

ประสิทธิผลของโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมนีเวชร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19

The Effects of a Maneevej Exercise Program Combined with Music on Depression in Older Adults After the COVID-19 pandemic

มนีรัตน์ เอี่ยมอนันต์^{1*}, อุไร นิโรจน์¹, วรรัตน์ มากเทพพงษ์¹

Maneerat Aiamanan^{1*}, Urai Nirotun¹, Wararat Magteppong¹

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี¹

Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi¹

(Received: February 25, 2025; Revised: May 8, 2025; Accepted: July 22, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมนีเวชร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์โควิด-19 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์โควิด-19 ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 40 คน โดยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมนีเวชร่วมกับดนตรี โดยดำเนินกิจกรรมตามคู่มือโปรแกรม 2 ครั้งต่อวัน ต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ตามมาตรฐานจากสถานพยาบาลที่เข้ารับบริการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมนีเวชร่วมกับดนตรี 2) แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 3) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติบรรยาย และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Pair และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม ลดลงมากกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรม ไปใช้ส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังเผชิญสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ในชุมชนได้

คำสำคัญ: มนีเวช, ผู้สูงอายุ, ภาวะซึมเศร้า, โควิด-19

*ผู้ให้การติดต่อ มนีรัตน์ เอี่ยมอนันต์ e-mail: Maneerat.a@hotmail.com

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of a Maneevej exercise program combined with music on depression in older adults after the COVID-19 pandemic. The participants comprised 40 older adults who had experienced the COVID-19 pandemic and exhibited mild to moderate levels of depression. They were equally divided into an experimental group (n=20) and a control group (n=20). The experimental group participated in the Maneevej exercise program combined with music, following the program manual, twice daily for eight consecutive weeks. The control group received routine care according to the standard practices of healthcare facilities. The research instruments consisted of: 1) the Maneevej exercise program combined with music, 2) the Thai Geriatric Depression Scale, and 3) a personal data questionnaire. General data were analyzed using descriptive statistics. The differences in mean depression scores in the experimental group before and after the program were compared using paired t-test, and the differences between the experimental and control groups after the program were compared using independent t-test.

The results showed that the mean depression scores in the experimental group after the intervention decreased significantly compared to the baseline ($p\text{-value} < 0.001$). However, there was no statistically significant difference in the post-intervention mean depression scores between the experimental and control groups ($p\text{-value} > 0.05$). Therefore, healthcare professionals can implement this program to promote older adults' mental health and help prevent depression in the community following the COVID 19 pandemic.

Keywords: Maneevej, Older Adults, Depression, COVID-19

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2017) ได้ประกาศว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดขนาดใหญ่ในทั่วภูมิภาคของโลก การระบาดของโรครวดเร็วเป็นวงกว้างนอกจากส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพร่างกายแล้ว ยังก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า มีการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่ได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาลสนามในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.4 (Dai et al., 2020) และจากรายงานการศึกษาพบว่า ประชาชนมีอาการของความกังวลและภาวะซึมเศร้าจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ร้อยละ 16-28 (Rajkumar, 2020) นอกจากนี้การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยังส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

{2/17}

ในผู้สูงอายุ โดยพบมากในผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 11-28 ซึ่งเป็นภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 3-12 โดยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 มีลักษณะการเกิดอย่างน้อย 12 สัปดาห์ หลังหายจากโรค (Renaud-Charest, et al., 2021) และคงอยู่นาน ถึง 7 เดือน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุจะพบอาการทางระบบประสาท และการรับรู้ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตรวมถึงภาวะซึมเศร้า (Rajkumar, 2020) มีการศึกษาพบว่าภายหลังการเผชิญการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุจะเกิดพฤติกรรมการแยกตัวและโดดเดี่ยว มีการทำกิจกรรมทางกายลดลง (สุภาพ อารีเอื้อ, อินทิรา รูปสว่าง, ทิพย์ทัศน์ ชินตาปัญญากุล, ยุติ สารบูรณ์, ศิริรัตน์ อินทรเกษม, และวรรณ กวินวงศ์โกวิท, 2564) อีกทั้งการที่ผู้สูงอายุต้องเป็นผู้แยกสังเกตอาการ/ผู้กักกันตัวนั้นกล่าวรวมถึงการแยกรับประทานอาหาร การแยกห้องพัก ต้องออกห่างสังคมนอกบ้าน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564; ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์, 2564) ทั้งนี้หากผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัวย และสังคม รวมถึงภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่แย่ลงของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ (Siette et al., 2021)

การบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological Treatments) สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (Mild to Moderate Depression) มีหลากหลายวิธีที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้แก่ ศิลปะบำบัด (Art Therapy) (Kongkasuwan, Voraakhom, Pisolayabutra, Maneechai, Boonin, & Kuptniratsaikul, 2016) การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (Guided Imagery and Music) (มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2558) กิจกรรมดนตรี (มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์, น้ำฝน ปฏิการมณฑล, ทินกร จังหาร และประวีณา อินทวงศ์, 2562) และการออกกำลังกาย (Chiu et al., 2017) เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การบริการร่างกายแบบมณีเวชศึกษาในกลุ่มหญิงวัยกลางคน (อารีรัตน์ นวลแย้ม และนวรรตน์ ไชยมภู, 2563) ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (ฉัตรลดา ดีพร้อม และพัชรารวรรณ จันทรเพชร, 2563) และพบการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ (สุรีย์ สิมพลี และพรณี บัญชรหัตถกิจ, 2562) ทั้งนี้ยังพบว่าการบริหารร่างกายแบบมณีเวชและดนตรีเป็นวิธีการบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยไม่ใช้ยาวิธีหนึ่ง ซึ่งสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ กล่าวคือ การบริการร่างกายแบบมณีเวชเป็นรูปแบบของการออกกำลังกายแบบยืดหยุ่น ผ่านการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การเคลื่อนที่หมุนรอบแกน และตามแนวแรงภายใต้หลักกายวิภาคศาสตร์และชีวกลศาสตร์ ตามท่าบริหารร่างกายที่มีลักษณะเฉพาะแบบมณีเวช (นภดล นิงสานนท์ และสุรภา หังสพฤกษ์, 2561) ทั้งนี้การบริหารร่างกายแบบมณีเวชจำนวน 5 ท่า ความถี่ในการออกกำลังกาย 2 ครั้งต่อวัน ความหนักของการออกกำลังกายเท่าที่ผู้ปฏิบัติสามารถทนไหว ระยะเวลาการออกกำลังกาย 20-30 นาทีต่อครั้ง และปฏิบัติซ้ำ 3 ครั้งต่อท่าออกกำลังกายตามหลักการออกกำลังกายแบบยืดหยุ่น (American College of Sports Medicine, 2018) ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังสมองส่งเสริมการทำงานของ Hypothalamic-Pituitary Adrenal Axis ส่งผลต่อการหลั่งฮอร์โมนเอนโดรฟิน (Endorphin) และ

เซโรโทนิน (Serotonin) เพิ่มขึ้น รวมถึงการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) และ เอพิเนฟริน (Epinephrine) อีกทั้งเมื่อได้ฟังดนตรีบรรเลงที่มีลักษณะของเสียงดนตรีคล้ายดนตรีพื้นบ้านของจีนสอดแทรกขณะบริหารร่างกาย แบบมณีเวชจะมีการหลั่งสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) ได้แก่ เซโรโทนิน ที่ทำหน้าที่ควบคุมสภาวะอารมณ์ และการรับรู้ความรู้สึก และโดพามีน (Dopamine) ทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ของบุคคล ช่วยให้มีควมตื่นตัว กระฉับกระเฉง มีสมาธิมากขึ้น ซึ่งช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ รวมถึงดนตรีช่วยลดการกระตุ้นประสาทอัตโนมัติทำให้ การหลั่ง Epinephrine และ Norepinephrine ลดลงมีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และอัตราการหายใจลดลง (Solanki, Zafar, & Rastogi, 2015) จึงส่งเสริมให้ร่างกายผ่อนคลายและลดภาวะซึมเศร้าได้

ทั้งนี้การศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาจะเป็นการศึกษาการบริหารร่างกายแบบมณีเวชเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และการปรับสมดุลโครงสร้าง แต่ยังไม่พบการศึกษาผลของมณีเวชร่วมกับดนตรี ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดปทุมธานี ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุค่อนข้างสูงอย่างต่อเนื่อง และพบผู้สูงอายุเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอีกด้วย ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุหากสามารถลดการเกิดภาวะดังกล่าว จะช่วยให้ไม่เกิดผลกระทบที่รุนแรง เช่น การฆ่าตัวตาย อีกทั้งยังไม่พบการดูแลเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุภายหลัง เชียสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวช ร่วมกับดนตรี เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเชียสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งผลการวิจัย ที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางของการให้การพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ และนำไปสู่การพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลด้านผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

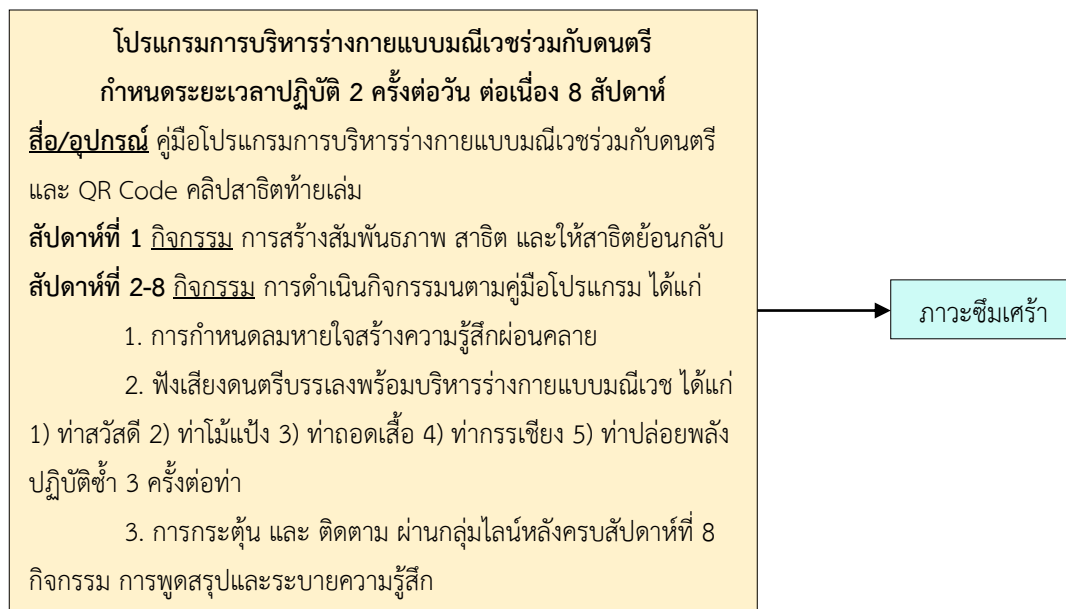
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเชียสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรี
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเชียสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการได้รับโปรแกรม
2. ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ศาสตร์การบริหารร่างกายแบบมนีเวช (Maneevej) เป็นศาสตร์การจัดสมดุลร่างกาย ผสมผสานระหว่าง แพทย์แผนไทย จีน และอายุรเวทของอินเดีย ผู้คิดค้นและพัฒนาโดยประสิทธิ์ มณีจิระประการ (นภดล นิงสานนท์, 2554) ศาสตร์มนีเวช ปรากฏมาในรูปแบบของการออกกำลังกายแบบยืดหยุ่น ผ่านการ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ทำบริหารร่างกายมีลักษณะเฉพาะแบบมนีเวช จำนวน 5 ท่า (นภดล นิงสานนท์ และสุรภา หังสพฤกษ์, 2561) ร่วมกับดนตรีบรรเลงลักษณะคล้ายเสียงดนตรีพื้นบ้านของจีน ให้บรรยากาศแบบเอเชีย ในการพัฒนาโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมนีเวชร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเผชิญ สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพ สานิต และ สานิตย้อนกลับ 2) การดำเนินกิจกรรมตามคู่มือโปรแกรม และ 3) การพูดสรุปและระบายความรู้สึก โดยมีสื่อ/ อุปกรณ์ คือ คู่มือโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมนีเวชร่วมกับดนตรี และ คิวอาร์ โค้ด (QR-Code) คลิปสานิต ท้ายเล่ม โดยรูปแบบของโปรแกรมหวังว่าจะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง และ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูน อำเภอมะนัง จังหวัดปทุมธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปภายหลังเผชิญสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบางขุน หมู่ 1 ถึง หมู่ 6 จังหวัดปทุมธานี ทั้งเพศชายและเพศหญิง และมีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินโดยแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale (TGDS)) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537) พบว่า มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 13-24 คะแนน จำนวน 43 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปภายหลังเผชิญสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบางขุน จังหวัดปทุมธานี ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด (Inclusion Criteria) ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ สุ่มเลือกหมู่บ้าน 2 หมู่บ้านจาก 6 หมู่บ้าน โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ หมู่ที่ 4 และ หมู่ที่ 6 หลังจากนั้นผู้วิจัยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Random Sampling) ด้วยการจับฉลากเพื่อเลือกกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ได้กลุ่มทดลอง คือ หมู่ที่ 6 และ กลุ่มควบคุม คือ หมู่ที่ 4 กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยการทดสอบแบบ t-test ภายใต้การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มอิสระ (Means: Difference Between Two Independent Means-Two Groups) โดยกำหนดค่าพารามิเตอร์ในการคำนวณดังนี้ ขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.8 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Cohen, 1988) ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 42 คน หรือกลุ่มละ 21 คน อย่างไรก็ตามในการดำเนินงานจริง พบว่ามีผู้สูงอายุในพื้นที่ที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 43 คน จากทั้ง 2 หมู่บ้าน ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ประชาสัมพันธ์ แต่มีผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 3 คน (กลุ่มทดลอง 1 คน กลุ่มควบคุม 2 คน) คงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าร่วมได้จริงจำนวน 40 ดังนั้นผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้ 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก

1. อายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปภายหลังเผชิญสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งเพศชาย และเพศหญิง
2. มีความสามารถในการรับรู้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน สื่อสารได้ถูกต้อง
3. อ่านออก เขียนภาษาไทยได้
4. การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา สถานที่ และบุคคลปกติ ประเมินโดยแบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE Thai 2002) แปลโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 (2545) ไม่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ผู้สูงอายุไม่ได้เรียนหนังสือมีระดับคะแนน ≥ 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน ผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษาในระดับคะแนน ≥ 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ผู้สูงอายุเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาในระดับคะแนน ≥ 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

5. สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ประเมินโดยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) แปลเป็นไทยและพัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2544) แปลผล ไม่มีภาวะพึ่งพา โดยมีคะแนนระหว่าง 12-20 คะแนน

6. ผู้สูงอายุที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางโดยได้รับการประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale) โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) เกณฑ์ในการประเมินแบบทดสอบ คือ ผู้สูงอายุได้คะแนนระหว่าง 13-24 คะแนน

7. ยินดีร่วมมือในการทำวิจัยตามแบบขอความร่วมมือ

เกณฑ์การคัดออก

1. ได้รับประทานยาต้านเศร้า (Antidepressant)

2. ผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีไข้เป็นต้น ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่องจนครบ 8 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรี ผู้วิจัยสร้างโดยทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ (15-20 นาที) สาสิต และสาสิตย้อนกลับ (30 นาที) 2) การดำเนินกิจกรรมตามคู่มือโปรแกรม ได้แก่ การกำหนดลมหายใจ สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย ฟังเสียงดนตรีบรรเลงพร้อมบริหารร่างกายแบบมณีเวช 5 ท่า ได้แก่ ท่าสวัสดี ท่าไม้แป้ง ท่าถอดเสื้อ ท่ากรรเชียง ท่าปล่อยพลัง ปฏิบัติซ้ำ 3 ครั้งต่อท่า (ทั้งหมด 60-90 นาที) 3) การกระตุ้น และติดตามผ่านกลุ่มไลน์ (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) และ 4) พูดสรุปและระบายความรู้สึก (15-20 นาที) โดยใช้สื่อ คือ คู่มือการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 และ QR-CODE คลิปสาธิตการกำหนดลมหายใจสร้างความรู้สึกผ่อนคลายและการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรีท้ายเล่ม กำหนดระยะเวลาปฏิบัติ 2 ครั้งต่อวัน ต่อเนื่อง 8 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่ เป็นโรคโควิด-19 และประสบการณ์การถูกแยกกักตัว

2.2 แบบวัดความซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่นำมาใช้วัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.93 (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537) มีจำนวน 30 ข้อ เลือกตอบ ใช่ กับ ไม่ใช่ ถ้าตอบ ไม่ใช่ ในข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 ได้ข้อละ 1 คะแนน ในส่วนของข้อที่เหลือ ถ้าตอบว่าใช่ ได้ข้อละ 1 คะแนน การแปลผล ดังนี้ 0-12 คะแนน หมายถึง ปกติ, 13-18

คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย, 19-24 คะแนน หมายถึงภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ 25-30 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้ารุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรี ผู้วิจัยสร้างโดยทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาพัฒนาเป็นคู่มือโปรแกรม ประกอบด้วย คู่มือการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรี ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 รวมทั้ง QR-CODE คลิปสาธิตการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรีทำนองง่ายๆ ผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารร่างกายแบบมณีเวช 1 คน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านดนตรีบำบัด 1 คน หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดปทุมธานี ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายการใช้แบบสอบถามในการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นนัดพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้แก่กลุ่มตัวอย่างและลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มตัวอย่าง โดยมีกิจกรรมของแต่ละกลุ่มดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง 1 ครั้ง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลา พร้อมอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม แก่กลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน เตรียมสถานที่โดยประสานงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางขุน ขอใช้ห้องประชุมนัดพบกลุ่มตัวอย่าง หลังจากพากลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยแนะนำการใช้คู่มือการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดลมหายใจ สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย และทำบริหารร่างกายแบบมณีเวช 5 ท่า โดยระหว่างปฏิบัติมีดนตรีบรรเลงประกอบ พร้อมทั้ง QR-CODE คลิปสาธิต ทำนองง่ายๆ อีกทั้งผู้วิจัยสาธิต และให้สาธิตย้อนกลับ พร้อมแจ้งข้อควรระวังระหว่างบริหารร่างกาย เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้สูงอายุสามารถทำได้ และไม่เป็นอันตรายเมื่อกลับไปปฏิบัติเอง สร้างกลุ่มออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สำหรับสื่อสาร ติดตามจากการเข้าร่วมงานวิจัย

สัปดาห์ที่ 2-8 ดำเนินตามคู่มือโปรแกรม โดยมีความถี่ 2 ครั้งต่อวัน ความหนักของการบริหารร่างกาย เท่าที่ผู้สูงอายุสามารถทนไหว (ไม่เจ็บหรือตึงเกินไป) ปฏิบัติซ้ำ 3 ครั้งต่อท่า ระยะเวลาการบริหารร่างกายอย่างน้อย 20-30 นาทีต่อครั้ง ระหว่างสัปดาห์ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยสอบถามเพื่อติดตามการดำเนินโปรแกรมผ่านกลุ่มไลน์

เมื่อครบกำหนดการทดลอง คือ ภายหลังดำเนินโปรแกรม ครบ 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทำแบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (หลังทดลอง) ผู้วิจัยพูดสรุปกิจกรรม เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึก แจ้งกลุ่มทดลองให้ทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง และปิดโครงการ พร้อมขอบคุณ

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลา พร้อมอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมแก่กลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยตัดสินใจได้อย่างอิสระ จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงและให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการดูแลตามปกติตามมาตรฐานจากสถานพยาบาลที่เข้ารับบริการ

สัปดาห์ที่ 2-8 ได้แก่ ได้รับการดูแลตามปกติ กล่าวคือ การแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการความเครียด ภาวะซึมเศร้า และให้คำปรึกษาปัญหาแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว จากบุคลากรทางสุขภาพ ปฏิบัติตามระบบ แนวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ สถานพยาบาลที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูน หรือ ที่บ้านของผู้สูงอายุ

เมื่อครบ 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทำแบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (หลังทดลอง)

เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยมอบคู่มือการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เปิดคลินิกสาธิตให้ทดลองปฏิบัติจนเข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้ และนำไปปฏิบัติต่อที่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ และหาค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Pair t-test) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดปทุมธานี ครั้งที่ 1 หมายเลขรับรอง PPHO-REC 2567/19 และยื่นขอขยาย ครั้งที่ 2 หมายเลขรับรอง PPHO-REC 2567/49 อีกทั้งผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการ วัตถุประสงค์ การศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การป้องกันอันตรายแก่กลุ่มตัวอย่างชัดเจน ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมโครงการ หรือปฏิเสธเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีผลต่อการบริการการรักษาพยาบาลที่ได้รับ สามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระ ข้อมูลที่ให้จะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุตัวบุคคล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 75 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 (อายุเฉลี่ย 69.70 ปี) มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 75 จำนวนครั้งที่เป็นโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่ คือ 1 ครั้ง และร้อยละ 90 ถูกแยกกักตัวในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19

สำหรับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 75 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 (อายุเฉลี่ย 67.70 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 60 จำนวนครั้งที่เป็นโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่ คือ 1 ครั้ง และร้อยละ 75 ถูกแยกกักตัวในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่เป็นโรคโควิด-19 ประสิทธิภาพการถูกแยกกักตัว (n=40)

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	10	25.00	5	25.00	5	25.00
หญิง	30	75.00	15	75.00	15	75.00
อายุ (ปี)						
			(Mean = 69.70, S.D. = 7.78)		(Mean = 67.70, S.D. = 7.66)	
60-69	25	62.50	14	70.00	11	55.00
70-79	11	27.50	4	20.00	7	35.00
80-89	4	10.00	2	10.00	2	10.00
สถานภาพสมรส						
โสด	3	7.50	1	5.00	2	10.00

{10/17}

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คู่	21	52.50	11	55.00	10	50.00
หม้าย	15	37.50	7	35.00	8	40.00
หย่า	1	2.50	1	5.00	-	-
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	27	67.50	12	60.00	15	75.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	17.50	5	25.00	2	10.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	5.00	1	5.00	1	5.00
ปริญญาตรีและสูงกว่า	4	10.00	2	10.00	2	10.00
จำนวนครั้งที่เป็นโรคโควิด-19						
1 ครั้ง	28	70.00	10	50.00	18	90.00
2 ครั้ง	3	7.50	2	10.00	1	5.00
3 ครั้ง	8	20.00	7	35.00	1	5.00
มากกว่า 3 ครั้ง	1	2.50	1	5.00	-	-
ประสบการณ์การถูกแยกกักตัว						
ถูกแยกกักตัว	33	82.50	18	90.00	15	75.00
ไม่ถูกแยกกักตัว	7	17.50	2	10.00	5	25.00

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรี

พบว่าก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 14.95 (S.D. = 1.85) ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 8.80 (S.D. = 3.15) ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรี (n=20)

คะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
กลุ่มทดลอง	14.95	1.85	8.80	3.16	7.24	<0.001

* $p\text{-value} < 0.05$

4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลอง (Mean = 14.95, S.D. = 1.85) และกลุ่มควบคุม (Mean = 15.45, S.D. = 2.95) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.52$) และพบว่าหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า (Mean = 8.80, S.D. = 3.16) และกลุ่มควบคุม (Mean = 10.00, S.D. = 4.83) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ($p\text{-value} = 0.36$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ก่อนการทดลอง	14.95	1.85	15.45	2.95	-0.64	0.52
หลังการทดลอง	8.80	3.16	10.00	4.83	-0.93	0.36

* $p\text{-value} < 0.05$

การอภิปรายผล

ภายหลังได้รับโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรี ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการวิจัยดังกล่าวอธิบายได้จากแนวคิดการบริหารร่างกายแบบมณีเวชและดนตรีสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ปรากฏมาในรูปแบบของการออกกำลังกายแบบยืดหยุ่น ผ่านการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เคลื่อนที่หมุนรอบแกนและตามแนวแรงตามท่าออกกำลังกายที่มีลักษณะเฉพาะแบบมณีเวช จำนวน 5 ท่า (นภดล นิงสานนท์ และสุรภา หังสพฤกษ์, 2561) ซึ่งเป็นท่าที่ไม่ซับซ้อนฝึกตามได้ง่าย เกิดอันตรายน้อยเพราะระดับความแรงอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางซึ่งเป็นระดับที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เป็นการประยุกต์ที่ลงตัวเพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลง ด้านกายวิภาคและสรีรวิทยา ผู้สูงอายุและยังสามารถปฏิบัติได้ง่ายโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใด ๆ มีจังหวะที่ช้าและสม่ำเสมอ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวและลมหายใจได้ดี ทั้งนี้การบริหารร่างกายช่วยปรับปรุงวิถีชีวิตให้ได้เคลื่อนไหวเพิ่มความมั่นใจ ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาท เช่น เอนดอร์ฟิน (Endorphin) โดปามีน (Dopamine) และเซโรโทนิน (Serotonin) ซึ่งช่วยกระตุ้นอารมณ์ (Kandola, Ashdown-Franks, Hendrikse, Sabiston, & Stubbs, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายในลักษณะยืดเหยียดกล้ามเนื้อพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมดีขึ้น

{12/17}

กว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ฉัตรลดา ดีพร้อม และพัชรารวรรณ จันทรเพชร, 2563) และตามหลักการที่ว่าเมื่อได้รับฟังดนตรีจะมีการตอบสนองในส่วนต่าง ๆ ของระบบในร่างกายโดยส่วนของระบบประสาทลิมบิก (Limbic) ซึ่งมีความสำคัญต่อการตอบสนองของร่างกายที่เรียกว่า Brain Reward Center ทำให้สมองหลั่งสารสื่อประสาท เช่น โดปามีน (Dopamine) ซีโรโทนิน (Serotonin) ออกมา ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ฟังใจ จนเกิดความสุขส่งผลให้อารมณ์ดีขึ้น (Freeman, 2016) ทั้งนี้ ดนตรีบรรเลง มีส่วนประกอบของดนตรี ได้แก่ จังหวะ ทำนอง ระดับเสียง และ ความกลมกลืนของเสียง เมื่อผ่านเข้าสู่ระบบลิมบิกจะไปกระตุ้นการหลั่งของสารสื่อประสาทที่ก่อให้เกิดภาวะผ่อนคลายออกมามากขึ้น ทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ของบุคคล ช่วยให้มีชีวิตตื่นตัว กระฉับกระเฉง มีสมาธิมากขึ้น ซึ่งช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (พิริวิชัย สุวรรณเวลา, สายฝน เอกวรารากร และนัยนา หนูนิล, 2566) ช่วยปรับสมดุลสารสื่อประสาทสมอง คือ ซีโรโทนิน (Serotonin) โดปามีน (Dopamine) และนอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับการแสดงอารมณ์ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558) กล่าวคือ การเพิ่มระดับสาร Serotonin ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รวมทั้งช่วยปรับคลื่นสมองให้มีลักษณะผ่อนคลายมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลโปรแกรมดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนของ พิริวิชัย สุวรรณเวลา สายฝน เอกวรารากร และนัยนา หนูนิล (2566) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมดนตรีบำบัดวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที 4 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแล จากเหตุผลข้างต้นจึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรี สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 ได้ เพราะช่วยเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาท เช่น เอนโดर्फิน (Endorphin) โดปามีน (Dopamine) และเซโรโทนิน (Serotonin) ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย ฟังใจ จนเกิดความสุข ส่งผลให้อารมณ์ดีขึ้น ผ่านการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับการรับฟังเสียงดนตรีบรรเลง อีกทั้งทำให้ผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นช่วยบรรเทาความเครียด ความกังวล หรือความเหงาจากการถูกจำกัดการเข้าสังคมในช่วงโควิด-19 ได้อีกด้วย อีกทั้งการมีคู่มือโปรแกรม พร้อมคลิปสาธิต ช่วยให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามได้ง่ายด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ อาริรัตน์ นวลแย้ม, อาริยา หวังดี, จันทรปภัสร เครือแก้ว, มณฑกา อธิชัยสกุล และกฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ (2564) ที่พบว่าการสอนสาธิตการบริหารร่างกายและใช้สื่อการดูแลรักษาด้วยศาสตร์มณีเวช สามารถสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้ อีกทั้งผู้ป่วยสามารถบริหารร่างกายได้ต่อเนื่องที่บ้าน

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรีมีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 แต่อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานที่คล้ายคลึงกันหรือมีปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน หรือโรคประจำตัว ทั้งนี้หากติดตามการดำเนินโปรแกรมในระยะเวลาอันยาวนาน เช่น

6 เดือน หรือ 1 ปี จะช่วยให้เห็นแนวโน้มความคงทนของผลลัพธ์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น อีกทั้งปัจจุบันผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงสื่อความรู้สุขภาพได้หลายช่องทางโดยโปรแกรมที่ใช้มากที่สุดคือ ไลน์ เฟซบุ๊ก และยูทูบ (พนม คลีณา, 2564) ผู้สูงอายุสืบหาความรู้ ข่าวสาร เพื่อการเรียนรู้ได้ด้วยตนเองในเรื่องที่สนใจ (วรารัณญา โตโพธิ์ไทย, 2563) อีกทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีกระบวนการส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพจิตในประชาชน ในสถานการณ์โควิด-19 อีกด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2563) เนื่องจากการศึกษานี้ดำเนินการในช่วงหลังสถานการณ์โควิด-19 เริ่มคลี่คลาย การนำผลการวิจัยไปใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นควรพิจารณาปัจจัยบริบททางสังคมเป็นหลัก สามารถใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าได้

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังเผชิญสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ในชุมชนได้
2. ด้านการจัดการเรียนการสอน อาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาพยาบาลนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมผู้เรียนให้มีสมรรถนะในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19
3. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลนำรูปแบบของโปรแกรมนี้นมาเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายทางการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าแก่ผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาและพัฒนาโปรแกรม หรือ นวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าภายหลังเผชิญสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19
2. ควรส่งเสริมให้ทดลองเปรียบเทียบโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับดนตรีต่อภาวะอื่น ๆ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ในผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป
3. ควรวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโปรแกรม เช่น ทักษะการสื่อสารของผู้สูงอายุที่อาจส่งผลต่อการดำเนินโปรแกรม
4. ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถแทนประชากรได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ทูสนันสนุนการพัฒนาวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (รหัสโครงการวิจัย FRB67E1102F.4) (รหัสคำรับรอง FRB670027/0168)

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). แนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Combat 4th Wave of COVID-19 : C4). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอวัน ปริ้นต์ติ้ง
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 1-8.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานสถานการณ์โควิด-19 ฉบับที่ 538. สืบค้นเมื่อ 24 มิถุนายน 2564 จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no538-240664.pdf>.
- คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542. (2545). *แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ฉัตรลดา ดีพร้อม และพัชรารวรรณ จันทรเพชร. (2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยนวัตกรรมพื้นบ้าน V-exercise ต่อสมรรถภาพทางกาย ระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 43(1), 109-120.
- ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. (2564). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของประชาชนเขตคลินิกหมอครอบครัวบ้านทุ่งเสียว อำเภอสนับทาม จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 29(1), 12-21.
- นภดล นิงสานนท์. (2554). มณีเวช...เพื่อชีวิตง่าย ๆ สบาย ๆ. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)*, 3(5), 1-13.
- นภดล นิงสานนท์ และสุรภา หังสพฤกษ์. (2561). *ตำรา มณีเวช Maneevej: New paradigm in healthcare เปลี่ยนกระบวนทัศน์ ปรับกระบวนคิด สร้างสมดุลชีวิต*. สงขลา: นีโอพ้อยท์ (1995) จำกัด.
- พนม คลีฉายา. (2564). การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุและข้อเสนอเพื่อการเสริมสร้าง ภาวะพลัดพลัง และผลิตภาพของผู้สูงอายุไทย. *วารสารนิเทศศาสตร์*, 39(2), 56-78.
- พีรวิชัย สุวรรณเวลา, สายฝน เอกวรารกุล และนัยนา หนูนิล. (2566). ผลของโปรแกรมดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดตรัง. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 39(1), 1-14.
- มณีนรัตน์ เอี่ยมอนันต์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2558). ผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. *วารสารพยาบาล*, 65(2), 49-56.
- มณีนรัตน์ เอี่ยมอนันต์, น้ำฝน ปฏิกรมณฑล, ทินกร จังหาร และประวีณา อินทรวงศ์. (2562). ผลของโปรแกรมกิจกรรมดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 6(1), 15-26.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และพญาวินทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุภาพ อารีเอื้อ, อินทิรา รูปสว่าง, ทิพย์ทัศน์ ชินตาปัญญากุล, ยุวดี สารบูรณ์, ศิริรัตน์ อินทรเกษม และวรรณากวินวงศ์โกวิท. (2564). การติดตามการเปลี่ยนแปลงมิติสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในช่วงก่อนระบาด ของโรคโควิด-19 ช่วงระบาด และฐานวิถีชีวิตใหม่. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุรีย์ สิมพลี และพรณี บัญชรหัตถกิจ. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายโดยทำบริหารมณีเวชประยุกต์เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารสุขศึกษา*, 42(145), 69-82.
- วรางคณา โตโพธิ์ไทย. (2563). สื่อสังคมเพื่อการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา*, 15(19), 1-14.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ (บ.ก.). (2558). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ม.ป.ท.: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารีรัตน์ นวลแย้ม และ นวรัตน์ ไชยมภู. (2563). การพัฒนารูปแบบการบริหารร่างกายด้วยศาสตร์มณีเวช สำหรับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลหาดใหญ่. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(2), 1-12.
- อารีรัตน์ นวลแย้ม, อาริยา หวังดี, จันทรปภัสร เครือแก้ว, มณฑกา อีรัชัยสกุล และกฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. (2564). การศึกษาประสิทธิผลของการดูแลรักษาสุขภาพด้วยศาสตร์มณีเวช: การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 19(3), 702-712.
- American College of Sports Medicine. (2018). *ACSM's Guidelines for exercise testing and prescription*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Chiu, H. L., et al. (2017). Effectiveness of light therapy in cognitively impaired persons: A metanalysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(10), 2227-2234. <https://doi.org/10.1111/jgs.14990>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey: Erlbaum.
- Dai, L. L., et al. (2020). Anxiety and depressive symptoms among COVID-19 patients in Jiangnan Fangcang Shelter Hospital in Wuhan, China. *PloS One*, 15(8), e0238416. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238416>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>

- Freeman, R. (2016). *Music and the brain's reward and bonding system*. Retrieved June 1, 2022 from <https://www.psychologytoday.com/us/blog/neurosagacity/201604/music-and-the-brains-reward-and-bonding-systems>.
- Kandola, A., Ashdown-Franks, G., Hendrikse, J., Sabiston, C. M., & Stubbs, B. (2019). Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 107, 525-539.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.040>
- Kongkasuwan, R., Voraakhom, K., Pisolayabutra, P., Maneechai, P., Boonin, J., & Kuptniratsaikul, V. (2016). Creative art therapy to enhance rehabilitation for stroke patients: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 30(10), 1016-1023.
<https://doi.org/10.1177/0269215515607072>
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Renaud-Charest, O., et al. (2021). Onset and frequency of depression in post-COVID-19 syndrome: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 144, 129-137.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.09.054>
- Siette, J., et al. (2021). A national survey on COVID-19 second-wave lockdowns on older adults' mental wellbeing, health-seeking behaviours and social outcomes across Australia. *BMC Geriatrics*, 21, 1-16. <http://doi.org/10.1186/s12877-021-02352-1>
- Solanki, M.S., Zafar, M., & Rastogi, R. (2015). Review: Music as a therapy: Role in psychiatry. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(3), 193-199. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2012.12.001>
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Retrieved May 1, 2025 from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>.