

ผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน*

กริพงษ์ เจริญแพทย์ พย.ม**
ทัศนาศูววรรณะปรกรณ์ Ph.D***

บทคัดย่อ : วัตถุประสงค์ของการวิจัย : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

การออกแบบวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง

การดำเนินการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคพาร์กินสันทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับบริการในคลินิกพาร์กินสัน หอผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โปรแกรมการทดลองใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมกลุ่มรอบรู้ผู้พาร์กินสัน 2) กิจกรรมกลุ่มศิลปะสัมพันธ์ จัดในโรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง 3) กิจกรรมรายบุคคลที่เจาะใจ จัดต่อเนื่องที่บ้านอย่างน้อยวันละครั้ง ไม่ต่ำกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ โปรแกรมนี้ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D ฉบับภาษาไทยของ Radloff วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัย : พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน หลังจากได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ : การนำโปรแกรมนี้ไปใช้ควรมีการปรับรายละเอียดของกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยหรือกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่ โดยยึดหลักปฏิบัติและมาตรฐานของกิจกรรมเช่นเดียวกัน ครอบคลุมทั้งดนตรีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคม

วารสารสภาการพยาบาล 2559; 31(1) 44-55

คำสำคัญ : ดนตรีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ โรคพาร์กินสัน

*วิทยาลัยนันทบำบัดศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันประสาทวิทยา E-mail : zitdara@hotmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โรคพาร์กินสันคือ ร้อยละ 20-66¹⁻² และพบสูงถึง ร้อยละ 50 ในประเทศไทย³ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคพาร์กินสันทำให้อาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น รวมถึงระยะการดำเนินโรคลงชันลงจนเสียชีวิตเร็วกว่าที่ควรจะเป็น⁴ แนวทางการรักษาภาวะซึมเศร้าของแพทย์ ในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันนั้นไม่แตกต่างจากการรักษา ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั่วไป คือ ใช้ยาด้านภาวะ ซึมเศร้าในการรักษาเป็นหลัก⁵ ถึงแม้ว่าจะลดระดับ ภาวะซึมเศร้าได้ดี แต่ก็พบผลข้างเคียงจากยาหลาย ประการ⁶ อีกทั้งยาด้านภาวะซึมเศร้าบางชนิดยังมี ปฏิกิริยาระหว่างกันกับยารักษาโรคพาร์กินสัน⁷ จึงทำให้ ยากต่อการปรับยาในการรักษา ดังนั้นการค้นหาวิธีการ บำบัดโดยไม่ใช้ยาเพื่อเสริมการรักษาจึงมีความจำเป็น อย่างยิ่งเพื่อลดการใช้ยา จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าวิธีการบำบัดที่ได้ผลดีมาอย่างหนึ่ง คือ ใช้วิธี การเพื่อเพิ่มระดับของซีโรโตนินร่วมกับการช่วยเหลือ ทางจิตสังคม⁸

ดนตรีบำบัดเป็นกระบวนการอีกอย่างหนึ่งที่สามารถช่วยเพิ่มระดับซีโรโตนินได้โดย Murrock and Higgins⁹ ได้พัฒนาทฤษฎีดนตรี อารมณ์ และการ เคลื่อนไหว (music mood and movement) ขึ้น ตาม แนวคิดที่ว่าดนตรีทำให้มีการตอบสนองทางอารมณ์ ภายในจิตใจและการตอบสนองทางกายภาพจนนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น เนื่องจากส่วนประกอบ ของจังหวะ ทำนอง ระดับเสียง และความกลมกลืน ของเสียง สามารถผ่านเข้าสู่ระบบประสาทส่วนลิมบิก (limbic system) แล้วไปกระตุ้นการสร้างและการทำงานของสารสื่อประสาทที่สำคัญคือ ซีโรโตนิน ช่วยปรับ อารมณ์เป็นด้านบวก จัดอารมณ์ด้านลบ และหากผู้ฟัง ได้เลือกเพลงตามภูมิหลังของความชอบและวัฒนธรรม

หรือมีความพึงใจต่อเพลงที่นำมาบำบัดก็จะยิ่งทำให้ ผลของการบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น¹⁰ จากการ ทบทวนวรรณกรรม พบว่าดนตรีบำบัดจะให้ประสิทธิภาพ สูงคือ ใช้ระยะเวลาในการฟัง 20-60 นาทีต่อครั้ง และความถี่ไม่ต่ำกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยพบว่า ดนตรีบำบัดสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้หลังจากการ บำบัด 4 ครั้ง และจะมีประสิทธิภาพสูงสุดหากได้รับ ดนตรีบำบัดจำนวน 16 ครั้งขึ้นไป¹¹⁻¹²

การสนับสนุนทางสังคมเป็นวิธีการทางจิตสังคม ที่ช่วยให้บุคคลตั้งเช่นผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม รับมือกับ ความเครียด จัดการกับปัญหา รับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง และมีความมั่นคงทางอารมณ์¹³ House¹⁴ ได้แบ่งการ สนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ การสนับสนุน ทางด้านอารมณ์ (emotional support) การสนับสนุน ทางด้านทรัพยากร (instrumental support) การสนับสนุน ทางด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) และการ สนับสนุนทางด้านการประเมินค่า (appraisal support) ทั้งนี้มีรายงานการศึกษายืนยันว่า การสนับสนุนทาง สังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูง อายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคพาร์กินสัน ในทางตรงกันข้ามการขาดการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ภาวะซึมเศร้ามีความรุนแรงขึ้น¹⁵⁻¹⁶

อย่างไรก็ตามงานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาผล ของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั่วไป¹⁷⁻¹⁹ บางการศึกษาในผู้ป่วยพาร์กินสันเป็นการศึกษาโดย ภาพรวมถึงผลของดนตรีต่ออาการแสดงทางกาย มากกว่าเป้าหมายเพื่อลดภาวะซึมเศร้า²⁰⁻²¹ นอกจากนี้ พบงานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันในเชิงหาความ สัมพันธ์¹⁵⁻¹⁶ ยังไม่พบการใช้แนวคิดการสนับสนุนทาง สังคมในโปรแกรมการพยาบาลเพื่อช่วยลดภาวะ

ซึมเศร้าในผู้สูงอายุพาร์กินสันมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมในการใช้ในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ในงานวิจัยนี้ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการอาการแสดง ปัญหาทางสุขภาพ หรือภาวะแทรกซ้อนด้านอื่น ๆ ในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันแต่อย่างใด

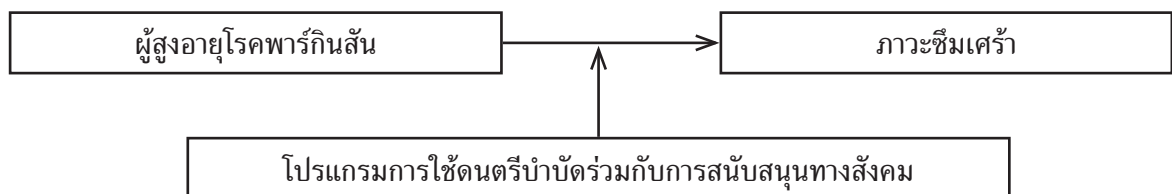
กรอบแนวคิดการวิจัย

Murrock and Higgins⁹ ได้อธิบายไว้ว่า ดนตรีจะทำให้บุคคลมีการตอบสนอง 2 ส่วน คือ การตอบสนองภายในจิตใจจนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และการตอบสนองทางกายภาพจนเกิดการเคลื่อนไหวของร่างกาย ทั้งหมดนี้จะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นเนื่องจากส่วนประกอบของดนตรีอันได้แก่ จังหวะ ทำนอง ระดับเสียง และความกลมกลืนของเสียง เมื่อผ่านเข้าสู่ระบบประสาทลิมบิกจะไปกระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาทออกมาโดยเฉพาะอย่างยิ่งซีโรโทนินจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกสงบ ผ่อนคลาย หรือ ตื่นเต้นดีใจ ขึ้นอยู่กับลักษณะของดนตรีที่ได้ยิน ระบบประสาทพาราซิมพาติกทำงานเด่นขึ้นผู้ป่วยพาร์กินสันมีจิตใจและร่างกายผ่อนคลายมากขึ้น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันลดลงตามมา

House¹⁴ ได้อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลให้การช่วยเหลือ สนับสนุนด้านอารมณ์ ให้ความรัก การเอาใจใส่ ให้สิ่งของ ให้คำแนะนำ ความรู้ตลอดจนการส่งเสริมให้ยอมรับความเป็นตัวตนจากการเรียนรู้และประเมินตนเอง การสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับความเครียด จัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม รู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง และมีความมั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลต่ออาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่ให้ดีขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร 3) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร 4) การสนับสนุนทางด้านการประเมินค่า

งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีดนตรี อารมณ์ และการเคลื่อนไหว ของ Murrock and Higgins⁹ และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House¹⁴ มาใช้เป็นกรอบในการสร้างโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มรอบรู้ผู้พาร์กินสัน กิจกรรมกลุ่มคีตะสัมพันธ์ กิจกรรมรายบุคคลคีตะเจริญใจ ซึ่งทั้งหมดเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน และมีระดับซีโรโทนินในร่างกายเพิ่มขึ้น

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถอธิบายได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม 2) เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1) ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2) ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมีระดับของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีภาวะซึมเศร้า เพศชายและเพศหญิง อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีภาวะซึมเศร้าทั้ง เพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับบริการในคลินิกพาร์กินสัน หอผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา กำหนดขนาดอิทธิพลในระดับกลางที่ .60 ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของการกำหนดขนาดอิทธิพลในการวิจัยทางการแพทย์ (.40 - .60)²² โดยใช้อำนาจทดสอบที่ร้อยละ 80 และนัยสำคัญทางสถิติ .05 เทียบจากตารางสำเร็จรูปของ

Burns & Grove²² ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 14 คน รวมทั้งหมดเป็น 28 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกไม่ต่ำกว่าร้อยละ 20 ซึ่งผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มละ 6 คน รวมได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน จากนั้นทำการคัดลอกรายชื่อผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันทั้งหมด ที่มารับการรักษาในคลินิกพาร์กินสัน หอผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา แล้วทำการจับสลากแบบไม่แทนที่ เพื่อให้ได้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันจำนวน 120 คน หรือคิดเป็น 3 เท่าจากกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าไม่สามารถพบได้ในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันทุกราย โดยพบร้อยละ 20-66¹⁻² จากนั้นจึงคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในวันที่ผู้สูงอายุมารพบแพทย์ตามนัดปกติ โดยพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ระบุ ได้แก่ มีภาวะซึมเศร้า ความชอบทางดนตรี ไม่ได้รับยาต้านภาวะซึมเศร้า มีผู้ดูแลหลัก เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แล้วจัดสรรเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการสุ่ม ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ จนได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเป็นการเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item ของ Radloff²³ ฉบับภาษาไทยของ ธวัชชัย วรพงษ์ธร และคณะ²⁴ ประกอบไปด้วยคำถาม 20 คำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-60 คะแนน และมีจุดตัดคะแนนคือ มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน มีค่า CVI = .98

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Murrock and Higgins⁹ และ House¹⁴

โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมกลุ่มรอบรู้ผู้พาร์กินสัน กิจกรรมกลุ่มคีตะสัมพันธ์ กิจกรรมรายบุคคลคีตะเจริญใจ ดำเนินกิจกรรมผ่านแผนการสอน แผนภาพ แผ่นพับ คู่มือประกอบโปรแกรมฯ เครื่องเล่น MP3 และเพลงที่เหมาะสมในการนำมาบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าซึ่งมีลักษณะดังนี้ 1) จังหวะ มีความสม่ำเสมอความเร็ว 80-160 ครั้ง/นาที 2) ทำนอง มีความต่อเนื่องของตัวโน้ต ใช้แนวทำนองที่ตรงกับวัฒนธรรม ภาษาของผู้ฟัง เป็นที่รู้จักและคุ้นเคย มีลีลาของเสียงที่สดใส เจิดจ้า 3) ความถี่ของเสียงไม่ต่ำหรือสูงเกินไป และเสียงไม่ควรงดเกิน 85 เดซิเบล 4) การเรียบเรียงเสียงสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ไม่มีเสียงโดด และมีการประสานของเสียงกันอย่างลงตัว มีความโปร่ง ไม่หนาจนหนืดหรือบางจนจาง²⁵⁻²⁷ 5) ผู้สูงอายุจะเป็นผู้เลือกรายชื่อเพลงตามประเภทของดนตรีที่ชอบ¹⁰

โดยแผนการสอนของโปรแกรมฯ มีค่า CVI = .98 และแผนภาพ แผ่นพับ เพลง รวมถึงคู่มือประกอบโปรแกรมฯ มีค่า CVI = .97

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ 1) แบบตรวจสอบรายการ (checklist) กิจกรรมคีตะเจริญใจ เพื่อบันทึกชุดเพลง วัน เวลา ที่ผู้สูงอายุรับฟังดนตรีในแต่ละครั้ง 2) โปรแกรม iTunes เพื่อใช้ในการตรวจสอบจำนวนรอบของการฟังเพลงจากเครื่อง MP3 3) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House¹⁴ โดยผู้สูงอายุต้องมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง (12-20 คะแนน) หลังเข้าโปรแกรมครบ 4 สัปดาห์ ซึ่งเครื่องมือกำกับการทดลอง มีค่า CVI = .99

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของเครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ อาจารย์แพทย์เฉพาะทางผู้เชี่ยวชาญด้าน

ประสาทวิทยา 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านดนตรีบำบัด 1 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงด้านผู้สูงอายุ 1 คน

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item ของ Radloff²³ ฉบับภาษาไทยของ ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ²⁴ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยจำนวน 30 คน (try out) จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงภายในด้วยวิธีการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช พบว่ามีค่า .89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการภายใต้เอกสารรับรองการทำวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร โดยได้รับการอนุมัติตามเอกสารเลขที่ 025/2557 เมื่อ 8 เมษายน 2557 ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างเริ่มจากการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการให้การพยาบาล การบริการ หรือการบำบัดรักษาที่ต้องได้รับแต่อย่างใด ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นในการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในอนาคต และข้อมูลที่ได้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขณะทำการเก็บข้อมูล หากมีภาวะแทรกซ้อนหรือมีความเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที และสามารถแจ้งขอออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดต่อการรักษาพยาบาล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านความรู้ เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยาให้สามารถดำเนินการวิจัยในสถาบันประสาทวิทยาได้ จึงเริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนเมษายน 2557 ถึงเดือนมิถุนายน 2557 ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยดังนี้

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบถ้วน อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มควบคุม การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง แล้วให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item ดูแลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ

สัปดาห์ที่ 4 เก็บข้อมูลแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item อีกครั้ง

ทั้งนี้หลังการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมต้องการเข้าร่วมโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองก็สามารถทำได้ตามความสมัครใจเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกัน

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบถ้วน อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง การ

พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง แล้วให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรืออาสาสมัคร จากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item ดูแลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 เป็นเวลา 1 ชม. 10 นาที แบ่งเป็น 3 กิจกรรมคือ

กิจกรรมกลุ่มรอบรู้สู่พาร์กินสัน (40 นาที) เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน และความรู้เรื่องการดูแล แก่ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน/ครอบครัว/ผู้ดูแล และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแลมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน การดูแลตนเอง โดยมีผู้วิจัยคอยเสริมความรู้หรือคำแนะนำที่ถูกต้องตามหลักการพยาบาล ส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น การให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการต่อสู้กับโรคและการดำเนินชีวิต ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว แปรกแยก

กิจกรรมกลุ่มศิลปะสัมพันธ์ (20 นาที) เป็นกิจกรรมบันเทิงแบบกลุ่มโดยใช้ดนตรี ได้แก่ การร้องเพลงคาราโอเกะ การเต้นลีลาศในจังหวะง่ายๆ เพื่อเป็นสื่อกลางในการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน มีประโยชน์ในการผ่อนคลายอารมณ์ ทำให้เกิดความสุขสนุกสนานเพลิดเพลิน ช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหว

กิจกรรมรายบุคคลศิลปะเจริญใจ (10 นาที) เป็นการแนะนำการใช้ดนตรีกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารสื่อประสาทเพื่อช่วยปรับอารมณ์ในทางบวกของจิตใจ โดยใช้บทเพลงที่ผู้สูงอายุชื่นชอบและเป็นผู้เลือกด้วยตนเองจากจำนวนบทเพลงที่ผู้วิจัยได้คัดสรรเอาไว้แล้วว่าเหมาะในการนำมาใช้เพื่อบำบัดภาวะซึมเศร้า และให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลร่วมกันจัดกิจกรรมนี้ทุกวันวันละครั้งนาน 20 นาทีต่อวัน เป็น

เวลา 4 สัปดาห์ ขณะทำกิจกรรมผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล สามารถส่งเสียงร้อง เคลื่อนไหวไปตาม จังหวะเพลงได้ตามสะดวก

จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างนำกิจกรรมคีตะเจริญใจ ไปดำเนินการต่อด้วยตนเองที่บ้าน และติดตามกำกับ การดำเนินกิจกรรมโดยการสอบถามทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 2-3 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านช่วง ต้นสัปดาห์ 1 ครั้ง/สัปดาห์ และสอบถามทางโทรศัพท์ ช่วงกลางสัปดาห์ 1 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อเปิดโอกาสให้ ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลสอบถามถึงปัญหา ข้อสงสัย เกี่ยวกับโรค การดูแล และการปฏิบัติตัว รวมถึงอธิบายหรือให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์เพิ่มเติม ให้ข้อมูลย้อนกลับในการประเมินตนเองแก่ผู้สูงอายุ กระตุ้นให้ครอบครัวและผู้ดูแลคอยให้กำลังใจ เอาใจใส่ ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการกำกับให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินการกิจกรรม คีตะเจริญใจได้ตามโปรแกรม

สัปดาห์ที่ 4 ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมิน ติดตามกำกับให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูง อายุของผู้ดูแลและครอบครัว และการดำเนินกิจกรรม คีตะเจริญใจอย่างต่อเนื่อง จำนวน 1 ครั้งในช่วงต้น สัปดาห์ โทรศัพท์เพื่อนัดหมายผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและ ครอบครัวอีก 1 ครั้งในช่วงกลางสัปดาห์ เพื่อมาพบ บริเวณห้องที่จัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลในวันพบแพทย์ ตามปกติ โดยนัดให้มาก่อนเวลา 1 ชั่วโมงเพื่อดำเนิน กิจกรรมกลุ่ม 2 กิจกรรมคือ กิจกรรมกลุ่มคีตะสัมพันธ์ ครั้งที่ 2 (40 นาที) กิจกรรมกลุ่มรอบรู้สู่พาร์กินสัน ครั้งที่ 2 (20 นาที) ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุประเมินการ สนับสนุนทางสังคมที่ได้รับตลอดทั้ง 4 สัปดาห์ หลัง เสร็จสิ้นกิจกรรมทั้งหมดจึงดำเนินการเก็บข้อมูล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item อีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ผลโดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีการดำเนินการวิเคราะห์ออกเป็นขั้นตอนต่างๆ ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ 2) คำนวณค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อน และหลังการทดลอง 3) ทดสอบการกระจายตัวของ คะแนนภาวะซึมเศร้าทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ว่ามีการกระจายตัวเป็นแบบโค้งปกติด้วยการใช้สถิติ kolmogorov-smirnov one-sample test 4) วิเคราะห์ ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้าระหว่าง กลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ independent t-test และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ระดับ .05 5) วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระดับ ภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มโดยใช้ สถิติ dependent t-test และกำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติอยู่ที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57.5 มีอายุเฉลี่ยคือ 69.78 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 35 มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 16,225 บาท ร้อยละ 85 คิดว่ารายได้มีความพอเพียงดี กลุ่มตัวอย่างทุกคนมี ผู้ดูแลหลักเมื่ออยู่ที่บ้าน ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ เป็นบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 40 ชอบฟังดนตรีแนว สุนทราภรณ์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.5 มีระยะเวลา ในการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันเฉลี่ย 6.35 ปี มีระยะ การดำเนินโรคระยะที่ 2.5 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่ได้รับยาต้านภาวะซึมเศร้าขณะ

เข้าร่วมการวิจัย และคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมหลังการทดลองคือ 17.2

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัด ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ภายในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อน

และหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน สำหรับกลุ่มทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ค่าเฉลี่ยคะแนน ภาวะซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		$\bar{d}$	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

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัด ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม

ทดลอง ไม่แตกต่างกัน สำหรับหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ($n_1 = n_2 = 20$)

ค่าเฉลี่ยคะแนน ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	df	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ก่อนการทดลอง	25.45	3.76	25.85	4.51	-.31	38	.76
หลังการทดลอง	25.95	3.69	15.10	3.08	10.10	38	.00

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประยุกต์แนวคิดของดนตรีบำบัดและการให้การสนับสนุนทางสังคมมา จัดเป็นโปรแกรมทางการพยาบาล เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ตามการศึกษาของ Frisina et al.⁸ ที่พบว่าปัจจัยทางสรีรศาสตร์และปัจจัยทางจิตสังคมต่างก็มีน้ำหนักต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในโรคพาร์กินสันเท่าๆ กัน ดังนั้นการรักษา

ควรเป็นการรักษาแบบบูรณาการ โดยนำ 2 แนวคิดที่สามารถแก้ไขตามปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ได้แก่ แนวคิดทฤษฎีดนตรี อารมณ์ และการเคลื่อนไหว ของ Murrock and Higgins⁹ เพื่อแก้ไขปัจจัยทางสรีรศาสตร์ และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House¹⁴ เพื่อแก้ไขปัจจัยทางจิตสังคม โดยผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chan et al.¹⁸ ที่นำแนวคิดของ Murrock

and Higgins⁹ มาศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยเป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในบ้านประเทศสก็อตแลนด์ พบว่าระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และแม้ว่าปัจจุบันยังไม่พบงานวิจัยที่นำแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House¹⁴ มาใช้ในโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้า แต่การศึกษาวิจัยเชิงความสัมพันธ์และทำนายหลายงานวิจัยก็ชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงและระยะเวลาที่มีภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันโดยเฉพาะงานวิจัยของ Cheng et al.¹⁵ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน พบว่าความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น การดำเนินโรคในระยะหลังและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าจึงเป็นการพิสูจน์ว่าสามารถนำการสนับสนุนทางสังคมมาสร้างเป็นโปรแกรมทางการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้จริง

นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบงานวิจัยที่ใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของ Chan et al.¹⁷ และ Chan et al.¹⁸ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังทดลองเมื่อเทียบกับก่อนทดลองลดลงร้อยละ 51.22 และ 33.09 ตามลำดับ ขณะที่งานวิจัยฉบับนี้ลดลงถึงร้อยละ 58.41 เมื่อพิจารณาถึงรายละเอียดของกิจกรรมในงานวิจัยของ Chan et al.¹⁷ และ Chan et al.¹⁸ เป็นการจัดกิจกรรมดนตรีบำบัดรายบุคคล ครั้งละ 30 นาทีเป็นจำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ นาน 4-8 สัปดาห์ และผู้ดูแลไม่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว ซึ่งมี

ความแตกต่างกับกิจกรรมในโปรแกรมของงานวิจัยฉบับนี้ที่จัดให้มีกิจกรรมดนตรีบำบัดครั้งละ 20 นาทีเป็นจำนวนอย่างน้อย 7 ครั้งต่อสัปดาห์ นานติดต่อกัน 4 สัปดาห์ อีกทั้งยังส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกกิจกรรมของโปรแกรมโดยเน้นการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และทรัพยากรเป็นหลัก จึงพอสรุปได้ว่าการจัดกิจกรรมดนตรีบำบัดด้วยความถี่ที่มากกว่าและส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมตลอดทั้งกิจกรรมจะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ดีกว่า

อีกทั้งผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ของงานวิจัยนี้เป็นผู้สูงอายุวัยต้นที่สุขภาพแข็งแรง มีรายได้พอเพียงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงเป็นปัจจัยพื้นฐานต่อความร่วมมือและความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมของโปรแกรม ยิ่งไปกว่านั้นแนวเพลงของงานวิจัยนอกจากจะมีความเหมาะสมต่อการนำมาบำบัดแล้วยังเป็นเพลงอมตะที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้มีโอกาสเลือกเพลงที่ชอบด้วยตนเองทำให้เกิดความเพลิดเพลินขณะฟัง ไม่รู้สึกเบื่อหน่าย จนสามารถฟังได้วันละหลายๆ รอบนั่นเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหาร ควรพิจารณาจัดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและมีความเข้าใจในความเป็นปัจเจกของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เพื่อดำเนินโปรแกรม อีกทั้งควรจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ให้เหมาะสมต่อการจัดกิจกรรมกลุ่มดนตรี นอกจากนี้ควรมีการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมพาร์กินสันภายในโรงพยาบาล/สถาบัน อย่างเป็นทางการ เพื่อเป็นศูนย์รวมในการเผยแพร่ข่าวสาร จัดกิจกรรม หรือให้การสนับสนุนทางสังคมในด้านอื่นๆ แก่ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันต่อไป

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมนี้ แม้จะได้ผลการวิจัยเป็นที่น่าพอใจ

แต่การนำโปรแกรมฯหรือผลการวิจัยไปใช้ควรมีการปรับรายละเอียดของกิจกรรมหรือส่วนย่อยของกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยหรือกลุ่มเป้าหมายในการจัดโปรแกรมฯให้แต่ละครั้ง แต่ยังคงยึดแนวมาตรฐานของกิจกรรมไว้ เช่น เพลงที่นำมาให้กลุ่มเป้าหมาย การคัดเลือกต้องมีความเหมาะสมตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ในงานวิจัย แต่ปรับเปลี่ยนแนวเพลงตามความชอบของกลุ่มเป้าหมายได้ เช่น เพลงไทยสากล เพลงร็อค เพลงบลูส เป็นต้น หรือการให้การสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้านควรปรับให้เหมาะสมความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย โดยให้น้ำหนักในด้านที่ขาดก่อนด้านอื่นเป็นต้น

3. ด้านการศึกษาวิจัย ควรนำผลการวิจัยนี้ไปเป็นข้อมูลในการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้ดนตรีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Dissanayaka NNW, Sellbach A, Silburn PA, O'Sullivan JD, Marsh R, Mellick GD. Factors associated with depression in Parkinson's disease. *J Affect Disord* 2011; 132(1-2): 82-8. doi: 10.1016/j.jad.2011.01.021
2. Yamamoto, M. Depression in Parkinson's disease : its prevalence, diagnosis, and neurochemical background. *J Neurol*, 2001;248(Suppl3): iii/5-iii/11.
3. Bhidayasiri R. Clinical practice guideline for diagnosis and management of Parkinson's disease. Bangkok: Chulalongkorn center of excellence for Parkinson's disease and related disorders, King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society; 2010. (in Thai)
4. Stella F, Banzato CEM, Barasnevičius Quagliato EMA, Viana MA. Depression in patients with Parkinson's disease : Impact on functioning. *J Neurol Sci* 2008;272: 158-63. doi: 10.1016/j.jns.2008.05.018
5. Baldwin RC. Depression in later life. New York: Oxford University Press; 2010.
6. Akwarangkoon S. To know, understand and care the depression in person. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2010. (in Thai)
7. McDonald WM, Richard IH, DeLong MR. Prevalence, etiology, and treatment of depression in Parkinson's disease. *Biol Psychiatry* 2003;54(3): 363-75. doi: 10.1016/S0006-3223(03) 00530-4
8. Frisina PG, Borod JC, Foldi NS, Tenenbaum HR. Depression in Parkinson's disease : health risk, etiology, and treatment option. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2008; 4(1): 81-91.
9. Murrock CJ, Higgins PA. The theory of music, mood and movement to improve health outcomes. *J Adv Nurs* 2009;65(10): 2249-57. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05108.x
10. McDonald RAR, Kreutz G, Mitchell L. Music, health & wellbeing. New York: Oxford University Press; 2012.
11. Gold C, Solli HP, Kruger V, Lie SA. Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders : systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2009;29(3): 193-207. doi: 10.1016/j.cpr.2009.01.001
12. Maratos A, Gold C, Wang X, Crawford M. Music therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1): 1-13. doi: 10.1002/14651858.CD004517.pub2.
13. Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BH. Social support measurement and intervention : a guide for health and social scientists. New York: Oxford University Press; 2000.

14. House JS. Work stress and social support. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing; 1981.
15. Cheng Y, Liu C, Mao C, Qian J, Liu K, Ke G. Social support plays a role in depression in parkinson's disease : a cross-section study in a Chinese cohort. Parkinsonism Relat Disord 2008; 14(1): 43-5. doi: 10.1016/j.parkreldis.2007.05.011
16. Simpson J, Haines K, Lekwuwa G, Wardle J, Crawford T. Social support and psychological outcome in people with Parkinson's disease: evidence for a specific pattern of associations. Br J Clin Psychol 2006; 45(4): 585-90. doi: 10.1348/014466506 X96490
17. Chan MF, Chan EA, Mok E. Effect of music on depression and sleep quality in elderly people : a randomised controlled trial. Complement Ther Med 2010;18(3-4): 150-9. doi: 10.1016/j.ctim.2010.02.004
18. Chan MF, Wong ZY, Onishi H, Thayala NV. Effect of music on depression in older people : a randomized controlled trial. J Clin Nurs 2012;21(5-6): 776-83. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03954.x
19. Piboon K, Inchai P, Smith I. The effect of music therapy on depressed older adults. Journal of Nursing and Education 2009;2(3): 101-2. (in Thai)
20. de Drue MJ, van der Wilk ASD, Poppe E, Kwakkel G, van Wegen EEH. 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 Relat Disord 2012; 18s1: s114-9.
21. Hayashi A, Nagaoka M, Mizuno Y. Music therapy in parkinson's disease : improvement of parkinsonian gait and depression with rhythmic auditory stimulation. Parkinsonism Relat Disord 2006;12: S76. doi: 10.1016/j.parkreldis.2006.05.026
22. Burns N, Grove SK. Study guide for the practice of nursing research : conduct, critique and utilization. 5th ed. St. Louis (Mo): Mosby Elsevier; 2005.
23. Radloff LS. The CES-D scale : a self-report depression scale for research in general population. Applied Psychological Measurement 1977;1(3): 385-401. doi: 10.1177/0146621677 00100306
24. Vorapongsathron T, Pundee V, Triumchaisri S. Reliability of The CES-D Thai version. Journal of Clinical Psychology 1990;21(2): 25-45. (in Thai)
25. Sungsoon S. Music for health. Bangkok: Somchai Printing; 2008. (in Thai)
26. Binson B. Music Therapy 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2010. (in Thai)
27. Charoensook S. Music for develop brain's ability. Bangkok: Dream catcher graphic; 2007. (in Thai)

Impact of Co-Application of Music Therapy and Social Support on Depression in Elderly Parkinson's Disease Patients*

Phuriphong Charoenphaet, M.N.S.**

Tassana Choowattanapakorn, Ph.D.***

Abstract : Objective: To study the impact that co-application of music therapy and social support could have on depression in elderly patients suffering from Parkinson's disease.

Design: Experimental research.

Implementation: This study was conducted on a sample of 40 elderly patients who suffered from Parkinson's disease and were being treated at the Parkinson Clinic of Prasat Neurological Institute's Out-Patient Department. The participants were equally divided into a control group and an experimental group. Whilst the control group was given standard care, the experimental group members received, in addition to standard care, concurrently implemented music therapy and social support, a 4-week model comprising 3 activities: (1) Parkinson's disease education; (2) 2 music sessions in the hospital; and (3) the 'Joy through Music' activity held at least once a day and at least 4 times per week. The data collection instruments were (1) a personal information form and (2) a Thai version of Radloff's CES-D depression evaluation. The data were analysed in terms of mean, percentage, standard deviation and t-test statistics.

Results: After the co-application of the music-and-social-support model, the experimental group members displayed a significantly decreased level of depression ($p < .05$). Similarly, the experimental group members' degree of depression was significantly lower than that of their control group counterparts ($p < .05$).

Recommendations: This model can be customised for specific groups of patients, depending on their hospitals' contexts. Whilst the model's basic procedure and standard are maintained, details may be adjusted to ensure adequate coverage of both music therapy and social support.

Thai Journal of Nursing Council 2016; 31(1) 44-55

Keywords : music therapy; social support; depression; elderly patients; Parkinson's disease

*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

**Corresponding Author, Registered Nurse, Prasat Neurological Institute, E-mail : zitdara@hotmail.com

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing Chulalongkorn University