

ผลของการนวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม  
ผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี



นางสาวภัทรสุดา คลังศรี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Effect of Thai traditional massage to the reduction of depression of the elderly in Ban  
Banglamung Social Welfare Development Center for Older Persons, Chonburi

Miss Phattarasuda Klungsri



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

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการนวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละ มุง จังหวัดชลบุรี
โดย	นางสาวภัทรสุดา คลังศรี
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	นายแพทย์ดารุจ อนิวรรณพงศ์

---

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(นายแพทย์ดารุจ อนิวรรณพงศ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิชัย อภิรัฐสกุล)

ภัทรสุดา คลังศรี : ผลของการนวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี (Effect of Thai traditional massage to the reduction of depression of the elderly in Ban Banglamung Social Welfare Development Center for Older Persons, Chonburi) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: นพ.ดารุจ อนิวรรณพงศ์, 6 หน้า.

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยแบ่งผู้เข้าร่วมงานวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม ทดลอง และกลุ่มควบคุม และทำการประเมินก่อน และหลังการให้ Intervention เพื่อศึกษาผลของการนวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี โดยเปรียบเทียบผลของการนวดไทยก่อน และหลังการรักษา และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี รวมทั้งสิ้น 45 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 23 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 ราย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและข้อมูลส่วนบุคคล, แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย, แบบบันทึกสัญญาณชีพ มาตรฐานวัดภาวะซึมเศร้า, โปรแกรมการนวดไทย และเครื่องวัดสัญญาณชีพ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired-sample T test และ Wilcoxon signed-rank test ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 52.9 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการบำบัดพบว่าการนวดไทย 4 ครั้ง ติดต่อกัน (วันเว้นวัน) สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ในกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$  และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างของภาวะซึมเศร่าหลังการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5874056530 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: THAI TRADITIONAL MASSAGE / DEPRESSION / ELDERLY

PHATTARASUDA KLUNGSRI: Effect of Thai traditional massage to the reduction of depression of the elderly in Ban Banglamung Social Welfare Development Center for Older Persons, Chonburi. ADVISOR: DARUJ ANIWATTANAPONG, M.D., 6 pp.

This study is experimental Research study. Research participants are been form into experimental group and control group. And they were evaluated in pretest and posttest. The objective of this study to examine effect of Thai traditional massage to the reduction of depression of the elderly in Ban Banglamung Social Welfare Development Center for Older Persons, Chonburi. By compares effect of Thai traditional massage during pretest and posttest and compares during experimental group and control group. The depressed elderly in Ban Banglamung Social Welfare Development Center for Older Persons, Chonburi was thirty four people, they were been form into experimental group seventeen people and control group seventeen people. The tools and methods used to collect data compose of : 1.Recording form that includes general information , 2.Thai Geriatric Depression Scale - TGDS , 4.Recording form that includes vital sign and visual analogue scales : VAS , 5. Intervention of Thai traditional massage program , 6. Automatic Blood Pressure Monitor. Statistics used to analyze data are: percentage, mean, and standard deviation according to Paired-sample T test and Wilcoxon signed-rank test. The results demonstrated that the elderly in Ban Banglamung Social Welfare Development Center for Older Persons, Chonburi of experimental group and control group had the most of moderate depression was 52.9. Posttest, Thai traditional massage 4 times continuously can reduce depression in the elderly. the experimental group had mean of score depression decrease with statistical significance  $P < 0.01$ . During experimental group and control group had be different of mean of score depression with statistical significance  $P < 0.01$ .

Department: Psychiatry

Student's Signature .....

Field of Study: Mental Health

Advisor's Signature .....

Academic Year: 2016

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยจากความเมตตา กรุณา และความช่วยเหลือจากผู้มีพระคุณหลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาจารย์ นายแพทย์ดารุจ อนิวรรณพงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้คำปรึกษา และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้อย่างรวดเร็ว รวมถึงการให้ความเอาใจใส่ ให้กำลังใจ และช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหา จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิชัย อภิรัฐสกุล กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาอนุเคราะห์ และเสียสละเวลาในการเข้าร่วมการสอบวิทยานิพนธ์ และให้คำแนะนำในการตรวจสอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการ และเจ้าหน้าที่ ที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ และความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเสร็จสมบูรณ์และขอขอบพระคุณ ผู้สูงอายุที่ให้เกียรติเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ และให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย จนสำเร็จเป็นวิทยานิพนธ์ที่สมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่ ฝ่ายธุรการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำ และความช่วยเหลือในการจัดทำเอกสาร และการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณ เพื่อน ๆ รุ่นพี่ และรุ่นน้องปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต ทุกท่าน ที่ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่ให้กำลังใจ คอยให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ ที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา และเป็นกำลังใจที่สำคัญเสมอมา

สุดท้ายแล้วขอขอบพระคุณทุกท่าน ที่อาจไม่ได้เอ่ยนาม ซึ่งให้ความช่วยเหลือ และให้การสนับสนุนในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	1
บทที่ 1 .....	1
บทนำ.....	1
1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and Rational).....	1
1.2 คำถามการวิจัย (Research Question).....	4
1.2.1 คำถามการวิจัยหลัก .....	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย (Research Objectives) .....	4
1.4 สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis).....	4
1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption).....	5
1.6 คำสำคัญ (Key Words) .....	5
1.7 การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition).....	5
1.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework) .....	7
บทที่ 2 .....	8
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	8
2.1 วัยสูงอายุ .....	9
2.2 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ .....	15
2.3 ภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุ .....	19
2.2 การนวดไทย.....	22
2.5 การประคบสมุนไพร.....	35

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ.....	36
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนวดต่อการบำบัดภาวะสุขภาพจิต.....	37
บทที่ 3 .....	39
ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology).....	39
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample).....	39
3.2 ขนาดตัวอย่าง (sample size) .....	40
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	40
3.4 การรวบรวมข้อมูล (Data Collection).....	43
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis).....	45
3.6 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical Consideration).....	45
3.7 สถานที่ทำวิจัย (Venue of the Study).....	46
3.8 การบริหารงานและตารางปฏิบัติงาน (Administration and Time Schedule).....	46
บทที่ 4 .....	47
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	47
บทที่ 5 .....	92
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	92
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	94
5.2 อภิปรายผลการวิจัย .....	103
5.3 ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย.....	107
5.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Application).....	108
5.5 ข้อเสนอแนะ .....	108
รายการอ้างอิง .....	109
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	150



## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	แสดงรูปแบบวิธีการพื้นฐานของการนวด.....	6
ตารางที่ 2	แสดงความแตกต่างระหว่าง การนวดแบบเชลยศึกดีกับการนวดแบบราชสำนัก .....	6
ตารางที่ 3	แสดงสมุนไพรรในลูกประคบ และสรรพคุณ .....	35
ตารางที่ 4	แสดงการบริหารงาน และการปฏิบัติงาน.....	46
ตารางที่ 5	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ และสถานภาพสมรส แสดงค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และความถี่ (Frequency) จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน .....	48
ตารางที่ 6	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนบุตร วุฒิการศึกษา และอาชีพเดิมก่อนเข้าพักที่ศูนย์ฯ แสดงค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และความถี่ (Frequency) จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน .....	49
ตารางที่ 7	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแหล่งที่มาของรายได้ในปัจจุบัน และความเพียงพอของรายได้ แสดงค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และความถี่ (Frequency) จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน.....	50
ตารางที่ 8	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรคประจำตัว และการใช้สิ่งเสพติด จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน .....	51
ตารางที่ 9	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสาเหตุที่เข้ามาพักที่ศูนย์ฯ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยก่อนเข้ามาพักที่ศูนย์ฯ และบุคคลที่มาเยี่ยมใน 6 เดือนที่ผ่านมา แสดงค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และความถี่ (Frequency) จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน .....	52
ตารางที่ 10	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเข้าร่วมกิจกรรมที่ศูนย์ฯ ใน 6 เดือนที่ผ่านมา แสดงค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และความถี่ (Frequency) จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน	53

<b>ตารางที่ 11</b>	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพึงพอใจโดยรวมต่อศูนย์ฯ ความสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่น และความสัมพันธ์กับผู้ดูแล แสดงค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และความถี่ (Frequency) จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วย กลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน.....	54
<b>ตารางที่ 12</b>	ความชุกของภาวะซึมเศร้า จากการใช้แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุ ของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน และหลังการบำบัด จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน.....	55
<b>ตารางที่ 13</b>	ความชุกของภาวะวิตกกังวล จากการใช้แบบประเมินภาวะวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง การบำบัด จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และ กลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน.....	56
<b>ตารางที่ 14</b>	ความชุกของภาวะซึมเศร้า จากการใช้มาตรวัดภาวะซึมเศร้า (visual analogue scales : VAS) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลัง การบำบัดครั้งที่ 4 จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน.....	57
<b>ตารางที่ 15</b>	ความชุกของภาวะวิตกกังวล จากการใช้มาตรวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลัง การบำบัดครั้งที่ 4 จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน.....	58
<b>ตารางที่ 16</b>	ความชุกของสัญญาณชีพ (Vital sign) กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ใน ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน .....	59
<b>ตารางที่ 17</b>	ความชุกของภาวะซึมเศร้า จากการใช้แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุ ของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน และหลังการบำบัด จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 34 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน.....	60
<b>ตารางที่ 18</b>	ความชุกของภาวะวิตกกังวล จากการใช้แบบประเมินภาวะวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง	

การบำบัด จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 34 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และ กลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน.....	61
<b>ตารางที่ 19</b> ความชุกของภาวะซึมเศร้า จากการใช้มาตรวัดภาวะซึมเศร้า (visual analogue scales : VAS) ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการบำบัด ทั้งหมด 4 ครั้ง (N = 17) จาก ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 34 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 17 คน	62
<b>ตารางที่ 20</b> ความชุกของภาวะซึมเศร้า จากการใช้มาตรวัดภาวะซึมเศร้า (visual analogue scales : VAS) ในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการบำบัด ทั้งหมด 4 ครั้ง (N = 17) จาก ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 34 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 17 คน	63
<b>ตารางที่ 21</b> สรุปลความชุกของภาวะซึมเศร้า จากการใช้มาตรวัดภาวะซึมเศร้า (visual analogue scales : VAS) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลัง การบำบัดครั้งที่ 4 จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 34 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน.....	64
<b>ตารางที่ 22</b> ความชุกของภาวะวิตกกังวล จากการใช้มาตรวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS) ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการบำบัด ทั้งหมด 4 ครั้ง (N = 17) จาก ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 34 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 17 คน	65
<b>ตารางที่ 23</b> ความชุกของภาวะวิตกกังวล จากการใช้มาตรวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS) ในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการบำบัด ทั้งหมด 4 ครั้ง (N = 17) จาก ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 34 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 17 คน	66
<b>ตารางที่ 24</b> สรุปลความชุกของภาวะวิตกกังวล จากการใช้มาตรวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 34 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง จำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน .....	67
<b>ตารางที่ 25</b> ความชุกของสัญญาณชีพ (Vital sign) ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการ บำบัด ทั้งหมด 4 ครั้ง (N = 17) จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 34 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง จำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน .....	68

<b>ตารางที่ 26</b>	ความชุกของสัญญาณชีพ (Vital sign) ในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการบำบัด ทั้งหมด 4 ครั้ง (N = 17) จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 34 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน .....	69
<b>ตารางที่ 27</b>	สรุปความชุกของสัญญาณชีพ (Vital sign) กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 34 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน .....	69
<b>ตารางที่ 28</b>	แสดงความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า(TGDS) ในปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Independent Samples t-Test (N = 45 คน) .....	71
<b>ตารางที่ 29</b>	แสดงความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า(TGDS) ในปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Independent Samples t-Test (N = 45 คน) .....	72
<b>ตารางที่ 30</b>	แสดงความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล(STAI) ในปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Independent Samples t-Test (N = 45 คน) .....	72
<b>ตารางที่ 31</b>	แสดงความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล(STAI) ในปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Independent Samples t-Test (N = 45 คน) .....	73
<b>ตารางที่ 32</b>	แสดงความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล(STAI) ในปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Independent Samples t-Test (N = 45 คน) .....	74
<b>ตารางที่ 33</b>	แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า(TGDS)โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis (N = 45 คน) .....	74
<b>ตารางที่ 34</b>	แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวล(STAI) โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis (N = 45 คน) .....	75
<b>ตารางที่ 35</b>	ความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวลที่มีต่อภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N = 45).....	76
<b>ตารางที่ 36</b>	ความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวลที่มีต่อภาวะวิตกกังวลจากแบบประเมินภาวะวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด.....	76

<b>ตารางที่ 37</b>	แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า (TGDS) เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired-sample T test (N = 45)	77
<b>ตารางที่ 38</b>	แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล (STAI) เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired-sample T test (N = 45)	77
<b>ตารางที่ 39</b>	แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า (TGDS) และภาวะวิตกกังวล (STAI) หลังการบำบัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent Samples t-Test (N = 45).....	78
<b>ตารางที่ 40</b>	แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้า (VAS) และระดับภาวะวิตกกังวล (VAS) เปรียบเทียบก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test (N = 45).....	78
<b>ตารางที่ 41</b>	แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้า (VAS) และระดับภาวะวิตกกังวล (VAS) หลังการบำบัดครั้งที่ 4 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney (N=45).....	79
<b>ตารางที่ 42</b>	แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า (TGDS) เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired-sample T test (N = 34)	79
<b>ตารางที่ 43</b>	แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล (STAI) เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired-sample T test (N = 34)	80
<b>ตารางที่ 44</b>	แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า (TGDS) และภาวะวิตกกังวล (STAI) หลังการบำบัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent Samples t-Test (N=34).....	82
<b>ตารางที่ 45</b>	แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้า (VAS) และระดับภาวะวิตกกังวล (VAS) เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test (N = 34).....	83

- ตารางที่ 46** แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้า (VAS) และระดับภาวะวิตกกังวล (VAS) เปรียบเทียบก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test (N=34)..... 85
- ตารางที่ 47** แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้า (VAS) และระดับภาวะวิตกกังวล (VAS) หลังการบำบัดครั้งที่ 4 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney (N=34)..... 86
- ตารางที่ 48** แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของสัญญาณชีพ (Vital sign) เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test 87



## สารบัญภาพ

รูปที่ 1	แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย .....	7
รูปที่ 2	แสดงการนวดพื้นฐานหลังท่านอน <sup>[37]</sup> .....	25
รูปที่ 3	แสดงจุดการนวดจุดกลางระหว่างคิ้วและจุดใต้หัวคิ้ว (สัญญาณ 1 และ 2 ศีรษะ ด้านหน้า) 32	
รูปที่ 4	แสดงจุดการนวดจุดขอบกระดูกท้ายทอย (สัญญาณ 1, 2 และ 5 ศีรษะด้านหลัง) .....	32
รูปที่ 5	แสดงจุดการนวดบริเวณต้นคอ (พื้นฐานโค้งคอทั้ง 2 ข้าง) .....	33
รูปที่ 6	แสดงจุดการนวดบริเวณบ่า (พื้นฐานบ่าทั้ง 2 ข้าง)และบริเวณบ่าด้านหลัง (จุดขอบ สะบัก และสัญญาณ 1 หัวไหล่ ทั้ง 2 ข้าง).....	34
รูปที่ 7	แสดงจุดการนวดบริเวณบ่าด้านหน้า (จุดใต้กระดูกไหปลาร้า, จุดต้นแขน และจุด เหนือรักแร้ ทั้ง 2 ข้าง).....	34
รูปที่ 8	แสดงค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า (TGDS) เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....	80
รูปที่ 9	แสดงค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล (STAI) เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....	81
รูปที่ 10	แสดงค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้า (VAS) เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....	84
รูปที่ 11	แสดงค่าเฉลี่ยของระดับภาวะวิตกกังวล (VAS) เปรียบเทียบก่อนและหลังการ บำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	85
รูปที่ 12	แสดงค่าเฉลี่ยของ Systolic Blood Pressure เปรียบเทียบก่อนและหลังการ บำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	88
รูปที่ 13	แสดงค่าเฉลี่ยของ Diastolic Blood Pressure เปรียบเทียบก่อนและหลังการ บำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	89
รูปที่ 14	แสดงค่าเฉลี่ยของ ชีพจร (Pulse rate) เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....	89

รูปที่ 15	แสดงค่าเฉลี่ยของ อัตราการหายใจ (Respiratory rate) เปรียบเทียบก่อนและ หลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	90
รูปที่ 16	แสดงค่าเฉลี่ยของ อุณหภูมิร่างกาย (Temperature) เปรียบเทียบก่อนและหลัง การบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....	91
รูปที่ 17	แสดงขั้นตอนในการประเมินและการเก็บตัวอย่างงานวิจัย .....	93







## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and Rational)

วัยสูงอายุเป็นระยะสุดท้ายของชีวิต ในอดีตคนส่วนน้อยเท่านั้นที่มีชีวิตรอดมาจนถึงวัยสูงอายุ แม้แต่ในประเทศที่มีการพัฒนาด้านการแพทย์ และสาธารณสุขอย่างสหรัฐอเมริกา เมื่อปี ค.ศ. 1900 (พ.ศ. 2443) ประชากรของประเทศที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 4.1 ปี ค.ศ. 1920 (พ.ศ. 2463) มีร้อยละ 4.7 ปี ค.ศ. 1940 (พ.ศ. 2488) มีร้อยละ 6.8 และปี ค.ศ. 1990 (พ.ศ. 2533) มีร้อยละ 12.5 แนวโน้มของประชากรกลุ่มนี้มีการเพิ่มจำนวนสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งคาดว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 21.8 ในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573)<sup>[1]</sup> ประเทศไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจากโครงสร้างประชากรวัยเด็กเป็นโครงสร้างประชากรวัยผู้สูงอายุ เป็นผลมาจากอัตราการเกิด และอัตราการตายที่ลดลง ประกอบกับผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และการแพทย์ ทำให้ประชากรมีมาตรฐานชีวิต และสุขภาพที่ดีขึ้น จึงเป็นผลให้ประชากรมีอายุที่ยืนยาว<sup>[2]</sup> องค์การสหประชาชาติพบว่า การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ทำให้ระยะเวลาที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุค่อนข้างเร็วกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ<sup>[3]</sup> สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุไทย จะเพิ่มจากร้อยละ 6.8 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 14.9 ในปี พ.ศ. 2557 คิดเป็นผู้สูงอายุชายร้อยละ 45.1 และผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 54.9<sup>[4]</sup> การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ส่งผลทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ ทำให้ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากอายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุยืนยาวมากขึ้น อีกทั้งผู้สูงอายุมีความจำเป็นที่จะต้องใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลที่มากขึ้นจากโรคเรื้อรัง ต้องได้รับการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพ และยังคงส่งผลกระทบต่อแรงงาน ทำให้มีการจ้างงานแรงงานต่างด้าวเพิ่มมากขึ้น จากการมีประชากรวัยแรงงานที่ลดลง<sup>[5]</sup>

ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยังอยู่ในชนบทและอยู่ในภาวะยากลำบาก การเกื้อหนุนของครอบครัวมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากการอพยพไปทำงานต่างถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุต้องใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง หรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสมากขึ้น<sup>[5]</sup> โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 3.6 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 8.7 ในปี พ.ศ. 2557<sup>[4]</sup> แล้วยังมีผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งเพิ่มมากขึ้นจาก 2,141 คน ในปี พ.ศ. 2536 เป็น 2,991 คน ในปี พ.ศ. 2546<sup>[6]</sup> เพิ่มขึ้นถึง 850 คน ภายในระยะเวลา 10 ปี ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาหลายด้าน ได้แก่ ปัญหาทางร่างกายคือ ร่างกายเสื่อมโทรมลงตามธรรมชาติตลอดเวลา ปัญหาทางเศรษฐกิจคือ มีการเปลี่ยนบทบาทจากผู้ประกอบอาชีพมาเป็นบุคคลว่างงาน และปัญหาทางสังคมคือ มีการเปลี่ยนฐานะความสัมพันธ์กับคนที่แวดล้อมและ

ครอบครัว<sup>[1]</sup> ทำให้สูญเสียสถานะทางสังคม ที่เคยมั่นคง และเป็นผู้นำในหลาย ๆ ด้าน ผู้สูงอายุจึงต้องมีการปรับตัวเข้าสู่บทบาทของผู้สูงอายุ โดยจะต้องมีความพร้อมทั้งร่างกาย และจิตใจ แต่ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้ ก็ต้องมีการแยกตัวจากสังคม และสิ่งแวดล้อมเดิม มาสู่กลุ่มผู้สูงอายุภายใต้การดูแลของรัฐบาล หรือองค์กรเอกชนในสถานสงเคราะห์ต่าง ๆ<sup>[7]</sup> โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล และสงเคราะห์ด้านที่พักอาศัยจากศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นจาก 1,169 คน ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 1,454 คน ในปี พ.ศ. 2551<sup>[8]</sup> เพิ่มขึ้นถึง 285 คน ในระยะเวลา 3 ปี จากงานวิจัยของนิภาพร พุ่มซ้อน และสุธิดา สิงหสูตร ทำการศึกษาวิถีชีวิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 ทำให้ทราบถึงสาเหตุที่ผู้สูงอายุเข้ามาอาศัยในสถานสงเคราะห์ โดยมีด้วยกัน 4 สาเหตุ คือ 1.ขาดการดูแลเอาใจใส่ 2.ผู้สูงอายุไม่ต้องการเป็นภาระให้ลูกหลาน 3.ผู้สูงอายุขาดคนอุปการะดูแล และ 4.ผู้สูงอายุถูกผลักดันเข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์<sup>[9]</sup>

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพ เพราะเป็นวัยที่พละกำลังถดถอยถูกโรคภัยเบียดเบียนได้ง่าย นอกจากนี้ผู้สูงอายุไทยยังประสบปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม ทำให้มีผลต่อสภาพจิตใจ<sup>[10]</sup> จากการรายงานดัชนีชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ ด้านสุขภาพจิตพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่นเล็กน้อย<sup>[11]</sup> จากการสำรวจ และศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาค ของไทย ปี พ.ศ. 2548 - 2549 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พบว่าปัญหาจิตใจที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า พบเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 87 ภาวะวิตกกังวล พบเป็นอันดับสอง คิดเป็น ร้อยละ 8.6 และความรู้สึกสิ้นหวัง พบเป็นอันดับสาม คิดเป็นร้อยละ 7.3<sup>[12]</sup> และจากการสำรวจระดับวิทยาลัยสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 ในประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป พบผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 4.0 และผู้สูงอายุที่มีภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 2.3<sup>[13]</sup> จากงานวิจัยของธัญพร พรหมจันทร์ ทำการศึกษาระดับวิทยาลัยสุขภาพจิต ความวิตกกังวล และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 57.3 โดยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 25.8 รองลงมาคือ ระดับปานกลางร้อยละ 24.4 และระดับรุนแรง ร้อยละ 7.1<sup>[14]</sup> จากการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทำให้ทราบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่พักอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา การศึกษาครั้งนี้จึงได้ทำการศึกษาที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นสถานสงเคราะห์คนชราสังกัด กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยส่วนใหญ่แล้วรับผู้สูงอายุจากจังหวัดต่าง ๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และบางส่วนจากภูมิภาคอื่น ๆ ในประเทศไทย จากรายงานวันที่ 24 ธันวาคม 2558 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 222 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุชาย 99 คน และผู้สูงอายุหญิง 123 คน ซึ่งส่วนใหญ่แล้วอายุ 70 - 79 ปี ร้อยละ 49.14 รองลงมาคือ 80 - 89 ปี ร้อยละ 24.57 และ 60 - 69 ปี ร้อยละ 24.14 สาเหตุที่

ผู้สูงอายุเข้ามารับบริการในสถานสงเคราะห์แห่งนี้ อันดับหนึ่งร้อยละ 56.67 คือ อยู่กับครอบครัวแล้ว ไม่มีความสุข อันดับสองร้อยละ 28.72 คือ ขาดผู้อุปการะดูแล และอันดับสามร้อยละ 8.8 คือ ไม่มีที่พักอาศัย และจากการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยในปี พ.ศ. 2557 พบว่าที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแห่งนี้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า 38 คน การที่ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิต ประกอบกับในบางรายมีปัญหาสุขภาพกายร่วมด้วย จึงอาจทำให้ไม่มีความสุขเท่าที่ควร ผู้สูงอายุที่จะใช้ชีวิตในวัยชราอย่างมีความสุขได้คือ ผู้ที่ดูแลสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจร่วมกัน<sup>[15]</sup>

การเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจอาจส่งผลกระทบต่อกัน ผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรังมักมีผลกระทบต่ออาการเกิดโรคทางจิตใจขึ้นได้ และในทางกลับกัน ภาวะความผิดปกติทางจิตใจอาจส่งผลให้โรคทางกายเกิดขึ้นมาใหม่ รักษาไม่หาย หรือกำเริบได้เช่นกัน ยังไม่มีการศึกษาอุบัติการณ์ที่แน่นอน แต่พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคทางกายร้อยละ 40 – 50 มีภาวะทางจิตเวชร่วมด้วย โดยอาการที่พบบ่อยที่สุดคือ อาการซึมเศร้า วิดกกังวล และใช้สารเสพติด โดยพบโรคทางกายที่มีความสัมพันธ์กับจิตใจ ในระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ ได้แก่ rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus (SLE), ปวดหลังส่วนล่าง (lower back pain), fibromyalgia และยังมีพบโรคอื่น ๆ ได้แก่ ปวดศีรษะไมเกรน, ปวดศีรษะจากความเครียด (tension headache)<sup>[16]</sup>

การนวดไทยด้วยหลักการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการบำบัดรักษา ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษามากยิ่งขึ้น โดยการกดนวดทำให้มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ช่วยยืดเนื้อเยื่อที่ยึดติดกันอยู่ให้ลดความตึงตัวลง ทำให้เลือดในเส้นเลือดดำส่วนพื้นผิว (Superficial vein) ไหลเวียนดีขึ้น ลดแรงดันภายในเส้นเลือดฝอย การคั่งของเลือด และน้ำเหลืองลดลง และลดความเจ็บปวดได้<sup>[17]</sup> นอกจากนี้การกดนวดยังกระตุ้นที่ peripheral receptor เกิดปฏิกิริยาโดยตรงของบริเวณที่ถูกนวด ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว และยังส่งกระแสประสาทไปยังประสาทไขสันหลัง และสมองซึ่งสามารถยับยั้งอาการปวดได้<sup>[18]</sup> การนวดสามารถลดอาการปวดได้โดยกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารลดปวดชนิดหนึ่งชื่อ enkephalins และการนวดยังกระตุ้นให้มีการหลั่ง endorphins ทำให้เกิดการผ่อนคลายทั้งร่างกาย และจิตใจ จึงช่วยลดความวิตกกังวล และความตึงเครียดได้<sup>[19]</sup> จากงานวิจัยของชาติปัทย์ เครือพานิชย์ และอุไรวรรณ ชัชวาล ทำการศึกษาผลแบบทันทีของการนวดไทยในการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยปวดศีรษะจากความเครียดแบบ episodic tension-type headache พบว่า การนวดไทยเป็นการรักษาทางเลือกที่ไม่ใช้ยาชนิดหนึ่งสำหรับอาการนี้ ภายหลังจากการรักษาทันทีระดับอาการปวดศีรษะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>[20]</sup> สำหรับการนวดในกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นเหมือนการผ่อนคลายอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย และลดความตึงเครียด จากงานวิจัยของปัทมา สุจริต ทำการศึกษาการจัดการความปวดเรื้อรัง

ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับความปวดเรื้อรังด้วยวิธีที่ใช้ยา ร่วมกับวิธีที่ไม่ใช้ยา ซึ่งวิธีที่ใช้ยาส่วนใหญ่ คือ ยานวด ส่วนวิธีที่ไม่ใช้ยาส่วนใหญ่ คือ การบีบนวด<sup>[21]</sup>

จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการศึกษาวิจัยของจิราภรณ์ แนวบุตร ที่ทำการศึกษผลของการนวดไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และอาการปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ และเยื่อพังผืดที่มารับบริการนวดแผนไทย ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่า หลังจากที่ถูกผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการนวดไทย ติดต่อกัน 3 ครั้ง ระดับความวิตกกังวล ระดับความซึมเศร้า และระดับความปวดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>[22]</sup> แต่การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาผลของการนวดไทยที่มีต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในประชากรกลุ่มอื่น ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการนวดไทยต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในกลุ่มผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการนวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลของผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบผลของการนวดไทยก่อน และหลังการรักษา และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล รวมถึงเป็นการส่งเสริม และสนับสนุนการแพทย์แผนไทยในการบำบัด และฟื้นฟูสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมต่อไป

## 1.2 คำถามการวิจัย (Research Question)

### 1.2.1 คำถามการวิจัยหลัก

ผลของการนวดไทยต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี เป็นอย่างไร

### 1.2.2 คำถามการวิจัยรอง

ผลของการนวดไทยต่อภาวะวิตกกังวลของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี เป็นอย่างไร

## 1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย (Research Objectives)

เพื่อศึกษาผลของการนวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี โดยเปรียบเทียบผลของการนวดไทยก่อน และหลังการรักษา และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

## 1.4 สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

ผู้สูงอายุที่ได้รับการบำบัดด้วยการนวดไทยมีภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลลดลง และแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

### 1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

ในการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี เท่านั้น

### 1.6 คำสำคัญ (Key Words)

การนวดไทย (Thai traditional massage) ภาวะซึมเศร้า (depression) ผู้สูงอายุ (elderly)

### 1.7 การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition)

**ผู้สูงอายุ (elderly)** ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย<sup>[23]</sup>

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี

**ภาวะซึมเศร้า (depression)** ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีดมน เหนื่อยหน่าย หดหู่จิตใจ อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเองในที่สุด<sup>[24]</sup>

ในการศึกษาครั้งนี้ ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุสามารถประเมินได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) โดยศาสตราจารย์ นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ ซึ่งได้คะแนนตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป

**การนวดไทย (Thai traditional massage)** ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 หมายถึง การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัด การรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริม และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับศิลปะการนวดไทย ทั้งนี้ ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย<sup>[25]</sup>

ในการศึกษาครั้งนี้ การนวดไทย หมายถึง วิธีทางการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วยการนวดไทยแบบราชสำนัก และการประคบสมุนไพรไทยภายหลังการนวดไทย ซึ่งใช้ในการบำบัด และฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งสุขภาพกาย และใจ โดยมีแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่มีความชำนาญคือ ผู้วิจัยเป็นผู้บำบัดผู้สูงอายุด้วยการนวดไทยเพียงผู้เดียว

ตารางที่ 1 แสดงรูปแบบวิธีการพื้นฐานของการนวด

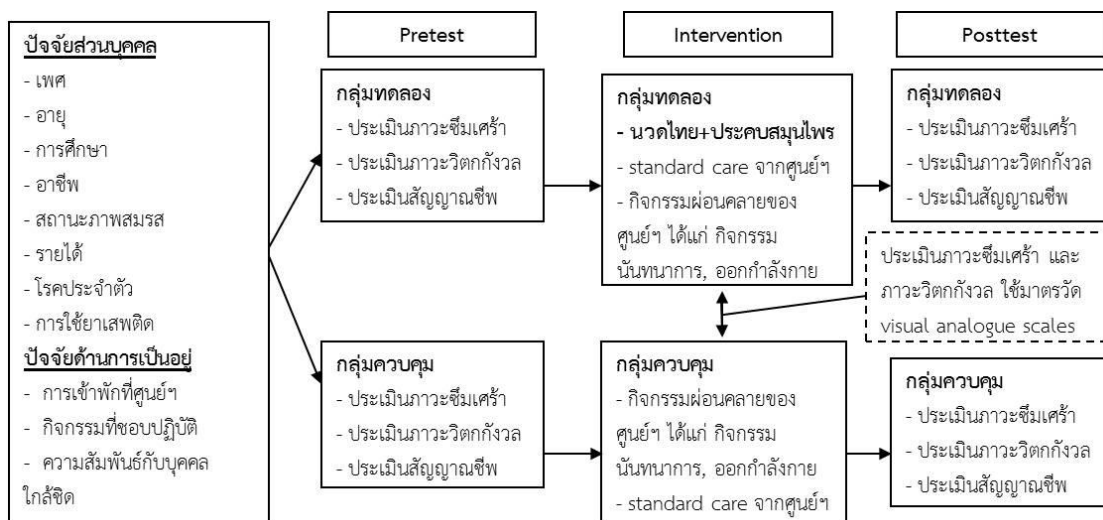
รูปแบบวิธีการนวดพื้นฐานแบบไทย (Thai massage)	รูปแบบวิธีการนวดพื้นฐานแบบ สวีเดน (Swedish massage)	นวดอโรมา (Aromatic massage)
<p>การนวดแบบราชสำนัก (การนวดแบบแพทย์แผนไทย ประยุกต์)</p> <p>- นวดโดยใช้นิ้วมือกดลงบนร่างกาย (friction massage) เท่านั้น</p> <p>- เพื่อควบคุมน้ำหนักไม่ให้มากเกินไป</p>	<p>การลูบ (Effleurage or stroking massage)</p> <p>การบีบ ขยำ (Petrissage or compression massage)</p> <p>ใช้นิ้วมือกดลงบนร่างกาย (Friction massage)</p> <p>การลูบแบบเคาะ (Tapotement or percussion massage)</p>	<p>- การนวดคล้ายการนวด แบบสวีดิช - น้ำมันที่ใช้ต้องเป็น น้ำมันหอมระเหยที่สกัดจากส่วน ต่างๆของพืช</p> <p>- การใช้น้ำมันนี้จะมีผลต่อ ร่างกาย ช่วยทำให้ผ่อนคลาย เกิดสมดุลลดอาการปวดเมื่อย</p>

ตารางที่ 2 แสดงความแตกต่างระหว่าง การนวดแบบเชลยศักดิ์กับการนวดแบบราชสำนัก

ข้อแตกต่าง	การนวดแบบเชลยศักดิ์	การนวดแบบราชสำนัก (การนวดแบบแพทย์แผนไทยประยุกต์)
1. กิริยามารยาท	เป็นกันเองกับผู้รับบริการมากกว่า บางครั้งอาจดูไม่สุภาพมากนัก	เรียบร้อยมาก เดินเข้าเข้าหาผู้รับบริการ ไม่หยาบใจต่อผู้รับบริการ หรือเงยหน้ามาจกน เป็นที่ไม่เคารพ
2. การเริ่มนวด	เริ่มนวดที่ฝ่าเท้า	มักเริ่มนวดตั้งแต่หลังเท้าขึ้นไป
3. อวัยวะที่ใช้	ใช้ได้ทั้งมือ คอ แขน เข่า สันเท้า	เฉพาะมือ นิ้วหัวแม่มือ และปลายนิ้วอื่นๆ
4. ท่าทางของแขน	ตรงหรืองอก็ได้	ต้องเหยียดตรงเสมอ
5. การลงน้ำหนัก	มีทั้งกดและนวดคลึง	ใช้การกดเท่านั้น
6. ท่าของผู้รับบริการ	ท่านั่ง ท่านอนหงาย ท่านอนตะแคง และท่านอนคว่ำ	มีท่านั่ง ท่านอนหงาย ท่านอนตะแคง เท่านั้น ไม่มีท่านอนคว่ำ
7. การตัด	มีการตัด ดึง ข้อต่อและหลัง	ไม่ใช่
8. ความรู้ทางกายวิภาค	อาจไม่มีความรู้ดีพอ	มีความรู้เป็นอย่างดีพอสมควร

## 1.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

รูปที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย





## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research study) เพื่อศึกษาผลของการนวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี โดยเปรียบเทียบผลของการนวดไทยก่อน และหลังการบำบัด และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

#### 2.1 วัยสูงอายุ

##### 2.1.1 ช่วงวัยสูงอายุ

##### 2.1.2 พัฒนาการแต่ละด้านของวัยสูงอายุ

##### 2.1.3 การปรับตัวในวัยสูงอายุ

##### 2.1.4 สาเหตุของการเสียสุขภาพจิตในวัยสูงอายุ

#### 2.2 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

##### 2.2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

##### 2.2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

#### 2.3 ภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

##### 2.3.1 ความหมายของภาวะวิตกกังวล

##### 2.3.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล

#### 2.4 การนวดไทย

##### 2.4.1 ความสำคัญของการนวดไทย

##### 2.4.2 ประเภทของการนวดไทย

##### 2.4.3 ผลของการนวดไทยต่อร่างกาย

##### 2.4.4 อาการไม่พึงประสงค์หลังนวด

##### 2.4.5 ข้อห้ามและข้อควรระวังในการนวด

##### 2.4.6 กายวิภาคศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการนวดไทย (โปรแกรมการนวดไทย)

#### 2.5 การประคบสมุนไพร

##### 2.5.1 สมุนไพรในลูกประคบ และขั้นตอนในการประคบ

##### 2.5.2 ประโยชน์ของการประคบสมุนไพร

##### 2.5.3 ข้อห้ามหรือข้อจำกัดในการใช้ลูกประคบ

#### 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

## 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนวดต่อการบำบัดภาวะสุขภาพจิต

### 2.1 วัยสูงอายุ

วัยสูงอายุ<sup>[1], [26], [27]</sup>

ภาวะสูงอายุแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เป็นการยากที่จะกำหนดให้เป็นสากลว่าเมื่อใดที่บุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งนี้เพราะภาวะสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ทางจิต สังคม พอๆ กับทางชีววิทยา เนื่องจากการยากในการกำหนดการเริ่มต้นของ “ภาวะสูงอายุ” ดังกล่าว จึงได้นับเอาปีปฏิทินเป็นเกณฑ์โดยทั่วๆ ไปกำหนดนัยหมายกันว่าอายุประมาณ 60 – 65 ปี เป็นช่วงเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ

#### 2.1.1 ช่วงวัยสูงอายุ 4 ช่วง

ด้วยเหตุที่คนโดยทั่วๆ ไปอายุยืนขึ้น นักชราวิทยาจึงได้แบ่งช่วงสูงอายุออกเป็น 4 ช่วง โดยใช้เกณฑ์ตามลักษณะจิตสังคม ชีววิทยา (Craig 1991; Hoffman et al. 1988) ดังนี้

##### 1. ช่วงไม่ค่อยแก่ (the young - old)

ช่วงนี้อายุประมาณ 60 – 69 ปี เป็นช่วงที่คนต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของมิตรสหาย คู่ครอง รายได้ลดลง การสูญเสียตำแหน่งทางสังคม โดยทั่วๆ ไปช่วงนี้บุคคลยังเป็นคนที่แข็งแรง แต่อาจต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง อย่างไรก็ตามก็ดีสำหรับบุคคลที่มีการศึกษาสูง รู้จักปรับตัว ช่วงนี้ยังเป็นช่วงที่เราจะมีสมรรถภาพด้านต่างๆ ใกล้เคียงกับคนหนุ่มสาวมาก การปรับตัวในช่วงนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรใช้แบบ “engagement” คือ ยังเข้าร่วมกับกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมทั้งในครอบครัว และนอกครอบครัว

##### 2. ช่วงแก่ปานกลาง (the middle-aged old)

อายุประมาณ 70 – 79 ปี เป็นช่วงที่คนเริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่อายุใกล้ๆ กันอาจเริ่มล้มหายตายจากมากขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลง การปรับตัวในระยะนี้มักเป็นไปในรูปแบบ “disengagement” คือ ไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัวและสังคมมากนัก

##### 3. ช่วงแก่จริง (the old-old)

อายุประมาณ 80 – 90 ปี ผู้มีอายุยืนถึงระดับนี้จะปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เพราะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับคนอายุถึงขั้นนี้ต้องมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ไม่วุ่นวาย แต่ก็ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยังกระตุ้นความมีสมรรถภาพในแง่ต่างๆ ตามวัย (both privacy and stimulating) ผู้สูงอายุระยะนี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าวัยที่ผ่านมา และเริ่มย้อนนึกถึงอดีตมากขึ้น

##### 4. ช่วงแก่จริงๆ (the very old-old)

อายุประมาณ 90 – 99 ปี ผู้มีอายุยืนถึงระดับนี้มีค่อนข้างน้อย ความรู้ต่างๆ ด้านชีววิทยา สังคม และจิตใจของคนวัยนี้ยังไม่มีการศึกษามากนัก แต่อาจกล่าวได้ว่าเป็นระยะที่มีภูมิปัญญาทางสุขภาพ ผู้สูงอายุในวัยนี้ควรทำกิจกรรมที่ไม่ต้องมีการแข่งขัน ไม่ต้องมีการบีบคั้นเรื่องเวลาที่ต้องทำให้เสร็จ ควรทำกิจกรรมอะไรๆ ที่พอออกพอใจ และอยากทำในชีวิต สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่ได้พบผ่านวิกฤตต่างๆ ของชีวิตมาแล้วด้วยดีมากมาย จะเป็นคาบระยะแห่งความสุขสงบพอใจในตนเอง

## 2.1.2 พัฒนาการแต่ละด้านของวัยสูงอายุ

### 1. พัฒนาการทางด้านร่างกาย

พัฒนาการทางกายในวัยสูงอายุเป็นจุดเด่นและมักเป็น “จุดนำ” พัฒนาการด้านอื่นๆ การดำเนินชีวิตประจำวัน ลักษณะแบบแผนการดำเนินชีวิต ความสุขทุกขในวัยสูงอายุ ความสามารถในการปรับตัว การปฏิสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้อื่นทั้งในครัวเรือน และในสังคมกว้าง ฯลฯ ล้วนแล้วแต่ตั้งอยู่บนฐานของพัฒนาการทางกายทั้งสิ้น ดังได้มีการศึกษาวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศซึ่งรายงานผลตรงกันว่า “ความสุขทุกขในวัยสูงอายุตั้งอยู่บนพื้นฐานของสมรรถภาพทางกายและสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหลัก” (Gormly & Brodzinsky 1989; Keawkungwal 1984; ศรีเรือน แก้วกั้ววาล2534; 2535ก, 2535ข)

พัฒนาการทางกายโดยทั่วๆ ไปมีลักษณะเสื่อมถอยทั้งที่เห็นได้ชัดเจนและไม่ค่อยชัดเจน ความเสื่อมบางอย่างเมื่อเสื่อมแล้วไม่สามารถทดแทนให้ตติงเดิมได้ การเปลี่ยนแปลงที่เห็นชัดเจนภายนอก เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระ เนื้อหนังขาดความเต่งตึง รูปร่างเปลี่ยนไป การเคลื่อนไหวช้าลง การทรงตัวไม่ดี อ่อนเพลียและเหนื่อยล้าเร็ว ประสาทสัมผัสต่างๆ เช่น ลิ้น ตา หู รับรู้เสื่อมลง การมองเห็นและการได้ยินเสื่อมลง การเปลี่ยนแปลงภายในที่เห็นได้ยาก เช่น กระดูกเปราะบางและหักง่าย ผันงหลอดเลือดมีแคลเซียมเกาะมากขึ้น อาจทำให้หลอดเลือดแข็ง เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจเกี่ยวพันไปถึงหัวใจและหลอดเลือด เลือดอาจไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบเซลล์ต่างๆ น้ำหนักสมองลดลง คุณภาพในการทำงานของสมองเสื่อมลง ทำให้จำได้ยากขึ้น และเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ช้า คิดช้ากว่าในวัยหนุ่มสาว

มีการศึกษาเรื่องผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากที่รายงานว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงใช้ร่างกายทำงาน เช่น ออกกำลังกาย ทำงานอื่นตามความพอเหมาะกับการกำลังทางกาย ใช้สมองอยู่เสมอๆ ตามสมควรนั้น ร่างกายและสมองจะเสื่อมช้าหรือไม่เสื่อมเลย ส่วนผู้ที่ไม่ค่อยได้ใช้สมอง มักจะเกิดโรคสมองเสื่อมประเภทหลงๆ ลืมๆ ตั้งแต่ระดับอ่อนจนถึงระดับรุนแรง (dementia) อนึ่ง “กิจกรรมที่สำคัญมากและจำเป็นสำหรับผู้ที่จะใช้ชีวิตวัยชราอย่างมีความสุข คือ การดูแลสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ” (Arking 1991)

## 2. พัฒนาการทางด้านสติปัญญา

ผู้สูงอายุมักจะหลงลืมง่าย ความจำเลอะเลือน แต่เหตุผลยังคงดีอยู่ ความสุขุมรอบคอบอาจจะยังคงที่ ขาดความริเริ่ม แต่ยึดหลักเกณฑ์ที่ตนเชื่อถือ

ในการศึกษา เนลสัน ยืนยันว่า สมรรถภาพในการเล่าเรียนของคนเรานั้นจะค่อยๆ ลดลงทีละน้อยในอายุระหว่าง 25 – 50 ปี พอหลังจากอายุ 50 ปี สมรรถภาพที่ว่าจะลดลงค่อนข้างเร็ว หมายความว่า วัยชรา นั้นจะจดจำ หรือท่องจำสิ่งใดได้ยากกว่าวัยอื่นๆ และยังคงหลงลืมง่ายอีกด้วย

## 3. พัฒนาการทางด้านจิตใจ

การพัฒนาจิตใจในวัยนี้เป็นกระบวนการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต (life review) และเข้าถึงความสงบสุข จากการยอมรับชีวิตที่ผ่านมาด้วยความรู้สึกดีกับตนเอง แต่ถ้การพัฒนาทางจิตใจระยะก่อนหน้านี้มีปัญหา อาจทำให้รู้สึกเสียใจกับสิ่งที่ผ่านมา โดยทั่วไปคนเรามักคงลักษณะบุคลิกภาพเดิมของตนเองไว้ หากมีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ พบว่าส่วนมากเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพร่างกายหรือสถานภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ส่วนความแตกต่างระหว่างเพศ พบว่าเพศชายมีความใส่ใจเรื่องความสัมพันธ์และดูแลคนใกล้ชิด (affiliative and nurturant) มากขึ้น ในขณะที่เพศหญิงมีความเป็นปัจเจกบุคคล (individualistic) มากขึ้นกว่าวัยก่อนหน้านี้

## 4. พัฒนาการทางด้านสังคม

มีการเปลี่ยนแปลงด้านการงานที่สำคัญ คือ การเกษียณอายุ ซึ่งส่งผลแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล หลายคนคิดว่าเป็นเวลาแห่งการพักผ่อน และเป็นอิสระต่อการรับผิดชอบในหน้าที่การงาน แต่บางคนอาจรู้สึกเครียดโดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือรู้สึกสูญเสียบทบาททางสังคม ทำให้มั่นใจในตนเองน้อยลง อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่แข็งแรงส่วนมากปรับตัวด้วยการคงกิจกรรมทางสังคมในระดับเดิมหรือลดลงเล็กน้อย เช่น การติดต่อกับญาติและเพื่อน การร่วมกิจกรรมทางศาสนาที่ตนเองนับถือ ส่งผลให้ร่างกายและจิตใจเป็นสุข หากมีความเจ็บป่วยทางร่างกายหรือสูญเสียญาติหรือเพื่อน ก็อาจทำให้เกิดการแยกตัวหรือซึมเศร้าได้

### 2.1.3 การปรับตัวในวัยสูงอายุ

การปรับตัวเป็นกระบวนการที่จำเป็นและสำคัญต่อการใช้ชีวิตที่เป็นสุขในทุกๆ วัย เพราะชีวิตมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ผู้สูงอายุที่มีความสุข คือ ผู้ที่สามารถปรับตัวให้เหมาะสมตามวัย การปรับตัวในวัยสูงอายุมีรูปแบบและลักษณะที่ค่อนข้างจำเพาะติดกับวัยอื่นๆ เพราะการปรับตัวในช่วงนี้ เป็นการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตที่เป็นความเสื่อมถอย การพลัดพราก การปิดฉากคาบสุดท้ายของชีวิต ส่วนการปรับตัวในวัยที่ผ่านมาเป็นการปรับตัวเพื่อเตรียมพัฒนาการในขั้นถัดไป เช่น ปรับตัวช่วงวัยรุ่น เพื่อเตรียมเป็นผู้ใหญ่ ปรับตัวช่วงวัยกลางคน เพื่อเตรียมเป็นผู้สูงอายุ

การปรับตัวในวัยสูงอายุ มี 2 ประเภทกว้างๆ คือ

การปรับตัวภายนอก ได้แก่ ส่วนที่สามารถมองเห็นได้ เช่น การรักษาสุขภาพอนามัย การมีงานอดิเรกที่ตนสนใจ

การปรับตัวภายใน เช่น การทำใจ การรู้จักปลง การยอมรับความชรา การยอมรับการพลัดพราก การมีอารมณ์เยือกเย็นขึ้น ซึ่งการปรับตัวภายนอกง่ายกว่าการปรับตัวภายใน

ผู้สูงอายุจะปรับตัวต่อปัญหาชีวิตยากหรือง่ายขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของเขาในอดีต ถ้าการปรับตัวในวัยที่ผ่านมามีอุปสรรคน้อย การปรับตัวในวัยสูงอายุก็ไม่มีปัญหามาก อย่างไรก็ตาม การปรับตัวของคนสูงอายุทำได้ไม่่ง่าย เพราะความเสื่อมโทรมของสมรรถภาพทางกาย ลักษณะอารมณ์ และจิตใจที่มีแนวโน้มไปในทางเสื่อมถอย แต่การปรับตัวจะไม่ยากสำหรับบุคคลที่เตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องธรรมชาติพัฒนาการในยามสูงอายุ

บุคคลผู้ที่ไม่เตรียมปรับตัวในยามสูงอายุทั้งกาย ใจ อารมณ์ และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ จะพบว่าการปรับตัวในระยะวัยสูงอายุเป็นสิ่งที่น่าหนักใจ เป็นประสบการณ์ที่น่ากลัว วิธีการปรับตัวมีหลายชนิด มีทั้งที่สมเหตุสมผล และไม่สมเหตุสมผล ตัวอย่างที่ไม่สมเหตุสมผล ได้แก่ การไม่ยอมรับสภาพความชราและยังพยายามประพடுத்தตัวอย่างหนุ่มสาว หาทางชดเชยความเป็นหนุ่มสาว โดยการแสดงความไม่พอใจคนหนุ่มสาวและตำหนิติเตียน ต่างๆ นานา ชอบพ้อฝัน ต้องการความช่วยเหลือแบบเด็กทารก ตัวอย่างการปรับตัวที่สมเหตุสมผล เช่น การยอมรับขอบเขตความสามารถของตน ยอมรับสภาพความทรุดโทรมทางกายของตน รักษาสุขภาพอนามัย สร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนใหม่ๆ มีความสนใจเรื่องของชุมชน ไม่จู้จี้บ่นพร่ำเพรื่อ ไม่บ่นววยเรื่องของลูกหลานมากเกินไปจนขอบเขต ซึ่งได้มีการศึกษาถึงรูปแบบของการปรับตัวในวัยสูงอายุ ดังนี้

### 1. ทฤษฎีการปรับตัว ทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับตัวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมี 3 ทฤษฎี

ได้แก่

CHULALONGKORN UNIVERSITY

1.1 ทฤษฎีปล่อยวาง (disengagement theory) ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายได้ว่า วิธีการปรับตัวในวัยสูงอายุ คือ การปล่อยวาง ผู้สูงอายุควรลดบทบาทต่างๆ ทางสังคม เพราะวิธีนี้เหมาะสมกับสภาพร่างกายที่เริ่มเสื่อมถอย นอกจากนั้นแล้วกิจการงานและกิจกรรมทางสังคมก็ได้รับการละเว้นแล้ว ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรอยู่อย่างเรียบง่าย ไม่เข้าไปวุ่นวายกับภารกิจทางสังคมและครอบครัวมากนัก เมื่อผู้สูงอายุมีความต้องการและเกี่ยวข้องทางสังคมน้อย วิธีนี้จะเป็นวิธีที่จะรักษาคุณภาพแห่งชีวิต อารมณ์ จิตใจ และร่างกาย

1.2 ทฤษฎีกิจกรรม (engagement theory) ทฤษฎีนี้มีแนวคิดที่ว่า “หากผู้สูงอายุละสังขม โลกและสังคมก็จะละทิ้งเขา” โดยเชื่อว่าตามความเป็นจริงในส่วนลึกของจิตใจแล้วผู้สูงอายุยังต้องการสังคม ผู้สูงอายุจะพอใจและมีความสุขในตนเอง ถ้าเขายังคงทำกิจกรรมในสังคมและเพื่อสังคม ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสุขในวัยสูงอายุ ตัดสินได้จากความสามารถที่ผู้สูงวัยทำอะไรให้แก่สังคมได้มากน้อยเพียงไร ดังนั้นถ้าเขาวางมือจากงานอย่างหนึ่งเขาก็ควรหางานอย่างอื่นทดแทน

1.3 ทฤษฎีตำแหน่งบทบาท (role theory) ทฤษฎีนี้คล้ายคลึงกับทฤษฎีกิจกรรม แต่มองในแง่สังคมวิทยา โดยมีฐานแนวคิดว่า มนุษย์มักผูกพันความสุขความพอใจของตนกับตำแหน่งบทบาททางสังคม บุคคลมีบทบาทและตำแหน่งต่างๆ มากมายก่อนวัยสูงอายุ ทั้งเชิงสังคมในบ้าน นอกบ้าน ในงานอาชีพ แต่ต้องลดบทบาทลงเมื่อสูงวัย การต้องลดบทบาททำให้ตนเสียความมั่นคงของชีวิตด้านต่างๆ ดังนั้น วิธีการปรับตัวที่ดีก็คือการหาบทบาทตำแหน่งใหม่ๆ ต่อไป เช่น หาความสนใจใหม่ๆ หากกลุ่มสังคมใหม่ๆ หางานใหม่ๆ แนวคิดทฤษฎีนี้ก็คือ อัตลักษณ์ (identity) ของบุคคล ตระหนักรู้ได้จากบทบาทตำแหน่งของตน และคนเราจะปรับตัวได้เมื่อผูกพันตนเองกับบทบาทเท่านั้น

Butler (1974) Neugarten (1977) ได้ให้ความเห็นว่า แนวทางในการปรับตัวตามทฤษฎีต่างๆ นั้นไม่เหมาะกับทุกๆ คน แต่ละทฤษฎีมีจุดดีจุดด้อยในตัวเอง และเหมาะสมกับบุคลิกภาพของบุคคลเป็นกลุ่มๆ ไป บางครั้งในช่วงหนึ่งการปรับตัวใช้ทฤษฎีกิจกรรมที่ดีที่สุด แต่เมื่อเวลาผ่านไปทฤษฎีปล่อยวางอาจดีที่สุด อย่างไรก็ตาม ทฤษฎีกิจกรรม เป็นทฤษฎีที่นักจิตวิทยาส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นทฤษฎีที่ดีที่สุดที่ทำให้บุคคลสามารถดำรงความกระฉับกระเฉงมีสุขภาพดี ชะลอความแก่ได้นานที่สุด ร่างกายและสมองเสื่อมช้าที่สุด ถึงกระนั้นทฤษฎีนี้ก็อาจใช้ไม่ได้เลยสำหรับบุคคลที่มีลักษณะเก็บตัว มีเพื่อนน้อยมาตลอดชีวิต การที่จะให้เขาเริ่มปรับตัวตามทฤษฎีกิจกรรมในช่วงสูงวัยคงไม่มีทางที่จะเป็นไปได้ และอาจทำให้เขามีทุกข์มากกว่าสุข (Craig 1991; Lefrancois 1990)

2. ทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคม แอริคสัน (1964) และแพค (1968) ได้เสนอแนวคิดว่าการปรับตัวในวัยสูงอายุจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับผลของพัฒนาการในวัยที่ผ่านมา กล่าวคือ ถ้าบุคคลสามารถปรับตัวผ่านพ้นภาวะวิกฤตทางจิตสังคมมาด้วยดีทุกขั้นตอนก็จะมีโอกาสที่เข้มแข็ง สามารถจะปรับตัวได้ดีต่อวิกฤตทางจิตสังคมในวัยสูงอายุได้เช่นเดียวกัน ทฤษฎีนี้เรียกว่า ทฤษฎีขั้นตอนพัฒนาการจิตสังคม (psychosocial stage theories)

2.1 ทฤษฎีจิตสังคมขั้นตอนที่ 8 ของแอริคสัน แอริคสัน (1964, 1950) กล่าวว่า วัยสูงอายุเป็นระยะเวลาที่บุคคลย้อนคิดถึงอดีต ถ้าผู้สูงอายุย้อนคิดถึงอดีตด้วยความพอใจในตนเอง เห็นว่าตนได้ทำสิ่งที่ตนเห็นว่าดีที่ต้องทำอย่างดีที่สุดแล้ว ก็จะเกิดความพอใจตนเอง มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีอารมณ์มั่นคง แต่หากการนึกถึงอดีตทำให้ตนขมขื่น เขาจะรู้สึกทุกข์ร้อน ผิดหวังในชีวิต จะย้อนกลับไปตั้งต้นใหม่แก้ไขก็ไม่ได้แล้ว ดังนั้นผู้สูงอายุผู้นั้นต้องทนอยู่กับความขมขื่น ผิดหวัง เจ็บปวดลึกๆ

บุคคลที่เป็นผู้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในยามสูงวัย คือ บุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ซึ่งแอริคสันมีแนวโน้มเห็นว่าน่าจะเป็นผู้มีอายุน้อยกว่า เพราะบุคคลกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่สามารถกระตุ้นความมีชีวิตชีวา ความมีกำลังวังชาให้แก่ผู้สูงอายุได้ ผู้สูงอายุควรพัฒนาความสามารถในการมีไมตรีจิตกับบุคคลอื่นๆ ทุกชาติ ชั้น วรณะ เพศ และวัยอีกด้วย สมรรถภาพ

เช่นนี้จะทำให้ไม่รู้สึกราวว่าเหว ไม่ยึดติดอยู่เฉพาะกับบุคคลที่คุ้นเคยเท่านั้น เพราะฉะนั้นความมั่นคงทางใจเชิงสังคมจึงจะไม่มีวันเสื่อมสิ้นหรือสูญสลายสิ้นเชิง เมื่อบุคคลบางคนพลัดพรากจากกันไปโดยเหตุอย่างใดอย่างหนึ่ง

แอรિકสัน (1950) กล่าวถึงพัฒนาการด้านอารมณ์จิตใจในประเด็นที่ว่า “ในยามสูงวัยบุคคลควรพัฒนาสมรรถภาพในการสำนึกตัวมีสติสัมปชัญญะ (self awareness) แม้ว่าการคิดถึงความหลังเป็นธรรมชาติประจำวันซึ่งมีทั้งความสุขและความทุกข์ แต่ผู้สูงอายุต้องทำใจยอมรับทั้งความสำเร็จและความล้มเหลวอย่างปล่อยาง อย่างรู้เท่าทัน อย่างเข้าใจและรู้จักชีวิต นั่นคือความฉลาด (wisdom) เป็นรางวัลและความสำเร็จสุดยอดของชีวิตอย่างไม่มีอื่นใดเปรียบ หากบุคคลสามารถทำได้ดังกล่าวแล้ว เขาก็เป็นผู้ที่เฉลียฉลาด เตรียมพร้อมที่จะพบความตาย สามารถตายอย่างไม่ยึดมั่นอาลัยในชีวิต เป็นผู้มีชีวิตยามสูงวัยอย่างสุขสงบ และจะจากโลกนี้ไปอย่างมีความสุข” ในภาษาอังกฤษใช้คำที่มีความหมายลึกซึ้งว่า “Wisdom, then, is the detached concern with life itself, in the face of death itself.” (Erikson 1964: 133)

## 2.2 ทฤษฎีจิตสังคม 3 ขั้นตอนของแพค

ทฤษฎีของแพคอันดับที่ 5 คือ ego differentiation แยกกับ work-role preoccupation หมายความว่า ผู้สูงอายุจะต้องปรับเปลี่ยนอีโก้ แต่ก็รู้สึกว้าขี้ดกับบทบาททางการทำงานที่เคยปฏิบัติมาแต่ก่อน เช่น เคยเป็นข้าราชการ มีคนในบังคับบัญชาบังคับคน บทบาททางการทำงานของเขาเคยมีความสำคัญต่องานในสำนักราชการที่เขาสังกัดอยู่ เมื่อถึงวัยสูงอายุเขาต้องออกจากตำแหน่งหน้าที่ตามกฎหมาย อยู่แต่บ้าน มีคนใต้บังคับบัญชา 3 – 4 คน บทบาทในการทำงานไม่มี ทำให้ต้องพบกับความขัดแย้งประเภทที่กล่าวข้างต้นนี้

ทฤษฎีของแพคอันดับที่ 6 คือ body transcendence แยกกับ body preoccupation ข้อนี้เกี่ยวเนื่องกับร่างกายที่ต่างยุคสมัย ตัวอย่างเช่น ผู้หญิงเป็นคนสวยเด่นปรากรภูต่อสายตาประชาชนในโทรทัศน์ในหน้าหนังสือพิมพ์ตั้งแต่สาว พอถึงวัยสูงอายุก็เกิดข้อขัดแย้งขึ้นว่าควรปล่อยให้สังขารเป็นไปตามวิถีทางของมัน หรือควรไปทำศัลยกรรมตกแต่งให้สวยไม่สร้างสมตามฉายาที่หนังสือพิมพ์ชอบเรียกเธอ

ทฤษฎีของแพคอันดับที่ 7 คือ ego transcendence แยกกับ ego preoccupation คือ อีโก้ในสมัยที่เป็นผู้สูงอายุขัดแย้งกับอีโก้สมัยยังไม่เป็นผู้สูงอายุ

ภาวะขัดแย้งดังกล่าวทั้งสามประการ ผู้สูงอายุคงต้องประสบด้วยกันทุกคน ทฤษฎีของแพคโดยสรุป คือ ความยึดมั่นถือมั่นสภาพในอดีตจะแย้งกับสภาพเป็นจริงในปัจจุบันของผู้สูงอายุในแง่มุมต่างๆ บุคคลใดจะสามารถลดความยึดมั่นเดิมๆ และยอมรับสภาพชีวิตยามสูงวัยได้อย่างดีนั้นจะต้องมีพัฒนาการในวัยที่ผ่านมาเป็นไปตามขั้นตอนด้วยดี (เช่นเดียวกับแนวคิดของแอรિકสัน)

มีการศึกษาวิจัยมากมายที่สรุปผลการวิจัยยืนยันแนวคิดของทั้งสองท่านนี้ ในประเด็นที่ว่า ผู้สูงอายุที่ปรับตัวดี คือ ผู้ที่มีการเตรียมตัวดี มีพัฒนาการในวัยต่างๆ ผ่านมาด้วยดี มีการศึกษาวิจัยของแพค (1964 อ้างจาก Craig 1991) ที่ได้พบและได้เสนอแนะว่า ระยะเวลาที่นับเป็น ช่วงวิกฤติสำหรับการเตรียมตัวทุกๆ ด้าน เพื่อที่จะสามารถปรับตัวได้ดีในยามสูงอายุ คือ ช่วงอายุ ระหว่าง 50 – 60 ปี (Craig 1991; Lefrancois 1993; Papalia & Olds 1995)

#### 2.1.4 สาเหตุของการเสียสุขภาพจิตในวัยสูงอายุ มีหลายสาเหตุ ดังนี้

1. สาเหตุทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การถูกปลดเกษียณจากงานที่เคยทำ ทำให้สูญเสียอำนาจ รายได้ ตำแหน่ง หน้าที่ เกียรติยศ ชื่อเสียง การถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการเหลียวแลจากญาติมิตรอย่างใกล้ชิดเหมือนแต่ก่อน ทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิดได้
2. สาเหตุทางด้านจิตใจ เนื่องมาจากการปราศจากความสุข ความอบอุ่น และความไม่สมหวังในชีวิต ทำให้อารมณ์แปรปรวน ควบคุมไม่ได้
3. สาเหตุทางด้านร่างกาย การเสื่อมโทรมของร่างกายวัยชรา การเกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และอื่นๆ ซึ่งเมื่อเป็นเรื้อรังก็อาจทำให้เกิดโรคทางจิตได้

## 2.2 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

### 2.2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า<sup>[28]</sup>

ภาวะซึมเศร้า หรือ Depression มาจาก คำว่า Deprivere ในภาษาละติน มีความหมาย ว่า กดต่ำหรือจมลงต่ำกว่าตำแหน่งเดิม (กฤติกา บุญรัตน์ประภา และ รสรินทร์ บัวทอง. 2550 : 15) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการความผิดปกติทาง อารมณ์ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ รวมไปถึงความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหวช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้าย ตัวเองหรือการฆ่าตัวตาย

กฤติกา บุญรัตน์ประภา และรสรินทร์ บัวทอง (2550 : 16) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่มีลักษณะแสดง ออกให้เห็นถึงความหม่นหมอง เศร้าโศก ไม่มี ความสุข ขาดสมาธิ ไม่มีชีวิตชีวา ท้อแท้ เบื่อหน่าย ภาวะเศร้าซึ่งมีระดับน้อยจนถึงระดับรุนแรง ภาวะซึมเศร้าที่มีรุนแรงจะมีอาการซึมเศร้าเพียง บางประการที่ไม่รุนแรง โดยยังไม่มี ความผิดปกติในกิจวัตรประจำวัน หรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น มีเพียงความรู้สึกหงุดหงิด เศร้าหรือร้องไห้ ส่วนภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นรุนแรงจะมีความผิด ปกติและส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันและความ สัมพันธ์กับผู้อื่น

จากการนิยามความหมายของภาวะ ซึมเศร้าข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย หดหู่



ท้อแท้ สิ้นหวัง เชื่องซึม นอน ไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิตกกังวล มองโลก ในแง่ลบ ซึ่งอาจจะส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิต และ อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด

ความเศร้าปกติ (normal sadness)<sup>[29]</sup> เป็นอารมณ์ด้านลบซึ่งทางจิตวิทยาถือว่าเป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวกับบุคคลทั่วไปทุกเพศทุกวัยเมื่อเผชิญกับการสูญเสีย การถูกปฏิเสธ การพลาดในสิ่งที่หวัง และมักเกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกสูญเสีย ผิดหวัง หรือความรู้สึกอึดอัดทรมาน

ภาวะซึมเศร้า (depression)<sup>[29]</sup> ต่างจากความเศร้าปกติตรงที่อาจไม่ได้เกิดจากเหตุการณ์จริง แต่อาจเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้าหรือคิดไปเอง และถ้าเกิดจากเหตุการณ์สูญเสียจริง ก็มักจะมีอารมณ์เศร้ามากเกินไปเกินควรและนานเกินไป ไม่ดีขึ้นแม้ได้รับกำลังใจหรืออธิบายด้วยเหตุผล มักมีความรู้สึกด้อยค่า รู้สึกผิด อยากตาย และพบบ่งชี้ว่ามีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน กิจกรรมประจำวัน และการสังคมทั่วไป ในรายที่รุนแรงก็จะมีอาการทางกายด้วย เช่น มีความผิดปกติของการนอน (นอนมากเกินไปหรือนอนไม่หลับ) เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรืออยากอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น

#### ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

เป็นภาวะที่มีอารมณ์ผิดปกติไปจากความเป็นจริง ผู้สูงอายุมักแสดงอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องผูก นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มีอารมณ์เศร้า ร้องไห้ง่าย เบื่อชีวิต วิตกกังวลในสุขภาพตนเอง ต่อมาคิดว่าตัวเองไร้ค่า ไม่มีความสำคัญต่อคนในครอบครัว วิตกกังวลมาก นอนไม่หลับมากขึ้น สิ้นหวัง ท้อแท้ต่ออนาคต คิดอยากตาย โอกาสที่จะทำร้ายตัวเองมีมาก เพราะคิดว่าตนมีบาปทำให้เป็นภาระต่อผู้อื่น<sup>[10]</sup>

ภาวะซึมเศร้าไม่ได้เป็นผลของการมีอายุมากขึ้น สามารถพบอารมณ์เศร้าหรือความโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักได้ แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะปรับตัวได้ การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทำได้ไม่ยาก แต่มักถูกละเลย และถูกมองว่าเป็นภาวะปกติที่พบในวัยนี้ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุส่งผลหลายด้าน อาทิ อายุคาดเฉลี่ยหรือความยืนยาวของชีวิตลดลงและทำให้ผลการรักษาทั้งโรคทางกายและทางจิตเวชแย่งลง นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้ามักพบร่วมกับโรคทางกายอื่นๆ ได้บ่อยในผู้สูงอายุ เช่น โรคเบาหวาน Parkinson's disease<sup>[30]</sup>

ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่มีองค์ประกอบหลักของการแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (emotional) ความคิด (cognitive) ร่างกาย (physical) และพฤติกรรม (behavioral) ซึ่งอาการแสดงออกแต่ละด้านมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างกัน<sup>[31]</sup>

#### **2.1.1 การแสดงออกทางอารมณ์**

อารมณ์เศร้า เป็นอาการนำหลักของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า อาการจะไม่คงที่ และไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นตลอดเวลา ซึ่งจะมีสีหน้าเศร้า เป็นทุกข์ เฉยชา เงียบขรึม ขาดชีวิตชีวา กังวล หดหู่ หงอยเหงา เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว โกรธ กระวนกระวาย น้อยใจง่าย ความรู้สึกเหนื่อย เบื่อหน่าย หมดความสนใจ รู้สึกผิด และรู้สึกไร้ค่า

### 2.1.2 การแสดงออกทางความคิด

มีความคิดเชิงซ้ำ สมมติเสีย มีความคิดอยากตาย ความสามารถในการคิด และการตัดสินใจแย่งลง มีความคิดทางลบกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต

### 2.1.3 การแสดงออกทางพฤติกรรม

มีความสัมพันธ์กับคนอื่นแย่ง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ความตื่นตัวในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง ร้องไห้ง่าย ทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย

### 2.1.4 การแสดงออกทางร่างกาย

มีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ แน่นท้อง ปวดเรื้อรัง ท้องอืด คลื่นไส้ หรืออาเจียนไม่หลับ ตื่นเร็ว บางรายอาจหลับมากเกินไป อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และมีผลต่อการขับถ่ายคือ อาจพบอาการท้องผูกหรือท้องเสียในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังพบร่วมกับโรคทางกายอื่น ๆ ได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคไมเกรน หรือโรคปวดหลังเรื้อรัง<sup>[30]</sup>

### 2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า<sup>[28]</sup>

เบลเซอร์ (Blazer. 1982 อ้างถึงใน กฤติกา บุญรัตนประภา และสรินทร์ บัวทอง. 2550 : 17-18) ได้กล่าวถึงบททฤษฎีที่อธิบาย เกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าสรุปได้เป็น 2 ทฤษฎีหลัก คือ ทฤษฎีทางชีววิทยาและทฤษฎีทางจิตวิทยา ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theories of Depression) ทฤษฎีในแนวนี ส่วนใหญ่เป็นผลของการผสมผสานข้อมูลต่างๆ ที่ได้มาจากการวิจัยด้านความเจ็บป่วยทางจิตในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1.1 ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (Genetic Theory) ข้อสรุปของทฤษฎีนี้ได้มาจากการศึกษา สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในฝาแฝดแท้ในครอบครัว ซึ่งปรากฏว่าอัตราเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในรุ่นลูก (First Generation) มีสูงเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และอัตราเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในฝาแฝดแท้ สูงกว่าในฝาแฝดเทียม

1.2 ทฤษฎีของสารประกอบไนโตรเจน (Biogenic Amine Theory) ภาวะ ซึมเศร้า เกิดจากความไม่สมดุลของ Biogenic Amine (Depression of Biogenic Amine Imbalance)

1.3 ทฤษฎีของต่อมไร้ท่อ (Endocrine Theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงความ สัมพันธ์ของต่อมไร้ท่อและภาวะซึมเศร้า โดยเชื่อ ว่าฮอร์โมนมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดภาวะ ซึมเศร้าในบุคคล พบว่าการหลั่งของ Growth Hormone ที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับภาวะ ซึมเศร้า ทฤษฎีนี้ให้ความสนใจอย่างมากในเรื่อง บทบาทของ Cortisone และฮอร์โมนกระตุ้นการ ทำงานต่อมหมวกไต (ACTH) พบว่าการหลั่งของ ฮอร์โมนดังกล่าวจะมีปริมาณมากในผู้ที่มีภาวะ ซึมเศร้าโดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง มีความคิดฆ่าตัวตายและพลงพลา

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories of Depression) ซึ่งประกอบด้วย ทฤษฎีดังต่อไปนี้

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะหมดหวัง ไร้ที่พึ่งพิง ไร้อำนาจ ซึ่งเกิดหลังการเจ็บป่วยล้มเหลว หรือโดดเดี่ยว โดยทฤษฎีนี้ให้ความสนใจองค์ประกอบที่กระตุ้น ให้เกิดภาวะซึมเศร้าตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิต ของบุคคล ทั้งการแสดงออก ผลกระทบต่อความ รู้สึกนึกคิด อารมณ์ ตลอดจนความขัดแย้งต่างๆ ที่เป็นเหตุแห่งความไม่สมหวังในชีวิต (กฤติกา บุญรัตน์ประภา และสรินทร์ บัวทอง. 2550 : 17) เมื่อบุคคลประสบกับการสูญเสีย ไม่ว่าจะ เป็นการสูญเสียจริงหรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจ ไปเอง มีผลทำให้ตัวตน (ego) ลดต่ำลงหรือถูก ทำลายลงไป ซึ่งตัวตนเป็นตัวกลางในการแสดง ออกของบุคลิกภาพ เป็นที่ตั้งของสติและเป็น สื่อกลางระหว่างสัญชาตญาณกับสิ่งแวดล้อม ภายนอก ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ (perception) ความจำ (memory) การตัดสินใจ (judgement) ความมีเหตุผล (reasoning) การแก้ปัญหา (problem solving) และการตัดสินใจในการ กระทำ (decision making) ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ความ มีเหตุผล (logical) และความถูกต้องเหมาะสม (correct) เมื่อตัวตนลดต่ำลงหรือถูกทำลาย จึง ทำให้ไม่สามารถที่จะคิดปลดปล่อยตนเองออกจาก ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกสูญเสียเกิดการ ยับยั้งไม่ให้มีการต่อสู้เพื่อปกป้องตนเอง รู้สึกผิด และบันดาลโทษะ ขาดความสามารถในการ ควบคุมตนเอง ไม่สามารถคิดจัดการกับการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ ทำให้เกิดความคิดในทาง ลบต่อตนเอง รู้สึกไร้ค่า ไม่มีความหมายใดๆ (Dryden and Golden. 1987 อ้างถึงใน ปรียารัตน์ แคมคำ. 2554)

2.2 ทฤษฎีความสิ้นหวังหรือยอม จำนวนจากการเรียนรู้ (Learned Helplessness Theory) ของเซลิแกน (Wilson, Spence and Kavanagh. 1989 อ้างถึงใน ปรียารัตน์ แคมคำ. 2554) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่ บุคคลอยู่ในสภาวะที่แก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถขอความช่วยเหลือ เหลือจากบุคคลอื่น และรู้สึกตนเองไม่มีอำนาจ เพียงพอที่จะควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ที่เกิด ขึ้น (helplessness) ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดการ ปล่อย สถานการณ์แบบเลยตามเลย ไม่ยอมแก้ไข ประกอบกับขาดแรงเสริม (inadequate reinforcement) ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า โดย เลซิกแมนพัฒนาแนวคิดนี้มาจากการทดลองทาง จิตวิทยา โดยสังเกต พฤติกรรมของสุนัขที่ถูกไฟฟ้า อ่อนๆ กระตุ้นอยู่ตลอดเวลา ไม่ว่าสุนัขจะกระโดด หรือเห่า จนในที่สุด สุนัขยอมแพ้ไม่พยายามหนี จากการถูกไฟฟ้ากระตุ้นอีก พบว่าสภาวะการณ จำนวนที่เกิดจากการเรียนรู้ นี้สามารถเกิดได้ใน มนุษย์ สรุปรตามแนวคิดนี้ภาวะซึมเศร้าอาจเกิด จากการถูกลดโทษ การพ่ายแพ้ การล้มเหลว การสูญเสีย หรือการประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตในด้านลบมาก่อน ก่อให้เกิดการ เรียนรู้หรือ ยึดติดในความคิดว่าไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ ต่างๆ ได้ ไม่ว่าจะแก้ไขปัญหามานาน ในชีวิต อย่างไร ก็จะไม่ประสบผลสำเร็จทั้งสิ้น แล้วพัฒนาให้เกิด การเรียนรู้ความสิ้นหวังที่เกิดขึ้น

2.3 ทฤษฎีด้านความคิดและการรับรู้ (Cognitive Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากมีแนวความคิด และการรับรู้ใน ทางลบเกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต โดย เบค (Beck, 1973 : 6) กล่าวว่าแนวความคิดนี้ และทัศนคติเกี่ยวกับตนเองและสังคมจะได้รับการพัฒนา มาตั้งแต่วัยเด็ก โดยเขาชี้ให้เห็นแนวความคิด เกี่ยวกับตนเองทางลบ เช่น ความรู้สึกมีปมด้อย รู้สึกไร้ค่า ไม่นั่นคง และจะตีความเรื่องต่างๆ ใน ลักษณะของความพ่ายแพ้ นำอายุอยู่ตลอดเวลา ซึ่งจะเป็นผู้ที่ มีแนวโน้มที่จะตีความสถานการณ์ ดังกล่าวเป็นความเจ็บปวดและคับข้องใจเท่านั้น แต่บุคคลเหล่านี้ มีแนวโน้มที่จะตีความสถานการณ์ ดังกล่าวว่าเป็นความพ่ายแพ้ รู้สึกเกลียดตัวเอง รู้สึกผิดและไร้ค่า ซึ่งการตีความที่บิดเบือนจาก ความเป็นจริงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

## 2.3 ภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

### 2.3.1 ความหมายของภาวะวิตกกังวล

โมว์เรอร์ (Mowrer , 1963) ได้กล่าวถึง ความวิตกกังวลว่าความวิตกกังวล คือ อารมณ์แต่ เป็นอารมณ์ซึ่งคล้ายกับเมื่อเรามีความหิวหรือ กระจายเป็นสภาพตึงเครียด หรือสภาพที่คนเรารู้สึกไม่สบายใจ ซึ่งต้องกำจัดไปให้หมด นอกจากนั้น ยังเป็นตัวการที่ผลักดันให้คนเรากระทำพฤติกรรม บางอย่าง ซึ่งในแง่นี้อาจถือได้ว่าเป็นแรงจูงใจ

ออซูเบล (Ausubel, 1968) กล่าวว่า ความวิตกกังวลหมายถึง แนวโน้มของบุคคลที่จะ ตอบสนองต่อเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่ จะทำให้เขาต้องเสียความภูมิใจ ความวิตกกังวลต่างกับ ความกลัวธรรมดาในแง่ที่ว่าสิ่งที่มากระทำนั้นมักจะกระทำต่อความภูมิใจของบุคคล มากกว่าที่จะกระทำต่อร่างกายของบุคคลนั้น

สปีลเบอเกอร์ (Spielberger, 2004) ให้ความหมายความวิตกกังวลว่าเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึก ตึงเครียดหวาดหวั่น กังวลใจ และมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติให้มีลักษณะสู้หรือหนี

ภาวะวิตกกังวลเป็นภาวะที่รู้สึกไม่สบายอยู่ภายใน คิดในเรื่องที่หวาดหวั่นน่ากลัว หรือ จินตนาการไปก่อนล่วงหน้าว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น และมักมีอาการของระบบประสาทอัตโนมัติร่วม ด้วย เช่น ใจสั่น เหงื่อแตก ปากแห้ง เป็นต้น ในผู้สูงอายุมักจะมีภาวะวิตกกังวลที่จะต้องพึ่งพา ลูกหลาน อาจมีการแสดงออกเด่นชัดเป็นความกลัว เพราะขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เช่น กลัวนอนไม่หลับ กลัวเป็นคนงกๆ เงินๆ กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวขาดความสามารถที่จะทำสิ่งต่างๆ ซึ่งเคยกระทำมา ก่อน กลัวไม่ได้รับการเอาใจใส่จากลูกหลาน กลัวไม่มีคนเคารพนับถือยกย่องเหมือนเดิม กลัวไม่มีใคร เห็นว่าตัวเองมีประโยชน์ กลัวถูกทำร้าย กลัวตาย <sup>[10]</sup>

Regier et al รายงานการศึกษา Epidemiologic Catchment Area ของ NIMH พบว่า เมื่อ รวมความชุกของโรคกลัว โรคแพนิค และโรคย้ำคิดย้ำทำ เข้าด้วยกันแล้ว ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะ มีความชุกของทั้งสามโรครวมกันอยู่ถึงร้อยละ 5.5 ส่วนความชุกของโรคกังวลทั่วไป (generalized

anxiety disorder) พบตั้งแต่ร้อยละ 3.7 ถึง 7.1 อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่มีอาการวิตกกังวลควรรหาสาเหตุทางร่างกาย เพราะอาการวิตกกังวลมักไม่ค่อยเกิดครั้งแรกในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป เว้นแต่รายที่มีเหตุการณ์กระทบกระเทือนใจนำมาก่อนหรือมีปัญหาทางอายุรกรรมร่วมด้วย<sup>[10]</sup>

ภาวะวิตกกังวลพบได้บ่อยร่วมกับภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ ยังพบร่วมกับการนอนไม่หลับ การใช้แอลกอฮอล์ และในภาวะสมองเสื่อม ภาวะวิตกกังวลหากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาจะนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้มากขึ้น อาการวิตกกังวลมักมีอาการทางกายเด่น เช่น เหงื่อออกมาก ใจสั่น เหนื่อยง่าย มีอาการของระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้ อาการด้านอารมณ์วิตกกังวล เช่น กระสับกระส่าย อยู่ไม่สุข ทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลร่วมกับมีอาการทางกาย กลัวและกังวลเกี่ยวกับอาการทางกายของตนว่าจะเป็นการของโรคต่างๆ ที่ร้ายแรง อาทิ โรคหัวใจหรือโรคมะเร็ง ซึ่งยิ่งทำให้วิตกกังวลมากขึ้น<sup>[30]</sup>

นอกจากสาเหตุข้างต้น การใช้ยาหรือหยุดยาบางชนิดก็เป็นสาเหตุของอาการวิตกกังวลได้ เพราะพบได้บ่อยว่าเกิดจากการหยุดหรือขาดยาในกลุ่ม benzodiazepine หรือใช้ยากลุ่ม stimulant เช่น ยาขยายหลอดลม ยา ephedrine การดื่มชา กาแฟ เป็นต้น

### **ประเภทของความวิตกกังวล (Type of Anxiety)**<sup>[32]</sup>

สปีลเบอเกอส์และคณะได้แบ่งประเภทความวิตกกังวลเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety or S-Anxiety or A-state) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อเกิดสถานการณ์เข้ามากระทบและมีแนวโน้มว่าจะเกิดอันตรายหรือคุกคามบุคคล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล
2. ความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety or T-Anxiety or A-trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ไป เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล และเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ จะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญ บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะรับรู้ แปลความ และประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ

ความวิตกกังวลทั้ง 2 ชนิดมีความสัมพันธ์กัน คือ เมื่อสิ่งเร้าเข้ามากระทบบุคคล กระบวนการทางปัญญา เช่น ความคิด ความเชื่อ รวมทั้งความวิตกกังวลแฝง จะทำหน้าที่ประเมินสิ่งเร้าที่มากระทบ เมื่อประเมินได้ว่าสิ่งเร้าจะเข้ามาทำอันตรายหรือคุกคามตนเอง จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสภาพการณ์แสดงออกเป็นความวิตกกังวล บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะเป็นตัวเสริมให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญรุนแรงกว่าผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวลแฝง (ดาราบรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2535)

## 2.3.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล<sup>[32]</sup>

### 1. ด้านชีวภาพ (Biological factors)

1.1 พันธุกรรม (Heredity) จากการศึกษาของไอแซค มาร์ค (Isaac Marks, 1986) พบว่าความกลัว ความวิตกกังวลถูกควบคุมโดยยีนส์ และมักพบความวิตกกังวลผิดปกติบ่อยๆ ในกลุ่มญาติของผู้มีปัญหาทางอารมณ์มากกว่าในกลุ่มควบคุม โดยเฉพาะในญาติที่ใกล้ชิด

1.2 สารเคมี (Chemical Substances) สารบางอย่าง เช่น Caffeine, Lactate, Isoproterenol, Epinephrine, Yohimbine และ piperoxane สารเหล่านี้จะเพิ่มการทำงานของสมองบริเวณ Locus ceruleus บุคคลที่ได้รับสารเหล่านี้จะมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

1.3 การคุกคามต่อความมั่นคงของร่างกาย (Threats to physical integrity) เกิดจากมีสิ่งคุกคามความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน หรือการทำหน้าที่ของร่างกาย สิ่งคุกคามนั้นอาจมาจากภายในการทำกิจกรรมประจำวัน หรือการทำหน้าที่ของร่างกาย หรือมาจากภายในหรือภายนอกของร่างกาย เช่น ความล้มเหลวของกลไกของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การติดเชื้อ ได้รับสารพิษ การขาดสิ่งจำเป็นพื้นฐานของชีวิต เป็นต้น

### 2. ด้านจิตสังคม (Psychosocial factors)

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytical theory) ฟรอยด์ (Freud, 1963) เชื่อว่า ความวิตกกังวลมีความสำคัญต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ โดยจัดความวิตกกังวลเป็น 2 ชนิด คือ Primary และ Subsequent ซึ่ง Primary anxiety เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นครั้งแรกจากการที่ทารกถูกกระตุ้นและกระทบกระเทือนทันทีทันใดในการคลอด เมื่ออายุมากขึ้น และ Ego มีพัฒนาการมากขึ้น ทำให้มีความวิตกกังวลชนิดใหม่เกิดขึ้น คือ Subsequent anxiety เป็นความขัดแย้งทางอารมณ์ระหว่างบุคลิกภาพสองส่วน คือ Id และ Superego โดย Ego จะเป็นส่วนที่ประนีประนอมระหว่างความต้องการทางสัญชาตญาณและความต้องการทางคุณธรรม วัฒนธรรมทางสังคม

#### 2.2 ทฤษฎีทางพฤติกรรม (Behavioral theories)

- ความคับข้องใจ (Frustration) นักทฤษฎีทางพฤติกรรมเชื่อว่าความวิตกกังวลเป็นผลของความคับข้องใจ เนื่องจากมีสิ่งซึ่งขัดขวางมิให้บุคคลบรรลุจุดมุ่งหมาย อาทิเช่น ความไม่สามารถตอบสนองความต้องการความมั่นคงทางการเงิน มีสิ่งที่ทำให้ความภาคภูมิใจในการทำงานลดลง ความไม่สามารถเลี้ยงดูครอบครัวตามบทบาทหน้าที่ เป็นต้น

- การเรียนรู้ (learning) ความวิตกกังวลเกิดจากการเรียนรู้ ซึ่งมี 3 รูปแบบ คือ การเรียนรู้สถานการณ์หรือสิ่งทำให้เกิดความเจ็บปวด บุคคลจะเกิดความวิตกกังวลเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่คล้ายๆ กันนั้น การเรียนรู้ประสบการณ์น่าสะพรึงกลัวในวัยเด็กทำให้บุคคลมักจะเป็นคน

วิตกกังวลง่ายเมื่อโตขึ้น และการเรียนรู้จากการเลียนแบบ เด็กซึ่งเห็นการแสดงออกของความวิตกกังวลของพ่อแม่หรือผู้ใหญ่อยู่เสมอ จะพัฒนาแบบแผนการเกิดความวิตกกังวลที่คล้ายๆ กัน เพราะฉะนั้นถ้าบุคคลมีการเรียนรู้หรือได้รับประสบการณ์ที่ถูกต้องก็จะทำให้คลายความวิตกกังวลไปได้

- ความขัดแย้งในจิตใจ (Conflict) ความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับ

สถานการณ์ยุ่งยากใจ ไม่สามารถตัดสินใจได้ง่าย มี 4 ชนิดคือ 1. Approach – approach conflict การที่บุคคลมีความปรารถนาสองอย่างในเวลาเดียวกัน แต่ต้องเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง, 2. Approach – avoidance conflict การมีความต้องการและไม่ต้องการสิ่งใดสิ่งหนึ่งในเวลาเดียวกัน, 3. Avoidance – avoidance conflict การที่บุคคลต้องเลือกระหว่างสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาสองอย่าง และ 4. Double approach – avoidance conflict การที่บุคคลมีความต้องการและไม่ต้องการต่อสิ่งที่ต้องเลือกสองสิ่ง

2.3 ทฤษฎีการคงอยู่ (Existential theories) เคอร์คีการ์ด (Kierkegaard, 1957)

กล่าวว่าคนทุกคนต้องการความเจริญก้าวหน้าและการพัฒนา ซึ่งเป็นสิ่งใหม่สำหรับบุคคลจึงเป็นสิ่งที่น่ากลัว น่าวิตกกังวล

2.4 ทฤษฎีระหว่างบุคคล (Interpersonal theories) ซัลลิแวน (Sullivan) เชื่อว่าความวิตกกังวลเป็นผลจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลโดยในระยะแรกความวิตกกังวลเกิดจากความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างมารดาและทารก ความวิตกกังวลจะถ่ายทอดจากมารดาสู่ทารก ในระยะต่อมาความวิตกกังวลเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเกรงว่าจะไม่ได้รับการยอมรับหรือจะสูญเสียความรักจากบุคคลที่เขาให้ความสำคัญ (Sullivan, 1953)

## 2.2 การนวดไทย

### 2.2.1 ความสำคัญของการนวดไทย

การนวดเป็นสิ่งที่มนุษยารู้จักนำมาใช้ในการบำบัดรักษาพร้อมกับแผนปัจจุบัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษามากยิ่งขึ้น ฮิปพอกราทิส (Hippocrates; ประมาณ พ.ศ. 83 - 166) ผู้เป็นบิดาแห่งการแพทย์แผนตะวันตก ได้เห็นความสำคัญของการนวดโดยได้กล่าวไว้ว่า “แพทย์ทุกคนควรมีความรู้เรื่องการนวด”(Hippocrates, 2009) ในปัจจุบันการนวดได้รับการยอมรับมากขึ้น ในการเป็นแนวทางหนึ่งเพื่อส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ<sup>[33]</sup>

ความหมายของ การแพทย์แผนไทย ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556<sup>[25]</sup> หมายถึง กระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษา หรือป้องกันโรค หรือการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย และให้หมายควมรวมถึง การเตรียมการผลิตยาแผนไทย และการประดิษฐ์อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้ โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา

ความหมายของ การนวดไทย ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556<sup>[25]</sup> หมายถึง หมายความว่า การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัด การรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับศิลปะการนวดไทย ทั้งนี้ ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย การนวดไทยนับเป็นภูมิปัญญาอันล้ำค่าของคนไทยที่มีประวัติและเรื่องราวสืบต่อกันมาช้านาน ดังจะเห็นได้ว่าการนวดมีบทบาทสำคัญในการรักษาโรคตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยเชื่อว่าการนวดมีจุดเริ่มต้นมาจากการช่วยเหลือกันเองภายในครอบครัว เช่น สามีนวดให้ภรรยา ลูกหลานนวดให้พ่อแม่ หรือปู่ย่า ตายาย มีการใช้วิธะต่างๆ เช่น สอก เข่า และเท้า นวดให้กันหรือนวดด้วยตนเอง มีการพัฒนาการใช้อุปกรณ์ในการนวด เพื่อช่วยให้ใช้น้ำหนักได้มากขึ้น เช่น ไม้กดท้อง จากการนวดช่วยเหลือตนเองภายในครอบครัวจนเกิดความชำนาญและมั่นใจ จึงได้มีการนวดช่วยเหลือความเจ็บป่วยของเพื่อนบ้าน จนได้รับความนิยมและเชื่อถือจากผู้มารับบริการจนเกิดอาชีพหมอนวดในที่สุด<sup>[34]</sup>

จากหลักฐานทางประวัติศาสตร์ที่เกี่ยวกับการนวดที่เก่าแก่ที่สุด คือ ศิลาจารึกสมัยสุโขทัยที่ขุดพบที่ป่ามะม่วง ตรงกับสมัยของพ่อขุนรามคำแหง มีรอยจารึกเป็นรูปการรักษาโดยกานวด เมื่อถึงยุคสมัยกรุงศรีอยุธยา รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระนารายณ์มหาราช การแพทย์แผนไทยเจริญรุ่งเรืองมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนวดไทย จนมีปรากฏในทำเนียบศักดินาข้าราชการฝ่ายทหารและพลเรือนที่ตราขึ้นในปี พ.ศ. 1998 มีการแบ่งกรมหมอนวดเป็นฝ่ายขวา-ซ้าย เป็นกรมที่ค่อนข้างใหญ่ มีหน้าที่ความรับผิดชอบมากและต้องใช้หมอมากกว่ากรมอื่นๆ<sup>[34]</sup>

หลักฐานจากจดหมายเหตุของลา ลู แบร์ ราชทูตจากประเทศฝรั่งเศส ได้บันทึกเรื่องหมอนวดในแผ่นดินสยามมีความว่า ในกรุงสยามนั้นถ้าใครป่วยไข้ลง ก็จะเริ่มทำเส้นสายยึดโดยผู้ชำนาญในทางนี้ขึ้นไปบนร่างกายของคนไข้ แล้วใช้เท้าเหยียบ กล่าวกันว่าหญิงมีครรภ์มักใช้ให้เด็กเหยียบ เพื่อให้คลอดบุตรง่าย<sup>[34]</sup>

ในสมัยพระบรมไตรโลกนาถในกฎหมายตราสามดวง นายพลเรือน กล่าวถึงการแบ่งส่วนราชการให้หมอนวด จำแนกตำแหน่งเป็น ขุน หลวง หมื่น พัน และมีศักดินาเช่นเดียวกับข้าราชการสมัยนั้น<sup>[34]</sup>



ในสมัยรัตนโกสินทร์ การแพทย์แผนไทยได้สืบทอดรูปแบบต่อจากสมัยอยุธยา แต่เอกสารและวิชาความรู้บางส่วนได้สูญหายไป เนื่องจากภาวะสงคราม และหมอยังถูกจับไปเป็นเชลยอีกส่วนหนึ่งด้วย แต่อย่างไรก็ตาม หมอกลางบ้านและหมอพระที่อยู่ตามหัวเมืองยังมีอีกจำนวนมาก จึงง่ายต่อการระดมความรู้กลับคืนมาได้ ในสมัยของพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลก ทรงโปรดให้ปั้นฤาษีตัดตน ซึ่งเป็นรูปหล่อด้วยสังกะสีผสมดีบุกเพิ่มเติมจนครบ 80 ท่า และจารึกสรรพวิชาการนวดไทยลงบนแผ่นหินอ่อน 60 ภาพ แสดงถึงจุดนวดอย่างละเอียดระดับบนผนังศาลาราย และบนเสาภายในวัดโพธิ์ ต่อมารัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว จากหลักฐานการแบ่งส่วนราชการ ยังคงมีกรมหมอนวดเช่นเดียวกับสมัยอยุธยา ในสมัยรัชกาลที่ 5 ทรงโปรดให้หมอยาและหมอนวดถวายการรักษา ความเจ็บป่วยยามทรงประชวร แม้เสด็จประพาสแห่งใดจะต้องมีหมอถวายงานนวดทุกครั้ง และได้ชำระตำราการนวดไทยและเรียกตำราแพทย์หลวงหรือแพทย์ในพระราชสำนัก ครั้นเมื่อการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามาในสังคมไทยการนวดจึงหมดบทบาทจากราชสำนัก ในสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ส่วนหมอนวดแบบชาวบ้านยังคงใช้การนวดแบบดั้งเดิมที่ได้รับการเรียนรู้สืบทอดจากบรรพบุรุษ<sup>[34]</sup>

#### 2.4.2 ประเภทของการนวดไทย การนวดไทยแบ่งเป็น 2 ประเภท<sup>[35]</sup> ดังนี้

##### 1. การนวดแบบเชลยศักดิ์ (Popular type Thai traditional massage)<sup>[35]</sup>

มีจุดกำเนิดมาจากการนวดเพื่อช่วยเหลือกันเองในครอบครัวของชาวบ้านทั่วไป ดังนั้นหมอนวดจึงใช้อวัยวะอื่นในการนวดนอกจากมือ ได้แก่ ศอก ท่อนแขน ส้นเท้า เป็นต้น ส่วนท่าทางการนวดก็มีได้หลากหลายไม่เพียงแต่บีบหรือกด (compression or friction massage)<sup>13</sup> จุดที่ปวดเมื่อยอย่างเดียว ยังมีการยืดกล้ามเนื้อ (stretching) โดยเฉพาะทำยืดกล้ามเนื้อบ่า (upper trapezius) ที่ผู้มารับบริการมีอาการปวดอยู่บ่อยมาก การดัดกระดูกสันหลัง (spinal manipulation) โดยเฉพาะตำแหน่งของกระดูกสันหลังระดับเอว (lumbar vertebrae) ซึ่งมีอยู่หลายจังหวะทั้งทำนอนหงาย นอนตะแคง และนั่ง และดัดกระดูกสันหลังระดับอก (thoracic vertebrae) ในทำนึ่งและหมอนวดใช้เข้าตนเองยืนกลางหลังบริเวณสะบัก ซึ่งถ้าผู้มารับบริการไม่มีปัญหากระดูกสันหลังที่อาจเกิดอันตราย และหมอนวดมีความชำนาญเพียงพอ หลังจากนวดแล้วผู้มารับบริการจะรู้สึกสบายขึ้นทันที แต่ผู้ที่มารับการนวดที่มีประวัติโรคประจำตัวบางอย่างควรได้รับการตรวจร่างกายจากแพทย์ก่อนนวดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดอันตรายได้ เช่น กระดูกสันหลังที่มีปัญหาอยู่แล้วเคลื่อนไปกดเส้นประสาททำให้เกิดอาการชา หรืออ่อนแรงหลังนวด เป็นต้น

##### 2. การนวดแบบราชสำนัก หรือการนวดอายุรเวท (แพทย์แผนไทยประยุกต์) (Court-type Thai traditional massage)<sup>[36], [35], [37]</sup>

เป็นการนวดที่ใช้ในพระราชวัง ดังนั้นท่าต่างๆจึงต้องสุภาพ และมีกนวดโดยใช้นิ้วมือกดลงบนร่างกาย (friction massage) เท่านั้น เพื่อควบคุมน้ำหนักไม่ให้มากเกินไป และไม่ให้เป็นที่ล่วงเกินต่อพระมหากษัตริย์และพระราชวงศ์ โดยมีข้อปฏิบัติในการนวดที่ค่อนข้างเคร่งครัด เช่น หมอนวดต้องเดินเข้าหาผู้รับบริการเมื่อเข้าใกล้ไม่น้อยกว่า 4 ศอกจนห่างจากผู้รับบริการ 1 ศอก จึงนั่งพับเพียบ มีองศามาตราส่วนของการนวดที่ไม่ประชิดตัวมาก และจะหันมองตรงไม่ก้มหายใจรดผู้รับบริการ แต่ไม่เงยหน้ามากจนเป็นการไม่เคารพ

## 2.1 ความรู้ในการทำหัตถเวชกรรมแผนไทย (นวดแบบราชสำนัก)

### 1. ท่า

- ท่าสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ท่านอนหงาย, ท่านอนตะแคงศีรษะ 90 องศาซ้ายหรือขวา, ท่านั่งขัดสมาธิ และท่านั่งห้อยเท้า

- ท่านั่งสำหรับผู้นวด ได้แก่ ท่านั่งพับเพียบ, ท่านั่งคุกเข่าคู่, ท่าพรหมสี่หน้า, ท่าหนูมายถวยแหวน และท่ายืนหกสูง หกกลาง หกต่ำ

ท่านวดนั้นทั้งหมอนวดและผู้ป่วยต้องอยู่ในท่าที่เหมาะสม ผ่อนคลายไม่เกร็ง ซึ่งในท่านวดและการนวดนี้จะต้องเป็นไปตามลีลาองศาที่บังคับไว้แต่ละจุด หรือตำแหน่งที่ต้องนวด การนวดจึงจะได้ผลเต็มที่ เช่น การนวดพื้นฐานหลังท่านอน ผู้ป่วยควรรออยู่ในท่านอนตะแคงศีรษะ 90 องศา และผู้นวดควรรอในท่าคุกเข่าคู่ โดยไม่นั่งทับสันเท้า เป็นต้น

### รูปที่ 2 แสดงการนวดพื้นฐานหลังท่านอน<sup>[37]</sup>



### 2. การวางมือและนิ้ว

ในการนวดจะให้ผลดีจะต้องมีลีลาของท่านวดประกอบลีลาการวางมือและนิ้วมือ ในแต่ละจุดหรือตำแหน่งที่นวด เพื่อให้การนวดเข้าตรงจุด ตรงเป้าหมายได้ผลดีในการรักษาตามที่ต้องการ เช่น ในบางท่าจะต้องใช้นิ้วหัวแม่มือกด บางท่าใช้อุ้งมือกด หรือบางท่าใช้ปลายนิ้วมือทั้ง 4 นวด ซึ่งก็ต้องขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ต้องการนวดว่าจะใช้ท่านวดอย่างไร วางมืออย่างไร จึงจะถูกหลักการทางหัตถเวช

### 3. ขนาดของแรงและเวลาที่ใช้ในการนวดแต่ละครั้งแต่ละจุด

ขนาดแรงที่ใช้ขนาดและระยะเวลารักษานั้นใช้หลักการแต่งรสมือ และการพิจารณาลักษณะของโรค อายุของโรคและอายุของผู้ป่วย สุขภาพความแข็งแรงของผู้ป่วยเป็นตัวพิจารณากำหนดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป โดยเริ่มขนาดจากเบาๆ ในตอนแรกก่อน แล้วจึงค่อยเพิ่มแรงขึ้นเป็นลำดับ และต้องขนาดด้วยแรงสม่ำเสมอเท่ากันในแต่ละจุดโดยตลอด ผู้ขนาดจะต้องกำหนดการขนาดแต่ละจุดเป็นคาบ หรือระยะเวลาในการกด แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ คาบน้อย หมายถึงระยะเวลาในการกด โดยการกำหนดลมหายใจระยะสั้นของผู้ขนาด คาบใหญ่ หมายถึง ระยะเวลาในการกด โดยการกำหนดลมหายใจระยะยาวของผู้ขนาด โบราณใช้คาบน้อยและคาบใหญ่ เพื่อความเหมาะสมในการขนาดแต่ละสัญญาณ อีกประการคือ แรงที่จะใช้กด แบ่งได้เป็น 3 ขนาด คือ ขนาดเบา เทียบได้เท่ากับแรง ขนาด 50 ปอนด์ โดยประมาณ

ขนาดกลาง เทียบได้เท่ากับแรง ขนาด 70 ปอนด์ โดยประมาณ

ขนาดหนัก เทียบได้เท่ากับแรง ขนาด 90 ปอนด์ โดยประมาณ

โดยการกดสัญญาณนั้นจะต้องอาศัยวิธีการห่วง-เน้น-นิ่ง แล้วจึงค่อยปล่อยมือ การแต่งรสมือมีความสำคัญอย่างมากในวิชาหัตถเวชกรรมแผนไทย กล่าวคือ การใช้แรงกดและระยะเวลาจะต้องถูกต้องตามขั้นตอนให้เหมาะสมแก่โรคนั้นๆ

#### 4. ตำแหน่งขนาด การขนาดที่ไหน หรือนวดจุดใด

ผู้ขนาดจะต้องรู้ว่า โรคชนิดใดจะต้องขนาดตำแหน่งใดบ้าง จะขนาดจุดใดก่อน-หลัง หรือต้องขนาดเอาเลือดจากที่ใดมาช่วยบ้าง นวดจุดนี้แล้วต้องขนาดจุดใดต่อไป โรคชนิดนี้จุดไหนไม่ควรนวด หรือต้องขนาดจุดไหน เพื่อให้ไปมีผลอีกตำแหน่งหนึ่ง เรื่องเหล่านี้มีความสำคัญมาก ผู้ขนาดจะต้องมีความรู้อย่างแท้จริงการขนาดจึงจะได้ผลดีที่สุด

#### 5. การขนาดซ้ำในแต่ละจุด (จุดเน้น)

ในขณะที่กำลังขนาดอยู่นั้น ผู้ขนาดจะต้องคอยสังเกตหรือพิจารณาว่าในแต่ละสัญญาณที่กดลงไปนั้นพอหรือยัง โดยพิจารณาจากความเย็น ร้อน อ่อน แข็งของกล้ามเนื้อ กำลังเลือดที่ไหลเวียนมาเลี้ยง ถ้ายังไม่พอผู้ขนาดจะต้องมากกดตรงสัญญาณนั้นใหม่อีก โดยอาจจะกดซ้ำที่จุดเดิมทันที หรือต้องกดที่จุดอื่นไปก่อนแล้วจึงกลับมาขนาดสัญญาณที่ยังไม่พอนั้น การที่จะพิจารณาว่านวดพอหรือยัง ควรนวดอีกหรือไม่ จะต้องอาศัยประสบการณ์ ความชำนาญของผู้ขนาดเป็นสำคัญ เพราะถ้าหากนวดไม่พอ การขนาดก็จะได้ผลน้อย แต่ถ้าขนาดมากเกินไปผู้ป่วยก็จะระบม

#### 2.2 กลุ่มอาการที่รักษาด้วยหัตถบำบัด

1. เจ็บ ปวด บวม ชัดยอก
2. ความพิการผิดรูป ขาโก่ง เดินกะเผลก
3. กล้ามเนื้อไม่มีแรง อัมพฤกษ์ อัมพาต
4. ภาวะข้ออักเสบ ข้อยึดติดแข็ง ข้อเคลื่อน

## 5. ภาวะกระทบจิตใจ

2.3 การนวดพื้นฐานและการนวดจุดสัญญาณ การนวดไทยแบบราชสำนัก เพื่อการบำบัดรักษา แบ่งเป็น การนวดพื้นฐานและการนวดจุดสัญญาณ ดังนี้

1. การนวดพื้นฐาน หมายถึง การนวดตามแนวเส้นและตำแหน่งต่างๆ ของร่างกาย เพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนของเลือด นำเหลือง และระบบประสาท ให้ทำงานดีขึ้น เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนจะนวดจุดสัญญาณ รวมทั้งเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการนวดรักษา

2. การนวดจุดสัญญาณ หมายถึง การนวดกดที่จุดสัญญาณ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ตามแนวเส้นพื้นฐาน เพื่อกระตุ้นพลังประสาท เพื่อจ่าย / บังคับเลือดและความร้อนไปยังตำแหน่งต่างๆ ของร่างกาย จุดสัญญาณหลักหรือที่เรียกกันว่า จุดสัญญาณแม่ มีอยู่ 50 จุด

- สัญญาณ คือ จุดหรือตำแหน่งสำคัญที่อยู่บนแนวเส้นพื้นฐาน ซึ่งสามารถจ่ายเลือด บังคับเลือด จ่ายความร้อน บังคับความร้อนไปยังตำแหน่งต่างๆ ของร่างกายในการรักษาโรคตามพิกัดทางหัตถเวชกรรมแผนไทย

- จ่ายเลือด คือ ตำแหน่งที่เกิดเป็นตำแหน่งหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ส่งไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายต่างๆ เช่น ตำแหน่งที่เปิดประตูลมจะใช้คำว่า “จ่าย”

- บังคับ คือ ตำแหน่งของแขนงของหลอดเลือดแดงเล็กๆ หรือตำแหน่งของแขนงประสาทที่ไม่ได้ทอดผ่านตามบริเวณที่ต้องการเราจะใช้คำว่าบังคับ เช่น สัญญาณ 1, 2 ขาด้านนอก ปกติจะมีเลือดไปเลี้ยงในส่วนนี้ที่ลงปลายเท้าจึงมีการบังคับแรงไปตามตำแหน่งนั้น ในตำแหน่งที่เกิด ถ้าเจ็บหรือปวด จะเป็นเนื้อเยื่อ หรือกล้ามเนื้อ, ในตำแหน่งที่เกิด ถ้ารู้สึกร้อน จะเป็นหลอดเลือด และในตำแหน่งที่เกิด ถ้าปวดเสียวร้าว จะเป็นเส้นประสาท

### 2.4.3 ผลของการนวดไทยต่อร่างกาย<sup>[33, 38]</sup>

1. การนวดทำให้เส้นเลือดดำส่วนพื้นผิว (Superficial vein) ลดความดันลง เลือดไหลเวียนดีขึ้น ลดแรงดันภายในเส้นเลือดฝอย การซึมผ่านของเหลวออกนอกเซลล์ลดลง การคั่งของเลือด และน้ำเหลืองลดลง และลดความเจ็บปวดได้ การนวดทำให้มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ช่วยยืดเนื้อเยื่อที่ยึดติดกันอยู่ให้ลดความตึงตัวลง ทำให้คลายจุดปวดเมื่อยได้เป็นอย่างดี และยังช่วยบีบไล่หลอดเลือดและท่อน้ำเหลือง ทำให้การไหลเวียนของโลหิต และน้ำเหลืองดีขึ้น พาเลือดใหม่ไปไล่ของเสียออกจากบริเวณที่มีปัญหา การกดเบา ๆ บริเวณผิวหนังจะเพิ่มการไหลเวียนของเลือดเฉพาะที่นั้น แต่ถ้านวดลงแรงมากขึ้นจะไปเพิ่มการไหลของเลือดดำโดยเฉพาะในระดับต้น และส่งผลสืบเนื่องไปเพิ่มการไหลเวียนของเลือดแดงต่อไป การนวดระดับลึกยังส่งผลต่อพังผืด และเนื้อเยื่อเกี่ยวพันอีกด้วย จึงสามารถแก้ไขการจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อ ข้อยึดติดที่ไม่รุนแรง และแผลเป็นได้

2. ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด การนวดแผนไทยมีผลทำให้มีการขยายตัวของหลอดเลือดโดยเกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย ทำให้มีปริมาณของเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่ร่างกายที่เพิ่มมากขึ้น และเมื่อมีการขยายของหลอดเลือดแล้วส่งผลให้ความดันโลหิตทั้งค่าซิสโตลิก และไดแอสโตลิก ลดลงเพิ่มการไหลเวียนของเลือดบริเวณชั้นนอกของผิวหนัง นอกจากนี้ยังกระตุ้นการหลั่งอะซิติลโคลีนและฮีสตามีนซึ่งสนับสนุนให้เกิดหลอดเลือดขยายตัว เมื่อมีการไหลเวียน โลหิตที่มากขึ้นทำให้มีการขนส่งสารอาหารและออกซิเจนเข้าสู่เซลล์อย่างมีประสิทธิภาพด้วย การนวดยังช่วยในการนำของเสียที่ได้จากการเผาผลาญพลังงานนั้นออกจากร่างกายอีกด้วย นอกจากนี้ การนวดไทยยังมีผลในการป้องกันการเกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ การเพิ่ม การสร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือด การนวดจึงทำให้เพิ่มการไหลเวียนเลือดและน้ำเหลือง จะเห็นได้อย่างชัดเจนในการกดเปิดปิดประตูลม ซึ่งถ้านวดด้วยวิธีการแตงรมมือจะสามารถทำให้ความดันโลหิตลดลงได้และลดการอักเสบและการบวมได้

3. ผลต่อระบบน้ำเหลืองและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย คือ การช่วยส่งเสริมให้การไหลเวียนน้ำเหลือง เนื่องจากการไหลเวียนของน้ำเหลืองนั้นต้องอาศัยการได้รับแรงดัน ซึ่งได้มาจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อ แรงดันจากการเปลี่ยนแปลงของปอดและท้องในการหายใจ ซึ่งการนวดเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้เกิดแรงดันจึงมีส่วนในการไหลเวียนน้ำเหลืองได้ส่งผลให้สามารถลดอาการบวม (Swelling) ลดน้ำหนักตัวของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากการบวมด้วยและยังช่วยในการส่งเสริมการสร้างเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซด์ ทำให้ช่วยในการต่อต้านเชื้อโรคในร่างกายได้

4. ผลต่อระบบผิวหนัง การนวดแผนไทยเป็นการเพิ่มอุณหภูมิของผิวหนังทำให้ ผิวหนังได้รับความอบอุ่นและช่วยในการลดความเครียดได้ เนื่องจากการนวดเป็นการเพิ่มการไหลเวียนโลหิตและทำให้หลอดเลือดขยายตัว ทำให้เพิ่มการไหลเวียนของเลือดที่ผิวหนัง ทำให้ผิวหนังได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ทำให้มีสภาพผิว ความตึงตัวของผิว ความยืดหยุ่นของผิวดีขึ้น การนวดยังเป็นการกระตุ้นต่อมไขมันและต่อมเหงื่อ การมีไขมันเพิ่มขึ้นช่วยให้ผิวหนังไม่แห้งแตก ส่วนการมีเหงื่อเพิ่มมากขึ้นทำให้มีการระเหยระบายความร้อน

5. ผลต่อระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ การนวดแผนไทยมีผลต่อการหลั่งสารสื่อประสาทและฮอร์โมนต่างๆ เช่น มีการกระตุ้นการหลั่งโดปามีน ซีโรโทนิน ซึ่งช่วยในการลดภาวะเครียดและภาวะวิตกกังวล ช่วยในการลดการหลั่งคอติซอล นอร์อิพิเนฟริน และอิพิเนฟริน ซึ่งมีผลต่อทำให้ผ่อนคลายและลดความเครียดได้เช่นกัน และการนวดเป็นวิธีการหนึ่งที่มีผลลดความเจ็บปวดโดยสามารถลดอาการปวดเฉพาะที่และปวดร้าวได้ เนื่องจากการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น และการนวดจะทำให้กระตุ้นการหลั่งเอนโดรฟิน เอนเคปาลิน จึงทำให้ลดความเจ็บปวดได้

6. ผลต่อระบบกล้ามเนื้อ การนวดแผนไทยมีผลต่อระบบกล้ามเนื้ออย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะในผู้ที่มีการออกกำลังกายนั้น การนวดจะช่วยในการขจัดของเสียที่คั่งค้างอยู่ตามกล้ามเนื้อต่างๆ เช่น

แลกดึก ช่วยให้อาการปวดเมื่อยลดลง ป้องกันการเกิดเส้นตึง ลดความเหนียวล้า และการนวดไทยยังช่วยให้กล้ามเนื้อคงรูปได้สัดส่วน ไม่ห่อเหี่ยวโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการนอนอยู่กับเตียงตลอดเวลาเป็นเวลานานๆ การนวดไทยเป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยทดแทน การออกกำลังกายได้บางส่วน และช่วยให้กล้ามเนื้อไม่ลึบเร็วเท่าที่ควร อีกทั้งการนวดทำให้กล้ามเนื้อที่แข็งตึงอ่อนนิ่มลง กล้ามเนื้อเกิดการคลายตัว ผ่อนคลาย ทำให้สารพิษที่คั่งค้างในกล้ามเนื้อไหลเวียนออกไปได้ ขณะเดียวกันเลือดก็นำสารอาหารใหม่ๆ เข้ามาเลี้ยงกล้ามเนื้อได้ดี กล้ามเนื้อจึงมีประสิทธิภาพดีขึ้น และมีการยืดหยุ่นที่ดีขึ้นด้วย ทำให้อาการปวดเมื่อยต่างๆ หายไป ผู้ป่วยหรือผู้ที่มานวดจะรู้สึกตัวเบาสบาย ซึ่งนั่นเป็นผลที่ดีตามมาหลังจากได้รับการนวด

7. ผลต่อระบบเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน การนวดแผนไทยช่วยในการลดการสร้างแผลเป็นบนเนื้อเยื่อ และช่วยลดการติดแน่นของการเกิดแผลเป็นของกล้ามเนื้อและข้อ การใช้แรงกด และความร้อนที่เกิดจากการนวดจะช่วยในการลดการเกิดพังผืด เพิ่มการเคลื่อนไหวของข้อมากขึ้น และยังทำให้เกิดเพิ่มการกักเก็บสารอาหาร เช่น ไนโตรเจน ซัลเฟอร์ และฟอสฟอรัสในกระดูก เมื่อมีการแตกหักของกระดูก ร่างกายจะมีการสร้างหลอดเลือดฝอยขึ้นมาใหม่ในบริเวณที่มีการแตกหัก การนวดช่วยเพิ่มการไหลเวียนที่ดีขึ้นบริเวณรอบๆ ส่วนที่แตกหักช่วยส่งเสริมการเชื่อมติดกันของกระดูก การนวดยังทำให้ข้อต่อมีการเคลื่อนไหวได้คล่องขึ้น ทำให้ระบบหมุนเวียนเลือดในข้อต่อดีขึ้น ไม่ทำให้อาการข้อต่อติด

8. ผลต่อระบบหายใจ การนวดแผนไทยจะช่วยให้อัตราการหายใจลดลง เพราะการนวดเป็นการกระตุ้นการตอบสนองของการผ่อนคลาย ช่วยให้กล้ามเนื้อในการหายใจนั้นมีความสามารถในการหดตัว ช่วยให้การทำงานของปอดดีขึ้น ช่วยลดอาการหายใจลำบากและการจับหืดของโรคหอบหืด วิธีการนวดแบบตบตี ยังช่วยให้การขับสิ่งคัดหลั่งออกจากระบบทางเดินหายใจ ขับเสมหะได้ดีขึ้น

9. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร การนวดแผนไทยจะกระตุ้นการทำงานของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ภาวะอาหารและลำไส้ ทำให้เกิดการบีบตัวของภาวะอาหารลำไส้ ทำให้เจริญอาหาร การย่อยและการดูดซึมอาหารดีขึ้น การขับถ่ายเป็นปกติ ลดอาการท้องผูก นอกจากนี้การนวดยังช่วยในการขับลมและอาการท้องผูกของผู้ป่วยได้เนื่องจากการนวดบริเวณหน้าท้องเป็นการเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ แต่ต้องนวดด้วยการบรรจงแต่งรสมือ และไม่ควรมนวดผู้ป่วยหลังรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ

10. ผลทางระบบประสาท และรีเฟล็กซ์ (Neural reflex effects) เป็นผลของการสะท้อนกลับเมื่อมีการนวด การกดที่แรง และลึก ผิวหนังจะมีรอยแดง ซึ่งเป็นผลทำให้เส้นเลือดฝอยขยายตัวเมื่อนวด และกดซ้ำ ๆ จะแดงกระจายทั่วไป และแดงมากขึ้นจากการขยายตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย (Arteriole) ซึ่งเกิดจากการรีเฟล็กซ์ของประสาทส่วนแอกซอน (Axon reflex mechanism) เมื่อนวดต่อไปจะมีรอยแดงเป็นแผ่น (Wheal) และเพิ่มการขยายตัวของหลอดเลือดแดงอีก

นอกจากนั้นยังเป็น การกระตุ้นที่ peripheral receptor เกิดปฏิกิริยาโดยตรงของบริเวณที่ถูกดัด ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว และยังส่งกระแสประสาทไปตามเส้นประสาทขนาดใหญ่ (beta nerve fiber) ไปยังประสาทไขสันหลัง และสมอง ซึ่งสามารถยับยั้งและเพิ่มความทนทานต่ออาการปวดได้ ดังนั้นแม้ว่าอาการปวดยังมีระดับคงเดิมก็จะไม่ปวดเหมือนเดิม เพราะมีความทนทานมากขึ้น นอกจากนี้การนวดอาจกระตุ้นให้มีการหลั่ง endorphins ช่วยให้รู้สึกสบายได้อีกทางหนึ่ง มีรายงานว่าการนวดสามารถลดอาการปวดได้โดยกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารลดปวดชนิดหนึ่งชื่อ enkephalins

11. ผลทางจิตใจ (Psychological effects) การนวดแผนไทยมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เนื่องจากการนวดแผนไทยมีผลในการช่วยผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ลดอาการเหนื่อยล้า และลดอารมณ์ โกรธ การนวดและการสัมผัสที่ผิวหนังทำให้เกิดการรับรู้ความรู้สึกที่ดี มีการนำความรู้สึกที่อยู่ส่วนลึกของกล้ามเนื้อจากการกด (Proprioception) เข้าสู่ไขสันหลัง และสมองทำให้การทำงานของระบบประสาทลดลง เกิดความพึงพอใจ มีการผ่อนคลายทั้งร่างกาย และจิตใจ รู้สึกผ่อนคลายและสบาย ลดความวิตกกังวล ลดความตึงเครียดของจิตใจ ตลอดจนส่งเสริมให้มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นวด และผู้ได้รับการนวด นอกจากนี้การนวดด้วยวิธีการกด การบีบ เป็นการสัมผัสที่ส่งผลต่อระบบลิมฟิก ซึ่งทำหน้าที่ในการตอบสนองด้านอารมณ์ ทำให้ถูกกระตุ้นน้อยลง ส่งผลให้ร่างกายมีการผ่อนคลายได้ในระดับลึก และรับรู้ถึงความเป็นสุขได้<sup>[39]</sup>

### 2.2.3 อาการไม่พึงประสงค์หลังนวด<sup>[33]</sup>

1. ระดับไม่รุนแรง อาการแทรกซ้อนระดับนี้เป็นอาการที่สามารถหายได้เองใน 2 - 3 วัน ได้แก่

1.1 การถูกกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติมากเกินไป เมื่อนวดบริเวณแนวกระดูกสันหลัง อาจมีอาการความดันต่ำลง ชนลุก เหงื่อแตก ซึ่งถ้าเป็นบริเวณคอก็อาจมีอาการ มึนศีรษะ หน้ามืด หัววิ ตาลาย ถ้าเป็นบริเวณเอวก็อาจเกิดความผิดปกติของประจำเดือนในผู้หญิงได้

1.2 อาการระบม หรือรู้สึกไม่สบายตามร่างกายจากกล้ามเนื้ออักเสบเล็กน้อย เพราะลงแรงในการนวดมากเกินไป

2. ระดับรุนแรง อาการแทรกซ้อนระดับนี้เป็นเหตุให้เกิดความเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ ส่วนมากมักเกิดจากการที่มีการดัดกระดูกสันหลังร่วมด้วย ผลแทรกซ้อนดังกล่าว ได้แก่ อัมพาตจากโรคทางหลอดเลือดสมอง อัมพาตจากการบาดเจ็บไขสันหลัง รากประสาทไขสันหลัง ส่วนล่างบาดเจ็บ หัวใจล้มเหลว เป็นต้น

### 2.4.5 ข้อห้ามและข้อควรระวังในการนวด<sup>[40]</sup>

1. ข้อห้ามในการนวด

1.1 ขณะมีไข้สูงโดยไขว้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส เพราะอาจเป็นไข้ติดเชื้อได้

1.2 โรคผิวหนังที่อาจมีการติดต่อ เช่น ขี้กลาก ขี้เกลื้อน

- 1.3 โรคไข้ติดต่อทุกชนิด เช่น วัณโรค ไข้หวัดใหญ่
- 1.4 โรคไข้พิษ ไข้กาฬ เช่น งูสวัด เริม อีสุกอีใส
- 1.5 บริเวณที่เป็นมะเร็ง เพราะการนวดอาจทำให้มะเร็งแพร่กระจาย
- 1.6 บริเวณที่มีสภาวะกระดูกแตก กระดูกหัก ปรี ร้าว ที่ยังไม่ติด

## 2. ข้อควรระวังในการนวด

### 2.1 ลักษณะอาการนำที่อาจเป็นอันตรายร้ายแรงต่อคนไข้ เช่น

- รู้สึกเหนื่อยมาก, รู้สึกหัวใจเต้นแรง, หายใจเร็วจนคล้ายหายใจไม่ทัน, รู้สึกแน่นหน้าอก, รู้สึกวิงเวียนศีรษะ, ปวดหัวอย่างรุนแรง, ตามัว, ตาบอดชั่วขณะ (มองไม่เห็นชั่วขณะ)
- เดินเซ, รู้สึกชาและอ่อนแรงแขน ขาซีกใดซีกหนึ่ง
- พูดไม่ชัด, พูดลิ้นคับปาก
- รู้สึกหนักหรือแน่นในหัว, รู้สึกหลอดเลือดเต้นในหัว หรือได้ยินเสียงดังในหัว

หัว

### 2.2 บริเวณที่ต้องใช้ความระมัดระวังในการนวด

- เส้นเลือดข้างคอ อาจไปปิดการไหลเวียนของสมอง
- ทัดดอกไม้ อาจเกิดภาวะกระดูกแตก เนื่องจากเป็นบริเวณที่กระดูกบาง
- ร่องไหปลาร้า อาจกดเส้นประสาทที่รุนแรงเกินไปทำให้เกิดอาการชาแขน
- ใต้รักแร้ อาจกดเส้นประสาทที่รุนแรงเกินไปทำให้เกิดอาการชาแขน
- หัวมุมไหล่ อาจกดโดนปลายส่วนต่อของกระดูกไหปลาร้าและสะบักทำให้

เจ็บ

## 3. ลักษณะอาการโรคที่ควรระวัง ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายในขณะนวดได้

- ความดันสูงเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท
- โรคเบาหวาน
- ไล่ตั้งกำลังอักเสบ
- แผลผ่าตัด แผลเปิด
- อุบัติเหตุที่กระทบสมองและไขสันหลัง ภายหลังบาดเจ็บภายใน 24 ชั่วโมง หรือถ้าให้ปลอดภัยก็ให้เลย 48 ชั่วโมง
- สตรีมีครรภ์
- ใส่ยาลดความดันหลังผ่าตัดกระดูก

### 2.4.6 กายวิภาคศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการนวดไทย (โปรแกรมการนวดไทย)

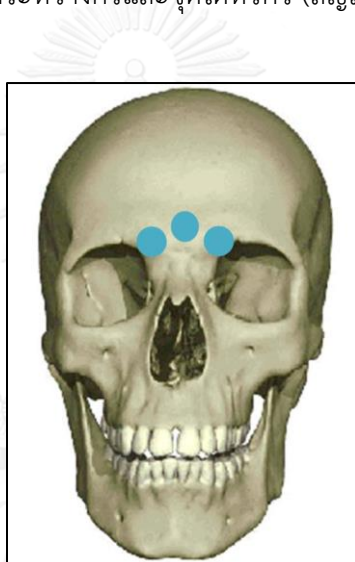


ในการวิจัยนี้ใช้โปรแกรมการนวดไทยแบบราชสำนัก อ้างอิงวิธีการบำบัดตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยประยุกต์ขั้นตอนการบำบัดจากการนวดคลายเครียด อ้างอิงจากกรมสุขภาพจิต<sup>[41]</sup> โดยมีการนวดรักษาที่เกี่ยวข้องกับกายวิภาคศาสตร์ ดังนี้

1. จุดกลางระหว่างคิ้วและจุดใต้หัวคิ้ว (สัญญาณ 1 และ 2 ศีรษะด้านหน้า)

- กระดูก คือ Frontal bone
- กล้ามเนื้อ คือ Corrugator supercilii, Frontalis, Orbicularis oculi
- เส้นประสาท คือ Supratrochlear nerve
- เส้นเลือด คือ Supratrochlear artery

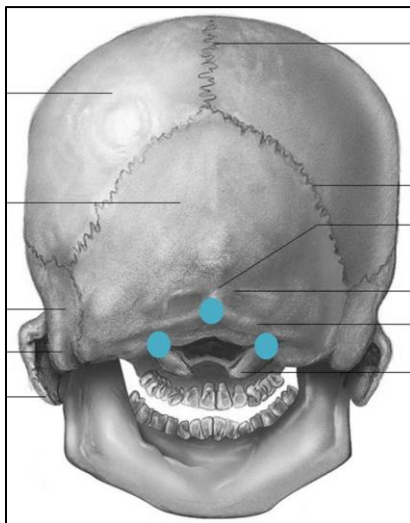
รูปที่ 3 แสดงจุดการนวดจุดกลางระหว่างคิ้วและจุดใต้หัวคิ้ว (สัญญาณ 1 และ 2 ศีรษะด้านหน้า)



2. จุดขอบกระดูกท้ายทอย (สัญญาณ 1, 2 และ 5 ศีรษะด้านหลัง)

- กระดูก คือ Occipital bone
- กล้ามเนื้อ คือ Splenius muscle (สัญญาณ 1, 2 ศีรษะด้านหลัง), Trapezius และ Ligamentum nuchae (สัญญาณ 5 ศีรษะด้านหลัง)
- เส้นประสาท คือ Lesser occipital nerve (สัญญาณ 1, 2 ศีรษะด้านหลัง), Occipital nerve (สัญญาณ 5 ศีรษะด้านหลัง)
- เส้นเลือด คือ Descending branch of occipital artery (สัญญาณ 1, 2 ศีรษะด้านหลัง), Occipital artery & vein (สัญญาณ 5 ศีรษะด้านหลัง)

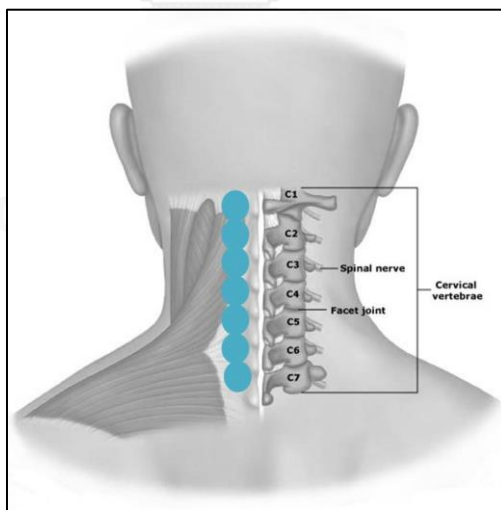
รูปที่ 4 แสดงจุดการนวดจุดขอบกระดูกท้ายทอย (สัญญาณ 1, 2 และ 5 ศีรษะด้านหลัง)



### 3. บริเวณต้นคอ (พื้นฐานโค้งคอทั้ง 2 ข้าง)

- กระดูก คือ Cervical (C 1-7)
- กล้ามเนื้อ คือ Trapezius
- เส้นประสาท คือ Spinal nerve
- เส้นเลือด คือ Anterior segmental medullary artery

### รูปที่ 5 แสดงจุดการนวดบริเวณต้นคอ (พื้นฐานโค้งคอทั้ง 2 ข้าง)

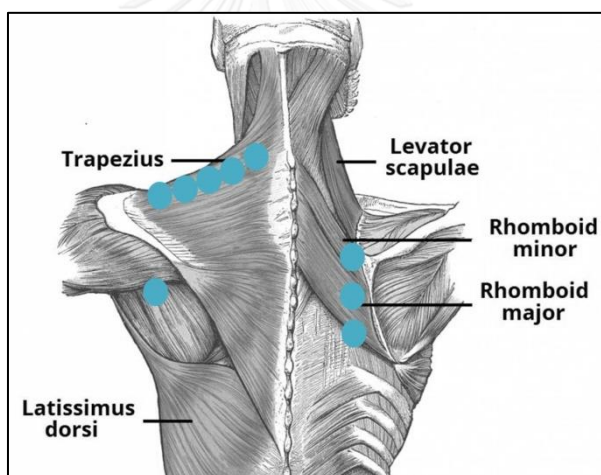


### 4. บริเวณบ่า (พื้นฐานบ่าทั้ง 2 ข้าง), บริเวณบ่าด้านหน้า (จุดใต้กระดูกไหปลาร้า, จุดต้นแขน และจุดเหนือรักแร้ ทั้ง 2 ข้าง), บริเวณบ่าด้านหลัง (จุดขอบสะบัก และสัญญาณ 1 หัวไหล่ ทั้ง 2 ข้าง)

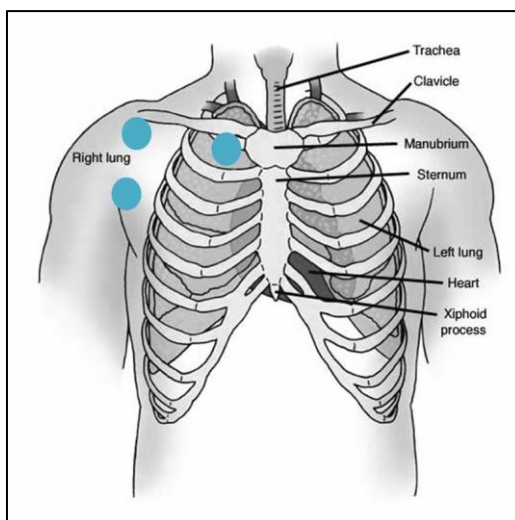
- กระดูก คือ Clavicle, Cervical
- กล้ามเนื้อ คือ Trapezius, Rhomboid minor & major, Teres minor

- เส้นประสาท คือ Spinal nerve, Teres minor nerve, Axillary nerve
- เส้นเลือด คือ Anterior segmental medullary artery, Axillary artery

**รูปที่ 6** แสดงจุดการนวดบริเวณบ่า (พื้นฐานบ่าทั้ง 2 ข้าง) และบริเวณบ่าด้านหลัง (จุดขอบสะบัก และสัญญาณ 1 หัวไหล่ ทั้ง 2 ข้าง)



**รูปที่ 7** แสดงจุดการนวดบริเวณบ่าด้านหน้า (จุดใต้กระดูกไหปลาร้า, จุดต้นแขน และจุดเหนือรักแร้ ทั้ง 2 ข้าง)



## 2.5 การประคบสมุนไพร<sup>[36]</sup>

เป็นวิธีการรักษาแบบไทย ซึ่งนำมาใช้ควบคู่กับการนวดไทย โดยมากมักจะใช้หลังการนวดเสร็จเรียบร้อยแล้ว ความร้อนจากลูกประคบซึ่งมีตัวยาสมุนไพร ทำให้ซึมผ่านผิวหนัง ช่วยเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ และเส้นเอ็น

### 2.5.1 สมุนไพรในลูกประคบ และขั้นตอนในการประคบ

#### 1. สมุนไพรในลูกประคบ

#### ตารางที่ 3

แสดงสมุนไพรในลูกประคบ และสรรพคุณ

สมุนไพร	สรรพคุณ
1. เหง้าไพล	แก้ปวดเมื่อย ลดอาการอักเสบ ลดบวม
2. ผิวมะกรูด	มีน้ำมันหอมระเหย แก้ลมวิงเวียน
3. ตะไคร้	ดับกลิ่นคาว
4. ใบมะขาม	แก้อาการคันตามผิวหนัง
5. ขมิ้นอ้อย	ลดอาการอักเสบ แก้โรคผิวหนัง
6. ใบส้มป่อย	บำรุงผิว แก้โรคผิวหนัง
7. เกลือแกง	ช่วยพาตัวยาสซึมผ่านผิวหนัง
8. การบูร	แต่งกลิ่น

#### 2. ขั้นตอนในการประคบ

2.1 จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยนอนหรือนั่งในท่าที่เหมาะสม

2.2 ทดสอบความร้อนของลูกประคบ โดยนำลูกประคบแต่ละที่ที่ห้องแขนหรือฝ่ามือของตนเอง

2.3 การประคบในช่วงแรกให้แต่ละลูกประคบและยกขึ้นโดยเร็วจนกว่าลูกประคบจะคลายความร้อนลง

2.4 จากนั้นจึงวางลูกประคบให้นานพอประมาณ แล้วกดเน้นบริเวณที่ต้องการ

2.5 เปลี่ยนลูกประคบเมื่อลูกประคบเย็นลง

### 2.5.2 ประโยชน์ของการประคบสมุนไพร

1. บรรเทาอาการปวดเมื่อย
2. ลดอาการบวม อักเสบของกล้ามเนื้อ
3. ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ
4. ลดอาการปวด
5. เพิ่มการไหลเวียนของเลือด

### 2.5.3 ข้อห้ามหรือข้อจำกัดในการใช้ลูกประคบ

1. ห้ามใช้ลูกประคบที่ร้อนเกินไป โดยเฉพาะกับบริเวณผิวหนังอ่อนๆ หรือบริเวณที่มีแผล
2. ควรใช้ผ้าขนหนูรองบริเวณผิวหนังอ่อนๆ ก่อนการประคบ
3. ควรระวังผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน อัมพาต เด็ก และผู้สูงอายุ เพราะมีการตอบสนองต่อความร้อนที่ช้า
4. ไม่ประคบบริเวณที่มีการอักเสบหรือบวมในช่วง 24 ชั่วโมงแรก เพราะอาจทำให้บวมมากขึ้น จึงควรประคบด้วยน้ำเย็นก่อน

### 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

ภุมรินทร์ เฉลิมยุทธ, 2543<sup>[42]</sup> ทำการศึกษาการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ คือ ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว, การพบปะบุคคลในวัยเดียวกัน และปัญหาสุขภาพกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ )

พัชญา คชศิริพงศ์, 2553<sup>[43]</sup> ทำการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ( $P < 0.005$ ) ได้แก่ อายุมากกว่า 70 ปี, ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี, การมีโรคประจำตัว และการไม่มีผู้มาเยี่ยม

ศิริราไพ สุวัฒน์คุปต์, 2555<sup>[44]</sup> ทำการศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเองและผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านคนชรา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านคนชรามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 42.4 ผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเองมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7.1 และผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรามีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าเมื่อวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า 5 ปัจจัย คือ เพศหญิง, อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป, สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่, รายได้ไม่เพียงพอ, มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราพบภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว การพบปะบุคคลในวัยเดียวกัน ปัญหาสุขภาพกาย อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี การมีโรคประจำตัว การไม่มีผู้มาเยี่ยม สถานภาพโสด หม้าย หย่าร้าง และแยกกันอยู่ รายได้ไม่เพียงพอ มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

## 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนวดต่อการบำบัดภาวะสุขภาพจิต

Tiffany Field, 2006<sup>[45]</sup> ทำการศึกษาการนวดสัมผัสในทารก พบว่าการนวดสามารถเพิ่มการทำงานของเส้นประสาทเวกัส (vagus nerve) และช่วยกระตุ้นการแสดงออกทางสีหน้า ลดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ก่อให้เกิดความเครียด และช่วยสร้างซีโลโทนินกับโดพามีน ที่ทำให้รู้สึกสุขสบาย ทำให้มีผลลดความเครียด และภาวะซึมเศร้าได้

Chang, So Young, 2008<sup>[46]</sup> ทำการศึกษาผลของการนวดอโรมาบริเวณมือต่อระดับความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความซึมเศร้าของผู้ป่วย พบว่าการนวดอโรมาบริเวณมือมีผลลดระดับความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความซึมเศร้าของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ )

Rukiya Pinar, Fisun Afsar, 2015<sup>[47]</sup> ทำการศึกษาลงมือการนวดหลังในการลดระดับภาวะวิตกกังวล, ระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล, ความดันโลหิต, อัตราการเต้นของหัวใจ และเพิ่มคุณภาพการนอนหลับในญาติผู้ป่วยมะเร็ง โดยทำการนวดบริเวณหลัง 15 นาที/วัน ทุกวัน ติดตามผลหลังจากนวดไปแล้ว 1 สัปดาห์ พบว่า การนวดสามารถลดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล ระดับความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มคุณภาพการนอนหลับ และลดระดับภาวะวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ )

ศุภกิจ สุวรรณไตรย์, 2548<sup>[48]</sup> ทำการศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการนวดแบบราชสำนักต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ที่คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์ กรุงเทพมหานคร พบว่า การนวดไทยร่วมกับการประคบสมุนไพรเป็นการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ ทำให้มีการยับยั้งหรือปิดกั้นกระแสประสาทความปวดที่ไขสันหลัง จึงทำให้ไม่มีกระแสประสาทส่งผ่านไปยังสมองส่วนกลาง ส่งผลให้ความเจ็บปวดลดลง

จิราภรณ์ แนวบุตร, 2557<sup>[22]</sup> ศึกษาผลของการนวดไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และอาการปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดที่มารับบริการนวดแผนไทย ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ และเยื่อพังผืด จำนวน 20 คน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการรักษาด้วยการนวดไทย ติดต่อกัน 3 ครั้ง ได้รับการประเมินความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และระดับความปวดก่อน และหลังการนวดไทย 3 ครั้ง พบว่า การนวดไทยมีผลให้ระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และระดับความปวดลดลงหลังการรักษาด้วยการนวดไทย 3 ครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ลดอาการปวด ทำให้เกิดความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนวดต่อการบำบัดภาวะสุขภาพจิตพบว่า การนวดเป็นอีกหนึ่งแนวทางในการรักษาที่ส่งผลตอบสนองต่อการรักษาภาวะสุขภาพจิตในทางด้านบวก การนวดไทยส่งผลให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ลดอาการเกร็งตัว จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย รวมทั้งการประคบสมุนไพรหลังการนวดไทย ซึ่งมีน้ำมันหอมระเหยและความร้อนจากลูกประคบเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย สบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถลดระดับความเจ็บปวดระดับภาวะซึมเศร้า ระดับภาวะวิตกกังวล ระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล ระดับความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มคุณภาพการนอนหลับ และช่วยสร้างซีโรโทนินกับโดพามีน ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของการนวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุยังมีผู้ทำการศึกษาวิจัยน้อย ประกอบกับจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักจะมีภาวะวิตกกังวลร่วมด้วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าว ด้วยการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเป็นหลัก ร่วมกับการประเมินภาวะวิตกกังวล โดยใช้การบำบัดด้วยวิธีการนวดไทย เพื่อเป็นการสนับสนุนผลการรักษาโดยการนวดไทยตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย

### บทที่ 3

#### ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research study) ทำการประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล โดยทำการประเมินก่อน และหลังการให้ Intervention โดยแบ่งผู้เข้าร่วมงานวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการนวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี โดยเปรียบเทียบผลของการนวดไทยก่อน และหลังการบำบัด และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

#### 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

**ประชากร (population)** คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

**ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (Target Population)** คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี

**ประชากรตัวอย่าง (Sample Population)** คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี ที่มีคุณสมบัติตาม Inclusion Criteria และไม่มีคุณสมบัติตาม Exclusion Criteria

##### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป
2. สม่ครใจ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. สามารถอ่าน ฟัง และพูดภาษาไทยได้
4. ไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ในระหว่างที่เข้าร่วมการวิจัย เช่น กายภาพบำบัด ฝังเข็ม เป็นต้น
5. มีระดับคะแนนจากการประเมินภาวะซึมเศร้าในระดับคะแนนตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป

##### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เคยมีประวัติการแพ้สมุนไพรรักษาโรค
2. มีระดับความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป
3. เป็นโรคติดต่อร้ายแรง เช่น วัณโรค
4. เป็นโรคผิวหนังที่มีการติดต่อ เช่น กลาก เกื้อื้อน
5. มีไข้เกิน 38.5 องศาเซลเซียส



6. มีกระดูกแตก หัก หรือร้าวที่ยังไม่ติด
7. มีข้อต่อกระดูกหลุด หรือหลวม
8. มีประวัติการตรวจรักษาภาวะสมองเสื่อม
9. มีประวัติเคยได้รับการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชที่รุนแรง

### 3.2 ขนาดตัวอย่าง (sample size)

ใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างเปรียบเทียบอัตราส่วนระหว่างกลุ่มประชากร

$$n/\text{group} = \frac{2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)^2}$$

$$\sigma^2 = \text{Pool variance} = \frac{(n_1 - 1)SD_1^2 + (n_2 - 1)SD_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

เมื่อ  $n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษา

$Z_{\alpha/2}$  = ค่า  $Z$  ที่ได้จากรางแจกแจงปกติเมื่อกำหนดขนาดของ Type I error เท่ากับ 0.05 = 1.96

$Z_{\beta}$  = ค่า  $Z$  ที่ได้จากรางแจกแจงปกติเมื่อกำหนดขนาดของ Type II error เท่ากับ 0.10 = 1.28

$\bar{x}_1$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

$\bar{x}_2$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

แทนค่าในสูตรโดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ Chang, So Young, 2008<sup>[46]</sup> ทำการศึกษาผลของการนวดอโรมาบริเวณมือต่อระดับความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความซึมเศร้าของผู้ป่วย พบว่าการนวดอโรมาบริเวณมือมีผลลดระดับความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความซึมเศร้าของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) ใช้ค่า mean และ  $SD$  ของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในการหาค่า  $\sigma^2$  และค่า  $n$

$$\text{แทนค่า } Z_{\alpha/2} = 1.96, Z_{\beta} = 1.28, \sigma^2 = 52.53, \bar{x}_1 = 61.06, \bar{x}_2 = 52.35$$

$$n = \frac{2(1.96 + 1.28)^2 \cdot 52.53}{(61.06 - 52.35)^2}$$

$$n = 14.54 \approx 15$$

ในการวิจัย ผู้วิจัยจะคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างซึ่งจะ drop out ระหว่างการทดลองด้วย ดังนั้นจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ 17 คน โดยรวมทั้ง 2 กลุ่ม จะได้จำนวน 34 คน กรณีที่มีกลุ่มตัวอย่าง drop out ออกจากงานวิจัย ซึ่งทำให้ไม่สามารถติดตามผลการวิจัยได้ครบ จะทำการวิเคราะห์ผลแบบ Intention to treat (ITT) เปรียบเทียบกับการวิเคราะห์แบบ Per protocol analysis (PP)

### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน ดังนี้

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและข้อมูลส่วนบุคคล

ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การใช้จ่ายในอดีต การเข้าพักที่ศูนย์ฯ กิจกรรมที่ชอบปฏิบัติ ความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น

### ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) (ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบประเมิน และได้รับการอนุญาตเรียบร้อยแล้ว)

โดย ศาสตราจารย์ นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ มีจำนวน 30 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคสูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศพัฒนาขึ้นมาโดยให้ผู้สูงอายุตอบคำถามในกระดาษคำตอบด้วยตนเอง มีคะแนนรวมระหว่าง 0-30 คะแนน เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบด้วยตนเองในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา เวลาที่ผู้สูงอายุใช้ในการทดสอบเท่ากับ 10.09 นาที การทดสอบความเที่ยงตรงในเพศหญิงเท่ากับ 0.94 เพศชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเที่ยงตรงรวมเท่ากับ 0.93

#### สำหรับเกณฑ์กำหนดคะแนน

0-12 คะแนน เป็นค่าปกติ

13-18 คะแนน เป็นผู้มีความเศร้าเล็กน้อย

19-24 คะแนน เป็นผู้มีความเศร้าปานกลาง

25-30 คะแนน เป็นผู้มีความเศร้ารุนแรง

กำหนดให้ข้อ 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30 ถ้าตอบ “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือ ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI) (ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบประเมิน และได้รับการอนุญาตเรียบร้อยแล้ว)

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินชุด STAI Form Y ซึ่งเป็นแบบประเมิน A-trait หรือความวิตกกังวลของตนเองโดยทั่วไป มีจำนวน 20 ข้อ สร้างขึ้นโดยสปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger) และคณะ แปล และปรับความชัดเจนของแบบประเมินโดย รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาคี และคณะ

1. ข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวลในทางบวก 11 ข้อ คือ ข้อ 2, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 15, 17, 18, 20 ประเมินค่า 4 ระดับ เกือบไม่มีเลย = 1 คะแนน, บางครั้ง = 2 คะแนน, บ่อยครั้ง = 3 คะแนน, เกือบตลอดเวลา = 4 คะแนน
2. ข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวลในทางลบ 9 ข้อ คือ ข้อ 1, 3, 6, 7, 10, 13, 14, 16, 19 ประเมินค่า 4 ระดับ

เกือบไม่มีเลย = 4 คะแนน, บางครั้ง = 3 คะแนน, บ่อยครั้ง = 2 คะแนน, เกือบตลอดเวลา = 1  
คะแนน

คะแนนรวมทั้งหัตถ์มีค่าคะแนนสูงสุด 80 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุด 20 คะแนน ช่วงแบ่ง  
ระดับความวิตกกังวล ดังนี้

ช่วงคะแนน 20-40 คะแนน แสดงว่า ไม่มีวิตกกังวลระดับเล็กน้อย

ช่วงคะแนน 41-60 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลบ้าง

ช่วงคะแนน 61-70 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลค่อนข้างมาก

ช่วงคะแนน 71-80 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลมากที่สุด

มีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของข้อคำถามมีค่า cronbach's  
alpha coefficient ตั้งแต่ 0.86 ถึง 0.92 และจากการทำ Test-Retest เพื่อตรวจสอบ reliability ได้  
ค่า 0.73-0.92

#### ส่วนที่ 4 แบบบันทึกสัญญาณชีพ (Vital sign) มาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตร วัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS)

การตรวจ และบันทึกสัญญาณชีพ ร่วมกับประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตก  
กังวล ทำการประเมินก่อน และหลังการบำบัด โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน การใช้มาตรวัดภาวะซึมเศร้า  
และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS) เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ในการวัด  
ความปวด หรือการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่ต้องการจะติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยเส้นตรงยาว  
10 เซนติเมตร ด้านซ้ายมีเลข 0 และด้านขวามีเลข 10 โดยมาตรวัดภาวะซึมเศร้าให้ปลายข้างซ้าย  
แทนค่าด้วยเลข 0 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า และปลายข้างขวาแทนค่าด้วยเลข 10 หมายถึง มีความ  
ซึมเศร้ามากที่สุด เช่นเดียวกันในมาตรวัดภาวะวิตกกังวลให้ปลายข้างซ้ายแทนค่าด้วยเลข 0 หมายถึง  
ไม่มีภาวะวิตกกังวล และปลายข้างขวาแทนค่าด้วยเลข 10 หมายถึง มีความวิตกกังวลมากที่สุด  
วิธีการวัดคือ ให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทำเครื่องหมายบนเส้นตรง เพื่อแสดงระดับความซึมเศร้า และระดับ  
ความวิตกกังวล จากนั้นนำมาวัดเป็นเซนติเมตร แล้วนำไปแทนค่าเป็นคะแนน 0 – 10

#### ส่วนที่ 5 โปรแกรมการนวดไทย (Intervention)

การนวดไทยแบบราชสำนัก อ้างอิงวิธีการบำบัดตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยประยุกต์  
ขั้นตอนการบำบัดจากการนวดคลายเครียด อ้างอิงจากกรมสุขภาพจิต<sup>[38]</sup> ซึ่งทำการบำบัดโดยแพทย์  
แผนไทยประยุกต์ที่มีใบประกอบโรคศิลปะแพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งก็คือ ผู้วิจัย เป็นผู้ให้การบำบัด  
เพียงผู้เดียว ประกอบด้วย

- นวดแผนไทย(กดจุดแบบราชสำนัก) 20 นาที

- ประคบสมุนไพร 10 นาที

โดยให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยอยู่ในท่านั่งขัดสมาธิ หรือนั่งห้อยขาบนเก้าอี้ ให้มือสองข้างวางที่หน้าตัก หลังตรง ซึ่งสามารถปรับท่านั่งของผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้ตามความเหมาะสมกับเพศ อายุ และภาวะสุขภาพของผู้เข้าร่วมงานวิจัยแต่ละท่าน

#### สูตรการนวดรักษา

1. จุดกลางระหว่างคิ้ว
2. จุดใต้หัวคิ้ว (สัญญาณ 1 และ 2 ศีรษะด้านหน้า)
3. จุดขอบกระดูกท้ายทอย (สัญญาณ 1, 2 และ 5 ศีรษะด้านหลัง)
4. บริเวณต้นคอ (พื้นฐานโค้งคอทั้ง 2 ข้าง)
5. บริเวณบ่า (พื้นฐานบ่าทั้ง 2 ข้าง)
6. บริเวณบ่าด้านหน้า (จุดใต้กระดูกไหปลาร้า, จุดต้นแขน และจุดเหนือรักแร้ ทั้ง 2 ข้าง)
7. บริเวณบ่าด้านหลัง (จุดขอบสะบัก และสัญญาณ 1 หัวไหล่ ทั้ง 2 ข้าง)

#### ส่วนที่ 6 เครื่องวัดสัญญาณชีพ : เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ และปรอทวัดไข้

ผู้วิจัยใช้เครื่องวัดสัญญาณชีพ (เครื่องวัดความดันโลหิตที่ต้นแขน ระบบดิจิทัล แสดงผลอัตโนมัติ รุ่น BP106A บริษัท ฟาร์มาออฟ จำกัด) เพื่อใช้วัดความดันโลหิต อัตราการเต้นของชีพจร และใช้ปรอทวัดไข้ เพื่อวัดอุณหภูมิของร่างกาย ก่อน และหลังการให้ intervention

#### 3.4 การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาจากเอกสาร
2. จัดทำหนังสือจากภาควิชา
3. ขอความยินยอม และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล

ด้วยตนเอง

#### ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1. ขอความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยจากผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออกของการศึกษาวิจัย ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี โดยผู้วิจัยทำการอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดในงานวิจัย และให้เวลาผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้ใช้เวลาในการไตร่ตรองก่อนที่จะลงนามอย่างอิสระ
2. ผู้วิจัยแบ่งผู้เข้าร่วมงานวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีจับฉลาก (ใช้การสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็น ประเภทการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย simple random sampling)

3. ผู้ที่เข้าร่วมงานวิจัยรับการบำบัด ติดต่อกัน 4 ครั้ง ในวันจันทร์, พุธ, ศุกร์ และ จันทร์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้การบำบัดด้วยการนวดไทย แบบราชสำนัก และประคบสมุนไพรไทย และเจ้าหน้าที่ของศูนย์ฯ ซึ่งเป็นนักสังคมสงเคราะห์ เป็นผู้ให้การบำบัดด้วยกิจกรรมผ่อนคลายของทาง ศูนย์ฯ ได้แก่ กิจกรรมอาชีวบำบัด เช่น ถักโครเชต์ กิจกรรมออกกำลังกาย เช่น โไทเก็ก กายบริหาร กิจกรรมนันทนาการ เช่น ร้องเพลง และกิจกรรมศิลปะบำบัด

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับการทำแบบสอบถาม และให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และข้อมูลส่วนบุคคล, แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินภาวะวิตกกังวล ตรวจประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ด้วยมาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS) จากนั้นรับการบำบัด จากผู้วิจัย และเจ้าหน้าที่ของศูนย์ฯ โดยทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม รับการบำบัดด้วยกิจกรรมผ่อนคลายของศูนย์ฯ แต่ในกลุ่มทดลองเพิ่มการบำบัดด้วยการนวดไทย และประคบสมุนไพรไทย จากผู้วิจัย หลังการบำบัดผู้เข้าร่วมงานวิจัยประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ด้วยมาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล กลุ่มควบคุมใช้เวลาประมาณ 45 นาทีต่อคน ส่วนกลุ่มทดลองใช้เวลาประมาณ 75 นาทีต่อคน โดยแบ่งเป็นเวลาในการทำกิจกรรมผ่อนคลายของศูนย์ฯ และประเมินสัญญาณชีพ 30 นาที การนวดไทย แบบราชสำนัก ประคบสมุนไพรไทย และประเมินสัญญาณชีพ 30 นาที และการทำแบบประเมิน 15 นาที

ครั้งที่ 2 และ 3 ผู้เข้าร่วมงานวิจัยประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ด้วยมาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS) จากนั้นรับการบำบัดต่อเนื่องเหมือนครั้งที่ 1 จากผู้วิจัย และเจ้าหน้าที่ของศูนย์ฯ หลังการบำบัดผู้เข้าร่วมงานวิจัยประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ด้วยมาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล กลุ่มควบคุมใช้เวลาประมาณ 40 นาทีต่อคน ส่วนกลุ่มทดลองใช้เวลาประมาณ 70 นาทีต่อคน โดยแบ่งเป็นเวลาในการทำกิจกรรมผ่อนคลายของศูนย์ฯ และประเมินสัญญาณชีพ 30 นาที การนวดไทยแบบราชสำนัก ประคบสมุนไพรไทย และประเมินสัญญาณชีพ 30 นาที ประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล 10 นาที

ครั้งที่ 4 ผู้เข้าร่วมงานวิจัยประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ด้วยมาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS) จากนั้นรับการบำบัดต่อเนื่องเหมือนครั้งที่ 1, 2 และ 3 จากผู้วิจัย และเจ้าหน้าที่ของศูนย์ฯ หลังการบำบัดผู้เข้าร่วมงานวิจัยประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ด้วยมาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล และผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับการทำแบบสอบถาม และให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบ

ประเมินภาวะวิตกกังวล กลุ่มควบคุมใช้เวลาประมาณ 45 นาทีต่อคน ส่วนกลุ่มทดลองใช้เวลาประมาณ 75 นาทีต่อคน โดยแบ่งเป็นเวลาในการทำกิจกรรมผ่อนคลายของศูนย์ฯ และประเมินสัญญาณชีพ 30 นาที การวัดไทยแบบราชสำนัก ประคบสมุนไพรไทย และประเมินสัญญาณชีพ 30 นาที และการทำแบบประเมิน 15 นาที

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์สำหรับนำมาคิดคำนวณทางสถิติ วิเคราะห์ และอภิปรายผลต่อไป

### 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ใช้โปรแกรม SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย, ร้อยละ, ความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้ทดสอบสมมติฐาน โดยใช้ pair t-test ในการทดสอบสมมติฐานภายในกลุ่มก่อนทำการทดลองและหลังทำการทดลอง และใช้ two sample t-test ในการทดสอบสมมติฐานระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

### 3.6 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical Consideration)

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ต้องมีการแทรกแซงผู้เข้าร่วมงานวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงคำนึงถึงหลักจริยธรรมในการวิจัย 3 ข้อ ดังนี้

1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับข้อมูลจากผู้วิจัยอย่างครบถ้วน จนสามารถเข้าใจข้อมูลที่ได้รับอย่างสมบูรณ์เพียงพอสำหรับการตัดสินใจ และตัดสินใจอย่างอิสระในการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย โดยปราศจากการบังคับหรือการใช้อิทธิพล หรือการเชิญชวนใด ๆ ครอบงำ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถควบคุมการเข้าถึงข้อมูลส่วนตัว และมีสิทธิ์เต็มที่ในการปฏิเสธ หรือจำกัดการเข้าถึงข้อมูลเหล่านั้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมงานวิจัยเป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย เช่น รอยแดงที่ผิวหนังจากการนวดไทย และประคบสมุนไพรไทย และผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากงานวิจัยได้

2. หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence / Non-maleficance) ผู้เข้าร่วมงานวิจัยอาจมีความเสี่ยงเล็กน้อยที่ไม่มากกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน หรือ Minimal risks เช่น การเสียเวลา การรู้สึกไม่สบายกาย แต่การเก็บข้อมูลจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหาย หรือมีผลกระทบต่อบุคคล หรือองค์กรที่อ้างอิงถึง

3. หลักยุติธรรม (Justice) ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเป็นผู้ที่มีเชื้อชาติ ศาสนา หรือฐานะใดก็ได้ มีเกณฑ์การคัดเลือกอย่างชัดเจน มีการกระจายความเสี่ยง และมีการสุ่มตัวอย่างประชากรอย่างเท่าเทียมกัน

### 3.7 สถานที่ทำวิจัย (Venue of the Study)

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี เนื่องจากเป็นศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในสังกัดของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่มีการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี และมีการจัดสรรกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุอย่างครบถ้วน

### 3.8 การบริหารงานและตารางปฏิบัติงาน (Administration and Time Schedule)

ตารางที่ 4 แสดงการบริหารงาน และการปฏิบัติงาน

กำหนดระยะเวลา ขั้นตอนการ ดำเนินงาน	2558			2559										
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.
<b>1. ขั้นเตรียมการ</b>														
1.1 ศึกษา เอกสารและ วรรณกรรม														
1.2 เขียนโครง ร่างวิทยานิพนธ์														
1.3 เสนอโครง ร่างวิทยานิพนธ์														
1.4 ปรับปรุง แก้ไข														
<b>2. ขั้นปฏิบัติการ</b>														
2.1 เก็บรวบรวม ข้อมูลโดยเก็บ หลังจากผ่านการ รับรองจาก คณะกรรมการ พิจารณา จริยธรรมการวิจัย แล้ว														
2.2 นำข้อมูล ที่ได้มาวิเคราะห์														
<b>3. ขั้นสรุปผล</b>														
3.1 พิมพ์รายงาน														
3.2 เสนอ วิทยานิพนธ์														

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research study) เพื่อศึกษาผลของการนวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี ทำการวิเคราะห์โดยใช้หลัก Intention to treat (ITT) ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยจำนวน 45 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน และหลัก Per protocol analysis (PP) ซึ่งจะทำการวิเคราะห์โดยการตัดผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่ไม่สามารถติดตามการเก็บข้อมูลได้ตามกำหนดออก ทำให้มีกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์จำนวน 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน ซึ่งจะทำการบำบัดทั้งหมด 4 ครั้ง วันเว้นวัน (วันจันทร์, วันพุธ, วันศุกร์ และวันจันทร์) โดยทั้งสองกลุ่มจะทำกิจกรรมและได้รับการดูแลจากทางศูนย์ฯเหมือนกันตามปกติ แต่จะมีการเพิ่มโปรแกรมการนวดไทยในกลุ่มทดลอง ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยมีผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยแสดงค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และความถี่ (Frequency) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

**ส่วนที่ 2** แสดงความชุกของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และค่าสัญญาณชีพ (Vital Sign) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการบำบัด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

**ส่วนที่ 3** แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล โดยใช้สถิติ Independent Samples t-Test และ Logistic regression analysis

**ส่วนที่ 4** แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวลที่มีต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล โดยใช้สถิติ Spearman Correlation Coefficient

**ส่วนที่ 5** แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และค่าสัญญาณชีพ (Vital Sign) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการบำบัด โดยใช้สถิติ Paired-sample T test Independent Samples t-Test Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney



**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

**ตารางที่ 5** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ และสถานภาพสมรส แสดงค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และความถี่ (Frequency) จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N = 23)		กลุ่มควบคุม (N = 22)		รวม (N = 45)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
	<b>อายุ (ปี)</b>					
อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี	5	21.7	4	18.2	9	20.0
อายุ 71 – 80 ปี	14	60.9	15	68.2	29	64.4
อายุตั้งแต่ 81 ปีขึ้นไป	4	17.4	3	13.6	7	15.6
Mean ± S.D.	75.4 ± 6.4		75.6 ± 4.0		75.5 ± 5.3	
Min	64 ปี		69 ปี		64 ปี	
Max	89 ปี		83 ปี		89 ปี	
<b>เพศ</b>						
ชาย	4	17.4	5	22.7	9	20.0
หญิง	19	82.6	17	77.3	36	80.0
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	6	26.1	-	-	6	13.3
แต่งงาน/อยู่ด้วยกันฉันสามี	-	-	-	-	-	-
<b>ภรรยา</b>						
หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)	9	39.1	11	50.0	20	44.4
หย่าร้าง	4	17.4	7	31.8	11	24.4
แยกกันอยู่	4	17.4	4	18.2	8	17.8

จากตารางที่ 5 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 45 คน เป็นเพศหญิง 36 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 และเพศชาย 9 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 โดยมีอายุอยู่ในช่วง 71 – 80 ปีมากที่สุด จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 64.4 รองลงมาคือ อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี และอายุตั้งแต่ 81 ปีขึ้นไป กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 75.4 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 75.6 ปี และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพหม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต) จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 44.4 รองลงมาคือ สถานภาพหย่าร้าง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 24.4

**ตารางที่ 6** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนบุตร วุฒิการศึกษา และอาชีพเดิม ก่อนเข้าพักที่ศูนย์ฯ แสดงค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และความถี่ (Frequency) จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N = 23)		กลุ่มควบคุม (N = 22)		รวม (N = 45)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
<b>จำนวนบุตร (คน) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>						
ไม่มีบุตร	7	30.4	7	31.8	14	31.1
มีบุตร 1 – 3 คน	12	52.2	10	45.5	22	48.9
มีบุตร 4 – 6 คน	4	17.4	5	22.7	9	20.0
<b>วุฒิการศึกษา</b>						
ไม่ได้เรียน	-	-	-	-	-	-
ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า	12	52.2	15	68.2	27	60.0
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	6	26.1	3	13.6	9	20.0
อาชีวศึกษาหรือเทียบเท่า	1	4.3	3	13.6	4	8.9
ปริญญาตรี	4	17.4	1	4.5	5	11.1
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	-	-	-	-
<b>อาชีพเดิมก่อนเข้ามาพักที่ศูนย์ฯ</b>						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	17.4	2	9.1	6	13.3
เกษตรกร/ทำสวน/ทำไร่/ทำนา	3	13.0	4	18.2	7	15.6
รับจ้างทั่วไป	2	8.7	5	22.7	7	15.6
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	13.0	1	4.5	4	8.9
พนักงานบริษัทเอกชน	5	21.7	-	-	5	11.1
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	6	26.1	10	45.5	16	35.6

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่า จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 โดยส่วนใหญ่แล้วก่อนที่จะเข้ามาพักอาศัยที่ศูนย์ฯ จะประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 35.6 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร/ทำสวน/ทำไร่/ทำนาและรับจ้างทั่วไป จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 15.6 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีบุตร 1-3 คน จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 48.9 รองลงมาคือผู้ที่ไม่มียุติบัตร จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 31.1

**ตารางที่ 7** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแหล่งที่มาของรายได้ในปัจจุบัน และความเพียงพอของรายได้ แสดงค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และความถี่ (Frequency) จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N = 23)		กลุ่มควบคุม (N = 22)		รวม (N = 45)	
	จำนวน	ร้อยละ (%)	จำนวน	ร้อยละ (%)	จำนวน	ร้อยละ (%)
	(คน)		(คน)		(คน)	
<b>แหล่งที่มาของรายได้ในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>						
ไม่มีรายได้	-	-	-	-	-	-
ธุรกิจส่วนตัว/รับจ้าง	4	10.8	6	15.8	10	13.3
บำเหน็จ/บำนาญ	3	8.1	1	2.6	4	5.3
เงินออม/ดอกเบี้ยย	4	10.8	1	2.6	5	6.7
เบี้ยยังชีพ	-	-	-	-	-	-
ลูกหลาน/ญาติพี่น้อง	3	8.1	8	21.1	11	14.7
อื่นๆ (โปรดระบุ)	23	62.2	22	57.9	45	60.0
- เงินบริจาค	23	100.0	22	100.0	45	100.0
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>						
เพียงพอและเหลือเก็บ	14	60.9	8	36.4	22	48.9
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	4	17.4	9	40.9	13	28.9
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	4	17.4	5	22.7	9	20.0
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	1	4.3	-	-	1	2.2
<b>ระยะเวลาที่พักอยู่ที่ศูนย์ฯ</b>						
พักที่ศูนย์ฯมาเป็นเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	11	47.8	12	54.5	23	51.1
พักที่ศูนย์ฯมาเป็นเวลา 6 – 10 ปี	7	30.4	6	27.3	13	28.9
พักที่ศูนย์ฯมาเป็นเวลาตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป	5	21.7	4	18.2	9	20.0
	Mean ± S.D.	6.2 ± 5.0	6.9 ± 4.0		6.5 ± 4.5	
	Min	1 ปี	2 ปี		1 ปี	
	Max	16 ปี	16 ปี		16 ปี	

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ที่ศูนย์ฯมาเป็นเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 51.1 รองลงมาคือ พักอาศัยอยู่ที่ศูนย์ฯมาเป็นเวลา 6-10 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 28.9 ซึ่งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะมีระยะเวลาที่อาศัยอยู่ที่ศูนย์ฯเฉลี่ยแล้ว 6.2 และ 6.9 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีรายได้ในปัจจุบันจากเงิน

บริจาค รองลงมาคือได้รับรายได้จากลูกหลาน/ญาติพี่น้อง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 14.7 แต่ในกลุ่มทดลองจะได้รับรายได้รองลงมาเป็นเงินออม/ดอกเบี้ยและธุรกิจส่วนตัว/รับจ้าง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 10.8 และส่วนใหญ่แล้วมีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 48.9 รองลงมามีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 28.9

ตารางที่ 8 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรคประจำตัว และการใช้สิ่งเสพติด จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N = 23)		กลุ่มควบคุม (N = 22)		รวม (N = 45)	
	จำนวน	ร้อยละ (%)	จำนวน	ร้อยละ (%)	จำนวน	ร้อยละ (%)
	(คน)		(คน)		(คน)	
<b>โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>						
ไม่มีโรคประจำตัว	-	-	3	13.6	3	6.7
มี (โปรดระบุ)	23	100	19	86.4	42	93.3
- โรคความดันโลหิตสูง	17	45.9	13	31.7	30	38.5
- โรคไขมันในเลือดสูง	5	13.5	11	26.8	16	20.5
- โรคเบาหวาน	2	5.4	10	24.4	12	15.4
- โรคหัวใจ	2	5.4	3	7.3	5	6.4
- โรคข้อเข่าเสื่อม	4	10.8	-	-	4	5.1
- โรคเก๊า	3	8.1	2	4.9	5	6.4
- โรคต่อกระจก	-	-	1	2.4	1	1.3
- โรคภูมิแพ้	2	5.4	-	-	2	2.6
- โรคกระเพาะอาหาร	2	5.4	-	-	2	2.6
- โรคกรดไหลย้อน	-	-	1	2.4	1	1.3
<b>การใช้สิ่งเสพติดก่อนเข้ามาพักที่ศูนย์ฯ</b>						
ไม่ใช้สารเสพติด	12	52.2	14	63.6	26	57.8
ใช้สารเสพติด (โปรดระบุ)	11	47.8	8	36.4	19	42.2
- บุหรี่	5	21.7	4	18.2	9	20.0
- สุรา	6	26.1	4	18.2	10	22.2

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 โดยอันดับหนึ่ง คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 38.5 อันดับสอง คือ โรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 20.5 และอันดับสาม คือ โรคเบาหวาน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 15.4 และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 57.8 เป็นผู้ที่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดก่อนที่จะเข้ามาพักอาศัยที่ศูนย์ฯ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจำนวน 19 คน หรือร้อยละ 42.2 เป็นผู้ที่มีประวัติการใช้สารเสพติดก่อนที่จะเข้ามาพักอาศัยที่ศูนย์ฯ โดยอันดับหนึ่ง คือ สุรา คิดเป็นร้อยละ 22.2 และอันดับสอง คือ บุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 20.0

**ตารางที่ 9** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสาเหตุที่เข้ามาพักที่ศูนย์ฯ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยก่อนเข้ามาพักที่ศูนย์ฯ และบุคคลที่มาเยี่ยมใน 6 เดือนที่ผ่านมา แสดงค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และความถี่ (Frequency) จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N = 23)		กลุ่มควบคุม (N = 22)		รวม (N = 45)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
	<b>สาเหตุที่เข้ามาพักที่ศูนย์ฯ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>					
ตัดสินใจเข้าพักด้วยตนเอง	13	34.2	16	48.5	29	40.8
ขาดการดูแลเอาใจใส่	-	-	1	3.0	1	1.4
ไม่ต้องการเป็นภาระให้	6	15.8	7	21.2	13	18.3
<b>ลูกหลาน</b>						
ขาดคนอุปการะดูแล	13	34.2	3	9.1	16	22.5
ถูกผลักดันให้เข้ามาอยู่ใน	5	13.2	6	18.2	11	15.5
<b>ศูนย์ฯ</b>						
มีปัญหาทางการเงิน	1	2.6	-	-	1	1.4
<b>บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยก่อนเข้ามาพักที่ศูนย์ฯ</b>						
คนเดียว	10	43.5	14	63.6	24	53.3
สามี / ภรรยา	-	-	-	-	-	-
ลูก / หลาน	6	26.1	5	22.7	11	24.4
พี่น้อง / ญาติ	3	13.0	3	13.6	6	13.3
อื่นๆ (โปรดระบุ)	4	17.4	-	-	4	8.9
- นายจ้าง	1	4.3	-	-	1	2.2
- คนรู้จัก	2	8.7	-	-	2	4.4
- มารดา	1	4.3	-	-	1	2.2
<b>บุคคลที่มาเยี่ยมใน 6 เดือนที่ผ่านมา</b>						
ไม่มีบุคคลใดมาเยี่ยม	10	43.5	8	36.4	18	40.0
สามี / ภรรยา	-	-	-	-	-	-
ลูก / หลาน	9	39.1	9	40.9	18	40.0
พี่น้อง / ญาติ	3	13.0	-	-	3	6.7
เพื่อน / คนรู้จัก	1	4.3	5	22.7	6	13.3

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ามาพักอาศัยที่ศูนย์ฯ โดยการตัดสินใจเข้าพักด้วยตนเอง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 40.8 รองลงมาคือ ขาดคนอุปการะดูแล จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 22.5 แต่ในกลุ่มควบคุมสาเหตุรองลงมาคือ ไม่ต้องการเป็นภาระให้ลูกหลาน จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 21.2 และก่อนที่จะเข้ามาพักที่ศูนย์ฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่

คนเดียวตามลำพัง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมาคือ อาศัยอยู่กับลูก/หลาน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 24.4 ซึ่งเมื่อเข้ามาพักอาศัยที่ศูนย์ฯแล้วในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลใดมาเยี่ยมและมีลูก/หลานมาเยี่ยม คิดเป็นร้อยละ 40.0 หรือจำนวน 18 คน รองลงมาคือ มีเพื่อน/คนรู้จักมาเยี่ยม จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3

**ตารางที่ 10** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเข้าร่วมกิจกรรมที่ศูนย์ฯใน 6 เดือนที่ผ่านมา แสดงค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และความถี่ (Frequency) จากผู้เข้าร่วมงานวิจัย ทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N = 23)		กลุ่มควบคุม (N = 22)		รวม (N = 45)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
	การเข้าร่วมกิจกรรมที่ศูนย์ฯใน 6 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					
ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม	-	-	-	-	-	-
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>	<b>23</b>	<b>34.3</b>	<b>22</b>	<b>34.9</b>	<b>45</b>	<b>33.8</b>
- 3 ครั้ง/สัปดาห์	23	100.0	22	100.0	45	100.0
<b>ด้านอาชีวบำบัด</b>	<b>3</b>	<b>4.5</b>	<b>7</b>	<b>11.1</b>	<b>9</b>	<b>7.7</b>
- 1 ครั้ง/สัปดาห์	3	13.0	-	-	2	4.4
- 2 ครั้ง/สัปดาห์	-	-	2	9.1	2	4.4
- 3 ครั้ง/สัปดาห์	-	-	1	4.5	1	2.2
- 5 ครั้ง/สัปดาห์	-	-	4	18.2	4	8.9
<b>ด้านนันทนาการ</b>	<b>19</b>	<b>28.4</b>	<b>15</b>	<b>23.8</b>	<b>34</b>	<b>26.2</b>
- 1 ครั้ง/สัปดาห์	3	13.0	8	36.4	11	24.4
- 2 ครั้ง/สัปดาห์	14	60.9	7	31.8	21	46.7
- 3 ครั้ง/สัปดาห์	2	8.7	-	-	2	4.4
<b>ด้านศาสนา</b>	<b>23</b>	<b>34.3</b>	<b>19</b>	<b>30.2</b>	<b>42</b>	<b>32.3</b>
- 1 ครั้ง/สัปดาห์	11	47.8	9	40.9	20	44.4
- 2 ครั้ง/สัปดาห์	9	39.1	5	22.7	14	31.1
- 3 ครั้ง/สัปดาห์	-	-	1	4.5	1	2.2
- 7 ครั้ง/สัปดาห์	3	13.0	4	18.2	7	15.6

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมของทางศูนย์ฯ อันดับหนึ่ง คือ ด้านการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 33.8 โดยทุกคนจะออกกำลังกาย 3 ครั้ง/สัปดาห์ อันดับสอง คือ ด้านศาสนา คิดเป็นร้อยละ 32.3 โดยส่วนใหญ่แล้วจะเข้าร่วมกิจกรรมด้านศาสนา 1 ครั้ง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 44.4 อันดับที่สาม คือ ด้านนันทนาการ คิดเป็นร้อยละ 26.2 โดยส่วนใหญ่จะเข้าร่วมกิจกรรมด้านนันทนาการ 2 ครั้ง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 46.7 และอันดับที่สี่ คือ ด้านอาชีวบำบัด คิดเป็นร้อยละ 7.7 ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะเข้าร่วมกิจกรรมด้านอาชีวบำบัด 5 ครั้ง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 8.9

**ตารางที่ 11** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพึงพอใจโดยรวมต่อศูนย์ฯ ความสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่น และความสัมพันธ์กับผู้ดูแล แสดงค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และความถี่ (Frequency) จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N = 23)		กลุ่มควบคุม (N = 22)		รวม (N = 45)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
	<b>ความพึงพอใจโดยรวมต่อศูนย์ฯ</b>					
น้อยมาก	-	-	-	-	-	-
น้อย	2	8.7	-	-	2	4.4
ปานกลาง	5	21.7	6	27.3	11	24.4
มาก	12	52.2	13	59.1	25	55.6
มากที่สุด	4	17.4	3	13.6	7	15.6
<b>ความสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่น</b>						
เข้ากันได้ดี	11	47.8	12	54.5	23	51.1
ทะเลาะกันบ้างนานๆครั้ง	7	30.4	5	22.7	12	26.7
ทะเลาะกันเป็นประจำ แต่ไม่รุนแรง	5	21.7	3	13.6	8	17.8
ทะเลาะกันรุนแรงเป็นประจำ	-	-	-	-	-	-
ไม่ค่อยได้พูดคุยกันมากนัก	-	-	2	9.1	2	4.4
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล</b>						
เข้ากันได้ดี	20	87.0	20	90.9	40	88.9
ทะเลาะกันบ้างนานๆครั้ง	3	13.0	2	9.1	5	11.1
ทะเลาะกันเป็นประจำ แต่ไม่รุนแรง	-	-	-	-	-	-
ทะเลาะกันรุนแรงเป็นประจำ	-	-	-	-	-	-
ไม่ค่อยได้พูดคุยกันมากนัก	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ากันได้ดีกับสมาชิกคนอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 51.1 หรือจำนวน 23 คน รองลงมา คือ ทะเลาะกันบ้างนานๆครั้ง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 ส่วนความสัมพันธ์กับผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก็เข้ากันได้ดีกับผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 88.9 หรือจำนวน 40 คน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพอใจต่อศูนย์ฯ ในภาพรวมในระดับมาก จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 55.6 รองลงมาคือ มีความพอใจในระดับปานกลาง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 24.4

**ส่วนที่ 2** ความชุกและความแตกต่างของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และค่าสัญญาณชีพ

**ส่วนที่ 2.1** วิเคราะห์โดยใช้หลัก Intention to treat (ITT) ซึ่งจะนำคะแนนของผู้ที่ถูกถอนออก จากงานวิจัยมาวิเคราะห์ด้วย โดยใช้ผลคะแนนการวัดครั้งล่าสุด (last observation carried forward : LOCF) แทนผลคะแนนหลังการบำบัด

**ตารางที่ 12** ความชุกของภาวะซึมเศร้า จากการใช้แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการ บำบัด จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่ม ควบคุมจำนวน 22 คน

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (N = 23)				กลุ่มควบคุม (N = 22)			
	ก่อนการบำบัด		หลังการบำบัด		ก่อนการบำบัด		หลังการบำบัด	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
<b>ภาวะซึมเศร้า (TGDS)</b>								
ปกติ (0-12 คะแนน)	-	-	12	52.2	-	-	-	-
เล็กน้อย (13-18 คะแนน)	4	17.4	6	26.1	6	27.3	6	27.3
ปานกลาง (19-24 คะแนน)	12	52.2	3	13.0	9	40.9	9	40.9
รุนแรง (25-30 คะแนน)	7	30.4	2	8.7	7	31.8	7	31.8
Mean $\pm$ S.D.	22.1 $\pm$ 3.3		14.5 $\pm$ 5.6		21.2 $\pm$ 4.7		20.8 $\pm$ 4.4	
Min	17		7		14		14	
Max	27		27		28		27	

จากตารางที่ 12 พบว่า ก่อนการบำบัดในกลุ่มทดลองจะพบผู้ที่มีความเศร้าปานกลางเป็นอันดับหนึ่ง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 52.2 อันดับสองคือ ผู้ที่มีความเศร้ามารุนแรง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 30.4 และอันดับสามคือ ผู้ที่มีความเศร้าเล็กน้อย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 17.4 ซึ่งก่อนการบำบัดในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความเศร้าเฉลี่ยที่ 22.1 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.3 ในกลุ่มควบคุมก่อนการบำบัดจะพบผู้ที่มีความเศร้าปานกลางเป็นอันดับหนึ่ง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 40.9 อันดับสองคือ ผู้ที่มีความเศร้ามารุนแรง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 31.8 และอันดับสามคือ ผู้ที่มีความเศร้าเล็กน้อย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 27.3 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเศร้าและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 21.2 และ 4.7 ตามลำดับ หลังการบำบัดในกลุ่มทดลองจะพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงดังนี้ อันดับหนึ่งคือ ผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 52.2 อันดับสองคือ ผู้ที่มีความเศร้าเล็กน้อย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 26.1 และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเศร้ามารลดจากก่อนการบำบัดเป็น 14.5 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเพิ่มขึ้นเป็น 5.6 ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างและร้อยละในเกณฑ์การแบ่งคะแนนแต่ละเกณฑ์มีค่าเท่ากับ



ก่อนการบำบัด แต่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเศร้าและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเป็น 20.8 และ 4.4 ตามลำดับ

**ตารางที่ 13** ความชุกของภาวะวิตกกังวล จากการใช้แบบประเมินภาวะวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการบำบัด จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (N = 23)				กลุ่มควบคุม (N = 22)			
	ก่อนการบำบัด		หลังการบำบัด		ก่อนการบำบัด		หลังการบำบัด	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
<b>ภาวะวิตกกังวล (STAI)</b>								
ไม่มีวิตกกังวลระดับ เล็กน้อย (20-40 คะแนน)	-	-	13	56.5	-	-	-	-
มีความวิตกกังวลบ้าง (41-60 คะแนน)	17	73.9	9	39.1	15	68.2	15	68.2
มีความวิตกกังวลค่อนข้างมาก (61-70 คะแนน)	6	26.1	1	4.3	7	31.8	7	31.8
มีความวิตกกังวลมากที่สุด (71-80 คะแนน)	-	-	-	-	-	-	-	-
Mean ± S.D.	55.8 ± 6.8		43.7 ± 8.6		53.9 ± 9.2		53.2 ± 9.2	
Min	47		35		41		41	
Max	68		68		66		65	

จากตารางที่ 13 พบว่า ก่อนการบำบัดในกลุ่มทดลองจะพบผู้ที่มีความวิตกกังวลบ้างเป็นอันดับหนึ่ง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 73.9 อันดับสองคือ ผู้ที่มีความวิตกกังวลค่อนข้างมาก จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 26.1 ซึ่งก่อนการบำบัดในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 55.8 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.8 ในกลุ่มควบคุมก่อนการบำบัดจะพบผู้ที่มีความวิตกกังวลบ้างเป็นอันดับหนึ่ง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 68.2 และผู้ที่มีความวิตกกังวลค่อนข้างมากเป็นอันดับสอง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 31.8 มีค่าคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 53.9 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.2 หลังการบำบัดในกลุ่มทดลองจะพบว่าการเปลี่ยนแปลงดังนี้ อันดับหนึ่งคือ ผู้ที่ไม่มีวิตกกังวลระดับเล็กน้อย จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 56.5 และอันดับสองคือ ผู้ที่มีความวิตกกังวลบ้าง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 39.1 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลลดลงเป็น 53.2 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเพิ่มขึ้นจากก่อนการบำบัดเป็น 8.6 ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างและร้อยละในเกณฑ์การแบ่งคะแนนแต่ละเกณฑ์มีค่าเท่ากับก่อนการบำบัด แต่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงเป็น 52.47 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่าเดิม

**ตารางที่ 14** ความชุกของภาวะซีมีเศร่า จากการใช้มาตราวัดภาวะซีมีเศร่า (visual analogue scales : VAS) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (N = 23)				กลุ่มควบคุม (N = 22)			
	ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1		หลังการบำบัดครั้งที่ 4		ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1		หลังการบำบัดครั้งที่ 4	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับภาวะซีมีเศร่า (visual analogue scales : VAS)								
ภาวะซีมีเศร่าระดับ 0	-	-	5	21.7	-	-	-	-
ภาวะซีมีเศร่าระดับ 1	-	-	3	13.0	-	-	-	-
ภาวะซีมีเศร่าระดับ 2	-	-	4	17.4	-	-	-	-
ภาวะซีมีเศร่าระดับ 3	-	-	5	21.7	-	-	-	-
ภาวะซีมีเศร่าระดับ 4	-	-	-	-	-	-	-	-
ภาวะซีมีเศร่าระดับ 5	2	8.7	1	4.3	7	31.8	3	13.6
ภาวะซีมีเศร่าระดับ 6	11	47.8	3	13.0	4	18.2	6	27.3
ภาวะซีมีเศร่าระดับ 7	5	21.7	1	4.3	4	18.2	6	27.3
ภาวะซีมีเศร่าระดับ 8	2	8.7	-	-	5	22.7	5	22.7
ภาวะซีมีเศร่าระดับ 9	3	13.0	1	4.3	2	9.1	2	9.1
ภาวะซีมีเศร่าระดับ 10	-	-	-	-	-	-	-	-
Mean $\pm$ SD	6.7 $\pm$ 1.2		2.8 $\pm$ 2.6		6.6 $\pm$ 1.4		6.9 $\pm$ 1.2	
Min	5		0		5		5	
Max	9		9		9		9	

จากตารางที่ 14 พบว่า ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 ในกลุ่มทดลองมีระดับภาวะซีมีเศร่าที่ลดลง ดังนี้ ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีผู้ที่มีภาวะซีมีเศร่าระดับ 6 มากที่สุดจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 47.8 โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซีมีเศร่าเท่ากับ 6.7 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.2 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีผู้ที่มีภาวะซีมีเศร่าระดับ 0 และ 3 มากที่สุดจำนวน 5 คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 21.7 โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซีมีเศร่าลดลงเป็น 2.8 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานมากขึ้นเป็น 2.6 ในกลุ่มควบคุมก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีระดับภาวะซีมีเศร่าที่ใกล้เคียงกัน ดังนี้ ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีผู้ที่มีภาวะซีมีเศร่าระดับ 5 มากที่สุดจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 31.8 โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซีมีเศร่าเท่ากับ 6.6 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.4 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีผู้ที่มีภาวะซีมีเศร่าระดับ 6 และ 7 มากที่สุดจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 27.3 โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซีมีเศร่าเพิ่มขึ้นเป็น 6.9 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเป็น 1.2

**ตารางที่ 15** ความชุกของภาวะวิตกกังวล จากการใช้มาตราวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (N = 23)				กลุ่มควบคุม (N = 22)			
	ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1		หลังการบำบัดครั้งที่ 4		ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1		หลังการบำบัดครั้งที่ 4	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)	(%)	(คน)	(%)	(คน)	(%)	(คน)	(%)
ระดับภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS)								
ภาวะวิตกกังวลระดับ 0	-	-	-	-	-	-	-	-
ภาวะวิตกกังวลระดับ 1	-	-	5	21.7	-	-	-	-
ภาวะวิตกกังวลระดับ 2	-	-	4	17.4	-	-	-	-
ภาวะวิตกกังวลระดับ 3	-	-	7	30.4	-	-	-	-
ภาวะวิตกกังวลระดับ 4	-	-	1	4.3	-	-	-	-
ภาวะวิตกกังวลระดับ 5	-	-	-	-	6	27.3	3	13.6
ภาวะวิตกกังวลระดับ 6	11	47.8	3	13.0	5	22.7	6	27.3
ภาวะวิตกกังวลระดับ 7	5	21.7	2	8.7	7	31.8	8	36.4
ภาวะวิตกกังวลระดับ 8	6	26.1	1	4.3	1	4.5	3	13.6
ภาวะวิตกกังวลระดับ 9	1	4.3	-	-	3	13.6	2	9.1
ภาวะวิตกกังวลระดับ 10	-	-	-	-	-	-	-	-
Mean $\pm$ S.D.	6.9 $\pm$ 1.0		3.4 $\pm$ 2.2		6.6 $\pm$ 1.3		6.8 $\pm$ 1.2	
Min	6		1		5		5	
Max	9		8		9		9	

จากตารางที่ 15 พบว่า ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 ในกลุ่มทดลองมีระดับภาวะวิตกกังวลที่ลดลง ดังนี้ ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 6 มากที่สุดจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 47.8 โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 6.9 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.0 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 3 มากที่สุดจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 30.4 โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะวิตกกังวลลดลงเป็น 3.4 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเพิ่มขึ้นเป็น 2.2 ในกลุ่มควบคุมก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีระดับภาวะวิตกกังวลที่ใกล้เคียงกัน ดังนี้ ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 7 มากที่สุดจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 31.8 โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 6.6 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.3 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 7 มากที่สุดจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 36.4 โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเป็น 6.8 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเป็น 1.2

**ตารางที่ 16** ความชุกของสัญญาณชีพ (Vital sign) กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (N = 23)				กลุ่มควบคุม (N = 22)			
	ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1		หลังการบำบัดครั้งที่ 4		ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1		หลังการบำบัดครั้งที่ 4	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
<b>สัญญาณชีพ (Vital sign)</b>								
ความดันโลหิต (Blood pressure)								
Systolic Blood Pressure	133.0	10.2	116.6	12.5	135.1	5.9	138.4	3.1
Diastolic Blood Pressure	77.9	10.8	71.4	10.7	79.0	8.1	86.0	8.2
ชีพจร (Pulse rate)	78.1	10.1	69.9	10.7	80.3	9.8	86.1	10.6
อัตราการหายใจ (Respiratory rate)	19.4	1.3	16.8	1.6	19.1	1.2	18.6	1.3
อุณหภูมิร่างกาย (Temperature)	36.6	0.1	36.5	0.1	36.6	0.1	36.6	0.1

จากตารางที่ 16 พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าสัญญาณชีพที่ลดลง ดังนี้ ความดันโลหิต Systolic Blood Pressure ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 133.0 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.2 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 116.6 และ 12.5 ตามลำดับ Diastolic Blood Pressure ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 77.9 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.8 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 71.4 และ 10.7 ตามลำดับ ชีพจร ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 78.1 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.1 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 69.9 และ 10.7 ตามลำดับ อัตราการหายใจ ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.4 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.3 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 16.8 และ 1.6 ตามลำดับ และอุณหภูมิร่างกาย ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.6 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.1 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 36.5 และ 0.1 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีค่าสัญญาณชีพที่เพิ่มขึ้นดังนี้ ความดันโลหิต Systolic Blood Pressure ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 135.1 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.9 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 138.4 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเป็น 3.1 Diastolic Blood Pressure ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 79.0 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.1 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเพิ่มขึ้นเป็น 86.0 และ 8.2 ตามลำดับ ชีพจร ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 80.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.8 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเพิ่มขึ้นเป็น 86.1 และ 10.6 ตามลำดับ และมีค่าสัญญาณชีพที่ลดลงในกลุ่มควบคุม ดังนี้

อัตราการหายใจ ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.1 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.2 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 18.6 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเพิ่มขึ้นเป็น 1.3 และ อุณหภูมิร่างกาย ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากัน คือ 36.6 และ 0.1 ตามลำดับ

**ส่วนที่ 2.2** วิเคราะห์โดยใช้หลัก Per protocol analysis (PP) ซึ่งจะไม่นำคะแนนของผู้ที่ถูกถอนออกจากงานวิจัยมาวิเคราะห์ด้วย ทำให้มีกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์จำนวน 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน ซึ่งเป็นผู้ที่เข้าร่วมงานวิจัยครบทั้ง 4 ครั้ง

**ตารางที่ 17** ความชุกของภาวะซึมเศร้า จากการใช้แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการบำบัด จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 34 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (N = 17)				กลุ่มควบคุม (N = 17)			
	ก่อนการบำบัด		หลังการบำบัด		ก่อนการบำบัด		หลังการบำบัด	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
<b>ภาวะซึมเศร้า (TGDS)</b>								
ปกติ (0-12 คะแนน)	-	-	12	70.6	-	-	-	-
มีความเศร้าเล็กน้อย (13-18 คะแนน)	3	17.6	5	29.4	4	23.5	4	23.5
มีความเศร้าปานกลาง (19-24 คะแนน)	9	52.9	-	-	9	52.9	9	52.9
มีความเศร้ารุนแรง (25-30 คะแนน)	5	29.4	-	-	4	23.5	4	23.5
Mean $\pm$ S.D.	22.2 $\pm$ 3.3		11.9 $\pm$ 3.4		21.1 $\pm$ 4.4		20.6 $\pm$ 3.9	
Min	17		7		14		14	
Max	27		18		28		26	

จากตารางที่ 17 จากการใช้แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) ในกลุ่มตัวอย่างพบว่า ก่อนการบำบัดในกลุ่มทดลองจะพบผู้ที่มีความเศร้าปานกลางเป็นอันดับหนึ่ง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 อันดับสองคือ ผู้ที่มีความเศร้ารุนแรง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 29.4 และอันดับสามคือ ผู้ที่มีความเศร้าเล็กน้อย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 17.6 ซึ่งก่อนการบำบัดในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความเศร้าเฉลี่ยที่ 22.2 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.3 ในกลุ่มควบคุมก่อนการบำบัดจะพบผู้ที่มีความเศร้าปานกลางเป็นอันดับหนึ่ง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 อันดับสองคือ ผู้ที่มีความเศร้าเล็กน้อยและผู้ที่มีความเศร้ารุนแรง จำนวน 4 คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 23.5 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเศร้าและค่า

เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 21.1 และ 4.4 ตามลำดับ เมื่อทำการบำบัดครบ 4 ครั้ง วันเว้นวัน ในกลุ่มทดลองจะพบว่าการเปลี่ยนแปลงดังนี้ อันดับหนึ่งคือ ผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 70.6 อันดับสองคือ ผู้มีความเครียดเล็กน้อย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 29.4 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดลดลงจากก่อนการบำบัดเป็น 11.9 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเพิ่มขึ้นเป็น 3.4 ส่วนในกลุ่มควบคุมจากการบำบัดครบ 4 ครั้งพบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างและร้อยละในเกณฑ์การแบ่งคะแนนแต่ละเกณฑ์มีค่าเท่ากับก่อนการบำบัด แต่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเป็น 20.6 และ 3.9 ตามลำดับ

**ตารางที่ 18** ความชุกของภาวะวิตกกังวล จากการใช้แบบประเมินภาวะวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการบำบัด จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 34 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (N = 17)				กลุ่มควบคุม (N = 17)			
	ก่อนการบำบัด		หลังการบำบัด		ก่อนการบำบัด		หลังการบำบัด	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
<b>ภาวะวิตกกังวล (STAI)</b>								
ไม่มีวิตกกังวลระดับ เล็กน้อย (20-40 คะแนน)	-	-	13	76.5	-	-	-	-
มีความวิตกกังวลบ้าง (41-60 คะแนน)	12	70.6	4	23.5	12	70.6	12	70.6
มีความวิตกกังวลค่อนข้างมาก (61-70 คะแนน)	5	29.4	-	-	5	29.4	5	29.4
มีความวิตกกังวลมากที่สุด (71-80 คะแนน)	-	-	-	-	-	-	-	-
Mean $\pm$ S.D.	56.0 $\pm$ 6.7		39.7 $\pm$ 3.8		53.4 $\pm$ 9.2		52.5 $\pm$ 9.2	
Min	47		35		41		41	
Max	68		49		66		65	

จากตารางที่ 18 จากการใช้แบบประเมินภาวะวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI) ในกลุ่มตัวอย่างพบว่า ก่อนการบำบัดในกลุ่มทดลองจะพบผู้ที่มีความวิตกกังวลบ้างเป็นอันดับหนึ่ง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 70.6 อันดับสองคือ ผู้มีความวิตกกังวลค่อนข้างมาก จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 29.4 ซึ่งก่อนการบำบัดในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 56.0 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.7 ในกลุ่มควบคุมก่อนการบำบัดจะพบผู้ที่มีความวิตกกังวลบ้างเป็นอันดับหนึ่ง จำนวน 12 คน และผู้ที่มีความวิตกกังวลค่อนข้างมากเป็นอันดับสองจำนวน 5 คน เท่ากับในกลุ่มทดลอง ซึ่งในกลุ่มควบคุมจะมีค่าคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 53.4 และ

ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.2 เมื่อทำการบำบัดครบ 4 ครั้ง วันเว้นวัน ในกลุ่มทดลองจะพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงดังนี้ อันดับหนึ่งคือ ผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 76.5 และอันดับสองคือ ผู้ที่มีความวิตกกังวลบ้าง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 23.5 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงจากก่อนการบำบัดเป็น 39.7 และ 3.8 ส่วนในกลุ่มควบคุมจากการบำบัดครบ 4 ครั้งพบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างและร้อยละในเกณฑ์การแบ่งคะแนนแต่ละเกณฑ์มีค่าเท่ากับก่อนการบำบัด แต่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงเป็น 52.5 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเพิ่มขึ้นเป็น 9.2

**ตารางที่ 19** ความชุกของภาวะซึมเศร้า จากการใช้มาตรวัดภาวะซึมเศร้า (visual analogue scales : VAS) ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการบำบัด ทั้งหมด 4 ครั้ง (N = 17) จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 34 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน

ปัจจัยที่ศึกษา	การบำบัดครั้งที่ 1		การบำบัดครั้งที่ 2		การบำบัดครั้งที่ 3		การบำบัดครั้งที่ 4	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)
ระดับภาวะซึมเศร้า (visual analogue scales : VAS)								
ภาวะซึมเศร้าระดับ 0	-	-	-	-	-	-	1	5
ภาวะซึมเศร้าระดับ 1	-	-	-	-	-	1	-	3
ภาวะซึมเศร้าระดับ 2	-	-	-	-	-	3	3	4
ภาวะซึมเศร้าระดับ 3	-	-	-	4	5	7	8	5
ภาวะซึมเศร้าระดับ 4	-	1	1	8	7	6	5	-
ภาวะซึมเศร้าระดับ 5	1	10	10	3	5	-	-	-
ภาวะซึมเศร้าระดับ 6	8	3	3	2	-	-	-	-
ภาวะซึมเศร้าระดับ 7	4	3	3	-	-	-	-	-
ภาวะซึมเศร้าระดับ 8	2	-	-	-	-	-	-	-
ภาวะซึมเศร้าระดับ 9	2	-	-	-	-	-	-	-
ภาวะซึมเศร้าระดับ 10	-	-	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 19 จากการใช้มาตรวัดภาวะซึมเศร้า (visual analogue scales : VAS) จะพบว่า ภาวะซึมเศร้าในแต่ละระดับที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ทั้งก่อนและหลังการบำบัดในแต่ละครั้งของกลุ่มทดลองมีระดับที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับ 6 มากที่สุด จำนวน 8 คน หลังการบำบัดมีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับ 5 มากที่สุด จำนวน 10 คน ก่อนการบำบัดครั้งที่ 2 มีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับ 5 มากที่สุด จำนวน 10 คน เท่ากับหลังการบำบัดครั้งที่ 1 แต่หลังการบำบัดครั้งที่ 2 มีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับ 4 มากที่สุด จำนวน 8 คน ก่อนการบำบัดครั้งที่ 3 มีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับ 4 มากที่สุด จำนวน 7 คน หลังการบำบัดมีผู้ที่มีภาวะ

ซีมเศร้าระดับ 3 มากที่สุด จำนวน 7 คน ก่อนการบำบัดครั้งที่ 4 มีผู้ที่มีภาวะซีมเศร้าระดับ 3 มากที่สุด จำนวน 8 คน และหลังการบำบัดมีผู้ที่มีภาวะซีมเศร้าระดับ 0 และ 3 มากที่สุด จำนวน 5 คน

**ตารางที่ 20** ความชุกของภาวะซีมเศร้่า จากการใช้มาตรวัดภาวะซีมเศร้่า (visual analogue scales : VAS) ในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการบำบัด ทั้งหมด 4 ครั้ง (N = 17) จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 34 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน

ปัจจัยที่ศึกษา	การบำบัดครั้งที่ 1		การบำบัดครั้งที่ 2		การบำบัดครั้งที่ 3		การบำบัดครั้งที่ 4	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)
ระดับภาวะซีมเศร้่า (visual analogue scales : VAS)								
ภาวะซีมเศร้่าระดับ 0	-	-	-	-	-	-	-	-
ภาวะซีมเศร้่าระดับ 1	-	-	-	-	-	-	-	-
ภาวะซีมเศร้่าระดับ 2	-	-	-	-	-	-	-	-
ภาวะซีมเศร้่าระดับ 3	-	-	-	-	-	-	-	-
ภาวะซีมเศร้่าระดับ 4	-	3	-	-	-	-	-	-
ภาวะซีมเศร้่าระดับ 5	6	5	-	3	1	3	2	2
ภาวะซีมเศร้่าระดับ 6	3	3	5	7	5	5	3	5
ภาวะซีมเศร้่าระดับ 7	4	4	7	4	7	5	6	6
ภาวะซีมเศร้่าระดับ 8	3	2	4	2	3	4	5	3
ภาวะซีมเศร้่าระดับ 9	1	-	1	1	1	-	1	1
ภาวะซีมเศร้่าระดับ 10	-	-	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 20 จากการใช้มาตรวัดภาวะซีมเศร้่า (visual analogue scales : VAS) จะพบว่า ภาวะซีมเศร้่าในแต่ละระดับที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ทั้งก่อนและหลังการบำบัดในแต่ละครั้งของกลุ่มควบคุมมีระดับที่ใกล้เคียงกัน ดังนี้ ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีผู้ที่มีภาวะซีมเศร้่าระดับ 5 มากที่สุด จำนวน 6 คน หลังการบำบัดมีผู้ที่มีภาวะซีมเศร้่าระดับ 5 มากที่สุด จำนวน 5 คน ก่อนการบำบัดครั้งที่ 2 มีผู้ที่มีภาวะซีมเศร้่าระดับ 7 มากที่สุด จำนวน 7 คน หลังการบำบัดมีผู้ที่มีภาวะซีมเศร้่าระดับ 6 มากที่สุด จำนวน 7 คน ก่อนการบำบัดครั้งที่ 3 มีผู้ที่มีภาวะซีมเศร้่าระดับ 7 มากที่สุด จำนวน 7 คน หลังการบำบัดมีผู้ที่มีภาวะซีมเศร้่าระดับ 6 และ 7 มากที่สุด จำนวน 5 คน ก่อนและหลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีผู้ที่มีภาวะซีมเศร้่าระดับ 7 มากที่สุด จำนวน 6 คน



**ตารางที่ 21** สรุปความชุกของภาวะซีมีเศร้าว จากการใช้มาตรวัดภาวะซีมีเศร้าว (visual analogue scales : VAS) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 34 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (N = 17)				กลุ่มควบคุม (N = 17)			
	ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1		หลังการบำบัดครั้งที่ 4		ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1		หลังการบำบัดครั้งที่ 4	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
<b>ระดับภาวะซีมีเศร้าว (visual analogue scales : VAS)</b>								
ภาวะซีมีเศร้าวระดับ 0	-	-	5	29.4	-	-	-	-
ภาวะซีมีเศร้าวระดับ 1	-	-	3	17.6	-	-	-	-
ภาวะซีมีเศร้าวระดับ 2	-	-	4	23.5	-	-	-	-
ภาวะซีมีเศร้าวระดับ 3	-	-	5	29.4	-	-	-	-
ภาวะซีมีเศร้าวระดับ 4	-	-	-	-	-	-	-	-
ภาวะซีมีเศร้าวระดับ 5	1	5.9	-	-	6	35.3	2	11.8
ภาวะซีมีเศร้าวระดับ 6	8	47.1	-	-	3	17.6	5	29.4
ภาวะซีมีเศร้าวระดับ 7	4	23.5	-	-	4	23.5	6	35.3
ภาวะซีมีเศร้าวระดับ 8	2	11.8	-	-	3	17.6	3	17.6
ภาวะซีมีเศร้าวระดับ 9	2	11.8	-	-	1	5.9	1	5.9
ภาวะซีมีเศร้าวระดับ 10	-	-	-	-	-	-	-	-
Mean $\pm$ SD	6.8 $\pm$ 1.2		1.5 $\pm$ 1.2		6.4 $\pm$ 1.3		6.8 $\pm$ 1.1	
Min	5		0		5		5	
Max	9		3		9		9	

จากตารางที่ 21 จากการใช้มาตรวัดภาวะซีมีเศร้าว (visual analogue scales : VAS) จะพบว่า ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 ในกลุ่มทดลองมีระดับภาวะซีมีเศร้าวที่ลดลง ดังนี้ ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีผู้ที่มีภาวะซีมีเศร้าวระดับ 6 มากที่สุด จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 47.1 โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซีมีเศร้าวเท่ากับ 6.8 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.2 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีผู้ที่มีภาวะซีมีเศร้าวระดับ 0 และ 3 มากที่สุด จำนวน 5 คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 29.4 โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซีมีเศร้าวลดลงเป็น 1.5 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานมากขึ้นเป็น 1.2 ในกลุ่มควบคุมก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีระดับภาวะซีมีเศร้าวที่ใกล้เคียงกัน ดังนี้ ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีผู้ที่มีภาวะซีมีเศร้าวระดับ 5 มากที่สุด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 35.3 โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซีมีเศร้าวเท่ากับ 6.4 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.3 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีผู้ที่มีภาวะซีมีเศร้าวระดับ 7 มากที่สุด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 35.3 โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซีมีเศร้าวเพิ่มขึ้นเป็น 6.8 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเป็น 1.1

**ตารางที่ 22** ความชุกของภาวะวิตกกังวล จากการใช้มาตรวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS) ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการบำบัด ทั้งหมด 4 ครั้ง (N = 17) จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 34 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน

ปัจจัยที่ศึกษา	การบำบัดครั้งที่ 1		การบำบัดครั้งที่ 2		การบำบัดครั้งที่ 3		การบำบัดครั้งที่ 4	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)
ระดับภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS)								
ภาวะวิตกกังวลระดับ 0	-	-	-	-	-	-	-	-
ภาวะวิตกกังวลระดับ 1	-	-	-	-	-	-	-	5
ภาวะวิตกกังวลระดับ 2	-	-	-	-	-	-	-	4
ภาวะวิตกกังวลระดับ 3	-	-	-	-	-	7	8	7
ภาวะวิตกกังวลระดับ 4	-	-	-	3	3	7	6	1
ภาวะวิตกกังวลระดับ 5	-	4	6	12	12	3	3	-
ภาวะวิตกกังวลระดับ 6	8	7	6	2	2	-	-	-
ภาวะวิตกกังวลระดับ 7	3	5	4	-	-	-	-	-
ภาวะวิตกกังวลระดับ 8	5	1	1	-	-	-	-	-
ภาวะวิตกกังวลระดับ 9	1	-	-	-	-	-	-	-
ภาวะวิตกกังวลระดับ 10	-	-	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 22 จากการใช้มาตรวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS) จะพบว่า ภาวะวิตกกังวลในแต่ละระดับที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ทั้งก่อนและหลังการบำบัดในแต่ละครั้งของกลุ่มทดลองมีระดับที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 6 มากที่สุด จำนวน 8 คน หลังการบำบัดมีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 6 มากที่สุด จำนวน 7 คน ก่อนการบำบัดครั้งที่ 2 มีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 5 และ 6 มากที่สุด จำนวน 6 คนเท่ากัน หลังการบำบัดมีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 5 มากที่สุด จำนวน 12 คน ก่อนการบำบัดครั้งที่ 3 มีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 5 มากที่สุด จำนวน 12 คน หลังการบำบัดมีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 3 และ 4 มากที่สุด จำนวน 7 คนเท่ากัน ก่อนการบำบัดครั้งที่ 4 มีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 3 มากที่สุด จำนวน 8 คน และหลังการบำบัดมีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 3 มากที่สุด จำนวน 7 คน

**ตารางที่ 23** ความชุกของภาวะวิตกกังวล จากการใช้มาตรวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS) ในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการบำบัด ทั้งหมด 4 ครั้ง (N = 17) จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 34 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน

ปัจจัยที่ศึกษา	การบำบัดครั้งที่ 1		การบำบัดครั้งที่ 2		การบำบัดครั้งที่ 3		การบำบัดครั้งที่ 4	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)
ระดับภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS)								
ภาวะวิตกกังวลระดับ 0	-	-	-	-	-	-	-	-
ภาวะวิตกกังวลระดับ 1	-	-	-	-	-	-	-	-
ภาวะวิตกกังวลระดับ 2	-	-	-	-	-	-	-	-
ภาวะวิตกกังวลระดับ 3	-	-	-	-	-	-	-	-
ภาวะวิตกกังวลระดับ 4	-	1	-	-	-	-	-	-
ภาวะวิตกกังวลระดับ 5	4	6	1	4	1	4	1	1
ภาวะวิตกกังวลระดับ 6	5	4	6	7	7	7	2	6
ภาวะวิตกกังวลระดับ 7	5	4	7	4	5	3	8	6
ภาวะวิตกกังวลระดับ 8	1	1	2	1	3	3	5	3
ภาวะวิตกกังวลระดับ 9	2	1	1	1	1	-	1	1
ภาวะวิตกกังวลระดับ 10	-	-	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 23 จากการใช้มาตรวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS) จะพบว่า ภาวะวิตกกังวลในแต่ละระดับที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ทั้งก่อนและหลังการบำบัดในแต่ละครั้งของกลุ่มควบคุมมีระดับที่ใกล้เคียงกัน ดังนี้ ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 6 และ 7 มากที่สุด จำนวน 5 คนเท่ากัน หลังการบำบัดมีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 5 มากที่สุด จำนวน 6 คน ก่อนการบำบัดครั้งที่ 2 มีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 7 มากที่สุด จำนวน 7 คน หลังการบำบัดครั้งที่ 2 ก่อนและหลังการบำบัดครั้งที่ 3 มีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 6 มากที่สุด จำนวน 7 คนเท่ากัน ก่อนการบำบัดครั้งที่ 4 มีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 7 มากที่สุด จำนวน 8 คน และหลังการบำบัดมีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 6 และ 7 มากที่สุด จำนวน 6 คน

**ตารางที่ 24** สรุปความชุกของภาวะวิตกกังวล จากการใช้มาตรวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 34 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (N = 17)				กลุ่มควบคุม (N = 17)			
	ก่อนการบำบัด		หลังการบำบัด		ก่อนการบำบัด		หลังการบำบัด	
	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 4		ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 4	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS)								
ภาวะวิตกกังวลระดับ 0	-	-	-	-	-	-	-	-
ภาวะวิตกกังวลระดับ 1	-	-	5	29.4	-	-	-	-
ภาวะวิตกกังวลระดับ 2	-	-	4	23.5	-	-	-	-
ภาวะวิตกกังวลระดับ 3	-	-	7	41.2	-	-	-	-
ภาวะวิตกกังวลระดับ 4	-	-	1	5.9	-	-	-	-
ภาวะวิตกกังวลระดับ 5	-	-	-	-	4	23.5	1	5.9
ภาวะวิตกกังวลระดับ 6	8	47.1	-	-	5	29.4	6	35.3
ภาวะวิตกกังวลระดับ 7	3	17.6	-	-	5	29.4	6	35.3
ภาวะวิตกกังวลระดับ 8	5	29.4	-	-	1	5.9	3	17.6
ภาวะวิตกกังวลระดับ 9	1	5.9	-	-	2	11.8	1	5.9
ภาวะวิตกกังวลระดับ 10	-	-	-	-	-	-	-	-
Mean $\pm$ S.D.	6.9 $\pm$ 1.0		2.2 $\pm$ 1.0		6.5 $\pm$ 1.3		6.8 $\pm$ 1.0	
Min	6		1		5		5	
Max	9		4		9		9	

จากตารางที่ 24 จากการใช้มาตรวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS) จะพบว่า ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 ในกลุ่มทดลองมีระดับภาวะวิตกกังวลที่ลดลง ดังนี้ ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 6 มากที่สุด จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 47.1 โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 6.9 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.0 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 3 มากที่สุด จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 41.2 โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะวิตกกังวลและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเป็น 2.2 และ 1.0 ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุมก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีระดับภาวะวิตกกังวลที่ใกล้เคียงกัน ดังนี้ ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 6 และ 7 มากที่สุด จำนวน 5 คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 29.4 โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 6.5 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.3 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 6 และ 7 มากที่สุด จำนวน 6 คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 35.3 โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเป็น 6.8 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเป็น 1.0

**ตารางที่ 25** ความชุกของสัญญาณชีพ (Vital sign) ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการบำบัด ทั้งหมด 4 ครั้ง (N = 17) จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 34 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน

ปัจจัยที่ศึกษา	การบำบัดครั้งที่ 1		การบำบัดครั้งที่ 2		การบำบัดครั้งที่ 3		การบำบัดครั้งที่ 4	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)
<b>สัญญาณชีพ (Vital sign)</b>								
ความดันโลหิต (Blood pressure)								
Systolic Blood Pressure	133.8 (9.7)	130.9 (12.1)	131.3 (6.4)	124.1 (11.8)	125.1 (7.8)	120.2 (8.8)	118.2 (8.4)	111.7 (8.3)
Diastolic Blood Pressure	76.2 (10.8)	73.1 (10.3)	76.4 (6.8)	75.1 (9.7)	73.2 (7.9)	68.4 (8.6)	70.0 (10.7)	67.4 (8.0)
ชีพจร (Pulse rate)	78.0 (10.4)	74.8 (9.6)	73.9 (9.7)	72.4 (9.2)	70.8 (9.6)	68.1 (6.8)	69.4 (8.8)	66.8 (9.2)
อัตราการหายใจ (Respiratory rate)	19.5 (1.1)	18.0 (0.7)	17.2 (1.0)	16.6 (0.9)	16.6 (0.9)	16.1 (0.5)	16.4 (0.8)	16.0 (0.0)
อุณหภูมิร่างกาย (Temperature)	36.6 (0.1)	36.6 (0.1)	36.6 (0.1)	36.5 (0.1)	36.5 (0.1)	36.5 (0.0)	36.5 (0.0)	36.5 (0.0)

จากตารางที่ 25 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการตรวจสัญญาณชีพก่อนและหลังการบำบัดทั้งหมด 4 ครั้ง พบว่า สัญญาณชีพในกลุ่มทดลองมีค่าที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ในทุกค่าสัญญาณชีพ

**ตารางที่ 26** ความชุกของสัญญาณชีพ (Vital sign) ในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการบำบัด ทั้งหมด 4 ครั้ง (N = 17) จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 34 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน

ปัจจัยที่ศึกษา	การบำบัดครั้งที่ 1		การบำบัดครั้งที่ 2		การบำบัดครั้งที่ 3		การบำบัดครั้งที่ 4	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)
<b>สัญญาณชีพ (Vital sign)</b>								
ความดันโลหิต (Blood pressure)								
Systolic Blood Pressure	134.8 (6.2)	135.4 (6.1)	133.2 (9.1)	133.4 (7.5)	134.9 (4.1)	137.8 (3.0)	137.3 (3.7)	139.1 (1.8)
Diastolic Blood Pressure	78.8 (7.8)	81.2 (8.6)	80.9 (9.5)	83.3 (8.2)	80.5 (7.0)	85.7 (7.1)	84.9 (7.8)	87.9 (6.8)
ชีพจร (Pulse rate)	80.8 (10.5)	81.7 (9.7)	84.3 (10.6)	86.8 (8.8)	86.5 (7.5)	89.3 (5.8)	84.6 (10.1)	88.2 (10.4)
อัตราการหายใจ (Respiratory rate)	18.9 (1.3)	18.4 (1.3)	18.8 (1.2)	18.8 (1.0)	18.7 (1.2)	18.9 (1.3)	18.1 (1.1)	18.4 (1.3)
อุณหภูมิร่างกาย (Temperature)	36.7 (0.1)	36.6 (0.1)	36.6 (0.1)	36.5 (0.1)	36.6 (0.1)	36.6 (0.1)	36.6 (0.1)	36.6 (0.1)

จากตารางที่ 26 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการตรวจสัญญาณชีพก่อนและหลังการบำบัดทั้งหมด 4 ครั้งในกลุ่มควบคุม พบว่า ความดันโลหิต Systolic , Diastolic Blood Pressure และชีพจร มีค่าเพิ่มขึ้น ส่วนอัตราการหายใจและอุณหภูมิมิมีค่าลดลง

**ตารางที่ 27** สรุปความชุกของสัญญาณชีพ (Vital sign) กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 34 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (N = 17)				กลุ่มควบคุม (N = 17)			
	ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1		หลังการบำบัดครั้งที่ 4		ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1		หลังการบำบัดครั้งที่ 4	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
<b>สัญญาณชีพ (Vital sign)</b>								
ความดันโลหิต (Blood pressure)								
Systolic Blood Pressure	133.8	9.7	111.7	8.3	134.8	6.2	139.1	1.8
Diastolic Blood Pressure	76.2	10.8	67.4	8.0	78.8	7.8	87.9	6.8
ชีพจร (Pulse rate)	78.0	10.4	66.8	9.2	80.8	10.5	88.2	10.4
อัตราการหายใจ (Respiratory rate)	19.5	1.1	16.0	0.0	18.9	1.3	18.4	1.3
อุณหภูมิร่างกาย (Temperature)	36.6	0.1	36.5	0.0	36.7	0.1	36.6	0.1

จากตารางที่ 27 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการตรวจสัญญาณชีพก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าสัญญาณชีพที่ลดลง ดังนี้ ความดันโลหิต Systolic Blood Pressure ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 133.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.7 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเป็น 111.7 และ 8.2 ตามลำดับ Diastolic Blood Pressure ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 76.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.8 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเป็น 67.4 และ 8.0 ตามลำดับ ชีพจร ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 78.0 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.4 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเป็น 66.8 และ 9.2 ตามลำดับ อัตราการหายใจ ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.5 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.1 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเป็น 16.0 และ 0.0 ตามลำดับ และอุณหภูมิร่างกาย ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.6 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.1 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเป็น 36.5 และ 0.0 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีค่าสัญญาณชีพที่เพิ่มขึ้นดังนี้ ความดันโลหิต Systolic Blood Pressure ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 134.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.2 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 139.1 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเป็น 1.8 Diastolic Blood Pressure ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 78.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.8 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 87.9 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเป็น 6.8 ชีพจร ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 80.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.5 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 88.2 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเป็น 10.4 และมีค่าสัญญาณชีพที่ลดลงในกลุ่มควบคุม ดังนี้ อัตราการหายใจ ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.9 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.3 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 18.4 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเพิ่มขึ้นเป็น 1.3 และอุณหภูมิร่างกาย ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.1 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเป็น 36.6 และ 0.1 ตามลำดับ

**ส่วนที่ 3** แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล

**ตารางที่ 28** แสดงความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า(TGDS) ในปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Independent Samples t-Test (N = 45 คน)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คะแนนภาวะซึมเศร้า (TGDS)				
	N	Mean	S.D.	t	p-value
<b>เพศ</b>					
ชาย	9	24.6	2.8	2.535	0.015*
หญิง	36	20.9	4.0		
<b>อายุ</b>					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี	9	21.4	5.3	-0.182	0.856
มากกว่า 70 ปี	36	21.7	3.8		
<b>สถานภาพสมรส</b>					
โสด	6	21.0	2.8	-0.429	0.670
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	39	21.8	4.2		
<b>การมีบุตร</b>					
ไม่มีบุตร	14	19.9	3.3	-2.089	0.043*
มีบุตร	31	22.5	4.1		
<b>วุฒิการศึกษา</b>					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	40	21.6	4.2	-0.542	0.591
ปริญญาตรี	5	22.6	2.5		
<b>อาชีพเดิมก่อนเข้ามาพักที่ศูนย์ฯ</b>					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	18.7	4.0	-2.015	0.05
ประกอบอาชีพ	39	22.1	3.9		
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>					
เพียงพอ	35	21.8	3.9	0.497	0.622
ไม่เพียงพอ	10	21.1	4.7		
<b>โรคประจำตัว</b>					
ไม่มีโรคประจำตัว	3	23.0	5.2	0.586	0.561
มีโรคประจำตัว	42	21.2	4.0		
<b>การใช้สิ่งเสพติดก่อนเข้าพักที่ศูนย์ฯ</b>					
ไม่ใช้สารเสพติด	26	21.2	4.3	-0.993	0.326
ใช้สารเสพติด (บุหรี่ยูสุรา)	19	22.4	3.7		
<b>บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยก่อนเข้ามาพักที่ศูนย์ฯ</b>					
ไม่ได้พึ่งพิงบุคคลใด (อยู่ตามลำพัง)	24	21.3	4.6	-0.586	0.561
พึ่งพิงบุคคลอื่น (ลูก/หลาน/ญาติ)	21	22.1	3.4		
<b>บุคคลที่มาเยี่ยมใน 6 เดือนที่ผ่านมา</b>					
ไม่มีบุคคลใดมาเยี่ยม	18	21.4	3.5	-0.297	0.768
มีบุคคลมาเยี่ยม	27	21.8	4.5		
<b>การเข้าร่วมกิจกรรมที่ศูนย์ฯใน 6 เดือนที่ผ่านมา</b>					
ไม่ได้เข้าร่วมด้านอาชีพบำบัด	35	22.4	3.4	1.765	0.105
เข้าร่วมด้านอาชีพบำบัด	10	19.2	5.4		

\*P<0.05



**ตารางที่ 29** แสดงความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า(TGDS) ในปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Independent Samples t-Test (N = 45 คน)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คะแนนภาวะซึมเศร้า (TGDS)				
	N	Mean	S.D.	t	p-value
ไม่ได้เข้าร่วมด้านนันทนาการ	11	19.0	3.6	-2.683	0.01*
เข้าร่วมด้านนันทนาการ	34	22.5	3.8		
ไม่ได้เข้าร่วมด้านศาสนา	3	24.3	4.6	1.186	0.242
เข้าร่วมด้านศาสนา	42	21.5	4.0		
<b>ความสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่น</b>					
เข้ากันได้ดี	23	21.3	4.3	-0.683	0.498
เข้ากันไม่ได้	22	22.1	3.8		
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล</b>					
เข้ากันได้ดี	40	21.5	4.3	-1.807	0.078
เข้ากันไม่ได้	5	22.8	0.4		

\* $P < 0.05$

จากตารางที่ 28 และ 29 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศหญิงและชาย, การมีบุตรและไม่มีบุตร, การเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมด้านนันทนาการมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า (TGDS) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.05$

**ตารางที่ 30** แสดงความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล(STAI) ในปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Independent Samples t-Test (N = 45 คน)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คะแนนภาวะวิตกกังวล (STAI)				
	N	Mean	S.D.	t	p-value
<b>เพศ</b>					
ชาย	9	59.6	5.4	2.587	0.018*
หญิง	36	53.7	8.2		
<b>อายุ</b>					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี	9	56.1	9.7	0.508	0.614
มากกว่า 70 ปี	36	54.6	7.7		
<b>สถานภาพสมรส</b>					
โสด	6	53.0	7.4	-0.616	0.541
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	39	55.2	8.1		
<b>การมีบุตร</b>					
ไม่มีบุตร	14	50.6	7.8	-2.534	0.015*
มีบุตร	31	56.8	7.4		
<b>วุฒิการศึกษา</b>					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	40	55.1	8.4	0.748	0.473
ปริญญาตรี	5	53.4	4.0		

\* $P < 0.05$

**ตารางที่ 31** แสดงความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล(STAI) ในปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Independent Samples t-Test (N = 45 คน)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คะแนนภาวะวิตกกังวล (STAI)				
	N	Mean	S.D.	t	p-value
<b>อาชีพเดิมก่อนเข้ามาพักที่ศูนย์ฯ</b>					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	53.0	7.3	-0.616	0.541
ประกอบอาชีพ	39	55.2	8.2		
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>					
เพียงพอ	35	56.0	7.6	1.784	0.081
ไม่เพียงพอ	10	51.0	8.7		
<b>โรคประจำตัว</b>					
ไม่มีโรคประจำตัว	3	58.3	8.1	0.768	0.447
มีโรคประจำตัว	42	54.6	8.0		
<b>การใช้สิ่งเสพติดก่อนเข้าพักที่ศูนย์ฯ</b>					
ไม่ใช้สารเสพติด	26	54.1	8.9	-0.789	0.434
ใช้สารเสพติด (บุหรี่,สุรา)	19	56.0	6.7		
<b>บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยก่อนเข้ามาพักที่ศูนย์ฯ</b>					
ไม่ได้พึ่งพิงบุคคลใด (อยู่ตามลำพัง)	24	54.8	8.2	-0.086	0.932
พึ่งพิงบุคคลอื่น (ลูก/หลาน/ญาติ)	21	55.0	8.0		
<b>บุคคลที่มาเยี่ยมใน 6 เดือนที่ผ่านมา</b>					
ไม่มีบุคคลใดมาเยี่ยม	18	53.4	7.0	-1.027	0.310
มีบุคคลมาเยี่ยม	27	55.9	8.6		
<b>การเข้าร่วมกิจกรรมที่ศูนย์ฯใน 6 เดือนที่ผ่านมา</b>					
ไม่ได้เข้าร่วมด้านอาชีพบำบัด	35	55.7	7.8	1.257	0.215
เข้าร่วมด้านอาชีพบำบัด	10	52.1	8.6		

\* $P < 0.05$

**ตารางที่ 32** แสดงความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล(STAI) ในปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Independent Samples t-Test (N = 45 คน)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คะแนนภาวะวิตกกังวล (STAI)				
	N	Mean	S.D.	t	p-value
ไม่ได้เข้าร่วมด้านนันทนาการ	11	50.3	7.8	-2.055	0.046*
เข้าร่วมด้านนันทนาการ	34	56.2	7.7		
ไม่ได้เข้าร่วมด้านศาสนา	3	61.0	1.7	4.089	0.05
เข้าร่วมด้านศาสนา	42	54.5	8.1		
<b>ความสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่น</b>					
เข้ากันได้ดี	23	54.3	8.1	-0.534	0.596
เข้ากันไม่ได้	22	55.6	8.0		
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล</b>					
เข้ากันได้ดี	40	55.3	8.3	1.641	0.136
เข้ากันไม่ได้	5	51.6	4.1		

\* $P < 0.05$ , \*\* $P < 0.01$

จากตารางที่ 30, 31 และ 32 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศหญิงและชาย, การมีบุตรและไม่มีบุตร, การเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมด้านนันทนาการ มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล(STAI) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.05$

**ตารางที่ 33** แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า(TGDS)โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis (N = 45 คน)

ตัวแปร	Adjusted OR	95% CI of OR		P - value
		Lower	Upper	
เพศ (หญิง)	3.611	19.58	22.30	0.015*
การไม่มีบุตร	2.627	17.92	21.79	0.043*
การไม่เข้าร่วมกิจกรรมด้านนันทนาการ	3.529	16.56	21.44	0.010*

\* $P < 0.05$

จากตารางที่ 33 พบว่า เมื่อนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นมาวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า(TGDS) โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ได้แก่ เพศ, การไม่มีบุตร และการไม่เข้าร่วมกิจกรรมด้านนันทนาการที่ระดับนัยสำคัญที่  $P < 0.05$  พบว่า ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า(TGDS) ได้แก่ เพศ adjust odd ratio = 3.611 เท่า (95% CI 19.58 – 22.30) การไม่มีบุตร adjust odd ratio = 2.627 เท่า (95% CI 17.92 – 21.79) และการไม่เข้าร่วมกิจกรรมด้านนันทนาการ adjust odd ratio = 3.529 เท่า (95% CI 16.56 – 21.44)

จากการวิเคราะห์พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าเป็น 3.611 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุตรมีภาวะซึมเศร้าเป็น 2.627 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีบุตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมด้านนันทนาการมีภาวะซึมเศร้าเป็น 3.529 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมด้านนันทนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**ตารางที่ 34** แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวล(STAI) โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis (N = 45 คน)

ตัวแปร	Adjusted OR	95% CI of OR		P - value
		Lower	Upper	
เพศ (หญิง)	5.833	50.95	56.49	0.049*
การไม่มีบุตร	6.164	46.12	55.17	0.015*
การไม่เข้าร่วมกิจกรรมด้านนันทนาการ	5.508	45.49	55.97	0.046*

\* $P < 0.05$

จากตารางที่ 34 พบว่า เมื่อนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นมาวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวล(STAI) โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ได้แก่ เพศ, การไม่มีบุตร และการไม่เข้าร่วมกิจกรรมด้านนันทนาการที่ระดับนัยสำคัญที่  $P < 0.05$  พบว่าปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวล(STAI)

ได้แก่ เพศ adjust odd ratio = 5.833 เท่า (95% CI 50.95 – 56.49) การไม่มีบุตร adjust odd ratio = 6.164 เท่า (95% CI 46.12 – 55.17) และการไม่เข้าร่วมกิจกรรมด้านนันทนาการ adjust odd ratio = 5.508 เท่า (95% CI 45.49 – 55.97)

จากการวิเคราะห์พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีภาวะวิตกกังวลเป็น 5.833 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุตรมีภาวะวิตกกังวลเป็น 6.164 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีบุตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมด้านนันทนาการมีภาวะวิตกกังวลเป็น 5.508 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมด้านนันทนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**ส่วนที่ 4** แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวลที่มีต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล โดยใช้สถิติ Spearman Correlation Coefficiency

**ตารางที่ 35** ความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวลที่มีต่อภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N = 45)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า (TGDS)	
	r	p-value
ระดับภาวะซึมเศร้า (VAS)	0.803	<0.01*
ระดับภาวะวิตกกังวล (VAS)	0.613	<0.01*

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

จากตารางที่ 35 แสดงความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Spearman Correlation Coefficiency ของระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวลที่มีต่อภาวะซึมเศร้าก่อนการบำบัดที่วัดจากแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 45 คน ในงานวิจัยนี้ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$

**ตารางที่ 36** ความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวลที่มีต่อภาวะวิตกกังวลจากแบบประเมินภาวะวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

(N = 45)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะวิตกกังวล (STAI)	
	r	p-value
ระดับภาวะซึมเศร้า (VAS)	0.519	<0.01*
ระดับภาวะวิตกกังวล (VAS)	0.462	0.001

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

จากตารางที่ 36 แสดงความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Spearman Correlation Coefficiency ของระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวลที่มีต่อภาวะวิตกกังวลก่อนการบำบัดที่วัดจากแบบประเมินภาวะวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 45 คน ในงานวิจัยนี้ พบว่า ภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$

**ส่วนที่ 5** แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และค่าสัญญาณชีพ (Vital Sign) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการบำบัด

**ส่วนที่ 5.1** วิเคราะห์โดยใช้หลัก Intention to treat (ITT) ซึ่งจะนำคะแนนของผู้ที่ถูกถอนออกจากงานวิจัยมาวิเคราะห์ด้วย โดยใช้ผลคะแนนการวัดครั้งล่าสุด (last observation carried forward : LOCF) แทนผลคะแนนหลังการบำบัด

**ตารางที่ 37** แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า (TGDS) เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired-sample T test (N = 45)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการบำบัด		หลังการบำบัด		ค่าแตกต่าง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ภาวะซึมเศร้า (TGDS)								
กลุ่มทดลอง (n = 23)	22.1	3.3	14.5	5.6	7.7	5.1	7.190	<0.01*
กลุ่มควบคุม (n = 22)	21.2	4.7	20.8	4.4	0.4	1.2	1.571	0.131

\* $p < 0.01$

จากตารางที่ 37 พบว่าค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$  โดยก่อนการบำบัดค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 22.1 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.3 และหลังการบำบัดค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 14.5 และ 5.6 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยของค่าแตกต่างของภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัดเท่ากับ 7.7 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าแตกต่างเท่ากับ 5.1

**ตารางที่ 38** แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล (STAI) เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired-sample T test (N = 45)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการบำบัด		หลังการบำบัด		ค่าแตกต่าง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ภาวะวิตกกังวล (STAI)								
กลุ่มทดลอง (n = 23)	55.8	6.8	43.7	8.6	12.1	8.3	7.021	<0.01**
กลุ่มควบคุม (n = 22)	53.9	9.2	53.2	9.2	0.7	1.4	2.354	0.028*

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

จากตารางที่ 38 พบว่าค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลจากแบบประเมินภาวะวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI) ก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$  และ  $p = 0.028$  ( $p < 0.05$ ) ตามลำดับ โดยในกลุ่มทดลองก่อนการบำบัดมีค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 55.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.8 หลังการบำบัดมีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 43.7 และ 8.6 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยของค่าแตกต่างของภาวะวิตกกังวลก่อนและหลังการบำบัดเท่ากับ 12.1 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าแตกต่างเท่ากับ 8.3 ส่วนในกลุ่มควบคุมก่อนการบำบัดมีค่าเฉลี่ยของ

ภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 53.9 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.2 หลังการบำบัดมีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 53.2 และ 9.2 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยของค่าแตกต่างของภาวะวิตกกังวลก่อนและหลังการบำบัดเท่ากับ 0.7 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าแตกต่างเท่ากับ 1.4

**ตารางที่ 39** แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า (TGDS) และภาวะวิตกกังวล (STAI) หลังการบำบัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent Samples t-Test (N = 45)

ปัจจัยที่ศึกษา	หลังการบำบัด						t	p-value
	กลุ่มทดลอง (n = 23)		กลุ่มควบคุม (n = 22)		ค่าแตกต่าง			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ภาวะซึมเศร้า (TGDS)	11.6	3.4	20.6	4.1	8.9	1.1	7.923	<0.01*
ภาวะวิตกกังวล (STAI)	39.7	3.9	52.9	9.2	13.2	2.1	6.212	<0.01*

\* $p < 0.01$

จากตารางที่ 39 พบว่าค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) และภาวะวิตกกังวลจากแบบประเมินภาวะวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI) หลังการบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$

**ตารางที่ 40** แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้า (VAS) และระดับภาวะวิตกกังวล (VAS) เปรียบเทียบก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test (N = 45)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการบำบัด		หลังการบำบัด		Wilcoxon	p-value
	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 4			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ระดับภาวะซึมเศร้า (VAS)						
กลุ่มทดลอง (n = 23)	6.7	1.2	2.8	2.6	3.658	<0.01*
กลุ่มควบคุม (n = 22)	6.6	1.4	6.9	1.2	1.513	0.130
ระดับภาวะวิตกกังวล (VAS)						
กลุ่มทดลอง (n = 23)	6.9	1.0	3.4	2.2	3.639	<0.01*
กลุ่มควบคุม (n = 22)	6.6	1.3	6.8	1.2	1.232	0.218

\* $p < 0.01$

จากตารางที่ 40 พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้า (VAS) และระดับภาวะวิตกกังวล (VAS) เปรียบเทียบก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 ในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของ

ระดับภาวะซึมเศร้าและค่าเฉลี่ยของระดับภาวะวิตกกังวล ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$

**ตารางที่ 41** แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้า (VAS) และระดับภาวะวิตกกังวล (VAS) หลังการบำบัดครั้งที่ 4 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney (N=45)

ปัจจัยที่ศึกษา	หลังการบำบัดครั้งที่ 4				Mann-Whitney	p-value
	กลุ่มทดลอง (n = 23)		กลุ่มควบคุม (n = 22)			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ระดับภาวะซึมเศร้า	1.5	1.2	6.8	1.1	0.00	<0.01*
ระดับภาวะวิตกกังวล	2.2	1.0	6.8	1.0	0.00	<0.01*

\* $p < 0.01$

จากตารางที่ 41 พบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวลหลังการบำบัดครั้งที่ 4 ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$

**ส่วนที่ 5.2** วิเคราะห์โดยใช้หลัก Per protocol analysis (PP) ซึ่งจะไม่นำคะแนนของผู้ที่ถูกถอนออกจากงานวิจัยมาวิเคราะห์ด้วย ทำให้มีกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์จำนวน 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน ซึ่งเป็นผู้ที่เข้าร่วมงานวิจัยครบทั้ง 4 ครั้ง

**ตารางที่ 42** แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า (TGDS) เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired-sample T test (N = 34)

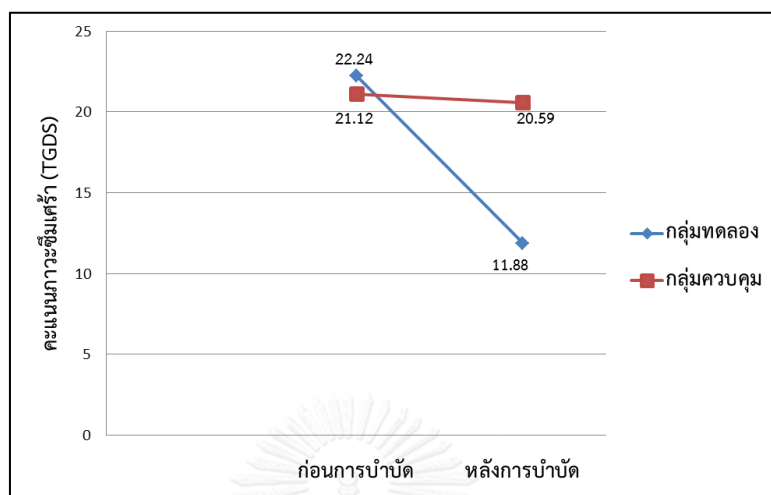
กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการบำบัด		หลังการบำบัด		ค่าแตกต่าง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ภาวะซึมเศร้า (TGDS)								
กลุ่มทดลอง (n = 17)	22.2	3.3	11.9	3.4	10.4	2.5	17.26	<0.01*
กลุ่มควบคุม (n = 17)	21.1	4.4	20.6	3.9	0.5	1.4	1.59	0.13

\* $p < 0.01$

จากตารางที่ 42 พบว่าค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$  โดยก่อนการบำบัดค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 22.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.3 และหลังการบำบัดค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 11.9 และ 3.4 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยของค่าแตกต่างของภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัดเท่ากับ 10.4 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าแตกต่างเท่ากับ 2.5



**รูปที่ 8** แสดงค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า (TGDS) เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม



จากภาพที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า (TGDS) ก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ในกลุ่มทดลองก่อนการบำบัดค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 22.24 หลังการบำบัดค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงมาอยู่ที่ 11.88 ซึ่งลดลงมากกว่าในกลุ่มควบคุมที่ก่อนการบำบัดค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 21.12 หลังการบำบัดค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าปรับลดลงมาเล็กน้อยอยู่ที่ 20.59

**ตารางที่ 43** แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล (STAI) เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired-sample T test (N = 34)

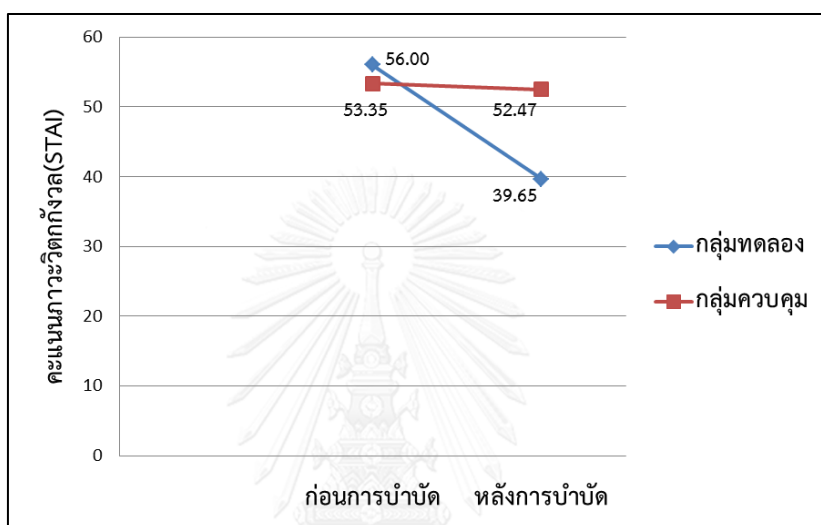
กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการบำบัด		หลังการบำบัด		ค่าแตกต่าง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ภาวะวิตกกังวล (STAI)								
กลุ่มทดลอง (n = 17)	56.0	6.7	39.7	3.8	16.4	4.4	15.22	<0.01**
กลุ่มควบคุม (n = 17)	53.4	9.2	52.5	9.2	0.9	1.5	2.43	0.03*

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

จากตารางที่ 43 พบว่าค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลจากแบบประเมินภาวะวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI) ก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$  และ  $p = 0.03$  ( $p < 0.05$ ) ตามลำดับ โดยในกลุ่มทดลองก่อนการบำบัดมีค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 56.0 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.7 หลังการบำบัดมีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 39.7 และ 3.8 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยของค่าแตกต่างของภาวะวิตกกังวลก่อนและหลังการบำบัดเท่ากับ 16.4 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าแตกต่างเท่ากับ 4.4 ส่วนในกลุ่มควบคุมก่อนการบำบัดมีค่าเฉลี่ยของ

ภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 53.4 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.2 หลังการบำบัดมีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 52.5 และ 9.2 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยของค่าแตกต่างของภาวะวิตกกังวลก่อนและหลังการบำบัดเท่ากับ 0.9 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าแตกต่างเท่ากับ 1.5

**รูปที่ 9** แสดงค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล (STAI) เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



จากภาพที่ 9 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล (STAI) ก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ในกลุ่มทดลองก่อนการบำบัดค่าเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 56.00 หลังการบำบัดค่าเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลลดลงมาอยู่ที่ 39.65 ซึ่งลดลงมากกว่าในกลุ่มควบคุมที่ก่อนการบำบัดค่าเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 53.35 หลังการบำบัดค่าเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลปรับลดลงมาเล็กน้อยอยู่ที่ 52.47

**ตารางที่ 44** แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า (TGDS) และภาวะวิตกกังวล (STAI) หลังการบำบัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent Samples t-Test (N=34)

ปัจจัยที่ศึกษา	หลังการบำบัด						t	p-value
	กลุ่มทดลอง (n = 17)		กลุ่มควบคุม (n = 17)		ค่าแตกต่าง			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ภาวะซึมเศร้า (TGDS)	11.88	3.35	20.59	3.89	8.71	1.25	6.99	<0.01*
ภาวะวิตกกังวล (STAI)	39.65	3.77	52.47	9.17	12.82	2.40	5.33	<0.01*

\* $p < 0.01$

จากตารางที่ 44 พบว่าค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) และภาวะวิตกกังวลจากแบบประเมินภาวะวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI) หลังการบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$  โดยภาวะซึมเศร้าหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.88 และ 3.35 ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุมหลังการบำบัดมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 20.59 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.89 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของค่าแตกต่างของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 8.71 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าแตกต่างเท่ากับ 1.25 ส่วนในภาวะวิตกกังวลหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 39.65 และ 3.77 ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุมหลังการบำบัดมีค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 52.47 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.17 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของค่าแตกต่างของภาวะวิตกกังวลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 12.82 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าแตกต่างเท่ากับ 2.40

**ตารางที่ 45** แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้า (VAS) และระดับภาวะวิตกกังวล (VAS) เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test (N = 34)

ปัจจัยที่ศึกษา	การบำบัดครั้งที่ 1			การบำบัดครั้งที่ 2			การบำบัดครั้งที่ 3			การบำบัดครั้งที่ 4			
	ก่อนการบำบัด	หลังการบำบัด	Wilcoxon (p-value)	ก่อนการบำบัด	หลังการบำบัด	Wilcoxon (p-value)	ก่อนการบำบัด	หลังการบำบัด	Wilcoxon (p-value)	ก่อนการบำบัด	หลังการบำบัด	Wilcoxon (p-value)	
	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.		Mean ± S.D.	Mean ± S.D.		Mean ± S.D.	Mean ± S.D.		Mean ± S.D.			
กลุ่มทดลอง (n = 17)	ระดับภาวะซึมเศร้า	6.76 ± 1.15	5.47 ± 0.87	-3.78 (<0.01)**	5.47 ± 0.87	4.18 ± 0.95	-3.64 (<0.01)**	4.00 ± 0.79	3.06 ± 0.90	-3.36 (0.001)**	2.94 ± 1.30	1.53 ± 1.23	-3.38 (0.001)**
	ระดับภาวะวิตกกังวล	6.94 ± 1.03	6.18 ± 0.88	-3.36 (0.001)**	6.00 ± 0.94	4.94 ± 0.56	-3.29 (0.001)**	4.94 ± 0.56	3.76 ± 0.75	-3.40 (0.001)**	3.71 ± 0.77	2.24 ± 0.97	-3.73 (<0.01)**
	ระดับภาวะซึมเศร้า	6.41 ± 1.33	5.82 ± 1.33	-3.16 (0.002)**	7.06 ± 0.90	6.47 ± 1.13	-3.16 (0.002)**	6.88 ± 0.99	6.59 ± 1.06	-1.51 (0.13)	7.00 ± 1.12	6.76 ± 1.09	-2.00 (0.046)*
	ระดับภาวะวิตกกังวล	6.53 ± 1.28	6.06 ± 1.30	-2.83 (0.005)**	6.76 ± 0.97	6.29 ± 1.11	-2.83 (0.005)**	6.76 ± 1.03	6.29 ± 1.05	-2.83 (0.005)**	7.18 ± 0.95	6.82 ± 1.02	-2.45 (0.014)*

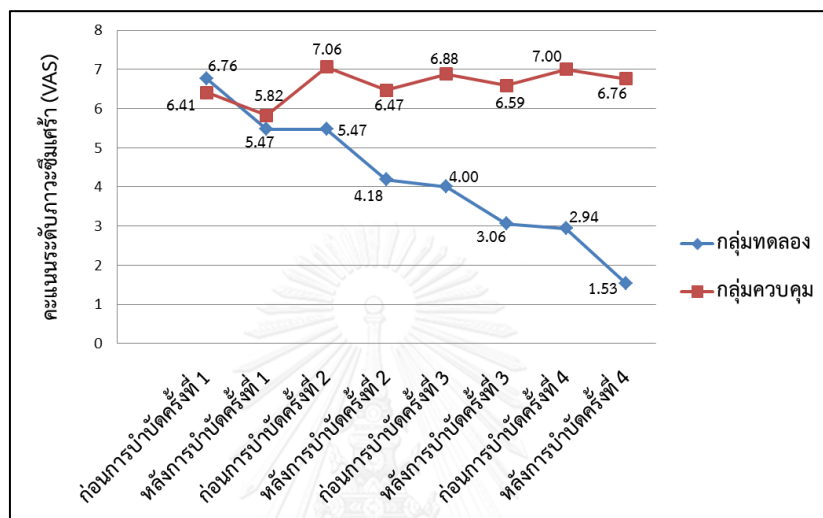
\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

จากตารางที่ 45 พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้า (VAS) และระดับภาวะวิตกกังวล (VAS) ก่อนและหลังการบำบัดของการบำบัดครั้งที่ 1 และ 4 (ขึ้นเริ่มและสิ้นสุดการบำบัด) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยในกลุ่มทดลองระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวลก่อนและหลังการบำบัดครั้งที่ 1 และ 4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$  ส่วนในกลุ่มควบคุมการบำบัดครั้งที่ 1 ระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวล ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$  แต่การบำบัดครั้งที่ 4 ระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวล ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  ก่อนและหลังการบำบัดของการบำบัดครั้งที่ 2 และ 3 (ขึ้นระหว่างการบำบัด) ในกลุ่มทดลองระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวลก่อนและหลังการบำบัดครั้งที่ 2 และ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$  ส่วนในกลุ่มควบคุมการบำบัดครั้งที่ 2 ระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวลก่อนและหลังการบำบัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$  แต่ในการบำบัดครั้งที่ 3 ของกลุ่มควบคุมมีเพียงระดับภาวะวิตกกังวลก่อนและหลังการบำบัดที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$

แม้ว่าในการประเมินระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวลก่อนและหลังการบำบัดในแต่ละครั้ง ทั้งหมด 4 ครั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่แล้วจะพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวลจะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จะพบได้ว่าใน

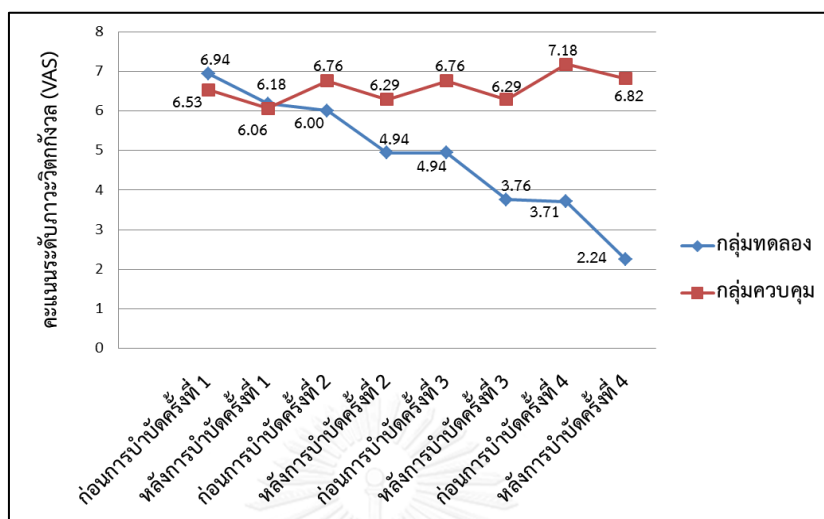
กลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลที่มีค่าลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต่างจากกลุ่มควบคุมที่ค่าคะแนนไม่ต่อเนื่องกันคือ ลดลงหรือสูงขึ้นในบางครั้งที่ทำกำรบำบัด จึงจะนำมาวิเคราะห์เพื่อให้เกิดความชัดเจนมากขึ้นต่อไป

**รูปที่ 10** แสดงค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้า (VAS) เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



จากภาพที่ 10 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้า (VAS) ก่อนและหลังการบำบัดครั้งที่ 1 - 4 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ในกลุ่มทดลองระดับภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 6.76 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 ลดลงอยู่ที่ 1.53 แต่ในกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้าขึ้นและลงอย่างต่อเนื่อง โดยก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 6.41 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 เพิ่มขึ้นอยู่ที่ 6.76

**รูปที่ 11** แสดงค่าเฉลี่ยของระดับภาวะวิตกกังวล (VAS) เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



จากภาพที่ 11 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับภาวะวิตกกังวล (VAS) ก่อนและหลังการบำบัดครั้งที่ 1 - 4 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ในกลุ่มทดลองระดับภาวะวิตกกังวลลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 6.94 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 ลดลงอยู่ที่ 2.24 แต่ในกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยของระดับภาวะวิตกกังวลขึ้นและลงอย่างไม่ต่อเนื่อง โดยก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 6.53 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 เพิ่มขึ้นอยู่ที่ 6.82

**ตารางที่ 46** แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้า (VAS) และระดับภาวะวิตกกังวล (VAS) เปรียบเทียบก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test (N=34)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1		หลังการบำบัดครั้งที่ 4		Wilcoxon	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
<b>ระดับภาวะซึมเศร้า (VAS)</b>						
กลุ่มทดลอง (n = 17)	6.76	1.147	1.53	1.231	-3.658	<0.01*
กลุ่มควบคุม (n = 17)	6.41	1.326	6.76	1.091	-1.513	0.130
<b>ระดับภาวะวิตกกังวล (VAS)</b>						
กลุ่มทดลอง (n = 17)	6.94	1.029	2.24	0.970	-3.639	<0.01*
กลุ่มควบคุม (n = 17)	6.53	1.281	6.82	1.015	-1.232	0.218

\* $p < 0.01$

จากตารางที่ 46 พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้า (VAS) และระดับภาวะวิตกกังวล (VAS) เปรียบเทียบก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 (ขั้นเริ่มและสิ้นสุดการบำบัด) ในกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้าและค่าเฉลี่ยของระดับภาวะวิตกกังวล ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$

**ตารางที่ 47** แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้า (VAS) และระดับภาวะวิตกกังวล (VAS) หลังการบำบัดครั้งที่ 4 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney (N=34)

ปัจจัยที่ศึกษา	หลังการบำบัดครั้งที่ 4				Mann-Whitney	p-value
	กลุ่มทดลอง (n = 17)		กลุ่มควบคุม (n = 17)			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ระดับภาวะซึมเศร้า	1.53	1.23	6.76	1.09	0.00	<0.01*
ระดับภาวะวิตกกังวล	2.24	0.97	6.82	1.02	0.00	<0.01*

\* $p < 0.01$

จากตารางที่ 47 พบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวลหลังการบำบัดครั้งที่ 4 ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$

ตารางที่ 48 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของสัญญาณชีพ (Vital sign) เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

ปัจจัยที่ศึกษา	การบำบัดครั้งที่ 1			การบำบัดครั้งที่ 2			การบำบัดครั้งที่ 3			การบำบัดครั้งที่ 4				
	ก่อนการบำบัด	หลังการบำบัด	Wilcoxon (p-value)	ก่อนการบำบัด	หลังการบำบัด	Wilcoxon (p-value)	ก่อนการบำบัด	หลังการบำบัด	Wilcoxon (p-value)	ก่อนการบำบัด	หลังการบำบัด	Wilcoxon (p-value)		
	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.		Mean ± S.D.	Mean ± S.D.		Mean ± S.D.	Mean ± S.D.		Mean ± S.D.	Mean ± S.D.		Mean ± S.D.	
กลุ่มทดลอง (n = 17)	Systolic Blood Pressure	133.82 ± 9.735	130.88 ± 12.067	-3.941 (0.001)**	131.29 ± 6.420	124.06 ± 11.792	-3.628 (<0.01)**	125.06 ± 7.798	120.18 ± 8.798	-3.416 (0.001)**	118.18 ± 8.361	111.65 ± 8.284	-3.443 (0.001)**	
	Diastolic Blood Pressure	76.24 ± 10.843	73.12 ± 10.289	-3.070 (0.002)**	76.41 ± 6.746	75.12 ± 9.656	-0.784 (0.433)	73.24 ± 7.886	68.41 ± 8.574	-1.896 (0.058)	70.00 ± 10.724	67.35 ± 7.953	-1.252 (0.211)	
	ชีพจร (Pulse rate)	78.00 ± 10.356	74.82 ± 9.639	-3.568 (<0.01)**	73.94 ± 9.743	72.35 ± 9.233	-2.574 (0.01)*	70.82 ± 9.619	68.06 ± 6.750	-3.082 (0.002)**	69.35 ± 8.817	66.82 ± 9.180	-3.257 (0.001)**	
	อัตราการหายใจ (Respiratory rate)	19.53 ± 1.125	18.00 ± 0.707	-3.606 (<0.01)**	17.18 ± 1.015	16.59 ± 0.939	-2.236 (0.025)*	16.59 ± 0.939	16.12 ± 0.485	-2.000 (0.046)*	16.35 ± 0.786	16.00 ± 0.000	-1.732 (0.083)	
	อุณหภูมิร่างกาย (Temperature)	36.60 ± 0.083	36.59 ± 0.078	-0.378 (0.705)	36.59 ± 0.060	36.54 ± 0.049	-3.000 (0.003)**	36.54 ± 0.061	36.52 ± 0.039	-1.732 (0.083)	36.50 ± 0.000	36.50 ± 0.000	0.000 (1.000)	
	กลุ่มควบคุม (n = 17)	Systolic Blood Pressure	134.76 ± 6.210	135.35 ± 6.092	-1.089 (0.276)	133.18 ± 9.126	133.41 ± 7.467	-0.052 (0.958)	134.88 ± 4.136	137.76 ± 3.011	-3.532 (0.001)**	137.29 ± 3.721	139.06 ± 1.749	-2.178 (0.029)*
		Diastolic Blood Pressure	78.82 ± 7.756	81.18 ± 8.560	-1.434 (0.151)	80.94 ± 9.542	83.29 ± 8.176	-1.226 (0.220)	80.47 ± 6.965	85.65 ± 7.097	-2.675 (0.007)**	84.94 ± 7.806	87.88 ± 6.754	-2.125 (0.034)*
		ชีพจร (Pulse rate)	80.76 ± 10.455	81.71 ± 9.720	-1.574 (0.116)	84.29 ± 10.599	86.76 ± 8.828	-2.328 (0.020)*	86.47 ± 7.518	89.29 ± 5.764	-1.740 (0.082)	84.59 ± 10.995	88.24 ± 10.365	-2.589 (0.01)*
		อัตราการหายใจ (Respiratory rate)	18.94 ± 1.249	18.35 ± 1.272	-1.890 (0.059)	18.82 ± 1.237	18.82 ± 1.015	0.000 (1.000)	18.71 ± 1.213	18.94 ± 1.249	-1.414 (0.157)	18.12 ± 1.111	18.35 ± 1.272	-1.000 (0.317)
		อุณหภูมิร่างกาย (Temperature)	36.65 ± 0.080	36.61 ± 0.066	-2.111 (0.055)*	36.56 ± 0.072	36.53 ± 0.072	-0.378 (0.705)	36.59 ± 0.083	36.55 ± 0.072	-2.309 (0.021)*	36.56 ± 0.086	36.56 ± 0.071	-0.302 (0.763)

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

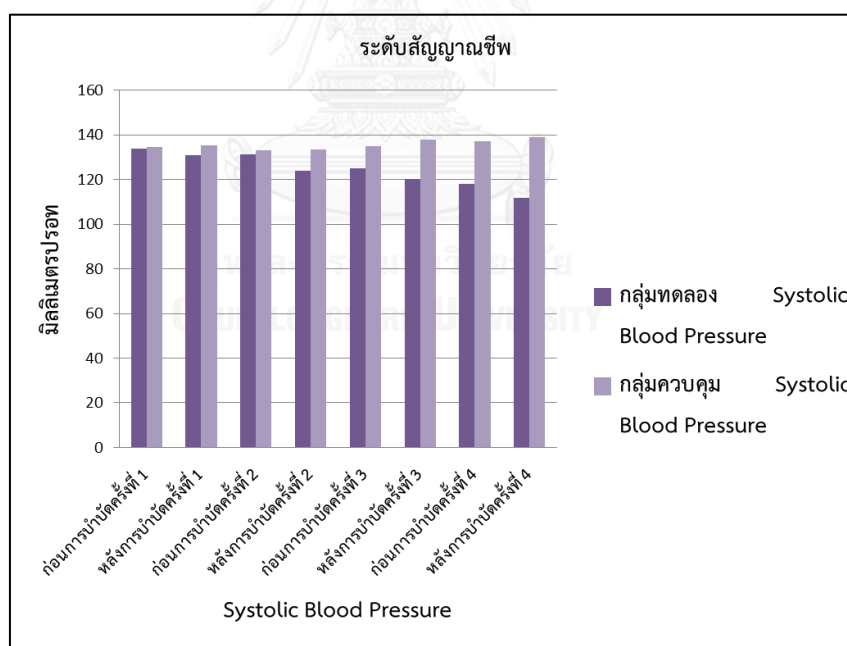
จากตารางที่ 48 พบว่า การบำบัดครั้งที่ 1 ในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของ Systolic Blood Pressure, Diastolic Blood Pressure, ชีพจร และอัตราการหายใจ ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$  ในกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิร่างกาย ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  การบำบัดครั้งที่ 2 ในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของ Systolic Blood Pressure และอุณหภูมิร่างกาย ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$  ค่าเฉลี่ยของชีพจร และอัตราการหายใจ ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  ในกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของชีพจร ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  ในส่วนการบำบัดครั้งที่ 3 ในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของ Systolic Blood Pressure และชีพจร ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$  และค่าเฉลี่ยของอัตราการหายใจ ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  ในกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของ Systolic Blood Pressure และ Diastolic Blood Pressure ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$



ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$  และค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิร่างกาย ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  ในส่วนการบำบัดครั้งที่ 4 ในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของ Systolic Blood Pressure และชีพจร ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$  ในกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของ Systolic Blood Pressure, Diastolic Blood Pressure และชีพจร ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

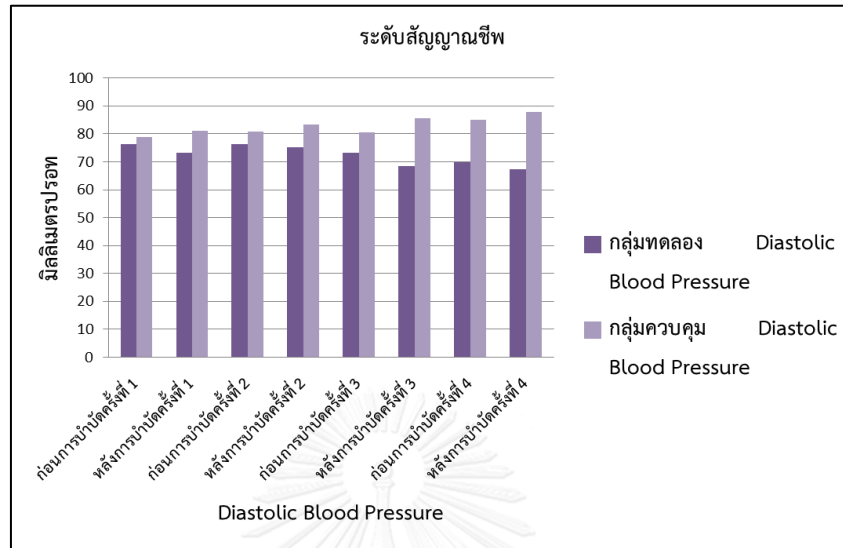
แม้ว่าในการประเมินสัญญาณชีพก่อนและหลังการบำบัดในแต่ละครั้ง ทั้งหมด 4 ครั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่แล้วจะพบว่า ค่าเฉลี่ยของสัญญาณชีพจะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จะพบได้ว่าในกลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ยของสัญญาณชีพที่มีค่าลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต่างจากกลุ่มควบคุมที่ค่าไม่ต่อเนื่องกันคือ ลดลงหรือสูงขึ้นในบางครั้งที่ทำการบำบัด จึงจะนำมาวิเคราะห์เพื่อให้เกิดความชัดเจนมากขึ้นต่อไป

**รูปที่ 12** แสดงค่าเฉลี่ยของ Systolic Blood Pressure เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



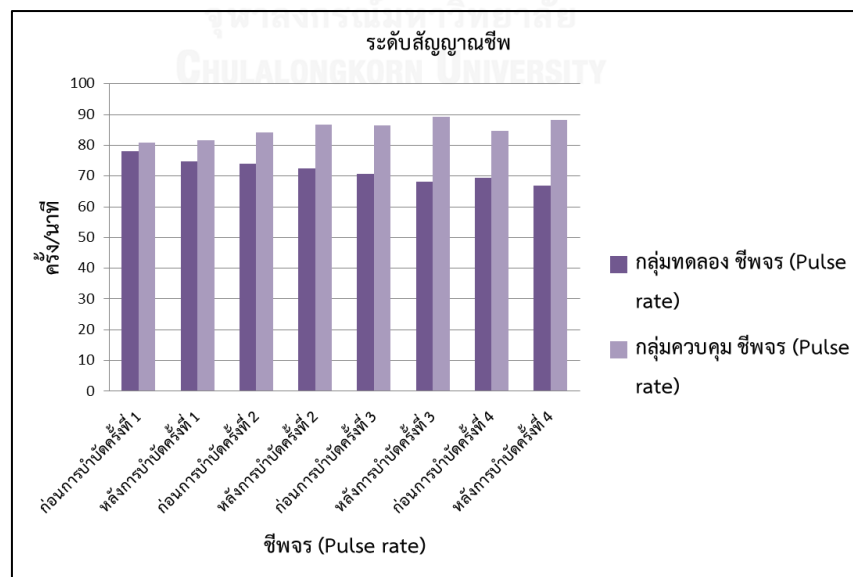
จากภาพที่ 12 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ Systolic Blood Pressure ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการบำบัดทั้ง 4 ครั้ง พบว่า ค่าเฉลี่ยของ Systolic Blood Pressure ในกลุ่มทดลอง มีค่าลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ในกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของ Systolic Blood Pressure มีค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

**รูปที่ 13** แสดงค่าเฉลี่ยของ Diastolic Blood Pressure เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



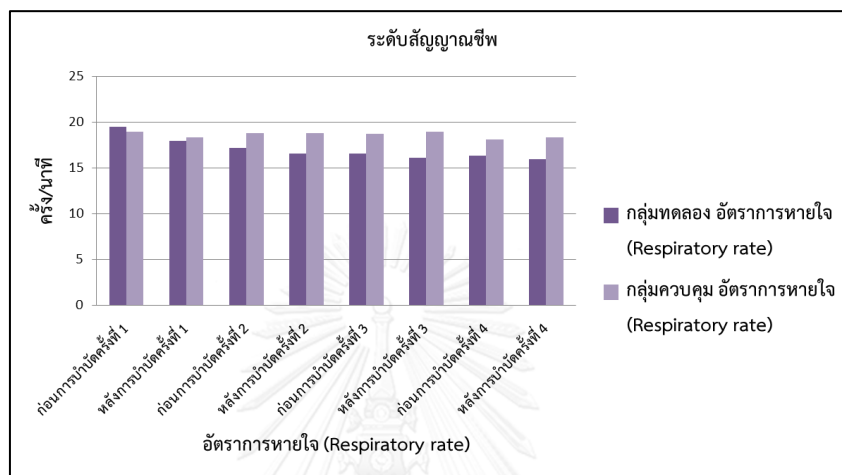
จากภาพที่ 13 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ Diastolic Blood Pressure ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการบำบัดทั้ง 4 ครั้ง พบว่า ค่าเฉลี่ยของ Diastolic Blood Pressure ในกลุ่มทดลอง มีค่าลดลง แต่ในกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของ Diastolic Blood Pressure มีค่าเพิ่มขึ้น

**รูปที่ 14** แสดงค่าเฉลี่ยของ ชีพจร (Pulse rate) เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



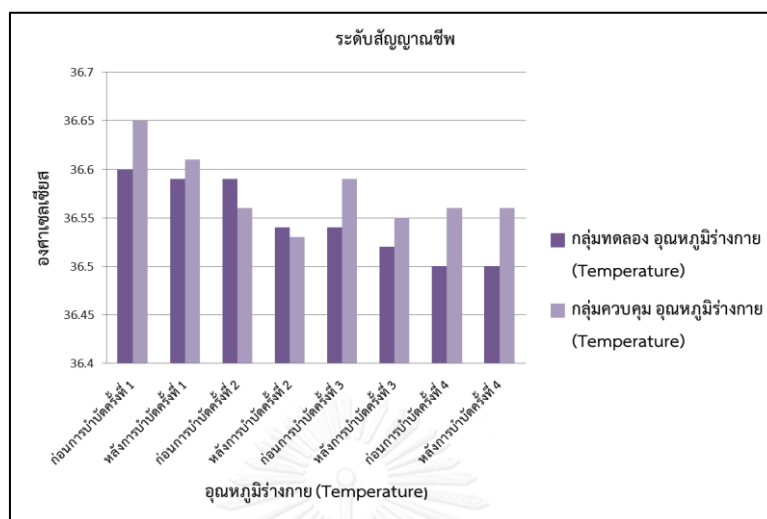
จากภาพที่ 14 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ ชีพจร (Pulse rate) ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการบำบัดทั้ง 4 ครั้ง พบว่า ค่าเฉลี่ยของ ชีพจร (Pulse rate) ในกลุ่มทดลอง มีค่าลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ในกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของ ชีพจร (Pulse rate) มีค่าเพิ่มขึ้น

**รูปที่ 15** แสดงค่าเฉลี่ยของ อัตราการหายใจ (Respiratory rate) เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



จากภาพที่ 15 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ อัตราการหายใจ (Respiratory rate) ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการบำบัดทั้ง 4 ครั้ง พบว่า ค่าเฉลี่ยของอัตราการหายใจ (Respiratory rate) ในกลุ่มทดลอง มีค่าลดลงแต่ในกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของ อัตราการหายใจ (Respiratory rate) มีค่าเพิ่มขึ้น

รูปที่ 16 แสดงค่าเฉลี่ยของ อุณหภูมิร่างกาย (Temperature) เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



จากภาพที่ 16 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ อุณหภูมิร่างกาย (Temperature) ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการบำบัดทั้ง 4 ครั้ง พบว่า อุณหภูมิร่างกาย (Temperature) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าลดลง

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

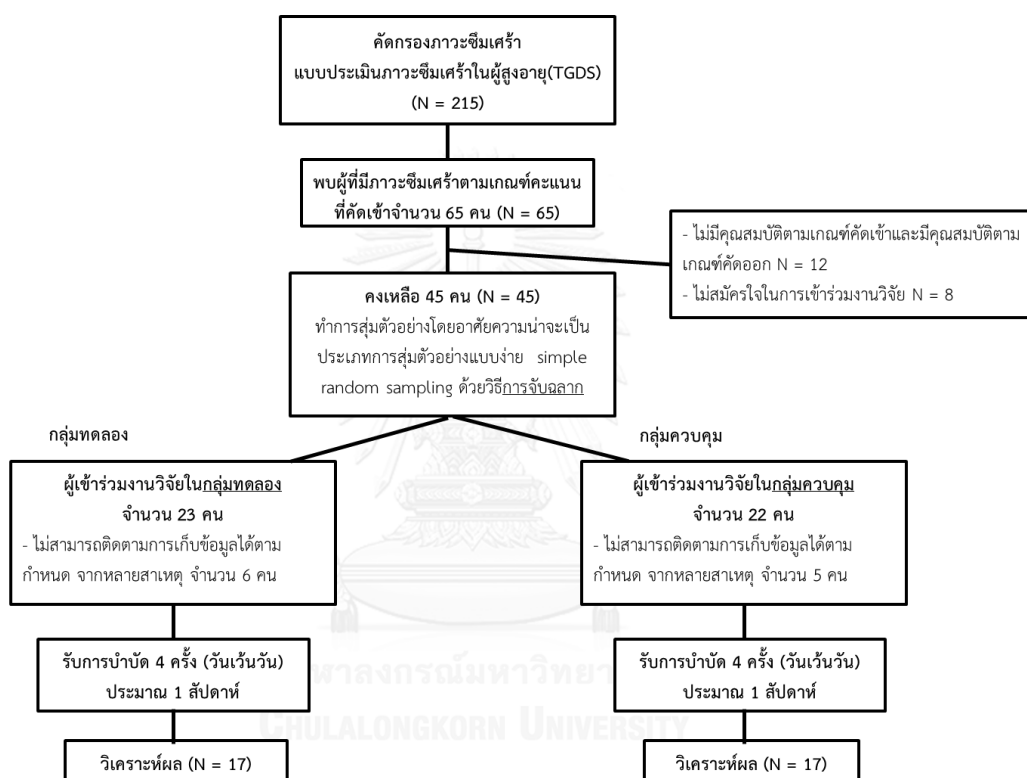
การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research study) ทำการประเมินภาวะซึมเศร้าก่อน และหลังการให้ Intervention และแบ่งผู้เข้าร่วมงานวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ใช้วิธีจับฉลากคือ ใช้การสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็น ประเภทการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย simple random sampling ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการนวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นอาสาสมัครที่เป็นผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 45 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน โดยมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีระดับคะแนนจากการประเมินภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป สามารถฟัง อ่าน พูด และเขียนภาษาไทยได้ โดยระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัยกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการรักษาหรือการบำบัดด้วยวิธีอื่น เช่น การฝังเข็ม หรือกายภาพบำบัด เป็นต้น และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการวิจัยนี้จะทำการเปรียบเทียบผลของการนวดไทยก่อน และหลังการบำบัด และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทำการบำบัดติดต่อกัน 4 ครั้ง ในวันจันทร์, พุธ, ศุกร์ และจันทร์ โดยทั้งสองกลุ่มจะทำกิจกรรมและได้รับการดูแลจากทางศูนย์ฯ เหมือนกันตามปกติ แต่จะมีการเพิ่มโปรแกรมการนวดไทยในกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ให้การบำบัดด้วยการนวดไทยแบบราชสำนัก และประคบสมุนไพรไทย และเจ้าหน้าที่ของศูนย์ฯ ซึ่งเป็นนักสังคมสงเคราะห์ เป็นผู้ให้การบำบัดด้วยกิจกรรมผ่อนคลายของทางศูนย์ฯ เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่ สิงหาคม 2559 ถึงตุลาคม 2559 รวมทั้งสิ้นเป็นระยะเวลา 3 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมงานวิจัย แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) แบบประเมินภาวะวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI) แบบบันทึกสัญญาณชีพ (Vital sign) มาตรการวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรการวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS) โปรแกรมการนวดไทย (Intervention) และเครื่องวัดสัญญาณชีพ ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ และปรอทวัดไข้

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และความถี่ (Frequency) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความชุกของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และค่าสัญญาณชีพ สถิติ Independent

Samples t-Test และ Logistic regression analysis ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล สถิติ Spearman Correlation Coefficiency ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวลที่มีต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล สถิติ Paired-sample T test Independent Samples t-Test Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney ในการวิเคราะห์ความแตกต่างของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และค่าสัญญาณชีพ

รูปที่ 17 แสดงขั้นตอนในการประเมินและการเก็บตัวอย่างงานวิจัย



การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุทั้งสิ้น 215 คน พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์คะแนนคัดเข้า จำนวน 65 คน แต่เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก มีผู้ที่ไม่มีความสัมพันธ์ตามเกณฑ์คัดเข้า และมีความสัมพันธ์ตามเกณฑ์คัดออก จำนวน 12 คน มีผู้ที่ไม่สมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย จำนวน 8 คน คงเหลือผู้ที่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้จำนวน 45 คน จึงได้ทำการสุ่มผู้เข้าร่วมงานวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) คือ การจับฉลาก ทำให้ได้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยในกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และผู้เข้าร่วมงานวิจัยในกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน แต่เมื่อเริ่มขั้นตอนการประเมินและเก็บข้อมูลงานวิจัย มีผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่ไม่สามารถติดตามการเก็บข้อมูลได้ตามกำหนดจึงต้องทำการคัดผู้เข้าร่วมงานวิจัยดังกล่าวออกไป จำนวน 11 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 6 คน และกลุ่ม

ควบคุมจำนวน 5 คน ทำให้คงเหลือผู้ที่เข้าร่วมงานวิจัย และสามารถติดตามผลได้ครบถ้วนจำนวนกลุ่มละ 17 คน ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงทำการวิเคราะห์โดยใช้หลัก Intention to treat (ITT) คือ นำผลการประเมินของกลุ่มตัวอย่างทุกคนมาวิเคราะห์ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดออกด้วย วิธีนี้จะมีกลุ่มตัวอย่างในการคำนวณทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน ซึ่งในผู้ที่ถูกถอนออกจากงานวิจัย จะใช้ผลคะแนนการวัดครั้งสุดท้าย (last observation carried forward : LOCF) แทนผลคะแนนหลังการบำบัด และงานวิจัยนี้มีการวิเคราะห์โดยใช้หลัก Per protocol analysis (PP) มาเปรียบเทียบกับ ซึ่งจะทำให้การวิเคราะห์โดยการตัดผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่ไม่สามารถติดตามการเก็บข้อมูลได้ตามกำหนดออก ทำให้มีกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์จำนวน 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน วิเคราะห์และเปรียบเทียบผลการประเมินของทั้ง 2 วิธี

### 5.1 สรุปผลการวิจัย

#### ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น 45 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 23 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 และอายุระหว่าง 71 – 80 ปี ร้อยละ 64.4 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 75.5 ปี อายุน้อยที่สุดเท่ากับ 64 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 89 ปี ส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรสเป็นหม้าย(คู่สมรสเสียชีวิต) และมีบุตร 1 – 3 คน ร้อยละ 48.9 มีวุฒิการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 60.0 และประกอบอาชีพทำธุรกิจส่วนตัว/ค้าขายก่อนเข้ามาพักที่ศูนย์ ร้อยละ 35.6 ทุกคนมีแหล่งรายได้ในปัจจุบันจากเงินบริจาคร้อยละ 100 รองลงมาได้รับรายได้จากลูกหลาน/ญาติพี่น้อง ร้อยละ 14.7 และมีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 48.9 ส่วนใหญ่พักที่ศูนย์มาเป็นเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 51.1 โดยพักอยู่ที่ศูนย์เฉลี่ย 6.5 ปี พักอยู่ที่ศูนย์อย่างน้อยที่สุด 1 ปี และพักอยู่ที่ศูนย์มากที่สุด 16 ปี และเป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.3 ซึ่งส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.5 รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ร้อยละ 20.5 และ 15.4 ตามลำดับ และไม่เคยใช้สารเสพติดก่อนเข้ามาพักที่ศูนย์ ร้อยละ 57.8 ส่วนใหญ่เข้ามาพักที่ศูนย์จากการตัดสินใจเข้าพักด้วยตนเอง ร้อยละ 40.8 และอยู่คนเดียวตามลำพังก่อนเข้ามาพักที่ศูนย์ ร้อยละ 53.3 เมื่อเข้ามาพักที่ศูนย์ ส่วนใหญ่แล้วไม่มีบุคคลใดมาเยี่ยมเลยใน 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 41.2 ในขณะที่พักอยู่ที่ศูนย์ ใน 6 เดือนที่ผ่านมาเข้าร่วมกิจกรรมของทางศูนย์ฯ ทุกคน โดยส่วนใหญ่ร่วมกิจกรรมด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 33.8 รองลงมาคือ กิจกรรมด้านศาสนา ด้านนันทนาการ และด้านอาชีพบำบัด ร้อยละ 32.3, 26.2 และ 7.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เข้ากันได้ดีกับผู้ดูแลและสมาชิกในศูนย์ฯ คนอื่นๆ ร้อยละ 88.9 และ 51.1 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีความพึงพอใจโดยรวมต่อศูนย์ฯ ในระดับมาก ร้อยละ 55.6

## ผลการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และค่าสัญญาณชีพ

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้า จากการใช้แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS)

1.1 วิเคราะห์ตามหลัก Intention to treat (ITT) (N = 45)

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 23 คน) ก่อนการบำบัด เท่ากับ ร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่มีความเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 52.2 มีภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 22.1 หลังการบำบัด มีความชุกของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ ร้อยละ 47.8 ซึ่งส่วนใหญ่มีความเศร้าระดับปกติ ร้อยละ 52.2 มีภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 14.5

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุม (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 22 คน) ก่อนและหลังการบำบัด เท่ากับ ร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่มีความเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 40.9 มีภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยก่อนการบำบัด 21.2 และมีภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยหลังการบำบัด 20.8

1.2 วิเคราะห์ตามหลัก Per protocol analysis (PP) (N = 34)

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 17 คน) ก่อนการบำบัด เท่ากับ ร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่มีความเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 52.9 มีภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 22.24 หลังการบำบัด มีความชุกของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ ร้อยละ 29.4 ซึ่งส่วนใหญ่มีความเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 29.4 มีภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 11.88

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุม (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 17 คน) ก่อนและหลังการบำบัด เท่ากับ ร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่มีความเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 52.9 มีภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยก่อนการบำบัด 21.12 และมีภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยหลังการบำบัด 20.59

2. ความชุกของภาวะวิตกกังวล จากการใช้แบบประเมินภาวะวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI)

2.1 วิเคราะห์ตามหลัก Intention to treat (ITT) (N = 45)

ความชุกของภาวะวิตกกังวลในกลุ่มทดลอง (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 23 คน) ก่อนการบำบัด เท่ากับ ร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลบ้าง ร้อยละ 73.9 มีภาวะวิตกกังวลเฉลี่ย 55.8 หลังการบำบัด มีความชุกของภาวะวิตกกังวล เท่ากับ ร้อยละ 43.4 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย ร้อยละ 56.5 มีภาวะวิตกกังวลเฉลี่ย 43.7

ความชุกของภาวะวิตกกังวลในกลุ่มควบคุม (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 22 คน) ก่อนและหลังการบำบัด เท่ากับ ร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลบ้าง ร้อยละ 68.2 มีภาวะวิตกกังวลเฉลี่ยก่อนการบำบัด 53.9 มีภาวะวิตกกังวลเฉลี่ยหลังการบำบัด 53.2

2.2 วิเคราะห์ตามหลัก Per protocol analysis (PP) (N = 34)



ความชุกของภาวะวิตกกังวลในกลุ่มทดลอง (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 17 คน) ก่อนการบำบัด เท่ากับ ร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลบ้าง ร้อยละ 70.6 มีภาวะวิตกกังวลเฉลี่ย 56.0 หลังการบำบัด มีความชุกของภาวะวิตกกังวล เท่ากับ ร้อยละ 23.5 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย ร้อยละ 76.5 มีภาวะวิตกกังวลเฉลี่ย 39.65

ความชุกของภาวะวิตกกังวลในกลุ่มควบคุม (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 17 คน) ก่อนและหลังการบำบัด เท่ากับ ร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลบ้าง ร้อยละ 70.6 มีภาวะวิตกกังวลเฉลี่ยก่อนการบำบัด 53.35 มีภาวะวิตกกังวลเฉลี่ยหลังการบำบัด 52.47

3. ความชุกของภาวะซึมเศร้า จากการใช้มาตรวัดภาวะซึมเศร้า (visual analogue scales : VAS)

#### 3.1 วิเคราะห์ตามหลัก Intention to treat (ITT) (N = 45)

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 23 คน) ก่อนการบำบัด (ครั้งที่ 1) เท่ากับ ร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับ 6 ร้อยละ 47.8 มีภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 6.7 หลังการบำบัด (ครั้งที่ 4) มีความชุกของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ ร้อยละ 78.3 ซึ่งส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับ 0 และ 3 ร้อยละ 21.7 มีภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 2.8

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุม (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 22 คน) ก่อนการบำบัด (ครั้งที่ 1) และหลังการบำบัด (ครั้งที่ 4) เท่ากับ ร้อยละ 100 โดยก่อนการบำบัดส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับ 5 ร้อยละ 31.8 หลังการบำบัดส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับ 6 และ 7 ร้อยละ 27.3 มีภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยก่อนการบำบัด 6.6 และมีภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยหลังการบำบัด 6.9

#### 3.2 วิเคราะห์ตามหลัก Per protocol analysis (PP) (N = 34)

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 17 คน) ก่อนการบำบัด (ครั้งที่ 1) เท่ากับ ร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับ 6 ร้อยละ 47.1 มีภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 6.76 หลังการบำบัด (ครั้งที่ 4) มีความชุกของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ ร้อยละ 70.5 ซึ่งส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับ 0 และ 3 ร้อยละ 29.4 มีภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 1.53

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุม (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 17 คน) ก่อนการบำบัด (ครั้งที่ 1) และหลังการบำบัด (ครั้งที่ 4) เท่ากับ ร้อยละ 100 โดยก่อนการบำบัดส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับ 5 ร้อยละ 35.3 หลังการบำบัดส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับ 7 ร้อยละ 35.3 มีภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยก่อนการบำบัด 6.41 และมีภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยหลังการบำบัด 6.76

4. ความชุกของภาวะวิตกกังวล จากการใช้มาตรวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS)

#### 4.1 วิเคราะห์ตามหลัก Intention to treat (ITT) (N = 45)

ความชุกของภาวะวิตกกังวลในกลุ่มทดลอง (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 23 คน) ก่อนการบำบัด (ครั้งที่ 1) เท่ากับ ร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 6 ร้อยละ 47.8 มีภาวะวิตกกังวลเฉลี่ย 6.9 หลังการบำบัด (ครั้งที่ 4) มีความชุกของภาวะวิตกกังวล เท่ากับ ร้อยละ 100 ซึ่งส่วนใหญ่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 3 ร้อยละ 30.4 มีภาวะวิตกกังวลเฉลี่ย 3.4

ความชุกของภาวะวิตกกังวลในกลุ่มควบคุม (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 22 คน) ก่อนการบำบัด (ครั้งที่ 1) และหลังการบำบัด (ครั้งที่ 4) เท่ากับ ร้อยละ 100 โดยก่อนการบำบัดส่วนใหญ่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 7 ร้อยละ 31.8 หลังการบำบัดส่วนใหญ่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 7 ร้อยละ 36.4 มีภาวะวิตกกังวลเฉลี่ยก่อนการบำบัด 6.6 และมีภาวะวิตกกังวลเฉลี่ยหลังการบำบัด 6.8

#### 4.2 วิเคราะห์ตามหลัก Per protocol analysis (PP) (N = 34)

ความชุกของภาวะวิตกกังวลในกลุ่มทดลอง (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 17 คน) ก่อนการบำบัด (ครั้งที่ 1) เท่ากับ ร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 6 ร้อยละ 47.1 มีภาวะวิตกกังวลเฉลี่ย 6.94 หลังการบำบัด (ครั้งที่ 4) มีความชุกของภาวะวิตกกังวล เท่ากับ ร้อยละ 100 ซึ่งส่วนใหญ่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 3 ร้อยละ 41.2 มีภาวะวิตกกังวลเฉลี่ย 2.24

ความชุกของภาวะวิตกกังวลในกลุ่มควบคุม (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 17 คน) ก่อนการบำบัด (ครั้งที่ 1) และหลังการบำบัด (ครั้งที่ 4) เท่ากับ ร้อยละ 100 โดยก่อนการบำบัดส่วนใหญ่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 6 และ 7 ร้อยละ 29.4 หลังการบำบัดส่วนใหญ่มีภาวะวิตกกังวลระดับ 6 และ 7 ร้อยละ 35.3 มีภาวะวิตกกังวลเฉลี่ยก่อนการบำบัด 6.53 และมีภาวะวิตกกังวลเฉลี่ยหลังการบำบัด 6.82

### 5. ความชุกของสัญญาณชีพ (Vital sign) วิทยาลัย

#### 5.1 วิเคราะห์ตามหลัก Intention to treat (ITT) (N = 45)

ความชุกของสัญญาณชีพในกลุ่มทดลอง (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 23 คน) ก่อนการบำบัด (ครั้งที่ 1) และหลังการบำบัด (ครั้งที่ 4) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 100 โดยมีค่าสัญญาณชีพที่ลดลง ดังนี้ ความดันโลหิต Systolic Blood Pressure ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 133.0 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 116.6 Diastolic Blood Pressure ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 77.9 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 71.4 ชีพจร ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 78.1 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 69.9 อัตราการหายใจ ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.4 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 16.8 และอุณหภูมิร่างกาย ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.6 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 36.5

ความชุกของสัญญาณชีพในกลุ่มควบคุม (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 22 คน) ก่อนการบำบัด (ครั้งที่ 1) และหลังการบำบัด (ครั้งที่ 4) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่มีค่า

สัญญาณชีพที่เพิ่มขึ้นดังนี้ ความดันโลหิต Systolic Blood Pressure ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 135.1 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 138.4 Diastolic Blood Pressure ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 79.0 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 86.0 ชีพจร ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 80.3 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 86.1 และมีค่าสัญญาณชีพที่ลดลงในกลุ่มควบคุม ดังนี้ อัตราการหายใจ ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.1 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 18.6 และมีค่าสัญญาณชีพที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มควบคุม ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.6

#### 5.2 วิเคราะห์ตามหลัก Per protocol analysis (PP) (N = 34)

ความชุกของสัญญาณชีพในกลุ่มทดลอง (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 17 คน) ก่อนการบำบัด (ครั้งที่ 1) และหลังการบำบัด (ครั้งที่ 4) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 100 โดยมีค่าสัญญาณชีพที่ลดลง ดังนี้ ความดันโลหิต Systolic Blood Pressure ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 133.82 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 111.65 Diastolic Blood Pressure ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 76.24 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 67.35 ชีพจร ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 78.00 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 66.82 อัตราการหายใจ ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.53 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 16.00 และอุณหภูมิร่างกาย ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.60 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 36.50

ความชุกของสัญญาณชีพในกลุ่มควบคุม (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 17 คน) ก่อนการบำบัด (ครั้งที่ 1) และหลังการบำบัด (ครั้งที่ 4) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่มีค่าสัญญาณชีพที่เพิ่มขึ้นดังนี้ ความดันโลหิต Systolic Blood Pressure ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 134.76 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 139.06 Diastolic Blood Pressure ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 78.82 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 87.88 ชีพจร ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 80.76 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 88.24 และมีค่าสัญญาณชีพที่ลดลงในกลุ่มควบคุม ดังนี้ อัตราการหายใจ ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.94 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 18.35 และอุณหภูมิร่างกาย ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.65 หลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 36.56

#### ผลการศึกษาการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล

1. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีต่อภาวะซึมเศร้า

1.1 เพศหญิงและชาย, การมีบุตรและไม่มีบุตร, การเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมด้านนันทนาการมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า(TGDS) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P<0.05$

1.2 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าเป็น 3.611 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.3 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุตรมีภาวะซึมเศร้าเป็น 2.627 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีบุตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.4 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมด้านนันทนาการมีภาวะซึมเศร้าเป็น 3.529 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมด้านนันทนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## 2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีต่อภาวะวิตกกังวล

2.1 เพศหญิงและชาย, การมีบุตรและไม่มีบุตร, การเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมด้านนันทนาการมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวล(STAI) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P<0.05$

2.2 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีภาวะวิตกกังวลเป็น 5.833 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุตรมีภาวะวิตกกังวลเป็น 6.164 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีบุตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมด้านนันทนาการมีภาวะวิตกกังวลเป็น 5.508 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมด้านนันทนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ผลการศึกษาการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวล (VAS) ที่มีต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล

1. ความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวล (VAS) ที่มีต่อภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) โดยใช้สถิติ Spearman Correlation Coefficiency

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 คน พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P<0.01$

2. ความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวล (VAS) ที่มีต่อภาวะวิตกกังวลจากแบบประเมินภาวะวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI) โดยใช้สถิติ Spearman Correlation Coefficiency

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 คน พบว่า ภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$

### ผลการศึกษาการวัดไทยต่อภาวะซึมเศร้า (TGDS) และภาวะวิตกกังวล (STAI)

วิเคราะห์ตามหลัก Intention to treat (ITT) (N = 45)

ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$  โดยก่อนการบำบัดค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 22.1 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.3 และหลังการบำบัดค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 14.5 และ 5.6 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยของค่าแตกต่างของภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัดเท่ากับ 7.7 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าแตกต่างเท่ากับ 5.1

ค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลจากแบบประเมินภาวะวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI) ก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$  และ  $P = 0.028$  ( $p < 0.05$ ) ตามลำดับ โดยในกลุ่มทดลองก่อนการบำบัดมีค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 55.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.8 หลังการบำบัดมีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 43.7 และ 8.6 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยของค่าแตกต่างของภาวะวิตกกังวลก่อนและหลังการบำบัดเท่ากับ 12.1 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าแตกต่างเท่ากับ 8.3 ส่วนในกลุ่มควบคุมก่อนการบำบัดมีค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 53.9 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.2 หลังการบำบัดมีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 53.2 และ 9.2 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยของค่าแตกต่างของภาวะวิตกกังวลก่อนและหลังการบำบัดเท่ากับ 0.7 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าแตกต่างเท่ากับ 1.4

ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) และภาวะวิตกกังวลจากแบบประเมินภาวะวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI) หลังการบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$  โดยภาวะซึมเศร้าหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.6 และ 3.4 ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุมหลังการบำบัดมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 20.6 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.1 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของค่าแตกต่างของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 8.9 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าแตกต่างเท่ากับ 1.1 ส่วนในภาวะวิตกกังวลหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 39.7 และ 3.9 ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุมหลังการบำบัดมีค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 52.9 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.2 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของค่าแตกต่างของภาวะ

วิตกกังวลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 13.2 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าแตกต่างเท่ากับ 2.1

วิเคราะห์ตามหลัก Per protocol analysis (PP) (N = 34)

ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$  โดยก่อนการบำบัดค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 22.24 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.27 และหลังการบำบัดค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 11.88 และ 3.35 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยของค่าแตกต่างของภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัดเท่ากับ 10.35 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าแตกต่างเท่ากับ 2.47

ค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลจากแบบประเมินภาวะวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI) ก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$  และ  $P = 0.027$  ( $p < 0.05$ ) ตามลำดับ โดยในกลุ่มทดลองก่อนการบำบัดมีค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 56.00 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.68 หลังการบำบัดมีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 39.65 และ 3.77 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยของค่าแตกต่างของภาวะวิตกกังวลก่อนและหลังการบำบัดเท่ากับ 16.35 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าแตกต่างเท่ากับ 4.43 ส่วนในกลุ่มควบคุมก่อนการบำบัดมีค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 53.35 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.16 หลังการบำบัดมีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 52.47 และ 9.17 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยของค่าแตกต่างของภาวะวิตกกังวลก่อนและหลังการบำบัดเท่ากับ 0.88 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าแตกต่างเท่ากับ 1.50

ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) และภาวะวิตกกังวลจากแบบประเมินภาวะวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI) หลังการบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$  โดยภาวะซึมเศร้าหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.88 และ 3.35 ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุมหลังการบำบัดมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 20.59 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.89 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของค่าแตกต่างของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 8.71 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าแตกต่างเท่ากับ 4.74 ส่วนในภาวะวิตกกังวลหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 39.65 และ 3.77 ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุมหลังการบำบัดมีค่าเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 52.47 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.17 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของค่าแตกต่าง

ของภาวะวิตกกังวลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 12.82 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าแตกต่างเท่ากับ 9.86

### ผลการศึกษาการนวดไทยต่อระดับภาวะซึมเศร้า และระดับภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS)

วิเคราะห์ตามหลัก Intention to treat (ITT) (N = 45)

ค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้า (VAS) และระดับภาวะวิตกกังวล (VAS) เปรียบเทียบก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 ในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้าและค่าเฉลี่ยของระดับภาวะวิตกกังวล ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$

ระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวลหลังการบำบัดครั้งที่ 4 ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$

วิเคราะห์ตามหลัก Per protocol analysis (PP) (N = 34)

ค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้า (VAS) และระดับภาวะวิตกกังวล (VAS) ก่อนและหลังการบำบัดของการบำบัดครั้งที่ 1 และ 4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยในกลุ่มทดลองระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวลก่อนและหลังการบำบัดครั้งที่ 1 และ 4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$  ส่วนในกลุ่มควบคุม การบำบัดครั้งที่ 1 ระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวล ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$  แต่การบำบัดครั้งที่ 4 ระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวล ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.05$

ค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้า (VAS) และระดับภาวะวิตกกังวล (VAS) เปรียบเทียบก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 ในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้าและค่าเฉลี่ยของระดับภาวะวิตกกังวล ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$

ระดับภาวะซึมเศร้าและระดับภาวะวิตกกังวลหลังการบำบัดครั้งที่ 4 ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$

### ผลการศึกษาการนวดไทยต่อสัญญาณชีพ (Vital sign)

วิเคราะห์ตามหลัก Per protocol analysis (PP) (N = 34)

การบำบัดครั้งที่ 1 ในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของ Systolic Blood Pressure, Diastolic Blood Pressure, ชีพจร และอัตราการหายใจ ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$  ในกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิร่างกาย ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.05$

การบำบัดครั้งที่ 2 ในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของ Systolic Blood Pressure และ อุณหภูมิร่างกาย ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$  ค่าเฉลี่ยของชีพจร และอัตราการหายใจ ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.05$  ในกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของชีพจร ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.05$

การบำบัดครั้งที่ 3 ในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของ Systolic Blood Pressure และชีพจร ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$  และค่าเฉลี่ยของอัตราการหายใจ ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.05$  ในกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของ Systolic Blood Pressure และ Diastolic Blood Pressure ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$  และค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิร่างกาย ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.05$

การบำบัดครั้งที่ 4 ในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของ Systolic Blood Pressure และชีพจร ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$  ในกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของ Systolic Blood Pressure, Diastolic Blood Pressure และชีพจร ก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.05$

## 5.2 อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาผลของการนวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ แต่เนื่องด้วยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นนอกจากจะมีอารมณ์เศร้าแล้วยังมีภาวะวิตกกังวลเป็นส่วนประกอบด้วย จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถ้าบุคคลใดมีภาวะซึมเศร้าก็จะปรากฏภาวะวิตกกังวลร่วมด้วย ซึ่งภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากการมีอารมณ์ผิดปกติไปจากความเป็นจริง ผู้สูงอายุมักแสดงอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องผูก นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มีอารมณ์เศร้า ร้องไห้ง่าย เบื่อชีวิต วิตกกังวลในสุขภาพตนเอง ต่อมาคิดว่าตัวเองไร้ค่า ไม่มีความสำคัญต่อคนในครอบครัว วิตกกังวลมาก นอนไม่หลับมากขึ้น สิ้นหวัง ท้อแท้ต่ออนาคต คิดอยากตาย โอกาสที่จะทำร้ายตัวเองมีมาก เพราะคิดว่าตนมีบาปทำให้เป็นภาระต่อผู้อื่น<sup>[10]</sup> เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นในผู้สูงอายุนอกจากอารมณ์ที่เปลี่ยนไปแล้วยังมีองค์ประกอบอื่นที่เปลี่ยนไปอีกด้วย ได้แก่ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านร่างกาย ซึ่งการบำบัดผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตสามารถทำได้หลายวิธี หนึ่งในนั้นคือ การบำบัดด้วยการนวดไทย เพราะการแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์แบบองค์รวม รูปแบบการบำบัดจึงไม่ได้ส่งผลดีเพียงองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งเท่านั้น แต่สามารถส่งผลให้ทุกองค์ประกอบมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นได้<sup>[49]</sup> ดังนั้นในการศึกษาวิจัยนี้จึงได้ทำการบำบัด



ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยการนวดไทย โดยประเมินผลในการลดภาวะซึมเศร้า ร่วมกับประเมินผลในการลดภาวะวิตกกังวลร่วมด้วย

จากการประเมินความเกี่ยวข้องของปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง ผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตร และผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมด้านนันทนาการมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล อาจส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริราไพ สุวัฒน์คุปต์ (2555)<sup>[44]</sup> ทำการศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเองและผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านคนชรา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าเมื่อวิเคราะห์เฉพาะกลุ่ม ในกลุ่มผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า 5 ปัจจัย คือ เพศหญิง, อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป, สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่, รายได้ไม่เพียงพอ, มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และสอดคล้องกับการศึกษาของ ภูมิรินทร์ เฉลิมยุทธ (2543)<sup>[42]</sup> ทำการศึกษาคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ คือ ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว, การพบปะบุคคลในวัยเดียวกัน และปัญหาสุขภาพกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลทั้ง 3 ปัจจัยดังกล่าว อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลหลังการบำบัด โดยเฉพาะปัจจัยในการเข้าร่วมกิจกรรมด้านนันทนาการ ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้สูงอายุทุกท่านเป็นผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรม และการเข้าร่วมงานวิจัยนี้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้น และเพิ่มโอกาสที่จะได้พบปะกับบุคคลในวันเดียวกันบ่อยครั้งขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้เป็นปัจจัยสำคัญในการลดภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลร่วมด้วยได้ มหาวิทยาลัย

จากการวิเคราะห์ผลด้วยหลัก Intention to treat (ITT) เปรียบเทียบกับการวิเคราะห์ผลด้วยหลัก Per protocol analysis (PP) คือ การวิเคราะห์ผลโดยการนำกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดออกมาประเมินร่วมกับกลุ่มตัวอย่างอื่นกับการไม่นำกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดออกมาประเมินร่วมกับกลุ่มตัวอย่างอื่น พบว่า ผลของการประเมินไปในแนวทางเดียวกัน ไม่พบความแตกต่างของผลการประเมิน ทำให้ทราบว่า การบำบัดภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุด้วยการนวดไทย แม้ว่าผู้เข้าร่วมงานวิจัยจะเข้าร่วมงานวิจัยไม่ครบตามจำนวนครั้งของการบำบัด ผลทันทีหลังการบำบัด และผลหลังการบำบัดครบ 4 ครั้งไม่มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุสามารถลดลงได้ด้วยการนวดไทย 4 ครั้ง วันเว้นวัน หรือสามารถลดลงได้ด้วยการนวดไทยที่ต่ำกว่า 4 ครั้งได้

เมื่อทำการประเมินผู้ที่เข้าร่วมงานวิจัยครบ 4 ครั้ง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเศร้าในระดับปานกลางจำนวน 9 รายในกลุ่มทดลอง และจำนวน 9 รายในกลุ่มควบคุมเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 52.9 และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองเท่ากับ 22.24 และในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 21.12

และการประเมินภาวะวิตกกังวลก่อนการบำบัดพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลบ้างจำนวน 12 รายในกลุ่มทดลอง และจำนวน 12 รายในกลุ่มควบคุมเช่นกัน โดยคิดเป็นร้อยละ 70.6 ซึ่งหลังการบำบัดด้วยการนวดไทยทั้งหมด 4 ครั้ง วันเว้นวัน โดยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลและกิจกรรมพื้นฐานจากทางศูนย์ฯ เหมือนกัน แต่ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดด้วยการนวดไทยเพิ่มเติม ซึ่งหลังการบำบัด พบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.01$  ส่วนในกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามก่อนและหลังการบำบัด แต่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลก่อนและหลังการบำบัดที่ระดับ  $P = 0.027$  ( $P < 0.05$ ) และเมื่อทำการประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลหลังการบำบัดครั้งที่ 4 พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.01$  การประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลด้วยมาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวลก่อนและหลังการบำบัดทุกครั้งพบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ต่างจากในกลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างไม่ต่อเนื่อง และเมื่อทำการประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลหลังการบำบัดครั้งที่ 4 พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.01$  ดังนั้นจากการประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 4 โดยใช้แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) และแบบประเมินภาวะวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI) และการประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลโดยใช้มาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวลก่อนและหลังการบำบัดทั้ง 4 ครั้ง พบว่า การนวดไทยสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุได้ ซึ่งพบผลที่แตกต่างในกลุ่มเดียวกัน และพบผลที่แตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อีกทั้งการนวดไทยยังสามารถลดภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุได้อีกด้วย โดยพบผลที่แตกต่างในกลุ่มเดียวกัน และพบผลที่แตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ แนวบุตร (2557)<sup>[22]</sup> ได้ทำการศึกษาผลของการนวดไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และอาการปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด จำนวน 20 คน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการรักษาด้วยการนวดไทย ติดต่อกัน 3 ครั้ง ได้รับการประเมินความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และระดับความปวด ก่อน และหลังการนวดไทย 3 ครั้ง พบว่า การนวดไทยมีผลให้ระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และระดับความปวดลดลงหลังการรักษาด้วยการนวดไทย 3 ครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.01$  หลังการบำบัดผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ลดอาการปวด ทำให้เกิดความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจเช่นเดียวกับการวิจัยนี้ ซึ่งการนวดไทยนอกจากจะช่วยทำให้เลือดไหลเวียนได้ดีขึ้น ลดอาการตึงตัวของกล้ามเนื้อ

และลดอาการปวดแล้วยังส่งผลต่อจิตใจโดยการนวดกระตุ้นให้มีการหลั่ง endorphins ทำให้เกิดการผ่อนคลายทั้งร่างกาย และจิตใจ จึงช่วยลดความวิตกกังวล และความตึงเครียดได้<sup>[19]</sup> จากการศึกษาของ Tiffany Field, Maria Hernandez-reif และ Miguel Diego (2005) พบว่า การนวดมีผลทำให้ cortisol ลดลง และ serotonin กับ dopamine เพิ่มขึ้น โดย cortisol เป็นตัวแปรสำคัญที่จะเกิดขึ้นจากภาวะเครียดและอาจได้จากการมีระบบภูมิคุ้มกันที่บกพร่อง ซึ่ง cortisol เป็นผลสุดท้ายที่เกิดขึ้นจากระบบ sympathetic และจากการผลิตของ hypothalamic-pituitary-adrenal-cortical axis ซึ่งเพิ่มขึ้นภายหลังจากการอยู่ในภาวะเครียด cortisol มีผลทำลายระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งเป็นระบบที่จัดการการเซลล์มะเร็ง และไวรัส หรือเชื้อโรคต่างๆ ดังนั้นหากมี cortisol ในปริมาณมากก็จะส่งผลเสียต่อร่างกาย ซึ่ง cortisol จะลดลงได้เมื่อเกิดการผ่อนคลายหรือได้รับการบำบัดที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ได้แก่ การนวด ซึ่งมีผลในการลด cortisol หลังการนวดทันที หรือในระหว่างการติดตามผลการบำบัด serotonin เป็นสารสื่อประสาทในระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งสารสังเคราะห์ serotonin สามารถพบได้ในยารักษาอาการซึมเศร้า และยาแก้ปวด serotonin dopamine และ cortisol มีปฏิสัมพันธ์กัน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า serotonin มีผลทำให้มีการผลิต dopamine เพิ่มมากขึ้น และทำให้หยุดการผลิต cortisol ลง dopamine เป็นสารสื่อประสาทในระบบประสาทส่วนกลางเช่นกัน dopamine เหมือนกับ serotonin ที่จะมีการเพิ่มขึ้น เมื่อมีภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดที่ลดลง ซึ่งการศึกษาวิจัยนี้ได้ศึกษาผลของการนวดที่ผลต่อระดับ serotonin dopamine และ cortisol ในผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ที่อายุน้อยและมีความเครียด ผู้ที่มีความเครียดจากการทำงาน และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจากการเป็นโรคเรื้อรัง เป็นต้น โดยพบว่า เมื่อทำการนวดติดต่อกัน 20 – 30 นาที สามารถวัดผลทันทีทางชีวเคมีได้ว่า มีการลดลงของ cortisol และมีการเพิ่มขึ้นของ serotonin และ dopamine และเมื่อทำการทดสอบหลังการบำบัดเพื่อติดตามอาการ ก็ได้ผลเช่นเดียวกัน สามารถอธิบายได้จาก ผลของการสะท้อนกลับเมื่อมีการนวด ซึ่งผลทางเมคานิคทำให้เส้นเลือดฝอยขยายตัว เมื่อนวด และกดซ้ำ ๆ จะแดงกระจายทั่วไป และแดงมากขึ้นจากการขยายตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย (Arteriole) ซึ่งเกิดจากการรีเฟล็กซ์ของประสาทส่วนแอกซอน (Axon reflex mechanism) เมื่อนวดตัวไปจะมีรอยแดงเป็นแผ่น (Wheal) และเพิ่มการขยายตัวของหลอดเลือดแดงอีก นอกจากนั้นยังเป็นการกระตุ้นที่ peripheral receptor เกิดปฏิกิริยาโดยตรงของบริเวณที่ถูกนวด ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว และยังส่งกระแสประสาทไปตามเส้นประสาทขนาดใหญ่ (beta nerve fiber) ไปยังประสาทไขสันหลัง และสมอง ซึ่งสามารถยับยั้งอาการปวดได้ (Malkin K., 1994) ซึ่งความปวดจะส่งกระแสประสาทวิ่งไปตามเส้นประสาทขนาดเล็ก ผลเช่นนี้อธิบายตามทฤษฎีการควบคุมประตูรับความรู้สึก (Melzack and Wall's gate control theory)(Melkin R, 1965) การนวดสามารถเพิ่มความทนทานต่ออาการปวดได้ดีขึ้น (Carreck A., 1994) ดังนั้น แม้ว่าอาการปวดยังมีระดับคงเดิมก็จะไม่ปวดเหมือนเดิมแล้วเพราะมีความทนทานมากขึ้น นอกจากนี้ การนวดทำให้

ร่างกายผ่อนคลาย ระบบประสาทและสมองมีการทำงานลดลง จึงกระตุ้นให้มีการหลั่ง endorphins (Wook EC และ Becker PD., 1981) ช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกสบายได้อีกทางหนึ่ง และยังลดการผลิต cortisol กระตุ้นให้มีการหลั่ง serotonin กับ dopamine เพิ่มขึ้น และยังสามารถลดอาการปวดได้ โดยกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารลดปวดชนิดหนึ่งชื่อ enkephalins

การวิจัยนี้ยังพบความแตกต่างของสัญญาณชีพในกลุ่มทดลอง โดยเฉพาะความดันโลหิตและชีพจรที่มีค่าลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rukiya Pinar, Fisun Afsar (2015)<sup>[47]</sup> ได้ทำการศึกษามูลของการนวดบริเวณหลังในการลดระดับภาวะวิตกกังวล, ระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล, ความดันโลหิต, อัตราการเต้นของหัวใจ และเพิ่มคุณภาพการนอนหลับในญาติผู้ป่วยมะเร็ง โดยทำการนวดบริเวณหลัง 15 นาที/วัน ทุกวัน ติดตามผลหลังจากนวดไปแล้ว 1 สัปดาห์ พบว่า การนวดสามารถลดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล ระดับความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มคุณภาพการนอนหลับ และลดระดับภาวะวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.01$  ที่เป็นเช่นนี้ เพราะการนวดจะลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือดให้มีการไหลเวียนของเลือด และน้ำเหลืองที่ดีขึ้น ทำให้เลือดไหลเวียนในร่างกาย และไหลกลับเข้าสู่หัวใจ ได้อย่างปกติ จึงมีส่วนช่วยให้ความดันโลหิต และชีพจรอยู่ในระดับที่ปกติได้

จากการศึกษาพบว่า การศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการนวดไทยต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งการศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลองที่มีการศึกษาผลของการนวดไทยต่อระดับภาวะซึมเศร้า และระดับภาวะวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า การบำบัดด้วยการนวดไทยทั้งหมด 4 ครั้ง วันเว้นวัน สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ อีกทั้งยังสามารถลดภาวะวิตกกังวล ความดันโลหิต และชีพจรของผู้สูงอายุได้อีกด้วย และยังทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ อีกทั้งงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยที่มีการออกแบบงานวิจัย มีเกณฑ์คัดเข้า เกณฑ์คัดออก และการแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจน มีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสูตรคำนวณทางสถิติที่น่าเชื่อถือ มีการคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ และการดูแลหรือกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้รับอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งอาจส่งผลต่อผลการบำบัดได้ แต่การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งพักอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุนอกจากการบำบัด และการทำกิจกรรมแล้วควรได้รับความรัก ความเห็นอกเห็นใจจากผู้สูงอายุด้วยกัน และผู้ดูแลด้วย จึงจะเป็นการป้องกันและบรรเทาปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้

### 5.3 ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี จึงอาจไม่สามารถนำไปใช้เป็น ตัวแทนของผู้สูงอายุโดยทั้งหมดได้ และในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทราบว่า ตนเองอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม และ

ทราบว่าตนเองได้รับการบำบัดแบบใดบ้าง อีกทั้งในระหว่างการบำบัดผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีการพบปะพูดคุยกันมากขึ้น จึงอาจส่งผลต่อการประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลหลังการบำบัดได้ และประเภทของกิจกรรมการออกกำลังกายที่แตกต่างกันในแต่ละวันที่ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเข้าร่วม อาจจะมีผลต่อการประเมินระดับสัญญาณชีพของผู้เข้าร่วมงานวิจัย ดังนั้น หากมีการศึกษาวิจัยในอนาคต ควรควบคุมปัจจัยดังกล่าวด้วย

#### 5.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Application)

1. เพื่อเป็นแนวทางในการบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ด้วยการนวดไทย
2. เพื่อส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมที่ใกล้ชิดกันระหว่างผู้ดูแล และผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยการนวดไทย
3. เพื่อส่งเสริม และสนับสนุนการแพทย์แผนไทยในการดูแล บำบัด และส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

#### 5.5 ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาวิจัยนี้ทำการศึกษาวิจัยในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี หากนำผลไปอ้างอิงอาจจะต้องคำนึงถึงความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง
2. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปปรับใช้หรืออ้างอิงการบำบัดภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ในสถานที่ที่มีรูปแบบใกล้เคียงกับศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี หรือเป็นสถานที่ที่มีแพทย์แผนไทยรับผิดชอบเป็นผู้ดำเนินการบำบัดได้
3. หากมีการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต อาจเพิ่มการประเมินระดับความเจ็บปวด เพื่อจะได้ทราบว่า ผู้ที่มีอาการปวด กับ ผู้ที่ไม่มีอาการปวด หรือ ผู้ที่มีระดับความเจ็บปวดที่ต่างกัน จะมีภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลที่แตกต่างกันหรือไม่ และควรควบคุมปัจจัยที่อาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุด้วย

## รายการอ้างอิง

1. ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. เล่มที่ 2, พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2545.
2. ปราโมทย์ ประสาทกุล. โครงสร้างประชากรและการเปลี่ยนแปลง. [ออนไลน์]. 2553. แหล่งที่มา: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/Index.aspx>. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล[14 มกราคม 2559]
3. ศิริวรรณ ศิริบุญ, ชเนตตี มลิินทางกูร. ผู้สูงอายุ. [ออนไลน์]. 2551. แหล่งที่มา: [http://www.cps.chula.ac.th/cps/research\\_division/article\\_ageing/ageing\\_001.html](http://www.cps.chula.ac.th/cps/research_division/article_ageing/ageing_001.html). วิทยาลัย ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [29 ธันวาคม 2558]
4. กลุ่มสถิติประชากร สำนักสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร : บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด, 2557.
5. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ข้อเสนอมุมมองทิศทางของสังคมไทยใน ๒๐ ปีข้างหน้าตามภารกิจของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2558.
6. กองกลาง กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. รายงานการสาธารณสุขไทย. [ออนไลน์]. 2557. แหล่งที่มา: <http://www.hiso.or.th/hiso/visualize/Series.php?v=v176> [14 มกราคม 2559]
7. งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. บทบาทผู้สูงอายุต่อ สังคม ครอบครัว และชุมชน. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/soongwai/topic006.php> สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข [29 ธันวาคม 2558]
8. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ. [ออนไลน์]. 2551. แหล่งที่มา: <http://www.nesdb.go.th>. กรมพัฒนาการสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ [14 มกราคม 2559]

9. นิภาพร พุ่มซ้อน, สุธิดา สิงหสุด. วิถีชีวิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค2. ปรินญาศิลปศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการชุมชน คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2552.
10. ศิริลักษณ์ ศุภพิติพร. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์ในผู้สูงอายุ. ใน พฤติกรรมมนุษย์และความผิดปกติทางจิต, หน้า 264-275. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
11. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจ สุขภาพจิตคนไทย พ.ศ.2551-2553. [ออนไลน์]. 2553. แหล่งที่มา: <http://www.nso.go.th> [14 มกราคม 2559]
12. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย ปี 2548-2549. [ออนไลน์]. 2550. แหล่งที่มา: <http://agingthai.dms.moph.go.th/agingthai> [14 มกราคม 2559]
13. สำอางค์ พันธุ์ประทุม, ธิตีพันธ์ ธาณิรัตน์, สมสุข สมมะลวน. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคจิตเวชในผู้สูงอายุการสำรวจระดับชาติของประเทศไทยระดับชาติ ปี 2556, 2557.
14. ธัญพร พรหมจันทร์. ภาวะซึมเศร้า ความว้าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค และที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. ปรินญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2556.
15. Arking, R. Biology of Aging. New Jersey: Prentice Hall, 1991, อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. เล่มที่ 2, พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2545.
16. สุพร อภินันทเวช. ภาวะเจ็บป่วยทางกายที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยทางจิตใจ. ใน จิตเวช ศิริราช DSM-5, หน้า 445-452. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์, 2558.
17. Knapp ME. Massage. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1982, อ้างถึงใน อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, สุธีรา เอี่ยมสุภาชิต, นัยนา อภิวัฒน์พร. เอกสารความรู้ผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2556.
18. Malkin K. Use of massage in clinical practice. British Journal of Nursing, 1994. อ้างถึงใน อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, สุธีรา เอี่ยมสุภาชิต, นัยนา อภิวัฒน์พร. เอกสารความรู้ผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2556.

19. Atchison JW, Stoll ST, Gilliar WG. Manipulation traction and massage. In: Braddom RL, 1996, อ้างถึงใน อารีวรรณ กลั่นกลิน, สุธีรา เอี่ยมสุภษิต, นัยนา อภิวัฒน์ นพร. เอกสารความรู้ผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี: ชุมชมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2556.
20. ซาธิปต์ย์ เครือพานิชย์, อุไรวรรณ ชัชวาล, วิชัย อึ้งพิณิจพงศ์. ผลแบบทันทีของการนวดไทย ในการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยปวดศีรษะจากความเครียดแบบ episodic tension-type headache. ปรินญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิค การแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.
21. ปัทมา สุริต. การจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.
22. จิราภรณ์ แนวบุตร. ผลของการนวดไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และอาการ ปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดที่มารับบริการนวดแผนไทย ณ คลินิก แพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ปรินญาวิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2557.
23. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547
24. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: บริษัท วี.พรีน จำกัด, 2554.
25. สภาการแพทย์แผนไทย. พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556. [ออนไลน์]. 2556. แหล่งที่มา: <http://www.thaimed.or.th/home/index.php/laws/related-laws/pob> [เข้าถึงเมื่อ 29 ธันวาคม 2558]
26. สุชา จันทร์เอม. จิตวิทยาพัฒนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: บริษัทโรงพิมพ์ไทย วัฒนาพานิช จำกัด, 2542.
27. ดาวชมพู นาคะวิโร. พัฒนาการตลอดช่วงชีวิตมนุษย์: วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ. ใน ตำรา พฤติกรรม ศาสตร์ทางการแพทย์, หน้า 27-36. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555.
28. นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ. ภาวะซึมเศร้า. วารสาร มจร.วิชาการ ปีที่19 ฉบับที่38 (ม.ค.-มิ.ย. 2559) : 105-118.



29. กมลเนตร วรรณเสวก. ภาวะซึมเศร้า(Depression). ใน จิตเวช ศิริราช DSM-5, หน้า 169-177. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์, 2558.
30. สุวิทย์ เจริญศักดิ์, กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์. จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ใน จิตเวช ศิริราช DSM-5, หน้า 635-644. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์, 2558.
31. นริสา วงศ์พนารักษ์, สายสมร เฉลยกิตติ. ภาวะซึมเศร้า ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก ปีที่15 ฉบับที่3 (ก.ย.-ธ.ค. 2557) : 24-31.
32. สารณี ธรรมรักษา. ผลของการฝึกโปรแกรมไปโอฟิตแบริ่งร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิตกกังวล. วิทยุพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2552.
33. อาริวรรณ กลั่นกลิ่น, สุธีรา เอี่ยมสุภาจิต, นัยนา อภิวัฒน์พร. เอกสารความรู้ผู้ดำเนินการสพาเพื่อสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2556.
34. เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ. คู่มืออบรมการนวดไทยแบบราชสำนัก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสามเจริญพาณิชย์(กรุงเทพ)จำกัด, 2537.
35. ชนินทร์ ลีวานันท์. การดูแลผู้ป่วยปวดหลัง ปวดเอวด้วยการแพทย์ผสมผสาน[ออนไลน์]. กรุงเทพฯ: โรงแรมเอเชีย แอร์พอร์ต; 2549. แหล่งที่มา: <https://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Ftmri.dtam.moph.go.th%2Fknowless%2Fmessage%2520Thai.php&h=9AOESKZv8> [เข้าถึงเมื่อ 29 ธ.ค. 2558].
36. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมาฯ โรงเรียนอายุรเวท. หัตถเวชกรรมแผนไทย(นวดแบบราชสำนัก). กรุงเทพมหานคร: บริษัท พิฆเณศ พรินติ้ง เซ็นเตอร์ จำกัด, 2548.
37. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมาฯ โรงเรียนอายุรเวท. หัตถเวชกรรมแผนไทย(นวดแบบราชสำนัก) การนวดพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศุภานิชการพิมพ์, 2554.
38. ชีระพงษ์ อาญาเมือง. ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าตนเองกับความรู้และทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อการบำบัดด้วยการนวดแผนไทย ณ คลินิกแพทย์แผนไทยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี. วิทยุสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2557.
39. พวงผกา ตันกิจจานนท์. ประสิทธิผลของโปรแกรมคลายเครียดโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเอง ร่วมกับ การนวดไทยและการดัดตน เพื่อการคลายเครียดในสตรีวัยกลางคน ตำบลพระยืน อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญา

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2550.

40. อภิชาติ ลิมตียะโยธิน. คู่มืออบรมการนวดไทยแบบราชสำนัก. พิมพ์ครั้งที่ 1. มูลนิธิ การแพทย์แผนไทยพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พีเค แม็กซ์ดีไซน์ จำกัด, 2553.
41. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. เทคนิคการคลายเครียดโดยการนวด. [ออนไลน์]. 2557. แหล่งที่มา: <http://www.sorpsor.com>. [เข้าถึงเมื่อ 29 ธันวาคม 2558]
42. ภูมรินทร์ เฉลิมยุทธ. การคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะ แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
43. พัชญา คชศิริพงศ์. ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุบ้านบางแค. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวช ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553.
44. ศิริรำไพ สุวัฒน์คุปต์. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู๋ในบ้านพักของตนเองและ ผู้สูงอายุที่อยู๋ในบ้านคนชรา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555.
45. Field, T., *Massage therapy for infants and children*. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 1995. **16**(2): p. 105-111.
46. Chang, S.Y., *Effects of aroma hand massage on pain, state anxiety and depression in hospice patients with terminal cancer*. Journal of Korean Academy of Nursing, 2008. **38**(4): p. 493-502.
47. Pinar, R. and F. Afsar, *Back Massage to Decrease State Anxiety, Cortisol Level, Blood Pressure, Heart Rate and Increase Sleep Quality in Family Caregivers of Patients with Cancer: A Randomised Controlled Trial*. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2015. **16**(18): p. 8127-8133.
48. ศุภกิจ สุวรรณไตรย์. การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการนวดแบบราชสำนัก ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ คลินิกอายุรเวชแพทย์แผน ไทยประยุกต์กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2548.

49. สถาบันการแพทย์แผนไทย. การรักษาแบบองค์รวม. ใน คู่มือการดูแลผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน, หน้า 2-3. นนทบุรี: กลุ่มงานส่งเสริมบริการการแพทย์แผนไทย สถาบัน การแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2560.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ที่ จว.พิเศษ 46 /2559

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

10 กุมภาพันธ์ 2559

เรื่อง ขออนุญาตใช้ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS)

เรียน ศาสตราจารย์ นายแพทย์นิพนธ์ พวงวรินทร์

ด้วย นางสาวภัทรสุดา คลังศรี นิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเรื่อง ผลของการนวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี ซึ่งใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) ในการเก็บข้อมูล โดยมี นายแพทย์ดำรง อนิวรรณพงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ใคร่ขออนุญาตให้ นางสาวภัทรสุดา คลังศรี ใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) เพื่อประโยชน์ในการทำวิจัยเรื่องดังกล่าว

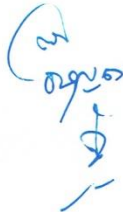
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง


ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวภัทรสุดา คลังศรี)

นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

  
ดร. อนิวรรณพงศ์  
(นพ.ดำรง อนิวรรณพงศ์)  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

  
(ผศ.นพ.สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย)  
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ / นางสาวภัทรสุดา คลังศรี  
โทร/โทรสาร 0-2256-4298 , 0-2256-4346 , โทรศัพท์นิสิต 086-3537210



สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
โทร. 02-419-7101-2 โทรสาร. 02-412-3009

ที่ ศธ. 0517.0726/

วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2559

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน หัวหน้าสาขาวิชาประสาทวิทยา

ตามที่หนังสือที่ จว.พิเศษ 46/2559 ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2559 นางสาวภัทรสุดา คลังศรี นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์จะทำวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของการนวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี” โดยมี นายแพทย์ดำรง อนิวรรณพงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ในการทำการศึกษาวิจัยนี้ กระผมอนุญาตให้ใช้ “แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) ได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดดำเนินการต่อไป

ศาสตราจารย์ นายแพทย์นิพนธ์ พวงวรินทร์

**ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**

**แบบฟอร์มขอใช้มาตรฐานวัด**

① เรียน คณบดี คณะจิตวิทยา

ข้าพเจ้า ..... นางสาว อภัทรา สุทธิกุล คีรี .....

นิสิตนักศึกษา เลขประจำตัว.....5.27.4.0.56.5.9.0.....ระดับการศึกษา ปริญญาตรี  ปริญญาโท  ปริญญาเอก

คณะ.....แพทยศาสตร์.....มหาวิทยาลัย.....จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....

อาจารย์ที่ปรึกษา.....นางนันทน์ ภาณุสิน สนิทรรณพงษ์.....

อาจารย์ คณะ.....มหาวิทยาลัย.....

ผู้สนใจ หน่วยงาน.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....19/1201.....ถนน.....อาคารรัตนฤทัยแม่เหล็ก.....ซอย.....-.....ตำบล/แขวง.....บางเขน.....

อำเภอ/เขต.....เมือง.....จังหวัด.....นนทบุรี.....รหัสไปรษณีย์.....11000.....

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....086-2527210.....อีเมล.....phattarasuda.1991@gmail.com.....

มีความประสงค์จะขอใช้มาตรฐานวัด.....

ชื่อมาตรฐาน.....แบบวัดทัศนคติทางสังคมสัมพันธ์ (STAI Form Y-2).....ชื่อผู้พัฒนามาตรฐานวัด.....ศาสตราจารย์ ดร. สนิทรรณพงษ์.....

จากวิทยานิพนธ์/งานวิจัยเรื่อง.....-.....

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาของผู้พัฒนามาตรฐานวัด (ในกรณีที่มาจากวิทยานิพนธ์ โปรดระบุชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ของผู้พัฒนามาตรฐานวัด).....-.....ปี พ.ศ. ....-.....

วัตถุประสงค์ของการใช้งาน  โครงการทางจิตวิทยา  การวิจัย  วิทยานิพนธ์

การเรียนการสอน  อื่น ๆ โปรดระบุ.....-.....


จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ลงนามผู้ขอใช้มาตรฐานวัด.....อภัทรา คีรี.....

วันที่.....9...../.....ก.พ....../.....2559.....

<p>② อาจารย์ที่ปรึกษาของผู้ขอใช้มาตรฐานวัด (ในกรณีผู้ขอใช้มาตรฐานวัดเป็นนิสิตนักศึกษา)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม.....<u>ส.พ. อภิวัฒน์ พลกุล</u>.....</p> <p>วันที่.....<u>9</u>...../.....<u>ก.พ.</u>...../.....<u>2559</u>.....</p>	<p>③ ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยาตรวจสอบ</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรดำเนินการ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สมควรดำเนินการ เพราะ.....</p> <p>ลงนาม.....</p> <p>วันที่...../...../.....</p>
<p>④ อาจารย์ที่ปรึกษาของผู้พัฒนามาตรฐานวัด (ในกรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์) / เจ้าของผลงาน (ในกรณีที่เป็นงานวิจัย)</p> <p><input type="checkbox"/> อนุญาต</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่อนุญาต เพราะ.....</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม.....</p> <p>วันที่...../...../.....</p>	<p>⑤ คณบดี คณะจิตวิทยา</p> <p><input type="checkbox"/> อนุมัติ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ</p> <p>ลงนาม.....</p> <p>วันที่...../...../.....</p>

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
--	---

การวิจัยเรื่อง ผลของการนวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบาง  
ละมุง จังหวัดชลบุรี

วันที่ทำคำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ที่อยู่

.....ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสาร  
ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย  
โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วย  
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก  
ผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย  
รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลา และโอกาสเพียงพอในการ  
ซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ  
ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่  
เสียค่าใช้จ่าย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วม  
การวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรค หรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป


ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจาก  
ข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและ  
ประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลง  
ที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากนี้ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และ  
ต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้สิทธิใน  
การใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่าน  
กระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และ  
การรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคต หรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์  
เท่านั้น



 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
--	---


ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม  
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบ และมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย  
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน  
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant) (กลุ่มทดลอง)</p>
--	--

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของการนวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี

**ผู้สนับสนุนการวิจัย** ไม่มี

**ผู้ทำวิจัย**

ชื่อ นางสาวภัทรสุดา คลังศรี  
ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพ  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
เบอร์โทรศัพท์ โทร 0-22564298, 0-22564346, 0-863537210

**แพทย์ผู้ร่วมในโครงการวิจัย(อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์)**

ชื่อ นายแพทย์ดารุจ อนิวรรณพงษ์  
ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพ  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
เบอร์โทรศัพท์ โทร 0-22564298, 0-22564346, 0-894416627

**เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านมีภาวะซึมเศร้า และเป็นผู้มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา และพักอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถาม และให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

**เหตุผลความเป็นมา**

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตหลักของผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย และจิตใจ โดยเฉพาะในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงการเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการใช้ชีวิตอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ การศึกษาถึงผลของการนวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี จะช่วยในการบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และเป็นการส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมที่ใกล้ชิดกันระหว่างผู้ดูแล และผู้สูงอายุ รวมถึงเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยในการบำบัด และฟื้นฟูสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมต่อไป


**วัตถุประสงค์ของการศึกษา**

เพื่อศึกษาผลของการนวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี โดยเปรียบเทียบผลของการนวดไทยก่อน และหลังการบำบัด และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

โดยจำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย จำนวน 34 คน

**วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย**

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก ผู้วิจัยจะทำการชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแก่ท่านอย่างละเอียด ท่านจะต้องทำแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย จำนวน 30

 <p style="text-align: center;"><b>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</b> (Information sheet for research participant) (กลุ่มทดลอง)</p>
---	---

ชื่อ แบบประเมินภาวะวิตกกังวล จำนวน 20 ข้อ และได้รับการตรวจประเมินสัญญาณชีพ ร่วมกับการประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล โดยใช้มาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล

ท่านจะได้รับการบำบัดติดต่อกันทั้งหมด 4 ครั้ง ในวันจันทร์, พุธ, ศุกร์ และจันทร์ ด้วยวิธีการนวดไทยแบบราชสำนัก และประคบสมุนไพรไทย โดยผู้วิจัย คือ นางสาวภัทรสุดา คลังศรี เป็นผู้ให้การบำบัดด้วยวิธีการนวดไทยแบบราชสำนัก และประคบสมุนไพรไทย และเจ้าหน้าที่ของศูนย์ฯ ซึ่งเป็นนักสังคมสงเคราะห์ เป็นผู้ให้การบำบัดด้วยกิจกรรมผ่อนคลายของทางศูนย์ฯ ได้แก่ กิจกรรมอาชีวบำบัด เช่น ถักโครเชต์ กิจกรรมออกกำลังกาย เช่น โยเก็ก กายบริหาร กิจกรรมนันทนาการ เช่น ร้องเพลง และกิจกรรมศิลปะบำบัด

ครั้งที่ 1 ท่านจะต้องทำแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และข้อมูลส่วนบุคคล, แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินภาวะวิตกกังวล ได้รับการตรวจประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ด้วยมาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล จากผู้วิจัย จากนั้นรับการบำบัด กิจกรรมผ่อนคลายของศูนย์ฯ จากเจ้าหน้าที่ของศูนย์ฯ และการนวดไทยแบบราชสำนัก ประคบสมุนไพรไทย จากผู้วิจัย หลังจากการบำบัดท่านจะได้รับการตรวจประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ด้วยมาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล จากผู้วิจัย ซึ่งใช้เวลาประมาณ 75 นาที โดยแบ่งเป็นเวลาในการทำกิจกรรมผ่อนคลายของศูนย์ฯ และตรวจประเมินสัญญาณชีพ 30 นาที การนวดไทยแบบราชสำนัก ประคบสมุนไพรไทย และตรวจประเมินสัญญาณชีพ 30 นาที และการทำแบบประเมิน 15 นาที

ครั้งที่ 2 และ 3 ท่านจะได้รับการตรวจประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ด้วยมาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล จากผู้วิจัย จากนั้นรับการบำบัดต่อเนื่องเหมือนครั้งที่ 1 จากผู้วิจัย และเจ้าหน้าที่ของศูนย์ฯ หลังจากการบำบัดท่านจะได้รับการตรวจประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ด้วยมาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล จากผู้วิจัย ซึ่งใช้เวลาประมาณ 70 นาที โดยแบ่งเป็นเวลาในการทำกิจกรรมผ่อนคลายของศูนย์ฯ และตรวจประเมินสัญญาณชีพ 30 นาที การนวดไทยแบบราชสำนัก ประคบสมุนไพรไทย และตรวจประเมินสัญญาณชีพ 30 นาที และประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล 10 นาที

ครั้งที่ 4 ท่านได้รับการตรวจประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ด้วยมาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล จากผู้วิจัย จากนั้นรับการบำบัดต่อเนื่องเหมือนครั้งที่ 1, 2 และ 3 จากผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ของศูนย์ฯ หลังจากการบำบัดท่านจะได้รับการตรวจประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ด้วยมาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล จากผู้วิจัย และท่านจะต้องทำแบบสอบถาม ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินภาวะวิตกกังวล ซึ่งใช้เวลาประมาณ 75 นาที โดยแบ่งเป็นเวลาในการทำกิจกรรมผ่อนคลายของศูนย์ฯ และตรวจประเมินสัญญาณชีพ 30 นาที การนวดไทยแบบราชสำนัก ประคบสมุนไพรไทย และตรวจประเมินสัญญาณชีพ 30 นาที และการทำแบบประเมิน 15 นาที

ท่านมีสิทธิไม่ตอบคำถามใด ๆ ที่ท่านไม่ต้องการตอบในแบบประเมิน และมาพบผู้วิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยทั้งสิ้น 4 ครั้ง โดยผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัยของท่าน และหากท่านรู้สึกไม่สบายใจจากการนวด ขอให้ท่านแจ้งผู้วิจัย เพื่อทำการหยุดนวดได้ทันที


**โปรแกรมการนวดไทย (Intervention)** การนวดไทยแบบราชสำนัก อ้างอิงวิธีการบำบัดตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยประยุกต์ขั้นตอนการบำบัดจากการนวดคลายเครียด อ้างอิงจากกรมสุขภาพจิต ซึ่งทำการรักษาโดยแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่มีใบประกอบโรคศิลปะแพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งก็คือ ผู้วิจัย นางสาวภัทรสุดา คลังศรี ประกอบด้วย

- นวดแผนไทย(กดจุดแบบราชสำนัก) 20 นาที
- ประคบสมุนไพรไทย 10 นาที

โดยผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัยของท่าน

#### **ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

 <p style="text-align: center;"><b>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</b> (Information sheet for research participant) (กลุ่มทดลอง)</p>
---	---

#### ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้มีเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลา หรือไม่สะดวกระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย และอาจมีรอยแดงที่ผิวหนังจากการนวดไทย และประคบสมุนไพรไทย ซึ่งผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากงานวิจัยได้

กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่พบอาการดังกล่าวข้างต้น หรืออาการอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย ระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัย ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว ท่านสามารถรายงานผู้วิจัยได้ที่ 0-863537210

#### ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้น หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

#### ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้อาจจะทำให้ท่านมีสุขภาพที่ดีขึ้น หรืออาจจะทำให้ระดับภาวะซึมเศร้าลดลง ความรุนแรงลง แต่ไม่ได้รับรองว่าสุขภาพของท่านจะต้องดีขึ้นหรือระดับของภาวะซึมเศร้าจะลดลงอย่างแน่นอน

#### วิธีการ และรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาอื่น ๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

#### ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย


ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- ขอให้ท่านงดการบำบัดด้วยวิธีอื่น ในระหว่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัย เช่น การนวดตัวเอง หรือให้ผู้อื่นนวดให้ การทำกายภาพบำบัด การฝังเข็ม เป็นต้น
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบทันที หากท่านได้รับการบำบัดด้วยวิธีอื่น นอกเหนือจากการบำบัดที่ใช้ในการศึกษาตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย

#### อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย และความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้ร่วมทำวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทั้งผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้ร่วมทำวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้ละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวภัทรสุดา คลังศรี เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 0-22564298, 0-22564346, 0-863537210 หรือผู้ร่วมทำวิจัยคือ นายแพทย์ดารุจ อภิวรรณพงษ์ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 0-22564298, 0-22564346, 0-894416627 สามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant) (กลุ่มทดลอง)</p>
--	--

#### ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ตลอดระยะเวลาการทำวิจัย

#### ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ท่านจะได้รับยาหม่องน้ำสมุนไพร ยาตมสมุนไพร และน้ำสมุนไพรหลังจากที่ท่านเข้าร่วมการวิจัยในแต่ละครั้ง

#### การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ที่วิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือในกรณีดังต่อไปนี้

- ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถร่วมทำการวิจัยได้ครบตามเวลา เนื่องจากเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ระหว่างทำการวิจัย ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้เข้าร่วมวิจัยได้ หรือมีเหตุจำเป็นทางด้านการรักษาของแพทย์

- ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

#### การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อ และที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวภัทรสุดา คลังศรี ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกกษณาการกรุงเทพฯ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330


หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

#### สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับการทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบอาการแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่


 <p style="text-align: center;"><b>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</b> (Information sheet for research participant) (กลุ่มทดลอง)</p>
---	---

10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการขจัดเขยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการตึกชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้  
นางสาวภัทรสุดา คลังศรี ผู้ทำวิจัย  
นายแพทย์ดารุจ อันวรรัตนพงศ์ ผู้ร่วมทำวิจัย

.....

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant) (กลุ่มควบคุม)</p>
--	---

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของการนวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี

**ผู้สนับสนุนการวิจัย** ไม่มี

**ผู้ทำวิจัย**

ชื่อ นางสาวภัทรสุดา คลังศรี  
ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพ  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
เบอร์โทรศัพท์ โทร 0-22564298, 0-22564346, 0-863537210

**แพทย์ผู้ร่วมในโครงการวิจัย(อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์)**

ชื่อ นายแพทย์ดารุจ อนิวรรณพงษ์  
ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพ  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
เบอร์โทรศัพท์ โทร 0-22564298, 0-22564346, 0-894416627

**เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านมีภาวะซึมเศร้า และเป็นผู้มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา และพักอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถาม และให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

**เหตุผลความเป็นมา**

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตหลักของผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย และจิตใจ โดยเฉพาะในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงการเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการใช้ชีวิตอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ การศึกษาถึงผลของการนวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี จะช่วยในการบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และเป็นการส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมที่ใกล้ชิดกันระหว่างผู้ดูแล และผู้สูงอายุ รวมถึงเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยในการบำบัด และฟื้นฟูสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมต่อไป


**วัตถุประสงค์ของการศึกษา**

เพื่อศึกษาผลของการนวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี โดยเปรียบเทียบผลของการนวดไทยก่อน และหลังการบำบัด และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

โดยจำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย จำนวน 34 คน

**วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย**

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก ผู้วิจัยจะทำการชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแก่ท่านอย่างละเอียด ท่านจะต้องทำแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย จำนวน 30

 <p style="text-align: center;"><b>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</b> (Information sheet for research participant) (กลุ่มควบคุม)</p>
---	--

ข้อ แบบประเมินภาวะวิตกกังวล จำนวน 20 ข้อ และได้รับการตรวจประเมินสัญญาณชีพ ร่วมกับการประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล โดยใช้มาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล

ท่านจะได้รับการบำบัดติดต่อกันทั้งหมด 4 ครั้ง ในวันจันทร์, พุธ, ศุกร์ และจันทร์ ด้วยกิจกรรมผ่อนคลายของทาง ศูนย์ฯ ได้แก่ กิจกรรมอาชีวบำบัด เช่น ถักโครเชต์ กิจกรรมออกกำลังกาย เช่น โยคะ ภายบริหาร กิจกรรมนันทนาการ เช่น ร้องเพลง และกิจกรรมศิลปะบำบัด โดยมีเจ้าหน้าที่ของศูนย์ฯ ซึ่งเป็นนักสังคมสงเคราะห์ เป็นผู้ให้การบำบัด

ครั้งที่ 1 ท่านจะต้องทำแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และข้อมูลส่วนบุคคล, แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินภาวะวิตกกังวล ได้รับการตรวจประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ด้วยมาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล จากผู้วิจัย จากนั้นรับการบำบัด ด้วยกิจกรรมผ่อนคลายของศูนย์ฯ จากเจ้าหน้าที่ของศูนย์ฯ หลังจากการบำบัดท่านจะได้รับการตรวจประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ด้วยมาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล จากผู้วิจัย ซึ่งใช้เวลาประมาณ 45 นาที โดยแบ่งเป็นเวลาในการทำกิจกรรมผ่อนคลายของศูนย์ฯ และตรวจประเมินสัญญาณชีพ 30 นาที และการทำแบบประเมิน 15 นาที

ครั้งที่ 2 และ 3 ท่านจะได้รับการตรวจประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ด้วยมาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล จากผู้วิจัย จากนั้นรับการบำบัดต่อเนื่องเหมือนครั้งที่ 1 จากเจ้าหน้าที่ของศูนย์ฯ หลังจากการบำบัดท่านจะได้รับการตรวจประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ด้วยมาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล จากผู้วิจัย ซึ่งใช้เวลาประมาณ 40 นาที โดยแบ่งเป็นเวลาในการทำกิจกรรมผ่อนคลายของศูนย์ฯ และตรวจประเมินสัญญาณชีพ 30 นาที และประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล 10 นาที

ครั้งที่ 4 ท่านได้รับการตรวจประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ด้วยมาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล จากผู้วิจัย จากนั้นรับการบำบัดต่อเนื่องเหมือนครั้งที่ 1, 2 และ 3 จากเจ้าหน้าที่ของศูนย์ฯ หลังจากการบำบัดท่านจะได้รับการตรวจประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ด้วยมาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล จากผู้วิจัย และท่านจะต้องทำแบบสอบถาม ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินภาวะวิตกกังวล ซึ่งใช้เวลาประมาณ 45 นาที โดยแบ่งเป็นเวลาในการทำกิจกรรมผ่อนคลายของศูนย์ฯ และตรวจประเมินสัญญาณชีพ 30 นาที และการทำแบบประเมิน 15 นาที

ท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามใด ๆ ที่ท่านไม่ต้องการตอบในแบบประเมิน และมาพบผู้วิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยทั้งสิ้น 4 ครั้ง โดยผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัยของท่าน

#### **ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

#### **ความเสี่ยงที่อาจได้รับ**


ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้มีเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลา หรือไม่สะดวกระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากงานวิจัยได้

กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว ท่านสามารถรายงานผู้วิจัยได้ที่ 0-863537210

#### **ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน**

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้น หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา



 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant) (กลุ่มควบคุม)</p>
--	---

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ที่วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

#### ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้อาจทำให้ท่านมีสุขภาพที่ดีขึ้น หรืออาจทำให้ระดับภาวะซึมเศร้าลดความรุนแรงลง แต่ไม่ได้รับรองว่าสุขภาพของท่านจะต้องดีขึ้นหรือระดับของภาวะซึมเศร้าจะลดลงอย่างแน่นอน

#### วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาอื่น ๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

#### ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้วิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- ขอให้ท่านงดการบำบัดด้วยวิธีอื่น ในระหว่างที่ท่านร่วมโครงการวิจัย เช่น การนวดตัวเอง หรือให้ผู้อื่นนวดให้ การทำกายภาพบำบัด การฝังเข็ม เป็นต้น
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้วิจัยทราบทันที หากท่านได้รับการบำบัดด้วยวิธีอื่น นอกเหนือจากการบำบัดที่ใช้ในการศึกษาตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย

#### อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้ร่วมทำวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้วิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้ร่วมทำวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้ละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวภัทรสุดา คลังศรี เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 0-22564298, 0-22564346, 0-863537210 หรือผู้ร่วมทำวิจัยคือ นายแพทย์ดารุจ อนิวรรณพงศ์ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 0-22564298, 0-22564346, 0-894416627 สามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง

#### ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ตลอดระยะเวลาการทำวิจัย

#### ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย


ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ท่านจะได้รับยาหม่องน้ำสมุนไพร ยาดมสมุนไพร และน้ำสมุนไพรหลังจากที่ท่านเข้าร่วมการวิจัยในแต่ละครั้ง

#### การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือในกรณีดังต่อไปนี้

- ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถร่วมทำการวิจัยได้ครบตามเวลา เนื่องจากเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ระหว่างทำการวิจัย ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้เข้าร่วมวิจัยได้ หรือมีเหตุจำเป็นทางด้านการรักษาของแพทย์

 <p style="text-align: center;"><b>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</b> (Information sheet for research participant) (กลุ่มควบคุม)</p>
---	--

- ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

#### **การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร**

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวภัทรสุดา คลังศรี ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกชนาครุ กรุงเทพฯ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330


หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

#### **สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบอาการแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้สิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant) (กลุ่มควบคุม)</p>
--	---

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้  
นางสาวภัทรสุดา คลังศรี ผู้ทำวิจัย  
นายแพทย์ดำรง อนิวรรณพงศ์ ผู้ร่วมทำวิจัย

.....

## แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ผลของการรณรงค์ไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่เก็บข้อมูล..... / ..... / 2559

## ส่วนที่1 แบบสอบถามทั่วไป และข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ลงใน  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี

2. เพศ

ชาย <sub>1</sub>

หญิง <sub>2</sub>

3. สถานภาพสมรส

โสด <sub>1</sub>

แต่งงาน/อยู่ด้วยกันฉันสามีภรรยา <sub>2</sub>

หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต) <sub>3</sub>

หย่าร้าง <sub>4</sub>

แยกกันอยู่ <sub>5</sub>

4. ท่านมีบุตรหรือไม่ (ทั้งบุตรแท้และบุตรบุญธรรม)

ไม่มี <sub>1</sub>

มี <sub>2</sub> จำนวน.....คน

5. วุฒิการศึกษา

ไม่ได้เรียน <sub>1</sub>

ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า <sub>2</sub>

มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า <sub>3</sub>

อาชีวศึกษาหรือเทียบเท่า <sub>4</sub>

ปริญญาตรี <sub>5</sub>

สูงกว่าปริญญาตรี <sub>6</sub>



10. ท่านเคยใช้ยาเสพติดก่อนเข้ามาพักที่ศูนย์ฯหรือไม่

ไม่ใช้ <sub>1</sub>                      ใช้ <sub>2</sub> (โปรดระบุ).....

11. ระยะเวลาที่พักอยู่ที่ศูนย์ฯ.....ปี.....เดือน

12. ก่อนที่ท่านจะเข้ามาพักที่ศูนย์ฯท่านอาศัยอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

คนเดียว <sub>1</sub>  
 สามี / ภรรยา <sub>2</sub>  
 ลูก / หลาน <sub>3</sub>  
 พี่น้อง /ญาติ <sub>4</sub>  
 อื่นๆ <sub>5</sub> (โปรดระบุ).....

13. ท่านเข้ามาพักที่ศูนย์ฯเนื่องจากสาเหตุใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ตัดสินใจเข้าพักด้วยตนเอง <sub>1</sub>  
 ขาดการดูแลเอาใจใส่ <sub>2</sub>  
 ไม่ต้องการเป็นภาระให้ลูกหลาน <sub>3</sub>  
 ขาดคนอุปการะดูแล <sub>4</sub>  
 ถูกผลักดันให้เข้ามาอยู่ในศูนย์ฯ <sub>5</sub>  
 มีปัญหาทางการเงิน <sub>6</sub>  
 อื่นๆ <sub>7</sub> (โปรดระบุ).....

14. ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาผู้ใดมาเยี่ยมท่านที่ศูนย์บ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ไม่มี <sub>1</sub>
- สามี / ภรรยา <sub>2</sub>
- ลูก / หลาน <sub>3</sub>
- พี่น้อง /ญาติ <sub>4</sub>
- เพื่อน / คนรู้จัก <sub>5</sub>
- อื่นๆ <sub>6</sub> (โปรดระบุ).....

15. ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านเข้าร่วมกิจกรรมใดของศูนย์บ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ไม่ได้เข้าร่วม <sub>1</sub>
- ด้านการออกกำลังกาย (ไทเก๊ก) <sub>2</sub> จำนวน..... ครั้ง/สัปดาห์
- ด้านอาชีพบำบัด (งานประดิษฐ์) <sub>3</sub> จำนวน..... ครั้ง/สัปดาห์
- ด้านนันทนาการ (วันปีใหม่/สงกรานต์) <sub>4</sub> จำนวน..... ครั้ง/สัปดาห์
- ด้านศาสนา (สวดมนต์/นั่งสมาธิ) <sub>5</sub> จำนวน..... ครั้ง/สัปดาห์
- อื่นๆ (โปรดระบุ)..... <sub>6</sub> จำนวน..... ครั้ง/สัปดาห์

16. ท่านมีความพึงพอใจต่อศูนย์โดยรวมทุกด้านมากน้อยเพียงใด

- น้อยมาก <sub>1</sub>
- น้อย <sub>2</sub>
- ปานกลาง <sub>3</sub>
- มาก <sub>4</sub>
- มากที่สุด <sub>5</sub>

## 17. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับสมาชิกท่านอื่น

เข้ากันได้ดี <sub>1</sub>

ทะเลาะกันบ้างนานๆครั้ง <sub>2</sub>

ทะเลาะกันเป็นประจำ แต่ไม่รุนแรง <sub>3</sub>

ทะเลาะกันรุนแรงเป็นประจำ <sub>4</sub>

ไม่ค่อยได้พูดคุยกันมากนัก <sub>5</sub>

## 18. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับผู้ดูแลประจำของท่าน

เข้ากันได้ดี <sub>1</sub>

ทะเลาะกันบ้างนานๆครั้ง <sub>2</sub>

ทะเลาะกันเป็นประจำ แต่ไม่รุนแรง <sub>3</sub>

ทะเลาะกันรุนแรงเป็นประจำ <sub>4</sub>

ไม่ค่อยได้พูดคุยกันมากนัก <sub>5</sub>



## แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ผลของการรวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่เก็บข้อมูล..... /...../2559

ส่วนที่3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS)

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่
1. ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้		
2. ท่านไม่ยอมทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ		
3. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร		
4. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ		
5. ท่านหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันข้างหน้า		
6. ท่านมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้		
7. ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอารมณ์ดี		
8. ท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับท่าน		
9. ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกมีความสุข		
10. บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่ง		
11. ท่านรู้สึกกระวน กระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ		
12. ท่านชอบอยู่ที่บ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน		
13. บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า		
14. ท่านคิดว่าความจำของท่านไม่ดีเท่าคนอื่น		
15. การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้ เป็นเรื่องน่ายินดีหรือไม่		
16. ท่านรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อยๆ		
17. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านไม่ค่อยมีคุณค่า		
18. ท่านรู้สึกกังวลมากกว่าชีวิตที่ผ่านมา		
19. ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก		
20. ท่านรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ๆ		
21. ท่านรู้สึกกระตือรือร้น		
22. ท่านรู้สึกสิ้นหวัง		
23. ท่านคิดว่าคนอื่นดีกว่าท่าน		
24. ท่านอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็กๆน้อยๆอยู่เสมอ		
25. ท่านรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ		
26. ท่านมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน		

2

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่
27. ท่านรู้สึกสดชื่น ในเวลาดึนนอนตอนเช้า		
28. ท่านไม่ค่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น		
29. ท่านตัดสินใจอะไรได้เร็ว		
30. ท่านมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน		

## แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ผลของการรณรงค์ไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่เก็บข้อมูล..... / ...../2559

## ส่วนที่2 แบบประเมินภาวะวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory : STAI)

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่อยู่ทางด้านขวาของข้อความ เพื่อพิจารณาว่า โดยทั่วไป ท่านรู้สึกอย่างไร ข้อความเหล่านี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ดังนั้นโปรดเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าบรรยายตัวท่านได้ดีที่สุด

โดยทั่วไป	เกือบไม่มีเลย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกือบตลอดเวลา
1. ท่านเป็นคนน่าคบ				
2. ท่านรู้สึกประหม่าและตื่นตัวง่าย				
3. ท่านรู้สึกพึงพอใจในตนเอง				
4. ท่านปรารถนาให้ตนเองมีความสุข				
5. ท่านรู้สึกเหมือนเป็นคนล้มเหลว				
6. ท่านรู้สึกว่าได้พักผ่อน				
7. ท่านเป็นคนสงบ ใจเย็น และมีสติ				
8. ท่านรู้สึกว่าปัญหามีมากขึ้นทุกวันจนจะสู้ไม่ไหวแล้ว				
9. ท่านกังวลมากเกินไปในสิ่งที่จริงๆแล้วดูไร้สาระ				
10. ท่านเป็นคนมีความสุข				
11. ท่านมีความคิดที่ทำให้ตนเองไม่สบายใจ				
12. ท่านขาดความเชื่อมั่นในตนเอง				
13. ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัย				
14. ท่านเป็นคนที่สามารถตัดสินใจได้ง่าย				
15. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถไม่เพียงพอในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น				
16. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับชีวิตตนเอง				
17. ท่านรู้สึกวิตกกังวลที่ตนเองมีความคิดที่ไร้สาระ				
18. ท่านไม่ลืมความผิดพลาดของตนเอง และสามารถสลัดออกไปได้				
19. ท่านเป็นคนเสมอต้นเสมอปลาย				
20. เมื่อคิดถึงสิ่งที่ท่านเป็นห่วง ทำให้ท่านเครียดและว้าวุ่นใจ				

## แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ผลของการนวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่เก็บข้อมูล..... /...../2559

ส่วนที่4 แบบบันทึกสัญญาณชีพ (Vital sign) มาตรฐานวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรฐานวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS)

## ก่อนการบำบัด

## สัญญาณชีพ (Vital sign)

ความดันโลหิต (Blood pressure).....

ชีพจร (Pulse rate).....

อัตราการหายใจ (Respiratory rate).....

อุณหภูมิร่างกาย (Temperature).....

## มาตรฐานวัดภาวะซึมเศร้า (visual analogue scales : VAS)



ไม่มีความซึมเศร้า

มีความซึมเศร้ามากที่สุด

## มาตรฐานวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS)



ไม่มีความวิตกกังวล

มีความวิตกกังวลมากที่สุด

## หลังการบำบัด

## สัญญาณชีพ (Vital sign)

ความดันโลหิต (Blood pressure).....

ชีพจร (Pulse rate).....

อัตราการหายใจ (Respiratory rate).....

อุณหภูมิร่างกาย (Temperature).....

## มาตรฐานวัดภาวะซึมเศร้า (visual analogue scales : VAS)



ไม่มีความซึมเศร้า

มีความซึมเศร้ามากที่สุด

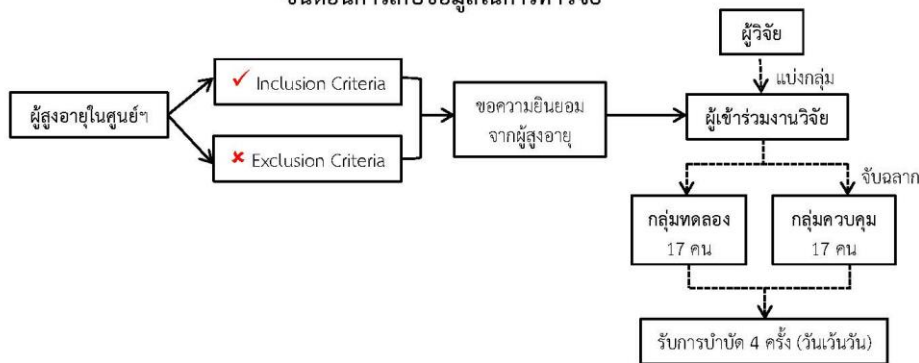
## มาตรฐานวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS)



ไม่มีความวิตกกังวล

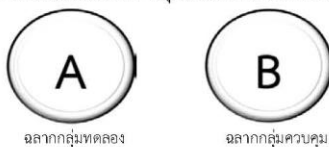
มีความวิตกกังวลมากที่สุด

ขั้นตอนการเก็บข้อมูลในการทำวิจัย



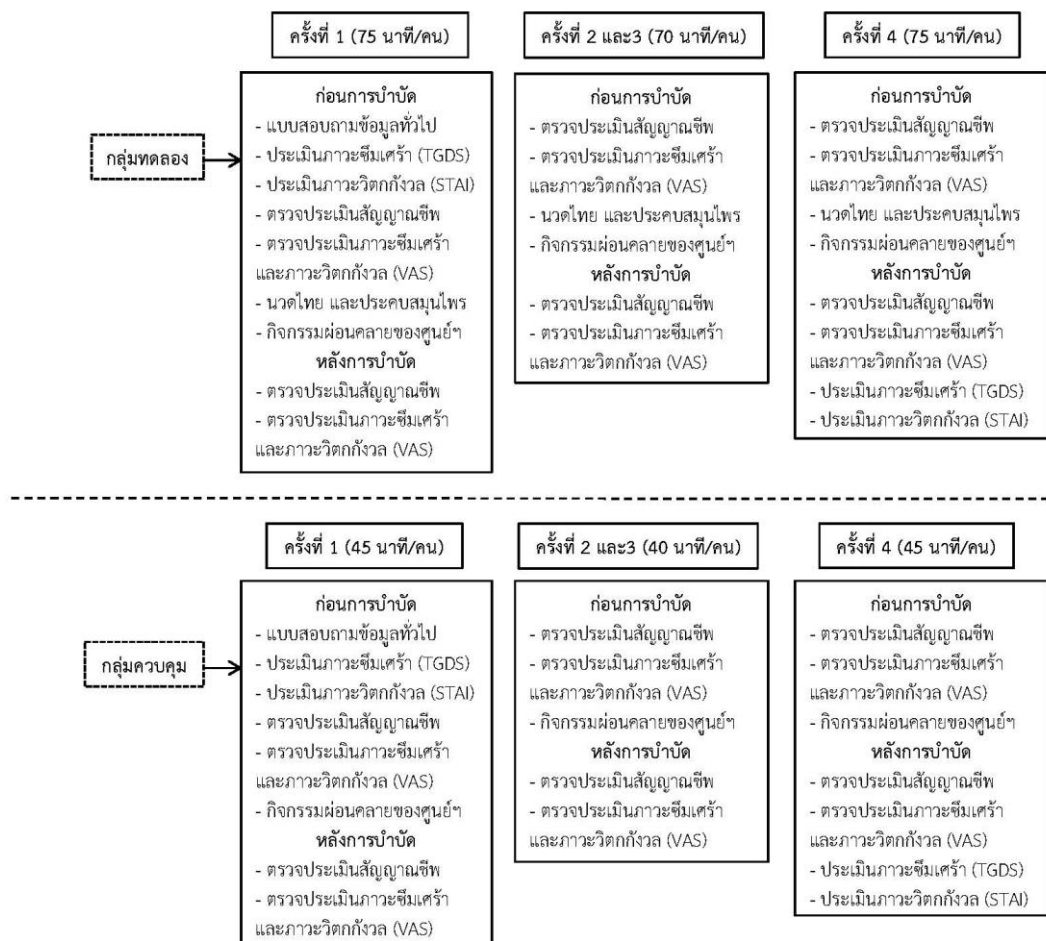
ขั้นตอนการเก็บข้อมูล (ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง)

- คัดเลือกประชากรตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งพักอาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี ที่มีคุณสมบัติตาม เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และไม่มีคุณสมบัติตาม เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) และขอความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยจากผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก โดยผู้วิจัยทำการอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดในงานวิจัย และให้เวลาผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้ใช้เวลาในการไตร่ตรองก่อนที่จะลงนามอย่างอิสระ
- ผู้วิจัยแบ่งผู้เข้าร่วมงานวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยวิธีจับฉลาก (ใช้การสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็น ประเภทการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย simple random sampling)



วิธีการจับฉลาก ประกอบด้วยฉลากที่ทำเป็นวงกลมทั้งหมด 34 อัน แบ่งเป็น ฉลากที่มีตัวอักษร “A” 17 อัน สำหรับกลุ่มทดลอง และฉลากที่มีตัวอักษร “B” 17 อัน สำหรับกลุ่มควบคุม ซึ่งแบ่งจำนวนของฉลากตามการคำนวณของขนาดกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้เข้าร่วมงานวิจัยลงนามที่เข้าร่วมงานวิจัยแล้ว ต่อมาจะทำการจับฉลากเพื่อจัดผู้เข้าร่วมงานวิจัยเข้ากลุ่ม โดยผู้เข้าร่วมงานวิจัย 1 คน สามารถจับฉลากได้ 1 ครั้ง และฉลากที่ผู้เข้าร่วมงานวิจัยจับออกมาแล้วนั้น จะไม่นำกลับเข้าไปรวมกับฉลากอันอื่นๆ เมื่อผู้เข้าร่วมงานวิจัยจับฉลากเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะทำการอธิบายขั้นตอนงานวิจัยของแต่ละกลุ่มอีกครั้งอย่างละเอียด

3. ผู้ที่เข้าร่วมงานวิจัยรับการบำบัด ติดต่อกัน 4 ครั้ง ในวันจันทร์, พุธ, ศุกร์ และจันทร์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้การบำบัดด้วยการนวดไทย แบบราชสำนัก และประคบสมุนไพรไทย และเจ้าหน้าที่ของศูนย์ฯ ซึ่งเป็นนักสังคมสงเคราะห์ เป็นผู้ให้การบำบัดด้วยกิจกรรมผ่อนคลายของทางศูนย์ฯ ได้แก่ กิจกรรมอาชีวบำบัด เช่น ถักโครเชต์ กิจกรรมออกกำลังกาย เช่น ไทเก๊ก กายบริหาร กิจกรรมนันทนาการ เช่น ร้องเพลง และกิจกรรมศิลปะบำบัด เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์สำหรับนำมาคิดคำนวณทางสถิติ วิเคราะห์ และอภิปรายผลต่อไป



**ครั้งที่ 1** ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับการทำแบบสอบถาม และให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทำแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และข้อมูลส่วนบุคคล, แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินภาวะวิตกกังวล รับการตรวจประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ด้วยมาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS) จากผู้วิจัย จากนั้นรับการบำบัด จากผู้วิจัย และเจ้าหน้าที่ของศูนย์ฯ โดยทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมรับการบำบัดด้วยกิจกรรมผ่อนคลายของศูนย์ฯ แต่ในกลุ่มทดลองเพิ่มการบำบัดด้วยการนวดไทย และประคบสมุนไพรไทย จากผู้วิจัย หลังการบำบัดผู้เข้าร่วมงานวิจัยรับการตรวจประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ด้วยมาตรวัดภาวะซึมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS) จากผู้วิจัย กลุ่มควบคุมใช้เวลาประมาณ 45 นาทีต่อคน ส่วนกลุ่มทดลองใช้เวลาประมาณ 75 นาทีต่อคน โดยแบ่งเป็นเวลาในการทำกิจกรรมผ่อนคลายของศูนย์ฯ และตรวจประเมินสัญญาณชีพ 30 นาที การนวดไทย

แบบราชสำนัก ประคบบสนุไพรไทย และตรวจประเมินสัญญาณชีพ 30 นาที และการทำแบบประเมิน 15 นาที

**ครั้งที่ 2 และ 3** ผู้เข้าร่วมงานวิจัยรับการตรวจประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะซีมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ด้วยมาตรวัดภาวะซีมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS) จากผู้วิจัย จากนั้นรับการบำบัดต่อเนื่องเหมือนครั้งที่ 1 จากผู้วิจัย และเจ้าหน้าที่ของศูนย์ฯ หลังการบำบัดผู้เข้าร่วมงานวิจัยรับการตรวจประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะซีมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ด้วยมาตรวัดภาวะซีมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS) จากผู้วิจัย กลุ่มควบคุมใช้เวลาประมาณ 40 นาทีต่อคน ส่วนกลุ่มทดลองใช้เวลาประมาณ 70 นาทีต่อคน โดยแบ่งเป็นเวลาในการทำกิจกรรมผ่อนคลายของศูนย์ฯ และตรวจประเมินสัญญาณชีพ 30 นาที การนัดไทยแบบราชสำนัก ประคบบสนุไพรไทย และตรวจประเมินสัญญาณชีพ 30 นาที และประเมินภาวะซีมเศร้า และภาวะวิตกกังวล 10 นาที

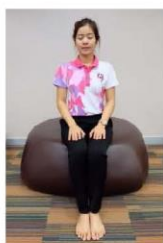
**ครั้งที่ 4** ผู้เข้าร่วมงานวิจัยรับการตรวจประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะซีมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ด้วยมาตรวัดภาวะซีมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS) จากผู้วิจัย จากนั้นรับการบำบัดต่อเนื่องเหมือนครั้งที่ 1, 2 และ 3 จากผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ของศูนย์ฯ หลังการบำบัดผู้เข้าร่วมงานวิจัยรับการตรวจประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะซีมเศร้า และภาวะวิตกกังวล ด้วยมาตรวัดภาวะซีมเศร้า และมาตรวัดภาวะวิตกกังวล (visual analogue scales : VAS) จากผู้วิจัย และผู้วิจัย อธิบายเกี่ยวกับการทำแบบสอบถาม และให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทำแบบสอบถาม ได้แก่ แบบประเมินภาวะซีมเศร้า, แบบประเมินภาวะวิตกกังวล และตรวจประเมินสัญญาณชีพ กลุ่มควบคุมใช้เวลาประมาณ 45 นาทีต่อคน ส่วนกลุ่มทดลองใช้เวลาประมาณ 75 นาทีต่อคน โดยแบ่งเป็นเวลาในการทำกิจกรรมผ่อนคลายของศูนย์ฯ และตรวจประเมินสัญญาณชีพ 30 นาที การนัดไทยแบบราชสำนัก ประคบบสนุไพรไทย และตรวจประเมินสัญญาณชีพ 30 นาที และการทำแบบประเมิน 15 นาที

### การบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยการนวดไทย

การบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยการนวดไทย ใช้หลักการนวดไทยแบบราชสำนัก อ้างอิงวิธีการบำบัดตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยประยุกต์ขั้นตอนการบำบัดจากการนวดคลายเครียด อ้างอิงจากกรมสุขภาพจิต ซึ่งทำการบำบัดโดยแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่มีใบประกอบโรคศิลปะแพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งก็คือ ผู้วิจัย (นางสาวภัทรสุดา คลังศรี) ประกอบด้วย การนวดนวดแผนไทย (กวดจุดแบบราชสำนัก) 20 นาที และประคบสมุนไพรไทย 10 นาที (ตรวจประเมินสัญญาณชีพทั้งก่อน และหลังการบำบัด)

#### ขั้นตอนการบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยการนวดไทย

**ผู้รับการบำบัด** อยู่ในท่านั่งขัดสมาธิ หรือนั่งห้อยขาบนเก้าอี้ มือสองข้างวางที่หน้าตัก หลังตรง มองไปข้างหน้า ซึ่งสามารถปรับท่านั่งของผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้ตามความเหมาะสมกับเพศ อายุ และภาวะสุขภาพของผู้เข้าร่วมงานวิจัยแต่ละท่าน



**ผู้บำบัด** อยู่ในท่าพรหมสี่หน้า คือ ไม่นั่งทับสันเท้า นั่งชันเข่าขึ้นข้างหนึ่ง แขนที่ไมใช่เข่าจับที่แขนของผู้รับการบำบัด หรือประคองศีรษะของผู้รับการบำบัด, ท่าทสูง คือ ยืนอยู่ด้านหลังของผู้รับการบำบัด ปลายเท้าทั้งสองข้างอยู่ในระดับเดียวกัน, ท่าทกกลาง คือ ยืนเหมือนท่าทสูง แต่ถอยเท้าข้างหนึ่งออกไปด้านหลัง 1 ก้าว และท่าทค้ำ คือ ยืนเหมือนท่าทกกลาง แต่ถอยเท้าที่อยู่ด้านหลังไปอีกเล็กน้อย



ท่าพรหมสี่หน้า



ท่าทสูง



ท่าทกกลาง



ท่าทค้ำ





### สูตรการนวดรักษา

1. จุดกลางระหว่างคิ้ว
2. จุดใต้หัวคิ้ว (สัญญาณ 1 และ 2 ศีรษะด้านหน้า)
3. จุดขอบกระดูกท้ายทอย (สัญญาณ 1, 2 และ 5 ศีรษะด้านหลัง)
4. บริเวณต้นคอ (พื้นฐานโค้งคอทั้ง 2 ข้าง)
5. บริเวณบ่า (พื้นฐานบ่าทั้ง 2 ข้าง)
6. บริเวณบ่าด้านหน้า (จุดใต้กระดูกไหปลาร้า, จุดต้นแขน และจุดเหนือรักแร้ ทั้ง 2 ข้าง)
7. บริเวณบ่าด้านหลัง (จุดขอบสะบัก และสัญญาณ 1 หัวไหล่ ทั้ง 2 ข้าง)

1. จุดกลางระหว่างคิ้ว ผู้บำบัดอยู่ในท่าพรหมสี่หน้า หันหน้าเข้าหาผู้รับการบำบัด ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างที่ถนัดกดบริเวณหน้าผากกึ่งกลางระหว่างคิ้วทั้ง 2 ข้าง กดค้างไว้ประมาณ 10 วินาที



2. จุดใต้หัวคิ้ว (สัญญาณ 1 และ 2 ศีรษะด้านหน้า) ผู้บำบัดอยู่ในท่าพรหมสี่หน้า หันหน้าเข้าหาผู้รับการบำบัด

- ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างขวา กดบริเวณใต้หัวคิ้วขวา กดค้างไว้ประมาณ 10 วินาที แล้วกดลากนิ้วหัวแม่มือไปบริเวณขมับ 3 ครั้ง

- ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างซ้าย กดบริเวณใต้หัวคิ้วซ้าย กดค้างไว้ประมาณ 10 วินาที แล้วกดลากนิ้วหัวแม่มือไปบริเวณขมับ 3 ครั้ง



3. จุดขอบกระดูกท้ายทอย (สัญญาณ 1, 2 และ5 ศีรษะด้านหลัง) ผู้บำบัดอยู่ในท่าพรหมสี่หน้า นั่งบริเวณด้านหลังผู้รับการบำบัด

- ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างขวากดบริเวณขอบกระดูกท้ายทอยขวา กดค้างไว้ประมาณ 10 วินาที
- ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างซ้ายกดบริเวณขอบกระดูกท้ายทอยซ้าย กดค้างไว้ประมาณ 10 วินาที
- ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างขวากดบริเวณกึ่งกลางขอบกระดูกท้ายทอย กดค้างไว้ประมาณ 10 วินาที



4. บริเวณต้นคอ (พื้นฐานโค้งคองทั้ง 2 ข้าง) ผู้บำบัดอยู่ในท่าพรหมสี่หน้า นั่งบริเวณด้านหลังผู้รับการบำบัด ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างซ้ายกดบริเวณต้นคอ กดขึ้นไปจนถึงขอบกระดูกท้ายทอยขวา และใช้นิ้วหัวแม่มือข้างขวา กดบริเวณต้นคอ กดขึ้นไปจนถึงขอบกระดูกท้ายทอยซ้าย แต่ละจุดกดค้างไว้ประมาณ 10 วินาที



5. บริเวณบ่า (พื้นฐานบ่าทั้ง 2 ข้าง) ผู้บำบัดอยู่ในท่าหกลูก หกกลาง และหกต่ำ ยืนบริเวณด้านหลังผู้รับการบำบัด ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้าง กดบริเวณบ่าทั้งด้านซ้าย และด้านขวา แต่ละจุดกดค้างไว้ประมาณ 10 วินาที



6. บริเวณบ่าด้านหน้า (จุดใต้กระดูกไหปลาร้า, จุดต้นแขน และจุดเหนือรักแร้ ทั้ง 2 ข้าง) ผู้บำบัดอยู่ในท่าพรหมสี่หน้า หันหน้าเข้าหาผู้รับการบำบัด

- ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างขวากดบริเวณใต้กระดูกไหปลาร้าขวา กดค้างไว้ประมาณ 10 วินาที
- ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างซ้ายกดบริเวณใต้กระดูกไหปลาร้าซ้าย กดค้างไว้ประมาณ 10 วินาที
- ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างขวากดบริเวณจุดต้นแขนขวา กดค้างไว้ประมาณ 10 วินาที
- ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างซ้ายกดบริเวณจุดต้นแขนซ้าย กดค้างไว้ประมาณ 10 วินาที
- ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างขวากดบริเวณจุดเหนือรักแร้ขวา กดค้างไว้ประมาณ 10 วินาที
- ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างซ้ายกดบริเวณจุดเหนือรักแร้ซ้าย กดค้างไว้ประมาณ 10 วินาที





7. บริเวณบ่าด้านหลัง (จุดขอบสะบัก และสัญญาณ 1 หัวไหล่ ทั้ง 2 ข้าง) ผู้บำบัดอยู่ในท่าพหุทมนั่งหน้า นั่งบริเวณด้านหลังผู้รับการบำบัด

- ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างซ้ายกดบริเวณจุดขอบสะบักขวา แต่ละจุดกดค้างไว้ประมาณ 10 วินาที
  - ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างขวา กดบริเวณจุดขอบสะบักซ้าย แต่ละจุดกดค้างไว้ประมาณ 10 วินาที
- ผู้บำบัดอยู่ในท่าพหุทมนั่งหน้า นั่งบริเวณด้านข้างผู้รับการบำบัด
- ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างซ้ายกดบริเวณจุดกึ่งกลางขอบปีกสะบักด้านนอก กดค้างไว้ประมาณ 10 วินาที





1. จุดขอบสะบัก 3 จุด
2. จุดกึ่งกลางขอบปีกสะบัก

ภาพสาธิตการบำบัด

ผู้บำบัด คือ นางสาวภัทรสุดา คลังศรี

ผู้รับการบำบัด คือ นางสาวชนิษฐา ตียะพาณิชย์

(นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

#### การประคบสมุนไพร

เป็นวิธีการรักษาแบบไทย ซึ่งนำมาใช้ควบคู่กับการนวดไทย โดยมากมักจะใช้หลังการนวดเสร็จเรียบร้อยแล้ว ความร้อนจากลูกประคบซึ่งมีตัวยาสมุนไพร ทำให้ซึมผ่านผิวหนัง ช่วยเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ และเส้นเอ็น

#### สมุนไพรในลูกประคบ ประกอบด้วย

สมุนไพร	สรรพคุณ
1. เหน้งไพล	แก้ปวดเมื่อย ลดอาการอักเสบ ลดบวม
2. ผิวมะกรูด	มีน้ำมันหอมระเหย แก้ลมวิงเวียน
3. ตะไคร้	ดับกลิ่นคาว
4. ใบมะขาม	แก้อาการคันตามผิวหนัง
5. ขมิ้นอ้อย	ลดอาการอักเสบ แก้โรคผิวหนัง
6. ใบส้มป่อย	บำรุงผิว แก้โรคผิวหนัง
7. เกลือแกง	ช่วยพาดัวยาสัมผ่านผิวหนัง
8. การบูร	แต่งกลิ่น



#### ขั้นตอนในการประคบ

1. จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสม
2. ทดสอบความร้อนของลูกประคบ โดยนำลูกประคบแตะที่ท้องแขนหรือฝ่ามือของผู้บำบัด
3. การประคบ ช่วงแรกแตะลูกประคบและยกขึ้นโดยเร็ว จนกว่าลูกประคบจะคลายความร้อนลง
4. จากนั้นจึงวางลูกประคบให้นานพอประมาณ แล้วกดเน้นบริเวณที่ต้องการ
5. เปลี่ยนลูกประคบเมื่อลูกประคบเย็นลง



**ประโยชน์ของการประคบสมุนไพร**

1. บรรเทาอาการปวดเมื่อย
2. ลดอาการบวม อักเสบของกล้ามเนื้อ
3. ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ
4. ลดอาการปวด
5. เพิ่มการไหลเวียนของเลือด

**ข้อห้ามและข้อจำกัดในการใช้ลูกประคบ**

1. ห้ามใช้ลูกประคบที่ร้อนเกินไป โดยเฉพาะกับบริเวณที่ผิวหนังอ่อนๆ หรือบริเวณที่มีแผล
2. ควรใช้ผ้าขนหนูรองบริเวณผิวหนังอ่อน
3. ควรระวังผู้รับการบำบัดที่เป็นโรคเบาหวาน อัมพาต เด็ก ผู้สูงอายุ เพราะมีการตอบสนองต่อความร้อนช้า
4. ไม่ประคบบริเวณที่มีการอักเสบหรือบวมในช่วง 24 ชั่วโมงแรก เพราะอาจบวมมากขึ้น ควรประคบด้วยน้ำเย็นก่อน

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาวภัทรสุดา คลังศรี

เพศ หญิง เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

วัน เดือน ปีเกิด 22 สิงหาคม 2534 ปัจจุบันอายุ 25 ปี

ข้อมูลการติดต่อ ห้อง19/1201 อาคารชุดหทัยแมนชั่น ซอยจุฬาเกษม ต.บางเขน

อ.เมืองฯ จ.นนทบุรี 11000 (โทร 086-3537210)

E-mail : phattarasuda1991@gmail.com

พ.ศ. 2549 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น จากโรงเรียนมารีวิทย์ สัตหีบ จังหวัดชลบุรี

พ.ศ. 2552 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนสัตหีบวิทยาคม จังหวัดชลบุรี

พ.ศ. 2556 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จากคณะกรรมการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร สาขาวิชา การแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัยบูรพา

พ.ศ. 2557 ได้รับการอนุมัติให้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 จากสภาการแพทย์แผนไทย

ปัจจุบัน เข้ารับการศึกษาต่อ ในระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2558 และเป็นแพทย์แผนไทย ที่โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี