

ผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อ
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน



นายภูริพงษ์ เจริญแพทย์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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.

THE EFFECT OF MUSIC THERAPY AND SOCIAL SUPPORT PROGRAM ON DEPRESSION
IN OLDER ADULTS WITH PARKINSON'S DISEASE

Mr. Phuriphong Charoenphaet



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

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 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการ
สนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กิน
สัน

โดย

นายภูริพงษ์ เจริญแพทย์

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณ ประภรณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณ ประภรณ์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ฐิริพงษ์ เจริญแพทย์ : ผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน. (THE EFFECT OF MUSIC THERAPY AND SOCIAL SUPPORT PROGRAM ON DEPRESSION IN OLDER ADULTS WITH PARKINSON'S DISEASE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ทัศนาศูววรรณปกรณ์, 123 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคพาร์กินสันทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่เข้ารับบริการในคลินิกพาร์กินสัน หอผู้ป่วยนอกสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยกิจกรรม 3 กิจกรรมคือ กิจกรรมรอบรู้ผู้พาร์กินสัน กิจกรรมคีตะสัมพันธ์ กิจกรรมคีตะเจริญใจ ใช้เวลา 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D ของ Radloff ฉบับภาษาไทย มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน หลังจากได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5477227736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: MUSIC THERAPY / SOCIAL SUPPORT / DEPRESSION / OLDER ADULTS / PARKINSON'S DISEASE

PHURIPHONG CHAROENPHAET: THE EFFECT OF MUSIC THERAPY AND SOCIAL SUPPORT PROGRAM ON DEPRESSION IN OLDER ADULTS WITH PARKINSON'S DISEASE. ADVISOR: ASSOC. PROF.TASSANA CHOOWATTANAPAKORN, Ph.D., 123 pp.

The purpose of this quasi-experimental research were using pretest-posttest control group design to compare depression in older adults with Parkinson's disease before and after receiving the music therapy and social support program between the experimental and control group. The forty samples were used by multi-stage sampling from older adults at Parkinson's disease clinic in Prasat neurological institute who were more or equal 60 years old. Then they were randomly to experimental and control group equally. The control group received conventional nursing care whereas the experimental group received the music therapy and social support program. The program was composed by 3 events for 4 weeks. The data were collected by the demographic data interview and the CES-D thai version which the reliability was .89. The data were analyzed by mean, percentage, standard deviation and t-test

The result showed that

1. The mean score of depression on older adults with Parkinson's disease after received the music therapy and social support program was significantly ($\alpha < .05$) lower than before received the program.

2. The mean score of depression on the experimental group was significantly ($\alpha < .05$) lower than the control group.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2013

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จไปได้เป็นอย่างดีเนื่องด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาวรรณระพรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ทั้งยังตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของงานวิจัย ทำให้งานวิจัยฉบับนี้ออกมาสมบูรณ์แบบกว่าที่ผู้วิจัยได้คาดหวังเอาไว้ นอกจากนี้อาจารย์ยังคอยให้กำลังใจ ห่วงใยและคอยทวงถามความคืบหน้าของการทำวิจัยเป็นระยะๆ ด้วยความรักและความหวังดีจากใจจริง ผู้วิจัยนั้นรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกถึงความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างมาก จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงมาในโอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความกรุณาชี้แนะแนวทาง รวมถึงคำแนะนำที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์พร้อม ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีคุณภาพยิ่งขึ้นไปอีก ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่าให้แก่ผู้วิจัย และขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่ได้สนับสนุนทุนส่วนหนึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน นายแพทย์ สุรศักดิ์ โกมลจันทร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง รองศาสตราจารย์ ดร.บุษกร บินทสันต์ และน.ส. วิชาลิ้มสกุล ที่ให้ความกรุณาช่วยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ซึ่งทำให้ผู้วิจัยสามารถนำไปใช้ได้จริงโดยสะดวก มีคุณภาพมากขึ้น ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ สุขชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล ประธานคณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยาและคณะกรรมการทั้ง 16 คน ที่ให้ข้อเสนอแนะ และข้อควรปรับปรุงในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ซึ่งทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ และหัวหน้าหอผู้ป่วยนอก รวมถึงพยาบาลและเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกทุกท่านที่ให้ความกรุณาอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลได้อย่างเต็มที่ ขอกราบขอบพระคุณอาสาสมัครในงานวิจัยฉบับนี้ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยหวังว่าผลจากการกระทำในครั้งนี้จะลดบันดาลให้ท่านมีสุขภาพที่ดีขึ้นต่อไป

ขอบคุณเพื่อน Flexible รุ่นที่ 10 ทุกคนที่ฝ่าฟันมาด้วยกันจนวันนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่งต่อผู้วิจัยในการติดต่อสื่อสาร ระเบียบต่างๆ ของการทำวิจัย

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัว โดยเฉพาะนายทวีทอง และนางกฤตพร เจริญแพทย์ บิดามารดาของผู้วิจัย ผู้เป็นทุกสิ่งทุกอย่างของลูกคนนี้ เป็นทั้งผู้จุดประกายให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เป็นทั้งกำลังใจที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้วิจัยสำเร็จการศึกษาครั้งนี้มาได้อย่างดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
คำถามการวิจัย.....	5
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย	8
ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน	10
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	14
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและแนวทางการพยาบาล.....	23
แนวคิดเกี่ยวกับดนตรีบำบัด	25
แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม	31
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	33
กรอบแนวคิดการวิจัย	38
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	39
รูปแบบการวิจัย.....	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	39
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย	40

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	40
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	41
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	43
การดำเนินการทดลอง	46
การกำกับการทดลอง	52
การวิเคราะห์ข้อมูล	53
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	55
ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	56
คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง	58
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	61
สรุปผลการวิจัย	61
อภิปรายผล	64
ข้อเสนอแนะ	67
รายการอ้างอิง	69
ภาคผนวก.....	82
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	83
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิจัย เอกสารแจ้งผลพิจารณาดำเนินการวิจัยในสถาบันประสาทวิทยา เอกสารแนะนำอาสาสมัคร85	
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	93
ภาคผนวก ง ภาพกิจกรรมการดำเนินการวิจัย	112
ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล	118
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	123

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนความถี่ ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้โดยประมาณ ความพอเพียง ผู้ดูแลหลักและความสัมพันธ์ แนวดนตรีที่ชอบฟัง ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน ระยะการดำเนินโรค การได้รับยาต้านภาวะซึมเศร้า	56
ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	59
ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($N_1 = N_2 = 20$).....	60
ตารางที่ 4 แสดงผลการทดสอบการกระจายตัวของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ KOLMOGOROV-SMIRNOV ONE-SAMPLE TEST	119
ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้ารายบุคคล ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	120
ตารางที่ 6 แสดงจำนวนรอบในการฟังเพลงและคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลอง ...	121
ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนรอบการฟังเพลง (PLAYS) คะแนนการสนับสนุนทางสังคม (SS) ผลต่างคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง (CESDDIF).....	122

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวเห็นได้จากสัดส่วนของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปได้เพิ่มจำนวนจนมีอัตราส่วนมากกว่าร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับจำนวนของประชากรทั้งหมด (Hobbs, 2004) นั่นคือ ร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ.2543 ร้อยละ 11.7 ในปี 2553 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น ร้อยละ 17.5 ในปี พ.ศ.2563 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย [มส.ผส.], 2555) ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ โรคพาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อยในประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก จากการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคในหลายประเทศ เช่น ประเทศเกาหลีพบผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน 1,470 คนต่อแสนประชากร (Seo, 2007) สหภาพยุโรป 65.5-12,500 คนต่อแสนประชากร (von Campenhausen, 2005) สำหรับในประเทศไทย คาดการณ์ว่ามีผู้ป่วยพาร์กินสันอยู่ประมาณ 1,000-1,500 คนต่อแสนประชากร (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา, & ศรีจิตรา บุนนาค, 2550) สถาบันประสาทวิทยาเป็นสถาบันเฉพาะทางด้านระบบประสาท พบสถิติผู้ป่วยโรคพาร์กินสันย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี 2554-2556 เป็นจำนวน 6,061 ราย 6,239 ราย และ 6,819 ราย ตามลำดับ (สถิติข้อมูลงานเวชระเบียนสถาบันประสาทวิทยา, 2554-2556) ซึ่งเห็นได้ว่าอัตราของผู้ป่วยมีการเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอในทุกปีงบประมาณ

โรคพาร์กินสันเกิดมาจากการเสื่อมสลายโดยไม่ทราบสาเหตุของเซลล์ประสาทบริเวณก้านสมอง (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, 2553) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ใช้ผลิตและกักเก็บสารสื่อประสาท เช่น dopamine, norepinephrine และ serotonin (Wichmann & DeLong, 2006) การเสื่อมของเซลล์ประสาทดังกล่าวทำให้ปริมาณของ dopamine ในร่างกายลดลง การขาด dopamine ที่เป็นสารสื่อประสาทสำคัญต่อการควบคุมการเคลื่อนไหว จึงมีอาการแสดงที่เป็นเอกลักษณ์ 4 อาการ คือ อาการสั่น (tremor) อาการเกร็ง (rigidity) อาการเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) และการเสียการทรงตัว (postural instability) การบรรเทาอาการดังกล่าวเป็นเป้าหมายแรกของการรักษาทางการแพทย์ (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ & กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2554) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ยังสามารถมีอาการที่นอกเหนือจากการเคลื่อนไหว (non-motor symptoms) เกิดขึ้นร่วมกันด้วยและจำเป็นต้องได้รับการรักษาเช่นกัน ได้แก่ อาการท้องผูก ปัสสาวะลำบาก ความดันโลหิตตกขณะเปลี่ยนท่า หลงลืม และภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าถือว่าเป็นอาการที่นอกเหนือจากการเคลื่อนไหวที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน (Menza, 2009) พบได้ร้อยละ 20-60 (Dissanayaka, 2011; Wichowicz, Slawek, Derejko, & Cubala, 2006; Yamamoto, 2001) สำหรับในประเทศไทยแม้ยังไม่มีผลการสำรวจอย่างชัดเจนแต่คาดการณ์ว่าจะมีอัตราการเกิดได้ถึงร้อยละ 50 (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, 2553) จากการศึกษาโดยการวิเคราะห์ห่อภิมานของ Frisina et al. (2008) พบว่าสาเหตุหลักของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมาจากสาเหตุ 2 ประการใหญ่ ๆ คือ ขาดสารสื่อประสาท ได้แก่ serotonin และปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ การไม่สามารถรับมือกับความเจ็บป่วย ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง และขาด

การสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันและระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอีกด้วย (Dissanayaka, 2011; Wichowicz et al., 2006; อัครวุฒิ วิริยเวชกุล, 2551) ในทางกลับกันผลของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันทำให้อาการแสดงของโรคพาร์กินสันมีความรุนแรงมากขึ้น ระดับความรุนแรงนี้จะส่งผลให้ระยะการดำเนินโรคแต่ละระยะสั้นลงและเสียชีวิตไวกว่าปกติ (Papapetropoulos, Ellul, Argyriou, Chroni, & Lekka, 2006; Stella, Banzato, Barasnevicus Quagliato, & Viana, 2008) นอกจากนี้หากปล่อยผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีภาวะซึมเศร้าไว้ไม่ได้รับการรักษาก็มีโอกาสพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวชได้ เช่น ประสาทหลอน หวาดระแวง (ธรรมนาถ เจริญบุญ & ญดา พงษ์กาญจนะ, 2555) ถ้าสามารถจัดการภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น (Jones, Pohar, & Patten, 2009; Schrag, 2006)

แนวทางการรักษาภาวะซึมเศร้าของแพทย์ในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันนั้นไม่แตกต่างจากการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั่วไปคือใช้ยาต้านภาวะซึมเศร้าในการรักษาเป็นหลัก (Baldwin, 2010; กนกวรรณ โมสิกันนท์, 2555) ซึ่งแม้ว่าจะช่วยให้ผลดีต่อการช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าด้วยการเข้าไปปรับสมดุลของสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการแสดงอารมณ์ เช่น serotonin แต่ก็ตามมาด้วยความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ 1) ภาวะความดันตกจนเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม 2) น้ำหนักตัวเกิน 3) ภาวะความดันโลหิตสูงอย่างกระทันหัน หากรุนแรงอาจทำให้เส้นเลือดในสมองแตกและเสียชีวิต 4) กระสับกระส่าย 5) ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก 6) ความดันลูกตาสูง ตามัว ม่านตาขยาย 7) เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น (Vajda & Solinas, 2005; สายฝน เอกวารงกูร, 2553) ดังนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงอาการข้างเคียงกับผู้สูงอายุแพทย์จึงนิยมใช้ปริมาณยาต้านภาวะซึมเศร้าในปริมาณที่ต่ำที่สุดก่อน (กรมสุขภาพจิต, 2553) แต่การรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันนั้นมีความยุ่งยากกว่าผู้สูงอายุทั่วไปเนื่องจากยาต้านภาวะซึมเศร้าบางชนิดยังมีปฏิกริยาระหว่างกันกับยารักษาโรคพาร์กินสัน (W. M. McDonald, Richard, & DeLong, 2003) ทำให้ต้องรักษาสมดุลระหว่างยารักษาโรคพาร์กินสันและยาต้านภาวะซึมเศร้าเพราะการเพิ่มหรือลดยาตัวใดตัวหนึ่งที่ไม่เหมาะสมจะทำให้อาการของโรคพาร์กินสันหรืออาการของภาวะซึมเศร้าอย่างใดอย่างหนึ่งแย่ลงไปได้ (van de Vijver, Roos, Jansen, Porsius, & de Boer, 2002) ดังนั้นด้วยบทบาทของวิชาชีพยาบาลการค้นหาวิธีการบำบัดโดยไม่ใช้ยาเพื่อมาช่วยเสริมการรักษาจึงสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพื่อการใช้ยาให้น้อยที่สุดในการรักษาภาวะซึมเศร้าและหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงจากการใช้ยาดังที่กล่าวมา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวิธีการบำบัดที่ได้ผลดีคือการแก้ไขที่สาเหตุอันได้แก่การเพิ่มระดับของ serotonin และการบำบัดทางจิตสังคม (Frisina, Borod, Foldi, & Tenenbaum, 2008)

วิธีการบำบัดที่สามารถเพิ่มระดับ serotonin ในร่างกายเพื่อลดภาวะซึมเศร้าโดยไม่ใช้ยามีหลายวิธีการด้วยกันได้แก่ สวดมนต์บำบัด (รัตนภรณ์ กรุณา, 2554) การนวดบำบัด (Hou, Chiang, Hsu, Chiu, & Yen, 2010) และดนตรีบำบัด (Chan, Chan, Mok, & Kwan Tse, 2009; Chan, Wong, Onishi, & Thayala, 2012; กาญจนา พิบูลย์, พวงทอง อินใจ, & เอียน สมิต, 2552) โดยดนตรีบำบัดนั้นได้รับการยอมรับมานานแล้วว่าสามารถช่วยให้ผู้ฟังดนตรีนั้นมีสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (White, 2001) ด้วยเหตุนี้ Murrock and Higgins (2009) จึงได้พัฒนาทฤษฎีดนตรี อารมณ์ และการเคลื่อนไหว (music mood and movement, MMM) ขึ้นตามแนวคิด

ที่ว่าดนตรีจะทำให้มีการตอบสนองทางอารมณ์ภายในจิตใจและการตอบสนองทางกายภาพจนนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น โดยดนตรีจะทำให้ อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจช้าลงจนเกิดความผ่อนคลาย รวมถึงลดภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ (Chlan, 1998) ช่วยบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดทั้งการผ่าตัดคลอด ผ่าตัดไส้เลื่อน ผ่าตัดช่องท้อง ศัลยกรรมกระดูก ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และศัลยกรรมจุก (Engwall & Dupplis, 2009) ลดอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง (Huang, Good, & Zauszniewski, 2010) พื้นฟูสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระยะ 2 สัปดาห์แรก (Jun, Roh, & Kim, 2013) และระยะพักฟื้น (Knight & Wiese, 2011) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยลดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากส่วนประกอบของจังหวะ ทำนอง ระดับเสียง และความกลมกลืนของเสียง จะทำให้เกิดการตอบสนองทางจิตใจของบุคคลผ่านศูนย์การได้ยินที่อยู่ในสมองกลีบใน แล้วถูกแปลผลจากกระบวนการในระบบลิมบิก (limbic system) ที่เป็นศูนย์กลางของการรับรู้ทางอารมณ์และความรู้สึก เพื่อกระตุ้นการสร้างและการทำงานของสารสื่อประสาท อันได้แก่ serotonin, dopamine, norepinephrine (Murrock & Higgins, 2009) ที่ช่วยปรับอารมณ์เป็นด้านบวก (บุษกร บิณฑสันต์, 2553) ขจัดอารมณ์ด้านลบ (Boothby & Robbins, 2011) และหากผู้ฟังได้มีโอกาสเลือกเพลงตามภูมิหลังของความสุขและวัฒนธรรมหรือมีความพึงใจต่อเพลงที่นำมาบำบัดก็จะทำให้ผลของการบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Good, 2000; R. A. R. McDonald, Kreutz, & Mitchell, 2012; Thaut & Davis, 1993)

ด้วยเหตุนี้จึงมีการนำดนตรีบำบัดมาช่วยผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Hsu & Lai, 2004) ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ทั้งที่ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอก คลินิก สถานบริบาล บ้าน และในชุมชน (Chan, Wong, & Thayala, 2011) ลดภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่สมอง (Guetin, Souza, Voiriot, Picot, & Herisson, 2009) ที่สำคัญคือยังช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างดี ทั้งผู้สูงอายุที่มารับบริการยังศูนย์สุขภาพ (กาญจนา พิบูลย์ et al., 2552) และผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในบ้าน (Chan, Chan, & Mok, 2010; Chan et al., 2012) ที่สำคัญคือการช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยพาร์กินสัน (Hayashi, Nagaoka, & Mizuno, 2006) ยิ่งไปกว่านั้นผลของดนตรีบำบัดยังทำให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีอาการแสดงทางกายของโรคที่ดีขึ้น เช่น การกลืน การออกเสียงพูด การเดิน การทรงตัว (de Drue, van der Wilk, Poppe, Kwakkel, & van Wegen, 2012; Manor, Balas, Giladi, Mootanah, & Cohen, 2009; Shih, 2012) และเมื่อระดับความรุนแรงของอาการแสดงทางกายในโรคพาร์กินสันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (Dissanayaka, 2011; Wichowicz et al., 2006) นั่นหมายถึงการใช้ดนตรีบำบัดในกิจกรรมที่ส่งเสริมการเคลื่อนไหวจะทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันดีขึ้นโดยอ้อมอีกทางหนึ่งด้วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบแล้วนำมาวิเคราะห์ห่อภิมาถึงการใช้นดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าพบว่าประสิทธิผลของการบำบัดโดยการฟังเกิดขึ้นหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับดนตรีบำบัดจำนวน 4 ครั้งและจะมีประสิทธิผลสูงสุดหากได้รับดนตรีบำบัดจำนวน 16 ครั้งขึ้นไป โดยแต่ละครั้งใช้เวลาตั้งแต่ 20-90 นาที มีความถี่ 1-6 ครั้งต่อสัปดาห์ แต่พบว่าระยะเวลาที่เหมาะสมคือ 20-60 นาทีต่อครั้ง และความถี่ไม่ต่ำกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ (Gold, Solli, Kruger, & Lie, 2009; Maratos, Gold, Wang, & Crawford, 2008)

นอกจากนั้นการใช้ดนตรีบำบัดเพียงอย่างเดียวในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีภาวะซึมเศร้าก็ไม่อาจแก้ปัญหาจากสาเหตุที่มีอยู่ได้หมด จึงต้องหาวิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีการรับมือกับความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม รับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง และเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวทางการช่วยเหลือจากคนกลุ่มบุคคล หรือสังคมที่มีผลทางจิตใจต่อผู้รับ ที่ทำให้สามารถรับมือกับความเครียด จัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม รู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง และมีความมั่นคงทางอารมณ์ ดังที่ Cohen, Underwood & Gottlieb (2000) ได้ให้ความหมายเอาไว้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่แสดงออกถึงสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน จนทำให้เกิดความรัก ความผูกพัน ความไว้วางใจและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อันก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้รับ เช่น พฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถและสมรรถนะ การรับมือกับสถานการณ์วิกฤตต่างๆ การรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง เป็นต้น ซึ่ง House (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมไว้ 4 ด้านคือการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (instrumental support) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) และการสนับสนุนทางด้าน การประเมินค่า (appraisal support) โดยมีการนำการสนับสนุนทางสังคมมาจัดเป็นโปรแกรมการพยาบาลแล้วพบว่าสามารถปรับพฤติกรรมจนมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงวัยทำงาน (ณัฐพงศ์ เฉิดแสงจันทร์, 2554) พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (ปานใจ กันยะมี, 2553) พฤติกรรมดูแลเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (พิชญา รินทา, 2554) ช่วยให้ผู้ป่วยรับมือต่อภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังได้ผลดีมาแล้วในผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Turner-Cobb, 2002) ผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Fyrand, Moum, Finset, & Glennas, 2002) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Penninx, 1998) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Frasure-Smith, 2000) สำหรับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้สูงอายุ พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจะสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง (Taylor, 2011; สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์, 2554) ทั้งยังช่วยลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและระยะเวลาที่มีอาการของภาวะซึมเศร้าได้ (Wareham, Fowler, & Pike, 2007) โดยเฉพาะโรคพาร์กินสันการขาดการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่รุนแรงขึ้น (Cheng, 2008)

ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั่วไป (Chan et al., 2010; Chan et al., 2012; กาญจนา พิบูลย์ et al., 2552) และหากเป็นการศึกษาในผู้ป่วยพาร์กินสันก็จะเป็นการศึกษาโดยภาพรวมซึ่งจะยึดถือผลของดนตรีต่ออาการแสดงทางกายจากโรคพาร์กินสันเป็นหลัก มากกว่ามีจุดประสงค์เพื่อลดภาวะซึมเศร้า (de Drue et al., 2012; Hayashi et al., 2006) ส่วนงานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันก็พบว่าเป็นงานวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Cheng, 2008; Simpson, Haines, Lekwuwa, Wardle, & Crawford, 2006) ยังไม่มีการพัฒนาการสนับสนุนทางสังคมเป็นโปรแกรมในกิจกรรมทางการแพทย์เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพาร์กินสันมาก่อน ทั้งๆที่ทั้ง 2 ทฤษฎีก็สามารถแก้ไขถึงสาเหตุตามการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Frisina et al. (2008) จึงควรมี 2 แนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ร่วมกันในกิจกรรมทางการแพทย์เพื่อให้ได้ผลประโยชน์สูงสุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับ

สนับสนุนทางสังคมมาลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีภาวะซึมเศร้าในอนาคต อย่างไรก็ตามในงานวิจัยนี้จะมีมุ่งศึกษาเกี่ยวกับการสร้างโปรแกรมดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเท่านั้น ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการ อาการแสดง ปัญหาทางสุขภาพ หรือภาวะแทรกซ้อนด้านอื่นๆ ในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันแต่อย่างใด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

ผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้หรือไม่ อย่างไร

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากปัญหาของงานวิจัยที่พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันนั้นมาจาก 2 สาเหตุใหญ่คือ การขาดสารสื่อประสาท เช่น serotonin และปัจจัยทางจิตสังคม เช่น ขาดการสนับสนุนทางสังคม (Frisina et al., 2008) ผู้วิจัยจึงคิดโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อลดภาวะซึมเศร้าตามสาเหตุที่เกิดขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีดนตรี อารมณ์ และการเคลื่อนไหว ของ Murrock and Higgins (2009) และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) ซึ่งมีรายละเอียดคือ

แนวคิดการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัด ของ Murrock and Higgins (2009) ได้อธิบายถึงกรอบแนวคิดทฤษฎีไว้ว่าดนตรีจะทำให้มีการตอบสนอง 2 ส่วนคือการตอบสนองภายในจิตใจจนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และการตอบสนองทางกายภาพจนเกิดการเคลื่อนไหวของร่างกาย ทั้งหมดนี้จะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น เนื่องจากส่วนประกอบของดนตรีอันได้แก่ จังหวะ ทำนอง ระดับเสียง และความกลมกลืนของเสียง เมื่อเข้าสู่ร่างกายผ่านศูนย์การได้ยินจนไปถึงกระบวนการของระบบลิมบิกในสมองกลีบใน ซึ่งระบบลิมบิกนั้นเป็นศูนย์กลางของการควบคุมทางด้านอารมณ์ ประสาทสัมผัส และความรู้สึก ให้หลังสารสื่อประสาทออกมา เช่น dopamine, serotonin, acetylcholine, GABA epinephrine และ norepinephrine (Castro-Sierra, Chico, & Portugal, 2005; บุษกร บินทสันต์, 2553) ส่งผลให้เกิดการตอบสนองทางร่างกายและจิตใจ เช่น รู้สึกสงบ ผ่อนคลาย หรือตื่นเต้น ดีใจ ขึ้นอยู่กับลักษณะของดนตรีที่ได้ยิน โดยดนตรีที่เหมาะสมในการนำมาบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าโดยการฟังและการทำกิจกรรมมีลักษณะดังนี้ 1) จังหวะ มีความสม่ำเสมอ 1 จังหวะความเร็ว 80-160 ครั้ง/นาที จะทำให้รู้สึกสบาย มั่นคง และสนุกสนานมีชีวิตชีวา 2) ทำนอง มีความต่อเนื่องของตัวโน้ตที่จัดเรียงร้อยไปตามจังหวะที่ได้กำหนดไว้ ใช้แนวทำนองที่ตรงกับวัฒนธรรม ภาษาของ

ผู้ฟัง เป็นที่รู้จักและคุ้นเคย มีสีน้ของเสียงที่สดใส เจิดจ้า 3) ความถี่ของเสียง ไม่ควรใช้เสียงที่มีความถี่ต่ำหรือสูงเกินไป และเสียงไม่ควรดังเกิน 85 dB(A) หรือควรอยู่ระหว่าง 50-70 dB(A) 4) การเรียบเรียงเสียง มีสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ไม่มีเสียงโดด และมีการประสานของเสียงกันอย่างลงตัว มีความโปร่งใส ไม่หนาจนทืดทู่หรือบางจนว่าห่วย (Forney & Machlis, 2011; Wallis, Ingalls, & Campana, 2008; บุษกร บิณฑสันต์, 2553; สุกกรี เจริญสุข, 2550; เสาวณีย์ สังขโสภณ, 2541) และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดผู้ป่วยจะเป็นผู้เลือกรายชื่อเพลงตามประเภทของดนตรีที่ชอบ (Good, 2000; Holler, 2012; R. A. R. McDonald et al., 2012; Thaut & Davis, 1993) โดยใช้ดนตรีบำบัดวันละครั้ง ครั้งละ 20 นาที นาน 4 สัปดาห์ (Gold et al., 2009; Maratos et al., 2008) ในห้องที่มีอากาศถ่ายเท ไม่อับชื้น ไม่มีเสียงดังรบกวน ไม่มีสิ่งรบกวนสมาธิ (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2008)

ส่วนแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) ได้อธิบายว่าเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือสนับสนุนกันทางด้านอารมณ์ ความรัก การเอาใจใส่ การให้กำลังใจ คำแนะนำ ความรู้ ตลอดจนการส่งเสริมให้ยอมรับความเป็นตัวตนจากการเรียนรู้และประเมินตนเอง โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (Taylor, 2011) รวมถึงสามารถช่วยลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและระยะเวลาที่มีอาการของภาวะซึมเศร้าได้ (Wareham et al., 2007) โดยเฉพาะการลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Cheng, 2008) เนื่องจากเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับความเครียด จัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม รู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง และมีความมั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลต่ออาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่ให้ดีขึ้น ทั้งนี้ House (1981) ได้แยกการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านคือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ได้แก่ การเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การแสดงความรัก ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ รับฟังปัญหาและเรื่องไม่สบายใจ 2) การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร ได้แก่ การช่วยเหลือด้านวัตถุ การเงิน เวลา อุปกรณ์ แรงงานหรือการให้บริการต่างๆ 3) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำ ความรู้ ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ ซึ่งช่วยทำให้เกิดการเผชิญกับปัญหาหรือแก้ไขปัญหามีคุณภาพ 4) การสนับสนุนทางด้านประเมินค่า ได้แก่ การสนับสนุนให้เกิดการประเมินตนเอง การให้ข้อมูลย้อนกลับ ทำให้เห็นคุณค่าในตัวเอง ส่งเสริมให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ยอมรับความเป็นบุคคล คิดว่าตนเองยังมีค่า ไม่หมดหวัง และยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมแบ่งได้ 3 ระดับ (Gottlieb, 1985) คือ 1) ระดับใหญ่ ได้แก่ ชุมชน สถาบัน หรือองค์กร 2) ระดับกลาง ได้แก่ เครือข่าย หรือกลุ่มคนที่มีความสนใจในสิ่งเดียวกัน 3) ระดับเล็ก ได้แก่ บุคคลที่มีความใกล้ชิดผูกพัน เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือผู้ดูแล ซึ่งการให้การสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้านที่เหมาะสมตามแหล่งของการสนับสนุนมีผลต่อสุขภาวะของผู้รับ โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์จากเพื่อนและครอบครัวจะมีผลต่อสุขภาวะผู้สูงอายุในระดับสูง (DuPertuis, Aldwin, & Bosse, 2001)

โดยโปรแกรมทางการแพทย์บาลที่ผู้วิจัยประยุกต์ทั้ง 2 แนวคิดมาใช้ร่วมกันจัดกิจกรรมดังนี้

1. กิจกรรมกลุ่มรอบรู้อู้อาร์กินสัน โดยผู้วิจัยที่เป็นตัวแทนของแหล่งสนับสนุนทางสังคมระดับกว้าง ซึ่งเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน เช่น อาการ อาการแสดง การรักษา ภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น และความรู้เรื่องการดูแล เช่น อาหารและการรับประทานยา การออกกำลังกาย

กายและการทำกายภาพบำบัดที่บ้าน การจัดสิ่งแวดล้อมและลักษณะที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม วิธีการพูดคุยให้กำลังใจ เป็นต้น แก่ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน/ครอบครัว/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผ่านสื่อการสอน เช่น พาวเวอร์พอยท์ แผ่นพับ และคู่มือที่ผู้วิจัยผลิตขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ในขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแล มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน การดูแลตนเอง โดยมีผู้วิจัยคอยเสริมความรู้หรือคำแนะนำที่ถูกต้องตามหลักการพยาบาล ส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อสร้างเป็นเครือข่ายแหล่งสนับสนุนทางสังคม ระดับกลาง เป็นการให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการต่อสู้กับโรคและการดำเนินชีวิต รู้สึกถึงความมีคุณค่าในตัวเอง ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวจากสังคม ทั้งนี้เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่มครั้งที่จัดขึ้นในโรงพยาบาลแล้วผู้วิจัยจะมีการประเมินผลและการกำกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่บ้านโดยผู้ดูแลหลักอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 3 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 2-4) และการสอบถามทางโทรศัพท์ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 4 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 1-4) กิจกรรมนี้เป็นการให้การสนับสนุนทางสังคมที่ครบถ้วนทั้ง 4 ด้านคือด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินค่า

2. กิจกรรมกลุ่มคีตะสัมพันธ์ เป็นกิจกรรมบันเทิงแบบกลุ่มโดยการใช้ดนตรี ได้แก่ การร้องเพลงคาราโอเกะ การเต้นลีลาศในจังหวะง่ายๆ เพื่อเป็นสื่อกลางระหว่างผู้วิจัย ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน/ครอบครัว/ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่ม เนื่องจากดนตรีช่วยให้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลง่ายขึ้น (Nayak, Wheeler, Shiflett, & Agostinelli, 2000) นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ในการผ่อนคลายอารมณ์ ทำให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน ช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหว กิจกรรมนี้เป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์

3. กรรมคีตะเจริญใจ เป็นการใช้ดนตรีกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารสื่อประสาท เช่น serotonin, dopamine, norepinephrine ซึ่งมีผลต่อการปรับอารมณ์ในทางบวกของจิตใจ โดยใช้บทเพลงที่ผู้สูงอายุชื่นชอบและเป็นผู้เลือกด้วยตนเองจากจำนวนบทเพลงที่ผู้วิจัยได้คัดสรรเอาไว้แล้วว่าเหมาะในการนำมาใช้เพื่อบำบัดภาวะซึมเศร้า และให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลร่วมกันจัดกิจกรรมนี้ทุกวันวันละครั้งนาน 20 นาทีต่อวัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ขณะทำกิจกรรมผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล สามารถส่งเสียงร้อง หรือเคลื่อนไหวไปตามจังหวะเพลงได้ตามสะดวก

กิจกรรมทั้งหมดในโปรแกรมจะทำให้เกิดผลดังนี้ 1) การเพิ่มขึ้นของระดับสารสื่อประสาท เช่น serotonin, dopamine, norepinephrine ซึ่งมีผลโดยตรงกับการลดระดับภาวะซึมเศร้าของกระบวนการในสมองผ่านระบบลิมบิก 2) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ครบถ้วนทั้ง 4 ด้านจากบุคลากร เพื่อน และครอบครัว จะช่วยลดระยะเวลาและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่ประคับประคองทางอารมณ์และทางร่างกาย ทำให้ไม่หมกมุ่นกับตนเองตลอดเวลาจนทำให้เกิดความคิดทางด้านลบส่งผลต่อเนื่องถึงภาวะซึมเศร้า มีความพึงพอใจ มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต การได้รับข้อมูลข่าวสารและการประเมินค่าทำให้ผู้สูงอายุรับมือกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง สามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพ มีความมั่นใจในตนเอง และคิดว่าตนเองมีค่า

จากแนวคิดและข้อมูลหลักฐานการวิจัยดังกล่าวมา ผู้วิจัยจึงนำมาตั้งเป็นสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมีระดับของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) วัตถุประสงค์ 2 กลุ่มก่อนและหลังทดลอง โดยศึกษาเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่ได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นผู้สูงอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคพาร์กินสัน มีคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item ฉบับภาษาไทย ≥ 19 คะแนน (วิไล คุปต์นิริติศัยกุล & พนม เกตุมาน, 2540) ดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีคลินิกพาร์กินสันในกรุงเทพมหานคร โดยระบุแบบเฉพาะเจาะจงคือสถาบันประสาทวิทยา และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แล้วแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้การจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้จำนวนกลุ่มละ 20 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม
ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคพาร์กินสัน เข้าใจและสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และกายภาพ ซึ่งมีการแสดงดังต่อไปนี้คือ มีความรู้สึกโศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้าง ไร้ค่า หมดหวัง ท้อถอย มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง บุคคลรอบข้าง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ร้องไห้บ่อย ไม่มีสมาธิ หงุดหงิดง่าย เบื่ออาหาร เบื่อหน่าย หมกมุ่นกับตนเอง อ่อนเพลียอ่อนล้า หวาดกลัว หวาดระแวง นอนไม่หลับ ซึ่งวัดได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale : CES-D Scale (Radloff, 1977) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย (ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน บันดี, & สมพร เตรียมชัยศรี, 2533)

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การพยาบาลที่ประกอบด้วย การให้คำแนะนำต่อผู้สูงอายุตามปกติ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรค อาการ อาการแสดง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การรับประทานยา ดูแลช่วยเหลือความทุกข์สบายทั่วไป

โปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีดนตรี อารมณ์ และการเคลื่อนไหว ของ Murrock and Higgins (2009) ร่วมกับ แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) แบ่งเป็นการจัดกิจกรรมที่ผสมผสาน 2 แนวคิดเข้าไว้ด้วยกันดังนี้

1) กิจกรรมกลุ่มรอบรู้สุขภาพโรครักษา ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรครักษา เช่น อาการ อาการแสดง การรักษา ภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น ความรู้เรื่องการดูแล เช่น อาหารและการรับประทานยา การออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดที่บ้าน การจัดสิ่งแวดล้อมและลักษณะที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม วิธีการพูดคุยให้กำลังใจ เป็นต้น เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแล มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเจ็บป่วยด้วยโรครักษา การดูแลตนเอง โดยมีผู้วิจัยคอยเสริมความรู้หรือคำแนะนำที่ถูกต้องตามหลักการพยาบาล ส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วม แสดงความคิดเห็น ให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการต่อสู้กับโรคและการดำเนินชีวิต รู้สึกถึงความมีคุณค่าในตัวเอง ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวจากสังคม ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินค่าโดยตรงจากผู้วิจัย การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านทรัพยากรแก่ผู้สูงอายุผ่านผู้ดูแลหลักที่ได้รับการประเมินและการกำกับอย่างต่อเนื่องจากผู้วิจัย

2) กิจกรรมกลุ่มศิลปะสัมพันธ์ เป็นกิจกรรมบันเทิงแบบกลุ่มโดยการใช้ดนตรี เพื่อเป็นสื่อกลางระหว่างผู้วิจัย ผู้สูงอายุโรครักษา ครอบครัว/ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่ม/เพื่อช่วยให้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลง่ายขึ้น ผ่อนคลายอารมณ์ ทำให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน ช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหว และเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ทางหนึ่งด้วย

3) กิจกรรมศิลปะเจริญใจ เป็นการใช้ดนตรีกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารสื่อประสาท เช่น serotonin, dopamine, norepinephrine ซึ่งมีผลต่อการปรับอารมณ์ในทางบวกของจิตใจ โดยใช้บทเพลงที่ผู้สูงอายุชื่นชอบและเป็นผู้เลือกด้วยตนเองจากจำนวนบทเพลงที่ผู้วิจัยได้คัดสรรไว้แล้วว่า เหมาะในการนำมาใช้บำบัดภาวะซึมเศร้า คือจังหวะมีความสม่ำเสมอ ความเร็ว 80-160 ครั้ง/นาที ทำนองมีความต่อเนื่องของตัวโน้ตที่จัดเรียงร้อยไปตามจังหวะที่ได้กำหนดไว้ ใช้แนวทำนองที่ตรงกับวัฒนธรรม ภาษาของผู้ฟัง เป็นที่รู้จักและคุ้นเคย มีลีลาของเสียงที่สดใส เจิดจ้า ความถี่ของเสียง ไม่ควรใช้เสียงที่มีความถี่ต่ำหรือสูงเกินไป ความดังควรอยู่ระหว่าง 50-70 dB(A) การเรียบเรียงเสียง มีสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ไม่มีเสียงโดด และมีการประสานของเสียงกันอย่างลงตัว มีความโปร่งใส ไม่หนาจนหนืดหรือบางจนแห้ว โดยให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลร่วมกันจัดกิจกรรมนี้ ทุกวันวันละครั้งนาน 20 นาทีต่อวัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้สูงอายุโรครักษา มีภาวะซึมเศร้ามลดลง
2. พยาบาลสามารถนำไปโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรครักษาในโรงพยาบาลในชุมชน หรือในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังชนิดอื่น
3. เป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้า พัฒนาการวิจัยเพื่อค้นหาวิธีบำบัดทางการพยาบาลในรูปแบบอื่นเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยต่อไป

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวน ศึกษา ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสามารถสรุปแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
3. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและการพยาบาล
4. แนวคิดเกี่ยวกับดนตรีเพื่อการบำบัด
5. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

โรคพาร์กินสันมีการเขียนรายงานขึ้นครั้งแรก โดย James Parkinson ในปี 1817 และได้อธิบายถึงโรคที่เป็นกลุ่มอาการของการสั่นของมือ และการเคลื่อนไหวน้อย ต่อมาในปี 1877 Jean-Martin Charcot ได้ทำการศึกษาต่อเนื่องและเป็นคนแรกที่กล่าวถึงอาการและอาการแสดงทางคลินิกของโรคนี้ได้อย่างครบถ้วน ได้แก่ อาการสั่น (tremor) อาการเกร็ง (rigidity) อาการเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) และการเสียการทรงตัว (postural instability) แล้วเรียกกลุ่มอาการนี้ว่า Parkinsonism เพื่อเป็นการรำลึกถึง James Parkinson ผู้ค้นพบคนแรก (Pahwa & Lyons, 2007) กลุ่มอาการโรคพาร์กินสันจะพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากอายุ 50-60 ปีและดำเนินไปอย่างช้าๆ เป็นเวลากว่า 10 ปี (ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรการ, 2547) มีอุบัติการณ์การเกิดในประชากรผู้สูงวัยอายุ ร้อยละ 1.47-12.5 (Seo, 2007; von Campenhausen, 2005) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. พยาธิสภาพของโรค

ในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะพบว่าบริเวณ substantia nigra ที่ควรจะมี dopaminergic neurone ซึ่งเป็นเซลล์ประสาทที่มี melanin คือเม็ดสีแถบสีน้ำตาลเข้มตามปกติอย่างหนาแน่น กลับมีลักษณะซีดจางทั้ง 2 ข้างหรือเสื่อมสลายไปมากกว่าร้อยละ 60 ซึ่งการเสื่อมดังกล่าวจะไปส่งผลต่อระดับ dopamine ใน striatum ให้ต่ำลง จนเกิดความผิดปกติของการรับส่งสารสื่อประสาทในบริเวณนี้และทำให้เกิดปัญหาทางการเคลื่อนไหวที่เป็นอาการแสดงของโรคพาร์กินสันในที่สุด (Young & Penney, 1993; ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรการ, 2547; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2536; ปัญญา คุณวัฒน์, 2536)

2. อาการและอาการแสดง

โดยอาการและอาการแสดงที่สำคัญซึ่งทำให้สามารถแยกโรคพาร์กินสันออกจากโรคการเคลื่อนไหวผิดปกติชนิดอื่นมีด้วยกัน 4 อาการ (Jankovic & Tolosa, 2007) คือ

2.1 อาการสั่น ในโรคพาร์กินสันมีทั้งอาการสั่นขณะพัก (resting tremor) และอาการสั่นตามท่าทาง (postural tremor) สำหรับอาการสั่นตามท่าทางหรือการจับทำนั้นเชื่อว่าเกิดจาก

กลไกที่สัมพันธ์กับอาการเกร็ง ส่วนอาการสั่นขณะพักเกิดเมื่อปลายมือปลายเท้าเกิดในท่าวางพัก เช่น มือวางบนตัก หรือทอดขาบนเก้าอี้แต่ยังทรงตัวอยู่ในท่านั่ง ผู้ป่วยจะมีอาการสั่นที่ปลายมือปลายเท้า ลักษณะคล้าย ๆ กับมือกำลึงขึ้นเมื่อย แต่ถ้าผู้ป่วยหลับสนิทหรือเริ่มเคลื่อนไหวอาการสั่นดังกล่าวนี้ จะหายสนิท (ก้องเกียรติ ภูณท์กันทราร, 2553) ซึ่งอาการสั่นในขณะพักนี้ถือว่าเป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ และจากการศึกษาโดยการบันทึกคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ (EMG) ของผู้ป่วย จะพบว่ามีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ (rhythmic muscle activity) เกิดขึ้นสลับกันระหว่าง กล้ามเนื้อที่ทำงาน (agonist) และกล้ามเนื้อที่ทำงานตรงกันข้าม (antagonist) อยู่ตลอดเวลาใน อัตราเร็ว 4-6 รอบต่อวินาที (4-6 Hz) (Delwaide & Gonc, 1993; Hartmann & Oertel, 1999)

2.2 อาการเกร็ง ในผู้ป่วยพาร์กินสันนั้นอาจมีอาการเกร็งแสดงได้ 2 รูปแบบคือ อาการเกร็งแบบท่อโลหะ (lead pipe rigidity) ในกรณีนี้ผู้ป่วยจะมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อเกิดขึ้นเท่ากัน ในขณะที่ทำการเคลื่อนไหวแบบพาสซีฟ มักตรวจพบขณะตรวจร่างกายบริเวณกล้ามเนื้อคอด้านหลัง กล้ามเนื้อบริเวณข้อไหล่ และอาการเกร็งแบบฟันเฟือง (cog-wheel rigidity) คือลักษณะการเกร็งของกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้นทั้งในกล้ามเนื้อกลุ่มงอและกลุ่มเหยียด ซึ่งเกิดขึ้นเท่ากันตลอดเวลา แล้วจะมีการหยุดเกร็งแบบสะดุดเป็นพักๆ ในอัตราเร็ว 5-6 รอบต่อวินาที จึงทำให้เกิดเป็นอาการเกร็งของกล้ามเนื้อแบบสะดุดเกิดขึ้นในขณะที่ทำการเคลื่อนไหวแบบพาสซีฟ ปรากฏการณ์นี้เรียกว่า cog-wheel phenomenon โดยปกติอาการเกร็งของกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้นนี้ จะมีความรุนแรงที่ไม่ขึ้นอยู่กับอัตราเร็วของการทำการเคลื่อนไหวแบบพาสซีฟแต่อย่างใด แต่จะมีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อตลอดเวลาที่มีการดึงหรืออ้างกล้ามเนื้อ หรือขณะที่มีความเครียด ความกังวล ก็อาจทำให้มีการเกร็งเพิ่มขึ้นได้ นอกจากนี้อาการเกร็งในแต่ละส่วนของร่างกาย เช่น อาการเกร็งที่กล้ามเนื้อส่วนต้น กล้ามเนื้อส่วนปลาย หรือกล้ามเนื้อในแนวลำตัว ยังมีความรุนแรงแตกต่างกันด้วย (ก้องเกียรติ ภูณท์กันทราร, 2547)

2.3 อาการเคลื่อนไหวช้า ความผิดปกตินี้เกิดจากเบซอล แกงเกลีย มีข้อบกพร่อง ในการวางแผนของการออกคำสั่ง ทำให้เวลาของปฏิกิริยาการเคลื่อนไหวช้ากว่าปกติ โดยกระบวนการทำงานของสมองในการสั่งการเคลื่อนไหว (bereitschaftspotential : BP) ส่วนของการควบคุมการเริ่มต้นการเคลื่อนไหวมีขนาดเล็กกว่าปกติ ทำให้ไม่สามารถวางแผนการออกคำสั่งล่วงหน้าว่าจะเคลื่อนไหวอย่างไร ในขณะที่ส่วนของการควบคุมตอนท้ายการเคลื่อนไหวมีขนาดใหญ่ขึ้น ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยอาศัยการมองเห็นเป็นตัวนำในการเคลื่อนไหว เมื่อผู้ป่วยเคลื่อนไหวจะมีกระบวนการตอบสนองต่อการเคลื่อนไหวครบทั้ง 3 ส่วนแต่ขนาดเล็กกว่าปกติทำให้ต้องใช้กระบวนการดังกล่าวหลายชุดกว่าจะถึงเป้าหมายได้ และเมื่อเวลาเคลื่อนไหวซับซ้อนต่อเนื่องกัน จะพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนโปรแกรมการออกคำสั่งได้ทันต่อเหตุการณ์ ยิ่งถ้าต้องเคลื่อนไหวช้าบ่อยๆ การเคลื่อนไหว จะลดลง เช่น เขียนหนังสือไปนาน ๆ ตัวหนังสือจะเล็กลง (micrographia) ไม่สามารถทำกิจกรรม 2 อย่างในเวลาเดียวกันได้ เช่น ผู้ป่วยจะไม่สามารถติดกระดุมเสื้อได้ในขณะที่กำลังสนทนา หรืออาจจะสามารถยกมือไหว้ได้ตอนที่นั่งเฉย ๆ แต่ไม่สามารถเดินและยกมือไหว้ไปพร้อมๆ กันได้ อาการใบหน้าไม่ยิ้มหรือไม่แจ่มใส หรือการเดินไม่แกว่งแขน เป็นต้น (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ et al., 2550)

2.4 อาการเสียการทรงตัว ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเวลายืนตัวจะงอและหลังงุ้ม เพราะระดับการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้นทำให้จุดศูนย์ถ่วงโน้มไปทางด้านหน้า เมื่อผู้ป่วยยกเท้า

เตรียมเดิน ลำตัวก็จะเซ จุดศูนย์ถ่วงเอียงไปด้านตรงข้าม รีเฟล็กซ์ของการจัดทำทางทั้ง spinal segmental และ supraspinal ไม่สามารถปรับระดับของกล้ามเนื้อได้พอเพียงสุดท้ายผู้ป่วยก็จะล้มลง ในรายที่เป็นน้อยแม้จะยกเท้าและทรงตัวได้ แต่พอก้าวเดินไปข้างหน้า จุดศูนย์ถ่วงก็จะโน้มไปข้างหน้า ผู้ป่วยจึงต้องรีบชวยเท้าถี่ๆ เพื่อไปรองรับจุดศูนย์ถ่วงดังกล่าวให้ทัน (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2548)

3. การดำเนินโรค

เนื่องจากโรคพาร์กินสันนั้นเป็นโรคที่ใช้ระยะเวลาค่อนข้างนานโดย Hoehn และ Yahr ได้แบ่งการดำเนินของโรคได้เป็น 5 ระยะ (Hoehn & Yahr, 1967; กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2536) แต่ยังมีรายละเอียดบางส่วนของ การแบ่งระยะที่ต้องมีการอธิบายเพิ่มเติม จึงมีการแบ่งระยะใหม่แล้ว เรียกว่า Modified Hoehn and Yahr scale (Goetz, 2004; รุ่งโรจน์ พิทยศิริ et al., 2550)

ระยะที่ 0 No signs of disease. ยังไม่อาการแสดงของโรคปรากฏให้เห็น

ระยะที่ 1 Unilateral involvement only. มีอาการและอาการแสดงของโรคเพียงซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายเท่านั้น

ระยะที่ 1.5 Unilateral and axial involvement. มีอาการและอาการแสดงของโรคซีกใดซีกหนึ่งร่วมกับแกนกลางของร่างกาย

ระยะที่ 2 Bilateral involvement without impairment of balance. มีอาการและอาการแสดงของโรคทั้งสองซีกของร่างกาย โดยที่ไม่มีปัญหาเรื่องการทรงตัว

ระยะที่ 2.5 Mild bilateral disease with recovery on pull test. มีอาการและอาการแสดงของโรคทั้งสองซีกร่วมกับแกนกลางของร่างกาย

ระยะที่ 3 Mild to moderate bilateral disease ; some postural instability ; physically independent. มีอาการและอาการแสดงของโรคทั้งสองซีกของร่างกายเล็กน้อยถึงปานกลาง ร่วมกับปัญหาเรื่องการทรงตัว แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้

ระยะที่ 4 Severe disability ; still able to walk or stand unassisted. มีอาการและอาการแสดงของโรคทั้งสองซีกของร่างกายอย่างมาก แต่ยังสามารถยืนหรือเดินได้หากมีคนช่วยเหลือ

ระยะที่ 5 Wheelchair bound or bedridden unless aided. ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องนอนบนเตียง หรืออาศัยบนรถเข็น

4. การรักษา

จุดประสงค์หลักของการรักษาผู้ป่วยโรคพาร์กินสันคือการทำให้อาการของโรคกลับคืนสู่สภาพปกติแบบเดิมให้มากที่สุด แต่เนื่องจากสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการต่าง ๆ นั้นเป็นเพราะร่างกายขาดสาร dopamine ใน substantia nigra รวมถึงเกิดการเสื่อมของ dopaminergic neurone การรักษาจึงทำได้เพียงรักษาอาการเท่านั้น ยังไม่มียาใดหรือการรักษาอื่นใดที่ทำให้หายขาด และผู้ป่วยแต่ละคนก็ตอบสนองต่อการรักษาไม่เหมือนกันอีกด้วย (Ahlskog, 2001) ซึ่งการรักษาต่าง ๆ มีดังนี้

4.1 การรักษาด้วยยา เราสามารถจำแนกยาที่ใช้ในการบำบัดรักษาในปัจจุบันได้ 3 กลุ่มใหญ่ ๆ (นิพัญจน์ อิศรเสนา & ภัทรา นันทวัน, 2552) ดังนี้

4.1.1 ยาด้านอาการของโรคพาร์กินสันชนิดอ่อน มีฤทธิ์ลดการทำงานของสารอะเซติลโคลีนที่มากเกินไป ทำให้เกิดความสมดุลของสารในสมองคือโดปามีน และอะเซติลโคลีน ยาที่อยู่ในกลุ่มนี้ เช่น ยา ไตรเฮกซีเฟนิดีล (Trihexyphenidyl), เบนซ์โทรปีน (BENZTROPINE)

4.1.2 ยาด้านอาการของโรคพาร์กินสันชนิดหลัก เป็นยาที่นิยมใช้ในการรักษาามากที่สุด มีทั้งกลุ่มที่ออกฤทธิ์ทดแทนสารโดปามีน และกลุ่มที่ออกฤทธิ์เสริมการทำงานของโดปามีน เช่น ยา ลีโวโดปา (Levodopa) โบรโมคริปทีน (Bromocriptine) พีริเบดิล (Peribedil) พรามิเพซอล (Pramipexole) โรพินิรอล (Ropinirole) โรติโกทีน (Rotigotine)

4.1.3 ยาที่ช่วยชะลอความเสื่อมของการดำเนินโรค เป็นยาที่ไปยับยั้งเอนไซม์ที่ร่างกายผลิตออกมาทำลายสารโดปามีน ทำให้มีสารโดปามีนในระบบประสาทนานขึ้น เช่นยา ซีลีจีลีน (Selegiline) เอนตาคาโปน (Entacapone) และวิตามินอี

อย่างไรก็ตามยาทุกกลุ่มมีผลข้างเคียง ได้แก่ การดื้อยา อาการหูแว่ว ประสาทหลอน ภาวะการเคลื่อนไหวผิดปกติ หรืออาการปากแห้ง คอแห้ง ตามัว ที่ต้องมีความระมัดระวังในการใช้และการสังเกตเพื่อปรับยาให้เหมาะสม

4.2 การผ่าตัด การผ่าตัดเพื่อรักษาอาการของโรคพาร์กินสัน ปัจจุบันใช้วิธีการผ่าตัดในลักษณะของการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าเรียกว่า deep brain stimulation (DBS) โดยตำแหน่งที่ทำการผ่าตัดมีอยู่ 3 ตำแหน่ง (Tarsy, 2003; รุ่งโรจน์ พิทยศิริ et al., 2550) ดังนี้ 1) Subthalamic nucleus (STN) 2) Globus pallidus interna (GPI) 3) VIM nucleus ของ Thalamus ซึ่งในตำแหน่งของ STN และ GPI จะช่วยให้ลดอาการเกร็ง สั่นและอาการยุกยิก ส่วนตำแหน่ง VIM ช่วยในเรื่องของอาการสั่น

4.3 การทำกายภาพบำบัด มีจุดประสงค์เพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด โดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจะเป็นผู้พิจารณาประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งในด้านของ neurological และ functional แล้วจึงจัดโปรแกรมที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นกรณีๆไป การออกกำลังกายไม่ควรทำในขณะที่ร่างกายอยู่ในสภาพที่เกิดอาการแข็งเกร็ง หรือหลังรับประทานอาหารใหม่ๆ เพราะขณะที่มีอาการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อจะทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของข้อต่อในร่างกายได้ยาก อาจเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ง่าย หรือหลังรับประทานอาหารใหม่ ๆ การออกกำลังกายจะทำให้จุกแน่นท้อง อีกทั้งอาหารจะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดทางกระเพาะอาหารและลำไส้ได้น้อยเพราะเลือดจะไปเลี้ยงกล้ามเนื้อมากกว่ากระเพาะอาหารและลำไส้ (ประพันธ์ สุขวัฒนจรูญ, 2547)

5. ภาวะแทรกซ้อน

เมื่อผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีการดำเนินของโรคไปได้ระยะหนึ่งก็มักจะพบภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย (ก้องเกียรติ ภูณท์กัณฑกร, 2547) มีดังนี้

5.1 Motor fluctuation เกิดจากฤทธิ์ของ levodopa ในแต่ละมื้อมีระยะสั้นลงเรื่อย ๆ ทำให้เกิด end-of-dose failure ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูดซึมและวิถีของยาในร่างกาย

5.2 Dyskinesia เกิดจากผลข้างเคียงของยา levodopa ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเคลื่อนไหวที่ควบคุมไม่ได้ เช่น chorea, dystonia หรือ cramps

5.3 Drug-induced psychosis ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10–15 จะเกิดปัญหาความจำเสื่อมจึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไวต่อยาที่มีผลต่อจิต ประสาท เช่น selegiline, anticholinergic, dopamine agonist หรือ levodopa เมื่อได้รับยาเหล่านี้เป็นเวลานานติดต่อกันจะทำให้เกิดอาการสับสน เห็นภาพหลอน หวาดระแวง โดยเฉพาะในเวลากลางคืน

5.4 Depression ภาวะซึมเศร้าถือเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Menza, 2009) พบได้ร้อยละ 20-60 (Dissanayaka, 2011; Wichowicz et al., 2006; Yamamoto, 2001) ถือเป็นภาวะที่ตรวจพบได้ยากต้องอาศัยข้อมูลจากทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลถึงพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป

5.5 Dementia ภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (parkinson's disease dementia : PDD) มักจะเป็นอาการที่พบได้บ่อยเช่นกัน อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่ยังไม่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น ก็อาจมีความผิดปกติของการตัดสินใจ การสื่อสาร การจำแนกระยะระหว่างวัตถุ ด้วยสายตา และการระลึกได้ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552) และหากผู้ป่วยเริ่มมีการรับรู้ที่บกพร่อง โดยเฉพาะด้านการพูด ก็จะพัฒนาไปเป็นภาวะสมองเสื่อมได้ภายใน 2-5 ปี (Stepkina, Zakharov, & Yakhno, 2010)

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

1. ความหมาย

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกเพศ ทุกวัย ตั้งแต่เด็กจนถึงผู้สูงอายุ โดยส่วนมากจะมีอาการและอาการแสดงที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของภาวะซึมเศร้าไว้ว่าเป็นกลุ่มของอาการแสดงของการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจที่มีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ เศร้าซึม สิ้นหวัง หดความสนใจต่อสิ่งรอบตัว รู้สึกผิดหวังหรือรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ (World Health Organization [WHO.], 2012) อย่างไรก็ตามได้มีผู้ศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ (depression in late-life) และให้ความหมายเพิ่มเติมไว้ดังนี้

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง อาการแสดงสภาวะความผิดปกติทางอารมณ์หรือจิตใจที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ โดยเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติทางสรีรวิทยา สติปัญญา อารมณ์ และความรู้สึก ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระบบความคิดและพฤติกรรม (Roose & SacKeim, 2004)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ในผู้สูงอายุ เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม อารมณ์เศร้าซึม รู้สึกไม่มีความสุขกับชีวิต หดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา ที่เกิดขึ้นและมีการคงอยู่เป็นเวลานานจนมีผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิต (Schmall & Bowman, 2004)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง ภาวะความผิดปกติของผู้สูงอายุที่สามารถระบุได้จากลักษณะเฉพาะของอาการคือ อารมณ์เศร้าซึม ขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ เป็นระยะเวลาต่างๆ

มากกว่า 2 สัปดาห์ โดยมีอาการอย่างอื่นร่วมด้วยเช่น อ่อนเพลียไม่มีแรง นอนไม่หลับ น้ำหนักลด ไม่มีสมาธิ จมอยู่กับความรู้สึกผิด (Bohlmeijer, 2007)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง อาการแสดงทางคลินิกอันได้แก่ ความรู้สึกเศร้า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ หงุดหงิด กระทบกระชวย เคลื่อนไหวช้ากว่าปกติ เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง รู้สึกสิ้นหวัง ขาดสมาธิ แยกตัวเองจากสังคม ที่เกิดขึ้นกับบุคคลซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีซึ่งไม่เคยมีภาวะนี้มาก่อนและคงอยู่มากกว่า 2 สัปดาห์ (Australian Psychological Society (APS), 2007)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุซึ่งมีอาการแสดงจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อารมณ์และสติปัญญา รวมทั้งความผิดปกติด้านอารมณ์จากสาเหตุต่าง ๆ กลายเป็นอารมณ์เศร้า รู้สึกหมดหวัง ไม่มีค่า ขาดความสนใจหรือไม่มีความสุขในกิจกรรมเกือบทั้งหมด แยกตัวจากสังคม โดยมีอาการเหล่านี้คงอยู่นานมากกว่า 2 สัปดาห์ (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2553)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง ภาวะของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และกายภาพ ทำให้เกิดอาการแสดง คือ มีความรู้สึกโศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ้างว้าง ไร้ค่า หมดหวัง ท้อถอย มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง บุคคลรอบข้าง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ร้องไห้บ่อย ไม่มีสมาธิ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ โดยที่อาการเหล่านี้มีการคงอยู่มากกว่า 2 สัปดาห์

2. ความแตกต่างระหว่างอารมณ์เศร้า ภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า

กลุ่มของอาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับความซึมเศร้าในมนุษย์นั้นสามารถแบ่งแยกได้ตามความถี่และความรุนแรงของอาการได้ดังนี้

อารมณ์เศร้า (depress mood) เป็นอารมณ์ด้านลบซึ่งสามารถเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวกับบุคคลทั่วไปทุกเพศทุกวัยเมื่อเผชิญกับการสูญเสีย การถูกปฏิเสธ การพลาดสิ่งที่หวัง มักเกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกอึดอัดทรมาน โดยคำบรรยายอารมณ์ลักษณะนี้มักจะแตกต่างกันไปตามท้องถิ่นและวัฒนธรรม อย่างไรก็ตามอารมณ์เศร้าจะไม่คงอยู่นานและจะหายไปเมื่อผ่านช่วงเวลาปัญหานั้นไประยะหนึ่ง โดยเฉพาะเมื่อได้รับสิ่งดีๆ เข้ามาแทนที่ในชีวิต (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข [สวรส.], 2553)

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นกลุ่มของอาการแสดงของการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจที่มีลักษณะเฉพาะได้แก่ เศร้าซึม สิ้นหวัง หมดความสนใจต่อสิ่งรอบตัว รู้สึกผิดหวังหรือรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ โดยอาการดังกล่าวนี้เป็นต่อเนื่องกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ (World Health Organization [WHO.], 2012) หรือเปรียบเทียบให้เข้าใจได้ง่ายขึ้นก็คือภาวะซึมเศร้าเป็นการแสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เปลี่ยนไปจากปกติของการมีอารมณ์เศร้าในบุคคลทั่วไปอย่างต่อเนื่องยาวนานกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพแต่ยังสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ สามารถวัดและคัดกรองได้ด้วยแบบวัดภาวะซึมเศร้าต่างๆ เช่น Beck Depression Inventory (BDI), The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D Scale), Zung Self-Rating Depression Scale, Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) เป็นต้น

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เป็นกลุ่มของอาการแสดงแบบเดียวกับที่เกิดในภาวะซึมเศร้าแต่รุนแรงกว่าและอาจมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น หวาดระแวง ประสาท

หลอน เป็นต้น จนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เช่น การทำงาน การเรียน การนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหาร และการทำกิจกรรมที่เคยชื่นชอบ ซึ่งอาการเหล่านี้ต้องปรากฏต่อเนื่องกันไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์โดยไม่หายไป (National Institute of Mental Health, 2011) โรคซึมเศร้าสามารถคัดกรองเบื้องต้นด้วยแบบวัดภาวะซึมเศร้า BDI หรือ HAM-D โดยเมื่อพบว่ามีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูงก็จะถูกวินิจฉัยโรคด้วยแบบวัดทางจิตเวช ได้แก่ Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR) หรือ International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10) ต่อไป

3. ทฤษฎีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุได้มีผู้สนใจค้นคว้าเพื่อหาคำอธิบายปรากฏการณ์นี้อยู่มากมายแม้ว่ายังไม่มียุทธวิธีไหนสามารถอธิบายได้อย่างสมบูรณ์แต่ยังมีทฤษฎีที่น่าสนใจ (สายฝน เอกวารากร, 2553) ดังนี้

3.1 ทฤษฎีชีวเคมี (biochemical theory of depression) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท กลุ่ม biogenic amines ได้แก่ serotonin และสารสื่อประสาทกลุ่ม catechol amines คือ dopamine และ norepinephrine ซึ่งเป็นตัวหลักที่มีความสำคัญต่อการรับส่งกระแสประสาทในระบบลิมบิกของสมองกลีบใน อันเป็นสมองส่วนที่ควบคุมเกี่ยวกับการทำงานของอารมณ์ ความรู้สึก และประสาทสัมผัส โดยกระบวนการที่เกิดขึ้นคือเมื่อร่างกายได้รับสิ่งเร้ามากระตุ้นทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 ผ่านทางระบบประสาทส่วนปลายแล้วส่งต่อผ่านไขสันหลังเข้าสู่สมอง เกิดการแปลความหมายของสิ่งเร้าตามการรับรู้และประสบการณ์เดิมของบุคคล ซึ่งกระบวนการแปลความหมายจะเกิดจากการทำงานของสมองส่วนที่แสดงอารมณ์ ความต้องการ และสมองส่วนที่ทำหน้าที่ในการคิดวิเคราะห์ ผ่านการเชื่อมต่อกับสารสื่อประสาทที่ควบคุมอารมณ์และความรู้สึก เมื่อสารสื่อประสาทกลุ่มดังกล่าวในสมองมีปริมาณลดลงเนื่องจากความผิดปกติของกระบวนการดูดกลับ (reuptake process) สารเข้าสู่เซลล์ประสาทส่งต่อ (pre-synaptic neuron) มากเกินไป ส่งผลให้ขาดสารสื่อประสาทบริเวณที่มีการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท การรับส่งกระแสประสาทที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก และประสาทสัมผัสจึงผิดปกติไป (Jylha, Melartin, & Isometsa, 2009; McNeal & Cimbaloc, 1986) การที่ไม่สามารถรับส่งกระแสประสาทในส่วนนี้ได้เป็นปกติทำให้บุคคลมีอาการในทางลบได้ง่าย กล่าวคือจะรู้สึกเศร้า หดหู่ ท้อแท้ หงอยเหงา เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข หมดอ้ายตายอยากกับชีวิต นอนไม่หลับ หรือสะดุ้งตื่นแล้วหลับต่อไม่ได้ ฝันร้าย ซึ่งสิ่งเหล่านี้เมื่อคงระยะเวลาของอาการอยู่นานติดต่อกันจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด (Rao, 2006; Zhang, 2009)

3.2 ทฤษฎีการสูญเสียและความเศร้าโศก (grief and loss theory) ทฤษฎีนี้อธิบายการสูญเสียว่าเป็นสถานการณ์ที่บุคคลประสบกับความสูญเสียสิ่งที่มีค่า มีความหมาย และมีความสำคัญต่อชีวิตของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียสิ่งที่เห็นได้อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม (actual loss) ได้แก่ การสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต สูญเสียอวัยวะ สูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย สูญเสียทรัพย์สิน สัตว์ สิ่งของ รวมถึงการสูญเสียในลักษณะของสิ่งที่เป็นามธรรมจับต้องไม่ได้ (perceive loss) ได้แก่ การสูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียความรู้สึก ความรัก ความหวัง ความภาคภูมิใจในตนเอง เป้าหมายหรือความหมายในชีวิต นอกจากนี้การสูญเสียยังสามารถแบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ 1) การสูญเสียจาก

กระบวนการเปลี่ยนผ่านของช่วงชีวิต (maturational loss from life transition) เป็นการสูญเสียสิ่งที่คุ้นเคยเพื่อการเติบโตในสังคม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องเกษียณจากการทำงาน 2) การสูญเสียจากเหตุการณ์หรือสถานการณ์เฉพาะ (situation loss) เป็นการสูญเสียที่เกิดขึ้นแบบปัจจุบันทันด่วน ผู้สูญเสียมักไม่ได้ตั้งใจ โดยการสูญเสียชนิดนี้มักจะถูกมองในภาพลบมากกว่าชนิดแรก เช่น การสูญเสียอวัยวะ การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น (Walter & McCoyd, 2009)

3.3 ทฤษฎีด้านสังคม (social theory) มองว่าลักษณะสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคมและวัฒนธรรมมีผลต่อภาวะซึมเศร้าของบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะแวดล้อมที่หล่อหลอมให้เกิดเป็นสังคมนั้น ๆ โดยหากเกิดสถานการณ์ที่มีความตึงเครียดเข้ามาคุกคามตัวบุคคลจะมีผลโดยตรงกับระดับของภาวะซึมเศร้า ส่วนระดับของภาวะซึมเศร้าที่ว่าจะรุนแรงขึ้นหรือเบาบางลงก็ขึ้นอยู่กับสังคมและวัฒนธรรมที่บุคคลผู้นั้นอาศัยอยู่ หากได้รับการสนับสนุนจากสังคมในการปรับตัวเพื่อเผชิญกับภาวะเครียดหรือซึมเศร้าจนสามารถปรับตัวได้ ภาวะซึมเศร้าที่ว่าจะค่อย ๆ ลดลงไปด้วยตัวเอง (Nemadé, Reiss, & Dombeck, 2007)

3.4 ทฤษฎีจิตสังคม (psychosocial theory) เป็นทฤษฎีที่เชื่อมโยงระหว่างคำอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างจิตใจและสังคมเข้าด้วยกัน โดยมองภาวะซึมเศร้าว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียสิ่งที่รักหรือของที่รักภายนอกร่างกาย แล้วไม่มีความสามารถหรือมีความล้มเหลว ต่อการหาสิ่งใดมาชดเชย โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุที่มีเวลาและโอกาสน้อยลงในการหาสิ่งรักสิ่งใหม่มาทดแทน นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีที่นำมาใช้อธิบายถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุว่าเป็นผลมาจากความบกพร่องขององค์ประกอบ 4 อย่างคือ การรู้คิด แรงจูงใจ การตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง และ ร่างกายอารมณ์ สิ่งเหล่านี้สามารถนำมาอธิบายถึงการเกิดของภาวะซึมเศร้าได้ว่าเมื่อบุคคลมองเห็นว่ากำลังมีสิ่งเลวร้ายเกิดขึ้น โดยที่ตนเองไม่สามารถทำอะไรเพื่อป้องกันสิ่งนั้นได้ รวมถึงรับรู้ว่าเป็นผลมาจากปัจจัยภายในที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทั้งจิตและร่างกายจนไม่สามารถแก้ไขได้

3.5 ทฤษฎีสาเหตุปฏิสัมพันธ์ (multiple causation theories) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้านั้นเกิดได้จากสาเหตุทั้งหมดร่วมกันทั้งสารสื่อประสาท การสูญเสียผลกระทบทางจิตสังคม การบกพร่องทางความคิดและการรับรู้ เนื่องจากจิตใจของมนุษย์นั้นมีความสลับซับซ้อนการใช้ทฤษฎีเพียงทฤษฎีเดียวมาอธิบายพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปทั้ง 4 ด้านคือด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และกายภาพ ไม่สามารถนำมาอธิบายได้ครอบคลุมทั้งหมด (Blazer, 1993, 2003)

4 ปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

เป็นผลมาจากหลายปัจจัยร่วมกันซึ่งสามารถสามารถแยกออกมาเป็นแต่ละปัจจัยดังนี้ (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2553)

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าได้แก่

4.1.1 เพศ โดยพบว่าผู้หญิงมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้านานกว่าผู้ชาย 2-3 เท่า (Buschmann, Dixon, & Tichy, 1998)

4.1.2 ประวัติซึมเศร้า โดยร้อยละ 67 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่าเคยมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้านานมาก่อน (Musetti, 1989)

4.1.3 พันธุกรรม พบว่าในครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรคซึมเศร้า คนอื่นๆ ในครอบครัวจะมีโอกาสมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนทั่วไป 2.8 เท่า (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข [สวรส.], 2553)

4.1.4 สถานภาพสมรส โดยผู้ที่มีสถานภาพสมรสเป็น หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ จะมีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า

4.1.5 ระดับการศึกษา พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าได้บ่อยกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง

4.1.6 รายได้ ผู้ที่มีรายได้ต่ำ ยากจน ไม่พอเพียงกับความต้องการจะมีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า

4.1.7 สถานที่พักอาศัย พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานพักฟื้นคนชรา จะมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10-15 และมีอาการเศร้าย้อยละ 15-50 มากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัว (Satlin & Murphy, 1997)

4.1.8 บุคลิกภาพส่วนตัว ลักษณะบางอย่างเป็นปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าได้ เช่น คนที่มองโลกในแง่ร้ายอยู่เสมอ เลี้ยงหรือหลีกเลี่ยงปัญหา เก็บกดอารมณ์ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข [สวรส.], 2553)

4.2 ปัจจัยทางสังคม มีปัจจัยที่พบบ่อยคือ

4.2.1 การเกษียณอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีบทบาทหน้าที่ลดลงหลายประการในสังคม หรือการมีกิจกรรมและการติดต่อกับบุคคลต่าง ๆ น้อยลง ซึ่งหากผู้สูงอายุไม่สร้างเครือข่ายทางสังคม ขึ้นใหม่ เช่น เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หรือเข้าร่วมเป็นสมาชิกในกิจกรรมอื่น ๆ จะทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กับตัวเอง จนเกิดความว้าเหวและภาวะซึมเศร้าในที่สุด โดยในต่างประเทศพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านักจะเป็นผู้ที่อายุมาก อยู่ตามลำพัง เป็นโสด ขาดเพื่อน หรือบุตรหลานที่ตนเองนั้นสนิทสนมคุ้นเคย เป็นต้น (ทัศนาศูววรรณะปรกรณ์, 2555)

4.2.2 การประสบกับเหตุการณ์ที่รุนแรงของชีวิต เช่น การแยกจากกันและการเสียชีวิตของคู่ชีวิตหรือบุตร การเกิดเหตุการณ์เลวร้ายรุนแรงกับตนเอง หรือเจ็บป่วยหนักกับบุคคลใกล้ชิด สูญเสียเงินหรือสิ่งของ ถูกบังคับให้ย้ายที่อยู่ หรือต้องแยกจากสิ่งที่คุ้นเคยมานาน

4.2.3 ปัญหาอื่นๆ ทางสังคม เช่น งาน บุตร การเงิน สุขภาพ ที่ก่อเกิดกันเป็นปัญหาใหญ่และยุ่งยากซับซ้อนต่อการแก้ไข

4.3 ปัจจัยทางสุขภาพ ได้แก่

4.3.1 การเจ็บป่วยด้วยโรคหรืออาการบางชนิดมีผลทำให้เพิ่มภาวะซึมเศร้าในตัวผู้สูงอายุได้ ซึ่งโรคหรืออาการเหล่านี้มักจะเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ (Satlin & Murphy, 1997) เช่น โรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวาย เป็นต้น

4.3.2 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitter imbalance) ในผู้สูงอายุจะมีระดับสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์คือ norepinephrine และ serotonin ลดลง และในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีสารสื่อประสาทสองชนิดนี้ทำงานลดลงเช่นเดียวกัน ดังนั้นผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนทั่วไป (สายฝน เอกวางกูร, 2553)

4.3.3 การรับรู้สึกและการทำหน้าที่บกพร่องของอวัยวะต่าง ๆ ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติรุนแรงของการมองเห็น การได้ยิน และการทำหน้าที่อื่น ๆ ของร่างกาย มีผลให้เกิดการแยกตัวจากสังคมจนมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่าภาวะทุพพลภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่สนใจและสนุกสนานเพลิดเพลินได้อย่างเคย (Miller, 1999)

4.3.4 ความบกพร่องของสติปัญญาและการรับรู้ พบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างภาวะซึมเศร้ากับอาการสับสนหลงลืม และยังมีความเกี่ยวเนื่องกันมากขึ้นหากเป็นภาวะสับสนหลงลืมที่เป็นผลมาจากโรคพาร์กินสัน (Miller, 1999) โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 20 จะมีโอกาสบกพร่องทางสติปัญญาและการรับรู้ และมีถึงร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่แสดงอาการของภาวะซึมเศร้าออกมา (Reynolds, 1988)

4.3.5 การใช้ยาและสารเสพติด โดยพบว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 15 ถึง 30 ที่มีภาวะซึมเศร้าจะเป็นผู้ที่มีปัญหาเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ (Devanand, 2002)

5. ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้านั้นส่งผลกระทบต่อบุคคลในทุกช่วงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเปราะบางของร่างกายและจิตใจและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงแม้จะมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยก็ตาม (Miller, 1999) โดยผลกระทบที่สามารถเกิดขึ้นได้เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามี่ดังนี้

5.1 ผลกระทบทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุจะนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของความเจ็บป่วยทางกายมากกว่าผู้ที่อายุน้อย (Hegeman, Kok, van der Mast, & Giltay, 2012) อย่างไรก็ตามไม่ใช่ความเจ็บป่วยทางกายทุกอย่างของผู้สูงอายุจะเป็นผลมาจากภาวะซึมเศร้าเท่านั้นแต่ภาวะซึมเศร้าและการเจ็บป่วยนั้นมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันโดยยากที่จะตัดสินได้ว่าอย่างไรส่งผลให้อาการของผู้สูงอายุทรุดลงไปได้มากกว่ากัน กระนั้นก็ยังถือว่าภาวะซึมเศร้าก็เป็นปัจจัยสำคัญที่คอยลดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุให้แย่ลงเพราะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการเจ็บป่วยทางกายมากกว่าผู้สูงอายุที่พร่องในการดูแลตนเอง อีกทั้งยังพบว่าภาวะซึมเศร่ายังมีความสัมพันธ์เชิงลบ ต่อการฟื้นตัวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยอีกด้วย (นันทา ขวัญดี, อรพรรณ ไตสิงห์, สุพร ดนัยดุชฎีกุล, & ก้องเขต เจริญสุวรรณ, 2554) ความผิดปกติในการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะอาการเบื่ออาหาร เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และบ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุไม่คิดว่าอาการนี้จะเป็นปัญหาเสียด้วยซ้ำ แต่ผู้ดูแลและครอบครัวอาจจะสังเกตได้ว่าผู้สูงอายุจะทานน้อยลงจนกระทั่งไม่รับประทานอาหารเลยทั้งวัน และอาการอื่นที่อาจพบได้อีก เช่น ท้องอืด ท้องผูก อิ่มไว และเข้าห้องน้ำบ่อย อย่างไรก็ตามอาการเหล่านี้ก็อาจมาจากสาเหตุอื่น เช่น ผลจากยา เป็นต้น แต่อย่าลืมนะว่าภาวะซึมเศร่าก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งด้วยเช่นเดียวกัน ภาวะผิดปกติด้านการนอนหลับก็เป็นอีกอาการที่พบได้บ่อย ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุมาจากภาวะซึมเศร่าด้วยหรือไม่ก็ได้ เนื่องจากเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยผู้สูงอายุนั้นภาวะหลับยาก สะดุ้งตื่นตอนกลางคืนแล้วหลับต่อไม่ได้ ก็เป็นสิ่งที่พบในผู้สูงอายุทั่วไปเช่นกัน อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่รู้สึกเศร่าและมีภาวะซึมเศร่าก็มีชั่วโมงการนอนหลับจนถึงเข้าน้อยกว่าผู้สูงอายุปกติอยู่ดี ซึ่งภาวะการนอนที่ถูกรบกวนก็จะส่งผลกลับให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร่ามีภาวะจิตประสาทที่แย่ลง (Naismith, 2011) ส่วนอาการเหนื่อยล้า ไม่มีเรี่ยวแรงนั้นก็ก็เป็นอีกอาการหนึ่งที่พบได้ทั้งจากผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร่าและภาวะอื่นด้วย ซึ่งอาการแสดงนี้ก็พบได้ใน

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยอื่นเช่นกัน นอกจากนี้ยังมีอาการที่สามารถพบได้อีก เช่น ปวดเมื่อยตามร่างกาย ไม่สุขสบาย หายใจลำบาก ไม่ตื่นตัวทางเพศ เป็นต้น

5.2 ผลกระทบทางจิตสังคม แม้อาการแสดงเช่นอารมณ์เศร้าซึม รู้สึกเหนื่อยหน่าย จะเป็นอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า แต่กับตัวผู้สูงอายุเองบางครั้งก็ไม่คิดว่าสิ่งนี้คือความผิดปกติ จึงเป็นผลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมองข้ามอาการแสดงนี้ไป ทั้งๆ ที่ บางครั้งผู้สูงอายุอาจบ่นว่าเบื่อหรือไม่รู้จะทำอะไรอยู่บ่อยๆ สิ่งที่พบได้อีกประการคือการร้องไห้อย่างง่ายๆ หรือไม่รู้ด้วยซ้ำว่าร้องไห้เนื่องมาจากอะไร นอกจากนี้ยังอาจพบว่ารู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตลดลง ซึ่งความรู้สึกนี้ก็อาจมีสาเหตุได้จากภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับ อาการวิตกกังวล รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ฉุนเฉียวง่าย หรือการมองตนเองในแง่ลบ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ต่อบุคคลรอบตัวแย่ลง และเกิดการปลีกตัวออกจากสังคมในที่สุด ซึ่งนี่เองที่ทำให้เกิดความเครียดที่ร้ายแรงตามมานั้นคือการฆ่าตัวตาย หรืออย่างน้อยที่สุดก็มีการทำร้ายหรือทำให้ตัวเองได้รับบาดเจ็บ บางครั้งก็อาจพบว่าผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลที่เกินจริงหรือไม่เป็นไปตามความเป็นจริงให้เห็นด้วย ซึ่งอาจเป็นความกังวลเรื่องความเจ็บป่วยของตนเอง ภาวะทางการเงินของครอบครัว หรือประเด็นปัญหาของคนในครอบครัว เป็นต้น การบกพร่องของสติปัญญาและการรับรู้ ก็เป็นอีกสิ่งหนึ่ง ที่พบได้เป็นอันดับแรกๆ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจจะนำมาด้วยอาการคิดช้า ตอบช้า นึกคำพูดไม่ออก จึงทำให้บ่อยครั้งที่คนรอบข้างคิดว่าเป็นเรื่องการหลงลืมที่เป็นปกติของผู้สูงอายุ ดังนั้นครอบครัวและผู้ดูแลจึงควรมีการเฝ้าระวังและอย่าลืมนึกว่าอาการเหล่านี้ก็เป็นตัวบ่งชี้หนึ่งของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน

5.3 การฆ่าตัวตาย เป็นผลกระทบที่อันตรายและน่าเป็นห่วงที่สุดโดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงเมื่อเทียบกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยอื่น (Tam & Chiu, 2011) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุเพศชาย (Scogin, 2009) โดยพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของความคิดอยากตายในผู้สูงอายुर้อยละ 25 (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ & สิริเกียรติ ยันตติลล, 2541) ซึ่งโอกาสทำสำเร็จจะมากกว่าคนทั่วไป 20 เท่าและร้อยละ 3 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีโอกาสจะฆ่าผู้อื่นร่วมด้วย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข [สวรส.], 2553)

6. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินและการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญที่สุดเนื่องจากผลที่ได้จากการประเมินและคัดกรองที่ถูกต้อง รวดเร็ว และแม่นยำ จะทำให้สามารถตรวจพบภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นซึ่งจะเป็นผลดีต่อการรักษาและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าในอนาคต สำหรับแบบประเมินภาวะซึมเศร้านี้มีผู้คิดค้นและพัฒนาขึ้นมาหลายแบบ ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้อย่างเฉพาะเจาะจงตามกลุ่มอายุ โดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่มีการใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุในงานวิจัยทางการแพทย์มีดังนี้

6.1 Beck Depression Inventory (BDI) เป็นแบบประเมินที่ถูกพัฒนาขึ้นจากแนวทฤษฎีแห่งการรู้คิด 3 ประการ มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อโดยแบ่งการประเมินเป็น 4 ด้านคือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกายและพฤติกรรม มีคะแนนรวมทั้งหมด 63 คะแนน แต่ละข้อคำถามมีอยู่ระหว่าง 0-3 และมีการแปลผลคือ 0-9 ไม่มีภาวะซึมเศร้า, 10-15 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย, 16-19 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง, 20-29 มีภาวะซึมเศร้ามาก และ 30-63 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) แบบประเมินภาวะ

ซึมเศร้านี้แม้จะมีการใช้การแพร่หลายในทุกกลุ่มอายุ และกลุ่มโรค แต่มีข้อจำกัดคือมีข้อคำถามที่ยาว ใช้เวลาในการทำค่อนข้างนาน จึงไม่เหมาะในการนำไปใช้กับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือที่คิด ค่าลิขสิทธิ์เป็นรายหัวตามจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาจึงเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของผู้ทำวิจัยเป็นอย่างมาก (สายฝน เอกวารงกูร, 2553)

6.2 Geriatric Depression Scale (GDS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ วิธีการให้คะแนนคือหากตอบว่าใช่จะคิดค่าคะแนนเท่ากับ 1 หากไม่ใช่เท่ากับ 0 และมีการแปลผลของช่วงคะแนนคือ 0-9 คะแนนแสดงว่าอยู่ในภาวะปกติ, 10-19 คะแนนแสดงว่ามีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย, 20-30 คะแนนแสดงว่ามีอาการซึมเศร้ารุนแรง (Yesavage, 1983) ต่อมาได้มีการปรับจำนวนข้อคำถามให้น้อยลงเป็น 15 ข้อคำถามเพื่อความกระชับและปรับวิธีการถามใหม่ในบางข้อเพื่อป้องกันการตอบแบบไม่อ่านข้อคำถาม ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับแบบประเมินฉบับเดิมแล้วผลการใช้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ใกล้เคียงกัน และมีเกณฑ์การให้คะแนนคือหากมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนนแสดงว่ามีภาวะซึมเศร้า (Sheikh & Yesavage, 1986) ในประเทศไทยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองได้ประชุมร่วมกันโดยใช้ระยะเวลา 1 ปีในการพัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย จำนวน 30 ข้อคำถาม จนสามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มีความเที่ยงรวม 0.93) ใช้เวลาทดสอบเฉลี่ย 10.09 นาที และใช้ชื่อว่า แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย หรือ Thai Geriatric Depression Scale แต่ข้อจำกัดของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าชนิดนี้คือไม่เหมาะสมในการนำไปประเมินในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537)

6.3 The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D Scale) วัตถุประสงค์ในการสร้างแบบวัดฉบับนี้คือการนำไปใช้ในระบาดวิทยาในการค้นหาอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในบุคคลทั่วไป (Radloff, 1977) มีองค์ประกอบหลักของแบบสอบถามประกอบไปด้วยอารมณ์เศร้า (depression mood) ความรู้สึกผิดหรือไร้ค่า (feelings of guilt and worthlessness) รู้สึกหมดประโยชน์หรือสิ้นหวัง (feelings of helplessness and hopelessness) การเคลื่อนไหวและตัดสินใจช้าลง (psychomotor retardation) เบื่ออาหาร (loss of appetite) และแบบแผนการนอนหลับถูกรบกวน (sleep disturbance) ซึ่งได้ข้อคำถาม 20 ข้อ คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-60 คะแนน มีจุดตัดคะแนนคือ ≥ 16 ทั้งนี้มีการใช้ข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 4 ข้อเพื่อช่วยลดความตึงเครียดขณะตอบแบบสอบถาม กำหนดระยะเวลาและทิศทางของการระลึกความรู้สึกโดยการถามว่า ในสัปดาห์ที่ผ่านมาความรู้สึกนี้ถี่แค่ไหน และให้คะแนนความถี่ 4 ระดับ เริ่มตั้งแต่ 0 จนถึง 3 ตามความถี่ของอาการแสดงที่เกิดขึ้นจริงดังนี้ ไม่มีหรือน้อยที่สุด (น้อยกว่า 1 วัน) บางครั้งหรือน้อย (1-2 วัน) บ่อยครั้งหรือมาก (3-4 วัน) ตลอดเวลาหรือมากที่สุด (5-7 วัน) ซึ่งเมื่อนำมาประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่าแบบวัดนี้สามารถคัดแยกผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ดีเมื่ออายุมากขึ้น (Radloff & Teri, 1986) อย่างไรก็ตาม การวัดในผู้สูงอายุอาจพบผลบวกหลงได้ในข้อคำถามขององค์ประกอบที่เกี่ยวกับร่างกายและการเคลื่อนไหว ดังนั้นสำหรับผู้สูงอายุแล้วอาจจะต้องมีการแยกคิดคะแนนเป็นรายองค์ประกอบหรือเลื่อนจุดตัดคะแนนขึ้นไปอีก (Hertzog, Van Alstine, Usala, Hultsch, & Dixon, 1990) ในประเทศไทย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยซึ่งขัดเกลารายการให้ใกล้เคียงกับต้นฉบับโดยนักภาษาศาสตร์และจิตแพทย์ของไทย พบว่ามีค่าความเที่ยงใกล้เคียงกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ คือ .86 จากนั้น วิไล คุปต์นิริติศัยกุล และพนม

เกตุมาน (2540) ได้ทำการศึกษาจุดตัดคะแนนของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (CES-D) ฉบับภาษาไทย ใหม่พบว่าจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมสำหรับคนไทยคือ 19 คะแนนขึ้นไป (sensitivity = 93.33, specificity = 94.2) และค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธี Cronbach ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .9154

6.4 Zung Self-Rating Depression Scale เป็นแบบประเมินที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อการประเมินผู้ป่วยนอกที่มีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า (Zung, Richards, & Short, 1965) โดยจะประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้าใน 4 ด้านคือความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทที่ควบคุมร่างกายและด้านระบบประสาทที่ควบคุมจิตใจ มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อและข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 1-4 คะแนน มีคะแนนรวมตั้งแต่ 20-80 คะแนน อ่านค่าคะแนนโดยการเทียบตารางคะแนนเป็น 25-100 แปลผล ดังนี้ 25-49 ปกติ 50-59 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 60-69 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ 70 ขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Zung, 1965) อย่างไรก็ตามแบบวัดนี้ไม่เหมาะสำหรับการนำไปวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เนื่องจากข้อคำถามอาจไปวัดอาการที่เปลี่ยนแปลงด้านร่างกายซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงตามปกติของผู้สูงอายุไม่ใช่อาการแสดงของภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้แบบวัดฉบับนี้ยังขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคมอีกด้วย

6.5 Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) เป็นแบบวัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้เป็นการประเมินผลการรักษา และนำไปใช้ในการวิจัยทางจิตเวชศาสตร์อย่างแพร่หลาย เนื่องจากมีความแม่นยำในการวัดการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้สูง ทั้งยังมีจำนวนข้อเพียง 17 ข้อจึงถือว่าเป็นแบบวัดที่ไม่ยาวมาก ใช้เวลาน้อยในการประเมินแต่ละครั้ง ซึ่งแบบวัดฉบับนี้จะประเมินอาการด้านจิตใจ ร่างกาย และประสิทธิภาพในการทำงาน ในแต่ละข้อมีการให้คะแนนที่ไม่เท่ากันโดยบางข้อมีคะแนนระหว่าง 0-2 บางข้อ 0-4 (Hamilton, 1960) ทั้งนี้ผู้ประเมินจะอาศัยข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย บันทึกทางการแพทย์ ข้อมูลจากญาติ โดยยึดเอาแนวทางการให้คะแนนที่มีในแบบวัดประกอบการวินิจฉัยทำให้แบบประเมินฉบับนี้มีข้อจำกัดคือต้องทำโดยผู้ประเมินที่เข้าใจแบบวัดเป็นอย่างดี หรือเป็นผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช นอกจากนี้ยังไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อย ๆ อีกด้วย

จากการทบทวนเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าดังกล่าว ผู้วิจัยได้พิจารณาแล้วเห็นว่าแบบวัด GDS ของ Yesavage (1983) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) แม้พบการใช้กันแพร่หลายพอสมควร แต่มีข้อจำกัดคือไม่เหมาะสมในการนำไปประเมินในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ส่วนแบบประเมิน BDI ของ Beck (1961) แม้จะมีการใช้ในวงกว้างและได้รับการยอมรับมาเป็นเวลานาน (Beck, Steer, & Garbin, 1988) แต่มีข้อจำกัดเรื่องค่าลิขสิทธิ์ที่คิดการใช้เป็นรายคน ทำให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในงานวิจัย ส่วนแบบวัด HRS-D ของ Hamilton (1960) นั้นต้องใช้ผู้ประเมินที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช และไม่สามารถประเมินซ้ำได้ภายในระยะเวลา 3 เดือน ทำให้ไม่เหมาะสมต่อบริบทของงานวิจัยนี้ และแบบวัด Zung Self-Rating Depression Scale ของ Zung (1965) นั้นมีข้อคำถามบางข้อที่ไม่เหมาะสำหรับนำมาวัดกับผู้สูงอายุ ซึ่งอาจได้ผลตามการเปลี่ยนแปลงของวัยไม่ใช่เกิดจากภาวะซึมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D Scale) ของ Radloff (1977) ใน

งานวิจัยฉบับนี้ เพราะนอกจากจะเป็นแบบประเมินที่มีการประเมินภาวะซึมเศร้าครบทั้ง 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และกายภาพ ยังได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยนักภาษาศาสตร์ และจิตแพทย์ของไทย และมีการคิดจุดตัดคะแนนใหม่ให้เหมาะสมในการใช้กับคนไทยอีกด้วย

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและแนวทางการพยาบาล

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

1.1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย พบว่ามีปัจจัยหลักที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน (Frisina et al., 2008) ดังนี้

1.1.1 ปัจจัยด้านชีวเคมีอันได้แก่สารสื่อประสาท เช่น serotonin dopamine norepinephrine (Yamamoto, 2001) เนื่องด้วยพยาธิสภาพของโรคพาร์กินสันที่มีการเสื่อมของก้านสมองตรงกลุ่มเซลล์ประสาทบริเวณ Substantia nigra ซึ่งมีหน้าที่ในการสร้างและกักเก็บสารสื่อประสาท แม้ว่ากลุ่มเซลล์ประสาทกลุ่มนี้จะไม่ใช่แหล่งการสร้างและกักเก็บเพียงแหล่งเดียวในร่างกาย แต่ก็ทำให้ปริมาณของสารสื่อประสาทที่ควรมีในระดับปกติพร่องลงไป อีกทั้งเมื่อมีการสูงอายุร่างกายที่มีการเสื่อมถอยก็จะผลิตสารสื่อประสาทลดลงตามไปด้วยดังนั้นปริมาณของสารสื่อประสาทเหล่านี้ในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันจึงมีปริมาณที่น้อยกว่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุปกติ หรือบุคคลในวัยอื่น โดยเมื่อทำการ PET scan ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันพบว่ามีการเมตาบอลิซึมในสมองของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยน้อยกว่าผู้ที่ไม่ใช่ภาวะซึมเศร้า (Paulus & Trenkwalder, 1998) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเมื่อขาดสารสื่อประสาทจนกระบวนการทำงานของสมองผิดปกติไปจนเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด (Mayberg, 1990)

1.1.2 ปัจจัยทางจิตสังคม เช่น การรับมือกับปัญหา ความภูมิใจในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่าเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสัน ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงนี้ได้ก็จะตกอยู่ในอารมณ์เศร้า และภาวะซึมเศร้าจะรุนแรงขึ้นไปอีกเมื่อต้องเผชิญกับอาการแสดงของโรคพาร์กินสันที่รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ (Dissanayaka, 2011; Stella et al., 2008) นอกจากนี้อาการของโรคที่ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ลดลง ภาวะที่เปลี่ยนแปลงไป และการต้องพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้ความภาคภูมิใจในตัวเองของผู้สูงอายุลดลง อีกทั้งเมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การให้การช่วยเหลือด้วยท่าทีที่ไม่เต็มใจ ขาดการให้กำลังใจและการเอาใจใส่ การไม่มีความรู้และเข้าใจถึงโรคพาร์กินสัน การไม่ได้รับการยกย่อง การไม่เห็นคุณค่า เป็นต้น ก็จะทำให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น (Cheng, 2008)

1.1.3 ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิง อายุ โดยผู้ที่เริ่มมีอาการของโรคพาร์กินสันในอายุมากจะเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าในอายุน้อย (อักรุณี วิริยเวชกุล, 2551) และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (Dissanayaka, 2011) นอกจากนี้ระยะเวลาที่เป็นโรคและระยะเวลาการดำเนินโรคต่างก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าอีกด้วย (Dissanayaka, 2011; Farabaugh, 2011; Stella et al., 2008; Wichowicz et al., 2006)

1.2 อาการและอาการแสดง สำหรับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีภาวะซึมเศร้า นั้นพบว่ามีอาการและอาการแสดงส่วนใหญ่ไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไปที่มีภาวะซึมเศร้า (Ehrt, 2009) คือ การแสดงออกด้านอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า หงุดหงิดง่าย กระวนกระวายใจ หดหู่ หม่นหมอง คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าเป็นภาระ การแสดงออกด้านความคิด เช่น มีความคิดเชิงซ้ำ ไม่มีสมาธิ มีความคิดทางลบกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต การแสดงออกด้านพฤติกรรม เช่น การแยกตัว พูดน้อย ร้องไห้บ่อย ไม่สนใจตนเองหรือสิ่งแวดล้อม การแสดงออกทางกายภาพ เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ แต่ที่พบน้อยกว่าคือการฆ่าตัวตาย แม้จะมีความคิดอยากตายไม่แตกต่างกัน (Storch, 2011)

2. แนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมสามารถวางแนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีภาวะซึมเศร้าได้ดังนี้

2.1 การป้องกันการฆ่าตัวตาย เนื่องจากถือว่าเป็นภาวะเสี่ยงที่อันตรายที่สุดในผู้มีภาวะซึมเศร้า แม้ว่าผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันจะมีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวและอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ แต่พยาบาลก็ควรเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยมีวิธีการที่หลากหลายในการทำร้ายตนเอง ดังนั้นจึงควรจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ไม่เอื้อต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หมั่นพูดคุยและสังเกตอาการรวมถึงประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ประเมินระดับของภาวะซึมเศร้า รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ สนับสนุนให้มีการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว ให้ความรู้กับญาติ/ผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายเพื่อช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการเฝ้าระวัง

2.2 การให้ยาทั้งยาโรคพาร์กินสันและยาต้านซึมเศร้าที่ตรงเวลา ไม่ได้รับมากหรือน้อยเกินไปจนเกิดอาการดี้อยาหรือขาดยา จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถเคลื่อนไหวได้ปกติหรือใกล้เคียงปกติ ช่วยรักษาความภาคภูมิใจในตนเองได้ เนื่องจากสามารถปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ได้เอง ลดภาวะพึ่งพิง

2.3 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางกายภาพ เช่น พลัดตกหกล้ม ปอดอักเสบจากการสำลัก การติดเชื้อต่าง ๆ เนื่องจากการมีภาวะแทรกซ้อนในขณะที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่แย่ลงไปกว่าเดิมจนกลายเป็นภาวะซึมเศร้าได้ และภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจ เช่น อาการประสาทหลอน เนื่องจากยาบางตัวมีผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดอาการนี้ได้ จึงควรเฝ้าสังเกตอย่างใกล้ชิด เช่นกันเพื่อไม่ให้สิ่งเหล่านี้้นำผู้สูงอายุไปสู่อาการทางจิตเวชอื่น ๆ

2.4 การบำบัดทางอารมณ์ พยาบาลควรหากิจกรรมเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการระบายความเครียดในจิตใจซึ่งการเลือกกิจกรรมบำบัดนั้นก็ต้องเลือกให้เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุ และระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยสามารถจัดได้ทั้งกลุ่มบำบัดและการบำบัดเป็นรายบุคคล อย่างไรก็ตามควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมที่ได้ทำร่วมกันไม่ควรปล่อยให้ผู้สูงอายุรายใดแยกตัวอยู่คนเดียวหรืออยู่กับตัวเองมากเกินไป

2.5 การใช้การสนับสนุนทางสังคมโดยกระตุ้นให้ชุมชนและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย คอยพูดคุยให้กำลังใจ เอาใจใส่ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว้าวนอนอยู่โดดเดี่ยว ไร้ค่า ซึ่งจะเป็นการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว้าวยังเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม ไม่แปลกแยก จนเกิดภาวะซึมเศร้าติดต่อกันเป็นเวลานานซึ่งอาจนำไปสู่โรคซึมเศร้าในภายหลังได้

แนวคิดเกี่ยวกับดนตรีบำบัด

1. ความหมาย

ดนตรีบำบัดเป็นวิธีการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดรักษามนุษย์อย่างเป็นทางการซึ่งมีมานานกว่า 60 ปี (Michel & Pinson, 2005) โดยมีผู้ได้ให้ความหมายและคำจำกัดความไว้ดังนี้

ดนตรีบำบัด หมายถึง การนำดนตรีซึ่งรวมไปถึงการสร้างชิ้น การขับร้อง การเล่น หรือ การฟังที่เป็นลักษณะทางคลินิกและหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในกระบวนการบำบัดรักษาให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้แบบเฉพาะเจาะจง โดยดนตรีในโปรแกรมการบำบัดนั้นต้องผ่านความเห็นชอบโดยสมบูรณจากนักดนตรีบำบัดซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้วย ซึ่งกระบวนการบำบัดรักษาด้วยดนตรีนั้นสามารถออกแบบเพื่อใช้ เพิ่มพูนภาวะสุขภาพดี จัดการความเครียด บรรเทาปวด แสดงออกทางความรู้สึก เสริมความทรงจำ ปรับปรุงการสื่อสาร ส่งเสริมการฟื้นฟูทางกายภาพ (American Music Therapy Association [AMTA], 1998)

ดนตรีบำบัด หมายถึง การใช้ดนตรีในการบำบัดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์อันได้แก่ การฟื้นฟู การคงสภาพ และการทำให้ดีขึ้น ของสุขภาพกายและใจ นั่นคือการประยุกต์ใช้ดนตรีอย่างเป็นระบบภายใต้การกำกับของนักดนตรีบำบัด เพื่อปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เข้ารับการบำบัดให้เหมาะสม โดยที่การบำบัดจะปรับเปลี่ยนไปตามความเหมาะสมของปัญหาในแต่ละปัจเจกชน ซึ่งผ่านกระบวนการค้นหา วางแผนอย่างครอบคลุม (W. B. Davis, Gfeller, & Thaut, 1999)

ดนตรีบำบัด หมายถึง การใช้ดนตรีและองค์ประกอบของดนตรีอย่างเป็นระบบและมีกระบวนการในลักษณะของการรักษา การให้ความรู้ และการเสริมสร้างบรรยากาศ แก่บุคคล กลุ่มคน ครอบครัว หรือชุมชน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ทั้งทางกายภาพ สังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อารมณ์ สติปัญญา สุขภาวะและจิตวิญญาณ โดยมีมาตรฐานของการบำบัดที่สอดคล้องไปตามสังคม วัฒนธรรมและการเมือง (World Federation of Music Therapy [WFMT], 2011)

ดนตรีบำบัด หมายถึง กระบวนการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่งที่ใช้คุณสมบัติเฉพาะของดนตรีซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่ออารมณ์มนุษย์ในด้านต่าง ๆ เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและนักบำบัด ส่วนหนึ่งที่จะช่วยเรียกความสนใจต่อการเข้าถึงดนตรีก็คือการประสานเอากิจกรรมของการเล่นเครื่องดนตรี หรือการใช้เสียงร้องเข้ามาด้วย โดยยึดตามความสามารถและตามภาษาที่ผู้ป่วยใช้ เพื่อดึงเอาแรงขับเคลื่อนภายในออกมา (British Association for Music Therapy [BAMT], 2011)

ดนตรีบำบัด หมายถึง การนำดนตรีมาประยุกต์ใช้ในการรักษาโรคทั้งทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากดนตรีนั้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และการทำงานของสมองในหลาย ๆ ด้าน โดยผลทางด้านร่างกายสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอัตราการหายใจ การเต้นของชีพจร ความดันโลหิต การตอบสนองของรูม่านตา ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ส่วนด้านจิตใจก็สามารถทำให้เกิดความผ่อนคลาย ความสงบได้ (สุกรี เจริญสุข, 2550)

ดนตรีบำบัด หมายถึง การใช้ดนตรีและวิธีการทางดนตรีในการช่วยฟื้นฟู รักษา และพัฒนาด้านอารมณ์ ร่างกาย จิตใจ เพื่อให้มีสภาพที่ดีขึ้น ดนตรีที่นำมาใช้ในการบำบัดต้องได้รับการเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญในการรักษา ซึ่งประกอบไปด้วย นักดนตรีบำบัด แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์

นักจิตวิทยา ผู้รับผิดชอบกรณีศึกษา และญาติของผู้เข้ารับการบำบัด ดนตรีจะถูกใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างความสัมพันธ์ที่ระหว่างผู้บำบัดกับผู้เข้ารับการบำบัด โดยใช้กิจกรรมที่ออกแบบมาอย่างดีให้เหมาะสมกับสภาพของผู้เข้ารับการบำบัด เช่น การร้องเพลง การบรรเลง หรือการฟังดนตรี เป็นต้น (บุษกร บิณฑสันต์, 2553)

ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า ดนตรีบำบัด หมายถึง การนำดนตรีมาใช้ไม่ว่าจะเป็นการฟัง การขับร้อง การเคลื่อนไหวไปตามจังหวะ หรือการเล่นเครื่องดนตรี ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลหรือกลุ่มคนเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น โดยดนตรีที่นำมาบำบัดนั้นต้องผ่านกระบวนการศึกษา วิเคราะห์ และยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญทั้งทางด้านดนตรีและทางการแพทย์

2. แนวคิดทฤษฎีของดนตรีบำบัด

ในการนำดนตรีมาใช้บำบัดรักษามีทฤษฎีที่น่าสนใจเพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับกระบวนการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยดังนี้

2.1 ทฤษฎีดนตรีบำบัดทางพุทธปรัชญา ทฤษฎีนี้มีแนวคิดเกี่ยวกับดนตรีเชิงวิถีพุทธคือ พุทธศาสนาเป็นกรรมวาที โดยเชื่อเรื่องกรรมและผลของการกระทำ ดังนั้นเมื่อสัตว์ได้อารมณ์คือการรับรู้ตามทวารต่าง ๆ เป็นรูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส นึกคิด ที่ไม่ดี ไม่น่าพึงใจ ก็จะทำให้เกิดทุกข์กาย ทุกข์ใจ เมื่อได้อารมณ์ที่ดี ที่น่าพึงใจก็จะเกิดสุขกาย สุขใจ เป็นต้น ในขณะที่จิตรับรู้อารมณ์ เรียกว่า จิตชั้นวิถิ ทางชั้นวิถินั้นคือทวารต่าง ๆ คือ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ ถ้าจิตไม่รับรู้อารมณ์ใด ๆ เช่น เวลาที่หลับสนิท เรียกว่า จิตตกวงค์ คือไม่ขึ้นวิถิ ส่วนขณะที่เรามีความรู้สึกว่าสุข หรือทุกข์ นั่นคือ ช่วงเสวยอารมณ์ เรียกว่ามีเวทนาซึ่งเป็นไปได้ 3 อย่างคือ โสมนัสเวทนาสุขใจ โทมนัสเวทนา/ทุกข์ใจ / อุกเบกขาเวทนา/เฉย ๆ ซึ่งล้วนเป็นสภาพประกอบจิต เรียกว่าเจตสิก อย่างไรก็ตามจิตแต่ชนิดที่ขึ้นวิถิ ๆ ไม่เหมือนกัน นั่นคืออารมณ์สุขจะเกิดร่วมก นั้นจะเกิดร่วมกับเวทนาต่างโสมนัสเวทนา อารมณ์ทุกข์จะเกิดร่วมกับโทมนัสเวทนา เท่านั้น และเมื่อจิตชั้นวิถิจะสามารถรับอารมณ์ได้คราวละหนึ่ง ซึ่งหมายความว่า ณ ช่วงขณะจิต คนเราย่อมมีการรับรู้และเกิดอารมณ์จนมีเวทนาได้เพียงครั้งละหนึ่งนั่นเอง การใช้ดนตรีเพื่อบำบัดความเศร้าหมองหรือความทุกข์ใจจึงมีประเด็นพินิจ 2 ประการคือ อารมณ์ กับจิตและเจตสิกในขณะที่รับรู้อารมณ์ ดังนั้นเพื่อให้บุคคลละจากอารมณ์อันเป็นทุกข์จึงใช้ดนตรีเป็นตัวกระตุ้นจิตให้รับรู้อารมณ์อื่นและพรางจิตออกจากเรื่องเศร้าหมองนั่นเอง อย่างไรก็ตามเมื่อจิตชั้นวิถิแล้วก็จะคงอยู่เพียงช่วงขณะเท่านั้น หรือที่เราเรียกว่าช่วงขณะจิต แล้วเมื่อสุดวิถิอารมณ์เดิมก็จะตกไป ให้วิถิจิตใหม่ขึ้นมาโดยสามารถจะเป็นอารมณ์เดิมหรือไม่ก็ได้ ดังนั้นดนตรีที่ใช้จึงต้องเป็นดนตรีที่มีกำลังพอที่จะสามารถเหนี่ยวจิตให้ขึ้นวิถิตตามอารมณ์ที่ต้องการได้ซ้ำ ๆ ในอารมณ์ทางบวกเพื่อไม่ให้จิตตกไปอยู่ในภาวะแห่งความเศร้าหมองได้อีก (บุษกร บิณฑสันต์, 2553)

2.2 ทฤษฎีดนตรีบำบัดทางสุนทรียศาสตร์ โดยแบ่งชนิดของดนตรีไปตามลักษณะของ ศิลปะสุนทรียศาสตร์ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างเรื่องราวกับเนื้อหา (บุษกร บิณฑสันต์, 2553) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 ศิลปะแสดงลักษณะ (representational art) เป็นศิลปะที่เนื้อหาสื่อสะท้อนเรื่องราวได้ชัดเจน เช่น บทเพลงปกติที่มีคำร้องบอกเรื่องราว การรำรำเลียนแบบ การเคลื่อนไหวตามจังหวะดนตรีอย่างมีแบบแผน ซึ่งผู้เสพไม่ต้องอาศัยการตีความหมายไปมากกว่าที่ผู้สร้างงานต้องการ

2.2.2 ศิลปะไม่แสดงลักษณะ (non-representational art) เป็นศิลปะที่ไม่สะท้อนเรื่องราวที่ชัดเจน เปิดโอกาสให้ผู้เสพเชื่อมโยงศิลปะเข้ากับตนเองและปล่อยจินตนาการออกไปตามประสบการณ์ตามการรับรู้เฉพาะตน เช่น ดนตรีบรรเลง ซึ่งขณะฟังดนตรี รายละเอียดของบันไดเสียง คำร้อง ท่วงทำนอง การสอดประสาน จะเป็นการบ่งชี้ทิศทางของจินตนาการในช่วงแรก เมื่อเกิดการรับรู้และหลอมรวมเข้ากับประสบการณ์ ความคิดคำนึง อัตมโนทัศน์ อันเป็นอิสระของผู้เสพจะเป็นการจูงใจให้ออกห่างจากภาวะเดิมที่เป็นอยู่

2.3 ทฤษฎีดนตรีบำบัดทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่นำเอากระบวนการทางวิทยาศาสตร์เข้ามาเชื่อมต่อกับดนตรีเพื่ออธิบายถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แสดงออกมาให้เห็น โดยมีทฤษฎีที่น่าสนใจคือ ทฤษฎีดนตรี อารมณ์ และการเคลื่อนไหว หรือทฤษฎีเอ็มเอ็มเอ็ม (theory of music, mood and movement) ที่แบ่งแนวคิดหลักของทฤษฎีดนตรีบำบัดออกเป็น 3 แนวคิดที่มีความเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน แล้วส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Murrock & Higgins, 2009) ดังนี้

2.3.1 ดนตรีกับจิตใจ โดยอธิบายว่า ดนตรีจะทำให้มีการตอบสนองภายในจิตใจ เกิดเป็นภาวะทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงแล้วนำไปสู่ผลทางสุขภาพที่ดีขึ้น เนื่องจากส่วนประกอบของดนตรีอันได้แก่ จังหวะ ทำนอง ระดับเสียง และความกลมกลืนของเสียง เมื่อดนตรีผ่านศูนย์การได้ยินไปถึงสมอง แล้วถูกแปลผลจากกระบวนการในระบบลิมบิก ซึ่งส่วนนี้จะเป็นศูนย์กลางของการรับรู้ทางอารมณ์และความรู้สึก จะทำให้มีการตอบสนองของจิตใจผ่านการระลึกถึง ประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะไปส่งผลในการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ความรู้สึกของผู้ฟัง กลายเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความเครียด รวมถึงช่วยเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอีกด้วย

2.3.2 ดนตรีกับร่างกาย โดยอธิบายว่า การตอบสนองของร่างกายในหลายรูปแบบต่อดนตรีจะช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวซึ่งนำไปสู่การเริ่มต้นและควบคุมการทำกิจกรรมของร่างกาย เริ่มจากศูนย์การได้ยินรับรู้ถึงจังหวะของเสียงทำให้เกิดการปล่อยสัญญาณของกระแสประสาทการเคลื่อนไหวในจังหวะที่สอดคล้องกันซึ่งอธิบายได้จากหลักการกำหนดจังหวะจากการฟัง (the rhythmic auditory stimulation, RAS) สิ่งนี้ทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างดนตรีและการเคลื่อนไหวของมนุษย์ ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ที่มีความผิดปกติด้านการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายมีอาการดีขึ้นในที่สุด

2.3.3 ดนตรีกับร่างกายและจิตใจ โดยอธิบายว่า ผลจากดนตรีที่ทำให้มีการตอบสนองภายในจิตใจเกิดเป็นภาวะทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง และการตอบสนองทางกายในหลายรูปแบบต่อการเคลื่อนไหวซึ่งนำไปสู่การเริ่มต้นและควบคุมการทำกิจกรรมของร่างกาย ทั้งสองสิ่งนี้จะร่วมกันทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

3. กลไกการทำงานของเสียงดนตรีต่อสมอง

เสียงดนตรีจะเดินทางเข้าสู่ช่องทางรับเสียงของมนุษย์คือหู โดยหูชั้นนอกและหูชั้นกลาง มีหน้าที่รับเสียงแล้วส่งต่อเสียงเข้าสู่หูชั้นในซึ่งประกอบไปด้วย 2 ส่วนคือ 1) ส่วนรับความรู้สึกในการทรงตัวจะมีหน้าที่รักษาสมดุลของร่างกาย ซึ่งจะเป็นอีกระบบที่ช่วยในการทรงตัวของมนุษย์นอกจากสายตา และการรับสัมผัสจากข้อต่อกับกระดูก 2) ส่วนรับเสียง จะมีลักษณะเหมือนกันหอย มีของเหลวภายในเพื่อคอยรับแรงสั่นสะเทือนซึ่งส่งผ่านเข้ามา เมื่อหูชั้นในได้รับเสียงกระตุ้นจะ

ถ่ายทอดสู่เส้นประสาทการได้ยินซึ่งเป็นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 จากนั้นเส้นประสาทจะนำสัญญาณประสาทเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางโดยเริ่มจากบริเวณก้านสมองซึ่งเป็นที่รวบรวมสัญญาณประสาทจากหูทั้ง 2 ข้างนำมาเปรียบเทียบในเบื้องต้น เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์หาตำแหน่งของแหล่งที่มาของเสียงดนตรีนั้น จากนั้นสัญญาณประสาทจะถูกส่งต่อขึ้นไปในระดับที่สูงขึ้นจนถึงสมองใหญ่ที่ทำหน้าที่แปลสัญญาณเสียงดนตรีเป็นความหมาย ในระหว่างทางจะมีทางเชื่อมที่ซับซ้อนมากมาย เพื่อให้เสียงดนตรีใด ๆ ที่ได้ยินสามารถแปลงเป็นกระแสประสาทแล้วถูกส่งต่อไปยังสมองทั้ง 2 ข้างเสมอโดยสมองซีกซ้ายจะเด่นในการแปลภาษา คำพูด หรือคำร้องในเพลง ส่วนสมองซีกขวาจะเด่นในการแปลเสียงดนตรี ท่วงทำนองต่าง ๆ รวมไปถึงคลังแห่งความทรงจำด้านเสียงดนตรีชนิดนั้น ๆ อีกด้วย สมองใหญ่มี 2 ซีกจะมีการเชื่อมต่อประสานการทำงานซึ่งกันและกันทำให้สามารถฟังเพลง บรรเลง หรือเพลงที่มีเนื้อร้อง หรือท่วงทำนองของบทกลอนซึ่งไม่มีเสียงดนตรีก็เข้าใจได้

อย่างไรก็ตามในการทำความเข้าใจความหมายของเสียงในระดับสูง เช่น เสียงเพลง บรรเลง หรือดนตรีคลาสสิก จะใช้ประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมด้วยและจะต้องมีการเปรียบเทียบความรู้สึที่เกิดขึ้น ซึ่งสมองใหญ่กลีบหน้าจะทำหน้าที่ประมวลประสบการณ์ในด้านต่าง ๆ เข้าด้วยกัน แล้วทำการวิเคราะห์ สรุป จดจำ นำไปใช้ มีการคิดหาเหตุผล โดยจะทำงานร่วมกับสมองกลีบในและสมองกลีบข้างส่วนล่างด้านใน สมองกลีบในจะเป็นที่ตั้งของส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้องกับเสียงและอารมณ์ความรู้สึก ส่วนนี้เรียกว่าระบบลิมบิก ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมสัญชาตญาณพื้นฐานของสิ่งมีชีวิตเพื่อความอยู่รอดในการดำรงเผ่าพันธุ์ และควบคุมอารมณ์กับพฤติกรรม ซึ่งจะมีการเชื่อมโยงกับสมองส่วนอื่น ๆ โดยเสียงดนตรีที่เข้ามากระตุ้นเมื่อผ่านกระบวนการในระบบลิมบิกจนกลายเป็นอารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบ จะถูกส่งไปยังสมองกลีบหน้าเพื่อจดจำ ทำการเปรียบเทียบกับเสียงในครั้งต่อไปที่ได้ยิน

สารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับระบบลิมบิกได้แก่ serotonin, dopamine, norepinephrine และ acetylcholine กระบวนการประมวลผลจากเสียงดนตรีนั้นไม่ได้จบลงแค่ระบบลิมบิกและสมองส่วนหน้า โดยผลจากความพึงใจหรือไม่พึงใจต่อเสียงดนตรีที่ได้ยินจะถูกส่งต่อไปยังระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบฮอโมน และระบบประสาทการเคลื่อนไหว ซึ่งสามารถอธิบายได้ง่าย ๆ ว่า ในท่วงทำนองที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในทางตื่นเต้น Sympathetic Nervous System จะทำงานเพิ่มขึ้น มีการหลั่งสารต่าง ๆ ได้แก่ epinephrine เป็นต้น ทำให้ชีพจรเต้นเร็วขึ้นแรงขึ้น เพิ่มความดันโลหิต โดยเสียงเพลงบางจังหวะอาจกระตุ้นให้อยากขยับแขนขยับขาตามไปด้วย ในทางกลับกัน เสียงดนตรีที่ก่อให้เกิดความพึงใจที่สงบ Parasympathetic Nervous System จะทำงานเพิ่มขึ้นแทน ลดการหลั่งสาร epinephrine ชีพจรและความดันโลหิตจะเต้นสม่ำเสมอ คงที่ ก่อให้เกิดความสงบ สมองได้พักผ่อน นอนหลับง่าย (บุษกร บิณฑสันต์, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่าสมองมีการตอบสนองที่ดีต่อเสียงดนตรีที่บุคคลผู้นั้นเป็นผู้เลือกด้วยตนเองอีกด้วย (Holler, 2012)

4. องค์ประกอบของดนตรีที่นำมาใช้ในการบำบัด

ในการนำดนตรีมาใช้เพื่อบำบัดนั้น แต่ละองค์ประกอบของดนตรีจะมีผลต่อผู้ฟังแตกต่างกันออกไป (บุษกร บิณฑสันต์, 2553; สุกีรี เจริญสุข, 2550; เสาวณีย์ สังข์โสภณ, 2541) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.1 จังหวะ (rhythm) คือความสั้นยาวของช่วงเสียงที่กำหนดลักษณะของเพลง โดยมีการแบ่งประเภทของจังหวะเป็น 3 ลักษณะที่ตรงข้ามกันคือ 1) ความสม่ำเสมอ จังหวะที่สม่ำเสมอจะให้อารมณ์ที่เรียบง่าย สบาย ส่วนจังหวะที่ไม่สม่ำเสมอจะให้อารมณ์ที่อึดอัด ขัดข้อง 2) ความหนักเบา จังหวะหนักจะให้อารมณ์ที่หนักแน่น มั่นคง สง่างาม ส่วนจังหวะเบาจะให้ความรู้สึกที่อ่อนไหว โอนอ่อน ไม่มั่นคง 3) ระยะของจังหวะ จังหวะยาวจะให้ความรู้สึกเน้นย้ำ อ้อยอิ่ง ส่วนจังหวะสั้น ๆ จะให้ความรู้สึกกระชับ ฉับไว สดใส ร่าเริง

4.2 ความเร็วและความช้าของดนตรีหรือเทมโป (tempo) สามารถวัดโดยเครื่องจับจังหวะดนตรีหรือเครื่องเมโทรโนม (metronome) มีหน่วยเป็นครั้งต่อนาที (beat per minute : bpm) แบ่งเป็นช่วงตามชื่อเรียกที่สัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ ดังนี้ grave (20-40 bpm), largo (40-55 bpm), adagio (55-80 bpm), andante (80-100 bpm), moderato (100-120 bpm), allegro (120-140 bpm), vivace (140-160 bpm), presto (160-200 bpm), prestissimo (> 200 bpm) โดยเทมโปที่เหมาะสมต่อการนำมาเพื่อบำบัดภาวะซึมเศร้าคือ andante – vivace หรือเทมโปที่ทำให้รู้สึกสบาย หนักแน่นมั่นคงจนถึงเทมโปที่ทำให้รู้สึกสนุกสนานมีชีวิตชีวา (Forney & Machlis, 2011; Wallis et al., 2008)

4.3 ระดับเสียง (pitch) คือความถี่ของรอบในการสั่นสะเทือนของวัตถุนั้น เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความแตกต่างของเสียงออกไปในทางสูงหรือต่ำ หากมีรอบในการสั่นสะเทือนมากก็จะมีเสียงสูง หากรอบในการสั่นสะเทือนน้อยก็มีเสียงต่ำ ทั้งนี้แต่ละระดับเสียงจะส่งผลต่อผู้ฟังแตกต่างกันคือ เสียงต่ำจะทำให้รู้สึกหวาดกลัว ไม่ทันใจ บรรยากาศน่าเกรงขาม เสียงสูงจะทำให้เกิดความรำใจ เสียงปานกลางจะช่วยให้เกิดความรู้สึกสงบ

4.4 ความดัง (volume intensity) เป็นความเข้มของเสียง ซึ่งขึ้นอยู่กับความแรงหรือความค่อยในการสร้างเสียงดนตรี ความดังมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทโดยพบว่าเสียงที่เบา นุ่ม จะทำให้เกิดความสงบสุข สบายใจ เสียงที่ตั้งทำให้เกิดการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อ ความดังที่เหมาะสมจะช่วยสร้างระเบียบการควบคุมตนเองได้ดี มีความสงบ เกิดสมาธิ ความดังที่ใช้กับมนุษย์มีหน่วยเป็น dB(A) โดยเสียงของดนตรีที่ใช้บำบัดไม่ควรดังเกิน 85 dB(A) หรืออยู่ในช่วง 50-70 dB(A)

4.5 ทำนอง (melody) คือความต่อเนื่องของตัวโน้ตที่จัดเรียงร้อยไปตามจังหวะที่ได้กำหนดไว้ โดยหากเทียบจังหวะเป็นโครงสร้างของเพลง ทำนองก็คือส่วนเติมเต็มให้เพลงมีความสมบูรณ์ ซึ่งทำนองที่มีการเรียงร้อยอย่างสวยงามก็จะทำให้ผู้ฟังรู้สึกสงบ ผ่อนคลาย ในทางตรงกันข้ามหากทำนองไม่ลื่นไหลก็จะรู้สึกสะดุด ไม่สบายใจ

4.6 ความกลมกลืน (harmony) เป็นผลรวมของเสียงที่มากกว่า 2 เสียงมาประสานกัน โดยเสียงที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันอย่างกลมกลืนจะทำให้รู้สึกปลอดโปร่ง เป็นอิสระ และอบอุ่น

4.7 สีสันของดนตรี (tone color) คือลักษณะของธรรมชาติของเสียงที่เกิดจากเครื่องดนตรีแต่ละชนิดจะส่งผลให้เกิดคุณภาพของเสียงหรือน้ำเสียงที่ต่างกัน การใช้แหล่งกำเนิดเสียงหลาย ๆ แหล่งในเพลงเดียวจะไม่ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการฟัง

5. ผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่าดนตรีบำบัดสามารถส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าได้ดังนี้

5.1 ผลโดยตรง ตามทฤษฎีชีวเคมีที่พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีปริมาณของสารสื่อประสาทในบริเวณที่มีการเชื่อมต่อกันของเซลล์ประสาทอยู่น้อยกว่าปกติ ซึ่งสารสื่อประสาทดังกล่าว ได้แก่ norepinephrine ,dopamine และตัวที่สำคัญที่สุดคือ serotonin ส่งผลให้เกิดอาการคิดช้า ตอบสนองช้า กระบวนการทำงานของร่างกายติดขัดเนื่องจากมีสารสื่อประสาทไม่เพียงพอ เมื่อสะสมนาน ๆ เข้าจึงกลายเป็นภาวะซึมเศร้าในที่สุด (Jylha et al., 2009; Zhang, 2009) เมื่อได้ฟังดนตรีองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีอยู่ในดนตรีนั้นจะสามารถไปกระตุ้นร่างกายโดยเฉพาะระบบลิมบิกที่เป็นส่วนของการควบคุมทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก และประสาทสัมผัส ทำให้มีการหลั่งของสารสื่อประสาทมากขึ้น ทำให้สมองเกิดการประมวลผลโดยการนำเสียงที่ได้ฟังไปเปรียบเทียบกับประสบการณ์เดิมของตนเองจนกลายเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งอารมณ์ทางบวกจะมาจากการรับฟังดนตรีที่มีความพึงพอใจ การได้เลือกเพลงที่ต้องการฟังตามภูมิหลังของวัฒนธรรม ความคุ้นเคย และรสนิยมส่วนบุคคล (Chan et al., 2011; Good, 2000; R. A. R. McDonald et al., 2012; Thaut & Davis, 1993; Wallis et al., 2008; บุษกร บิณฑสันต์, 2553) ทั้งยังช่วยขจัดอารมณ์ด้านลบ (Boothby & Robbins, 2011) อันเป็นอีกหนึ่งปัจจัยของการเกิดภาวะซึมเศร้าอีกด้วย นอกจากนี้ดนตรียังเสริมให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ฟังที่เป็นบุคคล หรือสังคมได้ง่ายขึ้น (Kim, Wigram, & Gold, 2009; Nayak et al., 2000) ซึ่งจะเป็นการเชื่อมผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเข้ากับการจัดกิจกรรมได้ง่ายขึ้น และเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าร่วมกิจกรรมช่วยลดอาการแสดงที่เป็นการแยกตัวเองออกจากสังคมได้

5.2 ผลโดยอ้อม ขณะที่ฟังดนตรีนั้น องค์ประกอบของดนตรีไม่เพียงแต่ไปกระตุ้นระบบลิมบิกในสมองจนเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าเท่านั้น ยังไปกระตุ้นระบบต่าง ๆ ในร่างกายอีก เช่น การหลั่ง epinephrine ของ sympathetic nervous system ในดนตรีที่มีจังหวะสนุกสนาน ลดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจในดนตรีที่มีจังหวะช้าเล็กน้อยจนถึงกลาง เกิดความสงบ ผ่อนคลาย เพิ่มคุณภาพของการนอน (Chan et al., 2010; Loomba, Shah, Chandrasekar, Arora, & Molnar, 2012) บรรเทาอาการปวดจากสาเหตุต่างๆ (Engwall & Duppils, 2009; Huang et al., 2010) ช่วยกระตุ้นการทำงานและการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยพาร์กินสันที่พบว่าการทรงตัวและการเดินดีขึ้นเมื่อใช้ดนตรีบำบัดเข้ามาช่วย (Brown, de Bruin, Doan, Suchowersky, & Hu, 2009; de Drue et al., 2012; Hayashi et al., 2006) สิ่งเหล่านี้ไม่ได้ทำให้ภาวะซึมเศร่าลดลงโดยตรง แต่ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั้นก็ส่งกลับไปยังผู้ป่วยให้มีความหวังในการใช้ชีวิตอีกครั้งซึ่งจะเป็นการลดอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าไปในตัวนั่นเอง

กล่าวโดยสรุปคือ ดนตรีเพื่อการบำบัดในการศึกษารุ่นนี้จะเข้าไปกระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาท serotonin, dopamine, norepinephrine และ acetylcholine ในระบบลิมบิก ทดแทนส่วนที่บกพร่องไปจากการเสื่อมสลายของ dopaminergic neurone บริเวณ substantia nigra ในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ซึ่งจะช่วยให้ระดับของสารสื่อประสาทกลับมาสู่ภาวะสมดุลหรือใกล้เคียงสมดุลมากที่สุด เกิดสภาวะทางอารมณ์ด้านบวกง่ายขึ้น และขจัดอารมณ์ด้านลบที่นำไปสู่ภาวะ

ซิมเคร้า นอกจากนี้ยังช่วยด้านการเคลื่อนไหวและการเข้าสังคม ซึ่งเป็นผลทางอ้อมต่อการลดอาการ แสดงจากภาวะซิมเคร้าอีกทางหนึ่งด้วย

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

1. ความหมาย

การสนับสนุนทางสังคมได้มีผู้สนใจศึกษามาอย่างยาวนานโดยมีการให้ความหมายไว้ดังนี้ การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่สามารถรับรู้ได้ การรู้สึกถึงการมีส่วนร่วมในสังคม ได้รับการช่วยเหลือ ได้รับการยอมรับและยกย่อง รู้สึกถึงความมีคุณค่าในตัวเอง รวมถึงการได้รับคำแนะนำจากบุคคลที่เชื่อถือได้ (Weiss, 1974)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความต่อเนื่องของสังคมในภาพรวมอันได้แก่ผู้ใกล้ชิด เครือข่าย กลุ่ม องค์กร ที่จัดเตรียมไว้ให้บุคคลนั้น ๆ ตามความต้องการในด้านต่าง ๆ ที่บุคคลเรียกร้องจากสังคมเพื่อเป็นการชดเชยในส่วนที่ขาดจากการติดต่อสื่อสารกับสังคมที่ใหญ่กว่า (Caplan, 1976)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองยังได้รับความรักและการเอาใจใส่ ได้รับยกย่อง มีคนเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าตนเองยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Cobb, 1976)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และสิ่งที่เป็นรูปธรรม เช่น วัสดุ สิ่งของ การให้บริการ เป็นต้น ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของบุคคลกับบุคคล (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือสนับสนุนกันทางด้านอารมณ์ ความรัก การเอาใจใส่ การให้สิ่งของ คำแนะนำ ความรู้ ตลอดจนการส่งเสริมให้ยอมรับความเป็นตัวตนจากการเรียนรู้และประเมินตนเอง (House, 1981)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่แสดงออกถึงสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จนทำให้เกิดความรัก ความผูกพัน ความไว้วางใจและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อันก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้รับ (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กระบวนการของการดำเนินการสื่อสารทั้งแบบวจนะและอวจนะภาษาที่ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกต่อ การปรับตัวต่อความเครียด ความสามารถ ความสัมพันธ์ระหว่างกัน และ/หรือ ความภาคภูมิใจในตัวเอง ของบุคคลนั้นๆ ให้ดีขึ้น (Mattson & Hall, 2011)

ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่มีการช่วยเหลือสนับสนุนกันเกิดเป็นสัมพันธภาพและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนนั้นครอบคลุมความต้องการของบุคคลในด้านต่างๆ ทั้งทางด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านสิ่งที่จับต้องได้เป็นรูปธรรม ด้านข่าวสารความรู้และคำแนะนำ ด้านการให้คุณค่าและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. ระดับของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งได้ 3 ระดับ (Gottlieb, 1985) ดังนี้

2.1 ระดับใหญ่ (macro level) เป็นการพิจารณาถึงการมีส่วนร่วมในสังคมโดยมุ่งไปถึงความสัมพันธ์ในระดับกลุ่มของชุมชนหรือองค์กร ที่เป็นสถาบันซึ่งในสังคมนั้น ๆ ให้การยอมรับ อาจจะเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ ซึ่งบุคคลมีความสมัครใจที่ได้เข้าร่วม และมีกิจกรรมการขับเคลื่อนของกลุ่มที่อาศัยความร่วมมือจากคนจำนวนมาก

2.2 ระดับกลาง (mezzo level) เป็นระดับของกลุ่มบุคคลที่แตกแยกย่อยออกมาจากสังคมใหญ่ มีการติดต่อเชื่อมโยงกันอย่างสม่ำเสมอ มีการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันทางด้านวัตถุ สิ่งของ หรือการให้คำแนะนำ การยกย่องและการสนับสนุนทางอารมณ์ โดยอาจเป็นกลุ่มญาติ กลุ่มเพื่อนหรือเพื่อนบ้านที่มีความสนิทสนมกันในระดับหนึ่ง

2.3 ระดับเล็ก (micro level) เป็นระดับที่พิจารณาถึงบุคคลที่มีความใกล้ชิดและมี ความสัมพันธ์กันมากที่สุด โดยวัดจากความถี่ของการมีปฏิสัมพันธ์ คุณภาพของความสัมพันธ์ และ ขนาดของการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมในระดับนี้มักเป็นสามี ภรรยา หรือบุคคล ในครอบครัวที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด หรืออาจเรียกว่าเป็นระดับระหว่างบุคคลก็ได้ การสนับสนุนมักเป็นไปในแง่ของการแสดงความรัก ความหวังใย หรือการสนับสนุนทางอารมณ์เป็นหลัก

3 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

House (1981) ได้แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมไว้ 4 ด้าน โดยให้ความหมาย และคำจำกัดความของไว้ดังนี้

3.1 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การให้การสนับสนุนในแง่ของอารมณ์ความรู้สึกซึ่งแสดงออกด้วยการเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การแสดงความรัก ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ รับฟังปัญหาและเรื่องไม่สบายใจ การสนับสนุนด้านนี้ไม่ได้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ การแก้ปัญหาแต่เป็นการประคับประคองอารมณ์ ซึ่งทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนนั้นมีความรู้สึกและ อารมณ์ที่ดีขึ้น โดยอาจแสดงออกด้วยการสัมผัส พูดคุย เป็นต้น

3.2 การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (instrumental support) หมายถึง การให้การสนับสนุนในแง่ของวัตถุสิ่งของที่เป็นรูปธรรม จับต้องได้ โดยมากมักอยู่ในรูปของเงิน เวลา แรงงาน หรือการให้บริการ การสนับสนุนด้านนี้เป็นการแสดงออกผ่านการกระทำ เช่น การทำกิจวัตร ประจำวัน การพาไปพบแพทย์ การให้การดูแลอย่างสุภาพ อ่อนโยน เป็นต้น

3.3 การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) หมายถึง การให้การสนับสนุนในแง่ของคำแนะนำ ความรู้ ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ การสนับสนุนด้านนี้เป็นการช่วยให้เกิดการเผชิญกับปัญหาหรือแก้ไขปัญหอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 การสนับสนุนทางการประเมินค่า (appraisal support) หมายถึง การให้การสนับสนุนให้เกิดการประเมินตนเอง โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ ทำให้เห็นคุณค่าในตัวเอง การสนับสนุนด้านนี้เป็นการส่งเสริมให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ยอมรับความเป็นบุคคล คิดว่าตนเอง ยังมีค่า ไม่หมดหวัง และยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งต้องอาศัยการโน้มน้าวจนผู้รับการสนับสนุนมีความมั่นใจในตนเอง

4. ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเมื่อมีภาวะตั้งเครียดทางอารมณ์ เช่น มีความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมจะสามารถช่วยลดสิ่งเหล่านี้ลงได้ (Taylor, 2011) นอกจากนี้ยังช่วยปรับสุขภาพจิตใจให้รับมือต่อภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Turner-Cobb, 2002) ข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Fyrand et al., 2002) มะเร็ง (Penninx, 1998) กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Frasure-Smith, 2000) และหากได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยเร็วและมีคุณภาพก็จะสามารถลดความรุนแรงของอาการและระยะเวลาที่มีอาการของภาวะซึมเศร้าได้ (Raube, 1992; Wareham et al., 2007) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (Simpson et al., 2006) และยังมีผลต่อการลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าอีกด้วย (Cheng, 2008) ซึ่งเมื่อพิจารณาในรายละเอียดของการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินค่า พบว่าเมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถเผชิญและจัดการกับความเครียดหรือปัญหาต่างๆ ได้ อีกทั้งยังส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจและเห็นถึงคุณค่าในตนเอง สิ่งเหล่านี้เองที่เป็นส่วนทำให้อาการแสดงของภาวะซึมเศร้า เช่น อารมณ์เศร้า ความรู้สึกผิดหรือไร้ค่า รู้สึกหมดประโยชน์หรือสิ้นหวัง เป็นต้น มีแนวโน้มที่ดีขึ้นจนสามารถหายจากอาการของภาวะซึมเศร้าในที่สุด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยเกี่ยวกับโรคพาร์กินสันและภาวะซึมเศร้า

อัครวุฒิ วิริยเวชกุล (2551) ศึกษาย้อนหลังโดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เป็นโรคพาร์กินสันถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยพาร์กินสันที่มารักษาในคลินิกพาร์กินสัน สถาบันประสาทวิทยา ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2549 - ธันวาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 130 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการโรคพาร์กินสันเมื่ออายุมาก (>59 ปี) มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการโรคพาร์กินสันเมื่ออายุน้อย ส่วนระดับความรุนแรงและการดำเนินไปของโรคพาร์กินสันนั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องของเพศผู้ป่วย พบว่า เพศชายมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิง และเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมากกว่าเพศชาย

Yamamoto (2001) ศึกษาความชุก การวินิจฉัย และสารสื่อประสาทในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์ห่อภิมาณจาก The Global Parkinson's Disease Survey (GPDS) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันร้อยละ 20-40 และเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 2-8 โดยการวินิจฉัยด้วย DSM-III-R ส่วนสารสื่อประสาทที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้ามากที่สุดคือ serotonin รองลงมาคือ dopamine, norepinephrine ตามลำดับ

Frisina, Borod, Fold & Tenenbaum (2008) ศึกษาและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โดยทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดในหัวข้อภาวะสุขภาพ ปัจจัยสัมพันธ์ สมรรถฐานวิทยา และการรักษา ของภาวะซึมเศร้าในโรคพาร์กินสัน พบว่าปัจจัย

ทางสารสื่อประสาท เช่น serotonin dopamine และปัจจัยทางจิตสังคม เช่น การรับมือกับปัญหา ความภูมิใจในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ต่างก็มีน้ำหนักต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในโรคพาร์กินสัน เท่าๆ กัน และการรักษาควรเป็นการรักษาแบบบูรณาการ คือ การให้การรักษาลาหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การรักษาทางยา การให้ความรู้ความเข้าใจ และการบำบัดทางจิตสังคม

2. งานวิจัยเกี่ยวกับดนตรีบำบัดและภาวะซึมเศร้า

กาญจนา พิบูลย์ พวงทอง อินใจ และเอียน สมิต (2552) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 10 คนเพียงกลุ่มเดียวโดยใช้โปรแกรมดนตรีบำบัด จำนวน 8 ครั้งในเวลา 5 สัปดาห์ จากนั้นมีการติดตามผลอีก 4 สัปดาห์ ได้ผลการศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัดมีระดับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศรียระยะหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศรียระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนทดลอง แต่สูงกว่าระยะหลังทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Hayashi, Nagaoka & Mizuno (2006) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อการเดินและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีปัญหาเรื่องการเดินจำนวน 25 คน เป็นการศึกษาในผู้ป่วยนอก ลักษณะของดนตรีบำบัดที่ใช้เป็นดนตรีทั่วไปที่ผู้วิจัยได้เพิ่มการกำหนดจังหวะเข้าไปในเพลงโดยมีความถี่ของจังหวะอยู่ที่ 2 Hz จากนั้นจึงนำมาให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกตามความชอบ ลักษณะกิจกรรมเป็นการบำบัดรายบุคคลที่บ้าน กำหนดให้ฟังอย่างน้อย 1 ชั่วโมงต่อวันนาน 3-4 สัปดาห์และไม่ได้รับการฝึกเดินในช่วงที่เข้าร่วมวิจัย ผลการศึกษาพบว่าความเร็วในการเดินและช่วงความยาวของการก้าวเท้าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 และมีภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Maratos, Gold, Wang & Crawford (2008) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการทบทวนงานวิจัยใน 9 ฐานข้อมูล พบงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์ 5 งานวิจัยโดยเป็นงานวิจัยเชิงทดลองทั้งหมด และใช้ The Cochrane Handbook of Systematic Review of Intervention เป็นเครื่องมือในการควบคุมคุณภาพการสกัดงานวิจัย พบว่า ดนตรีบำบัดสามารถช่วยลดอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าได้เมื่อเทียบกับการให้การดูแลรักษาตามปกติ และดนตรีบำบัดซึ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าให้การยอมรับจะเป็นตัวนำในการช่วยให้มีการปรับอารมณ์ไปในทางที่ดีขึ้นโดยเฉพาะการใช้ในผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณพบว่า ระยะเวลาที่เหมาะสมในการบำบัดด้วยดนตรีคือ 20-60 นาทีต่อครั้ง หากเป็นการบำบัดแบบกลุ่มจำนวนผู้เข้าร่วมแต่ละครั้งต้องไม่เกิน 20 คน ระยะเวลาดำเนินการ 6-10 สัปดาห์

Gold, Solli, Kruger & Lie (2009) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าในงานวิจัยเชิงทดลองโดยการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ได้งานวิจัยที่เข้าเกณฑ์จำนวน 15 เรื่องพบว่าการบำบัดเป็นการจัดให้กลุ่มตัวอย่างได้รับดนตรีบำบัด 1-6 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ถึง 6 เดือน โดยมีรูปแบบของการจัดดนตรีบำบัดที่ต่างกันออกไปคือการเปิดเพลงให้ฟังเป็นกลุ่ม ฟังเป็นรายบุคคล หรือทั้งสองรูปแบบผสมผสานกัน ลักษณะของกิจกรรมมีทั้งการฟังเพลง ร้องเพลง เล่นดนตรี แต่งเพลง การสะท้อนอารมณ์ ความคิดความรู้สึกจากประสบการณ์ในการฟังเพลง พบว่าดนตรีบำบัดที่ใช้ร่วมกับการบำบัดรักษาหลักจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนครั้งและความถี่ของการใช้ดนตรีบำบัดที่มีผลต่อ

คุณภาพของการรักษาคือมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 20-60 นาที ทั้งนี้ประสิทธิผลของการบำบัดจะเกิดขึ้นหลังจากการได้รับดนตรีบำบัดจำนวน 4 ครั้ง และประสิทธิผลสูงสุดจะพบหลังจากการได้รับดนตรีบำบัดในครั้งที่ 16 ขึ้นไป

Chan, Chan & Mok (2010) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน โดยฟังดนตรีที่ผู้วิจัยให้เลือกตามความชอบ 4 ประเภทคือ ดนตรีเพื่อการทำสมาธิ ดนตรีจีนสมัยเก่า ดนตรีคลาสสิก และดนตรีแจ๊สร่วมสมัย ทั้งหมดมีลักษณะดนตรีที่เลื่อนไหล เป็นเพลงช้า มีจังหวะ 60-80 ครั้งต่อนาที และมีความยาว 30 นาที วิธีการดำเนินการวิจัยคือ กลุ่มทดลองจะได้รับฟังดนตรีดังกล่าวสัปดาห์ละครั้ง นาน 30 นาทีเป็นเวลา 4 สัปดาห์ วัดผลสัปดาห์ละครั้งหลังฟังดนตรี ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินคุณภาพการนอน ได้ผลการวิจัยดังนี้ กลุ่มทดลองพบว่าดนตรีบำบัดช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเสร็จสิ้นการทดลอง

Chan, Wong & Thayala (2011) ศึกษาผลของการฟังดนตรีเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่โดยการทบทวนอย่างเป็นระบบ ค้นหางานวิจัยใน 9 ฐานข้อมูล พบ 17 งานวิจัยที่เข้าเกณฑ์การศึกษา และใช้ The Joanna Briggs Institute-Meta Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument เป็นเครื่องมือในการควบคุมคุณภาพการศึกษางานวิจัย พบว่าการฟังดนตรีในทุกช่วงเวลาสามารถลดอาการซึมเศร้าลงได้ ระยะเวลาดำเนินการของการฟังดนตรีนั้นไม่ควรต่ำกว่า 3 สัปดาห์จึงจะเห็นผลได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังพบว่าทุกประเภทของดนตรีนั้นมีผลต่อผู้ฟังแทบทั้งสิ้นโดยขึ้นอยู่กับรสนิยมของผู้ฟังเป็นหลัก ดังนั้นสิ่งที่ต้องทำคือการให้ผู้เข้ารับการวิจัยสามารถเลือกประเภทของดนตรีในการฟังด้วยตัวเอง

Chan, Wong, Onishi & Thayala (2012) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุจำนวน 50 คนที่พักอาศัยอยู่ในบ้าน ประเทศสิงคโปร์ กลุ่มตัวอย่างฟังดนตรีที่ผู้วิจัยให้เลือกตามความชอบ 4 ประเภทคือ เพลงจีน มาเลย์ อินเดีย และเพลงภาษาอังกฤษ ที่มีจังหวะเนิบช้า ลักษณะเป็นเพลงที่มี 60-80 จังหวะ/นาที และไม่มีจังหวะเน้น จังหวะกลองหนักๆ หรือจังหวะเสียงที่เบาเกินไป ระยะเวลาในการฟังดนตรีแต่ละครั้งคือ 30 นาที มีความถี่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลาดำเนินการคือ 8 สัปดาห์ ประเมินภาวะซึมเศร้าสัปดาห์ละครั้งหลังได้รับดนตรีบำบัด พบว่าระดับภาวะซึมเศร้า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในสัปดาห์ที่ 4, 6, 7 และ 8 ไม่มีความแตกต่างกันของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในกลุ่มทดลอง จึงสนับสนุนในเรื่องของผลของการใช้ดนตรีมาช่วยในการบำบัดรักษาอาการภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดคือ กลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย การสุ่มตัวอย่างไม่หลากหลาย ความห่างของการจัดกระทำคือ 1 สัปดาห์ ทำให้มีปัจจัยแทรกซ้อนค่อนข้างมาก

3. งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้า

สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ (2554) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มอาการ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน พบว่า ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เฉียบพลันมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 16.12 คะแนน โดยแบบแผนการดำเนินชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Simpson et al. (2006) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับอาการแสดงทางจิตอันได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ในผู้ป่วยพาร์กินสันพบว่า ความพึงพอใจต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ผลกระทบในทางบวกจะขึ้นอยู่กับคุณภาพของการสนับสนุนทางสังคม เช่น ความสนิทสนมของคนในครอบครัว จำนวนเพื่อนสนิท ระดับความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง วิธีการบำบัดที่แนะนำคือการบำบัดเพื่อช่วยเหลือในการเยียวยาจิตใจและทำให้รู้สึกสุขสงบ

Wareham, Fowler & Pike (2007) ศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านและเพศ กับความรุนแรงและระยะเวลาที่มีภาวะซึมเศร้า โดยศึกษาในประชากรผู้ใหญ่ทั่วไปจำนวน 6,316 คน พบว่าการมีปฏิสัมพันธ์ทางบวกกับสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยที่การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารมีสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เพศที่ต่างกันมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านต่อความรุนแรงและระยะเวลาที่มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

Cheng et al. (2008) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 121 คน พบว่าความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น การดำเนินโรคในระยะหลัง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและการวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ดนตรีบำบัด และการสนับสนุนทางสังคม จึงได้แนวทางในการนำมาจัดทำโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ตามแนวคิดทฤษฎี ดนตรี อารมณ์ และการเคลื่อนไหว ของ Murrock and Higgins (2009) และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) โดยกำหนดให้มีการจัดกิจกรรมทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคลที่ครอบคลุมถึงการให้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ระดับ ตามการแบ่งของ Gottlieb (1985) และการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดของ House (1981) รวมถึงการนำผลการวิจัยและการวิเคราะห์อภิมานจัดโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ของ Hayashi et al (2006) ; Maratos et al (2008) ; Gold et al (2009) ; Chan et al (2010, 2011, 2012) มาปรับปรุงให้เกิดความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด ออกมาเป็นกิจกรรม 3 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมกลุ่มรอบรู้ผู้พาร์กินสัน เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่าจากผู้วิจัยที่มีความรู้ความสามารถซึ่งเป็นตัวแทนการสนับสนุนทางสังคมระดับใหญ่หรือระดับองค์กร การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ จากกลุ่มของผู้ป่วยที่เผชิญกับโรคและปัญหาแบบเดียวกันซึ่งถือว่าเป็นตัวแทนการสนับสนุนทางสังคมในระดับกลางหรือระดับกลุ่ม

บุคคล และสุดท้ายคือการสนับสนุนด้านทรัพยากร ด้านอารมณ์จากผู้ดูแลซึ่งเป็นตัวแทนการสนับสนุนทางสังคมระดับเล็กหรือระดับบุคคล ที่ได้รับการสอนแนะ ให้ความรู้และการประเมินจากผู้วิจัย โดยที่กิจกรรมนี้มีการประเมินและกำกับการทดลองอย่างต่อเนื่องจากการติดตามเยี่ยมบ้าน และการสอบถามทางโทรศัพท์เป็นระยะๆ

กิจกรรมกลุ่มคิตะสัมพันธ์ เป็นการดึงเอาแนวคิดของการใช้ดนตรีเพื่อเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของ Kim et al (2009) และ Nayak et al (2000) มาใช้เพื่อละลายพฤติกรรมระหว่างผู้วิจัย ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล ทำให้ง่ายต่อการพูดคุย ให้ความรู้ ชี้แนะ หรือการกระทำใดๆ ที่ผู้วิจัยวางแผนเอาไว้ให้เกิดขึ้นในโปรแกรมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างครบถ้วนสมบูรณ์

กิจกรรมคิตะเจริญใจ เป็นการนำแนวทางการจัดโปรแกรมดนตรีเพื่อการบำบัดของงานวิจัยที่ได้ทบทวนวรรณกรรมมาปรับปรุงและแก้ไขให้เกิดประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น โดยกำหนดระยะเวลาในการฟังดนตรีแต่ละครั้งอยู่ที่ 20 นาที แต่เพิ่มความถี่ของการฟังแทนคืออย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และฟังติดต่อกันเป็นเวลา 1 เดือน ทั้งนี้ได้ป้องกันความเบื่อหน่ายด้วยการเปลี่ยนรายการเพลงให้ในทุกสัปดาห์ ขณะที่ผู้วิจัยออกไปเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละครั้ง แล้วใช้วิธีการกำกับการทดลองด้วยโปรแกรม iTunes ซึ่งเป็นโปรแกรมที่สามารถเซกรอบการฟังเพลงได้ ร่วมกับการให้ผู้สูงอายุบันทึกความถี่ของการฟังเพลงในแต่ละวันลงในแบบตรวจสอบรายการการฟังดนตรีบำบัด

จากข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยจึงสามารถออกแบบโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดทฤษฎีดนตรี อารมณ์ และการเคลื่อนไหว ของ Murrock and Higgins (2009) ร่วมกับ แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินความชอบด้านดนตรี แนวเพลงที่ฟัง และประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item ของ Radloff (1977) ฉบับภาษาไทยของ ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ก่อนดำเนินกิจกรรม (30 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินกิจกรรม (สัปดาห์ที่ 1-4) โดย

สัปดาห์ที่ 1 : จัดกิจกรรมกลุ่มที่ให้ผู้ป่วยนอกในห้องที่เป็นสัดส่วนในวันแรกที่เริ่มโปรแกรม ประกอบไปด้วย 3 กิจกรรมโดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มในการจัดกิจกรรม ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง 10 นาทีคือ

1) กิจกรรมกลุ่มรอบรู้สุขภาพโรคมะเร็ง (40 นาที) ซึ่งเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง และความรู้เรื่องการดูแล แก่ผู้สูงอายุโรคมะเร็ง/ครอบครัว/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแล มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง การดูแลตนเอง โดยมีผู้วิจัยคอยเสริมความรู้หรือคำแนะนำที่ถูกต้องตามหลักการพยาบาล ส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วม แสดงความคิดเห็น การให้กำลังใจกันในการต่อสู้กับโรคและการดำเนินชีวิต ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว แยกแยก

2) กิจกรรมกลุ่มศิลปะสัมพันธ์ (20 นาที) เป็นกิจกรรมบันเทิงแบบกลุ่มโดยการใช้ดนตรี ได้แก่ การร้องเพลงคาราโอเกะ การเต้นลีลาศในจังหวะง่ายๆ เพื่อเป็นสื่อกลางในการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุโรคมะเร็ง/ครอบครัว/ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่ม มีประโยชน์ในการผ่อนคลายอารมณ์ ทำให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน ช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหว

3) กิจกรรมศิลปะเจริญใจ (10 นาที) เป็นการให้ความรู้และสาธิตการใช้ดนตรีเพื่อบำบัดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถนำดนตรีไปใช้เพื่อบำบัดภาวะซึมเศร้าที่บ้านได้ โดยใช้บทเพลงที่ผู้วิจัยได้คัดสรรเอาไว้แล้วว่าเหมาะในการนำมาใช้เพื่อบำบัดภาวะซึมเศร้านำมาให้ผู้สูงอายุเป็นผู้เลือกด้วยตนเองตามความชอบ และให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลร่วมกันจัดกิจกรรมนี้ทุกวันวันละครั้งนาน 20 นาที ต่อวัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ขณะทำกิจกรรมผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล สามารถส่งเสียงร้องไปตามบทเพลง หรือเคลื่อนไหวไปตามจังหวะเพลงได้ตามสะดวก และผู้วิจัยจะติดตามทางโทรศัพท์ 1 ครั้งเพื่อประเมินผลความก้าวหน้าของกิจกรรมศิลปะเจริญใจ

สัปดาห์ที่ 2-3 : ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านช่วงต้นสัปดาห์ 1 ครั้ง/สัปดาห์ และสอบถามทางโทรศัพท์ ช่วงกลางสัปดาห์ 1 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลสอบถามถึงปัญหา ข้อสงสัย เกี่ยวกับโรค การดูแล และการปฏิบัติตัว รวมถึงอธิบายหรือให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์เพิ่มเติม ให้ข้อมูลย้อนกลับในการประเมินตนเองแก่ผู้สูงอายุ กระตุ้นให้ครอบครัวและผู้ดูแลคอยให้กำลังใจ เอาใจใส่ ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการกำกับให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินการกิจกรรมศิลปะเจริญใจได้ตามโปรแกรม

สัปดาห์ที่ 4 : ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมิน ติดตามกำกับให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลและครอบครัว และการดำเนินกิจกรรมศิลปะเจริญใจอย่างต่อเนื่อง จำนวน 1 ครั้งในช่วงต้นสัปดาห์ โทรศัพท์เพื่อนัดหมายผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวอีก 1 ครั้งในช่วงกลางสัปดาห์ เพื่อมาพบบริเวณห้องที่จัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลในวันพบแพทย์ตามปกติ โดยนัดให้มาก่อนเวลา 1 ชั่วโมงเพื่อดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 2 กิจกรรมคือ กิจกรรมศิลปะสัมพันธ์ ครั้งที่ 2 (40 นาที) กิจกรรมรอบรู้สุขภาพโรคมะเร็ง ครั้งที่ 2 (20 นาที) ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับตลอดทั้ง 4 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังดำเนินกิจกรรมครบ 4 สัปดาห์

ภาวะ
ซึม
เศร้า

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) โดยมีแบบแผนการวิจัยเป็นการศึกษาสองกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลองเพื่อนำมาเปรียบเทียบความแตกต่าง ดังนี้

กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄

- โดย
- X = โปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม
 - O₁ = ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันก่อนได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม
 - O₂ = ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันหลังได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม
 - O₃ = ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
 - O₄ = ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคพาร์กินสันเพศชายและเพศหญิง อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกมาจากผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสันทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เข้ารับบริการในคลินิกพาร์กินสัน หอผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากระดับอำนาจทดสอบที่ 80% ระดับนัยสำคัญ $\alpha = .05$ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 คน รวม 30 คน (Burns & Grove, 2005) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มละ 5 คน รวมได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน มีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ

1. มีอายุ ≥ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสัน และมีระยะการดำเนินของโรคพาร์กินสันตามเกณฑ์ Modified Hoehn and Yahr scale (Goetz, 2004) ระยะที่ 1-3 เนื่องจากเป็นระยะที่มีอาการของโรคไม่รุนแรง สามารถเคลื่อนไหวร่างกายเองได้โดยปราศจากการช่วยเหลือ เพื่อไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดทั้งโปรแกรม

3. มีคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item ของ Radloff (1977) ฉบับภาษาไทย (ธวัชชัย วรพงศธร et al., 2533) มีจุดตัดคะแนนคือ ≥ 19 คะแนน (วิไล คุปต์นิริติศัยกุล & พนม เกตุมาน, 2540)

4. มีผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 คน
5. ผู้สูงอายุไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยินและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ทั้งพูดและเขียน
6. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การพิจารณาคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย ดังนี้

1. เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขณะเข้าร่วมการวิจัย เช่น มีอาการทางจิตที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน เช่น หลงผิดประสาทหลอน ก้าวร้าว ทำร้ายตนเองและผู้อื่น หรืออาการทางกาย เช่น ภาวะช็อค การติดเชื้อในระบบต่างๆ รุนแรง ได้รับอุบัติเหตุที่เป็นอันตรายต่อชีวิต
2. รับประทานยาต้านภาวะซึมเศร้า (antidepressant) เช่น amitriptyline, nortriptyline, imipramine, fluoxetine, fluvoxamine, sertraline, paroxetine escitalopam, velafaxine, mirtazepam ขณะเข้าร่วมการวิจัย
3. ปฏิบัติกิจกรรมศิลปะเชิงจิต < 4 ครั้งต่อ 1 สัปดาห์ เนื่องจากพบว่าการจัดกิจกรรมดนตรีบำบัดจะให้ผลดีเมื่อมีความถี่ 4 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป (Gold et al., 2009)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวางแผนดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านการอนุมัติจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ให้คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร พิจารณานุมัติให้สามารถดำเนินการวิจัยในสถาบันประสาทวิทยาได้ ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างเริ่มจากการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการให้การรักษา การบริการ หรือการบำบัดรักษาที่ต้องได้รับแต่อย่างใด ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นในการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ป่วยรายอื่นต่อไปในอนาคต และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยขณะทำการเก็บข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนอื่น เช่น ภาวะช็อค ติดเชื้อในระบบต่าง ๆ อย่างรุนแรง หรือมีความเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันที่วงที่ กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนการวิจัยจะเสร็จสิ้นลงโดยไม่มีผลกระทบใดต่อการรักษาพยาบาลทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยาเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ภายหลังจากได้รับอนุญาต ผู้วิจัยขอค้นรายชื่อผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มารับการรักษาในคลินิกพาร์กินสัน หอผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยาและมีนัดพบแพทย์ในเดือนเมษายน-เดือนพฤษภาคม คัดลอกรายชื่อทั้งหมด พิจารณาหาผู้สูงอายุตามเกณฑ์ที่ระบุไว้เบื้องต้นได้แก่ เพศชายและเพศหญิงอายุ ≥ 60 ปี บริบูรณ์ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสัน การได้รับยาต้านภาวะซึมเศร้า จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ดังนี้

1. การจับฉลากแบบไม่แทนที่ (sampling without replacement) จากรายชื่อผู้สูงอายุทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์ในทะเบียนการนัดพบแพทย์ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นจำนวน 120 คน หรือคิดเป็น 3 เท่าจากกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ เพราะยังไม่สามารถประเมินภาวะซึมเศร้า ระยะการดำเนินโรค ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ และความชอบด้านดนตรี ได้จากแฟ้มประวัติ

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในวันนัดด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยนำกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นจำนวน 120 คนที่ได้จากการสุ่มครั้งแรก มาประเมินตามเกณฑ์การคัดเลือกที่เหลือคือ คะแนนภาวะซึมเศร้า ระยะการดำเนินโรค ผู้ดูแลหลัก ความชอบด้านดนตรี จนได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยจำนวน 40 คน

3. จัดสรรกลุ่มตัวอย่างที่ได้เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการสุ่ม ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (sampling without replacement) จนได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเป็นการเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรค เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ผู้ดูแลหลัก ความสัมพันธ์ ประเมินความชอบด้านดนตรี แนวเพลงที่ชอบ ระยะการดำเนินโรคโดยคิดการแบ่งตามเกณฑ์ Modified Hoehn and Yahr scale ของ Goetz et al. (2004) และการได้รับยาต้านภาวะซึมเศร้า

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item ของ Radloff (1977) ฉบับภาษาไทย แปลโดย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ประกอบไปด้วยคำถาม 20 ข้อทั้งเชิงบวกและเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามเชิงลบอันได้แก่ข้อที่ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19 และ 20. ให้คะแนนดังนี้

ไม่เลย (< 1 วันต่อสัปดาห์)	0	คะแนน
นาน ๆ ครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์)	1	คะแนน
ค่อนข้างบ่อย (3-4 วันต่อสัปดาห์)	2	คะแนน
บ่อยครั้ง (5-7 วันต่อสัปดาห์)	3	คะแนน

ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ข้อที่ 4, 8, 12 และ 16. ให้คะแนนกลับกันดังนี้

ไม่เลย (< 1 วันต่อสัปดาห์)	3	คะแนน
----------------------------	---	-------

นาน ๆ ครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์)	2	คะแนน
ค่อนข้างบ่อย (3-4 วันต่อสัปดาห์)	1	คะแนน
บ่อยครั้ง (5-7 วันต่อสัปดาห์)	0	คะแนน

ดังนั้นค่าคะแนนรวมหลังจากตอบแบบสอบถามครบทุกข้อจะมีค่าตั้งแต่ 0-60 คะแนน ซึ่งจากการศึกษาของ วิลเลียม คอปต์นิตติคียกุล และพนม เกตุมาน (2540) พบจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมสำหรับคนไทยคือ มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน และแปลผลเช่นเดียวกับต้นฉบับ คือ มากกว่าหรือเท่ากับจุดตัดคะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้า และน้อยกว่าจุดตัดคะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คือ โปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Murrock and Higgins (2009) และ House (1981) มีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมและการดำเนินการ ดังนี้

2.1 ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัย ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โรคพาร์กินสัน ภาวะซึมเศร้า ดนตรีบำบัด และการสนับสนุนทางสังคม

2.2 นำเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดมาสรุปประเด็นที่สำคัญ แล้วจึงนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสร้างโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม

2.3 เตรียมความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมได้แก่ การจัดทำคู่มือหลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ของโปรแกรม ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลาการดำเนินการ และการประเมินผลหลังจบโปรแกรม

2.4 สร้างสื่อที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรกดังต่อไปนี้

2.4.1 แผนภาพ เรื่อง รอบรู้สู้พาร์กินสัน แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือส่วนแรกมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคพาร์กินสันสำหรับประชาชน เช่น อาการ อาการแสดง การรักษา ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ส่วนหลังมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีภาวะซึมเศร้าที่บ้าน เช่น อาหารและการรับประทานยา การออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดที่บ้าน การจัดสิ่งแวดล้อมและลักษณะที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม วิธีการพูดคุยให้กำลังใจ เป็นต้น

2.4.2 แผ่นพับเรื่องรอบรู้สู้พาร์กินสัน โดยมีหัวข้อและเนื้อหาสอดคล้องกับพาวเวอร์พอยท์

2.4.3 แผ่นซีดีคาราโอเกะ เพลงลูกทุ่ง เพลงลูกกรุง และเพลงสุนทราภรณ์ ที่มีจังหวะกลางๆ หรือเร็วเล็กน้อย มีเนื้อหาของเพลงที่สนุกสนาน ให้อารมณ์ไปในทางบวก สดใส ร่าเริง ไม่เศร้าหมอง

2.4.4 ไฟล์เพลง MP3 ที่เหมาะสมต่อการบำบัดในกิจกรรมคีตะเจริญใจซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกไว้ตามทฤษฎีคือ จังหวะสม่ำเสมอ ความหนักเบาปานกลาง ระยะเวลาของจังหวะปานกลางถึงเร็ว

มีเทมโป 80-160 ครั้ง/นาที ระดับเสียงปานกลางถึงสูงเล็กน้อย ทำนองมีความสวยงาม มีความกลมกลืนของเสียงเพลง ใช้เครื่องดนตรีหลายชนิดในการบรรเลง (มีสีสันของดนตรี) โดยจัดแบ่งรายชื่อเพลงแยกไว้ตามประเภทเพลงที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบฟังคือ สุนทราภรณ์ ลูกทุ่งสมัยเก่า ดนตรีไทย เพลงสากลยุคปี ค.ศ. 1960-1980 และเพลงคลาสสิก

2.4.5 เครื่องเล่น MP3 ที่มีความจุ 2GB พร้อมหูฟังและล๊อคความดังของเสียงไว้ที่ 70 dB(A)

2.4.6 คู่มือประกอบโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ภายในประกอบไปด้วยเนื้อหา 2 ส่วนคือ

1) รอบรู้สู้พาร์กินสัน แบ่งเป็น ความรู้เรื่องโรคพาร์กินสันสำหรับประชาชน ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุพาร์กินสัน และความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีภาวะซึมเศร้าที่บ้าน โดยลงรายละเอียดเพิ่มเติมซึ่งสอดคล้องกับหัวข้อในพาวเวอร์พอยท์ รวมทั้งสอดแทรกบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนด้านทรัพยากรและด้านอารมณ์เข้าไปด้วย

2) คีตะเจริญใจ มีเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และประโยชน์ของดนตรีเพื่อการบำบัดภาวะซึมเศร้า วิธีการจัดกิจกรรมคีตะเจริญใจ และแบบตรวจสอบรายการกิจกรรมคีตะเจริญใจ

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

3.1 แบบตรวจสอบรายการ (checklist) กิจกรรมคีตะเจริญใจ เพื่อบันทึกชุดเพลง วันเวลาที่ผู้สูงอายุรับฟังดนตรีในแต่ละครั้ง โดยผู้สูงอายุต้องได้รับกิจกรรมคีตะเจริญใจไม่ต่ำกว่า 4 ครั้ง/สัปดาห์

3.2 โปรแกรม iTunes เพื่อใช้ในการตรวจสอบจำนวนรอบของการฟังเพลงจากเครื่อง MP3 โดยเปรียบเทียบความตรงกันของข้อมูลกับแบบตรวจสอบรายการกิจกรรมคีตะเจริญใจ

3.3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) จำนวน 20 ข้อ โดยแยกเป็น 4 ด้านและมีข้อย่อยรายด้านละ 5 ข้อ 2 คำตอบ ได้รับ/ไม่ได้รับ) มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ได้รับ = 1 และไม่ได้รับ = 0 เกณฑ์การประเมินผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

0-11	คะแนน	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ
12-15	คะแนน	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
16-20	คะแนน	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

โดยผู้สูงอายุต้องมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงหลังเข้าโปรแกรมครบ 4 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างและพัฒนาขึ้นทั้งหมด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง เสนออาจารย์ที่ปรึกษา

วิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหาและข้อคำถาม จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดพร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจำนวน 5 คนดังนี้

อาจารย์แพทย์เฉพาะทางผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมประสาท	จำนวน 1 คน
อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ	จำนวน 2 คน
อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านดนตรีบำบัด	จำนวน 1 คน
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านผู้สูงอายุ	จำนวน 1 คน

1.2 ใช้เกณฑ์การตัดสินความตรงของเนื้อหาตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวนจากค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index : CVI) ตามสูตรการคำนวณ (Polit, Beck, & Owen, 2007) ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญ 5 คนเห็นว่าค่อนข้างสอดคล้องหรือสอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

โดยมีการแบ่งระดับความสอดคล้องเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับ 1 ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามศัพท์

ระดับ 2 ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์น้อย ต้องทบทวนและปรับปรุงข้อคำถาม

ระดับ 3 ข้อคำถามค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ อาจต้องทบทวนและปรับปรุงข้อคำถามเล็กน้อย

ระดับ 4 สอดคล้องกับคำนิยามศัพท์มาก

ทั้งนี้การตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1.2.1 ความตรงตามเนื้อหาแต่ละข้อคำถาม (Item-Content validity index : I-CVI) เป็นการคิดคะแนนเป็นรายข้อ มีเกณฑ์ของค่าดัชนีที่ยอมรับได้ คือ $\leq .8$

1.2.2 ความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งฉบับ (Scale-Content validity index : S-CVI) เป็นการคิดคะแนนโดยรวมทั้งฉบับ (L. L. Davis, 1992) แบ่งการคำนวณดังนี้

1) ค่าดัชนีความตรงของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยรวม (Scale-Content validity index/Universal agreement : S-CVI/UA) คำนวนจากข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดให้ค่าคะแนนความสอดคล้องระดับ 3 หรือ 4 ทหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด มีเกณฑ์ของค่าดัชนีที่ยอมรับได้คือ $\leq .8$

2) ค่าดัชนีความตรงของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยเฉลี่ย (Scale-Content validity index/Average agreement : S-CVI/Ave) คำนวนจากค่าเฉลี่ยของ I-CVI ทั้งแบบสอบถาม มีเกณฑ์ของค่าดัชนีที่ยอมรับได้ คือ $\leq .8$

1.3 ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

1.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้ค่าจากการคำนวณตามสูตรของ Polit, Beck & Owen (2007) ดังนี้ ค่า S-CVI/UA = 1 และค่า S-CVI/Ave = .99 โดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์เพื่อให้แบบสอบถามมีครอบคลุมและถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น คือ ตัดข้อมูลที่สามารถระบุถึงตัวบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัยออก เพิ่มรายละเอียดความพอเพียงไม่พอเพียง/ของรายได้

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item ได้ค่าจากการคำนวณตามสูตรของ Polit, Beck & Owen (2007) ดังนี้ ค่า S-CVI/UA = .95 และค่า S-CVI/Ave = .98 โดยแบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่เป็นที่ยอมรับและใช้กันแพร่หลายมานาน ซึ่งเกณฑ์ของความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้ คือ $\leq .8$ ดังนั้นจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item ของ Radloff (1977) ฉบับภาษาไทยของ ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) จึงเหมาะสมพอที่จะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

1.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1) แผนการสอนโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าจากการคำนวณตามสูตรของ Polit, Beck & Owen (2007) ดังนี้ ค่า S-CVI/UA = 1 และค่า S-CVI/Ave = .98 จากเกณฑ์การประเมินของ Davis (1992) ถือได้ว่าแผนการสอนฉบับนี้ผ่านเกณฑ์การประเมินความตรงตามเนื้อหา อย่างไรก็ตามผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้คำแนะนำเพื่อเติมที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุงแผนการสอนคือ ปรับภาษาในแผนการสอนให้เข้าใจง่ายมากยิ่งขึ้น เพิ่มผู้ช่วยวิจัยเข้ามาในกิจกรรมของแผนการสอนโดยเฉพาะกิจกรรมศิลปะสัมพันธ์ เนื่องจากเป็นกิจกรรมกลุ่มใหญ่ โดยให้การช่วยเหลือในลักษณะของคำแนะนำ หรือช่วยในการเคลื่อนไหวตามจังหวะดนตรี เนื่องจากผู้สูงอายุมีอายุ การศึกษา และพื้นฐานทางสังคมต่างกัน

2) แผนภาพ แผ่นพับ และคู่มือประกอบโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าจากการคำนวณตามสูตรของ Polit, Beck & Owen (2007) ดังนี้ ค่า S-CVI/UA = .82 และค่า S-CVI/Ave = .97 จากเกณฑ์การประเมินของ Davis (1992) ถือได้ว่าแผนการสอนฉบับนี้ผ่านเกณฑ์การประเมินความตรงตามเนื้อหา อย่างไรก็ตามผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้คำแนะนำเพื่อเติมที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุงแผนภาพ แผ่นพับ และคู่มือคือ ปรับภาษาให้เข้าใจง่ายมากยิ่งขึ้นและสัมพันธ์สอดคล้องกับแก้ไขในแผนการสอน ปรับชื่อยาเป็นคำอ่านภาษาไทย ควรใส่ชื่อยาเป็นโดยใช้ภาษาอังกฤษวงเล็บกำกับไว้ด้านหลังหรือไม่ก็ได้) ไม่) ภาษาอังกฤษอย่างเดียว ปรับภาพที่สื่อสารให้เหมาะสมกับเนื้อหา

หลังจากแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองทั้งหมดตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ปรึกษาอีกครั้งเพื่อให้เกิดความเหมาะสมสูงสุดต่อการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยจึงทำการศึกษานำร่องโดยการนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองไปกับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งมีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน โดยคัดเลือกจากผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มารักษาคลินิกปกติไม่ใช่คลินิกพาร์กินสันในสถาบันประสาทวิทยา เพื่อป้องกันการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานำร่องกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จากนั้นนำผลการศึกษานำร่องมาปรับปรุงเพื่อให้สามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1.3.3 เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบตรวจสอบรายการคีตะเจริญใจ และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าจากการคำนวณตามสูตรของ Polit, Beck & Owen (2007) ดังนี้ ค่า S-CVI/UA = 1 และค่า S-CVI/Ave = .99 จากเกณฑ์การประเมินของ Davis (1992) ถือว่าเครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลองนั้นผ่านเกณฑ์ทั้งหมด อย่างไรก็ตามมีการปรับปรุงเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นคือ ตัดตัวอย่างการแสดงความรักออก ในคำถามข้อที่ 4 ของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากการแสดงความรักของแต่ละครอบครัวไม่เหมือนกัน การยกตัวอย่างเฉพาะเจาะจงอาจทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามไขว้เขวได้ และกำหนดเกณฑ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคมใหม่เป็นผู้สูงอายุต้องมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงหลังเข้าโปรแกรมครบ 4 สัปดาห์

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item โดยการนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยจำนวน 30 คน (try out) จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงภายในด้วยวิธีการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha) ซึ่งมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้ (DeVellis, 2011)

ค่าแอลฟา	.65-.70	ยอมรับได้ในระดับต่ำ
ค่าแอลฟา	.70-.80	ยอมรับได้
ค่าแอลฟา	.80-.90	ยอมรับได้ในระดับดีมาก
ค่าแอลฟา	>.90	ข้อคำถามอาจมีความซ้ำซ้อนกันต้องพิจารณาตัดออก

โดยจากผลการตรวจสอบค่าความเที่ยงภายในด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชพบว่ามีค่า .89 ซึ่งถือว่าใกล้เคียงกับค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item ของ Radloff (1977) ฉบับภาษาไทยที่ รัชชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) และวิไล คุปต์นิริติศัยกุล และพนม เกตุมาน (2540) ได้ทำการศึกษาเอาไว้คือ .86 และ .91 ตามลำดับ

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองด้วยตนเองโดยมีผู้ช่วยวิจัย 2 คนเป็นผู้คอยอำนวยความสะดวกให้ขณะทำกิจกรรมการทดลอง แบ่งการดำเนินการทดลองเป็น 3 ขั้นตอนคือ

1. ขั้นเตรียมผู้วิจัย

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตัวเองโดยการศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ภาวะซึมเศร้า ดนตรีบำบัด และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน และขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย เพื่อปรับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ให้เหมาะสมในการนำไปใช้ที่สุด

2. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

2.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1.1 จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item ฉบับภาษาไทย

2.1.2 จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทำกิจกรรมรอบรู้สู่ผู้พิการกินสัน ได้แก่ แผนการสอนโปรแกรมดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงแผนภาพ แผ่นพับ และคู่มือประกอบโปรแกรม

2.1.3 จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในกิจกรรมศิลปะสัมพันธ์ ได้แก่ เครื่องเล่น MP3 พร้อมหูฟัง และเพลงที่เหมาะสมในการนำมาใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยมีขั้นตอนการเตรียมเพลงที่เหมาะสมดังนี้

1) นำเพลงทั้งหมดที่ค้นหาได้ตามประเภทเพลงที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบฟัง คือ สุนทราภรณ์ จำนวน 348 เพลง ลูกทุ่งสมัยเก่า จำนวน 250 เพลง ดนตรีไทย จำนวน 43 เพลง เพลงสากลยุคปี ค.ศ. 1960-1980 จำนวน 305 เพลง และเพลงคลาสสิก จำนวน 100 เพลง มาเข้าโปรแกรมคำนวณเทมโปของเพลง คือ โปรแกรม MixMiester BPM Analyzer แล้วคัดเลือกเพลงที่มีเทมโปอยู่ในช่วง 80-160 ครั้ง/นาที จนได้เพลงที่เข้าเกณฑ์เทมโปตามทฤษฎี คือ สุนทราภรณ์ จำนวน 189 เพลง ลูกทุ่งสมัยเก่า จำนวน 196 เพลง ดนตรีไทย จำนวน 38 เพลง เพลงสากลยุคปี ค.ศ. 1960-1980 จำนวน 232 เพลง และเพลงคลาสสิก จำนวน 56 เพลง

2) จากนั้นนำเพลงที่ได้มาฟังทีละเพลง เพื่อพิจารณาเพลงที่เข้าเกณฑ์ที่เหลือตามทฤษฎี คือ จังหวะสม่ำเสมอ ความหนักเบาปานกลาง ระยะเวลาของจังหวะปานกลางถึงเร็ว ทำนองมีความสวยงาม มีความกลมกลืนของเสียงเพลง ใช้เครื่องดนตรีหลายชนิดในการบรรเลง (มีสีสันของดนตรี) ระดับเสียงปานกลางถึงสูงเล็กน้อย แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านดนตรีบำบัดช่วยพิจารณาต่อจนได้เพลงที่สามารถนำมาใช้ในงานวิจัยดังนี้ สุนทราภรณ์ จำนวน 162 เพลง ลูกทุ่งสมัยเก่า จำนวน 147 เพลง ดนตรีไทย จำนวน 38 เพลง เพลงสากลยุคปี ค.ศ. 1960-1980 จำนวน 171 เพลง และเพลงคลาสสิก จำนวน 56 เพลง

3) ดำเนินการเก็บไฟล์เพลงทั้งหมดที่ตรวจสอบความเหมาะสมแล้วไว้ในคอมพิวเตอร์เพื่อเตรียมจัดเป็นรายการเพลงตามความชอบของผู้สูงอายุ

2.1.4 จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในศิลปะเจริญใจ ได้แก่ แผ่นซีดีคาราโอเกะ

2.2 ดำเนินการขอใบอนุญาตการขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมที่สถาบันประสาทวิทยา จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หลังได้รับใบอนุญาตดังกล่าวจึงส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขปพร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ให้คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา เพื่อขอเข้ารับการศึกษาพิจารณาจริยธรรมและดำเนินการวิจัยในสถาบันประสาทวิทยา

2.3 เมื่อได้รับอนุมัติในการดำเนินการวิจัยในสถาบันประสาทวิทยาในวันที่ 8 เมษายน 2557 ผู้วิจัยจึงเข้าพบรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ และหัวหน้างานผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการ

ดำเนินการทดลอง เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและการจัดเตรียมสถานที่เพื่อดำเนินการวิจัย

2.4 ศึกษาเวชระเบียนและบันทึกนัดของผู้ป่วยทั้งหมดที่มารักษาที่คลินิกพาร์กินสัน สถาบันประสาทวิทยา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อน เมื่อครบแล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลองต่อ

3. ขั้นตอนการทดลอง

3.1 กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1

1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุและผู้ดูแล ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง แสดงแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิและขอความร่วมมือในการวิจัย ลงลายลักษณ์อักษรไว้ในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหากยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ ชักประวัติ จากผู้สูงอายุและผู้ดูแล พร้อมทั้งศึกษาข้อมูลที่เป็นเพิ่มเติมจากแพทย์ผู้ป่วย แล้วบันทึกข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยลงในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และทำการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item ฉบับภาษาไทย

3) ผู้สูงอายุได้รับการพยาบาลตามปกติจากทีมสุขภาพของสถาบันประสาทวิทยา

4) ผู้วิจัยนัดพบผู้สูงอายุและผู้ดูแลอีก 4 สัปดาห์ซึ่งตรงกับวันที่แพทย์นัดตามปกติ

สัปดาห์ที่ 4

ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุอีกครั้งในวันที่มาตามนัดแพทย์เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item ฉบับภาษาไทย โดยในกรณีที่ผู้สูงอายุสนใจโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้คัดเลือกเพลงที่ต้องการฟังแยกเป็นโพลเดอรรู ละ 5-8 เพลงเพื่อนำกลับไปฟังที่บ้านผ่านอุปกรณ์เครื่องเล่น MP3 พร้อมทั้งฟังที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจัดเตรียมมาเอง รวมทั้งมอบเอกสารประกอบโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดต่างๆของโปรแกรมแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัว เช่นเดียวกับการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง

3.2 กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1

1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุและผู้ดูแล ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง แสดงแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิและขอความร่วมมือในการวิจัย ลงลายลักษณ์อักษรไว้ในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหากยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ ชักประวัติ จากผู้สูงอายุและผู้ดูแล พร้อมทั้งศึกษาข้อมูลที่เป็นเพิ่มเติมจากแพทย์ผู้ป่วย แล้วบันทึกข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยลงในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และทำการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item ฉบับภาษาไทย

3) จัดกิจกรรมกลุ่มที่โรงพยาบาลใช้เวลา 1 ชั่วโมง 10 นาทีโดยแบ่งเป็น 3 กิจกรรมย่อย คือ

กิจกรรมรอบรู้ผู้พิการกีนสัน (40 นาที) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความรู้แก่กลุ่มผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล ผ่านสื่อการสอนแผนภาพและแผ่นพับ มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน การดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีภาวะซึมเศร้าที่บ้าน เน้นการให้ความรู้ ส่งเสริมความเข้าใจของผู้สูงอายุและครอบครัวต่อโรคพาร์กินสัน การตระหนักถึงผลของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในขณะที่ป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน และบทบาทของครอบครัวในการให้การดูแล ป้องกัน และบรรเทา แก่ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นการให้การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำ ความรู้ ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ จากพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญโดยตรง เพื่อนำไปปรับใช้เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่มาจากความเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันและสามารถแก้ไขได้อย่างมีคุณภาพ ขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน ปัญหาและอุปสรรคในการให้การดูแล โดยมีผู้วิจัยคอยเสริมความรู้หรือคำแนะนำที่ถูกต้องตามหลักการพยาบาล พร้อมทั้งส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น การให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการต่อสู้กับโรค การดำเนินชีวิต สร้างเป็นเครือข่ายกลุ่มผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเพื่อสนับสนุนสมาชิกกลุ่มในด้านต่างๆต่อไป ซึ่งกิจกรรมนี้ถือว่าผู้สูงอายุจะได้รับการสนับสนุนทั้ง ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินค่า โดยตรงจากผู้วิจัยในเบื้องต้น จากนั้นจะได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ จากผู้สูงอายุรายอื่นๆ ที่เข้าร่วมกิจกรรมด้วยกัน และสุดท้ายเมื่อกลับไปบ้านก็จะได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และด้านทรัพยากรต่อจากผู้ดูแล เนื่องจากความรู้ ความเข้าใจ และการปรับมุมมองจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีและถูกต้องจากผู้ดูแลและครอบครัว โดยมีผู้วิจัยคอยให้การสนับสนุน คำแนะนำและกำกับการดูแลอีกต่อหนึ่งตลอดทั้ง 4 สัปดาห์ที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรม

กิจกรรมกลุ่มคีตะสัมพันธ์ (20 นาที) เป็นกิจกรรมบันเทิงแบบกลุ่มโดยการใช้ดนตรี ได้แก่ การร้องเพลงคาราโอเกะ การเต้นลีลาศในจังหวะง่ายๆ (ปีกิน วอลซ์ ชะชะช่า) เพื่อเป็นสื่อกลางในการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัย ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน/ครอบครัว/ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม สอนการก้าวเท้าตามจังหวะเพลง คอยทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดการผ่อนคลายอารมณ์ มีความสนุกสนานเพลิดเพลิน ช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหว เนื่องจากดนตรีที่มีจังหวะรื่นเริงจะไปกระตุ้นให้ Sympathetic Nervous System ทำงานเพิ่มขึ้น หลั่งสาร epinephrine มีผลทำให้ชีพจรเต้นเร็วขึ้น แแรงขึ้น เพิ่มความดันโลหิต กระตุ้นให้มีความรู้สึกคึกคัก อยากขยับแขนขยับขาตามจังหวะไปด้วย อีกทั้งการใช้เสียงเพลงในการกำหนดจังหวะก้าวเดิน จะทำให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีความเร็วและช่วงความยาวของการก้าวเท้าดีขึ้นเนื่องจากจังหวะของเสียงจะทำให้เกิดการปล่อยสัญญาณของกระแสประสาทการเคลื่อนไหวในจังหวะที่สอดคล้องกัน โดยในขณะที่ทำกิจกรรมผู้สูงอายุจะได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ผ่านการดูแลเอาใจใส่ การสัมผัส พูดคุย ขณะจับคู่กับผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัวในการก้าวเดินตามจังหวะเพลง นอกจากนี้ยังทำให้เกิดบรรยากาศที่เป็นกันเองมากขึ้นระหว่างแต่ละบุคคลเพราะดนตรีก่อให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันได้ง่าย เกิดความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกลายเป็นสังคมเล็กๆที่ผู้สูงอายุไม่รู้สึกลดเดี๋ยวอีกต่อไป

กิจกรรมคีตะเจริญใจ (10 นาที) โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของกิจกรรมนี้คือการกระตุ้นให้ระบบลิบิคหลังสารสื่อประสาท เช่น serotonin, dopamine, norepinephrine ซึ่งมีผลต่อการปรับอารมณ์ในทางบวก และขจัดอารมณ์ในทางลบของจิตใจออกไป

โดยอารมณ์ทางบวกจะมาจากการรับฟังดนตรีที่ชอบ การได้เลือกเพลงที่ต้องการฟังตามภูมิหลังของวัฒนธรรม ความคุ้นเคย ทั้งหมดนี้ทำให้ภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่มีอาการดีขึ้น จากนั้นผู้วิจัยสาธิตการใช้อุปกรณ์การฟัง แล้วนำเพลงที่มีความเหมาะสมต่อการนำมาบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกเพลงตามทฤษฎีการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัด แล้วแยกไว้เป็นหมวดหมู่ตามประเภทของดนตรีมาให้ผู้สูงอายุเลือกและสร้างรายการเพลงตามแนวเพลงที่ชอบฟัง โดยรายการเพลงดังกล่าวมี 4 ชุดเพลงชุดเพลงละ 5-8 เพลงซึ่งมีความยาวรวมกันในแต่ละชุดเพลง 20-25 นาทีแล้วคัดลอกลงเครื่องเล่น MP3 ที่ผู้วิจัยเตรียมไว้แล้วให้ผู้สูงอายุนำกลับไปฟังต่อที่บ้าน ให้ครอบครัว/ผู้ดูแลเป็นผู้จัดกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุโดยการเปิดฟังวันละครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมในขณะดำเนินกิจกรรม เช่น ไม่อยู่ในห้องที่ปิดทึบ ควรให้มีการถ่ายเทของอากาศได้สะดวก หลีกเลี้ยงสิ่งรบกวนสมาธิอื่น ระวังไม่ให้มีเสียงดังรบกวน โดยผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลสามารถร่วมกันแปลงเสียงร้องหรือเคลื่อนไหวไปตามจังหวะเพลงได้ แสดงถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัว การเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุ และเกิดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันผ่านเสียงดนตรี ซึ่งเป็นการให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านทรัพยากรในอีกทางหนึ่งด้วย

4) แจกคู่มือประกอบโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมดหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม แสดงให้ดูถึงรายละเอียดในคู่มือเพื่อให้สามารถไปศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเองที่บ้านได้ รวมถึงวิธีการบันทึกการทำกิจกรรมคิตะเจริยูใจเพื่อตรวจสอบความถี่ของการดำเนินกิจกรรมด้วย

5) แลกเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์กับผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อให้สามารถติดต่อสื่อสารกันได้

6) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนำกิจกรรมคิตะเจริยูใจที่ได้รับไปปฏิบัติต่อเนืองที่บ้าน ตามที่ผู้วิจัยได้ให้ความรู้และสาธิตถึงวิธีการนำดนตรีมาใช้เพื่อบำบัดภาวะซึมเศร้า และจะติดตามทางโทรศัพท์ 1 ครั้งเพื่อประเมินผลความก้าวหน้าของกิจกรรมคิตะเจริยูใจ

สัปดาห์ที่ 2-3

ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านในช่วงต้นสัปดาห์ (วันจันทร์ อังคาร พุธ) 1 ครั้ง/สัปดาห์ และสอบถามทางโทรศัพท์ในช่วงกลางสัปดาห์ (วันศุกร์ เสาร์) 1 ครั้ง/สัปดาห์ โดยการเยี่ยมบ้านทำให้ผู้วิจัยได้เห็นสภาพที่เป็นจริงของผู้สูงอายุและครอบครัว ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการนำมาวางแผนแนวทางในการให้การสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมกับแต่ละครอบครัว โดยแต่ละครั้งก็ต้องอาศัยการพูดคุย อธิบาย ให้กำลังใจ ทั้งแบบรายบุคคลระหว่างผู้วิจัยและผู้สูงอายุ หรือผู้วิจัยและผู้ดูแล และแบบรายกลุ่มภายในครอบครัว เพื่อกำกับให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านอันได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินค่าที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีรายละเอียดของการเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้งดังนี้

1) เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลสอบถามถึงปัญหา ข้อสงสัยเกี่ยวกับโรค การดูแล การปฏิบัติตัว โดยดูแลอธิบายหรือให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์เพิ่มเติม ซึ่งเป็นการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุโดยผู้วิจัย

2) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพูดคุยระบายความรู้สึก ความกังวลที่อยู่ในจิตใจ รวมถึงให้ข้อมูลย้อนกลับในการประเมินตนเองแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และด้านการประเมินค่าแก่ผู้สูงอายุโดยผู้วิจัย

3) กระตุ้นให้ครอบครัวและผู้ดูแลคอยให้กำลังใจ เอาใจใส่ ช่วยเหลือในการ ปฏิบัติกิจวัตรและกิจกรรมต่างๆ ด้วยความนุ่มนวล สุภาพ ให้ความเคารพ ซึ่งเป็นการสนับสนุนทาง สังคมด้านอารมณ์ และด้านทรัพยากร แก่ผู้สูงอายุผ่านครอบครัวและผู้ดูแล โดยมีผู้วิจัยคอยกำกับ คุณภาพของการสนับสนุนทางสังคมให้มีความเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ในการเยี่ยมบ้านทุกครั้งจะเป็นการเปลี่ยนรายการเพลงชุดใหม่ให้ ผู้สูงอายุและตรวจสอบ/บันทึกจำนวนครั้งของการฟังเพลงในกิจกรรมคีตะเจริญใจด้วย ซึ่งควรมีการ ฟังทุกวัน อย่างน้อยวันละครั้ง ครั้งละ 20 นาที หรือไม่ควรต่ำกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ทั้งนี้เมื่อ ตรวจสอบแล้วพบว่าเกิดปัญหาหรืออุปสรรคขณะทำกิจกรรมคีตะเจริญใจ หรือแนวโน้มจำนวนครั้ง ของการฟังลดลง ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไขตามสาเหตุของปัญหาและอุปสรรคนั้นๆ เพื่อการกำกับให้ ผู้สูงอายุดำเนินการกิจกรรมคีตะเจริญใจได้ตามโปรแกรมที่วางเอาไว้

สัปดาห์ที่ 4

1) ติดตามเยี่ยมบ้านในช่วงต้นสัปดาห์ (วันจันทร์ อังคาร พุธ) 1 ครั้ง เปิดโอกาสให้ ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล พูดคุยระบายความรู้สึก ความกังวลที่อยู่ในจิตใจ พร้อมทั้งสอบถามถึง ปัญหา ข้อสงสัย เกี่ยวกับโรค การดูแล การปฏิบัติตัว ดูแลอธิบายหรือให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ เพิ่มเติม ให้กำลังใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับในการประเมินตนเองแก่ผู้สูงอายุ กระตุ้นให้ครอบครัวและผู้ดูแลคอยให้กำลังใจ เอาใจใส่ ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรและกิจกรรมต่างๆ ด้วยความนุ่มนวล สุภาพ ให้ความเคารพ โดยมีผู้วิจัยคอยกำกับให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านอัน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินค่าที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังดูแลเปลี่ยนรายการเพลงชุดใหม่ให้ผู้สูงอายุและตรวจสอบ/บันทึกจำนวนครั้ง ของการฟังเพลงในกิจกรรมคีตะเจริญใจด้วย ซึ่งควรมีการฟังทุกวัน อย่างน้อยวันละครั้ง ครั้งละ 20 นาที หรือไม่ควรต่ำกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ทั้งนี้เมื่อตรวจสอบแล้วพบว่าเกิดปัญหาหรืออุปสรรคขณะ ทำกิจกรรมคีตะเจริญใจ หรือแนวโน้มจำนวนครั้งของการฟังลดลง ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไขตาม สาเหตุของปัญหาและอุปสรรคนั้นๆ เพื่อการกำกับให้ผู้สูงอายุดำเนินการกิจกรรมคีตะเจริญใจได้ตาม โปรแกรมที่วางเอาไว้

2) โทรศัพท์นัดหมายผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว 1 ครั้งก่อนวันนัด เพื่อนัดพบ บริเวณห้องที่จัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลในวันพบแพทย์ตามปกติ โดยนัดให้มาก่อนเวลา 1 ชั่วโมงเพื่อ ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 2 กิจกรรมคือ

กิจกรรมคีตะสัมพันธ์ ครั้งที่ 3 (40 นาที) ดำเนินกิจกรรมเหมือนสัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมรอบรู้สู่พาร์กินสัน ครั้งที่ 3 (20 นาที) เป็นการทบทวนความรู้ ความ เข้าใจในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน และบทบาทของครอบครัวใน การดูแล แล้วให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึกจากการเข้าร่วมจากการเข้า โปรแกรมทั้ง 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยพูดคุยยกย่องชมเชย ให้กำลังใจผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่ให้ความร่วมมือเป็น

อย่างดีตลอดโปรแกรมการวิจัย จากนั้นให้ผู้สูงอายุประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับตลอดทั้ง 4 สัปดาห์ ถือเป็น การสิ้นสุดโปรแกรมการวิจัย

3) ผู้วิจัยประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item ฉบับภาษาไทยกับผู้สูงอายุอีกครั้งหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมาจนครบ 4 สัปดาห์

4) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ร่วมการวิจัยทั้งหมดอันได้แก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถเปลี่ยนเพลงที่ต้องการฟังได้หากต้องการใช้โปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อบำบัดต่อเนื่องแต่รู้สึกเบื่อเพลงเดิมที่ฟังมาครบ 4 สัปดาห์ พร้อมทั้งมอบรายชื่อเพลงในแนวดนตรีที่ผู้สูงอายุชอบซึ่งผ่านการคัดเลือกความเหมาะสมต่อการนำไปใช้เพื่อการบำบัดจากผู้วิจัยแล้วแก่ผู้ดูแลและครอบครัว เพื่อให้สามารถเปลี่ยนเพลงในรายการเพลงให้แก่ผู้สูงอายุได้เองในอนาคต โดยกำหนดความยาวของเพลงทางหมดรวมกัน 20-25 นาทีต่อ 1 ชุดของรายการเพลง

การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการกำกับการทดลองโดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

1. การกำกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดูแลกำกับให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินค่า ด้วยการติดตาม 2 วิธีคือ

1.1 ติดตามสอบถามทางโทรศัพท์ในช่วงปลายสัปดาห์ (ศุกร์-เสาร์) สัปดาห์ละครั้ง ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 4 รวมทั้งหมด 4 ครั้ง

1.2 ติดตามเยี่ยมบ้านในช่วงต้น-กลางสัปดาห์ (จันทร์-พุธ) สัปดาห์ละครั้ง ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4 รวมทั้งหมด 3 ครั้ง

ทั้งนี้การติดตามในแต่ละครั้งผู้วิจัยจะทำการประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุจากคำบอกเล่าจากตัวผู้สูงอายุเอง ผู้ดูแล และครอบครัว รวมทั้งจากการสังเกตการณ์การแสดงออกถึงสัมพันธภาพ ลักษณะการดูแล และสภาพแวดล้อม ขณะที่ผู้วิจัยไปเยี่ยมบ้านด้วย จากนั้นจึงนำมาประมวลผลเพื่อให้การสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุแต่ละคนได้อย่างเหมาะสม แก้ปัญหาได้ตรงจุด ซึ่งบางครั้งต้องอาศัยการพูดคุยทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม ประสานความเข้าใจระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการลดภาวะซึมเศร้าด้วยการสนับสนุนทางสังคม

2. การกำกับการรับฟังดนตรีในกิจกรรมศิลปะเจริญใจ ผู้วิจัยดูแลกำกับให้ผู้สูงอายุมีการจัดกิจกรรมศิลปะเจริญใจที่บ้านด้วยการติดตาม 2 วิธีคือ

1.1 ติดตามสอบถามทางโทรศัพท์ในช่วงปลายสัปดาห์ (ศุกร์-เสาร์) สัปดาห์ละครั้ง ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 4 รวมทั้งหมด 4 ครั้ง

1.2 ติดตามเยี่ยมบ้านในช่วงต้น-กลางสัปดาห์ (จันทร์-พุธ) สัปดาห์ละครั้ง ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4 รวมทั้งหมด 3 ครั้ง

ทั้งนี้ในการติดตามทางโทรศัพท์จะเป็นการสอบถามความถี่และพูดคุยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการจัดกิจกรรมทุกวันอย่างสม่ำเสมอ ส่วนการติดตามเยี่ยมบ้านจะเป็นตรวจสอบรอบการฟังในแต่ละสัปดาห์ด้วยโปรแกรม iTunes เปรียบเทียบกับแบบตรวจสอบรายการการฟังดนตรีบำบัดที่ให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเป็นผู้กรอกข้อมูลความถี่ด้วยตนเอง พร้อมทั้งสอบถามปัญหา อุปสรรค ความ

สะดวกในการจัดกิจกรรมเมื่อพบว่าแนวโน้มในการจัดกิจกรรมมีความถี่ลดลง จากนั้นนำมาวิเคราะห์ เพื่อหาวิธีการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค เพื่อกำกับให้ผู้สูงอายุมีความถี่การจัดกิจกรรมได้ตามโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีการดำเนินการวิเคราะห์ออกเป็น ขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรค เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง
3. ทดสอบการกระจายตัวของคะแนนภาวะซึมเศร้าทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองว่ามี การกระจายตัวเป็นแบบโค้งปกติหรือไม่ด้วยการใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov one-sample test
4. วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศราระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลัง การทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ระดับ .05
5. วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร่าก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ Dependent t-test และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม และเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน

ในการวิเคราะห์ข้อมูลจะเป็นการนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมทั้งหมดมาดำเนินการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป แล้วนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีรายละเอียดต่างๆ ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนความถี่ ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้โดยประมาณ ความพอเพียง ผู้ดูแลหลักและความสัมพันธ์ แนวดนตรีที่ชอบฟัง ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน ระยะเวลาการดำเนินโรค การได้รับยาต้านภาวะซึมเศร้า

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	13	65	10	50	23	57.5
หญิง	7	35	10	50	17	42.5
อายุ ($\bar{X} = 69.78$ SD = 6.67 Max = 88 Min = 60)						
60-69 ปี	11	55	10	50	21	52.5
70-79 ปี	8	40	8	40	16	40
80 ปีขึ้นไป	1	5	2	10	3	7.5
ศาสนา						
พุทธ	17	85	16	80	33	82.5
คริสต์	2	10	3	15	5	12.5
อิสลาม	1	5	1	5	2	5
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	15	5	25	8	20
ประถมศึกษา	7	35	7	35	14	35
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	4	20	3	15	7	17.5
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	4	20	3	15	7	17.5
มากกว่าปริญญาตรี	2	10	2	10	4	10
สถานภาพสมรส						
โสด	2	10	3	15	5	12.5
คู่	11	55	11	55	22	55
หม้าย	7	35	5	25	12	30
หย่า	-	-	1	5	1	2.5

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้โดยประมาณ ($\bar{X} = 16,225$ SD = 10,261.92 Max = 50,000 Min = 1000)						
น้อยกว่า 10,000 บาทเดือน/	5	25	5	25	10	25
10,000-30,000 บาทเดือน/	15	75	13	65	18	45
มากกว่า 30,000 บาทเดือน/	-	-	2	10	2	5
ความพอเพียงของรายได้						
พอเพียง	17	85	17	85	34	85
ไม่พอเพียง	3	15	3	15	6	15
ผู้ดูแลหลัก						
มี	20	100	20	100	40	100
ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล						
คู่สมรส	6	30	5	25	11	27.5
บุตรหลาน	9	45	7	35	16	40
เพื่อน	2	10	5	25	7	17.5
ผู้ดูแลรับจ้าง	3	15	3	15	6	15
แนวดนตรีที่ชอบฟัง						
เพลงสุนทราภรณ์	17	85	16	80	33	82.5
เพลงลูกทุ่งสมัยเก่า	12	60	14	70	26	65
เพลงสากลสมัยเก่า	1	5	4	20	5	12.5
ดนตรีไทย	7	35	11	55	18	45
ระยะเวลาการเจ็บป่วย ($\bar{X} = 6.35$ SD = 3.73 Max = 15 Min = 1)						
น้อยกว่า 5 ปี	8	40	6	30	14	35
5-10 ปี	10	50	10	50	20	50
มากกว่า 10 ปี	2	10	4	20	6	15
ระยะเวลาดำเนินโรค						
1	6	30	1	5	7	17.5
1.5	4	20	5	25	9	22.5
2	4	20	5	25	9	22.5
2.5	4	20	6	30	10	25
3	2	10	3	15	5	12.5
การได้รับยาต้านภาวะซึมเศร้า						
ไม่ได้รับ	20	100	20	100	40	100

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57.5 มีอายุเฉลี่ย คือ 69.78 ปี โดยช่วงอายุ 60-69 ปีมีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.5 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 82.5 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมาคือไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 20 มีสถานภาพคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาคือหม้าย คิดเป็นร้อยละ 30 มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 16,225 บาท โดยมีรายได้ระหว่าง 10,000-30,000 บาท/เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 และส่วนใหญ่ร้อยละ 85 คิดว่ารายได้มีความพอเพียงดี กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีผู้ดูแลหลักเมื่ออยู่ที่บ้าน โดยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 27.5 ชอบฟังดนตรีแนวสุนทราภรณ์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.5 รองลงมาคือแนวลูกทุ่งสมัยเก่า คิดเป็นร้อยละ 65 มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันเฉลี่ย 6.35 ปี โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยในช่วง 5-10 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 มีระยะเวลาการดำเนินโรคระยะที่ 2.5 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25 รองลงมาคือระยะที่ 1.5 และระยะที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 22.5 เท่ากัน และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่ได้รับยาต้านภาวะซึมเศร้าขณะเข้าร่วมการวิจัย

คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

จากข้อมูลคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง สามารถนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov one-sample test, Independent t-test และ Dependent t-test โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การกระจายตัวของคะแนนภาวะซึมเศร้า

การทดสอบการกระจายตัวของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองในกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov one-sample test แสดงให้เห็นว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองมีการกระจายตัวเทียบเคียงกับโค้งปกติทั้งสองกลุ่ม จึงสามารถนำค่าคะแนนภาวะซึมเศร้ามาหาค่าเฉลี่ยแล้วเปรียบเทียบความแตกต่างได้โดยใช้สถิติ Independent t-test และ Dependent t-test ได้ต่อไป (ดูรายละเอียดในภาคผนวก จ ตารางที่ 4)

2. คะแนนภาวะซึมเศร้ารายบุคคล

เป็นการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้ารายบุคคล ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า

คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 10 คน เท่าเดิม 4 คน และลดลง 6 คน

คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันในกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลงทุกคน และพบว่ายังมีภาวะซึมเศร้าอยู่จำนวน 3 คน (ดูรายละเอียดในภาคผนวก จ ตารางที่ 5)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อทดสอบสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 1 คือ ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Dependent t-test ซึ่งมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ค่าเฉลี่ยคะแนน ภาวะซึมเศร้า	ก่อนการ ทดลอง		หลังการ ทดลอง		\bar{d}	SD	df	t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD					
	กลุ่มควบคุม (n=20)	25.45	3.76	25.95						3.69	.50	1.90	19	-1.17	.26
กลุ่มทดลอง (n=20)	25.85	4.51	15.10	3.08	-10.75	3.43	19	14.00	.00

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองเท่ากับ 25.45 คะแนน หลังการทดลองเท่ากับ 25.95 คะแนน เมื่อทดสอบด้วยวิธีทางสถิติ Dependent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับกลุ่มทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองเท่ากับ 25.85 คะแนน หลังการทดลองเท่ากับ 15.10 คะแนน เมื่อทดสอบด้วยวิธีทางสถิติ Dependent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติสามารถสรุปได้ว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อทดสอบสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 2 คือ ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมีระดับของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Independent t-test ซึ่งมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($n_1 = n_2 = 20$)

ค่าเฉลี่ยคะแนน ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	df	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ก่อนการทดลอง	25.45	3.76	25.85	4.511	-.31	38	.76
หลังการทดลอง	25.95	3.69	15.10	3.08	10.10	38	.00

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง ในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 25.45 คะแนน ในกลุ่มทดลองเท่ากับ 25.85 คะแนน เมื่อทดสอบด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 25.95 คะแนน ในกลุ่มทดลองเท่ากับ 15.10 คะแนน เมื่อทดสอบด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติสามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมีระดับของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม

2. เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ

ประชากรคือ ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคพาร์กินสันเพศชายและเพศหญิง อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคพาร์กินสันทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่เข้ารับบริการในคลินิกพาร์กินสัน หอผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากระดับอำนาจทดสอบที่ 80% ระดับนัยสำคัญ $\alpha = .05$ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 คน รวม 30 คน (Burns & Grove, 2005) และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มละ 5 คนเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง รวมได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน ซึ่งทำการคัดเลือกจากรายชื่อผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มารับการรักษาในคลินิกพาร์กินสัน หอผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา แล้วทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (sampling without replacement) ได้กลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นจำนวน 120 คน จากนั้นทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ในงานวิจัยจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 40 คน จึงจัดสรรกลุ่มตัวอย่าง (sampling allocation) ต่อไปโดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (sampling without replacement) อีกครั้ง จนได้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อการเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item ของ Radloff (1977) ฉบับภาษาไทยของ ธวัชชัย วรพงษ์ธร และคณะ (2533) ประกอบไปด้วยคำถาม 20 คำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-60 คะแนน และมีจุดตัดคะแนนคือ ≥ 19 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Murrock and Higgins (2009) และ House (1981)

ประกอบด้วยกิจกรรม 3 กิจกรรมคือ กิจกรรมรอบรู้ผู้พิการกินสัน กิจกรรมคีตะสัมพันธ์ กิจกรรมคีตะเจริญใจ โดยใช้แผนการสอน แผนภาพ แผ่นพับ และคู่มือประกอบโปรแกรมฯ ในการดำเนินกิจกรรม

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ 1) แบบตรวจสอบรายการ (checklist) กิจกรรมคีตะเจริญใจ เพื่อบันทึกชุดเพลง วัน เวลา ที่ผู้สูงอายุรับฟังดนตรีในแต่ละครั้ง 2) โปรแกรม iTunes เพื่อใช้ในการตรวจสอบจำนวนรอบของการฟังเพลงจากเครื่อง MP3 3) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) โดยผู้สูงอายุต้องมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงหลังเข้าโปรแกรมครบ 4 สัปดาห์

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมดโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ผลการตรวจสอบดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้ค่า S-CVI/UA = 1 และค่า S-CVI/Ave = .99 โดยมีการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิคือ ตัดข้อมูลที่สามารถระบุถึงตัวบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัยออก เพิ่มรายละเอียดความพอเพียง/ไม่พอเพียงของรายได้ 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item ได้ค่า S-CVI/UA = .95 และค่า S-CVI/Ave = .98

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) แผนการสอนโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่า S-CVI/UA = 1 และค่า S-CVI/Ave = .98 โดยปรับปรุงแผนการสอนตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิคือ ปรับภาษาในแผนการสอนให้เข้าใจง่ายมากยิ่งขึ้น เพิ่มผู้ช่วยวิจัยเข้ามาในกิจกรรมของแผนการสอนโดยเฉพาะกิจกรรมคีตะสัมพันธ์ 2) แผนภาพ แผ่นพับ และคู่มือประกอบโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่า S-CVI/UA = .82 และค่า S-CVI/Ave = .97 โดยปรับปรุงแผนภาพ แผ่นพับ และคู่มือ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิคือ ปรับภาษาให้เข้าใจง่ายมากยิ่งขึ้นและสัมพันธ์สอดคล้องกับแก้ไขในแผนการสอน ปรับชื่อยาเป็นคำอ่านภาษาไทย ปรับภาพที่สื่อสารให้เหมาะสมกับเนื้อหา

3 เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบตรวจสอบรายการคีตะเจริญใจ และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่า S-CVI/UA = 1 และค่า S-CVI/Ave = .99 โดยปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิคือ ตัดตัวอย่างการแสดงความรักออก ในคำถามข้อที่ 4 ของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และกำหนดเกณฑ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคมใหม่เป็นผู้สูงอายุต้องมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงหลังเข้าโปรแกรมครบ 4 สัปดาห์

ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item โดยการนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยจำนวน 30 คน (try out) จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงภายในด้วยวิธีการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช พบว่ามีค่า .89

การดำเนินการวิจัย เมื่อผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านความรู้ เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยาให้สามารถดำเนินการวิจัยในสถาบันประสาทวิทยาได้ จึงเริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนเมษายน 2557 ถึงเดือนมิถุนายน 2557 ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบถ้วน อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มควบคุม การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง แล้วให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรืออาสาสมัคร จากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item ดูแลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ

สัปดาห์ที่ 4 เก็บข้อมูลแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item อีกครั้ง

2. กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบถ้วน อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง แล้วให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรืออาสาสมัคร จากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item ดูแลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เป็นเวลา 1 ชม. 10 นาที โดยแบ่งเป็น 3 กิจกรรมคือ กิจกรรมรอบรู้สู้พาร์กินสัน (40 นาที) กิจกรรมคีตะสัมพันธ์ (20 นาที) และกิจกรรมคีตะเจริญใจ (10 นาที) แล้วให้กลุ่มตัวอย่างนำกิจกรรมคีตะเจริญใจไปดำเนินการต่อด้วยตนเองที่บ้านซึ่งกำหนดให้ใช้เวลาอย่างน้อย 20 นาทีต่อวัน ติดต่อกันนาน 4 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 2-3 ติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้งเพื่อประเมินและกำกับการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 4 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่ร.พ.ตามวันนัดพบแพทย์ แล้วดำเนินโปรแกรมฯ ต่อเนื่อง นาน 1 ชม. โดยแบ่งเป็น 2 กิจกรรมคือ กิจกรรมคีตะสัมพันธ์ (40 นาที) และกิจกรรมรอบรู้สู้พาร์กินสัน (20 นาที) หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมทั้งหมดจึงดำเนินการเก็บข้อมูลแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item อีกครั้ง

นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS แบ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลใช้ตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละ คะแนนภาวะซึมเศร้าใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov one-sample test , Independent t-test และ Dependent t-test

ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคือ

1. คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีคะแนนน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีคะแนนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวสามารถนำมาสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 [$t(19) = 14.00, p < .05$] แสดงให้เห็นว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ของงานวิจัย

2. ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมีระดับของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 [$t(38) = 10.10, p < .05$] แสดงให้เห็นว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ของงานวิจัย

ดังนั้นจากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันลดลงได้จริง

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน สามารถนำมาอภิปรายได้ดังนี้

การที่ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันลดลงหลังได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม และระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่ได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ สามารถอธิบายได้ว่า การประยุกต์แนวคิดของดนตรีบำบัดและการให้การสนับสนุนทางสังคมมาจัดเป็นโปรแกรมทางการแพทย์ เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Frisina et al. (2008) ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดในหัวข้อภาวะสุขภาพ ปัจจัยสัมพันธ์ สมุฏฐานวิทยา และการรักษา ของภาวะซึมเศร้าในโรคพาร์กินสัน พบว่าปัจจัยทางสารสื่อประสาท เช่น serotonin, dopamine และปัจจัยทางจิตสังคม เช่น การรับมือกับปัญหา ความภูมิใจในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ต่างก็มีน้ำหนักต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในโรคพาร์กินสันเท่าๆ กัน ดังนั้นการรักษาควรเป็นการรักษาแบบบูรณาการ คือ การให้การรักษหลายวิธีร่วมกัน โดยโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ก็เป็นโปรแกรมการรักษาแบบบูรณาการซึ่งประยุกต์มาจาก 2 แนวคิดที่สามารถแก้ไขตามปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ได้แก่ แนวคิดทฤษฎีดนตรี อารมณ์ และการเคลื่อนไหว ของ Murrock and Higgins (2009) เพื่อแก้ไขในปัจจัยทางสารสื่อประสาท และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เพื่อแก้ไขในปัจจัยทางจิตสังคม ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละแนวคิดที่นำมาใช้ดังนี้

แนวคิดทฤษฎีดนตรี อารมณ์ และการเคลื่อนไหว ของ Murrock and Higgins (2009) เป็นการนำดนตรีมาใช้บำบัดเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งงานวิจัยชิ้นนี้เป็นการใช้องค์ประกอบของดนตรีที่มีความเหมาะสม ได้แก่ จังหวะสม่ำเสมอ ความหนักเบาปานกลาง ระยะเวลาของจังหวะปานกลางถึงเร็ว มี เทมโป 80-160 ครั้ง/นาที ระดับเสียงปานกลางถึงสูงเล็กน้อย ทำนองมีความสวยงาม มีความกลมกลืนของเสียงเพลง ใช้เครื่องดนตรีหลายชนิดในการบรรเลง (มีสีสันของดนตรี) และที่สำคัญคือความชอบต่อบทเพลง มาช่วยกระตุ้นสมองในส่วนของระบบลิมบิกเพื่อเป็นการเพิ่มระดับสารสื่อประสาท อาทิเช่น serotonin, dopamine, norepinephrine เพราะสารสื่อประสาทเหล่านี้เกี่ยวพันโดยตรงกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Yamamoto, 2001) ซึ่งการเพิ่มจำนวนของสารสื่อประสาทเหล่านี้ก็ทำให้อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพาร์กินสันดีขึ้นได้ในที่สุด

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) เป็นการใช้การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ทรัพยากร ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินค่า โดยอาศัยแหล่งสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสถาบัน ระดับกลุ่มผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และที่สำคัญคือระดับบุคคลที่มีความใกล้ชิดผูกพัน เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือผู้ดูแล ซึ่งการให้การสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้านที่เหมาะสมตามแหล่งของการสนับสนุนมีผลต่อสภาวะของผู้รับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถช่วยลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและระยะเวลาที่มีอาการของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันได้ (Cheng, 2008)

ด้วยเหตุนี้โปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีกิจกรรมในโปรแกรมอันประกอบไปด้วย กิจกรรมรอบรู้ผู้พาร์กินสัน กิจกรรมคีตะสัมพันธ์ และกิจกรรมคีตะเจริญใจ จึงสามารถช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Hayashi et al (2006) ที่ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อการเดินและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีปัญหาเรื่องการเดินจำนวน 25 คน โดยลักษณะกิจกรรมเป็นการบำบัดรายบุคคลที่บ้าน กำหนดให้ฟังดนตรีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกตามความชอบอย่างน้อย 1 ชั่วโมงต่อวันนาน 3-4 สัปดาห์และไม่ได้รับการฝึกเดินในช่วงที่เข้าร่วมวิจัย ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยมีภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ผลการวิจัยยังเป็นไปในทางเดียวกันกับการนำแนวคิดทฤษฎีดนตรี อารมณ์ และการเคลื่อนไหว ของ Murrock and Higgins (2009) มาใช้เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของ Chan et al (2012) ที่ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในบ้านประเทศสิงคโปร์ ดำเนินการทดลองโดยให้กลุ่มตัวอย่างฟังดนตรีที่ผู้วิจัยให้เลือกตามความชอบ 4 ประเภทคือ เพลงจีน มาเลย์ อินเดีย และเพลงภาษาอังกฤษ ที่มีจังหวะเนิบช้า ลักษณะเป็นเพลงที่มี 60-80 จังหวะ/นาที และไม่มีจังหวะเน้น จังหวะกลองหนักๆ หรือจังหวะเสียงที่เบาเกินไป ระยะเวลาในการฟังดนตรีแต่ละครั้งคือ 30 นาที มีความถี่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลาดำเนินการคือ 8 สัปดาห์ ประเมินภาวะซึมเศร้าสัปดาห์ละครั้งหลังได้รับดนตรีบำบัด พบว่าระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิจัยนี้จึงสนับสนุนในเรื่องของผลของการใช้ดนตรีมาช่วยในการบำบัดรักษาอาการภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งไม่แตกต่างไปจากงานวิจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้ใช้กรอบแนวคิดของ Murrock and Higgins (2009) แต่ก็พบว่าดนตรีบำบัดสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้จริงเช่นกัน อาทิ การศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ของ กาญจนา พิบูลย์ และคณะ (2552) การศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและการตอบสนองทางกายภาพในผู้สูงอายุในชุมชนของเขตปกครองพิเศษฮ่องกง ของ Chan et al (2009) และการศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ ในชุมชนของเขตปกครองพิเศษฮ่องกง ของ Chan et al (2010)

ทั้งนี้ยังมีผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าดนตรีบำบัดไม่สามารถช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (Chu, 2014; Cooke, Moyle, Shum, Harrison, & Murfield, 2010) ได้แก่ การศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่บริสเบนเหนือ รัฐควีนสแลนด์ ประเทศออสเตรเลีย ของ Cook et al (2010) ซึ่งจัดการศึกษากลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเป็น

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดำเนินการวิจัยโดยการกิจกรรมกลุ่มดนตรี 3 วันต่อสัปดาห์นาน 8 สัปดาห์ พบว่าระดับภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองระหว่างสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน และระดับภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่มก็ไม่แตกต่างกันเช่นเดียวกัน และการศึกษาผลของกลุ่มดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เกาะใต้หวัน ของ Chu et al (2014) ซึ่งจัดการศึกษากลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเป็นควบคุมและกลุ่มทดลอง ดำเนินการวิจัยโดยการจัดกิจกรรมกลุ่มดนตรีบำบัดจำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที 2 ครั้งต่อสัปดาห์ นาน 6 สัปดาห์ พบว่าภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากงานวิจัยที่กล่าวมาเมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียดพบว่าแม้จะมีความถี่ในการจัดดนตรีบำบัดต่อสัปดาห์มากกว่างานวิจัยของ Chan et al (2009,2010,2012) อีกทั้งการจัดกิจกรรมกลุ่มดนตรีบำบัดยังมีความหลากหลายในแต่ละสัปดาห์และมีการกำกับการทดลองอย่างมีคุณภาพแต่กลับไม่ทำให้สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ โดยความพ้องกันของ 2 งานวิจัยคือประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ซึ่งเป็นไปได้ว่าพยาธิสภาพของโรคสมองเสื่อมที่มีการฝ่อของเนื้อสมองในบางส่วนหรือทั้งหมดอาจเป็นอุปสรรคในการกระตุ้นการหลั่งของสารสื่อประสาทด้วยการใช้ดนตรีที่มีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้า หรือความบกพร่องในการรู้คิด อาการหลงลืมอาจเป็นปัญหาต่อการประเมินด้วยแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่เป็นแบบการประเมินด้วยตนเอง ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาผลของดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเพิ่มเติม หรือมีการศึกษาผู้สูงอายุทั่วไปหรือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อนำมาเปรียบเทียบว่าจริงๆ แล้วดนตรีบำบัดมีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ทุกโรคหรือไม่ อย่างไร

แม้ว่าปัจจุบันยังไม่พบงานวิจัยที่นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) มาใช้ในโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้า แต่ในการศึกษาวิจัยเชิงความสัมพันธ์และทำนายหลายงานวิจัยก็ชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงและระยะเวลาที่มีภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ได้แก่งานวิจัยของ Simpson et al. (2006) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับอาการแสดงทางจิตอันได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ในผู้ป่วยพาร์กินสันพบว่า ความพึงพอใจต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ผลกระทบในทางบวกจะขึ้นอยู่กับคุณภาพของการสนับสนุนทางสังคม เช่น ความสนิทสนมของคนในครอบครัว จำนวนเพื่อนสนิท ระดับความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง วิธีการบำบัดที่แนะนำคือการบำบัดเพื่อช่วยเหลือในการเยียวยาจิตใจและทำให้รู้สึกสุขสงบ และงานวิจัยของ Cheng et al. (2008) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 121 คน พบว่าความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น การดำเนินโรคในระยะหลัง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นการวิจัยผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้จึงเป็นการพิสูจน์ว่าสามารถนำการสนับสนุนทางสังคมมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้จริง

อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบงานวิจัยที่ใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของ Chan et al (2010) และ Chan et al (2012) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังทดลองเมื่อเทียบกับก่อนทดลองลดลงร้อยละ 51.22 และ 33.09 ตามลำดับ ขณะที่งานวิจัยฉบับนี้ลดลงถึงร้อยละ 58.41 เมื่อพิจารณาถึงรายละเอียดของกิจกรรมในงานวิจัยของ Chan et al (2010) และ Chan et al (2012) เป็นการจัดกิจกรรมดนตรีบำบัดรายบุคคล ครั้งละ 30 นาทีเป็นจำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ นาน 4-8 สัปดาห์ และผู้ดูแลไม่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว ซึ่งมีความแตกต่างกันกับกิจกรรมในโปรแกรมของงานวิจัยฉบับนี้ที่จัดให้มีกิจกรรมดนตรีบำบัดครั้งละ 20 นาที เป็นจำนวนอย่างน้อย 7 ครั้งต่อสัปดาห์ นานติดต่อกัน 4 สัปดาห์ อีกทั้งยังส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกกิจกรรมของโปรแกรมโดยเน้นการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และทรัพยากรเป็นหลัก จึงพอสรุปได้ว่าการจัดกิจกรรมดนตรีบำบัดด้วยความถี่ที่มากกว่าและส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมตลอดทั้งกิจกรรมจะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ดีกว่า

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน มีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ด้านการบริหาร ในการนำโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม และ/หรือ นำผลการวิจัยไปใช้ทางด้านการบริหารจัดการ ผู้บริหารทางการแพทย์ควรพิจารณาจัดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและมีความเข้าใจในความเป็นปัจเจกของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเพื่อกำหนดโปรแกรม อีกทั้งควรจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ให้เหมาะสมต่อการจัดกิจกรรมกลุ่มดนตรี เช่น เครื่องเสียง ลำโพง และอาณาบริเวณที่สามารถทำการเคลื่อนไหวได้โดยไม่เบียดเสียดหรือแออัดจนเกินไป นอกจากนี้ควรมีการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมพาร์กินสันภายในโรงพยาบาล/สถาบัน อย่างเป็นทางการ เพื่อเป็นศูนย์กลางในการเผยแพร่ข่าวสาร จัดกิจกรรม หรือให้การสนับสนุนทางสังคมในด้านอื่นๆ แก่ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันต่อไป

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมนี้ แม้จะได้ผลการวิจัยเป็นที่น่าพอใจแต่การนำโปรแกรมฯหรือผลการวิจัยไปใช้ควรมีการปรับรายละเอียดของกิจกรรมหรือส่วนย่อยของกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยหรือกลุ่มเป้าหมายในการจัดโปรแกรมฯให้แต่ละครั้ง แต่ยังคงยึดแนวมาตรฐานของกิจกรรมไว้ เช่น เพลงที่นำมาให้กลุ่มเป้าหมายคัดเลือกต้องมีความเหมาะสมตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ในงานวิจัย แต่สามารถปรับเปลี่ยนแนวเพลงตามความชอบของกลุ่มเป้าหมาย เช่น เพลงไทยสากล เพลงร็อค เพลงบัลลาด เป็นต้น หรือการให้การสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้านควรปรับให้เหมาะสมต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย โดยให้นำหนักในด้านที่ขาดก่อนด้านอื่นเป็นต้น

นอกจากนี้จากการที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยบางคนมีคะแนนภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูงแต่ยังไม่ได้รับการรักษาหรือการช่วยเหลือทางการแพทย์เนื่องมีการแสดงออกทางร่างกาย ภาพลักษณ์ เหมือนคนปกติทั่วไป จึงควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กิน

สั้นทุกรายเป็นระยะๆ เพื่อคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าให้ได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์และการพยาบาลได้อย่างทันทั่วถึงที่ ไม่สะสมจนเกิดเป็นโรคซึมเศร้าตามมา

3. ด้านการศึกษาวิจัย สำหรับนักวิจัยควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลในการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้ดนตรีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน สำหรับการศึกษาควรนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบการศึกษาในหัวข้อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและแนวทางการรักษา ซึ่งจะทำได้ใช้ผลการวิจัยได้ประโยชน์สูงสุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปมีข้อเสนอแนะและแนวทางการศึกษาดังนี้

1. ควรมีการศึกษาถึงผลการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม การใช้ดนตรีบำบัดเพียงอย่างเดียว หรือการใช้การสนับสนุนทางสังคมเพียงอย่างเดียว ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันแล้วนำมาเปรียบเทียบกันเพื่อพิสูจน์ว่าการใช้การรักษาแบบบูรณาการมีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมากน้อยแตกต่างกันเพียงใด

2. ควรมีการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยการเพิ่ม/ลดเวลาในกิจกรรม หรือวัดผลการทดลองแบบอนุกรมเวลาเพื่อหาช่วงเวลาและระยะเวลาที่เหมาะสมที่สุดในการจัดโปรแกรมฯ เพื่อนำมาใช้ในผู้ป่วยจริง

3. ควรนำโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมไปทำการศึกษาวิจัยในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคไต อัมพฤกษ์อัมพาต เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ผลการวิจัยเกี่ยวกับดนตรีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้ามีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น

รายการอ้างอิง

- กนกวรรณ โมลีกันนท์. (2555). *ภาวะซึมเศร้าในโรคพาร์กินสัน*ภายหลังได้รับการรักษาด้วยยาในระยะเฉียบพลัน : อาการที่ดีขึ้นและอาการที่หลงเหลือ. *จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย*, 1(2), 10-11.
- กรมสุขภาพจิต. (2553). *แนวทางทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ*. Retrieved 2556, 20 เมษายน <http://www.thaidepression.com/www/news54/CPG-MDD-GP.pdf>
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). *แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย*. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.
- ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร. (2547). *กลุ่มอาการพาร์กินสันและโรคพาร์กินสัน (parkinsonism and parkinson's disease)*. In ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร (Ed.), *ประสาทวิทยาพื้นฐาน* (pp. 155-168). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร. (2553). *ประสาทวิทยาทันสมัย*. กรุงเทพฯ: พรานเพรส (2002) จำกัด.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2536). *Clinical trial in parkinson's disease*. In นิพนธ์ พงวรินทร์ (Ed.), *โรคพาร์กินสัน* (pp. 623-647). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- กาญจนา พิบูลย์, พวงทอง อินใจ, & เอียน สมิต. (2552). *ผลของคนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ*. *การพยาบาลและการศึกษา*, 2(3), 101-102.
- ณัฐพงศ์ เฉิดแสงจันทร์. (2554). *ผลของการรับรู้ความสามารถแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในหญิงวัยทำงาน*. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- ทัศนาศูววรรณะปรกรณ์. (2555). *เอกสารคำสอนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง 2* (3647530). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- ธรรมนาถ เจริญบุญ, & ญดา พงษ์กาญจนะ. (2555). *อาการโรคจิตในโรคพาร์กินสัน*. *จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย*, 1(2), 13-14.
- ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปันตี, & สมพร เจริญชัยศรี. (2533). *คุณลักษณะความตรงของแบบสอบวัดความซึมเศร้า CES-D*. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 21(2), 25-45.
- นันทา ขวัญดี, อรพร โตสิงห์, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, & ก้องเขต เจริญสุวรรณ. (2554). *ความสัมพันธ์ความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด*. *วารสารการพยาบาล*, 13(1), 68-81.
- นิพนธ์ พงวรินทร์. (2536). *Pathophysiology of parkinson's disease*. In นิพนธ์ พงวรินทร์ (Ed.), *โรคพาร์กินสัน* (pp. 65-76). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิพนธ์ พงวรินทร์. (2548). *พาร์กินสันป้องกันได้*. กรุงเทพฯ: มติชน.
- นิพัชญ์ อิศรเสนา, & ภัทรา นันทวัน. (2552). *ยารักษาความเสื่อมของระบบประสาท*. In คณาจารย์ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Ed.), (pp. 113-121). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุษกร บิณฑสันต์. (2553). *คนตรีบำบัด* (2 ed.). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ประพันธ์ สุขวัฒน์จรูญ. (2547). *กายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน*. กรุงเทพฯ: งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู สถาบันประสาทวิทยา.
- ปัญญา คุณวัฒน์. (2536). Biochemistry of parkinson's disease. In น. พงวารินทร์ (Ed.), *โรคพาร์กินสัน* (pp. 77-107). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- ปานใจ กันยามี. (2553). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิชญา รินทา. (2554). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมดูแลเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย [มส.ผส.]. (2555). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553*. กรุงเทพมหานคร: ที คิว พี.
- รัตนารณณ์ กรุณา. (2554). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับสภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งโรจน์ พิทยศิริ. (2553). *คู่มือแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคพาร์กินสันสำหรับแพทย์ในเวชปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสัน และกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.
- รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, & กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2554). *Practical Movement Disorders*. กรุงเทพฯ: ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสัน และกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.
- รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา, & ศรีจิตรา บุณนาค. (2550). *โรคพาร์กินสันรักษาได้* (3 ed.). กรุงเทพฯ: ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.
- สิวรรณ อุณาภิรักษ์. (2553). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ* : (3 ed.). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- วิล คอปต์นิตติชัยกุล, & พนม เกตุมาน. (2540). *การศึกษาแบบทดสอบวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ในคนไทย*. สารศิริราช, 49(5), 442-448.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2552). *ภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน*. Retrieved 20 เมษายน, 2556, from <http://www.doctor.or.th/node/9333>
- ศิริรัตน์ คุปต์วิฑูมิ, & สิริเกียรติ ยันตติลก. (2541). *ความคิดอยากตายและความพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยสูงอายุ*. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 43(1), 39-55.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข [สวรส.]. (2553). *การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางการปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แนวทางการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าและผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

- สถิติข้อมูลงานเวชระเบียนสถาบันประสาทวิทยา. (2554-2556). รายงานสถิติประจำปี. กรุงเทพฯ: งานเวชระเบียนและสถิติสถาบันประสาทวิทยา.
- สายฝน เอกวารากร. (2553). รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุกรี เจริญสุข. (2550). ดนตรีเพื่อพัฒนาศักยภาพสมอง. กรุงเทพฯ: Dream catcher graphic.
- สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวณีย์ สังข์โสภณ. (2541). ดนตรีเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สมชายการพิมพ์.
- อัครวุฒิ วิริยเวชกุล. (2551). ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยพาร์กินสัน. วารสารกรมการแพทย์, 33(1), 53.
- Ahlskog, J. E. (2001). Parkinson's Disease : Medical and Surgical Treatment. Neurologic Clinics, Movement Disorders, 19(3), 579-605.
- American Music Therapy Association [AMTA]. (1998). Definition and Quotes about Music Therapy. Retrieved 6 May, 2013, from <http://www.musictherapy.org/about/quotes/>
- Australian Psychological Society (APS). (2007). Understanding late-life depression. Retrieved 15 June, 2013, from http://www.psychology.org.au/publications/tip_sheet/late_depression/
- Baldwin, R. C. (2010). Depression in later life. New York: Oxford University Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck depression inventory : twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review, 8(1), 77-100. doi: 10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives General Psychiatry, 4(6), 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Blazer, D. G. (1993). Depression in late life (2 ed.). St. Louis: Mosby.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life : Review and commentary. Journal of Gerontology, 58A(3), 249-265.
- Bohlmeijer, E. (2007). Reminiscence and depression in later life (Dissertation). (Faculty of Psychology and education), Vrije Universiteit, Amsterdam.
- Boothby, D. M., & Robbins, S. J. (2011). The effects of music listening and art production on negative mood : A randomized, controlled trial. The Arts in Psychotherapy, 38(3), 204-208. doi: 10.1016/j.aip.2011.06.002
- British Association for Music Therapy [BAMT]. (2011). Music therapy : What is music therapy? Retrieved May, 2013, from <http://www.bamt.org/Display.aspx?iid=780>

- Brown, L. A., de Bruin, N., Doan, J. B., Suchowersky, O., & Hu, B. (2009). Novel challenges to gait in parkinson's disease : the effect of concurrent music in single- and dual-task contexts. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(9), 1578-1583. doi: 10.1016/j.apmr.2009.03.009
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. C. (2008). *Nursing Interventions Classification (NIC) (5 ed.)*. St. Louis, Mo: Mosby Elsevier.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *Study guide for the practice of nursing research : conduct, critique and utilization (5 ed.)*. St. Louis Elsevier Saunders.
- Buschmann, M. T., Dixon, M. A., & Tichy, A. M. (1998). Geriatric Depression. In J. A. Allender & C. L. Rector (Eds.), *Reading in Gerontological Nursing* (pp. 426-436). Philadelphia: Lippincott.
- Caplan, G. (1976). The family as social support. In G. Caplan, M. Killilea & R.B. Abrahams (Eds.), *Support systems and mutual help: multidisciplinary explorations* (pp. 25-40). New York Grune and Stratton.
- Castro-Sierra, E., Chico, P. L. F., & Portugal, R. A. (2005). Neurotransmitters of the limbic system. Amygdala. I. Part one. *Salud Mental*, 28(6), 27-32.
- Chan, M. F., Chan, E. A., & Mok, E. (2010). Effect of music on depression and sleep quality in elderly people : a randomised controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 18(3-4), 150-159. doi: 10.1016/j.ctim.2010.02.004
- Chan, M. F., Chan, E. A., Mok, E., & Kwan Tse, F. Y. (2009). Effect of music on depression levels and physiological responses in community-base elders adults. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(4), 285-294. doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00614.x
- Chan, M. F., Wong, Z. Y., Onishi, H., & Thayala, N. V. (2012). Effect of music on depression in older people : a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 21(5-6), 776-783. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03954.x
- Chan, M. F., Wong, Z. Y., & 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. doi: 10.1016/j.ctim.2011.08.003
- Cheng, Y., et al. (2008). Social support plays a role in depression in parkinson's disease : A cross-section study in a Chinese cohort. *Parkinsonism and Related Disorders*, 14(1), 43-45. doi: 10.1016/j.parkreldis.2007.05.011
- Chlan, L. (1998). Effectiveness of a music therapy intervention on relaxation and anxiety for patients receiving ventilator assistance. *Heart and Lung*, 27(3), 169-176.

- Chu, H., et al. (2014). The Impact of Group Music Therapy on Depression and Cognition in Elderly Persons With Dementia: A Randomized Controlled Study. *Biological Research For Nursing*, 16(2), 209-217. doi: 10.1177/1099800413485410
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention : A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press.
- Cooke, M., Moyle, W., Shum, D., Harrison, S., & Murfield, J. (2010). A randomized controlled trial exploring the effect of music on quality of life and depression in older people with dementia. *Journal of Health Psychology*, 15(5), 765-776. doi: 10.1177/1359105310368188
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5(4), 194-197.
- Davis, W. B., Gfeller, K. E., & Thaut, M. H. (1999). *An Introduction to Music Therapy : Theory and Practice* (2 ed.). Boston: McGraw-Hill College.
- de Drue, M. J., van der Wilk, A. S. D., Poppe, E., Kwakkel, G., & van Wegen, E. E. H. (2012). Rehabilitation, exercise therapy and music in patients with Parkinson's disease: a meta-analysis of the effects of music-based movement therapy on walking ability, balance and quality of life. *Parkinsonism and Related Disorders*, 18s1, s114-s119.
- Delwaide, P. J., & Gonce, M. (1993). Pathophysiology of Parkinson's signs. In J. Jankovic & E. Tolosa (Eds.), *Parkinson's Disease and Movement Disorders* (2 ed., pp. 77-92). Maryland: Williams & Wilkins.
- Devanand, D. P. (2002). Comorbid psychiatric disorders in late life depression. *Biological Psychiatry*, 52(3), 236-242.
- DeVellis, R. F. (2011). *Scale development : Theory and applications* (3 ed.). Newbury Park: Sage Publications.
- Dissanayaka, N. N. W., et al. (2011). Factors associated with depression in Parkinson's disease. *Journal of Affective Disorders*, 132(1-2), 82-88. doi: 10.1016/j.jad.2011.01.021
- DuPertuis, L. L., Aldwin, C. M., & Bosse, R. (2001). Does the source of support matter for different health outcomes? Findings from the Normative Aging Study. *Journal of Aging and Health*, 13(4), 494-510. doi: 10.1177/089826430101300403
- Ehrt, U. (2009). *Depression in Parkinson's disease*. (Dissertation for the degree philosophiae doctor), University of Bergen, Bergen.

- Engwall, M., & Dupplis, G. S. (2009). Music as a Nursing intervention for postoperative pain : a systematic review. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 24(6), 370-383. doi: 10.1016/j.jopan.2009.10.013
- Farabaugh, A. H., et al. (2011). Assessing depression and factors possibly associated with depression during the course of Parkinson's disease. *Annals of Clinical Psychiatry*, 23(3), 171-177.
- Forney, K., & Machlis, J. (2011). *The Enjoyment of Music : An Introduction to Perceptive Listening* (11th shorter version ed.). New York: W.W. Norton & Company.
- Frasure-Smith, N., et al. (2000). Social support, depression and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*, 101(16), 1919-1924. doi:10.1161/01.CIR.101.16.1919
- Frisina, P. G., Borod, J. C., Foldi, N. S., & Tenenbaum, H. R. (2008). Depression in Parkinson's disease : Health risk, etiology, and treatment option. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4(1), 81-91.
- Fyrand, L., Moum, T., Finset, A., & Glennas, A. (2002). The Impact of Disability and Disease Duration on Social Support of Women with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(3), 251-268.
- Goetz, C. G., et al. (2004). Movement disorder society task force report on the Hoehn and Yahr staging scale : Status and recommendations. *Movement Disorders*, 19(9), 1020-1028. doi: 10.1002/mds.20213
- Gold, C., Solli, H. P., Kruger, V., & Lie, S. A. (2009). Dose-response relationship in music therapy For people with serious mental disorders : Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 193-207. doi: 10.1016/j.cpr.2009.01.001
- Good, M., et al. (2000). Cultural Differences in Music Chosen for Pain Relief. *Journal of Holistic Nursing*, 18(3), 245-260. doi: 10.1177/089801010001800306
- Gottlieb, B. H. (1985). Social support and community mental health. In S. Cohen & S.L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 303-326). California: Academic Press.
- Guetin, S., Soua, B., Voiriot, G., Picot, M.-C., & Herisson, C. (2009). The effect of music therapy on mood and anxiety-depression : An observational study in institutionalized patients with traumatic brain injury. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 52(1), 30-40. doi: 10.1016/j.annrmp.2008.08.009
- Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23(1), 56-62. doi: 10.1136/jnnp.23.1.56
- Hartmann, A., & Oertel, W. H. (1999). Analysis of the motor disorder in parkinson's disease. In P. LeWitt & W. Oertel (Eds.), *Parkinson's Disease : The Treatment Options* (pp. 39-50). London: Martin Dunitz Ltd.

- Hayashi, A., Nagaoka, M., & Mizuno, Y. (2006). Music therapy in parkinson's disease : Improvement of parkinsonian gait and depression with rhythmic auditory stimulation. *Parkinsonism and Related Disorders*, 12, 576. doi: 10.1016/j.parkreldis.2006.05.026
- Hegeman, J. M., Kok, R. M., van der Mast, R. C., & Giltay, E. J. (2012). Phenomenology of depression In older compared with younger adults : meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200 (275-281). doi: 10.1192/bjp.bp.111.095950
- Hertzog, C., Van Alstine, J., Usala, P. D., Hultsch, D. F., & Dixon, R. (1990). Measurement properties of the center for epidemiological studies depression scale (CES-D) in older populations. *Psychological Assessment*, 2(1), 64-72.
- Hobbs, F. B. (2004). Age and Sex Composition. In J. S. Siegel & D. A. Swanson (Eds.), *The Methods and Materials of Demography* (2 ed., pp. 125-174). California: Elsevier Academic Press.
- Hoehn, M. M., & Yahr, M. D. (1967). Parkinsonism : onset, progression, and mortality. *Neurology*, 17(5), 427-442.
- Holler, Y., et al. (2012). Individual brain-frequency responses to self-selected music. *International Journal of Psychophysiology*, 86(3), 206-213. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2012.09.005
- Hou, W. H., Chiang, P. T., Hsu, T. Y., Chiu, S. Y., & Yen, Y. C. (2010). Treatment effect of massage therapy in depression people : meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(7), 894-901. doi: 10.4088/JCP.09r05009blu
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing.
- Hsu, W.-C., & Lai, H.-L. (2004). Effect of Music on Major Depression in Psychiatric Inpatients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18(5), 193-199.
- Huang, S.-T., Good, M., & Zauszniewski, J. A. (2010). The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients : A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1354-1362. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.03.008
- Jankovic, J., & Tolosa, E. (2007). *Parkinson's disease and Movement disorders* (5 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Jones, C. A., Pohar, S. L., & Patten, S. B. (2009). Major depression and health-related quality of life in Parkinson's disease. *General Hospital Psychiatry*, 31(4), 334-340. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2009.03.009
- Jun, E.-M., Roh, Y. H., & Kim, M. J. (2013). The effect of music-movement therapy on physical and psychological states of stroke patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1-2), 22-31. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04243.x

- Jylha, P., Melartin, T., & Isometsa, E. (2009). Relationships of neuroticism and extraversion with Axis I and II comorbidity among patients with DSM-IV major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 114(1-3), 110-121. doi: 10.1016/j.jad.2008.06.011
- Kim, J., Wigram, T., & Gold, C. (2009). Emotional, motivational and interpersonal responsiveness of children with autism in improvisational music therapy. *Autism*, 13(4), 389-409. doi: 10.1177/1362361309105660
- Knight, A. J., & Wiese, N. (2011). Therapeutic music and nursing in poststroke rehabilitation. *Rehabilitation Nursing*, 36(5), 200-204,215.
- Loomba, R. S., Shah, P. H., Chandrasekar, S., Arora, R., & Molnar, J. (2012). Effects of music on systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and heart rate : a meta-analysis. *Indian Heart Journal*, 64(3), 309-313. doi: 10.1016/S0019-4832(12)60094-7
- Manor, Y., Balas, M., Giladi, N., Mootanah, R., & Cohen, J. T. (2009). Anxiety, depression and Swallowing disorders in patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*, 15(6), 453-456. doi: 10.1016/j.parkreldis.2008.11.005
- Maratos, A., Gold, C., Wang, X., & Crawford, M. (2008). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1), 1-13. doi: 10.1002/14651858.CD004517.pub2.
- Mattson, M., & Hall, J. G. (2011). *Health as Communication Nexus : A Service Learning Approach*. Dubuque, Iowa: Kendall Hunt Publishing Company.
- Mayberg, H. S., et al. (1990). Selective hypometabolism in the inferior frontal lobe in depressed patients with Parkinson's disease. *Annals of Neurology*, 28(1), 57-64. doi: 10.1002/ana.410280111
- McDonald, R. A. R., Kreutz, G., & Mitchell, L. (2012). *Music, Health & Wellbeing*. New York: Oxford University Press.
- McDonald, W. M., Richard, I. H., & DeLong, M. R. (2003). Prevalence, Etiology, and Treatment of Depression in Parkinson's disease. *Biological Psychiatry*, 54(3), 363-375. doi: 10.1016/S0006-3223(03)00530-4
- McNeal, E. T., & Cimboloc, P. (1986). Antidepressants and Biochemical Theories of Depression. *Psychological Bulletin*, 99(3), 361-374.
- Menza, M. (2009). *Combating Depression in Parkinson's Disease*. Parkinson's Disease Foundation. Retrieved 21st April, 2013, from http://www.pdf.org/en/combating_depression
- Michel, D. E., & Pinson, J. (2005). *Music therapy in principle and practice*. Illinois: Charles C Thomas Publisher.

- Miller, C. A. (1999). *Nursing care of older adults : theory and practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Murrock, C. J., & Higgins, P. A. (2009). The theory of music, mood and movement to improve health outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2249-2257. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05108.x
- Musetti, L., et al. (1989). Depression before and after age 65. A re-examination. *The British Journal of Psychiatry*, 155, 330-336. doi: 10.1192/bjp.155.3.330
- Naismith, S. L., et al. (2011). Sleep disturbance relates to neuropsychological functioning in late-life depression. *Journal of Affective Disorders*, 132(1-2), 139-145. doi: 10.1016/j.jad.2011.02.027
- National Institute of Mental Health. (2011). Depression. In National Institutes of Health (Ed.), (Vol. 11-3561). Maryland: NIH publication.
- Nayak, S., Wheeler, B. L., Shiflett, S. C., & Agostinelli, S. (2000). Effect of music therapy on mood and social interaction among individuals with acute traumatic brain injury and stroke. *Rehabilitation Psychology*, 45(3), 274-283. doi: 10.1037//0090-5550.45.3.274
- Nemade, R., Reiss, N. S., & Dombek, M. (2007). Sociology of Depression-Effects of Culture. Depression : Major depression & unipolar varieties. Retrieved 21 April, 2013, from http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type=doc&id=13009&cn=5
- Pahwa, R., & Lyons, K. E. (2007). *Handbook of Parkinson's disease* (4 ed.). New York: Informal healthcare.
- Papapetropoulos, S., Ellul, J., Argyriou, A. A., Chroni, E., & Lekka, N. P. (2006). The effect of depression on motor function and disease severity of Parkinson's disease. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 108, 465-469. doi: 10.1016/j.clineuro.2005.08.002
- Paulus, W., & Trenkwalder, C. (1998). Imaging of nonmotor symptoms in Parkinson's syndromes. *Journal of Clinical Neuroscience*, 5(2), 115-120.
- Penninx, B. W. J. H., et al. (1998). Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms : Different for various chronic disease? *Health Psychology*, 17(6), 551-558.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing and Health*, 30(4), 459-467. doi: 10.1002/nur.20199
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale : A Self-Report Depression Scale for Research in General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401. doi: 10.1177/014662167700100306

- Radloff, L. S., & Teri, L. (1986). Use of the center for epidemiological studies-depression scale with older adults. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 119-136. doi: 10.1300/J018v05n01_06
- Rao, U. (2006). Link between depression and substance abuse in adolescents : Neurobiological mechanisms. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6S1), S161-S174. doi: 10.1016/j.amepre.2006.07.002
- Raube, K. (1992). *Health and Social Support of the Elderly*. California: Rand.
- Reynolds, C. F., et al. (1988). Bedside differentiation of depressive pseudodementia from dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 145(9), 1099-1103.
- Roose, S. P., & Sackeim, H. A. (2004). *Late-Life Depression*. New York: Oxford University Press.
- Satlin, A., & Murphy, K. (1997). Depression. In J.N.Morris, L. A. Lipsitz, K. Murphy & P. B. Taylor (Eds.), *Quality Care in the Nursing Home* (pp. 172-185). St. Louis: Mosby Lifeline.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.
- Schmall, V. L., & Bowman, S. (2004). *Depression in Later Life : recognition and treatment*. Oregon: Oregon state University.
- Schrag, A. (2006). Quality of life and depression in Parkinson's disease. *Journal of the Neurological Sciences*, 248(1-2), 151-157. doi: 10.1016/j.jns.2006.05.030
- Scogin, F. (2009). *Depression and Suicide in Older Adults Resource Guide*. American Psychological Association. Retrieved 28 April, 2013, from <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/depression.aspx>
- Seo, W.-K., et al. (2007). Prevalence of Parkinson's disease in Korea. *Journal of Clinical Neuroscience*, 14(12), 1155-1157. doi: 10.1016/j.jocn.2006.09.005
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS) : Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173.
- Shih, L. C., et al. (2012). Singing in groups for Parkinson's disease (SING-PD): A pilot study of group singing therapy for PD-related voice/speech disorders. *Parkinsonism & Related Disorders*, 18(5), 548-552. doi: 10.1016/j.parkreldis.2012.02.009
- Simpson, J., Haines, K., Lekwuwa, G., Wardle, J., & Crawford, T. (2006). Social support and psychological outcome in people with Parkinson's disease : Evidence for a specific pattern of associations. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(4), 585-590. doi: 10.1348/014466506X96490

- Stella, F., Banzato, C. E. M., Barasnevicus Quagliato, E. M. A., & Viana, M. A. (2008). Depression in patients with Parkinson's disease : Impact on functioning. *Journal of the Neurological Sciences*, 272, 158-163. doi: 10.1016/j.jns.2008.05.018
- Stepkina, D. A., Zakharov, V. V., & Yakhno, N. N. (2010). Cognitive Impairments in Progression of Parkinson's Disease. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 40(1), 61-67.
- Storch, A., et al. (2011). Validity of the DESPAR questionnaire as a new screening tool for depression in Parkinson's disease. *Basal Ganglia*, 1(2), 97-103. doi: 10.1016/j.baga.2011.04.003
- Tam, C. W. C., & Chiu, H. F. K. (2011). Depression and Suicide in Elderly. *Medical Bulletin*, 16(9), 13-16.
- Tarsy, D. (2003). *Surgical treatment of parkinson's disease and other movement disorder*. New Jersey: Humana press.
- Taylor, S. E. (2011). Social support : A review. In H. S. Friedman (Ed.), *The Oxford Handbook of Health Psychology* (pp. 189-214). New York: Oxford University Press.
- Thaut, M. H., & Davis, W. B. (1993). The Influence of Subject-Selected versus Experimenter-Chosen Music on Affect, Anxiety, and Relaxation. *J Music Ther*, 30(4), 210-223.
- Turner-Cobb, J. M., et al. (2002). Coping, social support, and attachment style as psychosocial correlates of adjustment in men and women with HIV/AIDS. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(4), 337-353.
- Vajda, F. J. E., & Solinas, C. (2005). Current approaches to management of depression in Parkinson's disease. *Journal of Clinical Neuroscience*, 12(7), 739-743. doi: 10.1016/j.jocn.2005.03.008
- van de Vijver, D. A. M. C., Roos, R. A., Jansen, P. A. F., Porsius, A. J., & de Boer, A. (2002). Start of a selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) and increase of antiparkinsonian drug treatment in patients on levodopa. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 54(2), 168-170. doi: 10.1046/j.1365-2125.2001.01491.x
- von Campenhausen, S., et al. (2005). Prevalence and incidence of Parkinson's disease in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 473-490. doi: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.007
- Wallis, I., Ingalls, T., & Campana, E. (2008). Computer-generating emotional music: The design of an affective music algorithm. Paper presented at the 11th International Conference on Digital Audio Effects DAFx-08, Espoo, Finland.
- Walter, C. A., & McCoyd, J. L. M. (2009). *Grief and Loss Across the Lifespan : A Biopsychosocial Perspective*. New York Springer Publishing Company.

- Wareham, S., Fowler, K., & Pike, A. (2007). Determinants of Depression Severity and Duration in Canadian adults : The Moderating Effects of Gender and Social support. *Journal of Applied Social Psychology*, 37(12), 2951-2979.
- Weiss, R. (1974). The provisions of social relationships. In Z. Rubin (Ed.), *Doing unto others* (pp. 17-26). New Jersey: Prentice-Hall.
- White, J. M. (2001). Music as intervention a notable endeavor to improve patients outcome. *Nursing Clinics of North America*, 36(1), 83-92.
- Wichmann, T., & DeLong, M. R. (2006). Neurotransmitters and Disorders of Basal Ganglia. In G. Siegel, R.W. Albers, S. Brady & D. Price (Eds.), *Basic Neurochemistry : Molecular, Cellular, and Medical Aspects* (7 ed., pp. 761-779). California: Elsevier Academic Press.
- Wichowicz, H. M., Slawek, J., Derejko, M., & Cubala, W. J. (2006). Factors associated with Depression in Parkinson's disease : a cross-sectional study in a Polish population. *European Psychiatry*, 21(8), 516-520. doi: 10.1016/j.eurpsy.2006.01.012
- World Federation of Music Therapy [WFMT]. (2011). President presents : Announcing WFMT's New Definition of Music Therapy. Retrieved 6 may, 2013, from http://www.musictherapyworld.net/WFMT/President_presents..._files/President%20presents...5-2011.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2012). Depression. Mental health. Retrieved 20 April, 2013, from http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
- Yamamoto, M. (2001). Depression in Parkinson's disease : its prevalence, diagnosis, and neurochemical background. *Journal of Neurology*, 248(Suppl3), III/5-III/11.
- Yesavage, J. A., et al. (1983). Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale : A Preliminary Report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
- Young, A. B., & Penney, J. B. (1993). Biochemical and functional organization of the basal ganglia. In J. Jankovic & E. Tolosa (Eds.), *Parkinson's Disease and Movement Disorders* (2 ed., pp. 1-11). Maryland: Williams & Wilkins.
- Zhang, K., et al. (2009). The combined effects of the 5-HTTLPR and 5-HTR1A genes modulates the relationship between negative life events and major depressive disorder in Chinese population. *Journal of Affective Disorders*, 114(1-3), 224-231. doi: 10.1016/j.jad.2008.07.012
- Zung, W. W. K. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives General Psychiatry*, 12(1), 63-70. doi: 10.1001/archpsyc.1965.01720310065008
- Zung, W. W. K., Richards, C. B., & Short, M. J. (1965). Self-Rating Depression Scale in an Outpatient Clinic Further Validation of the SDS. *Archives General Psychiatry*, 13(6), 508-515. doi: 10.1001/archpsyc.1965.01730060026004




จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

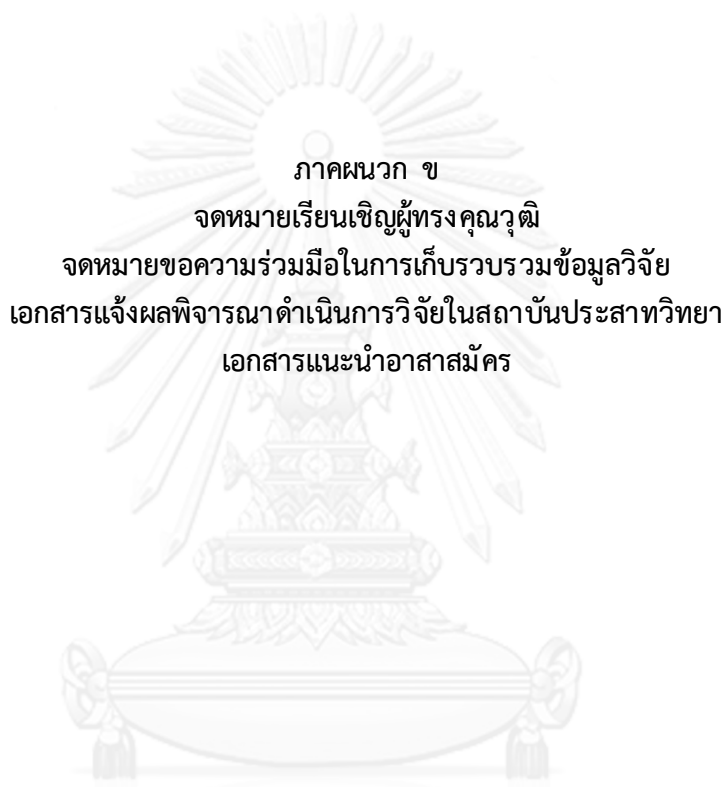
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. นพ.สุรศักดิ์ โกมลจันทร์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สาขาประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา
2. ผศ.ดร.วารี กังใจ หัวหน้ากลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผศ.ดร.สุปรีดา มั่นคง อาจารย์พยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รศ.ดร.บุษกร บิณฑสันต์ หัวหน้าหน่วยวิจัยวัฒนธรรมดนตรีไทย คณะศิลปกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. น.ส.วิณา ลิ้มสกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เอกสารแจ้งผลพิจารณาดำเนินการวิจัยในสถาบันประสาทวิทยา

เอกสารแนะนำอาสาสมัคร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 14๗๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 กันยายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

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

เนื่องด้วย นายภูริพงษ์ เจริญแพทย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัด ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ สุรศักดิ์ โกมลจันทร์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สาขาประสาทวิทยา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายแพทย์ สุรศักดิ์ โกมลจันทร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 0-2218-1151

ชื่อนิสิต

นายภูริพงษ์ เจริญแพทย์ โทร. 086-545-4297

ที่ ศธ 0512.11/1477



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 กันยายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

เนื่องด้วย นายภูริพงษ์ เจริญแพทย์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณประกอบ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ หัวหน้ากลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>สำเนาเรียน</u>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ
<u>ฝ่ายวิชาการ</u>	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณประกอบ โทร. 0-2218-1151
<u>ชื่อนิสิต</u>	นายภูริพงษ์ เจริญแพทย์ โทร. 086-545-4297

ที่ ศธ 0512.11/ 1477



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ กันยายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นายภูริพงษ์ เจริญแพทย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 0-2218-1151
ชื่อ นิสิต นายภูริพงษ์ เจริญแพทย์ โทร. 086-545-4297



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11 / 1477

วันที่ 13 กันยายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะศิลปกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วย นายภูริพงษ์ เจริญแพทย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. บุษกร บิณฑสันต์ หัวหน้าหน่วยวิจัยวัฒนธรรมดนตรีไทย เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ดร. บุษกร บิณฑสันต์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ โทร. 0-2218-1151

ชื่อนิสิต

นายภูริพงษ์ เจริญแพทย์ โทร. 086-545-4297

ที่ ศธ 0512.11/ 1477



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 กันยายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

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

เนื่องด้วย นายภูริพงษ์ เจริญแพทย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาววีณา ลิ้มสกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาววีณา ลิ้มสกุล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 0-2218-1151

ชื่อนิสิต

นายภูริพงษ์ เจริญแพทย์ โทร. 086-545-4297

ที่ ศธ 0512.11/ 1963

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 ธันวาคม 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

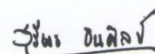
เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขป 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายภูริพงษ์ เจริญแพทย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายภูริพงษ์ เจริญแพทย์ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ โทร. 0-2218-1151

ชื่อนิสิต

นายภูริพงษ์ เจริญแพทย์ โทร. 086-545-4297




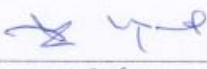
เอกสารเลขที่ 025./2557

คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข


โครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรตารีกินสัน
เลขที่โครงการ	57005
ผู้วิจัยหลัก	นายภูริพงษ์ เจริญแพทย์
สถานที่ดำเนินการวิจัย	สถาบันประสาทวิทยา
เอกสารที่พิจารณาอนุมัติ	1. แบบเสนอโครงการวิจัย (1 เมษายน 2557) 2. เอกสารแนะนำอาสาสมัคร (1 เมษายน 2557) 3. ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (1 เมษายน 2557) 4. แบบสอบถามข้อมูล (13 กุมภาพันธ์ 2557)
วันที่พิจารณาอนุมัติ	8 เมษายน 2557

คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา ได้พิจารณาโครงการวิจัยฉบับภาษาไทยและ/หรือฉบับภาษาอังกฤษแล้ว มีมติ อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้ ทั้งนี้โดยใช้รายละเอียดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก


ประธานคณะกรรมการ
(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)


กรรมการและเลขานุการ
(นางสาวทิพย์ชนก ทุมซาว)

รับรองตั้งแต่วันที่ 8 เมษายน 2557 ถึงวันที่ 8 เมษายน 2558



ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรืออาสาสมัคร
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

ผู้วิจัย นายภูริพงษ์ เจริญแพทย์

สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยประสาทวิทยาชาย สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-3069831 ต่อ 2212

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 086-5454-297 E-mail : zitdara@hotmail.com

รายละเอียดข้อมูล ข้อความทั้งหมดด้านล่างเป็นข้อมูลที่อธิบายรายละเอียดของโครงการ โดยประกอบไปด้วยวัตถุประสงค์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินการ และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของอาสาสมัคร โปรดอ่านและทำความเข้าใจอย่างละเอียด ก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1. โครงการนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบระดับของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม

2.2 เพื่อเปรียบเทียบระดับของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ

3. โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีการพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 5 ครั้ง โดยแบ่งเป็นการพบที่โรงพยาบาลตามวันนัดปกติ 2 ครั้ง และเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะรบกวนเวลาอาสาสมัครครั้งละ 50-70 นาทีโดยประมาณ นอกจากนี้จะมีการติดตามสอบถามทางโทรศัพท์จากผู้วิจัยอีก 4 ครั้งๆละ 15-20 นาทีโดยประมาณ

4. รายละเอียดและขั้นตอนของอาสาสมัครที่จะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้

4.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคพาร์กินสันเพศชายและเพศหญิง อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปจำนวน 40 คน โดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คนและกลุ่มทดลอง 20 คน

4.2 เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย มีคุณสมบัติดังนี้

4.2.1 มีอายุ ≥ 60 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง

4.2.2 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสัน และมีระยะการดำเนินของโรคพาร์กินสันตามเกณฑ์ Modified Hoehn and Yahr scale (Goetz, 2004) ระยะที่ 1-3 เนื่องจากเป็นระยะที่มีอาการของโรคไม่รุนแรง สามารถเคลื่อนไหวร่างกายเองได้โดยปราศจากการช่วยเหลือ เพื่อไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดทั้งโปรแกรม

4.2.3 มีคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item ของ Radloff (1977) ฉบับภาษาไทยของ ธวัชชัย วรพงษ์ธร และคณะ (2533) มีจุดตัดคะแนนคือ ≥ 19 คะแนน (วิไล คุปต์นิตติศัยกุล และพนม เกตุมาน, 2540)

4.2.4 มีผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 คน

4.2.5 ผู้สูงอายุไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยินและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ทั้งพูดและเขียน

4.2.6 ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

4.3 โปรแกรมดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มทดลอง มีกิจกรรมที่อาสาสมัครต้องเข้าร่วมได้แก่

4.3.1 กิจกรรมรอบรู้ผู้พิการกิ้นสัน (40 นาที) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความรู้แก่กลุ่มผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล ผ่านสื่อการสอนแผนภาพและแผ่นพับ มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคพาร์กิ้นสัน ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กิ้นสัน การดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กิ้นสันที่มีภาวะซึมเศร้าที่บ้าน เน้นการให้ความรู้ ส่งเสริมความเข้าใจของผู้สูงอายุและครอบครัวต่อโรคพาร์กิ้นสัน การตระหนักถึงผลของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในขณะที่ป่วยด้วยโรคพาร์กิ้นสัน และบทบาทของครอบครัวในการให้การดูแลป้องกัน และบรรเทา แก่ผู้สูงอายุโรคพาร์กิ้นสันที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำ ความรู้ ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ จากพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญโดยตรง เพื่อนำไปปรับใช้เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่มาจากความเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กิ้นสันและสามารถแก้ไขได้อย่างมีคุณภาพ ขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมดได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กิ้นสัน ปัญหาและอุปสรรคในการให้การดูแล โดยมีผู้วิจัยคอยเสริมความรู้หรือคำแนะนำที่ถูกต้องตามหลักการพยาบาล พร้อมทั้งส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น การให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการต่อสู้กับโรค การดำเนินชีวิต สร้างเป็นเครือข่ายกลุ่มผู้สูงอายุโรคพาร์กิ้นสันเพื่อสนับสนุนสมาชิกกลุ่มในด้านต่างๆต่อไป ซึ่งจะเป็นการสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินค่า นอกจากนี้ยังเป็นการให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรไปในคราวเดียวกันด้วย เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีและถูกต้องจากผู้ดูแลและครอบครัวโดยมีผู้วิจัยคอยให้การสนับสนุน คำแนะนำและกำกับการดูแลอีกต่อหนึ่ง

4.3.2 กิจกรรมกลุ่มคีตะสัมพันธ์ (20 นาที) เป็นกิจกรรมบันเทิงแบบกลุ่มโดยการใช้ดนตรี ได้แก่ การร้องเพลงคาราโอเกะ การเต้นลีลาศในจังหวะง่ายๆ (ปีกิน วอลซ์ ชะชะช่า) เพื่อเป็นสื่อกลางในการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัย ผู้สูงอายุโรคพาร์กิ้นสัน/ครอบครัว/ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม สอนการก้าวเท้าตามจังหวะเพลง คอยทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดการผ่อนคลายอารมณ์ มีความสนุกสนานเพลิดเพลิน ช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหว เนื่องจากดนตรีที่มีจังหวะรื่นเริงจะไปกระตุ้นให้ Sympathetic Nervous System ทำงานเพิ่มขึ้น หลั่งสาร epinephrine มีผลทำให้ชีพจรเต้นเร็วขึ้น แแรงขึ้น เพิ่มความดันโลหิต กระตุ้นให้มีความรู้สึกคึกคัก อยากรขยับแขนขยับขาตามจังหวะไปด้วย อีกทั้งการใช้เสียงเพลงในการกำหนดจังหวะก้าวเดิน จะทำให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กิ้นสันมีความเร็วและช่วงความยาวของการก้าวเท้าดีขึ้นเนื่องจากจังหวะของเสียงจะทำให้เกิดการปล่อยสัญญาณของกระแสประสาทการเคลื่อนไหวในจังหวะที่สอดคล้องกัน โดยในขณะที่ทำกิจกรรมผู้สูงอายุจะได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ผ่านการดูแลเอาใจใส่ การสัมผัส พูดคุย

ขณะจับคู่กับผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัวในการก้าวเดินตามจังหวะเพลง นอกจากนี้ยังทำให้เกิดบรรยากาศที่เป็นกันเองมากขึ้นระหว่างแต่ละบุคคลเพราะดนตรีก่อให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันได้ง่าย เกิดความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกลายเป็นสังคมเล็กๆที่ผู้สูงอายุไม่รู้สึกลดเดี่ยวอีกต่อไป

4.3.3 โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของกิจกรรมนี้คือการกระตุ้นให้ระบบลิมบิกหลังสารสื่อประสาท เช่น serotonin, dopamine, norepinephrine ซึ่งมีผลต่อการปรับอารมณ์ในทางบวก และขจัดอารมณ์ในทางลบของจิตใจออกไป โดยอารมณ์ทางบวกจะมาจากการรับฟังดนตรีที่ชอบ การได้เลือกเพลงที่ต้องการฟังตามภูมิหลังของวัฒนธรรม ความคุ้นเคย ทั้งหมดนี้ทำให้ภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่มีอาการดีขึ้น จากนั้นผู้วิจัยสาธิตการใช้อุปกรณ์การฟัง แล้วนำเพลงที่มีความเหมาะสมต่อการนำมาบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าซึ่งผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกเพลงตามทฤษฎีการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัด แล้วแยกไว้เป็นหมวดหมู่ตามประเภทของดนตรีมาให้ผู้สูงอายุเลือกและสร้างรายการเพลงตามแนวเพลงที่ชอบฟัง โดยรายการเพลงดังกล่าวมี 4 ชุดเพลงชุดเพลงละ 5-8 เพลงซึ่งมีความยาวรวมกันในแต่ละชุดเพลง 20-25 นาทีแล้วคัดลอกลง เครื่องเล่น MP3 ที่ผู้วิจัยเตรียมไว้แล้วให้ผู้สูงอายุนำกลับไปฟังที่บ้าน ให้ครอบครัว/ผู้ดูแลเป็นผู้จัดกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุโดยการเปิดฟังวันละครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมในขณะดำเนินกิจกรรม เช่น ไม่อยู่ในห้องที่ปิดทึบ ควรให้มีการถ่ายเทของอากาศได้สะดวก หลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนสมาธิอื่น ระวังไม่ให้มีเสียงดังรบกวน โดยผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลสามารถร่วมกันแปลงเสียงร้องหรือเคลื่อนไหวไปตามจังหวะเพลงได้ แสดงถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัว การเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุ และเกิดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันผ่านเสียงดนตรี

4.4 ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บข้อมูลประมาณ 1 เดือน

5. ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายใดๆ จากการดำเนินงานวิจัยต่อผู้เข้าร่วมวิจัย แต่หากมีความเสี่ยงหรืออันตรายใดๆ เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด

6. ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบว่าจะดำเนินการตามโปรแกรมของผู้วิจัยอย่างต่อเนื่อง และให้ข้อมูลตามความเป็นจริงตั้งแต่ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลจนถึงการประเมินผล

7. ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในการเข้าร่วมวิจัย และจะไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใดๆ จากการเข้าร่วมวิจัยเช่นกัน

8. ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถแจ้งขอหยุดการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อการรับการรักษาพยาบาล

9. คณะผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัยที่เป็นภาพรวม การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผู้ร่วมการวิจัยต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการและต้องได้รับความยินยอมจากอาสาสมัครก่อนทุกครั้ง

10. ผลสรุปการวิจัยโดยภาพรวมจะได้รับการตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่ผลงานอันเป็นประโยชน์ต่อวงการสาธารณสุขไทย ในวารสารทางการแพทย์หลังเสร็จสิ้นการวิจัย

11. หากอาสาสมัครเกิดข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามเพิ่มเติมกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ตามสถานที่และเบอร์โทรศัพท์ที่ให้ไว้ในตอนต้นของเอกสารฉบับนี้

**ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรืออาสาสมัคร
(Informed Consent Form)**

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะ
ซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรืออาสาสมัคร (...../.....)

ข้าพเจ้าได้รับรายละเอียดโครงการศึกษาวิจัยจากผู้วิจัยชื่อ นายภุริพงษ์ เจริญแพทย์ อายุ 33
ปีอาศัยอยู่ที่ 312 ถนนวิภาวดี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ .
ง วิทยาลัยการศึกษามหาวิทยาลัย ซึ่งได้ลงนามแนบท้ายของหนังสือเล่มนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และ
แนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบผลดี ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจ
เกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ารับทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยได้
อย่างเป็นอิสระ โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ

ข้าพเจ้าเข้าใจวัตถุประสงค์ของการศึกษาและได้พิจารณาแล้วว่าการศึกษานี้มีประโยชน์ต่อการ
สาธารณสุขของประเทศ และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะแจ้งขอออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้
เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะ
ข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะ
กรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการและต้องได้รับความยินยอมจากข้าพเจ้าก่อนทุกครั้ง

ถ้าข้าพเจ้ามีความสงสัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยตรงหรือโทรศัพท์หมายเลข 086-5454-297

ข้าพเจ้าได้รับทราบและได้ซักถามผู้วิจัยจนหมดข้อสงสัยโดยตลอดแล้ว และยินดีเข้าร่วมใน
การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุข้างต้นจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้า

ลงชื่อ

ลงชื่อ

.....
(.....)

.....
(.....)

ผู้วิจัยหลัก

อาสาสมัคร

ลงชื่อ

.....
(.....)

พยาน

ตัวอย่างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

หมายเลขแบบสอบถาม/.....

คำชี้แจง : เป็นแบบสอบถามถึงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัยซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลรายชื่อเพลงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่จะเลือกนำไปฟังในกิจกรรมศิลปะเจริญใจโดยแบ่งรายชื่อเพลงตามแนวดนตรีเพื่อความสะดวกในการคัดเลือก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป โปรดกรอกข้อมูลและทำเครื่องหมาย ในช่องที่ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน.....ปี
4. ศาสนา พุทธ คริสต์
 อิสลาม อื่น ๆ ระบุ
5. ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 มากกว่าปริญญาตรี
6. สถานภาพสมรส โสด คู่
 หม้าย หย่า
 แยกกันอยู่
7. รายได้ (ค่าจ้าง/ค่าตอบแทน/เงินบำนาญ/จากบุตรหลาน) โดยประมาณ.....บาท/เดือน
 พอเพียงกับความต้องการ ไม่พอเพียงกับความต้องการ
8. ผู้ดูแลหลัก มี ไม่มี ความสัมพันธ์
9. แนวดนตรีที่ชอบฟัง (เลือกได้มากกว่า 1)
 เพลงสุนทราภรณ์ เพลงลูกทุ่งสมัยเก่า
 เพลงสากลสมัยเก่า เพลงคลาสสิก
 ดนตรีไทย แนวอื่นๆ โปรดระบุ.....
- ข้อ 10-11 ประเมินและกรอกข้อมูลโดยผู้วิจัย
10. ระยะเวลาดำเนินโรค
 1 1.5
 2 2.5
 3 4
 5
11. การได้รับยาต้านภาวะซึมเศร้า ได้รับ ไม่ได้รับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลรายชื่อเพลงแยกตามแนวดนตรี โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องของชื่อเพลงที่ต้องการฟัง (สามารถเลือกคะแนนแนวดนตรีได้ โดยรวมทั้งหมดให้มีจำนวนเพลงประมาณ 20-30 เพลง)

1. เพลงสุนทราภรณ์

- | | | |
|----------------------|---------------------|----------------------|
| () กระซิบสวาท | () กลิ่นแก้ว | () กลิ่นดอกโศก |
| () กลิ่นราตรี | () กว่าจะรักกันได้ | () กังหันต้องลม |
| () กุญแจใจ | () ขยี้ใจ | () ขวัญข้าว |
| () ขวัญใจเจ้าทวย | () ช่องจิต | () ขอบพบในฝัน |
| () ขอรักคืน | () ขอให้เหมือนเดิม | () คนเรารักกันยาก |
| () ความหมายในดวงตา | () คอยลม | () คำรำพัน |
| () คีนั่น | () คู่ทาส | () ใครจะเมตตา |
| () จันทร์กะพ้อร่วง | () จากรัก | () จุดใต้ตำตอ |
| () จุฬาตรีคูณ | () จวบในใจ | () ใจชายใจหญิง |
| () ฉันทน์เป็นของเธอ | () ฉันทน์ยังคอย | () ชีวิตวอลท์ซ |
| () ชื่นชีวิต | () ดอกไม้กับแมลง | () ดอกไม้ใกล้มือ |
| () ดอนทรายครวญ | () ดาวพระศุกร์ | () ดาวล้อมเดือน |
| () ดำเนินทราย | () ตลิ่งเข้ากรุง | () ตลิ่งดับเพลิงรัก |
| () ตลิ่งลำนำ | () ตลิ่งสากกล | () ตัดสวาท |
| () ตาอินกะตานา | () แต่ก่อนแต่ไร | () ไตรัมมลูลี |
| () ถิ่นไทรยางาม | () ถึงเธอ | () ถึงพี่ |
| () ทรัพย์ทรง | () ทำน้ำ | () ทาสชีวิต |
| () ธารน้ำรัก | () เธอเท่านั้น | () นกเขาไพร |
| () นวลปรางนางหมอง | () นางฟ้าจำแลง | () น้ำตาดาว |
| () เนื้อคู่อยู่ร้าง | () บนลานลั่นทม | () บัวกลางบึง |
| () บ้านเรา | () บ่าวสาวร้าง | () ปวดใจ |
| () ปาหนัน | () ปีศาจจิ้งจอก | () เปล่า |
| () แผ่นดินทอง | () ฝนจำฝน | () ฝนหยาดสุดท้าย |
| () ฝั่งหัวใจ | () ฝันถึงกันบ้างนะ | () ฝากรัก |
| () ฝากหมอน | () พรจุมพิต | () พรพรหม |
| () พรหมลิขิต | () พรานไพร | () พรานรัก |
| () พรานล่อเนื้อ | () พอกันที | () พายเรือพลอดรัก |
| () เพลินเพลงแมมโบ | () เพื่อคุณ | () เพื่อนใจ |

ตัวอย่างแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าข้อใดตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างของแต่ละกิจกรรมที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ความรู้สึก	ไม่เลย (< 1 วัน/ สัปดาห์)	นานๆครั้ง (1-2 วัน/ สัปดาห์)	ค่อนข้างบ่อย (3-4 วัน/ สัปดาห์)	บ่อยครั้ง (5-7 วัน/ สัปดาห์)
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
15. ฉันรู้สึกว่าผู้คนทั่ว ๆ ไปไม่มีความเป็นมิตร				
16. ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน				
17. ฉันมักร้องไห้				
18. ฉันรู้สึกไม่มีความสุข				
19. ฉันรู้สึกว่าผู้คนรอบข้างไม่ชอบฉัน				
20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต				

ตัวอย่างแผนการสอนโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม

วิธีการ	สอนเป็นรายกลุ่มประกอบไปด้วยผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคคลในครอบครัว โดยการให้ข้อมูลด้วยการบรรยายประกอบสื่อการสอน การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการทำกิจกรรมดนตรีประกอบการเคลื่อนไหว
ระยะเวลาในการให้	1 ชั่วโมง 10 นาที
ข้อมูล	
ช่วงเวลาในการให้	สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4
ข้อมูล	
สื่อที่ใช้ในการให้	1. แผนภาพ เรื่อง รอบรู้สู้พาร์กินสัน แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือส่วนแรกมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคพาร์กินสันสำหรับประชาชน ส่วนหลังมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีภาวะซึมเศร้าที่บ้าน
ข้อมูล	2. แผ่นพับ เรื่อง รอบรู้สู้พาร์กินสัน โดยมีหัวข้อและเนื้อหาสอดคล้องกับแผนภาพ
	3. แผ่นซีดีคาราโอเกะ เพลงลูกทุ่ง เพลงลูกกรุง และเพลงสุนทราภรณ์ ที่มีจังหวะปานกลางจนถึงเร็ว มีเนื้อหาของเพลงที่สนุกสนาน ให้อารมณ์ไปในทางบวก สดใส ร่าเริง ไม่เศร้าหมอง
	4. เครื่องเล่น MP3 ที่มีความจุ 500 MB – 1GB พร้อมหูฟัง และไฟล์เพลง MP3 ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกไว้ตามทฤษฎีโดยจัดแบ่งรายชื่อเพลงแยกไว้ตามประเภทเพลงที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบฟังคือ สุนทราภรณ์ ลูกทุ่งสมัยเก่า ดนตรีไทย เพลงสากลสมัยเก่า และเพลงคลาสสิก
	5. คู่มือประกอบโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม แบบตรวจสอบรายการกิจกรรมศิลปะเจริญใจ
ผู้รับผิดชอบ	นายภูริพงษ์ เจริญแพทย์ (ผู้วิจัย)
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณประภรณ์ .
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งเสริมการดำเนินชีวิตให้อยู่กับโรคพาร์กินสัน ครบถ้วนทั้ง 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินค่า
	2. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดในการลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

กิจกรรมที่ 1 : รอบรู้สู่พาร์กินสัน

วัตถุประสงค์เฉพาะ	วิธีการ	สื่อการสอน	เนื้อหา	ระยะเวลา	ประเมินผล
เพื่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับผู้วิจัย	พูดคุยชี้แจง	-	สวัสดีครับ ผมนายภูริพงษ์ เจริญแพทย์ เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะขอให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน และวิธีการดูแลเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ทำให้ท่านและครอบครัวสามารถดูแลซึ่งกันและกัน และสามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ	-	สังเกตความสนใจ ความคุ้นเคย กับผู้วิจัย ท่าทีที่เป็นกันเอง ความพร้อมในการฟัง และความร่วมมือในการวิจัย
การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร	บรรยายประกอบสื่อการสอน	แผนภาพ, แผ่นพับ	โรคพาร์กินสัน โรคพาร์กินสันเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ที่เกิดจากการมีความเสื่อมของเซลล์ประสาทในสมองตรงส่วนที่เรียกว่าซับสแตนเชียไนกรา ที่มีหน้าที่ผลิตสารโดปามีนซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย สาเหตุของความเสื่อมนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ เช่น กรรมพันธุ์ สารเคมี การสูงอายุ เป็นต้น อย่างไรก็ตามการบกพร่องของสารโดปามีนทำให้เกิดอาการและอาการแสดงที่สำคัญ 4 อาการที่แพทย์นำมาใช้เพื่อการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคนี้คือ	30 นาที	สังเกตจากความสนใจในการรับฟัง การบรรยาย การซักถาม

อาการและอาการแสดง

- 1.อาการสั่นบริเวณแขน ขา หัวเข่า หรือมือ เมื่ออยู่ในท่าพัก บางครั้งปลายนิ้วขยับคล้ายเป็นลูกกลอน
- 2.อาการตัวแข็งขยับไม่ได้ อาการกล้ามเนื้อเกร็งบริเวณแขน ขา คอ
- 3.อาการเคลื่อนไหวช้า คิดช้า พูดช้า ไม่สามารถทำกิจกรรม 2 อย่างในเวลาเดียวกันได้ ใบหน้าเฉยเมย เดินไม่แกว่งแขน
- 4.อาการเสียการทรงตัว จุดศูนย์ถ่วงโน้มไปด้านหน้า ทำให้ต้องเดินซอยเท้า

การรักษา

- 1.การรักษาทางยา มี 3 กลุ่ม คือ 1) ยาต้านอาการของโรคพาร์กินสันชนิดอ่อน เช่น โดรเซทิลเมทีล, เบนซีโทรปิน 2) ยาต้านอาการของโรคพาร์กินสันชนิดหนัก เป็นยาที่นิยมใช้ในการรักษามากที่สุด เช่น ลีโดปา, โบรโมครีปทีน, พิโรดิล, พรามิพอกอล, โรพินิรอล, โรทีโกทีน 3) ยาที่ช่วยชะลอความเสื่อมของการดำเนินโรค เช่นยา ซีลีจิลิน, เอนตาคาปิน
- 2.การผ่าตัด เป็นวิธีการผ่าตัดในลักษณะของการฝังเครื่องกระตุ้นด้วยไฟฟ้า deep brain stimulation (DBS) ลงไปในสมอง ช่วยให้อาการเกร็ง สั่น ยุกยิดดีขึ้น
- 3.การทำกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อ



6.กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวหรือมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความแข็งแรงและกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อ ป้องกันข้อติดแข็ง เพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยเหลือตนเอง แต่ไม่ควรทำในขณะที่ยังมีอาการสั่น เกร็งเพราะทำให้เกิดการบาดเจ็บ ไม่ออกกำลังกายหลังรับประทานยาใหม่ๆ

7.ผู้ดูแลควรมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ มีความจริงใจที่จะช่วยเหลือ มีการพูดให้กำลังใจ ให้เวลา ไม่เร่งรีบในขณะให้ผู้สูงอายุพยายามดำเนินงานต่างๆด้วยตนเอง

8.เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พูดความรู้สึก เพื่อระบายความเครียดและภาวะกดดันภายในจิตใจ รับฟังปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ หากิจกรรมอื่นเพื่อขจัดความสนใจของผู้สูงอายุไม่ให้หมกมุ่นอยู่กับปัญหาเดิมๆ เช่น การบำบัดด้วยดนตรี การรวมดนตรีเป็นต้น

9.ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรม ในชุมชน รวมกลุ่มทำกิจกรรมที่ชอบ เพื่อให้ผู้สูงอายุยังรู้สึกว่าคุณเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการยอมรับ ไม่แปลกแยก มีเป้าหมายในการดำรงชีวิต รู้สึกมีคุณค่า



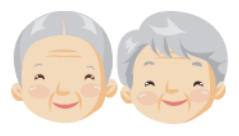
ภาวะแทรกซ้อน

- 1.ภาวะที่ยาหมดฤทธิ์ก่อนจะถึงยามี้อดต่อไป
- 2.อาการยุกยิก
- 3.อาการตอบสนองต่อยาไม่สม่ำเสมอ
- 4.ภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน
- 5.อาการทางจิตเวชเช่นเมื่องมาจากยา
- 6.ภาวะซึมเศร้า
- 7.อาการอื่น ๆ เช่น กลืนลำบาก น้ำลายไหล ท้องผูก กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ความดันตกขณะเปลี่ยนท่า เหนื่อยออกมาก พลัดตกหกล้ม



การดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีภาวะซึมเศร้า

- 1.เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายตนเอง
- 2.ดูแลเรื่องการรับประทานยา ควรพยายามตามเวลาที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ไม่เพิ่ม ลด หรือหยุดยาด้วยตัวเอง ไม่ซื้อยามากินเอง สำหรับยาพาร์กินสันไม่ควรรับประทานพร้อมโปรตีน ควรทานตอนท้องว่างหรือห่างจากมื้ออาหารอย่างน้อย 30 นาที งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างการรักษาด้วยยาด้านซึมเศร้า
- 3.สังเกตอาการข้างเคียง เช่น อาการยุกยิก ปัสสาวะลำบาก ตาพร่า ตาแห้ง ความดันโลหิตลดลงขณะเปลี่ยนท่า ง่วงซึม เห็นภาพหลอน เป็นต้น ควรรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อปรับยา หากมีอาการรุนแรง ได้แก่ หวาดระแวง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ควรพามาพบแพทย์ทันทีไม่ต้องรอถึงวันนัด
- 4.สังเกตและระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
- 5.ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการให้ครบทั้ง 5 หมู่ หมั่นทำความสะอาดปากและฟันเพื่อกระตุ้นดื่มน้ำให้ทำงานดีขึ้น



ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติไป โดยมีอาการเศร้าซึม สิ้นหวังหมดความสนใจต่อสิ่งรอบตัว รู้สึกผิดหวังหรือรู้สึกว่าคุณเองไร้ค่า นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ พบในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้ถึงร้อยละ 20-60 และมีผลทำให้

- 1.อาการของโรคพาร์กินสันรุนแรงขึ้น และส่งผลกลับมามีภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่รุนแรงขึ้นตามไปด้วย
- 2.รู้สึกว่าคุณเองไม่มีค่า หมกมุ่นใจในการดำเนินชีวิต มีสภาพอารมณ์ที่ไม่คงที่ มีความคิดอยากตายและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง
- 3.มีความสัมพันธ์ต่อบุคคลรอบตัวแย่งและเกิดการปลีกตัวออกจากสังคม

รายการอ้างอิง

- 1.ก้องเกียรติ กูณฑ์ไพฑาร. (2553). *ประสาทวิทยาขั้นสูง*. กรุงเทพฯ : พรหมพร (2002) จำกัด
- 2.สมรมาล เจริญบุญ และ ยุทธ พงษ์กาญจนะ. (2555). *อาการโรคจิตในโรคพาร์กินสัน*. *จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย* 1(2) พฤษภาคม-สิงหาคม : 13-14.
- 3.พนธ์ พวงรินทร์. (2548). *พาร์กินสันป้องกันได้*. กรุงเทพฯ : นิตย.
- 4.รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา และศรีชัชชา บุณยาน (2550). *โรครพาร์กินสันรักษาได้*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยโรคพาร์กินสันและศูนย์โรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.
- 5.สิวธรรม อุณาภิรักษ์. (2553). *การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : บุญพิการพิมพ์.
- 6.Pahwa, R. and Lyons, K.E. (2007). *Handbook of parkinson's disease*. 4th ed. New York : Informal healthcare.
- 7.Papapetropoulos, S., Ellul, J., Argyriou, AA, Chroni, E. and Lekka, NP. (2006). The effect of depression on motor function and disease severity of Parkinson's disease. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 108 : 465-469.
- 8.Miller, C.A. (1999). *Nursing care of older adults : theory and practice*, 3rd edis. Philadelphia : Lippincott.
- 9.Stella, F., Barzato, C.E.M., Barasneviu Quagliato, E.M.A. and Viana, M.A. (2008). Depression in patients with Parkinson's disease : Impact on functioning. *Journal of the Neurological Sciences* 272 : 158-163.

จัดทำโดย

นายภูริพงษ์ เจริญแพทย์
 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ ชูวรรณประกรณ์



โรคพาร์กินสันคืออะไร?

โรคพาร์กินสันคือโรคทางระบบประสาทที่เป็นความผิดปกติของการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย มักพบในผู้สูงอายุ โดยยิ่งอายุมากขึ้นอัตราการเกิดโรคก็ยิ่งมากตามไปด้วย ซึ่งอาการของโรคจะมีแนวโน้มแย่งลงเรื่อยๆ และปัจจุบันยังไม่มีทางรักษาให้หายขาด อย่างไรก็ตาม การได้รับการดูแลที่ดีและมีคุณภาพ จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้เต็มศักยภาพได้มากที่สุด

สาเหตุ

เกิดจากความเสื่อมของกลุ่มเซลล์ประสาทในสมองส่วนที่เรียกว่าซับสแตนเชีย โนกรา ที่มีหน้าที่ผลิตสารโดปามีนซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย สาเหตุของความเสื่อมนั้นยังไม่มีทราบแน่ชัด

คู่มือโปรแกรม

การใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการ
การสนับสนุนทางสังคม
: สำหรับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแล



โดย

นายภูริพงษ์ เจริญแพทย์

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณะปกรณ์

คำนำ

คู่มือฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจในโรคพาร์กินสัน ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน รวมทั้งการใช้ดนตรีในการช่วยบำบัดภาวะซึมเศร้า ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือนี้จะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและผู้ดูแล

นายภุริพงษ์ เจริญแพทย์
ผู้จัดทำ

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
รอบรู้สู้พาร์กินสัน	1
- สาเหตุ	2
- อาการและอาการแสดง	3
- การรักษา	5
- ภาวะแทรกซ้อน	7
- ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน	8
- ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า	10
- การดูแล	11
คีตะเจริญใจ	26
- ดนตรีบำบัด	27
- ประโยชน์ของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้า	27
- กิจกรรมคีตะเจริญใจ	29
รายการอ้างอิง	32
ภาคผนวก	33
- แบบตรวจสอบรายการการฟังดนตรีบำบัด	34
- แบบบันทึกอาการประจำวันโรคพาร์กินสัน	35





สาเหตุ

โรคพาร์กินสันเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เกิดจากความเสื่อมของเซลล์ประสาทในสมองส่วนซับสแตนเชีย โนกรา ที่ใช้ผลิตสารโดปามีน ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย สาเหตุของความเสื่อมนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ เช่น กรรมพันธุ์ สารเคมี การสูงอายุ เป็นต้น

ตัวอย่างแบบตรวจสอบรายการการฟังดนตรีบำบัด

สัปดาห์ที่ 1			สัปดาห์ที่ 2		
ครั้งที่	วันที่	เวลา	ครั้งที่	วันที่	เวลา
1.			1.		
2.			2.		
3.			3.		
4.			4.		
5.			5.		
6.			6.		
7.			7.		

สัปดาห์ที่ 3			สัปดาห์ที่ 4		
ครั้งที่	วันที่	เวลา	ครั้งที่	วันที่	เวลา
1.			1.		
2.			2.		
3.			3.		
4.			4.		
5.			5.		
6.			6.		
7.			7.		

ตัวอย่างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง : ตลอดระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาท่านได้รับสิ่งเหล่านี้หรือไม่ โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่สุด

การสนับสนุนด้านอารมณ์			
ข้อที่	รายการ	ได้รับ	ไม่ได้รับ
1.	การดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด		
2.	.....	
3.	.....	
4.	.....	
5.	การให้กำลังใจในการดำเนินชีวิต		
การสนับสนุนด้านทรัพยากร			
ข้อที่	รายการ	ได้รับ	ไม่ได้รับ
1.	ความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเมื่อต้องการ		
2.	.....	
3.	.....	
4.	.....	
5.	ความช่วยเหลือเมื่อต้องการเดินทางออกนอกบ้าน		
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร			
ข้อที่	รายการ	ได้รับ	ไม่ได้รับ
1.	ความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันและภาวะซึมเศร้า		
2.	.....	
3.	.....	
4.	.....	
5.	โอกาสในการซักถามเรื่องที่สงสัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย		
การสนับสนุนด้านการประเมินค่า			
ข้อที่	รายการ	ได้รับ	ไม่ได้รับ
1.	การแสดงความชื่นชมเมื่อปฏิบัติตัวถูกต้องตามคำแนะนำ		
2.	.....	
3.	.....	
4.	.....	
5.	การเคารพยกย่องจากคนในครอบครัว		



ภาคผนวก ง
ภาพกิจกรรมการดำเนินการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาพแสดงการสัมภาษณ์เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า



ภาพแสดงกิจกรรมในโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม







ภาพแสดงการเยี่ยมบ้าน





ภาคผนวก จ
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 4 แสดงผลการทดสอบการกระจายตัวของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองในกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov one-sample test

Kolmogorov-Smirnov One-Sample Test

		กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
N		20	20
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	25.45	25.85
	Std. Deviation	3.762	4.511
Most Extreme Differences	Absolute	.098	.117
	Positive	.098	.117
	Negative	-.060	-.065
Kolmogorov-Smirnov Z		.436	.522
Asymp. Sig. (2-tailed)		.991	.948

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.



ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้ารายบุคคล ก่อนและหลัง การทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ลำดับที่	กลุ่มควบคุม (n=20)			กลุ่มทดลอง (n=20)		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	d	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	d
1	20	21	1	31	17	-14
2	24	24	0	22	15	-7
3	23	25	2	27	17	-10
4	24	27	3	28	22	-6
5	20	23	3	35	21	-14
6	22	22	0	24	13	-11
7	28	26	-2	20	14	-6
8	31	27	-4	24	17	-7
9	30	34	4	28	12	-16
10	25	26	1	25	12	-13
11	26	27	1	30	19	-11
12	25	25	0	28	16	-12
13	29	28	-1	34	16	-18
14	33	35	2	21	13	-9
15	27	27	0	26	14	-12
16	19	21	2	22	12	-10
17	28	27	-1	26	12	-14
18	23	22	-1	19	12	-7
19	25	24	-1	27	16	-11
20	27	28	1	20	12	-8

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนรอบในการฟังเพลงและคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลอง

ลำดับที่	จำนวนรอบการฟังเพลง				รวม	คะแนนการสนับสนุนทางสังคม
	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4		
1	28	16	18	32	94	18
2	5	7	11	6	29	14
3	14	16	18	19	67	14
4	9	10	8	12	39	15
5	15	16	15	18	64	20
6	30	36	33	28	127	12
7	11	12	10	10	43	16
8	8	7	7	7	29	16
9	32	28	34	36	130	20
10	25	23	18	24	100	18
11	8	16	18	19	61	16
12	18	21	24	20	83	20
13	40	24	28	36	128	20
14	17	18	18	16	69	16
15	18	24	20	19	21	20
16	20	16	14	15	65	17
17	16	32	38	23	109	20
18	14	10	15	18	57	14
19	4	10	7	8	25	20
20	7	4	20	22	53	18

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนรอบการฟังเพลง (PLAYS) คะแนนการสนับสนุนทางสังคม (SS) ผลต่างคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง (CESDdif)

Correlations

		CESDdif	PLAYS
CESDdif	Pearson Correlation	1	-.793 ^{**}
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	20	20
PLAYS	Pearson Correlation	-.793 ^{**}	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	20	20

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		CESDdif	SS
CESDdif	Pearson Correlation	1	-.669 ^{**}
	Sig. (2-tailed)		.001
	N	20	20
SS	Pearson Correlation	-.669 ^{**}	1
	Sig. (2-tailed)	.001	
	N	20	20

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		PLAYS	SS
PLAYS	Pearson Correlation	1	.273
	Sig. (2-tailed)		.245
	N	20	20
SS	Pearson Correlation	.273	1
	Sig. (2-tailed)	.245	
	N	20	20

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายภูริพงษ์ เจริญแพทย์ เกิดเมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2522 ที่ จ.สุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาโดยเรียงตามลำดับดังนี้ ระดับประถมศึกษา โรงเรียนพุทธยาธรรม จ.สุราษฎร์ธานี ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสาธิตสถาบันราชภัฏสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี ระดับปริญญาตรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี จ.ราชบุรี ปัจจุบันกำลังศึกษาต่อระดับมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาล ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จ.กรุงเทพฯ ประวัติการทำงาน ได้บรรจุเป็นข้าราชการพลเรือนในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 3 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย สถาบันประสาทวิทยา เมื่อปี พ.ศ. 2545 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ หอผู้ป่วยประสาทวิทยาชาย สถาบันประสาทวิทยา



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY