

ผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน



นางสาวมณีนรัตน์ เอี่ยมอนันต์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF GUIDED IMAGERY AND MUSIC PROGRAM ON DEPRESSION IN DIABETIC  
ELDERLY PATIENTS

Miss Maneerat Aiamanan



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2014

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะ
	ซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
โดย	นางสาวมณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)  
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โปธิสาร)

มณีนรัตน์ เอี่ยมอนันต์ : ผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (THE EFFECT OF GUIDED IMAGERY AND MUSIC PROGRAM ON DEPRESSION IN DIABETIC ELDERLY PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 152 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยโปรแกรมนี้ประยุกต์จากแนวคิดการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีของบอนนี่ (Bonny, 2002) กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-88 ปี จำนวน 40 คน มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มละ 20 คน ทำการจับคู่ด้าน เพศ อายุ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ทั้งนี้กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 75 - 110 นาที รวม 8 ครั้ง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย คู่มือดำเนินโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี สำหรับพยาบาลเพื่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า พร้อมแผ่นซีดี ดีวีดี และคู่มือแนะนำการใช้งาน แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ที่แปล และเรียบเรียงโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าเฉลี่ยเลขคณิต สถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5577184436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: DEPRESSION / DIABETIC ELDERLY PATIENTS WITH DEPRESSION / GUIDED IMAGERY AND MUSIC

MANEERAT AIAMANAN: THE EFFECT OF GUIDED IMAGERY AND MUSIC PROGRAM ON DEPRESSION IN DIABETIC ELDERLY PATIENTS. ADVISOR: ASSOC. PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., 152 pp.

The purposes of this experimental research were to compare 1) depression in diabetic elderly patients among an experimental group before and after undergoing a guided imagery and music program, and 2) depression in diabetic elderly patients among an experimental group who underwent the program and a control group who received only conventional nursing care. The participants consisted of 40 diabetic elderly patients, aged between 60-88 years old, with a mild or moderate depression level. The first 20 participants were assigned to the experimental group and the other 20 participants were assigned to control group. Both groups were pair-matched by age, gender, duration of diabetes and hemoglobinA<sub>1c</sub>. The experimental group which underwent the program designed by the researcher, was scheduled for 75-110 minutes once a week for 8 sessions in 8 weeks. The research instruments were: 1) The Guided Imagery and Music Program for Diabetic Elderly Patients with Depression, 2) Thai Geriatric Depression Scale: TGDS, and 3) Rosenberg's Self Esteem Scale (1965). All instruments were validated for content validity by five professional experts.

The major findings were as follows:

1. The mean score of depression in diabetic elderly patients who participate in the guided imagery and music program was significantly lower than the mean score prior to experiment. ( $p < .05$ )

2. The mean score of depression in diabetic elderly patients who participate in the guided imagery and music program after participating in the program was lower than the mean score of those who received only conventional nursing care. ( $p < .05$ )

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2014

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความรัก และความเมตตา รวมทั้งความช่วยเหลืออย่างยิ่ง จาก รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา ที่เสียสละเวลาทั้งในและนอกเวลาราชการ กรุณาให้คำปรึกษา ตลอดจนแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ท่านได้ประสาทวิชาความรู้ทั้งทางการศึกษาและการดำเนินชีวิต อีกทั้งให้ความรู้จัก เข้าใจ เอาใจใส่ เป็นกำลังใจที่สำคัญให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยดำเนินการทำวิทยานิพนธ์อย่างมีความสุข ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ในโอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อีกทั้ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โปธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ด้านสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นและขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้แก่ข้าพเจ้า

ทั้งนี้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะไม่สมบูรณ์ได้หากขาดผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้แก่ ผศ.นพ. สถิตย์ นิรมิตรมหาปัญญา รศ. ดร. บำเพ็ญจิต แสงชาติ อาจารย์พัชรวรรณ ภูพิทยาสถาพร นางสาววรินทร์ จันทร์มณี และเรือเอกหญิง ยุพิน ชัยชล ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ให้ข้อเสนอแนะ

ขอกราบขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี ผู้ช่วยวิจัย หัวหน้าหอผู้ป่วย และพี่ เพื่อน น้อง ทุกคน ที่หอผู้ป่วยพิเศษรวมอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี ที่เอื้ออำนวย ให้ความสะดวกแก่ข้าพเจ้าจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ

ขอกราบขอบพระคุณ บริษัท กรีนมิวสิก จำกัด (โดย คุณจรัส เศวตาภรณ์) ให้ความอนุเคราะห์ผลงานเพลง ดนตรีบรรเลง เพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้และขอกราบขอบพระคุณ นางสาวกมลวรรณ นารอดภัย กรุณาสละเวลาช่วยเหลือผู้วิจัยในการบันทึกเสียงบรรยาย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ที่กรุณามอบทุนอุดหนุนการวิจัยประเภทบัณฑิตศึกษาเพื่อใช้ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้สูงอายุและครอบครัวทุกท่าน ที่เปรียบเหมือนครูผู้ให้ความรู้แก่ผู้วิจัย ให้ความเอ็นดู และเมตตาข้าพเจ้า

ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา อีกทั้งอาจารย์สุขชัย ภวการคำดี อาจารย์สุนทรี วัฒนเบญจโสภา อาจารย์นันธิดา วัตย์ม นางสาวนันทยา มณีวงศ์ นางสาวรัศมี สิทธิพันธ์ นางชชุกร หว่างนุ่น นางสาวแพศรี อยู่สุข นายสุภชัย จินต์จันทร์วงศ์ และกัลยาณมิตรทุกท่านของข้าพเจ้า กรุณาเป็นที่ปรึกษาที่ดี เป็นพลังใจแก่ข้าพเจ้าเสมอ และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในกระบวนการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	4
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย .....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	10
1. ผู้สูงอายุและโรคเบาหวาน .....	11
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน.....	17
3. แนวคิดการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี.....	32
4. โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี .....	43
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	52

ประชากร.....	52
กลุ่มตัวอย่าง .....	52
การคัดเลือกออกจากกลุ่มตัวอย่าง .....	53
การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง .....	53
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	54
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง .....	60
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	60
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	68
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	75
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	79
สรุปผลการวิจัย.....	86
อภิปรายผลการวิจัย.....	86
ข้อเสนอแนะ .....	93
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป.....	95
รายการอ้างอิง .....	96
ภาคผนวก.....	108
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย .....	109
ภาคผนวก ข จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความอนุเคราะห์ให้นิติดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย จดหมายอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง จดหมายขอความอนุเคราะห์ขอใช้ดนตรีบรรเลงของ บริษัท กรีนมิวสิค และจดหมายอนุญาตให้ใช้ดนตรีบรรเลง.....	111
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	128



ภาคผนวก ง ตารางวิเคราะห์ข้อมูล.....	141
ภาคผนวก จ ภาพการจัดกิจกรรมโปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรี เพื่อลดภาวะ ซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน.....	145
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	152



## สารบัญตาราง

### หน้า

ตารางที่ 1 การประยุกต์ใช้โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีตามแนวคิดของ Bonny (2002) มาเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น.....	43
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน โรคประจำตัว .....	56
ตารางที่ 3 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ (matched pair) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้านเพศ อายุ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด .....	58
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มควบคุม จำแนกตามระดับภาวะซิมเศรั้า ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=20) .....	76
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับภาวะซิมเศรั้า ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=20) .....	76
ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซิมเศรั้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (n=20) .....	77
ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซิมเศรั้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (n=20 (กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ) n=20).....	78
ตารางที่ 8 จำนวน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนภาวะซิมเศรั้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ....	142
ตารางที่ 9 คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง จัดเป็นระดับปานกลาง ถึง ระดับสูง ของกลุ่มทดลองจำนวน 20 คนเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี .....	143

## สารบัญภาพ

## หน้า

ภาพที่ 1 ภาพแสดงกลไกการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน (Kaplan, 1994; Katon, 2012) .....	24
ภาพที่ 2 กลไกการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี ต่อ ภาวะซึมเศร้า (McKinney et al., 1997 Goldberg, 1992 cite in Davis and William, 2008) .....	35
ภาพที่ 3 ลำดับขั้นตอนการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (Bonny, 2002) .....	46
ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	51
ภาพที่ 5 ภาพแสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Burn and Glove, 2005).....	59
ภาพที่ 6 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	72
ภาพที่ 7 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง .....	144

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็น 1 ใน 4 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทยในปัจจุบันเนื่องจากมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้นทุกปี (คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552) และโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในประเทศไทยซึ่งพบมากในผู้สูงอายุอีกทั้งเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต (สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2548) จากสถิติการตรวจสอบโรคเบาหวานในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 23.1 (National Diabetes Information Clearinghouse: NDIC, 2008) และในแอฟริกัน อเมริกัน พบผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นเบาหวานทั้งหมด 12.2 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 23 โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 74 ปีขึ้นไป (NIDDK, 2008c) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มวัยสูงอายุตอนกลาง (medium-old) ทั้งนี้ในประเทศไทยพบความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มตามอายุที่สูงขึ้น โดยอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานในผู้สูงอายุพบความชุกสูงที่สุดในผู้ชายอายุ 70-79 ปีคือความชุกร้อยละ 14.31 และในผู้หญิงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 19.2 (อภิรตี ศรีวิจิตรกมล, 2554) การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ต้องเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้ป่วยและเกิดการสูญเสียในด้านต่างๆ เช่น การสูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัว สูญเสียบทบาทในสังคม สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง หรือการทำกิจกรรมที่ตนเองพึงพอใจ สูญเสียคุณค่า และศักดิ์ศรีในตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อีกทั้งสูญเสียด้านเศรษฐกิจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Egede, 2005a; Trief, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยในวัยสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20-40 ของผู้สูงอายุ (Miller, 2007) ปัจจุบันพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาสาธารณสุขของสุขภาพจิตที่สำคัญในหลายประเทศ (Aste, 2007; Blazer, 2003; Egede, 2005a) รวมทั้งประเทศไทย (Wangtongkum et al., 2008) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผลการศึกษาของนิตยา จรัสแสงและคณะ (2555) พบผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 39.60 อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมพบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานสำหรับประเทศไทยอยู่ระหว่างร้อยละ 7.2 ถึง 71.2 (กัตติกา ธนะขว้าง และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2552; จันจิรา กิจแก้ว และคณะ, 2554) ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานถึง 2 เท่า (Goldney, Phillip,

Fisher and Wilson, 2004; Egede, 2005a) อีกทั้งมีความชุกในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึงสองเท่า (นพรัตน์ วัชรขจรกุล, 2550; Ali, Stone, Peters, Davies and Khunt, 2006) นอกจากนั้น การศึกษาของโพลอนสกีและปาร์กิน (Polonsky and Parkin, 2001) พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานพบมากในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปและภาวะซึมเศร้านี้จะพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวาน (Anderson et al., 2001; Egede, 2005a; Trief, 2007) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น พฤติกรรมและความสามารถในการดูแลตนเองลดลง การดำเนินโรคที่เป็นอยู่ไม่ดีหรือรุนแรงยิ่งขึ้น ร่างกายเสื่อมถอยเร็วยิ่งขึ้น ต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษา เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะแทรกซ้อนของโรคเพิ่มมากขึ้นและคุณภาพชีวิตแย่ลง (Trief, 2007; Chachamovich et al., 2008) จากการศึกษาที่ได้กล่าวมาทำให้เห็นว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบจำนวนมากและเป็นปัญหาที่สำคัญ

ทั้งนี้สาเหตุปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าเกิดได้ทั้งจากพยาธิสรีระวิทยาของระบบประสาทต่อมไร้ท่อเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โดยจะทำให้สารสื่อประสาทนอร์เอพิเนพริน และซีโรโทนินมีจำนวนลดลงเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน จะทำให้ฮอโมนและสารสื่อประสาท (serotonin) ลดลงจากเดิม ทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Kaplan, 1994; Lustman et al., 2000) นอกจากนี้ปัจจัย ทางด้านพยาธิสภาพของโรคยังมีปัจจัยที่เกี่ยวกับจิตใจและสังคมที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง (จตุรรัตน์ บุญวัฒน์ ภาวนา กิริติยตวงค์ และชนิดดา แนบเกษร, 2552; วรรษยา ทัดหล่อ และคณะ, 2555; Ward, 2008; Sampao, 2005) ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานนั้นทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียสถานภาพบทบาททางสังคม ขาดการติดต่อเพื่อน ทำให้สูญเสียความภูมิใจในตนเอง มองตนเองในแง่ลบ (Trief, 2007) จากการศึกษาที่มีข้อจำกัดจากการเจ็บป่วย ดังการศึกษาของ จตุรรัตน์ บุญวัฒน์ ภาวนา กิริติยตวงค์ และชนิดดา แนบเกษร (2552) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์ทางลบต่อภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ไม่ดีซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า (Stuart, 2005)

ในการจัดการกับปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ สามารถจัดการได้โดยวิธีการใช้ยา และไม่ใช้ยา การจัดการขึ้นอยู่กับพิจารณาตามระดับของภาวะซึมเศร้าและความเหมาะสมของแต่ละบุคคล สำหรับการจัดการภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยการใช้ยาแพทย์จะพิจารณาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) จนขึ้นเกิดพยาธิสภาพเรียกว่า depressive disorder ซึ่งจะใช้ยาต้านเศร้า (antidepressant drug) ทั้งนี้การรักษาโดยการใช้ยา อาจทำให้เกิดความเสี่ยงจากการใช้ยา เนื่องจาก

วัยสูงอายุหากได้รับยาหลายชนิด อาจทำให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา (drug interactions) การใช้ยาด้านเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องเฝ้าระวังเรื่องภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องมาจากปฏิกิริยาระหว่างยาด้านเศร้าและยารักษาโรคเบาหวาน (สายฝน เอกวารงกูร, 2554; Kenneth and Michael, 2012; Rita Girouard mertig, 2012) อีกทั้งยังเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของเภสัชจลศาสตร์ (pharmacokinetic) รวมถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการใช้ยา (adverse drug effects) ในการรับประทานยาด้านเศร้า (antidepressant drug) อาจเกิดอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อาการปากแห้ง ง่วงซึม คลื่นไส้ ผื่นคัน เป็นต้น

ทั้งนี้ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย หรือ ปานกลางซึ่งยังไม่ถึงขั้นรุนแรงสามารถใช้การจัดการกับภาวะซึมเศร้าโดยไม่ใช้ยาเพื่อหลีกเลี่ยงอาการข้างเคียง หรืออันตรายจากการใช้ยาดังกล่าว

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาที่ค้นหาวิธีลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ไม่ใช้ยาหลายวิธี ดังนี้คือ การบำบัดด้วยการรู้คิดและพฤติกรรมหรือ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) (Gould, Coulson and Howard, 2012) ศิลปะบำบัด (art Therapy) (McCaffrey, 2007; McCaffrey, Liehr, Gregersen and Nishioka, 2011) ดนตรีบำบัด (music Therapy) (Maratos, Gold, Wang and Crawford, 2008; Chan et al., 2009; Piboon, Inchai and Smith, 2009) การบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง (Reminiscence) (เรณู อินทร์ตา, 2548; ปราณิต ทวีลาภ, 2552; Jones and Beck-Little, 2002; Hsieh and Wang, 2003; Bchlmeijer, Smit and Cuijpers, 2003; Chiang et al., 2010) โดยการจัดการกระทำเหล่านี้เป็นการบำบัดทางด้านจิตใจ หรือจิตบำบัดช่วยแก้ไขความผิดปกติของการนึกคิด อารมณ์และพฤติกรรมให้ถูกต้องเหมาะสม ทั้งนี้การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี เป็นกิจกรรมบำบัด (therapeutic intervention) อีกรูปแบบหนึ่งที่สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (McKinney, 1997; Burns, 2001; M-F Lin et al., 2009)

การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ซึ่งปรากฏออกมาในรูปแบบของการส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลายแบบลึก และการสำรวจจิตใต้สำนึกของตนเองเปิดเผยการเก็บกดที่เกิดจากความขัดแย้งภายในจิตใจในระดับจิตใต้สำนึก (unconscious) ทำให้พลังของจิตใต้สำนึกน้อยลงและอ็อกซ์ซิเจนเข้มข้นจนทำให้รู้สึกว่าคุณค่าเพิ่มขึ้นด้วยการใช้ดนตรี (music) และการมองเห็นภาพ (visualisation) ทั้งนี้การได้ยินเสียง และประสาทสัมผัส จากการกระตุ้นของการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีช่วยเบี่ยงเบนอารมณ์ซึมเศร้าและสิ้นหวังหรือหดหู่ (Bonny, 1970 cited in Wigram and Backer, 1999; Bonny, 2002; McKinney et al., 1997) จากการศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าได้ปลดปล่อยร่างกายและจิตใจ มีการรับรู้ที่ดีมีแรงบันดาลใจ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงภายในจากการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (M-F Lin et al., 2009) ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาวิจัยที่ใช้โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้โดย

โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาความคิด พฤติกรรม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ อารมณ์ ให้ดีขึ้นเนื่องจากประสบการณ์ในการสร้างจินตภาพร่วมกับ ดนตรีนี้จะช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากเสียงของดนตรี (music) ร่วมกับการสร้างจินตภาพ (imagery) ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ (Bonny, 2002; Grocke, 2002) ปรากฏออกมาในรูปแบบของการส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลายแบบลึก (deep relaxation) การสำรวจจิตใต้สำนึกของตนเองด้วยการมองเห็นภาพการมองเห็นภาพ (visualization) หรือการจินต ภาพ ร่วมกับการฟังเสียงของดนตรี (music) และในฐานะพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งมีหน้าที่ในการ ช่วยเหลือ ป้องกันปัญหาของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจโดยตระหนักถึงคุณค่าและความสำคัญ ที่จะนำโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีมาประยุกต์ใช้ เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ไม่ก่อให้เกิดอันตราย อีกทั้งผลการวิจัยที่ได้สามารถ นำไปใช้เป็นแนวทางของการให้การพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เป็นสิ่งที่จะ เป็นประโยชน์และนำไปสู่การพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลผู้สูงอายุสืบไป

### คำถามการวิจัย

โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ได้หรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการ สร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการ สร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี
3. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ สร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดการจินตภาพร่วมกับดนตรี (Guided Imagery and Music: GIM) ตามแนวคิดของบอนนี่ (Bonny, 2002) กล่าวคือ เทคนิคการบำบัดที่ได้รวมระหว่างการสร้างจินตภาพและดนตรีเข้าไว้ด้วยกันในขั้นตอนการบำบัด โดยได้รับอิทธิพลมาจากจิตวิทยามนุษยนิยม (humanistic psychology movement) และแนวคิดของมาสโลว์ (Maslow's concept of peak experience) อีกทั้งมีพื้นฐานจากจิตบำบัดแบบพลวัตทางจิต (psychodynamic psychotherapy) ซึ่งมุ่งเน้นการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของมนุษย์ที่เกิดจากความขัดแย้งภายในจิตใจที่ระดับจิตใต้สำนึก (unconscious) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและแก้ไขสาเหตุความขัดแย้งในจิตใจ ช่วยให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหา มีกลไกในการแก้ไขปัญหา และมีการปรับตัวที่ดีขึ้น สามารถลดความตึงเครียด และสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้ จึงส่งผลให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ทั้งนี้การเข้าใจการทำงานของจิตใต้สำนึก (unconscious) ศึกษาได้จากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก ได้แก่ การพูดระบายความในใจ (free association) การจินตนาการจากการฉายภาพ รูปภาพ หรือเรียกว่าการจินตภาพนั้นสามารถช่วยแก้ไข และเปิดเผยการเก็บกดทำให้พลังของจิตใต้สำนึกน้อยลงและอีโก้เข้มแข็งขึ้น (ศรีพิมล ดิษย์บุตร, 2554) ซึ่งหากความต้องการของอีโก้ (ego need) เข้มแข็งขึ้นจะทำให้รู้สึกว่าคุณค่าเพิ่มขึ้นด้วย (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545)

จากที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีตามแนวคิดของบอนนี่สามารถช่วยแก้ไขสาเหตุของภาวะซึมเศร้าได้ กล่าวคือสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ทั้งนี้เมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกิดจากปัจจัยจากการที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองหรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ ภาวนา กิริติยวงศ์ และชนัดดา แนบเกษร, 2552; วัชรยา ทัดหล่อ และคณะ, 2555; Ward, 2008; Sampao, 2005; Trief, 2007) โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีหรือ Guided Imagery and Music (GIM) (Bonny, 1970 cited in Wigram and Backer, 1999; Bonny, 2002) สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานเนื่องจาก Bonny (2002) กล่าวว่า การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้โดยช่วยส่งเสริมในเรื่องของการพัฒนาความคิด พฤติกรรม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ อารมณ์ เนื่องจากประสบการณ์ในการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีนี้จะช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากการสร้างจินตภาพ (imagery) ร่วมกับเสียงของดนตรี (music) นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าที่ดีขึ้นได้ (Bonny, 2002; Grocke, 2002) โดยปรากฏออกมาในรูปแบบของการส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลายแบบลึก (deep



relaxation) การสำรวจจิตใจสำนึกของตนเองด้วยการมองเห็นภาพ (visualisation) หรือการจินตภาพ ร่วมกับการฟังเสียงดนตรี (music) โดยการสร้างจินตภาพก่อให้เกิดจินตนาการ จะกระตุ้นการทำงานของสมองซีกขวาให้มีการใช้ความคิด มองเห็นภาพ ส่งผลต่อการทำงานของสมองส่วน Limbic ที่มีหน้าที่ในการประมวลอารมณ์และความพึงพอใจ ก่อให้เกิดการผ่อนคลาย (McKinney et al., 1997) เมื่อร่างกายเกิดการผ่อนคลายจากการสร้างจินตภาพร่วมกับการได้ยินเสียงของดนตรี จะกระตุ้นการทำงานของสารสื่อประสาท ได้แก่ serotonin และไปกระตุ้นสมองส่วนหน้าให้หลั่งสาร Endorphin ออกมาเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ (Winkelman, 2003) อีกทั้งการได้ยินเสียงดนตรี และ ประสาทสัมผัส จากการกระตุ้นของการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีช่วยเบี่ยงเบนอารมณ์ซึมเศร้า สิ้นหวังหรือหดหู่ได้ (Bonny, 2002; McKinney et al., 1997) โดยการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี แบ่งได้เป็น 4 ขั้นตอน (Bonny, 2002) ดังนี้

1) การเกริ่นนำ (prelude or preliminary discussion) พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

2) การนำผู้รับบริการเข้าสู่การจืดกระทำ (induction) เสริมสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย (deep relaxation) ให้แก่ผู้รับบริการเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี

3) ขั้นการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (music-imagery) โดยผู้บำบัดพูดบรรยายชักนำให้เกิดการสร้างจินตภาพ

4) การทบทวน สะท้อนคิด สรุปปิดท้าย (postlude or integration) ผู้บำบัดพูดทบทวน สะท้อนความคิดกลับให้ผู้รับบริการได้รับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับจากการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีที่ผ่านมา สอบถามความรู้สึกต่างๆของผู้รับบริการ

จากแนวคิดและหลักฐานการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

### สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าที่คลินิกโรคเบาหวาน โดยมีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางโดยได้รับการประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุของไทย (Thai geriatric depression scale) สร้างโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537)

**ประชากร** ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่ได้รับการตรวจที่คลินิกโรคเบาหวาน การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา สถานที่ ปกติและสามารถสื่อสารได้อย่างถูกต้อง และมีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินโดยแบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (TGDS) พบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลางมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 13-24 คะแนน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่ได้รับการตรวจที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา สถานที่ ปกติและสามารถสื่อสารได้อย่างถูกต้อง และมีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินโดยแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537) พบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลางมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 13-24 คะแนน

**ตัวแปรในการศึกษา** คือ ภาวะซึมเศร้า

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี** หมายถึง ชุดกิจกรรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (Guided Imagery and Music: GIM) ของ Bonny (2002) จัดโปรแกรมรายบุคคลจำนวน 20 คนโดยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกเบาหวานและติดตามกลุ่มตัวอย่างต่อเพื่อจัดทำกิจกรรมที่บ้านตามโปรแกรมสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง ครั้งละ 75 - 110 นาทีติดต่อกัน 8 สัปดาห์รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเกริ่นนำ (prelude or preliminary discussion) กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ การชี้แจงรายละเอียดของการศึกษา การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ข้อขัดแย้งในจิตใจ การหารือเกี่ยวกับปัญหา ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (เวลาในการทำกิจกรรม 15-20 นาที ในสัปดาห์ที่ 1-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง)

ขั้นตอนที่ 2 การนำเข้าสู่การจัดกระทำ (induction) การแนะนำขั้นตอนของโปรแกรม การสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย (deep relaxation) ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การจัดทำให้อยู่ในท่าที่สบายการใช้ผ้าปิดตาเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายมากที่สุด การใส่หูฟังชนิดครอบศีรษะ (headphones) เพื่อป้องกันเสียงรบกวนภายนอก การนำผู้ป่วยเข้าสู่การผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจเข้าออก ลึกๆ ช้าๆ การเกร็งคลายกล้ามเนื้อ ประกอบเพลงบรรเลงเบาๆ โดยเปิดซีดีวิธีสร้างการผ่อนคลายโดยการกำหนดลมหายใจร่วมกับการเกร็งคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งประกอบด้วยบทเพลงบรรเลง (green music) ของ จาร์ส เศวตারণณ์ เป็นเพลงบรรเลงชุด ริมฝั่งน้ำเนรัญชรา (the naerunchara river) ได้แก่ เพลงสายธารธรรม ริมฝั่งเนรัญชรา เป็นต้นตรีบรรเลง เพื่อให้เกิดสมาธิ เกิดความผ่อนคลาย ร่วมกับการเกร็งคลายกล้ามเนื้อและกำหนดลมหายใจ (เวลาในการทำกิจกรรม 15-20 นาที ในสัปดาห์ที่ 1-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง)

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (music-imagery) เปิดวีดีโอการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี เพื่อฟังเสียงดนตรีบรรเลงพร้อมการฉายภาพธรรมชาติระหว่างการฉายภาพพร้อมกับเสียงดนตรี การพูดบรรยายชักนำให้ผู้สูงอายุเกิดการนึกคิด จินตนาการ การระบายความรู้สึก ความคิดตามจินตภาพ (เวลาในการทำกิจกรรม 30-40 นาที ในสัปดาห์ที่ 1-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง)

ขั้นตอนที่ 4 การทบทวน สะท้อนคิด สรุปปิดท้าย (postlude or integration) การพูดทบทวนสรุปในสิ่งที่ผู้สูงอายุได้พูดระบายความคิดออกมา การสะท้อนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็น การแสดงความรู้สึกที่มีต่อกิจกรรมสุดท้าย (เวลาในการทำกิจกรรม 15-30 นาทีในสัปดาห์ที่ 1-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง)

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพที่คลินิกเบาหวานปฏิบัติต่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานตามวิธีที่ปฏิบัติตามมาตรฐานของคลินิกเบาหวาน ได้แก่ การแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การตรวจตา การตรวจสุขภาพเท้า ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการภาวะเครียด และให้คำปรึกษาปัญหาแก่ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการทางการพยาบาล และพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

2. ด้านการศึกษา เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า

3. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนางานวิจัยทางการพยาบาล ในการศึกษา ค้นคว้าเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลให้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม ตำราเอกสาร บทความวิจัย วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบคลุมในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยโดยนำเสนอตามลำดับหัวข้อดังนี้

1. ผู้สูงอายุและโรคเบาหวาน
  - 1.1 อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน
  - 1.2 ปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ
  - 1.3 ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ
  - 1.4 ผลกระทบจากการเป็นโรคเบาหวาน
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
  - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
  - 2.2 การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
  - 2.3 กลไกการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
  - 2.4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
  - 2.5 ผลกระทบจากการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
  - 2.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า
  - 2.7 การจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
3. แนวคิดการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (Guided Imagery and Music)
  - 3.1 ความหมายของการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี
  - 3.2 กลไกของการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี
  - 3.3 คุณสมบัติของผู้บำบัด
  - 3.4 ประโยชน์ของการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรี
  - 3.5 ขั้นตอนการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี
  - 3.6 การประเมินความสามารถในการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี
4. โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. ผู้สูงอายุและโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของของกระบวนการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย หรือเมตาโบลิซึม (metabolism) ทำให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดซึ่งได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ อาจมีสาเหตุมาจากตับอ่อนสร้างอินซูลินได้น้อย หรือสร้างไม่ได้เลย (NDIC, 2008) และเนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่างๆในร่างกายลดลง จากการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของการสูงอายุ ทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น การเป็นโรคเบาหวาน (สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2551)

โรคเบาหวานเป็น 1 ใน 4 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทยจากรายงานสถิติอัตราการป่วยในโรงพยาบาลของสำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2550 พบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคความดันโลหิตสูง คือ 650.4 ต่อ ประชากร 100,000 คน และมีอัตราการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้นทุกปี (คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552) ทั้งนี้จากการคาดการณ์ประชากรของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2551 ที่มีจำนวนประชากร 66.48 ล้านคน จะเพิ่มในปี พ.ศ.2568 เป็น 70.65 ล้านคน ซึ่งประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มจาก 4.02 ล้านคนเป็น 17.74 ล้านคนและจากการคาดคะเนพบว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกมากในอนาคต (วารสารยุคิธรรม, 2556) และเนื่องจากการเกิดโรคเบาหวานมีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ ดังนั้นการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรสูงอายุส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย นับเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยที่สำคัญ (อภิรดี ศรีวิจิตรกมล และสุทิน ศรีอัษฎาพร, 2548; Harris et al., 1998)

สำหรับประเทศไทยพบผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี เป็นเบาหวานถึงร้อยละ 9.6 หรือประมาณ 2.4 ล้านคน (Aekplakorn et al., 2003) และพบอุบัติการณ์การเกิดเบาหวานในผู้สูงอายุ โดยพบความชุกสูงที่สุดในผู้ชายอายุ 70-79 ปี คือความชุกร้อยละ 14.31 และในผู้หญิงอายุ 60-69 ปี คือร้อยละ 19.2 (อภิรดี ศรีวิจิตรกมล, 2554) โดยร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมักเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งนี้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เกิดจากปัจจัย 2 ประการร่วมกัน ได้แก่ ความพร่องในการหลั่งอินซูลินของตับอ่อนและภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) ของอวัยวะที่ควบคุมการทำงานโดยอินซูลิน (อภิรดี ศรีวิจิตรกมล และสุทิน ศรีอัษฎาพร, 2548; ADA, 2010) ทั้งนี้การวินิจฉัยเบาหวานในผู้สูงอายุไม่แตกต่างจากเกณฑ์ทั่วไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเล็กน้อยและค่าที่เพิ่มขึ้นยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วีระศักดิ์ ศรีนนภากร, 2553)

## 1.1 อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

อาการแสดงของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุเกิดขึ้นเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติในระยะแรกพบอาการแสดงสำคัญ 4 อาการดังนี้ (วัลลา ตันตโยทัย และอดิษฐ์ สงติ, 2555; Touhy and Jett, 2010)

**1.1.1 ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก (polyuria)** เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากเกินไปขีดจำกัดของไต คือ 180 มก.ต่อ ดล.ร่างกายจะขับน้ำตาลออกมาทางปัสสาวะ ทำให้เกิดภาวะออสโมติกไดยูรีซิส (osmotic diuresis) บริเวณท่อไต (renal tubular) น้ำจึงเข้ามาบริเวณนี้มาก ผู้ป่วยจึงถ่ายปัสสาวะจำนวนมากและบ่อยครั้ง

**1.1.2 ตื่นน้ำมาก (polydipsia)** เมื่อร่างกายเสียน้ำจำนวนมาก ศูนย์ควบคุมความกระหายน้ำ (thirst center) จะถูกกระตุ้นทำให้รู้สึกกระหายน้ำมาก จึงต้องดื่มน้ำเพิ่มขึ้น

**1.1.3 รับประทานอาหารจุ (polyphagia)** เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลมาใช้ได้อย่างปกติจึงสลายเนื้อเยื่อส่วนต่างๆมาใช้เป็นพลังงานเพื่อชดเชยภาวะนี้ทำให้มีอาการหิวบ่อย รับประทานอาหารมากแต่น้ำหนักลด

**1.1.4 น้ำหนักลด (weight loss)** เมื่อร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ จะสลายโปรตีนและไขมันมาให้เป็นพลังงาน ร่วมกับภาวะขาดน้ำ จึงทำให้น้ำหนักลด

ทั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุอาจมาด้วยอาการแสดงอื่นๆ ในรายที่เป็นโรคเบาหวานมานานแต่ผู้ป่วยไม่ทราบมาก่อน อาจมาด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรังจากโรคเบาหวาน เช่น ตาพร่ามัว เป็นแผลเรื้อรัง เป็นฝีบ่อย ติดเชื้อซ้ำๆ มีผื่นคัน หรือเชื้อราตามซอกอับของร่างกายคันบริเวณช่องคลอด ขาหรือปวดเสบร้อนบริเวณปลายนิ้ว ปลายเท้าเป็นต้น หรือมาด้วยกลุ่มอาการเกิดขึ้นที่จำเพาะในโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ เช่น peripheral neuropathy, painful neuropathy, mono neuropathy, amyotrophy, neuropathic cachexia, demopathy และ painful shoulder periartrosis เป็นต้น

## 1.2 ปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่งเสริมและสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ได้แก่

**1.2.1 ความอ้วน** เนื่องจากคนอ้วนมีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อ ทำให้ฮอร์โมนอินซูลินออกฤทธิ์ได้น้อย การขนถ่ายกลูโคสเซลล์ลดลง และขัดขวางการเผาผลาญกลูโคสภายในเซลล์ (นงนุชโอปะ, 2555) และเกี่ยวเนื่องกับผู้สูงอายุมีกิจกรรมการใช้พลังงาน และการออกกำลังกายลดลง (Ebersole et al., 2005) อีกทั้งปริมาณไขมันในผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18 ในคนอายุน้อยเป็นร้อยละ 36 ในผู้สูงอายุเพศชายและเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33 เป็นร้อยละ 45 ในผู้สูงอายุหญิงโดยปริมาณไขมันที่เพิ่มขึ้นเป็นไขมันที่ช่องท้อง (visceral fat) เป็นไขมันที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (อภิรดี ศรีวิจิตรกลม และสุทิน ศรีอัษฎาพร, 2548)

**1.2.2 ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factor)** สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสเป็นเบาหวานได้สูงและพบว่ามีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นด้วย (วีระศักดิ์ ศรีนนภากร, 2553; นงนุช โอบะ, 2555)

**1.2.3 การเปลี่ยนแปลงของระดับกลูโคสในเลือดตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น** พบว่าระดับกลูโคสในเลือดมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นหลังอายุ 30 ปี โดยอายุที่เพิ่มขึ้น 10 ปี จะทำให้ค่า FPG เพิ่มขึ้น 1-2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ค่า OGTT เพิ่มขึ้น 10-15 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และค่า HbA<sub>1c</sub> เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.11-0.15 (อภิรติ ศรีวิจิตรกลม และสุทิน ศรีอัษฎาพร, 2548)

**1.2.4 การเปลี่ยนแปลงของเมตาโบลิซึมของกลูโคสในผู้สูงอายุ** พบว่าเนื้อเยื่อมีความไวต่ออินซูลินลดลง (มยุรี หอมสนิท, 2552) โดยในผู้สูงอายุความไวต่ออินซูลินลดลงร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับคนอายุน้อย กลไกการเกิดภาวะดื้ออินซูลินในผู้สูงอายุยังไม่ทราบแน่ชัด การทำงานของบีตาเซลล์พบว่าผู้สูงอายุมีการหลั่งอินซูลินลดลง และการออกฤทธิ์ของอินซูลินบกพร่อง จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น จึงพบความชุกของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มที่อายุน้อย (อภิรติ ศรีวิจิตรกลม และ สุทิน ศรีอัษฎาพร, 2548; วีระศักดิ์ ศรีนนภากร, 2553; Ebersole et al., 2005)

**1.2.5 การเจ็บป่วยต่างๆที่เกิดขึ้น** เช่น โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มีผลทำให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินลดลง (วีระศักดิ์ ศรีนนภากร, 2553; Ebersole et al., 2005)

**1.2.6 การได้รับยาบางชนิด** โดยยาที่ส่งเสริมให้เกิดโรคเบาหวานได้แก่ ยาลดความดันโลหิตที่อยู่ในกลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์ ยาด้านการอักเสบ และแอลกอฮอล์ เป็นต้น ซึ่งยาเหล่านี้มีผลให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน (อภิรติ ศรีวิจิตรกลม และสุทิน ศรีอัษฎาพร, 2548; Ebersole et al., 2005)

กล่าวสรุปได้ว่าการเกิดโรคเบาหวานในผู้สูงอายุมีปัจจัยส่งเสริมหลายปัจจัยซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการสูงอายุ เช่น การหลั่งอินซูลินลดลง และการออกฤทธิ์ของอินซูลินบกพร่อง เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งนี้เมื่อเกิดโรคเบาหวานและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในด้านต่างๆตามมา

### 1.3 ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

#### 1.3.1 ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

**1.3.1.1 ภาวะหมดสติชนิดฮัยเปอร์ออสโมลาร์นอนคีโตติก** (Hyperglycemic hyperosmolar nonketotic Syndrome) ภาวะหมดสติชนิดฮัยเปอร์ออสโมลาร์นอนคีโตติก คือ ภาวะหมดสติที่เกิดจากการมีน้ำตาลในเลือดสูงอย่างมาก โดยไม่มีภาวะคีโตนอะซิโดสิส อัตราการตายจากการเกิดภาวะนี้สูงมาก ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิด NIDDM มักเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้ เมื่อมีปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญ ได้แก่ การติดเชื้อหรือภาวะเครียด ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนซึ่งออกฤทธิ์ต้านอินซูลิน เช่น แคมพิคอลามีน คอร์ติซอลกลูคาγον และฮอร์โมนการ



เจริญเติบโต เป็นต้น จึงเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดมากขึ้นการรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตปริมาณ มากเกินไปการได้รับยาบางชนิดที่มีผลเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด เช่น propanolol, phenytoin, corticosteroid, cimetidine เป็นต้นการดื่มน้ำน้อยหรือเสียน้ำมาก มีผลทำให้ความเข้มข้นของ น้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นการไม่ได้รับยาลดน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา โดยอาการที่พบ คือ มี อาการขาดน้ำอย่างมาก ความดันโลหิตต่ำ การโป่งพองของหลอดเลือดดำที่คอลดลง หายใจตื้น ไม่มี อาการหอบ หายใจมีกลิ่นอะซิโตน มีอาการทางประสาท เช่น อาการชักเฉพาะแห่ง หรือ อาการชัก ทั้งตัว อัมพาตครึ่งซีกหมดสติจากเซลล์สมองขาดน้ำ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

**1.3.1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ** ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หมายถึง ภาวะที่ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติ โดยระดับน้ำตาลในพลาสมา (venous plasma glucose) เท่ากับ หรือต่ำกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือระดับน้ำตาลในเลือดครบ (whole blood) เท่ากับหรือต่ำกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรแต่ในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อาจเกิดอาการของภาวะ น้ำตาลในเลือดต่ำได้เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าระดับดังกล่าว โดยอาการที่พบ คือ เหงื่อออก ตัว เย็น ใจสั่น มือสั่น หัว ชัด ชีพจรเต้นเร็ว กระสับกระส่ายและส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ มึนงง สับสน ความคิดความจำเสื่อม ขาดสมาธิ ง่วงนอน ตาพร่ามัว และหาก ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำมากขึ้นจะทำให้เกิดความผิดปกติของเปลือกสมอง คือ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง พูดไม่ชัด เดินเซ ซึมลง และสุดท้ายหากสมองยังขาดน้ำตาลต่อไปอีกจะเกิดความผิดปกติของสมอง ส่วนไดเอนเซฟาโลนทำให้มีอาการชัก เป็นอัมพาต รุ่มานตาขยาย และหมดสติได้ (วิไลวรรณ ทอง เจริญ, 2554)

### 1.3.2 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวานพบได้มากในกลุ่มผู้สูงอายุเพราะ ผู้ป่วยมีอายุมากขึ้น ทั้งนี้การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม จะทำให้ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เกิดได้ช้าลง และไม่รุนแรง ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่พบบ่อย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549; สาธิต วรรณแสง, 2548; ADA, 2009; ADA, 2011) ได้แก่

**1.3.2.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด** จากความผิดปกติของหลอดเลือด ใหญ่และหลอดเลือดขนาดเล็กที่ทำให้หลอดเลือดเกิดการอุดตัน โป่งพองหรือสร้างหลอดเลือดที่ไม่ แข็งแรงขึ้นมาใหม่ จึงมีส่วนสำคัญในการทำให้เกิดโรคของหลอดเลือดได้แก่ ความดันโลหิตสูงหลอดเลือด หัวใจตีบตัน หลอดเลือดที่ไตผิดปกติ และหลอดเลือดสมองผิดปกติโดยผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาส เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติถึง 2 เท่า และเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 3 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าความหนืดของเลือดเพิ่มขึ้น มีการทำงานของเกล็ดเลือดผิดปกติ เป็นลมเมื่อ เปลี่ยนอิริยาบถเร็วๆ ได้ง่าย (orthostatic hypotension)

**1.3.2.2 ระบบประสาท (diabetic neuropathy)** จะพบว่ามีอาการของเส้นประสาทรับความรู้สึกเนื่องจากการทำลาย Axon ของเยื่อหุ้มเส้นประสาทและมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาท ทำให้มีการคั่งของซอร์บิทอลและ ฟรุกโตส เกิดเซลล์ประสาทเสื่อมสภาพ เกิดการอุดตันของหลอดเลือดเล็กๆทำให้ขาดออกซิเจนและมีการส่งสัญญาณเข้าออกซ้ำได้แก่ เส้นประสาทที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อเท้า เส้นประสาทอัตโนมัติที่ไปเลี้ยงต่อมเหงื่อและหลอดเลือดบริเวณเท้า อาการที่พบคือ การชาที่ปลายเท้าทั้งสองข้าง ปวดแสบปวดร้อน กล้ามเนื้ออ่อนแรง สูญเสียการควบคุม

**1.3.2.3 ภาวะแทรกซ้อนทางตา (diabetic retinopathy)** จะพบว่ามีหลอดเลือดที่จอตาเสื่อม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่จอตา ชักนำให้เกิดตาบอดในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีเลนส์ตาขุ่นเป็นต่อกระจกในบางรายอาจเป็นต้อหิน ตาพร่ามัว มองไม่เห็น

**1.3.2.4 ภาวะแทรกซ้อนทางไต (diabetic nephropathy)** พบว่ามีหลอดเลือดที่ไตเสื่อมลง มีเลือดไปเลี้ยงไตลดลง การกรองลดลง มีการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ ผู้ป่วยมักมีอาการบวม ถ้ามีอาการที่รุนแรงจะเกิดการคั่งของของเสีย ชักนำให้เกิดภาวะไตวายในที่สุด

**1.3.2.5 กระดูกและข้อ (bone and joint)** พบว่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจะมีการหดรั้งของข้อได้ (joint contracture)

**1.3.2.6 ระบบภูมิคุ้มกัน (immune system)** พบว่ามีเม็ดเลือดขาวชนิด polymorph nuclear ทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติ ความสามารถในการจับกินเชื้อโรคลดลง มีการติดเชื้อง่าย นอกจากนี้การถ่ายออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงไปสู่เนื้อเยื่อลดลงจึงเกิดการขาดออกซิเจนได้ง่าย

สรุปได้ว่าภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีทั้ง ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง และเฉียบพลันซึ่งส่งผลต่อร่างกาย ความอันตราย และการรักษา ทั้งนี้นอกจากผลกระทบจากโรคเบาหวานที่ส่งผลต่อร่างกายแล้วยังสามารถส่งผลกระทบในด้านอื่นๆอีกด้วย

## 1.4 ผลกระทบจากการเป็นโรคเบาหวาน

นอกจากโรคเบาหวานจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางด้านร่างกายทั้งภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและเฉียบพลันแล้ว การเป็นโรคเบาหวานมีผลกระทบในด้านอื่นๆต่อตนเองโดยจำแนกเป็น 6 ด้าน (ภาวนา กิริติยตวงศ์, 2544) ดังนี้

**1.4.1 ผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพ** โรคเบาหวานทำให้สุขภาพ ไม่แข็งแรงความสามารถในการทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป อาจก่อให้เกิดอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและเฉียบพลันโดยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะหมดสติจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างมาก ส่วนภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนในหลอดเลือด

เลือดเล็ก พบการเปลี่ยนแปลงที่จอประสาทตา ที่ไต และที่เส้นประสาท และ ภาวะแทรกซ้อนใน หลอดเลือดใหญ่

**1.4.2 ผลกระทบต่อวิถีชีวิต** เมื่อเป็นโรคเบาหวานทำให้ต้องปรับพฤติกรรมในเรื่อง การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การฉีดยา และการมาตรวจตามนัด ซึ่งผู้ป่วยต้องปรับ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตตามปกติที่เคยทำและต้องการดูแลตนเองมากขึ้น เมื่อมีการปรับพฤติกรรม ต่าง ๆ ที่ไม่คุ้นชินอาจทำให้เกิดความเครียดได้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดสูง และไม่สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

**1.4.3 ผลกระทบด้านการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ** การต้องมาติดตามการรักษา อย่างสม่ำเสมอ ประกอบกับบางครั้งมีอาการของระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่มี แรงหรืออาการรุนแรงมากจนต้องนอนพักในโรงพยาบาล ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานหรือ กิจกรรมต่างๆ

**1.4.4 ผลกระทบด้านการเงิน** เมื่อผู้ป่วยเบาหวานได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคเบาหวาน นั้นหมายถึงค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยจะต้องจ่ายออกไปตลอดชีวิต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุที่เริ่มเป็น ถ้าเป็นตั้งแต่อายุน้อย ภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายก็จะมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นเมื่ออายุมากแล้ว

**1.4.5 ผลกระทบต่อพัฒนาการ** โรคเบาหวานเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นย่อมกระทบ ต่อพัฒนาการในแต่ละวัย โดยในวัยสูงอายุนั้นสภาพร่างกายเสื่อมลง ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมักเกิดจาก ความเสื่อมของร่างกาย คนในวัยนี้มักมีโรคเรื้อรังประจำตัว สำหรับผู้ป่วยเบาหวานอาจพบ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง แผลเรื้อรังจนต้องตัดขา โรค ไตวาย เป็นต้น ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยในวัยนี้ต้องพึ่งพาผู้อื่น สูง ดังนั้นอาจเกิดปัญหาซึมเศร้า สูญเสียความภูมิใจในตนเองได้

**1.4.6 ผลกระทบต่อความมีคุณค่าและภาพลักษณ์ของตนเอง** ผู้ป่วยรับรู้คุณค่าใน ตัวเองลดลง เนื่องจากภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรงทำงานทำทำ กิจกรรมได้น้อยและเนื่องจากวัยสูงอายุ หากต้องพึ่งพิงผู้อื่นอีกก็จะทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลด น้อยลงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

กล่าวโดยสรุปได้ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง หากควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีผู้ป่วยมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้เกือบทุกระบบ ส่งผลให้ร่างกายเสื่อม ลง รู้สึกไม่สุขสบาย มีความยุ่งยากในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้ผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานเกิดภาวะ เครียด ท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าหรือ คุณค่าในตนเองลดลง เป็นภาระของ ครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

## 2. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นปัญหาสุขภาพจิต (mental health problem) ที่สำคัญของประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย (World Health Organization, 2008) และภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโดยพบร้อยละ 20-40 ของผู้สูงอายุ (Miller, 2007) สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานอยู่ระหว่างร้อยละ 7.2 ถึง 71.2 (จันจิรา กิจแก้ว และคณะ, 2554; กัตติกา ธนะขำ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2552) พบระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (จุฑารัตน์ บุญรัตน์ ภาวนา กิริติยวงศ์ และชนิดดา แนบเกษร, 2552; จันจิรา กิจแก้ว และคณะ, 2554) ทั้งนี้พบผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชน ที่เข้ารับการรักษาตัวที่คลินิกเบาหวาน มีระดับภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 35.9 และ 23.3 ตามลำดับ (วรทัย ทัดหล่อ และคณะ, 2555) อีกทั้งพบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ตั้งแต่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในช่วง 1-5 ปีแรกร้อยละ 43.2 (จุฑารัตน์ บุญรัตน์ ภาวนา กิริติยวงศ์และชนิดดา แนบเกษร, 2552; จันจิรา กิจแก้ว และคณะ, 2554) โดยมีอาการและอาการแสดง ได้แก่ อารมณ์หม่นหมอง หดหู่ เศร้า รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่าย อึดอัด ทัศนคติเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ คิดว่าตนเองเป็นภาระของบุคคลอื่น มีความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองต่ำลง ไร้ค่า (พิไลลักษณ์ ทองอุไร, 2542; ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543; Anderson et al., 2001; Trigwell, 2001; Kenneth and Michael, 2012) ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้า คือ กลุ่มอาการที่มีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม เป็นกลุ่มอาการที่อาจพัฒนาให้เกิดขึ้นเป็นโรคซึมเศร้าได้ (สายฝน เอกวางกูร, 2554)

ทั้งนี้เมื่อมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (กัตติกา ธนะขำ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2552; จุฑารัตน์ บุญรัตน์ ภาวนา กิริติยวงศ์ และชนิดดา แนบเกษร, 2552) จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานเป็นปัญหาที่สำคัญดังนั้นผู้ที่ช่วยเหลือจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจแนวคิดและกระบวนการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างครอบคลุมประเด็น ทั้งความหมายของภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน การประเมินภาวะซึมเศร้า และ การจัดการภาวะซึมเศร้าดังนี้

### 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า พบคำนิยามคำว่าภาวะซึมเศร้าที่สอดคล้องกับอาการแสดง (symptom) ทางด้านอารมณ์ ร่างกาย ความคิด และ พฤติกรรม (Chatav and Whisman, 2009; Wong and Lim, 2009) ดังนี้

**1. ด้านอารมณ์ (emotion)** ความหมายของภาวะซึมเศร้าที่เน้นการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์กลุ่มนี้ระบุความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึง อารมณ์เศร้า เหงา โดดเดี่ยว สิ้นหวัง ไร้คุณค่าในตนเอง มองชีวิตไม่มีความหมาย ไม่มีความสุข โกรธตนเอง รู้สึกผิด ละอายใจ และจมอยู่กับอดีตที่ล้มเหลวของตนเองโดยไม่ใส่ใจ สิ่งแวดล้อม และอนาคต

**2. ด้านร่างกาย (physical)** ความหมายของภาวะซึมเศร้าที่เน้นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย หมายถึง การหมดพลัง (low energy) อ่อนล้า (fatigue) ภาวะกระวนกระวาย (agitation) นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากกว่าปกติ (insomnia/ hypersomnia) ความอยากอาหารและน้ำหนักเปลี่ยนแปลงอาจเพิ่มขึ้นหรือลดลง อาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ท้องผูก ท้องเสีย หรือเกิดอาการของโรคเฉพาะเป็นต้น

**3. ด้านความคิด (cognitive)** ความหมายของภาวะซึมเศร้าที่เน้นการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด หมายถึง การมีสมาธิลดลง หมดหวัง หมดหนทางแก้ไขปัญห หมดคุณค่าในตนเอง โทษตนเอง กลัวการถูกปฏิเสธหรือล้มเหลวในชีวิต มองตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในด้านลบ

**4. ด้านพฤติกรรม (behavioral)** ความหมายของภาวะซึมเศร้าที่เน้นการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม หมายถึง การไม่สนใจปฏิบัติกิจกรรมประจำวันเช่นปกติ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ปฏิเสธการเข้าสังคม ไม่สนใจเพื่อน แยกตัว ร้องไห้ โทษตนเอง การเรียนแย่งลง ประสิทธิภาพการสื่อสารกับผู้อื่นลดลง อาจใช้สารเสพติดร่วม

ทั้งนี้กล่าวโดยสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีอาการแสดงหลักทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม โดยอาการแสดงออกในแต่ละด้านนั้นมีความคล้ายและเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน ดังนั้นการประเมินภาวะซึมเศร้าควรประเมินในกรอบกลุ่มทั้ง 4 ด้าน

## 2.2 การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับเล็กน้อย (mild depression) ระดับปานกลาง (moderate depression) และระดับรุนแรง (severe depression) (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2550: สุทธนันท์ ชุนแจ่ม และคณะ, 2551) ดังนี้

**2.2.1 ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression)** หมายถึง สภาพอารมณ์เศร้าที่เป็นผลมาจากการที่บุคคลเผชิญกับการสูญเสียที่รุนแรง เช่น สูญเสียคนรัก สูญเสียบุคคลสำคัญ สูญเสียทรัพย์สินที่มีค่า รวมถึงสูญเสียความสามารถทางร่างกายของตนเอง ซึ่งการสูญเสียที่ยกตัวอย่างมานี้เป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ที่บุคคลประสบได้ไม่บ่อยในการดำเนินชีวิต แต่เมื่อบุคคลต้องประสบกับเหตุการณ์เช่นนี้ สภาพจิตใจ ย่อมมีปฏิกิริยาโต้ตอบ ซึ่งอารมณ์ซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่พบได้มากที่สุด การเกิดอารมณ์ซึมเศร้าในสภาพการณ์เช่นนี้ ยังไม่พิจารณาว่าเป็นความผิดปกติ ถ้าบุคคล

นั้นปรับตัวได้หรือสามารถจัดการกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม อาการซึมเศร้านี้มักจะลดลงและหายไป ซึ่งมีลักษณะอาการดังนี้

ด้านอารมณ์	รู้สึกโกรธ วิตกกังวล ผิดหวัง ล้มเหลว เศร้า หมดหวัง และรู้สึกผิด
ด้านความคิด	คิดกังวล หมกมุ่นอยู่กับความผิดหวัง สูญเสีย ต่ำหนิตนเองและผู้อื่น รู้สึกขัดแย้งใจ
ด้านสรีระวิทยา	คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารมากเกินไป นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป ปวดหลัง เจ็บหน้าอก
ด้านพฤติกรรม	น้ำตาไหล กระสับกระส่าย แยกตัว มีพฤติกรรมถดถอย

2.2.2 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) หมายถึง สภาพอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดจากการสูญเสีย ไม่สามารถจัดการได้ในแนวทางที่เหมาะสมหรือการปรับตัวใช้เวลานานมากขึ้น อาการต่างๆ มักจะทวีความรุนแรงและมีความซับซ้อนของสาเหตุมากขึ้น บุคคลเริ่มแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งมีลักษณะอาการดังนี้

ด้านอารมณ์	รู้สึกเศร้ามาก จิตใจห่อเหี่ยว ไม่มีแรง สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า
ด้านความคิด	คิดเชิงซ้ำ ถดถอย ไม่มีสมาธิ คิดวกวน ย้ำคิดย้ำทำ มองโลกในแง่ร้าย
ด้านสรีระวิทยา	คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารมากเกินไป หรือไม่รับประทานอาหาร นอนไม่หลับ หรือนอนมากเกินไป ประจำเดือนขาด ความพึงพอใจทางเพศลดลง ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บอก เจ็บท้อง ไม่มีพลังกำลัง อ่อนเพลีย เมื่อยล้า รู้สึกติดนอนเช้า และเลวในตอนบ่าย ระบบสื่อสารผิดปกติ
ด้านพฤติกรรม	เคลื่อนไหวช้า พูดช้า ราพึงรำพันแต่ความทุกข์ของตนเอง ไม่คิดหมกมุ่นอยู่กับความผิดหวังไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่สนใจสุขอนามัยของตนเอง ใช้สารเสพติด พยายามทำร้ายตนเอง

2.2.3 ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) หมายถึง สภาพอารมณ์ซึมเศร้าที่อาการรุนแรงมากขึ้นกว่าอารมณ์ซึมเศร้าปานกลาง ผู้ป่วยอาจแสดงอาการของการไม่รับรู้สภาพความเป็นจริง (out of reality) มีอาการทางจิต (psychotic) ซึ่งมีลักษณะอาการดังนี้

ด้านอารมณ์	รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีคุณค่า เฉยเมย โดดเดี่ยว รู้สึกเศร้ามาก จนไม่มีทางจะดีขึ้นเลย ไม่ยินดียินร้ายใดๆทั้งสิ้น
ด้านความคิด	มีความคิดหลงผิด คิดว่าตนเองเจ็บป่วยเป็นโรคต่างๆ คิดสับสนตัดสินใจไม่ได้ ไม่มีสมาธิ โดยเฉพาะคิดว่าผู้อื่นคิดร้ายต่อตนเอง มีอาการประสาทหลอน ต่ำหนิตนเอง คิดทำร้ายตนเอง

ด้านสรีระวิทยา เคลื่อนไหวร่างกายเชิงซ้ำ ระบบการทำงานในร่างกายเปลี่ยนแปลง เช่น การย่อยอาหารช้า คลื่นไส้อาเจียน น้ำหนักตัวลด ประจำเดือนขาด นอนไม่หลับ ตื่นเช้าผิดปกติ ระบบการสื่อสารผิดปกติ

### 2.3 กลไกการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

พยาธิสรีระวิทยาของระบบประสาทต่อมไร้ท่อเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเกี่ยวเนื่องมาจากความเครียด โดยความเครียดจะทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียดโดยกระตุ้นการทำงานของระบบ Hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis (HPA axis) ให้มีการทำงานมากขึ้น โดยที่ hypothalamus มีการหลั่งฮอร์โมน Corticotrophins releasing factor (CRF) เพิ่มขึ้นไปกระตุ้นให้ Anterior Pituitary หลั่งฮอร์โมน Adrenocorticotrophic hormone (ACTH) ไปกระตุ้นที่ *Adrenal cortex* มีผลทำให้สารคอร์ติซอลสูงขึ้นในระบบไหลเวียน ซึ่งเป็นสารทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและไปขัดขวางการทำงานของอินซูลิน นำไปสู่การเกิดภาวะน้ำตาลและไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ (Stratakis and Chrousos, 1995) นอกจากนี้ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลายาวนานและเรื้อรังจะทำให้สารสื่อประสาทนอร์อิพิเนพรีน และซีโรโทนินมีจำนวนลดลงซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Kaplan, 1994; Katon, 2010)

### 2.4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีดังต่อไปนี้

#### 2.4.1 ปัจจัยทางคุณลักษณะด้านประชากร

**2.4.1.1 อายุ** โดยพบว่าอายุที่แตกต่างกันทำให้มีการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ต่างกันและในผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยของร่างกาย เจ็บป่วยได้ง่าย ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก (จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และคณะ, 2552)

**2.4.1.2 เพศ** โดยทั่วไปเพศหญิงจะมีอารมณ์ซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Wangtongkum et al., 2008) ทั้งนี้เพศที่ต่างกันมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันเนื่องจากมีความแตกต่างทางด้านสรีระวิทยา บุคลิกภาพ บทบาททางสังคม เพศหญิงมีความอ่อนไหวทางอารมณ์ ครุ่นคิดเรื่องต่างๆทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม อนาคต มากกว่าเพศชายซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (จุฑารัตน์ บุญวัฒน์และ คณะ, 2552) อีกทั้งมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 1.7 เท่า ผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงจึงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Egede and Zheng, 2003)

**2.4.1.3 สถานภาพสมรส** เป็นสิ่งที่บ่งบอกสถานะในสังคม รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ สัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมและการได้รับการเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ การได้รับกำลังใจส่งเสริมในการดูแลตนเอง (จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และ

คณะ, 2552; Sicotte et al., 2008) ซึ่งจะส่งผลต่อสภาพจิตใจ และการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ทั้งนี้ผู้ที่มิ  
 สถานภาพสมรสหม้าย และเป็นผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิง มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก เนื่องจาก  
 ผู้ป่วยรู้สึกขาดที่พึ่ง ขาดคนดูแล รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง (Francisco and Cardeil, 2001) ซึ่ง  
 แตกต่างจากผู้ป่วยเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสคู่ กล่าวคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสคู่จะ  
 สามารถดูแลสุขภาพได้ดีกว่า เนื่องจากมีคู่สมรสช่วยดูแล ให้กำลังใจ เป็นเพื่อน คอยเตือนให้ควบคุม  
 อาหาร เป็นแรงสนับสนุน เสริมแรงให้ผู้ป่วยเบาหวานดูแลตนเองได้ดีขึ้น (Trief et al., 2001)

**2.4.1.4 สถานะทางเศรษฐกิจ** สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีส่วนสำคัญ  
 ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยการศึกษาหลายงานส่วนใหญ่พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง  
 หรือมีรายได้สูงมักจะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Anderson  
 et al., 2001) ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ หรือ มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน  
 ฐานะการเงินของครอบครัวที่ไม่เพียงพอ มีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมระดับต่ำ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าใน  
 ผู้สูงอายุได้สูงขึ้น (อรสา ไยยง และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

## 2.4.2 ปัจจัยทางด้านร่างกาย

**2.4.2.1 ระยะเวลาของการเป็นเบาหวาน** (duration of diabetes)  
 ระยะเวลาของการเป็นเบาหวานในระยะแรกผู้ป่วยยังยอมรับ และปรับตัวได้ แต่ถ้าระยะเวลาการ  
 เป็นโรคเบาหวานยาวนาน ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพที่เป็นไปในทางเสื่อมลง  
 เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ต่อการดูแลตนเองในอนาคตนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (จุฑารัตน์  
 บุญวัฒน์ และคณะ, 2552) ทั้งนี้มีการศึกษาของ Katon et al. (2004) พบว่าระยะเวลาการเป็น  
 โรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ยิ่งระยะเวลาการเป็นโรคยาวนาน  
 เท่าไรก็จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น กล่าวคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาการเป็น  
 โรคมานาน มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่ เป็นเบาหวานในระยะแรก เนื่องมาจากความเบื่อ  
 หน่าย ท้อแท้ กับการดูแลสุขภาพมาเป็นระยะเวลายาวนาน (Gardunu, Tellez and Hernandez,  
 1998)อีกทั้งระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานระยะเวลา 10 ปี ขึ้นไปมีโอกาสดังกล่าว  
 มากยิ่งขึ้น (Clouse et al., 2003)

**2.4.2.2 จำนวนโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน** (complication and  
 comorbidity) ปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานมักมีโรคร่วมหลายโรค เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ  
 ตามมา เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดในสมอง ไตวายเรื้อรัง ตาบอด  
 อัมพาต เป็นต้น เกิดโรคเรื้อรังซ้ำซ้อนมากขึ้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Trief, 2007) พบ  
 การศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานยังมีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนมากเท่าไร ก็ยังมี  
 โอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น (Katon et al., 2004)



**2.4.2.3 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน** (activity of daily living) เป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันซึ่งหากมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้แสดงถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตและรักษาบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสมไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในขณะที่ผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆทำให้ต้องมีการรักษาตัวที่ยาวนาน ย่อมส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด ดังนั้นผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ด้วยตนเองหรือน้อยจึงมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ตามปกติ (โสภิน แสงอ่อน พรเพ็ญ สำเภา และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2550)

**2.4.2.4 ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด** (hemoglobinA<sub>1c</sub>) มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Trief, 2006) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่รับการรักษาในคลินิกเบาหวาน ร้อยละ 53.3 มีระดับน้ำตาลสะสม (HbA<sub>1c</sub>) มากกว่า 7 % (วรทยา ทัดหล่อ และคณะ, 2555) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่ใส่ใจในการดูแลตนเอง หรือใส่ใจในการดูแลตนเองลดลง เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมการรับประทานอาหาร ด้วยเหตุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ทำให้มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ง่าย (ธงชัย ประภูภานวัตร, 2550) ทั้งนี้เมื่อเกิดโรคแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

### 2.4.3 ปัจจัยทางด้านสังคม

**2.4.3.1 สัมพันธภาพในครอบครัว** เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของบุคคล ถ้าสัมพันธภาพในครอบครัวดี จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นมีความมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกว่าตนเองมีค่า ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย (จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และคณะ, 2552) ในทางกลับกันหากบุคคลมีความเครียด ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัว หากไม่ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ จะทำให้บุคคลเกิดความไม่มั่นคงทางอารมณ์ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (House, 1981) สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี ช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานได้ดีขึ้น คนในครอบครัวสามารถช่วยจัดอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เข้าใจการดำเนินโรค และเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากคนในครอบครัว ช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Francisco and Cardeil, 2001)

### 2.4.4 ปัจจัยทางด้านจิตใจ

**2.4.4.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง** เป็นทัศนคติที่ผู้ป่วยมีต่อตนเอง ถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญ ก็จะทำให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี แต่ถ้าผู้ป่วยมีความคิดกับตนเองในทางลบ คิดว่าตนเองไร้ค่า ขาดความสนใจในตนเอง หรือสิ่งแวดล้อม อาจทำให้

เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และคณะ, 2552) การศึกษาของ วรทยา ทัดหล่อ (2555) พบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และคณะ (2552) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเบาหวานต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองยาวนาน และถ้ามีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วยจะเพิ่มความยุ่งยากในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเครียด เบื่อหน่าย ไม่อยากเข้าสังคม รู้สึกว่าตนเองต่างจากคนอื่น ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

## 2.5 ผลกระทบจากการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

**2.5.1 พฤติกรรมการดูแลตนเอง** (Trief, 2007) การที่ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยนั้นทำให้สภาวะร่างกายและจิตใจทำงานได้ลดลง ส่งผลให้ละเลย หรือขาดการดูแลตนเองที่ดี เช่น รับประทานอาหารมากเกินไป ตึ่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย หรือไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพตามมา (Egede and Ellis, 2008)

**2.5.2 เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล** (Gilmer et al., 2005) เนื่องจากทั้งโรคเบาหวานและภาวะซึมเศร้านั้นต้องใช้วิธีการรักษาหลายวิธี (poly therapy) และต้องใช้เวลาในการบำบัดรักษาค่อนข้างนาน (Trief, 2007) ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายสูงมากถึง 4.5 เท่า โดยสูงกว่าบุคคลที่เป็นเบาหวานที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (Egede, Zheng and Simpson, 2002)

**2.5.3 เสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้** (Lin et al., 2004) เมื่อไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ทำให้สุขภาพกายเสื่อมลงและอาจเกิดการเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงตามมา (ฟีโลร์ตัน ทองอุไร, 2542) โดยมีหลักฐานการศึกษาหลายงานที่พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติ (สิตานันท์ พูนผลทรัพย์ และคณะ, 2548; Lin et al., 2004 )

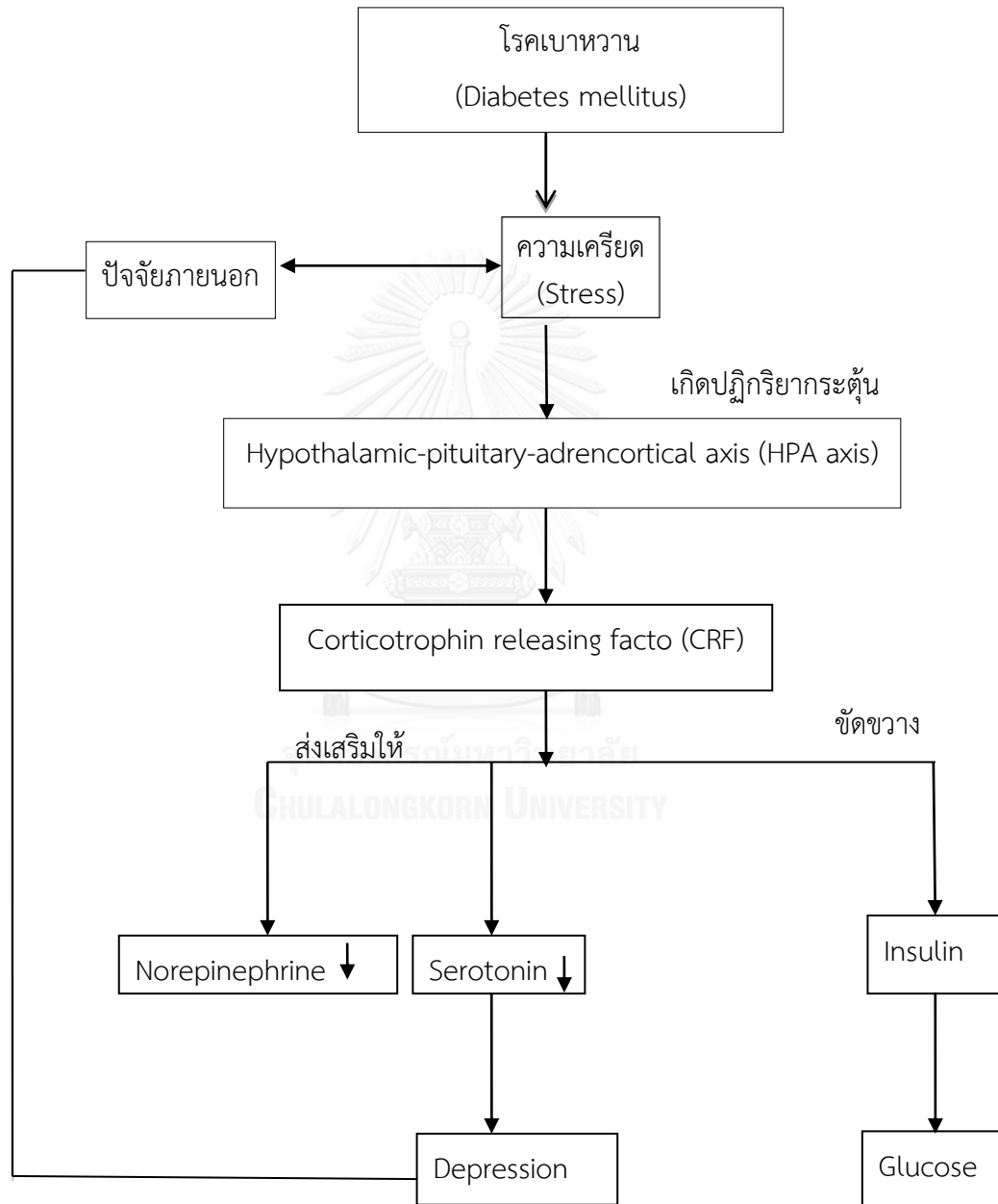
**2.5.4 เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น** (Trigwell, 2001) เสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมอื่นๆ ตามมา เช่น โรคหัวใจ สมองเสื่อม และภาวะทุพพลภาพ (Trief, 2007)

**2.5.5 ร่างกายเสื่อมถอยเร็วยิ่งขึ้น** เมื่อร่างกายมีการเสื่อมถอยเร็ว ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน กล่าวคือ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแยลง (Chachamovich et al., 2008; Trief, 2007)

**2.5.6 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย**ซึ่งเกิดจากการมองตนเองในแง่ลบ มองตนเองไร้ค่าหมดกำลังใจ นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายในที่สุด (Trief, 2007)

2.5.7 เสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่มีความเครียด โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเครียดเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่มีความเครียดร่วม ถึง 2-3 เท่า (Katon et al, 2005)

ทั้งนี้เพื่อความง่ายต่อการเข้าใจผู้วิจัยได้อธิบายการเกิดภาวะเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวานไว้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ภาพแสดงกลไกการเกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยเบาหวาน (Kaplan, 1994; Katon, 2012)

## 2.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินสภาพ (assessment) และการคัดกรอง (screening) ภาวะซึมเศร้ากล่าวได้ว่าเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญสูงสุดเนื่องจากผลการประเมินสภาพและการตรวจคัดกรองที่ถูกต้องรวดเร็วตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเกิดภาวะซึมเศร้าช่วยให้กระบวนการช่วยเหลือขั้นต่อมามีคุณภาพและประสิทธิภาพ อีกทั้งการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความสำคัญต่อการรักษาและช่วยลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ (Elizabeth A. Beverly and Katie Weinger cite in Cathy E. Lloyd et al, 2013)

ทั้งนี้การประเมินอาการและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็น 2 ประเภท (สายฝน เอกวารงกูร, 2554) คือ 1) การประเมินโดยให้ผู้รับบริการประเมินเป็นผู้ให้คะแนนแต่ละข้อคำถามตามการรับรู้ของตนเอง (self-report) 2) การประเมินโดยผู้ดูแลที่มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือผู้ที่ได้รับการฝึกฝนในการใช้เครื่องมือมาก่อน (professional-report) ดังนี้

2.6.1 เครื่องมือในลักษณะที่ผู้รับบริการประเมินเป็นผู้รายงานอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง (self-report) โดยเครื่องมือที่ได้รับความนิยมในการประเมินภาวะซึมเศร้าแบบให้บุคคลรายงานตนเองในปัจจุบัน เช่น Beck Depression Inventory (BDI), Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) โดยเครื่องมือแต่ละฉบับมีรายละเอียด ดังนี้

2.6.1.1 Beck Depression Inventory (BDI) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับทั้งในกลุ่มนักวิชาการและนักปฏิบัติอย่างแพร่หลายว่ามีประสิทธิภาพสูงในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าผลการวัดจะมีความละเอียดอ่อนและความไวสูงสำหรับประเมินภาวะซึมเศร้าทั้งในระดับเล็กน้อย (mild depression) ระดับปานกลาง (moderate depression) ระดับรุนแรง (severe depression) ทำให้สามารถช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าได้เหมาะสมกับระดับอาการและความรุนแรงที่เกิดขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 21 ข้อ เป็นข้อความสำหรับบุคคลประเมินอาการที่เกิดขึ้นของตนเองภายในช่วงเวลาที่กำหนด ใช้เวลาตอบแบบประเมินประมาณ 10 นาที ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 4 ระดับค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนนรวมตั้งแต่ 0-63 คะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ 5-9 คะแนน หมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้า (normal) 10-18 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (mild to moderate depression) 19-29 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe depression) และ 30-63 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)

2.6.1.2 Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพื่อแยกวัยรุ่น (อายุระหว่าง 15-18 ปี) ที่ซึมเศร้า

นอกจากวัยรุ่นที่ไม่ซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .86 ประกอบด้วยการประเมินอาการซึมเศร้า (depression symptoms) ที่แสดงออกทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม มีข้อคำถามจำนวนรวม 20 ข้อ เป็นข้อความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 4 ระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนนรวมมีได้ตั้งแต่ 0-60 แบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 2 ระดับ คือ 0-22 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า (normal) และคะแนนมากกว่า 22 หมายถึงมีภาวะซึมเศร้า (depression) ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

2.6.2 การประเมินโดยผู้ดูแลที่มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือผู้ที่ได้รับการฝึกฝนในการใช้เครื่องมือมาก่อน (professional-report) เครื่องมือที่ได้รับการยอมรับได้แก่ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), Cronholm-ottosson Depression scale (CODS), Geriatric Depression Scale (GDS), แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เป็นต้น โดยเครื่องมือแต่ละฉบับมีรายละเอียดดังนี้

2.6.2.1 Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ได้รับความเชื่อถือและยอมรับจากทุกวิชาชีพสำหรับนำมาใช้ทางคลินิกอย่างกว้างขวาง เป็นแบบประเมินที่มีจำนวนข้อไม่มาก ใช้เวลาไม่นาน ไม่ยากในการประเมิน มีความตรงและไวต่อการประเมินอาการซึมเศร้าที่เปลี่ยนแปลงได้สูง พัฒนาขึ้นโดยแมกซ์ ฮามิลตัน (Max Hamilton, 1960) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลใช้เป็นแนวทางสำหรับประเมินอาการและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อโดยแบบประเมินแต่ละข้อคำถามแบ่งระดับคะแนนความรุนแรงของอาการซึมเศร้าออกเป็น ตั้งแต่ 0-2 หรือ 0-4 โดยทั่วไปการให้คะแนนแบบ 0-2 คะแนนมักให้คะแนน 0 เท่ากับไม่มี (absent) 1 เท่ากับระดับเล็กน้อย (probable or mild) และ 2 เท่ากับ ระดับมาก (definite) ผู้ประเมินจะเป็นผู้พิจารณาให้คะแนนโดยอาศัยข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับข้อมูลประกอบจากแหล่งอื่น เช่น รายงานของทีมสุขภาพ การให้ข้อมูลของญาติประกอบการให้คะแนน

2.6.2.2 Cronholm-ottosson Depression scale (CODS) พัฒนาขึ้นโดย Ottosson และเผยแพร่ในปี ค.ศ. 1960 เป็นแบบประเมินในกลุ่มผู้มีอาการทางจิตเวช มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ผู้ดูแลใช้ประเมินความไว (sensitivity) ในการตอบสนองของบุคคลต่อการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (antidepressant drug) เป็นการประเมินอาการซึมเศร้าที่เปลี่ยนแปลงระหว่างได้รับการรักษาด้วยยา แบบประเมินดังกล่าวใช้สำหรับประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มของจิตเวชเท่านั้น ยังไม่ปรากฏว่านำมาใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชาชนทั่วไป

2.6.2.3 Geriatric Depression Scale (GDS) พัฒนาโดย Jerome Yesavage ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบเลือกตอบ (check-list) จำนวน 30 ข้อ จุดประสงค์เพื่อค้นหาผู้ป่วยซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้รับการทดสอบ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ ทดสอบโดยแบบประเมินตนเอง การให้คะแนน เป็นการตอบแบบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ถ้าตอบ “ใช่” จะได้คะแนนข้อละ 1 คะแนน และถ้าตอบ “ไม่ใช่” จะได้คะแนนข้อละ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน (Yesavage JA et al.,1982) ทั้งนี้มีค่าความตรงภายนอก (external validity) ค่าความตรงตามสภาพ (concurrent validity) และค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) อยู่ในเกณฑ์ดี รวมถึงมีความไว (sensitivity) ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (Yesavage JA et al.,1982)

2.6.2.4 แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537) สร้างและพัฒนาโดยคณะฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยได้รวมกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยา จำนวน 29 คน จาก 14 สถาบันโดยใช้ต้นแบบของแบบทดสอบ Geriatric Depression Scale: GDS ของ Yesavage แปลเป็นภาษาไทย โดย อรรพรรณ ลีทองอินทร์ ได้นำแบบวัดนี้ไปศึกษาความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มผู้สูงอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 275 คนจำแนกเป็นเพศหญิง 155 ราย เพศชาย 121 ราย ผลการวิเคราะห์พบว่ามีความตรงในเพศหญิงเท่ากับ .94 และในเพศชายเท่ากับ .91 และมีค่าความเที่ยงรวมของเครื่องมือเท่ากับ .93 ลักษณะของแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยเป็นการตอบแบบประเมินความรู้สึกของตนเอง ในช่วงระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยการตอบคำถามว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ใน 30 คำถาม ลักษณะคำถามจะเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เกณฑ์การให้คะแนนมีการแปลผล 4 ช่วงคะแนนดังนี้

ผู้สูงอายุปกติ	คะแนน 0-12 คะแนน
ผู้สูงอายุมีความเศร้าเล็กน้อย (mild depression)	คะแนน 13-18 คะแนน
ผู้สูงอายุมีความเศร้าปานกลาง (moderate depression)	คะแนน 19-24 คะแนน
ผู้สูงอายุมีความเศร้ารุนแรง (severe depression)	คะแนน 25-30 คะแนน

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกแบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537) มาใช้ในการวิจัยนี้เนื่องจากเป็นแบบวัดที่สร้างโดยอิงบริบทคนไทย และได้นำไปทดสอบคุณภาพเครื่องมือในกลุ่มผู้สูงอายุไทย มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมของผู้สูงอายุไทย

## 2.7 การจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ปัจจุบันการจัดการหรือการบำบัดภาวะซึมเศร้ามีหลายชนิดหลายรูปแบบและหลายวิธีการ การพิจารณาเลือกใช้วิธีการบำบัดแบบใดแบบหนึ่ง หรือการประยุกต์ใช้วิธีการบำบัดหลายรูปแบบ ร่วมกัน ขึ้นอยู่กับการพิจารณาตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและความเหมาะสมกับ ลักษณะสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล ทั้งนี้จากการทบทวนเอกสารวิชาการงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การจัดการหรือการบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีทั้งการรักษา ด้วยยา (pharmacological treatments) และการรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological treatments) ดังนี้ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541; สายฝน เอกวารงกูร, 2554; Kenneth and Michael, 2012)

**2.7.1 วิธีการรักษาด้วยยา (pharmacological interventions)** การใช้ยาเป็น วิธีการหนึ่งของการบำบัดรักษาด้านร่างกายสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง (severe depression) ซึ่งคุกคามต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและในระดับที่เป็นโรค (psychiatric disorder) ได้แก่อต้านภาวะซึมเศร้า (antidepressant drug) ซึ่งส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมองส่วนที่ควบคุม ความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล ทั้งนี้การใช้ยาด้านภาวะซึมเศร้า (antidepressant drug) ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานต้องเฝ้าระวังเรื่องภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากปฏิกิริยาระหว่างยาด้านภาวะซึมเศร้า และยารักษาโรคเบาหวาน (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541; สายฝน เอกวารงกูร, 2554; Kenneth and Michael, 2012)

### 2.7.2 การรักษาด้วยการไม่ใช้ยา (non-pharmacological treatments) ได้แก่

**2.7.1การรักษาด้วยไฟฟ้า (electro convulsive therapy)** การรักษา ด้วยไฟฟ้าเป็นทางเลือกสุดท้ายของการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า มุ่งเน้นการปรับ สมดุลของสารสื่อประสาทในสมองโดยใช้กระแสไฟฟ้าเป็นตัวบำบัด เป็นการรักษาด้านร่างกาย (physical therapy) โดยใช้สำหรับผู้เป็นโรคซึมเศร้า ที่มีอาการและอาการแสดง ประกอบด้วย 1) มี อาการซึมเศร้าระดับรุนแรงจนมีอันตรายจากการฆ่าตัวตาย 2) ไม่สามารถรับประทานยาได้ 3) ไม่ ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา คือ รับประทานยาด้านภาวะซึมเศร้าแล้วได้ผลน้อยหรือไม่ได้ผล 4) ผู้ที่ มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น หวาดระแวง (paranoid) หลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) เป็นต้น(สายฝน เอกวารงกูร, 2554)

**2.7.2 การบำบัดด้านจิตใจหรือการทำจิตบำบัด (psychological interventions)** การบำบัดด้านจิตใจหรือการทำจิตบำบัดเป็นกระบวนการช่วยเหลือที่สำคัญอย่างยิ่ง ต่อการลดภาวะซึมเศร้า รวมถึงการจัดการความเครียด และการป้องกันโรคซึมเศร้าของบุคคลในระยะ ยาวเป้าหมายของการบำบัดเพื่อช่วยให้บุคคลมองเห็น รู้จัก เข้าใจตนเองได้อย่างถูกต้องและชัดเจน ตามสภาพความเป็นจริง เข้าใจสาเหตุของปัญหา สามารถแก้ปัญหาผ่านกระบวนการคิด เพิ่มความรู้

ความสามารถในการวิเคราะห์ แยกแยะสถานการณ์ชีวิตให้เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสม การเรียนรู้ใหม่ในลักษณะดังกล่าวนำบุคคลไปสู่วิธีการให้ความหมายและการให้คุณค่ากับชีวิตของตนเอง เกิดดุลยภาพทางสุขภาพ เกิดความสุข และพึงพอใจจากการกระทำของตนเอง (สายฝน เอกวรารังกูร, 2554) ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดด้านจิตใจเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย (Kenneth and Michael, 2012)

2.7.2.1 การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีวิธีคิดที่บิดเบือนจากความจริง โดยมองว่าตนเองไร้คุณค่า ไร้ความสามารถ ไม่ประสบความสำเร็จ รู้สึกต่ำต้อย จึงต้องลงโทษ ซ้ำเติม และทำร้ายตัวเอง ร่วมกับมองสิ่งแวดล้อมอย่างบิดเบือน เช่นคนรอบข้างเอาใจเอาเปรียบ ไม่จริงใจ ทำร้าย และมองอนาคตเป็นความมืดมนไร้ทางออก ไร้ความหวัง ชีวิตไม่มีโอกาสดีขึ้น ทำให้แยกตัวจากสิ่งแวดล้อม ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับตนเอง ครุ่นคิดแต่เรื่องของตนเองทางลบ รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวซึ่งเกิดจากการสะสมความคิด การรับรู้ และความรู้สึกทางลบให้กับตนเองลักษณะความคิดและพฤติกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นวนเวียนซ้ำไปซ้ำมาตลอด ซึ่งกระบวนการบำบัดทางปัญญาเป็นกระบวนการมุ่งเน้นแก้ไขความคิดด้านลบให้เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสมยิ่งขึ้น เทคนิคที่กระบวนการบำบัดทางปัญญาใช้ในการจัดการภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย กระตุ้นให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามองเห็น รู้จัก และเข้าใจความคิดทางลบ รวมทั้งวิเคราะห์ถึงผลกระทบที่เกิดจากกระบวนการคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริงของตนเอง ทั้งนี้การบำบัดทางปัญญาเพื่อจัดการกับภาวะซึมเศร้ามีทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม (สายฝน เอกวรารังกูร, 2554)

2.7.2.2 การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) เป็นกระบวนการ มุ่งเน้นให้บุคคลปรับเปลี่ยนรูปแบบ วิธีการ และกระบวนการคิดที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นไปในแนวทางเหมาะสมและมีเหตุผล โดยใช้หลักการบำบัดคือการสะท้อนให้บุคคลมองเห็นลักษณะความคิด อารมณ์ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และพฤติกรรมที่บ่งชี้ภาวะซึมเศร้า พร้อมกับสร้างความตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องแก้ไข การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สาเหตุ รวมทั้งกระบวนการบำบัดภาวะซึมเศร้า ด้วยวิธีการเปิดรับทางความคิดในสถานการณ์จริง การบำบัดความคิด การจัดการกับอาการซึมเศร้าที่ซับซ้อน การกำหนดกิจกรรม เทคนิคการคิดและพฤติกรรมที่ช่วยจัดการภาวะซึมเศร้า ฝึกทักษะการใช้เทคนิคต่างๆ(สายฝน เอกวรารังกูร, 2554) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมถือเป็นการจัดการกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่นิยมใช้อย่างมาก (Petrak et al, 2010; Kenneth and Michael, 2012)

2.7.2.3 การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interview) การเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับความนิยมซึ่งเป็นการบำบัดที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบำบัดนี้มีแนวคิด



พื้นฐานว่าถ้าผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงแล้วผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมได้ด้วยตัวเองดังนั้นผู้บำบัดต้องทำหน้าที่ในการกระตุ้นหรือเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง (Kenneth and Michael, 2012)

2.7.2.4 การบำบัดภาวะซึมเศร้าด้วยดนตรีบำบัด (music therapy) จากการทบทวนหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวกับผลของดนตรีบำบัดต่ออาการซึมเศร้า พบว่าดนตรีมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงร่างกาย จิตใจ ตลอดจนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์เศร้าได้ รูปแบบการบำบัด คือ การเปิดเพลงให้ฟังเป็นกลุ่ม ฟังรายเดี่ยว หรือทั้งสองรูปแบบร่วมกัน ลักษณะการบำบัดมีทั้งให้ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นดนตรี แต่งเพลง การสะท้อนอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกจากประสบการณ์ฟังซึ่งในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่าดนตรีบำบัดช่วยให้อาการซึมเศร้ามลดลง (สายฝน เอกวรังกูร, 2554; Maratos et al., 2009; Chan et al., 2011)

2.7.2.5 การทำจิตบำบัดแบบปรับความสัมพันธ์ระหว่างกัน (interpersonal psychotherapy) มุ่งเน้นการบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมากกว่าการปรับเปลี่ยนความคิดทางลบภายในตนเอง กระบวนการบำบัดเริ่มจากผู้ที่ภาวะซึมเศร้าและผู้บำบัดร่วมกันเลือกสถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดปัญหา ความสูญเสีย เศร้าโศก จากนั้นเชื่อมโยงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ที่เลือกกับความขัดแย้งระหว่างบุคคลที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และร่วมกันค้นหาแนวทางเพื่อลดภาวะซึมเศร้าด้วยการปรับตัว และแก้ไขที่ความขัดแย้งระหว่างบุคคลเป้าหมายของการบำบัดคือ ช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดการเรียนรู้และเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างภาวะซึมเศร้ากับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สามารถพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เหมาะสมเพื่อนำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้า (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007)

2.7.2.6 การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (problem-solving therapy) เกิดจากแนวคิดพื้นฐานที่เชื่อว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการแก้ปัญหาทางสังคม (social problem-solving) เทคนิคการบำบัด คือ การช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีสมรรถนะและทักษะในการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ วิธีการบำบัดคือ การร่วมมือระหว่างผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ากับผู้บำบัดในการระบุปัญหา เรียงลำดับความสำคัญ ความรุนแรง และผลกระทบของปัญหา จากนั้นร่วมกันแก้ปัญหา การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหารูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งพัฒนาพฤติกรรม การแก้ไขปัญหามาตรฐานที่เหมาะสมทดแทนวิธีการทางลบ (Williams et al., 2004; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007)

2.7.2.7 การให้การปรึกษา (counseling) มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเชื่อว่ากระบวนการปรึกษาเอื้อให้เกิดกระบวนการค้นหา ทำความกระจ่าง เข้าใจ แก้ไขปัญหา ความขัดแย้ง การฟื้นฟูจาก

ความรู้สึกเจ็บปวด และการเติบโตของบุคคล (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007)

2.7.2.8 จิตบำบัดแบบพลวัต(psychodynamic interventions) เป็นวิธีการบำบัดภาวะซึมเศร้าที่ผู้บำบัดและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกันค้นหาทำความเข้าใจปัญหา ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสระบายความรู้สึกจนเกิดความเข้าใจความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในตนเอง พัฒนาตนเองจากกระบวนการเรียนรู้การแก้ไขความขัดแย้ง ผู้บำบัดอาศัยสัมพันธภาพเชิงบำบัด ความไว้วางใจ และการตีความจากสถานการณ์ความขัดแย้งเป็นเครื่องมือในการบำบัด (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007)

2.7.2.9 การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง (self-empowerment) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง มีความคิดทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต เห็น้อยล้ำ หมัดหวัง ขาดความช่วยเหลือ โดดเดี่ยว รู้สึกไร้คุณค่า ทำให้ไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไปการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้เพื่อลดอารมณ์และความรู้สึกดังกล่าว โดยการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการที่จะควบคุม จัดการใช้ความรู้ความสามารถ ตลอดจนใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพบรรลุตามจุดหมายที่ต้องการ ทั้งนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นทั้งกระบวนการภายในตนเองและกระบวนการระหว่างบุคคลโดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สายฝน เอกวรานุกร, 2554)

**2.7.3 การบำบัดด้านการจัดสิ่งแวดล้อม (milieu therapy)** การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสำคัญ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมถือเป็นสิ่งเร้าภายนอกที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความรู้สึก อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคล หลักการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีดังนี้ 1) การสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและปลอดภัย ช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดความไว้วางใจ 2) คุณลักษณะของผู้บำบัด ผู้บำบัดควรมีลักษณะที่จริงใจ อบอุ่น เป็นมิตร อ่อนโยน มั่นคง สม่ำเสมอ ไม่แสดงท่าทีหรือทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารู้สึกว่าผู้บำบัดกำลังรู้สึกยุ่งยากใจ 3)การจัดกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม กิจกรรมที่เหมาะสมคือกิจกรรมที่เสริมสร้างความคิด ด้านบวกและเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเองช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย มั่นใจ และสามารถดึงความภาคภูมิใจในตนเองกลับมาอีกครั้ง (สายฝน เอกวรานุกร, 2554)

จากการทบทวนการจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่ามีการจัดการโดยวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งการจัดการจัดการภาวะซึมเศร้าด้วยการใช้ยานั้นแพทย์จะพิจารณาใช้ในกรณีที่ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) ทั้งนี้การใช้ยาด้านเศร้า (antidepressant drug) อาจเกิดความเสี่ยงจากการใช้ยาโดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคเบาหวานอาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้ ส่วนกรณีที่มีภาวะซึมเศร้ารระดับเล็กน้อย หรือ ปานกลางซึ่งไม่ถึงขั้นรุนแรงจะใช้วิธีการจัดการภาวะซึมเศร้าโดยไม่

ใช้ยาเป็นการเสี่ยงอันตราย ผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านเศร้า อีกทั้งการจัดการภาวะซึมเศร้าดังกล่าว เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลสามารถนำมาคิด วิเคราะห์ และประยุกต์ใช้เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มี ภาวะซึมเศร้าได้ เช่น การบำบัดด้านจิตใจหรือการทำจิตบำบัด (psychological interventions) ได้แก่ การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) การเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interview) การทำจิตบำบัดแบบ ปรับความสัมพันธ์ระหว่างกัน (interpersonal psychotherapy) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (problem-solving therapy) การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง (self-empower) จิตบำบัดแบบ พลวัต (psychodynamic interventions) การบำบัดภาวะซึมเศร้าด้วยดนตรีบำบัด (music therapy)

ทั้งนี้การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี เป็นกิจกรรมบำบัด (therapeutic intervention) อีก รูปแบบหนึ่งที่สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (McKinney, 1997; Burns, 2001; M-F Lin et al., 2009) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (Guided Imagery and Music: GIM) เนื่องจากการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดโดยการแก้ปัญหา อาจไม่เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุต้องใช้ระยะเวลานานในการนึกคิด เพราะวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของ ระบบต่างๆในร่างกายรวมทั้งระบบประสาท กิจกรรมดังกล่าวอาจเป็นอุปสรรคต่อผู้สูงอายุได้ ซึ่งการ สร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้โดยปรากฏออกมาในรูปแบบของการส่งเสริมให้ เกิดการผ่อนคลายแบบลึก ได้ปลดปล่อย ระบายความรู้สึก นึกถึงสิ่งที่ทำให้ตนเองมีความสุข ประทับใจ ภูมิใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้นโดยเสียงของดนตรี ภาพ และบท บรรยายจะช่วยกระตุ้นให้เกิดการจินตนาการหรือ จินตภาพได้ดี

### 3. แนวคิดการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี

การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (Guided Imagery and Music: GIM) ตามแนวคิดของบอนนี่ (Bonny, 2002) กล่าวคือ เทคนิคการบำบัดที่ได้รวมระหว่างการสร้างจินตภาพและดนตรีเข้าไว้ด้วยกันในขั้นตอนการบำบัด โดยการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีของบอนนี่ได้รับอิทธิพลมาจากจิตวิทยา มนุษยนิยม (humanistic psychology movement) และแนวคิดของมาสโลว์ (Maslow's concept of peak experience) อีกทั้งมีพื้นฐานจากจิตบำบัดอภิปรัชญาจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic psychotherapy) หรือ จิตบำบัดแบบพลวัตทางจิต (psychodynamic psychotherapy) ซึ่งทุก ทฤษฎีมีจุดประสงค์สำคัญเดียวกันคือ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสิ่งที่เกิดขึ้นภายในของตนเอง และมีความเชื่อว่าผู้ป่วยมีศักยภาพในการพัฒนาความคิด ความรู้สึกของตนเองอย่างมีอิสระ ด้วยการ ปฏิบัติตนโดยอัตโนมัติ ซึ่งผู้บำบัดเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยแก้ไขปัญหาและไม่ได้เป็นคนแก้ปัญหา

ทั้งหมด ผู้บำบัดเป็นผู้คอยเสริมแรง กระตุ้น ให้กำลังใจเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และบำบัดความรู้สึกที่เกิดภายในตัวเอง จนกระทั่งเข้าใจตนเองอย่างสมบูรณ์ (Vaughan,1997 cite in Davis and William, 2008)

ทั้งนี้การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี ได้รับการพัฒนาโดย ดอกเตอร์ เฮเลน บอนนี ซึ่งเป็นนักดนตรีบำบัดที่สถาบันจิตเวชศาสตร์ แห่งหนึ่งในสหรัฐอเมริกา ในปี 1970 โดยการให้ผู้รับบริการฟังดนตรีคลาสสิกเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายแบบลึก (deep relaxation) และสร้างจินตภาพไปพร้อมกับ การฟังเสียงของดนตรี ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ความรู้สึก และร่างกาย ผู้บำบัดต้องมีการสนทนาเพื่อชักนำให้เกิดการสร้างจินตภาพโดยมีเสียงดนตรีช่วยกระตุ้นชักนำให้ผู้รับบริการเกิดการสร้างจินตภาพอีกด้วย

### 3.1 ความหมายของการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี

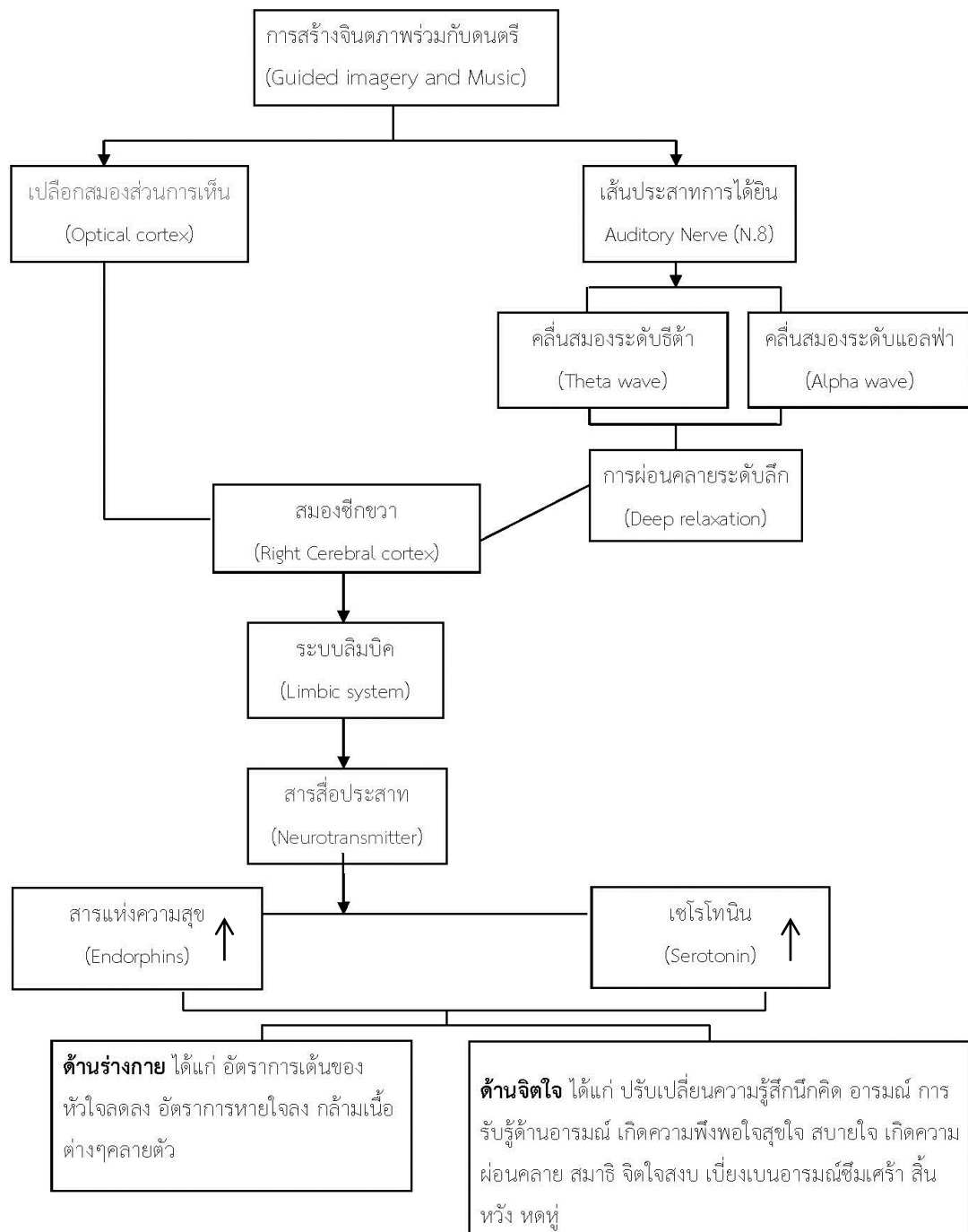
การสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรี หมายถึง การใช้ดนตรีเข้ามาช่วยในการบำบัดบุคคลที่มีปัญหาเกี่ยวกับทางด้านของจิตใจ อารมณ์ ร่างกาย และจิตวิญญาณจากมุมมอง ความคิดภายในของ ตัวของบุคคลเอง โดยใช้ดนตรีคลาสสิกด้านตะวันตกเพื่อกระตุ้นความรู้สึก และรักษาไว้ซึ่งกลไกทาง จิต เปิดเผยออกมาในรูปของประสบการณ์การสร้างจินตภาพ (Bonny, 2002)

### 3.2 กลไกการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี

การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการพัฒนาความคิด พฤติกรรม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ อารมณ์ ให้ดีขึ้น เนื่องจากประสบการณ์ในการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีนี้จะช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากการสร้างจินตภาพ (guided imagery) ร่วมกับเสียงของดนตรี (music) ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ (Bonny, 2002; Grocke, 2002) ปรากฏออกมาในรูปแบบของการส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลายแบบลึก (deep relaxation) การสำรวจจิตใต้สำนึกของตนเองด้วยการมองเห็นภาพ (visualization) หรือการจินตภาพ (imagery) โดยการสร้างจินตภาพทำให้เกิดการจินตนาการ จากการทำงานของสมองบริเวณ optic cortex จะกระตุ้นการทำงานของเปลือกสมองซีกขวาและระบบลิมบิก ที่มีหน้าที่ในการประมวลอารมณ์ และความพึงพอใจ รับรู้ความรู้สึกทางบวก ความรู้สึกมีสุข เกิดการผ่อนคลาย (McKinney et al., 1997) รวมกับเสียงของดนตรี (music) ทั้งนี้เมื่อเสียงของดนตรีผ่านเข้าไปในหูชั้นใน จะถ่ายทอดสู่เส้นประสาทการได้ยิน (เส้นประสาทสมองคู่ที่ 8) นำสัญญาณเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง เสียงของดนตรีจะเปลี่ยนคลื่นสมองให้อยู่ในระดับ alpha และ theta เป็นคลื่นสมองที่เกิดขึ้นเมื่อร่างกายเกิดการผ่อนคลายในระดับลึก (deep relaxation) (Winkelman, 2003) ทั้งนี้ การจินตนาการที่เกิดขึ้นร่วมกับเสียงของดนตรีจนเกิดการผ่อนคลายนั้นเป็นการกระตุ้นสมองบริเวณ auditory cortex ส่งผ่านไปยังสมองบริเวณ cerebral cortex ต่อไปที่สมองบริเวณ limbic กระตุ้น

การทำหน้าที่ของสารสื่อประสาท ได้แก่ serotonin และไปกระตุ้นสมองส่วนหน้าให้หลั่งสาร epinephrine ออกมาเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ (Rossman, 1993)

อีกทั้งการได้ยินเสียง และประสาทสัมผัส จากการกระตุ้นของการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี ช่วยเบี่ยงเบนอารมณ์ซึมเศร้าและสิ้นหวังหรือหดหู่ (Bonny, 1970 cited in Wigram and Backer, 1999; Bonny, 2002; McKinney et al., 1997 ) จากการที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ปลดปล่อยร่างกาย และจิตใจ มีการรับรู้ที่ดีมีแรงบันดาลใจ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงภายในจากการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (M-F Lin et al., 2009) อีกทั้งการพูดระบายความในใจ (free association) การจินตนาการ จากการฉายภาพ รูปภาพ หรือเรียกว่าการจินตภาพนั้นสามารถช่วยแก้ไขและเปิดเผยการเก็บกดทำให้พลังของจิตได้สำนึกน้อยลงและอีโก้เข้มแข็งขึ้น (ศรีพิมล ดิษย์บุตร, 2554) ซึ่งหากความต้องการของอีโก้ (ego need) เข้มแข็งขึ้นจะทำให้รู้สึกว่าคุณค่าเพิ่มขึ้นด้วย (จันทิมา องค์กรโชค, 2545) แสดงให้เห็นว่าการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีตามแนวคิดของบอนนี่สามารถช่วยแก้ไขสาเหตุของภาวะซึมเศร้าได้ กล่าวคือสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ทั้งนี้เมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ดังภาพที่ 2 กลไกการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้า



ภาพที่ 2 กลไกการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี ต่อ ภาวะซึมเศร้า

(McKinney et al., 1997 Goldberg, 1992 cite in Davis and William, 2008)

**3.2.1 บทบาทของดนตรี (the function of the music)** บทบาทหน้าที่ของดนตรีในการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีของบอนนี่ คือการที่ดนตรีช่วยส่งเสริมให้การสร้างจินตภาพประสบผลสำเร็จได้ดีขึ้น โดยช่วยทำให้เกิดภาพในใจชัดเจนและควบคุมความรู้สึกเรื่องราวในระหว่างการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (Burns, 2000) แต่อย่างไรก็ตามดนตรีที่เลือกใช้จะต้องเหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม แต่ละบุคคล ตรงเป้าหมาย เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม และกระตุ้นให้เกิดการสร้างจินตนาการ บอนนี่ได้พัฒนา รูปแบบของโปรแกรมดนตรี ประกอบด้วย ลักษณะของอารมณ์ โดยอยู่บนพื้นฐานของ การเคลื่อนที่ของทำนองเพลง (melodic contour) ช่วงของความดัง เบาของเสียง (dynamic range) รูปแบบของเสียงประสาน (harmonic structure) จังหวะ (rhythm) การเรียบเรียงดนตรี (orchestration of music) โดยชื่อของโปรแกรมจะเป็นไปตามลักษณะต่างๆของอารมณ์ ได้แก่ comforting, positive affect, affect release และ imagery เป็นต้น

ทั้งนี้การเลือกใช้น้ดนตรีเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้บำบัดต้องคำนึงถึง เพราะเป็นสิ่งสำคัญต่อสิ่งแวดล้อมเนื่องจากเสียงดนตรีจะช่วยกำหนดและควบคุมขอบเขตของการสร้างจินตภาพ เพราะการเลือกเพลงที่เหมาะสมจะเป็นสิ่งที่บอกว่่านักบำบัดเข้าใจความต้องการของผู้รับบริการมากแค่ไหน ซึ่งการเลือกดนตรีต้องอยู่บนพื้นฐานของ iso-principle กล่าวคือ แนวคิดที่พูดถึงอารมณ์ทางดนตรีของผู้รับบริการ ที่จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยระลึกถึงความคิด ความทรงจำ อีกทั้งดนตรีที่เลือกมาใช้ต้องมี ความสอดคล้องกับอารมณ์ของผู้รับบริการ ผู้บำบัดต้องเลือกว่าดนตรีแต่ละชิ้นที่เลือกมานั้นให้อารมณ์แบบใด เหมาะกับผู้รับบริการในขณะนั้นหรือไม่ ดังนั้นการเลือกดนตรีที่เหมาะสมผู้บำบัดต้องสามารถตีความดนตรี อารมณ์ และสะท้อนความรู้สึกของผู้รับบริการที่ประสบอยู่ได้ นอกจากนี้การประเมิน การชี้แนะ และการช่วยถ่ายทอดอารมณ์ของผู้รับบริการก็เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้บำบัดอีกด้วย เนื่องจากดนตรีเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอที่จะสามารถช่วยให้ผู้รับบริการสร้างจินตนาการหรือจินตภาพได้

อย่างไรก็ตามการเลือกเพลงที่ฟังง่ายและผ่อนคลายมากเกินไปจะไม่สามารถช่วยกระตุ้นอารมณ์ ความคิด จินตนาการ ความเปลี่ยนแปลงในตัวผู้รับบริการได้มากพอ ดนตรีที่เลือกต้องไม่มีเนื้อหา หรือ ทำนองที่ตีกรอบชัดเจน หรือชี้ ระบุเจาะจงว่าทำให้นักคิดเรื่องใด แต่ต้องเป็นดนตรีที่กระตุ้นการสร้างจินตนาการ แต่หากเป็นดนตรีที่มีโครงสร้างน้อยก็จะทำให้นักคิด จินตนาการไม่ได้ จนผู้รับบริการรู้สึกกังวล (Davis and William Barron, 2008)

การใช้น้ดนตรีบำบัด มีองค์ประกอบของดนตรีที่มีผลต่อการบำบัดที่แตกต่างกัน โดยองค์ประกอบของดนตรีที่ใช้ในการบำบัดประกอบด้วย (สุกรี เจริญสุข, 2550)

1) จังหวะ (rhythm) จังหวะจะช่วยเสริมสร้างให้เกิดสมาธิ (Concentration) และช่วยให้ผ่อนคลาย (Relax) เช่นดนตรีที่มีจังหวะเร็วไม่สม่ำเสมอ ทำให้เกิดอาการตื่นเต้นเร้าใจ

ส่วนดนตรีที่มีจังหวะช้าสม่ำเสมอ ทำให้เกิดความมั่นคง ปลอดภัย ช่วยให้ผ่อนคลายลดการหดเกร็งกล้ามเนื้อ

2) ความเร็วและความช้าของดนตรี (Tempo) เป็นความเร็วในทำนองโดยความเร็วที่มีอัตราใกล้เคียงกับอัตราใกล้เคียงกับอัตราการเต้นของหัวใจจะทำให้เกิดความรู้สึกสงบผ่อนคลาย

3) ระดับเสียง (pitch) คือ ความถี่ของเสียง ซึ่งมีระดับต่ำ ปานกลาง และสูงโดยเสียงต่ำจะทำให้รู้สึกหวานกล้ว ไม่ทันใจ บรรยากาศน่าเกรงขาม ส่วนเสียงสูงจะทำให้เกิดความรู้สึกเร้าใจ เสียงปานกลางจะช่วยให้เกิดความรู้สึกสงบ

4) ความดัง (Loudness or Volume intensity) เป็นความเข้มของเสียง ความดังมีผลต่อการทำงานของระบบประสาท โดยพบว่าเสียงที่เบานุ่มจะทำให้เกิดความสงบสุข สบายใจ ในขณะที่เสียงดังจะทำให้เกิดการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อ ความดังที่เหมาะสมจะช่วยสร้างระเบียบการควบคุมตนเองได้ดีมีความสงบและเกิดสมาธิ

5) ทำนองเพลง (Melody) ได้แก่ การปรับเสียงสูง เสียงต่ำ เพื่อช่วยในการระบายความรู้สึกส่วนลึกของจิตใจ ทำให้เกิดการริเริ่มสร้างสรรค์และลดความวิตกกังวล เช่น ทำนองช้า ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า ทำนองเร็ว ทำให้เกิดความรู้สึกรื่นเริง

6) เสียงประสาน (harmony) เป็นผลรวมของเสียงมากกว่า 2 เสียงพร้อมๆกัน ใช้ในการวัดระดับอารมณ์ความรู้สึกโดยดูจากปฏิกิริยาที่แสดงออกมา เสียงที่สอดคล้องกันกลมกลืนจะก่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย โปร่ง อ่อนนุ่มและอิสระ

7) น้ำเสียงความกังวาน (tone color or sonority) เป็นลักษณะของน้ำเสียงและเสียง ซึ่งน้ำเสียงจะมีความแตกต่างกัน ส่งผลต่อการรับรู้ที่แตกต่างกัน

8) ความรู้สึกทางดนตรี (expression of music) เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ของทั้งผู้ร้องและผู้ฟัง บ่งบอกถึงความคิด ความรู้สึก อารมณ์ขณะรับฟังดนตรี

**3.2.1.1 ลักษณะของดนตรีสำหรับผู้สูงอายุ** ผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะส่วนต่างๆจะเริ่มเสื่อมลง ดังนั้น ดนตรีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุควรมีอัตราความเร็วของจังหวะเดียวกับอัตราการเต้นของหัวใจ (สุกรี เจริญสุข, 2539) แนวทำนองเพลงควรเป็นดนตรีที่เรียบง่าย มีความสงบ และเบาบาง สำหรับระดับเสียงของดนตรีไม่ควรใช้เสียงที่มีความแหลมสูง หรือทุ้มต่ำจนเกินไป เพราะทั้งเสียงสูงมากและต่ำมาก จะมีผลต่อการบีบตัวและการเต้นของหัวใจ ควรเป็นเสียงระดับปานกลาง และควรเป็นเพลงบรรเลงมากกว่าเพลงร้อง เพราะเพลงบรรเลงสามารถสร้างจินตนาการได้มากกว่าเพลงร้อง เนื่องจากเนื้อร้องจะทำให้ผู้สูงอายุมุ่งจำกัดความคิดไปตามเนื้อร้องของดนตรีที่ได้ยินทำให้จินตนาการถูกจำกัด (Halpern and Savary, 1985 cite in Johnson and Davis, 1996)



**3.2.1.2 ประโยชน์ของดนตรีต่อผู้สูงอายุ** ประโยชน์ของดนตรีต่อผู้สูงอายุ ที่ ดุษฎี พนมยงค์ บุญทัศนกุล (2539) ได้กล่าวไว้มีดังต่อไปนี้

1) เสียงดนตรีมีพลังอำนาจและเป็นเพื่อนที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ มนุษย์ใช้ประโยชน์จากเสียงดนตรีโดยการประดิษฐ์เสียงดนตรีให้ดังตาม ดังในพิธีกรรมต่างๆเช่น เสียงระฆัง เสียงกลองในวัด เสียงพระสวด เป็นต้น

2) เสียงของดนตรีช่วยให้ผู้สูงอายุดำเนินความคิดสร้างสรรค์ได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่ขาดช่วงซึ่งความคิดสร้างสรรค์เป็นเรื่องของชีวิต ดนตรีจะช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความคิด สร้างสรรค์ เป็นการยืดเวลาของชีวิตออกไป ช่วยระลึกความหลังของผู้สูงอายุ

3) เสียงของดนตรีช่วยให้เกิดความเพลิดเพลิน โดยผู้สูงอายุจะรู้สึกสดชื่นเมื่อได้ฟังเสียงดนตรีเพราะเสียง และจังหวะของดนตรีมีอิทธิพลที่จะเข้าไปกระตุ้นการเต้นของหัวใจ การไหลเวียนของโลหิต และการทำงานของสมอง

4) ดนตรีเป็นเรื่องของธรรมชาติและจิตใจ ดนตรีเสียงน้อยๆเบาๆจะทำให้ความกังวลลดลง มีการใช้เสียงดนตรีเพื่อสร้างสมาธิ ผ่อนคลาย และเป็นการกำหนดจิต เป็นต้น

**3.2.2 บทบาทของการจินตภาพ และ อารมณ์ (the function of imagery and emotion)** จินตภาพ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในใจ โดยจินตนาการจะถูกดึงออกมาด้วยการตอบสนองทางอารมณ์ในหลายรูปแบบ โกวเบริท (1992) กล่าวว่าเนื้อหาของอารมณ์ที่ได้รับการกระตุ้นจะแตกต่างกันไปตามการจินตนาการ ทั้งนี้อารมณ์ที่ได้ระบายออกมาระหว่างขั้นตอนการบำบัดด้วยการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีส่งผลต่อระบบประสาท โดยเริ่มต้นที่ระบบประสาทการได้ยิน (auditory never) ส่งไปที่หูในส่วนของ cochlear nuclei และส่งไปที่ Reticular formation ส่งผ่านไปที่ brain stem ไปจนถึง thalamus และ hypothalamus ซึ่ง hypothalamus กระตุ้นการทำงานของ limbic system ที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก ความพึงพอใจ และพฤติกรรม ในขณะที่ดนตรีกระตุ้นระบบประสาทก่อให้เกิดการกระตุ้นอารมณ์ของผู้รับบริการ โดยอารมณ์นี้อาจเกิดได้ทั้งในขณะที่ผู้รับบริการรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัว หากผู้รับบริการไม่ตระหนักในอารมณ์ที่เกิดขึ้นหรือไม่สามารถรับมืออารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ หรือทั้งสองอย่างนั้นผู้รับบริการจะแสดงอารมณ์ หรือสะท้อนอารมณ์ออกมา (Goldberg,1992 cite in Davis and William, 2008) โดยในระหว่างขั้นตอนการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีเสียงของดนตรีจะบรรเลงตลอดเวลาและในขณะที่ผู้รับบริการบำบัดเคลื่อนไปกับจินตนาการจะรับรู้เสียงของดนตรีน้อยลงไปเรื่อยๆและเมื่อจินตนาการลดลงผู้รับบริการบำบัดจะรับรู้ถึงเสียงของดนตรีมากขึ้นหากดนตรีไม่เอื้อต่อการสร้างจินตภาพ การที่จะแสดงอารมณ์การสร้างจินตภาพจะไม่เกิดผล ในขณะที่อารมณ์ของผู้ป่วยดำเนินต่อไปเรื่อยๆภาพในจินตนาการจะเกิดขึ้นต่อไปเรื่อยๆ

ทั้งนี้ในระหว่างขั้นตอนการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีผู้ป่วยจะได้เรียนรู้ที่จะควบคุมอารมณ์ของตนเอง เมื่อการสร้างจินตภาพเกิดร่วมกับการรับฟังดนตรีจะช่วยให้ผู้ป่วยมีเปลี่ยนแปลงความคิดไปทางด้านบวก และเสริมสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเองให้มากยิ่งขึ้น ในขั้นตอนการสร้างจินตภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมาจากการกระตุ้นของการสร้างจินตนาการ ร่วมกับเสียงของดนตรีที่ช่วยเพิ่มการสร้างจินตนาการได้ดีขึ้นทำให้อารมณ์ ความรู้สึกของบุคคลเปลี่ยนแปลง (Davis and William Barron, 2008)

### 3.2.2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างจินตภาพ

1) **สภาพแวดล้อม** สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่นมี เสียงอึกทัก พลุกพล่าน อุณหภูมิร้อนหรือเย็นเกินไป ทำให้บุคคลไม่อยู่ในสภาวะผ่อนคลายหรือไม่มีสมาธิในการสร้างจินตภาพทำให้การสร้างจินตภาพไม่มีประสิทธิภาพ หรือไม่สามารถสร้างจินตภาพได้ จึงควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมหรือมีสิ่งรบกวนให้น้อยที่สุด (Stephens, 1993)

2) **สร้างบรรยากาศที่ปลอดภัย** (creating a safe space) ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในระหว่างการสร้างจินตภาพจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของการรู้สึกตัว โดยสมองจะทำงานช้าลง เกิดการผ่อนคลายมาก ดังนั้น บรรยากาศของการสร้างจินตภาพจึงต้องมีความเงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน

3) **แสง (lighting)** แสงที่ไม่สว่างมากนัก หรือบรรยากาศที่มีแสงทึบๆหรือไม่สว่างมากนักจะช่วยกระตุ้นให้เกิดการสร้างจินตภาพได้ง่าย แต่ควรระวังไม่ให้แสงน้อยจนเกินไปอาจทำให้เกิดความรู้สึกน่ากลัว

4) **เสียงสีขาว (white noise)** ห้องที่ใช้สำหรับการสร้างจินตภาพอยู่ในบริเวณที่มีเสียงอึกทัก ควรหลีกเลี่ยงด้วยการสร้างแสงสีขาวขึ้นมา กล่าวคือ เสียงที่มีความสม่ำเสมอคงที่ เสียงเพลงเบาๆ หรือเสียงธรรมชาติ เช่น เสียงคลื่นที่ซัดหาด เสียงฝนตก

5) **เวลา (time)** ควรเลี่ยงช่วงเวลากลางคืน หรือหลังรับประทานอาหารในการสร้างจินตภาพ เพราะอาจทำให้ง่วงนอนและหลับได้

6) **ท่าทาง (position)** ท่าทางที่เหมาะสมในการสร้างจินตภาพมี 3 แบบ ได้แก่ ท่านอนราบกับพื้นตามสบาย ท่านั่งและใช้มีอวางบนเข่า ศีรษะเอียงไปข้างหน้า นั่งก้มหน้า โดยใช้ศีรษะวางพักไว้บนแขนทั้งสองข้างที่วางไขว้ทับกันบนโต๊ะ

7) **ลักษณะของบุคคล** การสร้างจินตภาพขึ้นอยู่กับการสมัครใจ ความยินดีในการปฏิบัติ บุคคลที่มีสมองซีกซ้ายเด่น จะมีความคิดทางด้านการสร้างจินตภาพน้อย แต่สามารถฝึกสร้างจินตภาพได้เช่นกัน

8) **ภาวะอารมณ์ของบุคคล** ผู้ป่วยที่มีความคาดหวังสูงจากการสร้างจินตภาพจะเกิดความวิตกกังวล ส่งผลให้จิตใจไม่ผ่อนคลาย และเครียดมากยิ่งขึ้นจึงควรให้ผู้ป่วย

ปล่อยวาง ปล่อยให้เป็นไป ไม่ดี้นรน ยอมรับ ไม่ตัดสินใจ จะช่วยให้การผ่อนคลายได้ผลดี (รัชชัย กฤษณะประกกรกิจ, 2554)

**9) ความสามารถในการสร้างจินตภาพ** บุคคลที่มีความสามารถในการสร้างจินตภาพได้ดีก่อให้เกิดผลที่มีประสิทธิภาพมากกว่าบุคคลที่มีความสามารถในการสร้างจินตภาพต่ำ (Kwekkeboom, 2000)

**10) ความเชื่อในผลของการสร้างจินตภาพ** จากการศึกษาของ Kwekkeboom (2000) ศึกษาประวัติการสร้างจินตภาพและความเชื่อในผู้แนะนำการสร้างจินตภาพ หรือเครื่องมือในการสร้างจินตภาพต่อผลที่ได้รับ พบว่าความเชื่อในผู้แนะนำการสร้างจินตภาพและความเชื่อเรื่องการสร้างจินตภาพต่อผลที่ได้รับมีความสัมพันธ์กัน

**11) อัตราเร็วของการกล่าวนำผู้ป่วยสร้างจินตภาพ** Hower (1983) อ้างในอัจฉรา ด้านอุตรา (2538) พบว่าถ้าการกล่าวนำเพื่อสร้างจินตภาพกล่าวด้วยอัตราเร็วมากเกินไปจะทำให้สร้างจินตภาพได้ยาก เนื่องจากมีเวลาไม่เพียงพอต่อการสร้างจินตภาพ การสร้างจินตภาพเกิดความไม่ชัดเจน

**12) ความเป็นรูปธรรมของคำที่นำมาสร้างจินตภาพ** กล่าวคือ คำที่มีความเป็นรูปธรรมมากส่งเสริมให้สร้างจินตภาพได้มากกว่าคำที่เป็นนามธรรม

**13) ความคาดหวัง** ผู้ป่วยที่มีความคาดหวังสูงต่อการสร้างจินตภาพจะมีความวิตกกังวลสูง ทำให้จิตใจไม่เกิดการผ่อนคลาย

### 3.3 คุณลักษณะของผู้บำบัด (Characteristics of the Therapist)

บทบาทของผู้บำบัดการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีนั้น จะต้องคอยช่วยส่งเสริมและให้กำลังใจ จะต้องรู้จักเข้าใจในความรู้สึกของผู้รับบริการในระหว่างขั้นตอนต่างๆของการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี Bonny (1978a) อ้างใน Davis and William (2008) ได้ระบุคุณสมบัติ 3 ประการของผู้ที่จะบำบัดโดยการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ ดังนี้

1) ผู้บำบัดต้องยอมรับและอนุญาตให้ผู้รับบริการเป็นผู้นำในการบำบัด กล่าวคือผู้บำบัดต้องยอมรับ และเข้าใจในอารมณ์ที่แสดงออก การตอบสนองต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างขั้นตอนต่างๆ ของการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี

2) ผู้บำบัดต้องมีความตระหนักถึงทฤษฎีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทางด้านดนตรี

3) ผู้บำบัดต้องมีความรู้ทางด้านดนตรี และเรื่องเกี่ยวกับประสาทสัมผัสของมนุษย์ด้านการได้ยิน (psychoacoustics)

ทั้งนี้ความรู้ความเข้าใจในการบำบัด จิตใต้สำนึกที่เปลี่ยนไป การจินตนาการไปตามความฝัน และจิตพยาธิวิทยา (Psychopathology) จะช่วยให้การบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ ความทุ่มเท และความมุ่งมั่น เป็นอีกสิ่งที่สำคัญในขั้นตอนการบำบัดด้วยการสร้างจินตภาพร่วมกับ

ดนตรี แต่อย่างไรก็ตามคุณสมบัติต่างๆจะเป็นสิ่งสำคัญต่อการบำบัดแล้วหากแต่ผู้บำบัดเข้าถึงความรู้สึก รุนวายเป็นชีวิตของผู้รับบริการมากเกินไป (over-involvement) การบำบัดก็อาจไม่เกิดผลดี เพราะอาจทำให้เกิดการอคติ โน้มเอียงการตัดสินใจของผู้บำบัดผิดพลาด ละเลยวิธีการบำบัดที่ถูกต้องเหมาะสม

**3.4 ประโยชน์ของการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี** การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีถูกนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยอย่างกว้างขวาง และสามารถใช้ในทุกลุ่มอายุ อีกทั้งยังส่งผลดีต่อผู้ที่มีปัญหาต่างๆ (Burns, 2001; AMI, 2002; Bonny, 2002; M-F Lin, 2009) ดังนี้

- 1) ปัญหาการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น
- 2) การปรับเปลี่ยนงาน เช่น การปรับเปลี่ยนตำแหน่ง
- 3) ประเด็นในด้านสุขภาพ
- 4) ความเครียดและความวิตกกังวล
- 5) จิตวิญญาณและความเป็นตัวตนของบุคคล
- 6) ความโศกเศร้าและการสูญเสีย
- 7) ภาวะซึมเศร้า
- 8) การติดสารเสพติด
- 9) การถูกทารุณกรรม หรือการคุกคามทางเพศ ร่างกาย และอารมณ์
- 10) ประสบการณ์ที่สะเทือนจิตใจในชีวิตที่ผ่านมา
- 11) ควบคุมอาการปวดเรื้อรัง ได้แก่ อาการปวดของโรคมะเร็ง
- 12) ผู้ป่วยมะเร็ง
- 13) ผู้ป่วยโรคข้อรูมาตอยด์
- 14) ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 15) ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดเยิงทางหลอดเลือดหัวใจ

**3.5 ขั้นตอนการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี** รูปแบบขั้นตอนในการสร้างจินตภาพร่วมกับเสียงเพลงนั้น มีขั้นตอนที่แตกต่างกันไปโดยมีดนตรีเป็นส่วนร่วมสำคัญในการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีภายใน 4 ขั้นตอน (Burns, 2001; AMI, 2002; Bonny, 2002; M-F Lin, 2009) ดังนี้

**ขั้นที่ 1 เกริ่นนำ (prelude or preliminary discussion)** เป็นการกล่าวเปิดกิจกรรมโดยการพูดคุยระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบริการ โดยมีจุดประสงค์เน้นการสร้างสัมพันธภาพ การพูดคุยหรือ เกี่ยวกับปัญหาของผู้รับบริการระหว่างการสนทนา ผู้บำบัดต้องคอยประเมินผู้รับบริการเป็นระยะ อาจสอบถามเกี่ยวกับประวัติของผู้รับบริการ เป็นต้น

**ขั้นที่ 2 นำเข้าสู่การจัดกระทำ (induction)** เป็นขั้นตอนที่ผู้บำบัดเสริมสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย (deep relaxation) ให้แก่ผู้รับบริการเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่การสร้างจินตภาพ

ร่วมกับดนตรีโดยวิธีการสร้างการผ่อนคลายที่นิยมใช้ ได้แก่ การเกร็งคลายเพื่อการผ่อนคลาย (tension relaxation exercises) และการกำหนดจิตใจ หรือการกำหนดลมหายใจ (autogenic relaxation) ทั้งนี้ผู้บำบัดจำเป็นต้องเตรียมตัวผู้รับบริการให้มีร่างกายและจิตใจที่พร้อมต่อการขึ้นการสร้างจินตภาพทั้งนี้กิจกรรมที่เลือกใช้สำหรับช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายนั้นต้องอยู่บนพื้นฐานของ ISO-principle กล่าวคือ ต้องอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดที่ว่าด้วยเรื่องของดนตรีที่ช่วยปรับเปลี่ยนอารมณ์ของมนุษย์ โดยในขณะที่ผู้ป่วยทำการบริหารร่างกายเพื่อการผ่อนคลายนั้น ผู้ป่วยจะเกร็ง ยึด ทำให้กล้ามเนื้อต่างๆผ่อนคลาย ผู้บำบัดจะต้องคอยชี้แนะส่งเสริมกำลังใจ ชื่นชม ให้แก่ผู้รับบริการด้วย โดยชี้แนะให้ด้วยคำพูดว่า “เกร็งเท่าไร....และค่อยๆคลาย.....ถูกต้อง ดีมากคะ.” และในขณะที่เกร็งคลายกล้ามเนื้อนั้น ต้องให้ผู้รับบริการสูดลมหายใจ กำหนดลมหายใจเข้าออกไปด้วย จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกผ่อนคลายมากยิ่งขึ้น

**ขั้นที่ 3 สร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (music-imagery)** ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจะได้รับฟังเสียงดนตรีบรรเลงพร้อมกับการฉายภาพธรรมชาติโดยผู้วิจัยจะเริ่มพูดบรรยายชักนำให้ผู้ป่วยเกิดการนึกคิด จินตนาการ ได้ระบายความรู้สึกออกมา โดยขณะที่ผู้รับบริการได้ระบายความรู้สึกออกมา ผู้บำบัดต้องอยู่ใกล้ชิด คอยส่งเสริมให้กำลังใจผู้รับบริการ โดยใช้เทคนิคต่างๆของการให้คำปรึกษา เช่น การสะท้อนคิด (reflection) การเข้าอกเข้าใจความรู้สึกของผู้รับบริการ (empathy) เป็นต้น ผู้บำบัดจะต้องไม่แปลความ หรือตีความจากประสบการณ์ ความรู้สึกของตนเอง และไม่รบกวนผู้รับบริการขณะสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี แต่จะต้องคอยช่วยเหลือให้ความกระจ่าง (clarification) ในประเด็นต่างๆที่เกิดขึ้น มีคำพูดให้กำลังใจ และเข้าใจความรู้สึกของผู้รับบริการ

**ขั้นที่ 4 ทบทวน สรุปปิดท้าย (postlude or integration)** ผู้บำบัดพูดทบทวนสะท้อนความคิดกลับให้ผู้รับบริการได้รับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับจากการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีที่ผ่านมา สอบถามความรู้สึกต่างๆของผู้รับบริการ โดยผู้บำบัดจะต้องไม่แปลความ หรือตีความจากประสบการณ์ ความรู้สึกของตนเอง

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สรุปขั้นตอนการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีไว้ดังภาพแสดงที่ 3 ลำดับขั้นตอนการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี

**3.6 การประเมินความสามารถในการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี** เมื่อสิ้นสุดการสร้างจินตภาพ ผู้บำบัดควรทำการประเมินความสามารถในการสร้างจินตภาพโดยประเมินจากการสอบถามการมองเห็นภาพบรรยากาศ แสง เสียง หรือความชัดเจนของภาพในขณะสร้างจินตภาพ สอบถามความรู้สึกของผู้รับบริการในขณะสร้างจินตภาพ เช่น เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ หรือเพลิดเพลิน หรือจากการสังเกตของผู้บำบัดเอง ทั้งนี้ผู้วิจัยสรุปการประเมินความสามารถในการสร้างจินตภาพ โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน (สิริวรรณ ชูจตุโร, 2552; บำเพ็ญจิต แสงชาติ และคณะ, 2550) ดังนี้

3.6.1 ด้านร่างกาย การสร้างจินตภาพส่งผลให้ผู้รับบริการมี อัตราชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตลดลง ช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ

3.6.2 ด้านพฤติกรรม เมื่อเกิดการสร้างจินตภาพ ทำให้เกิดการตอบสนองทางพฤติกรรมโดยการแสดงออกทางสีหน้า น้ำเสียง การเกร็งกล้ามเนื้อใบหน้า มีการเคลื่อนไหว สงบ เยือกเย็น และสังเกตได้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3.6.3 ด้านจิตใจ การสร้างจินตภาพทำให้เกิดความเพลิดเพลิน ความพึงพอใจ รู้สึกสงบ สบายใจ มีความสุข เป็นต้น

#### 4. โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี

สรุปแนวคิดและการประยุกต์ใช้โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีดัง ตารางที่ 1 ตารางที่ 1 การประยุกต์ใช้โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีตามแนวคิดของ Bonny (2002) มาเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

แนวคิด GIM ของ Bonny (2002)		กิจกรรมในโปรแกรม
ขั้นตอนที่ 1 เกริ่นนำ (prelude or preliminary discussion)	จุดประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ การพูดคุยหรือ เกี่ยวกับปัญหาของผู้รับบริการ	1. สร้างสัมพันธ์ภาพ แนะนำตัวเองแก่ผู้สูงอายุ 2. ชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ระยะเวลาของการศึกษา 3. ชักถามข้อข้องใจ ปัญหาต่างๆของผู้สูงอายุ พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ข้อขัดแย้งในจิตใจ
ขั้นที่ 2 นำเข้าสู่การจัดกระทำ (induction)	จุดประสงค์เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย (deep relaxation) ให้แก่ผู้รับบริการเตรียมพร้อมเข้าสู่การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี	1. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรม กล่าวถึงลำดับขั้นตอนของโปรแกรมแก่ผู้สูงอายุ 2. เสริมสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย (deep relaxation) โดยมีแนวทางในการฝึกการผ่อนคลาย ดังนี้ 1) จัดเตรียมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมไม่ให้สว่างหรือมืดจนเกินไป ควบคุมอุณหภูมิภายในห้องให้เหมาะสมไม่ร้อนหรือเย็นจนเกินไป

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิดหลัก		กิจกรรมในโปรแกรม
		<p>2) ปิดประตูห้องเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกรบกวนจากบุคคลอื่น</p> <p>3) จัดทำผู้สูงอายุให้อยู่ในท่าที่สบายและให้หลับตาหรือใช้ผ้าปิดตาเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายมากที่สุด</p> <p>4) ให้ผู้สูงอายุใส่หูฟังชนิดครอบศีรษะ (headphones) เพื่อป้องกันเสียงรบกวนภายนอก</p> <p>5) นำผู้สูงอายุเข้าสู่การผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจเข้าออก ลึกๆพร้อมกับการเกร็งคลายกล้ามเนื้อ ประกอบเพลงบรรเลงเสียงธรรมชาติ เบาๆได้แก่ เพลงชุดเนรัญชรา ของ จำรัส เสวตาภรณ์</p>
<p>ขั้นที่ 3 สร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (music-imagery)</p>	<p>เพื่อจุดประสงค์หลักคือ การรับฟังเสียงดนตรี บรรเลงพร้อมกับการฉายภาพธรรมชาติโดยผู้บำบัดพูดบรรยายชักนำให้เกิดการสร้างจินตภาพ</p>	<p>1. นำผ้าปิดตาออกหรือให้ผู้สูงอายุลืมตาลงหลังจากเสริมสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย</p> <p>2. ผู้สูงอายุจะได้รับการฟังดนตรีบรรเลงได้แก่ ชุดเพลง เข้าวันใหม่ของ จำรัส เสวตาภรณ์ พร้อมการฉายภาพธรรมชาติ</p> <p>3. ระหว่างการฉายภาพพร้อมกับเสียงดนตรี ผู้วิจัยพูดบรรยายชักนำให้ผู้ป่วยเกิดการนึกคิดจินตนาการ ได้ระบายความรู้สึกออกมา เช่น ถามว่าเมื่อเห็นภาพนี้ผู้สูงอายุรู้สึกเช่นไร นึกถึงสิ่งใด เป็นต้น</p> <p>4. ระหว่างผู้สูงอายุพูดระบายความคิด หรือจินตภาพออกมานั้นผู้วิจัยต้องไม่แย้ง ไม่พูดแทรกขึ้นมาระหว่างนั้น</p> <p>5. ประสพการณ์ของผู้สูงอายุที่เปิดเผย</p>

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิดหลัก		กิจกรรมในโปรแกรม
		<p>ออกมาอาจประกอบไปด้วย อารมณ์ความทรงจำในอดีตหรือแสดงออกทางร่างกาย เช่น สงบ เยือกเย็น</p> <p>6. หากมีอาการผิดปกติ เช่น ขมวดคิ้ว เหงื่อออก หายใจแรง กระสับกระส่ายให้ผู้ป่วยหยุดการทำกิจกรรมทันทีเพราะอาจเกิดการสร้างจินตภาพในทางลบ หรือเกิดภาพที่ไม่พึงพอใจ จึงเกิดอาการผิดปกติขึ้นมา</p>
<p>ขั้นที่ 4 ทบทวนสรุปปิดท้าย (postlude)</p>	<p>จุดประสงค์เพื่อให้เกิดการสะท้อนคิดกลับไปให้ผู้รับบริการ</p>	<p>เมื่อการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีในขั้นตอนที่ 3 จบลง ผู้วิจัยทำหน้าที่พูดทบทวนในสิ่งที่ผู้สูงอายุได้พูดระบายความคิดออกมา สะท้อนความคิดของผู้ป่วย ให้เห็นถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี พร้อมให้ความหมายของประสบการณ์ต่างๆเหล่านั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น แสดงความรู้สึกที่มีต่อโปรแกรม สุดท้ายกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม</p>





ภาพที่ 3 ลำดับขั้นตอนการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (Bonny, 2002)

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิชณี หัตถพนม (2550) ศึกษาการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน Type2 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลในศูนย์สุขภาพชุมชน สามารถประยุกต์ใช้การบำบัดด้วยการปรับแนวคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy หรือ CBT) เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน Type 2 โดยจัดทำโครงการพัฒนาเทคโนโลยีในการบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ใช้แนวทางเข้าสู่ระบบ (system approach) เป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินงาน ทดลองปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยเบาหวาน Type 2 จำนวน 20 คนที่มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อนขึ้นไปโดยใช้แบบประเมินความซึมเศร้า Thai Depression Inventory (TDI) ทำการบำบัดด้วย CBT แบบประยุกต์ จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาทีโดยสัปดาห์แรก 2 ครั้ง ห่างกัน 3 วัน สัปดาห์ต่อไป สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 สัปดาห์ หลังจากนั้นเว้นช่วงห่าง 1 เดือน จึงพบอีก 1 ครั้งเพื่อประเมินผลการบำบัดและยุติบริการ ติดตามเยี่ยมอย่างน้อย 1-2 ครั้ง ในช่วง 2 เดือนที่บำบัด ผลการศึกษา ก่อนบำบัดผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน 6 คน ปานกลาง 7 คน รุนแรง 2 คนหลังการบำบัด 15 คน มีภาวะซึมเศร้ามลดลง

ปราณีต ทวีลาภ (2552) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำคือ น้อยกว่าเท่ากับ 65 คะแนน โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีจิตสังคมและแนวคิดการทบทวนชีวิต ดำเนินกิจกรรม 6 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังการใช้โปรแกรมระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานสูงกว่าระยะก่อนศึกษา

สุมาลี เขตบรรจง (2554) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า ในโรงพยาบาลหนองสูงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร่าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ผลการศึกษาพบว่า 1) สาระสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ การพิทักษ์สิทธิ์ และจริยธรรม การประเมินภาวะซึมเศร้า การให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า การบำบัดภาวะซึมเศร้า การดูแลต่อเนื่องและการพัฒนาคุณภาพการบริการ 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร่าด้วยวิธีการระลึกถึงความหลังตามลำดับพัฒนาการของชีวิตและเรื่องบุญกุศลโดยดำเนินการระลึกถึงความหลังสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร่าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร่า ที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้อยู่ในระดับมาก 3) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคเบาหวานต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลด้วยการระลึกความหลัง มีความพึงพอใจในระดับมาก

นฤมล อินทหมื่น (2555) ศึกษาผลของศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับศิลปะบำบัดและเพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 22 คนถูกแบ่งกลุ่มโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบและจับฉลากเข้าไปยังกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 11 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับศิลปะบำบัด จำนวน 10 กิจกรรมเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมเข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์ตามปกติการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) เพื่อประเมินระดับภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังจากได้รับศิลปะบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองและมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม กล่าวคือกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้ามลดลงหลังได้รับศิลปะบำบัดและมีภาวะซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับศิลปะบำบัด

Chou และ Lin (2006) ศึกษาประสบการณ์ระหว่างการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า คลินิกจิตเวช โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจประสบการณ์ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในคลินิกจิตเวช ศูนย์การแพทย์ที่ได้วันตั้งแต่เดือนเมษายน ปี 2003 ถึง 2004 พบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 5 คนเข้ารับการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (Guided Imagery and Music: GIM) ครบทั้ง 8 ขั้นตอนอย่างตัวต่อตัวกับผู้บำบัด โดยผู้วิจัยได้เชิญนักบำบัดเพื่อสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง สัมภาษณ์เชิงลึกทางโทรศัพท์ในแต่ละเรื่องภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังจากการบำบัด ผลการศึกษาสามารถแบ่งจัดประสบการณ์ได้ 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) ความสบาย หลงใหลในภาพธรรมชาติอย่างมาก 2) ให้ความรู้สึกเหมือนอยู่ในความฝัน 3) ดึงความทรงจำ ประสบการณ์ที่ผ่านมาออกมาได้ 4) ชอบในท่วงทำนอง เสียงของดนตรี 5) มีการผ่อนคลายของร่างกายแตกต่างกันไป ทั้งนี้มีผลกระทบที่แสดงให้เห็นหลายปัจจัย ได้แก่ การเลือกเพลง ความเป็นตัวตนของแต่ละบุคคล ผู้บำบัด และ สิ่งแวดล้อม

McCaffrey และคณะ (2007) ศึกษาผลของการเดินในสวนเพียงลำพัง การเดินในสวน ร่วมกับการสร้างจินตภาพ และศิลปะบำบัดในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามระดับน้อยถึงปานกลาง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของกิจกรรมต่างๆ 3 กิจกรรม ได้แก่ การเดินในสวนเพียงลำพัง การเดินในสวนร่วมกับการสร้างจินตภาพ และกิจกรรมศิลปะบำบัดโดยจัดทำโปรแกรมดังกล่าวรวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง ผลการทดลองพบว่ากิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรมสามารถช่วยลดระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามระดับเล็กน้อยถึงปานกลางได้

Kanchana Piboon และคณะ (2009) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และศึกษาประสิทธิผลของดนตรี

บำบัดต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุจำนวน 130 คน ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยแบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) คัดเลือกผู้สูงอายุจำนวน 10 คนที่มีระดับคะแนนภาวะซึมเศรียระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และมีความสมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัดโดยเข้าร่วมทั้งหมด 8 ครั้งรวมระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์และต้องได้รับการติดตามผลออกไปอีก 4 สัปดาห์หลังการทดลองเสร็จสิ้น ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศรียระยะหลังทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศรียระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ต่ำกว่า ก่อนการทดลอง แต่สูงกว่าระยะหลังการทดลอง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า โปรแกรมดนตรีบำบัดสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้พยาบาลวิชาชีพสามารถนำโปรแกรมดนตรีบำบัดไปประยุกต์ใช้ได้ในกิจกรรมพยาบาลกับผู้สูงอายุในคลินิกอื่นๆ ในแผนกผู้ป่วยนอก หรือในชุมชน

Chan และคณะ(2009) ศึกษาผลของดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าและการตอบสนองทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุในชุมชนประเทศฮ่องกง กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีจำนวน 47 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน ในกลุ่มทดลองได้รับการฟังดนตรีเป็นเวลา 30 นาที ทุกคืนก่อนนอนโดยให้เลือกจากดนตรี 4 ชนิด ซึ่งในแต่ละชนิดต้องมีจังหวะ 60-80 ครั้งต่อนาที โดยไม่เน้นจังหวะ ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการฟังดนตรีมีความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และระดับภาวะซึมเศร้าลดลง

M-F Lin และคณะ (2009) ศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับช่วงเวลาการเปลี่ยนแปลงในการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีตามวิธีของบอนนี่ของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจช่วงเวลาในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างกับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี 8 ขั้นตอนของบอนนี่ในห้องดนตรีบำบัด ผลการศึกษา พบว่าจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า 9 คนในศูนย์การแพทย์ที่ได้หวนจากปี 2004 ถึงปี 2005 พบผู้ป่วย 5 คนที่เข้าร่วมการจัดกระทำทั้ง 8 ขั้นตอนนี้สำเร็จ โดยมีการเปลี่ยนแปลงใน 3 สิ่งคือผู้ป่วยได้ปลดปล่อยทั้งจิตใจและร่างกาย เกิดการรับรู้รวมทั้งเกิดแรงบันดาลใจ และยอมรับการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย กล่าวได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างได้รับการจัดกระทำการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีเกิดการเปลี่ยนแปลง อารมณ์ภายในบุคคล เกิดการรู้จัก และพฤติกรรม

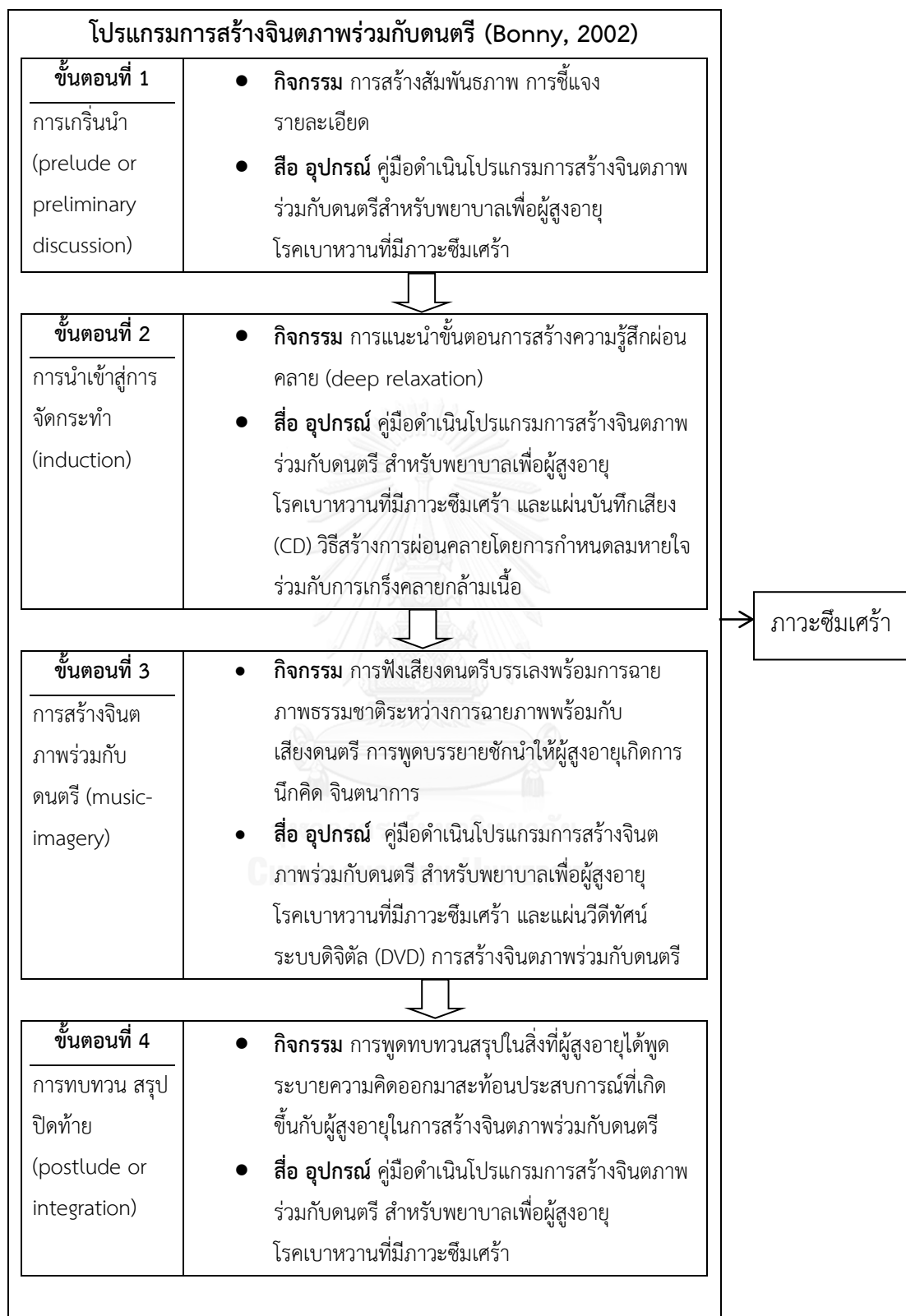
Chiang และคณะ (2010) ศึกษาผลการระลึกความหลังในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ความหวังว่า โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 92 คน ผลการศึกษา พบว่าการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลังเพียง 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาทีก็สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าลดลงได้

## สรุปการทบทวนวรรณกรรม

บทบาทของพยาบาลมีทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ บทบาทดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าบทบาทของพยาบาลมีทั้งบทบาทที่เป็นอิสระและบทบาทที่ไม่เป็นอิสระ สำหรับบทบาทที่เป็นอิสระนั้นพยาบาลสามารถตัดสินใจจัดทำกิจกรรมต่างๆ วางแผนการปฏิบัติ และสามารถแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และศิลปะได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ที่สำคัญในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานการจัดการที่เหมาะสมจะช่วยลดผลกระทบแก่ตัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัว ส่งผลให้ใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี เป็นวิธีการหนึ่งช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาความคิด พฤติกรรม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และอารมณ์ให้ดีขึ้นรวมทั้งช่วยให้เกิดการผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากเสียงของดนตรี และการสร้างจินตภาพ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้สูงอายุที่มีบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงมีความสนใจในการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล และไม่ก่อให้เกิดอันตรายดังภาพแสดงที่ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Polit and Beck, 2004) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน โดยมีการวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

RE	$O_1$ -----X-----	$O_2$
RC	$O_3$	$O_4$
RE	หมายถึง ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีซึ่งเลือกมาโดยการสุ่ม	
RC	หมายถึง ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการพยาบาลตามปกติซึ่งเลือกมาโดยการสุ่ม	
$O_1$	หมายถึง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี	
$O_2$	หมายถึง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี	
$O_3$	หมายถึง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ	
$O_4$	หมายถึง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ	
X	หมายถึง โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี	

#### ประชากร

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงและมีภาวะซึมเศร้า ที่ได้รับการประเมินโดยแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) พบว่ามีภาวะซึมเศร้ารระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลางมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 13-24 คะแนน

#### กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับการตรวจที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา สถานที่ ปกติ และสามารถสื่อสารได้อย่างถูกต้อง และมีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินโดยแบบวัดภาวะ

ซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (TGDS) โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) พบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลางมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 13-24 คะแนน จำนวน 40 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังต่อไปนี้

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน
3. ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางโดยได้รับการประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale) โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) เกณฑ์ในการประเมินแบบทดสอบ คือ ผู้สูงอายุได้คะแนนระหว่าง 13-24 คะแนน

4. ไม่ได้รับประทานยาต้านเศร้า (antidepressant)
5. มีความสามารถในการรับรู้ สื่อสารได้อย่างถูกต้อง ไม่มีปัญหาการได้ยิน
6. การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา สถานที่ และบุคคลปกติ
5. ไม่เจ็บป่วยรุนแรง ที่เป็นอันตราย หรือเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม
7. ยินดีร่วมมือในการทำวิจัยตามแบบขอความร่วมมือ เป็นผู้เข้าร่วมในการวิจัย
8. ได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้

#### การคัดเลือกออกจากกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ หายใจเร็วหรือช้ากว่าปกติ ความดันโลหิตสูงหรือต่ำกว่าปกติ มีไข้ ติดเชื้อภายในเวลา 24-48 ชั่วโมง จนไม่พร้อมสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีได้ ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามปกติ
2. ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 6 ครั้ง

#### การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power of test) กำหนดอำนาจทดสอบ .90 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 36 คน (Burn and Grove, 2005) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มควบคุม 18 คน ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติซึ่งมีผลต่ออำนาจทดสอบ ทำให้อำนาจทดสอบเพิ่มขึ้น และส่งผลต่อค่าความแปรปรวน ทำให้ความแปรปรวนลดลง ดังนั้นค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดี



ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน

### ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัยที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี

2. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยสูงอายุจากเวชระเบียนและข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ ที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานพร้อมทั้งประเมินกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ ได้แก่ บุคคลทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและไม่ได้รับประทานยาต้านเศร้า (antidepressant)

3. ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 3 นาที แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) (pretest) ใช้เวลาประมาณประมาณ 7 นาที โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและบันทึกข้อมูลลงแบบสอบถาม

3.2 คัดเลือกผู้สูงอายุที่พบว่ามีความซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลางมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 13-24 โดยไม่ได้รับประทานยาต้านเศร้า (antidepressant) ไม่มีปัญหาการได้ยิน ฟังภาษาไทยเข้าใจ การมองเห็นปกติ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยอธิบายลักษณะของการเข้าร่วมการวิจัย ลักษณะงานวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับให้แก่กลุ่มตัวอย่างได้ทราบ

4. กรณีคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานแล้วพบว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าระดับสูงผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาล ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถีเพื่อให้ผู้สูงอายุได้พบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและรับการบำบัดต่อไป ซึ่งในการคัดกรองไม่พบผู้ที่มีความซึมเศร้าระดับสูง ผู้วิจัยสอบถามความเข้าใจ และความสนใจในการเข้าร่วมงานวิจัย ถ้าหากกลุ่มตัวอย่างมีความยินดี ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน โดยวิธีจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนเกินที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ และควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันที่สุด (Mann, 2001) โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้

4.1 ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีกลุ่มอายุเดียวกัน โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างของอายุไม่เกิน 5 ปี ในผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงอายุเดียวกัน การจำแนกกลุ่มแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ผู้สูงอายุตอนต้น ผู้สูงอายุตอนกลาง ผู้สูงอายุตอนปลาย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545) ทั้งนี้เนื่องจากอายุที่แตกต่างกันทำให้มีการเกิดภาวะซิมเศร่าที่ต่างกัน (จุฑารัตน์ บุญวิวัฒน์ ภาวณา กิริติยตวงค์ และ ชนิดดา แนนเกษร, 2552)

4.2 ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีเพศเดียวกัน เนื่องจากเพศมีผลต่อการเกิดภาวะซิมเศร่า กล่าวคือ ผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะซิมเศร่าได้มากกว่าเพศชาย (Egede and Zheng, 2003)

4.3 ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซิมเศร่าในผู้สูงอายุยิ่งระยะเวลาการเป็นโรคนานเท่าไรก็จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซิมเศร่ามากขึ้น (Katon et al., 2004) แบ่งเป็น 3 ช่วงได้แก่ 1-5 ปี 5-10 ปีและ10 ปีขึ้นไป (จุฑารัตน์ บุญวิวัฒน์ ภาวณา กิริติยตวงค์ และ ชนิดดา แนนเกษร, 2552)

4.4 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (hemoglobinA<sub>1c</sub>) มีผลต่อการเกิดภาวะซิมเศร่าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (Trief, 2006) แบ่งเป็น 3 ช่วงตามเกณฑ์กำหนดที่ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลราชวิถี ได้แก่ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ คือต่ำกว่า 4.8 เกณฑ์ปกติคือ 4.8 - 6 สูงกว่าเกณฑ์ คือ มากกว่า 6

5. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซิมเศร่าโดยจับทีละคู่ (match pair) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก ผลการจับฉลากคือ หมายเลข 1 เป็นกลุ่มควบคุม หมายเลข 2 เป็นกลุ่มทดลอง (ดังภาพแสดงที่ 5)

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 70 อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.50 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 57.50 ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 42.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 67.50 อาศัยอยู่บ้านของตนเอง ร้อยละ 70 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.00 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน มากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่น 1 โรคคิดเป็นร้อยละ 45 (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน โรคประจำตัว

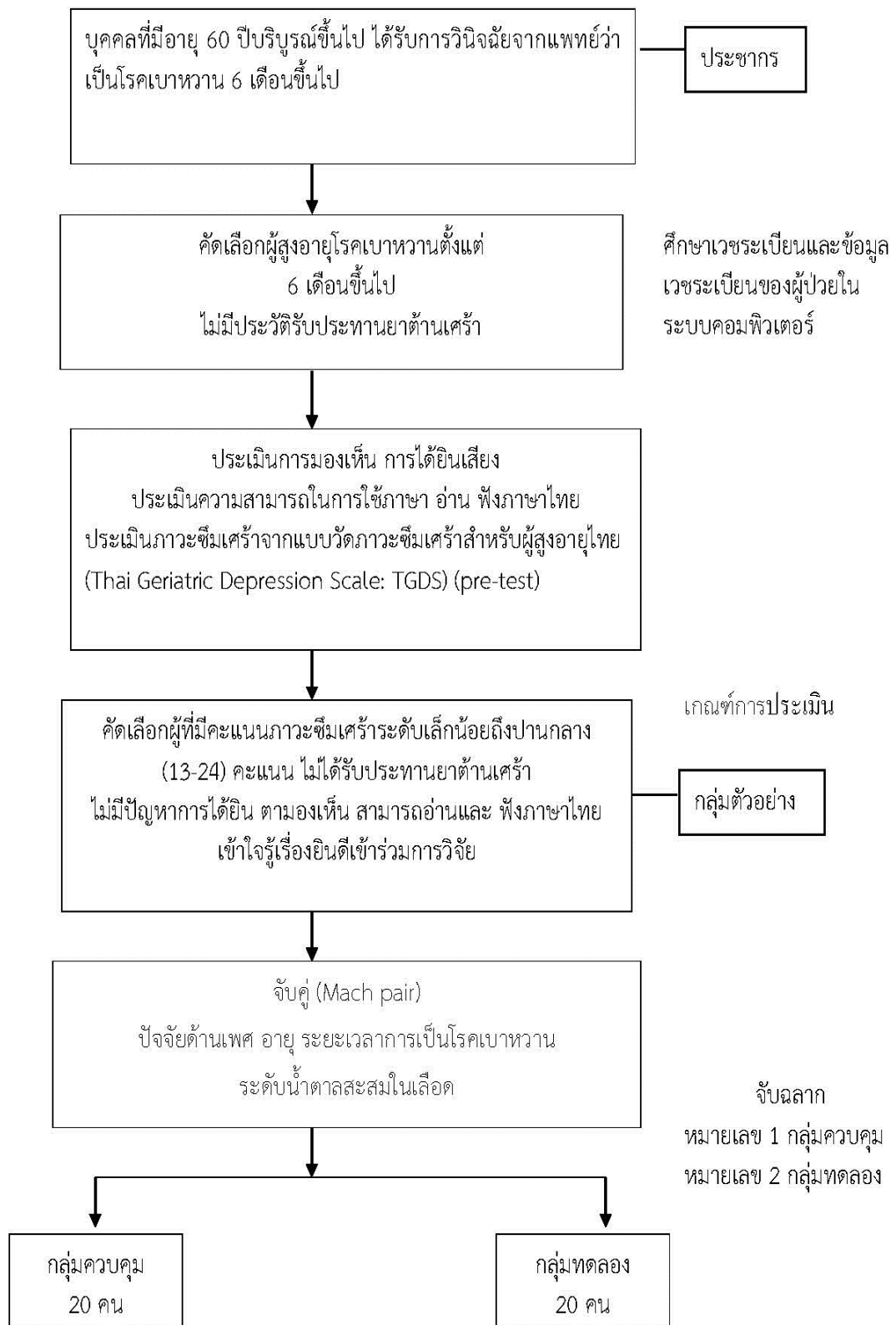
ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (N <sub>1</sub> =20)		กลุ่มทดลอง (N <sub>2</sub> = 20)		รวม (N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	6	30.00	6	30.00	12	30.00
หญิง	14	70.00	14	70.00	28	70.00
<b>(อายุ) (ปี) (<math>\bar{X}</math> = 71.80; SD = 7.53; Range =61-88)</b>						
60 – 69	9	45.00	8	40.00	17	42.50
70 – 79	7	35.00	8	40.00	15	37.50
80 – 89	4	20.00	4	20.00	8	20.00
<b>ศาสนา</b>						
พุทธ	20	100.00	20	100.00	40	100.00
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	-	0.00	2	10.00	2	10.00
คู่	10	50.00	13	65.00	23	57.50
หม้าย	10	50.00	5	25.00	15	37.50
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้รับการศึกษา	5	25.00	1	5.00	6	15.00
ประถมศึกษา	9	45.00	8	40.00	17	42.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	10.00	2	10.00	4	10.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	-	0.00	3	15.00	3	7.50
ปริญญาตรี	4	20.00	5	25.00	9	22.50
สูงกว่าปริญญาตรี	-	0.00	1	5.00	1	2.50
<b>อาชีพปัจจุบัน</b>						
ไม่ได้ทำงาน	17	85.00	10	50.00	27	67.50
ค้าขาย	1	5.00	1	5.00	2	5.00
รับจ้าง	1	5.00	3	15.00	4	10.00
ข้าราชการบำนาญ	1	5.00	2	10.00	5	12.00
อื่นๆ	0	0	2	10.00	2	5.00

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (N <sub>1</sub> =20)		กลุ่มทดลอง (N <sub>2</sub> = 20)		รวม (N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)</b>						
น้อยกว่า 5,000	11	55.00	9	45.00	20	50.00
5,001-10,000	8	40.00	5	25.00	13	32.50
มากกว่า 10,001	1	5.00	6	30.00	7	17.50
<b>ที่อยู่อาศัย</b>						
บ้านของตนเอง	15	75.00	13	65.00	28	70.00
บ้านของลูกหรือหลาน	5	25.00	4	20.00	9	22.50
บ้านเช่า	0	0.00	3	15.00	3	7.50
<b>ระยะเวลาการเป็นโรค</b>						
น้อยกว่า 5 ปี	1	5.00	1	5.00	2	5.00
5 – 10 ปี	4	20.00	4	20.00	8	20.00
มากกว่า 10 ปี	15	75.00	15	75.00	30	75.00
<b>โรคประจำตัว</b>						
ไม่มี	8	40.00	5	25.00	13	32.50
มี 1 โรค	9	45.00	9	45.00	18	45.00
มี 2 โรค	2	10.00	4	20.00	6	15.00
มี 3 โรค	1	5.00	2	10.00	3	7.50

**ตารางที่ 3** คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ (matched pair) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้านเพศ อายุ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (N <sub>1</sub> =20)				กลุ่มทดลอง (N <sub>2</sub> =20)			
	เพศ	อายุ	Dx	HbA <sub>1c</sub>	เพศ	อายุ	Dx	HbA <sub>1c</sub>
คู่ที่ 1	ชาย	66	5	7.6	ชาย	67	5	9.6
คู่ที่ 2	หญิง	83	25	7.4	หญิง	82	30	6.5
คู่ที่ 3	ชาย	64	15	6.3	ชาย	69	18	7.4
คู่ที่ 4	หญิง	73	7	6.1	หญิง	71	10	7
คู่ที่ 5	หญิง	60	4	9.1	หญิง	66	5	6.9
คู่ที่ 6	หญิง	62	25	7.3	หญิง	67	20	8.1
คู่ที่ 7	หญิง	76	25	9	หญิง	75	30	8.3
คู่ที่ 8	หญิง	77	20	12.9	หญิง	78	23	8.2
คู่ที่ 9	หญิง	88	12	5.8	หญิง	80	12	6.1
คู่ที่ 10	หญิง	61	20	5.4	หญิง	62	20	6
คู่ที่ 11	หญิง	77	12	7.1	หญิง	75	13	6.1
คู่ที่ 12	หญิง	80	13	6.3	หญิง	84	15	6.8
คู่ที่ 13	หญิง	69	30	7.1	หญิง	68	25	7.2
คู่ที่ 14	หญิง	69	15	7.5	หญิง	62	10	7.9
คู่ที่ 15	ชาย	77	15	7.8	ชาย	71	12	6.9
คู่ที่ 16	หญิง	67	5	6.5	หญิง	61	2	6.2
คู่ที่ 17	ชาย	84	14	5.7	ชาย	80	13	6.6
คู่ที่ 18	หญิง	69	15	8	หญิง	63	20	8.6
คู่ที่ 19	ชาย	67	10	6.1	ชาย	70	14	5.3
คู่ที่ 20	ชาย	79	15	7.3	ชาย	73	20	8



ภาพที่ 5 ภาพแสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Burn and Glove, 2005)

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี อีกทั้งยังคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลักทั้งนี้โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 18 เดือน กันยายน พ.ศ.2557 เลขที่ 140/2557 (ดังแสดงในภาคผนวก ข)

จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการทำวิจัย รวมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย อีกทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถที่จะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดเวลาระหว่างการทำวิจัย โดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือการได้รับบริการข้อมูลต่างๆที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้อยู่เป็นความลับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย (informed consent form) สำหรับกลุ่มควบคุมผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิโดยอธิบายให้ทราบว่า จะได้รับการพยาบาลตามปกติทุกประการ และหากการทดลองโดยใช้โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีสำเร็จ ลุล่วง และเกิดผลที่ดี ผู้วิจัยจะพิจารณา ประสานงานให้กลุ่มควบคุมได้ใช้โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยนำเสนอประเภทของเครื่องมือและการตรวจสอบเครื่องมือตามลำดับ ดังนี้

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (ดังแสดงในภาคผนวก ค) โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเองประกอบด้วยข้อความ 10 ข้อโดยการเติมข้อความและสัญลักษณ์ในช่องว่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคเบาหวาน โรคประจำตัวอื่นๆ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด โดยข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและบันทึกข้อมูลลงแบบสอบถาม ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 3 นาที

ทั้งนี้รายละเอียดของขั้นตอนการสร้างแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเลือกข้อมูลส่วนบุคคลที่จำเป็นส่วนบุคคล ข้อมูลโรคเบาหวาน และการรักษา เพื่อใช้เป็นความรู้ประกอบการสร้างแบบสอบถาม

2. สร้างแบบสอบถามโดยข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำประกอบ ด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคเบาหวาน โรคประจำตัวอื่นๆ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ประสิทธิภาพการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี

1.2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เป็นแบบของ (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537) มีทั้งหมด 30 ข้อ เป็นคำตอบแบบ ใช่ กับ ไม่ใช่ ถ้าตอบ ไม่ใช่ ถ้าตอบ ไม่ใช่ ในข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 ได้ข้อละ 1 คะแนน ในส่วนของข้อที่เหลือ ข้อละ 1 คะแนน การแปลผลดังนี้

0 - 12 คะแนน ปกติ

13 - 18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression)

19 - 24 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression)

25 - 30 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)

ทั้งนี้แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) สร้างโดยรวมกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยา จำนวน 29 คน จาก 14 สถาบันโดยใช้ต้นแบบของแบบทดสอบ Geriatric Depression Scale: GDS ของ Yesavage แปลเป็นภาษาไทย โดย อรรพรรณ ลีทองอินทร์ ได้นำแบบวัดนี้ไปศึกษาความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มผู้สูงอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 275 คน จำแนกเป็นเพศหญิง 155 ราย เพศชาย 121 ราย ผลการวิเคราะห์พบว่ามีความตรงในเพศหญิง เท่ากับ .94 และในเพศชายเท่ากับ .91 และมีค่าความเที่ยงรวมของเครื่องมือเท่ากับ .93 แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ชุดนี้ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ได้แก่ การศึกษาของ จันจิรา กิจแก้ว และคณะ (2554) อีกทั้งมีค่าความตรงภายนอก (external validity) ค่าความตรงตามสภาพ (concurrent validity) และค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) อยู่ในเกณฑ์ดี รวมถึงมีความไว (sensitivity) ในการคัดกรองผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า โดยข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและบันทึกข้อมูลลงแบบสอบถาม ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 10 นาที

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรีของบอนนี่ (Bonny, 2002) ได้แก่ คู่มือดำเนินโปรแกรม



การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี สำหรับพยาบาลเพื่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า พร้อมแผ่นซีดี ดีวีดี และคู่มือแนะนำการใช้งาน โดยมีขั้นตอนในการสร้างโปรแกรมดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิชาการ รวมทั้งผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งเกี่ยวกับแนวคิดการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรี (Bonny, 2002) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในโรคเบาหวานอีกทั้งผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเองในการเป็นผู้เชี่ยวชาญในการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี โดยศึกษาเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการสร้างจินตภาพในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชวิถี เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์

**ขั้นตอนที่ 2** จัดทำโปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรี โดยกำหนดวัตถุประสงค์การประเมิน และรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ วางแผนการปฏิบัติงาน การดำเนินกิจกรรม การกำหนดเป้าหมาย ขั้นตอน รายละเอียดต่างๆของกิจกรรม สื่อและอุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม และการประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1) การกำหนดวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรี เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ การลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

2) การประเมินและรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้อมูลด้านประวัติ การเจ็บป่วยและการรักษาของแพทย์ โดยประเมินผู้สูงอายุที่คลินิกเบาหวาน พร้อมทั้งสอบถามข้อมูลทัศนคติ ทางด้านดนตรีของผู้สูงอายุ ประเมินความพร้อมในการทำกิจกรรม เช่น ความเหมาะสมข้อจำกัดของกิจกรรมในโปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรี

3) วิเคราะห์และวางแผนกิจกรรม โดยกำหนดวิธีการดำเนินโปรแกรม และรายละเอียดต่างๆของกิจกรรม พร้อมทั้งสื่อและอุปกรณ์ ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม โดยผู้วิจัยวางแผนดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรีเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ประยุกต์ ตามแนวคิดของ Bonny (2002) เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรีช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ โดยการส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลายแบบลึก ได้ปลดปล่อยความรู้สึก เกิดการพัฒนาความคิด พฤติกรรมและส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Bonny, 2002; Grocke, 2002) โดยมีขั้นตอนเตรียมเครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรี ประกอบไปด้วย คู่มือดำเนินโปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรี สำหรับพยาบาลเพื่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า พร้อมแผ่นซีดี ดีวีดี และคู่มือแนะนำการใช้งาน ดังนี้

3.1) เรียบเรียงบทบรรยายและสื่อ โดยการเขียน story board เพื่อเป็นกรอบแสดงเรื่องราวที่สมบูรณ์ของสื่อ โดยมีการแสดงรายละเอียดที่จะปรากฏในแต่ละฉากหรือแต่ละหน้าจอ เช่น ข้อความ ภาพ ภาพเคลื่อนไหว เสียงดนตรี เสียงพูดเป็นลำดับของการปรากฏว่าจะอะไรจะปรากฏขึ้น

ก่อน-หลัง อะไรจะปรากฏพร้อมกัน เป็นการออกแบบอย่างละเอียดในแต่ละหน้าจอก่อนที่จะลงมือสร้างสื่อออกมา

3.2) คัดเลือกผู้บรรยายเนื้อหาโดยคัดเลือกผู้ที่น่าเสียงมีพลัง ให้ความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ฟังแล้วช่วยให้เกิดความรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย 1 ท่านเพื่อเป็นผู้บรรยายเนื้อหาในการบันทึกซีดี วิธีสร้างการผ่อนคลายโดยการกำหนดลมหายใจร่วมกับการเกร็งคลายกล้ามเนื้อ และ ดิวิตี การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี หลังจากนั้นนำเนื้อหาที่ได้เข้าสู่กระบวนการบันทึกเสียง

3.3) ทำการบันทึกและตัดต่อเสียงก่อนนำบทบรรยายที่ได้ไปประกอบเพลงบรรเลง เพื่อช่วยส่งเสริมความรู้สึกผ่อนคลายและ ชักนำให้เกิดการสร้างจินตภาพ โดยดนตรีประกอบมีจังหวะ 60-80 ครั้งต่อนาที เป็นดนตรีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเนื่องมีความเร็วและความช้าของดนตรี (tempo) และมีระดับเสียง (pitch) หรือ ความถี่ของเสียงระดับปานกลาง ช่วยให้เกิดความรู้สึกสงบ มีสมาธิ ใกล้เคียงกับอัตราการเต้นของหัวใจ โดยกำหนดระยะเวลา 75-110 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื้อ 6-8 สัปดาห์ มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การเกริ่นนำ (prelude or preliminary discussion) ขั้นตอนที่ 2 การนำผู้รับบริการเข้าสู่การจัดกระทำ (induction) ขั้นตอนที่ 3 การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (music-imagery) ขั้นตอนที่ 4 ) การทบทวน สะท้อนคิด สรุปปิดท้าย (postlude or integration) ดังนั้นผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ ประยุกต์ และวางแผนดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดโดยกำหนดระยะเวลา 75-110 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื้อ 8 สัปดาห์ และได้กำหนดกิจกรรมตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเกริ่นนำ (prelude or preliminary discussion) กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ การชี้แจงรายละเอียดของการศึกษา การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ข้อขัดแย้งในจิตใจ การหารือเกี่ยวกับปัญหา ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (เวลาในการทำกิจกรรม 15-20 นาที ในสัปดาห์ที่ 1-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง)

ขั้นตอนที่ 2 การนำเข้าสู่การจัดกระทำ (induction) การแนะนำขั้นตอนของโปรแกรม การสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย (deep relaxation) ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การจัดทำให้อยู่ในท่าที่สุขสบายการใช้ผ้าปิดตาเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายมากที่สุด การใส่หูฟังชนิดครอบศีรษะ (headphones) เพื่อป้องกันเสียงรบกวนภายนอก การนำผู้ป่วยเข้าสู่การผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจเข้าออก ลึกๆ ช้าๆ การเกร็งคลายกล้ามเนื้อ ประกอบเพลงบรรเลงเบาๆ โดยเปิดซีดีวิธีสร้างการผ่อนคลายโดยการกำหนดลมหายใจร่วมกับการเกร็งคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งประกอบด้วยบทเพลงบรรเลง (green music) ของคุณจำรัส เสวตภรณ์ คือเพลงบรรเลงชุด ริมฝั่งน้ำเนรัญชรา (the naerunchara river) ได้แก่ เพลงสายธารธรรม ริมฝั่งเนรัญชรา เป็นดนตรีบรรเลงเพื่อให้เกิดสมาธิ เกิดความผ่อนคลาย ร่วมกับการเกร็งคลายกล้ามเนื้อและกำหนดลมหายใจ (เวลาในการทำกิจกรรม 15-20 นาที ในสัปดาห์ที่ 1-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง)

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (music-imagery) การฟังเสียงดนตรีบรรเลงพร้อมการฉายภาพธรรมชาติระหว่างการฉายภาพพร้อมกับเสียงดนตรี การพูดบรรยายชักนำให้ผู้สูงอายุเกิดการนึกคิด จินตนาการ การระบายความรู้สึก ความคิด ตามจินตภาพ โดยดนตรีที่ใช้ในขั้นตอนนี้ คือ เพลงบรรเลงชุด เช้าวันใหม่ (morning) ประกอบด้วยเพลง เก็บเกี่ยวเดินทางไกล เช้าวันใหม่ มิตรภาพ เมฆ สายวันที่ โดยคุณจำรัส เศรษฐาภรณ์ เป็นเพลงที่ฟังสบาย เพื่อการผ่อนคลายและช่วยกระตุ้นการสร้างจินตนาการ หรือจินตภาพ และเป็นเพลงประเภทผ่อนคลาย ทำนองช้า จังหวะอยู่ที่ 60-80 ครั้งต่อนาที เป็นดนตรีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเนื่องจากมีความเร็วและความช้าของดนตรี (tempo) และมีระดับเสียง (pitch) หรือ ความถี่ของเสียงระดับปานกลาง ช่วยให้เกิดความรู้สึกสงบ มีสมาธิ ใกล้เคียงกับอัตราการเต้นของหัวใจ ทำนองเพลง (melody) เป็นดนตรีที่เรียบง่าย สงบ เบาบาง และมีระดับเสียง (volume intensity) ปานกลางมีจังหวะเคาะในช่วงต้นของเพลงก่อให้เกิดความรู้สึกตื่นตัวเพื่อพร้อมในการเริ่มสร้างจินตภาพ ไม่มีเนื้อร้อง ทำให้มีสมาธิอยู่กับจังหวะและทำนอง ควบคุมลมหายใจและจินตนาการของตนเอง จังหวะ (rhythm) ของเพลงเป็นเพลงที่มีจังหวะ ช้า สม่่าเสมอ ทำให้เกิดความมั่นคง รู้สึกปลอดภัย ช่วยในการผ่อนคลาย ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ

ดนตรีจะมีผลต่อการรับรู้ ปรับเปลี่ยนอารมณ์ที่ระบบประสาท ระดับ cerebral cortex มีผลต่อ limbic system ซึ่งสมองซีกขวาจะเกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึก และความพึงพอใจ ทำให้ pituitary gland หลั่งสารที่ทำให้เกิดความสุข สงบ และผ่อนคลาย การรับฟังดนตรีประเภทผ่อนคลายดังกล่าวร่วมกับบทบรรยายชักนำให้เกิดจินตนาการ เสียงบรรยายโดย คุณกมลวรรณ นารอดภัย (นักร้อง และผู้มีประสบการณ์ในการบรรยายสื่อวีดิทัศน์) ภาพธรรมชาติที่สอดคล้องกับบทบรรยายช่วยให้เกิดการสร้างจินตนาการได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งภาพธรรมชาติที่สอดคล้องกับบทบรรยายชักนำให้ผู้สูงอายุไปสู่สถานที่ที่สวยงาม สงบ เช่น น้ำตกที่สวยงามในอ้อมกอดของป่าไม้ เพื่อให้ผู้ปวยเกิดความสุข ความพึงใจ เกิดจินตนาการโดยใช้ระบบประสาทสัมผัสทั้งห้าในการร่วมสร้างจินตภาพ ภาพเคลื่อนไหวทำให้ผู้ปวยรู้สึกเหมือนอยู่ในสถานที่จริง ภาพที่ใช้ในโปรแกรมนี้เลือกจากภาพถ่ายของผู้วิจัยและเพื่อน ได้แก่ ภาพน้ำตก ท้องฟ้า สำหรับภาพที่ได้มาจากอินเทอร์เน็ตจะให้เครดิตของผู้ถ่ายภาพในภาพเสมอ

อีกทั้งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรวบรวมบทเพลงที่ได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ทางด้านดนตรี และสอบถามจากผู้สูงอายุ ครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในบริบทเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นแนวทางในการเลือกบทเพลงสำหรับผู้สูงอายุในบริบทที่แตกต่างกันสามารถทำได้โดยการสอบถามจากผู้สูงอายุ ครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรจะเป็นดนตรีบรรเลงที่ฟังง่าย และก่อให้เกิดการผ่อนคลาย เกิดสมาธิ กระตุ้นให้เกิดการสร้างจินตภาพ ทั้งนี้บทเพลงบรรเลงที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ร่างจดหมายขอความอนุเคราะห์ขอใช้ดนตรีบรรเลงของบริษัท กรีน มิว

ลิก จำกัด และได้รับจดหมายตอบรับ อนุญาตให้ใช้บทเพลงบรรเลงของ บริษัท กรีน มิวสิก จำกัด จากคุณจรัส เสวตาภรณ์ กรรมการผู้จัดการ และผู้ประพันธ์ เป็นที่เรียบร้อย (ดังภาพผนวก ข) (เวลาในการทำกิจกรรม 30-40 นาที ในสัปดาห์ที่ 1-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง)

ขั้นตอนที่ 4 การทบทวน สะท้อนคิด สรุปปิดท้าย (postlude or integration) การพูดทบทวนสรุปในสิ่งที่ผู้สูงอายุได้พูดระบายความคิดออกมา การสะท้อนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็น การแสดงความรู้สึกที่มีต่อกิจกรรม (เวลาในการทำกิจกรรม 15-30 นาทีในสัปดาห์ที่ 1-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง)

**ขั้นตอนที่ 3** ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของกิจกรรมตั้งแต่การเตรียม ขั้นตอนและวิธีในการดำเนินกิจกรรม สื่อและอุปกรณ์ในการปฏิบัติกิจกรรม ระยะเวลาในการปฏิบัติกิจกรรม และการประเมินผล จากผู้ทรงคุณวุฒิ

2.2 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ที่แปลและเรียบเรียงโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) เป็นแบบประเมินการตัดสินค่าของตนเองตามความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อตนเอง เกี่ยวกับการรับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและผู้อื่น ความพึงพอใจในตนเอง ความสามารถในการพึ่งตนเอง การนับถือตนเอง ความภูมิใจในตนเอง เป็นแบบสอบถามที่มีทั้งหมด 10 ข้อ มีมาตราส่วนประมาณค่าทั้งหมด 4 ระดับ คือไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้เลยให้ 1 คะแนน จนถึงมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นตลอดเวลาให้ 4 คะแนน ทั้งนี้ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ ผู้วิจัยต้องกลับคะแนนก่อนรวมคะแนน โดยคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ช่วงเท่าๆกัน ดังนี้

10-20 คะแนน	หมายถึง	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ
21-30 คะแนน	หมายถึง	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
31-40 คะแนน	หมายถึง	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง

แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ที่แปล และเรียบเรียงโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) ชุดนี้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96 (จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ ภาวนา กิริติยวงศ์ และชนัดดา แนบเกษร, 2552)

อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้กำหนดการกำกับ การทดลอง การประเมินแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะดำเนินการประเมินในสัปดาห์สุดท้ายของการทดลองคือ สัปดาห์ที่ 8 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดให้มีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปเป็นการกำกับการทดลอง ซึ่งคิดเป็นคะแนนตั้งแต่ 21-40 คะแนนจะถือว่าผ่านเกณฑ์

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือต่างๆ ได้แก่ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

#### ความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลา ความสอดคล้องและความเหมาะสมระหว่างสื่อที่ใช้ และความเหมาะสมในการนำไปใช้ และนำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขให้ตรงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ประกอบไปด้วย

- 1) อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1 คน
- 2) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านดนตรีบำบัด 1 คน
- 3) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างจินตภาพ 1 คน
- 4) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน
- 5) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน 1 คน

ภายหลังการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะและมีข้อคิดเห็นเพื่อปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ทำวิจัยให้เหมาะสมมากขึ้น ดังนี้

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล คณะผู้ทรงคุณวุฒิคิดเห็นว่าเหมาะสม

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุของ คณะผู้ทรงคุณวุฒิให้ปรับคำชี้แจงในการบันทึกแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทยให้มีความชัดเจน ส่วนภาษาที่ใช้ในข้อคำถามเข้าใจง่าย ชัดเจน มีความเหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยถือเกณฑ์การยอมรับ Content Validity Index (CVI) เท่ากับหรือมากกว่า .80 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถามกับคำนิยาม หรือทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ (Polit and Hungler, 1999 อ้างใน อารีวรรณ อ่วมตานี, 2554) ดังนี้

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับนิยามเลย
  - 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม
  - 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม
  - 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับนิยาม
- การหาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากสูตร
- $$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

โดยผลการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ของแบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทยเท่ากับ .96

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี ได้แก่ คู่มือการดำเนินโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีสำหรับพยาบาล เพื่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยคู่มือการใช้แผ่น ซีดี ดีวีดี แผ่นซีดี วิธีสร้างการผ่อนคลายโดยการกำหนดลมหายใจเข้าออกร่วมกับการเกร็งคลายกล้ามเนื้อ 1 แผ่น แผ่นดีวีดี การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี 1 แผ่น ผลการตรวจสอบคือ คณะผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า รูปเล่ม สวยงาม แต่ควรระวังการนำภาพมาประกอบอาจมีลิขสิทธิ์ ตัวอักษรใหญ่ชัดเจนดี ให้ระวังการใช้คำผิด ประเด็นที่ควรทำให้ชัดเจน เช่น ก่อนการดำเนินการจะเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยอย่างไร เพราะใช้เวลานานเป็นชั่วโมงติดต่อกัน ป้องกันความเสี่ยงและพิทักษ์สิทธิ์ให้อย่างไร เพราะเป็นกลุ่มเปราะบาง ส่วนซีดี และดีวีดี ผู้บรรยาย น้ำเสียงเพราะ เหมาะสม แต่ การบรรยาย/อ่านค่อนข้างเร็ว รวด และเป็นคำๆ หรือวลีสั้นๆ ทำให้ข้อความขาดเป็นห่วงๆ สะดุด ไม่น่าฟัง อีกทั้ง การอัดเสียงค่อนข้างเบา

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน จากนั้นนำเครื่องมือที่แก้ไขปรับปรุงแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้

**การทดลองใช้** ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกเบาหวาน จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีในเรื่องของความเหมาะสมของภาษา รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลา ความสอดคล้องและความเหมาะสมระหว่างสื่อที่ใช้ และความเหมาะสมในการนำไปใช้ ผลการทดลองใช้พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีได้ทุกคน แต่ในขั้นตอนที่ 2 ได้แก่ การสร้างการผ่อนคลาย

คลาย ในเรื่องของการเกร็งคลายกล้ามเนื้อ บางท่าทางเป็นอุปสรรคต่อผู้สูงอายุ จึงปรับท่าทางตามสภาพร่างกายผู้สูงอายุแต่ละคน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ที่แปลและเรียบเรียงโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) คณะผู้ทรงคุณวุฒิให้ปรับภาษาที่ใช้ในข้อคำถามให้เข้าใจง่าย ชัดเจน เหมาะกับผู้สูงอายุ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยถือเกณฑ์การยอมรับ Content Validity Index (CVI) เท่ากับหรือมากกว่า .80 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถามกับคำนิยาม หรือทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ (Polit and Hungler, 1999 อ้างใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2554) โดยผลการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ของแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เท่ากับ .80

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 18 กันยายน พ.ศ.2557 ถึงวันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ.2557 ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี โดยดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยการเตรียมการดังนี้

#### ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. จัดทำแผนการทดลองเตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถีเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยโดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยที่ได้เสนอเพื่อขออนุญาตต่อคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถีเป็นที่เรียบร้อยแล้วเพื่อขออนุญาตทำการศึกษาโดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลองวันเวลาสถานที่

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานอย่างน้อย 2 ปี โดยมีความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

- 2.1 ชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง และการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำเกี่ยวกับการใช้แบบสอบถามต่างๆที่ใช้การทดลอง

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันในด้าน เพศ อายุ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดจำนวน 40 คน เลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีการดำเนินการ ดังนี้

3.1 กลุ่มทดลองผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ก่อนการทดลอง (pre-test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

3.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ก่อนการทดลอง (pre-test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

3.3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าโดยจับคู่ (matched pairs) เพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนโดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกันในอายุ เพศ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เนื่องจากอายุ เพศ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน (Egede and Zheng, 2003; Katon et al., 2004; Trief, 2006) โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันของอายุในช่วงเดียวกัน ตามเกณฑ์การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) แบ่งระยะเวลาการเป็นเบาหวานในช่วง 1-5 ปี 5-10 ปี และ 10 ปีขึ้นไป (วรทยา ทัดหล่อ และคณะ, 2555) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (hemoglobin A<sub>1c</sub>)

3.4 ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการจับคู่เข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนประชากรน้อย (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธ์, 2542)

## ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

**กลุ่มควบคุม** ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



2. ผู้วิจัยชี้แจงและให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติได้แก่ประเมินอาการทางด้านร่างกายด้านจิตใจการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การปฏิบัติของผู้ป่วยเบาหวานตามปัญหา การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การตรวจตา และการตรวจสุขภาพเท้า ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการภาวะเครียด และให้คำปรึกษาปัญหาแก่ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว

3. ผู้วิจัยนัดมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าอีกครั้ง (post-test)

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

**กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยทำการนัด วัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีในกลุ่มทดลอง โดยดำเนินโปรแกรมจำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละหนึ่งครั้ง ครั้งละ 75 - 110 นาที ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ (Mckinney, 2002; M-F Lin et al., 2009)

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามวัน เวลา และสถานที่ ซึ่งส่วนมากคือที่บ้านของผู้สูงอายุและเริ่มดำเนินโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

3.1 ขั้นเกริ่นนำ (prelude or preliminary discussion) มีจุดประสงค์เพื่อกล่าวสร้างสัมพันธภาพ โดยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ ทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาของการทำวิจัยครั้งนี้ พร้อมรับฟังปัญหาของผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 1-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ระยะเวลา 15 นาที

3.2 ขั้นนำเข้าสู่การจัดกระทำ (induction) มีจุดประสงค์เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย (deep relaxation) ให้แก่ผู้รับบริการเป็นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ขั้นสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอนต่างๆของโปรแกรมและเสริมสร้างความรู้สึกผ่อนคลายให้ผู้สูงอายุ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้รู้สึกผ่อนคลาย ผึกหายใจเข้าออก ลึกๆ ช้าๆ พร้อมกับการเกร็งคลายกล้ามเนื้อ ประกอบเพลงบรรเลงเบาๆในสัปดาห์ที่ 1-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ระยะเวลา 15-20 นาที โดยมีแนวทางในการฝึกการผ่อนคลาย ดังนี้ จัดเตรียมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมไม่ให้สว่างหรือมืดจนเกินไป ควบคุมอุณหภูมิภายในห้องให้เหมาะสมไม่ร้อนหรือเย็นจนเกินไป ปิดประตูห้องเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกรบกวนจากบุคคลอื่น จัดทำผู้สูงอายุให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย และให้ผู้ป่วยหลับตาหรือใช้ผ้าปิดตาเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายมากที่สุด หลังจากนั้นผู้สูงอายุใส่หูฟังชนิด

ครอบศีรษะ (headphones) เพื่อป้องกันเสียงรบกวนภายนอก เปิดแผ่นซีดีวีซีสร้างการผ่อนคลายโดยการกำหนดลมหายใจร่วมกับการเกร็งคลายกล้ามเนื้อ เพื่อนำผู้สูงอายุเข้าสู่การผ่อนคลาย

3.3 ขั้นสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (music-imagery) จุดประสงค์หลักคือการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี ในขั้นตอนนี้ผู้นำผ้าปิดตาออกหรือให้ผู้สูงอายุลืมตาหลังจากเสริมสร้างความรู้สึกผ่อนคลายแล้ว เปิดแผ่นซีดีวีซีสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี ผู้สูงอายุจะได้รับฟังเสียงดนตรีบรรเลงพร้อมกับการฉายภาพธรรมชาติซึ่งมีบทพูดบรรยายชักนำให้ผู้ป่วยเกิดการนึกคิด จินตนาการ ได้ระบายความรู้สึกออกมา โดยระหว่างผู้สูงอายุพูดระบายความคิด จินตภาพออกมานั้นผู้วิจัยต้องไม่แย่ง ไม่พูดแทรกขึ้นมาระหว่างนั้น ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เปิดเผยออกมาอาจประกอบไปด้วยอารมณ์ ความทรงจำในอดีต หรือแสดงออกทางร่างกาย เช่น สงบ เยือกเย็น หากมีอาการผิดปกติ เช่น ขมวดคิ้ว เหงื่อออก หายใจแรง กระสับกระส่าย ให้ผู้สูงอายุหยุดการทำกิจกรรมทันทีเพราะอาจเกิดการสร้างจินตภาพในทางลบ หรือเกิดภาพที่ไม่พึงพอใจ จึงเกิดอาการผิดปกติขึ้นมา ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ระยะเวลา 30-40 นาที

3.4 ขั้นสรุปปิดท้าย (postlude or integration) มีจุดประสงค์หลักเพื่อสะท้อนคิดกลับให้ผู้สูงอายุ ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยทำหน้าที่พูดทบทวน สะท้อนเรื่องราวต่างๆของผู้สูงอายุหลังจากที่ผู้สูงอายุผ่านประสบการณ์การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี พร้อมให้ความหมายของสถานการณ์นั้น สุดท้ายกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 1-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ระยะเวลา 15-30 นาที

4. ภายหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยประเมินแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพื่อเป็นตัววัด หรือ กำกับว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้โดยกำหนดให้มีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปเป็นการกำกับการทดลองซึ่งคิดเป็นคะแนนตั้งแต่ 21-40 คะแนนจะถือว่าผ่านเกณฑ์

5. เมื่อครบกำหนดการทดลองคือหลังกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมขอบคุณ

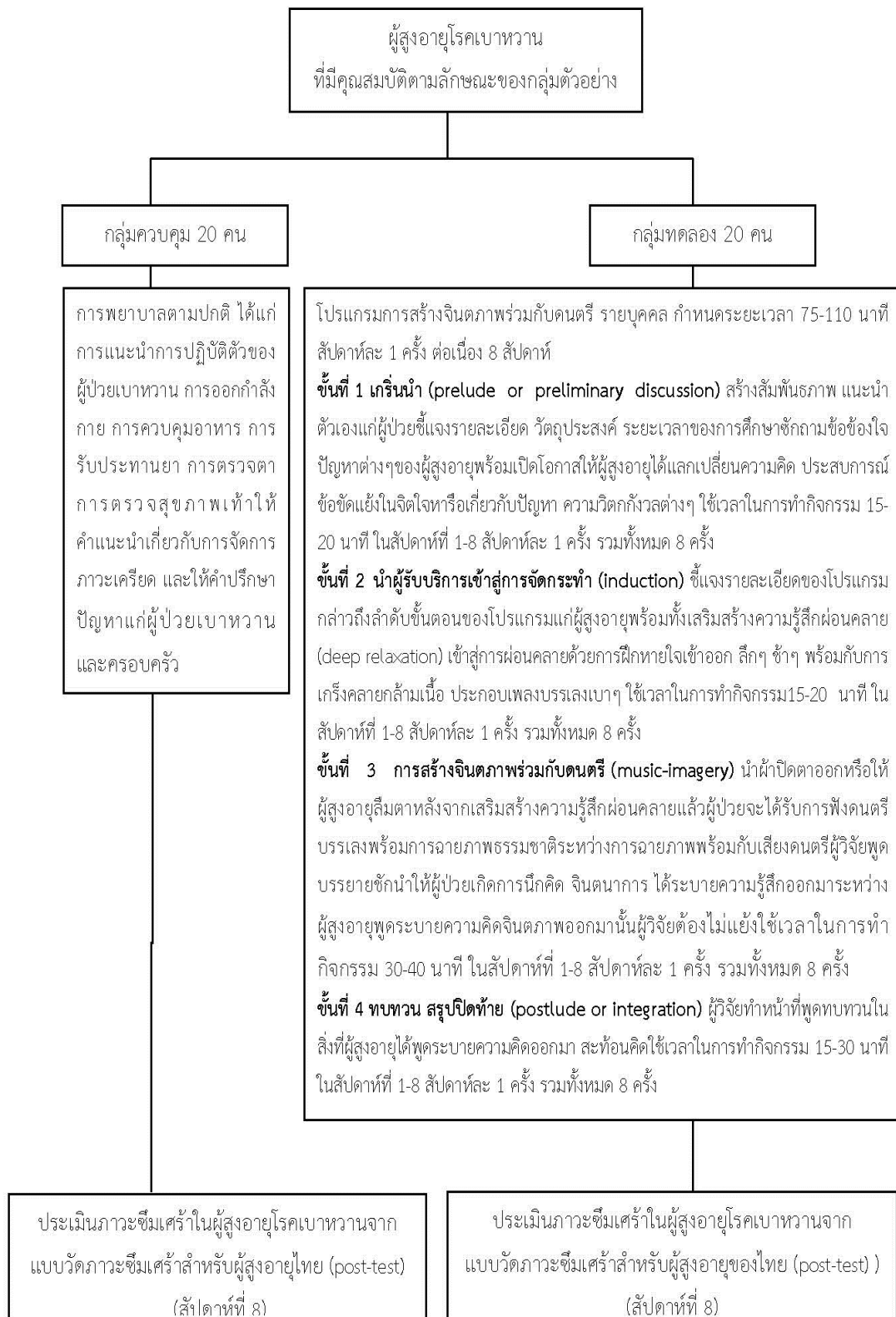
ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมภาพการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนดังแสดงไว้ในภาคผนวก จ

6. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### **ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง**

ผู้วิจัยพูดคุยซักถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยในครั้งนี้ พร้อมแสดงความขอบพระคุณ อีกทั้งผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 6



ภาพที่ 6 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

### ข้อสังเกตจากการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี

จากการดำเนินโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีผู้วิจัยมีข้อสังเกตหลายประการ อันจะเป็นประโยชน์ และแนวทางสำหรับผู้ที่จะนำกิจกรรมดังกล่าวไปใช้ มีดังนี้

1) **ขั้นเกริ่นนำ (prelude or preliminary discussion)** มีดังนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตั้งใจ และให้ความสนใจรับฟังเมื่อผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และภาพรวมผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชายมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้วิจัยทั้งนี้ใน 1 – 2 ครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี ผู้สูงอายุอาจมีการพูดคุยกับผู้วิจัยน้อยเมื่อได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีในครั้งที่ 3 เป็นต้นไปสัมพันธภาพเริ่มดีขึ้นอาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ การยอมรับ และความเชื่อถือ ผู้สูงอายุจะเรื่องกล่าวทักทายผู้วิจัยด้วยความเป็นกันเอง ผู้วิจัยและผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในที่สุด

### 2) **ขั้นนำเข้าสู่การจัดกระทำ (induction)** มีดังนี้

ผู้สูงอายุบางรายอยู่ในท่านั่งหรือนอนบนโซฟา เก้าอี้นุ่ม บางรายนอนราบบนเตียง ผู้สูงอายุบางรายลืมตาในระยะแรก และเริ่มหลับตาลงตามบทบรรยายในซีดี วิธีสร้างการผ่อนคลายด้วยการหายใจเข้าออกร่วมกับการเกร็งคลายกล้ามเนื้อ บางรายนำผ้าขนหนูมาปิดตา ในการได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีใน 1-2 ครั้งแรก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังเกร็งคลายกล้ามเนื้อตามบทบรรยายไม่ถูกต้องบางรายทำผิดข้าง แต่เมื่อได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีในครั้งต่อไปเริ่มปฏิบัติถูกต้อง ผู้สูงอายุบางรายมีข้อจำกัดในเกร็งคลายกล้ามเนื้อบางท่าทาง เช่น บางวันมีอาการปวดข้อเข่า จึงต้องงดการเกร็งคลายกล้ามเนื้อส่วนที่จะส่งผลต่อการเจ็บปวดของตนเอง ทั้งนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สุดลมหายใจเข้าลึกๆและผ่อนคลายใจออกเบาๆในขณะดำเนินกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง ให้ความสนใจและความร่วมมือปฏิบัติในขั้นตอนนี้เป็นอย่างดี หลังจบการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนดังกล่าวผู้สูงอายุมีสีหน้าสดชื่น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ กล่าวออกมาว่า ชอบ รู้สึกผ่อนคลายและสบายมาก

### 3) **ขั้นสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (music-imagery)** มีดังนี้

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ สามารถระบายความรู้สึกเล่าเรื่องราวที่น่าประทับใจ เรื่องราวที่ดีในชีวิต ที่ทำให้ตัวเองรู้สึกมีคุณค่า บางรายเล่าเรื่องราวที่ตนเองทุกซอกซี้ดที่ยังไม่เคยเล่าให้ใครฟังออกมา อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนมากสามารถเข้าถึงจินตนาการตามเรื่องราวต่างๆในบทบรรยาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยิ้ม บางรายเคาะมือ และเคาะเท้าตามจังหวะเพลง บางรายพูดถึงเรื่องราวในอดีตในสถานที่และภาพที่ปรากฏออกมา เช่น ภาพน้ำตก ภาพดอกไม้ เป็นต้น หลังจบการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้ผู้สูงอายุมีสีหน้าสดชื่น และส่วนใหญ่กล่าวว่า สบายใจ ได้ระบายความรู้สึก ให้ความรู้สึกราวกับว่าเราได้อยู่ในสถานที่สวยงามนั้นจริงๆเสียงเพลงเป็นธรรมชาติ ไพเราะมีเสียงของนก และลำธารเหมือนได้ไปอยู่ที่ตรงนั้นจริงๆ ทั้งนี้ในแต่ละครั้งที่ผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี ผู้สูงอายุส่วน

ใหญ่เล่าเรื่องราวที่ตนประทับใจ และระบายความรู้สึกออกมาไม่ซ้ำกันในแต่ละครั้ง โดยภาพรวมผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมนี้เป็นอย่างดี จากการสังเกตพบว่าการได้รับการโปรแกรม 1-2 ครั้งแรก ผู้สูงอายุเพศชาย จะค่อนข้างเก็บความรู้สึกของตัวเองจะเริ่มเล่าระบายความสุข ความประทับใจ หรือเรื่องราวต่างๆในครั้งต่อไป ต่างจากผู้สูงอายุเพศหญิงที่จะระบายความรู้สึกของตนเองตั้งแต่ครั้งแรก

#### 4) ขั้นสรุปปิดท้าย (postlude or integration) มีดังนี้

ผู้สูงอายุบางรายเล่าเรื่องราวความสุข ความประทับใจในชีวิต และระบายความรู้สึกต่อเนื่องเมื่อผู้วิจัยได้ทบทวนสะท้อนคิดกลับไปให้ผู้รับบริการ สะท้อนเรื่องราวต่างๆที่ผู้สูงอายุได้ระบายออกมา โดยผู้วิจัยไม่แสดงความรู้สึกของตนเองออกมามากกว่าเนื้อหาสาระ แสดงถึงความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสีหน้าตั้งใจ สนใจรับฟังสิ่งที่ผู้วิจัยสะท้อนคิด และตอบคำถามได้ บางรายบอกว่าเข้าใจความรู้สึกตัวเองมากขึ้น สามารถเผชิญกับความรู้สึกตัวเองได้ บางรายพบว่าตนเองกังวลกับอายุที่เพิ่มมากขึ้น สุขภาพที่เสื่อมโทรมจนต้องเป็นภาระลูกหลาน เช่น เรื่องการเป็นโรคเบาหวาน เรื่องสุขภาพและอายุที่เพิ่มขึ้นทุกวัน เหมือนเป็นภาระให้ลูกหลาน บางรายพบข้อดีของตนเองว่าถึงตนจะมีโรคประจำตัวแต่ก็ยังสามารถดูแลตนเองได้

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS/FW (Statistical package for the social science for windows) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีของกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Pair t-test Statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบ (Independent t-test Statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี และเพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยจับคู่ให้มีลักษณะเหมือนหรือใกล้เคียงกันตามกำหนดได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ประกอบด้วย 3 ส่วน ตามลำดับดังนี้

**ส่วนที่ 1** ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี

**ส่วนที่ 2** เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี

**ส่วนที่ 3** เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ส่วนที่ 1** ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรี มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังตารางที่ 4 และตารางที่ 5

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มควบคุม จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=20)

ระดับภาวะซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ	-	00.00	7	35.00
ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	18	90.00	10	50.00
ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	2	10.00	3	15.00

จากตารางที่ 4 พบว่าก่อนการทดลอง มีผู้สูงอายุโรคเบาหวานของกลุ่มควบคุมที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยจำนวน 18 คน (ร้อยละ 90.00) และระดับปานกลางจำนวน 2 คน (ร้อยละ 10.00) ภายหลังกการทดลอง มีผู้สูงอายุโรคเบาหวานของกลุ่มควบคุมที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติจำนวน 7 คน (ร้อยละ 35.00) ระดับเล็กน้อยจำนวน 10 คน (ร้อยละ 50.00) และระดับปานกลางจำนวน 3 คน (ร้อยละ 15.00)

**ตารางที่ 5** จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=20)

ระดับภาวะซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ	-	00.00	19	95.00
ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	16	80.00	1	5.00
ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	4	20.00		

จากตารางที่ 5 พบว่าก่อนการทดลอง มีผู้สูงอายุโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยจำนวน 16 คน (ร้อยละ 80.00) และระดับปานกลางจำนวน 4 คน (ร้อยละ 20.00) ภายหลังกการทดลอง มีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติจำนวน 19 (ร้อยละ 95.00) คน และระดับเล็กน้อยจำนวน 1 คน (ร้อยละ 5.00)

## ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (n=20)

ภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	15.65	3.18	19	13	0.000
หลังการทดลอง	7.45	3.42			

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีมีค่าเท่ากับ 15.65 (SD=3.18) ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีค่าเฉลี่ยคะแนนภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีลดเหลือเท่ากับ 7.45 (SD=3.42) และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีน้อยลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี



ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (n=20) กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=20)

ภาวะซึมเศร้า		$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	15.65	3.18	38	1.18	.246
	กลุ่มควบคุม	14.55	2.70			
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	7.45	3.43	38	4.62	0.000
	กลุ่มควบคุม	13.85	5.16			

จากตาราง 7 พบว่าก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 15.65 (SD=3.18) และกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 14.55 (SD=2.70) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 7.45 (SD= 3.43) และกลุ่มควบคุมซึ่งมีค่าเท่ากับ 13.85 (SD=5.16) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุโรคเบาหวานของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (The pretest–posttest control group design)

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี
3. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ประชากร** ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่มารับการตรวจที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา สถานที่ ปกติ และสามารถสื่อสารได้อย่างถูกต้อง และมีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินโดยแบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (TGDS) (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537) พบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลางมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 13-24 คะแนน

**กลุ่มตัวอย่าง** ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับการตรวจที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา สถานที่ ปกติ และสามารถสื่อสารได้อย่างถูกต้อง และมีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินโดยแบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (TGDS) โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) พบว่ามี

ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลางมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 13-24 คะแนน จำนวน 40 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังต่อไปนี้

#### คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน
3. ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางโดยได้รับการประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale) โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) เกณฑ์ในการประเมินแบบทดสอบ คือ ผู้สูงอายุได้คะแนนระหว่าง 13-24 คะแนน
4. ไม่ได้รับประทานยาต้านเศร้า (antidepressant)
5. มีความสามารถในการรับรู้ สื่อสารได้อย่างถูกต้อง ไม่มีปัญหาการได้ยิน
6. ผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องช่วยฟัง
6. การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา สถานที่ และบุคคลปกติ
5. ไม่เจ็บป่วยรุนแรง ที่เป็นอันตราย หรือเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม
7. ยินดีร่วมมือในการทำวิจัยตามแบบขอความร่วมมือ เป็นผู้เข้าร่วมในการวิจัยและคำให้การคุ้มครองสิทธิ
8. ได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้

#### การคัดเลือกรอกจากกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ หายใจเร็วหรือช้ากว่าปกติ ความดันโลหิตสูงหรือต่ำกว่าปกติ ติดเชื้อภายในเวลา 24-48 ชั่วโมง จนไม่พร้อมสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีได้ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามปกติ
2. ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 6 ครั้ง

#### การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power of test) กำหนดอำนาจทดสอบ .90 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 36 คน (Burn and Grove, 2005) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มควบคุม 18 คน ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติซึ่งมีผลต่ออำนาจทดสอบ ทำให้อำนาจทดสอบเพิ่มขึ้น และส่งผลต่อค่าความแปรปรวน ทำให้ความแปรปรวนลดลง ดังนั้นค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดี

ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยนำเสนอประเภทของเครื่องมือและการตรวจสอบเครื่องมือตามลำดับ ดังนี้

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (ดังแสดงในภาคผนวก ค) โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ โดยการเติมข้อความและสัญลักษณ์ในช่องว่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคเบาหวาน โรคประจำตัวอื่นๆ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

1.2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เป็นแบบประเมินความเศร้าของผู้สูงอายุไทย (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537) มีทั้งหมด 30 ข้อ เป็นคำตอบแบบ ใช่ กับ ไม่ใช่ ทั้งนี้แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) สร้างและพัฒนาโดยการรวมกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยา จำนวน 29 คน จาก 14 สถาบันโดยใช้ต้นแบบของแบบทดสอบ Geriatric Depression Scale: GDS ของ Yesavage แปลเป็นภาษาไทย โดย อรรพรรณ ลีทองอินทร์

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการดำเนินโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี สำหรับพยาบาลเพื่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานพร้อมแผ่นซีดี ดีวีดี และคู่มือแนะนำการใช้งานเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน ประยุกต์แนวความคิดการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรีของบอนนี่ (Bonny, 2002)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนและได้นำโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างเพื่อตรวจสอบความเหมาะสม ความถูกต้อง และความชัดเจนของภาษาก่อนนำไปใช้จริงในกลุ่มตัวอย่าง

2.2 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ที่แปลและเรียบเรียงโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) เป็นแบบประเมินการตัดสินค่าของตนเองตามความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อตนเอง เกี่ยวกับการรับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและ

ผู้อื่น ความพึงพอใจในตนเอง ความสามารถในการพึ่งตนเอง การนับถือตนเอง ความภูมิใจในตนเอง เป็นแบบสอบถามที่มีทั้งหมด 10 ข้อ มีมาตราส่วนประมาณค่าทั้งหมด 4 ระดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 18 กันยายน พ.ศ.2557 ถึงวันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ.2557 โดยดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังนี้

#### ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. จัดทำแผนการทดลองเตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถีเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยโดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยที่ได้เสนอเพื่อขออนุญาตต่อคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถีเป็นที่เรียบร้อยแล้วเพื่อขออนุญาตทำการศึกษาโดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลองวันเวลาสถานที่

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานอย่างน้อย 2 ปี โดยมีความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

2.1 ชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง และการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำเกี่ยวกับการใช้แบบสอบถามต่างๆที่ใช้การทดลอง

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันในด้าน เพศ อายุ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด จำนวน 40 คน เลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวันเวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีการดำเนินการ ดังนี้

3.1 กลุ่มทดลองผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ก่อนการทดลอง (pre-test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

3.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ก่อนการทดลอง (pre-test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

3.3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าโดยจับคู่(matched pairs) เพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนโดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกันในอายุ เพศ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เนื่องจากอายุ เพศ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน (Egede and Zheng, 2003; Katon et al., 2004; Trief, 2006) โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันของอายุในช่วงเดียวกัน ตามเกณฑ์การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) แบ่งระยะเวลาการเป็นเบาหวานในช่วง 1-5 ปี 5-10 ปี และ 10 ปีขึ้นไป (วรัทยา ทัดหล่อ และคณะ, 2555) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (hemoglobin A<sub>1c</sub>)

3.4 ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการจับคู่เข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนประชากรน้อย (บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธ์, 2542)

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยชี้แจงและให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติได้แก่ประเมินอาการทางด้านร่างกายด้านจิตใจการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การปฏิบัติของผู้ป่วยเบาหวานตามปัญหา การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การตรวจตา การตรวจสุขภาพเท้า ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการภาวะเครียด และให้คำปรึกษาปัญหาแก่ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว

3. ผู้วิจัยนัดมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าอีกครั้ง (post-test)

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยทำการนัด วัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีในกลุ่มทดลอง โดยดำเนินโปรแกรมจำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละหนึ่งครั้ง ครั้งละ 75 - 110 นาที ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ (Mckinney, 2002; M-F Lin et al., 2009)

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามวัน เวลา และสถานที่ ซึ่งส่วนมากคือที่บ้านของผู้สูงอายุเอง และเริ่มดำเนินโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

3.1 ขั้นเกริ่นนำ (prelude or preliminary discussion) มีจุดประสงค์เพื่อกล่าวสร้างสัมพันธภาพ โดยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ ทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาของการทำวิจัยครั้งนี้ พร้อมรับฟังปัญหาของผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 1-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ระยะเวลา 15 นาที

3.2 ขั้นนำเข้าสู่การจัดกระทำ (induction) มีจุดประสงค์เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย (deep relaxation) ให้แก่ผู้สูงอายุเป็นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ขั้นสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอนต่างๆของโปรแกรมและเสริมสร้างความรู้สึกผ่อนคลายให้ผู้สูงอายุ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้รู้สึกผ่อนคลาย ผึกหายใจเข้าออก ลึกๆ ช้าๆ พร้อมกับการเกร็งคลายกล้ามเนื้อ ประกอบเพลงบรรเลงเบาๆในสัปดาห์ที่ 1-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ระยะเวลา 15-20 นาที โดยมีแนวทางในการฝึกการผ่อนคลาย ดังนี้ จัดเตรียมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมไม่ให้สว่างหรือมืดจนเกินไป ควบคุมอุณหภูมิภายในห้องให้เหมาะสมไม่ร้อนหรือเย็นจนเกินไป ปิดประตูห้องเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกรบกวนจากบุคคลอื่น จัดทำผู้สูงอายุอยู่ในท่าที่สุขสบาย และให้ผู้สูงอายุหลับตา หรือใช้ผ้าปิดตาเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายมากที่สุด หลังจากนั้นผู้สูงอายุใส่หูฟังชนิดครอบศีรษะ (headphones) เพื่อป้องกันเสียงรบกวนภายนอก เปิดแผ่นซีดีวิธีสร้างการผ่อนคลายโดยการกำหนดลมหายใจร่วมกับการเกร็งคลายกล้ามเนื้อ เพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่การผ่อนคลาย

3.3 ขั้นสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (music-imagery) จุดประสงค์หลักคือการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี ในขั้นตอนนี้แนะนำให้ผู้ป่วยลืมตาหลังจากเสริมสร้างความรู้สึกผ่อนคลายแล้ว เปิดแผ่นซีดีวิธีการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี ผู้สูงอายุจะได้รับฟังเสียงดนตรีบรรเลงพร้อมกับการฉายภาพธรรมชาติซึ่งมีบทพูดบรรยายชักนำให้ผู้ป่วยเกิดการนึกคิด จินตนาการ ได้ระบายความรู้สึกออกมา โดยระหว่างผู้สูงอายุพูดระบายความคิด จินตภาพออกมานั้นผู้วิจัยต้องไม่แย่ง ไม่พูดแทรกขึ้นมาระหว่างนั้น ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เปิดเผยออกมาอาจประกอบไปด้วย

อารมณ์ความทรงจำในอดีตหรือแสดงออกทางร่างกาย เช่น สงบ เยือกเย็น หากมีอาการผิดปกติ เช่น ขมวดคิ้ว เหงื่อออก หายใจแรง กระสับกระส่ายให้ผู้ป่วยหยุดการทำกิจกรรมทันทีเพราะอาจเกิดการสร้างจินตภาพในทางลบ หรือเกิดภาพที่ไม่พึงพอใจ จึงเกิดอาการผิดปกติขึ้นมา ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ระยะเวลา 30-40 นาที

3.4 ขั้นสรุปปิดท้าย (postlude or integration) มีจุดประสงค์หลักเพื่อสะท้อนคิดกลับให้ผู้สูงอายุ ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยทำหน้าที่พูดทบทวน สะท้อนเรื่องราวต่างๆของผู้สูงอายุหลังจากที่ผู้สูงอายุผ่านประสบการณ์การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี พร้อมให้ความหมายของสถานการณ์นั้น สุดท้ายกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 1-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ระยะเวลา 15-30 นาที

4. ภายหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยประเมินแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพื่อเป็นตัววัด หรือ กำกับว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้โดยกำหนดให้มีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปเป็นการกำกับการทดลองซึ่งคิดเป็นคะแนนตั้งแต่ 21-40 คะแนนจะถือว่าผ่านเกณฑ์

5. เมื่อครบกำหนดการทดลองคือหลังกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมขอบคุณ

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมภาพการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนดังแสดงไว้ในภาคผนวก จ

6. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยพูดคุยซักถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยในครั้งนี้ พร้อมแสดงความขอบพระคุณ อีกทั้งผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS/FW (Statistical package for the social science for windows) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีของกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Pair t-test Statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบ (Independent t-test Statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีภายหลังการทดลองมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีภายหลังการทดลองมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุที่มาตรวจเบาหวานที่ คลินิกโรคเบาหวานมีระดับภาวะซึมเศร่าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มนี้ (จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ ภาวนา กิริติยวงศ์ และชนิดดา แนบเกษร, 2552; วิทยา ทัดหล่อ และคณะ, 2555) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 ซึ่งโดยทั่วไปเพศหญิงจะมีอารมณ์ซึมเศร่ามากกว่าเพศชาย (Wangtongkum et al., 2008) ทั้งนี้เพศหญิงมีความอ่อนไหวทางอารมณ์ ครุ่นคิดเรื่องต่างๆที่ต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม อนาคต มากกว่าเพศชายซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร่าได้มากกว่าเพศชาย (จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และ คณะ, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ Egede and Zheng, 2003 ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร่ามากกว่าเพศชาย 1.7 เท่า ผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงจึงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร่ามากกว่าเพศชาย ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่าในระหว่างวันผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่เพียงลำพัง อาจมีบางรายที่อยู่กับพี่เลี้ยง หรือผู้ดูแลที่ไม่ใช่บุตรหลานของตนเนื่องจากบุตรหลานออกไปทำงานนอกบ้าน หรืออาศัยอยู่คนละบ้าน ด้วยเหตุดังกล่าวอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร่าได้ นอกจากนี้จากการศึกษาครั้งนี้พบผู้สูงอายุที่มีสถานะหม้ายร้อยละ 15 ซึ่งจากการศึกษาของ Cacioppo และคณะ (2009) ได้กล่าวว่าการสูญเสียที่ส่งผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุ คือ การเสียชีวิต การจากไปของคู่สมรส ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Francisco and Cardeil (2001) พบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสหม้าย และเป็นผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร่าได้มาก เนื่องจาก ผู้ป่วยรู้สึกขาดที่พึ่ง ขาดคนดูแล รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง อีกทั้งพบว่าร้อยละ 75 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10

ปี ซึ่งการศึกษาของ Gardunu, Tellez and Hernandez (1998) พบว่า ระยะเวลาของการเป็นเบาหวาน (duration of diabetes) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซิมเศร่าในผู้สูงอายุ ยิ่งระยะเวลาการเป็นโรคนานเท่าไรก็มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซิมเศร่ามากขึ้น กล่าวคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาการเป็นโรคนาน มีโอกาสเกิดภาวะซิมเศร่าได้มากกว่าผู้ที่เป็นเบาหวานในระยะแรก เนื่องมาจากความเบื่อหน่าย ท้อแท้ กับการดูแลสุขภาพมาเป็นระยะเวลายาวนาน อีกทั้งระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสเกิดภาวะซิมเศร่ามากยิ่งขึ้น (Clouse et al., 2003)

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซิมเศร่าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

ภาวะซิมเศร่าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรีลดลงซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซิมเศร่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรีลดลงเท่ากับ 7.45 จากเดิม 15.65 คะแนน ซึ่งผลคะแนนเฉลี่ยภาวะซิมเศร่าของอยู่ในระดับปกติ

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1** ภาวะซิมเศร่าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรีน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรี

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซิมเศร่าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลคะแนนเฉลี่ยภาวะซิมเศร่าในการศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซิมเศร่าหลังได้รับโปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรีของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 7.45 และ 15.65 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับแล้วคะแนนเฉลี่ยภาวะซิมเศร่าของกลุ่มทดลองก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรีอยู่ในระดับเล็กน้อย ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซิมเศร่าของกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรีอยู่ในระดับปกติ

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2** ภาวะซิมเศร่าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซิมเศร่าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายได้ ดังต่อไปนี้

ผลคะแนนเฉลี่ยภาวะซิมเศร่าในการศึกษาครั้งนี้พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซิมเศร่าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซิมเศร่าเท่ากับ 7.45 และ 13.85 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 8) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับแล้ว

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรีอยู่ในระดับปกติ ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอยู่ในระดับเล็กน้อย

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกิดได้ทั้งจากพยาธิสรีระวิทยาของระบบประสาทต่อมไร้ท่อที่ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจิตใจและสังคมที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง (จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ ภาวนา กิริติยุตวงศ์ และชนิดดา แนบเกษร, 2552; วิทยา ทัดหล่อ และคณะ, 2555; Sampao, 2005; Ward, 2008) ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานนั้นทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียสถานภาพบทบาททางสังคม ขาดการติดต่อเพื่อนทำให้สูญเสียความภูมิใจในตนเอง มองตนเองในแง่ลบ (Trief, 2007) การจัดการกับภาวะซึมเศร้าโดยใช้การสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรี (Guided Imagery and Music: GIM) เป็นกิจกรรมอีกรูปแบบหนึ่งที่สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

ผลการวิจัยดังกล่าวอธิบายได้จากแนวคิดการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรี ตามแนวคิดของบอนนี่ (Bonny, 2002) กล่าวคือ เทคนิคการบำบัดที่ได้รับรวมระหว่างการสร้างจิตภาพและดนตรีเข้าไว้ด้วยกันในขั้นตอนการบำบัด โดยได้รับอิทธิพลมาจากจิตวิทยามนุษยนิยม (humanistic psychology movement) และแนวคิดของมาสโลว์ (Maslow's concept of peak experience) อีกทั้งมีพื้นฐานจากจิตบำบัดแบบพลวัตทางจิต (psychodynamic psychotherapy) ซึ่งมุ่งเน้นการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของมนุษย์ที่เกิดจากความขัดแย้งภายในจิตใจที่ระดับจิตใต้สำนึก (unconscious) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและแก้ไขสาเหตุความขัดแย้งในจิตใจ ช่วยให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหา มีกลไกในการแก้ไขปัญหา และมีการปรับตัวที่ดีขึ้น สามารถลดความตึงเครียด และสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้ จึงส่งผลให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น (อรรถพรณ ถีบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ถีบุญธวัชชัย, 2553)

ทั้งนี้การเข้าใจการทำงานของจิตใต้สำนึก (unconscious) ศึกษาได้จากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก ได้แก่ การพูดระบายความในใจ (free association) การจินตนาการจากการฉายภาพรูปภาพ หรือเรียกว่าการจินตภาพนั้นสามารถช่วยแก้ไขและเปิดเผยการเก็บกดทำให้พลังของจิตใต้สำนึกน้อยลงและอีโก้เข้มแข็งขึ้น (ศรีพิมล ดิษย์บุตร, 2554) ซึ่งหากความต้องการของอีโก้ (ego need) เข้มแข็งขึ้นจะทำให้รู้สึกว่าคุณค่าเพิ่มขึ้นด้วย (จันทิมา องค์กรโชค, 2545) และเนื่องจาก Bonny (2002) กล่าวว่า การสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรีสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ โดยช่วยส่งเสริมในเรื่องของการพัฒนาความคิด พฤติกรรม อารมณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เนื่องจากประสบการณ์ในการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรีนี้จะช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากการสร้างจิตภาพ (imagery) ร่วมกับเสียงของดนตรี (music) นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าที่ดีขึ้นได้ (Bonny, 2002; Grocke, 2002) โดยปรากฏออกมาในรูปแบบของการ

ส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลายแบบลึก (deep relaxation) การสำรวจจิตใจสำนึกของตนเองด้วยการมองเห็นภาพ (visualisation) หรือการจินตภาพ ร่วมกับการฟังเสียงดนตรี (music)

โดยการสร้างจินตภาพก่อให้เกิดจินตนาการ จะกระตุ้นการทำงานของสมองซีกขวาให้มีการใช้ความคิด มองเห็นภาพ ส่งผลต่อการทำงานของสมองส่วน Limbic ที่มีหน้าที่ในการประมวลอารมณ์ และความพึงพอใจ ก่อให้เกิดการผ่อนคลาย (McKinney et al., 1997) เมื่อร่างกายเกิดการผ่อนคลายจากการสร้างจินตภาพร่วมกับการได้ยินเสียงของดนตรี จะกระตุ้นการทำงานของสารสื่อประสาท ได้แก่ serotonin และไปกระตุ้นสมองส่วนหน้าให้หลั่งสาร Endorphin ออกมาเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ (Winkelman, 2003) อีกทั้งการได้ยินเสียงดนตรี และ ประสาทสัมผัสจากการกระตุ้นของการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีช่วยเบี่ยงเบนอารมณ์ซึมเศร้า สิ้นหวังหรือหดหูได้ (Bonny, 2002; McKinney et al., 1997)

โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีหรือ Guided Imagery and Music (GIM) (Bonny, 1970 cited in Wigram and Backer, 1999; Bonny, 2002) สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ เพราะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาความคิด พฤติกรรม อารมณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้ดีขึ้น (Bonny, 2002; Grocke, 2002) และเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ปรากฏออกมาในรูปแบบของการส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลายแบบลึก (deep relaxation) การสำรวจจิตใจสำนึกของตนเองด้วยการมองเห็นภาพ การมองเห็นภาพ (visualisation) หรือการจินตภาพ ร่วมกับการฟังเสียงของดนตรี (music) โดยการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี แบ่งได้เป็น 4 ขั้นตอน (Bonny, 2002) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเกริ่นนำ (prelude or preliminary discussion) กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ การชี้แจงรายละเอียด ของการศึกษา การแลกเปลี่ยนความคิด ประสบการณ์ ข้อขัดแย้ง ในจิตใจ การหารือเกี่ยวกับปัญหา ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (เวลาในการทำกิจกรรม 15-20 นาที ในสัปดาห์ที่ 1-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง)

ขั้นตอนที่ 2 การนำผู้รับบริการเข้าสู่การจัดกระทำ (induction) การแนะนำขั้นตอนของโปรแกรม การสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย (deep relaxation) ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การจัดทำให้อยู่ในท่าที่สุขสบายการใช้ผ้าปิดตาเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายมากที่สุด การใส่หูฟังชนิดครอบศีรษะ (headphones) เพื่อป้องกันเสียงรบกวนภายนอก การนำผู้ป่วยเข้าสู่การผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจเข้าออก ลึกๆ ช้าๆ การเกร็งคลายกล้ามเนื้อ ประกอบเพลงบรรเลงเบาๆ (เวลาในการทำกิจกรรม 15-20 นาที ในสัปดาห์ที่ 1-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง)

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (music-imagery) การฟังเสียงดนตรีบรรเลงพร้อมการฉายภาพธรรมชาติระหว่างฉายภาพพร้อมกับเสียงดนตรี การพูดบรรยายชักนำให้

ผู้สูงอายุเกิดการนึกคิด จินตนาการ การระบายความรู้สึก ความคิดตามจินตภาพ (เวลาในการทำกิจกรรม 30-40 นาที ในสัปดาห์ที่ 1-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง)

ขั้นที่ 4 การทบทวน สรุปปิดท้าย (postlude or integration) การพูดทบทวนสรุปในสิ่งที่ผู้สูงอายุได้พูดระบายความคิดออกมา การสะท้อนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็น การแสดงความรู้สึกที่มีต่อกิจกรรม (เวลาในการทำกิจกรรม 15-30 นาทีในสัปดาห์ที่ 1-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง)

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกระบวนการและขั้นตอนดังกล่าวมาวิเคราะห์และประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีให้เหมาะสมต่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อช่วยส่งเสริมในเรื่องของการพัฒนาความคิด พฤติกรรม อารมณ์ และ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เนื่องจากประสบการณ์ในการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีนี้จะช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายแบบลึก (deep relaxation) ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ในที่สุด

ผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chou และ Lin (2006) ที่สนับสนุนว่า การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ โดยศึกษาประสบการณ์ระหว่างการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า คลินิกจิตเวชเพื่อสำรวจประสบการณ์ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยทำกิจกรรมกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารายบุคคล ตัวต่อตัวกับผู้บำบัด จากการศึกษาสามารถแบ่งจัดประสบการณ์ได้ 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) ความสบาย หลงใหลในภาพธรรมชาติอย่างมาก 2) ให้ความรู้สึกเหมือนอยู่ในความฝัน 3) ดึงความทรงจำ ประสบการณ์ที่ผ่านมาออกมาได้ 4) ชอบในท่วงทำนอง เสียงของดนตรี 5) มีการผ่อนคลายของร่างกายแตกต่างกันไป เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chan และคณะ (2009) ศึกษาผลของดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าและการตอบสนองทางสรีรวิทยา ของผู้สูงอายุในชุมชน โดยในกลุ่มทดลองได้รับการฟังดนตรีทุกคืนก่อนนอนเป็นเวลา 30 นาที โดยดนตรีมีจังหวะ 60-80 ครั้ง/นาที ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการฟังดนตรีมีความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง ซึ่งจากการศึกษาที่ผู้วิจัยพบว่า ดนตรี ที่มีจังหวะที่เหมาะสม คือ จังหวะ 60-80 ครั้ง/นาที เป็นดนตรีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเนื่องจากมีความเร็วและความช้าของดนตรี (tempo) และมีระดับเสียง (pitch) หรือ ความถี่ของเสียงระดับปานกลาง ช่วยให้เกิดความรู้สึกสงบ มีสมาธิ ใกล้เคียงกับอัตราการเต้นของหัวใจ ทำนองเพลง (melody) เป็นดนตรีที่เรียบง่าย สงบ เบาบาง และมีระดับเสียง (volume intensity) ปานกลาง ไม่มีเนื้อร้อง ทำให้มีสมาธิอยู่กับจังหวะและทำนอง ควบคุมลมหายใจและจินตนาการของตนเอง จังหวะ (rhythm) ของเพลงเป็นเพลงที่มีจังหวะ ช้า สม่่าเสมอ ทำให้เกิดความมั่นคง รู้สึกปลอดภัย ช่วยในการผ่อนคลาย ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (สุกรี เจริญสุข, 2550; Halpern and Savary, 1985 cite in Johnson and Davis, 1996; Davis and William Barron,

2008)

จากการสังเกตในขณะผู้สูงอายุรับฟังดนตรี พบว่าผู้สูงอายุให้ความสนใจ และความร่วมมือ เป็นอย่างดี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยิ้ม บางรายเคาะมือ โยกศีรษะเล็กน้อย และเคาะเท้าตามจังหวะเพลง ผู้สูงอายุมีสีหน้าสดชื่น อีกทั้งการเลือกบทเพลงสำหรับผู้สูงอายุในบริบทที่แตกต่างกัน สามารถทำได้ โดยการสอบถามจากผู้สูงอายุ ครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kanchana Piboon และคณะ (2009) ศึกษาผลของดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และศึกษาประสิทธิผลของดนตรีต่อการลด ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยการเข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัดโดยเข้าร่วมทั้งหมด 8 ครั้ง รวม ระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์และต้องได้รับการติดตามผลออกไปอีก 4 สัปดาห์หลังการทดลองเสร็จสิ้น ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศวาระยะหลัง ทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศวาระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ต่ำกว่า ก่อนการทดลอง แต่สูงกว่าระยะหลังการ

จากการศึกษานี้ผู้วิจัยพบว่าผู้สูงอายุทุกรายสามารถสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีได้ภายใน เวลาที่กำหนด และมีหลายปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างประสบความสำเร็จในการสร้างจินตภาพร่วมกับ ดนตรี ได้แก่ บรรยากาศที่ปลอดภัย เมื่อผู้สูงอายุอยู่ในระยะเวลาของการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี ความรู้สึกตัวจะเปลี่ยนแปลง สมองทำงานช้าลง ผ่อนคลายสูง บรรยากาศของการสร้างจินตภาพ ร่วมกับดนตรีจะต้องเงียบและปราศจากเสียงรบกวน ซึ่งจากการทดลองผู้วิจัยจะต้องควบคุมเสียง รบกวน โดยชี้แจงญาติ หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้งดใช้เสียงชั่วคราว หรือแยกห้องสำหรับผู้สูงอายุสร้าง จินตภาพโดยเฉพาะ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมบริบทของสถานที่แตกต่างกันไป อีกทั้ง ปัจจัยด้าน เวลา การสร้างจินตภาพที่เหมาะสมควรเลืองเวลากลางคืน หรือ หลังรับประทานอาหารใหม่ๆ เพราะ อาจทำให้ผู้สูงอายุง่วงนอน และหลับได้ ในการทดลองครั้งนี้ผู้วิจัยนัดผู้สูงอายุดำเนินชุดกิจกรรมใน ช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุสะดวก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเวลาหลังรับประทานอาหารเสร็จประมาณ 2-3 ชั่วโมง มี น้อยครั้งที่พบผู้สูงอายุเคลิ้มหลับในช่วงการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ สามารถสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีได้ตามเวลาที่กำหนด ทั้งนี้จากการทดลองพบว่า ท่าทาง ที่ เหมาะสมต่อการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี ได้แก่ ท่านอนราบกับพื้น หรือโซฟาตามสบาย ท่านั่งพิง เก้าอี้ หรือ เก้าอี้ที่มีที่วางแขน โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างจะมีเก้าอี้ หรือ ที่นั่งประจำของ ตัวเอง เช่น บางรายนอนราบกับโซฟา นั่งบนเก้าอี้โยกไม้ นั่งบนเก้าอี้ที่มีที่วางแขน เป็นต้น จากการ สอบถามผู้สูงอายุบอกว่า นั่งสบาย สามารถนั่งได้นาน ไม่เมื่อย และสะดวกสบายเพราะเป็นที่นั่ง ประจำขณะพักผ่อน

ปัจจัยด้าน สภาพแวดล้อม เป็นเรื่องสำคัญ การทดลองนี้ดำเนินโปรแกรมการสร้างจินตภาพ ร่วมกับดนตรีที่บ้านของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เป็นประจำและมีความคุ้นเคย ซึ่งส่วนใหญ่มีมุมสำหรับ

พักผ่อน เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายเป็นส่วนตัว อีกทั้งผู้วิจัยได้ปรับสภาพแวดล้อมทางด้านแสงและอุณหภูมิ โดยควบคุมให้มีแสงที่ขยับไม่สว่างมาก โดยการปิดม่าน หรือปิดไฟบางดวง แต่ระวังไม่ได้แสงน้อยจนเกินไปเพราะอาจทำให้น้ำตาล และเคลือบหลับได้ ควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในระดับที่สบายไม่ร้อนหรือหนาวจนเกินไป จากการทดลองพบว่าสภาพแวดล้อมในขณะที่ผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีทั้ง 4 ขั้นตอนเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้มีความแตกต่างกันในด้านสถานที่ สภาพแวดล้อม ในการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี กับการศึกษาของ M-F Lin และคณะ (2009) ที่ศึกษาการเปลี่ยนแปลงในขณะการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีตามวิธีของบอนนี่ ของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างกับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีในห้องดนตรีบำบัด ผลการศึกษา พบการเปลี่ยนแปลงใน 3 สิ่งคือผู้ป่วยได้ปลดปล่อยทั้งจิตใจและร่างกาย เกิดการรับรู้รวมทั้งเกิดแรงบันดาลใจ และยอมรับการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า สภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการช่วยให้ประสบความสำเร็จในการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่าถึงแม้สถานที่ในการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีจะแตกต่างกัน แต่หากจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เอื้อต่อการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี ได้แก่ บรรยากาศที่ปลอดภัย มีสิ่งรบกวนให้น้อยที่สุด อุณหภูมิไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป แสงที่ไม่สว่างมากนัก หรือบรรยากาศที่มีแสงที่ขยับ ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการสร้างจินตภาพได้ง่าย (Stephens, 1993) ก็สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุประสบความสำเร็จในการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีได้เช่นกัน กล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างได้รับการจัดกระทำการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีเกิดการเปลี่ยนแปลง อารมณ์ภายในบุคคล เกิดการรู้จัก และ พฤติกรรม ที่ดีขึ้น จนเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ซึ่งจะช่วยให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ในที่สุด

จากการทดลองพบว่าผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้สมบูรณ์ทุกขั้นตอนในทุกครั้งที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี อีกทั้งในขั้นตอนที่ 4 การทบทวน สรุปปิดท้าย (postlude or integration) ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ความรู้สึกของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าในการทดลองครั้งนี้เกี่ยวกับการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่บอกว่า เป็นวิธีการที่มีประโยชน์ สร้างความสุข สามารถทำตามได้ง่าย รู้สึกผ่อนคลายมาก เสียงดนตรีไพเราะ สุขใจและสบายใจขึ้นเยอะ รู้สึกสงบ มีสมาธิอยู่กับตัวเอง ได้คิดถึงสิ่งดีดีในชีวิต เหมือนได้อยู่ในที่สวยงามจริงๆ รู้สึกมีพลังและกำลังใจ รู้สึกตัวเบา ผู้สูงอายุจำนวน 2 คนบอกว่าฟังแล้วอยากนอน อยากหลับพักผ่อน ผู้สูงอายุหญิง 6 คนบอกว่า สามารถทำให้ลืมคิดถึงปัญหาส่วนตัวในปัจจุบัน ทำให้นึกถึงแต่สิ่งที่ดีในชีวิต ไม่หมกมุ่นอยู่กับเรื่องโรคร้าย ความเจ็บป่วย และภาระต่างๆของตนเอง

ผู้สูงอายุชาย 2 คนบอกว่า สามารถทำให้ลืมความทุกข์ใจไปได้ชั่วคราว และผู้สูงอายุส่วนใหญ่บอกโดยรวมว่าการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีทำให้ลดความรู้สึกซึมเศร้าได้ เมื่อนึกถึงเรื่องราวดีดีใน

ชีวิต ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า โดยในช่วงของการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีนั้นทำให้โล่ง ไม่สามารถอธิบายได้ว่ารู้สึกเช่นไร แต่เป็นความรู้สึกที่ดีมาก

จากหลักฐานและเหตุผลสนับสนุนดังกล่าวจึงสามารถกล่าวได้ว่าโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีของ Bonny (2002) สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการบริหาร ผู้บริหารสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนด นโยบายที่เหมาะสมในการจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาล สถานดูแลผู้สูงอายุ และในชุมชน
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ได้ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะจิตใจในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เช่น ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และเพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมให้มีการใช้การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อก่อให้เกิดการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการทางการพยาบาล และพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
3. ด้านการศึกษา ควรมีการสอดแทรกเนื้อหาการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล และการอบรมความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และเพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าแก่พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม
4. ด้านการศึกษาวิจัย ผลการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพื่อค้นหาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ส่งผลให้ดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข พึงพาผู้อื่นน้อยที่สุด และผลการวิจัยนี้สามารถเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนางานวิจัยทางการพยาบาล ในการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลให้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
5. จากข้อสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ปัญหา อุปสรรคในขณะดำเนินชุดโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะการใช้เทคนิคต่างๆในการดำเนินชุดกิจกรรม ดังนี้



5.1 ขณะดำเนินโปรแกรมควรสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย อบอุ่น เป็นกันเอง และควรตกลงเรื่องระยะเวลา ขอบเขต วัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ชัดเจน

5.2 สร้างสัมพันธภาพ โดยกล่าวทักทายผู้สูงอายุด้วยใบหน้ายิ้มแย้ม เป็นมิตร เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุและครอบครัว

5.3 ควรให้การยอมรับ โดยให้เวลาผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก และพฤติกรรมต่างๆที่แสดงออกมา ผู้วิจัยควรหลีกเลี่ยงการตีความ ขัดแย้ง หรือวิจารณ์ ยกย่องและให้เกียรติ โดยการทักทาย ต้อนรับ แสดงท่าทางที่เป็นมิตร พร้อมให้การช่วยเหลือ และควรระวังเรื่องการเรียกชื่อ หรือหากผู้สูงอายุมี ยศ ตำแหน่งควรให้เกียรติ เรียกตามสถานภาพทางสังคม

5.4 ผู้วิจัยต้องมีความจริงใจ โดยแสดงออกจากท่าที น้ำเสียง และคำพูด ผู้วิจัยมีความตั้งใจ ช่วยเหลือ อย่างจริงใจ ควรรับฟัง เมื่อผู้สูงอายุเริ่มเล่าเรื่องราวต่างๆ ซึ่งบางคนอาจใช้เวลาในการระลึกถึงเรื่องราวต่างๆ

5.5 ผู้วิจัยควรตั้งใจฟัง สนใจ ติดตามเรื่องราว ไม่ควรแสดงท่าทีเบื่อหน่าย หรือไม่สนใจ ในขณะที่ผู้สูงอายุเล่าเรื่องราวผู้วิจัยควรแสดงความสนใจ โดยการพยักหน้า หรือใช้คำพูดเป็นการตอบรับ เช่น ค่ะ เล่าต่อซิคะ พร้อมสังเกตไปด้วย หากบทสนทนาหยุด อาจเกิดจากการที่ผู้สูงอายุรู้สึกไม่ดี ลังเล หรือตื่นตันจนพูดไม่ออก ผู้วิจัยไม่ควรพยายามถามซ้ำซ้ำถาม หรือพูดคุย ควรเงียบ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้คิด ทบทวนความรู้สึก แต่หากบทสนทนาหยุดนิ่งนานเกินไป ควรใช้คำพูดเชื้อเชิญให้พูดต่อ เช่น เมื่อสักครู่นี้เราพูดถึงเรื่อง....แล้วยังไงต่อคะ

5.6 ผู้วิจัยต้องสังเกตความรู้สึกของผู้สูงอายุตลอดการดำเนินชุดโปรแกรมการสร้างจินตภาพพร้อมกับดนตรี เช่น รู้สึกดีใจ เสียใจ รู้สึกดีขึ้นหรือไม่ อีกทั้งคอยพูดสนับสนุน เช่น ฉันคิดว่า คุณต้องทำมันได้คะ และคอยให้กำลังใจ ชมเชย เพื่อช่วยสร้างความรู้สึกลับใจ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกลับใจคุณค่าในตนเองมากขึ้น

5.7 ในการวิจัยครั้งนี้ การสร้างจินตภาพพร้อมกับดนตรี เป็นการให้ผู้สูงอายุนึกเรื่องราวตามเนื้อหาที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น แต่บางครั้งผู้สูงอายุบางคนอาจมีความชอบแตกต่างกัน การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้จินตนาการตามสิ่งที่ตนเองต้องการก็เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถทำได้

5.8 การเลือกสื่ออุปกรณ์ ได้แก่ หูฟัง ควรเลือกหูฟังชนิดครอบศีรษะ (headphones) เพื่อช่วยป้องกันเสียงรบกวนภายนอก แต่ผู้สูงอายุบางคนอาจรู้สึกอึดอัด หรือไม่ชอบใส่หูฟัง ก็สามารถเปิดเสียงโดยปราศจากหูฟังชนิดดังกล่าวได้ แต่ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่มีเสียงภายนอกรบกวน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. การศึกษาเพื่อค้นหาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่งผลต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้อย่างเหมาะสม
2. ส่งเสริมให้มีการทดลองเปรียบเทียบการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรี ต่อภาวะอื่นๆ ในผู้สูงอายุ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด เป็นต้น ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมโรคและป้องกันการเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ตลอดจนสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
3. ศึกษาทดลอง การสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมโรคและป้องกันการเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ตลอดจนสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กัตติกา ชนะขว้าง และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2552). ปัจจัยกำหนดและผลกระทบที่ตามมาของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 10(3), 25-38.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 1-8.
- คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2552). การสำรวจศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย สถานการณ์ นโยบาย และเครือข่ายความร่วมมือ. ใน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคสื่ออิเล็กทรอนิกส์.[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [http:// thaincd.com/document/file/download/papremanual\\_doenload1no249pdf](http://thaincd.com/document/file/download/papremanual_doenload1no249pdf). [25 ธันวาคม 2556]
- จุฑารัตน์ บุญรัตน์ ภาวนา กิริติยตวงค์ และชนิดดา แนบเกษร. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 17, 32-47.
- จันจิรา กิจแก้ว และคณะ. (2554). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(2), 81-96.
- จันทิมา องค์ไชษิต. (2545). *จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.
- ชัดเจน จันทรพัฒน์. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดุขฎิ พนมยงค์ บุญทัศนกุล. (2539). *ลมหายใจ ดนตรี ชีวิต: การฝึกดนตรีเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บ้านเพลง.
- ธงชัย ประวิทย์ภานันต. (2550). *ภาวะเศรษฐกิจจากโรคเบาหวาน*. กรุงเทพมหานคร: วิวัฒนาการพิมพ์.
- ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. (2554). *วิทยาความเครียดในทางจิตเวชศาสตร์*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

- นฤมล อินทหมื่น. (2555). ผลของศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพรัตน์ วัชรขจรกุล. (2550). ความชุกและการควบคุมโรคให้ได้ตามเป้าหมายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารกรมการแพทย์*, 32(4), 486-492.
- นิตยา จรัสแสง และคณะ. (2555). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(4), 439-446.
- นงนุช โอบะ. (2555). การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. พิษณุโลก: โรงพิมพ์ดาวเงินการพิมพ์.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ และคณะ. (2550). ทางเลือกในการจัดการกับความเจ็บปวดให้ผู้ป่วยที่มีความปวด: ผลของการสร้างจินตภาพ. *วารสารวิทยาลัยเทคโนโลยีมหาสารคาม*, 26(3), 265-271.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2542). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับนักวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์.
- ปราณีต ทวีลาภ. (2552). การใช้โปรแกรมระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน, รายงานการศึกษาอิสระปริญญามหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พีโรลักษณ์ ทองอุไร. (2542). ภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารสงขลานครินทร์*, 19, 38-48.
- ภาวนา กิรติยุดังศ์. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ชลบุรี: บริษัท พี เพรส จำกัด.
- มยุรี หอมสนิท. (2552). โรคเบาหวานในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ), *ปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- เรณู อินทร์ตา. (2548). ผลการระลึกความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัด ปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรัทยา ทัดหล่อ และคณะ. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(2), 81-96.

- วัชนี หัตถพนม. (2550). *การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้วิธีการปรับแนวคิด และพฤติกรรมแบบประยุกต์ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน Type 2*. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6 เรื่อง สุขภาพจิต : ชีวิตชาวเมือง วันที่ 1-3 สิงหาคม 2550 ณ. โรงแรมปรีณซ์พาลาส กรุงเทพมหานคร หน้า 114.
- วารสารยุติธรรม. (2556). "โลกกำลังก้าวสู่..สังคมผู้สูงอายุ". *วารสารยุติธรรม*, 2, 68-69.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีระศักดิ์ ศรีนภาพกร. (2553). โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ. ใน วีระศักดิ์ ศรีนภาพกร (บรรณาธิการ), *โรคเบาหวาน*. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
- วัลลา ตันตโยทัย และ อติสัย สงดี. (2540). *โรคเบาหวานและการรักษาเล่ม 1*. กรุงเทพมหานคร: พิกซ์การพิมพ์.
- วัลลา ตันตโยทัย และ อติสัย สงดี. (2555). *โรคเบาหวานและการรักษาเล่ม 1*. กรุงเทพมหานคร: พิกซ์การพิมพ์.
- ศรีพิมล ดิษยบุตร. (2554). *เอกสารประกอบการสอน:สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช*. คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเฉลิมกาญจนา.
- สาธารณสุข กระทรวง.กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). *การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหวิชาชีพ*. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สาธารณสุข กระทรวง.กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2549). *สุขภาพผู้สูงอายุไทย*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- สาธิต วรรณแสง. (2548). ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน. ในสุทิน ศรีอัญญาพร และ วรรณนิยานันท์ (บรรณาธิการ). *โรคเบาหวาน Diabetes Mellitus* (หน้า 379-387). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายฝน เอกวางกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิตานันท์ พูนผลทรัพย์, อัจฉรา อุทิศวรรณกุลม สุพัฒน์ เลาะห์วัฒน์ และเจริญ ตรีศักดิ์. (2548). *ภาวะซึมเศร้ากับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2*. *วารสารศรีนครินทร์วิโรฒ*, 10, 17-25.
- สิริวรรณ ชูจตุโร. (2552). *ผลของการสร้างจินตภาพต่อความปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุกรี เจริญสุข. (2539). *จะฟังดนตรีอย่างไรให้ไพเราะ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุกรี เจริญสุข. (2550). *ดนตรีเพื่อพัฒนาศักยภาพของสมอง*. กรุงเทพมหานคร: Dream catcher graphic co., LTD.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพจนานวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธนันท์ ชุนแจ่ม และคณะ. (2551). *การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย*. ราชกิจจานุเบกษา, 17(3), 412-429.
- สุดาพรรณ ธัญจิรา. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บป่วยแต่ละช่วงอายุ*. ใน สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ธัญจิรา และอรุณศรี เตชะหงส์ (บรรณาธิการ). *พยาธิสรีรวิทยาการพยาบาลเล่ม 2*. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- สุมาลี เขตบรรจง. (2554). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า* โรงพยาบาลหนอง กุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์. งานนิพนธ์, หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- โสภณ แสงอ่อน พรเพ็ญ สำเภา และ พรทิพย์ มาลาธรรม. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว้าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ*. ราชกิจจานุเบกษา, 13(1), 54-68.
- อภิรดี ศรีวิจิตรกลม และสุทิน ศรีอัษฎาพร. (2548). ใน สุทิน ศรีอัษฎาพร และวรรณิ นิธิยานันท์.(บรรณาธิการ). *โรคเบาหวาน Diabetes Mellitus*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- อภิรดี ศรีวิจิตรกลม. (2554). *เบาหวานในผู้สูงอายุ*. วารสารพจนานวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 12(3), 43-51.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า (Psychosocial Treatment for Depressive Disorder)*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธนาเพรส จำกัด.

อรสา ไยยอง และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2554). ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 117-128.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2554). *เอกสารประกอบการสอนวิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล*. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัจฉรา ด่านอุตรา. (2538). การเปรียบเทียบการระลึกได้ทันทีของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 และประถมศึกษาปีที่ 5 ในการเรียนร้อยแก้วโดยใช้ภาพและจินตนาการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาโสตทัศนศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

### ภาษาอังกฤษ

Aekplakorn. W., Abbott-Klafter. J., Premgamone, A., et al. (2003). The prevalence and management of diabetes in Thai adults: the international Health Examination Survey. *Diabetes Care*.

Ali, S., StOne, M.A., Peters, J.L., Davies, M.J., and Khunt, I.K.. (2006). The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med*, 23(11), 1165-73.

American Diabetes Association. (2009). Standard of medical care in diabetes-2009. *Diabetes Care*, 32, 13-49S.

American Diabetes Association. (2010). Standard of medical care in diabetes-2010. *Diabetes Care*.

American Diabetes Association. (2011). Standard of medical care in diabetes-2011. *Diabetes Care*.

Anderson, R. J., Freedland, K.F., Clous, R.E., and Lustman, P.J. (2001). The prevalence of comorbid depression. In Adults with: a meta analysis. *Diabetes Care*, 24(6), 1069-1078.

Astle, F. (2007). Diabetes and Depression: A Review of the Literature. *Nurs Clin N Am*, 42(2), 67-78.

Association for Music and Imagery (AMI). (2000). Welcome [online] Available from: [http:// Association for Music and Imagery](http://Association for Music and Imagery) [2013, Dec 25].

Bchlmeijer, E., Smit, F., and Cuijpers, P. (2003). Effect of reminiscence and life review on late-life depression: A mata-analysis. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 18(12), 1088-1094.

- Blazar, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *J Gerontology Series A: Biological Science and Medical Science*, 58A(3), 249-265.
- Bonny, H. (2002). *Music & Consciousness: The Evolution of Guided Imagery and Music*. Barcelona Publishers.
- Burns, N., and Grove, S.K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization*. 5th Ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Burns, D. S. (2001). The effect of the Bonny Method of Guided Imagery and Music on the mood and life quality of cancer patients. *Journal of Music Therapy*, 38, 51-65.
- Cacioppo, J. T., and Hawkley, K. C. (2009). Loneliness. In M.R. Leary, and R.H. Hoyle (eds). *Handbook of individual differences in social behavior*. New York: Guilford press.
- Carroll, M. B. (2007). 32 Acute Care. In A. A.D. Linton and H.W.Lach (eds.), *Matteson and Mc Connell's Gerontological Nursing: Concept and Practice*. 3rd ed. Philadelphia: Saunders.
- Chachamovich, E., Fleck, M., Laidlaw, K., and Power, M. (2008). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *Gerontologist*, 48(5), 593-602.
- Chan, M. F., Chan, E.A., Mok, E., and Kwan, Tse F.Y. (2009). Effect of music on depression levels and physiological responses in community-based older adults. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 285-294.
- Chan, M. F., Wong, Z.Y., and Thayala, N.V. (2011). The effectiveness of music listening in reducing depressive symptoms in adults: a systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*, 19(6), 332-348.
- Chatav, Y. a. W., M. A. (2009). Partner schemas and relationship functioning: A states of mine analysis. *Behavior Therapy*, 40, 50-56.
- Chiang, K., Chu, H., Chang, H., et al. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among institutionalized aged. *Int J Geriatr Psychiatry*, 25, 380-388.



- Chou, M. H., and Lin, M. F. (2006). Exploring the listening experiences during guided imagery and music therapy of outpatients with depression. *Journal of Nursing Research*, 14, 93-102.
- Clouse, R. E., Lustman, P.J., Freedland, K., F., Griffiths, L.S., McGill, J.B., and Carney, R.M. (2003). Depression and coronary heart disease in women with diabetes. *Diabetes care*, 26(3), 468-478
- Davis, W., B. (2008). *An introduction to music therapy : theory and practice*. Silver Spring, Md. : American Music Therapy Association, 49-59.
- Ebersole, P. G., Hess, P., Touhy, T. and Jett, K. (2005). *Gerontological Nursing Health Aging*. Philadelphia: Mosby.
- Egede, L. E. (2005a). Effect of Depression on self-Management Behaviors and Health Outcome in Adults with Type2 Diabetes. *Diabetes Reviews*, 1(3), 235-243.
- Egede, L. E., and Ellis, C. (2008). The Effects of Depression on Diabetes Knowledge, Diabetes self-Management and Perceived Control in Indigent Patients with Type2 Diabetes. *Current Diabetes Review*, 1(3), 235-243.
- Egede, L. E., Zheng, D. and Simpson, K. (2002). Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 25(3), 464-70.
- Egede, L. E., and Zheng, D. (2003). Independent factors associated with major depressive disorder in a national sample of individuals with diabetes. *Diabetes Care*, (26), 104-111.
- Eliopoulos, C. (2005). *Gerontological Nursing*. 6th ed. Philadelphia: L.B. Lippincott.
- Elizabeth, A. B., and Katie, W. (2013). Depression in Older Adults with Diabetes: Measurement and Implications for Care. In C.E. Lloyd et al. (eds.). *Screening for Depression 139 and Other Psychological Problems in Diabetes*. London: Springer-Verlag.
- Francisco, J., and Cardiel, H. (2001). Risk factors associated with depression in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Archives of Medical Research*, 33, 53-60.
- Gardunu, E. J., Tellez, J. F., and Hernandez, R. L. (1998). Frequency of Depression in Diabetes Mellitus Type 2 [online] Available from: <http://www.frequency%20of%20depression%20in%20diabetes.htm> [2014, Feb 12].

- Gilmer, T. P., O'Connor, P. J., Rush, W. A., Crain, A. L., Whitbird, R.R., Hanson, A. M., and Solberg, L.I. (2005). Predictors of health care costs in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 28(1), 59-64.
- Grocke, D. E. (2002). The Bonny music programs. In *Guided Imagery and Music* (Bruscia, K. E. and Grocke, D. E. eds). Barcelona. Phoenixville.
- Gould, R. L., Coulson, M.C., and Howard, R.J. (2012). Cognitive behavioral therapy for depression in older people: a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc*, 60(10), 1817-1830.
- Goldney, R. D., Phillip, P.J., Fisher, L.J., and Wilson, D.H. (2014). Diabetes, depression and quality of life. *Diabetes care*, 27(5), 1066-1070.
- Harris, M. I., Flegal, K.M., Cowie, C.C., et al. (1998). Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in U.S. adults. The Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Diabetes Care*, 21(4), 518-24.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice Hall.
- Hsieh, H. F., Wang, J.J. (2003). Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 335-345.
- Johnson, K. j. a. D., J.R. (1996). An introduction to music therapy: Helping the oncology patient in ICU. *Critical Care Nursing Quarterly*, 18, 54-60.
- Jones, E. D., Beck-Little, R. (2002). The use of reminiscence therapy for the treatment of depression in rural-dwelling older adults. *Issues Ment Health Nurs*, 23(3), 279-90.
- Kaplan, H. I., Sadock, B.J. and Grebb, J. A. (1994). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry; Behavioral sciences clinical psychiatry (7thed.)*. Maryland: Williams and wilkins.
- Katon, W. J., Koeff, M.V., Ciechanowski, P., russo, J., Lin, E., Simon, G., Ludman, E., Walker, E., Bush, T., and Young, B. (2004). Behavioral and clinical Factors Associated with Depression Among Individuals With Diabetes. *Diabetes Care*, (27), 914-920.

- Katon, W. (2010). Depression and diabetes: Unhealthy bedfellows. *Depression and Anxiety*, 27, 323-326.
- Kenneth, M.S. and Michael, H.C.. (2012). *Diabetes: chronic complications*. Singapore: Ho printing Singapore Pte Ltd.
- Kwekkeboom, L. K. (2000). Measuring imaging ability: Psychometric testing of the imaging ability quesional. *Research in Nursing and health*, 23(4), 301-309.
- Lin, E. H. B., Katon, W., Korff, M.V., Rutter, C., Simon., G.E., Oliver, M., et al. (2004). Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes care*, 27(9), 2154-2160.
- Lustman, P. J., Anderson, R. J., Freedland, K.E., Groot, M.D., Carney, R.M., and Clouse, R.E. (2000). Depression and poor glycemiccontrol. A meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*, 23(7), 934-942.
- Mann, P. S. (2001). *Introductory Statistics*. 4thed. New York : John Wiley and Sons.
- Maratos, A. S., Gold, C., Wang, X., and Crawford, M.J. (2009). Music therapy for depression. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 23(1), CD004517. DOI: 10.1002/14651858.CD004517.pub2.
- McCaffrey, R. (2007). The effect of healing gardens and art therapy on older adults with mild to moderate depression. *Holist Nurs Pract*, 21(2), 79-84.
- McCaffrey, R., Liehr P., Gregersen, T. and Nishioka, R. (2011). Garden walking and art therapy for depression in older adults: a pilot study. *Res Gerontol Nurs*, 4(4), 237-42.
- McKinney, C. (2002). Quantitative research in guided imagery and music (GIM):A review.In K.E.Bruscia and D.E. Grocke(Eds.). *Guided imagery and music:The Bonny method and beyond.Gilsum.NH: Barcelona*.
- McKinney, C. H., Antoni, M.H., Kumar, M., Tims, F.C., and McCabe, P.M. (1997). Effects of guided imagery and music (GIM) therapy on mood and cortisol in healthy adults. *Health Psychology*, 16, 390-400.
- McKinney, C. H., Tims, F.C., Kumar, A.M., and Kumar, M. (1997). The effect of selected classical music and spontaneous imagery on plasma beta-endorphin. *Journal of behavior*, 20(1), 85-99.

- Miller, C. A. (2007). *Impaired affective function: Depression Nursing for Wellness in older adults theory and practice(4th ed)*. Philadelphia: Lippincott.
- M-F Lin et al. (2009). Pivotal moments and changes in the Bonny Method of Guided Imagery and Music for patients with depression. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1139–1148.
- National Diabetes International Clearinghouse (NDIC). (2008). Diabetes Overview [online] Available from : <http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/overview/index.htm> [2013, Dec 25].
- NIDDK: Genetics of type 2Diabetes. (2008). [online] Available from: <http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/africanamerican/index.htm> [2014, Jan 25].
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). *Depression (amended) :Mangement of depression in primary and secondary care*. London : Midcity Place.
- Petrak , F., Hautzinger, M., Plack, K., Kronfeld, K., Ruckes, C., Herpertz, S., et al. (2010). Cognitive behavioural therapy in elderly type 2 diabetes patients with minor depression or mild major depression: Study protocol of a randomized controlled trial (MIND-DIA). *BMC Geriatrics*.
- Piboon, K., Inchai, P.and Smith, I. (2009). The effect of music therapy on depressed older adults. *Journal of Nursing and Education*, 2(3), 101-111.
- Polit, D. F., and Beck, C. T. (2004). *Nursing Research Principles and Methods. 6<sup>th</sup> ed*. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins.
- Polonsky, W.H. and Parkin, C.G. (2001). Depression in patients with diabetes: seven facts every healthcare provider should know. *Practical Diabetology*, 20, 20-29.
- Rita. G., M. (2012). *Nurses guide to teaching diabetes self- management, second Edition*. New York: springer.
- Rossmann, L. M. (1993). Imagery: Learning to use the mind's eye, In Goleman, D., and Gurin, J. (Eds). *mind body medicine how to use your mind for better health*. New York: Consumer Union.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Sicootte, M., Alvarado, B. E., Leon, E. M...and Zunzunegui, M. V. (2008). Social networks and depressive symptoms among elderly women and man in Havana. *Cuba Aging and Mental Health*, 12(2), 193-201.
- Sompao, P. (2005). *Relationships of health status, Family, Relations, And Loneliness to Depression in older Adults*. A Thesis Submitted in partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of Master of Nursing Science (Psychiatric and mental Health Nursing) Faculty of graduate Studies MahidolUniversity.
- Stephens, R. (1993). Imagery: A strategic intervention to empower clients part-review of research literature. *Clinical Nursing Specialist* 7 (4): 170-174.
- Stratakis, C. A., Chrousos, G.P. (1995). Neuroendocrinology and Pathophysiology of the Stress System. *Annual of the New York Academy of Sciences*.
- Stuart. (2005). Emotional Responses and Mood Disorders. In Stuart and Lara M.T. (Eds.). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Touhy, T.A and Jett, K.F. (2010). *Ebersole and Hess' Gerontological Nursing & Healthy Aging*. United States of America.
- Trief, P. M., Orendorff, R., Himer, C.L., and Weinstock, R.S. (2001). The Marital Relationship and Psychosocial Adaptation and Glycemic Control of Individuals With Diabetes. *Diabetes Care*, 24(8), 1384-1389.
- Trief, P. M., Morin, P.C., Izquierdo, R., Teresi, J.A., Eimicke, J.P, Goland, R., Starren, J., Shea, S., and Weinstock, R. S. . (2006). Depression and glycemic control in elderly ethnically diverse patients with diabetes: the IDEATel project. *Diabetes Care*, 29, 830–835.
- Trief, P. M. (2007). Depression in elderly diabetes patients. *Diabetes Spectrum*, (20)2, 71-75.
- Trigwell, P. (2001). Depression and diabetes. *Diabetes Care*, 27, 674-680.
- Wangtongkum, S., Suchantakul, P., Wongjaroen, S., and ,Maneechompoo, S. (2008). Prevalence of Depression among a Population Aged over 45 Years in Chiang Mai, Thailand. *J Med Assoc Thai*, 91(12), 1812-1817.
- Ward, R. A. (2008). Multiple parent-adult child relations and well-being in middle and later life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 63(4), 239-247.

- Wigram, T. and Backer, D.J. (1999). *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Williams, J. W. J., Katon, W., Lin, E. H., Nöel, P. H., Worchel, J., Cornell, J., et al. (2004). The effectiveness of depression care management on diabetes-related outcomes in older patients. *Ann Intern Med*.
- Winkelman, M. (2003). Complementary therapy for addiction: Drumming out drugs. *American Public Health Association*, 93, 647-661.
- Wong, S. S. and Lim, T. (2009). Hope versus optimism in Singaporean adolescents: Contributions to depression and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 46, 648 - 652.
- World Health Organization. (2008). Depression. [online] Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en) [2013, Dec 30].
- Yesavage JA, B. T., Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*, 17(1), 37-49.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY





## รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง
ผศ. นพ. สติชัย นิรมิตรมหาปัญญา	นายแพทย์ งานต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี และ อาจารย์แพทย์ สถาบันร่วมผลิตแพทย์ มหาวิทยาลัย รังสิต
รศ. ดร. บำเพ็ญจิต แสงชาติ	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น
อาจารย์พัชรพรรณ ภูพิทยาสถาพร	อาจารย์ หัวหน้าสาขาวิชาดนตรีบำบัด วิทยาลัยดุริยางคศิลป์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาววรินทร์ จันทรมณี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี
เรือเอกหญิง ยุพิน ชัยชล	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (APN) สาขา การ พยาบาลผู้สูงอายุโรงพยาบาล สมเด็จพระนางเจ้า สิริกิติ์

ภาคผนวก ข  
จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ  
จดหมายขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย  
จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย  
จดหมายอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย  
ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย  
เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง  
จดหมายขอความอนุเคราะห์ขอใช้ดนตรีบรรเลงของ บริษัท กรีนมิวสิค  
และจดหมายอนุญาตให้ใช้ดนตรีบรรเลง

ที่ ศธ 0512.11/ 0870

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๕ กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

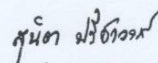
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

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

เนื่องด้วย นางสาวณิรัตน์ เอี่ยมอนันต์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นาวาตรีหญิง ยูพิณ ชัยชล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

นาวาตรีหญิง ยูพิณ ชัยชล  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158  
นางสาวณิรัตน์ เอี่ยมอนันต์ โทร. 08-6091-9174

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศรศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีวิทยาลัยดุริยางคศิลป์ มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางสาวมณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ พัชรธรณ ภูพิทยาสถาพร หัวหน้าสาขาวิชาดนตรีบำบัด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

*สมิต ปรียาวงษ์*  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรียาวงษ์)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

อาจารย์ พัชรธรณ ภูพิทยาสถาพร  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158  
นางสาวมณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์ โทร. 08-6091-9174

เลขที่ 2557

ที่ ศธ 0512.11/0894

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพรอร่าม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

30 กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ  
ที่ พ. ๑๐๐๕๐  
รับ วันที่ ๒๖ ส.ค. ๒๕๕๗  
เวลา ๑๕ น.

เนื่องด้วย นางสาวณิรัตน์ เอี่ยมอนันต์ นิสิตชั้นปริญญาโท ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. อาจารย์ นายแพทย์ สติติย์ นิรมิตรมหาปัญญา นายแพทย์ งานต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม  
กลุ่มงานอายุรศาสตร์  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และผู้ปฏิบัติ  
การพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาล  
อายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์
2. นางสาววรินทร์ จันทรมณี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

อนุมติ ดำเนินการ  
หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล  
ที่ขอรับผู้ทรงคุณวุฒิ  
๒๕๕๗

ขอแสดงความนับถือ  
สุนิดา ปรีชาวงษ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

๒๕ ส.ค. ๒๕๕๗

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158  
ชื่อนิสิต นางสาวณิรัตน์ เอี่ยมอนันต์ โทร. 08-6091-9174

ที่ ศธ 0512.11/0894

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

30 กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

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

เนื่องด้วย นางสาวมนิรัตน์ เอี่ยมอนันต์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. บำเพ็ญจิต แสงชาติ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

*สุนิดา ปรืขาวงษ์*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรืขาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อ นิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร. บำเพ็ญจิต แสงชาติ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

นางสาวมนิรัตน์ เอี่ยมอนันต์ โทร. 08-6091-9174

กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ  
ที่ พ. ๑๐ ๓๕๖  
รับ { วันที่ ๑๕ ก.ย. ๒๕๕๗ เวลา ๐๘ น.



โรงพยาบาลราชวิถี  
ที่ ๘๔๔๐  
รับ { วันที่ 9 ก.ย. 2557 เวลา 15 น.

ที่ ศธ 0512.11/1925

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๙ กันยายน 2557

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ  
ที่ 4206  
รับ { วันที่ 10 ก.ย. 2557 เวลา 15.00 น.

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

เนื่องด้วย นางสาวณิรัตน์ เอี่ยมอนันต์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ใน ผู้สูงอายุโรคเบาหวานทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 70 คน โดยใช้ แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล คู่มือการดำเนินโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวณิรัตน์ เอี่ยมอนันต์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

- ① เรียน รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจวิชาการ
- เพื่อโปรดทราบ
- ขนส่งตรงมอบต่อสหประชาชาติราชวิถี

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา มณีธรรม

พิจารณา ๒๙๙๐

9 ก.ย. ๕๗

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ข้อนี้

หัวหน้าพยาบาล โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158  
นางสาวณิรัตน์ เอี่ยมอนันต์ โทร. 08-6091-9174

ทราบ ดำเนินการ

๙ ก.ย. 2557

๑) ผู้วิจัย: นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต

วิธีรับ: หัวหน้ากลุ่มงานบริการพยาบาล

เพื่อส่งแฟ้ม

๑๕ ก.ย. ๒๕๕๗

ที่ ศธ 0512.11/ 0434

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๘ สิงหาคม 2557

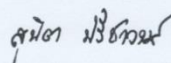
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวณิรัตน์ เอี่ยมอนันต์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจ ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับรังสีรักษา ของ รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องศรี ศรีมรกต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2536) ซึ่งมี รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กอบทอง พันธุ์เจริญวรกุล และอาจารย์ ดร. วังนรินทร์ โรหิตสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158  
นางสาวณิรัตน์ เอี่ยมอนันต์ โทร. 08-6091-9174





บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมนตรถสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐  
โทร. ๐๒๔๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐๒-๔๔๑๙๘๓๔

ที่ ศร ๐๕๑๗.๐๒/๐๕๑๗๘๗  
วันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๗  
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย  
เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อ้างถึง หนังสือที่ ศร ๐๕๑๒.๑๑/๐๗๓๔ ลงวันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๕๗

ตามที่ นางสาวณิรัตน์ เอี่ยมอนันต์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๓๗ เรื่อง "ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนและขวัญกำลังใจ ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ของ นางสาวมิ่งศรี ศรีมรกต ซึ่งมี รศ.ดร.ทัศนีย์ บุญทอง ทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้วไม่ขัดข้องอนุญาตให้ นางสาวณิรัตน์ เอี่ยมอนันต์ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่าเครื่องมือวิจัยดังกล่าว มาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถ้าหากมีการละเมิดเกิดขึ้นข้าพเจ้ายินยอมให้ คณะพยาบาลศาสตร์ ดำเนินการตามกฎหมาย อนึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบแบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์มาด้วย เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์มและส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และขอให้ดำเนินการชำระค่าบริการขอใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวข้างต้น จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด โดยส่งแนบตัดส่งจ่าย ป.ณ. ศิริราช ในนาม

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒ ถนนพหลโยธิน แขวงศิริราช

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

โทร. ๐-๒๔๑๙-๗๕๖๖-๘๐ ต่อ ๑๔๑๑, ๑๔๑๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ทุญญ.ดร.อารยา พงษ์หาญยุทธ)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรฯ ให้ติดต่อตั้งแต่วันที่ ๘.๓๐-๑๔.๓๐ น.



เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน  
โรงพยาบาลราชวิถี

รหัสโครงการวิจัยที่ 57132  
เอกสารเลขที่ 140/2557

ชื่อโครงการ "ผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ  
โรคเบาหวาน."

(ภาษาอังกฤษ) "The effect of guided imagery and music program on depression in  
diabetic elderly patients."

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวเมธีรัตน์ เอี่ยมอนันต์

ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 5 กันยายน 2557
2. แบบสอบถาม, แบบบันทึกข้อมูล และแผ่น CD และ DVD โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี  
ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 5 กันยายน 2557
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 5 กันยายน 2557
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 5 กันยายน 2557

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย  
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 18 เดือน กันยายน พ.ศ. 2557 และจะรับรองโครงการวิจัยเป็น  
ระยะเวลา 2 ปี คือสิ้นสุดวันที่ 17 เดือน กันยายน พ.ศ. 2559

ลงนาม.....

(รศ.คลินิก นพ.อุดม ไกรฤทธิชัย)

ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....

(นายแพทย์อุดม เขาวรินทร์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

**เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ**  
**(Patient Information Sheet) สำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน**

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดีท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) \_\_\_\_\_ ผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ชื่อผู้วิจัยนางสาวมณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์

เบอร์โทร (ที่ทำงาน) 0-2354-8108 ต่อ 5300 โทรศัพท์ (ที่บ้าน) 0-2914-4469 โทรศัพท์มือถือ 086-091-9174

E-mail: Maneerat.A@hotmail.com

สถานที่วิจัย คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี จังหวัด กรุงเทพมหานคร

ผู้ให้ทุน/ผู้สนับสนุนการวิจัย.....

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้น เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานและเพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีก่อนและหลังการทดลอง

ซึ่งจะมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือเพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพอีกทั้งเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าและเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลให้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานสำหรับประโยชน์ต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมการทำกิจกรรมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่มารับการตรวจที่คลินิกโรคเบาหวาน การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา สถานที่ ปกติและสามารถสื่อสารได้อย่างถูกต้อง และมีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินโดยแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) พบว่ามีภาวะซึมเศร้า

ระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลางมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 13-24 คะแนนมีสภาพร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรมและไม่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง และยินดีเข้าร่วมในงานวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ หายใจเร็วหรือช้ากว่าปกติ ความดันโลหิตสูงหรือต่ำกว่าปกติ มีไข้ ติดเชื้อภายในเวลา 24-48 ชั่วโมง จนไม่พร้อมสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีได้ ผู้ป่วยจะไม่รับการดูแลรักษาพยาบาลตามปกติ

ทั้งนี้การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ที่ผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับเข้าร่วมการวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 40 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มที่ 1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินระดับภาวะซึมเศร้า ครั้งที่ 1 โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (TGDS) จากนั้นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเข้ากลุ่มเพื่อร่วมกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ (ทั้งหมด 8 ครั้ง) ครั้งละ 75 - 110 นาทีติดต่อกัน 8 สัปดาห์ (Mckinney, 2002; M-F Lin et al., 2009) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) ชั้นเกริ่นนำ (prelude or preliminary discussion) มีจุดประสงค์เพื่อกล่าวสร้างสัมพันธ์ภาพ โดยพูดคุยสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย ทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาของการทำวิจัยครั้งนี้ พร้อมรับฟังปัญหาของผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 1-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ระยะเวลา 15 นาที
- 2) ชั้นนำเข้าสู่การจัดกระทำ (induction) มีจุดประสงค์เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย (deep relaxation) ให้แก่ผู้รับบริการเป็นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ชั้นสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอนต่างๆของโปรแกรมและเสริมสร้างความรู้สึกผ่อนคลายให้ผู้ป่วยโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้รู้สึกผ่อนคลาย ผึกหายใจเข้าออก ลึกๆ ช้าๆ พร้อมกับการเกร็งคลายกล้ามเนื้อ ประกอบเพลงบรรเลงเบาๆในสัปดาห์ที่ 1-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ระยะเวลา 15-20 นาที
- 3) ชั้นสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (music-imagery) จุดประสงค์หลักคือการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจะได้รับฟังเสียงดนตรีบรรเลงพร้อมกับการฉายภาพธรรมชาติโดยผู้วิจัยจะเริ่มพูดบรรยายชักนำให้ผู้ป่วยเกิดการนึกคิด จินตนาการ ได้ระบายความรู้สึกออกมาในสัปดาห์ที่ 1-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ระยะเวลา 30-40 นาที
- 4) ชั้นสรุปปิดท้ายโปรแกรม (postlude or integration) มีจุดประสงค์หลักเพื่อสะท้อนคิดกลับให้ผู้รับบริการ ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยทำหน้าที่พูดทบทวน สะท้อนเรื่องราวต่างๆของผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยผ่านประสบการณ์การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี พร้อมให้ความหมายของสถานการณ์นั้นในสัปดาห์ที่ 1-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ระยะเวลา 15-30 นาที

ภายหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันทีโดยให้ตอบคำถามตามแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเมื่อครบกำหนดการทดลองคือหลังกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)(Post-test) และแจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินระดับภาวะซึมเศร้า ครั้งที่ 1 โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (TGDS) จากนั้นชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย โดยผู้สูงอายุจะได้รับการพยาบาลตามปกติเมื่อมารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ได้แก่ การบริการสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพและหลังการทดลองผู้วิจัยขอความร่วมมือในการประเมินระดับภาวะซึมเศร้า ครั้งที่ 2 โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (TGDS)

**ขั้นตอนการปฏิบัติตัวหากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย** การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

**ความเสี่ยงและ/หรือความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้น** ความเสี่ยงและความไม่สะดวกของผู้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ คือ การใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามจำนวน 2 ครั้งและการใช้เวลาในการทำกิจกรรมในการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี

#### **ประโยชน์ที่อาจได้รับ**

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้อาจจะทำให้ท่านมีสุขภาพที่ดีขึ้น หรืออาจจะลดความรุนแรงของโรคได้ แต่ไม่ได้รับรองว่าสุขภาพของท่านจะต้องดีขึ้นหรือความรุนแรงของโรคจะลดลงอย่างแน่นอน

#### **การเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ**

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคตด้านการรักษาพยาบาลของท่านโดยท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน (ยกตัวอย่างเช่น อาจรักษาด้วยการรับประทานยาแทนการผ่าตัดหรืออื่น ๆ ให้เป็นทางเลือกเพื่อช่วยในการตัดสินใจ)

**ระบุชื่อผู้วิจัยที่สามารถติดต่อได้** หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมโดยการติดต่อที่ผู้วิจัยคือ

นางสาวมณีนรัตน์ เอี่ยมอนันต์ หมายเลขโทรศัพท์ 086-0919174 ได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

### **คำตอบแทนที่จะได้รับ**

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยนี้

### **ค่าใช้จ่ายที่เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบเองมีอะไรบ้าง -**

**หากมีข้อมูลเพิ่มเติม** ทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

**การรักษาความลับ**(ระบุงการเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลอื่น ๆ ทั้งหมดเป็นความลับวิธีการป้องกันการสืบค้น ชี้นำและการขออนุญาต หากจะมีการเผยแพร่ภาพหน้าหรือชื่อของอาสาสมัคร)

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้ร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรม ฯ เป็นต้น

### **สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านมีข้อสงสัยต้องการสอบถามเกี่ยวกับสิทธิของท่าน หรือผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่เขียนไว้ในเอกสาร ข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครที่เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ หรือร้องเรียนได้ที่

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ชั้น M อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี โทร.  
(02)3548108-37 ต่อ 2803 ในเวลาราชการ

**หมายเหตุ**

1. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ทำให้ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้อ่าน โดยเปลี่ยนสรรพนาม “ข้าพเจ้า” เป็น “เด็กในปกครองของข้าพเจ้า”
2. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอายุระหว่าง 7-18 ปี ควรมีหนังสือแสดงเจตนายินยอมแยกสำหรับเด็ก (assent form) เพิ่มเติมจากหนังสือแสดงเจตนายินยอมสำหรับผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม (consent form)



### หนังสือยินยอมโดยสมัครใจของผู้ถูกวิจัย (Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ  
โรคเบาหวาน

วันที่ให้ความยินยอม วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ก่อนที่ลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปของการสรุปผลการวิจัย หรือเปิดเผยเฉพาะต่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาแก้ไขภาวะที่เกิดขึ้นเหมือนกับผู้ป่วยโดยทั่วไปจากโรงพยาบาลตามมาตรฐานการรักษาที่ดีที่สุด

โดยบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้เป็นคือ

.....

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

- ขอแสดงเจตนา ยินยอม เข้าร่วมการวิจัย
- ขอแสดงเจตนา ไม่ยินยอม เข้าร่วมการวิจัย

ลงนาม.....ผู้ยินยอมลงนาม .....ผู้วิจัย

(.....)

(.....)

วันที่ .....

วันที่ .....

ลงนาม.....พยาน

(.....)

วันที่ .....

ลงนาม.....พยาน

(.....)

วันที่ .....



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

29 พฤษภาคม 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ขอใช้ดนตรีบรรเลงของ บริษัท กรีนมิวสิก

เรียน คุณจำรัสเสวตาภรณ์

เนื่องด้วยข้าพเจ้านางสาวมณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์ นิสิตพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต รหัสนิสิต 5577184436 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า" โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ดังนั้นข้าพเจ้าจึงมีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์ ในการใช้ดนตรีบรรเลงของ บริษัท กรีนมิวสิก มาใช้ในการจัดทำสื่อซีดีการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี เพื่อนำมาใช้ในการศึกษา อันจะเกิดผลดี เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าและครอบครัว ซึ่งจะได้อันสืบเนื่องการใช้โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีที่มีดนตรีประกอบ ได้แก่ เพลงดังต่อไปนี้

- |                    |                           |
|--------------------|---------------------------|
| 1. เพลงสายธารธรรม  | 2. เพลงริมฝั่งน้ำเนรัญชรา |
| 3. เพลงเก็บเกี่ยว  | 4. เพลงเดินทางไกล         |
| 5. เพลงเช้าวันใหม่ | 6. เพลงมิตรภาพ            |
| 7. เพลงเมฆ         | 8. เพลงสายนที             |

ทั้งนี้ในการจัดทำ ผู้วิจัยจะกล่าวขอบพระคุณทางบริษัทไว้ในกิตติกรรมประกาศ และในการใช้บทเพลงจะอ้างถึงลิขสิทธิ์ของบริษัท และเจ้าของเพลงทุกเพลงที่ใช้ในงานวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ข้าพเจ้าได้ใช้ดนตรีบรรเลงดังกล่าว หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับการอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ. โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวมณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์

(นิสิตพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต)



® Green Music

Green Music Co.,Ltd. (Littlebird Record Par.,Ltd.)  
46 Taksin13 Taksin Rd. Bukkalo Thonburi Bangkok 10600 Thailand  
Tel 662 8609036 661 3147547 Fax 662 8609033 E-mail :info@greenmusic.org

2 มิถุนายน 2557

เรื่อง อนุญาตให้ใช้ผลงานเพลงของ บริษัท กรีนมิวสิก จำกัด (โดย จัรัส เสวตการณ์)

เรียน นางสาวณิรัตน์ เอี่ยมอนันต์

รหัสนิติ 5577184436 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามที่ท่านได้ส่งจดหมายขอใช้ผลงานเพลงของ บริษัท กรีนมิวสิก จำกัด (โดย จัรัส เสวตการณ์) ในการจัดทำสื่อซีดีการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีเพื่อใช้ในการศึกษาเพื่อทำวิจัยเรื่อง "ผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ โรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า" นั้น

ทางบริษัทฯ ในนามของคุณจัรัส เสวตการณ์ อนุญาตให้ท่านใช้ผลงานเพลง(ตามรายชื่อแนบท้าย)ในชิ้นงานที่กล่าวไว้ข้างต้นเท่านั้น โดยผู้จัดทำ/ผู้ขออนุญาตจะต้องระบุชื่อเพลง ชื่อผู้ประพันธ์ และชื่อบริษัทอื่นเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์ ลงบนสื่อซีดีที่ใช้ในการศึกษาและทำวิจัยครั้งนี้ด้วย

รายชื่อเพลงที่อนุญาตให้ใช้

- |                    |                           |
|--------------------|---------------------------|
| 1. เพลงสายธารธรรม  | 2. เพลงริมฝั่งน้ำเนรัญชรา |
| 3. เพลงเก็บเกี่ยว  | 4. เพลงเดินทางไกล         |
| 5. เพลงเช้าวันใหม่ | 6. เพลงมิตรภาพ            |
| 7. เพลงเมฆ         | 8. เพลงสายนที             |

อนุญาต โดยนับจากวันที่ระบุในจดหมายฉบับนี้

ขอแสดงความนับถือ

(จัรัส เสวตการณ์)

กรรมการผู้จัดการ , ผู้ประพันธ์

### ภาคผนวก ค

#### ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ส่วน ได้แก่

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression

Scale: TGDS)

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ที่แปล และเรียบเรียงโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2536)

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรี **ได้แก่** คู่มือดำเนินโปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรี สำหรับพยาบาลเพื่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า พร้อมแผ่นซีดี ดีวีดี และคู่มือแนะนำการใช้งาน

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง

คำชี้แจง สำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน: แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะการเจ็บป่วย โดยผู้สูงอายุเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม และทำการบันทึกข้อมูลลงในช่องว่างหรือเติมเครื่องหมาย / ลงในวงเล็บ ( ) หน้าข้อความที่ตรงกับข้อมูลส่วนตัวของท่านตามความเป็นจริง

1. อายุ .....ปี
2. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
3. ศาสนา ( ) พุทธ ( ) คริสต์ ( ) อิสลาม ( ) อื่นๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่า ( ) แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา ( ) ไม่ได้เรียน ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ( ) อนุปริญญา/ปวส. ( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี ( ) อื่นๆ ระบุ.....
6. อาชีพปัจจุบัน ( ) ไม่ได้ทำงาน ( ) เกษตรกรรม ( ) ค้าขาย ( ) รับจ้าง ( ) ข้าราชการบำนาญ ( ) อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ( ) น้อยกว่า 5,000 บาท ( ) 5,001 - 10,000 บาท ( ) มากกว่า 10,000 บาท
8. ที่อยู่อาศัย ( ) บ้านของตนเอง ( ) บ้านของลูกหรือหลาน ( ) บ้านของญาติพี่น้อง ( ) บ้านเช่า ( ) อื่นๆ ระบุ.....
9. ระยะเวลาการที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ..... ปี
10. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด .....
11. โรคประจำตัวอื่นๆ ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุชื่อโรค .....

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลาหนึ่ง

สัปดาห์ที่ผ่านมาให้เติม/ ลงในช่องที่ตรงกับ "ใช่" ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน ให้เติม / ลงในช่องที่ตรงกับ "ไม่ใช่" ถ้าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา		ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
1	คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้			
2	คุณไม่ยอมทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ			
3	คุณรู้สึกชีวิตของคุณในช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร			
4	คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ			
5	คุณหวังว่าจะมีสิ่งดีเกิดขึ้นในวันหน้า			
6	คุณมีเรื่องกังวลตลอดเวลาและเลิกคิดไม่ได้			
7	ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี			
8	คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ			
9	ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข			
10	บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง			
11	คุณรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ			
12	คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน			
13	บ่อยครั้งที่คุณวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า			
14	คุณคิดว่าความจำคุณไม่ดีเท่าคนอื่น			
15	การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องที่น่ายินดีหรือไม่			
16	คุณรู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อยๆ			
17	คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณค่อนข้างไม่มีคุณค่า			
18	คุณรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา			
19	คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องสนุกอีกมาก			
20	คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นอะไรใหม่ๆ			
21	คุณรู้สึกกระตือรือร้น			
22	คุณรู้สึกสิ้นหวัง			
23	คุณรู้สึกว่าคนอื่นดีกว่าคุณ			
24	คุณอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็กๆน้อยๆอยู่เสมอ			
25	คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ			



### เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

#### เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ที่แปล และเรียบเรียงโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2536)

**คำชี้แจง:** แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของท่าน โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องในข้อความต่อไปนี้ ที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อละ 1 ช่อง เท่านั้นคำตอบไม่มีถูกหรือผิด

ตลอดเวลา	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นตลอดเวลา
บ่อยๆ	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกแบบนี้เกิดขึ้นบ่อยๆ
นานๆครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นนานๆครั้ง
ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยมีความรู้เช่นนี้เกิดขึ้นเลย

ข้อความ	ตลอดเวลา	บ่อยๆ	นานๆครั้ง	ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย
1. ฉันรู้สึกว่าฉันมีคุณค่าเท่าเทียมคนอื่นๆ				
2. ฉันรู้สึกว่าตัวฉันยังมีสิ่งที่ดีอยู่หลายประการ				
3. ฉันมีความรู้สึกโน้มเอียงที่จะรู้สึกว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
10. หลายครั้งที่ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรดีเลยในตัวเอง				

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี ได้แก่ คู่มือดำเนินโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี สำหรับพยาบาลเพื่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า พร้อมแผ่นซีดี ดีวีดี และคู่มือแนะนำการใช้งาน

ตัวอย่างคู่มือดำเนินโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี

สำหรับพยาบาลเพื่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า





## คำชี้แจง

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย และภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้า คือ กลุ่มอาการที่มีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม เป็นกลุ่มอาการที่อาจพัฒนาให้เกิดเป็นโรคซึมเศร้าได้ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

จากปัญหาดังกล่าวผู้จัดทำให้ฐานะพยาบาลผู้สูงอายุที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจตระหนักถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานจึงสร้างโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (GUIDED IMAGERY AND MUSIC PROGRAM) เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ



โรคเบาหวาน โดยการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาความคิด พฤติกรรม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ อารมณ์ ให้ดีขึ้นก่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากเสียงของดนตรี (music) ร่วมกับการสร้างจินตภาพ (imagery) ทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ดังนั้น คู่มือ:โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี จึงเป็นแนวทางในการจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อลดภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ดัดขึ้น

มณีนรีรัตน์ เอี่ยมอนันต์

## สารบัญ

	หน้า
คำชี้แจง	
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	4
โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี	6
หลักเกณฑ์เบื้องต้นในการเลือกผู้สูงอายุเข้าร่วม โปรแกรม	8
ขั้นตอนการดำเนิน โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี	9
ขั้นที่ 1 เกริ่นนำ	9
ขั้นที่ 2 นำเข้าสู่การจัดกระทำ	10
ขั้นที่ 3 การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี	14
ลำดับการดำเนินเรื่องในแผนซีดีการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี	15
ขั้นที่ 4 สรุป ทบทวนปิดท้ายโปรแกรม	28
ชุดเพลง	29

## โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี

### แนวคิด

การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (Guided Imagery and Music: GIM) ได้รับการพัฒนาโดย คอกเตอร์ เฮเลน บอนนี่ ซึ่งเป็นนักดนตรีบำบัดชาวอเมริกา การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีกล่าวคือ เทคนิคการบำบัดที่ได้รวมระหว่างการสร้างจินตภาพและดนตรีเข้าไว้ด้วยกันในขั้นตอนการบำบัด โดยการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีตามแนวคิดของบอนนี่ได้รับอิทธิพลมาจากจิตวิทยามนุษยนิยม (humanistic psychology movement) และแนวคิดของมาสโลว์ (Maslow's concept of peak experience) อีกทั้งมีพื้นฐานจากจิตบำบัดคิงฤษฏีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic psychotherapy) หรือจิตบำบัดแบบพลวัตทางจิต (psychodynamic psychotherapy) โดยการให้ผู้รับบริการฟังดนตรีคลาสสิกเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายแบบลึก (deep relaxation) และสร้างจินตภาพไปพร้อมกับการฟังเสียงของดนตรี ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ความรู้สึก และร่างกาย ผู้บำบัดต้องมีการสนทนาเพื่อชักนำให้เกิดการสร้างจินตภาพ โดยมีเสียงดนตรีช่วยกระตุ้นชักนำให้ผู้รับบริการเกิดการสร้างจินตภาพอีกด้วย

โปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี คือ การบำบัดที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการพัฒนาความคิด พฤติกรรม อารมณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองช่วยให้เกิด

การสำรวจจิตใจได้สำนึกของตนเอง ปรากฏออกมาในรูปแบบ

ของการส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลายแบบลึก (deep relaxation)

ทั้งนี้การจินตนาการ หรือ การจินตภาพ (imagery) ที่เกิดขึ้นร่วมกับ

เสียงของดนตรี (music) จนเกิดการผ่อนคลายนั้นเป็นการกระตุ้นสมองบริเวณ auditory cortex ส่งผ่านไปยังสมองบริเวณ cerebral cortex ต่อไปที่สมองบริเวณ limbic กระตุ้นการทำหน้าที่ของสารสื่อประสาท ได้แก่ serotonin และไปกระตุ้นสมองส่วนหน้าให้หลั่งสาร epinephrine ออกมาเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้



โดยมีขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นที่ 1 เกริ่นนำ (prelude or preliminary discussion) ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ สร้างบรรยากาศความคุ้นเคยระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจากการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวล หรือข้อขัดแย้งในใจ

ขั้นที่ 2 นำเข้าสู่การจัดกระทำ (induction) ได้แก่ การนำเข้าสู่กิจกรรมเพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย (deep relaxation) ด้วยการจัดสิ่งแวดล้อม การสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย การจัดท่าให้สบาย การฝึกหายใจเข้าออก อย่างลึกและช้า การฝึกการเกร็งคลายของกล้ามเนื้อ อวัยวะส่วนต่างๆพร้อมกับเปิดเพลงบรรเลงเสียงธรรมชาติประกอบ



ขั้นที่ 3 สร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (music-imagery) ได้แก่ การให้ผู้ป่วยรับฟังดนตรี บรรเลงเสียงธรรมชาติ (green music) พร้อมการฉายภาพธรรมชาติ เพื่อให้เกิดการสร้างจินตภาพ โดยระหว่างการฉายภาพพร้อมกับเสียงดนตรีโดยพูดบรรยายชักนำให้ผู้ป่วยเกิดการนึกคิด จินตนาการ เกิดความสุข และได้ระบายความรู้สึกออกมา

ขั้นที่ 4 ทบทวน สรุปปิดท้ายโปรแกรม (postlude or integration) ได้แก่ การพูดทบทวนและสรุปในสิ่งที่ผู้ป่วยได้พูดระบายความคิดออกมา สะท้อนให้เห็นถึงประสพการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น แสดงความรู้สึกที่มีต่อกิจกรรม

## ตัวอย่างคู่มือแนะนำการใช้งาน

### คู่มือ แนะนำการใช้งาน



- CD วิธีสร้างการผ่อนคลายโดยการกำหนดลมหายใจร่วมกับการเกร็งคลายกล้ามเนื้อ
- DVD การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี

โดย นางสาวฉวีรัตน์ เกี่ยมอนันต์  
นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

### สารบัญ

แผ่น CD : วิธีสร้างความรู้สึกล่อนคลายโดยการกำหนดลมหายใจ ร่วมกับการเกร็งคลายกล้ามเนื้อ	1
แผ่น DVD : การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี	3
ประเภทของแผ่นและเครื่องเล่นที่สามารถอ่านได้	5

#### ประเภทของแผ่นและเครื่องเล่นที่สามารถอ่านได้

- แผ่น CD วิธีสร้างความรู้สึกล่อนคลายโดยการกำหนดลมหายใจ ร่วมกับการเกร็งคลายกล้ามเนื้อ  
เนื้อหาที่บรรจุ: เสียง  
เครื่องเล่นที่สามารถอ่านได้ ได้แก่
  - คอมพิวเตอร์
  - เครื่องเล่นคอมแท็กติสก์
- แผ่น DVD การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี  
เนื้อหาที่บรรจุ: เสียง + ภาพ  
เครื่องเล่นที่สามารถอ่านได้ ได้แก่
  - คอมพิวเตอร์
  - เครื่องเล่นDVD ทั้งขนาดพกพา และขนาดปกติ



5

## ตัวอย่างหน้าปกกล่องใส่ แผ่น ซีดีและดีวีดี

**ประกอบด้วย**

**แผ่น CD :** วิธีสร้างการผ่อนคลายโดยการกำหนดลมหายใจ ร่วมกับการเกร็งคลายกล้ามเนื้อ 1 แผ่น

**แผ่น DVD :** การสร้างจินตนาการร่วมกับดนตรี 1 แผ่น

**เพลงบรรเลงประกอบทั้งหมด 8 เพลง ได้แก่**

เพลงสายธารธรรม	เพลงริมฝั่งน้ำเนรัญชรา
เพลงเก็บเกี่ยว	เพลงเช้าวันใหม่
เพลงมิตรภาพ	เพลงเดินทางไกล
เพลงเมฆ	เพลงสายน้ำ

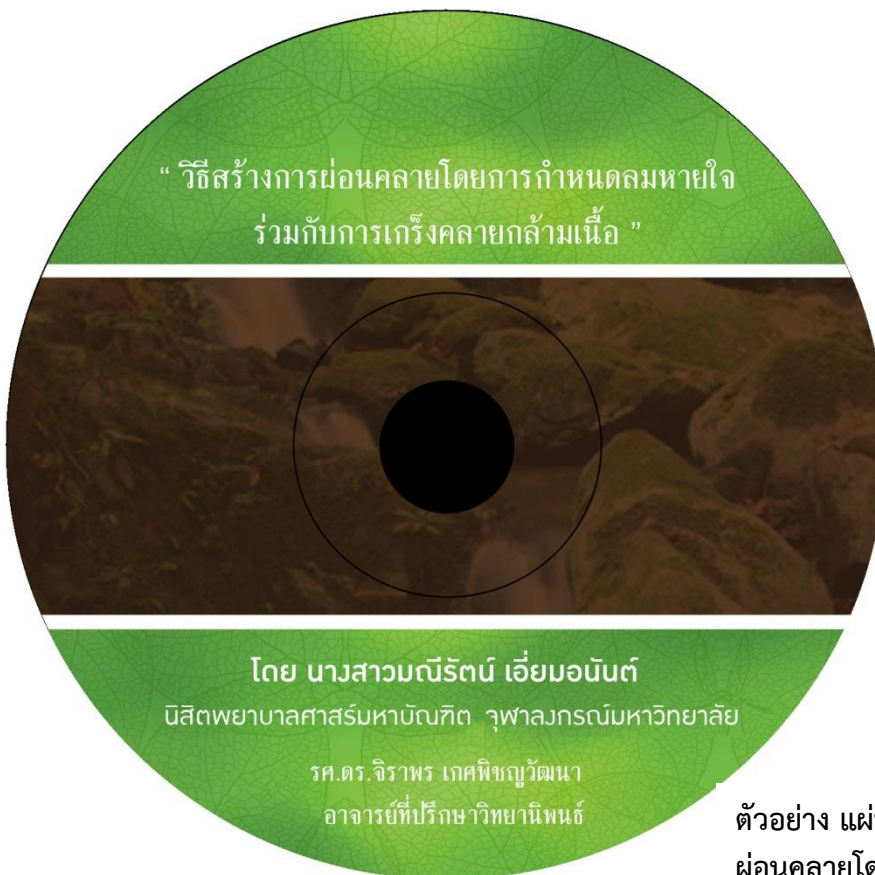
ของคุณจำรัส เศรษฐากรณ์  
บริษัฏ กรีน ทิวสิค  
เสียงบรรยายโดย คุณกมลวรรณ นารอดภัย

โดย นางสาวเนรีรัตน์ เอี่ยมอนันต์  
นิสิตพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

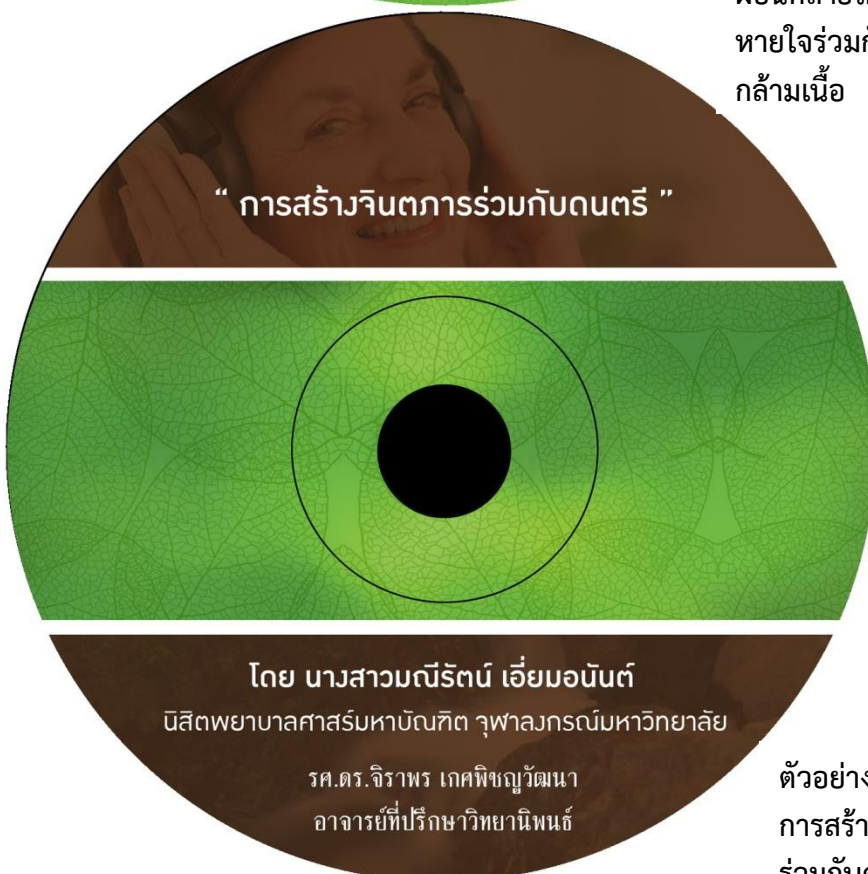
รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

**คู่มือโปรแกรมสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี**  
สำหรับพยาบาล เพื่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า



ตัวอย่าง แผ่นซีดี วิธีสร้างการผ่อนคลายโดยการกำหนดลมหายใจร่วมกับการเกร็งคลายกล้ามเนื้อ



ตัวอย่าง แผ่นดีวีดี การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี



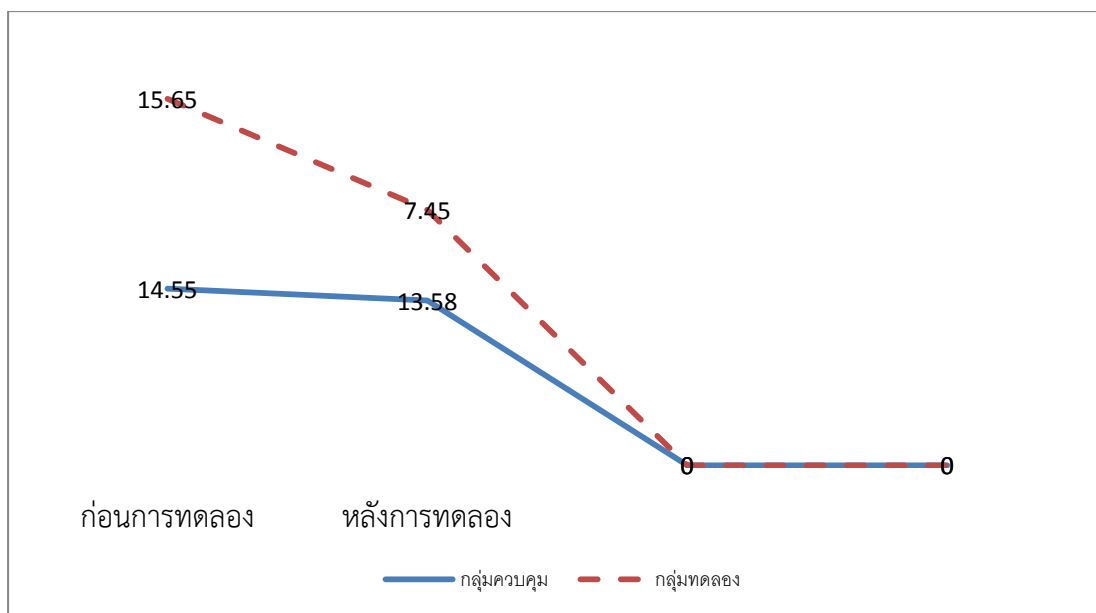


ตารางที่ 8 จำนวน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ  
โรคเบาหวานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1.	15	15	13	5
2.	13	11	21	11
3.	13	20	16	10
4.	13	15	14	7
5.	22	17	14	10
6.	14	14	16	5
7.	22	16	17	8
8.	16	16	24	17
9.	13	11	13	9
10.	13	22	20	11
11.	14	14	13	10
12.	14	10	17	8
13.	13	4	19	3
14.	15	14	13	6
15.	13	6	16	7
16.	15	6	13	3
17.	13	18	14	5
18.	13	9	13	5
19.	13	23	14	5
20.	14	16	13	4
$\bar{X}$	14.55	13.85	15.65	7.45
SD	2.70	5.16	3.18	3.43

ตารางที่ 9 คะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง จัดเป็นระดับปานกลาง ถึง ระดับสูง ของกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คนเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรี

ลำดับที่	คะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (คะแนน)	ระดับ
1	30	ระดับปานกลาง
2	29	ระดับปานกลาง
3	28	ระดับปานกลาง
4	31	ระดับสูง
5	30	ระดับปานกลาง
6	27	ระดับปานกลาง
7	33	ระดับสูง
8	25	ระดับปานกลาง
9	33	ระดับสูง
10	28	ระดับปานกลาง
11	34	ระดับสูง
12	29	ระดับปานกลาง
13	30	ระดับปานกลาง
14	28	ระดับปานกลาง
15	34	ระดับสูง
16	32	ระดับสูง
17	30	ระดับปานกลาง
18	34	ระดับสูง
19	30	ระดับปานกลาง
20	30	ระดับปานกลาง



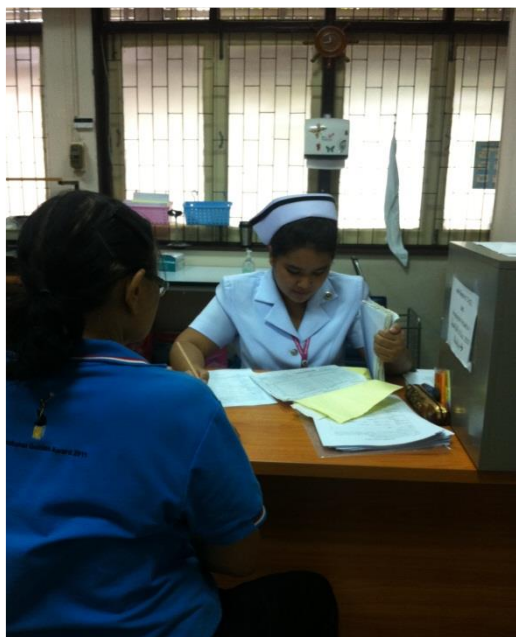
ภาพที่ 7 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

จากภาพที่ 7 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีค่าเท่ากับ 14.55 และ 15.65 ตามลำดับ ภายหลังกการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 13.58 และ 7.45 ตามลำดับ

ภาคผนวก จ  
ภาพการจัดกิจกรรมโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี  
เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาพบรรยากาศการคัดกรองภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยแบบประเมิน แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ที่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี



ภาพที่ 1 ผู้วิจัยคัดกรองภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ คลินิกโรคเบาหวาน



ภาพที่ 2 ผู้วิจัยคัดกรองภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พร้อมผู้ดูแลที่ คลินิกโรคเบาหวาน

### ขั้นตอนที่ 1 เกริ่นนำ (prelude or preliminary discussion)

วัตถุประสงค์	เพื่อสร้างสัมพันธภาพ การพูดคุยหารือ เกี่ยวกับปัญหาของผู้รับบริการ
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
ครั้งที่	1-8
สัปดาห์ที่	1-8
ระยะเวลา	15 นาที

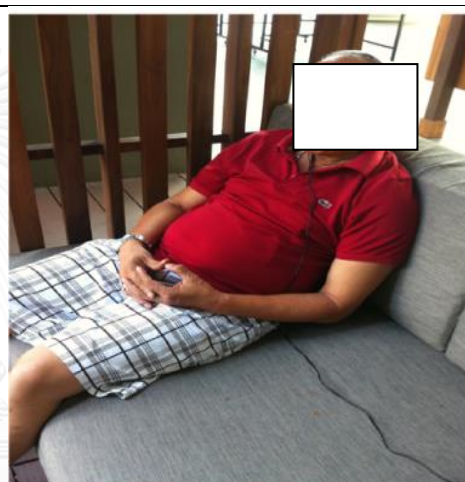


## ขั้นที่ 2 นำเข้าสู่การจัดกระทำ (induction)

วัตถุประสงค์	เพื่อเสริม สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย (deep relaxation) ให้แก่ผู้สูงอายุเตรียมพร้อมเข้าสู่การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
ครั้งที่	1-8
สัปดาห์ที่	1-8
ระยะเวลา	15-20 นาที



ภาพที่ 1 ผู้สูงอายุเกร็งคลายกล้ามเนื้อโดยกัมศิระจนคางชิดอกค้างไว้แล้วกลับมาท่าเดิม



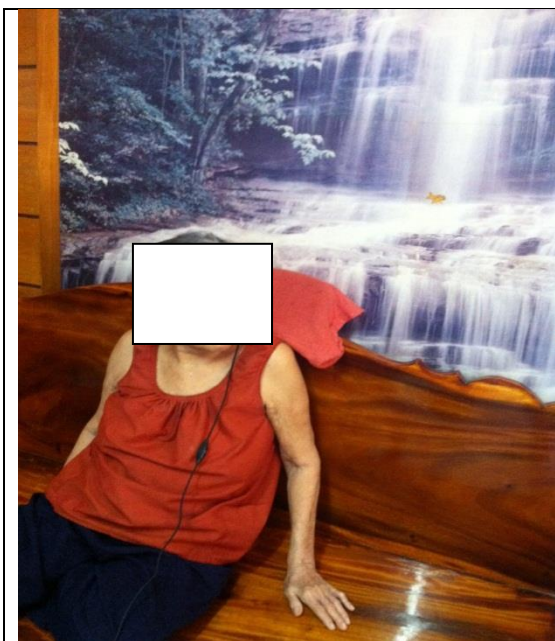
ภาพที่ 2 ผู้สูงอายุเกร็งคลายกล้ามเนื้อโดยการแลบลิ้นออกให้ยาวค้างไว้แล้วหดลิ้นเข้า



ภาพที่ 3 ผู้สูงอายุเกร็งคลายกล้ามเนื้อโดยเอนศีรษะไปข้างหลังให้มากที่สุดค้างไว้แล้วคลายออกกลับมาที่เดิม



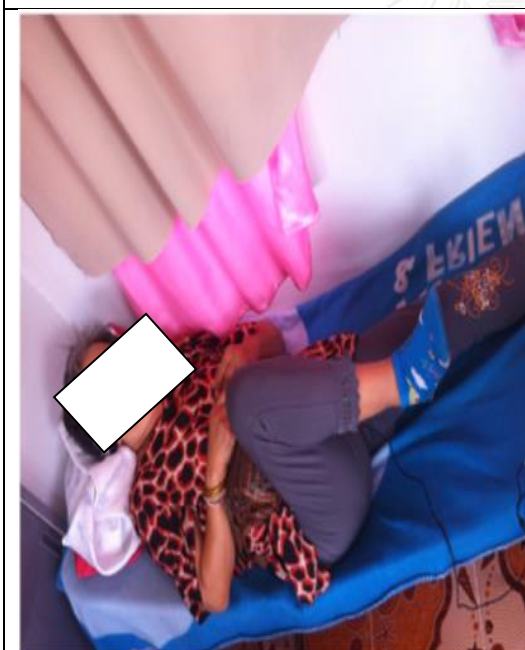
ภาพที่ 4 ผู้สูงอายุเกร็งคลายกล้ามเนื้อโดยอ้าปากกว้างให้มากที่สุดค้างไว้แล้วหุบปากเหมือนเดิม



ภาพที่ 5 ผู้สูงอายุเกร็งคลายกล้ามเนื้อโดยหันศีรษะไปทางซ้ายค้างไว้แล้วกลับมาทำเดิม



ภาพที่ 6 ผู้สูงอายุเกร็งคลายกล้ามเนื้อโดยยกไหล่ซ้ายให้สูงเกร็งไว้แล้วกลับมาทำเดิม



ภาพที่ 7 ผู้สูงอายุเกร็งคลายกล้ามเนื้อโดยงอเข่าขวาให้แน่นที่สุดเกร็งไว้แล้วคลายออก



ภาพที่ 8 ผู้สูงอายุเกร็งคลายกล้ามเนื้อโดยกระดกปลายเท้าขึ้นเกร็งไว้แล้วคลายออก



### ขั้นที่ 3 สร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (music-imagery)

วัตถุประสงค์	เพื่อจุดประสงค์หลักคือ การรับฟังเสียงดนตรีบรรเลงพร้อมกับการฉายภาพธรรมชาติโดยผู้บำบัดพูดบรรยายชักนำให้เกิดการสร้างจินตภาพ
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
ครั้งที่	1-8
สัปดาห์ที่	1-8
ระยะเวลา	30-40 นาที



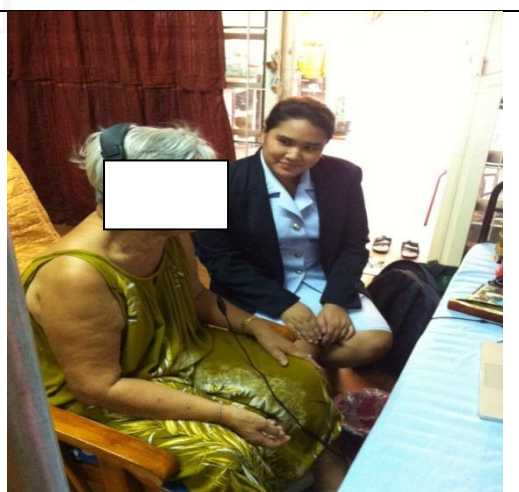
ภาพที่ 1 ผู้สูงอายุรับฟังดนตรีบรรเลงพร้อมฉายภาพธรรมชาติและบทบรรยายชักนำเพื่อให้เกิดการสร้างจินตภาพ



ภาพที่ 2 ผู้สูงอายุรับฟังดนตรีบรรเลงพร้อมฉายภาพธรรมชาติและบทบรรยายชักนำเพื่อให้เกิดการสร้างจินตภาพในท่านอน



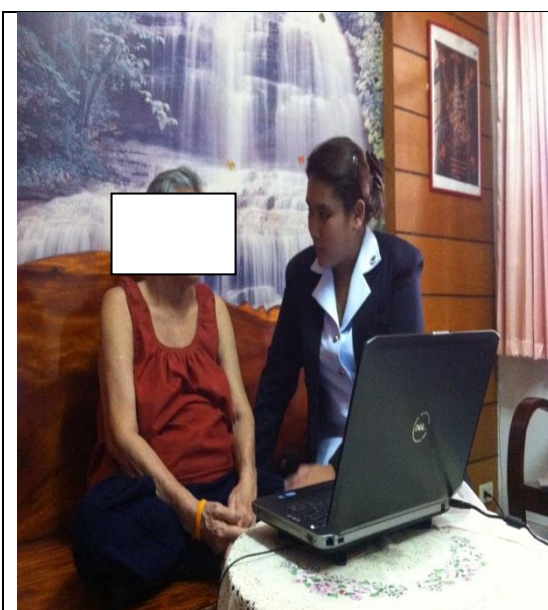
ภาพที่ 3 ผู้สูงอายุรับฟังดนตรีบรรเลงพร้อมฉายภาพธรรมชาติและบทบรรยายชักนำเพื่อให้เกิดการสร้างจินตภาพในท่านั่ง



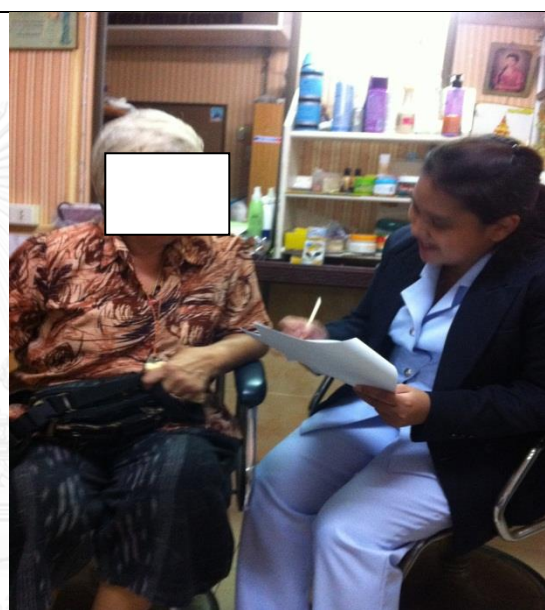
ภาพที่ 4 ผู้สูงอายุระบายความรู้สึกในใจขณะสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี

### ขั้นที่ 4 ทบทวน สรุปปิดท้ายโปรแกรม (postlude)

วัตถุประสงค์	เพื่อให้เกิดการสะท้อนคิดกลับให้ผู้สูงอายุ
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
ครั้งที่	1-8
สัปดาห์ที่	1-8
ระยะเวลา	15-30 นาที



ภาพที่ 1 เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึกของตนเอง ผู้วิจัยทำหน้าที่พูดสะท้อนคิดแก่ผู้สูงอายุ



ภาพที่ 2 ผู้สูงอายุทำแบบประเมิน แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) (Post-test)

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวมณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์ เกิดวันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2529 ที่ จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ปีการศึกษา 2550 เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2555 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยพิเศษรวมอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี

