขาที่ใกล้เป็นชนิตนั่ง เป็นต้น ในขั้นนี้พยาบาลผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมทุกคนร่วมกันวางแผนจัดเตรียมเพื่อให้ทุกคนรับทราบขั้นตอนต่าง ๆ ขณะดำเนินการจัดกิจกรรมนันทนาการ ซึ่งจะส่งผลให้กิจกรรมดำเนินต่อเนื่องไปได้จนเสร็จสิ้นและบรรลุตามวัตถุประสงค์ของกิจกรรม

4. การดำเนินกิจกรรมนันทนาการ การดำเนินกิจกรรมนันทนาการให้สนุกสนานเพลิดเพลินจะต้องเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุโดยการทักทาย แนะนำตัวเอง แนะนำผู้สูงอายุแต่ละท่านให้รู้จักกัน เชิญชวนให้ผู้สูงอายุแต่ละท่านเข้าร่วมกิจกรรม อธิบายและ/หรือ สาธิตการร่วมกิจกรรม โดยเฉพาะกิจกรรมที่ซับซ้อนหรืออาจไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีความจำกัดบางอย่าง ควรสาธิตการปฏิบัติการร่วมกิจกรรมก่อนเชิญชวนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม ขณะที่กิจกรรมดำเนินอยู่ พยาบาลต้องอยู่ในบริเวณนั้นเพื่อคอยช่วยเหลือป้องกันอุบัติเหตุ ให้กำลังใจและการป้องกันการทำผิดกติกาเพราะถ้าหากเกิดขึ้นจะทำให้ผู้สูงอายุอื่น ๆ เกิดความไม่พอใจ ความสนุกสนานจะลดลง นอกจากนี้การจัดกิจกรรมนันทนาการให้ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์สูง ผู้สูงอายุมักจะให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ พยาบาลผู้ดำเนินกิจกรรมไม่ควรเพิกเฉยต่อข้อเสนอแนะนั้น ควรรับฟังความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ถ้าข้อเสนอแนะนั้น ๆ สามารถนำมาปฏิบัติได้โดยผู้สูงอายุอื่นในกลุ่มกิจกรรมเห็นด้วย พยาบาลควรผสมผสานข้อเสนอแนะนั้นเข้ากับกิจกรรมแต่ถ้าข้อเสนอแนะนั้นไม่เหมาะสม เช่น ทำให้ผู้สูงอายุที่ร่วมกิจกรรมอยู่เดิมสับสนหรือผู้สูงอายุอื่น ๆ ในกลุ่มไม่เห็นด้วย พยาบาลควรรับฟังและให้กำลังใจผู้สูงอายุที่เสนอแนะความคิดเห็นว่าจะนำไปปฏิบัติในกิจกรรมครั้งต่อไป แทนการปฏิเสธข้อเสนอแนะนั้น

5. การสิ้นสุดกิจกรรมนันทนาการ เมื่อกิจกรรมนันทนาการสิ้นสุดลงพยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมเกิดความภาคภูมิใจในตนเองและเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการร่วมกิจกรรม โดยให้การชมเชยและให้กำลังใจผู้สูงอายุที่ถูกคัดสรรตามกติกาว่าแพ้ให้มากกว่าผู้สูงอายุที่ชนะ อย่าปล่อยให้ผู้สูงอายุที่แพ้โคตรเดียวและให้กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมดชมเชยผู้สูงอายุที่ชนะ โดยการคบบมือให้ กล่าวชมเชย เปิดโอกาสให้เล่าเทคนิคที่ใช้จนทำให้ชนะ ฯลฯ จากนั้นพยาบาลผู้จัดกิจกรรมนันทนาการควรสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม โดยอาจเชิญให้ผู้สูงอายุกล่าวสรุปหรือพยาบาลสรุปให้เนื้อหาในการสรุปนอกจากจะกล่าวถึงประโยชน์ของกิจกรรมแล้วอาจขอการประเมินกิจกรรมตามความรู้ของผู้สูงอายุ และขอข้อเสนอแนะจากกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมก่อนที่จะกล่าวปิดหรือกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม

6. การประเมินผลการจัดกิจกรรมนันทนาการ การประเมินผลการจัดกิจกรรมนันทนาการโดยพยาบาลผู้จัดกิจกรรม ควรประเมินผลทุกขั้นตอนตั้งแต่ขั้นประเมินของผู้สูงอายุ เลือกกิจกรรม เตรียมการดำเนินกิจกรรมและการสิ้นสุดกิจกรรมว่าการจัดกิจกรรมนันทนาการ ประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใดจากสาเหตุที่ส่งเสริมหรืออุปสรรคใดบ้าง มีแนวทางส่งเสริมและแก้ไขอย่างไร เพื่อนำมาปรับปรุงให้การจัดกิจกรรมนันทนาการในครั้งต่อไปประสบความสำเร็จมากขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับดนตรีสำหรับผู้สูงอายุ

ดนตรีจัดเป็นศาสตร์แขนงหนึ่งที่แสดงออกถึงสุนทรียภาพ (Aesthetics) ซึ่งเป็นความงามที่ไม่สามารถมองเห็นด้วยตา แต่เป็นความงามที่มองเห็นด้วยจิตใจและพลังความคิด ดนตรีมีความสัมพันธ์กับมนุษย์ตั้งแต่เริ่มมีเผ่าพันธุ์มนุษยชาติ ไม่ว่าจะเป็นจังหวะชีวิต การเต้นของหัวใจ หรือแม้แต่ลมหายใจของมนุษย์ล้วนมีจังหวะที่สังเกตได้ มนุษย์ทุกคนตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยชราต้องการเสียงที่เป็นเสียงเพื่อคลายเหงา เช่น เสียงกริ่ง เสียงการไหลของก๊อกน้ำ เสียงน้ำตก และเสียงคลื่นกระทบฝั่ง เป็นต้น หรือเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ได้จากเสียงต่าง ๆ ในการทำงาน เพื่อการสื่อสารการหาความรู้โดยผ่านสื่อทางเสียง เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น เสียงต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมของมนุษย์จึงเป็นสิ่งเร้าสำคัญที่ทำให้เกิดพัฒนาการได้ มนุษย์เกิดการเรียนรู้ขึ้นทุกครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเสียงดนตรีนั้นจะให้คุณค่ามากเพราะได้รับการจัดระเบียบของเสียงไว้ เมื่อเสียงดนตรีผ่านเข้ามาสู่ประสาทรับฟังของมนุษย์ สมองในระบบลิมบิก (Limbic System) และก้านสมอง (Brain Stem) จะทำงานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความคิดและอารมณ์ของผู้ฟังจะเปลี่ยนแปลงไปตามประเภทของเสียงดนตรีที่ผ่านเข้ามากระตุ้น ผลทางสรีรวิทยาทำให้

มีการเปลี่ยนแปลงอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การไหลเวียนทางโลหิต การตอบสนองทางม่านตาและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ผลทางจิตใจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความคิด สร้างความอบอุ่นความมั่นคงทางจิตใจได้สูง มีผู้ให้ความหมายของดนตรีไว้ดังนี้

ราไพพรรณ ศรีโสภาค (2516) กล่าวว่าดนตรี คือ เสียงสูง ๆ ต่ำ ๆ ที่ได้รับการเรียบเรียงไว้อย่างมีแบบแผน เป็นเสียงที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกมนุษย์ โดยเนื้อแท้ถือเป็นสากลที่ทำให้ชนชาติต่าง ๆ สามารถติดต่อสื่อสารได้โดยไม่ต้องอาศัยคำพูด

สมโภช รอดบุญ (2518) กล่าวว่า ดนตรีเป็นศาสตร์แขนงหนึ่งที่แสดงถึงสุนทรียภาพ ซึ่งเป็นความงามที่ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตา แต่เป็นความงามที่เห็นด้วยจิตใจและความนึกคิด โดยที่คีตกวีต่าง ๆ ได้ประพันธ์อย่างวิจิตรงดงาม ผู้ฟังได้ยินเสียงแล้วเกิดความรู้สึกประทับใจ

สุกรี เจริญสุข (2532) กล่าวว่า ดนตรีหมายถึง งานศิลปะที่มนุษย์สร้างขึ้นโดยอาศัยเสียงเป็นสื่อถ่ายทอดความรู้สึกของศิลปิน เสียงดนตรีเป็นเสียงที่มีความงาม นำมาเรียบเรียงอย่างมีศิลปะขึ้นเป็นบทเพลง

ณรุทธิ์ สุทธจิตต์ (2535) กล่าวว่า ดนตรีเป็นวิชาการแขนงหนึ่งที่มีสาระเฉพาะของตัวเอง แม้ว่าในบางครั้งจะมีการจัดดนตรีรวมไว้ในศิลปะก็ตาม แต่โดยเนื้อแท้ของสาระดนตรีมีความแตกต่างจากศิลปะอย่างเห็นได้ชัด กล่าวคือ ศิลปะเป็นเรื่องของการรับรู้ทางด้านสายตา ส่วนดนตรีเป็นเรื่องของการรับรู้ทางการฟัง คือ โสตศิลป์และศิลปะการแสดง

มันโร (Munro, 1993 อ้างถึงใน วุฒิชัย ไชยรินคำ, 2543) กล่าวว่า ดนตรีคือ ลักษณะของเสียงที่ประกอบไปด้วย ความถี่ (Pitch) จังหวะ (Tempo) การประสานเสียง (Harmony) ทำนอง (Melody) และลีลา (Rhythm) ซึ่งแสดงออกถึงความนึกคิด ประสบการณ์ ความหวังและความฝัน อันมีผลต่อสัมผัสต่อร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคมของมนุษย์ มนุษย์สามารถเข้าถึงเสียง ทำนองดนตรีได้ในระดับผิวเผิน ระดับอารมณ์ ระดับการทำงานของสมอง (Cerebrally) และในระดับลึก (Innermost Depth) และดนตรียังมีพลังที่มีผลต่อความสุขสบาย การเคลื่อนไหว การถูกรบกวนหรือการผ่อนคลาย

โดยสรุปแล้ว ดนตรี คือ เสียงทั้งสูงและต่ำที่ประกอบด้วยความถี่ (Pitch) จังหวะ (Tempo) การประสานเสียง (Harmony) ทำนอง (Melody) และลีลา (Rhythm) ได้รับการสร้างและเรียบเรียงไว้อย่างมีแบบแผน เป็นเสียงที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึก ฟังแล้วทำให้เกิดความไพเราะ เพลิดเพลิน สบายใจ เป็นศาสตร์ที่แสดงถึงสุนทรียภาพและความงามทางด้านจิตใจ

องค์ประกอบของดนตรี องค์ประกอบร่วมของดนตรี ประกอบด้วย (ครรชนี ลิ้มประเสริฐ, 2539; วุฒิชัย ไชยรินคำ, 2543)

1. จังหวะ (Rhythm) หมายถึง การเคลื่อนไหวของเสียงในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น เสียงเดิน เป็นจังหวะของชีพจร การตีกลองเป็นจังหวะรัว เป็นต้น จังหวะเป็นสิ่งประกอบสำคัญและเป็นสิ่งแรกของดนตรี หากจังหวะไม่ติดดนตรีก็อาจจะเสียได้ และจังหวะเพียงอย่างเดียวสามารถทำให้เกิดความรู้สึกชักนำอารมณ์ไปในด้านต่าง ๆ ได้ เช่น ความรู้สึกกว้างขวางจากจังหวะการเคาะระฆังบอกเวลายามค่ำคืน ความรู้สึกคลึกคลัก คึกคักจากจังหวะมาร์ช

2. ความเร็ว ช้าของจังหวะดนตรี (Tempo) โดยทั่วไปใน 1 จังหวะจะมีความเร็วอยู่ระหว่าง 50-120 เมโทรโนม เมโทรโนม (Metronom Measurement) เป็นเครื่องมือจับจังหวะทางดนตรีค่อนาที ซึ่งใช้เทียบเป็นมาตรฐานอย่างคร่าว ๆ โดยประมาณว่าเท่ากับอัตราการเต้นของหัวใจมนุษย์ (70-80 ครั้ง/นาที) เป็นจังหวะปกติจะทำให้รู้สึกสงบ ถ้าความถี่ของจังหวะเร็วกว่าอัตราการเต้นของหัวใจเรียกว่า จังหวะเร็ว (มากกว่า 80-90 ครั้ง/นาที) จะทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด (Johnson & Davis, 1996 อ้างถึงใน นาถฤดี พรหมเถาว์, 2545) ถ้าความถี่ของจังหวะช้ากว่าการเต้นของหัวใจเรียกว่าจังหวะช้า (40-60 ครั้ง/นาที) จะทำให้รู้สึกไม่มั่นคงหรือวิตกกังวล

3. ระดับเสียง (Pitch) หมายถึง เสียงสูงต่ำที่มีความถี่เป็นรอบต่อหนึ่งวินาที มีหน่วยเป็น เฮิรท์ (Hertz) เสียงที่มีความสูง คือ เสียงสูง เสียงที่มีความถี่ต่ำคือเสียงต่ำ มนุษย์สามารถได้ยินเสียงจากความถี่ประมาณ 20 – 20,000 เฮิรท์ เสียงที่ต่ำมากจะทำให้เกิดความรู้สึกน่ากลัว ไม่มั่นใจ หรืออาจสร้างบรรยากาศที่น่าเกรงขามได้ เสียงที่สูงระดับกลางจะให้ความรู้สึกสบายและเสียงสูงมากจะให้ความรู้สึกตื่นเต้น เร้าใจ

4. ความดังค่อย (Loudness) คือปริมาณความเข้มของเสียงที่วัดได้เป็นหน่วยเดซิเบล (Decibel) เช่น เสียงใบไม้ไหวจะดังประมาณ 20 เดซิเบล เสียงพูดคุยระดับปกติจะดังประมาณ 50 – 60 เดซิเบล สำหรับเสียงที่ดังจนเป็นอันตรายต่อประสาทการรับฟังจะมีขนาด 100 เดซิเบลขึ้นไป จิตแพทย์สามารถรู้สภาพจิตใจของผู้ป่วยจากความดังที่ผู้ป่วยพูดออกมาเป็นพฤติกรรมแสดงออกที่บ่งบอกอาการของโรคได้ทางหนึ่ง นอกจากจังหวะการพูด วิธีการพูดแล้ว ผู้ป่วยที่พูดเบามากจนผิดปกติหรือไม่พูดแสดงให้เห็นถึงความยุ่งยาก ความไม่สบายในจิตใจ

5. ทำนองเพลง (Melody) เกิดขึ้นจากการนำระดับเสียงสูง ๆ ต่ำ ๆ มาผสมผสานกับ จังหวะของเสียงแต่ละเสียง กล่าวคือ ทำนองเพลงในทางวิชาแต่งเพลง หมายถึงการนำเอาระดับเสียงสูงต่ำต่างกันมาจัดเรียงกันอย่างมีศิลปะ มีชีวิตชีวา โดยคำนึงถึงความสั้นยาวของเสียงแต่ละเสียงให้สอดคล้องสัมพันธ์กัน การสร้างทำนองเพลงที่ดีมักเกิดจากแรงขับภายในที่เรียกว่า Moti ของนักประพันธ์เพลง ทำนองที่มีลีลาซึ้งช้า เสียงไปทางบรรยากาศเศร้าเรียกว่า Minor Mode ทำนองที่ประกอบด้วยจังหวะรวดเร็วและมีบรรยากาศทาง Major Mode จะให้ความรู้สึกสดชื่น รื่นเริง

6. น้ำเสียง (Tone Colour) น้ำเสียงจะช่วยให้ดนตรีมีความหลากหลาย ทำให้เราเข้าใจว่ามนุษย์มีความแตกต่างกันชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้ที่สามารถแยกแยะน้ำเสียงได้แสดงว่ามีสมาธิ (Meditation) และการรับรู้ตนเกี่ยวกับเวลา สถานที่ (Orientation) ได้ดี การทดสอบว่าบุคคลจะมีสมาธิหรือ Orientation ดีเพียงใดก็สามารถใช้น้ำเสียงเป็นแบบทดสอบได้ น้ำเสียงที่หลากหลายไม่ว่าจะเกิดจากเครื่องดนตรีหรือเกิดจากกลุ่มผู้ปวยที่เข้ากลุ่มสามารถสร้างความคิดรวบยอดแก่ผู้ปวยได้ โลกของผู้ปวยย่อมมีสิ่งแตกต่างกันไป พฤติกรรมของผู้อื่นที่แสดงไม่เหมือนตนจะสะท้อนให้เกิดความเข้าใจลึกซึ้ง (Insight) ได้หากได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกวิธี

7. ทิศทางของเสียงดนตรี (Direction) ขึ้นอยู่กับการให้ทิศทางของแหล่งกำเนิดเสียงดนตรี ตัวกลางที่เสียงเดินทางผ่าน เช่น อุณหภูมิห้อง ความชื้น ตลอดจนลักษณะความกว้าง ขาว และสูงของห้อง วัสดุที่ใช้ของฝาห้อง เพดานห้อง เป็นต้น เสียงดนตรีมีการหักเหการเดินทางได้ เช่นเดียวกับแสง ทำให้ความดังของเสียงในแต่ละจุด แต่ละพื้นผิวในห้องไม่เท่ากัน

8. เสียงประสาน (Harmony) หมายถึง แนวทำนองตั้งแต่สองแนวขึ้นไป นำมาบรรเลงหรือร้องออกเสียงพร้อม ๆ กันในช่วงเวลาเดียวกัน ทำให้เกิดลักษณะเสียงผสมขึ้น ซึ่งอาจสร้างความไพเราะหรือไม่ขึ้นอยู่กับการกระทบกันของเสียงประสานนั้น ๆ ยิ่งเสียงที่มีความถี่ใกล้เคียงกันมากเท่าใดจะมีความกระด้างมากกว่าความถี่ที่ห่างกัน

9. ความรู้สึกทางดนตรี (Expression) หมายถึง การแสดงทางด้านความรู้สึกทางอารมณ์ ความคิด ในขณะที่เล่นดนตรีหรือขับร้อง ซึ่งมีการแสดงออกมากมาย เช่น จังหวะช้าหรือเร็ว ความดังค่อย การเร่ง การหน่วงให้เสียงดนตรีและเสียงประสานไปในแนวของอารมณ์ต่าง ๆ เช่น ความสุขสงบ ความสบายใจ เศร้า ขุนเฉียว โกรธ คื่นแค้น เป็นต้น

การเลือกใช้ดนตรีเพื่อให้เกิดประโยชน์นั้น ผู้ใช้อาจเลือกจากองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น การนำเสนอจังหวะที่สม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดสมาธิหรือใช้ระดับเสียงไปกระตุ้นให้เกิดความสงบ สบายใจ เพื่อช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ที่ดีขึ้น หรือการใช้หลายองค์ประกอบร่วมกัน เช่น นำทำนองเพลงและเสียงประสานรวมกันจากเพลงดนตรีประเภทอมตะ (Classic Music) ไปช่วยให้เกิดจินตนาการสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้สอดคล้องกับสภาพจิตใจและสังคม

ประโยชน์ของดนตรีต่อผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุเมื่อร่างกายชราภาพลง สมรรถภาพของร่างกายในการทำงานของอวัยวะส่วนต่าง ๆ จะเสื่อมลงตามวัย หัวใจจะเต้นช้าลง ดนตรีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุควรมีอัตราความเร็วของจังหวะเดียวกับอัตราการเต้นของหัวใจ (สุกรี เจริญสุข, 2539 อ้างถึงใน นาถฤดี พรหมเดาว์, 2545) แนวทำนองของเพลงไม่ควรมีความวิจิตรพิสดารมาก ควรเป็นดนตรีที่เรียบง่ายแต่ไพเราะ เพราะเหตุว่าผู้สูงอายุไม่ต้องการความโลดโผนของชีวิต ต่างก็

ชื่นชมและคำนึงถึงความหลังของชีวิต คนตรีมีคุณสมบัติช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดแก่ผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ เมื่อนำคนตรีมาใช้ในการบำบัดรักษาจะส่งเสริมความรู้สึกที่ดีต่อผู้สูงอายุ ลดความรู้สึกถูกแบ่งแยกในผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้เกิดการปรับอารมณ์ให้อยู่ในสภาวะที่เหมาะสมกับพัฒนาการของผู้สูงอายุ (นาถฤดี พรหมเถาว์, 2545) คุษฎี พนมยงค์ บุญทศกุล (2539) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของคนตรีต่อผู้สูงอายุไว้ ดังต่อไปนี้

1. เสียงคนตรีจะเป็นเพื่อนที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ เสียงคนตรินั้นมีอำนาจและมีพลัง มนุษย์ได้ประโยชน์จากเสียงคนตรีมาเป็นเวลาช้านาน สามารถประดิษฐ์เสียงคนตรีให้ดังมาขึ้นมาได้ดังในพิธีกรรมต่าง ๆ เสียงระฆัง เสียงกลอง เป็นเครื่องดนตรีที่มีอยู่ในวัด ในโบสถ์ พระสวดเพลงสวดล้วนแต่มีความเกี่ยวข้องกับคนตรีทั้งสิ้น ดังนั้นเสียงคนตรีจึงสามารถเป็นเพื่อนแก่ผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

2. เสียงของคนตรีจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินความคิดสร้างสรรค์ได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่ขาดช่วง ซึ่งความคิดสร้างสรรค์เป็นเรื่องของชีวิต เมื่อชีวิตขาดความคิดสร้างสรรค์ ชีวิตก็ไร้ความหมาย คนตรีจะช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความคิดสร้างสรรค์ เป็นการยืดเวลาของชีวิตออกไป ช่วยกระตุ้นการระลึกถึงความหลังของผู้สูงอายุ

3. คนตรีเป็นเรื่องของความเพลิดเพลิน ซึ่งผู้สูงอายุจะรู้สึกชุ่มชื่นเมื่อได้ฟังเสียงคนตรี ความรู้สึกดี ความรู้สึกสดชื่นมีความจำเป็นสำหรับวัยสูงอายุ เพราะเสียงและจังหวะของคนตรีมีอิทธิพลที่จะเข้าไปกระตุ้นการเต้นของหัวใจ การไหลเวียนของโลหิตและการทำงานของสมอง เมื่อมีความรู้สึกดีทุกอย่างก็จะติดตามไปด้วย

4. คนตรีเป็นเรื่องของธรรมชาติ เวลาเปลี่ยนวัตถุประสงค์ของการใช้ คนตรีก็จะเปลี่ยนตามไปด้วย คนตรีในสมัยก่อนเป็นเรื่องของจิต คนตรีจะมีเสียงน้อย ๆ เบา ๆ เช่น เสียงของพิณ ขอ เพราะว่าเสียงที่มีน้อยและเบาจะทำให้กลืนน้อยและเบาตามไปด้วย มีการใช้เสียงคนตรีเพื่อสมาธิ

ความเป็นมาและประวัติของอังกะลุง

อังกะลุง เป็นดนตรีไทยประเภทหนึ่ง ที่มีความไพเราะ ทั้งยังเสริมสร้างสมาธิ และความสามัคคีให้กับผู้ฝึกหัด วิธีการฝึกหัดก็มีขั้นตอนง่าย ๆ คำใช้จ่ายในการจัดหาอุปกรณ์ก็ไม่สูงมากนัก เป็นเครื่องดนตรีประเภทดี มีเสียงซึ่งเกิดจากการกระทบกันของไม้ไผ่กับรางไม้ ต้นแบบมาจากประเทศชวา (ประเทศอินโดนีเซีย) ซึ่งเรียกว่า “อุงคะลุง” (พุนพิศ อมาตยกุลและคณะ, 2528) อังกะลุงเข้ามาในประเทศไทยเมื่อราว พ.ศ.2451 โดยท่านครูจางวางสร ศิลปบรรเลง

(หลวงประดิษฐไพเราะ) เป็นผู้นำเข้ามาเมื่อครั้งได้โดยเสด็จพระราชดำเนิน สมเด็จพระอนุชาธิราช เจ้าฟ้าภาณุรังษีสว่างวงศ์กรมหลวงภาณุพันธุวงศ์วรเดช (อนุชาร่วม พระชนกชนนีกับพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 5) ซึ่งได้เสด็จพระราชดำเนินประพาสประเทศชวา กล่าวกันว่า อังกะลุงชวาที่นำเข้ามาครั้งแรก เป็นอังกะลุงชนิดคู่ (ใช้ไม้ไผ่เพียง 2 กระบอก) มีขนาดใหญ่มาก และค่อนข้างหนักเกินกว่าจะเขย่าโดยวิธียกได้ นอกจากจะใช้วิธีเล่นแบบชวา คือมือหนึ่งถือไว้ อีกมือหนึ่งไกวให้เกิดเสียง อังกะลุงที่นำเข้ามาครั้งนั้น มีเพียง 5 เสียง ทำด้วยไม้ไผ่ล้วน แม้แต่รางที่เป็นตัวกลอกไปมาของฐาน ไม่มีเครื่องประกอบตกแต่งใด ๆ เช่นหางนกยูง หรือธงชาติอย่างปัจจุบัน

ต่อมาได้มีการพัฒนาอังกะลุง โดยการขยายจำนวนไม้ไผ่เป็น 3 กระบอก ลดขนาดให้เบา และเพิ่มเสียงครบทั้ง 7 เสียงในช่วงสมัยรัชกาลที่ 6 เชื่อว่าน่าจะได้มีการพัฒนาการทำให้เกิดเสียง โดยการเขย่าแทนวิธีไกวด้วย นับว่าคงจะเป็นต้นแบบของอังกะลุงแบบของไทย หลวงประดิษฐ์ไพเราะ ได้นำวงอังกะลุงจากวังบูรพาภิรมย์ ไปแสดงครั้งแรกที่งานกฐินหลวงที่วัดราชาธิวาส ตรงกับสมัยรัชกาลที่ 6 แต่ไม่ทราบปี พ.ศ. ที่แน่นอน ในปัจจุบันวงอังกะลุงได้เป็นที่รู้จักของคนทั่วไป และเป็นที่ชื่นชอบของคนที่ได้ฟังเสียงเพราะเสียงที่เกิดจากการกระทบของกระบอกไม้ไผ่กับราง มีเสียงไพเราะที่แปลกไปจากเครื่องดนตรีชนิดอื่น อังกะลุง 1 ชิ้น หรือ 1 ดับ จะมีเพียง 1 เสียง ด้วยเหตุนี้ผู้เล่นอังกะลุงเพียง 1 คน จึงไม่สามารถจะบรรเลงให้เกิดเพลงไพเราะได้ เนื่องจากผู้เล่น 1 คน จะถืออังกะลุงได้เพียง 2 เสียงเท่านั้น การจะบรรเลงอังกะลุงให้เป็นเพลงไพเราะจึงต้องใช้ผู้เล่นจำนวนตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป (พูนพิศ อมาตยกุลและคณะ, 2528) ซึ่งการบรรเลงอังกะลุงมีเทคนิคที่ควรทราบ ดังนี้

1. การบรรเลงอังกะลุงจำเป็นต้องใช้ความสามัคคีของผู้ร่วมบรรเลงอย่างมาก จึงจะทำให้เกิดเพลงที่ไพเราะน่าฟัง
2. ผู้บรรเลงจะต้องมีสมาธิ จำเพลงได้แม่นยำ
3. ผู้บรรเลงจะต้องบรรเลงเพลงไปในทางเดียวกัน คือ การเขย่าอังกะลุงจะต้องทำให้เกิดเสียงที่สอดคล้องกันอย่างนุ่มนวล ทั้งการเขย่า เก็บ กรอ หรือสะบัด การเขย่า กรอ เป็นวิธีการเขย่าที่ทำให้เกิดเสียงที่ละเอียดและไพเราะมาก

จากคุณสมบัติดังกล่าวของอังกะลุง สุรพิน แท่นสุรกุล (2540) จึงได้นำอังกะลุงมาใช้เป็นเครื่องดนตรีในการจัดกิจกรรมดนตรีบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ซึ่งมีปัญหาด้านพฤติกรรม การแสดงออกทั้งด้านร่างกายและสภาวะทางอารมณ์ เช่น ก้าวร้าว แยกตัว เชื่องช้า โดยให้ผู้ป่วยฝึกเล่นอังกะลุงร่วมกันเป็นกลุ่ม จำนวน 26 คน ในจังหวะ/ทำนองช้า 1 เดือน จังหวะ/ทำนองปานกลาง 1 เดือน และจังหวะ/ทำนองเร็ว 1 เดือน ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการวัดพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในทุกช่วงการทดลอง และผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มดนตรีบำบัดโดยใช้อังกะลุงมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทดลองจัดกิจกรรมนันทนาการ โดยใช้การเล่นอังกะลุง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมนันทนาการด้วยการเล่นดนตรีไทยด้วยอังกะลุงร่วมกันเพื่อให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ได้แสดงออกทางอารมณ์ ร่างกายและความคิด เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถในการปรับตัวได้ดีขึ้น ลดความซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเริ่มกิจกรรมนันทนาการโดยใช้การเล่นดนตรีไทยด้วยอังกะลุง เริ่มด้วยการฝึกให้ผู้สูงอายุรู้จังหวะ โดยใช้อวัยวะของร่างกาย เช่น มือ การเคลื่อนไหวร่างกายตามจังหวะ จากจังหวะช้า ปานกลางและจังหวะเร็ว แล้วจึงฝึกจังหวะสั้น จังหวะยาว จังหวะหยุด วิธีการขยับมือลักษณะต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดสมาธิ ความจำ และเบี่ยงเบนความสนใจจากเรื่องราวที่ผู้สูงอายุยึดติดอยู่ ลดความเครียดทางอารมณ์และจิตใจ เริ่มหันมาสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในกลุ่ม ตลอดจนได้รับการกระตุ้นให้กล้าแสดงออก โดยการปฏิบัติกิจกรรมตามจังหวะและอารมณ์ของจังหวะนั้น ๆ

การเคลื่อนไหวจังหวะของร่างกาย การปรบมือ และการเขย่าอังกะลุง โดยเปลี่ยนไปตามจังหวะช้า เร็ว จะช่วยให้ผู้สูงอายุตื่นตัว ได้เปลี่ยนอิริยาบถ ได้เรียนรู้ถึงการทำงานประสานกันของอวัยวะต่าง ๆ และจิตใจ มีสัมพันธ์กับความคิดที่จะเคลื่อนไหว ช่วยให้อารมณ์และจิตใจมีความสมดุลกัน การให้ผู้สูงอายุได้เล่นเครื่องดนตรีด้วยตนเอง ได้ฝึกหัดและแสดงอารมณ์ความรู้สึกของตนเองผ่านเครื่องดนตรีออกมาภายนอก ก่อให้เกิดความเพลิดเพลินและมีความสุขจากการที่ได้สามารถแสดงออกมาเช่นเดียวกับการให้ผู้สูงอายุได้ร้องหรือออกเสียงให้เข้ากับจังหวะของดนตรี จะทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสฝึกการออกเสียงสูง ต่ำ ดัง ค่อย ทั้งยังเป็นการระบายความเครียดในจิตใจโดยผ่านการร้องออกเสียงเป็นจังหวะและทำนองเพลงอีกด้วย นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามักขาดสมาธิ กระบวนการกลุ่มและการฝึกเล่นดนตรีไทยด้วยอังกะลุงจะทำให้ผู้สูงอายุกลับมามีสมาธิได้มาก โดยเริ่มจากกิจกรรมที่เกี่ยวกับจังหวะ การฟัง การเล่นเครื่องดนตรี โดยเฉพาะการฟังดนตรีนั้น ถ้าเป็นไปอย่างตั้งใจโดยที่อารมณ์ของผู้ฟังจดจ่ออยู่กับทำนองเพลง ติดตามทำนองเพลงหรือติดตามลีลาการบรรเลงของเครื่องดนตรีไปตลอดนั้น เป็นการกำหนดจิตใจให้จดจ่ออยู่กับที่ ซึ่งทำให้เกิดสมาธิได้ (วรุข สุมาวงศ์, 2525) สำหรับผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลหรือเครียดตลอดเวลา และไม่สามารถผ่อนคลายได้นั้น เมื่อเข้ากระบวนการของดนตรีและกระบวนการกลุ่มจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลายความตึงเครียด เนื่องจากกิจกรรมดนตรีจะดึงความสนใจของผู้ป่วยมาจากสิ่งที่กังวลอยู่ ผู้สูงอายุจะได้รับความเพลิดเพลินแม้จะเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ แต่ก็ยังเป็นประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุจะสามารถนำไปใช้ในการลดความวิตกกังวลในโอกาสต่อไปได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังสามารถใช้

ดนตรีเป็นเครื่องมือในการระบายความรู้สึกที่อยู่ภายในจิตใจออกมาภายใต้กฎเกณฑ์ของดนตรี ซึ่งเป็นที่ยอมรับของกลุ่มและสังคมด้วย

อาการสำคัญอีกอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า คือ คิดว่าตนเองไม่มีค่า และมีแต่ความล้มเหลว อาการและความคิดเหล่านี้สามารถแก้ไขได้ด้วยกระบวนการทางดนตรี ซึ่งกิจกรรมนันทนาการโดยใช้การเล่นดนตรีไทยด้วยอังกะลุงเป็นกิจกรรมที่มุ่งพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุ (Self-Development) และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) ให้ผู้สูงอายุ