

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา

ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

ผลของดนตรีบำบัดต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

กาญจนา พิบูลย์

- 4 พ.ค. 2552

AG 0058482

25 4 19 2

PK-0118971

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากเงินรายได้ ของ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยบูรพา ปีงบประมาณ 2548

เริ่มบริการ

๓๐ ส.ค. ๒๕๕๒

## ประกาศคุณูปการ

งานวิจัยฉบับนี้ ดำเนินการสำเร็จลุล่วงด้วยอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะ นางสาว พวงทอง อินใจ นักจิตวิทยาให้คำปรึกษาที่ร่วมดำเนินการในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยเฉพาะในส่วนของใน การทำกิจกรรมกลุ่มให้คำปรึกษา รศ. ดร. อนงค์ วิเศษสุวรรณ ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะอันเป็น ประโยชน์ต่องานวิจัยฉบับนี้ อาจารย์ สัตย์ไชย เอื้อศิลป์ และ อาจารย์ภัทระ คมขำ คณะศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ได้จัดทำดนตรีไทยสำหรับในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ รศ.ดร. ไพรัตน์ วงษ์นาม คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้คำปรึกษาด้านสถิติการวิจัย นายแพทย์พิสิษฐ์ พิธิยาพรรณ ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่อนุญาตและอนุมัติทุนในการ ศึกษาวิจัยครั้งนี้ นางสาวสุภาพร กุลวงศ์ นักวิชาการศึกษาศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ การช่วยเหลือและประสานงานในระหว่างการศึกษาวิจัย ตลอดจนบุคลากร ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีส่วน เกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่าน ทำยที่สุดผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุก ท่านที่เข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลงานวิจัยครั้งนี้จะนำมาซึ่งประโยชน์สุขต่อ ผู้มารับบริการ และผู้ให้บริการบนพื้นฐานของการบริการที่มีมาตรฐานต่อไป

กาญจนา พิบูลย์

ชื่อเรื่อง: ผลของดนตรีบำบัดต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

หัวหน้าโครงการวิจัย: นางสาวกาญจนา พิบูลย์

สาขา: วิทยาศาสตร์การแพทย์

ทุนอุดหนุนการวิจัย: งบประมาณเงินรายได้ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา พ. ศ 2548

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ และศึกษาประสิทธิผลของดนตรีบำบัดต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มตัวอย่างในช่วงแรกคือผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 130 คน กลุ่มตัวอย่างในช่วงทดลองคือผู้สูงอายุ ที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า เล็กน้อย ถึงปานกลาง จำนวน 10 คน ผู้สูงอายุที่อาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษา ต้องเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 8 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ และครั้งที่ 9 เป็นการติดตามผล ซึ่งต้องใช้เวลาหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้ สถิติพรรณนา และ One - way repeated ANOVA ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-65 ร้อยละ 41.5 เป็นเพศหญิง จำนวนร้อยละ 59.2 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 62.3 การศึกษาระดับประถมศึกษาถึงจำนวนร้อยละ 43.1 มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรค เบาหวาน และความดันโลหิตร่วมกันมากที่สุด จำนวนร้อยละ 45.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยจำนวนร้อยละ 49.2 ระดับปานกลางร้อยละ 3.8 ระดับรุนแรงร้อยละ 0.8 ผลการศึกษาหลังจากดำเนินการทดลองพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัดมีระดับค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าระยะหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 และค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการทดลอง แต่สูงกว่า ระยะหลังการทดลอง อย่างไรก็ตามมีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรมดนตรีบำบัดสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพควรนำ โปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการพยาบาลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งที่ได้รับใน ชุมชนละในคลินิกอื่น ในแผนกผู้ป่วยนอก ต่อไปในการศึกษาครั้งต่อไป ควรคำนึงถึงการศึกษาเปรียบเทียบผลของดนตรีบำบัดในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่างอาจเป็นในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในหอผู้ป่วย

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ดนตรีบำบัด, ผู้สูงอายุ

**Title:** The effect of music therapy on depressed older adults  
**Researcher:** Kanchana Piboon  
**Concentration:** Health Science  
**Grant:** Health Science Center, Burapha University by year 2005

#### ABSTRACT

This study is quasi - experimental research study whose purpose was to investigate the effect of music therapy on depressed older adults. The initial sample was 130 older adults from 60 years old and over who were diagnosed with depression by the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS). Ten older adults who had mild and moderate depressive score were volunteered to join into music therapy group. All subjects participated in music therapy group 8 times within 5 weeks and were followed up within 4 weeks after the treatment finished. Both descriptive statistics and one way - repeated measure ANOVA were used to analyze the data. The result showed that the mean of the 10 older adults' depression scores before and after music therapy treatment were significantly different and that the level of depression among older adults in the follow up 4 weeks after treatment was lower than the depressive score before treatment, but higher than depressive score immediately after treatment. It was conclude that music therapy reduces depression in older adults with the implication that registered nurses should apply music therapy in nursing care for depressed older adults living in the community and other outpatients department. The next phase of research study, quasi- experimental research study is recommend in order to include a control group again which is to compare the effect of music therapy and other treatment. Also inpatients may be use as subject in future research to justification the effect of music therapy on most severely depressed patients.

**Keywords:** depression, music therapy, older adult.

# สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฉ

## บทที่

1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	10
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า.....	22
แนวคิดเกี่ยวกับดนตรี.....	45
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	68
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	68
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	69
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	70
การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	73
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	76

## สารบัญญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผลของ ผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วม โปรแกรมดนตรีบำบัด.....	81

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การสหประชาชาติได้ประมาณการไว้ว่าสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุในโลกจะมีแนวโน้มสูงขึ้น จากประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2518 มีจำนวน 350 ล้านคนจากประชากรทั่วโลก 4,100 ล้านคนและในปี 2568 ประชากรโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าตัวภายในระยะเวลาเพียง 50 ปี โดยมีจำนวนประชากรโลกประมาณ 8,200 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 100 เปอร์เซ็นต์ และมีสัดส่วนเป็นผู้สูงอายุถึง 1,100 ล้านคนซึ่งเป็นสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นถึง 224 เปอร์เซ็นต์ (บรรลุ สิริพานิช , 2540) จึงทำให้โลกกำลังจะกลายเป็น โลกของผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้นี้ ขณะเดียวกับประชากรในวัยอื่น ๆ ย่อมต้องเปลี่ยนไปตามสภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ประชากรวัยเด็กและวัยทำงานลดลง การเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อ โครงสร้างทั้งทางสังคม และ เศรษฐกิจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สำหรับในประเทศไทยนั้น ได้มีการสำรวจจำนวนประชากรผู้สูงอายุเมื่อปี พ. ศ 2547 โดยคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547) พบว่าจำนวนประชากรของประเทศทั้งหมดในปัจจุบันมีจำนวน 62 ล้านคน และเป็นประชากรผู้สูงอายุจำนวน 6.5 ล้านคน ซึ่งเท่ากับ 10.1 เปอร์เซ็นต์ ของประชากรทั้งหมด และจากการคาดคะเนสัดส่วนของประชากรสูงอายุพบว่าอีกประมาณ 20 ปี ข้างหน้า สัดส่วนของผู้สูงอายุของประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นอีกเท่าตัวคือประชากรจากประมาณ 6.5 ล้านคนใน พ.ศ. 2547 เป็น 14 ล้าน ใน พ. ศ. 2568 ซึ่งเห็นได้ว่าแนวโน้มของประชากรและผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ประกอบกับอายุเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นจากการศึกษาของสถาบันประชากรศาสตร์พบว่า ในปี พ.ศ. 2538-2543 ชายไทยมีอายุเฉลี่ย ที่ 67.30 ปี ขณะที่ หญิงไทยมีอายุเฉลี่ยที่ 71.70 ปีและคาดว่า ในปี พ.ศ. 2543-2548 ชายไทยมีอายุเฉลี่ย ที่ 68.10 ปี และ หญิงไทยมีอายุเฉลี่ยที่ 72.30 ปี การที่จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มากขึ้นในประเทศไทยนั้นเกิดมาจากผลความสำเร็จของการวางแผนครอบครัว พัฒนาการทางเศรษฐกิจและ

สังคม ประกอบกับอัตราการเกิดของประชากรลดลง รวมทั้งในปัจจุบันการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการสาธารณสุขมีความก้าวหน้ามาก ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาสุขภาพ และการส่งเสริม ป้องกัน โรค อย่างทั่วถึง ทำให้ผู้สูงอายุ สามารถดำรงชีวิต ได้ยืนยาวมากขึ้น

จากปัญหาการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไปสู่สถานะที่มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ ทรัพยากรแรงงานและวัยเด็กลดลง การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้โครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยเปลี่ยนแปลง เปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตร ไปสู่ภาคอุตสาหกรรม ส่งผลให้ ลักษณะครอบครัวขยาย เป็นครอบครัวเดี่ยว มีการเคลื่อนย้ายของแรงงาน โดยเฉพาะคนหนุ่มคนสาวที่ละทิ้งบ้านเกิดเข้าไปสู่สังคมเมือง ทำให้ผู้สูงอายุขาด คนดูแล และถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยว และดำเนินชีวิตอยู่ตามลำพัง จากการที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหา ต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับการ เปลี่ยนแปลงทั้งทาง เศรษฐกิจ และสังคมในปัจจุบันทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจ และค่านิยมต่าง ๆ ซึ่งส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเครียด กับหัวใจ และแยกตัวออกจากสังคม และเกิดอาการท้อแท้ในที่สุด ประกอบกับ วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญ กับการดำเนินชีวิตในรูปแบบใหม่ ๆ คือต้องออกจากงาน รายได้ต่างๆ ลดลงเมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถประกอบ อาชีพได้ ทำให้ไม่มีรายได้ ขณะเดียวกันแม้ภาครัฐยังมีนโยบายให้เงินสนับสนุนผู้สูงอายุในการเลี้ยงชีพแต่ยังไม่ครอบคลุมในทุกภาคส่วน อีกทั้งยังจำนวนเงินที่รัฐบาลสามารถสนับสนุนให้ผู้สูงอายุในการเลี้ยงชีพนั้น เพียง 300 บาทต่อเดือนซึ่งไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ กับภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน นอกจากนี้ปัญหาหลัก ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเองที่มีภาวะเสื่อม โทรม ลงตามวันและเวลาทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น การ เคลื่อนไหวที่ช้าลง สายตาเริ่มมอง ไม่ชัด การ ได้ยินลดลง เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาเรื่องภาวะสุขภาพ เช่น การเจ็บป่วยด้วย โรคเรื้อรัง และความ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ซึ่งอาจเกิดจากปัญหาการเจ็บป่วยเดิม (Jitapunkul et al., 2001) จากการ สืบสวนที่ผ่านมามีพบว่าผู้สูงอายุที่อายุเฉลี่ย 75 ปี มีการเจ็บป่วยด้วย โรคเรื้อรังอย่างน้อย 3 โรค และต้อง



รับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์อย่างน้อย 5 ชนิด (Lehman & Poindexter, 2006) นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับปัญหาทั้งทางด้านจิตใจ และสังคมอีกด้วย (Moon, 2001; Moriki-Durand, 2004)

อีกทั้งวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการสูญเสียสิ่งสำคัญในชีวิต เช่นการสูญเสียคนที่รัก เนื่องจากการตายจาก สูญเสียบุตรเนื่องจากการแยกไปมีครอบครัว การสูญเสียหน้าที่การงาน การสูญเสียบทบาท หรือสถานภาพ ทางสังคม ตลอดจนการสูญเสียการเป็นที่พึ่งของครอบครัว สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ( ธนู ชาติธรรานนท์, 2540) และหากผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความโดดเดี่ยว มีภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงจนเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง แยกตัวออกจากสังคม เป็นผลให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจที่รุนแรงและ อาจแก่อันตรายต่อชีวิตได้ ( McConnell & Matteson, 1988)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นสภาวะผิดปกติทางด้านจิตสังคมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุทั่วไป (Butler & Lewis, 1995) สามารถพบปัญหาทั้งในชุมชน สถานพยาบาล และในโรงพยาบาล (Miller, 1999) คิดเป็นประมาณร้อยละ 20-40 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (Eliopollos, 1993; Kranch, 1995) จากผลการวิจัยพบว่า อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในสถานพยาบาล ร้อยละ 1-5 และ ในชุมชนมีอัตราความชุกร้อยละ 12-13 ต่อปี (Miller, 1999) ในประเทศไทยปัจจุบันนี้ แม้ว่าภาวะปัญหา ภาวะซึมเศร้าจะได้รับความสนใจจากหน่วยงานทางด้านสุขภาพมากขึ้น แต่ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในประเทศไทยยังคงมีอัตราสูง จากผลการศึกษาวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 12.8 % ถึง 84.8 % (Charoenkhum, 1992; Jantarapat et al., 2004; Jitapunkul, Chayowan & Yortphet., 2002 ;Linsuwanont, 2000; Pichai, 2003; Pinyopornpanish et al., 2003; Sukhatunga, 1999 ;Thavichachat et al., 1990; Thaweboon & Peachpansri, 1999; Thongtang et al., 2002)

เมื่อผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า จะมีอาการหมดหวัง ( Van Andel & Pothovan, 1995) เมื่้ออาหาร น้ำหนักลด นอนหลับยาก ขาดความสนใจในสิ่งที่เคยทำเป็นประจำ น้อย อ่อนแรง ไม่กระตือรือร้น รู้สึกผิด

หรือเกิดอาการก้าวร้าว บางคนที่มีอาการรุนแรง อาจมีอาการของการอยากฆ่าตัวตายร่วมด้วย (American Psychiatric Association, 1994) ปัญญาเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดลงและเมื่อผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าและไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตประสาทที่รุนแรงมากขึ้น มีโอกาสที่จะเกิดขึ้นซ้ำก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากทั้งต่อบุคคลและสังคม และยังส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้นไปด้วย

สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำนาย ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งสามปัจจัย คือ ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางจิตวิทยา และ ปัจจัยทางสังคม สำหรับในประเทศไทยนั้นจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสาเหตุ หรือ ปัจจัยที่ทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุครอบคลุม ปัจจัยเช่น เพศ สถานภาพสมรส อายุ รายได้ สถานะการทำงาน งานอดิเรก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การมีสัมพันธภาพในครอบครัว ไม่ได้ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ปัจจัยการรับประทานยาเป็นประจำ ภาวะการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย รวมทั้งการที่มีปัญหาทางจิตเวชมาก่อน เป็นปัจจัยสำคัญที่ร่วมทำนาย ( กมลสิน สาตรา, 2531; ชัดเจน จันทรพัฒน์, สนุดตรา ตะบูนพงศ์ & วันดี สุทธิรังษี, 2547; เยาวรัตน์ ชันธิวิชัย, 2544 ; ศรีวรรณ ดันศิริ, 2535 ; Jarernswan & Nimmun, 2003; Pinyopornpanish et al., 2003; Thaweeboon & Peachpansri, 1999 ; Thongtang et al., 2002 ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฟราย ( Fry, 1986 ) พบว่าผู้สูงอายุ มากกว่า 85 % ที่มีความซึมเศร้าจะมีปัญหาภาวะสุขภาพควบคู่กันไป และจากการศึกษาของ โดอันและ เว็ดแดน (Doan & Wadden , 1989) พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ปวดศีรษะ ปวดข้อ และปวดหลัง มีระดับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากปัจจัยความเจ็บป่วยทางกายของผู้สูงอายุแล้ว ปัจจัยอย่างอื่นก็มีส่วนทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยเช่นกัน เช่น ผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะการศึกษาในชาติตะวันตก เช่น ในสหรัฐอเมริกา เฮนดerson (Handerson, 1996) กล่าวว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงเมื่อแต่งงานแล้ว เมื่อคู่สมรสเสียชีวิต ภรรยาอยู่อย่างโดดเดี่ยว แยกตัวออกจากสังคม สูญเสียที่โดดเดี่ยวและซึมเศร้าในที่สุด ปัจจัยทาง

สังคมและปัจจัยพื้นฐานที่เป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จะคล้ายคลึงกับในวัยอื่นๆ (Johnson, 1999) เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง โดยเฉพาะผู้ที่เป็นหม้าย ไม่แต่งงาน มีภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน และขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยเหล่านี้จะเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

สำหรับการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านั้น ในปัจจุบันมีการรักษาหลายวิธีซึ่งเป้าหมายของการบำบัดรักษาเพื่อ ลดอาการของภาวะซึมเศร้า ลดอัตราเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าซ้ำ การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า การฟื้นฟูภาวะสุขภาพ และลดอัตราค่ารักษาพยาบาล และ อัตราการตาย วิธีที่ให้การรักษาภาวะซึมเศร้าในปัจจุบันมีหลักการรักษาครอบคลุมทาง จีวจิตสังคม(biopsychosocial approach) ได้แก่ การรักษาทางกายด้วยการรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยการช็อกไฟฟ้า และการรักษาด้วยวิธีจิตวิทยา สังคม (สุดสบาย จุกกัทัพพะ, 2540) เช่น การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัด การแก้ไขปรับปรุงพฤติกรรม และแนวคิด การใช้พฤติกรรมบำบัด การฝึกหายใจสงบ การจินตนาการทางบวก การทำไบโอฟีดแบค การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การรักษาด้วยวิธีประสาทสัมผัส การจัดโปรแกรมนันทนาการต่างๆ เช่น การเล่นเกมส์ ศิลปะบำบัด การทำการฝีมือ เทคนิคการผ่อนคลาย การออกกำลังกาย การแต่งกลอน และการใช้ดนตรีบำบัด เป็นต้น ซึ่งการบำบัดอาจใช้ทั้งสองวิธีร่วมกัน หรือรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง และทั้งสองวิธีนี้สามารถให้การรักษาได้ทั้งใน โรงพยาบาล สถานสงเคราะห์คนชรา และ ที่บ้านซึ่งในการรักษาที่ผ่านมามีพบว่าการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้น การรักษาด้วยยาอย่างเดียวอาจไม่ได้ผล เพราะสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นมาจากหลายปัจจัย บางครั้ง ผู้สูงอายุบางท่านก็ไม่อยากรักษาด้วยยาด้านอารมณ์เศร้า ดังนั้นการรักษาทางเลือกอื่นทางจิตวิทยาบำบัดจึงเป็นทางเลือกที่น่าสนใจในการบำบัดผู้สูงอายุที่เผชิญกับภาวะซึมเศร้า (Johnson, 1999)

ดนตรีบำบัด เป็นวิธีการรักษาวิธีหนึ่งที่ทำให้ประสิทธิผลที่ดีในการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เฮนส์เซอร์ และ ทอมสัน (Henser & Thompson, 1994) พบว่าผู้สูงอายุที่ต้องอยู่แต่ในบ้าน สามารถที่จะเผชิญภาวะเครียด ลดภาวะซึมเศร้า และ ลดอาการบ่นจากการเจ็บป่วยลงได้ ขณะที่อยู่ในระหว่างการดำเนิน โปรแกรมการรักษา เสียงดนตรีสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความจำเพิ่มขึ้น สามารถเข้าสังคมได้ดีมากขึ้น มีการผ่อนคลาย

มากขึ้น และเป็นการส่งเสริมการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุมากขึ้น นอกจากนี้ จากการศึกษาของคณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด พบว่าการใช้ดนตรีบำบัดสามารถรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ และผลของดนตรีบำบัดสามารถที่จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุถึง 9 เดือนในช่วงติดตามผล และยังเป็นวิธีการที่รักษาที่มีราคาไม่แพง นอกจากนี้การศึกษาด้านดนตรีบำบัดพบว่ามีการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าสามารถลดภาวะเครียดทางจิตใจได้ดี ซึ่งดนตรีเป็นภาษาสากลที่ทุกคนยอมรับและไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยนอกจากนี้ดนตรียังมีอิทธิพลต่อมนุษย์ในการผสมผสานกาย จิตและอารมณ์ของผู้ฟังเข้าไว้ด้วยกัน นอกจากนี้สมณา มีคุณ (2545) กล่าวว่าดนตรีเป็นสื่อในการจรรโลงจิตใจชนิดหนึ่งเป็นวิธีการที่มนุษย์ใช้ในการผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวล มาแต่โบราณ และดนตรีเป็นเสียงสากลที่มนุษย์สามารถสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างกันได้จากการศึกษาของ สุนีย์ สุธีวีระขจร (2547) พบว่าผลของดนตรีบำบัดต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับดนตรีบำบัดก่อนเข้ารับการผ่าตัดมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของสมณา มีคุณ (2545) ศึกษาผลการฟังเพลงลูกทุ่งสามารถลดความเครียดของทหารเกณฑ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการที่ดนตรีบำบัดสามารถลดความเครียดได้ดีในผู้ป่วยที่มีความเครียดในภาวะต่างๆ ผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาดนตรีบำบัดในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งการศึกษาดนตรีบำบัดในผู้ป่วยที่ซึมเศร้าในประเทศไทยยังมีการศึกษาไม่กว้างขวางมากนักและการศึกษาที่ผ่านมาจะเน้นการใช้ดนตรีที่พัฒนาจากต่างประเทศ และ ส่วนใหญ่เป็นดนตรีที่ใช้เครื่องดนตรีสากลเป็นหลัก ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาโดยการใช้ดนตรีไทยเป็นองค์ประกอบหลักใน โปรแกรมดนตรีบำบัด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาดังกล่าวถึงผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา และผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาล และบุคลากรที่ให้การดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจนอกจากนี้อาจนำผลการวิจัย ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยอื่นได้

## วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยที่มารับบริการ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลของผู้สูงอายุ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง กับระยะติดตามผลของผู้สูงอายุ

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรสามารถนำ โปรแกรม ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานในการทำกลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มอื่นๆ
2. ด้านการวิจัย นักวิจัยสามารถนำ โปรแกรม ไปพัฒนาใช้กับผู้ป่วยในกลุ่มอื่นๆ
3. ด้านการศึกษา อาจารย์สามารถนำกระบวนการในการจัดทำกลุ่มดนตรีบำบัด ไปปรับใช้ในการเรียนการสอนเพื่อเป็นการฝึกทักษะและส่งเสริมให้นิสิตนำไปใช้ในการส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้
4. ด้านการบริหาร ผู้บริหารสามารถสนับสนุนให้บุคลากรนำกระบวนการ และ โปรแกรม ไปใช้ในการจัดทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุในคลินิกได้

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุและศึกษาผลของดนตรี ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

ประชากรที่ศึกษา ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงที่มารับบริการ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงที่มารับบริการ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา สามารถสื่อสาร และตอบคำถามจาก การสัมภาษณ์ได้

และมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึง ปานกลางค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้าระหว่าง 13- 24 ไปโดยประเมิน จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย และยินดีที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

### ตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรต้นคือ การเข้าร่วม โปรแกรมดนตรีบำบัดของผู้สูงอายุ

ตัวแปรตามคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

### นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการ ณ

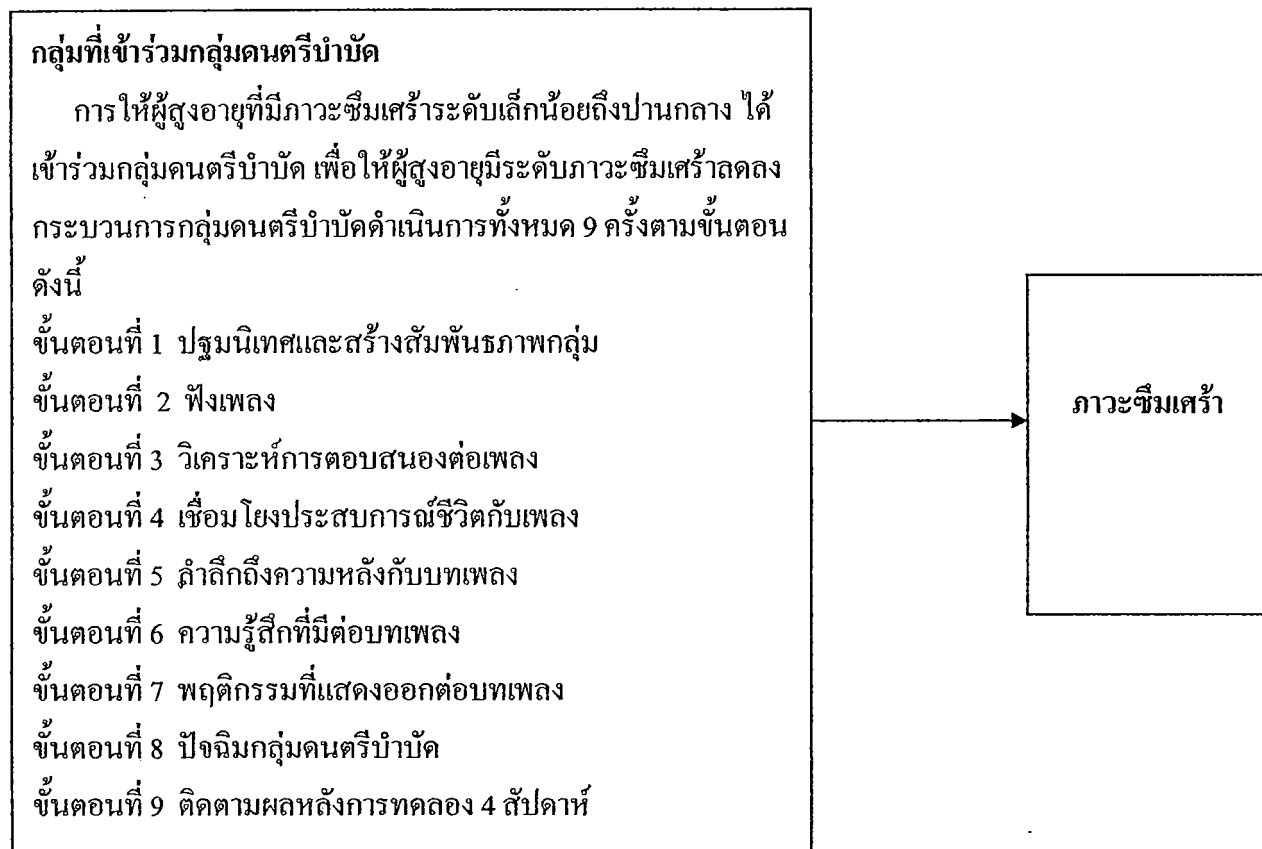
ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพาในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง สิงหาคม 2551 ที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ใน ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจของผู้สูงอายุที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมทั้งความรู้สึกท้อแท้ หมกหมอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ต่ำหนืดตนเอง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด และการรับรู้ ด้านร่างกาย และด้านกำลังใจ ประเมิน โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุไทย

ดนตรีบำบัด หมายถึง การบำบัดโดยใช้องค์ประกอบต่าง ๆ ของดนตรี ทักษะต่างๆ ของดนตรีบำบัด อันได้แก่ ทักษะการฟัง การเคลื่อนไหวตามจังหวะ การร้องเพลง โดยใช้รูปแบบการบำบัดเป็นกลุ่มเพื่อมุ่งให้ ผู้สูงอายุทุกคนแสดงออกพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ และร่างกายที่ส่งผลต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีกรอบแนวคิดในการวิจัยคือ การเข้าร่วมกลุ่มดนตรีบำบัดจะสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลการใช้ดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้า เอกสาร ตำรา บทความและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
3. แนวคิดเกี่ยวกับดนตรี

#### แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

##### ความหมายของผู้สูงอายุ

การที่จะกล่าวว่าบุคคลใดเป็นผู้สูงอายุนั้นขึ้น ภายจนา ฟุงไพศาล (2539) กล่าวไว้ว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ คือ จากอายุเฉลี่ยของการทำงาน การเปลี่ยนแปลงสภาวะทางร่างกาย ความแตกต่างของสภาวะเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของประเทศนั้น ๆ และกรมประชาสงเคราะห์ (2526) ได้ให้ความหมายของคำว่าความสูงอายุว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ในระยะสุดท้ายของช่วงอายุของมนุษย์ ความสูงอายุนั้นจะเริ่มมาตั้งแต่เกิดมาและดำเนินต่อเนื่องไปจนถึงอายุขัยของสิ่งมีชีวิตนั้น ๆ นอกจากนี้ วอลเลซ (Wallace, 1992) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่าเป็นผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติซึ่งถูกกำหนดโดยเวลาและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพในอวัยวะส่วนต่างๆของร่างกายรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและสังคม แม้ว่าจะมีการให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้หลากหลายองค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ว่าอายุ 60 ปีเป็นอายุเริ่มต้นของวัยสูงอายุ สำหรับในประเทศทางยุโรป และอเมริกา กำหนด 65 ปี (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) ขณะที่ในประเทศไทยได้มีการกำหนดการเกษียณอายุราชการเมื่ออายุได้ 60 ปี และได้ถือเกณฑ์การที่ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช , 2534) ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ปี 2546 ที่กล่าวว่าผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมี



สัญชาติไทย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) และชมรมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ได้บัญญัติคำว่า ผู้สูงอายุ โดย อรรถสิทธิ์ สถิธิสุนทร อ้างถึงใน สุพัตรา สุภาพ (2536)ว่าผู้สูงอายุต้องมีลักษณะดังนี้

1. เป็นผู้ที่มิอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่เสื่อมตามสภาพ มีกำลังลดลง เชื่องช้า
3. เป็นผู้สมควรให้ความอุปการะ
4. เป็นผู้มีโรค ควรได้รับการช่วยเหลือ

ดังนั้นสรุปความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง

#### ทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ในปัจจุบัน มีผู้ที่ให้ความสนใจกับผู้สูงอายุอย่างมากมาย ซึ่งสามารถศึกษาได้จากทฤษฎีต่างๆที่ได้ทำการบรรยายเกี่ยวกับผู้สูงอายุในแง่มุมต่างๆกันในด้าน ชีววิทยา และทางสังคมวิทยา อีเบอ โซเล และเฮล (Ebersole & Hess, 1994) ได้แบ่งทฤษฎีของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า มนุษย์ ประกอบด้วยองค์ประกอบทางชีวภาพ 3 ประเภทคือ เซลล์ที่สามารถเพิ่มตนเองตลอดชีวิต เซลล์ที่ไม่สามารถ แบ่งตนเอง และเซลล์ที่สร้างขึ้นมาใหม่ และสารประกอบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เซลล์ ในมุมมองของทฤษฎีทางชีววิทยามีการกล่าวไว้อย่างมากมาย และสามารถแบ่งออกเป็นทฤษฎีย่อย ๆ ดังนี้

#### 1.1 ทฤษฎีการสูงอายุของโมเลกุล (Molecular Theories of Ageing)

- 1.1.1 ทฤษฎีทางพันธุกรรม (Gene Theory) ซึ่งทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า พันธุกรรมที่เป็นอันตรายต่ออวัยวะต่างๆ นั้นจะส่งผลในช่วงปลายชีวิต และทำให้อวัยวะนั้นเกิดความผิดปกติขึ้น เนื่องจากในร่างกายมีองค์ประกอบของยีนส์อยู่ 2 ประเภทคือ ยีนส์ที่ยังไม่โตเต็มที่ (Juvenescence genes) ซึ่งเป็นยีนส์ที่

ส่งผลให้คนเรามีสุขภาพที่ดี และยีนส์ที่สูงอายุ ( Senescent genes) ซึ่งเป็นยีนส์ที่ก่อให้เกิดความเสื่อมของหน้าที่และ โครงสร้าง หน้าที่ของ ยีนส์ มีบทบาทอยู่ 2 บทบาทคือ ยีนส์ที่ยัง ไม่โตเต็มที่ที่ทำหน้าที่ในช่วงชีวิตวัยเริ่มต้น ขณะที่ยีนส์ที่สูงอายุจะทำหน้าที่ในช่วงวัยกลางคนและวัยชรา จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุนั้นที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของพันธุกรรมนั้นสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างของร่างกายเช่น ผมหงอก ศีรษะล้าน เป็นต้น ซึ่งอาการที่กล่าวมานี้ อาจเกิดกับผู้สูงอายุบางคน และอาจไม่เกิดกับอีกหลายคนแม้ว่าจะมีอายุเท่ากันก็ตาม

1.1.2 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory) ทฤษฎีนี้มุ่งที่ความผิดพลาด ของการสังเคราะห์ของ ดี เอ็น เอ (D.N.A) และ อาร์ เอ็น เอ (R.N.A) ที่ทำงานมากเกินไป จะส่งผลให้เซลล์ทำงานผิดปกติ ความไม่แข็งแรงของอวัยวะต่าง ๆ ในการสังเคราะห์ ทำให้เซลล์เกิดความพิการ ซึ่งมีผลต่อการคงอยู่ของหน้าที่ทางชีวภาพ ในการสังเคราะห์ จะประกอบด้วยขั้นตอน 2 ขั้นตอนคือ ในตอนแรกกรดอะมิโน จะถูกคัดเลือดยูเอ็นไอเอ็ม ที่ใช้ในการกระตุ้น และหลังจากนั้นจะจับกับ โมเลกุลของ อาร์ เอ็น เอ (R.N.A) และขั้นตอนที่สอง อาร์ เอ็น เอ (R.N.A) ที่มีรหัสอยู่แล้วจะจับคู่กับ อาร์ เอ็น เอ (R.N.A) ที่ไม่มีรหัส ซึ่งความผิดพลาดอาจเกิดขึ้นได้ในการสังเคราะห์ อาร์ เอ็น เอ (R.N.A) ถ้าความผิดพลาดในการสังเคราะห์ที่มีจำนวนมากพอ ก็จะก่อให้เกิดความผิดพลาดในหน้าที่ได้ ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ในโมเลกุลขนาดใหญ่ของเซลล์ ยิ่งมีจำนวนมากทำไหว ก็จะส่งผลให้เกิดความผิดพลาดได้เร็วขึ้นเท่านั้น ความผิดพลาดของการสังเคราะห์ของ ดี เอ็น เอ (D.N.A) และ อาร์ เอ็น เอ (R.N.A) จะไม่สามารถแยกออกจากกันได้ แต่ทฤษฎีนี้ยังไม่ได้รับการยอมรับมากนัก เนื่องจากว่าเซลล์ในร่างกายที่ปกติอาจเกิดการผิดปกติเองได้ และเกิดความผิดพลาดตั้งแต่เล็ก หรือเกิดจากการได้รับหรือสัมผัสรังสีก็อาจเป็นได้

1.1.3 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงในเซลล์ร่างกาย (Somatic Mutation Theory) ทฤษฎีนี้คล้ายกับทฤษฎีผิดพลาด แต่ทฤษฎีนี้ มีความเชื่อว่า เมื่อเซลล์ได้สัมผัสกับรังสีเอ็กซ์เรย์ (X-Ray) หรือสารเคมี จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ของ ดี เอ็น เอ (D.N.A) และ อาร์ เอ็น เอ (R.N.A) ของเซลล์แต่ละเซลล์ ส่งผลให้การ

สังเคราะห์ โปรตีนหรือเอ็นไซม์ เกิด โครงสร้างหรือการทำงานที่ผิดปกติ เพิ่ม อุบัติการณ์ให้เกิดความผิดปกติของโครโมโซม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มักเกิดขึ้นได้บ่อยในช่วงชีวิตวัยต้น และจะส่งผลในวัยต่อ ๆ ไป ผลสุดท้ายคือ เซลล์ทำหน้าที่ลดลงและอวัยวะเริ่มด้อยประสิทธิภาพ ซึ่งเซลล์ในร่างกายเหล่านั้นเป็นเซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัว และมีช่วงชีวิตที่จำกัด เช่น เซลล์สมอง เซลล์กล้ามเนื้อ ที่ไม่สามารถสร้างขึ้นใหม่เมื่อเกิดการบาดเจ็บหรือตายไป

1.1.4 ทฤษฎีโปรแกรม (Programmed Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสภาพการทำงานของอวัยวะของแต่ละบุคคลนั้นถูกควบคุมโดยการกำหนดโปรแกรมไว้แล้วด้วยนาฬิกาชีวิต (Biology Clock) ซึ่งอยู่ในนิวเคลียส (Nucleus) และไซโตพลาสซึม (Cytoplasm) ที่ไม่เหมือนกันในแต่ละบุคคล มักจะเกิดขึ้นในวัยชรา ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยชราจึงแตกต่าง และไม่เท่ากัน ซึ่งทฤษฎีนี้พิจารณาการสูงอายุของหน้าที่การทำงานของอวัยวะทางร่างกายจากการทำงานมากเกินไป โดยไม่มีพยาธิสภาพเข้ามาเกี่ยวข้อง

1.1.5 ทฤษฎีหมดโปรแกรม (Run-Out-of-Program Theory) ทฤษฎีนี้แตกต่างกับ ทฤษฎีโปรแกรมเนื่องจากทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อขณะเกิดการปฏิสนธิของไข่กับ อสุจิ จะมีสารประกอบของพันธุกรรมจำนวนมากที่ถูกกำหนดลงไป เมื่อสารประกอบนี้ถูกใช้ไป เซลล์ เนื้อเยื่อ และ อวัยวะก็จะหมดอายุ ซึ่งจะเห็นได้จากอายุที่สัมพันธ์กับการทำงานของเอ็นไซม์และหน้าที่ของอวัยวะที่ค่อยๆ ลดน้อยลงไป เช่น ตับ และสมอง

## 1.2 ทฤษฎีการสูงอายุของระดับระบบ (System Level Theories of Ageing)

1.2.1 ทฤษฎีการควบคุมฮอร์โมนและระบบประสาท (Neuroendocrine Control Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การสูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของช่วงชีวิตปกติ อันเกิดจากสัญญาณประสาท และฮอร์โมน ซึ่งเริ่มต้นเมื่อปฏิสนธิ และต่อเนื่องเรื่อยมาจนถึงชีวิต ปกติเซลล์ประสาทในศูนย์กลางของสมองสูง (High Brain) จะมีหน้าที่คล้าย ๆ กับสารที่มีอิทธิพลต่อจังหวะชีวิต ที่ทำให้นาฬิกาชีวิตทำงานปกติในระหว่างพัฒนาการ และเมื่อสูงอายุ การสูงอายุจะเห็นได้จากการทำงานที่ไม่สมบูรณ์ หรือช้าลงของเซลล์ประสาทที่มี

อิทธิพลต่อจังหวะชีวิต นอกจากนี้ การกระทบกระเทือนของเซลล์ประสาท กล้ามเนื้อ การทำหน้าที่ในการหลั่งสารของระบบสืบพันธุ์ที่ลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ลดลง การไม่สามารถจัดการกับความเครียด ความบกพร่องของระบบหัวใจ หลอดเลือด และการหายใจ ก็จะแสดงให้เห็นถึงการสูงอายุได้รวมทั้ง การปรับตัวสู่สมดุลที่ล้มเหลวของอวัยวะในร่างกายก็จะทำให้เกิดการสูงอายุและตายในที่สุด

1.2.2 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunologic Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าระบบภูมิคุ้มกันจะเพิ่มขึ้นแตกต่างกันตามอายุ และมีรูปแบบการสูญเสียที่เป็นปกติระหว่างร่างกายและเซลล์ แต่ที่เกิดการสูงอายุขึ้นนั้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของบี เซลล์ (B- cell) และที เซลล์ (T- cell) ซึ่งนำไปสู่การสูญเสียความสามารถในการทำงานปกติ ผลที่เกิดขึ้นคือปรากฏการณ์รุกรานตนเองคือ เซลล์ปกติของร่างกายจะถูกแยกแยะว่าเป็นเซลล์ที่แปลกปลอมและจะถูกจำกัดโดยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย และถูกทำลายโดยเซลล์แอนติบอดี (Antibody cells)

### 1.3 ทฤษฎีการสูงอายุของเซลล์ (Cellular Theories of Ageing)

1.3.1. ทฤษฎีเรดิคัล อิสระ (Free Radical Theory) กล่าวถึงปฏิกิริยาทางเคมีขั้นสุดท้ายของการสันดาปออกซิเจนภายในเซลล์ปกติที่ใช้ในการเผาผลาญพวกคาร์โบไฮเดรต ไขมัน โปรตีน และอื่น ๆ จะทำให้เกิดสารอิเล็กตรอนอิสระ (Free electron) อันเป็น โมเลกุลที่มีปฏิกิริยาสูง ซึ่งสามารถทำลายโครงสร้างดั้งเดิมหรือหน้าที่ของเยื่อหุ้ม โปรตีน ดี เอ็น เอ และเอ็น ไซม์ให้เสื่อมลง ทำให้มีคอลลาเจน (Collagen) หรืออีลาสติน (Elastin) เกิดขึ้นมามากมายจนเนื้อเยื่อเสียความยืดหยุ่น

1.3.2 ทฤษฎีการข้ามโยง หรือเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Cross- Link or Connective Tissue Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ปฏิกิริยาทางเคมีหรือรังสีของไขมัน คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และกรดนิวคลีอิก (Nucleic Acid) ก่อให้เกิดพันธะที่แข็งแรง ข้ามโยงระหว่างโครงสร้าง โมเลกุลที่แยกกัน ตามปกติ อันเป็นสาเหตุให้เซลล์ไม่เกิดการยืดหยุ่นตามปกติ ซึ่งพันธะที่เกิดขึ้นนี้มีจำนวนมากและแตกต่างกันไปตามอาหารและสภาพแวดล้อม เมื่อเกิดการจับตัวกันมากจะทำให้เส้นใยคอลลาเจนหดสั้นในวัยชรา

1.3.3 ทฤษฎีการกระทบ (Clinker Theory) ทฤษฎีนี้เป็นการผสมผสานของทฤษฎีทางกาย การข้ามโยง และ เรติคอลลิสระ โดยสันนิฐานว่าสารประกอบภายในเซลล์ของร่างกายมีความสัมพันธ์กับ เวลา เช่นสารที่เกิดจากกระบวนการเผาผลาญสารอาหาร ได้แก่ สารสีไขมัน โปรตีนจากนิวเคลียสของเซลล์ อัลดีไฮด์ และเรติคอลลิสระที่อาศัยอยู่ในไซโทพลาสซึมของเซลล์ถูกรบกวนการทำงานของเซลล์ที่ปกติ โดย การเข้าไปแทนที่ เรติคอลลิสระจะทำให้โปรตีนมีลักษณะที่ผิดไปจากเดิม ซึ่งสารสีไขมันจะพบได้ในหัวใจ สมอง และเนื้อเยื่อเกี่ยวกับประสาท กล้ามเนื้อ และ โครมอกระดูก

1.3.4 ทฤษฎีการสึกกร่อน (Wear and Tear Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความชราเป็น กระบวนการที่กำหนดไว้แล้วว่าเป็น โปรแกรม เมื่อเซลล์ทำงานไปเป็นเวลานานย่อมต้องมีการสึกกร่อนและ กระบวนการเหล่านี้จะมีอัตราของการเสื่อมและถดถอยสูงต่ำแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ก่อให้เกิด ความเครียดว่ามากน้อยเพียงใดในแต่ละบุคคล ซึ่งกระบวนการของการสูงอายุของกล้ามเนื้อลาย กล้ามเนื้อ หัวใจ เส้นใยกล้ามเนื้อ เซลล์ประสาทและสมองสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีนี้

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) ทฤษฎีทางจิตวิทยาได้เชื่อมโยงเอาทฤษฎีทาง จีวิทยา และสังคมวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยเชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของ ผู้สูงอายุนั้นเป็นการพัฒนาและเป็นการปรับตัวของความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การ เปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะรับสัมผัสทั้งปวงตลอดจนสังคมที่คนชราเหล่านั้นอาศัยอยู่ จากการศึกษาทาง จิตวิทยาพบว่า ผู้สูงอายุมิเซลล์ประสาทในสมองตายไปมาก แต่กระเดียวกันก็มีการสะสมประสบการณ์อัน เกิดจากการเรียนรู้ไว้มาก ถ้าผู้สูงอายุคนใดเคยมีประสบการณ์ที่ดีในอดีต ได้รับการยอมรับที่ดี มีสภาพ อารมณ์ที่มั่นคงก็จะมีผลต่อวัยที่สูงขึ้น มีความสุขุมรอบคอบสูงตามไปด้วย และในด้านจิตวิทยาส่วนใหญ่ เชื่อว่า คนทุกเชื้อชาติเมื่อมีอายุมากขึ้นก็จะมีเขาวงกตปัญญาเสื่อมลง กล่าวคือ เขาวงกตปัญญาจะพัฒนาเต็มที่ในวัย ผู้ใหญ่ตอนต้นต่อจากนั้นก็อยู่ค่อนข้างคงที่ประมาณ 10 ปี แล้วค่อยๆ เสื่อมลง แนวคิดทางจิตวิทยาที่ สำคัญได้แก่

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตมาด้วยความมั่นคงและอบอุ่น มีความรัก มีความถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของผู้อื่น รักคนอื่น และทำงานร่วมกับผู้อื่น ได้เป็นอย่างดี ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างจะมีความสุข สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ โดยไม่มีความเคียดแค้น แต่ในทางกลับกัน ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่เติบโตมาในลักษณะที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือกับใคร ไม่อยากช่วยเหลือผู้ใด ใจแคบ ผู้สูงอายุนั้นก็มักจะเป็นผู้ที่ไม่มีความสุข

2.2 ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่ยังปราดเปรื่องและคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ก็เนื่องจากความสนใจในเรื่องต่างๆ อยู่เสมอ มีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา

3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงแนวโน้มทางบทบาทของบุคคล สัมพันธภาพ และการปรับตัวทางสังคมในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต หรือเป็นทฤษฎีที่พยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานะทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งพยายามที่จะช่วยให้มีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ทฤษฎีนี้เชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ก็จะมีผลทำให้สถานภาพของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตามไปด้วย และสถานะของผู้สูงอายุในสังคมใดเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้สูงอายุในสังคมนั้น แนวคิดทางสังคมวิทยาที่สำคัญคือ

3.1 ทฤษฎีการปลดปล่อย (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การสูงอายุเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ สังคมและผู้สูงอายุมีความอิสระจากกัน การเกิดการลดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลอื่นในระบบสังคมที่ตนเองเคยดำรงอยู่ เมื่อมีอิสระจากกัน โดยสมบูรณ์ ก็จะเกิดความสมดุลระหว่างสังคมและบุคคล ซึ่งเป็นการเพิ่มความห่างให้กับผู้สูงอายุกับสังคม มากขึ้น แต่สำหรับผู้สูงอายุ จะเกิดความพึงพอใจในสิ่งเกิดขึ้น เช่นเดียวกับสังคม มาตราฐานการลดการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม นั้นขึ้นกับ

อายุ การงาน และความสนใจที่ลดลง ซึ่งทฤษฎีนี้ได้ ถูกนำไปใช้ในหลายชาติ ถึงแม้ว่าจะมีความแตกต่าง ทางด้านระยะเวลา และวิถีชีวิตก็ตาม

3.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า กิจกรรมนั้นจะช่วยส่งเสริมให้บทบาทนั้น ยังคงอยู่ได้ตามปกติ ก่อให้เกิดความพึงพอใจในวัยสูงอายุ และการมองการสูงอายุนั้นว่า เป็นเพียงวัยกลางคนที่ มีอายุยืนยาวขึ้นและยังสามารถมีกิจกรรมต่อไปได้ การที่ผู้สูงอายุมีความคุ้นเคยและมีกิจกรรมอย่าง สม่ำเสมอจะเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริม อัตม โนทัศน์แห่งตนในทางบวก แต่ทั้งนี้กิจกรรมที่เป็นทาง การนั้นจะมี ประโยชน์น้อยกว่ากิจกรรมที่ไม่เป็นทางการ เนื่องจากมักถูกแยกออกไปโดยอายุทำให้มี อัตม โนทัศน์แห่ง ตนที่ต่ำลง

3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้ถือว่าบุคลิกภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญในการ กำหนดคัมพันธ์ภาพระหว่างกิจกรรมบทบาท และความพอใจในชีวิต และ บุคลิกภาพนั้น ไม่เพียงแต่จะเป็นสิ่ง ที่คงอยู่ เพียงอย่างเดียวในผู้สูงอายุ แต่ยังแสดงให้เห็นถึงตัวตนของผู้สูงอายุด้วย ซึ่งแนวคิดทางบุคลิกภาพที่ สำคัญ 3 ประการที่เป็นพื้นฐาน ความเชื่อเกี่ยวกับการสูงอายุของบุคคลมีดังนี้

- 1.บุคลิกภาพนั้นยังคงอยู่ ในผู้สูงอายุที่ปกติทั้งชายและหญิง
- 2.บุคลิกภาพมีอิทธิพลต่อกิจกรรมบทบาท
3. บุคลิกภาพมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิต โดยไม่คำนึงถึงกิจกรรมบทบาท

ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีการเข้าร่วมกิจกรรมนั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผน ชีวิต ของแต่ละบุคคล เช่นผู้สูงอายุที่ชอบเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมก็จะมีกิจกรรมเหมือนเดิมเมื่อมีอายุมาก ขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่ชอบสันโดษ ไม่เคยมีบทบาทในสังคม มาก่อนก็ย่อมจะแยกตัวเองออกจากสังคมเมื่ออายุ มากขึ้น

จากทฤษฎีเกี่ยวกับสูงอายุก็น่าเห็นว่าทฤษฎีทางชีววิทยา นั้นเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง ทางร่างกายเมื่อสูงวัยขึ้นเป็นส่วนใหญ่ โดยการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนั้นเป็นการ

เปลี่ยนแปลงในด้านการเสื่อมถอยลง ส่วนทฤษฎีทางจิตวิทยานั้นเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกลไกทางจิต และกล่าวถึงความสำคัญของช่วงชีวิต และพัฒนาการทางด้านจิตใจที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากวัยก่อน ๆ และทฤษฎีทางสังคมเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสภาพเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ จากบทบาทและสภาพทางสังคมของผู้สูงอายุนั้น ๆ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าทฤษฎีที่นำมาอธิบายนั้นครอบคลุมทฤษฎีทาง ชีว จิต สังคม ที่ได้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุว่าเป็นวัยแห่งความเสื่อม และจากการที่มีการเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมาแล้ว จะส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก และถ้าหากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ก็จะทำให้เกิดอาการจิตเสื่อม และเกิดอาการซึมเศร้า โดยไม่รู้ตัว

### การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

ความสูงอายุป็นการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป ตามเวลาที่ผ่านไป การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุนั้น วันเพ็ญ วงศ์จันทร์ (2539) กล่าวว่าสภาวะปัญหาของผู้สูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลง 3 ประการคือการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทางจิตใจ และ ทางสังคม

#### 1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สามารถจำแนกได้ตามระบบของร่างกาย ดังนี้

ระบบประสาท และประสาทสัมผัส (Nervous System) ในผู้สูงอายุเซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดน้อยลงเรื่อยๆ ขนาดของสมองก็เล็กลง การทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง เป็นเหตุให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง ความคิดเห็นและการเคลื่อนไหวช้าลง ความจำเสื่อม การกระตือรือร้นลดลง การนอนหลับของผู้สูงอายุจะใช้เวลาอนหลับน้อยลง นอนงหลับยาก แต่ตื่นง่าย ถูกตามีขนาดลดลง ทำให้การปรับตัวสำหรับการมองเห็นในที่มืดไม่ได้ สายตายาวขึ้น การได้ยินลดลงมีอาการหูตึง เนื่องจากการเสื่อมของอวัยวะของหูชั้นในมากขึ้น รวมทั้งการสูญเสียหน้าที่ของประสาทหูคู่ที่ 8 การรับกลิ่นไม่ดี เนื่องจากการเสื่อมของเยื่อโพรงจมูก การรับรสไม่ดี เนื่องจากต่อมรับรสลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเบื่ออาหาร



ระบบไหลเวียนโลหิต ( Cardiovascular System) หลอดลมและปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงและกำลังหดตัวของกล้ามเนื้อ ที่ช่วยในการหายใจเข้า ออกลดลง ผนังทรวงอกแข็งขึ้น การเคลื่อนไหวของกระดูกซี่โครงลดลง เพราะมีแคลเซียม มาเกาะอยู่ที่กระดูกอ่อนชายโครงมากขึ้น เชื้อหุ้มปอด แข็งและทึบ ทำให้ปอดยืดขยายและหดตัวได้ลดลง การระบายอากาศหายใจลดลง ถุงลมปอดมีจำนวนลดน้อยลง ผนังถุงลมแตกง่าย เนื่องจากเส้นใยคอลลาเจน ที่หุ้มถุงลมลดลง ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ง่ายขึ้น การทำงานของกล่องเสียงลดลง ทำให้เกิดอาการสำลัก และเกิดโรคปอดบวมได้

ระบบทางเดินอาหาร (Digestive System) เซลล์สร้างฟันลดลง มีการสร้างเนื้อเยื่อพังผืด เข้ามาแทนที่มากขึ้น ทำให้การสร้างฟันลดลงทั้งปริมาณ และคุณภาพ ฟันผุได้ง่ายขึ้น ต่อม น้ำลาย ผลิตภัณฑ์ และน้ำลายลดลง ปากและลิ้นแห้ง ทำให้มีการติดเชื้อในช่องปาก มากขึ้น การรับรสของลิ้นเสียไป การที่ผู้สูงอายุต้องใช้ฟันปลอมทำให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวก กระเพาะมีการหลั่งน้ำย่อยลดลง การดูดซึมอาหาร โดยเฉพาะเหล็ก วิตามินบี 13 โฟเลต ลดลง ทำให้เกิดโรค โลหิตจางได้ การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหาร และการทำงานของกล้ามเนื้อในกระเพาะอาหารลดลง อาหารอยู่ในกระเพาะ อาหารนานขึ้น จึงทำให้ไม่หิวอาหาร การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ประกอบกับการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง และมีการรู้สึกกระหายน้ำลดลงทำให้เกิดอาการท้องผูกได้

ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ (Reproductive System) ในผู้สูงอายุจะมีขนาดของไตลดลง หน่วยไตมีจำนวนลดลง โกลเมอรูลัสฝ่อลีบ การไหลเวียนเลือดในไตลดลง อัตราการกรองของไตลดลง การทำงานของท่อไตเสื่อมลง การดูดกลับสารต่างๆ ลดลงตามไปด้วย ในเพศชายมักมีปัญหาต่อมลูกหมากโตทำให้มีปัญหาเรื่องปัสสาวะลำบาก มีอาการถ่ายปัสสาวะบ่อยครั้ง ลูกอัณฑะจะเหี่ยวเล็กลงทำให้ การผลิตอสุจิลดลง ขณะที่ในเพศหญิงรังไข่เริ่มฝ่อ ปีกมดลูกเหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็ก เยื่อบุภายใน มดลตบางลง และมีพังผืดมากขึ้น ปากมดลูกเหี่ยวและเล็กลง ไม่มีสารหล่อลื่น ความยืดหยุ่นของช่องคลอดลดลง กล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัว ทำให้เกิดปัญหาเรื่องกระบังลมหย่อนตัว และกลั้นปัสสาวะไม่ได้

ระบบผิวหนัง (Integumentary System) เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง ทำให้ผิวหนังบางลงและเซลล์ที่  
ยังคงเหลืออยู่เจริญเติบโตช้า อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดีเนื่องจากมีเส้น  
ใยอีลาสตินลดลง น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง การไหลเวียนเลือดช้าลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาส เกิดแผล  
กดทับได้ง่าย การทำงานของต่อมเหงื่อลดลง เนื่องจากมีจำนวนและขนาดลดลง เป็นผลให้การควบคุม  
อุณหภูมิของร่างกายลดลง ต่อมไขมันทำงานลดลงจึงทำให้ผิวหนังแห้ง คันและแตกง่าย ผมและขนทั่วไปมีสี  
จางและกลายเป็นสีเทา หรือขาว เส้นผมร่วงง่าย เล็บในผู้สูงอายุจะมีการเจริญช้าและหนาตัวขึ้นและไม่  
สม่ำเสมอ

ระบบต่อมไร้ท่อ(Endocrine System) มีการเปลี่ยนแปลง คือ ต่อมใต้สมองจะมีการเปลี่ยนแปลง  
รูปร่างและการทำงานลดลง การหลั่งฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองมีการเปลี่ยนแปลง ต่อมธัยรอยด์มีการทำงาน  
ลดลงตามอายุที่มากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและน้ำหนักลด ต่อมพาราไธไรด์ทำงาน  
ลดลงทำให้การขับคอรัลดี โคลสเตอรอยด์ทางปัสสาวะลดลงทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการแคะเครียด และหงุดหงิดง่าย  
ตับอ่อน มีการผลิตอินซูลินลดลง เนื้อเยื่อต่างๆ ภายในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติ เป็นผลให้  
ระดับความทนทานต่อน้ำตาลลดลง ซึ่งอาจเป็นเบาหวานได้เมื่ออายุมากขึ้น ต่อมเพศทำงานลดลงและไม่  
ตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง ในเพศหญิงรังไข่จะหยุดทำงาน ภาวะต่างๆ ใน  
ระบบสืบพันธุ์เสื่อมลง และสูญเสียหน้าที่ ซึ่งอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ทำให้มีอาการ  
หงุดหงิด โกรธง่าย ตกใจง่าย ซึมเศร้า ส่วนในเพศชายการหลั่งฮอร์โมนเพศชายค่อยๆ ลดลงทีละน้อย  
ความรู้สึกทางเพศอาจเพิ่มหรือลดลง

## 2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological Change)

ในผู้สูงอายุพบว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง  
ทางร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เนื่องจากร่างกายมีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ มีการสูญเสียของ  
บุคคลที่ใกล้ชิด การแยกไปของสมาชิกในครอบครัว และการหยุดงานที่ทำอยู่เป็นประจำ ปัจจัยเหล่านี้มี

อิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุ ลักษณะของการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจที่พบคือการรับรู้ โดยทั่วไปผู้สูงอายุมักจะยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง การรับรู้สิ่งใหม่ๆ เป็นไปได้ยาก ด้วยลักษณะดังกล่าวนี้ ผู้สูงอายุจึงมักมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกับผู้อ่อนวัยและมักเกิดความขัดแย้งกัน การแสดงออกทางอารมณ์ในผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เป็นกลไกที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการสนองต่อความต้องการของจิตใจ ต่อการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม ผู้สูงอายุมักเกิดอาการท้อแท้ น้อยใจ รู้สึกว่าสังคม ไม่ได้ให้ความสำคัญกับตนเอง จึงทำให้อารมณ์ของผู้สูงอายุไม่มั่นคง เกิดอาการกระเทือนทางจิตใจ จะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิด หรือ โกรธง่าย การยอมรับต่อสภาวะสูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุพัฒนาวิถีดำเนินชีวิตแตกต่างกันไปตามเหตุผลและความพอใจของแต่ละคน เช่นการมุ่งสร้างชีวิตที่ดี แสวงหาความสงบสุขในชีวิต เข้าวัด ถือศีล เลี้ยงสัตว์ หรือการแยกตัวอยู่ตามลำพัง มีความสนใจในสิ่งแวดล้อมลดลง มีความพอใจในชีวิตที่เรียบง่าย มีความมุ่งหวังหรือความใฝ่ฝันในชีวิตลดลง หรือ ไม่มีเลย เบิร์นไซด์ (Burnside, 1994) กล่าวว่าอารมณ์ต่างๆ เกิดขึ้นในผู้สูงอายุประกอบด้วยความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความหวาดระแวง ซึ่งสาเหตุเหล่านี้มาจากการเสื่อมของประสาทรับรู้และสูญเสียสิ่งต่างๆ เช่น การสูญเสียคนที่รัก คู่ชีวิตเสียชีวิต การสูญเสียเพื่อรัก เป็นต้น

### 3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม (Social and Culture Change)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ กล่าวคือ ภาระหน้าที่ และบทบาทของผู้สูงอายุลดลง มีข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้เกิดการขาดความคล่องตัวในการคิด การกระทำ และการสื่อสาร สัมพันธภาพทางสังคมมีขอบเขตที่จำกัด ความห่างเหินจากสังคมมีมากขึ้น การยอมรับทางสังคมต่อการมีอายุเป็นไปในทางลบ แม้ว่า ผู้สูงอายุบางคน ได้แสดงให้เห็นว่า ความมีอายุสูง ไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาทและหน้าที่ทางสังคมแต่ยังสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมือนคนหนุ่มสาว การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมไปเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้นทำให้บุคคลในครอบครัวที่เป็นประชากร ในวัยแรงงานต้องออกไปประกอบอาชีพ

และศึกษาในต่างถิ่น ทำให้ระบบครอบครัวจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความหว้าเหว่ได้ ปัญหาการตายของกลุ่มสมรส จะทำให้กลุ่มสมรสที่ยังมีชีวิตอยู่เศร้า และหว้าเหว่มากขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีงานอดิเรกก็จะทำให้มีความรู้สึกซึมเศร้ามากขึ้น ด้านความมั่นคงของครอบครัว ผู้สูงอายุที่ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต ผิดหวังในความสำเร็จของบุตร ผิดหวังในการประกอบอาชีพ หรือไม่สามารปรับตัวได้ในเรื่องของกรรมเพศสัมพันธ์ที่อาจมีมากขึ้นหรือลดลง สิ่งเหล่านี้ เป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุบางรายอาจต้องย้ายที่อยู่อาศัยในรายที่ไม่มีบุตรหลาน ซึ่งอาจต้องเข้าไปพักในบ้านพักคนชรา หรือย้ายไปอยู่กับลูกหลานในต่างถิ่นทำให้ไม่มีเพื่อน การเปลี่ยนที่อยู่ใหม่ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีความกลัว เช่นกลัวต่อการเจ็บป่วย และความตายจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล และหวาดกลัวต่อความตาย และถ้าบุตรหลานไม่สนใจดูแลก็จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด และทุกข์ใจ จากการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ดังกล่าวข้างต้น มีผลกระทบต่อความไม่มั่นคงทางจิตใจในผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

จะเห็นได้ว่าในวัยสูงอายุนี้เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ และทางด้านสังคมและวัฒนธรรม จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ย่อมส่งผล โดยตรงกับผู้สูงอายุซึ่งทำให้ผู้สูงอายุไร้สมรรถภาพ มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีความภาคภูมิใจลดลง เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า และในที่สุดจะทำให้ผู้สูงอายุนั้นไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุนั้นจึงมีความสำคัญอย่างมากที่จะต้องให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

### **แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า**

ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลในภาวะปกติซึ่งเป็นการแสดงออกของการเสียสมดุลทางอารมณ์ อากาปรประกอบด้วย อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิด รู้สึกหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความคิดความเคลื่อนไหวช้าลง หรือพลุ่พล่านกระวน

กระวายเป็นรู้สึกรู้ค่า ต่ำหิตตนเองมากผิดปกติ สมาธิเสียหรือมีความคิดอยากตาย ซึ่งถ้ามีอาการดังกล่าว ตลอดเวลา 2 สัปดาห์ขึ้นไปจะมีผลกระทบต่ออาชีพ การทำงาน หรือการเรียน ถือว่าเป็นความผิดปกติทาง อารมณ์ (ดวงใจ กสานติกุล, 2544) ซึ่งสมาคมจิตแพทย์ อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1994) กล่าวถึงข้อบ่งชี้ในการวินิจฉัยความผิดปกติทางอารมณ์ ชนิดซึมเศร้า ว่ามีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อใน จำนวนอาการทั้งหมด 9 ข้อในช่วงเวลา 2 สัปดาห์โดยอย่างน้อยต้องอาการ 1 หรือ 2 ข้อ อาการดังกล่าวคือ 1) มีอารมณ์ซึมเศร้าส่วนใหญ่ของวันแทบทุกวัน สามารถสังเกตได้ และ จากการบอกเล่า 2) มีความสนใจใน กิจกรรมต่างๆ ลดลงเป็นส่วนใหญ่ของวันแทบทุกวัน 3) มีน้ำหนักตัวลด โดยมิได้ควบคุม หรือเพิ่มขึ้น อย่างเห็น ได้ชัด (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีอาการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารแทบทุกวัน 4) นอนไม่ หลับแทบทุกวัน หรือ หลับมากแทบทุกวัน 5) มีการ เคลื่อนไหวมากขึ้นหรือลดลงแทบทุกวัน 6) อ่อนเพลีย แทบทุกวัน 7) รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป 8) สมาธิเสีย ความสามารถในการ คิดลดลง หรือมีความลำบากในการตัดสินใจ และ 9) มีความคิดเรื่องฆ่าตัวตาย หรือแสดงพฤติกรรมฆ่า ตัวตาย

#### ความหมายของภาวะซึมเศร้าซึมเศร้า

เบ็ค (Beck, 1967) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นการแสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้าน อารมณ์ ร่วมกับความเบี่ยงเบนทางด้านความคิด การรับรู้ ร่างกาย และพฤติกรรม ภาวะ ซึมเศร้าสามารถ เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน และอาจเกิดขึ้นได้ในหลายระดับ อาจเริ่มต้น โดยอาการรู้สึกเศร้า เสียใจ ท้อแท้ เล็กน้อย แต่ยังคงดำรงอยู่ในสภาพปกติไปได้จนถึงระดับรุนแรงโดยมีอาการ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หด หวังในชีวิต ไร้ความสามารถ มีความคิดในทางลบ จนถึงการคิดฆ่าตัวตายได้ ซึ่งสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า ตามแนวคิดของเบ็คนั้นแบ่งออกเป็น 2 ประการคือ เกิดจากการที่บุคคลได้เผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิต และ เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และอนาคต ซึ่งอาการแสดงจะมีอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เฉื่อยชา เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตนเอง มีพฤติกรรมถดถอย

๒๒๒๕๕๗

๗๔๒๒๗

๑.๒

25 4 19 2

ต้องการหลีกเลี่ยงและลงโทษตัวเองหรืออยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มีกิจกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม เช่นกิจกรรมทางกายลดน้อยลง และเชื่องช้า เป็นต้น

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) ได้ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่แสดงออกถึงภาวะอารมณ์ซึมเศร้า การขาดความสนใจหรือขาดความสุข การแสดงออกความรู้สึกไร้คุณค่า แสดงออกโดยการนอนไม่หลับ หรือไม่ยอมรับประทานอาหาร การแสดงออกโดยการไม่มีแรงทำงาน และการขาดสมาธิ

สถาบันสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย (2536) ความหมายของภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าหมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ต่ำหนีดตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงเป็นระยะเวลาานาน และเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย

ศรีวรรณ ดันศิริ (2535) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นเป็นความรู้สึกหม่นหมอง ไม่มีความสุข รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย เป็นความเศร้าที่ยังไม่อาจเรียกว่าเป็น โรคจิตหรือประสาท แต่ภาวะซึมเศร้าสามารถนำไปสู่การเป็น โรคประสาทได้

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2543) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยา จากการสูญเสีย ทำให้เกิดความมืดมน เบื่อหน่าย หดหู่ จิตใจอ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า ในที่สุดอาจเกิดความรู้สึกไม่อาจมีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเอง

ดังนั้นจึงสามารถที่สรุปความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ว่าเป็น ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ไม่มีความสุข ท้อถอย เบื่อหน่าย รวมทั้งความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ต่ำหนีดตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของทางด้านอารมณ์ ด้านความคิดและการรับรู้ ด้านร่างกาย และด้านกำลังใจ

## สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สำหรับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าพบว่ามีการศึกษาอย่างแพร่หลาย ซึ่งมีทฤษฎีที่อธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าอยู่หลายทฤษฎี โดยครอบคลุมทั้งทฤษฎีด้านชีวภาพ (Biological Theory) ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา (Psychological Theory) และทฤษฎีทางด้านสังคม (Sociological Theory) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้านั้นไม่สามารถที่จะอธิบายได้ด้วยสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง แต่เป็นการอธิบายด้วยหลาย ๆ สาเหตุที่ร่วมกันที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Eaton, 2002 ; Gilbert, 2004)

ทฤษฎีของภาวะซึมเศร้า เบลเซอร์ (Blazer, 1982) ได้กล่าวถึงทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในปัจจุบัน และสามารถสรุปได้เป็น 3 ทฤษฎีหลัก ดังนี้ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคมวิทยา ซึ่งสรุปได้ดังนี้คือ

1. ทฤษฎีชีววิทยา (Biological Theory) ทฤษฎีนี้ผสมผสานมาจาก ข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับการวิจัยด้านการเจ็บป่วยทางจิตมาในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา สามารถสรุปออกเป็นทฤษฎีย่อย ๆ ดังนี้

1.1 ทฤษฎีทางด้านพันธุกรรม (Genetic Theory) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โรคซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม โดยการศึกษาจากฝาแฝดที่มีบิดาหรือมารดา หรือทั้งบิดา และมารดา เป็นโรคซึมเศร้า จะมีโอกาสเกิดโรคได้ถึงร้อยละ 54 และฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันเมื่อคนหนึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าพบว่า อีกคนมีโอกาสดังกล่าวถึง 70 เปอร์เซ็นต์ (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาในฝาแฝด พบว่า อัตราเสี่ยงที่เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ ได้แก่ พ่อแม่ร้อยละ 14.3 ลูกร้อยละ 14.8 พี่น้องท้องเดียวกันร้อยละ 12.9 ส่วนในคู่แฝด หากคนหนึ่งเป็น คู่แฝดอีกคนหนึ่งมีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นด้วยร้อยละ 68 สำหรับคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน และร้อยละ 23 ในคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ (Blazer, 1982) นอกจากนี้ วินอเคอร์ เคลย์ตัน และไรซ์ (Winokur, Clayton & Reich, 1969 cited in Blazer, 1982) ยังพบว่า เพศของลูกทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอัตราเสี่ยงที่จะเกิด ความผิดปกติทางอารมณ์ ได้เท่า ๆ กัน แต่ใน

หมู่พี่น้องท้องเดียวกัน เพศหญิงจะมีอัตราเสี่ยงสูงกว่าเพศชายถึง 3 เท่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบโครโมโซมเอกซ์เป็นยีนส์เด่น (X chromosome -linked dominant)

นอกจากนี้ องค์ประกอบทางพันธุกรรมอาจเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าทางอ้อมได้ จากการศึกษาของ บัสส์ และเบลลเซอร์ (Busse & Blaber cited in Blazer, 1982) พบว่ามีการลดลงของเซลล์ประสาทในซีรีบรัม คอर्टเทกซ์ (Cerebral cortex) โลกัส เซอริวเลียส (Locus cerulus) และสมองน้อย (Cerebellum) ซึ่งการถูกทำลายของเซลล์เหล่านี้ อาจเกิดจากหลายสาเหตุ การศึกษาของ โบรดี (Brody, 1960) พบว่าอาจเกิดจากการสะสมของเสียภายในเซลล์ ส่วน เบอร์เนท (Burnet, 1970) พบว่า เกิดจากกลไกภูมิคุ้มกันของตนเองและการสูญเสียโครโมโซม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเนลสัน และคณะ (Nielsen et al., 1968 cited in Blazer, 1982) พบว่า ผู้หญิงสูงอายุที่มีอาการทางจิตนั้นจะมีจำนวนโครโมโซม หายไปมากกว่าในคนปกติ

1.2 ทฤษฎีเคมีประสาท (Biogenic Amine Theory) เนื่องจาก โลกัส เซอริวเลียส (Locus cerulus) เป็นส่วนประกอบของ โครงสร้างหลักในระบบนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine system) การสูญเสียเซลล์จาก โลกัส เซอริวเลียส ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความเข้มข้นและหน้าที่ของสารสื่อประสาทแคเทพิโคลามีน (Catecholamine neurotransmitters) ซึ่งชิลด์คราท์ (Schildkraut, 1965) ได้กล่าวถึงสมมุติฐานแคเทพิโคลามีนว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางรายมีอาการร่วมกับการขาดสาร แคเทพิโคลามีน โดยเฉพาะอย่างยิ่งนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ที่บริเวณ Synapse ของเซลล์ประสาท ในสมองส่วนควบคุมอารมณ์ คือ (Limbic system) และจากการตรวจปัสสาวะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ายังคงแสดงให้เห็นว่ามีระดับลดลงของ 3-methoxy-4 hydroxy phenlglycol (MHPG) และ 3-methoxy-4 hydroxy mandelic acid (VMA) ซึ่งเป็นการ Metabolite ของ Norepinephrine ที่เกิดจากการทำลายโดย โมโนเอมีน (Monoamine oxydase) (สุชาติ พหลภคย์, 2542) สิ่งสนับสนุนสมมุติฐานแคเทพิโคลามีนสรุปได้ดังนี้



1.2.1 ยาที่ทำให้เกิดการลดลงของแคททีโคลามีน (Catecholamine) ในสมอง เช่น การลดลงของรีเซอรัปิน (Reserpine) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในมนุษย์ง่าย (Goodwin & Bunny, 1973 cited in Blazer, 1982)

1.2.2 ยาที่ใช้รักษาภาวะซึมเศร้าจะช่วยเพิ่มระดับ แคททีโคลามีนในสมอง โดยการที่ยาจะไปออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการดูดกลับของสื่อประสาทเข้า Presynaptic terminal ของเซดัล (Reuptake inhibitor) เพิ่มความเข้มข้น ของ Norepinephrine และ Serotonin ที่บริเวณ Synapse ทันที แต่อารมณ์เศร้าจะดีขึ้นต่อเมื่อยาสามารถเปลี่ยนแปลงความไวของตัวรับชนิด Norepinephrine และ Serotonin receptors ให้เป็นปกติต้องใช้เวลาสักกระยะหนึ่ง

1.2.3 ยาที่เพิ่มระดับแคททีโคลามีนในสมองสามารถเพิ่มกิจกรรมและระดับการตื่นตัวในสัตว์ทดลองได้ (Schildkraut, 1965 cited in Blazer, 1982)

1.3. ทฤษฎีต่อมไร้ท่อ (Endocrine Theory) จากการศึกษาทางประสาทวิทยาพบว่า ฮัยโปทาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งเป็นศูนย์กลางควบคุม Neuroendocrine axis ต่าง ๆ ฮัยโปทาลามัสรับ Neuronal input จากระบบ ลิมบิก (Limbic system) ซึ่งเป็นศูนย์กลางควบคุมอารมณ์ ระบบลิมบิกทำให้มีการปล่อยสารสื่อประสาทชนิดต่าง ๆ ตามสภาพจิตใจในขณะนั้นๆ เช่นระบบลิมบิกกระตุ้น ฮัยโปทาลามัสให้ปล่อยฮอว์โมน Corticotropin-releasing hormone (CRH) จะทำให้มีการปล่อยสารสื่อประสาทนั้นเป็น NE หรือ 5-HT หรือ Ach และเพิ่มการไหลเวียนของ NE และ DA อีกทั้งกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกและมี ACTH มากระตุ้นต่อมหมวกไตให้ปล่อย คอर्टิโซน (Cortisone) ถ้าระบบลิมบิกห้ามให้ ฮัยโปทาลามัสให้ปล่อยฮอว์โมน Corticotropin-releasing hormone (CRH) จะทำให้มีการปล่อยสารสื่อประสาทเป็น GABA นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุน ในผู้ป่วยคุชชิง ซินโดรม (Cushing's syndrome) และ Hyperthyroidism จำนวนมากที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของ ภาวะซึมเศร้ากับการทำงานที่ผิดปกติของ ระบบประสาทต่อมไร้ท่อที่ทำงานผิดปกติ นอกจากนั้น บราเซอร์ (Blazer, 1993) กล่าวว่าพบว่า

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการที่มีโกรท ฮอร์โมน(Growth hormone) หลังออกมามาก จากการศึกษาผลของยาโคลนิดีน (Clonidine) ต่อการลดการหลั่งของ โกรท ฮอร์โมน(Growth hormone) พบว่า การตอบสนองของการหลั่งของ โกรท ฮอร์โมนต่อยา มีผลทำให้ ลดการความไวของตัวรับสัญญาณ ของ central alpha 2 adrenergic ในภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีผู้เชื่อว่าเกิดจากความไม่สมดุลระหว่าง เอสโตรเจน(Estrogen) กับโพรแลคติน (Prolactin) ซึ่งในหญิงสูงอายุ ภาวะซึมเศร้าจะลดการหลั่ง เอสโตรเจนอย่างรวดเร็วแต่ในขณะเดียวกัน โพรแลคตินเซลล์ (Prolactin cell) ในต่อมใต้สมองจะยังคงปิดอยู่ และหลัง โพรแลคตินออกมามาก จึงพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากที่เป็นเนื้องอกของต่อมใต้สมอง จะเป็นชนิดที่มีการหลั่ง โพรแลคตินออกมามาก และการขาดฮอร์โมนจากต่อมสืบพันธุ์ ทำให้อารมณ์ของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงง่าย ลักษณะต่างๆ ไปจะมีความวิตกกังวลตลอดเวลา และแสดงออกโดยการ พุดมาก หรือพุดไ้อวด พุดต่อเติมจากความเป็นจริง เพราะความจำเรื่องเดิมหายไป อีกแบบหนึ่งคือ การนั่งเฉย แยกตัว และซึมเศร้า ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงได้มากที่สุด และเป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของการทำงานของต่อมไทรอยด์ ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของภาวะ hypothyroidism จะมีอาการและอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้า อาการที่แสดงออกมานั้น พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มี การเคลื่อนไหวที่ช้าลง อารมณ์เฉื่อยชา และ ไม่มีสมาธิ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีการทำงานของต่อมไทรอยด์เสื่อมลงไป หรือ ลดลงไป จึงอาจเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้จากสาเหตุนี้

#### 1.4 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของจังหวะชีวิตในรอบวัน (Circadian Theory) ในผู้ป่วยโรค

ซึมเศร้าตัวคุมจังหวะที่อยู่ภายในร่างกายจะทำงานเร็วขึ้น ทำให้วงจร 24 ชั่วโมงของสรีรวิทยาต่างๆ เริ่มต้นเร็วขึ้นเช่นทำให้ระยะ REM Latency เร็วขึ้นจังหวะอุณหภูมิ ของร่างกายและการคัดหลั่งคอร์ติซอลเร็วขึ้นปกติเวลาที่อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้นจะเป็นเวลาดึ้นนอน เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้นในช่วงเช้าขึ้น จึงทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตื่นนอนเร็วกว่าปกติ ( สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2549)

## 1.5 สาเหตุจากการเกิดภาวะ Electrolyte metabolism

สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (2549) กล่าวว่า การเกิดอาการผิดปกติทางจิต อาจเกิดจากความผิดปกติของกระบวนการดูดซึมเกลือแร่ในร่างกายที่ผิดปกติ ซึ่งอาจเกิดในผู้ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้คือ ในขณะที่ภาวะอารมณ์เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้น จะมีโซเดียมเข้าไปในเซลล์ประสาทมากเกินไป ซึ่งการที่โซเดียมเข้าสู่เซลล์ประสาทมากเกินไปจะทำให้สภาพทางประสาทสรีรวิทยาของเซลล์ประสาทไม่เสถียร แต่เมื่อสภาพอารมณ์กลับสู่ปกติแล้ว โซเดียมก็จะกลับคืนสู่ภาวะปกติ

## 2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories)

### 2.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theories) การเกิดภาวะซึมเศร้าโดยใช้สมมติฐานการเรียนรู้

ความสามารถในการเรียนรู้ (Learned helplessness) คือ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากการเรียนรู้ต่อเหตุการณ์ครั้งก่อน ๆ ในสภาพแวดล้อมทางสังคมนั้นว่า ไม่เกิดประโยชน์อันใด ซึ่งรูปแบบของพฤติกรรมของภาวะซึมเศร้านี้ เกิดจากการที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือประสบการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การสูญเสียคนรักหรือหน้าที่การงาน ซึ่งเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้เหล่านี้ทำให้นักทดลองเกิดการเรียนรู้ว่าพฤติกรรมของตนเองนั้น ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์ได้ ทำให้นักทดลองเกิดความรู้สึกที่ว่าตนเองไร้ประโยชน์ ซึ่งความรู้สึกไร้ประโยชน์ ความรู้สึกสิ้นหวัง ความเจ็บป่วย และความตาย จะทำให้นักทดลองนั้นเกิดอาการซึมเศร้าได้ และการ์เบอร์ มิลเลอร์ และซีแมน (Gerber, Miller, & Seaman, 1979) ได้กล่าวว่า ประสบการณ์ที่มีเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้นั้นจะนำไปสู่การบกพร่องขั้นต้น 2 ประการ คือ การขาดแรงจูงใจในการตอบสนองต่อสถานการณ์ใหม่ และการเสียความสามารถในการเรียนรู้เกี่ยวกับสภาพหรือเงื่อนไขในสถานการณ์ใหม่ ซึ่ง เซลิกันแมน และไมเออร์ (Seligman & Maier 1967) กล่าวว่า ทำให้เกิดผลต่าง ๆ 3 ด้าน คือ การขาดแรงจูงใจ (Motivation deficits) การพร่องด้านความคิด (Negative deficits) และการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ (Emotional change) ซึ่งโดยสรุปแล้ว ภาวะซึมเศร้านี้จะทำให้เกิดการขาดแรงจูงใจ เกิดความคิดทางด้านลบ และมีภาวะอารมณ์ไม่สมดุลนั่นเอง

2.2 ทฤษฎีการรู้คิด (Cognitive Theory) เบ็ค (Beck, 1976) ได้เสนอทฤษฎีการรู้คิดและความผิดปกติทางอารมณ์ (Cognitive theory and the emotional disorders) ว่า รูปแบบทางด้านความคิดของภาวะซึมเศร้านั้นมีหลักการสำคัญ 3 ประการ ดังนี้

2.2.1 มีความคิดทางด้านลบ (Negative automatic thoughts) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะแสดงตนเองและประสบการณ์ที่ได้รับในปัจจุบันและอนาคต ในลักษณะวิถีทางที่เป็นลบ โดยผู้นั้นจะเชื่อว่าตนเองมีความบกพร่อง ซึ่งประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์นั้นถือเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความบกพร่องขึ้น และทำให้รู้สึกว่าตนเองนั้นไร้ค่า ไม่ได้รับการช่วยเหลือและสิ้นหวัง โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะเชื่อว่าตนเองไม่สามารถฝ่าฟันอุปสรรคไปได้ และปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นทั้งกับผู้อื่นและสภาพแวดล้อมนั้นถูกตีความเป็นความบกพร่อง และในที่สุดก็เป็นการทำลายนอกจากนี้ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะคิดว่าภาวะซึมเศร้านั้นไม่มีจุดสิ้นสุดและไม่มีสิ่งใดที่จะทำให้เกิดความพอใจได้อีก ในรูปแบบทางด้านความคิด (Cognitive model) นั้นถือว่าอาการของภาวะซึมเศร้านั้นเป็นผลมาจากลักษณะของความคิด (Cognitive traits) ซึ่งเป็นความคิดทางด้านลบทั้งต่อตนเอง โลกหรือสภาพแวดล้อม และอนาคต

2.2.2 มีความบกพร่องทางความคิดที่เป็นระบบ (Systematic logical errors) เป็นการบกพร่องในด้านการคิด ทำให้ผู้นั้นยังคงมีความเชื่อในความคิดทางด้านลบของตนเอง โดยเบ็ค และคณะ (Beck et al., 1979) คิดที่ปราศจากเหตุผล (Arbitrary inference) เลือกรู้คิด (Selective abstraction) มีความคิดอ้างอิงเชื่อมโยงไปไกลกว่าความเป็นจริง (Overgeneralization) การขยายและย่อเรื่องราวจนเกินจริง (Magnification and minimization) มีความคิดว่าสิ่งต่าง ๆ เป็นเรื่องเกี่ยวกับตนเองมากเกินไป (Personalization) และมีความคิดว่าสิ่งต่าง ๆ เป็นสองขั้วเท่านั้น (Absolutist dichotomous thinking) เช่น ถูก-ผิด ดี-เลว

2.2.3 มีแบบแผนของภาวะซึมเศร้า (Depressogenic schemata) โดยทั่วไปวิถีการคิดของบุคคลจะตั้งอยู่บนทัศนคติและข้อสันนิษฐานที่ได้พัฒนามาจากประสบการณ์ครั้งก่อน ๆ ก่อให้เกิด

กลุ่มของทัศนคติ ความเชื่อและสมมติฐานที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ในโลกภายในและภายนอกที่เชื่อมต่อกันระหว่างสิ่งที่บุคคลรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งที่รับรู้ที่เรียกว่า สคีมา (Schemas) ซึ่งซ่อนอยู่ภายในระยะเวลาอันยาวนาน แต่ถูกกระตุ้นให้แสดงออกโดยเหตุการณ์หรือความเครียดต่าง ๆ ทำให้เกิดเป็นวิธีการคิดที่บุคคลใช้ในการตีความครั้งต่อไป เบคคิงได้ใช้แบบแผนทางด้านความคิดนี้ ในการอธิบายว่า ทำไมบุคคลที่มีความซึมเศร้า จึงยังมีความคิดเห็นทางด้านลบ ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้อยู่ในสถานการณ์ที่ตรงข้ามกัน

ดังนั้น ศูนย์กลางของภาวะซึมเศร้าก็คือ ทัศนคติของบุคคลนั้น ๆ ต่อตนเองสภาพแวดล้อมทางสังคม และอนาคต โดยมีอัตมโนทัศน์แห่งตน (Self-concept) เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นมีทัศนคติต่อตนเองอย่างไร ซึ่งในผู้ที่มีทัศนคติต่อตนเองในด้านลบนั้น จะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่าไม่มีค่า ไม่เป็นที่ต้องการ และมักจะตีความปฏิสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งอื่น ๆ ว่าเป็นสิ่งที่บกพร่อง น่าละอายใจ เมื่อบุคคลเหล่านั้นต้องเผชิญกับความเครียด เช่น การเกษียณ การเจ็บป่วย บุคคลเหล่านั้นก็จะตีความสถานการณ์ดังกล่าวว่าเป็นความพ่ายแพ้ เกลียดตนเอง รู้สึกผิด และไร้ค่า ซึ่งเป็นการตีความที่บิดเบือนจากความเป็นจริง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

### 2.3 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ทฤษฎีนี้ได้กล่าวไว้ว่าภาวะซึมเศร้าที่

เกิดขึ้นเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจต่อการสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก (Loss of object) และความรู้สึกเศร้าเสียใจ (Grief or mourning) มีความคล้ายคลึงกับอารมณ์เศร้า (Melancholia) แต่มีความแตกต่างกันตรงที่ความรู้สึกเศร้าเสียใจนั้นเป็นความรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักในระดับจิตสำนึก (Conscious) และไม่มีภาวะของการสูญเสียความมีคุณค่าแห่งตน แต่อารมณ์เศร้านั้นเป็นความรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักในระดับจิตไร้สำนึก (Unconscious) แต่ไม่ได้เกิดการสูญเสียในความเป็นจริงและมีภาวะของการสูญเสียความมีคุณค่าแห่งตน ฟรอยด์ (Freud) อธิบายถึงอาการเศร้าที่มีมากและเข้มข้นขึ้นนั้นเป็นผลมาจากลิบิโด (Libido) หรือพลังขับทางเพศ (Sexual drive) เข้าครอบงำสิ่งอันเป็นที่รัก (An object) ภายในจิตสำนึก แต่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง บุคคลก็สามารถที่จะปลดปล่อยความรู้สึกนี้ได้ เนื่องจากบุคคลสามารถที่จะรู้สึกตนและยอมรับได้

ขณะเดียวกันก็สามารถที่จะสละความรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักนั้นไปอย่างช้า ๆ โดยการทำงานที่เป็นกระบวนการของความรู้สึกเศร้าเสียใจ (Mourning proceeds) แต่ถ้าลึบโศหรือพลังขับทางเพศเข้าครอบงำสิ่งอันเป็นที่รักภายในจิตใจไว้สำนึกภาวะซึมเศร้าจะเรื้อรังอยู่เป็นเวลานานกว่าปกติจนกลายเป็นกระบวนการของความรู้สึกเจ็บปวดที่เรื้อรังและนานกว่าปกติ เนื่องจากเกิดภาวะของการถดถอย (Regression) กลับไปสู่ระยะแรกของกระบวนการลอกเลียนแบบ (Identification) คือระยะขั้นปาก (Oral stage) ทำให้สิ่งอันเป็นที่รักที่สูญเสียไปนั้นเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของอีโก้ (Ego) โดยบุคคลนั้นมักจะเลียนแบบทำอีโก้ให้เหมือนกับสิ่งอันเป็นที่รักที่สูญเสียไป เช่น ถ้าพ่อเสียชีวิต ลูกชายมักจะทำตัวให้เหมือนพ่อ โดยรับช่วงทำงานที่พ่อเคยทำมาก่อน กิริยาท่าทางและพฤติกรรมแบบเดียวกับพ่อ หรือผู้ป่วยโรคจิตคนหนึ่ง ได้กล่าวว่าตนเองได้ทำความผิดที่พ่อเป็นคนก่อขึ้นทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยเองไม่เคยทำผิดในเรื่องนั้นเลย แต่เนื่องจากความคิดในอุดมคติ (Ego ideal) หรือมโนธรรม (Conscience) ซึ่งเป็นศีลธรรมประจำใจที่ปลูกฝังมาตั้งแต่เล็กกว่าให้กระทำแต่สิ่งที่ดี จะกระทำการดูถูกหรือติเตียนความรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักภายในอีโก้ ก่อให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งอันเนื่องมาจากความรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียด (Conflict of ambivalence) ขึ้นภายในจิตใจ ผลที่ตามมาคือ บุคคลนั้นจะมีความรู้สึกติเตียนและกล่าวโทษตนเอง รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าแห่งตน (Loss of esteem) รู้สึกดูถูกตนเอง (Self-vilification or delusional belittling) รวมทั้งมีรูปแบบของการวิจารณ์และติเตียนตนเอง (Self-criticism) ซึ่งความคิดดังกล่าวจะเป็นผลักดันในทางทำลายและจะมีลักษณะคิดซ้ำ ๆ ย้อนไปย้อนมาภายในจิตใจ โดยการแสดงออกของบุคคลที่มีมีอาการซึมเศร้าจะวนกลับมา กลายเป็นความรู้สึก ก้าวร้าวต่อบุคคลอื่น แต่ในบุคคลซึ่งไม่สามารถแสดงความรู้สึกก้าวร้าวออกมาได้ก็จะเกิดความรู้สึก สิ้นหวังและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ลักษณะดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงสภาพของการย้อนเข้าทำลายตนเอง (Introjections) ของอีโก้ซึ่งสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักไป

3. ทฤษฎีทางสังคม (Social Theories) ทฤษฎีทางสังคมการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลจาก จารีต

ประเพณีเสื่อมลง ซึ่งทำให้บุคคลยอมรับสภาพและปรับตัวให้เข้ากับสังคมดังกล่าวไม่ได้ ทำให้เกิดทัศนคติทางลบและแยกตัวออกจากสังคม นอกจากนี้ตามทฤษฎี ทางด้านสังคมนั้นกล่าวว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้าจะเน้นปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ตามทฤษฎีสังคมนั้น บุคคลมีงานที่จะต้องพัฒนาไปตามวัย (Developmental tasks) ตั้งแต่แรกเกิด ไปจนถึงวัยสูงอายุ แตกต่างกันไปในแต่ละช่วงชีวิต ซึ่ง เฮวิงเฮิร์สต์ (Havinghurst อ้างถึงใน เกษม ดันติพลลาชีวะ และกุลยา ดันติพลลาชีวะ, 2528, หน้า 13) กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีการพัฒนางานใน 6 ลักษณะคือ การต่อสู้กับภาวะความอ่อนแอของร่างกายและความเสื่อมของสุขภาพ การปรับตัวให้เข้ากับภาวะเกษียณอายุและการเปลี่ยนแปลงสถานะด้านการเงิน การปรับตัวต่อการตายของคู่สมรส การเข้าร่วมกลุ่มบุคคลวัยเดียวกัน การปรับตัวให้เข้ากับรูปแบบสังคมใหม่ และความรับผิดชอบในฐานะพลเมืองและการดำรงไว้ซึ่งความพึงพอใจในระบบชีวิตปัจจุบันที่เหลืออยู่ ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถพัฒนาตนเองตามช่วงชีวิตนี้ได้ จะแสดงพฤติกรรม ออกมาเพื่อเผชิญกับภาวะกดดันและเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

จากการศึกษาของ เมอร์ฟี (Murphy, 1992) พบว่า รูปแบบทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้านั้นมักจะเกิดจากความผิดปกติของจุดกำเนิดในสังคม นั่นคือ ภาวะซึมเศร้านั้นมีสาเหตุจากการได้รับประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในสังคมที่บุคคลนั้น ๆ อยู่ โดยประสบการณ์เหล่านี้ อาจเป็นเหตุการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน เช่น การสูญเสียเพื่อนรักหรือคู่รัก จะทำให้บุคคลนั้นเกิดประสบการณ์ของการหมดหนทางช่วยเหลือ (Helplessness) และขาดสติในการควบคุมต่อสภาพแวดล้อมที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น สิ่งที่สำคัญในการพิจารณาถึงรูปแบบทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าประการหนึ่งคือ อัตราของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในแต่ละกลุ่มของสังคม โดยพบว่าความแตกต่างทางเพศก็เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดอัตราของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (Mazure et al., 2002) ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาต่อภาวะสุขภาพหลักของผู้หญิงมากกว่าโรคอื่น ๆ จากการศึกษาที่ผ่านมาในหลายประเทศที่มีวัฒนธรรมที่ต่างกันพบว่าผู้หญิงมีการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายถึงสองเท่า (Kuehner, 2003; Nolen-Hoeksema & Keita, 2003) การที่เป็นเช่นนี้จะต้องมองถึงการขยายของสังคมที่เกี่ยวข้องกับบทบาท

สถานภาพทางสังคม และความเครียดต่อบทบาทเหล่านี้ของผู้หญิง การที่สังคมขยายไปข้างหน้าเช่นนี้ ทำให้บทบาททางสังคมของผู้หญิงในสมัยก่อนนั้นหมดความสำคัญและอำนาจลง อีกทั้งบทบาทบางอย่างของผู้หญิง เช่น การดูแลเด็ก คนทำความสะอาด แม่บ้าน สังคมไม่ได้ให้คุณค่ามากนักต่อความต้องการในบทบาทนี้ มักมีค่าจ้างที่ค่อนข้างต่ำ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเหล่านี้จึงทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง ซึ่งเป็นลักษณะของภาวะซึมเศร้าขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ บาร์ท (Bart, 1974 cited in Blazer, 1982) ที่กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลของโครงสร้างทางสังคม ซึ่งทำให้คนเราขาดบทบาท และไม่สามารถกำหนดค่าชีวิตของตนเองได้

จากทฤษฎีดังกล่าวข้างต้น แต่ละทฤษฎีก็พยายามศึกษาวิจัยเพื่ออธิบายถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในบุคคล แต่ก็ยังไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง โดยเฉพาะที่จะสามารถบอกได้ว่า ภาวะซึมเศร้าที่แท้จริงมาจากสาเหตุอะไร สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุน่าจะมาจากแนวคิดของทฤษฎีหลายทฤษฎีร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวคิดด้านชีววิทยา จิตวิทยาและสังคม ซึ่งมาจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมภายนอกตัวบุคคลของผู้สูงอายุ เช่น สภาพเศรษฐกิจและสังคม การขาดการคำจุนและแรงสนับสนุนจากสังคม การสูญเสีย นอกเหนือจากสภาพการเปลี่ยนแปลงภายในตัวของผู้สูงอายุ เช่น การเปลี่ยนแปลงของความเสื่อมของร่างกาย ความอ่อนแอ และความเสื่อมสภาพ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกของผู้สูงอายุนี้ ทำให้ปัจจุบันผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว หัวเหว่ หงอยเหงา และนำไปสู่ความซึมเศร้าได้ในที่สุด

การวินิจฉัยโรค และอาการ ในปัจจุบันอาการของภาวะซึมเศร้า สมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 1994) ได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major depression) ซึ่งได้แก่ อาการทางด้านอารมณ์ (Mood) ความสนใจ (Interest) ความอยากอาหาร (Appetite) การนอนหลับ (Sleep) การเคลื่อนไหว (Psychomotor) พลังงาน (Energy) ความรู้สึกผิด (Guilt) สมาธิ (Concentration) และความคิดฆ่าตัวตาย (Suicide) อาการของภาวะซึมเศร้ามี ดังนี้



1. อารมณ์ มีอารมณ์ซึมเศร้า หดหู่ สิ้นหวังอยู่ตลอดเวลาหรือมีการร้องไห้ร่วมด้วย
2. ความสนใจ จะขาดหรือลดความสนใจจากกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยสนใจทำ เช่น การเข้าสังคม งานอดิเรก การสังสรรค์ ความสนใจหรือความต้องการทางเพศ
3. ความอยากอาหาร เปลี่ยนแปลงไป อยากอาหารลดลง เมื่ออาหาร น้ำหนักลด แต่บางรายจะมีอาการกินมากน้ำหนักเพิ่มได้ หรือมีน้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงไปมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวภายในระยะเวลา 1 เดือน
4. การนอนหลับ จะมีอาการนอนไม่หลับในตอนกลางคืน โดยพบบอ่ยว่าจะตื่นเช้ากว่าปกติ แต่ในบางรายจะพบว่านอนมากกว่าปกติและกลางวันก็นอนมากด้วย
5. การเคลื่อนไหว มีการเคลื่อนไหวช้า เฉื่อย แต่ในบางรายจะพบอาการกระสับกระส่าย ผุดผุกผุดนั้ง หงุดหงิดง่าย
6. พลังงาน มักจะรู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่กระฉับกระเฉง เฉยชา ตลอดวัน ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง หรือใช้เวลาในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าปกติถึงสองเท่า
7. ความรู้สึกผิด มักจะบ่นว่าตำหนิตนเอง คิดว่าตนเองไม่ดี เป็นภาระของผู้อื่นหรือไร้ค่า มีความผิดที่ไม่ก่อให้เกิดภัย และรำพึงถึงความผิดพลาดเพียงเล็กน้อยในอดีต
8. สมาธิ มีสมาธิเสีย พุคซ้ำ คิดซ้ำ ตอบซ้ำ การตัดสินใจบกพร่อง
9. ความคิดฆ่าตัวตาย มีความคิดบ่อย ๆ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือการตาย พยายามฆ่าตัวตาย มีความรู้สึกท้อชีวิตไม่มีค่าพอที่จะอยู่ต่อ ต้องการที่จะตาย ซึ่งความคิดที่จะฆ่าตัวตายนี้อาจจะเกิดขึ้นเพียง 1-2 นาที หรืออาจคิดย้อนกลับ ไปกลับมาประมาณ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

จากอาการทั้งหมดที่กล่าวถึง ผู้ป่วยจะต้องมีอาการอย่างน้อย 5 อาการใน 9 อาการอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับอารมณ์ซึมเศร้าและเบื่อหรือหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ อย่างน้อย 2 สัปดาห์จึงจะวินิจฉัยว่าเป็น

โรคซึมเศร้า นอกจากนี้ สมาคมจิตแพทย์ แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 1994) ยังได้แบ่งระดับภาวะซึมเศร้า ออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ (Mild depression) ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้ จะมีอาการซึมเศร้าเพียง 5-6 อาการ มีความรู้สึกเศร้าหมองในบางขณะ ซึ่งบางทีมีสาเหตุและเหตุผลเพียงพอแต่บางทีก็ไม่มี มีอาการอ่อนเพลีย เฉื่อยชาหรืออาการไม่สบายทางกาย ตรวจร่างกายแล้วไม่พบความผิดปกติแต่อย่างใด มีอารมณ์เศร้าเพียงจิตใจหดหู่เล็กน้อย อาจนำมาด้วยอาการย้ำคิดย้ำทำ ขาดความเชื่อมั่นตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า คิดไม่ออก ทำอะไรล่าช้ามาก พุดซ้ำๆ ตอบซ้ำๆ ตัดสินใจลำบาก มักรู้สึกหมดหวัง คิดว่าตนเองมีบาปหรือ มีความผิด ในสิ่งที่ทำผิดพลาดเพียงเล็กน้อย เมื่ออาหาร นอน ไม่หลับ กระสับกระส่าย สมาธิไม่ดี แต่สติปัญญา ยังดีอยู่ บางรายมีอาการหดหู่ อ่อนไหวง่าย คือ รื่น ไม่เห็นใจผู้อื่น มักเห็นแต่ความผิดผู้อื่น อาการเศร้าไม่เด่น บางรายออกมาในรูปโกรธ เกรี้ยวกราด และเอาโทษผู้อื่น ซึ่งส่งผลให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่การงาน มีกิจกรรมทางสังคม หรือสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) มีอาการหลายอย่างเช่นเดียวกับระดับเล็กน้อย แต่รุนแรงกว่า จนกระทบกระเทือนต่อชีวิต แต่ยังคงดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แม้ไม่สมบูรณ์นัก บุคคลจะรู้สึก อึดอัด ไม่สบายใจ เจ็บปวดใจ พุดจาลำบาก ความคิดซ้ำๆ ย้ำคิดย้ำทำ

ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) ผู้มีภาวะซึมเศร้าระดับนี้จะมีอาการซึมเศร้าทั้งหมด 9 อาการ อาการจะอยู่ในระดับรุนแรงและเป็นเวลานาน มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด สิ้นพระทัย ไร้พลัง สิ้นหวัง ไม่แสดงความรู้สึก หน้าผากย่น มองต่ำตลอดเวลา มีรอยย่นระหว่างคิ้ว มุมปากห้อย ต่ำกว่าธรรมดา เป็นลักษณะ ของคนหดหู่อย่างมาก เมื่ออาหาร น้ำหนักลดมากดูเหมือนคนเจ็บ เหงื่อออกน้อยกว่าธรรมดา คอแห้ง กล้ามเนื้อหย่อน ท้องผูก ความต้องการทางเพศลดลง หรือหมดไป ความสนใจต่อสภาพแวดล้อมลดลง มีความวิตกกังวลสูง การนอนมีลักษณะเด่น คือหลับซ้ำกว่าปกติ แต่ตื่นเช้ากว่าปกติ มาก มีอาการไม่สบายในตอนเช้า ซึ่งเป็นเวลาที่ ไม่สบายที่สุดของวัน ถ้ามีอาการรุนแรงขึ้นผู้สูงอายุจะรู้สึก

หมดหวังจึงเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองมากและเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่นใกล้ชิดด้วย ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นนี้ จะส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน กิจกรรมทางสังคมหรือการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เป็นอย่างมาก

### อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

สุดสบาย จุลกัทัพพะ (2540, หน้า 12000-1202) กล่าวว่า ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้านักจะมีอาการวิตกกังวล (Anxiety) อาการทางกายต่าง ๆ (Somatic or hypochondriacal symptoms) ความจำไม่ดี (Difficulty with memory) ปวดเรื้อรัง (Chronic pain) ความจำเสื่อม (Dementia) ไม่รวมมือในการรักษา (Non-compliance with medication and other treatments) ไม่สนใจตนเอง (Self-neglect) โดยผู้ป่วยในกลุ่มนี้ แม้จะไม่พูดถึงอารมณ์เศร้า แต่เมื่อถามถึงอาการต่าง ๆ ของภาวะซึมเศร้า เช่น นอนไม่หลับ ความสนใจเสีย ฯลฯ จะพบมีอาการเหล่านี้ร่วมด้วยเสมอ

ดวงใจ กสานติกุล (2542) กล่าวว่าผู้สูงอายุมีปัญหาารอบด้านที่มารุมเร้าและก่อให้เกิดความเครียด อาจเกิดความคับแค้นใจเนื่องจากลูกหลานไม่รักไม่ปรองดองกัน ไม่ห่วงใยสนใจตน ซึ่งบางครั้งการแสดงอาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นพบว่า จะแสดงออกด้วยอาการนอนไม่หลับ รู้สึกเบื่ออาหาร เหมือนลิ้นไม่รู้รสชาติ ไม่อยากอาหาร อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย คิดมาก ท้อแท้ ใจคอหดหู่ บางคนถึงกับร้องไห้ บ่นหมดอาลัย อยากตาย บางครั้งไม่อยากให้เป็นภาระลูกหลาน อาการเหล่านี้ถ้าเกิดการสะสมแลเป็นมากขึ้น ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้น

สมภพ เรื่องตระกูล (2543) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีอาการแตกต่างจากผู้ที่มีอายุน้อย ลักษณะอาการที่เด่นชัดคือ จะมีอาการไม่สบายทางกายมาก ในขณะที่ความผิดปกติของอารมณ์มีไม่มาก หรือไม่ชัดเจน ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าจะมีอาการแสดงดังนี้ มีความคิดว่าสุขภาพตน ไม่ดี มีอาการที่ไม่สบายทางกายหลายอย่าง เช่น อ่อนเพลียไม่มีแรง สมองมึนชา ปวดศีรษะ ท้องอืดเฟ้อ แน่นท้อง คลื่นไส้อาเจียน บางรายกังวลกลัวเป็นโรคทางกายที่ร้ายแรง มีความรู้สึกไม่ร่าเริงหรือแจ่มใส มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย มีอาการเบื่อ

อาหาร น้ำหนักลด ท้องผูก นอนไม่หลับ มักตื่นตอนดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ สมรรถภาพในการทำงานลดลง ร่วมกับอาการอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย ความคิดเชิงซ้ำ สมาธิเสีย ลังเล ไม่มีความมั่นใจ มีอาการ พลุ่่งพ่่า่น ภาวะวณภาวะววย มีความรู้สึกรู้คุณค่า ถูกทอดทิ้ง และท้อแท้สิ้นหวัง มีความรู้สึกผิด ลงโทษตนเอง ในรายที่เป็นมาก จะมีอาการเมื่อชีวิต คิดอยากตาย อาจเกิดร่วมกับ โรครจิต จะมีอาการหลงผิดชนิดอื่นร่วมด้วย

โดยสรุป ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นมักจะพบลักษณะอาการที่แสดงออกให้เห็นทางกายเช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดศีรษะ ปวดเรื้อรัง นอนไม่หลับ ไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน ท้องผูก เมื่ออาหาร มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย เป็นต้น และอาการอื่น ๆ เช่น ไม่มีสมาธิ คิดซ้ำ มองตนเองไม่แง่ลบ รู้สึกผิด ต่ำหนิตนเอง มีอารมณ์เศร้า เมื่อชีวิต อาจถึงขั้นคิดฆ่าตัวตาย

### ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และสังคม ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจนกระทั่งถึงแก่ชีวิตได้ อย่างไรก็ตามผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่เกิดต่อผู้สูงอายุมีทั้งทางตรงและทางอ้อม

#### 1. ผลกระทบทางตรง

1.1. ความสามารถในการตัดสินใจลดลง ทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรม ในการแก้ปัญหา ในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุรา จึงทำให้เกิดการติดสุราตามมา โดยพบว่า บุคคลที่ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า มักจะมีการดื่มสุราเพื่อหนีปัญหา เนื่องจากคิดว่าไม่สามารถแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญ อยู่ได้และคิดว่าการดื่มสุราทำให้ลืมปัญหา แต่จริง ๆ แล้ว การดื่มสุราเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น และจากนั้นก็อาจมีการฆ่าตัวตายตามมา ซึ่งการฆ่าตัวตายนั้นภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ทำนายการฆ่าตัวตายได้ นั่นคือสามารถบอกได้ว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอันตรายต่อชีวิตได้

1.2 มีอาการหลงลืมมักพบว่า ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าจะมีการหลงลืมแบบในวัยสูงอายุตอนปลายได้เร็ว ยิ่งขึ้น มากกว่าปกติ เพราะจะมีอาการแสดงที่สำคัญคือมีอาการสูญเสียความจำ

1.3 ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลง สภาวะดิ่งเครียดทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้น อันเป็นผลจากสารเคมี และจิตใจที่เปลี่ยนไปในช่วงที่เกิดภาวะซึมเศร้า ขึ้น ซึ่งจะมีผลกระทบ โดยตรงต่อระบบภูมิคุ้มกันทางลดลง เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้ง่ายตามมา

## 2. ผลกระทบทางอ้อม

2.1 ขาดสารอาหาร เนื่องจากบุคคลที่กำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีการสำคัญอย่างหนึ่งคือ ไม่มี ความอยากรับประทานอาหารหรือมีการปฏิเสธการรับประทานอาหาร ซึ่งจะทำให้มีการขาดสารอาหารอย่างรุนแรง (Neese, 1991) สุดท้ายจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงยิ่งขึ้นตามมาด้วย

2.2 ความเจ็บป่วยที่รุนแรงยิ่งขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ ในผู้ที่เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นร่วมด้วยจะทำให้อาการความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่รุนแรงยิ่งขึ้นหรือหายจากการเจ็บป่วยช้ากว่าปกติ อีกทั้งเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายมากขึ้น สุดท้ายทำให้ระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่สั้นลง ทั้งนี้เนื่องจากความสนใจในเรื่องต่างๆ ลดลง

2.3 อุบัติเหตุ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นมีความตื่นตัวลดลง ทำให้ไม่สนใจหรือให้ความสนใจต่อสิ่งรอบข้างลดน้อยลง นอกจากนี้ขาดแรงจูงใจในการเฝ้าระวังอุบัติเหตุ หรือสิ่งที่จะเกิดขึ้นอย่างฉุกเฉิน ลดลง

2.4 สภาพร่างกายทรุดโทรมจากที่ภาวะซึมเศร้ามีอาการอย่างหนึ่งคือการนอนไม่หลับจึงทำให้เกิดความอ่อนเพลียเหนื่อยล้าตามมา

2.5 สูญเสียการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า ขึ้นบุคคลนั้นจะแยกตัวเองมองเห็นสิ่งต่างๆ ในแง่ร้ายหรือด้านลบและมีพฤติกรรมต่อต้านทางสังคม จึงเป็นผลให้ไม่ยอมรับการช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่าง ๆ จากผู้อื่น

2.6 ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน เป็นผลมาจากความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิ และด้วยระดับความสามารถในการที่จะทำกิจกรรมลดลงส่งผล ย้อนกลับไปทำลายสถานภาพของบุคคล ความภาคภูมิใจ ซึ่งจะยิ่งไปเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าให้ มากยิ่งขึ้น

การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีหลายวิธีที่สามารถนำมาใช้ในการบำบัดรักษา

ดังรายละเอียดดังนี้ การวางแผนการรักษาควรเริ่มจากการประเมินอาการของผู้สูงอายุโดยมุ่งเป้าไปที่การ รับประทานยาทุกชนิดที่ผู้สูงอายุได้รับ และอาการเจ็บป่วยที่ในปัจจุบันซึ่งเป็นปัจจัยนำไปสู่การเกิดภาวะ ซึมเศร้า (Alexopoulos et al., 2002) การรักษาโดยการใช้ยาด้านอาการซึมเศร้า และการรักษาแบบจิตบำบัดมี ความจำเป็นทั้งสองแบบในการรักษาอาการซึมเศร้า

การรักษาแบบควบคู่กันทั้งการใช้ยาด้านอาการซึมเศร้า และการรักษาแบบจิตบำบัดควรใช้ในกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าในช่วงหลัง (Alexopoulos, 2001) ขณะที่การรักษาด้วยยา หรือด้วยการทำจิตบำบัด จะเป็นการรักษาที่เลือกใช้ในกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรงปานกลาง ส่วนการรักษาด้วยการกระตุ้น ไฟฟ้าควรพิจารณาทำในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาด้านอาการซึมเศร้า และอาการยังคงอยู่ใน ระดับรุนแรง และมีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และมีอาการเหมือนคนที่ตายแล้วเช่นขาดสารน้ำและอาหาร หรือ มีอาการแสดงออกของโรคจิต

การรักษาด้วยยาจะได้ผลดีเมื่อผู้สูงอายุได้รับการรักษาแบบเดียวกับการรักษาในวัยผู้ใหญ่ (Anstey & Brodaty, 1995; Salzman & Small, 1996) เนื่องจาก Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) และ serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) ยาทั้งสองชนิดนี้เป็นยาที่เลือกใช้ใน การรักษาอาการซึมเศร้า ซึ่งมียา bupropion และ mirtazapine (Alexopoulos et al., 2001; Salzman & Small, 2005; Alexopoulos et al., 2005) แม้ว่าในการให้ยาในเริ่มแรกแก่ผู้สูงอายุ จะเริ่มด้วยการ SSRIs ในขนาดต่ำ แต่ท้ายที่สุดขนาดยาที่ให้แก่ผู้สูงอายุควรมีขนาดเดียวกับที่ให้ในวัยผู้ใหญ่

การให้ยา Nortriptyline ตามด้วยยadesipramine เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่เหมาะสมต่อการรักษาด้วย SSRIs ในกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงในผู้สูงอายุ (Alexopoulos et al., 2005; Bartels et al., 2003) ซึ่งจะทำให้ระดับความเข้มข้นของพลาสมา (Plasma) อยู่ในระดับ 60-120 mg/L และมากกว่า 115 mg/L สำหรับยาที่ควรหลีกเลี่ยงคือ Amitriptyline . Imipramine, Doxepin, Amoxapine, Maprotilline, Trazodone, Tranylcypromine, and Isocarboxazide

ขนาดของยาด้านอารมณ์เศร้าที่เหมาะสมควรให้อย่างน้อย 4 สัปดาห์ ก่อนที่จะตัดสินใจว่ายาที่ให้ไม่ได้ผล ถ้าผู้ป่วยตอบสนองต่อยาด้านอาการซึมเศร้าได้ไม่ดี แพทย์ต้องพิจารณาที่จะให้ยาในขนาดที่สูงขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยยังคงมีอาการไม่ตอบสนองต่อยาที่ได้รับ ควรต้องพิจารณาหาสาเหตุอื่น ๆ ร่วม ในกรณีการรักษาด้วยการใช้ไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) นั้นสามารถพิจารณาให้ได้ในกรณีที่รักษาด้วยวิธีอื่นแล้ว ผู้ป่วยยังมีอาการทรุดลงกว่าเดิม

สำหรับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เกิดจากภาวะเครียด การรักษาด้วยการทำจิตบำบัด หรือรักษาด้วยทั้งวิธีการให้ยาด้านอาการซึมเศร้า และการทำจิตบำบัดเป็นสิ่งที่ควรต้องทำ (Bartels et al., 2003) ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะตอบสนองต่อการรักษาด้วยการรักษาแบบประคับประคองมากกว่า ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าแบบอื่นๆ (Oxman & Hull, 2001) อย่างไรก็ตามการติดตามผลการรักษาควรติดตามในระยะ 2 สัปดาห์ ถ้าอาการซึมเศร้ายังคงปรากฏ มากกว่า 2-3 เดือน การรักษาด้วยยาด้านภาวะซึมเศร้าควบคู่การรักษาด้วยการทำจิตบำบัด เป็นการรักษาที่ควรเลือก เนื่องจากว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวหรือการรักษาด้วยการทำจิตบำบัดอย่างเดียวจะไม่เพียงพอในการเลือกใช้ (Alexopoulos et al., 2001)

การรักษาด้วยวิธีการบำบัดแนววิชีคิด (Cognitive-behavioural therapy) การรักษาด้วยวิธีการบำบัดบุคคล (Interpersonal therapy) การรักษาด้วยวิธีการประคับประคอง (Supportive psychotherapy) การรักษาโดยวิธีการ Problem-solving therapy เป็นวิธีการที่นักจิตบำบัดเลือกใช้ในการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ซึ่งการรักษาด้วยวิธี Cognitive-behavioural therapy จะเป็นวิธีที่ได้ผลในการรักษาแบบรายบุคคลในผู้สูงอายุมากกว่าในวัยผู้ใหญ่ (Koder et al., 1996) ขณะที่การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโรคเป็นผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัวในการรักษาอาการของภาวะซึมเศร้า (Sirey et al., 2001, 2005; Gilbody et al., 2003)

การประเมินภาวะซึมเศร้า เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีอาการแสดงในหลาย ๆ มิติ จึงทำให้มีการให้คำนิยามสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ต่างกัน นอกจากนี้อาการที่แสดงให้เห็นเป็นลักษณะทั่วไปที่สามารถปรากฏได้ในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ได้ (Kranich, 1995) จึงมีบุคคลต่าง ได้สร้างเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าขึ้นมามากมายซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การประเมินความซึมเศร้าโดยวิธีการสังเกตและการประเมินความซึมเศร้า โดยวิธีให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง หรือประเมินคำบอกเล่าที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย แต่เนื่องจากการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยใช้วิธีการสังเกตนั้นเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก ผู้ประเมินต้องมีความสามารถและชำนาญในการสังเกตและการตัดสินใจสร้ารวมทั้งมีโอกาสผิดพลาดได้ง่ายเนื่องจากไม่สามารถประเมินได้อย่างครอบคลุมทุกด้าน ดังนั้นการประเมินภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุจึงนิยมใช้ประเมิน โดยให้ผู้สูงอายุประเมินตนเองหรือประเมินจากการสัมภาษณ์ (Greist & Jefferson, 1992; Jacoby, 1997) โดยใช้แบบประเมินต่างๆ ดังนี้

1. Zung Self –Rating Depression Scale ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ โดยแบ่งข้อความด้านบวกและลบเท่า ๆ กัน แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่น 0.73 แบบประเมินนี้ไม่ค่อยนิยมใช้เนื่องจากไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์การวัดของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ในเรื่องของการคิดฆ่าตัวตาย อาการทางจิตบางอย่าง และไม่ครอบคลุมอาการทางกาย

2. Walkfield Self Assessment Inventory พัฒนาจากแบบประเมินของ Zung ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อคำถาม แบบประเมินชนิดนี้มีค่าความเชื่อมั่น 0.63 แม้จะได้รับความนิยมในระยะหนึ่ง แต่ต่อมาการวิพากษ์วิจารณ์ว่า แบบประเมินขาดความแตกต่างอย่างชัดเจนในเรื่องคะแนนเมื่อเปรียบเทียบกับการ



ตัดสินโดยภาพรวม นอกจากนี้ไม่สามารถวินิจฉัยลักษณะทางคลินิกที่แท้จริงของภาวะซึมเศร้าได้ บางครั้งจัดให้คะแนนสูง ซึ่งอาจเกิดจากบุคคลนั้นมีปัญหาด้านอารมณ์ และความเจ็บป่วยด้านร่างกายด้วยนั่นเอง

3. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ประกอบด้วยด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ เบ็ค Beck Depression Scale (BDI), Raskin, Zung, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และ Gardner ซึ่งออกแบบเพื่อวัดความซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน เป็นการวัดอาการซึมเศร้าในแง่ของกลุ่มอาการในช่วง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมามีข้อคำถามอยู่ 20 ข้อค่าคะแนนมีตั้งแต่ 0-60 คะแนน สำหรับเกณฑ์การตัดสิน ของคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่าบุคคลนั้นมีภาวะซึมเศร้า มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.85-0.89 ข้อดีของแบบสอบถามฉบับนี้ คือสะดวกในการนำไปใช้ ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย ง่ายต่อการแปลผล ส่วนข้อจำกัดคือ ไม่สามารถ แยกได้ว่า ภาวะซึมเศร้า ที่เกิดขึ้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจาก การเจ็บป่วยอย่างอื่น

4. Beck depression Scale (BDI) แบบสอบถามฉบับนี้สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1961 โดยใช้วัดความซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ได้ปรับปรุงใหม่ ในปี 1987 แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การใช้แบบสอบถามนี้ ผู้วิจัยถามคำถามแล้วให้ผู้ตอบคำถามกรอกคำตอบลงในแบบประเมิน เพื่อลดความผิดพลาด ต่อมาได้มีการพัฒนา แบบสอบถามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สะดวกใช้ และครอบคลุมกับกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่น 0.93

5. Geriatric Depression Scale (GDS) แบบประเมินนี้ เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ได้แก่อารมณ์ ความคาดหวังทางลบ การเคลื่อนไหวทางด้านร่างกาย การรู้คิด การแยกตัว จำนวน 30 ข้อ ข้อดีของแบบสอบถามฉบับนี้คือสะดวกต่อการนำไปใช้ และเข้าใจได้ง่าย มีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องในการรับรู้ อ่านหนังสือ ไม่ออก ขาดทักษะในการเขียน บกพร่องทางสติปัญญา และไม่

สามารถนำไปใช้ในการประเมินอาการที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปได้ เช่นความผิดปกติในการนอนหลับ ความอยาก  
รับประทานอาหาร และไม่สามารถใช้แยกอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุได้

สำหรับประเทศไทย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย ได้รวมกลุ่มบรรดาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน  
ประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และนักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก  
14 สถาบันทั่วประเทศไทย มาประชุมร่วมกันเพื่อพัฒนาสร้างแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยขึ้น ใช้ชื่อว่า  
แบบวัดความเศร้าของผู้สูงอายุไทย โดยใช้ต้นแบบจากแบบวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุของเยซาเวจ และ  
คณะ ลักษณะของแบบวัดความเศร้านี้เป็นการตอบข้อความว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ใน 30 ข้อคำถาม สำหรับการ  
การให้คะแนนจะเป็นระบบได้ 0 หรือ 1 คะแนนในแต่ละข้อคำถาม ลักษณะข้อคำถามจะเป็นความรู้สึทางด้าน  
ร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีข้อความที่เป็นความรู้สึกทางด้านบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 9, 21,  
27, 29 และ 30 ถ้าตอบไม่ใช่ในข้อคำถามเหล่านี้จะได้ข้อละ 1 คะแนน ส่วนที่เหลืออีก 20 ข้อซึ่งเป็น  
ความรู้สึกทางด้านลบ ถ้าตอบ “ใช่” จะได้ข้อละ 1 คะแนน กลุ่มผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่ม  
ตัวอย่าง 275 ราย ทั่วประเทศไทย ซึ่งจำแนกเป็นเพศชาย 121 คน เพศหญิง 154 คน ผลพบว่า เวลาเฉลี่ยที่ใช้  
ในการตอบแบบวัดคือ 10.09 นาที (ค่าช่วงอยู่ระหว่าง 10-15 นาที) จากนั้นนำคะแนนที่ใช้ไปหา ความ  
เชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสูตรคูเคอร์ ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุหญิงเท่ากับ 0.94 และผู้สูงอายุ  
ชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.93 สำหรับ เกณฑ์ในการตัดสินความเศร้าในผู้สูงอายุของ  
ไทยนั้น กำหนดค่าปกติในคนไทยสูงอายุเท่ากับ 12 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีความเศร้าเล็กน้อยเท่ากับ 13-18  
คะแนน ผู้สูงอายุที่มีความเศร้าปานกลางเท่ากับ 19-24 คะแนน และผู้สูงอายุที่มีความเศร้ารุนแรงเท่ากับ 25-  
30 คะแนน (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2537) จึงสรุปได้ว่า แบบวัดความเศร้าของผู้สูงอายุไทยฉบับนี้มี  
ความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบวัดนี้ในการศึกษาครั้งนี้ เพราะเป็นแบบวัดที่สะดวก เข้าใจ  
ง่าย ใช้เวลาในการทดสอบสั้น เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย และมีความเที่ยงตรงสูง

## แนวคิดเกี่ยวกับดนตรี

ดนตรีจัดเป็นศาสตร์อย่างหนึ่งที่แสดงออกถึงสุนทรียภาพ (Aesthetics) ซึ่งเป็นความงามที่ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตา แต่เป็นความงามที่มองเห็นได้ด้วยจิตใจและพลังความคิด ดนตรีเป็นส่วนหนึ่งของมนุษย์ ซึ่งเกิดมาพร้อมกับธรรมชาติ ดนตรีของมนุษย์ในระยะแรก ๆ เกิดจากเสียงฟ้าร้อง ผ่นตก น้ำไหล ไบไม้ไหวหรือสัตว์ร้อง ฯลฯ นอกจากนี้ยังเกิดขึ้นได้จากการกระทำของมนุษย์ เช่น การเป่าปาก การปรบมือ การเคาะหินหรือเคาะไม้ ซึ่งในระยะต่อมามนุษย์ได้นำมาปรุงแต่งให้มีระบบระเบียบมากขึ้น โดยอาศัยทั้งกฎเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์แห่งเสียงจากธรรมชาติ เสียงจากเครื่องดนตรีหรือเสียงขับร้องของมนุษย์ที่ประกอบด้วยจังหวะ ทิศทางการเคลื่อนไหวของเสียงสูง ๆ ต่ำ ๆ สลับไปมาอย่างเหมาะสม กลมกลืนจนเป็นศิลปะทางดนตรีขึ้นมนุษย์มีความผูกพันกับดนตรีอย่างมากมาย และลึกซึ้งตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อเป็นทารกจะได้ยินเสียงเท่กล่อมจากมารดา เมื่อโตขึ้นการจัดงานรื่นเริงก็มีเสียงดนตรีร่วมบรรเลงให้ความสนุกสนาน และวาระสุดท้ายก็มีดนตรีที่จัดให้กับงานศพ ตลอดจนอื่น ๆ ที่ต่างวาระกันไป ทั้งนี้เนื่องจากเสียงดนตรีสามารถบันดาลให้เศร้า รัก สนุกสนาน เมกบาน ชัยชนะและสามัคคีในมนุษย์ได้อย่างน่าพิศวง เสียงดนตรีต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ของมนุษย์ เป็นสิ่งเร้าสำคัญที่ทำให้เกิดการ พัฒนาการ และมนุษย์เกิดการเรียนรู้ ทุกครั้ง โดยเฉพาะเสียงดนตรีนั้นจะให้คุณค่าอย่างมาก เพราะว่าเมื่อสมองมนุษย์จะจัดระเบียบของเสียงไว้ เมื่อเสียงดนตรีผ่านเข้ามาสู่ระบบประสาทการรับฟัง สมองส่วนลิมบิก และก้านสมองจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในร่างกาย และจิตใจ ความคิด และอารมณ์ ของผู้ฟังจะเปลี่ยนไปตามเสียงดนตรีที่ผ่านเข้ามากระตุ้น ผลทางสรีระวิทยาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การไหลเวียนทางโลหิต การตอบสนองทางม่านตาและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Good at el., 1999; Standley, 1986; Zimmerman at el., 1988) ผลทางจิตใจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความคิด สร้างความอบอุ่นความมั่นคงทางจิตใจได้สูง ในการศึกษาที่ผ่านมาได้มีผู้ที่ให้ความหมายของดนตรีไว้อย่างหลากหลาย

เออร์วิน(Alvin, 1966, p.97) คนตรี หมายถึง เสียงสูง ๆ ต่ำ ๆ ได้รับการเรียบเรียงไว้อย่างมีแบบแผน เป็นเสียงที่มีอิทธิพลต่อมนุษย์ โดยเนื้อแท้ของคนตรีถือเป็นภาษาสากลที่ทำให้ชนชาติต่าง ๆ สามารถ ติดต่อสื่อสารกันได้โดยไม่ต้องอาศัยคำพูด

มันโร และ เมาท (Munro & Mount, 1993) คนตรีคือลักษณะของเสียงที่ประกอบด้วย ความถี่ จังหวะ การประสานเสียง ทำนอง และลีลา ซึ่งแสดงออกถึงความนึกคิด ประสบการณ์ ความหวังและ ความฝัน ที่มีความสัมพันธ์ต่อร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคมมนุษย์ มนุษย์สามารถเข้าถึงคนตรีได้ในระดับ ผิวดิน ระดับอารมณ์ ระดับการทำงานของสมอง และในระดับลึกและดนตรียังมีพลังที่มีผลต่อความ สุขสบาย การเคลื่อนไหว การผ่อนคลาย

สมาคมคนตรีบำบัดแห่งแคนาดา(Canadian Association for Music Therapy, 1997) กล่าวว่า คนตรี บำบัดเป็นการใช้คนตรีและองค์ประกอบของคนตรีให้เกิดทักษะ เพื่อส่งเสริม รักษา และคงไว้ซึ่งสุขภาพกาย สุขภาพจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ

พิชัย ปรัชญานุสรณ์ (2534) ได้กล่าวถึงคนตรีบำบัด ว่าหมายถึงการนำคนตรีและกิจกรรมต่างๆ ไป ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยทั้งทางกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยคำนึงถึงวัยของผู้ป่วย ลักษณะ โรค อาการ เพื่อ ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเองให้ดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข

ณรุทธ์ สุทรจิตต์ (2535) กล่าวว่า คนตรีเป็นวิชาการแขนงหนึ่งที่มีสาระเฉพาะ ของตัวเอง แม้ว่าใน บางครั้ง จะมีการจัดเอาคนตรีไว้เป็นศิลปะก็ตาม แต่โดยเนื้อแท้ของสาระคนตรีมีความแตกต่างจากศิลปะ อย่างเห็นได้ชัด กล่าวคือ ศิลปะเป็นเรื่องของการรับรู้ทางด้านสายตา แต่คนตรีเป็นเรื่องของการรับรู้ทางด้านการฟัง คือเป็นศิลปะการแสดงและเป็นโสตศิลป์

โดยสรุปแล้วคนตรีบำบัด หมายถึง การทำกิจกรรมบำบัดอย่างหนึ่ง โดยใช้องค์ประกอบต่างๆ ของ คนตรี และกิจกรรมทางคนตรี เป็นสื่อกลางในการติดต่อกับบุคคล โดยคำนึงถึงองค์ประกอบ อันได้แก่ วัย

อาการของโรค และลักษณะของโรคของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการบำบัดรักษา และฟื้นฟูความผิดปกติทางกาย จิต อารมณ์ ให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

องค์ประกอบและคุณสมบัติของดนตรี ในการสร้างเสียงให้อยู่ในระเบียบของจังหวะ ทำนอง สี สัน ของเสียงและคีตลักษณ์ ดนตรีไม่ว่าจะเป็นของชาติใดล้วนมีพื้นฐานมาจากส่วนต่าง ๆ เหล่านี้ทั้งสิ้น ความแตกต่างในรายละเอียดแต่ละส่วนนั้น กรอบวัฒนธรรมของแต่ละสังคมจะเป็นปัจจัยที่กำหนดให้ตรงตาม รสนิยมของแต่ละวัฒนธรรม จนเป็นผลให้สามารถแยกแยะดนตรีของชาติหนึ่งแตกต่างจากดนตรีของอีก ชาติหนึ่ง ดนตรีบำบัดส่วนใหญ่ที่ใช้ในต่างประเทศเป็นดนตรีคลาสสิก การเลือกชนิดของดนตรีเพื่อให้ ผู้ป่วยฟังนั้นควรพิจารณาถึงสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยประกอบด้วย (Buckwiler, Harthock & Gaffney 1985) การวิจัยครั้งนี้จึงเลือกดนตรีไทยประเภทบรรเลง เป็นดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังนั้นในการศึกษาองค์ประกอบของดนตรีไทยจึงพิจารณาจากลักษณะต่อไปนี้

1. เสียง (Tone) เสียงเกิดจากการสั่นสะเทือนของอากาศที่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอลักษณะของความแตกต่างของเสียงขึ้นอยู่กับคุณสมบัติสำคัญ 4 ประการ คือ ระดับเสียงความยาวของเสียง ความเข้มของเสียง และคุณภาพของเสียง

1.1 ระดับเสียง (Pitch) หมายถึง ระดับความสูง-ต่ำ ของเสียงที่เกิดจากจำนวนความถี่ของการสั่นสะเทือน กล่าวคือถ้าเสียงมีความถี่สูงลักษณะการสั่นสะเทือนเร็วจะส่งผลให้มีระดับเสียงสูง แต่หากเสียงมีความถี่ หรือเสียงทุ้มนุ่มนวลลักษณะการสั่นสะเทือนช้าจะส่งผลให้มีระดับเสียงต่ำ ระดับเสียงมีผลต่อร่างกายและจิตใจมนุษย์ ระดับเสียงที่มีอัตราเร่งมากหรือเสียงสูงมากจะกระตุ้นหรือเร่งการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียดและว้าวุ่นใจได้ง่ายในขณะที่เสียงต่ำหรือเสียงทุ้มนุ่มนวลจะทำให้รู้สึกผ่อนคลายและทำให้อารมณ์สงบ (Alvin, 1966; Moss, 1988)

1.2 ความยาวของเสียง (Duration) หมายถึงคุณสมบัติที่เกี่ยวกับความยาว-สั้นของเสียง ความยาวและสั้นของเสียงเป็นคุณสมบัติที่สำคัญอย่างยิ่งของการกำหนด ทิศา จังหวะ

1.3 ความเข้มของเสียง (Intensity) ความเข้มของเสียงเกี่ยวข้องกับน้ำหนักของความหนักเบาของเสียง ความเข้มของเสียงจะเป็นคุณสมบัติที่ก่อประโยชน์ในการกำหนดเสียงให้มีลีลา จังหวะที่สมบูรณ์ เสียงที่ดังจะเร้ากระตุ้นอารมณ์และต่อมไร้ท่อ ทั้งยังมีความสัมพันธ์กับระบบประสาทซิมพาเทติก เสียงเบานุ่มนวลทำให้เกิดความสงบสุข สบายใจ (จำไพพรรณ ศรีโสภาค, 2511) และเสียงที่ดังมากสม่ำเสมอติดต่อกันเป็นเวลานานจะรบกวนผู้ฟังทำให้เกิดความรู้สึกเมื่อยล้าได้

1.4 คุณภาพของเสียง (Quality) เกิดจากคุณภาพของแหล่งกำเนิดเสียงที่แตกต่างกัน ปัจจัยที่ทำให้คุณภาพเสียงเกิดความแตกต่างกันนั้นเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น วิธีการผลิตเสียง รูปทรงของแหล่งกำเนิดเสียง วัสดุที่ทำแหล่งกำเนิดเสียง เป็นต้น

2. พื้นฐานจังหวะ (Element of time) จังหวะเป็นศิลปะของการจัดระเบียบเสียงที่เกี่ยวข้องกับความเร็วช้า ความหนักเบา และความสั้นยาว องค์ประกอบเหล่านี้หากนำมาร้อยเรียงปะติดปะต่อเข้าด้วยกันตามหลักวิชาการเชิงดนตรีแล้วสามารถที่จะสร้างสรรค์ให้เกิดลีลา จังหวะอันหลากหลายในเชิงจิตวิทยา อิทธิพลของจังหวะที่มีผลต่อผู้ฟังจะปรากฏในลักษณะของการตอบสนองทางกายภาพ เช่น ฟังเพลงแล้วแสดงอาการกระดิกนิ้ว ประบมือร่วมไปด้วย จังหวะในดนตรีไทยสามารถแยกพิจารณาได้ 2 ประเภท คือ จังหวะภายใน และจังหวะภายนอก

2.1 จังหวะภายใน เป็นจังหวะที่เกี่ยวพันและแฝงอยู่ในลีลา ทำนอง ได้แก่ ความช้า-เร็ว (Tempo) จังหวะเคาะ (Beat) ลีลา – จังหวะ (Rhythm)

2.1.1 ความเร็ว-ช้า เป็นส่วนขององค์ประกอบจังหวะที่เกี่ยวข้องกับอัตราความเร็ว (Speed) วัฒนธรรมดนตรีตะวันตกความเร็วของบทเพลงจะถูกระบุไว้อย่างชัดเจน เช่น เร็วมาก (Presto) เร็วปานกลาง (Moderation) ช้า (Lento) ช้าเฉื่อย (Gave) เป็นต้น ความเร็วช้าของจังหวะดนตรีนิยมนับเป็นจำนวนครั้งต่อนาทีโดยทั่วไปจังหวะมีความเร็วอยู่ระหว่าง 50-120 เมโทรโนม (mm=metronome measurement) หมายถึงเครื่องมือจับความเร็วจังหวะดนตรีต่อนาที ซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ตามระดับของจังหวะ

ต่าง ๆ ซึ่งได้เทียบมาตรฐานอย่างคร่าว ๆ โดยประมาณว่าเท่ากับการเต้นของหัวใจมนุษย์ระหว่าง 70-80 ครั้ง (Feder, 1981) ถ้าความถี่ของการตีจังหวะนับจากเมโทรโนมเร็วกว่าการเต้นของหัวใจเรียกว่าจังหวะเร็ว ถ้าช้ากว่าการเต้นของหัวใจเรียกว่าจังหวะช้า (ราไพพรรณ ศรีโสภาค, 2511) จังหวะของคนตรีที่เร็วกว่าการเต้นของหัวใจ (มากกว่า 80-90 ครั้งต่อนาที) จะทำให้เกิดความรู้สึกเครียด จังหวะที่ช้ากว่าการเต้นของหัวใจ (น้อยกว่า 40-60 ครั้งต่อนาที) จะทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจหรือวิตกกังวล และจังหวะที่ปกติเร็วเท่ากับอัตราการเต้นของหัวใจ (60-80 ครั้งต่อนาที) จะทำให้เกิดความรู้สึกสงบ (Cook, 1981; Moss, 1988)

สำหรับดนตรีไทยความเร็วช้าของบทเพลงไม่ได้มีการกำหนดเป็นกฎกติกาที่ตายตัวดังเช่นในวัฒนธรรมดนตรีตะวันตก เป็นแต่เพียงการตกลงร่วมกันในหมู่นักดนตรีว่าต้องการให้มีความเร็วช้าเพียงใด โดยทั่วไปมีอัตราจังหวะ 3 แบบคือ

จังหวะช้า เรียกว่าเพลงอัตราสามชั้น ซึ่งใช้เวลาในการบรรเลงนานมากลีลาของคนตรีจะ ไปอย่างเชื่องช้าจะบรรเลงยาวและฟังยาก

จังหวะปานกลาง เรียกว่าเพลงอัตราสองชั้น เป็นดนตรีที่ฟังง่าย ไม่ยืดเยื้อจนน่าเบื่อ ขับร้องได้ง่ายกว่าเพลงสามชั้น และมีความกระฉับกระเฉงมากกว่าด้วย

จังหวะเร็ว เรียกว่าเพลงอัตราชั้นเดียวมีท่วงทำนองและลีลารวดเร็ว ตีกลั้มมาก มีอารมณ์ครื้นเครง เร่งซ้ำ อาจใช้บรรเลงเพื่อแสดงอารมณ์ที่ต้องการความรวดเร็ว เช่น ความโกรธ ความรีบร้อน เป็นต้น

2.1.2 จังหวะเคาะ เป็นมาตราส่วนที่ใช้วัด หรือกำหนดความสั้น-ยาวของเสียงที่เคลื่อนที่ไป การเคลื่อนที่ของจังหวะจะเป็นอัตราที่สัมพันธ์กันอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจังหวะที่เคลื่อนที่ไปนั้นจะช้าหรือเร็วเพียงใด

2.1.3 ลีลา-จังหวะ เป็นศิลปะของการจัดระเบียบความหนัก-เบา และความสั้น-ยาวของเสียง ลีลาจังหวะของคนตรีมีอิทธิพลต่อมนุษย์มาก เชื่อกันว่ามีความสัมพันธ์กับจังหวะลีลาของร่างกาย เช่น การเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การย่อยอาหารและการทำงานของสมอง

(Sackett & Fitzgerald, 1980) ลีลาจังหวะเป็นเหตุจูงใจให้มนุษย์เกิดปฏิกิริยาโต้ตอบ หรือเคลื่อนไหวได้โดยอัตโนมัติ ลีลาของคนตรีที่คงที่สม่ำเสมอ จะทำให้รู้สึกประหลาดใจหรือขบขันได้ (Parriot, 1969, p.1724)

2.2 จังหวะภายนอก เป็นจังหวะเสริมเพิ่มเติมภายนอก ทำให้ลีลาทำนอง มีสีสันมากขึ้น

3. ทำนอง (Melody) ทำนองเป็นการจัดระเบียบของเสียงที่เกี่ยวข้องกับความสูง-ต่ำ ความสั้น-ยาว และความดัง-เบา ในเชิงจิตวิทยาทำนองจะกระตุ้นผู้ฟังในส่วนของสติปัญญาทำนองมีส่วนสำคัญในการสร้างความประทับใจ จดจำและแยกแยะความแตกต่างระหว่างเพลงหนึ่งกับอีกเพลงหนึ่ง

4. พื้นผิวของเสียง (Texture) พื้นผิวของเสียง หมายถึงลักษณะหรือรูปแบบของเสียงทั้งที่ประสานสัมพันธ์และไม่ประสานสัมพันธ์ โดยอาจจะเป็นการนำเสียงมาบรรเลงซ้อนกันหรือพร้อมกัน ลักษณะรูปแบบพื้นผิวของเสียง มีอยู่หลายรูปแบบดังนี้

4.1 โมโนโฟนิค เทกซ์เจอร์ (Monophonic texture) เป็นลักษณะพื้นผิวของเสียงที่มีแนวทำนองเดียว ไม่มีเสียงประสาน

4.2 โพลีโฟนิค เทกซ์เจอร์ (Polyphonic texture) เป็นลักษณะพื้นผิวของเสียงที่ประกอบด้วยแนวทำนองตั้งแต่สองแนวทำนองขึ้นไป โดยแต่ละแนวมีความเด่น และเป็นอิสระจากกันในขณะที่ทุกแนวสามารถประสานกลมกลืนไปด้วยกันได้

4.3 เฮเทอโรโฟนิค เทกซ์เจอร์ (Homophonic texture) เป็นรูปแบบของแนวเสียงที่มีทำนองหลายทำนอง แต่ละแนวมีความสำคัญเท่ากันทุกแนว ลักษณะการผสมผสานของแนวทำนองในลักษณะนี้เป็นรูปแบบการประสานเสียงในวัฒนธรรมดนตรีไทย

5 สีสันของเสียง (Tone color) สีสันของเสียง หมายถึงคุณลักษณะของเสียงที่กำเนิดจากแหล่งเสียงที่แตกต่างกัน แหล่งกำเนิดเสียงดังกล่าวเป็นได้ทั้งที่เป็นเสียงร้องของมนุษย์และเครื่องดนตรีชนิดต่าง ๆ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดนตรีนั้นหลากหลายด้านสีสันของเสียงประกอบด้วยปัจจัยที่แตกต่างกันหลาย



ประการเช่น วิธีการบรรเลง วัสดุที่ใช้ทำเครื่องดนตรี รูปทรง ขนาด ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลโดยตรงต่อสีตันของเครื่องดนตรี ทำให้เกิดคุณลักษณะที่แตกต่างกันออกไป

5.1 วิธีการบรรเลง วิธีการผลิตเสียงของเครื่องดนตรีไทยอาศัยวิธี ดิด สี ดี และเป่า วิธีการผลิตเสียงดังกล่าวล้วนเป็นปัจจัยให้เครื่องดนตรีมีคุณลักษณะทางเสียงที่แตกต่างกันพิจารณาจากภาพรวมด้านคุณลักษณะของเสียง แยกออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

5.1.1 กลุ่มที่มีเสียงราบเรียบ เครื่องดนตรีกลุ่มนี้ได้แก่ เครื่องเป่า และเครื่องดี เช่น ปี่ ขลุ่ย ซอ โดยธรรมชาติการบรรเลงเครื่องดนตรีประเภทเครื่องเป่า ทราบไคนักดนตรียังมีความสามารถผ่อนลมเข้าออกให้หมุนเวียนไปมากระแสนเสียงก็จะถูกผลิตออกมาอย่างราบเรียบและต่อเนื่อง ในลักษณะที่คล้ายกันของเครื่องดนตรีประเภทดี หากนักดนตรีที่ตีซอยังลากคันชักเข้าออกสัมผัสกับสายซอ โดยไม่หยุดพักกระแสนเสียงที่ผลิตออกมาจะมีความราบเรียบและต่อเนื่อง

5.1.2 กลุ่มที่มีเสียงไม่ราบเรียบ เครื่องดนตรีกลุ่มนี้ประกอบด้วยเครื่องดนตรีในตระกูลเครื่องดี และดิด ได้แก่ ระนาดเอก ระนาดทุ้ม ฉิ่งวงเล็ก ฉิ่งวงใหญ่ จะเข้ เป็นต้น โดยธรรมชาติแล้วเครื่องดนตรีในกลุ่มนี้ หากดี และดิดหนึ่งครั้งจะผลิตเสียงได้เพียงหนึ่งเสียงและเสียงที่ผลิตออกมานั้นจะเป็นเสียงสั้น ๆ ดังนั้นหากต้องการผลิตเสียงยาวจำเป็นที่จะต้องดี หรือดิดหลายครั้งตามขนาดความยาวของจังหวะที่ต้องการ คุณค่าของอรรถรสที่ผู้ฟังพึงได้รับจึงอยู่ที่เสียงของการดี หรือดีที่พรั่งพรูออกมาอย่างดีละเอียดยและต่อเนื่อง

5.2 วัสดุที่ทำดนตรี วัสดุที่ใช้ทำดนตรีของแต่ละวัฒนธรรมจะแตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อมของสังคมและยุคสมัย ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดความแตกต่างในด้านสีตันของเสียงสำหรับดนตรีไทยนั้น วัสดุส่วนมากเป็นผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ เช่น ไม้ไผ่ กะลามะพร้าว เป็นต้น ดังนั้นกระแสนเสียงที่ผลิตจากเครื่องดนตรีไทยจึงมีสีตันที่นุ่มนวล ประสานกลมกลืนกับสภาพแวดล้อมไทยอย่างดียิ่ง

5.3 ขนาดและรูปทรง ลักษณะของเครื่องดนตรีที่มีรูปทรงของขนาดที่แตกต่างกันจะเป็น ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความแตกต่างกันในด้านสีตันของเสียง

5.4 การรวมกลุ่มของเสียง สาเหตุของความแตกต่างกันของเสียงที่เกี่ยวข้องกับวิธีการ บรรเลง วัสดุที่ใช้ทำ และขนาดรูปทรงเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความแตกต่างระหว่างเสียงหนึ่งกับอีกเสียงหนึ่ง อย่างไรก็ตามข้อเท็จจริงของการบรรเลงดนตรีนั้น สีตันของดนตรีที่แตกต่างกันยังมีปัจจัยมารวมกลุ่มของ เสียงมาจากดนตรีชนิดต่าง ๆ ลักษณะของการรวมกลุ่มดังกล่าวสามารถพบในลักษณะการรวมวง ซึ่งดนตรี ไทยที่เห็นในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ วงเครื่องสาย วงปี่พาทย์ วงมโหรี โดยแต่ละประเภทต่างก็มีลีลา และสีตันเฉพาะตัวดังนี้

5.4.1 ลีลาของเครื่องสาย วงเครื่องสายประกอบด้วยเครื่องดนตรีที่ทำด้วยสาย กระจุกติด และสี โดยมีเครื่องเป่าตระกูลขลุ่ย เข้าร่วมสมทบ พิจารณาจากธรรมชาติของเครื่องดนตรีที่สังกัด ในวงดนตรีชนิดนี้แล้วส่วนมากมีศักยภาพในการผลิตเสียงที่ยาวได้อย่างต่อเนื่องเกือบทั้งสิ้น

5.4.2 ลีลาของปี่พาทย์ เครื่องดนตรีที่สังกัดในวงปี่พาทย์เป็นเครื่องตีเป็นส่วนใหญ่ จะมีก็แต่ปี่เท่านั้นเป็นเครื่องดนตรีประเภทเป่าร่วมอยู่ด้วย เครื่องดนตรีที่สังกัดในวงปี่พาทย์นั้นเป็นเครื่อง ดนตรีที่มีเสียงดัง เครื่องดนตรีประเภทตีทุกเครื่องจะใช้ไม้ตีชนิด ไม่แข็งทั้งสิ้น

5.4.3 ลีลาของวงมโหรี วงมโหรีเป็นดนตรีที่ประกอบไปด้วยเครื่องดนตรีหลักใน วงเครื่องสาย และวงปี่พาทย์ โดยมีการปรับเปลี่ยนเครื่องดนตรีเครื่องเป่าที่ซ้ำกัน คือ ขลุ่ย และปี่ โดยเลือก เอาขลุ่ยที่มีกระแสดเสียงกลมกลืนไปกับเครื่องดนตรีประเภทเครื่องสายได้เป็นอย่างดี ส่วน ไม้ตีระนาดเอก และฆ้องวงนั้นเปลี่ยนมาใช้ไม้นวมเพื่อให้เสียงมีความนุ่ม และประสานกลมกลืนกับเครื่องสาย วงมโหรี จัดเป็นวงดนตรีที่มีความหลากหลายและสมบูรณ์ในด้านเสียงมากที่สุด กล่าวคือมีเสียงดนตรีประเภท ดีด สี ตี เป่า ครบทุกตระกูลอยู่ร่วมกัน จากการที่มีเครื่องดนตรีหลากหลายนี้เองจึงทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนลีลา

การดำเนินทำนองให้ใกล้เคียงกันเพื่อให้มีการประสานกลมกลืนกัน ลักษณะต่าง ๆ เหล่านี้นับเป็นลีลาที่มีความเฉพาะตัวอันโดดเด่นของวงมโหรี

6. คีตลักษณ์ (Forms) คือ ลักษณะหรือรูปแบบของเพลงเปรียบเสมือนกรอบที่หลอมรวมเอาจังหวะทำนองพื้นผิว และสีสันของเสียงให้เคลื่อนที่ไปในทิศทางเดียวกัน

นอกจากองค์ประกอบที่กล่าวมาแล้ว การนำดนตรีมาใช้จะ ได้ผลหรือไม่เพียงใดขึ้นอยู่กับ การฟัง (Listening) และความมุ่งหมายของการฟัง การฟังดนตรีมีด้วยกันหลายลักษณะคือ

1. การฟัง โดยไม่ได้ตั้งใจ (Passive listening) ได้แก่ การฟังในลักษณะของการได้ยินมิได้ตั้งใจฟัง เช่น การได้ยินเสียงเพลงที่เปิดตามศูนย์การค้า การฟังเพลงขณะรับประทานอาหาร
2. การฟังเนื่องจากเสียงดนตรีทำให้สนใจ (Sensuous listening) ได้แก่ การฟังที่เกิดจากความไพเราะของเสียงดนตรี ทำให้ผู้ฟังเกิดสนใจเสียงดนตรีและเริ่มตั้งใจที่จะฟังเพลง การฟังดนตรีในลักษณะนี้ผู้ฟังจะรู้สึกซาบซึ้งในระดับหนึ่ง แต่ไม่ถึงระดับซาบซึ้งที่แท้จริง
3. การฟังโดยมีอารมณ์ร่วม (Emotional listening) ได้แก่ การฟัง โดยผู้ฟังมีอารมณ์ร่วมไปกับบทเพลงคิดและมีความรู้สึกไปเองตามความต้องการของตนเอง โดยไม่ได้ศึกษาถึง โครงสร้างของดนตรีหรือบทเพลง
4. การฟังโดยรับรู้ (Perceptive listening) ได้แก่ การฟัง โดยผู้ฟังตั้งใจอย่างมากและมีการศึกษาถึง โครงสร้างของดนตรีหรือบทเพลงมาก่อนทำให้ทราบลักษณะของบทเพลงอย่างถ่องแท้ ทำให้ได้รับอรรถรสของดนตรีอย่างครบถ้วน

ในการฟังดนตรีของแต่ละคนมีจุดประสงค์ของการฟังที่แตกต่างกัน จุดประสงค์การฟังดนตรีแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ (สุกรี เจริญสุข, 2532)

## 1. การฟังภายนอกของคนตรี มีจุดประสงค์การฟังดังนี้

1.1 เพื่อความเพลิดเพลิน เป็นลักษณะการฟังที่คนส่วนใหญ่นิยมเพื่อผ่อนคลายความเครียดทางอารมณ์ ไม่สนใจองค์ประกอบและเนื้อหาของดนตรี เช่น การฟังเพลงขณะทำงาน ขับรถ อ่านหนังสือ หรือขณะรับประทานอาหาร เป็นต้น ลักษณะการฟังเป็นการฟังผ่านแต่สมาธิอยู่ที่การทำงาน หรือกิจกรรมอื่น ๆ ดังกล่าว

## 1.2 เพื่อหาความหมาย แบ่งได้เป็น 2 ประเด็น ดังนี้

1.2.1 ความหมายในตัวของคนตรีเอง โดยศิลปินที่สร้างงานคนตรินั้นสอดใส่อารมณ์เพลงที่แฝงความรู้สึกที่มีความหมายไว้

1.2.2 ผู้ฟังดนตรีเชื่อมโยงคนตรีเข้าหาความหมายตามประสบการณ์ของผู้ฟังเคยได้รับ

การฟังเพื่อความหมายนั้นผู้ฟังมีอารมณ์ร่วมรับรู้กับดนตรีที่ฟัง เช่น จังหวะ เนื้อร้อง ทำนอง หรือองค์ประกอบของดนตรีอย่างใดอย่างหนึ่งที่สามารถสื่อความหมายต่อผู้ฟังได้ จังหวะเป็นสื่อความหมายที่ง่ายที่สุด เพราะจังหวะเป็นองค์ประกอบของดนตรีที่สามารถเข้าใจให้ผู้ฟังสนใจดนตรี แต่ถ้านำเนื้อร้องเข้ากับทำนองดนตรีเป็นการเพิ่มเสน่ห์น่าสนใจของเพลงนั้นมากขึ้น

2. การฟังภายในของคนตรี เป็นการฟังอย่างวิเคราะห์และฟังเพื่อความไพเราะในทางสุนทรียะ จำเป็นต้องเข้าใจถึงรายละเอียดขององค์ประกอบเช่น เสียง จังหวะ ทำนอง คำร้อง และเสียงประสานของคนตรี นำองค์ประกอบต่าง ๆ มาวิเคราะห์

2.1 การฟังเพื่อการวิเคราะห์ เป็นการฟังแบบเจาะลึกเข้าไปภายในของคนตรี ต้องอาศัยความรู้เข้ามาเป็นส่วนช่วยในการฟัง เพราะความรู้เป็นเหตุผลที่ควบคุมอารมณ์อีกระดับหนึ่ง

2.2 การฟังเพื่อสุนทรียะ เป็นการฟังเพื่อความงามความไพเราะต้องอาศัยสมาธิในการฟัง ความไพเราะครั้งแรกที่ยังไม่มีความรู้เป็นความไพเราะที่บริสุทธิ์ ปราศจากเหตุผล

การเลือกใช้ดนตรีเพื่อให้เกิดประโยชน์นั้นผู้ใช้อาจเลือกจากองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น การนำเสนอจังหวะที่สม่ำเสมอเพื่อให้เกิดสมาธิหรือใช้ระดับเสียงไปกระตุ้นให้เกิดความสงบ สบายใจ เพื่อช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ที่ดีขึ้นหรือการใช้หลายองค์ประกอบร่วมกัน เช่น นำทำนองเพลงและเสียงประสานรวมกันจากเพลงดนตรีประเภทอมตะ (Classic music) ไปช่วยให้เกิดจินตนาการต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้สอดคล้องกับสภาพจิตใจสังคม

ผลของดนตรีต่อการเปลี่ยนแปลงของบุคคล จากองค์ประกอบและคุณสมบัติของดนตรีที่ได้กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่าดนตรีมีอิทธิพลต่อมนุษย์ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และความนึกคิด (Hsu & Lai, 2004) ซึ่งนักจิตสังคมได้ให้คุณค่าของดนตรีที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจไว้ ดังนี้ (Parriot, 1969)

1. ดนตรีก่อให้เกิดพลัง (Power)
2. ดนตรีก่อให้เกิดความสว่างแก่จิตใจ (Enlightment)
3. ดนตรีก่อให้เกิดความสุข (Well – being)
4. ดนตรีก่อให้เกิดทักษะ (Skill)
5. ดนตรีก่อให้เกิดความสมบูรณ์ (Wealth)
6. ดนตรีก่อให้เกิดความผูกพันรักใคร่ (Affection)
7. ดนตรีก่อให้เกิดความเคารพนับถือ (Respect)
8. ดนตรีก่อให้เกิดคุณธรรม (Rectitude)

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับดนตรีดังได้กล่าวมาข้างต้นเป็นเหตุจูงใจให้มีผู้สนใจศึกษาค้นคว้าผลของดนตรีต่อการเปลี่ยนแปลงของบุคคลมากขึ้น โดยอาศัยหลักการหรือความเชื่อที่ว่าเสียงดนตรีที่เกิดขึ้น เมื่อผ่านเข้าไปยังอวัยวะเกี่ยวกับการได้ยิน (Auditory apparatus) แล้วจะมีเส้นประสาทส่งต่อไปยังสมองส่วนทาลามัส (Thalamus) และคอร์ติคอล (Cortical) ในภาวะที่รู้สึกตัวหรือมีสติสัมปชัญญะ ดนตรีจะ

ไปปรับเปลี่ยนอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดที่สมองส่วนคอร์ติคอล ซึ่งเป็นสมองส่วนบน จึงมีผลต่อบุคคล ด้านความสนใจ ความคิดแรงจูงใจ ความจำและจินตนาการ ส่วนในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว คนตรีจะปรับเปลี่ยน อารมณ์ที่ระดับสมองส่วนธาลามัส ซึ่งเป็นสมองส่วนล่างและเป็นสถานีใหญ่ในการถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกไปสู่สมองส่วนซีรีบอลล เฮมิสเฟียร์ (Cerebral hemisphere) ผ่านไปตามวิถีประสาท คลื่นเสียงที่เข้าไปจึงสามารถกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติได้ ดังนั้น ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัวบุคคลจึงสามารถได้รับอิทธิพล จากคนตรีที่ระดับธาลามัส (Alvin, 1966) ดังนั้นเมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นด้วยเสียงดนตรีจะทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา คนตรีมีผลต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ระบบหายใจ ระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท และระบบการเผาผลาญในร่างกาย ซึ่งจากการศึกษาทดลองเกี่ยวกับคนตรีประเภทต่าง ๆ ได้ชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลง คือ คนตรีทำให้มีการ เปลี่ยนแปลงของประจุไฟฟ้าในร่างกาย มีอิทธิพลต่อการไหลเวียนของโลหิต ชีพจร ความดันโลหิต การ ขับหลังสารภายในร่างกาย ตลอดจนมีผลต่อการเพิ่มหรือลดการใช้พลังงานของกล้ามเนื้อ โดยคนตรีประเภท ที่ทำให้สงบ ทำให้อัตราการไหลเวียนของโลหิตในสมองช้าและมีประมาณลดลง รวมทั้งยังทำให้อัตราการ ใช้ออกซิเจนเป็นนาที (Minute oxygen consumption) และอัตราการเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับนอกโลย์ และ กู๊ด (Lai & Good, 2002) กล่าวไว้ว่า รูปแบบของคนตรียังช่วยทำให้เกิดการ ผ่อนคลาย โดยการไปลดการทำงานของ Neuroendocrine and sympathetic nervous system ซึ่งผลที่เกิดขึ้น ตามมาคือ ทำให้ลดภาวะเครียด อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และ ความดันโลหิต (Good et al., 1999; Standly, 1986; Zimmerman et al., 1988)

สำหรับคนตรีประเภทที่ทำให้ตื่นเต้นเร้าใจ จะทำให้อัตราการเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลงด้วย แต่คนตรีประเภทที่ทำให้ตื่นเต้นเร้าใจ จะทำให้อัตราการไหลเวียนของโลหิต ในสมองเพิ่มขึ้น (Cook, 1981 ; MacClellan, 1979) นอกจากนี้เสียงดนตรียังมีอำนาจกระตุ้นให้ร่างกายเคลื่อนไหวเป็นจังหวะ เป็นปฏิกริยา

ตอบสนองที่เกิดขึ้นเอง การขยับเท้าหรือการหายใจที่เร็วขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองที่อยู่นอกอำนาจจิตใจ (Alvin, 1966) ซึ่งบัควอลเตอร์ และคณะ (Buckwalter, Harthock & Gaffney, 1985) ได้สรุปผลของดนตรีต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายดังนี้

- 1.1 เพิ่มความตึงตัวและช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
- 1.2 ทำให้กล้ามเนื้อหดตัวและแข็งแรงขึ้น
- 1.3 ทำให้เกิดความล้า
- 1.4 เพิ่มหรือลดผลผลิตในการทำงาน
- 1.5 ทำให้ร่างกายเคลื่อนไหวตามจังหวะดนตรี
- 1.6 เพิ่มหรือลดสารขับหลังในร่างกาย
- 1.7 เพิ่มหรือลดการเผาผลาญอาหาร และการใช้ออกซิเจนเป็นนาที
- 1.8 เพิ่มหรือลดอัตราการหายใจ การเต้นของหัวใจ และความดันโลหิต

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าดนตรีมีผลต่อการเพิ่มการไหลเวียนของสาร เอ็นโดรฟิน (Endorphin) (Mockel et al., 1994) ซึ่งสาร เอ็นโดรฟินมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ (Gerra et al., 1998) ดนตรีเป็นศิลปะบริสุทธิ์ (Pure art) ซึ่งเกี่ยวข้องกับจิตใจโดยตรง ดนตรีเป็นเรื่องของความสวยงามและความชุ่มชื่นใจทั้ง ๆ ที่บางครั้งไม่ทราบว่าการบรรเลงเรื่องอะไร ความดังค่อย ช้าเร็ว การเร่ง การผ่อนจังหวะในบทเพลงทำให้อารมณ์เพลงมีความเร้าใจและจูงใจให้ผู้ฟังสนใจ ประทับใจ ไม่เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ดนตรีเป็นอาหารทางใจเช่นเดียวกับธรรมชาติ ถ้าฟังดนตรีอย่างตั้งใจจะก่อให้เกิดสมาธิ หรือก่อให้เกิดความสงบของอารมณ์ผู้ฟังได้ (วรวิธ สุมาวงศ์, 2525) เนื่องจากเสียงดนตรีสามารถเข้าไปสู่จิตใจ และมีอำนาจในการควบคุมจิตใจของบุคคลได้ (Sackett & Fitzgerald, 1980) นอกจากนี้บางบทเพลงยังทำให้ความรู้สึกเพลิดเพลิน สนุกสนาน สงบ และสบายใจ ซึ่งมีประโยชน์ในการกระตุ้นความรู้สึกที่ตึกคัก กล้าหาญในเวลาที่ยากลำบาก เป็นเพื่อนในเวลาเหงา และโน้มน้าวให้ผู้ฟังเกิด

ความหมายทางวาจาได้ นำมาใช้เป็นเครื่องมือฟื้นฟูสมรรถภาพของเด็กที่พิการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อช่วยให้เด็กมีพัฒนาการในทางที่ดีขึ้น นำมาใช้กับผู้สูงอายุเพื่อกระตุ้นความทรงจำ กระตุ้นให้แสดงความรู้สึกหรือพฤติกรรมออกมา ส่งเสริมให้กลับเข้าสู่สภาพความเป็นจริง ตลอดจนช่วยลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าได้ วิทยุแพทย์ได้นำมาใช้กับผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ เพื่อให้ผู้ป่วยสงบและพึงพอใจ นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาถึงผลของดนตรีต่อความรู้สึกเจ็บปวดในผู้ป่วยต่อไปอีกด้วย

### ประโยชน์ของดนตรีต่อผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเมื่อร่างกายเมื่อร่างกายชราภาพลง สมรรถภาพของร่างกายในการทำงานของอวัยวะส่วนต่าง ๆ จะเสื่อมลงตามวัย หัวใจเต้นช้าลง ดนตรีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุควรมีอัตราความเร็วของจังหวะเดียวกับอัตราการเต้นของหัวใจ (สุกรี เจริญสุข, 2532) แนวทำนองของเพลงไม่ควรมีความพิสดารมาก ควรเป็นดนตรีที่เรียบง่ายแต่ไพเราะ เพราะเหตุว่า ผู้สูงอายุไม่ต้องการความโกลาหลของชีวิต ต่างก็นั่งชื่นชม และคำนึงถึงความหลังของชีวิต ดนตรีมีคุณสมบัติช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดกับผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ เมื่อนำดนตรีมาบำบัดรักษา จะส่งเสริมความรู้สึกที่ดีต่อผู้สูงอายุ ลดการแบ่งแยก ส่งเสริมให้เกิดการปรับอารมณ์ให้อยู่ในสภาวะที่เหมาะสมกับการพัฒนาการของผู้สูงอายุ (นาถฤดี พรหมเถาว์, 2545) คุชฎี บุญพิศกุล พนมยงค์ (2539) ได้กล่าวถึงประโยชน์ ของดนตรีต่อผู้สูงอายุไว้ดังต่อไปนี้

1. เสียงดนตรีจะเป็นเพื่อนที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ เสียงดนตรีนั้นมีอำนาจและมีพลังมนุษย์ได้ประโยชน์จากเสียงดนตรีเป็นเวลาช้านาน มนุษย์สามารถประดิษฐ์เสียงดนตรีให้งดงามขึ้นมาได้ ดังในพิธีกรรมต่างๆ เช่นเสียงระฆัง เสียงกลอง เป็นเครื่องดนตรีที่มีอยู่ในวัด ใน โบสถ์ พระสวดเพลง การสวดถ้อยแต่มีความเกี่ยวข้องกับดนตรีทั้งสิ้น ดังนั้นเสียงดนตรีจึงสามารถเป็นเพื่อนแก่ผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี



2. เสียงของคนตรี จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินความคิด สร้างสรรค์ ได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่ขาดช่วง ซึ่งความคิดสร้างสรรค์เป็นเรื่องของชีวิต เมื่อชีวิตขาด ความคิดสร้างสรรค์ ชีวิตก็ไร้ความหมาย ซึ่งคนตรีจะช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความคิดสร้างสรรค์ เป็นการยืดเวลาของชีวิตออกไป และยังช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้กระตุ้นการระลึกถึงความหลังที่ดีของผู้สูงอายุ

3. คนตรีเป็นเรื่องของความเพลิดเพลิน ซึ่งผู้สูงอายุจะรู้สึกชุ่มชื่นเมื่อ ได้ฟังคนตรี ความรู้สึกดี ความรู้สึกสดชื่นมีความจำเป็นสำหรับวัยสูงอายุ เพราะเสียงและจังหวะของคนตรีมีอิทธิพลที่จะเข้าไปกระตุ้นการเต้นของหัวใจ การไหลเวียนของโลหิตและการทำงานของสมองเมื่อมีความรู้สึกดีทุกอย่างก็จะติดตามไปด้วย

4. คนตรีเป็นเรื่องของธรรมชาติ เวลาเปลี่ยนวัตถุประสงค์ของการใช้ คนตรีก็จะเปลี่ยนตามไปด้วย คนตรีในสมัยก่อนเป็นเรื่องของจิต คนตรีจะมีเสียงน้อย ๆ เบา ๆ เช่น เสียงของพิณ ซอ เพราะว่าเสียงที่มีน้อย และเบาจะทำให้กิเลสมีน้อยและเบาตาม ไปด้วย มีการใช้เสียงคนตรีเพื่อสมาธิ

ดังนั้น การใช้โปรแกรมคนตรีบำบัดในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า นั้นส่งผลให้ระดับของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุลดลง อย่างไรก็ตามคนตรีเป็นองค์ประกอบหลักในการดำเนิน โปรแกรม การใช้คนตรีที่เหมาะสมกับความต้องการ คือ ความชอบหรือไม่ชอบของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างมาก การใช้คนตรีที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยจึงมีความจำเป็น ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงใช้คนตรีไทยเป็นคนตรีหลักในการพัฒนาโปรแกรมคนตรีบำบัดสำหรับผู้สูงอายุ แม้ว่าที่ผ่านมามีการศึกษาผลของคนตรีบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (Chung, 1992; Hanser & Thompson, 1994; Lai, 1999) และในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่นๆ ทั้งในและต่างประเทศ จะได้ผลลัพธ์เป็นอย่างดี แต่พบว่ามีการศึกษาโดยใช้คนตรีไทยเป็นองค์ประกอบในการศึกษา โดยเฉพาะการศึกษา โปรแกรมคนตรีบำบัดในประเทศไทยมีน้อย

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ดนตรี

งานวิจัยในประเทศ จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ดนตรีในประเทศไทยได้มีผู้วิจัยทำการวิจัยไว้ดังนี้

บังอร เครียดชัยภูมิ (2533) ได้ทำการศึกษาผลของดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดความรู้สึกละวางเฉพาะบริเวณ ขณะได้รับการผ่าตัดเย็บซ่อมแซมไส้เลื่อน ผ่าตัดเกาะถุงน้ำ หรือเส้นเลือดขอดในถุงอั้นทะ ผ่าตัดเส้นเลือดขอดที่ขา และผ่าตัดเกาะถุงน้ำในห้องผ่าตัดแผนกวิสัญญีโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 40 ราย กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละเท่า ๆ กัน กลุ่มทดลองได้รับการจัดดนตรีให้ฟังทางหูฟัง แต่กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการจัดดนตรีให้ฟังขณะได้รับการผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องเล่นเทป เทปบันทึกเสียงดนตรีคลาสสิก (จิม โฟนี่) แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์วัดความวิตกกังวล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมและการทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลและคะแนนพฤติกรรมความวิตกกังวลขณะได้รับการผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$  และ  $p < .001$ ) ตามลำดับ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการจัดดนตรีให้ผู้ป่วยฟังขณะได้รับการผ่าตัดเป็นการช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และทำให้รู้สึกเพลิดเพลิน อีกทั้งการใช้นูฟงยังสามารถปิดกั้นเสียงสนทนากันของเจ้าหน้าที่และเสียงรบกวนอื่น ๆ ได้

โฉมณภา กิตติศัพท์ (2536) ได้ศึกษาผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะ 48 ชั่วโมง ที่อยู่ในไอ.ซี.ยู. โรงพยาบาลทรวงอก จำนวน 40 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการจัดดนตรีให้ฟัง และกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการจัดดนตรีให้ฟังในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ดนตรีที่ให้เป็นดนตรีคลาสสิกทั้งเพลงไทยและสากลที่ใช้การบรรเลง โดยตลอด ใช้แบบประเมินความเจ็บปวดด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยภาพแสดงออกทางใบหน้า แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลแบบสเตท-

เทรท ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยการใช้การทดสอบค่าที และเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลภายหลังผ่าตัด ระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความเจ็บปวดและความวิตกกังวลหลังผ่าตัดเมื่อครบ 48 ชั่วโมง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) สรุปว่า ควรมีการนำดนตรีไปใช้เป็นกิจกรรมเสริมในการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดขณะที่อยู่ใน ไอ.ซี.ยู. หรือเมื่อย้ายออกจาก ไอ.ซี.ยู. แล้ว โดยเลือกใช้ดนตรีให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการพยาบาล

วัลลภา สังฆ โสภณ (2537) ศึกษาผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วย มะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่รับ วัโรรักษาและบรรเทาอาการของ โรคมะเร็ง โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 คน อายุ 15 ขึ้นไป และได้รับยาบรรเทาปวดชนิดรับประทานกลุ่มอะเซตามิโนเฟน กลุ่มตัวอย่างทุกคนเป็น ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้ฟังดนตรีและไม่ได้ฟังดนตรี นาน 30 นาที เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยดนตรีในรูปแบบของเทปบันทึกเสียง เครื่องเล่นเทปพร้อมหูฟัง แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป มาตรการวัดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของจอห์นสัน แบบสังเกตพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวด และแบบสัมภาษณ์ความรู้สึกเกี่ยวกับดนตรีวิเคราะห์ข้อมูล โดยทดสอบค่าที ผลปรากฏว่าระดับ ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ฟังดนตรีลดลงมากกว่าไม่ได้รับการฟังดนตรีอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

เพ็ญศรี สุหฤทธิดำรง (2538) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อการลดความเครียดในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วย หายใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องส่วนบนที่ใส่ท่อหายใจเทียมและเครื่องช่วยหายใจ ที่เข้ามา รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ภายใน 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด โรงพยาบาลพระพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 36 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับฟัง โปรแกรมดนตรีบรรเลงชนิดวงมโหรีเป็นเวลา 2 ครั้งใน 1 วัน นานครั้งละ 17 นาที ห่างกันครั้งละ 6 ชั่วโมง

เริ่มฟังหลังผู้ป่วยผ่าตัดและใส่ท่อหายใจเทียมและเครื่องช่วยหายใจมารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมภายใน 24 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับฟัง โปรแกรมดนตรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบวัดปฏิกิริยาตอบสนองความเครียดทางจิตใจ โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลของ สไปเบอร์เกอร์ (1970) และแบบวัดปฏิกิริยาตอบสนองความเครียดทางด้านร่างกาย คือ การประเมินอัตรา การเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และอุณหภูมิปลายนิ้ว และคล้ายเทปโปรแกรมดนตรีไทยบรรเลงชนิดวง มโหรีรวมทั้งเครื่องเล่นเทปชนิดปรับความดังของเสียงได้และหูฟัง รวบรวมข้อมูล โดยการทดสอบก่อนและ หลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูล โดยการ ใช้การทดสอบค่าที่ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับฟัง โปรแกรม ดนตรีมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลและค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกต่ำกว่า และมีค่าอุณหภูมิปลายนิ้ว เพิ่มขึ้นกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับฟัง โปรแกรมดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .01$ ) สรุปได้ว่า ดนตรีบำบัดเป็น โปรแกรมดนตรีที่ผู้วิจัยจัดขึ้นมีผลในการลดความเครียดของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเทียมและเครื่องช่วย หายใจที่วัด โดยแบบวัดความวิตกกังวล อุณหภูมิปลายนิ้ว และความดันโลหิต ยกเว้นตัวแปรวัดอัตราการเต้น ของหัวใจ

ดร.รชนี ถิ่นประเสริฐ (2539) ศึกษาผลของดนตรีต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอดครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครั้งแรกที่มาคลอด ใน โรงพยาบาลพระยาเลอเกอกรุ่นตัวอย่าง แบบเจาะจงตามคุณสมบัติ จำนวน 30 คน สุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับการฟัง ดนตรีร่วมกับการดูแลตามปกติ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบ บันทึกรายข้อมูลส่วนบุคคล แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด เครื่องเล่นเทปปรับ ความดังของเสียง ใ้กรอเทปอัด โนมัติแปรปรวนทางเดียวแบบองค์ประกอบเดียว ผลการวิจัยพบว่าค่า คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ปากมดลูกเปิดใกล้หมด ระยะคลอด ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .01$ )

มันทนา กัลยา (2540) ศึกษาผลของคนตรีต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดของหญิงครรภ์แรกในระยะที่ 1 ของการคลอดกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จังหวัดสระแก้ว จำนวน 60 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ กลุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองให้ฟังดนตรีขณะรอคลอดปากมดลูกคืบตัวจนปากมดลูกเปิดหมดกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ห้องคลอดเครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องเล่นเทป เทปบันทึกเสียงดนตรีบรรเลงประเภทผ่อนคลาย แบบประเมินความรู้สึกเจ็บปวดด้วยตนเอง แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญกับความเจ็บปวด วิเคราะห์ข้อมูลโดยทดสอบค่าที่ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวดในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าคะแนนของพฤติกรรมการเผชิญกับความเจ็บปวดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.002$ ) การศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบว่าดนตรีประเภทผ่อนคลายสามารถควบคุมพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดได้อย่างเหมาะสมกว่าการพยาบาลแบบปกติ

งานวิจัยต่างประเทศ จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ดนตรีในต่างประเทศ ได้มีผู้วิจัยทำการวิจัยได้ดังนี้

เว่ย ชิ ซู และ สุย ลิง ไถย์ (Hsu & Lai, 2004) ได้ศึกษาผลของคนตรีต่อผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช ในประเทศ ไต้หวันจำนวน 54 ราย โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับฟังเพลงอย่างต่อเนื่องประมาณ สองสัปดาห์ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

อัฟ ไดค์ (Updike, 1990) ได้ศึกษาผลของคนตรีต่อการเจ็บปวดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยในหน่วยการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย โดยให้ฟังดนตรีประเภทที่สงบ เป็นเวลา 30 นาที และบันทึกการประเมินผลการร่างกายเกี่ยวกับอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ความดันหลอดเลือดแดงเฉลี่ย ดับเบิล โพรดัคต์ อินเด็กซ์ (Double Product Index-DPI) คลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการใช้ยาแก้ปวด

และใช้แบบสอบถามปลายเปิด ก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว ความดันหลอดเลือดแดงเฉลี่ย และระดับดับเบิล โปรคัท อินเด็กซ์ ในระยะหลังทดลองลดลงกว่าก่อน ในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากการประเมินสภาพทางอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยมีสภาวะของอารมณ์ดีขึ้น ความซึมเศร้า ความเจ็บปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่าดนตรีสามารถนำไปใช้ลดความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและประสบการณ์การเจ็บปวดได้

ไวท์ (White,1988) ศึกษาการใช้ดนตรีรักษาความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจ จำนวน 40 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มซึ่งใช้ดนตรีประเภทผ่อนคลาย และกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลในระยะก่อนหลังการทดลอง โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล แลลสแตท เทรท อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ดนตรีประเภทผ่อนคลายสามารถลดความวิตกกังวล อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจในกลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังนั้นสรุปได้ว่าดนตรีประเภทผ่อนคลายสามารถลดความวิตกกังวลได้

จอห์นสัน (Johnson,1993 ) ศึกษาเกี่ยวกับผลการใช้ดนตรีบำบัดต่อการตอบสนองทางร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วยที่รักษาตัวในหน่วยการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 51 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 ราย ให้ใส่หูฟังเพื่อฟังดนตรี และกลุ่มควบคุม 25 ราย ให้ใส่หูฟังแต่ไม่ฟังดนตรี วัดผลการตอบสนองทางร่างกายโดยใช้อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ความดันหลอดเลือดแดงเฉลี่ย และวัดผลการตอบสนองทางอารมณ์ทั้งก่อนและหลังการทดลอง 30 นาที ผลการศึกษาพบว่า การประเมินผลการตอบสนองทางร่างกายในระยะก่อนและหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ แต่การประเมินผลการตอบสนองทางอารมณ์นั้นพบว่า กลุ่มที่ได้รับดนตรีบำบัดมีการตอบสนองทางอารมณ์โดยเฉพาะอาการมีนงง และความกังวลในทางบวก ดังนั้นจึงสรุปว่าดนตรีนั้นสามารถนำไปใช้ลดความเครียดของผู้ป่วยได้

## การใช้ดนตรีบำบัดในผู้สูงอายุ

มีการใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดกับผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีความสับสนในหลาย ๆ รูปแบบ

กัลยาณี เจนอนุศาสตร์ (2542) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้กิจกรรมดนตรีบำบัด กับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มกิจกรรมบำบัดมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองลดลงก่อนระยะทดลอง และค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผลลดลงก่อนระยะทดลอง

เฮนเซอร์ และ ทอมสัน (Hanser & Thompson, 1994) ได้ศึกษาผลของดนตรีบำบัดในผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกลุ่มดนตรีบำบัดมี ภาวะอารมณ์ โศกเศร้า มีระดับภาวะซึมเศร้า ลดลง และมีความยกย่องตนเองสูงขึ้น และผลของดนตรีบำบัดครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุ สามารถที่จะคงสถานะของภาวะอารมณ์ที่ดีนี้ไว้นานถึง 9 เดือน

ไต้ (Lai, 1999) ได้ศึกษาผลของการฟังดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงในประเทศไทยได้หวั่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่อายุระหว่าง 20-65 ปีที่มีการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเต้นของหัวใจหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลอง อัตราการหายใจหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลอง และสถานะอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างหลังการมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ไต้ และ กู๊ด (Lai & Good, 2004) ยังได้ศึกษาผลของดนตรีต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุในชุมชนของประเทศไต้หวันพบว่า กลุ่มที่ได้รับการฟังเพลง สามารถนอนหลับได้ดีขึ้น โดยสามารถนอนหลับได้ยาวนานขึ้น ประสิทธิภาพของการนอนหลับดีขึ้น มีสิ่งกีดขวางการนอนหลับลดลง

ฮุย และ ไต้ (Hsu & Lai, 2004) ได้ทำการศึกษาการใช้ดนตรีบำบัดในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตที่รักษาในโรงพยาบาล ในประเทศ ไต้หวันที่มี อายุระหว่าง 18 ถึง 73 ปี พบว่า ผลของการใช้ดนตรีที่มีจังหวะนุ่มนวล สามารถลดระดับ ค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าได้

ทวิส และคณะ (Twiss, Seaver & McCaffrey, 2006) ได้ศึกษาผลของดนตรีบำบัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หรือ CABG พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับฟังดนตรี มีค่าคะแนนของภาวะวิตกกังวลลดลง และระยะเวลาในการใส่ท่อหายใจหลังการผ่าตัดลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ทาคาฮาชิ และ มัตสึชิตะ (Takahashi & Matsushita, 2006) ได้ศึกษาผลของดนตรีบำบัดในระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะสติปัญญาเสื่อม เป็นการศึกษาระยะยาว สองกลุ่ม การศึกษาใช้เวลาศึกษา 2 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมดนตรีบำบัด มีระดับความดันโลหิตลดลง และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ โปรแกรมดนตรีบำบัดสามารถที่จะควบคุมสภาวะหรือระดับการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจในระยะเวลา 2 ปีได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

จากการศึกษาที่ผ่านมาเห็นได้ว่าดนตรีบำบัดมีการนำไปใช้ในการศึกษากับกลุ่มผู้สูงอายุหลายกลุ่ม ซึ่งครอบคลุมกลุ่มที่ปัญหาสุขภาพทั้งทางกาย และจิตใจ จากผลการศึกษาพบว่า ดนตรีบำบัดนั้นส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น การนำเอาดนตรีบำบัดไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลวิชาชีพสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ เพราะการใช้ดนตรีบำบัดคนนอกจาก จะทำไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ดนตรีบำบัดก็ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุอีกด้วย (Johnson, 1999)



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi –Experimental Research) เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แบบการศึกษาเป็นการศึกษา 1 กลุ่มวัดซ้ำ (Repeated Measures: One group) คือกลุ่มทดลองจะทำการวัดทั้งหมด 3 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง ระยะทดลอง และระยะติดตามผล และ เก็บข้อมูลเพื่อวัดระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการ

ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

R \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ O1 \_\_\_\_\_ O2                      กลุ่มทดลอง

ภาพที่ 2 รูปการวิจัย

เมื่อ R หมายถึง การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองโดยวิธีการเลือกกลุ่ม ตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Assignment) หลังจากทีประเมินระดับภาวะซึมเศร้า

X หมายถึง การเข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัด

O1 หมายถึง การประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลอง

O2 หมายถึง การประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผล

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่มารับบริการ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา สามารถสื่อสารเข้าใจ และตอบคำถามจากการสัมภาษณ์ได้

ช่วงก่อนทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงที่มารับบริการ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา สามารถสื่อสารเข้าใจ และตอบคำถามจากการสัมภาษณ์ได้ จำนวน 130 ราย

ช่วงทดลองกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มาจากการเลือกแบบเจาะจงจากประชากรที่ศึกษาโดยเลือกผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับ เล็กน้อย และ ปานกลาง คือคะแนนระหว่าง 13-24 โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) และเป็นผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยจำนวน 11 คน แต่ผู้สูงอายุที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโปรแกรมมีเพียง 10 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลดังรายละเอียด ดังต่อไปนี้

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมดนตรีบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนา

ร่วมกับการศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญในด้านจิตวิทยาการให้คำปรึกษา ประกอบด้วยขั้นตอน 9 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอน ที่ 1 ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 ฟังเพลง

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์การตอบสนองต่อเพลง

ขั้นตอนที่ 4 เชื่อมโยงประสบการณ์ประสบการณ์ชีวิตกับเพลง

ขั้นตอนที่ 5 รำลึกถึงความหลังกับบทเพลง

ขั้นตอนที่ 6 ความรู้สึกที่มีต่อบทเพลง

ขั้นตอนที่ 7 พฤติกรรมที่แสดงออกต่อบทเพลง

ขั้นตอนที่ 8 ปัจฉิมกลุ่มดนตรีบำบัด

ขั้นตอนที่ 9 ติดตามผล

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมดนตรีบำบัดผู้วิจัยสร้างขึ้น ไปให้ อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมและนำไปปรับปรุงตามคำแนะนำจากนั้นนำโปรแกรมไปตรวจความถูกต้องของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมดนตรีบำบัดที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ท่านเพื่อตรวจสอบการใช้โปรแกรมเกี่ยวกับดนตรี ระยะเวลาของกิจกรรม ความร่วมมือของผู้สูงอายุรวมทั้งปัญหาและอุปสรรค จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงโปรแกรมอีกครั้งกับอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัยก่อนการนำไปใช้จริง

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ ชื่อ สกุล อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และ ประวัติการเจ็บป่วย ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของคนไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) ซึ่งสร้างขึ้น โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของคนไทย โดยใช้ต้นแบบจาก Geriatric Depression Scale (GDS) ของ เยซาเวจ และคณะ (Yesavage et.al., 1983) ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้านี้เป็นการตอบของผู้สูงอายุเพื่อประเมินความรู้สึกของตัวเองในระยะเวลาหนึ่ง สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีข้อคำถาม 30 ข้อ ลักษณะคำถามของแบบวัดความเศร้านี้เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นแบบวัดที่ใช้มาตราส่วน 2 ระดับ คือ ใช่ กับ ไม่ใช่ โดยกำหนดดังนี้

ใช่ คือ ข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ ภายในช่วงเวลานึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา

ไม่ใช่ คือ ข้อความที่ไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ ภายในช่วงเวลานึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา

เกณฑ์การให้คะแนนถ้าคำถามด้านบวกประกอบด้วย ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 ตอบว่าใช่ ได้ 0 คะแนน ตอบว่าไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน ถ้าคำถามด้านลบประกอบด้วย ข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28 ตอบว่าใช่ได้ 1 คะแนน ตอบว่า

ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน เมื่อนำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 275 รายทั่วประเทศ ซึ่งจำแนกเป็นเพศชาย 121 คนและเพศหญิง 154 คน ผลพบว่า เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการตอบแบบวัดคือ 10.09 นาที จากนั้นนำคะแนนที่ได้ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสูตร คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson-KR<sub>20</sub>) พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุหญิงเท่ากับ .94 และผู้สูงอายุชายเท่ากับ .91 โดยมีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ .93 (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2537) การแปรผล คะแนนรวมของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วง 0-30 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 4 ระดับดังนี้

คะแนนอยู่ระหว่าง 0-12 คะแนน แปลว่า ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะปกติ

คะแนนอยู่ระหว่าง 13-18 คะแนน แปลว่า ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

คะแนนอยู่ระหว่าง 19-24 คะแนน แปลว่า ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะซึมเศร้าปานกลาง

คะแนนอยู่ระหว่าง 25-30 คะแนน แปลว่า ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะซึมเศร้ารุนแรง

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินภาวะซึมเศร้านี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าไปทดสอบกับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำค่าที่วัดได้ไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้ค่าความเชื่อมั่น .82

ส่วนที่ 3 แบบสังเกตพฤติกรรม

แบบสังเกตพฤติกรรมที่ผู้วิจัยนำแบบสังเกตของ Madsen & Madsen (1981) มาประยุกต์ใช้แบบสังเกตประกอบด้วย สัญลักษณ์ 3 ตัว คือ M, S และ V ซึ่งผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมผ่านการ สังเกตจากการดำเนินการทดลอง

การแปรความหมายของสัญลักษณ์มีดังนี้

M หมายความว่า การมีส่วนร่วมกับ ดนตรี (Music)

ปฏิบัติ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการแสดงออกร่วมระหว่างที่ทดลอง โดยการแสดงออกทางพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ ร้องเพลงตาม ปรบมือ เคาะมือ หรือเท้าตามจังหวะเพลง และ ฮัมเพลง หรือผิวปากตามจังหวะของเพลง

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างไม่แสดงออกทางพฤติกรรมร่วมอย่างใดอย่างหนึ่ง ระหว่างทำการทดลอง เช่น ไม่แสดงออกถึง ร้องเพลงตาม ปรบมือ เคาะมือ หรือเท้าตามจังหวะเพลง และ ฮัมเพลง หรือผิวปากตามจังหวะของเพลง

S หมายความว่า การมีส่วนร่วมกับกลุ่ม (Social)

ปฏิบัติ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการแสดงออกร่วมระหว่างที่ทดลอง โดยการแสดงออกทางพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้ การประสานสายตากับผู้ดำเนินการทดลอง หรือสมาชิกกลุ่ม มีการแสดงออกของใบหน้าที่มีความสุข เช่น ยิ้ม และแสดงปฏิกริยาร่วมกับผู้ดำเนินการทดลอง หรือสมาชิกกลุ่ม

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างไม่แสดงออกทางพฤติกรรมร่วมอย่างใดอย่างหนึ่ง ระหว่างทำการทดลอง เช่น ไม่มีการประสานสายตากับผู้ดำเนินการทดลอง และ กับสมาชิกกลุ่ม และแสดงพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการไม่ให้ความร่วมมือ เช่น การเดินระหว่างการดำเนินการทดลอง หรือการแสดงอาการรบกวนผู้เข้าร่วมกลุ่มทดลองระหว่างดำเนินการทดลอง

V หมายความว่า การโต้ตอบระหว่างการทดลอง (Verbal)

ปฏิบัติ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการแสดงออกถึงการโต้ตอบคำถามกับผู้ดำเนินการทดลองที่อาจมีการถามกลุ่มตัวอย่างระหว่างการดำเนินการทดลอง การแสดงออกถึงการโต้ตอบ เช่น การอธิบายความคิดของตนเอง การให้ข้อเสนอแนะ และการชื่นชม

ไม่ปฏิบัติ หมายถึงกลุ่มตัวอย่างไม่แสดงออกถึงการโต้ตอบคำถามใด ๆ หรือกลุ่มตัวอย่างแสดง คำพูดที่ไม่เหมาะสมขึ้นระหว่างการดำเนินการทดลอง

การหาค่าความเที่ยงของแบบสังเกต ผู้วิจัยได้นำแบบสังเกตพฤติกรรมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ทางด้านภาษา 2 ท่าน ตรวจสอบพิจารณา ความถูกต้องของภาษา โดยวิธีการ Back translate หลังจากนั้น นำมาปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ในการดำเนินการ ทดลอง

**การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล**

### **ขั้นเตรียมการ**

1. ผู้วิจัย ได้นำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อขออนุญาตทำการรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิจัยเสนอต่อ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทำการวิจัย

2.การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพจำนวน 1 คน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการจัดกิจกรรมกลุ่มดนตรีบำบัด การสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนการทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล และแบบสังเกตพฤติกรรม ของผู้สูงอายุที่เข้าร่วม โปรแกรมดนตรีบำบัด โดยผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยด้วยการศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ดำเนินการวิจัยการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำความเข้าใจแบบสัมภาษณ์ ข้อคำถาม และ วิธีการจดบันทึก พฤติกรรมนอกจากนี้ผู้ช่วยวิจัยยังต้องทดลองฝึกการเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม การใช้แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ จำนวน 20 ราย ที่มารับบริการ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพาซึ่งเป็นกลุ่ม ผู้สูงอายุที่นำแบบสัมภาษณ์ และ โปรแกรมดนตรีบำบัด ไปทดลองใช้ และฝึกการจดบันทึกพฤติกรรม และ การประเมินพฤติกรรมของผู้สูงอายุก่อนการเข้าร่วม โปรแกรมดนตรีบำบัด ทั้งนี้เพื่อเป็นการฝึกความ ชำนาญในการเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มและการใช้แบบสัมภาษณ์ก่อนการทำการทดลองจริง

### ขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ

ระยะก่อนทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้ผู้สูงอายุตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง ถ้าผู้สูงอายุท่านใดไม่เข้าใจคำถามและไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านคำถามให้ฟังและอธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจแล้วให้ผู้สูงอายุท่านนั้นตอบคำถามด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 130 คน

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ถึง ปานกลาง นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดยผู้วิจัยได้อธิบายถึงความสำคัญของปัญหาของภาวะซึมเศร้า และขั้นตอนในการศึกษาวิจัยในขั้นตอนการทดลองพร้อมทั้งผลดีผลเสียที่ผู้สูงอายุจะได้รับ เมื่อผู้สูงอายุได้เข้าใจข้อมูลทั้งหมด และยินดีที่จะเข้าร่วมการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุเซ็นต์ชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 11 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้คะแนนในการประเมินภาวะซึมเศร้าครั้งแรกเก็บไว้เป็นคะแนนการทดสอบครั้งแรก

ระยะทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัดเริ่มทำการทดลอง จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์แรก 1 ครั้ง สัปดาห์ที่สอง ถึงสัปดาห์ที่ 5 สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยใช้เวลา ในช่วงบ่ายของวันเสาร์ และ อาทิตย์ รวมระยะทั้งสิ้น 5 สัปดาห์

ระยะหลังการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอีกครั้งหนึ่งเพื่อประเมินดูภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังจากได้รับ โปรแกรมดนตรีบำบัด ประมาณ 15 นาที และนัดหมายผู้สูงอายุเพื่อพบกันอีกครั้งที่ 9

ระยะติดตามผล หลังจากการทดลองทิ้งช่วงเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าซ้ำอีกครั้ง เพื่อประเมินดูภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังการทดลอง

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม SPSS เพื่อวิเคราะห์ค่าสถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ และ ร้อยละ
2. คะแนนภาวะซึมเศร้าระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของภาวะความซึมเศร้าในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบหนึ่งตัวประกอบแบบวัดซ้ำ (One - Way Analysis of Variance: Repeated Measure)



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของคนตรีบำบัดต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอได้ผลสรุปดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ และผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมคนตรีบำบัด ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ ข้อมูลพื้นฐาน จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และ ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยหาความถี่ และร้อยละดังรายละเอียดในตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และ ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนผู้สูงอายุ	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	53	40.8
หญิง	77	59.2
<b>อายุ</b>		
60-65	54	41.5
66-70	35	26.9
71-75	24	18.5
76 +	17	13.1
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	16	12.3
สมรส	81	62.3
หม้าย หย่า แยก	32	25.4

ตารางที่ 1 ( ต่อ )

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนผู้สูงอายุ	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	7	5.4
ประถมศึกษา	58	43.1
มัธยมศึกษา	25	19.2
ระดับปริญญาตรี	27	20.8
สูงกว่าปริญญาตรี	15	11.5
<b>ภาวะสุขภาพ</b>		
ความดันโลหิตสูง	41	31.5
เบาหวาน	23	17.7
ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน	59	45.2
ไม่มีปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูง และเบาหวาน	7	5.4
<b>รายได้</b>		
ไม่มีรายได้	16	12.30
1,000- 5,000	64	49.24
5,001-10,000	35	26.92
10,000 ขึ้นไป	15	11.54
<b>ระดับความซึมเศร้า</b>		
ปกติ	60	46.2
เล็กน้อย	64	49.2
ปานกลาง	5	3.8
รุนแรง	1	.8

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวนร้อยละ 59.2 และเพศชายจำนวนร้อยละ 40.8 มีอายุระหว่าง 60-65 มากที่สุดถึงร้อยละ 41.5 รองลงมา คือ อายุ ระหว่าง 60-70 ปี ร้อยละ 26.9 อายุ 71-75 ปี ร้อยละ 18.5 และอายุตั้งแต่ 76 ขึ้นไป ร้อยละ 13.1 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 62.3 รองลงมาคือ สถานภาพหม้าย หย่า แยกร้อยละ 25.4 และ สถานภาพโสดร้อยละ 12.3 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงจำนวนร้อยละ 43.1 รองลงมา คือ ปริญญาตรีร้อยละ 20.8 มัธยมศึกษา

ร้อยละ 19.2 สูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ 11.5 และไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 5.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรค เบาหวาน และความดันร่วมกันมากที่สุด จำนวนร้อยละ 45.2 รองลงมาคือความดันโลหิตสูงร้อยละ 31.5 เบาหวานร้อยละ 17.7 และไม่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันและเบาหวาน ร้อยละ 5.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ประมาณ 1,000 – 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 49.24 รองลงมา มีรายได้ 5,001 -10,000 คิดเป็นร้อยละ 26.92 ไม่มีรายได้ถึงร้อยละ 12.30 จากนี้ยังพบว่า 53.6 % ของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 49.2 รองลงมาคือระดับปกติร้อยละ 46.2 ระดับปานกลางร้อยละ 3.8 และ ระดับรุนแรงร้อยละ 0.8

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าร่วม โปรแกรมดนตรีบำบัด จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและ รายได้

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัด	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	3	30
หญิง	7	70
<b>อายุ</b>		
60-65	3	30
66-70	2	20
71-75	2	20
76 +	3	30
<b>สถานภาพ</b>		
สมรส	7	70
หม้าย	3	30
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	20
ประถมศึกษา	7	70
ระดับปริญญาตรี	1	10

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

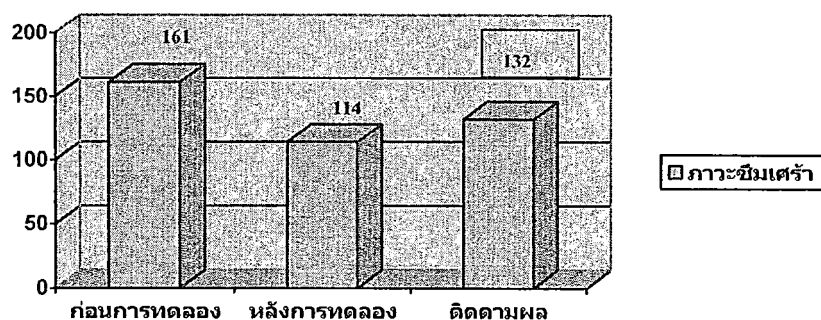
ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วม โปรแกรมดนตรีบำบัด	ร้อยละ
<b>ภาวะสุขภาพ</b>		
ความดันโลหิตสูง	1	10
เบาหวาน	1	10
ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน	1	10
ไม่มีปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูง และเบาหวาน	7	70
<b>รายได้</b>		
ไม่มีรายได้	2	20
1,000- 5,000	1	10
5,001-10,000	2	20
10,000 ขึ้นไป	4	40

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่เข้าร่วม โปรแกรมดนตรีบำบัด จำนวน 10 คน เป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70 และ 30 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม อายุ 60-65 และ 76 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 70 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา 70 ผู้สูงอายุไม่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิต และ เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนใหญ่มีรายได้ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป ถึงร้อยละ 40

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัดในระยะก่อนทดลอง  
ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

คนที่	ระยะ		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ติดตามผล
1	13	3	5.00
2	13	8	9.00
3	19	16	23.00
4	22	18	22.00
5	26	22	13.00
6	14	12	19.00
7	14	8	10.00
8	14	11	16.00
9	13	8	7.00
10	13	8	8.00
<b>รวม</b>	161	114	132
$\bar{X}$	16.1	11.4	13.2
<b>SD</b>	4.69	5.71	6.46

จากตารางที่ 3 พบว่าในระยะก่อนทดลอง ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเป็น 161 คะแนน คิดเป็น คะแนนเฉลี่ย คือ 16.1 และมีคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 4.69 ในระยะหลังการทดลองผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเป็น 114 คะแนน คิดเป็น คะแนนเฉลี่ย คือ 11.4 และมีคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 5.71 และ ในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเป็น 132 คะแนน คิดเป็น คะแนนเฉลี่ย คือ 13.2 และมีคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 6.46



ภาพที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผลของ

ผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัด

จากภาพที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วม โปรแกรมดนตรีบำบัดมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าใน ระยะหลังการทดลองเป็น 114 มีค่าต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง 161 และ ผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วม โปรแกรมดนตรี บำบัดมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผล เป็น 132 มีค่าต่ำกว่าระยะก่อนทดลองแต่สูงกว่า ระยะหลังการทดลอง

ตอนที่ 2 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วม โปรแกรมดนตรีบำบัด ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผลด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure Analysis of Variance)

ผลการวิเคราะห์ ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วม โปรแกรมดนตรีบำบัดในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผลผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วม โปรแกรม ดนตรีบำบัดมีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ตอนที่ 3 ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วม โปรแกรมดนตรีบำบัดในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผลด้วยวิธีทดสอบแบบ บอนเฟอร์โรนี (Bonferroni Method)

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม  
 คนตรีบำบัดในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผลด้วยวิธีทดสอบแบบ  
 บอนเฟอร์โรนี ( Bonferroni Method)

	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ติดตามผล
ค่าเฉลี่ย	16.1	14.1	13.2
ก่อนการทดลอง	16.1	4.60*	2.80
หลังการทดลอง	14.1		-1.80
ระยะติดตามผล	13.2		

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วม โปรแกรมคนตรีบำบัดมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าใน  
 ระยะหลังทดลองต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะ  
 ซึมเศร้าในของผู้สูงอายุระยะติดตามผลกับระยะก่อนทดลอง และหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มี  
 นัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการ วิจัยกึ่งทดลององค์ประกอบเดียวแบบวัดซ้ำ (Single factor experimental having repeated measures on the same elements) ทดสอบก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเปรียบเทียบผลของ โปรแกรมดนตรีบำบัดที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในระยะหลังการทดลองกับก่อนทดลอง และ ระยะติดตามผลกับระยะก่อนทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพจำนวน 11 คน โดยกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการทดลองครั้งนี้ อย่างไรก็ตามมีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม โปรแกรมตลอดระยะเวลาที่มีเพียง 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มี 3 ส่วน คือ โปรแกรมดนตรีบำบัด แบบประเมินภาวะซึมเศร้าใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของคนไทย (TGDS) และ แบบสังเกตพฤติกรรมที่ผู้วิจัยนำแบบสังเกตของ Madsen & Madsen (1981) มาประยุกต์ใช้ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาทั้งหมด 4 ระยะ ระยะแรกผู้วิจัยได้ดำเนินการสำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่มารับบริการ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพจำนวน 130 คน ระยะที่สอง เป็นระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการทดลองโดยใช้โปรแกรมดนตรีบำบัด จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 45 -60 นาที ระยะที่สามคือระยะหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า หลังจากการดำเนินการทดลองเสร็จ ระยะสุดท้ายคือระยะติดตามผลการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการติดตามประเมินผลภาวะซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่างหลังจากดำเนินการทดลองไปแล้ว 4 สัปดาห์ จากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาทำการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One- Way Analysis of Variance: Repeated Measure) และทดสอบความแตกต่างรายคู่แบบบอนเฟอโรนี (Bonferroni Method) โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาดังนี้



1. เพื่อศึกษาระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยที่มารับบริการ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลของผู้สูงอายุ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยในระยะก่อนการทดลองและ ระยะหลังการทดลอง กับระยะติดตามผลของผู้สูงอายุ

### สรุปผลการวิจัย

ในการดำเนินการสำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุใน ที่มารับบริการ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 130 คนในระยะแรก พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวนร้อยละ 59.2 และเพศชายจำนวน ร้อยละ 40.8 มีอายุระหว่าง 60-65 มากที่สุดถึงร้อยละ 41.5 รองลงมา คือ อายุ ระหว่าง 60-70 ปี ร้อยละ 26.9 อายุ 71-75 ปี ร้อยละ 18.5 และอายุตั้งแต่ 76 ขึ้นไป ร้อยละ 13.1 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 62.3 รองลงมา คือ สถานภาพ หม้าย หย่า แยกร้อยละ 25.4 และ สถานภาพ โสดร้อยละ 12.3 ระดับการศึกษาของกลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงจำนวนร้อยละ 43.1 รองลงมา คือ ปริญญาตรีร้อยละ 20.8 มัธยมศึกษาร้อยละ 19.2 สูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ 11.5 และไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 5.4 กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตร่วมกันมากที่สุด จำนวนร้อยละ 45.2 รองลงมาคือความดันโลหิตสูงร้อยละ 31.5 เบาหวานร้อยละ 17.7 และไม่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรค ความดันโลหิตและเบาหวาน ร้อยละ 5.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ประมาณ 1,000 – 5,000 บาท คิด เป็นร้อยละ 49.24 รองลงมามีรายได้ 5,001 -10,000 คิดเป็นร้อยละ 26.92 ไม่มีรายได้ถึงร้อยละ 12.30 นอกจากนี้ยังพบว่า 53.6 % ของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 49.2 รองลงมาคือระดับปกติร้อยละ 46.2 ระดับ ปานกลางร้อยละ 3.8 และระดับรุนแรงร้อยละ 0.8

ระยะที่สอง ระยะดำเนินการทดลองพบว่า

ผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัดมีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) โดยผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัดมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังทดลองต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในของผู้สูงอายุดระยะติดตามผลกับระยะก่อนทดลอง และหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า 53.6 % ของผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้า โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 49.2 รองลงมาคือระดับปกติร้อยละ 46.2 ระดับปานกลางร้อยละ 3.8 และ ระดับรุนแรงร้อยละ 0.8 พบว่า ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศ ที่ระดับความรุนแรงอยู่ในช่วง 12.8 % ถึง 84.8 % (Charoenkhum,1992; Jantarapat et al., 2004;Jitapunkul, Chayowan & Yortphet., 2002 Linsuwanont, 2000; Pichai, 2003; Pinyopornpanish et al., 2003; Sukhatunga, 1999 ;Thavichachat et al., 1990; Thaweeboon & Peachpansri, 1999; Thongtang et al., 2002) จากการที่ระดับของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา Lepin and Bouchez (1998) กล่าวว่า อาจเกิดได้จากหลาย ๆสาเหตุ เช่น การเลือกใช้เครื่องมือที่แตกต่างกัน การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า การคัดสรรกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาในพื้นที่ ที่แตกต่างกัน อาจจะทำให้ผลการศึกษาที่ได้รับแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้ แม้จะเป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งมีจำนวนจำกัดแต่ ผลลัพธ์ของการศึกษาแสดงให้เห็นถึง ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่มีการเจ็บป่วย มีจำนวนมาก ซึ่ง ส่งผลให้ผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพต้องตระหนักถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากผู้สูงอายุที่เผชิญกับภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการดูแล

อย่างถูกต้อง อีกทั้งการประเมินภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุมีความจำเป็น เพื่อที่จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่เริ่มต้นได้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วม โปรแกรมดนตรีบำบัดมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในระยะ หลังการทดลอง ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไลย์ (Lai, 1999) พบว่า หลังจากในกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะซึมเศร้า ได้รับการบำบัดด้วยดนตรีแล้ว มีระดับ ของอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดัน และระดับการเปลี่ยนของอารมณ์ แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ แชนเซอร์ และ ทอมสัน (1994) ที่ได้ศึกษาทดลองในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าหลังการทดลองค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้า ความ โศกเศร้า ความนับถือตนเอง และสภาวะอารมณ์ มีความแตกต่างจากค่าคะแนนก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ชอย์ และคณะ (Choi, Lee & Lim, 2008) ที่ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ในผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วม โปรแกรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า และ ความวิตกกังวลลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และยังสอดคล้องกับ เช่นเดียวกับการศึกษาของ กัลยาณี เจนอนุศาสตร์ (2542) ที่ ศึกษาผลการใช้ดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ คนชรบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทั้งนี้เนื่องจาก โปรแกรมดนตรีบำบัดที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นนั้น ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับนันทนาการ และดนตรีมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุ โดยการที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ ถึงปานกลาง ที่อยู่ในชุมชน ได้เข้ามาร่วมกิจกรรม ดนตรีบำบัดที่ผู้สูงอายุ สนใจเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งในกิจกรรมที่จัดขึ้นประกอบด้วย การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะการฟังเพลงโดยการเรียนรู้ จังหวะดนตรี การรับรู้ความรู้สึกที่เกิดจากการฟังเพลง การเรียนการเข้าใจภาวะอารมณ์ต่อบทเพลง การแสดงอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกตนเอง ได้อย่างเหมาะสม โดยการบันทึกเลือกรูปภาพอารมณ์ ที่ตรงกับ

ความรู้สึกรักของตนเองหลังการฟังเพลง และ ตระหนักคุณค่า และยอมรับในศักดิ์ศรีของตนเองและผู้อื่น โดยการให้ผู้สูงอายุได้บอกเหตุผลที่เลือกภาพความรู้สึกที่มีต่อเสียงเพลง แล้วแลกเปลี่ยนกันทีละคน ตามความสมัครใจ พร้อมทั้งอธิบายคำว่า “อารมณ์” ตามที่ตนเข้าใจ โดย บรรยายประกอบใบความรู้เรื่องอารมณ์ และ บันทึกรูปภาพที่ตรงกับความรู้สึกของตนเอง พร้อม ๆ กับการเปิด โอกาส ให้ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็น การซักถาม ข้อสงสัย การให้แรงเสริมโดยการให้กำลังใจ และคำชมเชย ซึ่งขั้นตอนต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสสื่อสาร และสร้างความสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่มโดยผ่านกระบวนการ กลุ่มและการฟังดนตรี อย่างค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ไม่คุกคามผู้สูงอายุจนเกินไป ประกอบการฟังดนตรีนั้นผู้สูงอายุสามารถแสดง อารมณ์ และพฤติกรรม โดยการ เคาะมือ เคาะเท้าเป็นจังหวะ การปรบมือ การร้องคลอ การแสดงท่าร่า การที่ผู้สูงอายุได้แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ขณะที่ได้ฟังเพลงนั้นเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้สูงอายุจากเรื่องราวที่ยึดติดภายในจิตใจ หรือในความคิดอยู่

การฟังเสียงดนตรีที่เกิดจากเครื่องดนตรีนั้นสามารถที่จะเบี่ยงเบนความสนใจของผู้สูงอายุได้ เนื่องจากการฟัง เสียงดนตรีมีผลกระทบโดยตรงต่อระบบประสาทซิมพาเทติกโดยมีอิทธิพลต่อ สมอ่งที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ โดยการไปกระตุ้นให้ต่อมพิทูอิทารีหลังสารเอนดอร์ฟินซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความสุขเพิ่มมากขึ้น ซึ่งฮอร์โมนตัวนี้จะไปกระตุ้นระบบต่างๆ ในร่างกายให้ทำงานดีมากขึ้น (Baptise East Help Center, 2002)

นอกจากนี้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้องค์ประกอบของการทำกิจกรรมดนตรีบำบัดซึ่งประกอบด้วย

- 1). ทักษะการฟัง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ผู้สูงอายุฟังเพลงบรรเลง ซึ่งเป็นเพลงไทยเดิม เมื่อระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการได้ยินของผู้สูงอายุถูกกระตุ้นด้วยเสียงดนตรี กระแสประสาทส่งสัญญาณไปยังสมองส่วนทาลามัส ซีรีบัลคอร์เท็กซ์ และระบบลิมบิก ซึ่งในส่วนของ อะมิกดาลอยด์เบโซเล็กเทอร์ส ไปยับยั้งการทำงานของไฮโปทาลามิก นิวคลีไอ จะช่วยลดการหลั่งของคอร์ติโคโทรปิน รีลิสซิ่ง ฮอร์โมน ซึ่งจะ

ลดการหลังของการหลังของอะครีโนคอร์ติโคโทรปิกจากต่อมใต้สมองส่วนหน้า ซึ่งส่งผลให้ระดับคอร์ติซอลในเลือดลดลง นอกจากนี้ คนตริยังมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ โดยกระตุ้นต่อม พิทูอิทารีให้หลั่งสาร เอ็น โดรฟิน ซึ่งเป็นสารก่อความสุขให้กับผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดการปรับตัวทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ ยินดี และเบี่ยงเบนความสนใจ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อจินตนาการทางอารมณ์ ความรู้สึก และ ความเพลิดเพลิน นั่นคือทำให้ผู้สูงอายุมีความผ่อนคลาย ซึ่งส่งผลให้ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าลดลงได้

2) การเคลื่อนไหวตามจังหวะ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสังเกตพฤติกรรมผู้สูงอายุ ระหว่างเข้าร่วม โปรแกรมดนตรีบำบัดพบว่า ระหว่างการดำเนินกิจกรรมกลุ่มดนตรีบำบัดผู้สูงอายุ มีการแสดงพฤติกรรมการ ยิ้ม หัวเราะ เคาะเท้า หรือ มือ กระดิกเท้า ร้องคลอ แสดงท่ารำ ปรบมือ ตามจังหวะของดนตรีเพลงไทยเดิมที่ผู้วิจัยใช้ศึกษา ซึ่งการเคลื่อนไหวร่างกายตามจังหวะดนตรี ทำให้ร่างกายและอารมณ์ภายในที่ผู้สูงอายุแสดงออกอย่างอิสระ นอกจากนี้ จังหวะดนตรีที่เป็นสื่อจะกลายเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นจริงในชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่เพียงแต่จะทำให้รู้สึกสนุกสนานเพียงอย่างเดียว หากแต่ค่อย ๆ ทำให้ผู้สูงอายุได้ละทิ้งอาการซึมเศร้าทีละน้อยๆ นอกจากนี้ พฤติกรรมการแสดงออกของผู้สูงอายุยังทำให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ การทำงานของร่างกาย และจิตใจที่มีสัมพันธ์กัน จึงทำให้ร่างกายเกิดความสมดุล ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจและมีความสุข จากการศึกษาของ ทิมส์ (Tims, 1998) พบว่าผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกลุ่มดนตรีบำบัด โดยการให้กลุ่มมีส่วนร่วมในการเล่นคีย์บอร์ด นั้น มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกโดดเดี่ยวลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชรรมรุจา อุดม (2547) พบว่าผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ โดยการร่วมเล่นอังกะลุง และร้องเพลง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ลดลง

3) การส่งเสริมและสร้างสรรค์ใน โปรแกรมดนตรีบำบัด การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้มีการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้สูงอายุสนใจขณะที่ฟังเพลง ระหว่างการดำเนินการศึกษาผู้สูงอายุ บางท่าน

ได้ว่ารูปภาพพร้อมทั้งระบายสีตามที่ต้องการ บางท่านพับกระดาษเป็นรูปร่างต่างๆ บางท่านแสดงท่ารำ บางท่านเขียนคำพูดเพื่อเป็นกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วม โปรแกรม การส่งเสริมจินตนาการและการแสดงออกทางอารมณ์ เป็นการส่งเสริมการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่ใช่คำพูด ซึ่งสมาคมดนตรีบำบัดของแคนาดา (Canadian Association for Music Therapy, 1997) กล่าวว่าแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่ใช่คำพูด เป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และยังเป็น การสำรวจความรู้สึกที่ยากต่อการแสดงออกด้วยคำพูด

4) การศึกษาจังหวะของเพลง ทำให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้จังหวะดนตรี ที่สื่อถึงอารมณ์ต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจถึงสภาพอารมณ์ที่แท้จริงของตนเอง และจังหวะเพลงที่ผู้สูงอายุชอบ เพราะแม้ว่าดนตรีจะเป็นสื่อสากลสำหรับทุกคน แต่การรับรู้ การสัมผัสได้ถึงความละเอียดลึกซึ้งของดนตรีขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล วัฒนธรรม และความเป็นอยู่ของบุคคล ซึ่งเป็นส่วนสำคัญ ในการที่จะฟังดนตรีให้เกิดสุนทรียะ ดังนั้นการนำเพลงไทยเดิมที่ผู้วิจัยได้เรียบเรียงขึ้นใหม่ โดยจัดเป็นชุดเพลงที่ให้อารมณ์ต่อเนื่องเพื่อสามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความสนใจ และจดจ่อต่อเพลง ก่อให้เกิดความสุข ความยินดีที่ได้ฟังเสียงเพลงที่ชอบและคุ้นเคยตามวิถีชีวิตของตนเอง จึงทำให้สามารถนำดนตรีมาใช้ผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ ความวิตกกังวล และความซึมเศร้าได้ (อาริยา สอนบุญ และคณะ , 2550) นอกจากนี้ในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ผู้สูงอายุได้ประเมินความรู้สึกตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุได้เปิดเผยตนเอง กล้าแสดงออก ทำให้ผู้สูงอายุนั้นมีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ไปทางด้านบวก เกิดความเพลิดเพลิน สนุกสนาน และผ่อนคลาย

จากการที่ผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วม โปรแกรมดนตรีบำบัด ได้มีโอกาสพัฒนาความรู้สึก ได้เรียนรู้วิธีการระบายความเครียดภายในใจ และการรู้จักวิธีการแสดงออกทางพฤติกรรมผ่อนคลายได้อย่างถูกต้อง จึงก่อให้เกิดการผ่อนคลายทั้งทางกาย และ เกิดจินตนาการซึ่งเป็นการส่งเสริมการแสดงออกทางอารมณ์ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งผลลัพธ์ที่

เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลง ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมดนตรีบำบัดสามารถลดระดับของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงหลังการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การที่ค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในระยะติดตามผล สูงกว่าระยะหลังการทดลองนั้น อาจมีสาเหตุที่เกิดจากตัวแปรอื่นๆ เช่น ปัจจัยทางครอบครัว ปัจจัยเรื่องภาวะสุขภาพ ปัจจัยในเรื่องเศรษฐกิจ และปัจจัยทางสังคม เช่น การขาดการสนับสนุนทางสังคม การที่ผู้สูงอายุมีภาวะกดดันจาก ปัจจัยหลายๆ ปัจจัยซึ่งปัจจัยเหล่านี้ มีผลกระทบโดยตรงต่อตัวผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ปัจจัยทางสังคมเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้น ภาวะเครียดเป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ(Chiriboga, Black, Arenda & Markides, 2002; Schoevers, Deeg, Geerlings, Jonker & Tilburg, 2000) และจากทฤษฎี Diathesis- Stress Model (Monroe & Simons, 1991) นั้น ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้า กับความเครียด ว่าความเครียดเป็นสาเหตุทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อ การเกิด ภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุ ต้อง เผชิญกับความเครียดจากหลาย ๆ ปัจจัยในชีวิตประจำวันก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะหลังการทดลอง

แม้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในทางปฏิบัตินั้น การที่ค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้านั้นเริ่มสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับระยะหลังการทดลอง แต่ยังคงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อาจเป็นเพราะว่า ขั้นตอนในการดำเนินการทดลองนั้น การดำเนินกิจกรรมกลุ่มดนตรีบำบัดได้ ดำเนินการถึง 8 ครั้ง ภายในระยะเวลา 5 สัปดาห์ จึงทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสในการมีส่วนร่วมในกลุ่ม และได้มีการเรียนรู้ในการวิเคราะห์ อารมณ์ กับเพลง ได้เรียนรู้ถึงจังหวะดนตรีที่ตนชอบ ได้แสดงความคิดเห็นต่อเพลงที่ฟัง ได้ระบายความรู้สึกของ

ตนเองโดยการทำกิจกรรมที่ตนเองถนัดเช่น การร้องเพลง การร้องลิเก วาดภาพ ฟ้อนรำ เคะมือ เคะเท้าตามจังหวะเพลง ปรบมือ รวมทั้งการระบายความรู้สึกหรือปัญหาของตนเอง โดยการพูดถึงปัญหาของตนเองให้ผู้สูงอายุในกลุ่มฟัง และการส่งความสุขให้แก่ผู้อื่น โดยการเขียนข้อความส่งความสุข ซึ่งกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ที่ผู้สูงอายุได้ร่วมกันทำขึ้น อย่างไรก็ตามกิจกรรมต่างๆ ที่ได้ร่วมกันทำนั้นส่งผลได้ดีต่อระดับภาวะซึมเศร้าในระยะ หลังการทดลอง เมื่อ ผู้สูงอายุกลับไปอยู่ในสภาวะแวดล้อมเดิมๆ ของตนเอง ปัจจัยแวดล้อมๆต่าง รวมทั้ง ปัญหาของผู้สูงอายุเดิม ก็ส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจผู้สูงอายุจึงทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับระยะหลังการทดลอง แต่การที่ค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผล ยังคงต่ำ กว่ากว่าระยะก่อนการทดลองนั้นอาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุยังสามารถที่นำเอาวิธีการเผชิญปัญหาต่างๆ จากการเข้าร่วมกลุ่มคนตรีบำบัดมาใช้

ผู้สูงอายุบางท่านได้นำกิจกรรมที่ได้จากการเข้าร่วม โปรแกรมคนตรีบำบัดไปใช้ในการดำเนินในชีวิตประจำวัน เช่น นาย จ อายุ 69 ปี ได้แสดงความคิดเห็นขณะที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มว่า “บางเวลาที่ผมเครียด ๆ ผมไม่รู้จะทำอย่างไร ผมก็ต้องพยายาม ร้องลิเก ทำอะไรก็ร้องเป็นลิเก เพราะว่าผมร้องลิเกได้ การร้องลิเกทำให้ผมหายเครียดได้” เป็นต้น สอดคล้องกับการผลการศึกษาวิจัยคุณภาพในกลุ่มผู้สูงอายุชาวจีนพบว่า คนตรีมีอิทธิพลต่ออารมณ์ และความจำของผู้สูงอายุ และคนตรีสามารถทำให้ผู้สูงอายุสะท้อนอารมณ์และความรู้สึกส่วนลึก โดยคนตรีเข้าไปกระตุ้นสภาวะอารมณ์ในช่วงเวลาที่เกิดการทุกข์ใจ โดยเฉพาะอารมณ์เศร้า อาการเสียใจ อาการวิตกกังวล การที่ผู้สูงอายุได้สะท้อน อารมณ์ และความรู้สึกต่างๆ เหล่านี้ ออกมาทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย (Lai,1999) ดังนั้นคนตรีอาจช่วยให้ผู้สูงอายุเพิ่มความเข้าใจ ต่อตนเอง เข้าใจภาวะอารมณ์ของตนเอง และเพิ่มการยอมรับตนเอง และผลของการฟังดนตรียังครอบคลุมไปถึงการทำ ให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก และ อารมณ์ของตนเองอีกด้วย



## ข้อเสนอแนะ

การใช้ดนตรีบำบัด เสมือนเป็นกิจกรรมการพยาบาล มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามาก จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมดนตรีบำบัดสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ การนำแนวคิดของดนตรีบำบัด ไปประยุกต์ใช้ อาจนำไปใช้ได้ทั้ง แบบบุคคลและกลุ่มบำบัด พยาบาลสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ฟังเพลงด้วยตนเอง ช่วยให้ผู้สูงอายุได้เลือกฟังเพลงที่ผู้สูงอายุชอบ ร่วมสะท้อนความรู้สึก ต่อเพลงที่ผู้สูงอายุเลือกฟัง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก หรือความคิดในแง่ลบ ช่วยให้ผู้สูงอายุ ได้สะท้อนถึงปัญหาของตนเองและ ทำการสะท้อนกลับให้ผู้สูงอายุได้รับทราบปัญหา นอกจากนี้ ดนตรีบำบัดเป็นวิธีการปฏิบัติที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย และมีค่าใช้จ่ายน้อย อีกทั้งยังช่วยให้พยาบาลสร้างสัมพันธภาพร่วมกับผู้สูงอายุ ขณะที่ดำเนินกิจกรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงเสนอแนะให้พยาบาลนำ โปรแกรมดนตรีบำบัด ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งใน หอผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน และในชุมชน ต่อไป

ในส่วนของการวิจัย นักวิจัยสามารถนำโปรแกรมไปพัฒนา เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้ได้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่น และพัฒนาดนตรีที่ใช้ในการทดลองให้สามารถนำไปใช้ได้กับผู้สูงอายุทั่วไป เพื่อเป็นการเพิ่มความสนุกสนาน และคลายเครียด

## ข้อจำกัดในการดำเนินการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า แม้จะมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและระดับปานกลางจำนวน ถึง 53.6 % ของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 49.2 รองลงมาคือระดับปกติร้อยละ 46.2 ระดับปานกลางร้อยละ 3.8 และ ระดับรุนแรงร้อยละ 0.8 แต่ผู้สูงอายุที่สามารถเข้าร่วมกลุ่มในการศึกษาครั้งนี้มีเพียง 11 ท่าน เนื่องจากว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ พักอาศัยอยู่นอกเขต เทศบาลแสนสุข และบางท่านอาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมือง แม้ว่าบางท่านพักอาศัยอยู่ในเขตรอบ ๆ เทศบาลแสนสุข ผู้สูงอายุมีภาระกิจที่ต้องปฏิบัติงานเพื่อหาเลี้ยงชีพของตนเอง อีกทั้งผู้สูงอายุต้องเข้าร่วม โปรแกรมถึง 8 ครั้งจึงทำให้ไม่สามารถ

เดินทางมาร่วม โปรแกรมดนตรีบำบัดได้ ทำให้การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่สามารถเปรียบเทียบผลของ  
ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เข้าร่วม โปรแกรมดนตรีบำบัดกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการ  
บริการปกติที่ได้รับ ได้ ทำให้ผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ขาดการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ที่ได้รับจาก  
โปรแกรมดนตรีบำบัดกับการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบปกติแบบอื่น จึงทำให้ไม่สามารถทราบผล  
ของความแตกต่างของผลสัมฤทธิ์ของ โปรแกรมดนตรีบำบัดได้เมื่อเปรียบเทียบกับบริการปกติที่ได้รับ  
ดังนั้นผู้วิจัยเห็นควรว่าการวิจัยครั้งต่อไป หากมีการพัฒนา โปรแกรมดนตรีบำบัดให้กระชับและสามารถ  
นำไปประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาลในชุมชนได้ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับประโยชน์สูงสุดจาก  
โปรแกรมดนตรีบำบัด

## บรรณานุกรม

- กมลทิน สาดรา. (2531). *ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: ศักยภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ*  
จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- กรมประชาสงเคราะห์. (2526). *รายงานการประชุมสมัชชา โลกกว่าด้วยผู้สูงอายุ เมื่อปี พ.ศ. 2525* กรุงเทพฯ: กรม  
ประชาสงเคราะห์
- กัลยาณี เจนอนุศาสตร์. (2542). *เปรียบเทียบระหว่างผลการใช้กิจกรรมดนตรีบำบัดกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ  
ที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 กรุงเทพมหานคร.*  
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- กาญจนา พึ่งไพศาล. (2539). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง  
กำแพงเพชร อ เมือง จ กำแพงเพชร.* วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- เกษม ต้นติพลาชีวะ และ กุลยา ต้นติพลาชีวะ. (2528). *การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ.* กรุงเทพฯ:  
โรงพิมพ์อรุณการพิมพ์.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ต้นศิริ (2533). *การพยาบาลผู้สูงอายุ.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- โสมนภา กิตติศัพท์. (2536). *ผลดีของคนตรีต่อการลดความเจ็บปวดแผลความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจแบบ  
เปิด.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

- ชัดเจน จันทรพัฒน์ , สมนุตตรา ตะบูนพงส์ และ วันดี สุทธรังษี. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12(2), 80-89.
- ณรุทธ์ สุทธรังษี. (2535). *กิจกรรมดนตรีสำหรับครู*. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- ครรชนี ถิมประเสริฐ. (2539). *ผลของดนตรีต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอด ครรภ์แรก*.  
Unpublished วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2544). *โรคซึมเศร้ารักษาหายได้และโรคอารมณ์แปรปรวน*. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- อุษณีย์ บุญทัศน์กุล พนมยงค์. (2539). *ลมหายใจ คนตรี ชีวิต*. กรุงเทพฯ: บ้านเพลง.
- ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์ และ สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี . (2542). ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาล*, 48(3), 177-184.
- ธนูชาติชานนท์. (2540). ความเข้าใจเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 20(2), 87-92.
- ธรรมรุจา อุดม. (2547). *ประสิทธิผลของ โปรแกรมนันทนาการ โดยการเล่นอังกะลุงในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า*.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- นาถฤดี พรหมเถาว์. (2545). *ผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดในผู้สูงอายุ โรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,  
เชียงใหม่.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ. (2537). แบบวัดความเศร้า ในผู้สูงอายุไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.
- บรรลู่ ศิริพานิช. (2534). สุขภาพผู้สูงอายุ. *คลินิก*, 6(6), 432-436.

บรรลุ ศิริพาณิชย์. (2540). ผู้สูงอายุ : ภาระของใคร วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ, 10(8).

บังอร เกรียดชัยภูมิ. (2533). ผลของคนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะรับการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2528). ผลของคนตรีต่อการลดความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับการปวด

ศีรษะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในท่านอนหงายศีรษะหงาย. วิทยานิพนธ์ปริญญา

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ประภาส จิตตาศิรินิวัตร. (2544). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลสวนแดง อำเภอละม่อม จังหวัดชุมพร:

เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 24(1).

พิชัย ปรัชญาอนุสรณ์. (2534). คนตรีบำบัดทางจิตเวช. วารสารจิตวิทยาคลินิก, 22(2), 79-96.

เพ็ญศรี สุเหตุธิดำรง. (2538). ผลของคนตรีบำบัดต่อการลดความเครียดในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและ

เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

เพ็ญศรี หลินสวนนท์. (2543). การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร.

วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ภาพันท์ เจริญสุวรรณค์ และ ชัยชนะ นิ่มนวล. (2547). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจาก

หลอดเลือดสมองที่มาทำกายภาพบำบัด. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 49(4), 267-276.

- มณี ภิญ โยพรพาณิษฐ์ เบญจลักษณ์ มณีทอน และ ณภัทร เพชรวีรวงศ์. (2546). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหอ  
อายุรกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 48(3),  
147-155.
- มันทนา กัลยา. (2540). ผลของคนตรีต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ใน  
ระยะที่ 1 ของการคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เยาวรัตน์ ชันธิวิชัย. (2544). ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในจังหวัด  
ชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- จำไพพรรณ ศรีโสภาค. (2511). คนตรีบำบัด. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 13(2), 117-126
- วันเพ็ญ วงศ์จันทร์. (2539). แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุในสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัด  
เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วัลภา สังฆโสภณ. (2537). ผลของเสียงดนตรีต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล,  
กรุงเทพมหานคร.
- ศรีวรรณ ตันศิริ. (2535). ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน  
สถานสงเคราะห์คนชราอาสนเวทย์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา วิทยานิพนธ์ปริญญา  
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2551). ประชากรของประเทศไทย พ. ศ. 2551. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 17.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุ แบบสหสาขาวิชา. กรุงเทพมหานคร: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2551). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖. Retrieved 1 กันยายน 2551, 2551, from <http://www.agingthai.org>

สถาบันสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. (2536). มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่มที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ส้มฉนวน มีคุณ. (2545). เปรียบเทียบผลของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบการเกร็งและคลายอย่างเป็นระบบกับการฟังดนตรีลูกทุ่งต่อการลดความเครียดของทหารเกณฑ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

สุกรี เจริญสุข. (2532). จะฟังดนตรีให้ไพเราะ. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สุดจิรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

สุชาติ พหลภักย์. (2542). ความผิดปกติทางอารมณ์. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ ศิริรักษ์ออฟเซ็ท.

สุดสบาย จุลทัทพะพะ. (2540). การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. สารศิริราช, 49(12), 1200-1209.

สุนีย์ สุธีวีระขจร. (2547). เปรียบเทียบผลของสัมผัสดกับดนตรีบำบัดต่อระดับความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

- สุวรรณา อรุณพงษ์ไพศาล. (2549). สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิด โรคซึมเศร้า. ใน ธรรมนูญ กองสุข และคณะ (Ed.), *องค์ความรู้โรคซึมเศร้า: ผลการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2543). การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 12, 14-24.
- อริยา สอนบุญ บำเพ็ญจิต แสงชาติ พรรณงาม พรรณเชษฐ์ และ วิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์. (2550). ผลของคนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านมที่ได้รับความเครียด. *Journal of Science and Technology Mahasarakham University*, 26(4).
- Alexopoulos, G. S. (2001). New concept for prevention and treatment of late-life depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 835-838.
- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *www.thelancet.com*, 365, 1961-1969.
- Alexopoulos, G. S., Borson, S., & Cuthbert, B. N. (2002). Assessment of late life depression. *Biol Psychiatry*, 52, 164-174.
- Alexopoulos, G. S., Katz, I. R., Reynolds, C. F., Carpenter, D., & Docherty, J. P. (2001). *The expert consensus guideline series: Pharmacotherapy of depressive disorder in older patients*.
- Alexopoulos, G. S., Lerner, D. M., & Salzman, C. (2005). Treatment of depression with tricyclic antidepressants, monoamine oxidase inhibitors and psychostimulants. In C. Salzman (Ed.), *Clinical geriatric psychopharmacology*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Alvin, J. (1966). *Music therapy*. London: John Beaker.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4th ed)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.



Anstey, K., & Brodaty, H. (1995). Antidepressants and the elderly: Double-blind trials 1987-1992.

*International Journal of Geriatric Psychiatry.*

BaptiseEastHelpCenter. (2002). Music therapy. from <http://www.baptiseast.com>

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division.

Blazer, D. G. (1982). *Depression in late life*. London: The C. V. Mosby.

Blazer, D. G. (1993). *Depression in late life*. St. Louis, Missouri: Mosby-Year Book.

Brody, H. (1960). The depression of aging pigment in the human cerebral cortex. *Journal of Gerontology*, 15(3), 258.

Buckwalter, K., Harthock, J., & Gaffney, J. (1985). *Music therapy nursing intervention: Treatment for nursing diagnosis*. Philadelphia: W.B Saunder.

Burnet, F. M. (1970). An immunological approach to aging. *Lancet*, 2, 358-360.

Burnside, I. M. (1994). Reminiscence group therapy. In I. M. Burnside & M. G. Schnidt (Eds.), *Working with older adults group process and techniques (3rd ed)*. Boston: Jones and Bartlett.

Butler, R. N., & Lewis, M. I. (1995). Late-life depression: When and how to intervene. *Geriatric*, 50(8), 49-52.

Canadian Association for Music Therapy. (1997). *Music therapy information*. Ontario: Canadian Association for Music Therapy.

Charoenkum, S. (1992). *Factors related to depression of rural elderly: Study in Banphophisai district, Nakronawan province*. Mahidol University., Bangkok.

- Chiriboga, D. A., Black, S. A., Aranda, M., & Markides, K. (2002). Stress and depression symptoms among Mexican American elders. *The Journal of Gerontology, 6*, P559-568.
- Choi, A.-N., Lee, M. S., & Lim, H.-J. (2008). Effect of group music intervention on depression, anxiety, and relationship in psychiatric patients: A pilot study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 14*(5), 567-570.
- Chung, S. S. (1992). Active music therapy for senile depression. *Chinese Journal of Neurology and psychiatry, 25*(4), 208-210.
- Train The Brain Forum Committee. (1994). Thai Geriatric Depression Scale. *Siriraj Hospital Gazette, 46*(1), 1-9.
- Cook, J. D. (1981). The therapeutic use of music: A literature review. *Nursing Forum, 20*(3), 253-266.
- Doan, B. D., & Wadden, N. P. (1989). Relation between depressive symptoms and description of chronic pain. *Pain, 36*, 75-84.
- Eaton, W. (2002). Epidemiologic evidence on the comorbidity of depression and diabetes. *Journal of Psychosomatic Research, 53*, 903-906.
- Eaton, W., Muntaner, C., Bovasso, G., & Smith, C. (2001). Socioeconomic status and depressive syndrome: The role of intra-generate study of sociocultural risk factor in a Chinese population in Hong Kong. *Journal of Health Soc Behav, 42*(3), 277-294.
- Ebersole, P., & Hess, P. (1994). *Towards health aging human needs and nursing response*. St. Louis: Mosby- Year Book.
- Eliopollos, C. (1993). *Geriatric nursing*. London: Haper & Row Publisher.

- Feder, B. B. (1981). *The expensive arts therapies*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Fry, P. S. (1986). *Depression, stress and adaptation in the elderly*. Rockville: Aspen
- Gerre, G., Zaimovic, A., Franchini, D., Palladino, M., Guicastro, G., Reali, N., et al. (1998). Neuroendocrine responses of healthy volunteers to techno-music: Relationship with personality traits and emotional state. *International Journal of Psychophysiology*, 28(1), 99-111.
- Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J., & Thomas, R. (2003). Educational and organizational intervention to improve the management of depression in primary care : A systematic review. *JAMA*, 289, 3145-3151.
- Gillbert, P. (2004). Depression: A biopsychosocial integrative , and evolutionary approach. In M. Power (Ed.), *Mood disorders: A handbook of science and practice*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Son.
- Good, M., Stanton-Hicks, M., Grass, J. M., Anderson, G. C., Choi, C., Schoolmeesters, L., et al. (1999). Relief of postoperative pain with jaw relaxation, music, and their combination. *Pain*, 81(2), 163-172.
- Greist, J., & Jefferson, J. W. (1992). *Depression and its treatment*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Handerson, K. (1996). One size doesn't fit all: The meanings of woman's leisure. *Journal of Leisure Research* 28(3), 145-146.
- Hanser, S. B., & Thompson, L. W. (1994). Effects of a music therapy strategy on depressed older adults. *Journal of Gerontology*, 49(6), 265-269.
- Hsu, W.-C., & Lai, H.-L. (2004). Effects of music on major depression in psychiatric inpatients. *Archives of Psychiatric Nursing* 18(5), 193-199.

- Jacoby, R. (1997). *Psychiatry in elderly*. Oxford: Oxford University Press.
- Jantarapat, C., Taboonpong, S., & Sutharangsee, W. (2004). Relationship between selected factors and depression of hospitalized elders in general hospital, Southern Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand, 12*(3), 80-89.
- Jarernswan, P., & Nimnuan, C. (2003). Prevalence of depression in stroke patients attending a physical rehabilitation program. *Journal of Psychiatric Association of Thailand, 49*(4), 267-276.
- Jitapunkul, S., Chayowan, N., & Yodpetch., S. (Eds.). (2001). *Elderly in Thailand: An Extensive Review of Current Data and Situation and Policy and Research Suggestions (in Thailand)*. Bangkok.
- Johnson, C. D. (1999). Therapeutic recreation treats depression in the elderly. *Home Health Care Services Quarterly, 18*(2), 79-90.
- Jones, R. H. L.-, Baikie, K. A., Smithers, H., Cohen, J., Snowdon, J., & Tennant, C. (1999). Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: Randomized control trial. *BMJ, 319*, 676-682.
- Koder, D. A., Brodaty, H., & Anstey, K. J. (1996). Cognitive therapy for depression in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 11*, 97-107.
- Kranch, P. (1995). Assessment of depressed older persons living in a home setting. *Home Health Care Nurse, 13*(61-64).
- Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 108*, 163-174.
- Lai, H. L., & Good, M. (2002). An overview of music therapy. *The Journal of Nursing, 49*(2), 80-84.

- Lai, H.-L., & Good, M. (2004). Music improves sleep quality in older adults. *Journal of Advance Nursing*, 49(3), 234-244.
- Lai, Y. M. (1999). Effect of music listening on depressed women in Taiwan *Issues in Mental Health Nursing*,
- Lehman, C. A., & Poindexter, A ( 2006). The ageing population. In K. L. Mauk (Eds.), *Gerontological Nursing: Competencies for care*. Sudbury, Massachusetts: Jone and Bartlett.
- Lepin, J. P., & Bouchez, S. (1998). Epidemiology of depression. *International Clinical Psychopharmacology*, 13, S7-S12.
- Linsuwanont, P. (2000). *A study of depression in the elderly ROUNGMOUNG sub- district Pratumwan Bangkok*. Mahidol University, Bangkok.
- MacClelland, D. C. (1979). Music in the operating room. *AORN Journal* 29(2), 252-260.
- Madsen, C. K., & Madsen, C. H. (1981). *Teaching? Discipline: A positive approach for educational development*. Raleigh: Contemporary Publishing Company of Raleigh, Inc.
- Mazure, C. M., Keita, G. P., & Blehar, M. C. (2002). *Summit on women and depression: Proceedings and recommendations*. Washington, DC: American Psychological Association.
- McConnell, S. E., & Matteson, M. A. (1988). *Psychosocial aging changes*. Philadelphia: W. B. Sounds.
- Miller, C. A. (1999). *Nursing care of older adults: theory and practice (3rd eds)*. Philadelphia: Lippincott.
- Mocket, M., Rocker, L., Stork, T., Vollert, J., Danne, O., Eichstadt, H., et al. (1994). Immediate physiological responses of healthy volunteers to different type of music: cardiovascular, hormonal and mental changes. *European Journal of Applied Physiology and Occupational Physiology*, 68(6), 451-459.

- Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis- stress theories in the context of life stress research: Implication for the depression disorders. *Psychological Bulletin*, *110*, 406-425.
- Moss, V. A. (1988). Music and surgical patient: The effect of music on anxiety. *AORN Journal*, *48*, 64-38.
- Munro, S., & Mount, B. (1993). Music therapy in palliative care. *CMA Journal*, *119*(4), 1029-1034.
- Murphy, E. (1992). Concepts of depression in old age. In J. G. Evans & T. F. Williams (Eds.), *Oxford textbook of geriatric medicine*. New York: Oxford University.
- Nolen-Hoeksema, S., & Keita, G. P. (2003). Woman and depression. *Psychology of Women Quarterly*, *27*, 89-90.
- World health Organization (2006). Depression. Retrieved 1 September 2006, 20086, from [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html)
- Oxman, T. E., & Hull, J. G. (2001). Social support and treatment response in older depressed primary care patients. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, *56*, 35-45.
- Parriot, S. (1969). Music as therapy. *American Journal of Nursing*, *69*(8), 1724.
- Pichai, K. (2003). *Prevalence and factor related to depression in elderly outpatient medicine department at King Chulalongkorn Memorial*. Chulalongkorn University, Bangkok.
- Pinyopornpanish, M., Maneetorn, B., & Petverachuwong, N. (2003). Depression in medical inpatients of Maharaj nakorn Chiang mai hospital. *Journal of Psychiatric Association Thailand*, *48*(3), 147-155.
- Sackett, J., & Fitzgerald, J. (1980). Music in hospital *Nursing Times*, *16*, 1845-1848

- Saligman, M. E., & Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74(1).
- Salzman, C., Wong, E., & Wright, C. B. (2002). Drugs and ECT treatment of depression in the elderly: A literature review. *Biol Psychiatry*, 52, 265-285.
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Geerling, M. I., Jonker, C., & Tilburg, W. V. (2000). Risk factor for depression in later life; result of a prospective community based study (AMSTEL). *Journal of Affective Disorders*, 59, 127-137.
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., & Alexopoulos, G. S. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 479-481.
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., & Alexopoulos, G. S. (2005). The treatment initiation program: An intervention to improve depression outcome in older adults. *American Journal of Psychiatry*, 162, 184-186.
- Standley, J. M. (1986). Music research in medical /dental treatment: Meta-analysis and clinical applications. *Journal of Music Therapy*, 23(2), 56-122.
- Sukhatunga, K. (1999). Depression and Dementia in Thai Elderly in Urban and Rural Communities. *Sriraj Hospital Gazette*, 51(4), 232-243.
- Takahashi, T., & Matsushita, H. (2006). Long-term effects of music therapy on elderly with moderate/severe dementia. *Journal of Music Therapy*, XL III(4), 317-333.

- Thavichachat, N., Meksupa, O., & Thavichachat, T. (1990). Psychological factors correlate of depression in elderly: comparative study in Bangkok and Uthaithani province. *Chulalongkron Medical Journal*, 35(4), 195-203.
- Thaweeboon, T., & Peachpansri, S. (1999). Depression of the elderly in Bangkok age clubs. *Thai Journal of Nursing* 48(3), 177-184.
- Canadian Association for Music Therapy.(1997). *Music therapy information*. Ontario: Canadian Association for Music Therapy
- Tims, F. (1998). Scientific study indicates that music making makes the elderly healthier. from <http://www.amc-music.com/index.html>
- Twiss, E., Seaver, J., & McCaffery, R. (2006). The effect of music listening on older adults undergoing cardiovascular surgery. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in critical Care*, 11(5), 224-231.
- Urdike, P. L. (1990). Music therapy results for I C U patient. *Dimension of Critical Care Nursing*, 9(1), 39-45.
- Van-Andel, G., & Pothoven, D. (1995). Case histories focusing on clients with depression: Practical issues. *Therapeutic Recreation Journal, Fourth Quarter*, 225.
- Wallace, R. B. (1992). Aging and disease: From laboratory to communication. In R. B. Wallace (Ed.), *The epidemiologic study of the elderly*. New York: Oxford University Press.
- White, J. A. (1988). Touching with intent: Therapeutic massage. *Holistic Nurse Pract*, 2, 63-67



Yasavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research, 17*(1), 37-49.

Zimmerman, L. M., Pierson, M., & Marker, J. (1988). Effects of music on patient anxiety in coronary care units. *Heart and Lung, 17*(5), 560-566.

## ภาคผนวก

ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ภาคผนวก ค การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

ภาคผนวก ก  
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 1. รศ. ดร. อนงค์ วิเศษสุวรรณ      | อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา<br>คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 2. รศ. ดร. ไพรัตน์ วงษ์นาม        | อาจารย์ประจำภาควิชาวิจัยและวัดผลการศึกษา<br>คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  |
| 3. อาจารย์ สัมพันธ์ชัย เอื้อศิลป์ | อาจารย์ประจำคณะศิลปกรรมศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยบูรพา                            |
| 4. อาจารย์ภัทระ คมขำ              | อาจารย์ประจำคณะศิลปกรรมศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยบูรพา                            |

ภาคผนวก ข  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## แบบสอบถาม

แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ปัจจุบันท่านมี อายุ ..... ปี

รายได้ต่อเดือน.....บาท

ท่านมีโรคประจำตัว

- ( ) ความดันโลหิต
- ( ) เบาหวาน
- ( ) ทั้งโรคความดันโลหิตและเบาหวาน
- ( ) ไม่มีโรคประจำตัว

เพศ

- ( ) 1. ชาย
- ( ) 2. หญิง

สถานภาพสมรส

- ( ) 1. คู่
- ( ) 2. โสด
- ( ) 3. ม้าย
- ( ) 4. หย่าหรือแยกกันอยู่

ระดับการศึกษา

- ( ) 1. ไม่ได้รับการศึกษา      ( ) 2. ประถมศึกษา
- ( ) 3. มัธยมศึกษา                ( ) 4. ปริญญาตรี
- ( ) 5. สูงกว่าปริญญาตรี

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกและความคิดเห็นของท่าน

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วง หนึ่ง สัปดาห์ที่ผ่านมา

- ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ ใช่ ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน

- ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ ไม่ใช่ ถ้าข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1 ท่านพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ในขณะนี้		
2 ท่านไม่ชอบทำอะไรในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ		
3 ท่านรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร		
4 ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ		
5 ท่านหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า		
6 ท่านมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลาและเลิกคิดไม่ได้		
7 ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอารมณ์ดี		
8 ท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับท่าน		
9 ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกมีความสุข		
10 บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่ง		
11 ท่านรู้สึกกระวนกระวายกระสับกระส่ายบ่อย ๆ		
12 ท่านชอบอยู่บ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน		
13 บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า		
14 ท่านคิดว่าความจำของท่านไม่ดีเท่าคนอื่น		
15 การมีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องน่ายินดีใช่หรือไม่		
16 ท่านรู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อย ๆ		
17 ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านค่อนข้างไม่มีคุณค่า		
18 ท่านรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา		
19 ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนใจอีกมาก		
20 ท่านรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ ๆ		
21 ท่านรู้สึกกระตือรือร้น		
22 ท่านรู้สึกสิ้นหวัง		
23 ท่านคิดว่าคนอื่นดีกว่าท่าน		

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
24. ท่านอารมณ์เสื่อง่ายกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ		
25. ท่านรู้สึกอยากร้องไห้บ่อย ๆ		
26. ท่านมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน		
27. ท่านรู้สึกสดชื่นเวลาตื่นนอนในตอนเช้า		
28. ท่านไม่ชอบพบปะพูดคุยกับคนอื่น		
29. ท่านตัดสินใจอะไรได้เร็ว		
30. ท่านมีจิตใจสบาย แจ่มใส เหมือนก่อน		



## แบบสังเกตพฤติกรรมกลุ่ม

ชื่อ.....สกุล.....วันที่.....เวลาเริ่ม.....เวลาสิ้นสุด.....

ผู้สังเกต..... ระยะเวลาที่สังเกต..... นาที

กิจกรรม	ครั้งที่ 1	พฤติกรรมที่แสดงออกจากการสังเกตกลุ่ม
ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธ์ภาพกลุ่ม	M S V	
ฟังเพลง	M S V	
วิเคราะห์การตอบสนองต่อเพลง	M S V	
เชื่อมโยงประสบการณ์ประสบการณ์ชีวิตกับเพลง	M S V	
ถ่าลึกถึงความหลังกับบทเพลง	M S V	
ความรู้สึกที่มีต่อบทเพลง	M S V	
พฤติกรรมที่แสดงออกต่อบทเพลง	M S V	
ปัจฉิมกลุ่มคนตรีบำบัด	M S V	

## โปรแกรมดนตรีบำบัด

(โปรแกรมนี้เป็นลิขสิทธิ์ของผู้วิจัยและศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ถ้าท่านสนใจที่จะนำโปรแกรมไปใช้ กรุณาติดต่อขอใช้โปรแกรมกับผู้วิจัยก่อนนำไปใช้)

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
1	ปฐมนิเทศและสร้างความคุ้นเคย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยและสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา</li> <li>2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาทราบวัตถุประสงค์ กฎระเบียบ บทบาทหน้าที่ และวันเวลาที่ทำการฝึก</li> <li>3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาผ่อนคลายและสนุกสนาน</li> <li>4. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน</li> <li>5. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายผู้รับคำปรึกษาพร้อมแนะนำตัวเอง</li> <li>2. ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรม วิธีการ ข้อผูกพัน บทบาทหน้าที่ ระยะเวลา จำนวนครั้ง สถานที่</li> <li>3. ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาซักถามข้อสงสัย</li> <li>4. ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมกันสรุปเรื่องที่สนทนา เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน</li> <li>5. กิจกรรม               <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 เนื้อเพลง “นายยินดี”</li> <li>5.2 ผู้ให้คำปรึกษาร้องเพลง และให้ผู้รับการปรึกษาร้องตาม จนทุกคนร้องได้</li> <li>5.3 ผู้ให้คำปรึกษาสอนท่าประกอบเพลง</li> <li>5.4 ให้สมาชิกจับคู่กัน และยืนหันหน้าเข้าหากัน</li> <li>5.5 ให้สมาชิกทุกคนร้องเพลงและท่าประกอบตามเพลง แล้วเวียนคู่ไปเรื่อย ๆ จนครบทุกคน</li> <li>5.6 ให้สมาชิกทุกคนสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรมที่ทำผ่านมา</li> </ol> </li> <li>6. นัดหมายการปรึกษาครั้งต่อไป</li> </ol>

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
2	ทักษะการฟังเพลง	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อพัฒนาการรับรู้ ความรู้สึกที่เกิดจากการ ฟังเพลง</li> <li>2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักรู้ และเข้าใจอารมณ์ตนเองต่อบทเพลง</li> <li>3. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถแสดงอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกตนเองได้อย่างเหมาะสม</li> <li>4. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักรู้คุณค่า และยอมรับในศักดิ์ศรีของตนเอง และผู้อื่น</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แจกกระดาษที่มีรูปภาพแสดงความรู้สึกแตกต่างกัน 4 ความรู้สึก ได้แก่ สนุก เศร้า สงบ และตื่นเต้น</li> <li>2. ให้สมาชิกทุกคนฟังเพลงบรรเลง 4 เพลง ความยาวเพลงละ 2 นาที โดยเปิดให้ฟังทีละเพลง</li> <li>3. ให้ผู้รับคำปรึกษานับที่เลือกรูปภาพอารมณ์ ที่ตรงกับความรู้สึกของตนเอง หลังการฟังเพลง</li> <li>4. ให้ผู้รับคำปรึกษาบอกเหตุผลที่เลือกภาพความรู้สึกที่มีต่อเสียงเพลง แล้วแลกเปลี่ยนกันทีละคน ตามความสมัครใจ</li> <li>5. ให้ผู้รับคำปรึกษา อธิบายคำว่า “อารมณ์” ตามที่ตนเข้าใจ</li> <li>6. บรรยายประกอบใบความรู้เรื่องอารมณ์</li> <li>7. ให้ผู้รับคำปรึกษานับที่รูปภาพที่ตรงกับความรู้สึกของตนเอง</li> </ol>
3	วิเคราะห์การตอบสนองต่อเพลง	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา รู้ อารมณ์และบอกอารมณ์ตนเองได้</li> <li>2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถควบคุมอารมณ์และความต้องการได้</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เปิดกลุ่ม กล่าวทักทายสมาชิกและบอก อธิบายกิจกรรมครั้งนี้</li> <li>2. เปิดเพลงเริ่มกลุ่ม (ค้างคาวกินกล้วย) ให้ผู้รับการปรึกษาฟังและเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงอารมณ์ตามที่ตนรู้สึกต่อบทเพลง ได้ตามความต้องการ</li> <li>3. สมาชิกหลับตาและฟังเพลงที่ 2 แล้วให้แสดงอาการท่าทางโต้ตอบต่อบทเพลงที่ได้รับฟัง ตามแต่ที่ตนเองรู้สึก</li> <li>4. ให้สมาชิกรั้งหรือยืนฟังเพลงที่ 3 โดยไม่ต้องแสดงท่าทางใด ๆ ประกอบการตอบสนองต่อเพลงที่ได้ยิน</li> </ol>

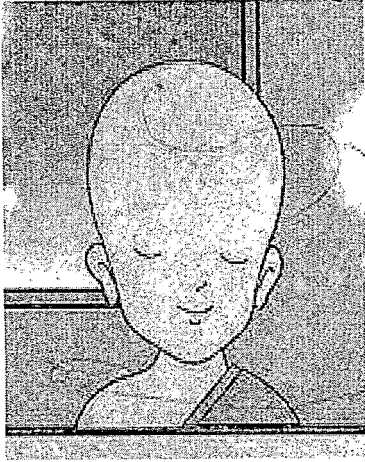
ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
			<ol style="list-style-type: none"> <li>5. แจกกระดาษและดินสอให้แก่สมาชิกคนละ 1 ชุด</li> <li>6. หลังการฟังเพลงแต่ละเพลงให้ผู้รับการปรึกษาเลือกสีที่แสดงออกถึงอารมณ์ความรู้สึกของตนที่มีต่อเพลง</li> <li>7. ให้ผู้รับคำปรึกษายกเหตุผลความรู้สึกที่ตนแสดงออกต่อเพลงต่าง ๆ และเลือกรูปภาพที่แสดงอารมณ์ต่าง ๆ กัน 4 ความรู้สึกได้แก่ สนุก เศร้า สงบและตื่นเต้น แลกเปลี่ยนกันจนครบทุกคน</li> <li>8. ผู้ให้คำปรึกษาสังเกตและบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป</li> </ol>
4	เชื่อมโยงประสบการณ์ชีวิตกับเพลง	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจและยอมรับผู้อื่นได้</li> <li>2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้และตอบสนองต่ออารมณ์ผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม</li> <li>3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ซึ่งกันและกัน</li> <li>4. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีความเครียดลดลงและก่อให้เกิดการผ่อนคลาย</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เปิดกลุ่มให้ผู้รับการปรึกษาฟังเพลงเริ่มกลุ่ม (ค้างคาวกินกล้วย)</li> <li>2. เปิดเพลงบรรเลง 5 เพลงที่แสดงอารมณ์ต่าง ๆ กัน</li> <li>3. ให้ผู้รับคำปรึกษาเลือกเพลงที่ตนเองชอบที่สุดแล้วบอกเหตุผลที่ชอบเพลงนั้นแก่เพื่อนสมาชิก</li> <li>4. ให้ผู้รับการปรึกษาเปรียบเทียบอารมณ์ของผู้อื่นที่เกิดขึ้นเปรียบเทียบกับตนเองเมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจและยอมรับผู้อื่น พร้อมทั้งแสดงความเห็นอกเห็นใจ</li> <li>5. แจกใบงานภาพ “บันทึกอารมณ์ต่อบทเพลง” ให้ผู้รับคำปรึกษาเลือกและเขียนความรู้สึกของตนเองและสรุปสาระสำคัญของการเข้ากลุ่มครั้งนี้</li> </ol>

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
5	รำลึกถึงความหลังกับบทเพลง	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้กลับไปสู่ประสบการณ์ที่ดีของตนและเกิดความรู้สึกภูมิใจในตนเอง</li> <li>2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความคิด ความรู้สึกของตนเองและเกิดการผ่อนคลาย</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เปิดกลุ่มให้ผู้รับคำปรึกษาฟังเพลงเริ่มกลุ่ม (ค้ำคาวกินกล้วย)</li> <li>2. กำหนดให้มีผู้สังเกตการณ์ 1 คนและให้ผู้สังเกตการณ์บันทึกพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม</li> <li>3. ให้ทุกคนเลือกทำนั่งที่อยู่ใน อริยาบถที่รู้สึกสบายที่สุดตามที่ต้องการ</li> <li>4. ให้ฟังเพลงกลุ่มที่ให้ความรู้สึกสงบและผ่อนคลายต่อเนื่องกันนาน 10 นาที</li> <li>5. ให้ผู้รับคำปรึกษาบอกความรู้สึกของตนหลังจากฟังเพลงเหล่านี้ และรำลึกถึงประสบการณ์ที่ดีที่เคยกระทำอันเกี่ยวข้องกับดนตรีที่ได้ฟังจนครบทุกคน</li> <li>6. ให้ผู้รับการปรึกษาคอนอื่นให้กำลังใจและแสดงความชื่นชมยินดีแก่สมาชิกที่รำลึกถึงประสบการณ์ความหลังต่าง ๆ ที่แสดงออก</li> <li>7. ให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปและบันทึกรูปภาพอารมณ์และนัดครั้งต่อไป</li> </ol>
6	ความรู้สึกที่มีต่อบทเพลง	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา รู้ศักยภาพของตนเอง</li> <li>2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา รู้จักวางเป้าหมายในชีวิตและสร้างแรงจูงใจให้ตนเองได้</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เปิดกลุ่มให้ผู้รับคำปรึกษาฟังเพลงเริ่มกลุ่ม (ค้ำคาวกินกล้วย)</li> <li>2. ผู้ให้คำปรึกษาสมมติให้ผู้รับคำปรึกษาทุกคนเป็นกรรมการตัดสินเพลง โดยใช้ความรู้สึกของกรรมการเป็นผู้ตัดสินตามขั้นตอนดังนี้ แจกแบบวัดระดับความรู้สึกของตนเองต่อบทเพลงมี 3 ระดับได้แก่ ชอบ เฉยๆ และไม่ชอบแก่กรรมการคนละ 1 แผ่น เปิดเพลงที่แสดงความรู้สึกแตกต่างกัน 3</li> </ol>

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
		3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความมุ่งมั่นที่จะไปให้ถึงเป้าหมาย	<p>กลุ่มที่ให้ความรู้สึกสบายใจ เศร้าและปลุกใจ เพลงละประมาณ 5 นาที</p> <p>ให้กรรมการกากบาทเลือกระดับความรู้สึกของตนต่อบทเพลงตามแบบวัดระดับความรู้สึกที่มีต่อบทเพลง</p> <p>ให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเลือกระดับความรู้สึกที่มีต่อบทเพลง</p> <p>3. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้สูงอายุร่วมกันกล่าวสรุปถึงความรู้สึกต่อบทเพลงโดยพิจารณาจากองค์ประกอบ คือ เสียงดนตรี จังหวะ และท่วงทำนอง ตามเสียงส่วนใหญ่ที่มีความรู้สึกต่อเพลงนั้น</p> <p>4. ผู้ให้คำปรึกษาและผู้สูงอายุร่วมกันสรุปประเด็นที่ได้กิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป</p>
7	พฤติกรรมที่แสดงออกต่อบทเพลง	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดสมาธิและเกิดการผ่อนคลาย 2. เพื่อส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุในกลุ่ม 3. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม 4. เพื่อกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์และการจินตนาการอันเป็นการส่งเสริมการแสดงออกทางอารมณ์ 5. เพื่อให้รู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง	1. เปิดกลุ่มให้ผู้รับคำปรึกษาฟังเพลงเริ่มกลุ่ม (ค้างคาวกินกล้วย) 2. ผู้ให้คำปรึกษาจัดอุปกรณ์ กระดาษ ดินสอสีและกรรไกรให้ทุกคน 3. ให้ผู้สูงอายุฟังเพลงทั้งหมด นานประมาณ 30 นาที โดยทุกคนต้องเงิบและตั้งใจฟังอย่างมีสมาธิ 4. ขณะฟังเพลง ให้ผู้สูงอายุเลือกกิจกรรม เช่น การเดินรำกระบอง วาดรูป หรือประดิษฐ์สิ่งของ ฯลฯ และเลือกอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการทำกิจกรรมตามความต้องการของแต่ละคน 5. ให้ผู้สูงอายุบอกความหมายและเหตุผลความรู้สึกของตนตามกิจกรรมที่เลือกปฏิบัติ ขณะฟังเพลงของตนเองที่ละคนจนครบทุกคน

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
			6. ผู้ให้คำปรึกษาและผู้สูงอายุร่วมกัน สรุปประเด็นที่ได้ กิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป
8	ปัจฉิมกลุ่มคนตรีบำบัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุสรุปเกี่ยวกับ อารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และสภาพจิตใจของตนเอง หลังการเข้าร่วมกลุ่ม</li> <li>2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาบอกถึง ประโยชน์ และความประทับใจที่ได้รับจากกลุ่ม</li> <li>3. เพื่อทำแบบประเมิน</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เปิดกลุ่มให้ผู้รับคำปรึกษาฟังเพลงเริ่มกลุ่ม (ข้างคาวกิงกล้วย)</li> <li>2. ให้ผู้สูงอายุสร้างสรรค์กิจกรรม โดยประยุกต์จากกิจกรรมที่ได้เรียนรู้มาแล้ว นำมาแสดงให้กลุ่มชม (แจ้งล่วงหน้าก่อน 1 สัปดาห์)</li> <li>3. ผู้ให้คำปรึกษาสอบถามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับคนตรีบำบัดที่ผู้สูงอายุได้รับทั้งหมด และมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อตนเองหรือไม่อย่างไร</li> <li>4. ผู้ให้คำปรึกษา สรุปและปิดกลุ่ม</li> </ol>

รูปภาพแสดงภาวะอารมณ์



สงบ



โกรธ



เศร้า



สนุก



**ภาคผนวก ก**  
**การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมงานวิจัย**

**การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย**  
**สำหรับตอบแบบสัมภาษณ์ความซึมเศร้า**

ดิฉันชื่อกาญจนา พิบูลย์ เป็นพยาบาลวิชาชีพ 6 และปฏิบัติงาน ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของคนตรีบำบัดต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ” ดิฉันขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ในการให้ข้อมูลการตอบแบบสัมภาษณ์ความซึมเศร้า ซึ่งข้อมูลที่ดิฉันจะเก็บข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับ และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านอีกทั้ง จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลสู่สาธารณชน ข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้นและจะเป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

ในขณะที่เข้าร่วมการวิจัย ท่านมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวโดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ และหากมีข้อสงสัยใด ๆ ท่านสามารถติดต่อดิฉันได้ที่ 038 - 390324 , 390580 ต่อ 519 และ 01 8639707 ได้ตลอดเวลา ดิฉันหวังว่าคง จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

กาญจนา พิบูลย์

ผู้วิจัย

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านหรือได้รับคำอธิบายตามรายละเอียดข้างบนอย่างครบถ้วนและมีความเข้าใจเป็นอย่างดี

ดิ

ยินดีเข้าร่วมวิจัย

ไม่ยินดีเข้าร่วมวิจัย

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

## ข้อมูลสำหรับผู้ป่วย ( Patient Information)

การศึกษาทางคลินิก: ผลของดนตรีบำบัดต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

### เรียน ผู้สูงอายุทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญจากผู้วิจัยในการเข้าร่วมศึกษาเรื่อง “ผลของดนตรีบำบัดต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ” ก่อนที่ท่านตกลงเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าวขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดการศึกษาวิจัยครั้งนี้ การศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นการมุ่งที่ศึกษาและสำรวจภาวะซึมเศร้าที่ผู้สูงอายุเผชิญอยู่ในภาวะปัจจุบันที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งภาวะซึมเศร้านี้หมายถึงสภาวะจิตใจที่ผิดปกติอย่างหนึ่งที่แสดงออกทางอารมณ์ เช่นรู้สึกเศร้าอยากร้องไห้ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่สนุกสนาน ในรูปของความคิดเช่นคิดว่าตนเองไม่มีค่าหรือเป็นภาระของคนอื่น และทางพฤติกรรมเช่นการแยกตัวหรือมีอาการก้าวร้าว เป็นต้น การศึกษาภาวะซึมเศร้านี้ผู้วิจัยเน้นการสำรวจผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป เพื่อให้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาถึงแนวทางในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางโดยการ ใช้ผลของดนตรีในการบำบัด ซึ่งขั้นตอนในการเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัย มีขั้นตอนในการศึกษาครั้งนี้อยู่ 9 ครั้งคือ

ครั้งที่ 1 ผู้เข้าร่วมการศึกษาเข้ารับการปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธ์ภาพกลุ่ม

ครั้งที่ 2 ผู้เข้าร่วมการศึกษาเข้ารับการฟังเพลง

ครั้งที่ 3 ผู้เข้าร่วมการศึกษาเข้ารับการฟังเพลง และมีการวิเคราะห์การตอบสนองต่อเพลง

ครั้งที่ 4 ผู้เข้าร่วมการศึกษาเข้ารับการฟังเพลงและเชื่อมโยงประสบการณ์ชีวิตกับเพลง

ครั้งที่ 5 ผู้เข้าร่วมการศึกษาเข้ารับการฟังเพลงและรำลึกความหลังกับเพลง

ครั้งที่ 6 ผู้เข้าร่วมการศึกษาเข้ารับการฟังเพลงและแสดงความรู้สึกที่มีต่อบทเพลง

ครั้งที่ 7 ผู้เข้าร่วมการศึกษาเข้ารับการฟังเพลง และแสดงพฤติกรรมที่แสดงออกต่อบทเพลง

ครั้งที่ 8 ผู้เข้าร่วมการศึกษาเข้ารับปัจจัยกลุ่มคนตรีบำบัด พร้อมทั้งตอบแบบสัมภาษณ์ความ

ซึมเศร้า

ครั้งที่ 9 ผู้เข้าร่วมการศึกษาเข้ารับการติดตามผลพร้อมทั้งตอบแบบสัมภาษณ์ความซึมเศร้า

การศึกษาครั้งนี้ใช้เวลาการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที ต่อครั้ง และหากผู้สูงอายุท่านใดมีผลของภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์เล็กน้อย ถึงปานกลาง และยินยอมเข้าร่วมกลุ่มคนตรีบำบัด การทำกิจกรรมกลุ่มคนตรีบำบัดใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อครั้ง การศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุทุกท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมทำการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาที่ท่านจะได้รับจากแพทย์และบุคลากรของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ

**ประการสำคัญที่ท่านควรรับทราบ**

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนางานบริการในศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยข้อมูลต่างๆ จะเก็บไว้เป็นความลับและไม่มีการเผยแพร่ข้อมูลของท่านสู่สาธารณชน และไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่านตามกฎหมาย หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ คุณ กาญจนา พิบูลย์ ฝ่ายวิชาการและวิจัย ชั้น 5 อาคารศรีนครินทร์ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ โทร 038 390324 038 390580 ต่อ 519 หรือ 526 ซึ่งยินดีให้คำตอบแก่ทุกท่านตลอดเวลา

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยบูรพา

1. โครงการวิจัย

ภาษาไทย                      ผลของคนตรีบำบัดต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาษาอังกฤษ                      The Effect of Music Therapy on Depressed Elderly Persons.

2. ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย :    นางกาญจนา พิบูลย์

3. หน่วยงานที่สังกัด              ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดโครงการวิจัย เรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวกับ

- 1) เคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- 2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์ และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิต หรือ ไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้

( / ) รับรองโครงการวิจัย

(   ) ไม่รับรอง

5. วันที่ให้การรับรอง :              8 มิถุนายน พ.ศ. 2548

ลงนาม .....

(ศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ พันธุ์วัฒนา)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย