

การพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

นายยุทธนา ฉัพพรรณรัตน์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาอุดมศึกษา ภาควิชานโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE DEVELOPMENT OF MUSIC THERAPY PROGRAMS TO REDUCE
DEPRESSION FOR THAI UNIVERSITY STUDENTS

Mr.Yootthana Chuppunnarat

A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Doctor of Philosophy Program in Higher Education
Department of Educational Policy, Management, and Leadership
Faculty of Education
ChulalongKorn University
Academic Year 2008

Copyright of ChulalongKorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้า สำหรับนิสิตนักศึกษาไทย
โดย	นายยุทธนา ฉัพพรรณรัตน์
สาขาวิชา	อุดมศึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พันธ์ศักดิ์ พลสารรัมย์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาคุุชฎีบัณฑิต

.....คณบดีคณะครุศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.ศิริชัย กาญจนวาสี)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.ปทีป เมธาคุณวุฒิ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พันธ์ศักดิ์ พลสารรัมย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร.อัจฉรา ไชยูปถัมภ์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์พิชิต ชัยเสรี)

ยุทธนา ฉัพพรรณรัตน์ : การพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย.
(THE DEVELOPMENT OF MUSIC THERAPY PROGRAMS TO REDUCE DEPRESSION FOR
THAI UNIVERSITY STUDENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. ดร.พันธ์ศักดิ์ พลสารมัย,
อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม : รศ. ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 251 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้า สำหรับนิสิตนักศึกษาไทย 2) พัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย และ 3) ทดลองใช้ โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือครั้งนี้ได้แก่ ทฤษฎี แนวคิด หลักการ เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผู้ทรงคุณวุฒิ และอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง โดยที่ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านจิตเวช นักวิชาการและ/หรือผู้มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการและ/หรือบำบัดภาวะซึมเศร้า จำนวน 5 คน และอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง นิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมฯ จำนวน 12 คน ซึ่งผ่านการคัดเลือกด้วย วิธีการคัดกรองและการสุ่มเข้ากลุ่มระดับภาวะซึมเศร้าในระดับต่างๆ โดยใช้เกณฑ์เฉพาะ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1.เครื่องมือหลักที่ใช้ศึกษาตามรายวัตถุประสงค์วิจัย 2.เครื่องมือที่ใช้ศึกษาทดลองภายในโปรแกรมดนตรีบำบัดฯ การเก็บรวบรวม ข้อมูล ประกอบด้วย การบันทึกข้อมูลลงในแบบสำรวจ แบบสัมภาษณ์ แบบวิเคราะห์สาระ แบบวิเคราะห์ทฤษฎีจากผู้ทรงคุณวุฒิ การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ 1 การวิเคราะห์หลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย โดยใช้วิธีวิเคราะห์สาระเป็นหลัก 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์การพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับ นิสิตนักศึกษาไทยนั้น ใช้การวิเคราะห์สาระร่วมกับการวิเคราะห์ผลทฤษฎีจากผู้เชี่ยวชาญประกอบกัน 3 การวิเคราะห์ผลการ ทดลองใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยนั้น ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วย ความถี่ และร้อยละ (X) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย และการกระจายคะแนน ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ร่วมกับการวิเคราะห์ด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับ ภาวะซึมเศร้ารายบุคคล

ผลการวิจัยพบว่า

1. หลักการและแนวคิดในการบำบัดนิสิตนักศึกษาไทยที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้ามี 4 ลักษณะ คือ การใช้สารหรือวัตถุออกฤทธิ์ การช็อคด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy ECT) การใช้ศาสตร์ทางด้านจิตเวชและจิตวิทยาในการบำบัดรักษา การใช้ การบำบัดทางเลือก ในส่วนที่เหมาะสมกับนิสิตนักศึกษาไทยนั้น ควรบำบัดด้วยวิธีบูรณาการ โดยอยู่ภายใต้ดุลยพินิจและการดูแล ของผู้เชี่ยวชาญ
2. โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย “ฟ้าใสโปรแกรม”ประกอบไปด้วย 2.1 คู่มือผู้ใช้ โปรแกรมฯ 2.2 วิธีการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมฯ 2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมฯ โดยที่ ใช้ระยะเวลา 10 ครั้งในการดำเนินการ มีการควบคุมบริบท อันได้แก่ อาหาร เครื่องดื่ม แสง สี เสียง กลิ่นและอุณหภูมิ ตลอดจนบทเพลงที่ใช้ในการ บำบัดนั้น ประกอบด้วย บทเพลงที่สังเคราะห์ขึ้นจากแนวคิดของโรเจอร์ (Rogers, 1989) 10 บทเพลง 5 วัตถุประสงค์ คือ ชีวิตนี้มีคุณค่า จงก้าวกล้าบนขวากหนาม เพื่อนที่ดีมีทุกยาม สิ่งงดงามจงเรียนรู้ เพื่อก้าวสู่ความฝันวันศรัทธา แต่ละเพลงมี 3 ช่วง คือ ช่วง จังหวะช้า ปานกลางและกระชับ (สงบ รบรुक รุกเร้า) ส่วนเนื้อหาของแต่ละกิจกรรมในโปรแกรมฯแบ่งเป็น 3 ชั้น คือ ชั้นปรับสมดุล อ่อนหัวใจและเสริมสายใยรักตามลำดับ ตลอดจน มีการประเมินผลพัฒนาการของระดับภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมฯด้วย
3. ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (อาสาสมัคร) ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะ ซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลง

ภาควิชา.....นโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา.....ลายมือชื่อ.....
สาขาวิชา.....อุดมศึกษา.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
ปีการศึกษา.....2551.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....

48 846696 27 : MAJOR HIGHER EDUCATION

KEY WORD: MUSIC THERAPY PROGRAMS/ TO REDUCE DEPRESSION FOR THAI UNIVERSITY STUDENTS

YOOTTHANA CHUPPUNNARAT: THE DEVELOPMENT OF MUSIC THERAPY PROGRAMS TO REDUCE DEPRESSION FOR THAI UNIVERSITY STUDENTS.

THESIS ADVISOR: ASST. PROF.PANSAK POLSARAM, Ph.D., THESIS CO-ADVISOR : ASSOC. PROF. ORAPHUN LUEBOONTHAVATCHAI, Ph.D., 251 pp.

The purposes of this research have shown as following: 1) To study methods and approaches of depression therapy for Thai university students. 2) To develop music therapy programs in order to reduce depression for Thai university students. 3) To experiment the music therapy programs in order to reduce depression for Thai university students. The sample groups that has been applied in this researching are as following; 1) Theory, methodology, documents and relating researches 2) Experts in the field of clinical psychology, scholars and/or persons who have experience in management and/or depression therapy, also experimental units totally seventeen persons 3) Sample groups of twelve volunteer Chulalongkorn university students who were selected both specifically and randomly into each group of depression stages. Researching tools composed as following; 1. The main tools for studying each researching objective. 2. The tools for studying and experimenting in music therapy program. The data has been collected by recording in survey forms, interview forms, content analysis forms, and expertise analysis forms. The data analysis has been divided into three sections as following 1. Analysis of problem status of depression in Thai university students mainly applies content analysis. 2. Analysis and synthesis of music therapy programs in order to reduce depression in Thai university students applies both content analysis and expertise analysis. 3. Analysis of experimental results on music therapy programs for reducing depression in Thai university students applies general data analysis derived from sample groups by using frequency and percentage, also, standard deviation (S.D.) in order to compare the differences of mean and the expansion of severe stages on depression period before and after experimenting, thereafter, applies quality research in order to analyze and compare the severe stage individually.

The researching results have shown as following:

1. Therapy methods to provide to Thai university students who suffer from depression problem consist of four approaches; using chemical or effective materials, using electroconvulsive therapy ECT, using clinical or consulting psychology in therapy and using optional therapy. The proper approaches in order to apply to Thai university students suggest integrated approaches therapy.

2. The music therapy programs to reduce depression for Thai university students "Fah Sai Program" consist of 2.1 Handbooks for the program users 2.2 Instructions for the program activity running 2.3 Tools for the program activity running, by taking 10 times in working process. The context controlling included food, beverage, light, color, sound, aroma and temperature, also the music that is used in therapy consists of the synthesis of Rogers (1989) method including 10 songs and 5 objectives. Each song has three levels which are slow, medium and fast. The content of the program consists of 3 steps.

3. Depression period of sample groups (Volunteers) after attending the music therapy programs to reduce depression for Thai university students has been decreased.

Department :..... Educational Policy, Management, and Leadership Student's Signature :.....

Field of Study : .. Higher Education Advisor's Signature :.....

Academic Year : 2008 Co-Advisor's Signature :....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พันธ์ศักดิ์ พลสารรัมย์ และ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ผู้สร้างแรงบันดาลใจในการศึกษาเล่าเรียน และการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนคอยชี้แนะแนวทางในการวิจัย ส่งเสริมและให้กำลังใจ ซึ่งเป็นพลังที่สำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น และพยายามทำวิจัยอย่างเต็มกำลังความสามารถ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีรมากที่สุด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในบุญคุณยิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านทั้งสองเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.ปทีป เมธาคุณวุฒิ อาจารย์ของผู้วิจัยและประธาน สอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ พิเชิด ชัยเสรี อาจารย์ผู้ให้ความรู้ทั้งทางโลก ทางธรรมและให้ความเมตตาแก่ผู้วิจัยประดุจนุภาพารี และเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ตลอดจนอาจารย์ ดร.อัฉรา ไชยูปถัมภ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ความเมตตาตามเวลาอันมีค่าในการให้คำแนะนำ เพื่อชี้แนวทางที่ถูกต้องในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ศิริเดช สุชีวะ ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ช่วยกรุณาตรวจสอบ เสนอแนะอันทำให้การวิจัยครั้งนี้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ขอกราบขอบพระคุณ คุณยายกฐิน กุยกานนท์ และ คุณป้านิรมล กุยกานนท์ ที่เมตตาอุปการะและสนับสนุนทุนทรัพย์ในการศึกษาเล่าเรียนและการดำเนินการวิจัย จนทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในทุกวันนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุนันทา เอกเวชวิท รองศาสตราจารย์วัชรวิ วัชรสินธุ์ คุณครูลำยอง ไส้วิตร ครอบครวัวิทยเลิศปัญญา ครอบครวัธรรมศักดิ์ ครอบครวัศรีสุทธิยากร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล ชาติประเสริฐ และขอขอบคุณนักเรียนเก่า นักเรียนปัจจุบันโรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วิทยาลัยราชวินิตบางแก้วฯ โรงเรียนสวนกุหลาบวิทยาลัย อาจารย์ทัศนีย์ ศรีพิพัฒน์ คุณต้อง เทคโนโลยีลาดกระบัง และคุณนฤมล พิณศักดิ์กุล ที่คอยดูแล ช่วยเหลือ และมอบกำลังใจในการศึกษาเล่าเรียนและทุก ๆ เรื่องเสมอมา

ขอขอบคุณ อาจารย์จตุพร สีม่วง อาจารย์สุวรรณี ชูเสน อาจารย์ปิ๊ก – กลิ้ง และสมาชิกวงดุริยางค์มิตรทุกคน ตลอดจนนิสิตเก่า นิสิตปัจจุบัน สาขาวิชาดนตรีศึกษา คณะครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ช่วยอนุเคราะห์ร่วมบันทึกเสียงบทเพลงสำหรับโปรแกรมนงานวิจัยครั้งนี้ ตลอดจน ขอขอบคุณ นิสิตกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เสียสละเวลาเข้าร่วมกิจกรรมและให้คำแนะนำอันเหมาะสมเพื่อการพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยต่อไป

ขอขอบคุณอุปสรรคทั้งมวล ในการใช้ชีวิต และในการศึกษาเล่าเรียน ที่หล่อหลอมให้ผู้วิจัย เข้าใจ กระจำ และสามารถดำเนินชีวิตต่อจากนี้ไปด้วยความรอบคอบ และแข็งแกร่ง

ท้ายสุดนี้ ผลแห่งประโยชน์ทั้งหลายที่จะบังเกิดขึ้นจากงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบกุศลเหล่านั้น แต่ผู้มีพระคุณทุกท่านข้างต้น และนิสิตนักศึกษาไทยทุกคนที่กำลังเผชิญอยู่กับภาวะซึมเศร้า ขอให้ทุกท่านเข้มแข็ง มีสติ และสามารถกลับคืนเข้าสู่วิถีแห่งการดำรงชีพอย่างปกติสุขได้อีกครั้งหนึ่ง ในเร็ววัน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญแผนภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	12
ขอบเขตของการวิจัย	12
คำจำกัดความในการวิจัย	13
กรอบแนวคิดในการวิจัย	18
คำอธิบายกรอบแนวคิดในการวิจัย	20
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	38
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	39
ทฤษฎีและหลักการจิตเวชที่ว่าด้วยภาวะซึมเศร้าและการบำบัดรักษา	39
ทฤษฎีและหลักการการพัฒนานิสิตนักศึกษา	54
ทฤษฎีและหลักการดนตรีบำบัด	77
ทฤษฎีและหลักการการประพันธ์เพลง สังกัดลักษณะการวิเคราะห์และเกณฑ์ การคัดเลือกบทเพลง	101
งานวิจัยทางด้านภาวะซึมเศร้า	103
งานวิจัยทางด้านดนตรีบำบัด	112
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	117
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	117
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	122
การเก็บรวบรวมข้อมูล	138
การวิเคราะห์ข้อมูล	140
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	141

ตอนที่ 1 การศึกษาหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับ นิสิตนักศึกษาไทย	141
ตอนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับ นิสิตนักศึกษาไทย	145
ตอนที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้า สำหรับนิสิตนักศึกษาไทย “ฟ้าใสโปรแกรม”	148
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	149
ตอนที่ 1 ผลการศึกษาหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับ นิสิตนักศึกษาไทย	149
ตอนที่ 2 ผลการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับ นิสิตนักศึกษาไทย	156
ตอนที่ 3 ผลการทดลองใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้า สำหรับนิสิตนักศึกษาไทย “ฟ้าใสโปรแกรม”	199
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	220
สรุปผลการวิจัย	221
การอภิปรายผลการวิจัย	225
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	229
ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป	230
รายการอ้างอิง	231
ภาคผนวก	236
ภาคผนวก ก แบบสำรวจข้อมูลการฆ่าตัวตาย	237
ภาคผนวก ข แบบวิเคราะห์เนื้อหาสาระหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้า สำหรับนิสิตนักศึกษาไทย	238
ภาคผนวก ค แบบสอบถามทรงคนะผู้ทรงคุณวุฒิด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหา/สาระ เรื่องการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดในการลดภาวะซึมเศร้าสำหรับ นิสิตนักศึกษาไทย	239
ภาคผนวก ง แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1”	240

ภาคผนวก จ แบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2”	244
ภาคผนวก ฉ หนังสือยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม “ฟ้าใสโปรแกรม”	245
ภาคผนวก ช แบบสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ	
เรื่องสภาพปัญหาภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทยและต่างประเทศ	246
ภาคผนวก ซ แบบสัมภาษณ์หน่วยทดลอง	
เรื่องสภาพปัญหาภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทย	247
ภาคผนวก ฅ แบบสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ	
เรื่องหลักการและแนวทางในการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิต	
นักศึกษาไทยและต่างประเทศ	248
ภาคผนวก ญ รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือวิจัย	249
ภาคผนวก กว รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้สัมภาษณ์	250
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	251

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 รายการผู้ให้สัมภาษณ์.....	118
ตารางที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 ที่สัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้า.....	120
ตารางที่ 3 การพัฒนาแบบสำรวจข้อมูลการฆ่าตัวตาย	123
ตารางที่ 4 การพัฒนาแบบวิเคราะห์เนื้อหาสาระหลักการและแนวทางการบำบัด ภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย.....	125
ตารางที่ 5 การพัฒนาแบบสอบถามทัศนคติผู้ทรงคุณวุฒิด้านความเที่ยงตรงของ เนื้อหา/สาระเรื่องการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดในการลดภาวะ ซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย “ฟ้าใสโปรแกรม”.....	127
ตารางที่ 6 กระบวนการพัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1”	134
ตารางที่ 7 กระบวนการพัฒนาแบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2”	136
ตารางที่ 8 คะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯจำแนกตามระดับ ภาวะซึมเศร้า.....	199

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	18
แผนภาพที่ 2 รายละเอียดโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้า สำหรับนิสิตนักศึกษาไทย	19
แผนภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนที่ 1 การศึกษาหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้า สำหรับนิสิตนักศึกษาไทย	144
แผนภาพที่ 4 สรุปขั้นตอนการพัฒนาแนวทำนอง	147
แผนภาพที่ 5 สรุปขั้นตอนการทดลองใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับ นิสิตนักศึกษาไทย “ฟ้าใสโปรแกรม”	149
แผนภาพที่ 6 หลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมสำหรับ นิสิตนักศึกษาไทย	155

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาสุขภาพที่มีความรุนแรงและทวีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ นอกจากนี้แล้วยังส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม จากการศึกษาภาวะโรคของประเทศไทย โดยสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) ในปี 2542 สูงที่สุดในกลุ่มโรคทางจิตเวชทั้งหมด และเมื่อเปรียบเทียบกับโรคทางกาย พบว่าเป็นสาเหตุของการสูญเสียอันดับ 4 ของโรคที่พบในสตรี และอันดับที่ 5 ของโรคที่พบในบุรุษ อีกทั้ง โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความสำคัญมากและจะสำคัญมากยิ่งขึ้นไปเรื่อย ๆ ดังที่องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นภาวะโรค หรือโรคที่ทำให้สูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคมมากเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือด สอดคล้องกับการสำรวจภาวะโรคของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2542 พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่มีภาวะโรคมากที่สุดในกลุ่มโรคทางจิตเวชนั้น ผู้เกี่ยวข้องต้องสนใจปัญหาเรื่องโรคซึมเศร้า (สกวรัตน์ พวงลัดดา, 2006) จากสถานการณ์ดังกล่าวปัญหาโรคซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญและมีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น จากสถานการณ์และสภาพปัญหาความซึมเศร้าในประเทศไทย ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า โดยมองว่าปัญหาโรคซึมเศร้าเป็นเรื่องของความทุกข์ที่ต้องจัดการด้วยตนเองหรือตามความเชื่อของบุคคล จำนวนบุคคลที่เข้ารับการรักษายังมีจำนวนน้อยกว่าจำนวนประชากรที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่มีมากในชุมชน

ปี 2551 ที่ผ่านมา ประเทศไทยมีเหตุการณ์เกิดขึ้นมากมาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของคนไทยเป็นอย่างมาก เช่น วิกฤตความขัดแย้งทางการเมืองวิกฤตเหตุรุนแรงที่เกิดขึ้นในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ การเมือง การแตกแยกของคนในชาติ รวมถึงผลพวงต่อเนื่องจากวิกฤตเศรษฐกิจ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าอันนำไปสู่การฆ่าตัวตายสูงในทุกระดับช่วงอายุ ซึ่งปัญหาการฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในปัจจุบัน ที่อาจจะลุกลามบานปลายกลายเป็นปัญหาใหญ่สามารถกระทบต่อสุขภาพจิตของคนไทยทั่วประเทศ ทิศทางวิกฤตสุขภาพจิตของคนไทยในปี 2552 เป็นเรื่องใกล้ตัวคนไทยทุกคน จากการสำรวจข้อมูลของกรมสุขภาพจิตในปี 2551 พบภาพรวมของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทยมีผู้ป่วยร้อยละ 20 ของประชากร หรือประมาณ 12 ล้านคน ขณะที่ผู้มีผู้เข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 4 หรือประมาณ 430,000 คน แบ่งเป็นโรคจิตเภท 6 แสน

คน โรคซึมเศร้า 1.2 ล้านคน โรคอารมณ์แปรปรวน 240,000 คน โดยคาดการณ์ว่าในปี 2552 จะมีผู้ป่วยมากขึ้นถึง 1.1 ล้านคน(สยามรัฐออนไลน์, 2552 : 1) ตลอดจนจำนวนผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มาใช้บริการของสถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2551 นั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากสี่ปีที่แล้วอย่างมาก กล่าวคือ มีจำนวนถึง 6,151 คนซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ

การฆ่าตัวตาย เป็นตัวบ่งชี้ที่รุนแรงและสำคัญยิ่ง ของพัฒนาการระดับภาวะซึมเศร้า ซึ่งมหาวิทยาลัยหลายแห่ง ทั้งในและต่างประเทศกำลังเผชิญอยู่ในขณะนี้ กำลังพยายามจะหาทางออกอย่างเร่งด่วน เช่น ในสหราชอาณาจักร ได้จัดทำโครงการการศึกษาการฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเองในกลุ่มนักศึกษาชั้น จำนวนนักศึกษาในมหาวิทยาลัยที่ประสบปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และปัญหาได้ทวีความรุนแรงและขยายออกไปมากขึ้น จากแนวโน้มนี้จึงทำให้มหาวิทยาลัยในสหราชอาณาจักรสำรวจเพื่อที่จะทำฐานข้อมูลให้มีมาตรฐานและเพื่อจัดทำแนวทางในการป้องกันที่ถูกต้อง ครั้งนี้เป็นการสำรวจใหญ่ครั้งแรกโดยการร่วมมือของหน่วยงานการศึกษาที่สูงขึ้น ความเครียดที่มากเกินไป ปัญหาทางสุขภาพจิตของนักศึกษาที่เพิ่มมากขึ้นอย่างมาก ได้มีการหยิบยกขึ้นมาพูดถึงครั้งแรกในปี 1999 โดยมีการแสดงให้เห็นว่านักศึกษามีการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่า ผลการสำรวจล่าสุดของ MORI (Murbet & Opinion Research International) พบว่า 50% ของนักศึกษาได้รายงานว่ามี ความเครียดเพิ่มมากขึ้นเมื่อเริ่มเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยและรายงานปัญหาทางสุขภาพจิตมีความรุนแรงมากขึ้น 10% ของนักศึกษาเผยต่อผู้ให้คำปรึกษาของมหาวิทยาลัยว่าเคยพยายามฆ่าตัวตาย และมีจำนวนหนึ่งที่รายงานว่ามีปัญหาสุขภาพจิตที่ร้ายแรง เช่น บูลิเมีย โรคอารมณ์ซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวน คณะทำงานได้พยายามที่จัดการกับปัญหาโรคซึมเศร้าและโรคบูลิเมียมักจะอ่อนด้อยไปเมื่อขาดข้อมูลทางสถิติที่ดี และไม่มีความต้องการที่เป็นทางการของมหาวิทยาลัยที่จะเก็บบันทึกการฆ่าตัวตาย และเป็นที่น่าสนใจกันว่าพวกเขาถึงเลที่จะเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะและเผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ตอีกด้วย

อมรวิชัย นาครทรรพ (2550) กล่าวในการบรรยายพิเศษถึงสภาวการณ์เด็กและเยาวชนว่า “จากข้อมูลของโครงการ ไชลด์ วอทช์ สถาบันรามจิตติ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สำรวจพฤติกรรมเยาวชนไทยทั่วประเทศ ในระดับชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น และตอนปลาย อาชีวศึกษา และอุดมศึกษา ระดับชั้นละ 30,400 คน รวม 152,600 คน ในรอบปี 2548-2549 พบว่า สภาวะด้านสุขภาพอนามัย เด็กชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ต่ำเหล้าเป็นครั้งคราวถึงเป็นประจำ สูงถึงร้อยละ 24.01 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สูงขึ้นถึง ร้อยละ 31.51 เมื่อสำรวจถึงเด็กสาวที่มีความคิดอยากทำคัลยกรรม พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นตามระดับชั้นการศึกษา ได้แก่ ม.ต้น ร้อยละ 14.58 ม.ปลายร้อยละ 16.88 อาชีวศึกษาร้อยละ 18.75 และอุดมศึกษา ร้อยละ 20.15 เมื่อสำรวจถึงจำนวนเด็กที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ในช่วงอายุ 19-25 ปี มีเด็กพยายามฆ่าตัวตายสูงถึงร้อย

ละ 76.91 และทำสำเร็จถึงร้อยละ 6.40 ในส่วนของสภาวะด้านสังคม พบว่า เด็กมีพฤติกรรมกการ
 เทียบกลางคืนอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ในวันธรรมดา มีเด็กประถมศึกษา ร้อยละ 4.04 ม.ต้น
 ร้อยละ 9.32 ม.ปลาย ร้อยละ 10.78 อาชีวะ ร้อยละ 20.50 และนักศึกษาอุดมศึกษา ร้อยละ
 20.91 ขณะที่การเทียบกลางคืนในวันหยุดพบว่า เด็กประถม ร้อยละ 6.73 ม.ต้น ร้อยละ 16.62 ม.
 ปลาย ร้อยละ 18.25 อาชีวะ ร้อยละ 29.68 และอุดมศึกษา ร้อยละ 31.04 ขณะเดียวกันเด็กและ
 เยาวชนมีพฤติกรรมใช้เวลาพูดโทรศัพท์นาน 35 นาทีต่อวัน ขณะที่สูงถึงร้อยละ 44.16 ที่มี
 โทรศัพท์มือถือถือเป็นของตัวเอง ทั้งนี้ เมื่อสำรวจถึงการเล่นการพนันพบว่า เด็กประถมศึกษา ร้อยละ
 5.46 เล่นพนันบอล อีกร้อยละ 6.66 เล่นหอยบนดิน และเด็กประถมศึกษายังเป็นกลุ่มที่เล่นเกม
 ออนไลน์ เกมคอมพิวเตอร์ มากที่สุดถึงร้อยละ 48.96 โดยใช้เวลาเล่นเฉลี่ยต่อคนต่อวัน คนละ
 95.33 นาที ส่วนแนวโน้มในการมีเพศสัมพันธ์ ที่ทำการรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลของรัฐทั่ว
 ประเทศ พบว่า มีวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 19 ปี ไปทำคลอดในปี 2549 ถึง 71,000 คน สูงขึ้นจากปี
 2548 ที่มี 52,000 คน สาเหตุของสภาวะการณดังกล่าวเกิดจากสภาพแวดล้อมต่างๆ ได้แก่ การมี
 พื้นที่เสีย พื้นที่เสี่ยง การห่างบ้าน ห่างภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมเสี่ยงโชค เสี่ยงชีวิต และมี
 ชีวิตสุ่มเสี่ยง ชีวิตสิ้น ซึ่งการที่เด็กถูกรอบคร้วละเลยกลายเป็นความเก้บกด หากเด็กถูกปฏิเสธ
 จากโรงเรียนก็จะทำให้เด็กมีความเครียด ต้องรีบแก้ไขโดยการสอนทักษะชีวิตที่ถูกต้อง และปลูกฝัง
 ค่านิยมที่ถูกต้องโดยเร่งด่วน”

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทยหลายแห่ง กำลังประสบปัญหา
 วิกฤตเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของนิสิตนักศึกษา ดังจะเห็นได้จากการนำเสนอข่าวทางหนังสือพิมพ์
 หลายฉบับ ซึ่งสาเหตุของนิสิตนักศึกษาฆ่าตัวตายนั้น มีหลายกรณี เช่น เป็นผลจาก ความผิดหวัง
 ในความรัก การเรียน น้อยใจครอบครัว ปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต ดังนั้น บทบาท
 หน้าทีของสถาบัน อุดมศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านกลยุทธ์และนโยบายทางด้านกิจการ
 นิสิตนักศึกษา เป็นส่วนสำคัญยิ่ง ที่จะต้องศึกษาทำความเข้าใจของวัฏจักรดังกล่าว ควรให้ความรู้
 ทางด้านสุขภาพจิตลงไปยังนิสิตนักศึกษา ตลอดจนเตรียมการป้องกันและรับมือกับสภาวะการณที่
 กำลังวิกฤติอยู่ขณะนี้ เพราะเป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ระดับปัญญาชนที่สำคัญของไทย
 ตลอดจนเป็นภาพสะท้อนถึงความผิดพลาดของนโยบายและมาตรการในการจัดการ ทางด้านการ
 พัฒนานิสิตนักศึกษาอีกด้วย

การแก้ปัญหาภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายของนักศึกษาต่างประเทศมีด้วยกัน
 หลากหลายวิธี เช่น มหาวิทยาลัยหลายแห่งในสหราชอาณาจักร ได้ใช้อินเตอร์เน็ตในการช่วยเหลือ
 ผู้ให้คำปรึกษาได้ร่วมแสดงความรู้และประสบการณ์ในการจัดการกับปัญหาทางสุขภาพจิต
 มหาวิทยาลัยเป็นหนึ่งในหกของสถาบันที่ได้รับทุนพิเศษจากรัฐบาลในการทำการศึกษานำร่อง

ทุกคนทราบถึงความสำคัญในการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตแต่สิ่งที่สำคัญขณะนี้คือการแสดง ประสพการณ์และความรู้ร่วมกัน มีความแตกต่างกันมากในเวทีที่แต่ละคนจะเข้าถึงอินเทอร์เน็ตจะ นำทุกสิ่งให้เราเรียนรู้ร่วมกัน อีกทั้งมีการเผยแพร่เว็บไซต์ของนักศึกษาแหล่งใหม่ ซึ่งจะเชื่อมโยง ปัญหาทางสุขภาพจิตทุกปัญหา เช่น โรคนูคลีเมีย และโรควิตกกังวล ปัญหาทางสุขภาพจิตของ นักศึกษาจะถูกวิจารณ์ในทุกแง่มุมของชีวิตในมหาวิทยาลัย ซึ่งรวมถึงการเข้ามหาวิทยาลัย การสอบ ระเบียบวินัย และกฎข้อบังคับ ในสองปีที่ผ่านมา มากกว่า 80% ของมหาวิทยาลัยใน สหราชอาณาจักรได้จัดตั้งกลุ่มเพื่อทบทวนนโยบายเกี่ยวกับสุขภาพจิตในทุกแง่มุมของชีวิตใน มหาวิทยาลัยแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทิศทางของมหาวิทยาลัยในการประเมินคุณภาพ กำลังดำเนินไป

ดนตรีบำบัด (Musical Therapy) เป็นศาสตร์ที่ว่าด้วยการนำเอาศิลปะอันละเอียดอ่อนและ ลึกซึ้งที่สุดในบรรดาศิลปะทั้งหลายมารวมกับวิทยาศาสตร์ ก่อให้เกิดวิชาใหม่ในการบำบัดและ Rehabilitate ผู้ป่วยทางจิตและประสาท Music ที่นำมาบำบัดนี้ถูกใช้เป็น Medium แบบ Non-Verbal-Medium ในการที่จะติดต่อกับผู้ป่วย จากหลักฐานทางประวัติศาสตร์เก่าแก่เรื่อง King David ที่สามารถเอาชนะจิตใจของเจ้าผู้ครองนคร ซึ่งป่วยเป็นโรค Manic-depressive โดยวิธีดีดพิณให้ ผู้ครองนครฟังเป็นประจำทุกเย็น นอกจากนี้ปีทาโกรัส อริสโตเติล และดามอน (Damon) คนเหล่านี้ เคยรับความสำเร็จจากการใช้ดนตรีให้เป็นประโยชน์ทางด้านจิตใจมาแล้วหลายราย ดังตัวอย่างที่ ดามอนได้ใช้ขลุ่ย (Flute) เป็น Medium ที่นำชายติดเหล้าอมแวมกลับมาเป็นตัวของเขาเอง (จำไพพรรณ ศรีโสภาค, 2511: 117)

ดนตรีบำบัด เป็นหนทางหนึ่งที่กำลังนิยมนำมาใช้ในการบำบัดทางจิตเวชทั่วโลก ซึ่งมีการ จัดตั้งเป็นองค์กรระดับโลก โดยใช้ชื่อว่า American Music Therapy Association, Inc. ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา อีกทั้ง ขณะนี้มีการรายงานข่าวที่กำลังเป็นที่สนใจของนักจิตเวชทั่วโลก คือ นักวิทยาศาสตร์ชาวอังกฤษ ค้นพบว่า การใช้ดนตรีบำบัดจะช่วยบรรเทาอาการป่วยทางจิต เช่น โรคซึมเศร้า วิตกกังวลและโรคจิตเภทที่ขาดการติดต่อกับสิ่งแวดล้อม คณะนักวิจัย มหาวิทยาลัยอิมพีเรียล คอลเลจ ลอนดอน ได้จัดทำการศึกษาอยู่ในโรงพยาบาล 4 แห่ง พบว่า การใช้ดนตรีช่วยบำบัดอาการทางจิต สามารถรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทได้และจะใช้ได้กับผู้ป่วยที่ยัง มีอาการทรงตัวหรือมีอาการในระดับปานกลางเท่านั้น

มีรายงานจากวารสารจิตเวชศาสตร์ ไฮโคอะทรี รายงานการศึกษาของ ไมค์ ครอว์ฟอร์ด หัวหน้าทีมวิจัยมหาวิทยาลัยอิมพีเรียล คอลเลจ ลอนดอน อธิบายวิธีศึกษาในการให้คนไข้ในกลุ่ม ทดลองได้รับการบำบัดตามวิธีการทั่วไปเปรียบเทียบกับการใช้ดนตรีบำบัดแบ่งเป็น 8-12 ช่วงด้วยกัน จากนั้นจึงนำมาประเมินผลและพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดด้วยดนตรีมีอาการดีขึ้น

มากกว่า แต่ยังคงต้องการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อขยายผลต่อไป มีผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 1 ในอังกฤษ และสหรัฐ โรคทางจิตนี้มักเริ่มปรากฏอาการในช่วงวัยรุ่นตอนปลายจนถึงช่วงอายุ 20 ต้น ๆ โดยมีอาการอย่างเช่น ประสาทหลอน เห็นภาพหลอน ได้ยินเสียงแปลก ๆ และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป สำหรับการบำบัดอาการทางจิตด้วยยาที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน ช่วยบรรเทาอาการป่วยลงได้ แต่การใช้ยาก็มีผลข้างเคียง เช่น ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเสียงเป็นโรคเบาหวานและเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

จากการศึกษาของนักวิชาการตะวันตกทำให้เราทราบว่าเสียงที่มีความถี่สูง ๆ นั้นมีผลที่จะกระตุ้นให้การทำงานของสมองดีขึ้น ซึ่งรู้จักกันในชื่อ "โมซาร์ทเอฟเฟกต์" (Mozart Effect) ทั้งนี้ อัลเฟรด เอ. โทมาตัส แพทย์ชาวฝรั่งเศสได้ศึกษาพบว่าดนตรีสามารถช่วยพัฒนาการสื่อสารของมนุษย์ได้ โดยเขาศึกษาบทเพลงของ โวล์ฟกัง อมาเดอุส โมซาร์ท (Wolfgang Amadeus Mozart) คีตกวีชาวออสเตรียและประดิษฐ์คำว่า "โมซาร์ทเอฟเฟกต์" ขึ้น และในปี 1993 กอร์ดอน ซอร์ และ ฟรานเชส เราสเซอร์ นักฟิสิกส์จากมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ก็ศึกษาพบว่าดนตรีของโมซาร์ทมีส่วนช่วยให้ความสามารถในเชิงตรรกะและความจำของมนุษย์ดีขึ้น

รอบตัวเราเต็มไปด้วยเสียงซึ่งล้วนมีอิทธิพลต่อคนเรา เสียงจำแนกตามความน่าฟังได้ 2 ประเภทคือเสียงที่น่าฟังและเสียงที่น่ารำคาญ ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าเสียงที่ไพเราะจะเป็นเสียงที่น่าฟังเสมอไป เพราะหากเราไม่อยากฟังเสียงนั้นก็จะเป็นเสียงที่น่ารำคาญได้ ส่วนเสียงดนตรีแบ่งออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ เสียงดนตรีของจักรวาล ได้แก่ เสียงลม น้ำ เสียงดนตรีที่อยู่ในตัวมนุษย์ เช่น เสียงพูดและเสียงดนตรีที่ออกมาจากเครื่องดนตรีซึ่งเป็นเสียงดนตรีในความหมายปัจจุบันที่ยอมรับกัน ในด้านอิทธิพลของเสียงนั้น สิ่งแวดล้อมรอบตัวมีผลต่อการแสดงออกของคน ๆ หนึ่งได้ และโดยแท้จริงแล้วเด็กเป็นลูกของสิ่งแวดล้อม รอบตัวของเด็กเป็นอย่างไรก็จะส่งผลให้เด็กเป็นอย่างนั้น พร้อมทั้งยกตัวอย่างเช่นเด็กที่เกิดมาท่ามกลางการพูดแบบสำเนียงสุพรรณ เด็กคนนั้นก็ติดสำเนียงสุพรรณไปตลอดชีวิตเป็นต้น (สุกรี เจริญสุข, 2548)

ทางการแพทย์นั้น การส่งเสริมพัฒนาเด็กและการอ่านกล่าวว่ามีการใช้เสียงเพื่อการบำบัดทางด้านจิตเวชมานานแล้วและเสียงยังมีอิทธิพลกับเด็กตั้งแต่นั้นในท้อง โดยเสียงแรกที่เด็กได้ยินคือเสียงเต้นของหัวใจแม่ซึ่งเต้นเป็นจังหวะ จึงน่าจะเป็นเหตุผลว่าคนเราถูกสร้างมาให้ขึ้นจังหวะและเสียงที่มนุษย์ได้ยินนั้นมีความถี่ 20 เฮิรตซ์ -20,000 เฮิรตซ์ ทำให้เราสามารถที่จะจำแนกเสียงแต่ละอย่างได้และทำให้เราเกิดการเลียนเสียงและสื่อสารได้จึงเป็นที่มาของการเรียนรู้ทุกทั้ง เสียงพูดคุยของแม่ยังเป็นเสียงที่กระตุ้นการเจริญของสมองเด็กที่ดีและสำหรับเหตุผลที่เสียงเพลงของโมซาร์ทมีอิทธิพลต่อสมองนั้น เป็นเพราะเพลงของโมซาร์ทเป็นเพลงที่มีความถี่ค่อนข้างสูงซึ่งผลจากการศึกษาพบว่าเสียงที่มีความถี่สูงช่วยกระตุ้นการเชื่อมต่อของปลายประสาททำให้การ

ทำงานของสมองดีขึ้น ซึ่งนักวิจัยเชื่อว่าเสียงเพลงของโมสาร์ทนั้นเกิดจากการทำงานของประจุไฟฟ้าในสมองโมสาร์ทที่ซับซ้อน ก่อนจะแปรเปลี่ยนเป็นโน้ตเพลง ดังนั้นการเปลี่ยนตัวโน้ตของโมสาร์ทกลับไปเป็นเพลงซึ่งความถี่ของเสียงเพลงโมสาร์ทนั้นน่าจะช่วยกระตุ้นการทำงานของประจุไฟฟ้าของสมองได้ ตลอดจน เพลงไทยหรือเสียงดนตรีอื่น ๆ ก็อาจมีส่วนช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองได้เช่นกัน แต่ขณะนี้ยังไม่มีผู้ศึกษาและต้องใช้เวลาอีกพอสมควร ดังนั้นหากใครอยากใช้ดนตรีในการช่วยบำบัดก็มีเพลงของโมสาร์ทเป็นตัวเลือกแล้ว เชื่อว่าเสียงเพลงที่เราชอบก็น่าจะเป็นอีกตัวเลือกในการใช้ดนตรีกระตุ้นการทำงานของสมอง (ผู้จัดการออนไลน์, 2548)

ในประเทศไทยได้มีการนำดนตรีบำบัดมาใช้ในการศึกษาวิจัยทางสาธารณสุขมากมายเช่น รำไพพรรณ ศรีโสภาค (2511) เรื่องดนตรีบำบัด : รายงานผู้ป่วยสองราย ดวงดาว ดุขยธรรม (2544) เรื่องผลของดนตรีบำบัดต่อการลดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา ประณีต ส่งวัฒนา (2547) เรื่องคู่มือการใช้สื่อเสียงหรือดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับยาลดปวดในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ธีรวรรณ ธีระวงษ์ (2537) เรื่องดนตรีบำบัดสำหรับเด็กพิการ : การศึกษาเฉพาะกรณีในสถานสงเคราะห์เด็กพิการและทุพพลภาพปากเกร็ด นวลลักษณ์ บุรณะกิติ (2543) เรื่อง การศึกษาการจัดทำกลุ่มบำบัดทางสังคมด้วยดนตรีกับผู้ป่วยจิตเภท ณ ตึกกิจกรรมกลุ่ม สุรพิน แทนรัตนกุล (2541) เรื่องผลของการใช้กลุ่มบำบัดโดยอังกะลุงที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในกลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพโรงพยาบาลศรีธัญญา นวลลักษณ์ บุรณะกิติ (2549) เรื่องผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎี REBT และการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎี REBT ร่วมกับดนตรีบำบัด ที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์ ของเยาวชนในศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน เป็นต้น

อีกทั้ง ดนตรีเป็นหนึ่งในงานสร้างสรรค์ทางศิลปะเพราะดนตรีเกิดขึ้นจากการที่มนุษย์ใช้จินตนาการในการร้อยเรียงเสียงสูงต่ำเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบเพื่อตอบสนองความต้องการในการแสดงออกซึ่งจินตนาการนั้น ดนตรีประกอบขึ้นด้วยทำนอง จังหวะและบทร้อง อันเป็นภาษาหนึ่งที่สามารถสื่อสะท้อนถึงอารมณ์ ความคิด ตลอดถึงพื้นหลังทางวัฒนธรรมของมนุษย์ได้ ด้วยดนตรีมีผลต่ออารมณ์และความรู้สึกมนุษย์ ดนตรีจึงได้ถูกนำมาใช้ในการบำบัด เช่น การคลายความเครียด การช่วยลดความเจ็บปวดหรือใช้บำบัดผู้ป่วยโรคต่าง ๆ เป็นต้นมีผลจากการวิจัยพบว่าดนตรีสามารถช่วยในการผ่อนคลายความเครียด ช่วยทำให้ฟื้นจากอาการเศร้า หดหู่และมีการใช้ดนตรีในการบำบัดผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีอาการเจ็บปวดจากโรคต่างๆเช่นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน และ โรคมะเร็ง ดนตรีบำบัดสามารถช่วยพัฒนาผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ให้เป็นปกติและยังใช้ได้กับผู้ที่มีความผิดปกติทางสมองโดยการบำบัดแบบกลุ่มได้อีกด้วย ซึ่งมนุษย์ใช้ดนตรีเป็นเครื่องมือในการบำบัดเป็นเวลานานในสังคมไทย ในสมัยก่อนดนตรีถูกนำมาใช้ในการบำบัดตามความเชื่อของคนในถิ่นนั้น ๆ ตัวอย่างเช่น พิธีกรรมผีฟ้า ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยในภาคอีสาน (ผีฟ้า เป็นชื่อของพิธีกรรม และ

ผู้ปฏิบัติตนเป็นผู้ทำการรักษาโรคในพิธี) ซึ่งพิธีกรรมนี้ได้รับการสืบทอดต่อ ๆ กันมาหลายชั่วอายุคน ผีฟ้าทำหน้าที่ร้องและร่ายรำเพื่อขับไล่วิญญาณร้ายออกจากร่างกายของผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนนั้น ๆ ชาวเมือง ก็มีหมอผีประจำชุมชนทำหน้าที่สวดร้องและร่ายรำประกอบดนตรีเพื่อบำบัดโรคให้คนในหมู่บ้าน ซึ่งในภาคกลาง ดนตรีบำบัดเริ่มถูกนำมาใช้อย่างจริงจังหลังจากการริเริ่มของนายอะกาโบซิ ที่ได้นำเทคนิคดนตรีบำบัดแบบญี่ปุ่นเข้ามาในประเทศไทยเมื่อ 20 กว่าปีก่อนและก่อตั้งกลุ่มดนตรีบำบัดขึ้นที่สถานพักผ่อน สว่างคนวิาส สภาอากาศไทย จังหวัดสมุทรปราการ ต่อมา มีการวิจัยเพื่อใช้เครื่องดนตรีไทย ในการประกอบกิจกรรมดนตรีบำบัดตามหลักดนตรีบำบัดแบบอะกาโบซิแก่ผู้ป่วยในสถานบำบัดนี้ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ต่อมาได้มีการจัดอบรมกิจกรรมบำบัดนี้แก่สถานพักผ่อนอื่น ๆ อย่างกว้างขวาง (บุษกร สำโรงทอง, 2549)

ศูนย์ดนตรีบำบัดที่โรงเรียนราชานุกูล ซึ่งเป็นโรงเรียนที่ให้การศึกษาแก่เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาได้ก่อตั้งขึ้นเมื่อเดือน มกราคม 2547 เพื่อใช้เป็นสถานที่ทำกิจกรรมดนตรีบำบัดให้แก่นักเรียนในโรงเรียนและผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชานุกูล คณะพัฒนาแล้วโดยการนำของ วีรพงษ์ ทวีศักดิ์เป็นคณะที่ประกอบด้วยสมาชิก ซึ่งเป็นผู้ต้องขัง 40 คน มีความสำเร็จในการทำกิจกรรมดนตรีบำบัดแก่ผู้ต้องขังเป็นเวลาหลายปีมาแล้ว ในด้านการเรียนการสอนนั้น ปัจจุบันยังไม่มีการเปิดหลักสูตรด้านดนตรีบำบัดในมหาวิทยาลัยแต่ก็มีการเปิดเป็นรายวิชาเลือกให้แก่นิสิตนักศึกษาผู้สนใจ เช่น ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีการสอนดนตรีบำบัดซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิชาการจัดการกับความเครียด ซึ่งมีนิสิตกว่า 1000 คนผ่านการศึกษารายวิชานี้ เป็นต้น แม้จะไม่มีหลักสูตรดนตรีบำบัดในประเทศไทย แต่การวิจัยด้านนี้ก็เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง เช่น การศึกษาเรื่องดนตรีกับการรับรู้โดยจิตใต้สำนึกของเด็กทารก การศึกษากิจกรรมดนตรีที่มีผลต่อพฤติกรรมของเด็กที่มีความบกพร่องทางปัญญา การใช้ดนตรีในการบำบัดความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งขั้นสุดท้ายการใช้ดนตรีบำบัดเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและใช้บำบัดเด็กที่มีความพิการทางตา ทางหู ทางสมองและทางร่างกาย ในโครงการศิลปะเพื่อเด็กพิเศษของคณะศิลปกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงการเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงการเจริญเติบโตด้านดนตรีบำบัดในประเทศไทย ซึ่งเป็นความหวังว่าในสถานการณ์ที่มีความวิกฤติทางเศรษฐกิจนี้ ดนตรีบำบัด จะได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นและแพร่หลายไปยังเยาวชนรุ่นต่อไป เพื่อเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งในการบำบัดผู้ด้อยโอกาส และผู้ป่วยในสังคมไทยได้อย่างแพร่หลายในอนาคต (บุษกร สำโรงทอง, 2549)

ในประเทศไทย ธุรกิจดนตรีสเปเชียลหรือดนตรีเพื่อความผ่อนคลายกำลังเป็นที่นิยมอย่างมาก ซึ่งดนตรีสเปเชียลหรือดนตรีเพื่อความผ่อนคลายนั้น คือ ศาสตร์ที่ว่าด้วยการนำดนตรี หรือองค์ประกอบอื่น ๆ ทางดนตรีมาประยุกต์ใช้เพื่อปรับเปลี่ยน พัฒนา และคงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยนักดนตรีบำบัดเป็นผู้ดำเนินการไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ผ่านทางกิจกรรมทางดนตรี

ต่าง ๆ อย่างมีรูปแบบโครงสร้างที่ชัดเจน มีหลักเกณฑ์ และระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ เป้าหมายของดนตรีบำบัดไม่ได้เน้นที่ทักษะทางดนตรี แต่เน้นในด้านพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ขึ้นอยู่กับความจำเป็นของแต่ละคนที่มารับการบำบัด สามารถประยุกต์ใช้ได้หลายบริบท ทั้งที่บ้าน โรงเรียน และโรงพยาบาล ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข จิตแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ ได้ให้ข้อมูลในเรื่องนี้ว่า "เราสามารถนำดนตรีสไปมาใช้ประโยชน์ได้หลายหลายรูปแบบ ทั้งในเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่ เพื่อตอบสนองความจำเป็นที่แตกต่างกันไปทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ปัญหาบกพร่องของพัฒนาการ สติปัญญาและการเรียนรู้ โรคซึมเศร้า อัลไซเมอร์ ปัญหาการบาดเจ็บทางสมอง ความพิการทางร่างกาย อาการเจ็บป่วย และภาวะอื่น ๆ สำหรับบุคคลทั่วไปก็สามารถใช้ดนตรีบำบัดได้ในแง่ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดและใช้กับการออกกำลังกายเพื่อสร้างสุขภาพที่ดีได้"

สำหรับบุคคลทั่วไปก็สามารถใช้ดนตรีบำบัดได้ในแง่ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดและใช้กับการออกกำลังกายเพื่อสร้างสุขภาพที่ดีได้ เช่น "SPA Music Vol.1 Piano Relaxing บรรเลงเปียโน แนวพ็อพชั้นปี๊อป คัดสุดยอดเพลงไทยที่คุ้นหู ผสมกลิ่นอาย ดนตรีไทย ให้ความสงบผ่อนคลายอารมณ์ Playing piano in pop style, the top selection of Thai intimate songs mixing with Thai music instrument give the place and recreation" เป็นต้น

จำรัส เสวตธราภรณ์ (2550) นักธุรกิจดนตรีบำบัด หรือกรีนมิวสิก หรือดนตรีเพื่อความผ่อนคลาย ได้บรรยายถึงแนวทางในการสร้างงานดนตรีบำบัดประเภทนี้ว่า "ได้มีโอกาสได้สนทนาธรรมกับพระรูปต่าง ๆ บ้าง ว่าสวรรค์เป็นอย่างไร ซึ่งท่านก็ได้อธิบายเป็นวิทยาศาสตร์ อธิบายไปจนถึงทางช้างเผือก ไปจนถึงแกน ไปจนถึงหลุมดำ ทุกอย่างคือการเวียนว่ายตายเกิด อธิบายได้หมด บทเพลงที่จำรัสประพันธ์ขึ้น เปรียบเสมือนแผนที่ของเขา ซึ่งเกิดจากการอ่านและการคิดตามกระบวนการทางปัญญา ทั้งนี้ในรายละเอียดผู้ฟังต้องไปค้นคว้าและไปจินตนาการต่อ ผู้วิจัยเห็นว่าผลงานของจำรัสนั้นเป็นงานศิลปกรรมที่อาศัยจินตนาการเป็นสิ่งสำคัญ ถึงแม้จะไม่ผ่านกระบวนการวิจัยหรือฐานคุณสมบัติของดนตรีบำบัดโดยตรง แต่ก็ยังเป็นประโยชน์มหาศาลของผู้ฟังที่ต้องการเสพงานดนตรีเพื่อความผ่อนคลาย และสุนทรีย์รสจากงานศิลปกรรม โดยจินตนาการของจำรัสนั้น ในงานบางชิ้น ได้ให้รายละเอียดที่มาของบทเพลงได้เป็นอย่างดี เช่น มาจากการได้รับรู้ถึงลักษณะของสวรรค์ชั้นต่าง ๆ โดยเริ่มจากเพลงที่ 1. Journey (On the earth) หรือการเดินทางของใจที่เที่ยงแท้ 2. จตุมหาราชิกา (สวรรค์ชั้นที่ 1) 3. ดาวดึงส์ (สวรรค์ชั้นที่ 2) 4. ยามา (สวรรค์ชั้นที่ 3) 5. ดุสิต (สวรรค์ชั้นที่ 4) 6. นิมมานรดี (สวรรค์ชั้นที่ 5) 7. พรหมโลก (รูปภพ) 8. พรหมโลก (รูปภพ) 9. อรูปพรหม (อรูปภพ) 10. พระนิพพาน กรณีเพลงที่ 1 การเดินทางของใจที่เที่ยงแท้ ก็เป็นเพลงเปิด ส่วนเพลงที่ 2 กล่าวถึงสวรรค์ชั้นที่ 1 จตุมหาราชิกา เป็นสวรรค์ที่อยู่ใกล้โลกมนุษย์มากที่สุด คือจริง ๆ มนุษย์จะติดต่อกับภพต่าง ๆ ที่ใกล้กับเรา ทำใ้มนุษย์ถึงสื่อสารกับสัตว์ที่เราที่มองเห็นได้ เพราะว่าอยู่ในชั้นที่

ใกล้กัน เช่น สุณัษ แมว นก เพลงที่ 2 กล่าวถึงสวรรค์ชั้นที่ 1 เพลงที่ 3 ก็คือชั้นที่ 2 ดาวดึงส์ ซึ่งมนุษย์ชอบไปดาวดึงส์มาก เพราะว่าสนุก มีการละเล่น มีละคร มีเทวดานางฟ้าสวยงาม ต่อไปชั้นที่ 3 ยามา นี่ก็เริ่มนั่งสมาธิแล้ว ส่วนชั้นดุสิตก็เป็นชั้นของผู้มีบุญ ซึ่งจะมาเกิดในชั้นดุสิตมากที่สุด เพราะว่า เป็นชั้นที่พระพุทธเจ้าเดิมก่อนจะมาเกิดเป็นมนุษย์ก็อยู่ในชั้นดุสิต จากนั้นก็มาเกิดเป็นมนุษย์หลายภพชาติ” ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นงานจินตศิลป์ล้วน ๆ ที่ต้องการสื่อความหมาย มิได้มุ่งไปที่การบำบัดรักษาเป็นสำคัญ

อำนาจและอิทธิพลเพลงในสมัยปัจจุบันมีส่วนกำหนดการมองโลกของนิสิตนักศึกษา ซึ่งอยู่ในช่วงของวัยรุ่นในการมองโลกทั้งทางบวกและทางลบ โดยเฉพาะทางลบนั้นค่ายเพลงส่วนใหญ่เนื้อหาไม่ได้ส่งเสริมความเข้มแข็งในจิตใจเพลงวัยรุ่นแต่หากเป็นเพลงที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรัก อาการรักไม่สมหวังมากกว่ารักสมหวัง มีคำที่เป็นการแสดงออกและการสัมผัสต่อกัน เพื่อแสดงความรักอย่างชัดเจนมากขึ้น เห็นได้ดังคำที่ปรากฏในเนื้อเพลงที่มีการจับมือ กอดหรือเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศ ตลอดจนการยอมเป็นมือที่สามหรือการนอกใจมากขึ้น ข้อมูลจากผลการศึกษาแบบแผนเพลงไทยสมัยนิยม และอิทธิพลของเพลงที่มีต่อวัยรุ่น ของโครงการการพัฒนาองค์ความรู้การรู้เท่าทันสื่อในประเทศไทย เรื่องอิทธิพลเพลงวัยรุ่น เพียงกระแสสังคมหรือการสร้างค่านิยมใหม่ ระบุว่า “ปัจจุบันเนื้อหาของเพลงมีพัฒนาการจากเดิมที่เพลงสมัยก่อนนั้นต้องเปรียบเปรย พรรณนาสัมพันธ์ภาพของความรักกับธรรมชาติ การร้อยเรียงอย่างบทกวี สรรหาคำและภาษาที่งดงาม อรรถรสของเพลงอยู่ที่การตีความของคนฟังกลายมาเป็นไปในลักษณะของเนื้อร้องที่กล้าแสดงออกในเรื่องราวของความรัก การมีพฤติกรรมทางเพศที่แสดงความรักต่อกัน ปรากฏออกมาอย่างตรงไปตรงมาและชัดเจนมากขึ้น เรื่องราวที่บอกถึงการยอมรับความสัมพันธ์ที่ฉาบฉวยมากขึ้น” และจากการศึกษาทางวิชาการ เพลงไทยสมัยนิยม 100 เพลงที่เคยติดอันดับเพลงยอดนิยมของสถานีวิทยุที่ได้รับความนิยมจากวัยรุ่นมาแล้ว ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2550 พบว่าเนื้อหาในบทเพลงที่โดนใจวัยรุ่นทั้งหลายสามารถเป็นภาพสะท้อนความคิดและวัฒนธรรมของวัยรุ่นได้ประการหนึ่ง วัยรุ่นจะใช้บทเพลงเป็นเวทีในการสื่อสารถึงสิ่งที่วัยรุ่นต้องการที่อาจต่อต้านกับกฎเกณฑ์ทางสังคมบางประการ ความนิยมมาจากความชอบ ความชอบมาจากการเข้าใจ นักแต่งเพลงเข้าใจภาษารักของพวกเขา เข้าใจว่าความรักของเขาเป็นอย่างไร เขาไม่ได้รักแบบสมัยคุณพ่อคุณแม่เขา ภาษารักของเขาก็อยู่ในโลกปัจจุบันที่แสดงออกทางเพศกันอย่างชัดเจน บอกด้วยภาษาง่าย ๆ ตรง ๆ ไม่ต้องการภาษากวี ไม่ต้องการการตีความ เขาจะเป็นของเขาอย่างนี้ เช่น อยากจะรักถึงเขามีเจ้าของก็ยิ่งรักยอมเจ็บหรือยอม

เปลี่ยนแปลงตนเองอย่างไม่มีเหตุผลเพื่อคนรัก หรือ ดึงเธอมากอดอ้อนวอนไม่ให้เธอจากไป การสื่อสารการตลาดที่ค่ายเพลงนำมาใช้ คือการกำหนดกลยุทธ์เพื่อให้ระดับการฟังเพลงของวัยรุ่น มีการฟังในระดับที่เรียกว่า การฟังอย่างจริงจัง ซึ่งเกิดจากการฟังซ้ำบ่อย ๆ โดยผ่านการสื่อสารมวลชนทุกชนิด อย่างวิทยุ โทรทัศน์ Mp3 เพื่อทำให้เกิดการจดจำได้อย่างไม่ตั้งใจ ท่วงทำนองและลีลาเพลงที่เร่ร่อนหรือกอดดัน เพื่อการระบายอารมณ์ เหงา เศร้า แค้นเคือง ถูกนำเสนอก่อออกมาเพื่อกระตุ้นอารมณ์ผู้ฟังได้อย่างหนักหน่วง ทำให้คำว่าสุนทรียะถูกกลืนหายไป เหลือเป็นเพียงการสื่อสารการตลาดที่ร่วมสมัย และต้องเร่งรีบไหลตามกระแสตลาดและตามใจวัยรุ่นที่ขาดความละเอียดละมัยในอารมณ์

ทั้งนี้ พลังอำนาจในการสร้างสื่อควรมีการให้ข้อมูลเชิงบวกเพลงก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะสามารถสร้างเรื่องราวเชิงสร้างสรรค์ได้ จะเห็นได้จากบางประเทศมีการสร้างภาพยนตร์หรือประพันธ์เพลง เพื่อปลุกกำลังใจคนในชาติให้มีความรัก สามัคคี สะท้อนว่า สื่อนั้น มีอิทธิพลต่อจิตใจของคนอย่างมาก แม้ว่าคนทำงานด้านสื่อจะค้านว่าเกิดขึ้นไม่ได้แต่เรื่องของจิตเจ้านั้นไม่เหมือนกับเชื้อโรคที่จะสามารถพิสูจน์ทราบได้ทันทีว่าเป็นโรคอะไร แต่ในทางการแพทย์ แม้แต่องค์การอนามัยโลก (WHO) ก็ได้ให้ความสำคัญกับการลดอัตราการฆ่าตัวตาย ด้วยวิธีบันได 6 ขั้น และหนึ่งในภารกิจดังกล่าวคือ สื่อต้องลดการให้ข่าวในเรื่องร้ายๆแต่ควรให้ข่าวในแง่บวกที่ดี ๆ เพิ่มขึ้น

ปัญหาของจิตเจ้านั้น เป็นเรื่องของทุกคนเพราะเกิดจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว และขณะนี้ไม่ว่าจะเกิดปัญหาจากที่ใดในโลก ก็สามารถกระทบไปถึงประเทศอื่น ๆ ได้เพราะการสื่อสาร เช่น กรณี นักศึกษาในสหรัฐอเมริกา ฆ่าหมู่ด้วยวิธีใช้ปืนยิงกราด ซึ่งกรณีดังกล่าวก็พิสูจน์ทราบได้ว่าการเลียนแบบจากภาพยนตร์ที่ดูไม่นานนักก็เกิดกรณีคล้ายกันในประเทศไทยทำให้สะท้อนว่าสื่อมีความสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมได้การสร้างสื่อจำเป็นต้องคิดตั้งแต่เริ่มแรกว่าจะทำให้เกิดผลกระทบต่อใครอย่างไรบ้าง ดังนั้น ดนตรี ซึ่งหมายรวมถึงเนื้อร้องจึงเป็นอุปกรณ์ศิลปกรรมสำคัญชิ้นหนึ่งที่ทรงพลังอำนาจ ผู้วิจัยเชื่อว่าหากได้รับการวิจัยพัฒนาที่ดีจะสามารถเป็นเครื่องมือหนึ่งในการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าได้ หรือแม้แต่จะเป็นส่วนเพิ่มเติมกำลังใจให้กับนิสิตนักศึกษาไทยให้สามารถมองเห็นแง่บวกที่งดงาม ความมีคุณค่าของชีวิตตนเองและผู้อื่น ตลอดจนทุกๆชีวิตบนโลกใบนี้ได้เป็นอย่างดี

จากการข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าสถาบันอุดมศึกษาไทย กำลังเผชิญอยู่กับภาวะวิกฤตของภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในหมู่วัยรุ่น สามารถนำไปสู่กระบวนการการฆ่าตัวตายของนิสิต

นักศึกษา เช่นเดียวกับหลายๆสถาบันอุดมศึกษาในต่างประเทศ ภาวการณ์ดังกล่าวเป็นวิกฤตการณ์ระดับโลกส่งผลโดยตรงกับสถาบันอุดมศึกษา ตลอดจนสภาพเศรษฐกิจและสังคมทั้งในปัจจุบันและอนาคตการป้องกันหรือควบคุม ตลอดจนการบำบัดให้ภาวะของโรคลดลง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรได้รับการดำเนินการโดยเร่งด่วน ดนตรีบำบัดนั้น เป็นหนทางหนึ่งที่สามารถนำไปสู่ทางออกของปัญหานี้ได้ ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยที่ได้นำเสนอข้างต้น แต่ถึงกระนั้นที่ผ่านมาประเทศไทยยังไม่ได้มีการทำการศึกษาวิจัยสร้างโปรแกรมหรือบทเพลงดนตรีบำบัดขึ้นใช้เองตามบริบทสังคมวัฒนธรรมไทยแต่อย่างใด เพียงแต่นำบทเพลงสำเร็จรูปของคีตกวีชาวต่างชาติมาใช้โดยตรงหรือไม่ก็ใช้วิธีการดำเนินกิจกรรมทางดนตรีที่หลากหลายทั้งแบบผสมผสาน โดยใช้กระบวนการฟัง ร้อง เต้น เล่นดนตรี มีทั้งประสบความสำเร็จและล้มเหลวหลายประการ ความต้องการที่จะให้เกิดความผ่อนคลายและได้ออกกำลังกายไปพร้อม ๆ กับการเล่นดนตรีประสบความสำเร็จพอสมควร แต่ในกรณีที่ผู้วิจัยเลือกเอาดนตรีคลาสสิกทั้งหมดแบบทฤษฎีเดิมทางตะวันตกมาใช้เลยนั้น มักจะไม่ประสบความสำเร็จเพราะเนื่องจากบริบทและวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน ดังเช่น รายงานการวิจัยที่ใช้ดนตรีคลาสสิกในการลดภาวการณ์เจ็บปวดของการคลอด ปรากฏว่าไม่ประสบความสำเร็จทั้งในด้านการลดภาวะความเจ็บปวดและไม่เป็นที่ต้องการของผู้ถูกทดลอง อันเนื่องมาจากความไม่คุ้นเคย อนึ่ง ความคุ้นชินของคนไทยในการฟังเพลงลูกทุ่ง ของคนไทยภาคกลางหรือเพลงหมอลำของคนไทยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นั้น เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของคนเฉพาะถิ่นไปแล้วและเคยมีงานวิจัยที่ประสบความสำเร็จในการเลือกใช้เพลงที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ฟังแล้ว เช่น งานวิจัยของ วรัญญา รุ่งแสง (2547) เรื่องผลของการฟังดนตรีตามความชอบและดนตรีธรรมชาติต่อการลดความเครียดของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปรากฏว่ากลุ่มที่ฟังเพลงที่ตนเองชอบนั้น ระดับความเครียดลดลงอย่างมาก

ดังนั้น จึงเป็นที่มาของผู้วิจัย ที่ต้องการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดขึ้น เพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาวิกฤตการณ์ทางด้านสุขภาพจิตที่กำลังเผชิญอยู่ทั่วไปในทุกมิติของสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งมุ่งไปที่การแก้ไขสถานการณ์และสภาพปัญหาของนิสิตนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาไทย และต้องการให้โปรแกรมที่จะพัฒนาขึ้นนี้ ซึ่งประกอบด้วยบทเพลงที่จะประพันธ์และเรียบเรียงขึ้นใหม่ทั้งบทกวีและทำนองผสมผสานกับลักษณะการดำเนินกิจกรรม ภายใต้กระบวนการวิจัยเป็นไปอย่างเหมาะสมกับบริบทและสังคมวัฒนธรรมไทยอีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย
2. พัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย
3. ทดลองใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

ขอบเขตของการวิจัย

1. ในการศึกษาหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยนั้น ผู้วิจัยจะทำการศึกษาหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย โดยจะศึกษารูปแบบวิธีการในการจัดการหรือกระทำให้ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลง หรือหายเป็นปกติ ซึ่งผ่านการศึกษาวิจัย และใช้กันแพร่หลายในวงการวิชาการและการสาธารณสุขเท่านั้น โดยเน้นความเหมาะสมกับช่วงอายุ 18-25 ปี ซึ่งอนุมานเป็นช่วงวัยเดียวกันกับนิสิตนักศึกษาไทย ทั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ซึ่งจะศึกษาจากงานนิพนธ์และวิจัยของอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) มาโนช หล่อตระกูล (2543) เบค และ คณะ (Beck, et al, 1988) และ โรเจอร์ (Rogers, 1989) ร่วมกับการสัมภาษณ์เป็นหลัก

2. ในการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยนั้น ผู้วิจัยจะดำเนินการวิเคราะห์หลักการทฤษฎีและงานวิจัยอันเกี่ยวข้องจากขอบเขตการวิจัย ข้อที่ 1 ข้างต้น นำมาวิเคราะห์ร่วมกับหลักการทางดนตรีบำบัด ของสมาคมดนตรีบำบัดแห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกา (2007) จำไพพรรณ ศรีโสภาค (2511) และศุภกิจ จารุจรณ (2550) ร่วมกับหลักการการประพันธ์เพลง กระบวนการสังคีตลักษณ์การวิเคราะห์ และเกณฑ์การคัดสรรบทเพลงของ พิษิตชัยเสรี (2551) ให้เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมไทย เพื่อ 1.วิเคราะห์สรุปหลักการทางดนตรีบำบัด 2.สังเคราะห์บทเพลงที่จะใช้ในโปรแกรมดนตรีบำบัดฯ 3.สังเคราะห์บทกวีชิ้นใหม่ โดยใช้ปรัชญาพื้นฐานในการพิจารณามนุษย์ของโรเจอร์ (Rogers, 1989) ซึ่งมาจากขอบเขตการวิจัย ข้อที่ 2 เป็นหลัก 4.พัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย ซึ่งจะมีรายละเอียดของโปรแกรมฯ ดังนี้ 1) คู่มือผู้ใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย 2) วิธีการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย 3) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

3. การทดลองใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยครั้งนี้ จะเป็นการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตชาย-หญิงปัจจุบันของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จากทุกสาขาวิชา ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 – 6 เฉพาะระบบทวิภาคเท่านั้นซึ่งกลุ่มตัวอย่างนั้น มาจากนิสิตปกติ

โดยสมัครใจเข้ามาเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมการทดลอง และผ่านกระบวนการคัดกรองระดับภาวะซึมเศร้าและการจัดเข้ากลุ่มระดับต่างๆ ซึ่งเป็นไปเพื่อการไม่ละเมิดสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและเพื่อความสะดวกของผู้วิจัย จึงเลือกใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้าและทำการคัดกรองด้วย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1” ที่พัฒนามาจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ เบค และคณะ(Beck, et al , 1988) แบบวัด BDI (Beck Depression Inventory) โดยผู้วิจัยกำหนดให้ผู้เข้าร่วมการทดลองต้องมีระดับคะแนน จากแบบวัด BDI อยู่ที่

ระดับคะแนน 0-9 ซึ่งจัดเป็นภาวะซึมเศร้าในคนปกติ (Normal Depression)

ระดับคะแนน 10-15 เป็นภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mild Depression)

ระดับคะแนน 16-19 เป็นภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Mild – Moderate Depression)

ระดับคะแนน 20-29 เป็นภาวะซึมเศร้าระดับมาก (Moderate - Severe Depression)

เท่านั้น ยกเว้นในระดับคะแนน 30-63 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรง (Severe Depression) ไม่รวมอยู่ในการทดลอง เพราะเป็นไปเพื่อการป้องกันภาวะความเสี่ยงในการทดลองที่อาจเกิดขึ้นได้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ดนตรี หมายถึง การคัดเลือกบทเพลงไทยเดิมมาประพันธ์และเรียบเรียงแนวทำนองดนตรีขึ้นใหม่ โดยนำวิธีการนำแนวคิดทฤษฎีระหว่างแนวคิดทางตะวันตก ตะวันออกและบริบทของประเทศไทย ร่วมกับการศึกษาวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่สองของงานวิจัยฉบับนี้ คือ การศึกษาหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย มาพัฒนาขึ้นเป็นโปรแกรมดนตรีบำบัดของผู้วิจัย โดยจะใช้เสียงดนตรีไทยผสมผสาน กับดนตรีตะวันตก ซึ่งอาศัยการวิเคราะห์ทฤษฎีดนตรีบำบัดเป็นฐานและผู้วิจัยจะประพันธ์บทกวีขึ้นใหม่ เพื่อบรรจุลงไปในบทเพลงด้วยการสังเคราะห์ทฤษฎีการพัฒนานิสิตของโรเจอร์ (Rogers, 1989) ร่วมกับหลักการการประพันธ์เพลง เกณฑ์การคัดสรรบทเพลงและกระบวนการสังคีตลักษณะการวิเคราะห์ของพิชิตชัยเสรี (2551) เป็นฐานเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมไทย

โปรแกรมดนตรีบำบัด หมายถึง กระบวนการ วิธีการ เกณฑ์ การดำเนินกิจกรรมดนตรีบำบัดและการประเมินผล เพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาไทยโดยใช้การผสมผสานและการประยุกต์ทฤษฎีทางจิตเวช ทฤษฎีทางดนตรีบำบัด และการพัฒนานิสิตนักศึกษา โดยมุ่งเน้นการสร้างความเข้าใจ การฟังดนตรีและการศึกษาพฤติกรรม ซึ่งมีองค์ประกอบของโปรแกรมดังนี้ คือ

- 1 คู่มือผู้ใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย
- 2 วิธีการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย อันได้แก่ ชื่อกิจกรรม วัตถุประสงค์ บทกวี ระยะเวลา การควบคุมบริบท การดำเนินกิจกรรม เครื่องมือและการประเมินผล
- 3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย อันประกอบด้วย
 - 3.1 ทฤษฎีและหลักการทางจิตเวช การพัฒนานิสิตนักศึกษาและดนตรีบำบัด
 - 3.2 การจัดเตรียมบริบทด้านต่างๆ
 - 3.3 วิธีการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย “ฟ้าใสโปรแกรม”
 - 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย “ฟ้าใสโปรแกรม” อันได้แก่
 - แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1”
 - แบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2”
 - หนังสือยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม “ฟ้าใสโปรแกรม” (Informed Consent Form)
 - ซีดีบทเพลงชุด “ฟ้าใส”
- 4 มีการประเมินผลตอนต้นและท้ายกิจกรรม เพื่อวัดระดับคะแนนความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าทั้งนี้ความคาดหวังของโปรแกรมคือ เมื่อจบโปรแกรมภาวะความรุนแรงของผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะลดลง โดยมีการกำหนดเงื่อนไขของโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นการเตรียมการก่อนดำเนินกิจกรรมโปรแกรมดนตรีบำบัดฯ อันได้แก่
 1. ด้านการสัมผัสร่างกายและสายตา คือ มีการเตรียมห้อง แสง สี และตำแหน่งการจัดวางอุปกรณ์ในการนั่งและอุณหภูมิที่เหมาะสมแก่การบำบัด
 2. ด้านการฟัง คือ มีการเตรียมคุณภาพเครื่องเสียง และแผ่นซีดี
 3. ด้านการลิ้มรส คือ มีการเตรียมสภาพร่างกายของผู้ทดลองในด้านอาหารและเครื่องดื่มก่อนการเริ่มกิจกรรมโปรแกรมฯที่เหมาะสมกับผู้มีภาวะซึมเศร้า
 4. ด้านกลิ่นสัมผัส คือ มีการเตรียมอุปกรณ์จริงกลิ่นที่เหมาะสมแก่การบำบัด

การพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัด หมายถึง กระบวนการสร้างรูปแบบของเสียงทำนองดนตรี การเลือกวัสดุที่ทำให้เกิดเสียง เครื่องดนตรี วิธีการ กิจกรรมและเกณฑ์การนำไปใช้ หมายถึง การประยุกต์ใช้ทฤษฎีและหลักการ โดยที่ ผู้วิจัยจะดำเนินการศึกษาสภาพปัญหาภาวะซึมเศร้า ในนิสิต

นักศึกษาทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ รวมทั้งบทเรียนความสำเร็จและที่ต้องทบทวน ผนวกกับแนวคิดทฤษฎีเรื่องภาวะซึมเศร้า การพัฒนานิสิตนักศึกษาและกิจกรรมดนตรีบำบัด โดยอาศัยแนวคิดทางตะวันตก ตะวันออกและบริบทของไทย พัฒนาขึ้นเป็นโปรแกรมดนตรีบำบัดเฉพาะของผู้วิจัย โดยจะใช้เสียงเครื่องดนตรีไทยผสมผสานกับดนตรีตะวันตกและเสียงดนตรีอิเล็กทรอนิกส์ โดยมีความยาวของเพลงประมาณ 15 นาที จำนวนทั้งสิ้น 10 เพลงและสอดแทรกบทกวีที่ประพันธ์ขึ้นใหม่ โดยผู้วิจัยบรรจุลงไปโน้ตเพลงด้วย โดยการใช้ทฤษฎีทางจิตวิทยาต่างๆ สังเคราะห์ร่วมกับทฤษฎีการพัฒนานิสิตของโรเจอร์ (Rogers, 1989) มาสร้างเป็นบทกวีผสมผสานกับแนวคิดการคิดเชิงบวก ให้เหมาะสมกับบริบทไทย รวมทั้งมีการควบคุมบริบทและเงื่อนไขด้วย

การลดภาวะซึมเศร้า หมายถึง การลดค่าคะแนนความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าลง โดยระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าที่วัดครั้งแรกจะอยู่ที่ระดับใดก็ตามเมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง และใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1” ที่พัฒนาขึ้นจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ เบค และ คณะ (Beck, et al, 1988) วัดระดับค่าคะแนนอีกครั้ง ซึ่งในครั้งที่ 2 นั้น ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีเปลี่ยนค่าไปในลักษณะค่าคะแนนน้อยลงกว่าครั้งแรก

คะแนน หมายถึง ระดับ ค่าตัวเลข แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1” ที่พัฒนาขึ้นจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ เบค และ คณะ (Beck, et al, 1988) ซึ่งระดับของคะแนน จากแบบวัด BDI ได้แบ่งระดับภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

- คะแนน 0-9 เป็นภาวะซึมเศร้าในคนปกติ (Normal Depression)
- คะแนน 10-15 เป็นภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mild Depression)
- คะแนน 16-19 เป็นภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Mild – Moderate Depression)
- คะแนน 20-29 เป็นภาวะซึมเศร้าระดับมาก (Moderate - Severe Depression)
- คะแนน 30-63 เป็นภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression)

ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าว่าอยู่ในระดับใด

นิสิตนักศึกษาไทย หมายถึง ผู้ที่ศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐและเอกชนที่สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาไทย เพศชาย-หญิงปัจจุบัน และกำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาบัณฑิต ทุกชั้นปี ในระบบทวิภาคจากทุกคณะวิชาทุกหลักสูตร

นิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หมายถึง กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ที่มีสถานภาพเป็นนิสิตชาย-หญิงปัจจุบันของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระดับปริญญาบัณฑิต ทุกชั้นปี ในระบบทวิภาคจากทุกคณะวิชา ทั้งในหลักสูตร 4 ปีหลักสูตร 5 ปี และหลักสูตร 6 ปี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนั้น มาจากนิสิตปกติ โดยสมัครใจเข้ามาเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย และผ่านกระบวนการคัดกรองระดับภาวะซึมเศร้าและการจัดเข้ากลุ่มระดับต่างๆ ซึ่งเป็นไปเพื่อการไม่ละเมิดสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและเพื่อความสะดวกของผู้วิจัย จึงเลือกใช้กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครที่เป็นนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้าและทำการคัดกรองด้วย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1” ที่พัฒนามาจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ เบค และคณะ(Beck, et al , 1988) แบบวัด BDI (Beck Depression Inventory) โดยผู้วิจัยกำหนดให้ผู้เข้ารับการทดลองต้องมีระดับคะแนน จากแบบวัด BDI อยู่ที่

ระดับคะแนน 0-9 ซึ่งจัดเป็นภาวะซึมเศร้าในคนปกติ (Normal Depression)

ระดับคะแนน 10-15 เป็นภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mild Depression)

ระดับคะแนน 16-19 เป็นภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Mild – Moderate Depression)

ระดับคะแนน 20-29 เป็นภาวะซึมเศร้าระดับมาก (Moderate - Severe Depression)

เท่านั้น เพื่อป้องกันภาวะความเสี่ยงในการทดลอง

การควบคุมบริบท หมายถึง การเตรียมการก่อนดำเนินกิจกรรมโปรแกรมดนตรีบำบัดฯ อันได้แก่

1. ด้านการสัมผัสร่างกายและสายตา คือ การเตรียมห้อง แสง สี และตำแหน่งการจัดวางอุปกรณ์ในการนั่งและอุณหภูมิที่เหมาะสมแก่การบำบัด
2. ด้านการฟัง คือ การเตรียมคุณภาพเครื่องเสียง และแผ่นซีดี
3. ด้านการลิ้มรส คือ การเตรียมสภาพร่างกายของผู้ทดลองในด้านอาหารและเครื่องดื่มก่อนการเริ่มกิจกรรมโปรแกรมฯที่เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
4. ด้านกลิ่นสัมผัส คือ การเตรียมอุปกรณ์กลิ่นที่เหมาะสมแก่การบำบัด

หลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้า หมายถึง แนวคิดในการจัดการหรือกระทำให้แก่นิสิตนักศึกษาไทย มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง หรือหายเป็นปกติ ซึ่งผ่านการศึกษาวิจัยและใช้กันแพร่หลายในวงการวิชาการและการสาธารณสุข โดยเน้นความเหมาะสมกับนิสิตนักศึกษาไทย ช่วงอายุ 18-25 ปี ซึ่งอนุมานเป็นช่วงวัยเดียวกันกับนิสิตนักศึกษาไทย ทั้งนี้ การศึกษาวิจัยมุ่งประเด็นไปที่การหาคำตอบว่า รูปแบบวิธีการในการบำบัดภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทย เป็นอย่างไร มีอะไรบ้างและหลักการของรูปแบบวิธีการใดเหมาะสมสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครที่มีอาการทางกายและ/หรือใจ อันสัมพันธ์กับความเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในคนปกติทุกคน โดยมีปัจจัยมาจากสารเคมีภายในร่างกาย พันธุกรรม และที่สำคัญที่สุด คือ จากปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อสภาพจิตใจขณะนั้น เช่น การสูญเสีย การผิดหวัง ปัญหาทางด้านสุขภาพ ฯลฯ ที่เข้ามาเป็นสิ่งเร้าในช่วงเวลานั้น ๆ โดยมีระดับภาวะซึมเศร้าต่าง ๆ กันไป ทั้งนี้สามารถพัฒนาไปสู่โรคซึมเศร้าได้ และสามารถหายจากภาวะซึมเศร้าได้โดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยยาหรือไฟฟ้า สามารถใช้การบำบัดด้วยวิธีทางจิตวิทยา จิตเวช และการบำบัดทางเลือกได้ เช่น การใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดในการวิจัยครั้งนี้

ปัญหาและสภาพการณ์ภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทยและต่างประเทศ โดยศึกษาจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (2007) และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2550) อันได้แก่... ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า อัตราความถี่ของจำนวนการทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นรวดเร็ว ตลอดจนแนวโน้มชั้นวิกฤติภายในปี 2020 ที่เกิดขึ้นกับนิสิตนักศึกษาทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงมาก (มติชน depression@dmhthai.com - 14/4/2008)

1. หลักการและทฤษฎีจิตเวช (ภาวะซึมเศร้า)

- ระดับของภาวะซึมเศร้า
- มี 5 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าในคนปกติ ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับรุนแรง
- ปัจจัย
- 1. กรรมพันธุ์ 2. สารเคมีในสมอง 3. ลักษณะนิสัย
- การวินิจฉัยโรค
- 1. เบื่ออาหาร/ น้ำหนักลดมากกว่า 5% ต่อเดือน
- 2. นอนไม่หลับ 3. ความคิดเชิงซ้ำ กระสับกระส่าย หงุดหงิด
- 4. อ่อนเพลีย ไม่มีแรง 5. สมาธิ ความจำเสื่อม
- 6. มีความคิดอยากตาย 7. รู้สึกตนไร้ค่า
- การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า
- 1. ยา 2. กิจกรรมจิตบำบัด
- คำแนะนำสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้าและการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
- 1. ให้ความเข้าใจ ใส่ใจ จริงใจ (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) (อรพรรณ ลิ้มบุษวิชัย, 2549)
- ดนตรี โดยเฉพาะบทเพลงและทำนอง มีพลังอำนาจในการทำให้เกิดอารมณ์การเปลี่ยนแปลงและสามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตายหรือการยุติลงได้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

2. หลักการและทฤษฎีการพัฒนานิสิตนักศึกษา

1. ต้องพัฒนาด้านวิชาการและวิชาชีพ
2. ต้องพัฒนาด้านสติปัญญา
3. ต้องพัฒนาด้านสังคม
4. ต้องพัฒนาด้านอารมณ์
5. ต้องพัฒนาด้านเอกลักษณ์
7. ต้องพัฒนาด้านร่างกาย
8. ต้องพัฒนาด้านคุณธรรม (วัลลภา เทพหัสดิน ณ อยุธยา, 2528)

3. รูปแบบและทฤษฎีการพัฒนานิสิตนักศึกษา

- 2.1 มนุษย์มีความสามารถ มีศักดิ์ศรี และคุณค่า
- 2.2 มนุษย์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเอง ตามธรรมชาติ
- 2.3 มนุษย์เป็นคนดีน่าเชื่อถือ และไว้ใจได้
- 2.4 มนุษย์มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล
- 2.5 มนุษย์ต้องการความรัก การเอาใจใส่และการยอมรับจากผู้อื่น

โรเจอร์ (1989)

หลักการและทฤษฎี

1. ดนตรีบำบัด

- 1.1 ดนตรีบำบัดต้องเป็นการรักษาอย่างจริงจังจึงหวังผลโดยประกอบไปด้วย
 - 1.1.1 ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของจิตแพทย์
 - 1.1.2 ต้องมีความจำเป็นหรือเหตุผลเพียงพอเพื่อการรักษาความป่วยไข้หรือเสียหาย
 - 1.1.3 ต้องมีจุดประสงค์และแผนที่ชัดเจน ตลอดจนมีการบันทึกการรักษา
 - 1.1.4 จุดประสงค์ของการบำบัดต้องเป็นไปเพื่ออาการที่ชัดเจนไม่ใช่แค่คงสภาพ (The National Association for Music Therapy, 1992)
- เกณฑ์พิจารณาคุณสมบัติของเครื่องดนตรี
 - เป็นเครื่องดนตรีที่สามารถบรรเลงได้ทันทีไม่ว่าผู้ใช้นั้นจะเป็นดนตรีมาก่อนหรือไม่
 - มีเสียงสัมพันธ์กันตลอด มีลักษณะพิเศษในการดึงดูดความสนใจ
 - มีลักษณะทางกายภาพที่ต่างๆ กัน ซึ่งได้รับการประดิษฐ์อย่างมีหลักวิชา
 - เป็นเครื่องดนตรีที่ผู้ป่วยสามารถบรรยายความรู้สึกออกมาได้อย่างแนบเนียน โดยใช้เสียงเป็นสื่อ (จำไพพรรณ ศรีโสภาค, 2511)
- 1.2 คุณสมบัติดนตรี
 - 1) จังหวะ; สร้างสมาธิ 3) น้ำหนักเสียง/ ภาวะ เบา: สงบสุข, ตึง: กระตือรือร้น
 - 2) ความถี่เสียง; ให้เกิดความสงบ 4) ทำนอง; ช่วยระบายความรู้สึกส่วนลึกของจิตใจ
 - 5) การประสานเสียง; ช่วยวัดอารมณ์ ความมุ่งมั่น; การลด, การสร้าง, การควบคุมอารมณ์
 - เป็น Medium ที่จะฝึกให้ผู้ป่วย Concentration สร้างความเป็นมิตร - ในรายที่เป็น Independent จะลดลงด้วยการเพิ่ม Music therapy ใน Plan ของการ Treatment ในรายที่ไม่มี Attention จะต้องช่วยฝึก Rehabilitate ผู้ป่วยอย่างช้าๆ โดยไม่รู้ตัว (จำไพพรรณ ศรีโสภาค, 2511)
- 1.3 กระบวนการและรูปแบบของดนตรีบำบัด
 - การประเมินผู้รับการบำบัดรักษา - วางแผนการบำบัดรักษา - ดำเนินการบำบัดรักษา - ประเมินผลการบำบัดรักษา
 - การควบคุมบริบท - แสง - เสียง - กลิ่น - อุณหภูมิในการฟัง - อุณหภูมิ - การปรับสภาพร่างกายและความพร้อม (จำไพพรรณ ศรีโสภาค, 2511) (ศุภกิจ จารุจรณ, 2550) และ (ทวีศักดิ์ สิริรัตนรชา, 2549)

2. การประพันธ์เพลง กระบวนการสังคีตลักษณ์การวิเคราะห์และเกณฑ์การคัดเลือกบทเพลง

การสร้างกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการประพันธ์ ประกอบด้วย - ประพันธ์แบบอัตโนมัติ - ประพันธ์โดยอาศัยแนวทำนองเดิมเป็นฐาน

- สุนทรียรสที่ต้องการสื่อ - การรองรับของดนตรีที่จะบรรเลง
- ทฤษฎีสังคีตลักษณ์การวิเคราะห์ ซึ่งแสดงดนตรีเปรียบเทียบระหว่างดนตรีไทยและดนตรีตะวันตก
- จังหวะ - ทำนอง - การประสานเสียง - รูปแบบ - การสำแดงอารมณ์ - ลีลา
- เกณฑ์ในการคัดเลือกบทเพลงที่จะนำมาใช้ในการบำบัด มีดังนี้
- เป็นเชิงเดี่ยวและเรียบง่าย - มีความร่วมสมัยที่อยู่ในบริบทปัจจุบัน - อยู่ในระดับเสียงระดับกลางๆ (ทางเพียงออกลาง) (พิชิต ชัยเสรี, 2551)

ผลการสังเคราะห์หลักการและทฤษฎี

1. จิตเวช (ภาวะซึมเศร้า)

- 1.1 ต้องเรียนรู้สาเหตุ การวินิจฉัย อาการ การวางแผน การบำบัด และประเมินผล
- 1.2 ต้อง เข้าใจ เข้าถึง จริงใจ ต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

2. หลักการและทฤษฎีการพัฒนานิสิตนักศึกษา

- 2.1 มนุษย์มีความสามารถ มีศักดิ์ศรี และคุณค่า
 - ชีวิตนี้มีคุณค่า
- 2.2 มนุษย์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเอง ตามธรรมชาติมนุษย์จะพัฒนาตนเองทุก ๆ ด้าน
 - จงก้าวกล้าบนขวากหนาม
- 2.3 มนุษย์เป็นคนดีน่าเชื่อถือ และไว้ใจได้
 - เพื่อนที่ดีมีทุกยาม
- 2.4 มนุษย์มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล
 - สิ่งตรงมาจงเรียนรู้
- 2.5 มนุษย์ต้องการความรัก การเอาใจใส่และการยอมรับจากผู้อื่น
 - เพื่อมุ่งสู่ความฝัน...วันศรัทธา

3. หลักการอธิบายและการยับยั้งการฆ่าตัวตายโยวัยรุ่น

- 3.1 มีภาวะซึมเศร้า
- 3.2 มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย
- 3.3 ใช้สารเสพติด
 - วิธีการแก้คือ แสดงความห่วงใยจริงใจหาทางยับยั้งโดยระงับการให้ค้ำประกันสติปัญญา พุดคุยให้กำลังใจ

4. ประพันธ์บทกวีและเรียบเรียงและประพันธ์ทำนองที่สร้างสรรค์

- 4.1 มีพลังอำนาจในการทำให้เกิดอารมณ์การเปลี่ยนแปลงและจะสามารถยับยั้งการฆ่าตัวตายได้

ผลการสังเคราะห์

- ใช้ที่ปรึกษาทางด้านจิตเวช มีความต่อเนื่อง จริงจัง และจริงใจ - เกณฑ์ในการคัดเลือกบทเพลงที่จะนำมาใช้ในการบำบัด เป็นเชิงเดี่ยวเรียบง่าย สมสมัยคงทน นุ่มละมุนเสียงระดับกลาง - สร้างเนื้อเสียง 3 ระดับ คือ สงบ รบรึก รุกเร้า
- สร้างเนื้อหาบทเพลง 5 คุณลักษณะ คือ ชีวิตนี้มีค่า จงก้าวกล้าบนขวากหนาม เพื่อนที่ดีมีทุกยาม สิ่งตรงมาจงเรียนรู้ เพื่อก้าวสู่ความฝัน.วันศรัทธา
- วางแผนการบำบัดที่รัดกุม ควบคุมเคร่งครัดดำเนินการ และประสานการประเมินผล ได้แก่ ขึ้นปรับสมดุล อบอุ่นหัวใจ และเสริมสายใยรัก
- ควบคุมบริบท ได้แก่

1. ด้านการสัมผัสทางกายและสายตา คือ การเตรียมห้อง แสง สีและตำแหน่งการจัดวางอุปกรณ์ในการนั่งและอุณหภูมิที่เหมาะสมแก่การบำบัด
2. ด้านการฟัง คือ การเตรียมคุณภาพเครื่องเสียง และแผ่นซีดี 3. ด้านการลิ้มรส คือ การเตรียมสภาพร่างกายของผู้ทดลองในด้านอาหารและเครื่องดื่มก่อนการเริ่มกิจกรรมโปรแกรมที่เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 4. ด้านกลิ่นสัมผัส คือ การเตรียมอุปกรณ์จุกกลิ่นที่เหมาะสมแก่การบำบัด

โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย : ไฟล์โปรแกรม

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

คำอธิบายกรอบแนวคิดในการวิจัย

จากแผนภูมิการนำเสนอกรอบแนวคิดข้างต้น ผู้วิจัยต้องการนำเสนอถึงความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดทฤษฎีที่สามารถนำมาผสมผสานและจัดกระทำด้วยกระบวนการวิเคราะห์และการประยุกต์ใช้ทฤษฎี เพื่อสร้างโปรแกรมดนตรีบำบัดในการลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยนั้น ผู้วิจัยอาศัยปัจจัยและแนวคิดทฤษฎีตั้งที่จะสรุปนำเสนอโดยละเอียด ต่อไปนี้

ประการแรก ของกรอบแนวคิดในการวิจัย ผู้วิจัยเชื่อว่าการที่จะต้องทำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้น ผู้วิจัยต้องรู้จักหลักการแนวคิดทฤษฎีทางจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งทฤษฎีภาวะซึมเศร้าที่กำลังจะเข้าไปดำเนินการวิจัยเพื่อแก้ไขสภาพปัญหาดังกล่าวให้่องแท้ ดังนี้

1. ทฤษฎีและหลักการทางจิตเวชที่ว่าด้วยภาวะซึมเศร้า

ระดับของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึกที่ไม่สุขสบาย มีความทุกข์มากเศร้าคิดว่าตนเองไร้ค่า มองโลกในแง่ร้าย บางรายอาจมีอาการรุนแรงจนไม่ยอมมีชีวิตอยู่อีกต่อไป บางรายอาจมีความคิดทำร้ายตนเองได้

ลักษณะอาการ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการ เศร้า หดหู่ใจ เหนื่อยหน่าย เบื่อหน่ายสังคม และสิ่งแวดล้อมที่อ้อมแอ้ม หมดหวัง ไม่อยากทำกิจกรรมใด ๆ อยากอยู่คนเดียว อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อ่อนไหว สะเทือนใจ ร้องไห้ง่ายโดยไม่มีเหตุผล สมาธิเสื่อม เหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดเชิงซ้ำลั้งเลใจ ตัดสินใจไม่แน่นอน ไม่มั่นใจในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนิตตนเอง รู้สึกว่าตนมีความทุกข์มากไม่มีใครช่วยได้และอยากตาย ซึ่งอาการซึมเศร้า แบ่งออกได้เป็น 4 ระดับดังนี้

1. **อาการเศร้าตามสถานการณ์** เป็นอาการซึมเศร้าตามสถานการณ์ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญปัญหา หรือสถานการณ์ที่ไม่สมปรารถนาหรือมีความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน ผิดหวังล้มเหลว มีลักษณะอาการดังนี้

ด้านอารมณ์ ผิดหวัง หงุดหงิด เศร้าใจ

ด้านความคิด คิดหมกมุ่นอยู่กับความผิดหวัง

ด้านพฤติกรรม เศร้า เสียใจ ร้องไห้

ด้านสรีระวิทยา เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า

2. **อารมณ์เศร้ายกระดับต่ำ** เป็นอารมณ์เศร้าที่เริ่มเบี่ยงเบนจากปกติ มีอาการเศร้าต่อเนื่องและเพิ่มกว่าระดับแรก มีลักษณะอาการดังนี้

ด้านอารมณ์	รู้สึกโกรธ วิตกกังวล รู้สึกผิด ผิดหวัง ล้มเหลว เศร้าและหมดหวัง
ด้านความคิด	คิดกังวล หมกมุ่นอยู่กับความผิดหวัง สูญเสีย ต่ำหนิตนเอง และผู้อื่น รู้สึกขัดแย้งใจ
ด้านพฤติกรรม	น้ำตาไหล พฤติกรรมถอยหลัง กระสับกระส่าย แยกตัว
ด้านสรีระวิทยา	คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารมากเกินไป นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป ปวดหลัง เจ็บหน้าอก

3. อารมณ์เศร้าระดับกลาง เป็นอารมณ์เศร้าที่เป็นปัญหา เริ่มมีความผิดปกติ ดังนี้

ด้านอารมณ์	รู้สึกเศร้ามาก จิตใจห่อเหี่ยว ไม่มีแรง ลึนหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า
ด้านความคิด	คิดเชิงซ้ำ ถดถอย ไม่มีสมาธิ คิดวุ่นวาย ย้ำคิดย้ำทำ มองโลกในแง่ร้าย
ด้านพฤติกรรม	เคลื่อนไหวช้า พูดช้า จำฝังจำพันแต่ความทุกข์ของตนเอง หมกมุ่นอยู่กับความผิดหวัง ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่สนใจ สุขอนามัยของตนเอง ใช้สารเสพติด พยายามทำร้ายตนเอง
ด้านสรีระวิทยา	คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารมากเกินไป หรือไม่รับประทานอาหาร นอนไม่หลับ หรือนอนมากเกินไป ประจำเดือนขาด ความพึงพอใจทางเพศลดลง ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บอก เจ็บท้อง ไม่มีพลังกำลัง อ่อนเพลีย เมื่อยล้า รู้สึกดีตอนเช้า เหวในตอนบ่าย ระบบสื่อสารผิดปกติ

4. อารมณ์เศร้าระดับรุนแรง เป็นอารมณ์เศร้าที่มากและรุนแรง มีอาการผิดปกติ ต้องได้รับการบำบัด มีลักษณะอาการดังนี้

ด้านอารมณ์	รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีคุณค่า เฉยเมย โดดเดี่ยว รู้สึกเศร้ามาก จนไม่มีทางจะดีขึ้นเลย ไม่ยินดียินร้ายใด ๆ ทั้งสิ้น
ด้านความคิด	มีความคิดหลงผิด คิดว่าตนเองเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ คิดสับสน ตัดสินใจไม่ได้ ไม่มีสมาธิ โดยเฉพาะคิดว่าผู้อื่นคิดร้ายต่อตนเอง มีอาการประสาทหลอน ต่ำหนิตนเอง คิดทำร้ายตนเอง
ด้านพฤติกรรม	เคลื่อนไหวเชิงซ้ำถดถอย ยืนหรือนั่งที่ออยู่ไหนทำเดี๋ยวนาน ๆ ไม่สนใจอนามัยของตน แยกตัวออกจากสังคม ไม่ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ด้านสรีระวิทยา เคลื่อนไหวร่างกายเชิงซ้ำ ระบบการทำงานในร่างกายเปลี่ยนแปลง
เช่น การย่อยอาหารซ้ำ ตื่นเช้ามึด ระบบการสื่อสารผิดปกติ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า/โรคซึมเศร้า

1. **ปัจจัยด้านชีววิทยา** มีการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนอิพิเนพรีน ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าระดับฮอร์โมนอิพิเนพรีนต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีโรคอารมณ์แปรปรวนจะมีความผิดปกติของการเผาผลาญสารชีวเคมีบางตัว

2. **ปัจจัยด้านพันธุกรรม** เคยมีข้อค้นพบว่า ยีนส์มีความสัมพันธ์กับอารมณ์แปรปรวนสูงร้อยละ 33-90 และพบว่ามีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงร้อยละ 50 จากการศึกษาเรื่องครอบครัวพบว่า บุคคลที่เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนในเครือญาติระดับบุตรจะมีโอกาสเป็นได้

3. **ปัจจัยด้านจิตสังคม** พบว่า เด็กที่อารมณ์ซึมเศร้านักเกิดการขาดความรักส่งผลให้รักคนอื่นไม่เป็น เคยถูกทอดทิ้งในอดีต ทำให้รู้สึกเศร้า ความคิดและความหวังเป็นไปในทางลบ กังวลเรื่องของการรัก สัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกไม่ดี มีความขัดแย้งในตนเอง บางทฤษฎีกล่าวไว้ว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียความรัก การเจ็บป่วย ปัญหาการงาน ปัญหาการเงินความล้มเหลว ผิดหวังทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เชื่อว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคมของบุคคลนั้น ๆ

4. **ปัจจัยด้านการรู้คิด** พบว่า ความเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ คาดหวังในทางลบทั้งต่อตนเองในทางลบต่อสิ่งแวดล้อมและอนาคต คิดโทษตนเอง ทำร้ายตนเอง ทำลายพัฒนาการทางความคิด ความรู้สึกและควมมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกต่ำต้อยและเศร้ามาก

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการรู้คิดนี้ มักเกิดจากประสบการณ์ที่ผิดหวัง ล้มเหลว บุคคลจะตีความสถานการณ์ผิดไปจากความจริง มีความนึกคิดต่อสิ่งรอบตัว บุคคลรอบตัวและเหตุการณ์ในทางลบ ประเมินคุณค่า ไม่มีความสามารถ ไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง ลึกลับ ทำให้รู้สึกเศร้าหมอง ท้อแท้ มองโลกในแง่ร้าย จิตใจอยู่ในสภาพความหวัง มองแต่สิ่งเลวร้ายของตนเองมองอนาคตตนเองว่ามีแต่ความลำบาก ล้มเหลว หมดทางแก้ไขในที่สุดหันไปสู่ความตาย (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549)

นอกจากนี้ เบค และ คณะ (Beck, et al, 1988) ซึ่งเป็นจิตแพทย์ยังได้กำหนดระดับความรุนแรงและสร้างแบบวัด BDI (Beck Depression Inventory) เพื่อวัดระดับค่าคะแนนระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าอีกด้วย ซึ่งเป็นที่นิยมและแพร่หลายอย่างมากทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยได้จำแนก ระดับ ค่าตัวเลข ของแบบวัดภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

- คะแนน 0-9 เป็นภาวะซึมเศร้าในคนปกติ (Normal Depression)
- คะแนน 10-15 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย (Mild Depression)
- คะแนน 16-19 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Mild – Moderate Depression)
- คะแนน 20-29 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับมาก (Moderate - Severe Depression)
- คะแนน 30-63 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรง (Severe Depression)
- ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าว่าอยู่ในระดับใด

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า หรือมีความเบื่อหน่ายหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ ร่วมกับมีอาการดังต่อไปนี้ตั้งแต่ 4 อาการขึ้นไป

1. เบื่ออาหารหรือน้ำหนักลด (มากกว่า 5% ต่อเดือน)
2. นอนไม่หลับ
3. ความคิด การเคลื่อนไหวเชื่องช้า หรือกระสับกระส่าย หงุดหงิด
4. อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง
5. สมาธิ ความจำเสื่อม
6. มีความคิดอยากตาย
7. รู้สึกตนเองไร้ค่า ต่ำหนีดตนเองโดยมีอาการเหล่านี้ทุกวัน และเป็นนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์

น้อย 2 สัปดาห์

อาการที่ผู้ป่วยมักแจ้งขณะพบแพทย์

- อ่อนเพลีย ไม่อยากทำอะไร
- นอนไม่หลับ นอนหลับ ๆ ตื่น ๆ
- ปวดหลัง ปวดเรื้อรัง
- เบื่ออาหาร ผอมลง อึดแน่นท้อง
- หลงลืมง่าย ไม่ค่อยมีสมาธิ
- เครียด หงุดหงิดง่าย

การรักษาภาวะซึมเศร้าทางการแพทย์

โรคซึมเศร้านี้หากได้รับการรักษาผู้ที่เป็นจะอาการดีขึ้นมาก อาการซึมเศร้า ร้องไห้บ่อย ๆ หรือรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ จะกลับมาดีขึ้นจนผู้ที่เป็นบางคนบอกว่าไม่เข้าใจว่าตอนนั้นทำไมจึงรู้สึกเศร้าไปได้ถึงขนาดนั้น ข้อแตกต่างระหว่างโรคนี้กับโรคจิตที่สำคัญประการหนึ่ง คือ ในโรคซึมเศร้าถ้าได้รับการรักษาจนดีแล้วก็จะกลับมาเป็นปกติเหมือนเดิม ขณะที่ในโรคจิตนั้นแม้จะรักษาได้ผลดีผู้ที่เป็นก็มักจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง ไม่สามารถทำอะไรได้เต็มที่เหมือนแต่ก่อนยิ่งหากมารับการรักษาเร็วเท่าไรก็ยิ่งจะอาการดีขึ้นเร็วเท่านั้น ยิ่งป่วยมานานก็ยิ่งจะรักษายาก การรักษาที่สำคัญในโรคนี้คือการรักษาด้วยยาแก้เศร้าโดยเฉพาะรายที่อาการมาก ส่วนในรายที่มีอาการไม่มาก แพทย์อาจรักษาด้วยการช่วยเหลือชี้แนะการมองปัญหาต่าง ๆ ในมุมมองใหม่ แนวทางในการปรับตัว หรือการหาสิ่งที่จะช่วยให้จิตใจผ่อนคลายความทุกข์ใจลง ร่วมกับการให้ยาแก้เศร้าหรือยาคลายกังวลเสริมในช่วยที่เห็นว่าจำเป็น

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้ที่เป็นโรคนี้มักรู้สึกที่ตนเองไม่มีค่า ไม่มีใครสนใจ ต้องรับความกดดันต่างๆ แต่ผู้เดียว รู้สึกสิ้นหวังไม่อยากจะสู้ปัญหาอะไร ๆ อีกแล้วแต่ขอให้ความมั่นใจว่าความรู้สึกเช่นนี้ไม่ได้เป็นอยู่ตลอดเวลา โรคนี้รักษาให้หายขาดได้เมื่ออาการของโรคดีขึ้น มุมมองต่อสิ่งต่าง ๆ ในแง่ลบจะเปลี่ยนไป ความมั่นใจในตนเองจะมีเพิ่มขึ้น มองเห็นปัญหาต่างๆ ในมุมมองอื่น ๆ ที่แตกต่างออกไปจากเดิมมากขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล , 2543) จากนั้นจึงทำการศึกษาประเด็นถัดไป คือ

2. ทฤษฎีการพัฒนาจิตนักรศึกษา

ความหมายของการพัฒนาจิตนักรศึกษา สำเนาวิ ขจรศิลป์ (2538) ได้ให้คำจำกัดความการพัฒนาจิตนักรศึกษาว่า หมายถึง ความพยายามใด ๆ ของสถาบันอุดมศึกษาที่จะส่งเสริมให้นักศึกษามีพัฒนาการในด้านต่าง ๆ อย่างสมบูรณ์ ซึ่งสอดคล้องกับคิงและฟิลด์ส (King and Fields, 1980) ที่กล่าวถึงการพัฒนาจิตนักรศึกษาว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนามนุษย์ อันหมายถึงการพัฒนาจิตนักรศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา และวินสตัน, จูเนียร์ ครีมเมอร์ มิลเลอร์ และคณะ (Winston, Jr.; Creamer; Miller, and Associates, 2001) ได้ระบุถึงการพัฒนาจิตนักรศึกษาว่าหมายถึงพื้นฐานทางด้านทฤษฎีและปรัชญาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของสถาบันอุดมศึกษาและเหตุผลที่ต้องมีฝ่ายกิจการจิตนักรศึกษา ซึ่งเป็นการประยุกต์หลักการการพัฒนามนุษย์มาใช้พัฒนาจิตนักรศึกษา

เพราะฉะนั้นการพัฒนาจิตตปัญญาจึงควรมีเป้าหมายอย่างน้อย 7 ประการ ดังต่อไปนี้ (สำเนาวิ ขจรศิลป์, 2538) วิชาการและวิชาชีพ สถิติปัญญา สังคม อารมณ์ เอกลักษณ์ ร่างกาย คุณธรรม

จึงอาจกล่าวได้ว่าการพัฒนาจิตตปัญญาในสถาบันอุดมศึกษาเป็นกระบวนการที่มีความ สลับซับซ้อนและมีปัจจัยเกื้อหนุน 8 ประการ คือ การบริหาร วิชาการ กิจกรรมจิตตปัญญา บุคลากร งบประมาณ จิตตปัญญา สภาพแวดล้อมภายในสถาบัน สภาพแวดล้อมภายนอกสถาบัน

บราวน์ (Brown 1972 อ้างถึงในสำเนาวิ ขจรศิลป์, 2538) เสนอเป้าหมายในการพัฒนา จิตตปัญญา 5 ประการ

1. การพัฒนาเอกลักษณ์ ซึ่งรวมไปถึงการพัฒนาระบบค่านิยม การพัฒนาคุณธรรม และการพัฒนาเป้าหมายในอาชีพ

2. การพัฒนาทักษะในการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น ทักษะในการสื่อ ความหมายการพัฒนาความเข้าใจและความเห็นใจกับผู้อื่น (โดยเฉพาะบุคคลที่มีความแตกต่าง ด้านเชื้อชาติ และวัฒนธรรม)

3. การพัฒนาทักษะในด้านการเรียนและสติปัญญา ซึ่งจะช่วยให้เป็นบุคคลที่มีความ สนใจและทำการศึกษาค้นคว้าความรู้ใหม่ ๆ ตลอดชีวิต

4. การพัฒนาด้านสุนทรียภาพ คือ การพัฒนาความเข้าใจ เห็นคุณค่าและเกิดความ ซาบซึ้งในธรรมชาติและศิลปะ ตลอดจนการพัฒนาทักษะในการสร้างสรรค์ในงานศิลปะ

5. การพัฒนาด้านร่างกายและทักษะในด้านนันทนาการ คือ การพัฒนาความเข้าใจ เห็นคุณค่าและบูรณาการกิจกรรมนันทนาการเข้ากับลักษณะการดำเนินชีวิตของตน

คิง และฟิลด์ส (King and Fields 1980 อ้างถึงในสำเนาวิ ขจรศิลป์, 2538) เสนอ เป้าหมายในการพัฒนาจิตตปัญญา 4 ประการ ดังนี้

1. การพัฒนาสติปัญญา คือ การพัฒนาความสามารถในการคิดและเรียนรู้ การรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้เกิดกระบวนการสร้างความหมายใหม่และ ประเมินคุณค่าและศักยภาพของความหมายเหล่านั้น

2. การพัฒนาเอกลักษณ์ คือ การพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง ค้นพบตัวเอง ซึ่งอาจเรียกว่าเป็นการพัฒนา ลักษณะเฉพาะบุคคล

3. การพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เน้นการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างมี ประสิทธิภาพ

4. การพัฒนาค่านิยม เน้นการสร้างเกณฑ์เกี่ยวกับคุณธรรมและจริยธรรมที่นำมาใช้ในการดำเนินชีวิต

ทั้งนี้ รูปแบบและทฤษฎีการพัฒนานิสิตนักศึกษา พัฒนามาจากแนวคิดและการตระหนักในความสำคัญของการพัฒนานิสิตนักศึกษา รูปแบบและทฤษฎีการพัฒนานิสิตนักศึกษาแบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ (Pascarella and Terenzini, 1991; Chickering and Reisser, 1993)

1. ทฤษฎีจิตสังคม (Psychosocial Theories)
2. ทฤษฎีโครงสร้างทางสติปัญญา (Cognitive – Structural Theories)
3. ทฤษฎีสัญลักษณ์ (Typology Theories)
4. ทฤษฎีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสภาพแวดล้อม (Person – Environment Interaction Theories) (อ้างถึงในสำเนาฯ ขจรศิลป์, 2538)

ซึ่งเมื่อพิจารณาหลักการและทฤษฎีต่างๆ ผู้วิจัยพบว่า หลักการทำให้การปรับรูปแบบผู้รับการศึกษาเป็นศูนย์กลาง ของโรเจอร์ (1989) มิได้ใช้เฉพาะในการให้การศึกษาเท่านั้น ประโยชน์ของแนวคิดดังกล่าว สามารถนำมาสังเคราะห์ขึ้นเป็นวิธีการในการพัฒนาไปแกรมดนตรีบำบัดได้อย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แก่มุมของความเชื่อเกี่ยวกับคุณค่าแห่งชีวิตมนุษย์ ดังต่อไปนี้

ปรัชญาพื้นฐานในการพิจารณามนุษย์

โรเจอร์ (Rogers, 1989) มองมนุษย์ในลักษณะที่ดี เขาเชื่อว่ามนุษย์มีเหตุผล กล้าเผชิญความจริง มีความเฉลียวฉลาดในการปรับตัว เชื่อถือและไว้วางใจได้ และมนุษย์จะพัฒนาตนเองในทางที่ดีจนสุดความสามารถได้ กล่าวคือ เป็นคนที่มีความสมบูรณ์อยู่ในตน (Fully Functioning Person) โดยเน้นลักษณะที่สำคัญของมนุษย์ไว้ 5 ประการ คือ

1. มนุษย์มีความสามารถ มีศักดิ์ศรี และคุณค่า มนุษย์มีความสามารถที่จะใช้สติปัญญาของตนแก้ปัญหา หรือตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง สามารถเข้าใจเหตุผล มีความตระหนักในศักดิ์ศรีและคุณค่าแห่งตน มีความสามารถในการพัฒนาคุณค่าตามแบบฉบับอย่างมีเหตุผลเพื่อให้ดำเนินชีวิตตามอัตภาพได้อย่างมีความสุข

2. มนุษย์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเอง ตามธรรมชาติมนุษย์จะพัฒนาตนเองทุก ๆ ด้านอยู่แล้ว โดยไม่ต้องให้มีใครควบคุมทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา และมีการพัฒนาอีกอย่างที่จะพัฒนาเข้มแข็งขึ้นทุกที คือ การพัฒนาที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลไม่เป็นการเจริญเติบโต การพัฒนาด้านสุขภาพ มนุษย์สัมพันธ์ มีการตระหนักในความเป็นจริงเหล่านี้เรียกว่า Self-Actualization

Tendency ดังนั้นกระบวนการให้การปรึกษา จึงมีจุดมุ่งหมายในการจัดสภาพที่เหมาะสมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถของตนอย่างเต็มที่และอิสระ

3. มนุษย์เป็นคนดีน่าเชื่อถือ และไว้วางใจได้ มนุษย์มีความมุ่งมั่นที่จะมีความสัมพันธ์อย่างมีความหมาย และในทางสร้างสรรค์กับเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน เพื่อที่จะพัฒนาตนเองและมวลมนุษย์ โรเจอร์ (1989) เชื่อว่าถ้าผู้ให้การปรึกษาสามารถช่วยให้ผู้รับการปรึกษาดการใช้กลวิธีการป้องกันตนเองลงจะทำให้เขาเปิดรับประสบการณ์เพิ่มขึ้น มีการพิจารณาตนเองใหม่และก็จะสามารถพัฒนาตนเองให้เป็นคนดีและน่าเชื่อถือได้ต่อไป

4. มนุษย์มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล Rogers เน้นว่าการกระทำและการปรับตัวของบุคคลต่อสภาพการณ์ต่าง ๆ จะสอดคล้อง (Congruence) กับการพิจารณาตนเอง (Self-Concept) และการพิจารณาสิ่งแวดล้อม (Self-Experience) ตามประสบการณ์ของเขา ซึ่งประสบการณ์ของบุคคลเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาการรับรู้สิ่งต่าง ๆ จะแตกต่างจากคนอื่นเป็นโลกของเขาเอง (Phenomenal Field or Experience Field) และการที่บุคคลรับรู้สิ่งต่าง ๆ จะมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของบุคคล เช่น ถ้าพ่อแม่รักเรา เราก็จะรักคนอื่นในสังคมด้วย ดังนั้น การที่จะเข้าใจบุคคลจะต้องพยายามเข้าใจว่าเขารับรู้สิ่งต่าง ๆ อย่างไร กรอบแห่งการรับรู้ (Internal Frame of Reference) ของเขาเป็นอย่างไรต้องเข้าใจความรู้สึกนึกคิด ทัศนคติและค่านิยมของผู้รับการปรึกษา ไม่ใช่ตีความตามความคิดเห็นของผู้ให้การปรึกษา (External Frame of Reference)

5. มนุษย์ต้องการความรัก การเอาใจใส่และการยอมรับจากผู้อื่น ธรรมชาติของมนุษย์ทุกคนต้องการความรัก ความเอาใจใส่และการยอมรับจากผู้อื่นที่ตนเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย (Need for Positive Regard) ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาควรมีทัศนคติที่ดีและยอมรับผู้รับการปรึกษาโดยปราศจากเงื่อนไข (Unknottting Positive Regard) หรือ "Warm Acceptance"

หลักการสำคัญของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลางมีดังนี้

1. Actualization ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์มีพลังที่จะดำเนินการต่อไป และมีแนวโน้มที่จะก้าวไปสู่ความสำเร็จของชีวิตและสามารถพัฒนาตัวเองไปได้อย่างสมบูรณ์ โรเจอร์ (1989) ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาตัวเองอย่างสมบูรณ์ของมนุษย์ไว้ ดังนี้ คือ

- มนุษย์ทุกคนมีแนวโน้มที่จะก้าวไปสู่การพัฒนาตัวเองที่สมบูรณ์
- การพัฒนาไปสู่การพัฒนาตัวเองที่สมบูรณ์จะพัฒนาเป็นระบบทั้งหมดของบุคคลไม่ใช่ส่วนใดส่วนหนึ่ง

- การพัฒนาตัวเองอย่างสมบูรณ์ เป็นลักษณะของการที่บุคคลมีความสามารถ เป็นผู้ นำ มีความคิดสร้างสรรค์

- มนุษย์มีศักยภาพที่จะพัฒนาไปสู่การพัฒนาตัวเองอย่างสมบูรณ์ ด้วยตัว ของเขาเอง

2. The Experiential Field ทฤษฎีนี้เชื่อว่าบุคคลต้องมีการติดต่อกับปฏิสัมพันธ์กับ สิ่งแวดล้อมทั้งหลายสิ่งที่พอใจ และไม่พอใจ บางครั้งสิ่งแวดล้อมเดียวกันบุคคลจะมีการรับรู้ที่ แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความคิดอันเกิดจากประสบการณ์ของเขาที่มีต่อสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ

3. The Self เกิดจากบุคคลมองภาพพจน์ของตัวเองว่าอย่างไร ควรเป็นอย่างไร และ ต้องเป็นอย่างไร นอกจากนี้ยังเกิดจากการที่บุคคลสังเกตปฏิกิริยาที่ผู้อื่นมีต่อตน และเกิดจาก ประสบการณ์ที่ได้รับอันจะก่อให้เกิดการรับรู้ว่าเป็นคนดี ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองนั้นมีได้ทั้ง ทางบวกและทางลบ ดังนี้ คือ

- Positive Self Concept เป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองในทางบวก เกิดความภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในทางบวก จะก่อให้เกิด ความเชื่อมั่นในตนเองตามมา เช่น ถ้าเราทำอะไรสำเร็จด้วยดีแล้วก็จะได้รับการชมเชยจากเพื่อน ผู้ใหญ่ ความภูมิใจก็จะตามมาหรือการที่พ่อแม่ดูแลเด็กด้วยความรักความเอาใจใส่ ได้รับการ ตอบสนองความต้องการจากมารดาอย่างเพียงพอเด็กจะเกิดความรู้สึกว่าตนมีคุณค่า

- Negative Self Concept เป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองในทางลบเกิด ความรู้สึกด้อย พิจารณาตนเองว่าเป็นคนที่สังคมไม่ยอมรับ หรือเป็นคนที่ไม่มีความสามารถเป็น บ่อเกิดของปมด้อยและความไม่เชื่อมั่นในตนเอง เช่น ถ้าเราทำในสิ่งใดผิดแล้วได้รับการดูต่ำหรือดู แคลนจากผู้อื่น จะเกิดความรู้สึกด้อยขึ้นมาหรือพ่อแม่ตั้งความคาดหวังต่อเด็กสูงเกินไป ทำให้เด็ก มีแนวโน้มที่จะประสบความล้มเหลวในสิ่งที่ทำก็จะทำให้ไม่มั่นใจในตนเอง

4. Problems คือ ปัญหาซึ่งจะเกิดจากความไม่สอดคล้อง (Incongruence) ระหว่างความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อตนเองกับสิ่งที่ตนเองประสบ ทำให้บุคคลนั้นได้รับการ คุกคามด้านจิตใจ (Threat) อันก่อให้เกิดความกังวลใจ (Anxiety) ซึ่งจะทำให้การพัฒนาของเขา ไปสู่การพัฒนาตัวเองอย่างสมบูรณ์หยุดชะงักลง

โรเจอร์ (1989) ได้กล่าวถึงประสบการณ์ในการให้การศึกษาของเขาว่า ผู้รับการ ศึกษาศอนใหญ่มีปัญหาในรูปแบบต่าง ๆ คือ

ก. หนีความเป็นจริง หรือหวาดกลัวที่จะต้องเผชิญกับสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งเขายอมรับไม่ได้

ข. หนีจากความคาดหวังของสังคม หลายคนถูกสังคมหรือคนรอบข้าง เช่น ผู้ใหญ่คาดหวังว่าเขาควรทำอย่างนั้น หรือควรเป็นเช่นนี้ ซึ่งทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและรู้สึกว่าเขาไม่เป็นตัวของเขาเอง จึงพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ควรจะทำ หรือควรเป็นตามข้อเรียกร้องของสังคม

ค. ไม่มีมั่นใจ และหวาดวิตกต่อผลแห่งการตัดสินใจของตนทั้ง ๆ ที่อยากเป็นตัวของตัวเอง อยากตัดสินใจในการดำเนินชีวิตของตน

บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีตามแนวคิดของโรเจอร์ (Rogers, 1989) คือ การที่ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองกับสิ่งที่ตัวเองประสบมีความสอดคล้องกัน (Congruence) สามารถแสดงความคิดเห็น และการกระทำได้อย่างอิสระ โดยไม่รู้สึกว่าถูกคุกคามต่อ Self Concept ของเขา สามารถพัฒนาตัวเองได้อย่างเต็มที่ตามศักยภาพไปสู่การพัฒนาตัวเองอย่างสมบูรณ์เป็นบุคคลที่ดำเนินชีวิตได้อย่างสมบูรณ์ (Fully Functioning Person)

ตน (Self) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตนเอง ซึ่งรวมถึงความคิด ทัศนคติ การให้คุณค่า ความเชื่อ ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลได้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวทำให้เกิดการรับรู้ว่าเป็นที่พอใจ หรือไม่พอใจ

ประสบการณ์ (Experience) หมายถึง สภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงในขณะนั้น แผนภาพของผู้ปรับตัวไม่ได้ หมายถึง การที่บุคคลมีความไม่สอดคล้องกัน (Incongruence) ระหว่างความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเอง (Self) กับประสบการณ์จริง (Experience) จึงทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าถูกคุกคามทางจิตใจก่อให้เกิดความรู้สึกกังวล เมื่อความรู้สึกนึกคิดเกิดความไม่สอดคล้องกัน ผู้ที่ปรับตัวไม่ได้จะใช้กลไกป้องกันตนเอง (Defensiveness) เพื่อป้องกันตัวเองให้รู้สึกสบายใจ หรือปลอดภัยจากภาวะคุกคาม จากแผนภาพ ก. จะเห็นว่าวงกลมสองวงมีทิศทางไปคนละทิศทางกันเมื่อเข้าหากัน หรือซ้อนกันเส้นที่เห็นจะเข้ากันไม่ได้ จากส่วนที่เป็น Self และ Experience จะเกิดพื้นที่แปลกใหม่ (ดังภาพ) ซึ่งหมายถึง การเกิดปัญหาและความขัดแย้ง นั่นคือ การรับรู้ที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง หรือการปรับตัวไม่ได้

แผนภาพของผู้ปรับตัวได้ หมายถึง การที่บุคคลมีความสอดคล้องกัน (Congruence) ระหว่างความรู้สึกนึกคิดที่มีตนเอง (Self) กับประสบการณ์จริง (Experience) ที่เกิดขึ้นอย่างกลมกลืน โดยไม่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง จากแผนภาพ ข. จะเห็นว่าวงกลมสองวง คือ Self กับ Experience

จะมีความคล้ายคลึงกันเมื่อเลื่อนเข้าหากันหรือชนกันก็จะสามารถปรับเข้าหากันได้ วงกลมทั้งสองวงที่ชนกันก็จะมีลักษณะเหมือนกัน นั่นคือ มีการรับรู้ตามความเป็นจริง หรือ การปรับตัวได้

ดังนั้นการให้การปรึกษา จึงมุ่งให้ผู้รับการปรึกษาได้พัฒนาตนเองจากบุคลิกภาพที่ไม่สอดคล้องไปสู่บุคลิกภาพที่มีความสอดคล้อง สามารถปรับตัวได้ มีสุขภาพจิตดี และมีความสอดคล้องในตัวเองอย่างสมบูรณ์

เป้าหมายสูงสุดของการให้การปรึกษา

โรเจอร์ (Rogers, 1989) มองว่าบุคคลจะมีพัฒนาการขั้นสูงสุดไปสู่ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ดี (Healthy Person) ซึ่ง Rogers เรียกว่า Fully Functioning Person หรือบุคคลผู้ดำเนินชีวิตได้อย่างสมบูรณ์ และถือว่าเป็นบุคคลที่ยอดเยี่ยมที่สุดของการเกิดมาเป็นคน เขาเหล่านี้จะประกอบไปด้วยปัจจัยหลัก ๆ 5 ประการ คือ

1. An Openness to Experience หมายถึง การเปิดรับต่อประสบการณ์ หรือปัญหาต่าง ๆ ได้ กล่าวคือ เขาไม่จำเป็นจะต้องปกป้อง บิดเบือน หรือไม่ยอมรับ ถ้าสิ่งนั้นหรือประสบการณ์ที่เผชิญนั้นไม่เป็นที่พึงปรารถนา ดังตัวอย่าง เช่น มีคนกล่าวว่า มีกลิ่นปากไม่ดี แทนที่จะโกรธแต่กลับขอบคุณแล้วมาสำรวจว่าจริงหรือไม่ ถ้าจริงก็จะแก้ไข หรือดำเนินการแก้ไขต่อไป การปกป้อง (Defense) เช่น การว่ากลับไปว่า คุณก็มีกลิ่นปากเหมือนกัน คือ ไม่ยอมรับก็ถือว่าเป็นการไม่เปิดรับต่อประสบการณ์ เป็นต้น เรื่องกลิ่นปากที่กล่าวมานี้อาจจะเป็นเรื่องที่ยอมรับได้ง่าย แต่ถ้าเรื่องความไม่รับผิดชอบในงาน การใช้จ่ายฟุ่มเฟือย การชอบทำตัว Show off ฯลฯ ดูเหมือนจะรับได้ยากขึ้น และถ้าใช้กลไกการป้องกันตนเข้าไปช่วยก็ยิ่งจะไม่ช่วยให้เกิดการแก้ไข หรือแก้ปัญหาที่เป็นอยู่นั้น ๆ ได้เลย ด้วยเหตุนี้พฤติกรรมข้อแรกของผู้ที่สุขภาพจิตดี จึงต้องเป็นคนใจกว้างเปิดรับประสบการณ์หาความรู้อยู่เสมอ เพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงชีวิตให้ดียิ่งขึ้น ๆ ไป

2. Existential Living หมายถึง การปรับตน หรือดำรงตนให้อยู่ได้ในสภาพแห่งความเป็นจริง กล่าวคือ เขาพร้อมที่จะยอมรับ ปรับปรุง แก้ไขตนเมื่อต้องเผชิญปัญหา เขาจะรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ หรือวินิจฉัยปัญหา และดำเนินการแก้ไขด้วยสติปัญญาในทุก ๆ ขณะให้สอดคล้องกับตน (Congruence With the Self) เพื่อให้ปัญหานั้น ๆ ได้ลุล่วง ดังตัวอย่าง เช่น เมื่อรู้ว่า มีกลิ่นปาก หลังจากมีคนบอก เขาก็ลองสำรวจ เช่น หายใจทางปากแล้วสูดกลิ่นทดลองดู หรือไปหาทันตแพทย์ ถ้ามีเค้าแห่งความเป็นจริงก็เยียวยา รักษา ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาและในที่สุดปัญหานั้น ๆ ก็หายไปใน ปัญหาอื่น ๆ ก็เช่นเดียวกัน เช่น ถ้ามีคนตำหนิว่ามาทำงานสาย ไม่

รับผิดชอบงาน คนที่มีพฤติกรรมประเภท Existential Living ก็จะปรับปรุงตนทันที เพราะตนย่อมรู้ว่าสิ่งนั้นจริงหรือไม่การแก้พฤติกรรมที่ไม่ดี หรือปรับปรุงตนในส่วนที่ถูกตำหนิก็จะเกิดขึ้นและในที่สุดก็จะเป็นคนที่ผู้อื่นยอมรับ เป็นต้น การมองอนาคตไปข้างหน้า การคิดวางแผนต่ออนาคตให้ประสบความสำเร็จก็เป็นเรื่องของ Existential Living ด้วย

3. A Trust in One's Own Organism หมายถึง การเป็นผู้มีความเชื่อมั่นในสิ่งที่ตนคิด หรือตัดสินใจโดยลงมือทำในสิ่งนั้นอย่างไม่ลังเล หรือขาดกลัว แต่ทู่เมและเอาจริงเอาจัง เมื่อเห็นว่ามีข้อมูลเพียงพอแล้ว Rogers ได้เปรียบเทียบในข้อนี้เสมือนกับคอมพิวเตอร์ที่ได้รวบรวมข้อมูลมาอย่างพร้อมเพรียง การตัดสินใจ การดำเนินการจากข้อมูลนั้น ๆ ย่อมไม่ก่อให้เกิดการผิดพลาด แต่ควรมีความเชื่อมั่นในตนเอง การไม่เชื่อมั่นในตนเองนั้นทางพุทธศาสนาถือว่าเป็นกิเลส นำไปสู่การไม่ประสบความสำเร็จตัวหนึ่ง ชื่อ วิกิจฉา (ในอนุสย 7) ซึ่งถ้าใครมีความไม่เชื่อมั่นหรือมีความลังเลตัวนี้อยู่มาก ในที่สุดก็จะกลายเป็นผู้ด้อยค่าหรือขาดโอกาสที่ดีอยู่ตลอดเวลา นั่นคือ อุปสรรคของการดำเนินชีวิต

4. A Sense of Freedom หมายถึง ความเป็นผู้มีอิสระ ไม่ผูกติด หรือติดตรึงอยู่กับสิ่งใดจนเกินไป จนทำให้ไม่เป็นตัวของตัวเอง ซึ่งข้อนี้มองดูเิน ๆ ก็ไม่น่าจะมีบทบาทเท่าใดนัก แต่ถ้ามองรอบด้านให้ลึกซึ้งแล้วคนเป็นจำนวนมากไม่ใช่น้อยยังติดอยู่กับสังคมประเพณี แพ้ชั้นคำโฆษณาอย่างไม่คิดถึงสภาพแห่งความเป็นจริงของตนกับการโฆษณาชวนเชื่อ เช่น ต้องใช้นาฬิกา Rolex ถึงจะโก้ทั้ง ๆ ที่นาฬิกาสวย ๆ ใช้งานได้ดีและมีคุณสมบัติมากมายไว้ให้เลือกก็ไม่สนใจเพราะไม่โก้ เป็นต้น ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้สุขภาพจิตสมบูรณ์ดี (Healthy Person) จะเข้าใจ รู้ทัน ตามทัน เลือกรวมในสิ่งที่เหมาะที่ควรกับตนเขาจะคำนึงถึงความต้องการของเขาผสมผสานกับความต้องการของสังคม ประสพการณ์ หรือความทรงจำที่ผ่านมาและความน่าจะเป็นไปได้ในสภาวะปัจจุบันบนพื้นฐานของความมีสติ เพื่อการดำเนินชีวิตให้เป็นไปได้อย่างร่มเย็นเป็นสุข

5. Creativity หมายถึง ความเป็นผู้มีความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งข้อสุดท้ายนี้เป็นการถ่ายทอดของความเป็นผู้ที่สุขภาพจิตสมบูรณ์ดีหรือคนที่ยอดเยี่ยมของ Rogers นั่นคือ ความคิดสร้างสรรค์ของคนประเภทนี้จะมืออยู่ตลอดเวลาเป็นลักษณะพิเศษ ประจำตัวของเขาค้นจะนำมาซึ่งความสุดยอดของการเกิดมาเป็นคนเขาจะเป็นคนที่ยืดหยุ่นได้กับสถานการณ์หรืออาจกล่าวได้ว่าเขาจะสามารถปรับตนไปกับการเปลี่ยนแปลง (Changing) การเจริญงอกงาม (Growing) และการพัฒนา (Developing) ของสิ่งเร้าในสังคมรอบ ๆ ตัวของเขาได้ ความคิดสร้างสรรค์นี้จะนำมาซึ่งความสุขทั้งส่วนตนและส่วนรวมดังเช่นสิ่งที่ปรากฏอยู่ในสายตาทั้งน้อยใหญ่ในชีวิตประจำวัน เช่น

เครื่องเสียง เครื่องไฟฟ้า รถยนต์ อาคารสถานที่อันมีรูปร่าง รูปทรงสวยงาม ฯลฯ บุคคลที่มีความคิดสร้างสรรค์ จะเป็นบุคคลที่มีความสุขสมบูรณ์อยู่ในตนและสามารถแก้ไขปัญหาที่คนอื่นเห็นว่ายากลำบากให้ลุล่วงไปได้

จากปัจจัยทั้ง 5 ประการ ที่กล่าวมานี้ โรเจอร์ (1989) เน้นว่าเป็นปัจจัยของบุคคลที่ดำเนินชีวิตได้อย่างสมบูรณ์และจะเป็นคนเปิดรับปรับตัวได้ในทุก ๆ สถานการณ์บนพื้นฐานของความเชื่อมั่นด้วยความอิสระและด้วยความคิดสร้างสรรค์ อันจะเป็นคนที่มีลักษณะของความเป็นผู้นำ (Fit Vanguard) โดยแท้

เขาเชื่อว่าการปรึกษาจะต้องประกอบด้วยคุณลักษณะพื้นฐานที่จำเป็นและมีความสำคัญต่อการปรึกษา โดยจะต้องมีเงื่อนไขของกระบวนการให้การปรึกษา 6 ประการดังต่อไปนี้

1. การที่บุคคลสองคน คือ ผู้ให้การปรึกษา (Counselor) และผู้รับการปรึกษา (Client) มีข้อตกลงร่วมกัน ยินดีที่จะปรึกษา (Agreement)
2. ผู้รับการปรึกษาอยู่ในสภาวะที่ไม่สอดคล้องกัน (Incongruence) ระหว่างตัวเอง หรือ Self กับประสบการณ์จริง หรือ Experience ซึ่งทำให้เขาเกิดความวิตกกังวล
3. ผู้ให้การปรึกษามีความสอดคล้องในตัวเอง (Congruence) คือ ผู้ให้การปรึกษาตระหนักรู้ต่อตนเองกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงเข้าใจว่าจะอะไรเกิดขึ้นกับตัวเองทุกขณะเข้าใจถึงความรู้สึกของตนเอง ผู้ให้การปรึกษาต้องเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดสภาวะที่สอดคล้องในตนเองกับประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นด้วย
4. การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditioning Positive Regard) คือ การที่ผู้ให้การปรึกษายอมรับผู้รับการปรึกษาโดยปราศจากเงื่อนไขและเชื่อในความสามารถว่าผู้รับการปรึกษาสามารถจะแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองและไม่ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาให้กับผู้รับการปรึกษา ผู้รับการปรึกษาจะตัดสินใจด้วยตัวเขาเอง
5. ความเข้าใจในความรู้สึก (Emphatic Understanding) คือ ผู้ให้การปรึกษาให้ความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาตามทฤษฎีแห่งการรับรู้ของเขา (Client Frame of Reference) โดยไม่เอาความรู้สึกของผู้ให้การปรึกษาเข้าไปเกี่ยวข้อง
6. ผู้ให้การปรึกษาสามารถสื่อให้ผู้รับการปรึกษารับรู้ถึงการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข และภาษาท่าทาง (Verbal and Non-verbal Communication)

โรเจอร์ (Rogers, 1989) เน้นถึงสัมพันธภาพ (Relationship) ที่ผู้ให้การศึกษาสร้างให้เกิดขึ้น ระหว่างตัวเขากับผู้รับการปรึกษาว่า เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการเอื้ออำนวยให้เกิดความสอดคล้องขึ้นในตัวของผู้รับการปรึกษา โดยที่ความสัมพันธ์นี้จะต้องประกอบด้วย สาระสำคัญ 3 ประการ คือ ความเข้าใจในความรู้สึก (Empathic Understanding) การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditioning Positive Regard) และความจริงใจ (Genuineness)

กระบวนการให้การศึกษา (Counseling Process)

โรเจอร์ (Rogers, 1989) ไม่ได้แบ่งขั้นตอนของกระบวนการให้การศึกษาไว้อย่างชัดเจน แต่ Patterson ได้สรุปเป็นขั้นตอนไว้ดังต่อไปนี้

1. ผู้รับการปรึกษามีความเป็นอิสระในการที่จะบอกถึงความรู้สึกของเขาโดยภาษาพูดและภาษาท่าทาง
2. เขาจะบอกความรู้สึกที่เกี่ยวกับตัวเขาได้มากขึ้นกว่าเรื่องที่ไม่ใช่ตัวเขา
3. เขาเห็นความแตกต่างและสามารถแยกแยะความรู้สึกกับการรับรู้ของเขาได้มากขึ้น ประสบการณ์ของเขาเป็นไปอย่างถูกต้องแม่นยำมากขึ้น
4. เขาสามารถบอกถึงความไม่สอดคล้องระหว่างประสบการณ์ที่เป็นจริงและความคิดเกี่ยวกับตัวเขาได้มากขึ้น
5. เขาได้รับประสบการณ์ในการตระหนักถึงการคุกคามจากความไม่สอดคล้องของเขา การตระหนักนี้เกิดจากการที่ผู้ให้การปรึกษายอมรับเขาอย่างไม่มีเงื่อนไขนั่นเอง
6. เขาได้ตระหนักอย่างเต็มที่ในความรู้สึก ซึ่งเคยปฏิเสธหรือบิดเบือนมาในอดีต
7. เขาได้มีการจัดระบบความคิดเกี่ยวกับตัวเองขึ้นใหม่ โดยรวมเอาประสบการณ์ที่เคยบิดเบือนหรือปฏิเสธมาในอดีตเข้าไว้ด้วย
8. ด้วยเหตุที่มีการจัดระบบโครงสร้างเกี่ยวกับตัวเองขึ้นใหม่ จึงทำให้ความคิดของเขาสอดคล้องกับประสบการณ์ที่เป็นจริงมากขึ้น กลไกป้องกันตนเองก็ลดลง
9. เขาสามารถเผชิญกับประสบการณ์ที่เป็นจริงได้ โดยปราศจากความรู้สึกของการคุกคาม ซึ่งผู้ให้การปรึกษาก็ยอมรับเขาโดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ เช่นกัน
10. เขามีความรู้สึกยอมรับตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไขมากขึ้น
11. เขาจะมีประสบการณ์ในการที่จะประเมินผลตนเองได้ตามที่เป็นจริงมากขึ้น

12. เขาปฏิบัติต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับเขาโดยที่คุณค่าแห่งการวางเงื่อนไขต่าง ๆ น้อยลง แต่จะเพิ่มมากขึ้นในกระบวนการของการมีคุณค่าตามความเป็นจริงในชีวิต

3. ทฤษฎีและหลักการทางดนตรีบำบัด

โดยสรุป ผู้วิจัยทำการทบทวนและวิเคราะห์ทฤษฎีโครงสร้างของ สมาคมดนตรีบำบัดแห่งประเทศไทย เป็นหลักในการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัด กล่าวคือ

1. ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของจิตแพทย์
2. ต้องมีความจำเป็นหรือเหตุผลเพียงพอเพื่อการรักษาความป่วยไข้หรือเสียหาย
3. ต้องมีจุดประสงค์และแผนที่ชัดเจน ตลอดจนมีการบันทึกการรักษา
4. จุดประสงค์ของการบำบัดต้องเป็นไปเพื่ออาการที่ดีขึ้นไม่ใช่แค่คงสภาพ

(The National Association for Music Therapy, 1992)

เกณฑ์พิจารณาคุณสมบัติของเครื่องดนตรีที่นำมาใช้

เกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติของเครื่องดนตรีที่นำมาใช้ ในการพัฒนา ดังนี้

1. เป็นเครื่องดนตรีที่สามารถบรรเลงได้ทันที ไม่จำเป็นว่าผู้นั้นจะเป็นดนตรีมาก่อนหรือไม่
2. มีเสียงสัมพันธ์กันตลอด มีลักษณะพิเศษในการดึงดูดความสนใจ
3. มีลักษณะทางกายภาพที่ต่าง ๆ กัน ซึ่งได้รับการประดิษฐ์อย่างมีหลักวิชา
4. เป็นเครื่องดนตรีที่คนไข้สามารถบรรยายความรู้สึกออกมาได้อย่างแนบเนียน โดยใช้เสียงเป็นสื่อ (จำไพพรรณ ศรีโสภาค, 2511)

โดยสรุป การพัฒนาแนวทำนองดนตรี และการเรียบเรียง รูปแบบของดนตรีที่จะนำไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมการบำบัดผู้วิจัยใช้เกณฑ์พิจารณาตามทฤษฎีดนตรีบำบัด โดยเริ่มจากการทำความเข้าใจถึงคุณสมบัติพิเศษของดนตรีบำบัด ต่อไปนี้ด้วย คือ

คุณสมบัติพิเศษของดนตรีบำบัด

1. จังหวะ (Rhythm) ช่วยสร้างเสริมสมาธิ (Concentration) และช่วยในการผ่อนคลาย (Relax)
2. ระดับเสียง (Pitch) เสียงในระดับต่ำและระดับสูงปานกลาง จะช่วยให้เกิดความรู้สึกสงบ
3. ความดัง (Volume/ Intensity) พบว่าเสียงที่เบานุ่มจะทำให้เกิดความสุขสบายใจ ในขณะที่เสียงดังทำให้เกิดการเกร็ง กระตุกของกล้ามเนื้อได้ ความดังที่เหมาะสมจะช่วยสร้างระเบียบในการควบคุมตนเองได้ดี มีความสงบ และเกิดสมาธิ

4. ทำนองเพลง (Melody) ช่วยในการระบายความรู้สึกส่วนลึกของจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกเริ่มสร้างสรรค์และลดความวิตกกังวล

5. การประสานเสียง (Harmony) ช่วยในการวัดระดับอารมณ์ความรู้สึกได้โดยดูจากปฏิกริยาที่แสดงออกมาเมื่อฟังเสียงประสานต่างๆ จากบทเพลง (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2549) โดยมุ่งเน้น

- 1) การลดความหวาดระแวงและหวาดกลัว
- 2) การสร้างปฏิสัมพันธ์
- 3) การควบคุมอารมณ์
- 4) เป็น Medium ที่จะฝึกให้ผู้ป่วย Concentration
- 5) สร้างความเป็นมิตร

6) ในรายที่เป็น Independent จะลดลงด้วยการเพิ่ม Music therapy ใน Plan ของการ Treatment

7) ในรายที่ไม่มี Attention จะต้องช่วยโดยฝึก Rehabilitate ผู้ป่วยอย่างช้า ๆ โดยไม่รู้สึกรู้สีกตัว (จำไพพรรณ ศรีโสภาค, 2511)

กระบวนการและรูปแบบของดนตรีบำบัด

ในการทำดนตรีบำบัดไม่มีกระบวนการและรูปแบบที่ตายตัว แต่จะต้องออกแบบการบำบัดรักษาให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล และตามสภาพปัญหาที่มีการวางแผนการบำบัดรายบุคคล โดยมีขั้นตอนหลักๆ ดังนี้

- 1) การประเมินผู้รับการบำบัดรักษา
 - ศึกษาข้อมูลประวัติส่วนตัว และประวัติทางการแพทย์
 - ประเมินปัญหาและเป้าหมายที่ต้องการบำบัด
 - ประเมินสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และทักษะการคิด

2) วางแผนการบำบัดรักษา

- ออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสมเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยยึดเป้าหมายเป็นสำคัญ
- รูปแบบผสมผสานกระบวนการต่าง ๆ ทางดนตรี เช่น ร้องเพลง แต่งเพลง ประสานเสียงจินตนาการตาม หรือลีลาประกอบ เป็นต้น

3) ดำเนินการบำบัดรักษา

- สร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด โดยใช้ดนตรีเป็นสื่อ และทำดนตรีบำบัดร่วมกับการบำบัดรักษาในรูปแบบอื่น ๆ แบบบูรณาการ

4) ประเมินผลการบำบัดรักษา

- ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และปรับแผนการบำบัดให้เหมาะสม (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2549)

4. ทฤษฎีการประพันธ์เพลง สังคีตลักษณะการวิเคราะห์และ เกณฑ์การคัดเลือกบทเพลง

อีกประการหนึ่งที่สำคัญ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยังต้องใช้วิธีการศึกษาเปรียบเทียบ คุณสมบัติทางกายภาพของเครื่องดนตรีเปรียบเทียบกับดนตรีคลาสสิกกับดนตรีไทยตาม ทฤษฎีสุนทรียศาสตร์และสังคีตลักษณะการวิเคราะห์ เพื่อนำไปสู่การแสวงหาและพัฒนาขึ้นเป็น บทเพลงเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัย จึงได้ทำการศึกษารวบรวมหลักและวิธีการของพิชิต ชัยเสรี (2551) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 การประพันธ์เพลง

การสร้างกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการประพันธ์ ประกอบด้วย

- ประพันธ์แบบอัตโนมัติ
- ประพันธ์โดยอาศัยแนวทำนองเดิมเป็นฐาน
- สุนทรียรสที่ต้องการสื่อ
- การรองรับขอวงดนตรีที่จะบรรเลง

4.2 สังคีตลักษณะการวิเคราะห์

(องค์ประกอบของเนื้อหา)

เนื้อหาทางดนตรี

4.2.1 องค์ประกอบของดนตรี

ดนตรีคลาสสิก	ดนตรีไทย
จังหวะ	<p>→ (เชิงปริมาณ) จังหวะ, ฉับ</p> <p>→ (เชิงคุณภาพ) จังหวะหน้าทับ</p>
ทำนอง	→ pentacentric (กลุ่มปัญญาจมูล)
การประสานเสียง	<p>→ แนวนอน</p> <p>→ แนวตั้ง</p>
รูปแบบ	<p>→ สัจคีตลักษณ์</p> <p>(1) ซ้ำทำย AB/CB/....เช่น นกขมิ้น</p> <p>(2) ซ้ำหัว AB/AC/....เช่น ทะแย</p> <p>ABAC/.....เช่น การเวก</p> <p>(3) ซ้ำหัวทำย ABA เช่น พม่าเห่</p> <p>พัฒนามาเป็น A/BA/ เช่น เวศสุกรรม</p> <p>(4) เปลี่ยนกลางABC/ADC/เช่น นางนาค</p> <p>(5) โอดพัน A1/A₂/..... เช่น เขมรใหญ่</p> <p>ในท่อน 3 และ 4</p> <p>(6) ผันทำนอง - ทางเปลี่ยน</p> <p>A/A'/A"/A'''/ เช่น แยกพราหมณ์</p> <p>(7) เทียบกลับA/B/A^x/B^x/ เช่น ลาวเสียงเทียน</p>
อารมณ์	<p>การสำแดงอารมณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - รู้สึกกลัว - รู้สึกสนุกสนาน รื่นเริง - ความรู้สึกที่เคารพนบนอบยำเกรง เช่น เพลงในพิธีกรรมไหว้ครู
ลักษณะเฉพาะ	<p>ลีลา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลีลาแห่งชาติ - ลีลาแห่งสำนัก - ลีลาแห่งศิลปิน

ขยายความ การประสานเสียงในดนตรีไทย

1. แปล จากห้อง → เครื่องของตน
2. แปร (variation) นำข้อมูลเก่ามาจัดกระทำ แล้วนำมาสัมพันธ์ภาพ
3. สร้างสรรค์ ได้แก่ การผูกกลอน

4.2.2 วรรณคดีดนตรี

แบ่งตามบริบท

- 1 เพลงไล่ เช่น มู่ล่ง, ทะแย 7 ท่อน
- 2 เพลงสำหรับพิธีกรรม เพลงเรื่อง, เพลงหน้าพาทย์
- 3 เพลงสำหรับงานอวมงคล เพลงนางหงส์, ย่าคำ, บัวลอย ฯลฯ
- 4 เพลงสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจ, ประกอบกิจกรรม บันทึงประกอบ การ แสดง ไซน , ละคร {(art song) เพลงเดี่ยว (สูงสุด)}

4.3 เกณฑ์ในการคัดสรรเพลงที่จะนำมาใช้ในการบำบัด มีดังนี้

1. ความเป็นเป็นเชิงเดี่ยวและเรียบง่าย (Simplicity)
2. มีความร่วมสมัยอยู่ในบริบทปัจจุบัน (Familiarity)
3. อยู่ในระดับเสียงระดับกลางๆ (ทางเพ็ญออกล่าง) (Interval) (พิชิต ชัยเสรี, 2551)

โดยสรุปผู้วิจัยเห็นว่า การนำเอาแนวคิดทฤษฎีทั้ง 4 มาวิเคราะห์ เพื่อผสมผสานและประยุกต์ใช้น่าจะเป็นประโยชน์อย่างมหาศาลในการที่จะแก้ไขปัญหาทางสุขภาพจิตของนิสิตนักศึกษาไทยต่อไป ซึ่งผลการศึกษาพบว่า

1. การทำความเข้าใจสภาพปัญหา มูลเหตุที่มาและวิธีการจัดการกับปัญหาภาวะซึมเศร้า ทั้งในและต่างประเทศ เป็นประโยชน์อย่างมหาศาลในการที่จะแก้ไขปัญหาทางสุขภาพจิตของนิสิตนักศึกษาไทย ซึ่งการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดที่กำลังจะดำเนินการวิจัยต่อไปนั้นการเรียนรู้บริบททั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ รวมทั้งบทเรียนความสำเร็จและที่ต้องทบทวนเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่คุณภาพของโปรแกรมที่ดีและเหมาะสมต่อไป

2. จากการทบทวน และวิเคราะห์แนวคิดทฤษฎีทางจิตเวชที่ว่าด้วยเรื่องภาวะซึมเศร้า เพื่อความเข้าใจก่อนลงภาคสนามนั้น ทำให้ผู้วิจัยพร้อมที่จะปฏิบัติต่อกลุ่มทดลองได้อย่างถูกต้อง

ปลอดภัยและเพื่อการเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยที่เป็นนิสิต นักศึกษาไทยต่อไปได้เป็นอย่างดี

3. จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีทางดนตรีบำบัด ผนวกกับการศึกษาวิธีการประพันธ์เพลง และสังคีตลักษณะการวิเคราะห์ทำให้ผู้วิจัยทราบลักษณะทางกายภาพและคุณสมบัติความเหมือน ความต่างทางบริบทสังคมวัฒนธรรม ซึ่งจะสามารถพัฒนาให้เหมาะสมกับสนามและบริบทไทย ได้เป็นอย่างดี

4. การนำแนวคิดทฤษฎีทางจิตเวชสังเคราะห์ร่วมกับทฤษฎีการพัฒนานิสิตนักศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แนวคิดของ โรเจอร์ (Rogers, 1989) ในเรื่องคุณค่าแห่งชีวิต ภาวะซึมเศร้า และการป้องกัน ผสมผสานกับหลักการทางดนตรีบำบัด ซึ่งนำไปเป็นฐานในการพัฒนาโปรแกรม ทำให้ผู้วิจัยสามารถสรุป เรียบเรียงเนื้อหา เพื่อนำเสนอเป็นวลี ถ้อยคำ ประโยค หรือบทกลอน บรรจุลงในบทเพลงดนตรีบำบัด โดยผู้วิจัยเชื่อว่าน่าจะมีส่วนกระตุ้นให้ผู้มีภาวะซึมเศร้า มีกำลังใจ ตระหนัก มองเห็นสภาพการณ์จริงหรือเห็นแง่มุมที่ดีในการดำเนินชีวิต อันเป็นลักษณะตรงข้ามกับ อาการ น่าจะสามารถช่วยนิสิตนักศึกษาไทยสามารถลดภาวะซึมเศร้าลงได้เป็นอย่างดี ซึ่งรวมถึง การควบคุมบริบทต่าง ๆ ด้วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีความเข้าใจในการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยที่ถูกต้องเหมาะสม
2. นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดที่สามารถใช้ได้เหมาะสมกับบริบทสังคม วัฒนธรรมไทย หรือลักษณะเฉพาะของแต่ละสถาบันอุดมศึกษาต่อไป
3. สามารถแก้ปัญหา นิสิตนักศึกษาไทย ในการลดภาวะซึมเศร้าซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายต่อไปได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิต นักศึกษาไทยนั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาและค้นคว้าข้อมูลในทุกมิติที่เป็นแนวคิดทฤษฎี จากตำรา เอกสาร งานวิชาการตลอดจนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ โดยรวบรวมและสรุปขึ้นเป็นสาระสำคัญเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ซึ่งนำเสนอเป็นลำดับตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีและหลักการที่เกี่ยวข้อง
 - 1.1 จิตเวชที่ว่าด้วยภาวะซึมเศร้าและการบำบัดรักษา
 - 1.2 การพัฒนานิสิตนักศึกษา
 - 1.3 ดนตรีบำบัด
 - 1.4 ทฤษฎีการประพันธ์เพลง สังกีตลักษณะการวิเคราะห์ และเกณฑ์การคัดเลือกบทเพลง
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 2.1 ภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 ดนตรีบำบัด

1. ทฤษฎีและหลักการ

1.1 จิตเวชที่ว่าด้วยภาวะซึมเศร้าและการบำบัดรักษา

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึกที่ไม่สุขสบาย มีความทุกข์มาก เศร้าคิดว่าตนเองไร้ค่า มองโลกในแง่ร้าย บางรายอาจมีอาการรุนแรงจนไม่ยอมมีชีวิตอยู่อีกต่อไป บางรายอาจมีความคิดทำร้ายตนเองได้

ลักษณะอาการ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการ เศร้า หดหู่ใจ เหนื่อยหน่าย เบื่อหน่าย สังคมและสิ่งแวดล้อมที่อ้อมแอ้ม หมดหวัง ไม่อยากทำกิจกรรมใด ๆ อยู่คนเดียว อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อ่อนไหว สะเทือนใจ ร้องไห้ง่ายโดยไม่เหตุผล สมาธิเสื่อม เหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดเชิงซ้ำ ลังเลใจ ตัดสินใจไม่แน่นอน ไม่มั่นใจในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนืดตนเอง รู้สึกว่าตนมีความทุกข์มากไม่มีใครช่วยได้ และอยากตาย ซึ่งอาการซึมเศร้า แบ่งออกได้เป็น 4 ระดับดังนี้

1. **อาการเศร้าตามสถานการณ์** เป็นอาการซึมเศร้าตามสถานการณ์ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญปัญหา หรือสถานการณ์ที่ไม่สมปรารถนา หรือมีความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน ผิดหวังล้มเหลว มีลักษณะอาการดังนี้

ด้านอารมณ์ ผิดหวัง หงุดหงิด เศร้าใจ

ด้านความคิด คิดหมกมุ่นอยู่กับความผิดหวัง

ด้านพฤติกรรม เศร้า เสียใจ ร้องไห้

ด้านสรีระวิทยา เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า

2. อารมณ์เศร้าระดับต่ำ เป็นอารมณ์เศร้าที่เริ่มเบี่ยงเบนจากปกติ มีอาการเศร้าต่อเนื่องและเพิ่มกว่าระดับแรก มีลักษณะอาการดังนี้

ด้านอารมณ์ รู้สึกโกรธ วิดกกังวล รู้สึกผิด ผิดหวัง ล้มเหลว เศร้าและหมดหวัง

ด้านความคิด คิดกังวล หมกมุ่นอยู่กับความผิดหวัง สูญเสีย ต่ำหนิตตนเอง และผู้อื่น รู้สึกขัดแย้งใจ

ด้านพฤติกรรม น้ำตาไหล พฤติกรรมถอยหลัง กระสับกระส่าย แยกตัว

ด้านสรีระวิทยา คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารมากเกินไป นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป ปวดหลัง เจ็บหน้าอก

3. อารมณ์เศร้าระดับกลาง เป็นอารมณ์เศร้าที่เป็นปัญหา เริ่มมีความผิดปกติ ดังนี้

ด้านอารมณ์ รู้สึกเศร้ามาก จิตใจห่อเหี่ยว ไม่มีแรง ลึนหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า

ด้านความคิด คิดเชิงซ้ำ ถดถอย ไม่มีสมาธิ คิดวุ่นวาย ย้ำคิดย้ำทำ มองโลกในแง่ร้าย

ด้านพฤติกรรม เคลื่อนไหวช้า พูดช้า รำพึงรำพันแต่ความทุกข์ของตนเอง หมกมุ่นอยู่กับความผิดหวัง ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่สนใจสุขอนามัยของตนเอง ใช้สารเสพติด พยายามทำร้ายตนเอง

ด้านสรีระวิทยา คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารมากเกินไป หรือไม่รับประทานอาหาร นอนไม่หลับ หรือนอนมากเกินไป ประจำเดือนขาด ความพึงพอใจทางเพศลดลง ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บอก เจ็บท้อง ไม่มีพลังกำลัง อ่อนเพลีย เมื่อยล้า รู้สึกดีตอนเช้า เลวในตอนบ่าย ระบบสื่อสารผิดปกติ

4. อารมณ์เศร้าระดับรุนแรง เป็นอารมณ์เศร้าที่มากและรุนแรง มีอาการผิดปกติ ต้องได้รับการบำบัด มีลักษณะอาการดังนี้

ด้านอารมณ์ รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีคุณค่า เฉยเมย โดดเดี่ยว รู้สึกเศร้ามาก จนไม่มีทางจะดีขึ้นเลย ไม่ยินดียินร้ายใด ๆ ทั้งสิ้น

ด้านความคิด มีความคิดหลงผิด คิดว่าตนเองเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ
คิดสับสนตัดสินใจไม่ได้ ไม่มีสมาธิ โดยเฉพาะคิดว่าผู้อื่นคิดร้าย
ต่อตนเอง มีอาการประสาทหลอน ต่ำหนิตนเอง คิดทำร้าย
ตนเอง

ด้านพฤติกรรม เคลื่อนไหวเชื่องช้าถดถอย ยืนหรือนั่งที่อ ยู่ในท่าเดียววนวน ๆ
ไม่สนใจอนามัยของตน แยกตัวออกจากสังคม ไม่ปฏิสัมพันธ์
กับผู้อื่น

ด้านสรีระวิทยา เคลื่อนไหวร่างกายเชื่องช้า ระบบการทำงานในร่างกายเปลี่ยนแปลง
เช่น การย่อยอาหารช้า ตื่นเช้ามีด ระบบการสื่อสารผิดปกติ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

1. **ปัจจัยด้านชีววิทยา** มีการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับ
ระดับฮอร์โมนอิพิเนพริน ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าระดับฮอร์โมนอิพิเนพรินต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มี
โรคอารมณ์แปรปรวนจะมีความผิดปกติของการเผาผลาญสารชีวเคมีบางตัว

2. **ปัจจัยด้านพันธุกรรม** เคยมีข้อค้นพบว่า ยีนส์มีความสัมพันธ์กับอารมณ์
แปรปรวนสูงร้อยละ 33-90 และพบว่ามีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงร้อยละ 50 จาก
การศึกษาเรื่องครอบครัวพบว่า บุคคลที่เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนในเครือญาติระดับบุตร จะมี
โอกาสเป็นได้

3. **ปัจจัยด้านจิตสังคม** พบว่า เด็กที่อารมณ์ซึมเศร้านักเกิดการขาดความรัก
ส่งผลให้รักคนอื่นไม่เป็น เคยถูกทอดทิ้งในอดีต ทำให้รู้สึกเศร้า ความคิดและความหวังเป็นไป
ในทางลบ สืบวนเรื่องของความรัก สัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกไม่ดี มีความขัดแย้งใน
ตนเอง บางทฤษฎีกล่าวไว้ว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียความรัก การเจ็บป่วย ปัญหาการ
งาน ปัญหาการเงิน ความล้มเหลวผิดหวังทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เชื่อว่าโรคซึมเศร้า
เกิดจากความขัดแย้งในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคมของบุคคลนั้น ๆ

4. **ปัจจัยด้านการรู้คิด** พบว่า ความเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับ
ตนเองในทางลบ คาดหวังในทางลบทั้งต่อตนเองในทางลบต่อสิ่งแวดล้อมและอนาคต คิดโทษ
ตนเอง ทำร้ายตนเอง ทำลายพัฒนาการทางความคิด ความรู้สึกและควมมีคุณค่าในตนเอง รู้สึก
ต่ำต้อยและเศร้ามาก

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการรู้คิดนี้ มักเกิดจากประสบการณ์ที่ผิดหวัง ล้มเหลว บุคคลจะตีความสถานการณ์ผิดไปจากความจริง มีความนึกคิดต่อสิ่งรอบตัว บุคคลรอบตัว และเหตุการณ์ในทางลบ ประเมินคุณค่า ไม่มีความสามารถ ไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง สิ้นหวัง ทำให้รู้สึกเศร้าหมอง ท้อแท้ มองโลกในแง่ร้าย จิตใจอยู่ในสภาพความหวัง มองแต่สิ่งเลวร้ายของตนเอง มองอนาคตตนเองว่ามีแต่ความลำบาก ล้มเหลว หมดทางแก้ไข ในที่สุดหันไปสู่ความตาย อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, (2549)

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกายนั้นกระทำได้ง่ายกว่าการประเมินภาวะทางจิต (สุวนีย์, 2545) เพราะมีเครื่องมือด้านวิทยาศาสตร์ช่วยเป็นการประเมินที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน แต่การประเมินทางจิตค่อนข้างซับซ้อน (ชัดเจน, 2543) แต่ก็สามารถกระทำได้ด้วยตัวผู้ประเมินเอง ดังเช่นการประเมินภาวะซึมเศร้าสามารถประเมินได้หลายลักษณะได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากับบุคคล การสังเกตโดยสังเกตได้จากพฤติกรรมทั่วไป ท่าทาง การแสดงออกทางสีหน้า เป็นต้น การสัมภาษณ์ได้แก่การตั้งคำถาม การรับฟังอย่างตั้งใจ การแสดงความเข้าใจและนอกจากนี้ ยังมีบุคคลต่าง ๆ ได้สร้างเครื่องมือเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าขึ้นมากมาย ที่นิยมนำมาใช้ในการประเมิน มักเป็นการประเมินตามลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้าดังนี้

1. Primary care Evaluation of Mental disorder – depression question (PRIME MD) เป็นแบบประเมินที่เน้นความผิดปกติทางจิต มีเพียง 2 ข้อคำถาม เป็นข้อคำถามที่ถามถึงอาการผิดปกติในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

2. Center for Epidemiological studies – depression scale (CES-D) (เรดลิวฟ, 1977) สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา เป็นแบบประเมินเพื่อวัดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่และผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป วัดอาการซึมเศร้าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงลบ 16 ข้อ ได้แก่ รู้สึกหงุดหงิด รู้สึกเบื่ออาหาร รู้สึกหม่นหมอง รู้สึกลำบากในการตั้งสมาธิ รู้สึกหดหู่ใจ รู้สึกฝืนใจทำงาน รู้สึกชีวิตมีแต่ความล้มเหลว รู้สึกหวาดกลัว นอนไม่ค่อยหลับ พูดคุยน้อยกว่าปกติ รู้สึกอ้างว้างเดียวดาย รู้สึกผู้คนที่หายไปไม่มีความเป็นมิตร ร้องไห้บ่อย รู้สึกผู้คนที่รอบข้างไม่ชอบตน รู้สึกท้อถอยในชีวิต และข้อคำถามเชิงบวก 4 ข้อ ได้แก่ รู้สึกตนเองมีความดีเท่าเทียมบุคคลอื่น มีความหวังในอนาคต รู้สึกมีความสุข รู้สึกชีวิตนี้สนุกสนาน แปลผลโดยใช้ค่าระดับคะแนนความถี่ คะแนนรวมของข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน เกณฑ์การตัดสินกำหนดเป็น 3 ระดับ คือ ระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ระดับภาวะซึมเศร้าปานกลาง และระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง ตามลำดับ

3. Zung Depression Rating Scale เป็นแบบประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของร่างกายและด้านจิตใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ

4. Medical Outcomes Study – depression question (MOS) เป็นแบบประเมินที่ สอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนหรือการรักษา นิยมใช้กับบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ประกอบด้วย ข้อคำถาม 4 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือไม่ใช่

5. Hamilton depression scale (Ham – D) เป็นแบบประเมินที่เน้นการประเมินอาการ ที่เกิดขึ้นด้านผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า มีทั้งหมด 21 ข้อคำถาม พัฒนามาจาก Hedlung and Vieweg (1979)

6. Beck depression inventory (BDI) (Beck, 1996) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ ประเมินลักษณะอาการและทัศนคติที่แสดงออก เป็นลักษณะเฉพาะของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยประเมิน ลักษณะของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 21 หัวข้อ ประกอบด้วย อารมณ์เศร้า(sadness) การมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) ความรู้สึกล้มเหลว (sense of failure) ไม่มีความพึงพอใจ (dissatisfaction) ความรู้สึก ผิด (guilt) การลงโทษ (expectation of punishment) การผิดหวัง (dislike of self) กล่าวร้ายให้ ตนเอง (self accusation) ความคิดทำร้ายตนเอง(suicidal ideation) อยากร้องไห้ (episodes of crying) โกรธหรือหงุดหงิด (agitation) ความสนใจต่อสิ่งรอบข้างลดลง (loss of interest in activities) ความลังเล /การตัดสินใจช้า (indecisiveness)การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (change in body image) ความสามารถ ในการทำงานลดลง (retardation) นอนไม่หลับ (insomnia) เหนื่อยง่าย (fatigability) เบื่ออาหาร (loss of appetite) น้ำหนักลด (loss of weight) สุขภาพของตนเอง (somatic preoccupation) ความต้องการทาง เพศ (lack of interest in sex)ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Center for Epidemiologic studies- Depression scale (CES-D) (Radloff , 1977) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย วิไล และพนม (2546) เพราะพิจารณาแล้วว่าเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นเหมาะสมกับกลุ่ม ประชากร และเป็นแบบประเมินที่วัดอาการซึมเศร้า ไม่ใช่การวินิจฉัยเป็นโรค มีข้อดีของแบบประเมิน คือ เข้าใจง่าย สะดวก ใช้เวลาไม่นาน สามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ง่ายต่อการแปลผล โดยให้คะแนนความถี่และแบบประเมินดังกล่าวนี้สามารถบอกถึงความรุนแรงและนำไปใช้ติดตาม อาการผู้ป่วยได้ด้วย

อนึ่ง เบค และ คณะ (Beck, et al, 1988) ซึ่งเป็นจิตแพทย์ยังได้กำหนดระดับความรุนแรง และสร้างแบบวัด BDI (Beck Depression Inventory) เพื่อวัดระดับค่าคะแนนระดับความรุนแรง ของภาวะซึมเศร้าอีกด้วย ซึ่งเป็นที่นิยมและแพร่หลายอย่างมากทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยได้จำแนก ระดับ ค่าตัวเลข ของแบบวัดภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

คะแนน 0-9 เป็นภาวะซึมเศร้าในคนปกติ (Normal Depression)

คะแนน 10-15 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย (Mild Depression)

คะแนน 16-19 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Mild – Moderate Depression)

คะแนน 20-29 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับมาก (Moderate - Severe Depression)

คะแนน 30-63 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรง (Severe Depression)

ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าว่าอยู่ในระดับใด เมื่อได้รับการประเมินแล้วการบำบัดรักษาปรากฏดังนี้

การบำบัด

- 1) การใช้สารหรือวัตถุออกฤทธิ์ ได้แก่ จำพวดยาต้าน/ลดซึมเศร้าประเภทต่างๆ และวิตามินในลักษณะการแปรรูปแบบต่างๆ

การใช้ยาต้านซึมเศร้า – ยาแก้เศร้าคือยาที่ป้องกันอาการซึมเศร้า หรือลดอาการซึมเศร้า ยานี้จะช่วยให้การทำงานของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามกลับมาเป็นอย่างเดิม โดยการช่วยให้สารสื่อ สมองที่ขาดหายไปกลับมาทำงานตามปกติ ยาแก้เศร้ามีหลายตัวซึ่งจะต้องจัดแตกต่างกันตามอาการ อายุ เพศของนิสิตนักศึกษาไทยที่มีภาวะซึมเศร้าด้วย

การใช้วิตามินบี คอมเพล็กซ์ หรือวิตามินบีรวม – โดยหลักการและคุณสมบัติของวิตามินในกลุ่มนี้ เป็นที่ทราบกันดีว่าเป็นวิตามินที่บำรุงระบบประสาท และต่อต้าน ความเครียดได้ ดังนั้นการรับวิตามินกลุ่มนี้ในปริมาณที่เพียงพอกับอาการ เพศ ระดับความรุนแรงอายุ เพศของ นิสิตนักศึกษาไทยที่มีภาวะซึมเศร้าจึงเป็นสิ่งสำคัญและควรอยู่ภายใต้การแนะนำของแพทย์

- 2) การช็อคด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy ECT)

การช็อคด้วยช็อคไฟฟ้า – เป็นวิธีที่นำมารักษาโรคซึมเศร้าอย่างได้ผล โดยการปล่อยกระแส ไฟฟ้าอ่อน ๆ ส่งผ่านขั้วไฟฟ้าซึ่งติดไว้ที่ศีรษะบริเวณขมับทั้งสองข้าง และปล่อยกระแสไฟฟ้าผ่าน ขั้วไฟฟ้าเข้าไปในสมอง และหลังจากหายแล้วนิสิตนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า ยังต้องรับประทานยารักษาอย่างต่อเนื่องอีกหลายเดือน หรืออาจเป็นปี

- 3) การใช้ศาสตร์จิตเวชและจิตวิทยาในการบำบัดรักษา เช่น การให้การปรึกษากิจกรรมบำบัด จิตสังคัมบำบัด

จิตบำบัดแบบจิตพลวัต (Psychodynamic Psychotherapy) – มีพื้นฐานของทฤษฎีที่ว่าด้วยปัญหา ความผิดหวัง ความเศร้า เป็นสิ่งที่ถูกเก็บซ่อนไว้ในใจเราตั้งแต่วัยเด็กของนิสิตนักศึกษา โดยเก็บไว้ใน รูปแบบของจิตใต้สำนึก จนนำไปสู่สาเหตุของโรคซึมเศร้าหลักวิธีการในการ

บำบัดรักษาคือใช้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเล่าข้อขัดแย้งในจิตใจออกมา เรียกกระบวนการนี้ว่าการโอนถ่ายข้อมูล (Transference) ซึ่งผู้รักษา จะสะท้อนพฤติกรรมของผู้ป่วย ออกมาให้ผู้ป่วยเห็นปัญหาในตัวเอง และเข้าใจพฤติกรรมของตนเองอย่างลึกซึ้ง เรียกว่า เป็นการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุจริงๆ

จิตบำบัดแบบเน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล – มีพื้นฐานจากความเชื่อที่ว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือจากความสัมพันธ์ในสังคมไม่ดี การบำบัดแบบนี้จะเน้นสาเหตุที่เป็นปัจจุบันและแก้ไขง่ายกว่าการสืบสาวหาต้นตอปัญหาของนิสิตนักศึกษาเป็นสำคัญ และร่วมมือกันในการร่วมกันที่จะช่วยกันวางแผนการแก้ปัญหาเหล่านั้นๆ

จิตบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความสึกลึกคิด และพฤติกรรมบำบัด – การรักษาแบบนี้จะเน้น การที่ทำให้ นิสิตนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า ปรับและ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และความคิดให้จงได้ เพื่อที่จะเอาชนะอารมณ์ซึมเศร้าซึ่งเป็นภาวะสำคัญในตัวนิสิตนักศึกษาลดลงหรือหมดไป

การบำบัดอารมณ์ด้วยเหตุผล – วิธีการบำบัดด้วยความคิดที่มีเหตุผลนี้เชื่อว่า จิตใต้สำนึกของเรานั้นสามารถสร้างปัญหาทางอารมณ์ได้โดยผ่านความคิดที่ไม่มีเหตุผล หรือความเชื่อ ที่ไร้เหตุผล ไม่ว่าจะเกิดจากพันธุกรรม หรือการเลี้ยงดู แต่ความคิดแบบนี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ การบำบัดวิธีนี้จะใช้วิธีที่เป็นวิทยาศาสตร์มาก นั่นคือใช้การตั้งสมมติฐานและพิสูจน์สมมติฐาน อย่างไรก็ตามจุดประสงค์หลักของการรักษาแบบนี้จะมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อบุคคลนั้น ต้อง พยายามให้นิสิตนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าเปลี่ยนความเชื่อของตนเองอย่างต่อเนื่องและอย่างสม่ำเสมอ

จิตบำบัดแบบสตรีนิยม – เน้นมุมมองที่ผู้หญิงถูกแยกแยะบทบาททางเพศ ให้รู้สึกด้อยค่า การรักษาแบบนี้จะทำให้ นิสิตนักศึกษาหญิง ตระหนักในคุณค่าตัวเอง และแสดงออกในการรักษาด้วยตนเอง ความ คิดเห็นของผู้ป่วยจะได้รับการยอมรับอย่างเต็มที่ ประหนึ่ง เป็นผู้เชี่ยวชาญคนหนึ่ง ที่สำคัญคือ นิสิตนักศึกษาหญิงที่มีภาวะซึมเศร้า จะถูกกระตุ้นให้มองเห็นบทบาทของความแตกต่างทางเพศที่สังคมกำหนดให้และเป็นเหตุให้ เกิดปัญหาภาวะซึมเศร้าขึ้นในนิสิตนักศึกษา

4) การใช้การบำบัดทางเลือก

การบำบัดด้วยแสงสว่าง – วิธีการรักษาโดยทั่วไปจะให้แสงสว่างผ่านกล่องที่มีไฟฟ้า และวางไว้บนโต๊ะในแนวราบ หรือตั้งฉากกับพื้น การรักษาด้วยแสงสว่างนี้เหมาะกับโรค

ซึมเศร้า ประเภทซึมเศร้าตามฤดูกาล ซึ่งจะเกิดขึ้นในบางช่วงเวลาที่แสงแดดอ่อน ๆ เช่น ในช่วงฤดูหนาว เวลาเย็น ๆ หรือช่วงที่มีฝนตกติดต่อกันเพราะในช่วงฤดูกาล สภาพอากาศดังกล่าวก็มีผล

การออกกำลังกาย - นิสิตนักศึกษาที่มีอาการซึมเศร้าเมื่อไปพบแพทย์ นอกเหนือจากการได้รับ ยาต้านอารมณ์เศร้าแล้ว ยังมักจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอร่วมด้วยเพื่อเป็นการกระตุ้นและเร่งให้สภาพร่างกายช่วยบำบัดด้วย

การดื่มน้ำเพื่อบำบัด - โดยน้ำที่เหมาะสมแก่การดื่มคือ น้ำอุณหภูมิปกติ ไม่ร้อน ไม่เย็นเกินไป ถ้าเป็นน้ำอุ่นควรดื่มตอนเช้า เพื่อช่วยล้างลำไส้ให้สะอาด ช่วยในการขับถ่ายของเสีย

ดนตรีบำบัด - จากผลการศึกษาวิจัยหลายคนตลอดจนหลายๆองค์กร การที่ได้ยินเสียงที่รื่นรมย์ทุกวันทำให้ชีวิตของเรามีคุณภาพ เสียงจากธรรมชาติ เช่น นกร้อง น้ำไหล จะช่วยให้จิตใจสงบได้ ดังนั้น เสียงดนตรีจึง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจและการทำงานของสมอง ในหลาย ๆ ด้าน ตลอดจนสามารถส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์เศร้าได้

การกระตุ้นโดยการไ้กลิ่น - จากผลการศึกษาวิจัยกลิ่นที่มีผลต่อการผ่อนคลายอารมณ์ซึมเศร้า ได้แก่ กระเพรา มะกรูด อบเชย มะลิ ตะไคร้ ส้ม กระดังงา ใบสะระแหน่ ลาเวนเดอร์ มะนาว ฯลฯ ดังนั้นสามารถใช้ได้เช่นในเวลาที่นิสิตนักศึกษาอ่านหนังสือ พักผ่อน หรือนอนหลับก็ได้

การเขียนบำบัด - การเขียนนอกจากจะเป็นวิธีที่แพทย์ใช้ตรวจสอบกระแสนความคิดผู้ป่วยเหล่านี้แล้วนั้น ยังช่วยหันเหความสนใจของผู้ป่วยต่ออาการซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยไม่ยึดติดกับความเชื่อที่ว่าตัวเองไม่สามารถทำอะไรได้ ผู้ป่วยจะเริ่มฟื้นฟูระบบความคิด ความจำ รวมถึงได้มีโอกาสระบายความรู้สึกนึกคิดภายใน จนนำไปสู่การเปิดตัวเองสู่โลกภายนอกได้ดี

ศิลปะบำบัด - ประโยชน์ของการวาดภาพนั้นช่วยให้นิสิตนักศึกษาได้ระบายออกทางอารมณ์ โดยเฉพาะในเวลาที่ยังรู้สึกซึมเศร้า ซึ่งจะได้ถ่ายทอดอารมณ์เศร้าผ่านสีและจินตนาการ

การบำบัดด้วยการหัวเราะ - การหัวเราะเป็นแนวคิดวิธีใหม่ๆ ในปัจจุบัน ที่นับว่าเป็นวิธีการบำบัดที่สามารถช่วยกระตุ้น ภูมิคุ้มกันของนิสิตนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าให้แข็งแรงขึ้น

พลังบำบัดจากผองเพื่อน - เพื่อนนิสิตนักศึกษาอาจมีผลกระทบต่อบุคลิกกรรม สุขภาพ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา แต่ในแง่ของการให้กำลังใจก็สำคัญเช่นกัน เพื่อนนิสิตนักศึกษาสามารถสร้างกำลังใจ และสร้างความภาคภูมิใจให้ได้ ซึ่งสามารถส่งผลดีในเชิงจิตวิทยาและเป็น การบำบัดที่สำคัญโดยใช้ปฏิสัมพันธ์จากสังคมเป็นเครื่องมือที่ดีอีกด้วย (อภิชัย มงคล, 2551)

นอกจากนี้ มาโนช หล่อตระกูล (2543) ได้อธิบายว่า โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เป็นโรคสำคัญในทางจิตเวชศาสตร์ เนื่องจากเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากอาการมาก อีกทั้งเป็นโรคที่รักษาได้หากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่าง

เหมาะสม ผลกระทบจากโรคซึมเศร้าที่มีต่อผู้ป่วยนั้นไม่น้อยไปกว่าโรคทางร่างกายที่สำคัญอื่น ๆ การปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ของผู้ป่วยบกพร่องลงจากเดิมหรืออาจทำงานไม่ได้เลย ก่อภาวะและปัญหาแก่ครอบครัวทั้งด้านเศรษฐกิจ จิตใจและสังคม นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายได้แล้ว โรคซึมเศร้านี้ยังเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดโรคทางร่างกาย หรือทำให้โรคทางร่างกายที่เป็นอยู่กำเริบหนักขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาโดยจิตแพทย์ยังจัดได้ว่าน้อยมาก เนื่องจากปริมาณจิตแพทย์ยังมีอยู่น้อย โดยเฉพาะในต่างจังหวัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบและรักษาที่แพทย์ทั่วไปมากกว่า และแม้ในแหล่งที่มีจิตแพทย์ประจำอยู่ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังคงมารักษาที่แพทย์ทั่วไป เนื่องจากไม่ทราบว่าตนป่วยเป็นโรคทางจิตเวช หรือบางครั้งต้องการหลีกเลี่ยงการถูกมองว่าเป็นผู้มีปัญหาด้านจิตใจ จากรายงานในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยนอกที่พบแพทย์ทั่วไปนั้นพบเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ร้อยละ 5-8 ในผู้ป่วยในที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายจะพบสูงกว่านั้นคือร้อยละ 18-33 ดังนั้นการตระหนักถึงโรคนี้และมีความรู้ในการดูแลรักษาที่เหมาะสมในแพทย์ทั่วไปจึงมีความสำคัญยิ่ง เมื่อเร็ว ๆ นี้ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้จัดให้มีการทบทวนและหาแนวการรักษาโรคทางกายที่พบได้บ่อยและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายโดยรวมสูง โรคซึมเศร้าที่พบในเวชปฏิบัติทั่วไป (primary care setting) ถูกจัดอยู่หนึ่งในเจ็ดลำดับต้น เนื่องจากพบว่าเป็นโรคที่มักจะถูกมองข้าม วินิจฉัยผิดเป็นโรคอื่น หรือได้รับการรักษายังไม่เหมาะสม

อารมณ์เศร้าอย่างไรจึงจัดว่าผิดปกติ

อารมณ์ซึมเศร้านั้นจัดได้ว่าเป็นภาวะปกติของคนเรา เป็นปฏิกิริยาของจิตใจต่อการสูญเสีย ความกดดัน หรือความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า อย่างไรก็ตามหากอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนี้เป็นมากจนเห็นได้ชัดร่วมกับมีอาการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้แล้ว จัดว่าเป็นอารมณ์ซึมเศร้าที่ผิดปกติหรือเป็นความผิดปกติทางจิตเวช. ด้านอารมณ์ซึมเศร้าแทบทั้งวัน ร้องไห้บ่อย บางรายอารมณ์ซึมเศร้าอาจไม่เด่นชัด แต่จะเบื่อหน่ายหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ด้านความคิดมีความรู้สึกในแง่ลบต่อตนเอง คิดถึงแต่เรื่องความผิดที่ตนเองได้ทำไป ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกชีวิตไร้ค่า หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย ด้านร่างกาย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงมาก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ หรือหมกมุ่นในเรื่องอาการทางร่างกายต่าง ๆ และด้านอื่น ๆ สมาธิและความจำเสื่อมลง การทำงานแย่ลง สัมพันธภาพกับผู้อื่นแย่ลง โรคในกลุ่มนี้ที่สำคัญมีอยู่ 2 โรคได้แก่ โรคซึมเศร้า และโรค dysthymia ในที่นี้จะกล่าวถึงแต่โรคซึมเศร้าเนื่องจากเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรง ผู้ป่วยมีความบกพร่องจากอาการมาก แต่ตอบสนองต่อการรักษาค่อนข้างดี

สาเหตุ

ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุของโรคซึมเศร้านั้น เชื่อกันว่าสัมพันธ์กับหลาย ๆ ปัจจัย ทั้งจากด้านพันธุกรรม การพลัดพรากจากพ่อแม่ในวัยเด็ก พัฒนาการของจิตใจ รวมถึงปัจจัยทาง

ชีวภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงของระดับ catecholamine หรือ pituitary hormone บางตัวเป็นต้น การเริ่มเกิดอาการนั้นอาจมีปัจจัยกระตุ้น เช่น สูญเสียคนที่ตนรัก ตกงาน การหย่าร้าง หรือบางครั้งไม่มีก็ได้ อย่างไรก็ตาม การมีสาเหตุที่เห็นชัดว่าเป็นมาจากความกดดันด้านจิตใจนี้ มิได้หมายความว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเรื่องปกติธรรมดาของคนเรา หรือไม่จำเป็นต้องให้การรักษา การพิจารณาว่าการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นนั้นผิดปกติหรือไม่ เราดูจากการมีอาการต่าง ๆ และความรุนแรงของอาการเป็นหลัก ผู้ป่วยที่มีอาการเข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า นั้น บ่งถึงภาวะของความผิดปกติที่จำเป็นต้องให้การช่วยเหลือ

การวินิจฉัย

ผู้ป่วยจัดว่าเป็นโรคซึมเศร้าเมื่อมีอาการซึมเศร้าที่เป็นมาก หรือมีความเบื่อหน่าย หดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ร่วมกับมีอาการตามมา มักพบว่าผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลร่วมด้วย อย่างไรก็ตาม ตามอาการซึมเศร้าจะเด่นกว่า ในผู้ป่วยที่มีโรคทางร่างกายหรืออาการบางประการ เช่น อ่อนเพลีย เบื่อหน่าย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นั้น อาจเป็นผลจากโรคทางร่างกายได้เช่นกัน ทำให้การวินิจฉัยค่อนข้างลำบาก อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากับผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางร่างกาย พบว่า อาการซึมเศร้า ร้องไห้บ่อย คิดฆ่าตัวตาย เคลื่อนไหวเชื่องช้า และมักดิ่งใจนั้น มีส่วนช่วยในการวินิจฉัย โดยพบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบ่อยกว่า

การวินิจฉัยแยกโรค

1. ยาหรือสารต่างๆ ที่พบว่าสำคัญ ได้แก่ reserpine glucocorticoid anabolic steroids, หรือภาวะที่เกิดจากการหยุดเสพแอมเฟตามีน หรือโคเคน
2. โรคทางร่างกาย ที่พบบ่อยคือโรคของระบบประสาทส่วนกลาง เช่น เนื้องอกในสมอง Parkinson disease เป็นต้น และโรคของระบบต่อมไร้ท่อ เช่น hypothyroidism SLE และ Cushing syndrome เป็นต้น
3. อารมณ์ซึมเศร้าจากภาวะการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder with depressed mood) ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าจากปรับตัวไม่ได้ต่อปัญหาต่าง ๆ ซึ่งเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น ตกงาน หย่าร้าง เกษียณราชการ เป็นต้น อาการซึมเศร้าจะเป็นไม่มาก พอเป็นที่เข้าใจได้เมื่อมองจากบุคลิกของผู้ป่วย. การรักษาหลักคือการช่วยเหลือด้านจิตใจ ช่วยในการปรับตัว โดยที่ยามีส่วนช่วยน้อย อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยมีอาการต่าง ๆ มากจนถึงระดับของโรคซึมเศร้าแล้ว เราจะให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามแนวทางในการวินิจฉัยที่ได้กล่าวข้างต้น
4. Anxiety disorders ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย อาจมีอาการซึมเศร้าในบางครั้งได้ อาการสำคัญที่ช่วยในการแยกคือ ผู้ป่วยมักมีอาการของ autonomic nervous system hyperarousal เช่น ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออก เป็นต้น

จะทราบได้อย่างไรว่าผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้านั้นมักถูกมองข้ามเนื่องจาก

1. ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยอาการทางร่างกาย ทั้งนี้เนื่องจากไม่ทราบว่าอาการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจของตนนั้น เป็นอาการของโรค.
2. แพทย์มีเวลาที่จำกัดเนื่องจากต้องตรวจผู้ป่วยจำนวนมาก.
3. ผู้ป่วยที่แพทย์พบในแต่ละวันนั้นมักป่วยด้วยโรคทางร่างกาย ดังนั้นการซักถามส่วนใหญ่มุ่งเน้นถึงอาการด้านร่างกายเป็นหลัก

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้านั้น จัดว่าไม่ยากหากผู้ตรวจคำนึงถึง และมีแนวทางในการตรวจที่ดี. จากการศึกษาถึงลักษณะของแพทย์ที่วินิจฉัยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ถูกต้อง พบว่ามีลักษณะสนใจผู้ป่วยแสดงโดยการสบตา พร้อมทั้งจะรับฟังเรื่อง que ผู้ป่วยเล่า ไม่ขัดจังหวะหรือแสดงท่าทีที่เร่งรีบ และมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของจิตใจหรือชีวิตความเป็นอยู่ทั่วไป จากท่าทีเหล่านี้ของแพทย์ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น มีความไว้วางใจในตัวแพทย์อยากเล่าเรื่องที่ทุกซอกทุกซอให้ฟัง เวลาที่ใช้ในการตรวจผู้ป่วยมิได้นานไปกว่าปกติมากนัก โดยเฉพาะเมื่อคำนึงถึงเวลาที่จะต้องเข้าไปในการพบกับผู้ป่วยอีกหลาย ๆ ครั้งเนื่องจากอาการไม่ดีขึ้น เริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยเข้าห้องตรวจจะสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยมีท่าทางที่เชื่องช้า สีหน้าเศร้าหมอง พูดช้า เสียงเบา ผู้ป่วยบางรายโดยเฉพาะในผู้ป่วยช่วงวัยต่อ อาจมีลักษณะกระวนกระวาย อึดอัด หรือกังวลใจ หากพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเหล่านี้ หรือมีอาการทางร่างกายอื่น ๆ ที่ไม่ชัดเจน และตรวจไม่พบความผิดปกติใด ๆ ให้ตระหนักไว้ว่าผู้ป่วยอาจเป็นโรคซึมเศร้าได้ ตลอดจนการถามอาการของผู้ป่วยในรายที่สงสัยนั้น วิธีที่ดีที่สุดสำหรับแพทย์ทั่วไปที่ไม่มีเวลามากได้แก่การถามเน้นถึงอาการที่ช่วยในการวินิจฉัย โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า หรืออาการเบื่อหน่าย หมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งเป็นอาการหลักในการวินิจฉัย รวมทั้งอาการทางด้านความคิดในแง่ลบต่อสิ่งต่าง ๆ ความคิดอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตายนั้นพบบ่อยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เมื่อศึกษาย้อนหลังในผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จพบว่า เป็น primary depressive disorders ถึงร้อยละ 45-64 ดังนั้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกรายต้องถามถึงเรื่องความคิดฆ่าตัวตาย เพื่อประเมินความเสี่ยงซึ่งมีผลต่อการพิจารณาแนวทางในการช่วยเหลือผู้รักษาบางคนรู้สึกอึดอัดในการถามเรื่องเหล่านี้ เนื่องจากไม่เคยชินกับการใช้คำถามเช่นนี้ คิดว่าผู้ป่วยคงไม่ตอบหรืออาจมองว่าตนถามอะไรแปลก ๆ หรือเกรงว่าผู้ป่วยจะยิ่งพูดจนเสียเวลาไปมาก ตามจริงแล้วการถามนั้น เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงสิ่งที่ตนต้องการความช่วยเหลือ การได้พูดถึงเหล่านี้ออกมาทำให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น รู้สึกว่าแพทย์สนใจ ต้องการช่วยเหลือตนจริง อันมีผลต่อสัมพันธภาพในการรักษาเป็นอย่างมาก การมุ่งช่วยผู้ป่วยให้หายจากโรคเป็นหน้าที่

สำคัญของการเป็นแพทย์ หากวินิจฉัยและรักษาถูกต้องแล้ว อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นมาก แทนที่จะมีอาการต่าง ๆ เรื้อรัง ต้องพบแพทย์เป็นระยะเวลาหลายปี

การช่วยเหลือผู้ป่วยด้านจิตใจเบื้องต้น

ท่าทีของแพทย์มีผลต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย แพทย์จะปฏิบัติตนต่อผู้ป่วยด้วยการให้เกียรติ มีท่าทีที่อบอุ่น เข้าใจ เห็นใจในความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และพร้อมจะช่วยเหลือ โดยท่าทีเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจ รู้สึกอุ่นใจที่มีผู้เข้าใจและยินดีช่วยเหลือ มีความหวังว่าจะหายจากอาการ ผู้ป่วยมักมีแนวคิดในแง่ลบ มองว่าตนเองมีอาการมาก เป็นโรคที่รักษาไม่หาย หรือไม่มีใครเป็นแบบตน การบอกอาการและการวินิจฉัยแก่ผู้ป่วยโดยเน้นว่าเป็นปัญหาที่พบได้ไม่น้อย แพทย์ผู้รักษาพบผู้ป่วยในลักษณะนี้อยู่เสมอ ๆ และเป็นโรคที่การรักษาได้ผลดี พบว่ามีส่วนช่วยผู้ป่วยมาก ผู้ป่วยอาจแจ้งอาการทางร่างกายต่าง ๆ เช่น ปวดศีรษะ ใจสั่น ปวดหลัง ซา ร้อนตามตัว ซึ่งแพทย์มักชี้แจงว่าตรวจร่างกายแล้วพบว่าปกติ อาการเหล่านี้เป็นจากผู้ป่วยคิดไปเอง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาที่เป็นต้นเหตุของอาการเหล่านี้จริง พร้อมกันนั้นการมีแนวคิดในแง่ลบ สนใจร่างกายตนเองมากกว่าปกติของผู้ป่วยทำให้ดูอาการมีมากขึ้น เมื่อโรคซึมเศร้าดีขึ้นอาการทางร่างกายเหล่านี้จะดีขึ้นตาม ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยแจ้งอาการเหล่านี้ควรรับฟัง แสดงความเข้าใจ และอธิบายว่าเป็นอาการที่มักพบร่วมกับโรค จะดีขึ้นเมื่อรักษา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าแพทย์เอาใจใส่ตนเองจริง ส่งผลให้สัมพันธภาพในการรักษาดีขึ้น การพบญาติผู้ป่วยมีความสำคัญในสังคมไทย. นอกจากเพื่อประเมินอาการและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องแล้ว การถามความคิดเห็นของญาติที่มีต่อผู้ป่วยโรค ซ้ำแจงแก้ไขความเข้าใจผิด พร้อมทั้งให้คำแนะนำแก่ญาติในการช่วยเหลือผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาญาติหรือครอบครัว และญาติมักเป็นผู้ที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ในแต่ละครั้ง

การรักษาด้วยยา

การรักษาหลักในปัจจุบันได้แก่การใช้ยาแก้เศร้า (antidepressants) โดยเฉพาะในช่วงแรก ที่ผู้ป่วยมีอาการมากอยู่ การทำจิตบำบัดบางชนิดพบว่าได้ผลในการรักษาพอ ๆ กันกับการใช้ยา โดยเฉพาะในรายที่อาการไม่รุนแรง แต่จะไม่กล่าวถึงในที่นี้เนื่องจากมุ่งเน้นการรักษาที่แพทย์ทั่วไปสามารถนำไปใช้ได้ การรักษาแบ่งออกเป็นสามระยะตามการดำเนินโรค โดยการรักษาในระยะเฉียบพลันมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดอาการของผู้ป่วย การรักษาระยะต่อเนื่องเป็นการคงยาต่อแม้ว่าผู้ป่วยปกติดีแล้วทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิด relapse และในผู้ป่วยบางรายอาจต้องให้การรักษาระยะยาวเพื่อป้องกันการเกิด recurrence ของโรค

การรักษาในระยะเฉียบพลัน (Acute treatment)

การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาการไม่ได้ดีขึ้นภายในวันสองวัน ยาบางตัวมีฤทธิ์ข้างเคียงที่ผู้ป่วยทนไม่ได้ อีกทั้งต้องใช้เวลาในการรักษาอยู่หลายเดือน ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งขาดการติดตามการรักษาไป การให้ข้อมูลและคำแนะนำต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องฤทธิ์ข้างเคียงของยา ระยะเวลาที่อาการจะดีขึ้น รวมทั้งยาที่ให้นั้นมิใช่ยานอนหลับและไม่มีการติดยา ยาแก้เศร้าทุกตัวไม่ได้ออกฤทธิ์รักษาอาการซึมเศร้าทันที โดยทั่วไปจะเห็นผลหลังจากได้ยาไปแล้ว 1-2 สัปดาห์ ในบางรายอาจนานกว่านี้ อย่างไรก็ตามในระหว่างนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกดีขึ้นจากผลด้านอื่น ๆ ของยา เช่น หลับได้ดีขึ้น เบื่ออาหารลดลง ความวิตกกังวลลดลง เป็นต้น

การเลือกใช้ยา

ยาแก้เศร้าอาจแบ่งคร่าว ๆ ออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ ได้แก่ กลุ่มที่มีโครงสร้างเป็นแบบ tricyclic และยากกลุ่มใหม่ซึ่งสังเคราะห์ขึ้นมาในช่วงไม่นานมานี้ ข้อดีของยาในกลุ่ม tricyclic คือเป็นยาที่ใช้ในการรักษามานานจนทราบกันดีถึงอาการข้างเคียงของยาแต่ละตัว ประสิทธิภาพเป็นที่ยืนยันแน่นอน ทั้งในการรักษาในระยะเฉียบพลันและการป้องกันระยะยาว และราคาถูก ประสิทธิภาพในการรักษาของยาแก้เศร้าแต่ละตัวนั้นไม่ต่างกัน ความแตกต่างอยู่ที่ฤทธิ์ข้างเคียงซึ่งรวมถึงยาในกลุ่มใหม่ด้วยเช่นกัน ในการเลือกใช้ยาเราพิจารณาจากปัจจัยต่อไปนี้ตามลำดับ

1. หากเป็นผู้ป่วยที่เคยป่วยและรักษาหายมาก่อน ประวัติการรักษาเดิมมีความสำคัญ โดยผู้ป่วยมักตอบสนองต่อยาตัวเดิม และขนาดเดิมที่เคยใช้ ดังนั้นจึงควรใช้ยาขนาดเดิมเป็นตัวแรก
2. ปัญหาทางร่างกายที่เป็นข้อห้ามหรือควรหลีกเลี่ยงในการใช้ยาบางตัว ผู้ป่วยที่มีโรคทางร่างกาย เช่น ต่อมลูกหมากโต ต้อหิน หรือมี conduction defect อาจพิจารณาใช้ยาในกลุ่มที่มีอาการข้างเคียง anticholinergic ต่ำ หรือยาที่มีผลต่อหัวใจน้อย เป็นต้น
3. ความคุ้นเคยของแพทย์ในการใช้ยา การใช้ยาเพียงไม่กี่ตัว เช่น amitriptyline, nortriptyline และยากกลุ่มใหม่บางตัว แต่ให้คุ้นเคยกับทั้งฤทธิ์ข้างเคียงและการตอบสนองของผู้ป่วย จะเหมาะสมกว่าการใช้ยาแก้เศร้าเปลี่ยนชนิดไปเรื่อย ๆ

ขนาดยาในการรักษา

ขนาดยาที่ใช้ในการรักษา จากการศึกษาการรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์เศร้าในเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศอังกฤษพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบสนองต่อการรักษาในขนาด 125-150 มิลลิกรัมต่อวันของ imipramine ในผู้ป่วยไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกอาจตอบสนองต่อการรักษาในขนาดต่ำกว่านี้ อย่างไรก็ตามยาในขนาดที่ต่ำกว่า 75 มิลลิกรัมต่อวันของ imipramine ได้ผลน้อยในการรักษาการรักษาส่วนใหญ่เป็นแบบผู้ป่วยนอกซึ่งจำเป็นต้องเริ่มในขนาดต่ำ เพื่อหลีกเลี่ยงอาการข้างเคียงอาจ

เริ่มให้ imipramine หรือ amitriptyline ขนาด 25-50 มิลลิกรัม ในตอนเย็นหรือก่อนนอน เพิ่มขนาดยา 25 มิลลิกรัมทุก 2-3 วันจนได้ขนาด 75 มิลลิกรัม ระวังผลในขนาดนี้ 2 สัปดาห์ เมื่อผู้ป่วยอาการไม่ดี ขึ้นให้เพิ่มขนาดยาขึ้นอีกทุก 1 สัปดาห์ สำหรับผู้ป่วยนอกขนาดยาต่อวันไม่ควรเกิน 150 มิลลิกรัม หากเกินกว่านี้ควรรับไว้ปรับยาในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุหรือมีโรคทางร่างกายร่วมควรลดขนาดยาลงครึ่งหนึ่ง และการปรับขนาดยาควรปรับเพิ่มช้า ๆ เนื่องจากส่วนใหญ่ของยาแก้เศร้ามีค่าครึ่งชีวิตยาวจึงสามารถให้ยาวันละ 1- 2 ครั้งได้ พบว่าผู้ป่วยจะร่วมมือในการรับประทานยาดีหากแบ่งยาให้วันละไม่เกิน 2 ครั้ง อย่างไรก็ตาม หากขนาดยาต่อวันสูงควรแบ่งให้ยาอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เพื่อป้องกันอาการข้างเคียงอันเกิดจากระดับยาในเลือดหลังให้ยาสูงเกินขนาด อาจให้ benzodiazepine เช่น diazepam 5-10 มิลลิกรัมต่อวันร่วม หากผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลมากหรือนอนไม่หลับ ประมาณ 2-3 สัปดาห์ต่อมาเมื่อยาแก้เศร้าได้ผลในการรักษาดีแล้วควรหยุดการใช้ benzodiazepine ข้อควรระวังในการให้ยาช่วงแรกคือผู้ป่วยอาจคิดฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นจึงไม่ควรให้ไปครั้งละมาก ๆ หากนัดติดตามการรักษาทุกสัปดาห์ยาที่ให้จะไม่ถึง lethal dose

ฤทธิ์ข้างเคียง

ในที่นี้จะเน้นฤทธิ์ข้างเคียงที่แตกต่างกันของยาแต่ละตัวซึ่งมีผลต่อการเลือกให้ยาในผู้ป่วยแต่ละคน

1. Sedation ยา tricyclic ทุกตัวมีฤทธิ์ sedation โดยเฉพาะ amitriptyline และ doxepin ซึ่งบางครั้งเป็นปัญหาทำให้ปรับเพิ่มขนาดยาได้ลำบาก หากผู้ป่วยมีอาการง่วงซึมให้ปรับการให้ยาโดยให้ยานขนาดต่ำในช่วงกลางวัน และขนาดสูงในช่วงเย็นหรือก่อนนอน อย่างไรก็ตาม ควรระวังในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งอาจเกิดอาการวิงเวียน เดินเซ หรือ postural hypotension ได้หากลุกขึ้นมาในตอนกลางคืน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเกิด tolerance ต่อฤทธิ์นี้ ทำให้อาการง่วงซึมลดลงในระยะหลัง

2. ฤทธิ์ anticholinergic เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบบ่อย อาการที่พบได้แก่ ปากคอแห้ง ท้องผูก ตามัว และปัสสาวะลำบาก บางอาการ เช่น accommodation disturbance และ blurred vision จะดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป หากมีอาการปัสสาวะลำบากอาจให้ bethanechol 25-50 มิลลิกรัม 3-4 ครั้งต่อวัน

3. ฤทธิ์ด้าน cardiovascular ยา tricyclic ทุกตัวทำให้ conduction time เพิ่มขึ้น จึงควรเลี่ยงในผู้ป่วยที่มี conduction defect ยาที่ค่อนข้างปลอดภัยได้แก่ยาในกลุ่มใหม่ เช่น mianserin, fluvoxamine และ fluoxetine

4. ฤทธิ์ต้าน autonomic ฤทธิ์ postural hypotension พบได้บ่อยโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ ยา nortriptyline มีผลน้อยในการก่อให้เกิดอาการข้างเคียงนี้ การวัดความดันในท่ายืนและนอนก่อนให้ยาอาจพอช่วยบอกได้

การรักษาต่อเนื่อง (Continuation treatment)

เมื่อผู้ป่วยหายจากอาการแล้วไม่ควรรีบหยุดยา ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องไปอีกนาน 4-6 เดือน จากการศึกษาพบว่าในช่วงนี้ผู้ป่วยที่หยุดยาไปเกิด relapse สูงถึงร้อยละ 50 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้ยาต่อเนื่อง relapse ร้อยละ 20 ในแง่ของขนาดยาปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปเนื่องจากพบว่าป้องกัน relapse ได้ดีกว่าอย่างไรก็ตามเท่าที่ผู้เขียนพบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักลดยาเอง ซึ่งควรเตือนผู้ป่วยในเรื่องของการป้องกันว่าสำคัญ ในการหยุดยาคควรค่อย ๆ ลดยาลง โดยใช้เวลาเป็นเดือน หากลดเร็วผู้ป่วยมักมี withdrawal effects เช่น หงุดหงิดนอนไม่หลับ เป็นต้น

การป้องกันระยะยาว (Prophylactic treatment)

มีผู้ป่วยบางคนมีประวัติการป่วยมาหลายครั้งในอดีต ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ควรให้กินยาป้องกันต่อเนื่องไปเป็นระยะเวลานานเป็นปี ๆ โดยทั่วไปมีความเห็นว่าจะให้ยาต่อเนื่องต่อเมื่อผู้ป่วยมีประวัติอาการที่ชัดเจนของโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 2-3 ครั้งขึ้นไป

สรุป

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่อาจพบได้จากสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตคนเรา อย่างไรก็ตาม หากอารมณ์ซึมเศร้านี้มีมากจนทำให้บุคคลนั้นบกพร่องในหน้าที่ต่าง ๆ มากหรือมีอาการต่าง ๆ ติดตามมา จัดได้ว่าเป็นอารมณ์ซึมเศร้าที่ผิดปกติ ซึ่งจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือรักษา การวินิจฉัยโรคซึมเศร้านั้นไม่ยาก หากแพทย์มีความตระหนักถึงภาวะนี้ การรักษาหลักของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ การรักษาด้วยยา อย่างไรก็ตามการช่วยเหลือด้านจิตใจก็เป็นสิ่งที่ต้องทำควบคู่กันไปเสมอ หลักการในการรักษาที่สำคัญ คือ การให้ยาในขนาดที่เพียงพอ ไม่ต่ำเกินไป ให้ในระยะเวลานานพอสมควรก่อนปรับเปลี่ยนขนาดยา และไม่รีบหยุดยาเมื่อผู้ป่วยหายจากอาการหากแต่ยังต้องให้ต่อไปอีกนาน 4-6 เดือน สัมพันธภาพในการรักษาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษา อีกทั้งต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยในแง่มุมมองต่าง ๆ หากแพทย์ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพในการรักษาที่ดีกับผู้ป่วยแล้ว ก็ย่อมยากที่จะให้การรักษาได้ผล ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องทำการศึกษาและทำความเข้าใจให้กระจ่างด้วย จากนั้นเรื่องที่สำคัญไม่แพ้กัน คือการทำความเข้าใจในธรรมชาติ นิสิตนักศึกษาและจิตวิทยาในการพัฒนานิสิตนักศึกษาด้วย ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1.2 การพัฒนานิสิตนักศึกษา

สำเนาวิ ขจรศิลป์ (2538) กล่าวว่า การพัฒนานิสิตนักศึกษา หมายถึง ความพยายามใด ๆ ของสถาบันอุดมศึกษาที่จะส่งเสริมให้นักศึกษามีพัฒนาการในด้านต่าง ๆ อย่างสมบูรณ์ ซึ่งสอดคล้องกับคิงและฟิลด์ส (King and Fields, 1980) ที่กล่าวถึงการพัฒนานิสิตนักศึกษว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนามนุษย์ อันหมายถึงการพัฒนานิสิตนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา นอกจากนี้ รอดเจอร์ (Rodgers, 1980) ได้เน้นว่าการพัฒนานิสิตนักศึกษาคือความพยายามใด ๆ ที่จะส่งเสริมให้นิสิตนักศึกษามีพัฒนาการในด้านต่าง ๆ และวินสตัน, จูเนียร์ ครีมเมอร์ มิลเลอร์ และคณะ (Winston, Jr.; Creamer; Miller, and Associates, 2001) ได้ระบุถึงการพัฒนานิสิตนักศึกษาว่าหมายถึงพื้นฐานทางด้านทฤษฎีและปรัชญาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของสถาบันอุดมศึกษาและเหตุผลที่ต้องมีฝ่ายกิจการนิสิตนักศึกษา ซึ่งเป็นการประยุกต์หลักการการพัฒนามนุษย์มาใช้พัฒนานิสิตนักศึกษา เพราะฉะนั้นการพัฒนานิสิตนักศึกษาจึงควรมีเป้าหมายอย่างน้อย 7 ประการ ดังต่อไปนี้ (สำเนาวิ ขจรศิลป์, 2538) วิชาการและวิชาชีพ สติปัญญา สังคม อารมณ์ เอกลักษณะ ร่างกาย คุณธรรม

จึงอาจกล่าวได้ว่าการพัฒนานิสิตนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเป็นกระบวนการที่มีความสลับซับซ้อน และมีปัจจัยเกื้อหนุน 8 ประการ คือ การบริหาร วิชาการ กิจการนิสิตนักศึกษา บุคลากร งบประมาณ นิสิตนักศึกษา สภาพแวดล้อมภายในสถาบัน สภาพแวดล้อมภายนอกสถาบัน

บราวน์ (Brown 1972 อ้างถึงในสำเนาวิ ขจรศิลป์, 2538) เสนอเป้าหมายในการพัฒนานิสิตนักศึกษา 5 ประการ

1. การพัฒนาเอกลักษณะ ซึ่งรวมไปถึงการพัฒนาระบบค่านิยม การพัฒนาคุณธรรม และการพัฒนาเป้าหมายในอาชีพ
2. การพัฒนาทักษะในการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น ทักษะในการสื่อความหมายการพัฒนาความเข้าใจและความเห็นใจกับผู้อื่น (โดยเฉพาะบุคคลที่มีความแตกต่างด้านเชื้อชาติ และวัฒนธรรม)
3. การพัฒนาทักษะในด้านการเรียนและสติปัญญา ซึ่งจะช่วยให้เป็นบุคคลที่มีความสนใจและทำการศึกษาค้นคว้าความรู้ใหม่ ๆ ตลอดชีวิต
4. การพัฒนาด้านสุนทรียภาพ คือ การพัฒนาความเข้าใจ เห็นคุณค่าและเกิดความซาบซึ้งในธรรมชาติและศิลปะ ตลอดจนการพัฒนาทักษะในการสร้างสรรค์ในงานศิลปะ

5. การพัฒนาด้านร่างกายและทักษะในด้านนันทนาการ คือ การพัฒนาความเข้าใจ เห็นคุณค่าและบูรณาการกิจกรรมนันทนาการเข้ากับลักษณะการดำเนินชีวิตของตน

คิง และฟิลด์ส (King and Fields 1980 อ้างถึงในสำเนาวิ ขจรศิลป์, 2538) เสนอ เป้าหมายในการพัฒนานิสิตนักศึกษา 4 ประการ ดังนี้

1. การพัฒนาสติปัญญา คือ การพัฒนาความสามารถในการคิดและเรียนรู้ การรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้เกิดกระบวนการสร้างความหมายใหม่และ ประเมินคุณค่าและศักยภาพของความหมายเหล่านั้น
2. การพัฒนาเอกลักษณ์ คือ การพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง ค้นพบตัวเอง ซึ่งอาจเรียกว่าเป็นการพัฒนา ลักษณะเฉพาะบุคคล
3. การพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เน้นการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างมี ประสิทธิภาพ
4. การพัฒนาค่านิยม เน้นการสร้างเกณฑ์เกี่ยวกับคุณธรรมและจริยธรรมที่นำมาใช้ ในการดำเนินชีวิต

วัลลภา เทพหัสดิน ณ อยุธยา (2528) เสนอแนวทางในการพัฒนานิสิตนักศึกษา 8 ด้าน ดังนี้

1. การพัฒนาทางสติปัญญา ให้รู้จักความรู้ หมั่นศึกษาเล่าเรียน หัดคิดอย่างมีระบบ และสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้
2. การพัฒนาวิชาชีพ ให้มีความสามารถในการประกอบอาชีพ สามารถสร้างงาน อาชีพขึ้นใหม่ได้
3. การพัฒนาอารมณ์ และการควบคุมอารมณ์ เข้าใจวิธีการรักษาอารมณ์ของตนได้
4. การพัฒนาทักษะทางสังคม หมายรวมถึง การใช้วาจาหรือภาษาที่เหมาะสมในการติดต่อสื่อสารในสังคม การเรียนรู้มารยาทต่าง ๆ ในการสมาคมติดต่อ การแต่งกายตาม กาลเทศะ การประพฤติปฏิบัติตามสังคม ทำเพื่อประโยชน์แก่สังคม
5. ความเป็นตัวของตัวเอง ให้เข้าใจตนเอง รู้จักสร้างเอกลักษณ์ของตนเอง รู้จัก พึ่งตนเองสร้างความมั่นใจให้แก่ตนเอง และสร้างบุคลิกที่ตนพอใจ
6. การพัฒนาคุณธรรม เช่น ความซื่อสัตย์ต่อตนเองและผู้อื่น มีความเสียสละ อดทน ต่องานทุกชนิด พยายามทำงานให้เสร็จ การคิดถึงประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตัว

การตรงต่อเวลาไม่เบียดเบียนผู้อื่นให้ได้รับความเดือดร้อน ไม่ว่าจะเป็ทางกาย วาจา หรือใจ รักษาติ
ภาคภูมิใจในความเป็นชาติไทย มีความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ในทุกบทบาท

7. การพัฒนาทัศนคติ ทัศนคติที่ดีย่อมมีความรู้สึกเข้าใจเห็นในผู้อื่นมากกว่ามีความคิด
ริเริ่มสร้างสรรค์ได้ดีสามารถนำสังคมให้เป็นสุขได้ด้วยทัศนคติที่ดียอมส่งผลไปสู่การกระทำที่ดี

8. การพัฒนาการจัดการให้นิสิตเป็นคนสูงงานรู้จักการแก้ปัญหาอย่างเหตุผลถูกต้อง
ตามสังคม

สำเนาฯ ขจรศิลป์ (2538) กล่าวถึง เป้าหมายในการพัฒนานิสิตนักศึกษาไทย 7 ประการ คือ

1. ด้านวิชาการและวิชาชีพ โดยมุ่งพัฒนาเจตคติ และทักษะในการเรียนเพื่อให้เป็นผู้มี
ความรู้ความสามารถในด้านวิชาชีพ ความรู้และทักษะในการบริหาร ความรู้และทักษะทางด้าน
ภาษาต่างประเทศและคอมพิวเตอร์ ตลอดจนเป็นผู้ใฝ่รู้อยู่เสมอ

2. ด้านสติปัญญา โดยมุ่งพัฒนาความสามารถในการคิด การวิเคราะห์ ความ
รอบคอบ ไตร่ตรองและเห็นการณ์ไกล

3. ด้านสังคม โดยเน้นการพัฒนาทักษะในการทำงานร่วมกับผู้อื่น โดยกระบวนการ
ประชาธิปไตย กิริยามารยาททางสังคม มนุษยสัมพันธ์ และรอบรู้ทั้งวัฒนธรรมไทยและต่างชาติที่
ต้องติดต่อด้วย

4. ด้านอารมณ์ โดยเน้นการทำความเข้าใจอารมณ์ของตนเอง การปรับและควบคุม
อารมณ์ตลอดจนการพัฒนาอารมณ์ทางด้านสุนทรียภาพ เพื่อให้เห็นคุณค่าของศิลปะ วัฒนธรรม
และสิ่งแวดล้อม

5. ด้านเอกลักษณ์ โดยเน้นการทำความเข้าใจบุคลิกภาพของตนเองในทุก ๆ ด้านการ
พัฒนาความสนใจในอาชีพ การวางแผนเพื่อประกอบอาชีพ การวางแผนดำรงชีวิตให้สอดคล้องกับ
บุคลิกภาพของตนเอง

6. ด้านร่างกาย โดยเน้นการพัฒนาความเจริญเติบโตในช่วงวัยรุ่นตอนปลายการพัฒนา
เจตคติและทักษะในการรักษาสุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิตให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ

7. ด้านคุณธรรม โดยเน้นคุณธรรมขั้นพื้นฐาน อันได้แก่ ความกตัญญูตเวที ขยัน
ซื่อสัตย์ ประหยัด อุดทน เสียสละเพื่อส่วนรวม ลดละเลิกอบายมุข ตลอดจนการส่งเสริมให้ยึดมั่น
ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา และจรรยาบรรณในอาชีพ

ประนอม รอดคำดี (2537) เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาความสุขสมบูรณ์ (Wellness) ของนิสิตนักศึกษา 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical) บุคคลสามารถคงสภาพความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของหลอดเลือดและหัวใจอยู่เสมอ ไม่มีอาการเหนื่อยง่าย ไม่เจ็บหน้าอก มีพฤติกรรมที่เหมาะสมด้านการป้องกันโรค รู้อาการเริ่มต้นของการเจ็บป่วย รวมทั้งรู้จักเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์

2. ด้านสังคม (Social) แสดงออกถึงการมีส่วนร่วมหรือเสียสละเพื่อชุมชน อันแสดงถึงการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันของคนกับคน และคนกับธรรมชาติ เพื่อสร้างความสุขสมบูรณ์ให้เกิดขึ้นในสังคม

3. ด้านอารมณ์ (Emotional) แสดงถึงการตระหนักรู้ และยอมรับความรู้สึกของผู้อื่น การมีความรู้สึกต่อตนเองและต่อการมีชีวิตอยู่ในทางที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม และสามารถประเมินสภาพอารมณ์และข้อเสีย (ทางอารมณ์) ของตนเองได้ตามความเป็นจริง เพื่อสร้างความสุขสมบูรณ์ของตนเองและผู้ที่เกี่ยวข้อง

4. ด้านสติปัญญา (Intellectual) มีส่วนร่วมคิดสร้างสรรค์ในกิจกรรมทุกอย่าง รู้จักใช้แหล่งทรัพยากรที่มีเพื่อขยายพรมแดนความรู้ไปสู่การพัฒนาทักษะและศักยภาพของตน จนสามารถแลกเปลี่ยนความรู้นั้นกับผู้อื่นได้ ซึ่งเป็นความสุขสมบูรณ์ด้านสติปัญญา

5. ด้านการงานอาชีพ (Occupational) แสดงถึง ความพอใจต่อการงานที่รับผิดชอบ รวมทั้งความรู้สึกด้านดีต่อการงานนั้น ๆ เป็นความสุขสมบูรณ์ในหน้าที่ ซึ่งครอบคลุมการเรียนและการเตรียมอาชีพในอนาคตของนิสิตนักศึกษา

6. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) แสดงออกถึงการมีเป้าหมายของชีวิต รวมทั้งแสดงความรู้สึกด้านดีงามต่อชีวิตและธรรมชาติที่อุบัติขึ้นในโลก อันเป็นความสุขสมบูรณ์ด้านจิตใจและคุณธรรม

ทั้งนี้การพัฒนานิสิตศึกษานั้น กระบวนการที่จะศึกษาวิจัยพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัด เพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย มีความจำเป็นต้องเรียนรู้หลักทฤษฎีข้างต้น เพื่อความเข้าใจในธรรมชาตินิสิตนักศึกษาและเป้าหมายที่ถูกต้องของปรัชญาการพัฒนานิสิตนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาด้วย เพราะกระบวนการสร้างโปรแกรมฯ เป็นกระบวนการพัฒนานิสิตนักศึกษาที่มีปัญหาทางหนึ่งด้วย เพื่อให้พวกเขาเหล่านั้นมีโอกาสได้กลับคืนเข้าสู่สังคมอุดมศึกษาหรือมหาวิทยาลัยได้อย่างเป็นปกติสุข กอปรกับควรเรียนรู้ทฤษฎี 4 ด้าน ต่อไปนี้ให้กระจ่าง อันได้แก่

รูปแบบและทฤษฎีการพัฒนานิสิตนักศึกษา

รูปแบบและทฤษฎีการพัฒนานิสิตนักศึกษา พัฒนามาจากแนวคิดและการตระหนักในความสำคัญของการพัฒนานิสิตนักศึกษา รูปแบบและทฤษฎีการพัฒนานิสิตนักศึกษาแบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ (Pascarella and Terenzini, 1991; Chickering and Reisser 1993 อ้างถึงใน สำเนาฯ ขจรศิลป์, 2538)

1. ทฤษฎีจิตสังคม (Psychosocial Theories)
2. ทฤษฎีโครงสร้างทางสติปัญญา (Cognitive – Structural Theories)
3. ทฤษฎีสัญลักษณ์ (Typology Theories)
4. ทฤษฎีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสภาพแวดล้อม (Person – Environment Interaction Theories)

ทฤษฎีจิตสังคม (Psychosocial Theories)

ทฤษฎีจิตสังคมเป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงพัฒนาการของแต่ละบุคคล ตามฐานแนวคิด ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาของอีริคสัน (Erickson 1964 อ้างถึงในสำเนาฯ ขจรศิลป์, 2538) ที่ว่า มนุษย์ทุกคนมีพัฒนาการเป็นขั้นตอนตามวัย อันเกิดจากการเจริญเติบโตทางร่างกายและผลจากสภาพแวดล้อม การพัฒนาขึ้นจะมีตลอดชีวิตของบุคคล ทฤษฎีจิตสังคมจะให้ความสำคัญในเรื่องของ ความรู้สึก พฤติกรรม ลักษณะความเป็นเอกลักษณ์แห่งตน การพึ่งพาตนเองและผู้อื่นในสังคม บุคลิกภาพ ความพึงพอใจในวิถีชีวิตของตน และการกำหนดเป้าหมายชีวิต นักทฤษฎีจิตสังคมที่สำคัญในกลุ่มนี้ ได้แก่ ชิคเกอร์ริง (Chickering, 1969) และชิคเกอร์ริงและไรเซอร์ (Chickering and Reisser, 1993)

ทฤษฎีโครงสร้างทางสติปัญญา (Cognitive – Structural Theories)

ทฤษฎีโครงสร้างทางสติปัญญาส่วนมากพัฒนามาจากทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการของยีน เพียเจต์ (Jean Piaget) มุ่งอธิบายกระบวนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสติปัญญาของบุคคล โดยมีความเชื่อว่ามนุษย์จะเปลี่ยนแปลงไปตามลำดับขั้นและจะไม่ย้อนกลับมามาก โดยสิ่งแวดลอมเป็นตัวกระตุ้น

ทฤษฎีโครงสร้างทางสติปัญญา อธิบายกระบวนการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของบุคคล แนวคิดของนักทฤษฎีกลุ่มนี้ คือ การสนใจโครงสร้างการเรียนรู้ การพัฒนาสติปัญญา การพัฒนาความรู้ความเข้าใจและคุณธรรม การให้เหตุผลเกี่ยวกับ

พฤติกรรมของบุคคล และหลักการในการตัดสินใจหาของมนุษย์ นักทฤษฎีในกลุ่มนี้ ได้แก่ เพอร์รี่ (Perry, 1970) กิลลิแกน (Gilligan, 1977) โคลเบอร์ก (Kohlberg, 1981, 1984) และรอดเจอร์ส (Rodgers, 1989) นักทฤษฎีเหล่านี้เชื่อว่า โครงสร้างการเรียนรู้ของบุคคล คือ สมมติฐานที่เป็นพื้นฐานในการหาเหตุผลเพื่อการเรียนรู้ของบุคคล ในช่วงชีวิตของบุคคลมีพัฒนาการที่ยาวนาน จึงมีโครงสร้างการเรียนรู้จำนวนมาก โครงสร้างการเรียนรู้ของบุคคลมีอิทธิพลต่อการรับรู้การประเมินเหตุการณ์และการตัดสินใจของบุคคล นักทฤษฎีกลุ่มนี้ได้ชี้ให้เห็นช่วงต่าง ๆ ของกระบวนการ พัฒนาความรู้ ความเข้าใจที่บุคคลเกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์ที่หลากหลาย

ทฤษฎีการพัฒนาศติปัญญาและจริยธรรมของเพอร์รี่

วิลเลียม เพอร์รี่ (William Perry cited in Pascarella and Terenzini, 1991 อ้างถึงใน ลำเนาวิ ขจรศิลป์, 2538) ศึกษาพัฒนาการต่อเนื่องทางสติปัญญาและจริยธรรมในเด็กที่แสดงออกอย่างเปิดเผย โดยใช้ “ตำแหน่ง (Position)” เป็นสิ่งบ่งชี้ระดับของพัฒนาการโดยไม่เกี่ยวข้องกับระยะเวลา เพอร์รี่แบ่งโมเดลพัฒนาการทางสติปัญญาและจริยธรรมตามการแสดงออกเชิงตรรก 9 ตำแหน่ง ใน 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ตำแหน่งที่ 1 – 3 เป็นตำแหน่งบ่งชี้ลักษณะการแบ่งโลกของตนของเด็กออกเป็น 2 ด้าน อย่างชัดเจน (Dualism Modified) ในช่วงตำแหน่งนี้ นิสิตนักศึกษาจะแบ่งมุมมองของตนออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านบวกและด้านลบ ด้านผิดและด้านถูก การเรียนรู้ของนิสิตนักศึกษาที่อยู่ในช่วงนี้จะขึ้นอยู่กับตนเองเป็นสำคัญ เนื้อหาคำสอนของอาจารย์เป็นสิ่งที่นิสิตนักศึกษาต้องจดจำไว้

2. ตำแหน่งที่ 4 – 6 เป็นตำแหน่งบ่งชี้ถึงการค้นพบความสัมพันธ์ (Relative Discovered) ในช่วงนี้ นิสิตนักศึกษามีความเข้าใจในความสลับซับซ้อนของความรู้ ว่าประกอบด้วยบริบทต่าง ๆ สัมพันธ์กันอยู่อย่างสอดคล้อง นิสิตนักศึกษาสามารถใช้ความคิดของตน เพื่อวิเคราะห์วิจารณ์ตนเองและผู้อื่น ๆ ได้

3. ตำแหน่งที่ 7 – 9 เป็นตำแหน่งบ่งชี้ถึงการตกลงร่วมในการค้นพบความสัมพันธ์ (Commitments in Relativism Developed) ในช่วงนี้ นิสิตนักศึกษาจะค้นพบตนเองโดยอาศัยพื้นฐานข้อเท็จจริง ที่มีการตกลงร่วมในความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ค่านิยม พฤติกรรม ต่อบุคคลอื่น เช่น การประพฤติตามหลักคำสอนทางศาสนา การแต่งงานเพื่อสร้างสถาบันครอบครัว การประกอบสัมมาอาชีพ เป็นต้น ซึ่งกระบวนการทั้ง 9 ตำแหน่งข้างต้น จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตของนิสิตนักศึกษาแม้จะสำเร็จการศึกษาไปแล้วก็ตาม

ทฤษฎีพัฒนาการทางศีลธรรมของโคลเบอร์ก

โคลเบอร์ก (Kohlberg, cited in Pascarella and Terenzini, 1991 และ Chickering and Reiser 1993 อ้างถึงในสำเนาวิชา จริยศิลป์, 2538) พบว่าพัฒนาการทางศีลธรรมของบุคคลเป็นผลมาจากการพัฒนาโครงสร้างทางสติปัญญา โคลเบอร์กนิยามศีลธรรมว่าเป็นความรู้ความเข้าใจว่าสิ่งใดถูกสิ่งใดผิด บนพื้นฐานการคิดอย่างสมเหตุสมผลและมีวุฒิภาวะทางปัญญา ซึ่งจะเกิดขึ้นหลายขั้น โคลเบอร์กเชื่อว่าการใช้เหตุผลในการตัดสินใจปัญหา คือ ความเจริญทางจิตใจของบุคคล อย่างไรก็ตาม การใช้เหตุผลทางศีลธรรมไม่ได้ขึ้นอยู่กับบรรทัดฐานทางสังคมใดสังคมหนึ่งโดยเฉพาะ แต่ขึ้นอยู่กับระดับของวุฒิภาวะทางปัญญา โคลเบอร์กแบ่งระดับพัฒนาการทางศีลธรรมของบุคคลออกเป็น 3 ระดับ 6 ขั้น ดังนี้

ระดับที่ 1 ระดับก่อนมีจริยธรรม (Preconventional Level) ระดับนี้เกิดขึ้นในช่วงอายุ 2 – 10 ปี เป็นช่วงที่บุคคลคำนึงถึงตนเองเป็นหลัก ตอบสนองต่อบรรทัดฐานต่าง ๆ ที่ผู้ใหญ่กำหนดขึ้นในระดับนี้แบ่งออกเป็น 2 ขั้นย่อย ได้แก่

- ขั้นที่ 1 ขั้นเชื่อฟังผู้ใหญ่โดยไม่มีเงื่อนไขเพื่อหลบเลี่ยงการลงโทษ
- ขั้นที่ 2 ขั้นให้ความสำคัญต่อการได้รับผลตอบแทนและรางวัล อาทิ รางวัลที่เป็นวัตถุ ค่าชม ลายลักษณ์อักษร เป็นต้น โดยไม่สนใจผลที่จะเกิดขึ้นในภายหลัง

เป็นวัตถุ ค่าชม ลายลักษณ์อักษร เป็นต้น โดยไม่สนใจผลที่จะเกิดขึ้นในภายหลัง

ระดับที่ 2 การมีศีลธรรมตามบรรทัดฐานทางสังคม (Conventional Level) ระดับนี้เกิดขึ้นในช่วงอายุ 10 – 16 ปี ซึ่งจะปฏิบัติตามบรรทัดฐานทางสังคมที่ตนอาศัยอยู่ตามความคาดหวังของครอบครัวและสังคม และคำนึงถึงบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ในระดับนี้แบ่งออกเป็น 2 ขั้นย่อย ได้แก่

- ขั้นที่ 3 ขั้นทำตามที่คุณอื่นเห็นชอบ เช่น ครอบครัว เพื่อน อาจารย์ เป็นต้น ในขั้นนี้บุคคลจะประพฤติตนให้เป็นที่ยอมรับและขึ้นชอบและมุ่งมั่นในการรักษาปฏิสัมพันธ์ที่ดี ชาติความเป็นตัวของตัวเอง ถูกชักจูงและคล้อยตามบุคคลอื่นได้ง่าย พบในช่วงวัย 10 – 15 ปี
- ขั้นที่ 4 ขั้นทำตามหน้าที่ในสังคม บุคคลจะประพฤติตามกฎระเบียบในสังคมอย่างเคร่งครัด ซึ่งจะนำไปสู่การดำรงไว้ซึ่งกฎเกณฑ์ทางสังคม พบในช่วงวัย 12 – 16 ปี

ระดับที่ 3 ระดับมีจริยธรรมเหนือบรรทัดฐานทางสังคม (Post – Conventional Level) เป็นระดับที่บุคคลมีจริยธรรมและบรรทัดฐานของตนเอง สามารถตัดสินใจปัญหาโดยใช้ความคิดเชิงเหตุผลของตน ที่มีการไตร่ตรองมาแล้วอย่างรอบคอบ เป็นเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจปัญหาในระดับนี้แบ่งออกเป็น 2 ขั้นย่อย ได้แก่

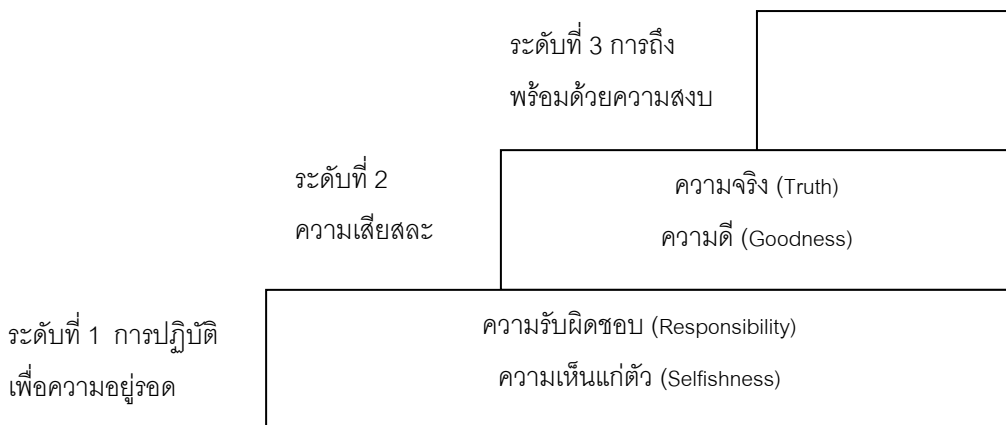
- ขั้นที่ 5 ขั้นทำตามพันธสัญญาและข้อตกลงทางสังคม ในขั้นนี้บุคคลสามารถเลือกปฏิบัติบนพื้นฐานสิทธิประโยชน์ของสังคม ไม่ละเมิดสิทธิบุคคลอื่น ควบคุมตนเองได้ดีกระทำการใด ๆ ด้วยตนเอง ปลอดภัยจากการควบคุมโดยบุคคลอื่น พฤติกรรมที่แสดงออกถูกต้องตามค่านิยมและมาตรฐานของสังคม และเชื่อว่าบรรทัดฐานทางสังคมรวมทั้งกฎระเบียบต่างสามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้โดยพิจารณาจากประโยชน์ส่วนรวมเป็นหลัก ในขั้นนี้พบมากในช่วงวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่

- ขั้นที่ 6 ขั้นยึดอุดมคติสากล เป็นขั้นที่บุคคลเลือกตัดสินใจปฏิบัติบนพื้นฐานของอุดมคติสากลของสังคมที่พัฒนามากว่า ในขั้นนี้บุคคลจะมีอุดมคติ มีคุณธรรมประจำใจ มีความยืดหยุ่นในการดำรงชีวิต น้อมนำหลักธรรมทางศาสนาอย่างมีสติ ผดุงความยุติธรรม พิทักษ์สิทธิมนุษยชน มีhiriอัตตปปะ พบมากในช่วงวัยผู้ใหญ่ที่มีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา

จากทฤษฎีของโคลเบอร์ก ประมวลสรุปได้ว่าตรรกทางศีลธรรมและจริยธรรมของบุคคลเป็นผลมาจากพัฒนาการทางการเรียนรู้ บนพื้นฐานวุฒิภาวะทางปัญญา ก่อปรด้วยการพัฒนาศีลธรรมจริยธรรมอย่างมีลำดับ จากขั้นต่ำสุดถึงสูงสุด ไม่ย้อนกลับหรือข้ามขั้นตอน มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการทางปัญญา มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์กับการเรียนรู้ทางสังคม และมีความเป็นสากล

ทฤษฎีพัฒนาการทางจริยธรรมของกิลลิแกน

ทฤษฎีนี้มุ่งเน้นศึกษาพัฒนาการทางจริยธรรมของเพศหญิง ซึ่งกิลลิแกน (Gilligan, 1977, 1982 อ้างถึงในสำเนา ขจรศิลป์, 2538) เชื่อว่ามุมมองของเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน เพศชายมักจะพิจารณาจริยธรรมและศีลธรรมที่ข้อสรุป หลักการ เหตุผล และการแข่งขันกัน ส่วนเพศหญิงจะพิจารณาจริยธรรมศีลธรรมที่ความเมตตากรุณาและความเอื้ออาทร ตระหนักถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของความเป็นมนุษย์ให้ความสำคัญที่การมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ตัดสินปัญหาทางศีลธรรมจริยธรรมอิงบริบททางสังคมอย่างใกล้ชิด และให้ความสำคัญที่การประสานร่วมมือมากกว่าเพศชาย กิลลิแกนแบ่งระดับจริยธรรมของเพศหญิงไว้ 3 ระดับ ดังแสดงในแผนภาพต่อไปนี้



โมเดลพัฒนาการทางจริยธรรมของกิลลิแกน (Gilligan, 1982)

พัฒนาการของจริยธรรมทั้ง 3 ระดับข้างต้น กิลลิแกนเชื่อว่าการที่บุคคลมีอิสระ (Autonomy) ในการเลือกแนวปฏิบัติในการตัดสินใจปัญหานั้น จะต้องคำนึงถึงความเสมอภาคทางเพศระหว่างหญิงชาย ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองและผู้อื่น เมตตาธรรม รวมทั้งการเกื้อกูลกันของบุคคล

ทฤษฎีสัญลักษณ์ (Typology Theories)

ทฤษฎีนี้มุ่งเน้นไปที่การศึกษาความแตกต่างของการรับรู้ และการตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมของบุคคล เช่น รูปแบบการเรียนรู้ ระดับวุฒิภาวะ บุคลิกภาพ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม และลักษณะของแต่ละบุคคล ทฤษฎีนี้มักใช้ในการศึกษาความแตกต่างของนิสิตนักศึกษาต่อความแตกต่างของประสบการณ์ในสถาบัน ไม่ได้ให้ความสำคัญในประเด็นการเปลี่ยนแปลงนิสิตนักศึกษา แต่เน้นที่ความแตกต่างเป็นสำคัญ แนวคิดดังกล่าวอธิบายว่าสัญลักษณ์ของบุคลิกภาพที่แสดงออกมีความแตกต่างกัน เช่น นิสิตนักศึกษาที่ชอบเข้าสังคม เก็บตัว ชอบใช้เหตุผล ชอบใช้อารมณ์ เกรงครัดกับแบบแผนชีวิต ไม่เกรงครัดกับชีวิต เป็นต้น นักทฤษฎีกลุ่มนี้เชื่อว่าบุคลิกภาพที่บุคคลแสดงออกแตกต่างกันนั้น เกิดจากการทำงานของสมองที่ต่างกัน และได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม

ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสภาพแวดล้อม (Person Environment Interaction Theories)

เอคเคอแฮมเมอร์ (Ekehammer, 1974 cited in Huebner, 1989 อ้างถึงในสำเนาวิชาจริยศิลป์, 2538) อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในท่ามกลางสภาพแวดล้อม โดยมุ่งศึกษาอิทธิพลของสภาพแวดล้อมต่อพฤติกรรมของบุคคลคือแฮมเมอร์จำแนกไว้ 3 ทฤษฎี คือ

1. บุคคลนิยม (Personologism) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงบุคคลที่มีพฤติกรรมเจริญรอยตามค่านิยมของคนส่วนมากในสังคม

2. สถานการณ์นิยม (Situationalism) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงบุคคลที่มีพฤติกรรมอันเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมและบริบทภายนอกต่าง ๆ บุคคลนั้นจึงต้องปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสภาพการณ์แวดล้อมที่เปลี่ยนไป

3. ปฏิสัมพันธ์นิยม (Interactionism) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงบุคคลที่มีพฤติกรรมผันแปรไปตามสถานการณ์รอบตัวโดยมุ่งบูรณาการตนเองและสิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกัน

มูส์ (Moos, 1976) อธิบายที่มาของสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อบุคคล 2 ลักษณะ คือ

1. สภาพแวดล้อมกายภาพ หมายถึง สภาพแวดล้อมที่มนุษย์พัฒนาขึ้นหรือเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เช่น อาคาร ที่พักอาศัย สภาพภูมิอากาศ ลักษณะทางภูมิศาสตร์ ฯลฯ

2. สภาพแวดล้อมทางสังคมและจิตใจ หมายถึง บรรยากาศความเป็นอยู่ในสังคม ทั้งที่บ้านและที่ทำงาน ทฤษฎีที่สำคัญในกลุ่มนี้ ได้แก่

ปรัชญาพื้นฐานในการพิจารณามนุษย์

โรเจอร์ (Rogers, 1989) มองมนุษย์ในลักษณะที่ดี เขาเชื่อว่ามนุษย์มีเหตุผล กล้าเผชิญความจริง มีความเฉลียวฉลาดในการปรับตัว เชื่อถือและไว้วางใจได้ และมนุษย์จะพัฒนาตนเองในทางที่ดีจนสุดความสามารถได้ กล่าวคือ เป็นคนที่มีความสมบูรณ์อยู่ในตน (Fully Functioning Person) โดยเน้นลักษณะที่สำคัญของมนุษย์ไว้ 5 ประการ คือ

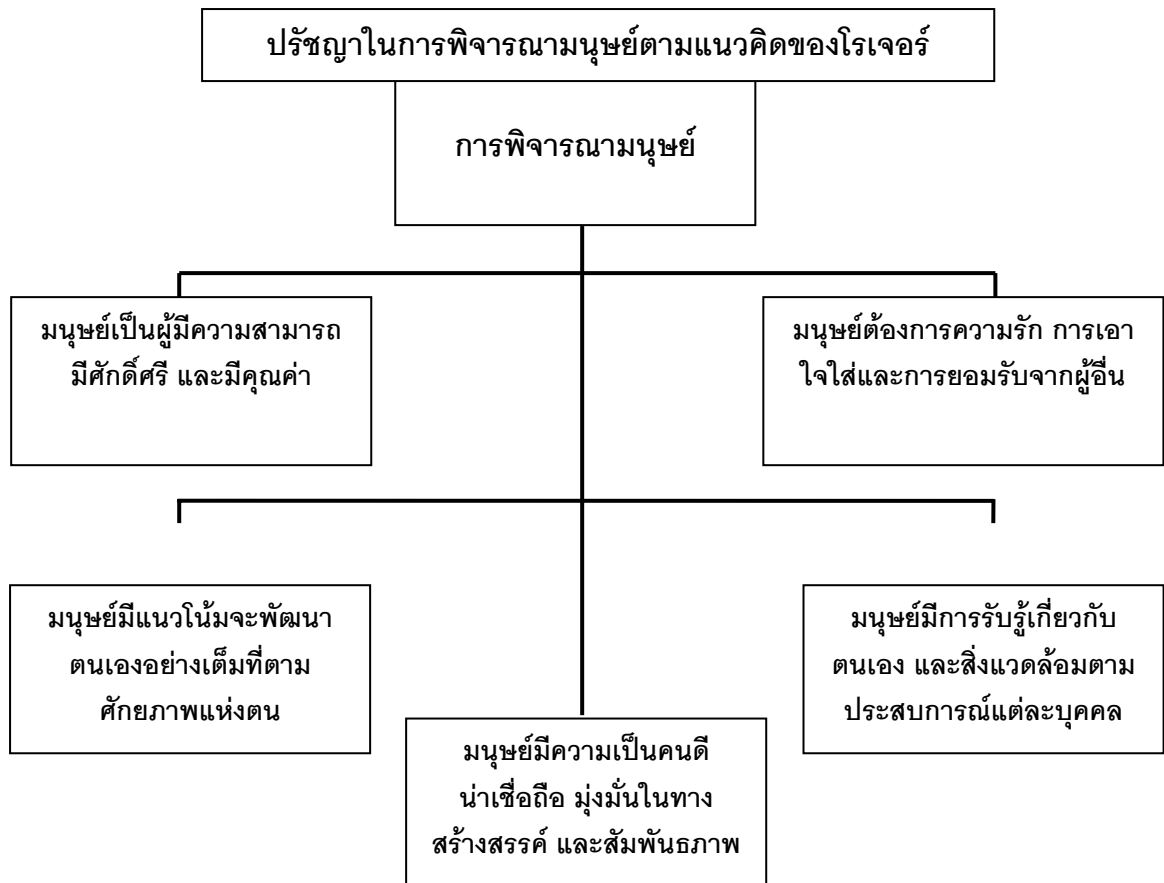
1. มนุษย์มีความสามารถ มีศักดิ์ศรี และคุณค่า มนุษย์มีความสามารถที่จะใช้สติปัญญาของตนแก้ปัญหา หรือตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง สามารถเข้าใจเหตุผล มีความตระหนักรู้ในศักดิ์ศรีและคุณค่าแห่งตน มีความสามารถในการพัฒนาคุณค่าตามแบบฉบับอย่างมีเหตุผล เพื่อให้ดำเนินชีวิตตามอัตภาพได้อย่างมีความสุข

2. มนุษย์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเอง ตามธรรมชาติมนุษย์จะพัฒนาตนเองทุก ๆ ด้านอยู่แล้ว โดยไม่ต้องให้มีใครควบคุมทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา และมีการพัฒนาอีกอย่างที่จะพัฒนาเข้มแข็งขึ้นทุกที คือ การพัฒนาที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลไม่ว่าเป็นการเจริญเติบโต การพัฒนาด้านสุขภาพ มนุษย์สัมพันธ์ มีการตระหนักในความเป็นจริงเหล่านี้ เรียกว่า Self-Actualization Tendency ดังนั้นกระบวนการให้การศึกษา จึงมีจุดมุ่งหมายในการจัดสภาพที่เหมาะสมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถของตนอย่างเต็มที่และอิสระ

3. มนุษย์เป็นคนดีน่าเชื่อถือ และไว้ใจได้ มนุษย์มีความมุ่งมั่นที่จะมีความสัมพันธ์อย่างมีความหมาย และในทางสร้างสรรค์กับเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน เพื่อที่จะพัฒนาตนเองและมวลมนุษย โรเจอร์ (1989) เชื่อว่าถ้าผู้ให้การปรึกษาสามารถช่วยให้ผู้รับการปรึกษาดการใช้กลวิธการป้องกันตนเองลงจะทำให้เขาเปิดรับประสบการณ์เพิ่มขึ้น มีการพิจารณาตนเองใหม่ และก็จะสามารถพัฒนาตนเองให้เป็นคนดี และน่าเชื่อถือได้ต่อไป

4. มนุษย์มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล Rogers เน้นว่าการกระทำและการปรับตัวของบุคคลต่อสภาพการณ์ต่าง ๆ จะสอดคล้อง (Congruence) กับการพิจารณาตนเอง (Self-Concept) และการพิจารณาสิ่งแวดล้อม (Self-Experience) ตามประสบการณ์ของเขา ซึ่งประสบการณ์ของบุคคลเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาการรับรู้สิ่งต่าง ๆ จะแตกต่างจากคนอื่นเป็นโลกของเขาเอง (Phenomenal Field or Experience Field) และการที่บุคคลรับรู้สิ่งต่าง ๆ จะมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของบุคคล เช่น ถ้าพ่อแม่รักเรา เราก็จะรักคนอื่นในสังคมด้วย ดังนั้น การที่จะเข้าใจบุคคลจะต้องพยายามเข้าใจว่าเขารับรู้สิ่งต่าง ๆ อย่างไร กรอบแห่งการรับรู้ (Internal Frame of Reference) ของเขาเป็นอย่างไรต้องเข้าใจความรู้สึกนึกคิด ทศนคติ และค่านิยมของผู้รับการปรึกษา ไม่ใช่ตีความตามความคิดเห็นของผู้ให้การปรึกษา (External Frame of Reference)

5. มนุษย์ต้องการความรัก การเอาใจใส่และการยอมรับจากผู้อื่น ธรรมชาติของมนุษย์ทุกคนต้องการความรัก ความเอาใจใส่ และการยอมรับจากผู้อื่นที่ตนเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย (Need for Positive Regard) ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาควรมีทัศนคติที่ดีและยอมรับผู้รับการปรึกษาโดยปราศจากเงื่อนไข (Unconditing Positive Regard) หรือ “Warm Acceptance ลักษณะ 5 ประการที่กล่าวมานี้ พอสรุปเป็นไดอะแกรมได้ ดังต่อไปนี้



ภูมิหลังของแนวความคิด

โรเจอร์ (Rogers, 1989) ไม่เห็นด้วยกับวิธีการบำบัด (Psychotherapy) ที่ใช้ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ซึ่งเน้นการวินิจฉัย การสอบซัก และการแปลความหมายพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษาดังนั้นตั้งแต่ปี 1940 เขาได้หันมาศึกษาเรื่อง Non-Directive Therapy ช่วยให้ได้แนวความคิดพัฒนารูปแบบของการบำบัดรักษาทางจิต และการให้การปรึกษาเป็นแบบของตนเองขึ้นมา เรียกว่า Client-Centered Therapy นอกจากนั้นศิษย์ของ Freud ชื่อ Otto Rank ได้พัฒนารูปแบบของการรักษาทางจิตแบบ "Will Therapy" ซึ่งเน้นถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษา เพื่อพัฒนาความปรารถนาส่วนตัวของผู้รับการปรึกษา ต่อมา Jessie Taft ได้แปลชื่อเขียนของ Rank เป็นภาษาอังกฤษ เรียกวิธีการบำบัดนี้ว่า "Relationship Therapy" เน้นความสัมพันธ์ของผู้รับการปรึกษากับผู้ให้การปรึกษาและความรู้สึกอิสระของผู้รับการปรึกษา โดยการควบคุมสัมพันธภาพนี้ตลอดระยะเวลาที่รับการปรึกษา Rogers ได้แนวคิดหลายอย่างจาก Concepts ของ Rank ที่ Taft (1936) ได้แปลออกมา และจากหนังสือของ Taft เองชื่อ The Dynamics of therapy in Controlled Relationship (1933) ประกอบกับได้รับประสบการณ์ที่ต่อเนื่องในการให้ Psychotherapy ทำให้ Rogers พัฒนาทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลางขึ้นมา และนอกจากนี้ Rogers และผู้ร่วมงานของเขา Robinson ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการให้การปรึกษาไว้มากมาย

เช่น ศึกษาถึงความเป็นไปได้ของการใช้คำพูดในการให้การปรึกษา ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเทคนิคของการให้การปรึกษา โดยการวิเคราะห์จากการบันทึก และเทปการสัมภาษณ์

ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง มิได้ใช้เฉพาะในการให้การปรึกษาเท่านั้น ยังนำไปใช้ในกิจกรรมอื่น ๆ ได้ เช่น Play Therapy Group-Centered Leadership and Administration และ student Centered Teaching

หลักการสำคัญของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง มีดังนี้

1. Actualization ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์มีพลังที่จะดำเนินการต่อไป และมีแนวโน้มที่จะก้าวไปสู่ความสำเร็จของชีวิต และสามารถพัฒนาตัวเองไปได้อย่างสมบูรณ์ Rogers ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาตัวเองอย่างสมบูรณ์ของมนุษย์ไว้ ดังนี้ คือ

- มนุษย์ทุกคนมีแนวโน้มที่จะก้าวไปสู่การพัฒนาตัวเองที่สมบูรณ์
- การพัฒนาไปสู่การพัฒนาตัวเองที่สมบูรณ์จะพัฒนาเป็นระบบทั้งหมดของบุคคลไม่ใช่ส่วนใดส่วนหนึ่ง
- การพัฒนาตัวเองอย่างสมบูรณ์ เป็นลักษณะของการที่บุคคลมีความสามารถเป็นผู้นำ มีความคิดสร้างสรรค์
- มนุษย์มีศักยภาพที่จะพัฒนาไปสู่การพัฒนาตัวเองอย่างสมบูรณ์ ด้วยตัวของเขาเอง

2. The Experiential Field ทฤษฎีนี้เชื่อว่าบุคคลต้องมีการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งหลายที่พอใจ และไม่พอใจ บางครั้งสิ่งแวดล้อมเดียวกันบุคคลจะมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความคิดอันเกิดจากประสบการณ์ของเขาที่มีต่อสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ

3. The Self เกิดจากบุคคลมองภาพพจน์ของตัวเองว่าอย่างไร ควรเป็นอย่างไร และต้องเป็นอย่างไร นอกจากนี้ยังเกิดจากการที่บุคคลสังเกตปฏิกิริยาที่ผู้อื่นมีต่อตน และเกิดจากประสบการณ์ที่ได้รับอันจะก่อให้เกิดการรับรู้ว่าเป็นคนดี ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองนั้นมิได้ทั้งทางบวกและทางลบ ดังนี้ คือ

- Positive Self Concept เป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองในทางบวกเกิดความภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในทางบวก จะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองตามมา เช่น ถ้าเราทำสิ่งใดสำเร็จด้วยดีแล้วก็จะได้รับการชมเชยจากเพื่อน ผู้ใหญ่ ความภูมิใจก็จะตามมา หรือการที่พ่อแม่ดูแลเด็กด้วยความรักความเอาใจใส่ ได้รับการตอบสนองความต้องการจากมารดาอย่างเพียงพอ เด็กจะเกิดความรู้สึกว่าตนมีคุณค่า

- Negative Self Concept เป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองในทางลบเกิดความรู้สึกด้อย พิจารณาตนเองว่าเป็นคนที่สังคมไม่ยอมรับ หรือเป็นคนที่ไม่มีความสามารถเป็น

บ่อเกิดของปมด้อยและความไม่เชื่อมั่นในตนเอง เช่น ถ้าเราทำในสิ่งใดผิดแล้วได้รับการดูต่ำ หรือดูแคลนจากผู้อื่น จะเกิดความรู้สึกด้อยขึ้นมา หรือพ่อแม่ตั้งความคาดหวังต่อเด็กสูงเกินไป ทำให้เด็กมีแนวโน้มที่จะประสบความล้มเหลวในสิ่งที่ทำก็จะทำให้ไม่มั่นใจในตนเอง

4. Problems คือ ปัญหาซึ่งจะเกิดจากความไม่สอดคล้อง (Incongruence) ระหว่างความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อตนเองกับสิ่งที่ตนเองประสบ ทำให้บุคคลนั้นได้รับการคุกคามด้านจิตใจ (Threat) อันก่อให้เกิดความกังวลใจ (Anxiety) ซึ่งจะทำให้การพัฒนาของเขาไปสู่การพัฒนาตัวเองอย่างสมบูรณ์หยุดชะงักลง

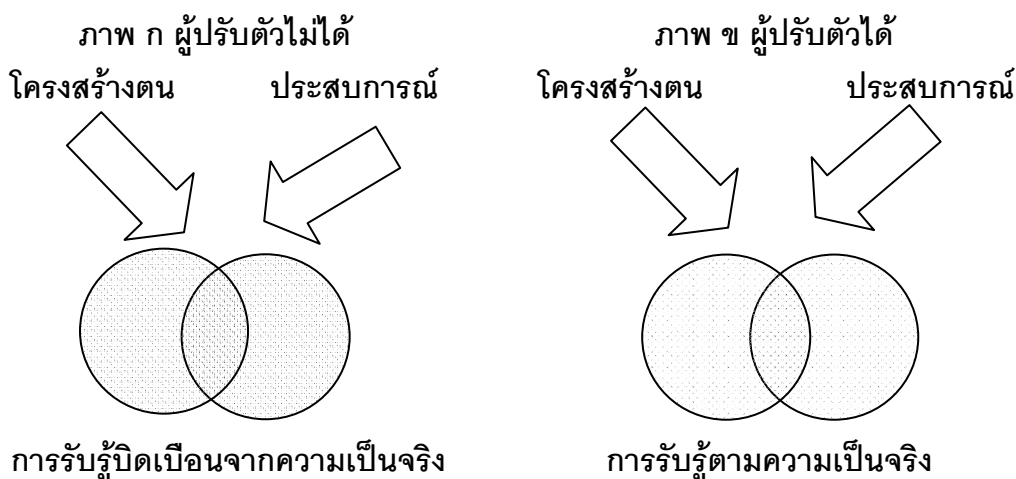
โรเจอร์ (1989) ได้กล่าวถึงประสบการณ์ในการให้การศึกษาของเขาว่า ผู้รับการปรึกษาส่วนใหญ่มีปัญหาในรูปแบบต่าง ๆ คือ

ก. หนีความเป็นจริง หรือหวาดกลัวที่จะต้องเผชิญกับสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งเขายอมรับไม่ได้

ข. หนีจากความคาดหวังของสังคม หลายคนถูกสังคมหรือคนรอบข้าง เช่น ผู้ใหญ่คาดหวังว่าเขาควรทำอย่างนั้น หรือควรเป็นเช่นนี้ ซึ่งทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและรู้สึกว่าเขาไม่เป็นตัวของเขาเอง จึงพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ควรจะทำ หรือควรเป็นตามข้อเรียกร้องของสังคม

ค. ไม่มั่นใจ และหวาดวิตกต่อผลแห่งการตัดสินใจของตนทั้ง ๆ ที่อยากเป็นตัวของตัวเอง อยากตัดสินใจในการดำเนินชีวิตของตน

บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีตามแนวคิดของ โรเจอร์ คือ การที่ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองกับสิ่งที่ตัวเองประสบมีความสอดคล้องกัน (Congruence) สามารถแสดงความคิดเห็น และการกระทำได้อย่างอิสระ โดยไม่รู้สึกว่าถูกคุกคามต่อ Self Concept ของเขา สามารถพัฒนาตัวเองได้อย่างเต็มที่ตามศักยภาพไปสู่การพัฒนาตัวเองอย่างสมบูรณ์ เป็นบุคคลที่ดำเนินชีวิตได้อย่างสมบูรณ์ (Fully Functioning Person) ดังได้อะแกรมต่อไปนี้



ตน (Self) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตนเอง ซึ่งรวมถึงความคิด ทัศนคติ การให้คุณค่า ความเชื่อ ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลได้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวทำให้เกิดการรับรู้ว่าเป็นที่พอใจ หรือไม่พอใจ

ประสบการณ์ (Experience) หมายถึง สภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงในขณะนั้น

แผนภาพของผู้ปรับตัวไม่ได้ หมายถึง การที่บุคคลมีความไม่สอดคล้องกัน (Incongruence) ระหว่างความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเอง (Self) กับประสบการณ์จริง (Experience) จึงทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าถูกคุกคามทางจิตใจก่อให้เกิดความรู้สึกกังวล เมื่อความรู้สึกนึกคิดเกิดความไม่สอดคล้องกัน ผู้ที่ปรับตัวไม่ได้จะใช้กลไกป้องกันตนเอง (Defensiveness) เพื่อป้องกันตัวเองให้รู้สึกสบายใจ หรือปลอดภัยจากภาวะคุกคาม จากแผนภาพ ก. จะเห็นว่าวงกลมสองวงมีทิศทางไปคนละทิศทางกันเมื่อเข้าหากัน หรือซ้อนกันเส้นที่เห็นจะเข้ากันไม่ได้ จากส่วนที่เป็น Self และ Experience จะเกิดพื้นที่แปลกใหม่ (ดังภาพ) ซึ่งหมายถึง การเกิดปัญหาและความขัดแย้ง นั่นคือ การรับรู้ที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง หรือการปรับตัวไม่ได้

แผนภาพของผู้ปรับตัวได้ หมายถึง การที่บุคคลมีความสอดคล้องกัน (Congruence) ระหว่างความรู้สึกนึกคิดที่มีตนเอง (Self) กับประสบการณ์จริง (Experience) ที่เกิดขึ้นอย่างกลมกลืน โดยไม่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง จากแผนภาพ ข จะเห็นว่าวงกลมสองวง คือ Self กับ Experience จะมีความคล้ายคลึงกันเมื่อเลื่อนเข้าหากันหรือซ้อนกันก็จะสามารถปรับเข้าหากันได้ วงกลมทั้งสองวงที่ซ้อนกันก็จะมีลักษณะเหมือนกัน นั่นคือ มีการรับรู้ตามความเป็นจริง หรือการปรับตัวได้

ดังนั้นการให้การปรึกษา จึงมุ่งให้ผู้รับการปรึกษาได้พัฒนาตนเองจากบุคลิกภาพที่ไม่สอดคล้องไปสู่บุคลิกภาพที่มีความสอดคล้อง สามารถปรับตัวได้ มีสุขภาพจิตดี และมีความสอดคล้องในตัวเองอย่างสมบูรณ์

เป้าหมายสูงสุดของการให้การปรึกษา

โรเจอร์ (Rogers, 1989) มองว่าบุคคลจะมีพัฒนาการขั้นสูงสุดไปสู่ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ดี (Healthy Person) ซึ่ง Rogers เรียกว่า Fully Functioning Person หรือบุคคลผู้ดำเนินชีวิตได้อย่างสมบูรณ์ และถือว่าเป็นบุคคลที่ยอดเยี่ยมที่สุดของการเกิดมาเป็นคน เขาเหล่านี้จะประกอบไปด้วยปัจจัยหลัก ๆ 5 ประการ คือ

1. An Openness to Experience หมายถึง การเปิดรับต่อประสบการณ์ หรือปัญหาต่าง ๆ ได้ กล่าวคือ เขาไม่จำเป็นจะต้องปกป้อง บิดเบือน หรือไม่ยอมรับ ถ้าสิ่งนั้นหรือประสบการณ์ที่เผชิญนั้นไม่เป็นที่พึงปรารถนา ดังตัวอย่าง เช่น มีคนกล่าวว่า มีกลิ่นปากไม่ดี แทนที่จะโกรธแต่กลับขอบคุณแล้วมาสำรวจว่าจริงหรือไม่ ถ้าจริงก็จะแก้ไข หรือดำเนินการแก้ไขต่อไป การปกป้อง (Defense) เช่น การว่ากลับไปว่า คุณก็มีกลิ่นปากเหมือนกัน คือ ไม่ยอมรับก็ถือว่าเป็นการไม่เปิดรับต่อประสบการณ์ เป็นต้น เรื่องกลิ่นปากที่กล่าวมานี้อาจจะเป็นเรื่องที่ยอมรับได้ง่าย แต่ถ้าเรื่องความไม่รับผิดชอบในงาน การใช้คำพูดเพ้อ การชอบทำตัว Show off ฯลฯ ดูเหมือนจะรับได้ยากขึ้น และถ้าใช้กลไกการป้องกันตนเข้าไปช่วยก็ยิ่งจะไม่ช่วยให้เกิดการแก้ไข หรือแก้ปัญหาที่เป็นอยู่นั้น ๆ ได้เลย ด้วยเหตุนี้พฤติกรรมข้อแรกของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี จึงต้องเป็นคนใจกว้างเปิดรับประสบการณ์หาความรู้อยู่เสมอ เพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงชีวิตให้ดียิ่งขึ้น ๆ ไป

2. Existential Living หมายถึง การปรับตัว หรือดำรงตนให้อยู่ได้ในสภาพแห่งความเป็นจริง กล่าวคือ เขาพร้อมที่จะยอมรับ ปรับปรุง แก้ไขตนเมื่อต้องเผชิญปัญหา เขาจะรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ หรือวินิจฉัยปัญหา และดำเนินการแก้ไขด้วยสติปัญญาในทุก ๆ ขณะให้สอดคล้องกับตน (Congruence With the Self) เพื่อให้ปัญหานั้น ๆ ได้ลุล่วง ดังตัวอย่าง เช่น เมื่อรู้ว่า มีกลิ่นปาก หลังจากมีคนอื่นบอก เขาก็ลองสำรวจ เช่น หายใจทางปากแล้วสูดกลิ่นทดลองดู หรือไปหาทันตแพทย์ ถ้ามีเค้าแห่งความเป็นจริงก็เสียเวลา รักษา ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาและในที่สุดปัญหานั้น ๆ ก็หายไปใน ปัญหาอื่น ๆ ก็เช่นเดียวกัน เช่น ถ้ามีคนตำหนิว่ามาทำงานสาย ไม่รับผิดชอบงาน คนที่มีพฤติกรรมประเภท Existential Living ก็จะปรับปรุงตนทันที เพราะตนยอมรับว่าสิ่งนั้นจริงหรือไม่ การแก้พฤติกรรมที่ไม่ดี หรือปรับปรุงตนในส่วนที่ถูกตำหนิก็จะเกิดขึ้น และในที่สุดก็จะเป็นคนที่ผู้อื่นยอมรับ เป็นต้น การมองอนาคตไปข้างหน้า การคิดวางแผนต่ออนาคตให้ประสบความสำเร็จก็เป็นเรื่องของ Existential Living ด้วย

3. A Trust in One's Own Organism หมายถึง การเป็นผู้มีความเชื่อมั่นในสิ่งที่ตนคิด หรือตัดสินใจโดยลงมือทำในสิ่งนั้นอย่างไม่ลังเล หรือขาดกลัว แต่ทว่าเหตุและเอาจริงเอาจัง เมื่อเห็นว่ามีข้อมูลเพียงพอแล้ว Rogers ได้เปรียบเทียบในข้อนี้เสมือนกับคอมพิวเตอร์ที่ได้รวบรวมข้อมูลมาอย่างพร้อมเพียง การตัดสินใจ การดำเนินการจากข้อมูลนั้น ๆ ย่อมไม่ก่อให้เกิดการผิดพลาด แต่ควรมีความเชื่อมั่นในตนเอง การไม่เชื่อมั่นในตนเองนั้น ทางพุทธศาสนาถือว่าเป็น

กิเลส นำไปสู่การไม่ประสบความสำเร็จตัวหนึ่ง ชื่อ วิกิจฉา (ในอนุสัย 7) ซึ่งถ้าใครมีความไม่เชื่อมั่น หรือมีความลังเลตัวนี้อยู่มาก ในที่สุดก็จะกลายเป็นผู้ด้อยค่า หรือขาดโอกาสที่ดีอยู่ตลอดเวลา นั่นคือ อุปสรรคของการดำเนินชีวิต

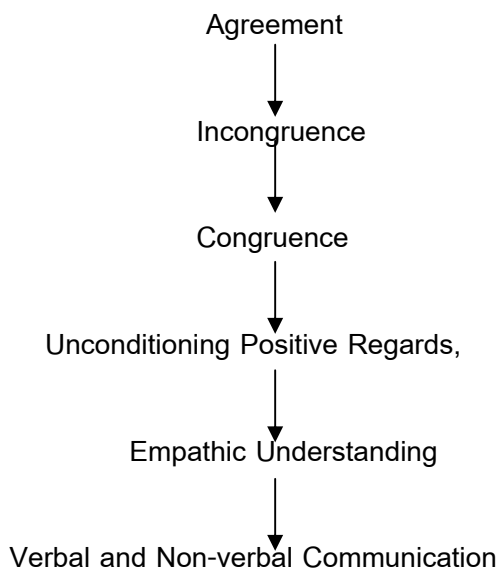
4. A Sense of Freedom หมายถึง ความเป็นผู้มีอิสระ ไม่ผูกติด หรือติดตรึงอยู่กับสิ่งใดจนเกินไป จนทำให้ไม่เป็นตัวของตัวเอง ซึ่งข้อนี้มองดูเผิน ๆ ก็ไม่น่าจะมีบทบาทเท่าใดนัก แต่ถ้ามองรอบด้านให้ลึกซึ้งแล้วคนเป็นจำนวนมากไม่ใช่แล้วยังติดอยู่กับสังคมประเพณี แฟชั่น คำโฆษณาอย่างไม่คิดถึงสภาพแห่งความเป็นจริงของตนกับการโฆษณาชวนเชื่อ เช่น ต้องใช้นาฬิกา Rolex ถึงจะโก้ทั้ง ๆ ที่นาฬิกาสวย ๆ ใช้งานได้ดีและมีคุณสมบัติมากมายไว้ให้เลือกก็ไม่สนใจ เพราะไม่โก้ เป็นต้น ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้สุขภาพจิตสมบูรณ์ดี (Healthy Person) จะเข้าใจ รู้ทันตามทัน เลือกรับในสิ่งที่เหมาะสมที่ควรกับตน เขาย่อมจะคำนึงถึงความต้องการของเขาผสมผสานกับความต้องการของสังคม ประสพการณ์ หรือความทรงจำที่ผ่านมา และความน่าจะเป็นไปได้ในสภาวะปัจจุบัน บนพื้นฐานของความมีสติ เพื่อกำหนดชีวิตให้เป็นไปได้อย่างร่มเย็นเป็นสุข

5. Creativity หมายถึง ความเป็นผู้มีความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งข้อสุดท้ายนี้เป็นการถ่ายทอด ของความเป็นผู้สุขภาพจิตสมบูรณ์ดี หรือคนที่ยอดเยี่ยมของ Rogers นั่นคือ ความคิดสร้างสรรค์ของคนประเภทนี้จะมียุ่ตลอดเวลา เป็นลักษณะพิเศษ ประจำตัวของเขานั้นจะนำมาซึ่งความสุขยอดของการเกิดมาเป็นคน เขาจะเป็นคนที่ยืดหยุ่นได้กับสถานการณ์หรืออาจกล่าวได้ว่า เขาจะสามารถปรับตัวไปกับการเปลี่ยนแปลง (Changing) การเจริญงอกงาม (Growing) และการพัฒนา (Developing) ของสิ่งเร้าในสังคมรอบ ๆ ตัวของเขาได้ ความคิดสร้างสรรค์นี้จะนำมาซึ่งความสุขทั้งส่วนตน และส่วนรวม ดังเช่นสิ่งที่ปรากฏอยู่ในสายตาทั้งน้อยใหญ่ในชีวิตประจำวัน เช่น เครื่องเสียง เครื่องไฟฟ้า รถยนต์ อาคารสถานที่อันมีรูปร่าง รูปทรงสวยงาม ฯลฯ บุคคลที่มีความคิดสร้างสรรค์ จะเป็นบุคคลที่มีความสุขสมบูรณ์อยู่ในตนและสามารถแก้ไขปัญหาที่คนอื่นเห็นว่ายากลำบากให้ลุล่วงไปได้

จากปัจจัยทั้ง 5 ประการ ที่กล่าวมานี้ โรเจอร์เน้นว่าเป็นปัจจัยของบุคคลที่ดำเนินชีวิตได้อย่างสมบูรณ์ และจะเป็นคนเปิดรับ ปรับตัวได้ในทุก ๆ สถานการณ์ บนพื้นฐานของความเชื่อมั่น ด้วยความอิสระ และด้วยความคิดสร้างสรรค์ อันจะเป็นคนที่มีลักษณะของความเป็นผู้นำ (Fit Vanguard) โดยแท้

โรเจอร์ (Rogers, 1989) เชื่อว่าการปรึกษาจะต้องประกอบด้วยคุณลักษณะพื้นฐานที่จำเป็น และมีความสำคัญต่อการปรึกษา โดยจะต้องมีเงื่อนไขของกระบวนการให้การปรึกษา 6 ประการ ดังได้อะแกรม ต่อไปนี้

Condition of Therapeutic Process



1. การที่บุคคลสองคน คือ ผู้ให้การปรึกษา (Counselor) และผู้รับการปรึกษา (Client) มีข้อตกลงร่วมกัน ยินดีที่จะปรึกษา (Agreement)
2. ผู้รับการปรึกษาอยู่ในสภาวะที่ไม่สอดคล้องกัน (Incongruence) ระหว่างตัวเอง หรือ Self กับประสบการณ์จริง หรือ Experience ซึ่งทำให้เขาเกิดความวิตกกังวล
3. ผู้ให้การปรึกษามีความสอดคล้องในตัวเอง (Congruence) คือ ผู้ให้การปรึกษาตระหนักรู้ต่อตนเองกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เข้าใจว่าอะไรเกิดขึ้นกับตัวเองทุกขณะ เข้าใจถึงความรู้สึกของตนเอง ผู้ให้การปรึกษาต้องเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดสภาวะที่สอดคล้องในตนเองกับประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นด้วย
4. การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditioning Positive Regard) คือ การที่ผู้ให้การปรึกษายอมรับผู้รับการปรึกษา โดยปราศจากเงื่อนไข และเชื่อในความสามารถว่า ผู้รับการปรึกษาสามารถจะแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง และไม่ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาให้กับผู้รับการปรึกษา ผู้รับการปรึกษาจะตัดสินใจด้วยตัวเอง
5. ความเข้าใจในความรู้สึก (Empathic Understanding) คือ ผู้ให้การปรึกษาให้ความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา ตามทรรศนะแห่งการรับรู้ของเขา (Client Frame of Reference) โดยไม่เอาความรู้สึกของผู้ให้การปรึกษาเข้าไปเกี่ยวข้อง
6. ผู้ให้การปรึกษาสามารถสื่อให้ผู้รับการปรึกษารับรู้ถึงการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขและภาษาท่าทาง (Verbal and Non-verbal Communication)

โรเจอร์ เน้นถึงสัมพันธภาพ (Relationship) ที่ผู้ให้การปรึกษาสร้างให้เกิดขึ้น ระหว่างตัวเขากับผู้รับการปรึกษาว่า เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการเอื้ออำนวยให้เกิดความสอดคล้องขึ้นในตัวของผู้รับการปรึกษา โดยที่ความสัมพันธ์นี้จะต้องประกอบด้วย สาระสำคัญ 3 ประการ คือ ความเข้าใจในความรู้สึก (Emphatic Understanding) การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditioning) Positive Regard) และความจริงใจ (Genuineness)

กระบวนการให้การปรึกษา (Counseling Process)

โรเจอร์ (Rogers, 1989) ไม่ได้แบ่งขั้นตอนของกระบวนการให้การปรึกษาไว้อย่างชัดเจน แต่ Patterson ได้สรุปเป็นขั้นตอนไว้ดังต่อไปนี้

1. ผู้รับการปรึกษามีความเป็นอิสระในการที่จะบอกถึงความรู้สึกของเขาโดยภาษาพูดและภาษาท่าทาง
2. เขาจะบอกความรู้สึกที่เกี่ยวกับตัวเขาได้มากขึ้นกว่าเรื่องที่ไม่ใช่ตัวเขา
3. เขาเห็นความแตกต่างและสามารถแยกแยะความรู้สึกกับการรับรู้ของเขาได้มากขึ้น ประสบการณ์ของเขาเป็นไปอย่างถูกต้องแม่นยำมากขึ้น
4. เขาสามารถบอกถึงความไม่สอดคล้องระหว่างประสบการณ์ที่เป็นจริงและความคิดเกี่ยวกับตัวเขาได้มากขึ้น
5. เขาได้รับประสบการณ์ในการตระหนักถึงการคุกคามจากความไม่สอดคล้องของเขา การตระหนักนี้เกิดจากการที่ผู้ให้การปรึกษายอมรับเขาอย่างไม่มีเงื่อนไขนั่นเอง
6. เขาได้ตระหนักอย่างเต็มที่ในความรู้สึก ซึ่งเคยปฏิเสธหรือบิดเบือนมาในอดีต
7. เขาได้มีการจัดระบบความคิดเกี่ยวกับตัวเองขึ้นใหม่ โดยรวมเอาประสบการณ์ที่เคยบิดเบือนหรือปฏิเสธมาในอดีตเข้าไว้ด้วย
8. ด้วยเหตุที่มีการจัดระบบโครงสร้างเกี่ยวกับตัวเองขึ้นใหม่ จึงทำให้ความคิดของเขาสอดคล้องกับประสบการณ์ที่เป็นจริงมากขึ้น กลไกป้องกันตนเองก็ลดลง
9. เขาสามารถเผชิญกับประสบการณ์ที่เป็นจริงได้ โดยปราศจากความรู้สึกของการคุกคาม ซึ่งผู้ให้การปรึกษาก็ยอมรับเขาโดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ เช่นกัน
10. เขามีความรู้สึกยอมรับตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไขมากขึ้น
11. เขาจะมีประสบการณ์ในการที่จะประเมินผลตนเองได้ตามที่เป็นจริงมากขึ้น
12. เขาปฏิบัติต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับเขาโดยที่คุณค่าแห่งการวางเงื่อนไขต่าง ๆ น้อยลง แต่จะเพิ่มมากขึ้นในกระบวนการของการมีคุณค่าตามความเป็นจริงในชีวิต

ผลลัพธ์ในเชิงบุคลิกภาพและพฤติกรรม (Outcomes in Personality and Behavior)

กระบวนการให้การศึกษาจะทำให้เกิดผลต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ผู้รับการศึกษามีความสอดคล้องในตนเองมากขึ้น เปิดรับประสบการณ์มากขึ้น และกลไกป้องกันตนเองลดลง
2. เขาจะขยายขอบข่ายการรับรู้ของเขาให้เป็นที่ตามความเป็นจริงมากขึ้น
3. เขาจะแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
4. เขาได้มีการปรับสภาพจิตใจของเขาให้ดีขึ้น และสอดคล้องกับตัวเขา
5. ผลของความสอดคล้องระหว่างตัวเขา และประสบการณ์ของเขาทำให้ความหวุ่นไหวต่อสิ่งที่มาคุกคามเขานั้นลดลง
6. จากการที่เขาได้ขยายขอบข่ายของการรับรู้ในข้อ 2 นั้นทำให้การรับรู้ตนในอุดมคติของเขาสัมฤทธิ์ผลและเป็นที่ตามความเป็นจริงมากขึ้น
7. ผลของการปรับสภาพจิตใจและความสอดคล้องในข้อ 4 ข้อ 5 ทำให้ตัวเขามีความสอดคล้องกับตัวตนในอุดมคติมากขึ้น
8. ผลของความสอดคล้องในข้อ 7 และการปรับสภาพจิตใจในข้อ 4 ทำให้ความเครียดต่าง ๆ ของเขาลดลง
9. เขาจะเพิ่มระดับการยอมรับนับถือตนเองมากยิ่งขึ้น
10. เขาจะรับรู้ถึงที่มาของการประเมิน หรือการให้คุณค่า และที่มาของการเลือกด้วยตัวเขาเอง เขาจะรู้สึกมีความเชื่อมั่นมากขึ้น มีทิศทางของตนเอง เห็นคุณค่าของตนเองตามที่เป็นจริง
11. จากความสอดคล้องในตนเอง การเปิดรับประสบการณ์และการลดการปกป้องตนเองในข้อ 1 และการขยายขอบข่ายการรับรู้ในข้อ 2 ทำให้เขารับรู้ผู้อื่นได้อย่างเป็นจริง และมีความแม่นยำมากขึ้น
12. เขาจะมีประสบการณ์ในการยอมรับผู้อื่นมากขึ้น ลดความต้องการของตัวเองในการบิดเบือนการรับรู้ของเขามือต่อผู้อื่นน้อยลง
13. พฤติกรรมของเขาจะเปลี่ยนแปลงไปในวิถีทางต่าง ๆ ดังนี้
 - 1) พฤติกรรมของเขาจะมีความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น
 - 2) พฤติกรรมของเขาจะเป็นไปในส่วนของความรู้สึกที่ไม่ใช่ตัวเองน้อยลง
 - 3) ด้วยเหตุนี้ทำให้เขาได้รู้ว่า เขาสามารถควบคุมพฤติกรรมของเขาได้
14. พฤติกรรมของเขาจะเป็นไปอย่างที่สังคมยอมรับมากขึ้น มีวุฒิภาวะมากขึ้น
15. ผลจากข้อ 1, 2, 3 พฤติกรรมของเขาจะเป็นไปในทางสร้างสรรค์มากขึ้นมีการปรับตัวที่มีรูปแบบเฉพาะของเขา แสดงออกถึงความมุ่งหวังและความมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

กระบวนการให้การปรึกษาที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดจะเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ดีนั้น โรเจอร์ (Rogers, 1989) เน้นว่าจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ซึ่งผู้ให้การปรึกษามีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. การยอมรับ (Acceptance) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษานั้น จะเริ่มต้นจากการที่ผู้ให้การปรึกษา ให้การยอมรับผู้รับการปรึกษา ซึ่ง Rogers (1957) เรียกว่าการยอมรับแบบนี้ว่า Unconditional Positive Regards (Truax และ Carkhuff, 1967 ใช้คำว่า Non possessive Warmth) หมายถึง การยอมรับผู้รับการปรึกษาโดยปราศจากเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น ให้เกียรติทุก ๆ คนเหมือนกันหมด ยอมรับว่าทุกคนมีศักดิ์ศรี มีคุณค่า ยอมรับคนว่ามีปัจจัยหลัก 2 ประการ คือ

1) คนแต่ละคนมีความแตกต่างกันในทุกวิถีทาง ไม่ว่าจะเป็นกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา ก็ตาม

2) ประสบการณ์ของแต่ละคนเป็นเรื่องที่ซับซ้อน ซึ่งมักจะเกี่ยวพันกับการประวัติชีวิต ความคิด และอารมณ์ ของแต่ละบุคคล

ปัจจัยหลัก 2 ประการนี้ ผู้ให้การปรึกษาจะต้องยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข ไม่ประเมินบุคคลด้วยความต่างกันของเขา แต่จะเข้าใจและยอมรับเขา และแสดงออกมาซึ่งการยอมรับเขาด้วยภาษาท่าทาง และคำพูดต่อผู้รับการปรึกษาทุก ๆ คนอย่างเท่าเทียมกัน

2. ความเข้าใจในความรู้สึก (Understanding of Empathy) Truax and Carkhuff (1967) ใช้คำว่า Emphatic Understanding หมายถึง การเข้าใจในประสบการณ์ของผู้รับการปรึกษาที่ได้เล่าให้ฟัง เป็นความเข้าใจในระดับลึก ซึ่งรวมไปถึงเนื้อหาสาระ อารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และจิตใจของผู้รับการปรึกษา ซึ่งเขาได้ถ่ายทอดมาด้วยภาษาคำพูด และภาษาท่าทางของเขา ผู้ให้การปรึกษาจะต้องคอยสังเกตให้ความสนใจเพื่อที่จะเข้าใจอย่างที่เขาเป็น เข้าใจในประสบการณ์เดียวกันกับที่ผู้รับการปรึกษาได้ประสบมา แต่ไม่ได้หมายถึง การที่อารมณ์ร่วมหรือมีส่วนร่วมไปกับประสบการณ์ของเขา เพียงแต่เข้าใจโลกของเขาอย่างแท้จริงโดยไม่มีอคติ หรือนำเอาความคิดเห็นส่วนตนเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย

3. ความจริงใจ (Sincerity) เรียกว่า Congruence หมายถึง ความกลมกลืนระหว่างคำพูดและการกระทำของผู้ให้การปรึกษา ซึ่งจะต้องเป็นไปตามความเป็นจริง Truax และ Carkhuff ใช้คำว่า Genuineness ความจริงใจที่ผู้ให้การปรึกษามีต่อผู้รับการปรึกษานี้ จะต้องมาจากจิตใจของผู้ให้การปรึกษา ซึ่งจะต้องเป็นผู้ที่รักคน เข้าใจคน และยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือคน ซึ่งจะทำให้มีความกลมกลืนทั้งคำพูด และการแสดงออกของผู้ให้การปรึกษา ทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความมั่นใจ ไว้วางใจ และให้การยอมรับนับถือแก่ผู้ให้การปรึกษา

คุณสมบัติทั้ง 3 ประการนี้ เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การศึกษา และผู้รับการปรึกษา ซึ่งจะทำให้กระบวนการให้การปรึกษามีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

เทคนิคที่สำคัญในการให้การศึกษา

การฟัง (Listening) เป็นเทคนิคที่แสดงความสนใจต่อคำพูดและภาษาท่าทางของผู้รับการปรึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงความสนใจต่อผู้รับการปรึกษาว่า กำลังตั้งใจฟังเรื่องที่คุณอยู่ เป็นการฟังอย่างเข้าใจทั้งเนื้อหาและความรู้สึก ซึ่งคำพูด สีหน้า ท่าทาง ของผู้ให้การศึกษาจะเป็นสื่อที่แสดงถึงการสนใจฟัง เช่น คำพูดว่า “พูดต่อไปซิคะ” “คะ...เข้าใจว่าคุณหมายถึง...” หรือการแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง ได้แก่ การประสานสายตา การโน้มตัวเข้าหาผู้รับการปรึกษาในระยะพอควร เป็นการแสดงว่า พร้อมที่จะฟัง เป็นต้น

การทวนซ้ำ (Restatement) เป็นเทคนิคที่ชี้แจงถึงความเข้าใจที่ผู้ให้การศึกษาสามารถถ่ายทอดกลับให้ผู้รับการปรึกษารับทราบได้ ก่อให้เกิดความเข้าใจ การยอมรับ เกิดความอบอุ่น โดยการทวนคำพูดทุกคำพูด ทวนทุกคำพูดแต่เปลี่ยนสรรพนาม หรือทวนเฉพาะคำ สำคัญ ๆ ท้าย ๆ ประโยค ตัวอย่างเช่น

Ct : หนูซีเกี่ยวกับงานบ้าน

Co : หนูซีเกี่ยวกับงานบ้าน (ทวนทุกคำพูด)

Ct : ดิฉันไม่ทราบว่าจะทำอย่างไรดีคะ

Co : คุณไม่ทราบว่าจะทำยังไงดี (ทวนทุกคำพูดแต่เปลี่ยนสรรพนาม)

Ct : โอ..น่าเบื่อที่สุดที่ต้องไปสงขลา

Co : เบื่อที่จะไปสงขลา

การถาม (Questioning) เป็นเทคนิคหนึ่งซึ่งแสดงถึงความสนใจของผู้ให้การศึกษา และเน้นการเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาได้พิจารณาต่อไปถึงเรื่องราวที่เล่าให้ผู้ให้การศึกษาฟังซึ่งจะทำให้เกิดความกระฉับกระเฉงในประเด็น นั้น ๆ มากยิ่งขึ้น คำถามที่ใช้ในการให้การศึกษา แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. คำถามปลายเปิด (Open Question) เป็นคำถามที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจประเด็นนั้น ๆ อย่างกว้าง ที่สุด เช่น

- รู้สึกอย่างไรบ้าง ที่เพื่อนพูดกับคุณอย่างนี้
- คุณคิดว่า คุณจะแก้ปัญหาที่ยังไงบ้าง

คำถามปลายเปิดนี้ใช้มากในการให้การปรึกษา เพราะไม่ทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความอึดอัดใจ ในการตอบคำถาม มีเสรีภาพในการที่จะตอบ ตามความคิด ความรู้สึกของเขา

2. คำถามปลายปิด (Closed Question) เป็นคำถามที่ให้ตอบรับ หรือปฏิเสธ อย่างหนึ่งเท่านั้น เช่น

- คุณไม่ชอบที่เพื่อนพูดกับคุณอย่างนี้ใช่ไหม
- คุณคิดว่าคุณมีทางแก้ปัญหานี้ได้หรือไม่

คำถามปลายปิดนี้ จะทำให้ได้คำตอบที่ให้ข้อมูลน้อย เพราะไม่เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ตอบอย่างกว้างขวาง นอกจากนี้ คำถามว่า “ทำไม” ก็ไม่ควรใช้ในการให้การปรึกษา เพราะจะทำให้ผู้รับการปรึกษา เกิดความอึดอัดใจในการตอบได้

การเงียบ (Silence) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษา ได้มีเวลารวบรวมความคิด ความรู้สึกที่จะพูดต่อไป และเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจหรือพิจารณาเรื่องราวที่กำลังปรึกษากัน ทั้งนี้ เพื่อก่อให้เกิดความกระจ่างชัดในประเด็นนั้น ๆ มากยิ่งขึ้น และสามารถที่จะเข้าใจตนเองได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้ให้การปรึกษาจะต้องกระตุ้นหรือรับ ต่อความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา และเข้าใจในสภาพการณ์ของเขาด้วย

การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of Content) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความกระจ่างในเรื่องราวต่าง ๆ ที่ผู้รับการปรึกษาไม่สามารถรวบรวมเนื้อหา หรือปัญหาได้

การทำให้กระจ่าง (Clarifying) ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาพูดด้วยถ้อยคำที่สับสน พูดซ้ำไปซ้ำมาไม่ต่อเนื่องเป็นเรื่องราว สลับซับซ้อน ผู้ให้การปรึกษาจะต้องช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้เกิดความกระจ่างชัดในประเด็นนั้น เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้กระจ่างชัดในเรื่องนั้น ๆ

ผู้ที่เหมาะสมจะรับการปรึกษาควรมีลักษณะดังนี้

1. มีความเครียดทางอารมณ์
2. มีโอกาสพบผู้ให้การปรึกษาอย่างสม่ำเสมอ
3. สามารถระบายความรู้สึกขัดแย้งด้านจิตใจ หรือคับข้องใจด้วยคำพูดและสีหน้าท่าทาง
4. มีระดับสติปัญญาไม่ต่ำกว่าปานกลาง สามารถใช้ความคิดในการแก้ปัญหา หรือปรับตัวได้

ข้อดี ข้อจำกัด ของการให้การปรึกษาแบบผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง

ข้อดี

1. ผู้ให้การปรึกษาไม่ประเมินผู้รับการปรึกษา และให้การตอบสนองต่อการสื่อความหมายของผู้รับการปรึกษา ทำให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจตัวเองอย่างลึกซึ้ง และนำไปสู่การแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง
2. การรับข้อมูลของผู้รับการปรึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ให้การปรึกษาคควรตระหนัก และทำความเข้าใจ ซึ่งสามารถช่วยให้เข้าใจผู้รับการปรึกษาได้เป็นอย่างดี

ข้อจำกัด

1. ถ้าผู้ให้การปรึกษาไม่ชำนาญในเรื่องนี้จะทำให้มีข้อผิดพลาด ตัวเองจะไม่สามารถเข้าไปรับการปรึกษา และไม่เข้าใจผู้รับการปรึกษาอย่างแท้จริง
2. ทฤษฎีนี้ไม่คำนึงถึงสภาพแวดล้อมภายนอกที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม
3. หลักการและกลวิธีของการให้การปรึกษาแบบนี้ค่อนข้างกว้าง และเป็นนามธรรม ไม่สามารถอธิบายออกมาในรูปพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน และจุดประสงค์ของการให้การปรึกษานี้กว้างเกินไป ไม่เจาะจงพฤติกรรมเฉพาะอย่าง เช่น การปรับตัว การศึกษา เป็นต้น

สรุป

การให้การปรึกษาแบบยึดผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลางนี้เป็นกรให้การปรึกษาแก่ผู้รับการปรึกษาเพื่อให้เขาเข้าใจตนเองมากขึ้น และเข้าใจในปัญหาที่เขาเผชิญอยู่เพื่อที่จะช่วยให้เขาสามารถดำรงชีวิตปัจจุบันได้ด้วยความสุข กระบวนการให้การปรึกษา จึงประกอบด้วยบุคคล 2 คน คือ ผู้ให้การปรึกษา กับผู้รับการปรึกษา โดยเน้นที่ตัวบุคคลไม่ใช่ปัญหา เน้นความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์ปัจจุบัน (Here and Now) และผู้รับการปรึกษาจะเป็นผู้ตัดสินใจแก้ไขปัญหาเองทั้งสิ้น ส่วนตัวผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้เอื้ออำนวย ยอมรับเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาพูดถึงปัญหา เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีความรู้สึกว่ามีเพื่อนที่จริงใจ ยอมรับฟังตนทุกประการ ช่วยให้เข้าใจตนเองและเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น และสามารถแก้ปัญหาเองได้ ในที่สุดก็จะเป็นผู้ที่มีการพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่ (Fully Functioning Person) ตามศักยภาพแห่งตน

จากนั้นจึงทำการศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่สำคัญซึ่งจะต้องนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมฯต่อไปอีก 2 ทฤษฎีและหลักการดังนี้

1.3 ทฤษฎีและหลักการทางดนตรีบำบัด

ผู้วิจัยทำการทบทวนและวิเคราะห์ทฤษฎีโครงสร้างของ สมาคมดนตรีบำบัดแห่งประเทศไทยเป็นหลักในการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัด กล่าวคือ

1. ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของจิตแพทย์
2. ต้องมีความจำเป็นหรือเหตุผลเพียงพอเพื่อการรักษาความป่วยไข้หรือเสียหาย

3. ต้องมีจุดประสงค์และแผนที่ชัดเจน ตลอดจนมีการบันทึกการรักษา
4. จุดประสงค์ของการบำบัดต้องเป็นไปเพื่ออาการที่ดีขึ้นไม่ใช่แค่คงสภาพ
(The National Association for Music Therapy, 1992))

เกณฑ์พิจารณาคุณสมบัติของเครื่องดนตรีที่นำมาใช้

เกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติของเครื่องดนตรีที่นำมาใช้ ในการพัฒนา ดังนี้

1. เป็นเครื่องดนตรีที่สามารถบรรเลงได้ทันที ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ชำนาญนักดนตรีมาก่อนหรือไม่
2. มีเสียงสัมพันธ์กันตลอด มีลักษณะพิเศษในการดึงดูดความสนใจ
3. มีลักษณะทางกายภาพที่ต่าง ๆ กัน ซึ่งได้รับการประดิษฐ์อย่างมีหลักวิชา
4. เป็นเครื่องดนตรีที่คนไข้สามารถบรรยายความรู้สึกออกมาได้อย่างแนบเนียน
โดยใช้เสียงเป็นสื่อ (จำไพพรรณณ ศรีโสภาค, 2511)

โดยสรุป การพัฒนาแนวทำนองดนตรี และการเรียบเรียง รูปแบบของดนตรีที่จะนำไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมการบำบัดผู้วิจัยใช้เกณฑ์พิจารณาตามทฤษฎีดนตรีบำบัด โดยเริ่มจากการทำความเข้าใจถึงคุณสมบัติพิเศษของดนตรีบำบัด ต่อไปนี้ด้วย คือ

คุณสมบัติพิเศษของดนตรีบำบัด

- 1) จังหวะหรือลีลา (Rhythm) ช่วยสร้างเสริมสมาธิ (Concentration) และช่วยในการผ่อนคลาย (Relax)
- 2) ระดับเสียง (Pitch) เสียงในระดับต่ำและระดับสูงปานกลาง จะช่วยให้ความรู้สึกสงบ
- 3) ความดัง (Volume/ Intensity) พบว่าเสียงที่เบานุ่มจะทำให้เกิดความสงบสุขสบายใจ ในขณะที่เสียงดังทำให้เกิดการเกร็ง กระตุกของกล้ามเนื้อได้ ความดังที่เหมาะสมจะช่วยสร้างระเบียบในการควบคุมตนเองได้ดี มีความสงบ และเกิดสมาธิ
- 4) ทำนองเพลง (Melody) ช่วยในการระบายความรู้สึกส่วนลึกของจิตใจ ทำให้เกิดความริเริ่มสร้างสรรค์และลดความวิตกกังวล
- 5) การประสานเสียง (Harmony) ช่วยในการวัดระดับอารมณ์ความรู้สึกได้โดยดูจากปฏิกิริยาที่แสดงออกมาเมื่อฟังเสียงประสานต่างๆ จากบทเพลง (ทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา, 2549)
โดยมุ่งเน้น
 1. การลดความหวาดระแวงและหวาดกลัว
 2. การสร้างปฏิสัมพันธ์

3. การควบคุมอารมณ์
4. เป็น Medium ที่จะฝึกให้ผู้ป่วย Concentration
5. สร้างความเป็นมิตร
6. ในรายที่เป็น Independent จะลดลงด้วยการเพิ่ม Music therapy ใน Plan ของการ Treatment
7. ในรายที่ไม่มี Attention จะต้องช่วยโดยฝึก Rehabilitate ผู้ป่วยอย่างช้าๆ โดยไม่รู้สึกรู้สีกตัว (รำไพพรรณ ศรีโสภาค, 2511)

กระบวนการและรูปแบบของดนตรีบำบัด

ในการทำดนตรีบำบัด ไม่มีกระบวนการและรูปแบบที่ตายตัว แต่จะต้องออกแบบการบำบัดรักษาให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล และตามสภาพปัญหา มีการวางแผนการบำบัดรายบุคคล โดยมีขั้นตอนหลักๆ ดังนี้

- 1) การประเมินผู้รับการบำบัดรักษา
 - ศึกษาข้อมูลประวัติส่วนตัว และประวัติทางการแพทย์
 - ประเมินปัญหาและเป้าหมายที่ต้องการบำบัด
 - ประเมินสุขภาวะทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และทักษะการคิด
- 2) วางแผนการบำบัดรักษา
 - ออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสมเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยยึดเป้าหมายเป็นสำคัญ
 - รูปแบบผสมผสานกระบวนการต่าง ๆ ทางดนตรี เช่น ร้องเพลง แต่งเพลง ประสานเสียงจินตนาการตาม หรือลีลาประกอบ เป็นต้น
- 3) ดำเนินการบำบัดรักษา
 - สร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด โดยใช้ดนตรีเป็นสื่อ และทำดนตรีบำบัดร่วมกับการบำบัดรักษาแบบอื่นๆ แบบบูรณาการ
- 4) ประเมินผลการบำบัดรักษา
 - ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และปรับแผนการบำบัดให้เหมาะสม (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2549)

นอกจากนี้ ธุรกิจสปา หรือกิจกรรมดนตรีบำบัดประเภทหนึ่งในประเทศไทย ปัจจุบันกำลังได้รับความนิยมมากขึ้น สาเหตุจากวัฒนธรรมเมืองขนาดใหญ่ และค่านิยมของสังคมรุ่นใหม่เกี่ยวกับสุขภาพและความงาม ซึ่งหลักการของสปานั้น เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้นและร่างกาย ซึ่งส่งผลทำให้จิตใจดีขึ้น และดนตรีก็เป็นส่วนหนึ่งที่ขาดไม่ได้สำหรับการทำสปา ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งหรือกระบวนการหนึ่งของดนตรีบำบัดด้วย ดังรายงานการศึกษาของศุภกิจ จารุจรณ (2538,2551) เรื่องดนตรีสำหรับสปา (MUSIC FOR SPA) ซึ่งสามารถสรุปรวบรวมขึ้นเป็นแนวหลักการได้ดังนี้

สปา เป็นชื่อเมืองแห่งหนึ่งในยุโรป ที่มีการใช้บ่อน้ำแร่บำบัดโรคหรืออาการปวดต่าง ๆ โดยการแช่ตัว ต่อมาได้เป็นที่นิยมแพร่หลายในยุโรปตั้งแต่ศตวรรษที่ 18 – 19 (แพรวชมพู: 2548) โดยในระยะแรกจำกัดเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยและผู้สูงอายุ ต่อมาได้มีการพัฒนากิจกรรมสปาและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง เกิดสปาในรูปแบบห้องอบไอน้ำ การนวดเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อซึ่งแบ่งออกเป็นประเภท นวดแผนโบราณ นวดฝ่าเท้า นวดด้วยน้ำมันหอมระเหย หรือที่รู้จักกันในชื่อ อโรมาเธอราพี (Aromatherapy)

การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยได้พัฒนาเป็นสุนทรบำบัด หรือพฤกษบำบัด ได้แก่ การนำกลิ่นหอมจากธรรมชาติมาสกัดเป็นน้ำมันหอมระเหย มาใช้รักษาสุขภาพผ่านทางอารมณ์ และความรู้สึก ได้มีผลการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์แล้วว่ากลิ่นหอมมีผลต่อสมองของมนุษย์ เนื่องจากมีการกระตุ้นการหลั่งสารซึ่งมีคุณสมบัติบำบัดความเครียด และการปรับสมดุลในร่างกาย

ในปัจจุบันมีการเรียกประเภทของสปาตามลักษณะเด่นของสถานที่ และวิธีใช้ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้

1) สปาแบบสมุนไพร (Herbal Spa) เป็นกลุ่มที่ใช้สมุนไพรเป็นเครื่องมือสำคัญ ซึ่งแบ่งย่อยเป็นลักษณะทางวัฒนธรรมธุรกิจ (Culture Business) เช่น สปาวิถีไทย ซึ่งทดลองทำที่ศูนย์ สาธิตการเกษตร จังหวัดนนทบุรี เพียงแห่งเดียว โดยการใช้สมุนไพรไทย และบรรยากาศแบบวิถีไทย เป็นจุดขาย

2) สปาทางการแพทย์ (Medical Spa) ได้แก่ สปาที่ใช้หลักการของแพทย์ ตลอดจนนำเครื่องมือทางการแพทย์เข้ามาช่วยในการบำบัด เช่น วารีบำบัด หรือกายภาพบำบัด เป็นต้น

3) สปาเพื่อความงาม (Beauty Spa) เป็นกิจกรรมสปาที่มุ่งเน้นในการรักษาความงามเป็นหลักและเป็นธุรกิจที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในปัจจุบัน อันเนื่องมาจากค่านิยมของคนหนุ่มสาวและสังคมในปัจจุบัน

4) สปาในบ้าน (Home Spa) เป็นกิจกรรมที่เริ่มมีบทบาทมากในสังคมเมืองใหญ่ (Metropolitan Society) โดยเฉพาะกลุ่มคนชั้นกลางระดับบนขึ้นไปที่ติดพันการทำงาน และเหนื่อยหน่ายกับการเดินทางที่บั่นทอนสุขภาพไปยังสถานบริการสปา และต้องทนทุกข์กับการเดินทางกลับที่พักหลังจากการทำสปาเสร็จแล้ว สปาในบ้านจึงเป็นทางเลือกที่สะดวก ประหยัด อีกทั้งยังคืนสมดุลให้กับชีวิตของสถาบันครอบครัวได้เป็นอย่างดีทางหนึ่งด้วย

สำหรับทางด้านดนตรีนั้นมนุษย์ได้เกี่ยวข้องกับดนตรี และรู้จักใช้ดนตรีเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนและสังคมมาตั้งแต่ยุคดึกดำบรรพ์ โดยมีหลักฐานทั้งภาพเขียนสีโบราณตามผนังถ้ำ ร่องรอยทางวัฒนธรรมที่ยังคงปรากฏในปัจจุบัน ตลอดจนหลักฐานทางโบราณคดีอื่น ๆ (กรมศิลปากร : 2538) ซึ่งแต่เดิมเป็นการใช้ดนตรีในพิธีกรรม และพัฒนาเป็นดนตรีกึ่งพิธีกรรม และดนตรีเพื่อความบันเทิงในปัจจุบันจึงมีความจำเป็นที่ต้องเข้าใจภูมิหลังของดนตรีเสียก่อน

ภูมิหลังดนตรีกับวิถีชีวิต

เสียงและอำนาจแห่งเสียง

เสียง คือ การสั่นสะเทือนของวัตถุ ผ่านตัวกลางต่าง ๆ กระทบกับหูและส่งสัญญาณเข้าสู่สมองเพื่อแปลความหมาย เสียง มี 2 ชนิด ได้แก่

เสียงรบกวน (NOISE) เป็นเสียงที่ไม่พึงประสงค์ แต่กลับเป็นเสียงที่ทรงอำนาจ และมีอิทธิพลต่อมนุษย์มากที่สุด เช่น เสียงฟ้าร้อง ฟ้าผ่า แผ่นดินไหว เสียงลมพัด เสียงน้ำไหล เป็นต้น ในทางดนตรีมีเสียงรบกวนสีขาว (WHITE NOISE) คือ เสียงฮัมของลำโพง และเสียงรบกวนสีชมพู (PINK NOISE) คือ เสียงฮีสในลำโพง

เสียงเรียบเรียง (SOUND) เป็นการนำเสียงในรูปแบบต่าง ๆ มารวบรวม เรียบเรียงจัดระเบียบ ให้มนุษย์เกิดความพึงพอใจ เช่น เสียงแห่งกล่อมของแม่ที่ให้ต่อทารก เสียงการเต้นของหัวใจของแม่ขณะที่ยกอดลูกน้อยให้คลายทุกข์ เป็นต้น ในทางดนตรี ได้แก่ บทเพลงประกอบต่าง ๆ ที่ประกอบไปด้วย เสียงเสนาะ (CONSONANT SOUND) และเสียงกระด้าง (DISONANT SOUND)

เสียงมีอำนาจ เนื่องจากส่งผลต่อมนุษย์โดยตรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น เสียงฟ้าร้อง ฟ้าผ่า ทำให้มนุษย์เกรงกลัว สะดุ้ง ตกใจ เสียงนกร้อง ลมพัดยอดไม้เบา ๆ ทำให้มนุษย์สบายกายสบายใจ แต่เสียงที่มีอำนาจต่อมนุษย์มากที่สุดมักจะเป็นเสียงที่ดังกึกก้อง ซึ่งเกิดจากภัยพิบัติทาง

ธรรมชาติ เพราะเป็นเสียงที่เกิดขึ้นอย่างไม่รู้ตัวส่งผลโดยตรงต่อความอยู่รอด มนุษย์ยุคแรกไม่สามารถหาคำตอบถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดเสียง และภัยพิบัติได้ จึงยกให้เป็นการกระทำของ อำนาจเหนือธรรมชาติ (SUPER NATURE) ซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิดของสังคมและวัฒนธรรมเบื้องต้น อันเป็นต้นกำเนิดของความเชื่อเรื่องภูตผีปีศาจ เทพเจ้าเวลาต่อมา นอกจากนี้มนุษย์ยังเชื่อเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติอีกด้วย โดยสามารถแบ่งกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มมนต์ขาว (WHITE MAGIC) กลุ่มนี้เชื่อว่ามนุษย์ไม่สามารถเอาชนะอำนาจเหนือธรรมชาติได้ หนทางเดียวที่มนุษย์จะอยู่รอดคือ การอ่อนน้อมให้อำนาจนั้นเห็นใจ และไม่ทำร้ายพวกตนจึงเกิดการสวดอ่อนน้อมแบบต่าง ๆ ตามกลุ่มวัฒนธรรมขั้นต่อมาได้พัฒนาเป็นศาสนา ในปัจจุบัน

กลุ่มมนต์ดำ (BLACK MAGIC) กลุ่มนี้เชื่อว่าไม่สามารถเอาชนะอำนาจเหนือธรรมชาติได้ เช่นเดียวกับกลุ่มแรก แต่เชื่อว่ามนุษย์สามารถนำเอาอำนาจเหนือธรรมชาติมาใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ตนได้ กลุ่มนี้จึงมีบทสวดไปในเชิงคาถาอาคม และได้พัฒนาเป็นลัทธิมีดต่าง ๆ

มนุษย์ทั้ง 2 กลุ่ม ได้ก่อกำเนิดพิธีกรรมตามความเชื่อของตน และใช้เครื่องดนตรีที่สร้างเสียงกึกก้อง ประกอบในพิธีกรรม เช่น ไม้ไผ่ลำโต ๆ ซึ่งปัจจุบันยังพบได้ในกลุ่มสังคมเริ่มแรก (PREMITIVE) กลองใบใหญ่ เช่น กลองเพล ซึ่งพบหลักฐานจากชุมชนโบราณจากร่องรอยทางวัฒนธรรมในปัจจุบัน ต่อมามนุษย์สามารถหลอมโลหะ จึงสร้างฆ้องใบใหญ่ และกระดิ่งกระพรวน ซึ่งเป็นของศักดิ์สิทธิ์ในพิธีกรรม สำหรับตัวพิธีกรรมแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. พิธีกรรมเพื่อความอุดมสมบูรณ์ (FERTILITY RITUAL) เป็นพิธีกรรมที่มีรากเหง้าจากความต้องการแรงงานในการเพาะปลูก ดังนั้น ในตัวพิธีกรรมจึงมีสัญลักษณ์ที่สื่อถึงการร่วมประเวณีปรากฏอยู่ในรูปแบบต่าง ๆ ต่อมาพัฒนาเป็นพิธีกรรมประเภททำขวัญ

2. พิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิกฤตชีวิต (CRITICAL RITUAL) มนุษย์ต้องเผชิญหน้ากับวิกฤตของความตายตั้งแต่วันแรกที่ลืมตาโลกจนวันสุดท้ายของชีวิต มนุษย์จึงจัดพิธีกรรมเพื่อให้ผ่านพ้นวิกฤตเหล่านี้ไปได้ด้วยดี ตัวอย่างพิธีกรรมเหล่านี้ ได้แก่ พิธีโกนจุก งานศพ เป็นต้น

3. พิธีกรรมเกี่ยวข้องกับความมั่นคง (PROJECTION RITUAL) เป็นพิธีกรรมเพื่อสร้างความจงรักภักดีต่อหัวหน้าชุมชน และความกล้าหาญในการปกป้องบ้านเมือง ทรัพย์สิน ได้แก่ พิธีกรรม โคจรการแข่งขันน้ำ หรือศรีสังข์ปานกาล หรือไหว้ครุมวยไทย เป็นต้น

พิธีกรรมทุกประเภทต้องใช้ดนตรีเข้าไปสนับสนุน เพื่อให้พิธีกรรมดูขลัง คักดีสิทธิ์ โดยระยะแรกเป็นพิธีกรรมจริง ๆ และเริ่มคล้ายตัวเป็นพิธีกรรมกึ่งมหรศพ เช่น การแสดงโขนและหนังใหญ่ ในสมัยอยุธยา ซึ่งจัดให้ไพร่บ้าน พลเมืองได้ชมในงานพระราชพิธี ซึ่งราชสำนักเป็นผู้จัด ซึ่งเป็นเรื่องรามเกียรติ์ ที่สอดคล้องกับความเชื่อเรื่องรามายณะ อันเป็นความเชื่อในการสร้างกรุงศรีอยุธยา เนื้อเรื่องเป็นเรื่องของหนุมานที่อาสาพระรามเข้าเมืองอโยธยา ทำงานที่ยากเย็น แม้ตัวตายก็ยอม เป็นมหรศพ ของชาวบ้านแต่แฝงพิธีกรรมแสดงความจงรักภักดีต่อกษัตริย์จนตาย เป็นต้น

ดนตรี ในภายหลังได้คล้ายตัวลงกลายเป็นดนตรีในแบบมหรศพเต็มรูป และรับเอาวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามาผสมผสานจนกลายเป็นดนตรีในปัจจุบัน

บริบททางวัฒนธรรมไทยและดุริยางคศิลป์

สังคมไทยประกอบด้วยวัฒนธรรมที่หลากหลาย แบ่งตามภูมิภาคและกลุ่มชน ซึ่งมีโครงสร้างรากฐานเดียวกัน คือแฝงด้วยความเชื่อเรื่องพุทธ ผี และพราหมณ์ ความเชื่อเรื่องผีเป็นความเชื่อเก่าแก่ ต่อมาเมื่อมีการรวมกลุ่มชนเป็นเมืองและอาณาจักรซึ่งมีหลากหลายความเชื่อ จึงนำความเชื่อฮินดูหรือพราหมณ์ เข้ามาเป็นความเชื่อหลักโดยประยุกต์เข้ากับความเชื่อเรื่องผีดั้งเดิมเพื่อการยอมรับ พิธีกรรมดั้งเดิมกลายเป็นพิธีกรรมราษฎร์ (LITTLE TRADITION) ซึ่งมีดนตรีที่เรียบง่าย พิธีกรรมที่ประยุกต์กับพราหมณ์เรียก พิธีกรรมหลวง (GREAT TRADITION) ซึ่งพิธีกรรมของพราหมณ์มักมีดนตรีที่ยิ่งใหญ่ อลังการ ต่อมาชาวสยามรับศาสนาพุทธมาเป็นศาสนาประจำชาติ จึงนำพิธีทางศาสนาพุทธมาครอบพิธีทางพราหมณ์อีกชั้นหนึ่งโดยศาสนาพุทธไม่รับ แต่ไม่ปฏิเสธดนตรี เช่น พิธีทำขวัญข้าวเป็นพิธีกรรมดั้งเดิม พัฒนาเป็นพิธีแรกนาขวัญในพิธีกรรมหลวงแบบพราหมณ์ และเพิ่มพิธีจรดพระนังคัล อันเป็นพิธีแบบพุทธก่อนพิธีแรกนาขวัญ เป็นต้น

ในปัจจุบันคนไทยมีความเชื่อและพิธีกรรมทั้งพุทธ ผีและพราหมณ์ ปะปนกัน เช่น การสวดมนต์ไหว้พระเป็นศาสนาพุทธ การนุ่งขาวห่มขาวเข้าวัดเป็นศาสนาพราหมณ์ และเรายังเชื่อในเรื่องภูติผี ปีศาจ อันเป็นความเชื่อดั้งเดิมอยู่ ซึ่งความเชื่อและพิธีกรรมเหล่านี้ เป็นข้อที่การทำสภาคความให้ความสนใจบ้างในกรณีเรื่องมงคล เรื่องต้องห้ามต่าง ๆ เป็นต้น

วาระแห่งดนตรี

ดนตรีในพิธีกรรม

ดังได้กล่าวแล้วว่าพิธีกรรมมี 2 ระดับ ได้แก่ พิธีกรรมราชภรณ์ และพิธีกรรมหลวงซึ่งพิธีกรรมทั้ง 2 ระดับ ล้วนมีดนตรีเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องอันสำคัญทั้งสิ้น

ดนตรีพิธีกรรมหลวง ใช้ดนตรีในรูปแบบของพราหมณ์ คือ แตร สังข์ บัณเฑาะว์ วงปี่พาทย์ และวงดนตรี ประเภทวงปี่พาทย์ วงมโหรี วงขับไม้ อันเป็นวงดนตรีในราชสำนักไทย ประกอบพิธีกรรมที่มีความสลับซับซ้อนและยิ่งใหญ่ โดยมีฆ้องขนาดใหญ่ กลองขนาดใหญ่และเครื่องดนตรีโลหะ เป็นเครื่องดนตรีศักดิ์สิทธิ์ในพิธีกรรม

ดนตรีพิธีกรรมราชภรณ์ เป็นดนตรีดั้งเดิมและรับดนตรีในพิธีหลวงบางประเภทเข้าไปในพิธี โดยยังมีเครื่องดนตรีโลหะเป็นเครื่องดนตรีศักดิ์สิทธิ์ เช่น แคน กระดิ่ง ระฆัง ฆ้อง เป็นต้น อีกทั้งยังใช้การขับลำนำเป็นสื่อทางเสียงอีกทางหนึ่งด้วย

ดนตรีในพิธีกรรมทั้งสองประเภทมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความศักดิ์สิทธิ์ให้กับตัวพิธีกรรมมากกว่าความบันเทิง แต่ยังมีดนตรีอีกประเภทหนึ่งซึ่งเริ่มจากดนตรีในพิธีกรรมและพัฒนาตัวเองเป็นดนตรีด้านการบำบัดและการทำสปา

ดนตรีบำบัด

ดนตรีบำบัดเป็นการใช้ดนตรีเป็นสื่อสำคัญในการแก้ไขสาเหตุของความบกพร่องทางกายและใจ ดนตรีบำบัดในสมัยเริ่มแรกมุ่งบำบัดโดยให้ผู้รับการบำบัดเข้าสู่วงคีเ็นระดับต่าง ๆ และแสดงการรักษาดนตรีเองโดยทำทาง เช่น การรำรำในหมอลำผีฟ้า โขน โทกเก็ ก ยิมนาสติก เป็นต้น เป็นการใ้การใช้การรักษาจิตใจให้เข้มแข็งและใ้จิตใจรักษาการเจ็บป่วยทางกายอีกชั้นหนึ่ง ต่อมานักดนตรีและบุคลากรทางการแพทย์ชาวตะวันตกได้คิดใ้ดนตรีในการบำบัดในทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งต้องใ้บุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะหลายอาชีพ ได้แก่ นักแต่งเพลง นักดนตรี นักจิตวิทยา แพทย์ พยาบาล ฯลฯ และได้เรียกการรักษาโดยใ้ดนตรีแบบนี้ว่า ดนตรีบำบัด (MUSIC THERAPY) ซึ่งมีการบำบัดใน 3 ลักษณะ ได้แก่ การบำบัดข้อบกพร่อง การรักษา ศักยภาพของมนุษย์ และการพัฒนาศักยภาพเฉพาะด้าน จากแนวคิดของดนตรีบำบัดเพื่อรักษา ศักยภาพมนุษย์นี้เอง เป็นต้นความคิดของดนตรีสำหรับสปา โดยพัฒนาดนตรีเพื่อการฟังใ้เหมาะสมกับการทำสปา

ดนตรีเพื่อการฟัง

ดนตรีมีหลากหลายประเภท ซึ่งใช้ตามวัตถุประสงค์ เช่น ดนตรีเพื่อการลีลาศ ดนตรีประกอบการแสดง และดนตรีเพื่อการฟัง ซึ่งหลักการของดนตรีเพื่อการฟัง ต้องเป็นดนตรีในลักษณะดนตรีเสียงบริสุทธิ์ (ACOUSTIC MUSIC) เหมาะสำหรับการฟัง ไม่มีท่วงทำนองที่เศร้าหรือเร้าร้อนเกินไป จังหวะของเพลงเป็นจังหวะที่ผ่อนคลาย ซึ่งไม่จำกัดว่าเป็นเพลงที่มีการขับร้องหรือเป็นเพลงบรรเลง เป็นจังหวะที่ผ่อนคลาย ซึ่งไม่จำกัดว่าเป็นเพลงที่มีการขับร้องหรือเป็นเพลงบรรเลง เป็นที่รู้จักกันในชื่อดนตรีแบบสบาย (LIGHT MUSIC) นั่นเอง ส่วนสำหรับดนตรีในสเปาเป็นดนตรีเพื่อการฟัง โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะให้เกิดความผ่อนคลาย จึงเป็นดนตรีที่บำบัดอย่างง่ายประเภทหนึ่งด้วย ซึ่งการทำดนตรีในสเปานั้น นอกจากจะต้องมีความรู้ด้านดนตรีดีแล้วยังต้องมีความรู้ในด้านวัฒนธรรมและความรู้เชิงประวัติดนตรีอีกด้วย ซึ่งโดยหลักโดยรวมแล้ว เป็นเรื่องของสุนทรียศาสตร์ และองค์ประกอบด้านดนตรี

สุนทรียศาสตร์และองค์ประกอบของดนตรี

สุนทรียะ แปลว่า งาม ดี สุนทรียศาสตร์ แปลตรงความหมาย หมายถึง วิชาว่าด้วยความงาม มีนักปราชญ์และนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของสุนทรียศาสตร์ ซึ่งมีความหมายโดยสรุป หมายถึง “การศึกษาเรื่องมาตรฐานความงามในเชิงทฤษฎี อันเกี่ยวกับประสบการณ์ทางสุนทรียภาพ กฎเกณฑ์ทางศิลปะ” ในปัจจุบันสุนทรียศาสตร์ มีความหมายที่กว้างขวางขึ้น ได้แก่ “การศึกษาศิลปะแขนงต่าง ๆ หลักของศิลปะ กระบวนการสร้างสรรค์ศิลปะ ประสบการณ์ทางศิลปะ ศิลปะกับชีวิตและสังคม รวมถึงความงามและปรากฏการณ์ที่งดงามของธรรมชาติ” จะสังเกต ได้แก่ สุนทรียศาสตร์เป็นเรื่องของศิลปะ จึงมีความจำเป็นที่ต้องเข้าใจ ระดับของศิลปะ ซึ่งมี 2 ระดับ ได้แก่

1) อรรถศิลป์ (USEFUL ARTS) หมายถึง ศิลปะที่ให้ประโยชน์และความเพลิดเพลินใจทางสุนทรียะ กล่าวคือ ใช้ประโยชน์ได้และมีความงามเช่น เครื่องแต่งกาย เครื่องประดับ การตกแต่งบ้านและสวน เป็นต้น

2) วิจิตรศิลป์ (FINE ARTS) เป็นศิลปะที่เน้นความเพลิดเพลินทางสุนทรียะเพียงอย่างเดียว แบ่งเป็น

- 2.1 ทัศนศิลป์ (VISUAL ART) ได้แก่ งานด้านภาพเขียน งานแกะสลัก
- 2.2 โสตศิลป์ (AUDIO ART) ได้แก่ ดนตรี
- 2.3 สัญลักษณ์ศิลป์ (SYMBOLIC) ได้แก่ วรรณคดี
- 2.4 ศิลปะผสม (MIXED ART) ได้แก่ ละคร ภาพยนตร์ การลิลาศ

ซึ่งการจะเห็นและเข้าใจสุนทรียะได้นั้นต้องมีความเข้าใจและสั่งสมประสบการณ์ทางสุนทรียะ ซึ่งมีองค์ประกอบอยู่ 3 ระดับ ได้แก่

- 1) การทำให้กิจกรรมในชีวิตจริงหยุดพักชั่วคราว เช่น การฟังดนตรีทำให้เราเพลิดเพลินจนลืมเรื่องราวในชีวิตประจำวันไปชั่วคราว
- 2) เกิดอารมณ์ร่วม (SYMPATHY) เมื่อเราฟังเพลงเราจะรับรู้สีสันของเพลง เพลงนั้น เช่น สุข เศร้า เหงา เป็นต้น ซึ่งประสบการณ์ทางสุนทรียะในลักษณะนี้ เรียกอารมณ์ร่วม
- 3) เกิดจินตนาการ (IN FEELING) หรือความคิดสองสวय (Psychic Distance) เช่น เมื่อเราฟังเพลงที่มีเสียงระฆัง หรือเสียงหรีดหรือไวโอลิน ร้องเป็นฉากหลักของเพลง เราจะจินตนาการถึงยามกลางคืน วัดความสงบวังเวง ฯลฯ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิมของปัจเจกบุคคล โดยมีทิศทางในการเกิดจินตนาการไปในทางเดียวกัน แต่อาจแตกต่างกันในรายละเอียด

ดนตรีในมีวัตถุประสงค์ให้เกิดประสบการณ์ทางสุนทรียะในระดับการเกิดอารมณ์ร่วม ไม่เพียงให้เกิดจินตนาการ เนื่องจากประสบการณ์ทางสุนทรียะของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ตามสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมซึ่งบางครั้งผลที่ออกมาจากการเกิดจินตนาการ เป็นการโยงประสบการณ์ที่เป็นเชิงลบของบุคคลนั้นให้เกิดขึ้นในจินตนาการ ทำให้เกิดผลเชิงลบกับธุรกิจสปา เช่น การได้ยินเสียงโหวด ชาวอีสานที่ทำงานต่างถิ่นจะคิดถึงบ้านในภาคอีสาน ทำให้เกิดความเศร้า เหงา โหยหา แทนที่จะเป็นความสุข เป็นต้น ซึ่งการสร้างสรรคงานทางดนตรี หรือแม้แต่การคัดเลือกเพลงเพื่อใช้ในกิจกรรมสปาให้เหมาะสม นอกจากจะเข้าใจถึงสุนทรียะ วัฒนธรรม อารมณ์ของเสียงแล้วนั้น สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งต้องเข้าใจองค์ประกอบของดนตรีด้วย

องค์ประกอบของดนตรี

ในภาพรวมของดนตรีไม่ว่าจะเป็นกลุ่มดนตรีพื้นบ้าน (FOLK MUSIC) กลุ่มดนตรีสมัยนิยม (POPULAR MUSIC) ซึ่งแบ่งเป็นดนตรีไทยสากล ดนตรีสากล ซึ่งแต่ละกลุ่มแบ่งเป็นประเภทย่อย ๆ อีกมาก และกลุ่มดนตรีอมตะ (CLASSICAL MUSIC) มีองค์ประกอบในภาพรวมใกล้เคียงกัน ได้แก่

- 1) จังหวะ (RHYTHM) แบ่งเป็นการจัดกลุ่มจังหวะตบ (มือ) ตามธรรมชาติ
จังหวะพื้นฐาน (BASIC RHYTHM) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเร็ว – ช้า ของ
บทเพลงนั้น ๆ
ลีลาจังหวะ (RHYTHM PATTERN) เป็นลีลาที่ปรากฏในเครื่องดนตรีในกลุ่ม
เครื่องให้จังหวะในวงดนตรี มีชื่อเรียกกระสวนของจังหวะเป็นแบบเฉพาะตัว เช่น วอลซ์ แทงโก้
ปรบไก่ รำวง สองไม้ เป็นต้น
- 2) ทำนอง (MELODY) เป็นการจัดระบบเสียงในระดับแนวนอนให้เกิดความต่อเนื่อง
เป็นส่วนที่ง่ายที่สุดในการจดจำ
- 3) เสียงประสาน (HARMONY) เป็นการนำเสียงดนตรีหรือการขับร้องมากกว่า 1 เสียง ใน
แนวตั้งมาผสมผสานกันให้เกิดความไพเราะในรูปของขั้นคู่เสียง (INTERVAL) และคอร์ด (CHORD)
- 4) ระบบเสียง (SCALE) เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้เกิดลำดับของเสียงเป็นช่วงทาบ เช่น 7
เสียงต่อ 1 ช่วงทาบ (OCTAVE) หรือ 5 เสียงต่อ 1 ช่วงทาบ (PENTATONIC) ระบบเสียงทุกระบบมีขั้นเสียง
ลำดับที่ 1 (TONI) เป็นจุดเริ่มต้นทั้งสิ้น เรามักรู้จักในรูปของบันไดเสียง เช่น C MAJOR เป็นต้น
- 5) รูปแบบ (FORM) เป็นการแบ่งท่อนในบทเพลง เช่น เพลงท่อนเดียว เพลง 2 ท่อน
 เป็นต้น
- 6) สีสันของเสียง (TONE COLOR) เมื่อนำองค์ประกอบของดนตรีใน 5 ข้อแรกมา
ผสมผสานกัน ทำให้เกิดสีสันของเสียง ซึ่งเป็นตัวหลักทำให้บทเพลงเกิดอารมณ์ร่วมและ
จินตนาการ

การเลือกดนตรีในการบำบัดและการทำสปา

การเลือกดนตรีในการทำสปานั้น ควรคำนึงถึงหลักเกณฑ์ในการคัดสรรเพลง และประเภท
ของเพลงดังต่อไปนี้

- 1) เป็นเพลงบรรเลงด้วยเครื่องดนตรีธรรมชาติ ไม่ใช่เครื่องดนตรีไฟฟ้า
- 2) เป็นเพลงที่ให้อารมณ์สุนทรีย์ในระดับให้อารมณ์ร่วม ไม่ควรถึงระดับจินตนาการ
- 3) เป็นเพลงที่เหมาะสมกับบรรยากาศสปาในสถานที่นั้น
- 4) เป็นเพลงที่ให้ความรู้สึกผ่อนคลาย สบาย

ประเภทของเพลงในสปา

1) เพลงจากธรรมชาติ (NATURE SOUND) เป็นเสียงธรรมชาติที่นำมาบันทึกไว้ เช่น เสียงคลื่นซัดฝั่งยามกลางคืน เสียงนกร้อง เสียงน้ำตก เสียงจากธรรมชาติ เป็นเสียงดนตรีดั้งเดิมที่มนุษย์คุ้นชิน จึงสามารถโน้มน้าวให้มนุษย์นึกถึงความสุข ความสบาย จากการสัมผัสธรรมชาติได้ เสียงธรรมชาตินี้อาจเกิดจากเสียงธรรมชาติจริงในสปาก็ได้ เช่น เสียงน้ำตกจำลอง หรือเสียงนกที่เลี้ยงไว้ เป็นต้น

2) เพลงผสมผสานระหว่างเสียงธรรมชาติและดนตรี บ่อยครั้งที่เสียงธรรมชาติโน้มน้าวใจมนุษย์ให้จินตนาการไปในทางลบ เช่น เสียงคลื่นซัดฝั่งผสมเสียงแมลงกลางคืน หลายคนเมื่อได้ฟังกลับรู้สึกน่ากลัว น่าวังเวง แทนที่จะรู้สึกผ่อนคลาย ดังนั้น จึงมีการนำดนตรีเข้ามาผสมผสานกับเสียงธรรมชาติ เพื่อป้องกันมิให้จินตนาการเตลิดไปในทางลบ

การผสมผสานดนตรีและเสียงธรรมชาติ ทำได้ 2 แบบ ได้แก่ การเริ่มต้นด้วยเสียงธรรมชาติ แล้วตามด้วยเสียงเพลงที่แผ่วเบาและค่อย ๆ ดังขึ้นจนได้ระดับ จบเพลงด้วยเสียงธรรมชาติ อีกวิธีหนึ่งบันทึกเสียงธรรมชาติแทรกลงไปในเสียงเพลงเป็นช่วง ๆ ตลอดทั้งเพลง

การผสมระหว่างดนตรีและเสียงธรรมชาตินี้ใช้ได้ผลดีสำหรับชาวตะวันตก ซึ่งมีนิสัยรักการผจญภัยและอยู่ในสังคมเมืองใหญ่ที่ขาดแคลน ธรรมชาติบริสุทธิ์แต่สำหรับเมืองไทย ใช้ได้ผลในกลุ่มสังคมเมืองที่ชีวิตประจำวันเร่งรีบ แต่สำหรับกลุ่มคนที่ชีวิตประจำวันสัมผัสกับธรรมชาติอยู่บ้างแล้ว เช่น สังคมของบุคลากรในมหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สภาพแวดล้อมทางนิเวศยังมีต้นไม้ดอกไม้ นก ร้อง ผีเสื้อ และสัตว์นานาชนิดมากมาย มีกลิ่นหอมของดอกไม้ อยู่มาก จะใช้ไม่ได้ผล

เสียงดนตรีที่ใช้ในสปาต้องเป็นดนตรีที่เกิดจากเครื่องดนตรีจริงไม่ใช่เครื่องดนตรีที่ใช้ไฟฟ้า เนื่องจากต้องการเสียงบริสุทธิ์และคุณภาพเสียงจากเครื่องดนตรีจริงจะสามารถโน้มน้าวจิตใจได้ดีกว่าเครื่องดนตรีไฟฟ้า เครื่องดนตรีที่สื่ออารมณ์ได้ดี ได้แก่ เครื่องดนตรีกลุ่มเครื่องสาย (STRING INSTRUMENT) และกลุ่มเครื่องเป่า (WIND INSTRUMENT) ในตระกูลเครื่องลมไม้ (WOODWIND INSTRUMENT) เพลงที่ใช้ควรเป็นเพลงบรรเลง ที่ให้อารมณ์ผ่อนคลาย สบาย ดังนั้น จึงควรเป็นเพลงในกลุ่มบันไดเสียงเมเจอร์ และมีจังหวะที่ไม่เน้นให้ชัดเจนหรือหนักแน่นจนเกินไป เนื่องจากจังหวะของกลองหรือเครื่องดนตรีที่ควบคุมจังหวะจะมีเสียงที่เน้นหนักเป็นระยะที่มีช่องเวลาห่างเท่ากันนั้น ส่งผลให้กับการเต้นของหัวใจ เนื่องจากเมื่อฟังเพลงไประยะหนึ่ง การเต้นของหัวใจจะปรับตัวให้ใกล้เคียงกับจังหวะเคาะของเพลงนั้น ดังนั้น ถ้าเพลงที่มีกระสวน

จังหวะ (RHYTHMIC PATTERN) ที่แน่นชัด ควรคัดเลือกเพลงที่มีกระสวนจังหวะที่เคาะไม่เกิน 60 ครั้ง/นาที ซึ่งใกล้เคียงจังหวะการเต้นของหัวใจมนุษย์

องค์ประกอบทางกายภาพอื่น ๆ

การเลือกเพลงในการทำสปานอกจากจะต้องคัดสรรเพลงแล้ว ยังต้องคำนึงถึงลักษณะทางกายภาพอื่น ๆ ได้แก่ โทนสีของห้อง สีแต่ละสีให้ความรู้สึกต่างกัน เช่น สีเหลืองให้ความรู้สึกอบอุ่น – ร้อน สีเขียวให้ความรู้สึกชื่นใจ เป็นต้น เพลงที่ใช้ต้องไม่ขัดแย้งกับโทนสีของห้องแสงในสปา แสงธรรมชาติในการทำสปาที่เหมาะสมที่สุด คือ ช่วงเช้าประมาณ 7.00 น. และช่วงเย็นเวลาประมาณ 17.00 – 18.00 น. แต่การทำสปามักจะไม่ใช้ช่วงเวลานี้ ซึ่งใช้การเปิดไฟดวงเล็ก ๆ ตามมุมห้องหรือจุดเทียนหอมแทนองค์ประกอบทางกายภาพอื่น ๆ เช่นสถานที่ ทำสปานั้นเป็นสถานที่เปิด เช่น สวนหรือห้องน้ำที่เปิดเป็นธรรมชาติภายนอก หรือเป็นสถานที่ปิด เช่น อาคารพาณิชย์ ล้วนมีผลกระทบต่อเสียงดนตรีทั้งสิ้น สถานที่เปิดนั้นสิ่งที่โน้มน้าวสายตา มักเป็นธรรมชาติรอบตัว ดังนั้นดนตรีจึงต้องเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของธรรมชาติ ส่วนสถานที่ปิดสิ่งที่โน้มน้าวสายตา เป็นการประดับตกแต่งในสถานที่นั้น ซึ่งเป็นการออกแบบเชิงสถาปัตยกรรม ซึ่งเป็นเรื่องของความนิยมและระบบวัฒนธรรมการเลือกดนตรีจึงต้องเหมาะสมกับการตกแต่งภายในของสถานที่นั้นด้วย นอกจากนี้โทนสีของห้องหรือหลักในการใช้สีควรพิจารณาดังนี้ คือ

สี หลักการใช้สี การใช้สีกับงานออกมานั้น อยู่ที่นักออกแบบมีจุดมุ่งหมายใด ที่จะสร้างความสนใจ ความเข้าใจต่อผู้ดู เพื่อให้เข้าถึงจุดหมายที่ตนต้องการ หลักของการใช้มีดังนี้

1.การใช้สีวรรณะเดียว ความหมายของสีวรรณะเดียว (tone) คือกลุ่มสีที่แบ่งออกเป็นวงล้อของสีเป็น 2 วรรณะ คือ วรรณะร้อน (warm tone) ซึ่งประกอบด้วย สีเหลือง สีส้ม สีแดง สีม่วง สีเหล่านี้ให้อิทธิพล ต่อความรู้สึก ตื่นเต้น เร้าใจ กระฉับกระเฉง ถือว่าเป็นวรรณะร้อน วรรณะเย็น (cool tone) ประกอบด้วย สีเหลือง สีเขียว สีน้ำเงิน สีม่วง สีเหล่านี้ดู เย็นตา ให้ความรู้สึก สงบ สดชื่น (สีเหลืองกับสีม่วงอยู่ได้ทั้งสองวรรณะ) การใช้สีแต่ละครั้งควรใช้สีวรรณะเดียวในภาพทั้งหมด เพราะจะทำให้ภาพความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (เอกภาพ) กลมกลืน มีแรงจูงใจให้ค่อยตามได้มาก

2.การใช้สีต่างวรรณะ หลักการทั่วไป ใช้อัตราส่วน 80% ต่อ 20% ของวรรณะสี คือ ถ้าใช้สีวรรณะร้อน 80% สีวรรณะเย็น20% เป็นต้น ซึ่งการใช้แบบนี้สร้างจุดสนใจของผู้ดู ไม่ควรใช้อัตราส่วนที่เท่ากันเพราะจะทำให้ไม่มีสีใดเด่น ไม่น่าสนใจ

3.การใช้สีตรงกันข้าม สีตรงข้ามจะทำให้ความรู้สึกที่ตัดกันรุนแรง สร้างความเด่นและเร้าใจได้มากแต่หากใช้ไม่ถูกหลัก หรือไม่เหมาะสม หรือใช้จำนวนสีมากเกินไป ก็จะทำให้ความรู้สึกพรั่มว ลายตา ขัดแย้ง ควรใช้สีตรงข้าม ในอัตราส่วน 80% ต่อ20% หรือหากมีพื้นที่เท่ากันที่จำเป็นต้องใช้ ควรนำสีขาว หรือสีดำ เข้ามาเสริม เพื่อ ตัดเส้นให้แยกออกจากกันหรืออีกวิธีหนึ่งคือการลดความสดของสีตรงข้ามให้หม่นลงไปสีตรงข้ามมี 6 คู่ได้แก่

สีเหลือง	ตรงข้ามกับ	สีม่วง
สีแดง	ตรงข้ามกับ	สีเขียว
สีน้ำเงิน	ตรงข้ามกับ	สีส้ม
สีเขียวเหลือง	ตรงข้ามกับ	สีม่วงแดง
สีส้มเหลือง	ตรงข้ามกับ	สีม่วงน้ำเงิน
สีส้มแดง	ตรงข้ามกับ	สีเขียวน้ำเงิน

สีร้อน (สีอุ่น) Warm Colors นับจากโทนสีเหลือง ชมพู แดง ส้ม ม่วง น้ำตาล สีเหล่านี้ให้ความหมายที่เร้าร้อน ก้าวร้าว มีอิทธิพลต่อการ ดึงดูดและกระตุ้นอารมณ์ได้ มากมายกว่าโทนสีอื่นๆ สีเหล่านี้จะใช้มากกับงานประเภท หัวหนังสือ นิติศาสตร์ แค็ตตาล็อก ตลอดจนป้ายโฆษณาต่างๆซึ่งจะกระตุ้นความสนใจต่อผู้พบเห็นได้เร็ว สีโทนร้อน คือสีที่ให้ความหมาย รื่นเริง สดชื่น ดูฉลาด บาดอารมณ์

สีเย็น (Cool Colors) เริ่มจากสีเทา ฟ้ำ น้ำเงิน เขียว สีโทนนี้จัดอยู่ในสีโทนเย็น ให้อารมณ์ความรู้สึก สงบ สะอาด เย็นสบาย

สีขาว (White) คือสีแห่งความสะอาด บริสุทธิ์ ไร้เดียงสา เหมือนกับสำนวนที่ ชอบพูดว่า "เด็กที่เกิดมาเหมือนผ้าขาวที่ยังไม่มีรอยแปดเปื้อน"

สีแดง (Red) คือสีแห่งความกระตือรือร้น เร้าร้อน รุนแรง สะเทือนอารมณ์ มีพลังความสว่างโชติช่วง เป็นสัญลักษณ์แห่งความรัก ดึงดูด ความสนใจ หากเป็นสีชมพู ซึ่งความเข้มของสีจะจางลงจะให้ความรู้สึกหวานโรแมนติก

สีเหลือง (Yellow) คือสีแห่งความสุขสดชื่น ร่าเริงมีชีวิตชีวา เป็นสีที่เข้าได้กับทุกสี สีเขียว (Green) คือสีของต้นไม้ ใบหญ้า เป็นสัญลักษณ์ของความสงบ เรียบง่าย ความเข้มของสีเขียวให้ความหมายถึงความอุดมสมบูรณ์

สีฟ้า (Blue) คือ สีแห่งท้องฟ้าและน้ำทะเล เป็นสัญลักษณ์ของความสงบ เยือกเย็น มั่นคง แต่เต็มไปด้วยพลัง หากเป็นสีฟ้าอ่อนจะให้ความรู้สึก สดชื่น สวยงาม กระฉับกระฉ่ง เป็นหนุ่มสาว

สีม่วง (Purple) คือสีแห่งความลึกลับ ซ่อนเร้น เป็นสีที่มีอิทธิพลต่อจินตนาการ และความอยากรู้อยากเห็นหับเด็ก เช่น เรื่องเทพนิยายต่างๆ

สีน้ำตาล (Brown) เป็นสีสัญลักษณ์แห่งความรุ่มโรยเปรียบเสมือนต้นไม้มีใบร่วงหล่นเมื่อถึงอายุขัย เป็นสีที่ให้ความหมายดูเหมือนธรรมชาติ เช่น สีน้ำตาลอ่อนและสีแก่ของลายไม้เป็นต้น

สีแจ๊ด (Vivid Colors) คือสีที่สะดุดตาเร็วมองเห็นได้ไกล โทนสีตัดกันแบบตรงข้าม เช่น แดงกับดำ เหลืองกับน้ำเงิน เขียวกับแดง ดำกับเหลืองเป็นต้น สีจำพวกนี้นิยมใช้กันมากในงานของเด็กเล่น ภัตตาคาร ร้านอาหาร ประเภทฟาสต์ฟู้ด ค่าเฟ่ ข้อเสียของสีประเภทนี้หากใช้จำนวนมากจะดูคล้ายตา พร่า วิธีใช้ที่ดีควรใช้หนึ่งหรือสองสีเป็นตัวเน้นหนัก

สีทึบ (Dull Color) คือสีอ่อนที่ค่อนข้างเข้มหรือสีที่เฉิดจางลง ให้ความรู้สึกที่ สลัว ลาง มัว บางครั้งดูเหมือนฝัน และดูคล้ายเครียด

สีจาง (สีอ่อน) Light Colors ให้ความหมายที่ดูอ่อนโยน เบาหวิวเหมือนคลื่นเมฆ หรือปุยฝ้าย ช่วยทำให้พื้นที่ที่แคบดูให้กว้างขึ้น โทนสีจำพวกนี้จะใช้กันมากกับเสื้อผ้า สตรี ชุดชั้นใน แพชั่นชุดนอน ในงานศิลปะบางอย่างใช้สีอ่อน เป็นพื้นฉากหลัง เพื่อขับให้รูปทรงลอยเด่นขึ้น

สีมืดทึบ (Dark Colors) ให้ความรู้สึกหนัก แข็งแกร่ง เข้ม มีพลัง สังเกตดูได้จากสีเครื่องแต่งกายของทหาร สีสูทของผู้ชาย ชุดฟอร์มของช่าง เป็นต้น (<http://cpa7.exteen.com/20050906/entry-1>)

สีส่งผลต่ออารมณ์มนุษย์ ทั้งสร้างความมั่นใจ ก่อให้เกิดความเครียด ลดความเครียด สร้างความสุข ดันแคน สมิธ, (2008) นักวิจัยจากมหาวิทยาลัยซัสเซ็กซ์ ประเทศอังกฤษ จึงทดลองด้วยการให้อาสาสมัครเข้าไปอยู่ในห้องครั้งละ 1 คน จากนั้นเปิดแสงไฟครั้งละ 1 สี แล้วบันทึกการทำงานของสมอง อัตราการเต้นของหัวใจ และระดับของเหงื่อที่ไหลออกมา พบว่า “สีน้ำ

เงิน" เป็นสิ่งที่ทั้งชายและหญิงรู้สึกผ่อนคลาย "สีม่วง" เป็นสีที่เฉพาะผู้หญิงรู้สึกผ่อนคลายเท่านั้น "สีน้ำเงิน" และ "สีเขียว" ทำให้ผู้ชายมีความสุข "สีน้ำเงิน" "สีส้ม" และ "สีม่วง" เป็นสีที่สร้างฮึกเหิมให้กับผู้หญิง "สีน้ำเงิน" และ "สีแดง" เป็นสีที่สร้างความมั่นใจให้กับผู้ชาย "สีน้ำเงิน" และ "สีม่วง" เป็นสีที่สร้างความมั่นใจให้กับผู้หญิง "สีแดง" เพิ่มระดับความหลงตัวเองในผู้ชาย และเป็นสีที่ทำให้ทั้งชายและหญิงรู้สึกผ่อนคลายน้อยที่สุด สมิท ยังเชื่ออีกว่าคนเรามีความเชื่อมานานแล้วว่า สีส่งผลต่ออารมณ์ ซึ่งการทดลองนี้เป็นหลักฐานยืนยันความเชื่อดังกล่าวในทางวิทยาศาสตร์"อโรมาเทอราปี"

คุณค่าแห่งสมุนไพรที่มีมาแต่โบราณ อโรมาเทอราปี (Aromatherapy) แปลเป็นไทยว่า "สุคนธ์บำบัด" พงศุภรุกรหาไม่ใช่เล่น แปลอีกทีได้ว่า การบำบัดโรคหรืออาการต่าง ๆ ของร่างกายโดยใช้กลิ่นจากน้ำมันหอม (essential oil) ที่สกัดมาจากส่วนต่างๆ ของพืช ลองคิดถึงการใช้เราดมยาดม ยาหอมองหรือยาหอมเวลาวิงเวียนศีรษะ หรือการทำเจลบรรเทาปวดเพื่อสูดไอระเหยตก่อนนอนเมื่อเป็นหวัดคัดจมูก ก็เป็นตัวอย่างหนึ่งของศาสตร์นี้ผู้บัญญัติศัพท์ "Aromatherapy" ขึ้นมาคือนักเคมีชาวฝรั่งเศสชื่อ Rene Maurice Gattefosse ผู้ริเริ่มการวิจัยถึงพลังในการรักษาของน้ำมันหอม หลังจากที่เขาถูกไฟลวกที่มือแล้วจุ่มแผลลงในน้ำมันลาเวนเดอร์ แล้วพบว่ารอยแผลนั้นหายเร็วกว่าปกติ เขาได้ตีพิมพ์หนังสือเกี่ยวกับผลการต่อต้านเชื้อโรคของน้ำมันหอมในปี 1937 และบัญญัติศัพท์นี้ขึ้นมา ทั้งยังนำมาใช้รักษาอาการบาดเจ็บของทหารระหว่างสงครามโลกครั้งที่สองด้วย จุดประกายให้แพทย์และนักวิทยาศาสตร์อีกหลายชาติสนใจค้นคว้าเรื่องนี้อย่างจริงจัง และพัฒนามาเป็นเทคนิควิธีการที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน แม้แต่บ้านเราเอง คนไทยก็นิยมใช้ยาหอม ยาดม เพื่อบรรเทาอาการวิงเวียน หน้ามืดตาลาย รวมถึงการอบสมุนไพรภายหลังการคลอดบุตรมานานแล้ว

กลิ่น น้ำมันหอม (Essential Oil) พลังสร้างสรรค์จากธรรมชาติ พืชพรรณที่มีกลิ่นหอม มักจะมีส่วนประกอบของน้ำมันที่ผลิตขึ้นมาตามธรรมชาติ เก็บไว้ในส่วนต่างๆ เช่น กลีบดอก ใบ ผิวของผล เกสร ราก หรือเปลือกของลำต้น ซึ่งพืชแต่ละชนิดก็จะมีกลิ่นเฉพาะตัวต่างกัน ไป น้ำมันนี้จะระเหยได้เร็วมากโดยเฉพาะที่อุณหภูมิ 30-40 องศาเซลเซียส เมื่อได้รับความร้อนจะระเหยออกมาให้กลิ่นหอมอบอวลไปทั่ว ธรรมชาติสร้างสรรค์ให้กลิ่นดอกไม้ช่วยดึงดูดให้แมลงมาช่วยผสมเกสร หรือปกป้องศัตรู เมื่อคนเรารู้จักวิธีการสกัดน้ำมันเหล่านี้ออกมาแยกแยะคุณสมบัติทางเคมีแล้ว ก็นำอัศจรรย์เมื่อพบว่าหลายชนิดเป็นยาต่อต้านเชื้อโรค แบคทีเรีย หรือเชื้อรา ใช้บรรเทาอาการปวดบวมอักเสบ หรือทำให้จิตใจเบิกบาน ระบายความกังวลได้ โดยขึ้นอยู่กับน้ำมันหอมแต่ละชนิด วิธีการในการสกัดน้ำมันหอม มีหลายวิธี เช่น การกลั่น การสกัดด้วยน้ำมัน การ

สกัดด้วยแอลกอฮอล์ การคั้นด้วยแรง และการสกัดด้วยคาร์บอนไดออกไซด์เหลว เป็นต้น ครั้งหนึ่งๆ ต้องใช้ดอกไม้ หรือใบไม้จำนวนมากเพื่อให้ได้มาซึ่งน้ำมันไม่กี่หยด ทำให้หัวน้ำมันหอมมีความเข้มข้นสูง และราคาค่อนข้างแพง อย่างที่เห็นวางขายในขวดสีชากรองแสงขวดเล็กๆ มีหลากหลายกลิ่นให้เลือก ลักษณะน้ำมันนี้ไม่ได้เป็นมันหรือทิ้งคราบมันอย่างน้ำมันทั่วไป เพียงแต่ไม่สามารถผสมเป็นเนื้อเดียวกับน้ำได้ และจะรวมตัวได้ดีกับน้ำมันพืช ดังนั้นเวลานำมาใช้ทำอะไรก็ตาม จะต้องทำให้เจือจางเสียก่อน หากนำมานวดผอนคล้ายตัวมักจะต้องผสมกับน้ำมันพืชบริสุทธิ์ (base oil) อย่างเช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันทานตะวัน น้ำมันโจโจ้บา น้ำมันมะกอก น้ำมันดอกคำฝอย เป็นต้น นอกจากน้ำมันนวดแล้ว ก็ยังสามารถใช้หัวน้ำมันหอมเพียงไม่กี่หยดมาผสมกับน้ำ หรือปรุงกับครีม แชมพู สบู่ เจลอาบน้ำ ฯลฯ หลากกลิ่น...หลายอารมณ์ความรู้สึกกลิ่นหอมของน้ำมันหอม อาจแบ่งเป็นกลุ่มต่างๆ ได้ดังนี้

- กลิ่นส้ม ให้ความรู้สึกสดชื่นและสะอาด ได้จากพืชในตระกูลส้ม
- กลิ่นเครื่องเทศ ให้ความรู้สึกหนัก หวาน และลึก ได้จากเครื่องเทศต่างๆ เช่น อบเชย กานพลู
- กลิ่นดอกไม้ ให้ความรู้สึกอ่อนหวาน นุ่มนวล ได้จากดอกไม้ที่มีกลิ่นหอมต่างๆ เช่น กุหลาบ มะลิ พิกุล แก้ว
- กลิ่นป่า ให้ความรู้สึกแห้งและเบาสบาย ได้จากน้ำมันจากเนื้อไม้ต่าง ๆ เช่น น้ำมันสน
- กลิ่นสมุนไพร เป็นกลิ่นของเมนทอล และกลิ่นสีเขียวของใบไม้ ได้จากน้ำมันโหระพา กระเพรา สะระแหน่ ตะไคร้กลิ่นหอมจากพืชพรรณเหล่านี้มีผลต่อจิตใจ และอารมณ์

ความรู้สึกของคนมาก เมื่อเราสัมผัสกับกลิ่นด้วยการสูดไอรระเหย การนวดน้ำมันบนผิวเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทาครีม เจล หรือแม้แต่การอาบน้ำหรือแช่น้ำที่ผสมน้ำมันหอมหรือกิจกรรมใด ๆ ก็ตาม โมเลกุลของกลิ่นหอมจะผ่านเข้าไปทางจมูก ไปกระตุ้นเซลล์ประสาทรับความรู้สึกที่อยู่ในโพรงจมูก ทำให้เกิดกระแสประสาทวิ่งไปยังศูนย์รับรู้กลิ่นในสมอง แล้วผ่านไปยังส่วนของสมองที่เรียกว่า ลิมบิกซิสเต็ม (limbic system) ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมการเรียนรู้ ความจำ อารมณ์ ความหิวและอารมณ์ทางเพศ กลิ่นที่เข้ามากระตุ้นลิมบิกซิสเต็ม จะทำให้สมองปล่อยสารเอนดอร์ฟิน (endorphins) เอนเซฟาลิน (encephaline) และเซโรโทนิน (serotonin) ออกมา เอนดอร์ฟินจะช่วยลดความเจ็บปวด เอนเซฟาลินจะส่งเสริมให้มีอารมณ์ดี และเซโรโทนิน จะช่วย

ให้สงบเยือกเย็น และผ่อนคลาย ดังนั้นอโรมาเทอราปี จึงถูกนำมาใช้ในการคลายความเครียด เหนื่อยล้า และโรคนอนไม่หลับได้ กลิ่นต่างๆ มักจะนิยมใช้ในสปา สำหรับนวดตัว หรือจุดให้หอม ระเหยสร้างบรรยากาศ ที่พบได้บ่อยๆ เช่น

- กลิ่นลาเวนเดอร์ มาจอบรอนคาโมไมล์ และดอกส้ม จะช่วยทำให้ง่วง นอนหลับสบาย จึงนำมาใช้บำบัดอาการเครียด นอนไม่หลับ โกรธ กังวล ไร้ความมั่นใจ และความดันโลหิตสูง ทำให้ร่างกายผลิตเซโรโทนิน ทำให้ใจสงบกลิ่นกุหลาบ และคลาร์รี่เสจ ไปกระตุ้นทาลามัสและการผลิตเอนเซฟาลิน ช่วยผ่อนคลายอารมณ์ดีเครียด

- กลิ่นเปปเปอร์มินท์ และโรสแมรี่ ช่วยกระตุ้นการผลิตอะดรีนาลิน ทำให้มีพลังงานมากขึ้น จิตใจเบิกบาน และลดการเหนื่อยล้าทั้งร่างกายและจิตใจกลิ่นเจราเนียม จะช่วยปรับระดับฮอร์โมนในร่างกายให้เข้าสู่สมดุล ซึ่งจะทำให้จิตใจเป็นปกติจึงมีประโยชน์กับสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มักจะมีอารมณ์แปรปรวน หดหู่ เศร้าหมองยูคาลิปตัส (Eucalyptus) หรือ คาเจพุทธรักษา (Cajeput) สามารถใช้หยดบนผ้า สำลี หรือในอ่างน้ำร้อน แล้วสูดดมไอน้ำ แก้อาการหวัดหรือแพ้อากาศได้ จึงพบเสมอในยาต้มที่ใช้กันแพร่หลาย

- บางชนิดเหมาะสำหรับการทาผิวเพื่อบำรุงผิวพรรณ เช่น ทีทรี (Tea Tree) ลาเวนเดอร์ (Lavender) เทอเมอร์ริก (Turmeric) จึงนิยมนำมาผสมกับครีม หรือเจลสำหรับการอาบน้ำ

- เฟนเนล (Fennel) เกรปฟรุ้ต (Grapefruit) ใช้ทาผิวเพื่อลดไขมัน

สำหรับน้ำมันหอมจากพืชพรรณไม้ของไทยที่น่าจะผลิตใช้ได้เองในเมืองไทยได้แก่

- น้ำมันตะไคร้หอม (Citronella Oil) ใช้ทาผิวเพื่อกันยุง สามารถทำเป็นสเปรย์พ่นด้วยการนำมาผสมกับน้ำบริสุทธิ์หรือน้ำมันดอกโหระพา (Sweet Basil Oil) ช่วยป้องกันการติดเชื้อไล่แมลง บรรเทาอาการปวดต่างๆ รวมทั้งโรคเก๊าท์ และยังช่วยลดอาการเครียด กระวนกระวาย ทำให้อารมณ์สดชื่นขึ้นจากความเหนื่อยล้าการใช้ต้องระวังเพราะอาจจะคายเคืองต่อผิวหนังได้ง่าย

- น้ำมันขิง (Zingiber officinale) และน้ำมันพริกไทยดำ (Black Pepper Oil) ช่วยบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อและรูมาติซึม โดยทำเป็นน้ำมันนวดประคบ นอกจากนี้ยังบรรเทาอาการเครียด กระวนกระวาย เหนื่อยล้า และทำให้เกิดอาการตื่นตัว อบอุน อย่างไรก็ตาม การใช้ น้ำมันขิงต้องระวังให้ใช้นานน้อยๆ เพราะจะระคายเคืองต่อผิวหนังได้ง่าย และห้ามใช้ในหญิงมีครรภ์น้ำมันจันทน์ (Sandalwood Oil) ให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนังที่แห้ง และผมที่เสีย นอกจากนี้ยัง

ช่วยให้จิตใจผ่อนคลาย สงบ สร้างความสดชื่นให้กับจิตใจที่กำลังหดหู่ และช่วยทำให้นอนหลับสบาย ห้ามใช้ในหญิงมีครรภ์ และอาจทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง

- น้ำมันกระดังงาไทย (Ylang Ylang Oil) ช่วยเสริมการออกงามของเส้นผม บำบัดอาการจากแมลงกัดต่อย และใช้กับผิว ป้องกันการติดเชื้อและการกระจายตัวของเชื้อโรค ใช้กับผิวหนังได้ทุกชนิด ในทางจิตใจ ช่วยบรรเทาอาการจิตใจหดหู่ เครียด และการนอนไม่หลับ รวมถึงอาการโกรธ กระวนกระวายใจ ทำให้สดชื่นและผ่อนคลายมากขึ้น การใช้ต้องระวังไม่ใช้ในขนาดเข้มข้นกับคนที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง เพราะจะทำให้คลื่นไส้และปวดศีรษะได้

- น้ำมันดอกมะลิ (Jasmine Oil) ช่วยทำให้จิตใจผ่อนคลาย ตื่นตัว ไม่หดหู่เศร้า หมองน้ำมันมะกรูด (Bergamot Oil) ช่วยป้องกันการติดเชื้อ บำบัดอาการผื่นแดงของผิวหนัง และยังช่วยให้จิตใจสงบ สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี และหลับสบาย การจะนำหัวน้ำมันหอมที่มีวางจำหน่ายอยู่ทั่วไปมาผสมใช้เอง ไม่ว่าจะใช้น้ำมันนวด ครีม แชมพู หรืออื่นๆ ควรศึกษาวิธีการและได้รับคำแนะนำอย่างจริงจังจากผู้เชี่ยวชาญ เพราะการใช้ในปริมาณที่ไม่เหมาะสมอาจเกิดผลเสียต่อร่างกายแทนที่จะเป็นผลดีได้ ต้องระวังไม่สัมผัส หรือสูดกลิ่นของหัวน้ำมันนั้นโดยตรงเพราะมีความเข้มข้นสูง ทำให้อาจเป็นอันตรายต่อผิวหนังและเนื้อเยื่อจมูก จึงต้องนำมาเจือจางก่อนใช้เสมอ นอกจากนี้ น้ำมันหอมจากพืชตระกูลส้มทุกชนิดหรือน้ำมันมะกรูด อาจมีปฏิกิริยาต่อแสงแดด ทำให้เกิดการแพ้ได้ง่าย ใครที่คิดใช้น้ำมันหอมในกลุ่มนี้ทาตัวทาผิวก็ไม่ควรออกไปเดินตากแดด อาจเกิดแพ้แดดขึ้นมาได้โดยไม่รู้ตัวควรระวังไว้ก่อนเป็นดี (http://women.sanook.com/beauty/skincare/body_00222.php)

อาหาร สารอาหารบำบัดโรคซึมเศร้าเป็นอาการป่วยทางจิตใจ ซึ่งอาจมีสาเหตุจากความรู้สึกเครียด ท้อแท้ วิตกกังวล หรือการสูญเสียบุคคลที่รักทำให้ ไม่อยากอาหาร หรือไม่สนใจคนภายนอก การรับประทานอย่างถูกต้อง เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่สำคัญและจำเป็นต่อการป้องกันโรคซึมเศร้า ก็อาจช่วยลดหรือป้องกันการซึมเศร้าได้ด้วย อาหารที่ช่วยป้องกันการซึมเศร้าได้แก่ วิตามินบี 1 เช่น ส้ม ถั่วลิสง เต้าหู้ ถั่วเขียว ถั่วแดง วิตามินบี 3 เช่น เนื้อสัตว์ ปลา รำข้าว ซึ่งมีสารไนอะซิน จะช่วยลดความตึงเครียดที่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า วิตามินบี 5 เช่น แอปเปิ้ล ช่วยให้นอนหลับสบาย วิตามินบี 6 เช่น ถั่วลิสง ไข่ไก่ เนื้อหมู เป็ด ทำให้ระบบประสาทหลังสารเซโรโทนิน ช่วยควบคุมอารมณ์ให้สงบ กรดโฟลิก เช่น ผักกาดหอม บรอกโคลี ถั่วลิสง โพแทสเซียม เช่น

มะละกอ พริกหวานแดง เสาวรส พืช เหล้าองุ่นแดง ลูกพรุน น้ำมันตับปลาและไบอะแก๊ว มีคุณสมบัติด้านความชุ่มชื้นไว้ได้ดี (<http://www.thaiblogonline.com/health.blog?PostID=6043>)

รูปแบบทางวัฒนธรรม

การจัดสถานที่ทำสปาที่มักนึกถึงรูปแบบทางวัฒนธรรม เช่น สปาในบ้านซึ่งเป็นสถานที่ที่ครอบครัวใช้ชีวิตร่วมกันตามรสนิยมของตน บ้านซึ่งเป็นที่อยู่อาศัยจึงมีหลากหลายรูปแบบ เช่น บ้านไทย บ้านไทยประยุกต์ บ้านสไตล์คันทรี่ บ้านแบบรีสอร์ท เป็นต้น สถานที่สปาอาจจัดบรรยากาศแบบวิถีไทย แบบบาหลี่ แบบเมดิเตอร์เรเนียน ฯลฯ ซึ่งเป็นรูปแบบทางวัฒนธรรมเฉพาะในแต่ละแห่งเพื่อดึงดูดลูกค้าคนตรีที่ดีควรมีรูปแบบของเพลงไปในทางเดียวกับวัฒนธรรมของสถานที่นั้น ๆ ซึ่งดนตรีในวัฒนธรรมนั้นอาจไม่เหมาะสมนัก ตัวอย่างเช่น การจัดสถานที่สปาในสไตล์บาหลี่ ซึ่งมีองค์ประกอบของต้นลีลาวดี สวนหิน ประติมากรรม และสายน้ำ ต้นไม้ ซึ่งมีครบทั้งกลิ่นหอม เสียงธรรมชาติ และองค์ประกอบทางศิลปะด้านศิลปะ และธรรมชาติที่ลงตัว แต่ดนตรีบาหลี่เป็นดนตรีในกลุ่มดนตรีพิธีกรรมมีชื่อจำนวนมาก จึงหะกอลงที่เร่งเร็วขัดกับระบบการเต้นของหัวใจ จึงขัดแย้งกันโดยสิ้นเชิง ดังนั้น ควรทำดนตรีขึ้นมาใหม่ให้นุ่มนวลขึ้น หรือเลือกบทเพลงที่ให้บรรยากาศแบบตะวันออก (ORIENTAL STYLE) เช่น เพลง BALI HIGH, SLEEPY LAGOON เข้ามาใช้ทดแทน เป็นต้น

การผ่อนคลายด้วยประสาทสัมผัสทั้งห้า

ประสาทสัมผัสในทางวิทยาศาสตร์ ประกอบด้วย ตา หู จมูก ลิ้น ร่ากาย ซึ่งเป็นแนวคิดทางตะวันตก แต่ในทางพุทธศาสนาเรียก อายาตนะ มี 6 ประการ ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ ซึ่งเป็นเรื่องเดียวกันเพียงแต่ทางตะวันตกจะเว้นไม่กล่าวถึงใจ อันเป็นผลมาจากความอึดอ้อมของประสาทสัมผัสทั้งห้า ดังนั้น การทำสปาคำนี้ถึงการผ่อนคลายให้ครบทุกองค์ประกอบ จึงจะส่งผลให้เกิดความสุขกาย สบายใจ เกิดพลังที่จะต่อสู้อชีวิตอย่างสดชื่นต่อไป

ตัวอย่างของกิจกรรมสปาที่ง่ายที่สุด ได้แก่ สปาในบ้าน (HOMESPA) ซึ่งมุ่งเน้นให้เกิดความผ่อนคลายแก่ประสาทสัมผัส อันประกอบด้วย รูป รส กลิ่นเสียง และสัมผัส จึงต้องมีการจัดบรรยากาศและอุปกรณ์ต่าง ดังนี้

1) สร้างสิ่งแวดล้อมด้วยสีกลิ่นและธรรมชาติ เช่น ต้นไม้ ดอกไม้ หรืออุปกรณ์ตกแต่งจากธรรมชาติ แสงไฟอ่อน ๆ สลัว ๆ หรือแสงธรรมชาติจากแสงจันทร์

- 2) จุกกลิ่นด้วยน้ำมันหอมระเหย ซึ่งน้ำมันหอมระเหย ซึ่งน้ำมันหอมระเหยแต่ละกลิ่นส่งผลต่อจิตใจ เช่น กลิ่นเปปเปอร์มินต์ ช่วยกระตุ้นการผลิตอะดรีนาลีน ส่งผลให้ร่างกายและจิตใจมีพลังงาน หรือกลิ่นลาเวนเดอร์ ช่วยบำบัดความเครียด คลายกังวล ลดความดันโลหิต
- 3) เครื่องดื่มธรรมชาติที่คุณชื่นชอบ อาจเป็นเครื่องดื่มสมุนไพร ที่ให้ประโยชน์ เช่น น้ำขิง ชาเขียว เป็นต้น บางท่านชอบของว่างหรือของขบเคี้ยว อาจมีได้บ้างเล็กน้อย แต่ไม่แนะนำ เนื่องจากน้ำจะนำพาความร้อนจากการเผาผลาญสารอาหาร ไปในผู้มีอายุสักหน่อย จะรู้สึกท้องอืดได้
- 4) จัดวางเครื่องเสียงหรือระบบเสียงโดยเฉพาะตู้ลำโพง ในตำแหน่งที่คุณกำลังทำสปาอยู่ แล้วได้ยีนมิติเชิงครบถ้วน ซึ่งจะอธิบายต่อไปในหัวข้อการติดตั้งระบบเสียงในสปา
- 5) จัดหาบทเพลงที่คุณชื่นชอบ ในกรณีนี้ไม่จำเป็นต้องหาบทเพลงตรงกับบรรยากาศ เนื่องจากเป็นบ้านของคุณเอง ดังนั้น การตกแต่งภายในและรอบ ๆ บริเวณบ้าน จึงเป็นแบบที่โปรดปรานของคุณอยู่แล้ว
- 6) จัดหาหนังสือเล่มโปรดไว้ใกล้ ๆ ตัว

อุปกรณ์สำหรับสปาในบ้าน

- 1) เพลงที่มีจังหวะช้า ๆ ทำนองอบอุ่น
- 2) เครื่องเสียงคุณภาพดี กำลังขับ (POWER AMPLIFLER) สูง ๆ เปิดคลอ เบา ๆ (ความดังไม่ควรเกิน 60 เดซิเบล ซึ่งถือว่าดังมากแล้ว)
- 3) ดอกไม้สดที่ชื่นชอบ
- 4) เครื่องดื่มธรรมชาติ
- 5) ผลิตภัณฑ์ความงามจากธรรมชาติ
- 6) ตะเกียงน้ำมันหอมหรือเทียนหอม
- 7) หนังสือเล่มโปรด

กระบวนการ

- 1) ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบอาจเริ่มจากอาบน้ำ และขัดผิวด้วยผลิตภัณฑ์ความงาม หรือ
- 2) อาจให้สมาชิกในบ้านนวดโดยใช้น้ำมันหอมระเหย หรือ
- 3) แช่ตัวในอ่างน้ำจิบเครื่องดื่ม โปรดปราน อ่านหนังสือที่ชื่นชอบ โดย

4) เปิดเพลงเบา ๆ ได้แสงนุ่มนวลของเทียนหอมระเหย

เพียงเท่านั้นท่านก็จะดื่มด่ำไปพร้อมความสบายจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่

- ตา มองเห็นการตกแต่งและสภาพทางกายภาพที่ตนชื่นชอบหรือจากหนังสือเล่มโปรด
- หู ฟังเพลงโปรดเบา ๆ ไม่รบกวนสมาธิ
- จมูก จากกลิ่นหอมของน้ำมันหอมระเหย
- ลิ้น จากเครื่องดื่มสมุนไพร
- กาย จากการนวดหรือการแช่ตัวในน้ำ

ผลที่ได้ คือ ใจเป็นสุข ผ่อนคลาย เกิดพลังกำลังในการดำเนินชีวิตต่อไป

การติดตั้งเครื่องเสียงในสปา

เสียงในสปา มีอิทธิพลอย่างสูงต่อธุรกิจสปา เนื่องจากเป็นส่วนที่ผู้ทำสปาสามารถเสพได้ตลอดเวลา ต่อเนื่อง ยาวนาน เพื่อให้ได้คุณภาพเสียงที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุดในแต่ละห้อง จำเป็นอย่างยิ่งต้องมีความรู้ในการติดตั้งพอสมควร

1) เครื่องเสียง เป็นแหล่งกำเนิดเสียงที่ให้คุณภาพเสียงตามที่กำหนด ควรเลือกเครื่องเสียงที่มีกำลังขับ (POWER) สูงที่สุดเท่าที่จะหาได้ ที่เหมาะสมที่สุด ได้แก่ กำลังขับ ในช่วง 60 WATT – 100 WATT R.M.S. ต่อแชนแนล (ลำโพง 1 ตัว) แต่เครื่องเสียงที่ขายตามท้องตลาดมักใช้กำลังขับ (WATT) เป็นระบบ PMPO ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงมาก เช่น 1,500 WATT P.M.P.O. เทียบได้ประมาณ 10 – 15 วัตต์ R.M.S. เท่านั้น ดังนั้น จึงควรตรวจสอบกำลังวัตต์ที่แท้จริงจากคู่มือของเครื่องเสียงนั้น ๆ

นอกจากนั้นเครื่องเสียงต้องมีการตอบสนองความถี่ได้มาก ช่วงความถี่ที่กำหนดคือ 20 – 20,000 เฮิรตซ์ เครื่องเสียงที่ดีต้องสามารถตอบสนองความถี่ได้ใกล้เคียง ช่วงความถี่ดังกล่าวมากที่สุด มีความเพี้ยน (TRANSIENT) ต่ำ และการตัดเสียงรบกวน (SIGNAL TO NOISE RATIO) ที่ดี มีอุปกรณ์ปรับแต่งเสียงที่ละเอียดปัจจุบันเรียก อีควอลไลเซอร์ (EQUALIZER) ซึ่งมีทั้งระบบอนาล็อก (ANALOG) ได้แก่ ปุ่มปรับต่าง ๆ และระบบดิจิตอล (DIGITAL) ได้แก่ การปรับจากวงจรรายในเครื่องผ่านแผงหน้าปัดของเครื่องเสียง ซึ่งเครื่องเสียงคุณภาพปานกลางจะซ่อนไว้ในการปรับแบบแมนนวล (MANUAL) ซึ่งปกติจะมีการปรับแบบสำเร็จรูปปรากฏให้ก่อน เช่น คลาสสิก ร็อค ป๊อป แจ๊ส อคูสติค เป็นต้น ซึ่งทางบริษัทผลิตเครื่องเสียงได้ออกแบบให้ใช้ง่าย แต่ในความเป็นจริงองค์ประกอบของแต่ละห้องไม่เหมือนกัน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องปรับระบบและคุณภาพเสียงแบบแมนนวล เพื่อให้ได้คุณภาพเสียงที่ดีที่สุดของแต่ละห้อง

คนไทยมีนิสัยในการปรับเสียงที่แปลก กล่าวคือ ชอบเร่งความถี่ช่วงเสียงต่ำและเสียงสูง และกดความถี่ช่วงเสียงกลาง ซึ่งในกิจกรรมด้านดนตรีความถี่เสียงกลางจะให้ชีวิตชีวามากที่สุด อีควอลไลเซอร์ที่ปรับง่ายที่สุดเป็นระบบกราฟฟิก (GRAPHIC EQUALIZER) จะมีปุ่มสไลด์เลื่อนขึ้นลง เหมือนกับปุ่มปรับความดังของวอลลุ่มในเครื่องคอมพิวเตอร์ แต่จะต่างกัน กล่าวคือ วอลลุ่มจะมีความดังจาก 0 – 100% แต่ EQUALIZER จะมีช่วง (-10, 0, +10) ตำแหน่ง (0) จะเป็นตำแหน่งที่ไม่มีการปรับคุณภาพเสียง ตำแหน่ง (+) เป็นตำแหน่งที่เพิ่มคุณภาพเสียงในช่วงความถี่นั้น ๆ ส่วนตำแหน่ง (-) เป็นตำแหน่งที่ลดคุณภาพเสียงในช่วงความถี่ดังกล่าว

ปุ่มปรับความสมดุลของเสียง (BALANCE) เป็นปุ่มที่มีความจำเป็นอีกปุ่มหนึ่ง เนื่องจากการปรับความดังของลำโพงซ้าย ขวา ให้ดังเท่ากัน ซึ่งในความจริงความดังของลำโพงนั้นสองข้างดังเท่ากันอยู่แล้ว แต่การนำลำโพงไปติดตั้งในห้อง สภาพแวดล้อมของแต่ละห้องต่างกัน เช่น มีหน้าต่าง มีผ้าม่าน หรือเฟอร์นิเจอร์ที่หนานุ่ม หรือปูพรมซึ่งส่งผลต่อความดังของเสียง อาจทำให้เสียงจากลำโพงตัวใดตัวหนึ่งรู้สึกว่างดังน้อยกว่าอีกตัวหนึ่ง การปรับปุ่มบาลานซ์นี้จะชดเชยข้อบกพร่องนี้ได้ โดยเฉพาะตำแหน่งที่ทำสเปา ซึ่งไม่สามารถกำหนดว่าต้องอยู่ที่ใดของห้อง ต้องเป็นตำแหน่งที่รับฟังเสียงได้ดีที่สุด การจัดวางลำโพงและปรับปุ่มบาลานซ์ จะทำให้ตำแหน่งนี้สามารถรับฟังเพลงได้คุณภาพดีที่สุดในห้อง ๆ นั้น ทั้งนี้ ลำโพง มี 2 ระบบ ได้แก่

ระบบอะคูสติก (ACOUSTIC) หรือระบบลำโพงปิด สังเกตด้วยตาได้โดยดูที่หน้าตู้ลำโพง จะไม่มีการเจาะช่องอื่น ๆ นอกจากช่องใส่ลำโพง เป็นลำโพงที่ให้เสียงดีแต่กินกำลังขับของเครื่องเสียงมาก กล่าวคือต้องเร่งวอลลุ่มมากกว่าลำโพงอีกแบบหนึ่ง จึงจะได้เสียงดังเท่ากัน ในระบบสเปคตรัมใช้ตู้ลำโพงประเภทนี้ เนื่องจากให้เสียงที่นุ่มนวลกว่า

ระบบเบสรีเฟล็กซ์ (BASS REFLEX) เป็นระบบที่ให้เสียงกระแทกของเบสและกลองหนักแน่น สังเกตจากหน้าตู้ลำโพงจะมีการเจาะช่องว่างเอาไว้ เพื่อระบายเสียง ระบบนี้เหมาะสำหรับเครื่องเสียงที่มีกำลังขับน้อย เนื่องจากเปิดเบา ๆ ก็ได้เสียงที่ดังและเหมาะสำหรับการฟังแบบฉาบฉวย เช่น การเต้นรำ เป็นต้น

นอกจากระบบลำโพงแล้วยังต้องคำนึงถึงจำนวนลำโพงในตู้ลำโพง และการตอบสนองความถี่เช่นเดียวกับเครื่องเสียงในตู้ลำโพง 1 ตัวที่สมบูรณ์ควรมีลำโพงที่ตอบสนองความถี่ได้ 3 ช่วง ได้แก่ ลำโพง วูฟเฟอร์ (WOOFER) เป็นลำโพงตัวใหญ่ที่สุดในตู้ตอบสนองความถี่ต่ำ ลำโพง มิดเรนจ์ (MIDRANGE) ตอบสนองความถี่ช่วงกลาง และลำโพงทรีทเตอร์ (TWEETER) ตอบสนองความถี่สูง ลำโพงชนิดนี้เรียกลำโพง 3 ทาง (3 WAYS) ซึ่งราคาค่อนข้างสูง

จึงมีการทำลำโพงแบบ 2 ทาง (2 WAYS) ซึ่งประกอบด้วยลำโพง WOOFER ที่ใช้ตอบสนองของความถี่ต่ำและความถี่กลาง กับลำโพงทรีทเตอร์ที่ตอบสนองของความถี่สูง ส่วนลำโพงเสียงต่ำพิเศษ (SUB – WOOFER) ไม่มีความจำเป็นเท่าใดนัก

3) สายลำโพง ต้องเป็นสายเส้นใหญ่ยอมให้สัญญาณเสียงผ่านได้มากที่สุดเป็นสายที่สร้างมาเฉพาะ ราคาแพง ควรลงทุนในเรื่องนี้ให้มาก เนื่องจากการติดตั้งเสียงในห้องสเปาต้องใช้ความยาวของสายลำโพงมาก จึงควรใช้สายลำโพงและปลั๊กเสียบสายลำโพงคุณภาพดีที่สุดเท่าที่ท่านมีกำลังจัดหา

4) แผ่นซีดีเพลง ต้องเป็นแผ่นในระบบ AUDIO CD ไม่ใช่ระบบ MP3, OGG ซึ่งเป็นระบบที่มีการตัดบางความถี่เสียงออก เพื่อลดขนาดไฟล์ ส่งผลให้คุณภาพเสียงไม่ดี แผ่นซีดีเพลงควรบันทึกแบบสเตอริโอสมบรูณ์แบบ (ไม่ใช่สเตอริโอเทียมแบบที่ผู้ผลิตหลายรายในบ้านเราชอบทำ) และต้องบันทึกด้วยระบบดิจิทัล ซึ่งต้นทุนการผลิตสูง ดังนั้น ราคาขายในท้องตลาดจึงสูงมาก กล่าวคือราคาตั้ง 700 บาทขึ้นไป ซึ่งถือว่าคุ้ม เนื่องจากมีเครื่องเสียงดี ลำโพงดี สายลำโพงชั้นเยี่ยม แต่คุณภาพเสียงของแผ่นซีดีต่ำ เสียงที่ได้ก็จะมีคุณภาพต่ำไปด้วย

หลักการติดตั้งเครื่องเสียงในห้องสเปา

- 1) เลือกเครื่องเสียงที่ดีที่สุด
- 2) เลือกลำโพงระบบอะคูสติกที่ดีที่สุด ขนาดเล็กที่สุด แน่นนอน ราคาเยียมแพงที่สุด
- 3) เลือกสายลำโพงที่ดีที่สุด
- 4) เลือกแผ่นซีดีเพลงบันทึกในรูปแบบไฟล์, WAVE ในระบบดิจิทัลสเตอริโอ
- 5) เลือกตำแหน่งติดตั้งลำโพงในที่ ๆ สังเกตยากแต่ให้คุณภาพเสียงที่ดีที่สุด ในตำแหน่งที่ทำสเปา วิธีทดสอบง่าย ๆ คือ ตั้งลำโพงห่างกันอย่างน้อย 1.50 เมตร ลำโพงห่างผนัง 4 นิ้ว ตู้ลำโพงอยู่ระดับเดียวกับหูผู้ทำสเปาหรือสามารถให้คุณภาพเสียงที่ดีที่สุดทั่วห้อง ตู้ลำโพงต้องสูงกว่าพื้นห้อง อย่างน้อย 6 นิ้ว
- 6) ตรวจสอบการรับฟัง จากการลากเส้นตรงสมมุติจากด้านหน้าตู้ลำโพงทั้ง 2 ตัว เส้นตรงมาตัดกันที่ใดบริเวณนั้นจะเป็นบริเวณที่ฟังเพลงได้ดีที่สุดของห้อง ถ้าตำแหน่งทำสเปาไม่อยู่ในตำแหน่งนั้นสามารถปรับปรุงได้ 2 วิธี ได้แก่ ปรับมุมบาลานซ์ เพื่อให้ความดังของเสียงดังเท่ากันในตำแหน่งทำสเปาหรือย้ายตำแหน่งติดตั้งลำโพงใหม่ (ศุภกิจ จารุจรณ, 2538, 2551)

สิ่งที่อธิบายข้างต้นเป็นการอธิบายเชิงหลักการของ ศุภกิจ จารุจรณ ล้วนเป็นประโยชน์ยิ่งในการพัฒนาระบบการและเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ต่อไป

1.4 การประพันธ์เพลง สังกัดลักษณะการวิเคราะห์และเกณฑ์ในการคัดเลือกบทเพลง

อีกประการหนึ่งที่สำคัญ ผู้วิจัยยังต้องใช้วิธีการศึกษาเปรียบเทียบคุณสมบัติทางกายภาพของเครื่องดนตรีเปรียบเทียบ ระหว่าง ดนตรีคลาสสิก กับดนตรีไทย ตามทฤษฎีสุนทรียศาสตร์และ สังกัดลักษณะการวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การแสวงหาและพัฒนาขึ้นเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จึงได้ทำการศึกษารวบรวมหลักและวิธีการของ พิชิต ชัยเสรี (2551) เพิ่ม ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1.4.1 หลักการประพันธ์เพลง

การสร้างกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการประพันธ์ ประกอบด้วย

- ประพันธ์แบบอัตโนมัติ

ได้แก่การอาศัยท่วงทำนอง หรือปัจจัยในการได้มาซึ่งแรงบันดาลใจสร้างขึ้นเป็น วลี หรือประโยคทำนอง และเรียบเรียงต่อเป็นบทเพลง

- ประพันธ์โดยอาศัยแนวทำนองเดิมเป็นฐาน

ได้แก่การนำท่วงทำนองเดิมมายืด ขยาย หรือตัดทอนขึ้นเป็นบทเพลง

- สุนทรียรสที่ต้องการสื่อ

คือความต้องการที่ผู้ประพันธ์ต้องการสื่อ ซึ่ง สุนทรียรส คือความงามในด้าน อารมณ์และสะเทือนใจ อันเกิดจากกระบวนการพรรณนา และกลวิธีในการประพันธ์อันเหมาะสม มี อยู่ 9 รสด้วยกันได้แก่

1. ศฤงคารรส คือ รสแห่งความรัก
2. หาสยรส คือ รสแห่งความขบขัน
3. กรุณารส คือ รสแห่งความเมตตากรุณา
4. รุทธรส คือ รสแห่งความโกรธเคือง
5. วีรรส คือ รสแห่งความเพียรและความกล้าหาญ
6. ภยานรส คือ รสแห่งความกลัว
7. พีภติรส คือ รสแห่งความขังและความรังเกียจ
8. อัปภูตรส คือ รสแห่งความพิศวงประหลาดใจ
9. ศานติรส คือ รสแห่งความสงบ

- การรองรับของวงดนตรีที่จะบรรเลง

วัตถุประสงค์สำคัญในการเรียบเรียงทำนองขึ้นนั้น ต้องพิจารณาควบคู่กันไปด้วย ว่าบทเพลงที่ประพันธ์นั้นมีท่วงทำลีลาใดเหมาะสมจะนำเสนอด้วยเครื่องดนตรีหรือวงชนิดใด

1.4.2 สังคิตลักษณะการวิเคราะห์

(องค์ประกอบของเนื้อหา)

เนื้อหาทางดนตรี

1.4.2.1 องค์ประกอบของดนตรี

ดนตรีคลาสสิก

ดนตรีไทย

จังหวะ	→ (เชิงปริมาณ) ฉิ่ง, ฉับ
	→ (เชิงคุณภาพ) จังหวะหน้าทับ
ทำนอง	→ pentacentric (กลุ่มปัญจมูล)
การประสานเสียง	→ แนวนอน
	→ แนวตั้ง
รูปแบบ	→ สังคิตลักษณะ
(1) ซ้ำทำย	AB/CB/....เช่น นกขมิ้น
(2) ซ้ำหัว	AB/AC/....เช่น ทะแย
	ABAC/.....เช่น การเวก
(3) ซ้ำหัวทำย	ABA เช่น พม่าเห่
	พัฒนามาเป็น A/BA/ เช่น เวศสุกรรม
(4) เปลี่ยนกลาง	ABC/ADC/เช่น นางนาค
(5) โอดพัน	A1/A ₂ /..... เช่น เขมรใหญ่
	ในท่อน 3 และ 4
(6) ผันทำนอง	- ทางเปลี่ยน
	A/A'/A"/A'''/ เช่น แหกพรหมณ์
(7) เทียบกลับ	A/B/A ^x /B ^x / เช่น ลาวเสียงเทียน
อารมณ์	การสำแดงอารมณ์
	- รู้สึกกลัว
	- รู้สึกสนุกสนาน รื่นเริง
	- ความรู้สึกที่เคารพบนอบยำเกรง
	เช่น เพลงในพิธีกรรมไหว้ครู
ลักษณะเฉพาะ	ลีลา
	- ลีลาแห่งชาติ
	- ลีลาแห่งสำนัก
	- ลีลาแห่งศิลปิน

ขยายความ การประสานเสียงในดนตรีไทย

1. แปล → จากห้อง เครื่องของตน
2. แปร (variation) นำข้อมูลเก่ามาจัดกระทำ แล้วนำมาสัมพันธ์ภาพ
3. สร้างสรรค์ ได้แก่ การผูกกลอน

1.4.2.2 วรรณคดีดนตรี

แบ่งตามบริบท

- 1 เพลงไล่ เช่น มู่ล่ง, ทะแย 7 ท่อน
- 2 เพลงสำหรับพิธีกรรม เพลงเรื่อง, เพลงหน้าพาทย์
- 3 เพลงสำหรับงานอวมงคล เพลงนางหงส์, ย่าคำ, บั้วลอย ฯลฯ
- 4 เพลงสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจ, ประกอบกิจกรรม บันทึง

ประกอบการแสดง โขน, ละคร {(art song) เพลงเดี่ยว (สูงสุด)}

1.4.3 เกณฑ์ในการคัดเลือกบทเพลงที่จะนำมาใช้ในการบำบัด มีดังนี้

1. มีความเป็นเป็นเชิงเดี่ยวและเรียบง่าย Simplicity
2. มีความร่วมสมัยอยู่ในบริบทปัจจุบัน Familiarity
3. อยู่ในระดับเสียงระดับกลางๆ (ทางเพ็ญออกล่าง) Interval

(พิชิต ชัยเสรี, 2551)

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยแบ่งลักษณะทางเนื้องานวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม

- 2.1 งานวิจัยทางด้านภาวะซึมเศร้า
- 2.2 งานวิจัยทางด้านดนตรีบำบัด

2.1 งานวิจัยทางด้านภาวะซึมเศร้า

เดอะอินดีเพนเดนท์ สหราชอาณาจักร (2002) ได้จัดทำโครงการการศึกษาวิจัย การฆ่าตัวตาย และการทำร้ายตนเองในกลุ่มนักศึกษาชั้น เพราะเนื่องจากจำนวนนักศึกษาในมหาวิทยาลัยที่ประสบปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และปัญหาได้ทวีความรุนแรงและขยายออกไปมากขึ้นจากแนวโน้มนี้จึงทำให้มหาวิทยาลัยในสหราชอาณาจักรสำรวจเพื่อที่จะทำฐานข้อมูลให้มีมาตรฐานและเพื่อจัดทำแนวทางในการป้องกันที่ถูกต้อง ซึ่งครั้งนี้เป็นการสำรวจใหญ่ครั้งแรกโดยการร่วมมือของหน่วยงานการศึกษาที่สูงขึ้น ความเครียดที่มากเกินไป ปัญหาทางสุขภาพจิตของนักศึกษาที่เพิ่มมากขึ้นอย่างมาก ได้มีการหยิบยกขึ้นมาพูดถึงครั้งแรกในปี 1999 โดยมีการแสดงให้เห็นว่านักศึกษามีการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่า ผลการสำรวจล่าสุดของ MORI (Murbet & Opinion Research

International) พบว่า 50% ของนักศึกษาได้รายงานว่ามีความเครียดเพิ่มมากขึ้นเมื่อเริ่มเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัย และรายงานปัญหาทางสุขภาพจิตมีความรุนแรงมากขึ้น 10% ของนักศึกษาเผยต่อผู้ให้คำปรึกษาของมหาวิทยาลัยว่าเคยพยายามฆ่าตัวตาย และมีจำนวนหนึ่งที่รายงานว่ามีปัญหาสุขภาพจิตที่ร้ายแรง เช่น บูลิเมีย โรคอารมณ์ซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวน Tony Bruce ประธานของคณะทำงานได้กล่าวว่า 'ความพยายามที่จัดการกับปัญหาโรคซึมเศร้าและโรคบูลิเมียมักจะอ่อนด้อยไปเมื่อขาดข้อมูลทางสถิติที่ดี และไม่มีความต้องการที่เป็นทางการของมหาวิทยาลัยที่จะเก็บบันทึกการฆ่าตัวตาย และเป็นที่เข้าใจกันว่าพวกเขาถึงเลที่จะเปิดข้อมูลต่อสาธารณะความคิดที่จะเผยแพร่ทางเว็บไซต์อีกด้วย

องค์การอนามัยโลก (2006) องค์การอนามัยโลกได้ทำการศึกษาและเก็บรวบรวมสถิติจากหน่วยงานและองค์กรทางด้านสาธารณสุขจากทั่วโลก ทำให้สามารถคาดการณ์ในเชิงทำนายสถานการณ์ทางระบาดวิทยาได้ว่า ในปี 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัจจัยที่จะยังผลทำให้ภาวะหรือโรคดังกล่าว เป็นสาเหตุสำคัญทำให้สูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคมมากเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือด

มาโนช หล่อตระกูล, รัตนา สายพานิชย์, วรลักษณ์ ธีราโมกษ์ (2537) ได้ทำการศึกษาเรื่อง อาการของกลุ่มโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย ซึ่งได้ศึกษาอาการของผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยในกลุ่มโรคซึมเศร้าจำนวน 87 รายโดยใช้แบบสอบถาม Standardized Assessment of Depressive Disorders (SADD) ขององค์การอนามัยโลก พบว่าอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ส่วนใหญ่เป็นอาการทางร่างกาย มีบางอาการที่ปัจจัยด้านวัฒนธรรมอาจมีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ความรู้สึกสิ้นหวัง (feelings of hopelessness) และความรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ (idea of self-insufficiency) ซึ่งพบได้ไม่บ่อยเมื่อเทียบกับการศึกษาจากประเทศทางด้านตะวันตก และการที่ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด (irritability) บ่อยแต่พบมีความก้าวร้าว (aggression) ต่ำกว่าความรู้สึกผิดบ่อยไม่แตกต่างการศึกษาอื่น ๆ แต่ส่วนใหญ่เป็นความคิดว่าในชาติก่อนตนเองอาจทำบาปไว้ ซึ่งคณะผู้วิจัยมีความเห็นว่าเป็นความรู้สึกผิด เนื่องจากแนวคิด ตลอดจนการแสดงออกของผู้ป่วยต่างไปจากที่พบในผู้ป่วยในประเทศทางตะวันตกในภาพรวมแล้วอาการแสดงของผู้ป่วยไม่แตกต่างจากรายงานจากประเทศอื่นซึ่งสนับสนุนว่า อาการที่เป็นเกณฑ์ในกลุ่มโรคอารมณ์เศร้าพบได้เหมือน ๆ กันในทุกวัฒนธรรม

อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, ปิยลัมพร หะวานนท์ (2540) ได้ทำการศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression scale) ฉบับภาษาไทยในการตรวจค้นหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น วิธีการ วัยรุ่นชาย 125 คน อายุระหว่าง 15-18 ปี ทำแบบสอบถาม CES-D ด้วย

ตนเอง และหลังจากนั้นได้รับการประเมินทางจิตเวชโดยจิตแพทย์ซึ่งไม่รู้ผลของ CES-D ผลการศึกษา ความเที่ยงของ CES-D วัดโดย Cronbach's coefficient alpha มีค่าเท่ากับ 0.86 การศึกษาความตรงในการจำแนกพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้ามีคะแนน CES-D สูงกว่าผู้ที่ไม่ใช่ภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเฉลี่ย = 25.6 และ 15.4 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.8 และ 6.7 ตามลำดับ P ต่ำกว่า 10⁻⁶) นอกจากนี้คะแนน CES-D จะสูงขึ้นตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า จาก Receiver Operating Characteristic Curve คะแนนที่ 22 เป็นจุดตัดที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุดโดยคะแนนนี้ CES-D จะมีความไวร้อยละ 72 ความจำเพาะร้อยละ 85 และความแม่นยำร้อยละ 82 สรุป ผลการศึกษานี้แสดงว่า CES-D เป็นเครื่องมือที่สามารถแยกวัยรุ่นที่ซึมเศร้าออกจากวัยรุ่นที่ไม่ซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจุดตัดที่เหมาะสมสูงกว่าจุดตัดที่ใช้กันทั่ว ๆ ไป เนื่องจาก CES-D เป็นเครื่องมือที่ประหยัด ง่ายต่อการใช้ และสามารถวิเคราะห์ผลได้รวดเร็ว จึงควรใช้เป็นเครื่องมือตรวจหาและประกอบการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นต่อไป

อุมพร ตรังคสมบัติ, อรวรรณ หนูแก้ว (2541) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง จิตพยาธิสภาพของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่นและจิตพยาธิสภาพของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 1-3 ที่อาศัยอยู่ที่วัดสระแก้ว จังหวัดอ่างทอง ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 257 ราย พบว่าความชุกของพฤติกรรมฆ่าตัวตายในระยะเวลา 1 ปี เท่ากับร้อยละ 34.2 โดยเป็นความคิดอยากฆ่าตัวตายร้อยละ 24.1 และการพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 10.1 การศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายจำนวน 36 ราย พบว่าร้อยละ 86.1 มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และร้อยละ 13.9 พยายามฆ่าตัวตายมาในอดีต อายุที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายครั้งแรกส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้นและตอนกลาง วิธีการที่ใช้บ่อยที่สุด คือ การกินสารพิษหรือกินยาเกินขนาด บังคับที่กระตุ้นให้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายบ่อยที่สุด คือ ความรู้สึกท้อแท้และสิ้นหวังเกี่ยวกับอนาคต การเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายกับกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีจิตพยาธิสภาพรุนแรงกว่า โดยพบความชุกของโรคทางจิตเวชสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 97.2 และ 27.1 ตามลำดับและ $p < 10^{-6}$) ความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้า การประเมินด้วย CDI และ SCL-90 พบว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีระดับความซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงกว่ากลุ่มควบคุม การเปรียบเทียบปัจจัยเครียดทางจิตสังคมพบว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายและการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว การเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังของตัวเด็ก การถูกบิดามารดาทอดทิ้ง และการถูกทารุณทางกาย ในอัตราที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การติดตามกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่าร้อยละ 47 มีความคิดอยากฆ่าตัวตายซ้ำ และในกลุ่มนี้จะมีภาวะซึมเศร้า

และความเป็นอริ (hostility) ในอัตราสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 10^{-4}$) ผลการศึกษานี้แสดงว่าพฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นสิ่งที่พบบ่อยในวัยรุ่นและอาจคงอยู่นาน ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยเครียดในสภาพแวดล้อมบางประการเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ดังนั้นการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายควรมุ่งไปที่วัยรุ่นที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว และจำเป็นจะต้องทำการติดตามเป็นระยะเวลาตามสมควร

มาโนช หล่อตระกูล (2541) ได้ทำการศึกษาเรื่อง แนวโน้มการฆ่าตัวตายในประเทศไทย: แง่มุมทางเพศและช่วงวัย ซึ่งการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มพฤติกรรมฆ่าตัวตายของคนไทยในช่วง 2 ทศวรรษหลัง โดยเน้นในแง่มุมของความแตกต่างทางเพศและช่วงวัยวิธีการศึกษาข้อมูลในการศึกษาได้จากสำนวนนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรวบรวมสถิติจากมรณบัตรทั่วประเทศในแต่ละปี วิเคราะห์อัตราการฆ่าตัวตายระหว่าง พ.ศ. 2535-2539 โดยจำแนกตามเพศ และช่วงอายุ และวิธีการที่ใช้โดยจำแนกตามเพศ และเปรียบเทียบพฤติกรรมการตายของประชากรในกรุงเทพมหานครกับจังหวัดชัยนาท ผลการศึกษา ค่าเฉลี่ยอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจาก 6.4 ต่อแสนประชากรในช่วง 10 ปีแรก (พ.ศ. 2520-2529) เป็น 6.7 ต่อแสนประชากรในช่วง 10 ปีหลัง (พ.ศ. 2530-2539) โดยในทศวรรษหลังเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นกว่าเพศหญิงอย่างชัดเจน โดยเฉพาะเพศชายในช่วงวัย 20-24 ปี (21.7 ต่อแสนประชากรใน พ.ศ. 2539) ส่วนเพศหญิงพบการฆ่าตัวตายสูงในช่วงอายุ 15-19 ปี (6.6 ต่อแสนประชากรใน พ.ศ. 2539) วัยสูงอายุพบการฆ่าตัวตายไม่มาก วิธีการฆ่าตัวตายที่พบบ่อยในเพศชายได้แก่การแขวนคอ ส่วนในเพศหญิงนิยมการใช้วิธีกินสารต่าง ๆ มากกว่า อัตราการฆ่าตัวตายในวัยหนุ่มสาวของจังหวัดชัยนาทสูงกว่ากรุงเทพมหานครมาก ในขณะที่การฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุพบไม่มาก สรุปควรมีการศึกษาโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพต่อไป เพื่อที่จะได้อธิบายลักษณะการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

กิติกร มีทรัพย์และคณะ (2541) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง แนวทางการดำเนินงานในระบบการให้บริการสาธารณสุขเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ซึ่งการวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อได้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในคนไทย ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการช่วยเหลือในสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ และแนวทางในการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการให้บริการเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในชุมชน โดยศึกษาจากเอกสารของกรมตำรวจและสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ รวมทั้งได้ลงเก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดชัยนาท เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาในการให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มาใช้บริการด้วยสาเหตุพยายามฆ่าตัวตาย จากผลการวิจัยพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายสูงขึ้นในแต่ละปี ตั้งแต่ปี 2535-2538 กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เป็นเพศชายอยู่ในช่วงอายุ 31-50 ปี มีสถานภาพโสดและสมรสเท่าๆ กัน สาเหตุเกิดจากปัญหาทางจิตใจได้แก่ โรคประสาท เครียด

ปรับใจไม่ได้ โดยเฉพาะเมื่อผิดหวังในเรื่องความรัก และใช้ชีวิตผูกคอตายมากที่สุด พื้นที่กลุ่มเสี่ยงคือจังหวัดในภาคเหนือ ส่วนกลุ่มที่เสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอยู่ในช่วงอายุ 13-24 ปี ถ้าเป็นผู้ป่วยจิตเวช สาเหตุเกิดจากประสาทหลอนมากที่สุด ถ้าเป็นบุคคลทั่วไปสาเหตุเกิดจากปัญหาครอบครัวเช่นการทะเลาะวิวาทและเรื่องชู้สาว สำหรับสาเหตุปัญหาในระบบบริการสาธารณสุข พบว่า บุคลากรทุกระดับยังขาดทักษะในการดูแลด้านสังคมจิตใจ การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ขาดการประสานงานและส่งต่อทั้งภายในและระหว่างหน่วยงาน รวมทั้งมีทัศนคติในทางลบต่อผู้ป่วยที่มาใช้บริการด้วยสาเหตุพยายามฆ่าตัวตาย ดังนั้นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายต้องเป็นทั้งในด้านระดับนโยบาย ระบบสาธารณสุขและชุมชน

วีระ ชูรุจิพร (2542) ได้ทำการศึกษาเรื่อง วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ที่มีความผิดปกติทางจิตเวชและถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงจนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยฆ่าตัวตายได้ ผู้วิจัยจึงสำรวจว่าเมื่อคนไทยมีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับวิธีการจัดการกับปัญหาวิธีใดบ้างโดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากประชากรตัวแทนในแต่ละเขตสาธารณสุข จำนวนทั้งหมด 7,432 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดอาการซึมเศร้าของ Beck และแบบวัดวิธีการกับปัญหาของ Jalowice ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 7,432 คน เป็นหญิง 66.2% และชาย 33.8% อายุเฉลี่ย 38.3 ปี ผลที่ได้จากการวัดภาวะซึมเศร้าพบว่า 38.1% ความรุนแรงถึงระดับควรพบแพทย์หรือผู้รู้ 36.2% อยู่ในระดับปกติ 25.7% มีอารมณ์เบี่ยงเบนจากปกติเล็กน้อยซึ่งภาวะเศร้าที่รุนแรงจะสัมพันธ์กับวิธีการจัดการกับปัญหาด้วยการระบายอารมณ์การหลีกเลี่ยงปัญหา และการมองโลกในแง่ร้าย คิดเป็น 72.8% 71.8% และ 64.7% ตามลำดับวิธีการจัดการกับปัญหาแบบอื่น เช่น การมองโลกในแง่ดีกับการอาศัยแหล่งช่วยเหลือ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กัน ($P > 0.05$) การเผชิญปัญหา จะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า คือ ถ้าใช้มากพบว่าภาวะซึมเศร้าจะน้อยลงหรือจะลดลง สรุปได้ว่า คนไทย 1 ใน 3 มีภาวะซึมเศร้า ที่ควรพบแพทย์หรือผู้รู้ ซึ่งหากไม่ได้แก้ไข อาจจะเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมา วิธีการจัดการกับปัญหาที่จำเพาะบางอย่างมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากแก่สังคม ถ้าได้มีการเผยแพร่ให้สาธารณชนทราบ

บุญวดี เพชรรัตน์, จุรีรัตน์ สุดศิริ, ดวงใจ เขียดเฉลิม, นภาลัย ชุ่มเขา, เบญจางค์ ไชยปัญดิษฐ์ (2546) ได้ทำการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ชั้นปีที่ 3 และปีที่ 4 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้จากการ

สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากประชากร คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 3 และปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำนวน 189 คน เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 110 คน และปีที่ 4 จำนวน 79 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ซึ่งสร้างขึ้นโดยรองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีค่าความเชื่อมั่น 0.9323 และคณะผู้วิจัยได้นำมาทดสอบความเชื่อมั่นอีกครั้งหนึ่ง พบว่า มีค่าความเชื่อมั่น 0.8818 ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตระหว่างนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และปีที่ 4 แต่ละด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านพัฒนาการ รู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และปีที่ 4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 4 ใช้เวลาว่างได้ดีกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 (ค่าเฉลี่ย = 2.9578 และ 2.8045 ตามลำดับ) ส่วนด้านอื่นๆ อีก 6 ด้าน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จำลอง ดิษยวณิช, พร้มเพรา ดิษยวณิช (2546) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ข้อมูลใหม่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การทบทวนความก้าวหน้าครั้งนี้ได้ให้แนวทางและสมมติฐานใหม่สำหรับเรื่องของภาวะซึมเศร้า การศึกษาหลายแห่งทำให้พบวงจรประสาทของโครงสร้างสมองส่วน limbic ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ความเครียดและ glucocorticoids สามารถทำให้เกิดการฝ่อของ apical dendrites ของ CA3 pyramidal neurons และการทดลอง neurogenesis ของ dentate gyrus granule neurons ใน hippocampus จนมีผลทำให้ปริมาณของสมองส่วนนี้ลดลง ผลที่ถูกชักนำ โดยความเครียดเหล่านี้สามารถป้องกันและทำให้กลับคืนดีได้ด้วยยา tianeptine ซึ่งอยู่ในกลุ่มของ selective serotonin reuptake enhancer (SSRE) ความเครียดและ glucocorticoids มีอิทธิพลต่อวิถีสัญญาณที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของภาวะอ่อนตัวทางประสาทของเซลล์ใน hippocampus งานวิจัยเรื่องนี้มุ่งไปที่ผล 3 อย่างคือ

- 1) glucocorticoids ทำให้ประโยชน์ที่ได้จากการใช้น้ำตาลลดลง
- 2) Glutamate excitotoxicity เพิ่มขึ้น และ
- 3) การลดลงของ brain-derived neurotrophic factor (BDNF)

พบว่ายาแก้ซึมเศร้าสามารถทำให้เกิดการเพิ่มขึ้น (upregulation) ของ cAMP response element binding (CREB) protein ตามลำดับขั้น และการเหนี่ยวนำของระบบ BDNF มีความสำคัญในการช่วยทำให้เกิดการพัฒนาของแก้มือเท้ากลุ่มใหม่ ความเชื่อต่อกันที่จะประสานประสาท (synaptic connections) จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร และมีความแข็งแรง

เพิ่มขึ้น โดยการควบคุม gene expression ที่สัมพันธ์กับการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม เนื่องจากสมองเป็นโครงสร้างที่อ่อนตัวและไม่หยุดนิ่ง อาจเป็นไปได้ว่าจิตบำบัดซึ่งเป็นรูปแบบอย่างหนึ่งของการเรียนรู้ อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกัน

รัชณีกรรณ์ ศักดิ์ศรีวัฒนา (2548) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวและภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวหย่าร้างกับครอบครัวปกติ ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวและภาวะการซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวหย่าร้างกับครอบครัวปกติ และศึกษาความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างได้แก่ นักเรียนวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม. 4-6) ในโรงเรียนรัฐบาล และเอกชน จังหวัดปราจีนบุรี ปีการศึกษา 2547 โดยประกอบด้วย นักเรียนวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวหย่าร้าง จำนวน 72 คน และมาจากครอบครัวปกติ จำนวน 72 คน รวมทั้งสิ้น 144 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติบรรยาย การทดสอบที (Independent t-Test) การวิเคราะห์ ANOVA และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นตรงอย่างง่าย (Sample Regression) ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนวัยรุ่นจากครอบครัวหย่าร้างกับจากครอบครัวปกติ รับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวไม่แตกต่างกัน นักเรียนวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวปกติมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงกว่านักเรียนวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวหย่าร้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่นที่มาจากทั้ง 2 ครอบครัวได้ร้อยละ 20.8

ยุพา แดงภักดี (2549) ทำการศึกษาเรื่องผลการให้คำปรึกษาแบบอัติถิภาวนิยมต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบอัติถิภาวนิยมต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านค่าย อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ในปี พ.ศ. 2547-2548 กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และสมัครเข้าร่วมทำการวิจัย จำนวน 16 คน สุ่มอย่างง่ายเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D และโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบอัติถิภาวนิยม กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาแบบอัติถิภาวนิยม จำนวน 10 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาลบ้านค่าย การประเมินผลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated-Measures Analysis of Variance : One Between-Subjects Variable and One Within-Subjects Variable) และการ

ทดสอบความแตกต่างรายคู่แบบนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Procedure) ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยม มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยมมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยมมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นันทินี ศุภมงคล (2547) ทำการศึกษาเรื่องความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมและกลวิธีการเผชิญปัญหาของนิสิตนักศึกษา การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์คือ เพื่อศึกษาความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และกลวิธีการเผชิญปัญหาของนิสิตนักศึกษาชั้นปีที่ 4 กลุ่มตัวอย่างคือ นิสิตที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 4 จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 679 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบวัดความวิตกกังวล แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า 1. นิสิตนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์และความวิตกกังวลประจำตัวน้อยและใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมมาก และใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงค่อนข้างน้อย 2. นิสิตนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและในด้านอารมณ์ และด้านข้อมูลข่าวสารเป็นอย่างมาก ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินและด้านสิ่งของ แรงงาน และการเงินในระดับค่อนข้างมาก และใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงน้อยกว่านิสิตนักศึกษาชาย 4. นิสิตนักศึกษาสาขาวิชาสังคมศาสตร์มีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์มากกว่านิสิตนักศึกษาสาขาวิชาวิทยาศาสตร์กายภาพ วิทยาศาสตร์ชีวภาพ และมนุษยศาสตร์ 5. นิสิตนักศึกษาสาขาวิชาวิทยาศาสตร์กายภาพได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์น้อยกว่าและใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่านิสิตนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์ชีวภาพ สังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและในการประเมินน้อยกว่านิสิตนักศึกษาสาขาวิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ แรงงาน และการเงินน้อยกว่านิสิตนักศึกษาสาขาวิชามนุษยศาสตร์ 6. นิสิตนักศึกษาที่พักอาศัยที่หอพักนิสิตมีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ และความวิตกกังวลประจำตัวน้อยกว่าและใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหามากกว่านิสิตนักศึกษาที่พักอาศัยที่บ้าน และใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่านิสิตนักศึกษาที่พักอาศัยที่อื่น ๆ 7. นิสิตนักศึกษาที่มีภูมิลำเนาอยู่ในต่างจังหวัดมีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์น้อยกว่า และได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ แรงงานและ

การเงิน และใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหามากกว่านิสิตนักศึกษาที่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร 8. ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม และกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง และกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม 9. กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา แบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันทางบวก

ณัฐวุฒิ สุวรรณช่าง (2547) ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมเลี้ยงดู ความฉลาดทางอารมณ์ และการป้องกัน ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัยของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะพื้นฐาน การอบรมเลี้ยงดู ความฉลาดทางอารมณ์ และป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัยของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 450 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลใช้แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้ค่าสถิติไคสแควร์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ นิสิตนักศึกษามีจำนวนเพียง 2 คน ส่วนใหญ่เป็นบุตรที่ 1 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวประมาณ 5 คน อาศัยอยู่บ้านของตนเอง บิดามารดาอยู่ร่วมกัน บิดามารดาจบการศึกษาชั้นสูงสุดในระดับปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี ประกอบอาชีพค้าขายหรือดำเนินธุรกิจส่วนตัว รายได้รวมของบิดามารดาต่อเดือนเฉลี่ย 28,536.79 บาท นิสิตนักศึกษาเกือบทั้งหมด (95.1%) ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย มีพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในด้านต่อตนเองและในด้านต่อผู้อื่นอยู่ในระดับสูง มีความฉลาดทางอารมณ์ด้านความดีด้านย่อยความคุมตนเอง เห็นใจผู้อื่น และรับผิดชอบ อยู่ในระดับปกติ มีความฉลาดทางอารมณ์ด้านความเก่ง ด้านย่อย มีแรงจูงใจ ตัดสินใจและแก้ปัญหา และสัมพันธ์ภาพ อยู่ในระดับปกติ และมีความฉลาดทางอารมณ์ด้านความสุขด้านย่อยภูมิใจในตนเอง พอใจในชีวิต และสุขสงบทางใจ อยู่ในระดับปกติ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะพื้นฐานการอบรมเลี้ยงดู ความฉลาดทางอารมณ์ และการป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า นิสิตนักศึกษาที่เป็นบุตรคนที่ 1-2 มีพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในด้านต่อตนเองในระดับสูง นิสิตนักศึกษาที่มีความฉลาดทางอารมณ์ด้านความสัมพันธ์ภาพในระดับสูง มีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในด้านต่อผู้อื่นในระดับสูง นิสิตนักศึกษาที่มีความฉลาดทางอารมณ์ด้านมีแรงจูงใจ การตัดสินใจและแก้ไขปัญหา และภูมิใจในตนเองในระดับสูง มีพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในด้านต่อตนเองและด้านต่อผู้อื่นในระดับสูง นิสิตในระดับปกติ และนิสิตนักศึกษาที่ไม่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย มีความฉลาดทางอารมณ์ด้านภูมิใจในตนเองในระดับควรปรับปรุง ไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวกับการป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 งานวิจัยทางด้านดนตรีบำบัด

อัลเฟรด เอ โทมาติส (2006) แพทย์ชาวฝรั่งเศส อธิบายว่า จากการศึกษาของนักวิชาการตะวันตกทำให้เราทราบว่าเสียงที่มีความถี่สูงๆ นั้นมีผลที่จะกระตุ้นให้การทำงานของสมองดีขึ้น ซึ่งรู้จักกันในชื่อ“โมซาร์ทเอฟเฟกต์”(Mozart Effect) ทั้งนี้ เขาได้ศึกษาพบว่าดนตรีสามารถใช้พัฒนาการสื่อสารของมนุษย์ได้ โดยเขาศึกษาบทเพลงของ โวล์ฟกัง อมาเดอุส โมซาร์ท (Wolfgang Amadeus Mozart) คีตกวีชาวออสเตรียและประดิษฐ์คำว่า "โมซาร์ทเอฟเฟกต์" ขึ้น และในปี 1993 กอร์ดอน ซอร์ และ ฟรานเชส เราสเซอร์ นักฟิสิกส์จากมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ก็ศึกษาพบว่าดนตรีของโมซาร์ทมีส่วนช่วยให้ความสามารถในเชิงตรรกะและความจำของมนุษย์ดีขึ้น

จินตนา สงค์ประเสริฐ, เสนอ พรประสิทธิ์, จิตติมา เทพจันทร์, บุญธรรม ขอบุญ, สำราญ นรสิงห์ (2538) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ดนตรีบำบัดกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ โดยมีแนวคิดว่าในปัจจุบันมีการนำดนตรีมาใช้บำบัดโรคต่าง ๆ ได้อย่างมีผลดียั้งทั้งโรคทางกายและทาง จิตเวช (กรีกเป็นชาติแรกใช้พิณดีดรักษาโรคซึมเศร้า) มีการค้นพบว่าดนตรีใช้ลดอาการเจ็บปวดจากการคลอดจากการถอนฟัน รักษาคนที่มีความเครียดกังวล แยกตัวจากสังคม หรือคนพิการซ้ำซ้อนได้ดี ตลอดจนผู้ป่วยจิตเภท ผู้มีพฤติกรรมถดถอย เหนงาเศร้าได้ด้วยเหตุนี้จึงได้นำดนตรีบำบัดมาใช้กับผู้ป่วยจิตเวชทั้งโดยการเปิดเทปจังหวะเร้าใจ มีการขับตัวเข้าจังหวะ ใช้ดนตรีแบบเคาะจังหวะ และอุปกรณ์เกิดเสียงให้ผู้ป่วยได้เขย่าหรือฟังเพลงแล้วให้บอกถึงความรู้สึกที่ได้จากเพลง โดยการบำบัดครั้งละ 1-1.30 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้งพบว่าผู้ป่วยมีอาการเรื้อรัง พฤติกรรมถดถอย แยกตัว จะกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างรวดเร็ว ในชั่วโมงที่ 2 ของการบำบัดผู้เหงาเศร้าจะยิ้มแย้มได้ หลังจากไม่เคยยิ้มมานานแล้ว นอกจากนี้สิ่งที่ได้รับจากการนำดนตรีบำบัดมาใช้คือผู้ป่วยไม่อยู่ในโลกส่วนตัว อาการสงบรวดเร็ว อัตราการอยู่โรงพยาบาลลดจำนวนวันลงกลับบ้านได้เร็วขึ้น มีความภาคภูมิใจในตนเอง รักสวยรักงาม มีวินัย ในการอยู่ร่วมกันมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ที่สำคัญพบว่ากลับไปอยู่บ้านได้นานขึ้น 6-10 เดือน จึงกลับเข้าโรงพยาบาลอีก (จากเดิมอยู่บ้านได้นานระหว่าง 1-3 เดือน) ดนตรีบำบัดใช้พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ได้ดี ต้นทุนต่ำประโยชน์สูงสามารถใช้ได้กับทั้งเด็กนักเรียนผู้ป่วยทางกาย ทางจิต ผู้พิการ ผู้มีปัญหาทางอารมณ์ใช้พัฒนาการทำงานและสร้างเสริมมนุษยสัมพันธ์ของคนได้อย่างดียิ่ง

รินทร ณะวิชัย และคณะ (2547) การใช้ดนตรีพื้นบ้านล้านนา วงสะล้อ-ซึ่งในการปรับพฤติกรรมนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจทำให้วัยรุ่นเกิดความเครียดจนกระทั่งกลายเป็นปัญหาพฤติกรรมในวัยเรียนได้หากขาดการช่วยเหลือดูแลจิตใจอย่างเหมาะสมจากผู้เกี่ยวข้อง ดนตรีพื้นบ้านเป็นทางเลือกหนึ่งที่สำคัญในการช่วยเหลือคลายเครียด ช่วยกล่อมเกล่าจิตใจ และช่วยปรับพฤติกรรมผู้เรียนให้เป็นไป

ในทางที่พึงประสงค์ได้ โดยแทรกแนวคิดทักษะชีวิตและการศึกษาเพื่อสร้างพลังเข้าไปในกระบวนการเรียนการสอน ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลประสิทธิผลของแผนการเรียนดนตรีที่บ้านล้านนา วงสะล้อ-ซิ่ง ตามทักษะกระบวนการ 9 ประการของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเด็กนักเรียนก่อนและหลังการเรียนดนตรีที่บ้านล้านนา วงสะล้อ-ซิ่ง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบ้านหนองไคร้ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงการศึกษา 2546 จำนวน 56 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดรับสมัครผู้สนใจเข้าเรียนดนตรีที่บ้านล้านนา วงสะล้อ-ซิ่ง หลังเลิกเรียน โดยให้นักเรียนที่สมัครเรียนเข้าเรียนรุ่นที่ 1 (เดือนมิถุนายน 2546-เดือนสิงหาคม 2546) จำนวน 31 คน เป็นกลุ่มทดลองและให้นักเรียนที่สมัครเข้าเรียนรุ่นที่ 2 (เดือนพฤศจิกายน 2546-เดือนมกราคม 2547) จำนวน 25 คน เป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1.แผนการสอนดนตรีที่บ้านล้านนา วงสะล้อ-ซิ่ง ตามทักษะกระบวนการ 9 ประการของยุพิน มูลสืบ (2536)

2.แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก ที่กรมสุขภาพจิตพัฒนาจาก The strengths and difficulties questionnaire สำหรับครู และสำหรับเด็กประเมินตนเอง

3.แบบทดสอบด้านความรู้ ทักษะ และทักษะที่เกี่ยวกับดนตรีที่บ้านล้านนา วงสะล้อ-ซิ่ง ซึ่งเป็นแบบทดสอบที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจแก้ไขด้านความแม่นยำของเนื้อหา มีค่าความเชื่อมั่น โดยรวมเท่ากับ 0.82 การวิจัยครั้งนี้ใช้แผนการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดที่มีกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้จากการสุ่มมีการสอบก่อน-สอบหลัง (Nonrandomized control-group pretest-posttest design) วิเคราะห์ข้อมูลนามบัญญัติโดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนจากแบบประเมินต่าง ๆ โดยใช้สถิตินอนพาราเมตริก(Nonparametric Statistics) ผลการวิจัยพบว่า

1. การสอนดนตรีที่บ้านล้านนา วงสะล้อ-ซิ่ง ตามแนวคิดทักษะกระบวนการ 9 ประการ มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ ทักษะ และทัศนคติเกี่ยวกับดนตรีที่บ้านล้านนา วงสะล้อ-ซิ่ง ให้แก่ผู้เรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. หลังจากเรียนดนตรีที่บ้านล้านนา วงสะล้อ-ซิ่ง ครบ 3 เดือน นักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่พึงประสงค์ โดยนำจำนวนนักเรียนกลุ่มเสี่ยง/มีปัญหา ลดลง และนักเรียนมีพฤติกรรมที่เป็นจุดแกร่งในด้านสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น และทั้งนี้กลุ่มทดลองที่ได้เรียนดนตรีที่บ้านล้านนา วงสะล้อ-ซิ่ง มีพฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกรง พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทาง

สังคม เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นจนแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เรียนดนตรีพื้นบ้านล้านนา วงสะล้อ-ซึง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการวิจัยที่ได้ แสดงให้เห็นว่านอกจาก การมีความรู้ มีทัศนคติที่ดี และมีทักษะเพิ่มขึ้นแล้ว การเรียนดนตรีพื้นบ้านล้านนา วงสะล้อ-ซึง ยังมีส่วนช่วยให้ผู้เรียนมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น โดยเห็นได้อย่างชัดเจนในด้านอารมณ์ ที่ถูกกล่อมเกล่า ให้อ่อนโยนละเมียดละไม นำไปสู่ความคิดและพฤติกรรมที่ดีขึ้นตามไปด้วย ซึ่งผู้สนใจสามารถนำ ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนดูแลช่วยเหลือและส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ให้แก่เด็กวัยเรียนได้ต่อไป.

นวลลักษณ์ นูระกะกิติ (2549) ทำการศึกษาเรื่องผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎี REBT และการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎี REBT ร่วมกับดนตรีบำบัด ที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์ของ เยาวชนในศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีจุดมุ่งหมายเพื่อการศึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎี REBT และการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎี REBT ร่วมกับดนตรีบำบัด ที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์ ของเยาวชนในศูนย์อบรมเด็กและเยาวชน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือเยาวชนที่เคยเสพยาบ้า เพศชายอายุระหว่าง 14-18ปี ซึ่งอยู่ในการดูแลของศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชนเขต 4 จังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ.2548 จำนวน 24 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 2 กลุ่มและควบคุม 1 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน กลุ่มทดลอง 1 จะได้รับการให้คำปรึกษา แบบกลุ่มตามทฤษฎี REBT กลุ่มทดลอง 2 จะได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎี REBT ร่วมกับดนตรีบำบัด กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการให้คำปรึกษา จำนวน 12 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการให้คำปรึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 2) โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎี REBT 3) โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎี REBT ร่วมกับดนตรีบำบัด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ Pair sample t- test และ F – test (One way of analysis of variance) และเปรียบเทียบรายคู่โดย Schaffer Test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 หลังสิ้นสุดการทดลอง มีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ามีคะแนนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วรัญญา รุณแสง (2547) ศึกษาผลของการฟังดนตรีตามความชอบและดนตรีธรรมชาติ ต่อการลดความเครียดของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฟังดนตรีตามความชอบและดนตรีธรรมชาติต่อความเครียดของนิสิตจุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 120 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 18-21 ปี โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มเงื่อนไข คือ 1.) กลุ่มที่ได้ฟังดนตรีตามความชอบและ 2.) กลุ่มที่ได้ฟังดนตรีธรรมชาติ การทดลองในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Pretest-Posttest Design และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ t-test ผลการวิจัยพบว่า 1.) กลุ่มที่ได้ฟังดนตรีตามความชอบและดนตรีธรรมชาติมีคะแนนความเครียดจากแบบวัด DASS-Stress Scale และความตึงตัวของกล้ามเนื้อในช่วงหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง 2.) กลุ่มที่ได้ฟังดนตรีตามความชอบและดนตรีธรรมชาติมีคะแนนความเครียดจากแบบวัด DASS-Stress Scale และความตึงตัวของกล้ามเนื้อในช่วงหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

บทสรุปเรื่องแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิดทฤษฎีทั้ง 2 กลุ่ม อันประกอบด้วย

1. ทฤษฎีและหลักการ

- 1.1 จิตเวชที่ว่าด้วยภาวะซึมเศร้าและการบำบัดรักษา
- 1.2 การพัฒนานิสิตนักศึกษา
- 1.3 ดนตรีบำบัด
- 1.4 ทฤษฎีการประพันธ์เพลง สังคีตลักษณะการวิเคราะห์ และเกณฑ์การคัดเลือกบทเพลง

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ

- 2.1 ภาวะซึมเศร้า
- 2.2 ดนตรีบำบัด จากผลการศึกษาวิเคราะห์ พบว่า

1. การทำความเข้าใจสภาพปัญหา มูลเหตุที่มาและวิธีการจัดการกับปัญหาภาวะซึมเศร้าทั้งในและต่างประเทศ เป็นประโยชน์อย่างมหาศาลในการที่จะแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตของนิสิตนักศึกษาไทย ซึ่งการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดที่กำลังจะดำเนินการวิจัยต่อไปนั้น การเรียนรู้บริบททั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ รวมทั้งบทเรียนความสำเร็จและที่ต้องทบทวนเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่คุณภาพของโปรแกรมที่ดีและเหมาะสมต่อไป

2. จากการทบทวน และวิเคราะห์แนวคิดทฤษฎีทางจิตเวชที่ว่าด้วยเรื่องภาวะซึมเศร้าเพื่อความเข้าใจก่อนลงภาคสนามนั้น ทำให้ผู้วิจัยพร้อมที่จะปฏิบัติต่อกลุ่มทดลองได้อย่างถูกต้องปลอดภัย และเพื่อการเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยที่เป็นนิสิตนักศึกษาไทย

3. จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีทางดนตรีบำบัด ผนวกกับการศึกษาวิธีการประพันธ์เพลง สังคีตลักษณ์การวิเคราะห์และเกณฑ์ในการคัดเลือกบทเพลง ทำให้ผู้วิจัยทราบลักษณะทางกายภาพและคุณสมบัติความเหมือนความต่างทางบริบทสังคมวัฒนธรรม ซึ่งจะสามารถพัฒนาให้เหมาะสมกับสนามและบริบทไทยได้เป็นอย่างดี

4. การนำแนวคิดทฤษฎีทางจิตเวช สังเคราะห์ร่วมกับทฤษฎีการพัฒนานิสิตนักศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แนวคิดของ โรเจอร์ (Rogers, 1989) ในเรื่องคุณค่าแห่งชีวิตและกระบวนการฆ่าตัวตายและการป้องกันผสมผสานกับหลักการทางดนตรีบำบัด ซึ่งนำมาเป็นฐานในการพัฒนาโปรแกรม ทำให้ผู้วิจัยสามารถสรุป เรียบเรียงเนื้อหา เพื่อนำเสนอเป็นวลี ถ้อยคำ ประโยค หรือบทกวีบรรจุลงในบทเพลงดนตรีบำบัด โดยผู้วิจัยเชื่อว่าน่าจะมีส่วนกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ตระหนัก มองเห็นสภาพการณ์จริง หรือเห็นแง่มุมที่ดีในการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นลักษณะตรงข้ามกับอาการของผู้ป่วย น่าจะช่วยผู้ป่วยที่เป็นนิสิตนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาไทยสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย 2) พัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย และ 3) ทดลองใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ในการวิจัยครั้งนี้ เน้นการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎี แนวคิด หลักการ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับจิตเวชที่ว่าด้วยภาวะซึมเศร้าและการบำบัดรักษา ตลอดจน การพัฒนานิสิตนักศึกษา ดนตรีบำบัด ทฤษฎีการประพันธ์เพลง สังคีตลักษณ์การวิเคราะห์ เกณฑ์การคัดเลือกบทเพลง และการศึกษาความคิดเห็นจากประชากร 2 กลุ่ม คือ

- 1) ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านจิตเวช นักวิชาการและ/หรือ
ผู้มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการและ/หรือบำบัดภาวะซึมเศร้า
- 2) อาสาสมัคร นิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยชั้นปีที่ 1-6 จำนวน
ระดับปริญญาบัณฑิต

1.2 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ

- 1) ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านจิตเวช นักวิชาการและ/หรือผู้มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการและ/หรือบำบัดภาวะซึมเศร้า จำนวน 5 คน
- 2) อาสาสมัครเข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัดฯ จำนวน 12 คน ดังนี้

ตารางที่ 1 รายการผู้ให้สัมภาษณ์

ผู้ให้สัมภาษณ์	จำนวน(คน)
1. แพทย์ทางอายุรเวช	1
2. แพทย์ทางจิตเวช	1
3. พยาบาลจิตเวช	1
4. นักวิชาการ/นักวิจัย กระทรวงสาธารณสุข	1
5. ผู้บริหารระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข	1
6. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัคร	12
รวม	17

3) นิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยชั้นปีที่ 1-6 จำนวน 12 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนั้น มาจากนิสิตปกติที่ไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้า สมัครใจมาเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัด ผ่านกระบวนการคัดกรองและประเมินระดับภาวะซึมเศร้าและการจัดเข้ากลุ่มระดับต่างๆ ตลอดจนทำการคัดกรองด้วยการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1” ที่พัฒนามาจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ เบค และคณะ (Beck, et al , 1988) แบบวัด BDI (Beck Depression Inventory) ทั้งนี้ เป็นไปเพื่อการไม่ละเมิดสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จึงเลือกใช้กลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดคุณสมบัติและวิธีการให้ได้มาดังกระบวนการข้างต้น

ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์ในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือก เกณฑ์การคัดออกและขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

เกณฑ์ในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 3

กำหนดให้มีขนาดของกลุ่มที่ขั้นต่ำ 4 คน สูงสุด ไม่เกิน 12 คน ตามทฤษฎี กลุ่มจิตบำบัด (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2547) ซึ่งในการนี้ ผู้วิจัยกำหนดให้ขนาดของกลุ่มทดลองและควบคุมมีขนาด สูงสุด คือกลุ่มละ 12 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 3

- กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มาจากนิสิตปกติที่ไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้า สมัครใจมาเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัด ผ่านกระบวนการคัดกรองและประเมินระดับภาวะซึมเศร้าและการจัดเข้ากลุ่มระดับต่าง ๆ ตลอดจนทำการคัดกรองด้วยการประเมินด้วยแบบ

ประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1” ที่พัฒนามาจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ เบค และคณะ (Beck, et al, 1988) แบบวัด BDI (Beck Depression Inventory) ทั้งนี้ เป็นไปเพื่อการไม่ละเมิดสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง จึงเลือกใช้กลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดคุณสมบัติและวิธีการให้ได้มาดังกระบวนการข้างต้น

ทั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดให้ผู้เข้ารับการทดลองต้องมีระดับคะแนน จากแบบวัด BDI อยู่ที่ ระดับคะแนน 0-9 ซึ่งจัดเป็นภาวะซึมเศร้าในคนปกติ (Normal Depression) ระดับคะแนน 10-15 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย (Mild Depression) ระดับคะแนน 16-19 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Mild – Moderate Depression) และที่ระดับคะแนน 20-29 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับมาก (Moderate - Severe Depression) เท่านั้น เพื่อป้องกันภาวะความเสี่ยงในการทดลอง

- ไม่มีความพิการทางหูหรือตา
- ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรงใดๆหรือโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฯ
- ยินดีเข้าร่วมการวิจัย
- สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนจบโปรแกรมฯ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 3

- มีประวัติเจ็บป่วยทางจิตเวช เช่น โรคอารมณ์แปรปรวน (Bipolar disorder) โรคจิตเภท (Schizophrenia) Organic brain syndrome Dementia
- ไม่ต้องการเข้าร่วมโปรแกรม
- ติดสุราหรือสารเสพติดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา
- มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง
- มีผลคะแนน จากการทำการคัดกรอง ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1” ที่พัฒนามาจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ เบค และ คณะ (Beck, et al, 1988) แบบวัด BDI (Beck Depression Inventory) สูงกว่า 29 คะแนน เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 3

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก นิสิตปกติของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยชั้นปีที่ 1-6 จำนวน 12 คนที่สมัครใจเข้ามาเป็นอาสาสมัครซึ่งไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้า โดยพิจารณาตามคุณสมบัติในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตามเกณฑ์การคัดออกและการคัดเข้า
2. ทำการคัดกรองด้วย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1” ซึ่งพัฒนามาจาก แบบวัดภาวะซึมเศร้าของ เบค และ คณะ (Beck, et al, 1988) แบบวัด BDI (Beck Depression Inventory) โดย

ผู้วิจัยกำหนดให้ผู้เข้ารับการทดลองต้องมีระดับคะแนน จากแบบวัด BDI อยู่ที่ ระดับคะแนน 0-29 เท่านั้น เพื่อป้องกันภาวะความเสี่ยงในการทดลอง

3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ตลอดจนคุณประโยชน์ต่าง ๆ ของโปรแกรมฯ แล้วให้ลงชื่อในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (ดังภาคผนวก ข)

4. สุ่มเข้ากลุ่มตามระดับภาวะซึมเศร้า เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ คือ ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าแต่ละระดับ โดยต้องการระดับ ค่าตัวเลขที่ผ่านการคัดกรองด้วยแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ เบค และคณะ (Beck, et al, 1988) แบบวัด BDI (Beck Depression Inventory) ซึ่งจากระดับของคะแนน จากแบบวัด BDI จะปรากฏระดับภาวะซึมเศร้าและทำการสุ่มเพื่อเข้ากลุ่มตามจำนวนของแต่ละกลุ่มระดับอาการ ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 ซึ่งสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้า

ลำดับที่	คะแนน/ระดับภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง/จำนวน (คน)
1	คะแนน 0-9 เป็นภาวะซึมเศร้า ในคนปกติ (Normal Depression)	3
2	คะแนน 10-15 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย (Mild Depression)	3
3	คะแนน 16-19 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Mild – Moderate Depression)	3
4	คะแนน 20-29 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับมาก (Moderate - Severe Depression)	3
รวมจำนวนแต่ละกลุ่ม		12

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้ารับการบำบัด

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้ารับการบำบัด โดยเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัว ปกปิดความลับ ผู้วิจัยจะแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ในระหว่างการวิจัยหากผู้เข้ารับการบำบัดไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ตลอดจนข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับและจะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

กลุ่มตัวอย่างเมื่อทำการวัดประเมินความรุนแรง “ฟ้าใส 1” เสร็จแล้ว (Pre-test) ผู้วิจัยจะนัดหมายและอธิบายถึงกำหนดการต่าง ๆ ตลอดจนการเข้าร่วมปฐมนิเทศในครั้งต่อไป ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะมอบเอกสารเกี่ยวกับกิจกรรมในการวิจัยและชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ในการศึกษาและพิทักษ์สิทธิ์ ในการเข้าร่วมการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง หากไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยต่อไปด้วยประการใด ๆ ก็ตามสามารถออกจากการทดลองได้ทุกเวลาที่ต้องการ

ระยะเวลา ความถี่และจำนวนครั้ง

ผู้วิจัยกำหนดให้พบกลุ่มและทำกิจกรรมกลุ่ม ทุกวันช่วง จันทร์ – ศุกร์ จำนวน 2 สัปดาห์ต่อเนื่อง รวม 10 ครั้ง ๆ ละ 30 -45 นาที ช่วงเวลา 17.00-18.00 น. โดยประมาณ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักทฤษฎีของการทำกลุ่มจิตบำบัด คือ

1. ระยะเวลา เฉลี่ยนั้น 30 นาที – 1 ชั่วโมงครึ่ง โดยไม่ควรเกินจากนี้
2. แต่ละกิจกรรมควรมี ชื่อกิจกรรม วัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขึ้นเตรียมการ ขึ้นปฏิบัติการ และขึ้นสรุปประเมิน ตามลำดับ (กุลธิดา สุภาคุณ, 2549)
3. สัปดาห์หนึ่งอาจพบกันหลายครั้งได้ขึ้นอยู่กับความสะดวกและปัจจัยแวดล้อม ซึ่งจำนวนครั้งที่ทำกลุ่มควรอยู่ในช่วง 5 - 25 ครั้ง (การพยาบาล กระทรงสาธารณสุข, 2540)

2. ตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรต้น

โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

ตัวแปรตาม

คะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยมีระดับคะแนนที่ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

3. ขั้นตอนในการทดลอง

ภายหลังจากทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการในลำดับต่อไป คือ

1. สอบถามความสมัครใจและให้กรอกข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. สังเกต สัมภาษณ์และประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1” (ครั้งที่ 1) (Pre-test) คือ
3. ปฐมนิเทศ นัดหมาย วัน เวลาและสถานที่ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งออกเป็น 10 ครั้ง ๆ ละ 30 - 45 นาที

4. มอบเอกสารเกี่ยวกับกิจกรรมในการวิจัยและชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ในการศึกษา และพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง หากไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยต่อไปด้วยประการใด ๆ ก็ตามสามารถออกจากการทดลองได้ทุกเมื่อ

5. สัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติม

6. เมื่อถึงครั้งที่ 10 จะมีการทำแบบประเมินระดับความรุนแรงโดยใช้ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1” (ครั้งที่ 2) (Post-test) อีกครั้งหนึ่ง

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ชุดด้วยกัน คือ

1. เครื่องมือหลักที่ใช้ในการศึกษาตามรายวัตถุประสงค์วิจัย ประกอบด้วย
 - 1.1 แบบสำรวจข้อมูลการฆ่าตัวตาย
 - 1.2 แบบวิเคราะห์เนื้อหาสาระหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทย
 - 1.3 แบบสอบถามทัศนนะผู้ทรงคุณวุฒิ เรื่องการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดฯ
 - 1.4 แบบสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและหน่วยทดลอง เรื่องสภาพปัญหาภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทยและต่างประเทศ
 - 1.5 แบบสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ เรื่องหลักการและแนวคิดในการบำบัดภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาทดลองภายในโปรแกรมดนตรีบำบัดฯ ประกอบด้วย
 - 2.1 โปรแกรมดนตรีบำบัดฯ “ฟ้าใสโปรแกรม”
 - 2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1”
 - 2.3 แบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2”

1. เครื่องมือหลักที่ใช้ในการศึกษาตามรายวัตถุประสงค์วิจัย ประกอบด้วย

1.1 แบบสำรวจข้อมูลการฆ่าตัวตาย

ผู้วิจัยทำการพัฒนาขึ้น เพื่อใช้สำรวจข้อมูลภาคสนาม โดยการพัฒนาขึ้นจากแบบสำรวจพฤติกรรมของ ทศนีย์ ศรีพิพัฒน์ (2546) ซึ่งเป็นแบบสำรวจพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยา โดยมีรายละเอียดการพัฒนาและปรากฏตัวอย่าง ดังนี้ (ดังภาคผนวก ก)

ตารางที่ 3 การพัฒนาแบบสำรวจข้อมูลการฆ่าตัวตาย

ปัจจัยพื้นฐาน	แบบสำรวจพฤติกรรมของทศนีย์ ศรีพิพัฒน์ (2546)	แหล่งข้อมูลการศึกษาสำรวจการฆ่าตัวตายของนิสิตนักศึกษา
<p>1. เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจข้อมูลการฆ่าตัวตายของนิสิตนักศึกษาและนิสิตนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพ</p> <p>2. ระยะเวลาและรูปแบบการศึกษามาจากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในระยะเวลา 5 ปี ได้แก่ พุทธศักราช 2546-2551</p>	<p>แบบบันทึกการสำรวจ ครั้งที่ วันที่เดือน.....พ.ศ.</p> <p>สถานที่.....</p> <p>เวลา.....</p> <p>แหล่งข้อมูล.....</p> <p>อัตราความถี่.....</p> <p>ผู้สำรวจ.....</p> <p>สถานการณ์.....</p> <p>จุดมุ่งหมายในการสำรวจ.....</p> <p>พฤติกรรมและสถานการณ์ที่พบ.....</p> <p>ความคิดเห็น.....</p> <p>ข้อเสนอแนะของผู้สำรวจในการช่วยเหลือหรือทรศนะอันนำไปสู่การแก้ไขพฤติกรรม.....</p> <p>ผู้สำรวจ.....</p>	<p>1. เอกสารตำรา</p> <p>1.1 จิตเวชที่ว่าด้วยภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย</p> <p>1.2 การพัฒนานิสิตนักศึกษา (โรเจอร์, 1989)</p> <p>1.3 ดนตรีบำบัด</p> <p>1.4 ทฤษฎีการประพันธ์เพลงและสังคีตลักษณะการวิเคราะห์</p> <p>2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ</p> <p>2.1 ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย</p> <p>2.2 ดนตรีบำบัด</p> <p>3. สื่อและหน่วยงาน</p> <p>3.1 สื่อโทรทัศน์</p> <p>3.2 สื่อสิ่งพิมพ์</p> <p>3.3 สื่ออิเล็กทรอนิกส์</p> <p>3.4 องค์การอนามัยโลก</p> <p>3.5 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข</p>

ตัวอย่างเครื่องมือที่ 1.1
แบบสำรวจข้อมูลการฆ่าตัวตาย

แบบสำรวจข้อมูลการฆ่าตัวตาย	
1. แหล่งข้อมูลและวันเวลา	
2. เพศ	
3. อายุ	
4. ประเทศ	
5. ระดับการศึกษา/ชั้นปี/คณะ	
6. สถาบัน	
7. ปัจจัย/สาเหตุ	
8. วิธีการฆ่าตัวตาย	
9. อัตราความสำเร็จ	
10. สถิติและและแนวโน้ม	
11. ข้อเสนอแนะ และหมายเหตุ	
12. ชื่อของผู้สำรวจ	

1.2 แบบวิเคราะห์เนื้อหาสาระหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้า

สำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

แบบวิเคราะห์สาระ/เนื้อหา ได้ทำการพัฒนาขึ้นจากแบบวิเคราะห์สาระของเรวัตีพรรณ รอบคอบ (2551) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์เนื้อหา/สาระของหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทย ดังวิธีการพัฒนาและคำอธิบายรายละเอียดต่าง ๆ โดยตาราง ต่อไปนี้ (ดังภาคผนวก ข)

ตารางที่ 4 การพัฒนาแบบวิเคราะห์เนื้อหาสาระหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้า
สำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

ปัจจัยพื้นฐาน	แบบวิเคราะห์สาระของ เรวัตีพรรณ รอบคอบ (2551)	ดรชนี/อ้างอิง
1. เป็นเครื่องมือที่ใช้ ในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ทฤษฎี การบำบัดภาวะ ซึมเศร้า มุ่งจำแนก ประเด็นการ วิเคราะห์ไป ในการนำไป พัฒนาเป็น โปรแกรมดนตรี บำบัดเพื่อลด ภาวะซึมเศร้า สำหรับนิสิต นักศึกษา สถาบันอุดมศึกษา ไทยได้จริงเป็น หลัก	- หอสมุดกลาง 20001 - 376.65 น. 687 บ.ฉ.3 03-วจ บทบาทสตรี 2470/1-42 - ประเด็นที่ 1 - ประเด็นที่ 2 บทบาทด้านสังคม ข้อความที่ต้องการสกัดจากเอกสาร “.....”” สรุปสาระสำคัญ “.....””	ตำรา/สัมภาษณ์ สุนต ชูตินทรานนท์ 18 กรกฎาคม 2550 นิภา ศรีไพโรจน์ (2542) แถมสุข นุ่มนนท์ (2545)

จากข้อมูลตามตารางข้างต้นนั้นจะเห็นได้ว่า ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวิเคราะห์เนื้อหา/สาระ
หลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย โดย

1. คำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานในการที่จะนำไปใช้งานในสนามจริงเป็นหลัก
2. ผู้วิจัยได้นำแบบวิเคราะห์สาระของ เรวัตีพรรณ รอบคอบ (2551) มาเป็นมา

เป็นฐานในการใช้พัฒนา เนื่องด้วยแบบดังกล่าวเป็นแบบที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในเชิงเอกสาร ตำรา
วิชาการหลากหลายรูปแบบเป็นหลัก ซึ่งเกี่ยวเนื่องต่องานของผู้วิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการจำแนกแหล่งข้อมูล หรือการอ้างอิงจากกรอบแนวคิดของการวิจัยเป็นหลัก โดยเฉพาะในแง่ของ ที่มาของทฤษฎีหลักการ

4. ผลการวิเคราะห์พบว่า ประเด็นที่ต้องศึกษาวิจัยที่เป็นประเด็นหลักของแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่นั้นประกอบไปด้วย 1. ปรัชญา แนวคิด ทฤษฎีและหลักการ 2. ระเบียบวิธี (ขั้นตอน) และ/หรือเทคนิควิธีการ 3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล 5. การวิเคราะห์ข้อมูล และ 6. ดรรชนี/อ้างอิง โดยมีตัวอย่างเครื่องมือดังนี้

ตัวอย่างเครื่องมือที่ 1.2

แบบวิเคราะห์เนื้อหาสาระหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

- หอสมุด.....	
แหล่งข้อมูล.....	รหัสข้อมูล.....
เลข ISBN.....	รหัสหมวดหมู่.....
- หัวเรื่อง.....	รหัสประเด็น.....
- ประเด็นที่ 1	
.....	
1. ปรัชญา แนวคิด ทฤษฎีและหลักการ	
.....	
2. ระเบียบวิธี(ขั้นตอน) และ/หรือเทคนิควิธีการ	
.....	
3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	
.....	
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล	
.....	
5. การวิเคราะห์ข้อมูล	
.....	
6. ดรรชนี/อ้างอิง	
.....	
สรุปสาระสำคัญ	
“.....	
.....”	

1.3 แบบสอบถามทรงสนະผู้ทรงคุณวุฒิ เรื่องการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดฯ

แบบสอบถามทรงสนະผู้ทรงคุณวุฒิด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหา/สาระ เรื่องการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดในการลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยนั้น ผู้วิจัยทำการพัฒนาขึ้นโดยเฉพาะเพื่อใช้สอบถามทรงสนະของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับ การพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย ดังวิธีการพัฒนาตามคำอธิบายโดยตาราง ต่อไปนี้ (ดังภาคผนวก ค)

ตารางที่ 5 การพัฒนาแบบสอบถามทรรศนะผู้ทรงคุณวุฒิด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหา/สาระ
เรื่องการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิต
นักศึกษาไทย “ฟ้าใสโปรแกรม”

ปัจจัยพื้นฐาน	เนื้อหาสาระ	ดรรรชนี/อ้างอิง
1. ต้องเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการ สอบถามทรรศนะที่มุ่งไปยัง ความคิดเห็นในมิติด้านการ ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรม ดนตรีบำบัดฯ โดยมุ่งเน้นที่ เทคนิคกระบวนการเป็นสำคัญ ตลอดจนข้อเสนอแนะในแต่ละ ประเด็นที่จะสามารถนำไปสู่การ สังเคราะห์องค์ความรู้ตามกรอบ แนวคิดของงานวิจัยให้จงได้ ตามวัตถุประสงค์หลักของการ วิจัย	1. ปรัชญา แนวคิด ทฤษฎี และหลักการ 2. ระเบียบวิธี(ขั้นตอน) กิจกรรม และเทคนิควิธีการ 3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา วิจัย 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล 5. การวิเคราะห์ข้อมูล โดยให้ครอบคลุม ประเด็นสำคัญ คือ ความสามารถในการนำไปใช้ ได้จริงสำหรับ นิสิตนักศึกษา สถาบันอุดมศึกษาไทย	ทรรศนะของผู้ใด

ตัวอย่างเครื่องมือที่ 1.3
แบบสอบถามทัศนคติผู้ทรงคุณวุฒิด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหา/สาระ
เรื่องการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย
“ฟ้าใสโปรแกรม”

ชื่อ/นามสกุลผู้ทรงคุณวุฒิ
ตำแหน่ง
ทัศนคติโดยรวม
ปัญหาและอุปสรรค
ข้อเสนอแนะ
 (.....)/...../.....

1.4 แบบสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและกลุ่มตัวอย่าง เรื่องสภาพปัญหาภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทยและต่างประเทศ

1.5 แบบสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ เรื่องหลักการและแนวคิดในการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

วิธีดำเนินการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบสัมภาษณ์ มีดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบสัมภาษณ์โดยใช้หลักเกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด (2543 : 50-59) ; สุวิมล ว่องวานิช (2544 :11-12) ; ประวิต เอราวรรณ์ (2545 : 3)

2. ศึกษาวิธีการสร้างแบบสัมภาษณ์ในการดำเนินการวิจัยในชั้นเรียนตามแนวทางการศึกษาค้นคว้า

3. กำหนดขอบข่ายของข้อมูลที่ต้องให้ครอบคลุมกรอบการศึกษาค้นคว้า

4. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสร็จแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมในการใช้ภาษา ความครอบคลุมเรื่องที่ต้องการข้อมูลตลอดทั้งแนะนำเพื่อปรับปรุงแก้ไขและตรวจสอบคุณภาพในด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหา จำนวน 4 ท่าน

5 ปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วจัดพิมพ์เครื่องมือฉบับสมบูรณ์ เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป (ดังภาคผนวก ข ซ ฉ)

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ
เรื่องสภาพปัญหาภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทยและต่างประเทศ

ตอนที่ 1

ชื่อ/สกุล.....
ตำแหน่ง.....

ตอนที่ 2

คำนิยาม สภาพปัญหาภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทยและต่างประเทศ
หมายถึง ปรากฏการณ์ ภาวะการณ์ สิ่งที่เกิดขึ้นหรืออุปสรรคสำคัญโดยเป็นผล
มาจากภาวะซึมเศร้าในนิสิตนักศึกษาไทยและต่างประเทศ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นต่อไปนี้ คือ

สภาพปัญหาภายใน

1. สภาพปัญหาทางสุขภาพกาย
2. สภาพปัญหาทางสุขภาพจิต
3. สภาพปัญหาทางพฤติกรรม

สภาพปัญหาภายนอก

1. สภาพปัญหาทางด้านสังคม

สภาพปัญหาแนวโน้มความรุนแรง

1. สภาพความชุกของภาวะซึมเศร้าในแง่ของระดับวิทยาลัย

คำถาม

1. สภาพปัญหาทางสุขภาพกายของนิสิตนักศึกษาไทย/ต่างประเทศเป็นอย่างไร
2. สภาพปัญหาทางสุขภาพจิตของนิสิตนักศึกษาไทย/ต่างประเทศเป็นอย่างไร
3. สภาพปัญหาทางพฤติกรรมของนิสิตนักศึกษาไทย/ต่างประเทศเป็นอย่างไร
4. สภาพปัญหาทางด้านสังคมของนิสิตนักศึกษาอย่างไร
5. สภาพความชุกของภาวะซึมเศร้าในแง่ของระดับวิทยาลัยของนิสิตนักศึกษาไทย/ต่างประเทศเป็นอย่างไร
6. แนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสถาบันอุดมศึกษาสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย/ต่างประเทศเป็นอย่างไร

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเพื่อการทดลอง
เรื่องสภาพปัญหาภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทย

ตอนที่ 1

รหัสหน่วยทดลอง.....
เพศ ชาย () หญิง () คณะ.....ชั้นปีที่.....

ตอนที่ 2

คำนิยาม สภาพปัญหาภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทยและต่างประเทศ
หมายถึง ปรากฏการณ์ ภาวะการณ์ สิ่งที่เกิดขึ้นหรืออุปสรรคสำคัญโดยเป็นผล
มาจากภาวะซึมเศร้าในนิสิตนักศึกษาไทยและต่างประเทศ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

1. สภาพปัญหาทางสุขภาพกาย
2. สภาพปัญหาทางสุขภาพจิต
3. สภาพปัญหาทางการดำเนินชีวิต

คำถาม

1. สภาพปัญหาทางสุขภาพกายของคุณเป็นอย่างไรบ้าง และทางออกของคุณคือ
2. สภาพปัญหาทางอารมณ์ความรู้สึกคุณเป็นอย่างไรบ้าง และทางออกของคุณคือ
3. สภาพปัญหาทางการดำเนินชีวิตในการใช้ชีวิตปกติและการศึกษาเล่าเรียน
ของคุณเป็นอย่างไรบ้าง และทางออกของคุณคือ

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ

แบบสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ เรื่องหลักการและแนวคิดในการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

ตอนที่ 1

ชื่อ/สกุล.....
ตำแหน่ง.....

ตอนที่ 2

คำนิยาม หลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย หมายถึง รูปแบบ
วิธีการในการจัดการหรือกระทำให้ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง หรือหายเป็นปกติ ซึ่งผ่านการศึกษาวิจัย และใช้กันแพร่หลายใน
วงการวิชาการและการสาธารณสุขเท่านั้น โดยเน้นความเหมาะสมกับช่วงอายุ 18-25 ซึ่งอนุมานเป็นช่วงวัยเดียวกันกับนิสิต
นักศึกษาไทย ทั้งนี้ การศึกษาวิจัยมุ่งประเด็นไปที่การหาคำตอบว่า รูปแบบวิธีการในการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษา
ไทย เป็นอย่างไร มีอะไรบ้างและรูปแบบวิธีการใดเหมาะสมสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

คำถาม

1. รูปแบบวิธีการในการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย เป็นอย่างไร
2. หลักการของรูปแบบวิธีการต่างๆในการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย มีอะไรบ้าง
3. หลักและวิธีการในการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย มีรูปแบบวิธีการใดบ้างที่เหมาะสม
สำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้กำหนดผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือทั้ง 5 ชนิด ที่จะดำเนินการใช้ทดลอง สำหรับการวิจัยครั้งนี้ โดยอาศัยทรรคนะจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติพื้นฐาน ดังนี้

1. ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1 เป็นจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวชและ/หรือนักจิตเวช และเป็นผู้ที่มีผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับจิตเวช ด้วยลักษณะเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ ไม่ต่ำกว่า 10 ปี
2. ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2 เป็นนักวิชาการหรือนักวิจัยที่มีผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวกับดนตรีบำบัดหรือดนตรีเพื่อความผ่อนคลายด้วยลักษณะเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ ไม่ต่ำกว่า 10 ปี
3. ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3 เป็นผู้ที่มีผลงานทางด้านดนตรีบำบัดและ/หรือดนตรีเพื่อความผ่อนคลายในฐานะผู้ประพันธ์หรือเรียบเรียง ด้วยลักษณะเป็นที่ยอมรับในวงวิชาชีพและวงวิชาการ ไม่ต่ำกว่า 10 ปี
4. ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 4 เป็นนักวิชาการหรือนักวิจัยที่มีผลงานทางวิชาการทางดนตรีสุนทรียศาสตร์ และการประพันธ์เพลง ด้วยลักษณะเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ ไม่ต่ำกว่า 10 ปี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาทดลองภายในโปรแกรมดนตรีบำบัดฯ ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมดนตรีบำบัดฯ “ฟ้าใสโปรแกรม”

ผู้วิจัยดำเนินการการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นเตรียมการ(ทบทวนและวิเคราะห์ทฤษฎี)

1. ทบทวน วิเคราะห์แนวคิดทฤษฎีทางจิตเวชที่ว่าด้วยเรื่องภาวะซึมเศร้า เพื่อความเข้าใจก่อนลงภาคสนาม ให้พร้อมที่จะปฏิบัติต่อกลุ่มทดลองได้อย่างปลอดภัย และเพื่อการเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้มีภาวะซึมเศร้าอีกด้วย

2. ผู้วิจัยจะเรียบเรียงและประพันธ์แนวทำนองดนตรีตลอดจนบทกวีชิ้นใหม่ รวมทั้งสร้างกรอบกิจกรรมของโปรแกรมและการควบคุมบริบทต่าง ๆ โดยนำวิธีการนำแนวคิดทฤษฎี ระหว่างแนวคิดทางตะวันตก ตะวันออกและบริบทของไทย พัฒนาขึ้นเป็นโปรแกรมดนตรีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยจะดำเนินการวิเคราะห์หลักการทฤษฎีและงานวิจัยอันเกี่ยวข้องกับ จิตเวชที่ว่าด้วยภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายของ อรพรรณ ลือบุญวิชชัย (2549) และมานิช หล่อตระกูล (2543) การพัฒนานิสิตนักศึกษา และทางด้านดนตรีบำบัดของของสมาคมดนตรีบำบัดแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา (The National Association for Music Therapy, 1992) จำไพพรรณ ศรีโสภาค (2511) และศุภกิจ จารุจรณ (2550) เป็นฐาน สังกเคราะห์ร่วมกับ ทฤษฎีและหลักการพัฒนานิสิตของ โรเจอร์ (Rogers, 1989) ร่วมกับหลักการการประพันธ์เพลง กระบวนการ

สังคีตลักษณะการวิเคราะห์ และเกณฑ์การคัดเลือกบทเพลงของพิชิต ชัยเสรี (2551) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมไทยต่อไป ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าน่าจะมีส่วนกระตุ้นให้ผู้ป่วย มีกำลังใจ ตระหนัก มองเห็นสภาพการณ์จริงหรือเห็นแง่มุมเชิงบวกในการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นลักษณะตรงข้ามกับอาการของผู้มีภาวะซึมเศร้า

ขั้นตอนพัฒนาแนวทำนอง

1. ผู้วิจัยนำเอาข้อมูลของปัญหาสภาพการณ์ภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาของไทยและต่างประเทศมาวิเคราะห์สังเคราะห์
2. นำหลักการและแนวคิดทฤษฎีที่ได้ทำการศึกษาจาก ขั้นเตรียมการ (ทบทวนและวิเคราะห์ทฤษฎี) ข้างต้น สังเคราะห์ขึ้นเป็นแนวทางในการเลือกเพลง บันทึกโน้ตประพันธ์และเรียบเรียง ประพันธ์บทกวี
3. วางแผนและออกแบบท่วงทำนองและกิจกรรม
4. ออกแบบ รายละเอียด และเนื้อหาของบทเพลง เป็นไปตามแผนภาพที่ 2 การแสดงกระบวนการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดในการลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยที่นำเสนอแล้วในข้างต้น
5. นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรง

ขั้นตอนทดลองใช้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ข้างต้น
2. สอบถามความสมัครใจและให้กรอกข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. สังเกต สัมภาษณ์ และประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1” (ครั้งที่ 1) (Pre-test)
4. ปฐมนิเทศ นัดหมาย วัน เวลาและสถานที่ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 10 ครั้ง
5. มอบเอกสารเกี่ยวกับกิจกรรมในการวิจัยและชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ในการศึกษาและพิทักษ์สิทธิ์ ในการเข้าร่วมการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง หากไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยต่อไปด้วยประการใด ๆ ก็ตามสามารถออกจากการทดลองได้ทุกเมื่อตามความประสงค์
6. สัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติม
7. เมื่อถึงครั้งที่ 10 จะมีการทำแบบประเมินระดับความรุนแรงโดยใช้ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1” (ครั้งที่ 2) (Post-test)
8. ดำเนินการเตรียมการที่จะจัดกระทำข้อมูลต่อไป

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1”

ขั้นตอนในการพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1” แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1” มีรายละเอียด ดังนี้

1. การคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานของเครื่องมือเดิม

- เป็นเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้คัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ และเป็นแบบที่กระทรวงสาธารณสุขใช้

- แบบวัดภาวะซึมเศร้าของ เบค และคณะ (Beck, et al, 1988) แบบวัด BDI (Beck Depression Inventory) ที่นำมาเป็นฐานในการพัฒนานั้น มีระดับของคะแนนที่ชัดเจน ตลอดจนมีการแบ่งค่าคะแนนที่บ่งชี้ระดับอาการที่ชัดเจนด้วย กล่าวคือ

คะแนน 0-9 เป็นภาวะซึมเศร้าในคนปกติ (Normal Depression)

คะแนน 10-15 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย (Mild Depression)

คะแนน 16-19 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Mild – Moderate Depression)

คะแนน 20-29 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับมาก (Moderate – Severe Depression)

คะแนน 30-63 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรง (Severe Depression) แบบวัดที่นำมาพัฒนานี้ มีการใช้อย่างแพร่หลายทั้งในและต่างประเทศ อีกทั้งมีนักวิจัยหลายท่านได้นำแบบวัดดังกล่าวไปใช้ในงานวิจัยอีกด้วย ทั้งนี้ แบบวัด BDI ยังมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ดีและรัดกุม ตลอดจนมีการใช้ครอบคลุมทั้งประเทศเป็นระยะเวลาหลายสิบปีจนถึงปัจจุบัน

2. การวิเคราะห์แนวคิดทฤษฎีและความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในกลุ่มนิสิตนักศึกษาและภาวะของโรค โดยพิจารณาจาก

- หลักการและทฤษฎีทางจิตเวชที่ว่าด้วยภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย การพัฒนานิสิตนักศึกษาของ โรเจอร์ (Rogers, 1989) ดนตรีบำบัด ทฤษฎีการประพันธ์เพลงและสังคีตลักษณะการวิเคราะห์ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บทเรียนที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลว

3. ผลการวิเคราะห์อันนำไปสู่การพัฒนาเครื่องมือ พบว่า

- แบบประเมินนี้ผู้วิจัยได้กำหนดให้มีการพัฒนาให้ครอบคลุมในการระบุ เพศ วัย ระดับการศึกษา ลำดับที่ วันเวลา จำนวนครั้งที่ใช้ (ก่อนและหลัง ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย) การแปลผล คุณสมบัติตามจรรยาบรรณวิจัย โดยใช้การตั้งเป็นรหัสแทนชื่อของผู้ถูกทดลองเพิ่มเติม โดยยังคงเนื้อหาของคำถามไว้เช่นเดิม เพราะเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้กันโดยปกติทางวิชาชีพจิตเวช ซึ่งมีขั้นตอนแสดงการพัฒนาและตัวอย่างต่อไปนี้ (ดังภาคผนวก ง)

ตารางที่ 6 กระบวนการพัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1”

ปัจจัยพื้นฐาน	ตัวอย่างแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ เบค และ คณะ (Beck, et al, 1988) แบบวัด BDI (Beck Depression Inventory)	การวิเคราะห์ แนวคิดทฤษฎีและความเหมาะสมที่ จะนำมาใช้ในกลุ่มนิสิตนักศึกษา และ ภาวะของโรค
<p>1. เป็นเครื่องมือทางจิตเวชที่ใช้คัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ และเป็นแบบที่วงวิชาการและกระทรวงสาธารณสุข ยอมรับ</p>	<p>แบบทดสอบระดับความซึมเศร้า (BDI) คำชี้แจง อ่านข้อความทุกข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้ววงกลมที่หมายเลขหน้าข้อความ ที่ตรงกับความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด</p> <p>1. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกซึมเศร้า 1 ฉันรู้สึกซึมเศร้า 2 ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลา และไม่สามารถ ลืมมันได้ 3 ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ไหวอีกแล้ว</p> <p>2. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกท้อแท้อนาคต 1 ฉันรู้สึกต่ออนาคต 2 ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรต่อคิดหรือ มุ่งหวังอีกต่อไป 3 ฉันรู้สึกหมดหวังในอนาคตและ ไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้นได้</p> <p>3. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกว่าทำอะไรล้มเหลว 1 ฉันรู้สึกทำอะไรล้มเหลวกว่าคนอื่น ๆ 2 เมื่อฉันมองย้อนไปในอดีตสิ่งที่ฉันทำได้ คือ ความล้มเหลวเกือบทั้งหมด 3 ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนที่ทำอะไรล้มเหลว มาโดยตลอด</p> <p>.....ฯลฯ</p>	<p>1.1 จิตเวชที่ว่าด้วยภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย</p> <p>1.2 การพัฒนานิสิตนักศึกษา (โรเจอร์ , 1989)</p> <p>1.3 ดนตรีบำบัด</p> <p>1.4 ทฤษฎีการประพันธ์เพลง สังคีตลักษณะการวิเคราะห์และเกณฑ์การคัดสรรบทเพลง</p> <p>2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ</p> <p>2.1 ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย</p> <p>2.2 ดนตรีบำบัด</p>

ตัวอย่างเครื่องมือที่ 2.2
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า "ฟ้าใส 1"

ลำดับที่.....
วัน/เดือน/ปี.....
รหัส.....
เพศ.....
ชั้นปี.....
ครั้งที่.....

คำชี้แจง อ่านข้อความทุกข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้ววงกลมที่หมายเลขหน้าข้อความ ที่ตรงกับความรู้สึกของตนเอง
ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา **มากที่สุด**

1. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกซึมเศร้า
 - 1 ฉันรู้สึกซึมเศร้า
 - 2 ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
 - 3 ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ไหวอีกแล้ว

2. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกท้อแท้อนาคต
 - 1 ฉันรู้สึกต่ออนาคต
 - 2 ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรต่อก็คิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป
 - 3 ฉันรู้สึกหมดหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้นได้.....

20. 0 ฉันไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ
 - 1 ฉันวิตกเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด ปวดท้อง หรือท้องผูก
 - 2 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น
 - 3 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายจนไม่สามารถจะคิดถึงถึงสิ่งอื่นได้

21. 0 ความสนใจทางเพศของฉันยังปกติ
 - 1 ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยกว่าที่เคย
 - 2 ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยลงมาก
 - 3 ฉันไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย

ระดับของคะแนน จากแบบวัด

คะแนน	0-9	เป็นภาวะซึมเศร้าในคนปกติ (Normal Depression)
คะแนน	10-15	เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย (Mild Depression)
คะแนน	16-19	เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Mild – Moderate Depression)
คะแนน	20-29	เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับมาก (Moderate - Severe Depression)
คะแนน	30-63	เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรง (Severe Depression)

2.3 แบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2”

ผู้วิจัยทำการพัฒนาขึ้น เพื่อใช้บันทึกพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ในขณะที่ทำการทดลอง ทุกครั้งที่ดำเนินกิจกรรม โดยการพัฒนาขึ้นจากแบบสังเกตพฤติกรรมของทัศนีย์ ศรีพิพัฒน์ (2546) ซึ่งเป็นแบบสังเกตพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยาการศึกษาแนะแนว ดังนี้ (ดั่งภาคผนวก จ)

ตารางที่ 7 กระบวนการพัฒนาแบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2”

ปัจจัยพื้นฐาน	แบบสังเกตพฤติกรรมของทัศนีย์ ศรีพิพัฒน์ (2546)	การวิเคราะห์แนวคิดทฤษฎีและความเหมาะสมเรื่องนิสิตนักศึกษา และภาวะของโรค
<p>2. เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสังเกตและจดบันทึกข้อมูลพฤติกรรม นิสิตนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพ</p> <p>3. ระยะเวลาและรูปแบบการศึกษามาจากพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาแนะแนวแบบผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (โรเจอร์ 1989)</p>	<p>แบบบันทึกการสังเกต ครั้งที่ วันที่เดือน.....พ.ศ.</p> <p>สถานที่สังเกต..... เวลาที่สังเกต..... ผู้ถูกสังเกต..... ชั้น ปีที่..... ผู้สังเกต..... สถานการณ์ที่สังเกต..... จุดมุ่งหมายในการสังเกต.....</p> <p>พฤติกรรมที่แสดงออก.....</p> <p>ความคิดเห็น.....</p> <p>ข้อเสนอแนะของผู้สังเกตในการช่วยเหลือหรือแก้ไขพฤติกรรม..... ผู้สังเกต.....</p>	<p>1.1 จิตเวชที่ว่าด้วยภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย</p> <p>1.2 การพัฒนานิสิตนักศึกษา (โรเจอร์, 1989)</p> <p>1.3 ดนตรีบำบัด</p> <p>1.4 ทฤษฎีการประพันธ์เพลงและสังคีตลักษณะการวิเคราะห์</p> <p>2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ</p> <p>2.1 ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย</p> <p>2.2 ดนตรีบำบัด</p>

ตัวอย่างเครื่องมือที่ 2.3
แบบบันทึกการสังเกต "ฟ้าใส 2"

แบบบันทึกการสังเกต "ฟ้าใส 2" ครั้งที่.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.

รหัส.....

สถานที่สังเกต

เวลาที่สังเกต.....

ผู้ถูกสังเกต

ผู้สังเกต.....

สถานการณ์ที่สังเกต (จุดมุ่งหมายของบทเพลง)

.....

จุดมุ่งหมายในการสังเกต

.....

.....

.....

พฤติกรรมที่แสดงออก

.....

.....

.....

ความคิดเห็น

.....

.....

ข้อเสนอแนะของผู้สังเกตในการช่วยเหลือหรือแก้ไขพฤติกรรม

.....

.....

.....

ผู้สังเกต.....

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้กำหนดผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือทั้ง 3 ชนิด ที่จะดำเนินการใช้ทดลอง สำหรับการวิจัยครั้งนี้ โดยอาศัยทรรคนะจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติพื้นฐาน ดังนี้

1. ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1 เป็นจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวชและ/หรือนักจิตเวช และเป็นผู้ที่มีผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับจิตเวช ด้วยลักษณะเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ ไม่ต่ำกว่า 10 ปี
2. ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2 เป็นนักวิชาการหรือนักวิจัยที่มีผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวกับดนตรีบำบัดหรือดนตรีเพื่อความผ่อนคลายด้วยลักษณะเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ ไม่ต่ำกว่า 10 ปี
3. ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3 เป็นผู้ที่มีผลงานทางด้านดนตรีบำบัดและ/หรือดนตรีเพื่อความผ่อนคลายในฐานะผู้ประพันธ์หรือเรียบเรียง ด้วยลักษณะเป็นที่ยอมรับในวงวิชาชีพและวงวิชาการ ไม่ต่ำกว่า 10 ปี

4. ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 4 เป็นนักวิชาการหรือนักวิจัยที่มีผลงานทางวิชาการทางดนตรีสุนทรียศาสตร์ และการประพันธ์เพลง ด้วยลักษณะเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ ไม่ต่ำกว่า 10 ปี

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์หลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

1) แหล่งข้อมูล คือ หลักการ แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย โดยมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีและหลักการ ประกอบด้วย 1.1 จิตเวชที่ว่าด้วยภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย 1.2 การพัฒนานิสิตนักศึกษา 1.3 ดนตรีบำบัด 1.4 ทฤษฎีการประพันธ์เพลง สังกีตลักษณะการวิเคราะห์และเกณฑ์การคัดเลือกบทเพลง 2.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2.1 ภาวะซึมเศร้า และ 2.2 ดนตรีบำบัด

2) ผู้วิจัยศึกษาหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น โดยอิงจากงานนิพนธ์และวิจัยของอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) มาโนช หล่อตระกูล (2543) เบค และ คณะ (Beck, et al, 1988) และ โรเจอร์ (Rogers, 1989) เป็นหลัก

3) ข้อมูลในขั้นนี้ได้จาก ข้อที่ 1 และ 2 มาใช้วิเคราะห์ร่วมกับผลการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านจิตเวช นักวิชาการและ/หรือผู้มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการและ/หรือบำบัดภาวะซึมเศร้า เพื่อมุ่งประเด็นไปที่การหาคำตอบว่า

1. ลักษณะรูปแบบวิธีการในการบำบัดภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทยมีที่ลักษณะ
2. หลักการและแนวคิดการบำบัดภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทยมีอะไรบ้าง
3. หลักการและแนวคิดการบำบัดภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมสำหรับนิสิตนักศึกษา

ไทยเป็นอย่างไร

4) นำประเด็นข้างต้นมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ขึ้นเป็นแนวทางในการพัฒนาหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย ตลอดจนใช้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นนี้พัฒนาไปสู่การกิจกรรมโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย ในตอนที่ 2 ต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับ

นิสิตนักศึกษาไทย

- 1) แหล่งข้อมูลนี้มาจากขั้นตอนที่ 1
- 2) นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ร่วมกับหลักการทางดนตรีบำบัด และหลักการการประพันธ์เพลง กระบวนการสังคีตลักษณะการวิเคราะห์ และเกณฑ์การคัดเลือกบทเพลงของ พิชิตชัยเสรี (2551) ให้เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมไทย
- 3) วิเคราะห์สรุปหลักการทางดนตรีบำบัด
- 4) สังเคราะห์บทเพลงที่จะใช้ในโปรแกรมดนตรีบำบัดฯ
- 5) สังเคราะห์บทกวีชิ้นใหม่ โดยใช้ปรัชญาพื้นฐานในการพิจารณามนุษย์ของโรเจอร์ (Rogers, 1989)
- 6) พัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยขึ้น ซึ่งจะมีรายละเอียดของโปรแกรมฯ ดังนี้ 1 คู่มือผู้ใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย 2 วิธีการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย 3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย
- 7) นำโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรง
- 8) ปรับแก้โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำไปใช้ทดลอง

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนทดลอง

- 1) แหล่งข้อมูลในขั้นนี้เป็นผลมาจากการสังเคราะห์ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 2
- 2) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
- 3) สอบถามความสมัครใจและให้กรอกข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- 4) สังเกต สัมภาษณ์ และประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1” (ครั้งที่ 1) (Pre-test)
- 5) ปฐมนิเทศ นัดหมาย วัน เวลาและสถานที่ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 6) มอบเอกสารเกี่ยวกับกิจกรรมในการวิจัยและชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ในการศึกษา และพิทักษ์สิทธิ์ ในการเข้าร่วมการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง หากไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยต่อไปด้วยประการใด ๆ ก็ตามสามารถถอนจากการทดลองได้ทุกเมื่อตามความประสงค์
- 7) สัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติม

- 8) เมื่อถึงครั้งที่ 10 จะมีการทำแบบประเมินระดับความรุนแรงโดยใช้ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1” (ครั้งที่ 2) (Post-test) อีกครั้งหนึ่ง
- 9) ดำเนินการเตรียมการที่จะจัดกระทำข้อมูลต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย เพื่อกำหนดกรอบแนวคิด ใช้วิธีการวิเคราะห์สาระ
2. ข้อมูลที่ได้จากศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทยและต่างประเทศ ใช้วิธีการสำรวจร่วมกับการวิเคราะห์สาระและการสัมภาษณ์
3. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิเคราะห์หลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย ใช้วิธีการวิเคราะห์สาระและการสัมภาษณ์
4. ข้อมูลที่ได้จากข้อที่ 1 และ 3 เพื่อพัฒนาขึ้นเป็นโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยนั้น ใช้วิธีการวิเคราะห์สาระร่วมกับสังคีตลักษณะการวิเคราะห์การประพันธ์เพลงไทย และใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกบทเพลง
5. ข้อมูลที่ได้จากข้อ 4 ที่สังเคราะห์ขึ้นเป็นโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยนั้น ใช้การสอบถามทรงคนะผู้ทรงคุณวุฒิ
6. ข้อมูลที่ได้จากการทดลอง ใช้วิธี
 - 6.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยความถี่ และร้อยละ
 - 6.2 วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนความรุนแรงของภาวะซึมเศรื่าก่อนและหลังการทดลองด้วยการหาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
 - 6.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของภาวะซึมเศรื่าก่อนและหลังการทดลอง พร้อมกับเปรียบเทียบพฤติกรรมของหน่วยทดลองด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

6. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับ
นิสิตนักศึกษาไทย

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับ
นิสิตนักศึกษาไทย “ฟ้าใสโปรแกรม”

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมฯ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับ นิสิตนักศึกษาไทย

1. ผู้วิจัยจะทำการศึกษาวิเคราะห์และสรุป หลักการ แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย โดยมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1.1 ทฤษฎีและหลักการ ประกอบด้วย

- 1.1.1 จิตเวชที่ว่าด้วยภาวะซึมเศร้าและการบำบัดรักษา
- 1.1.2 การพัฒนานิสิตนักศึกษา
- 1.1.3 ดนตรีบำบัด
- 1.1.4 ทฤษฎีการประพันธ์เพลง สิ่งคือลักษณะการวิเคราะห์
และเกณฑ์การคัดเลือกบทเพลง

1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

- 1.2.1 ภาวะซึมเศร้า
- 1.2.2 ดนตรีบำบัด

2. ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลได้จากมาจากข้อที่ 1 ร่วมกับข้อมูลจากเว็บไซต์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก

3. นำข้อมูลจากการศึกษาในข้อที่ 1 และ 2 มาวิเคราะห์ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านจิตเวช นักวิชาการและ/หรือผู้มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการและ/หรือบำบัดภาวะซึมเศร้า

4. ผู้วิจัยจะทำการศึกษาหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ซึ่งจะศึกษาจากงานนิพนธ์และวิจัยของอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, (2549) มาโนช หล่อตระกูล, (2543) เบค และ คณะ (Beck, et al, 1988) บลัค (1994, 542) และ โรเจอร์ (Rogers, 1989) เป็นหลัก ได้แก่

ประเด็นที่ 1 จิตเวช: ภาวะซึมเศร้าในนิสิตนักศึกษา

1. ความหมายของ ภาวะซึมเศร้า
2. ลักษณะอาการ
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า
 - ปัจจัยด้านชีววิทยา
 - ปัจจัยด้านพันธุกรรม
 - ปัจจัยด้านจิตสังคม
 - ปัจจัยด้านการรู้คิด
4. ระดับของภาวะซึมเศร้า
5. การวินิจฉัย
6. จะทราบได้อย่างไรว่าผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า
7. การช่วยเหลือผู้ป่วยด้านจิตใจเบื้องต้น
8. การรักษาด้วยยา
9. การรักษาในระยะเฉียบพลัน (Acute treatment)
10. การเลือกใช้ยา
11. ขนาดยาในการรักษา
12. ฤทธิ์ข้างเคียง
13. การรักษาระยะต่อเนื่อง (Continuation treatment)
14. การป้องกันในระยะยาว (Prophylactic treatment)

ประเด็นที่ 2 ทฤษฎีและหลักการการพัฒนานิสิตนักศึกษาโดยใช้ปรัชญาพื้นฐานในการพิจารณามนุษย์ของโรเจอร์

โรเจอร์ (Rogers, 1989) มองมนุษย์ในลักษณะที่ดีเขาเชื่อว่ามนุษย์มีเหตุผล ถ้าเผชิญความจริง มีความเฉลียวฉลาดในการปรับตัว เชื่อถือและไว้วางใจได้ และมนุษย์จะพัฒนาตนเองในทางที่ดีจนสุดความสามารถได้ กล่าวคือ เป็นคนที่มีความสมบูรณ์อยู่ในตน (Fully Functioning Person) Rogers ได้เน้นลักษณะที่สำคัญของมนุษย์ไว้ 5 ประการ คือ

1. มนุษย์มีความสามารถ มีศักดิ์ศรี และคุณค่า
2. มนุษย์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเองตามธรรมชาติมนุษย์จะพัฒนาตนเอง ทุก ๆ ด้านอยู่แล้ว
3. มนุษย์เป็นคนดีน่าเชื่อถือ และไว้วางใจ

ได้ 4. มนุษย์มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล 5. มนุษย์ต้องการความรัก การเอาใจใส่และการยอมรับจากผู้อื่น

จากนั้นผู้วิจัยจึงนำประเด็นที่ 2 มาสังเคราะห์ ประมวลขึ้นเป็นหัวข้อแต่ละกิจกรรม พัฒนาขึ้นเป็นคู่มือประกอบการใช้โปรแกรมฯและประพันธ์บทกวีขึ้น โดยมีรายละเอียดของบทกวีดังนี้

หัวข้อที่ 1 ชีวิตนี้มีคุณค่า

หัวข้อที่ 2 จงก้าวกล้าบนขวากหนาม

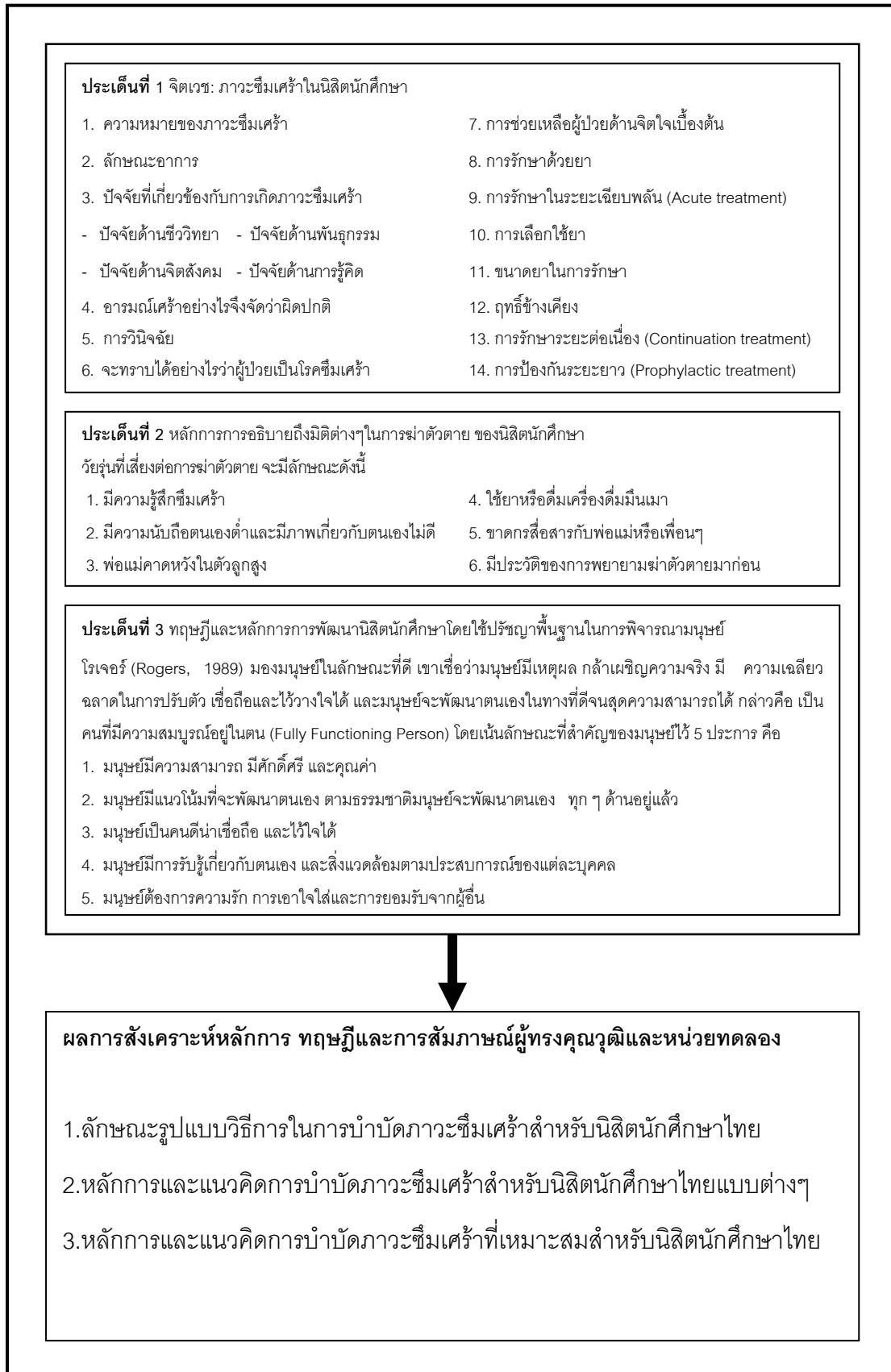
หัวข้อที่ 3 เพื่อนที่ดีมีทุกยาม

หัวข้อที่ 4 สิ่งงดงามจงเรียนรู้ (จงเรียนรู้คุณค่าและความงดงามรอบข้าง)

หัวข้อที่ 5 เพื่อก้าวสู่ความฝัน...วันศรัทธา (ให้กำลังใจให้ความรัก การเอาใจใส่ และการยอมรับ...เพื่อให้เขาเดินไปให้ถึงความหวังความตั้งใจในอนาคตของเขา...เอง)

5. ผู้วิจัยนำประเด็นทั้ง 2 ข้างต้นมาวิเคราะห์ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ทางด้านจิตเวช นักวิชาการและ/หรือผู้มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการและ/หรือบำบัดภาวะ ซึมเศร้า โดยที่การศึกษาวิจัยมุ่งประเด็นไปที่การหาคำตอบว่า หลักการและแนวคิดในการบำบัด ภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย เป็นอย่างไร มีอะไรบ้างและรูปแบบวิธีการใดเหมาะสม สำหรับนิสิตนักศึกษาไทยเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมฯ คู่มือ บทกวี และการจัดกิจกรรม โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยในตอนถัดไป ดังรายละเอียดโดยสรุปจากแผนภาพต่อไปนี้

แผนภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนที่ 1 การศึกษาหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้า
สำหรับนิสิตนักศึกษาไทย



ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้า สำหรับนิสิตนักศึกษาไทย “ฟ้าใสโปรแกรม”

ผู้วิจัยดำเนินการการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัด โดยมีรายละเอียดดังนี้
ขั้นเตรียมการ(ทบทวนและวิเคราะห์ทฤษฎี)

1. ทบทวน วิเคราะห์แนวคิดทฤษฎีทางจิตเวชที่ว่าด้วยเรื่องภาวะซึมเศร้า และหลักการดนตรีบำบัด เพื่อความเข้าใจก่อนลงภาคสนาม ให้พร้อมที่จะปฏิบัติต่อกลุ่มตัวอย่างได้อย่างปลอดภัย และเพื่อการเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอีกด้วย

2. ผู้วิจัยศึกษาวิธีการเรียงเรียงแนวทำนองดนตรีและบทกวีชิ้นใหม่ รวมทั้งสร้างกรอบกิจกรรมของโปรแกรมและการควบคุมบริบทต่าง ๆ โดยนำวิธีการนำแนวคิดทฤษฎี ระหว่างแนวคิดทางตะวันตก ตะวันออกและบริบทของไทย พัฒนาขึ้นเป็นโปรแกรมดนตรีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยนำหลักการและแนวคิดทฤษฎี ทางด้านจิตเวชของออร์พอร์น ลีอนุญวัชชัย (2549) และมาโนช หล่อตระกูล (2543) และทางด้านดนตรีบำบัดของของสมาคมดนตรีบำบัดแห่งประเทศไทย (2007) ราไพพรรณ ศรีโสภาค (2511) และศุภกิจ จารุจรณ (2550) ทฤษฎีและหลักการพัฒนานิสิตนักศึกษาของ โรเจอร์ (Rogers, 1989) มาวิเคราะห์ร่วมกับทฤษฎีการประพันธ์เพลง สัจจิตลักษณะการวิเคราะห์และเกณฑ์การคัดเลือกบทเพลง ของพิชิต ชัยเสรี (2551) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมไทยต่อไป ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าน่าจะมีส่วนกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ตระหนักมองเห็นสภาพการณ์จริงหรือเห็นแง่มุมเชิงบวกในการดำเนินชีวิต ซึ่งตรงข้ามกับอาการของผู้เข้ารับการบำบัด

ขั้นคัดเลือกบทเพลง

1. ผู้วิจัยนำบทเพลงไทยเดิมอัตราจังหวะ 2 ชั้นมาวิเคราะห์ตามหลักการของพิชิต ชัยเสรี (2551) ดังกรอบแนวคิด ดังนี้คือ 1.มีความเป็นเป็นเชิงเดี่ยวและเรียบง่าย Simplicity 2.มีความร่วมสมัยอยู่ในบริบทปัจจุบัน Familiarity 3.อยู่ในระดับเสียงระดับกลางๆ (Interval)

ขั้นประพันธ์บทกวี

1. ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดการพิจารณามนุษย์ของ โรเจอร์ (1989) มาสร้างเป็นหัวข้อ แต่ละกิจกรรมในโปรแกรมดนตรีบำบัดฯ กล่าวคือ

หัวข้อที่ 1 ชีวิตนี้มีคุณค่า

หัวข้อที่ 2 จงก้าวกล้าบนขวากหนาม

หัวข้อที่ 3 เพื่อนที่ดีมีทุกยาม

หัวข้อที่ 4 สิ่งงดงามจงเรียนรู้ (จงเรียนรู้คุณค่าและความงดงามรอบข้าง)

หัวข้อที่ 5 เพื่อก้าวสู่ความฝัน...วันศรัทธา (ให้กำลังใจให้ความรัก การเอาใจใส่ และการยอมรับ...เพื่อให้เขาเดินไปถึงความหวังความตั้งใจในอนาคตของเขา...เอง)

2. ผู้วิจัยประพันธ์บทกวีชิ้นใหม่ กิจกรรมละ 2 บท จำนวน 10 บทกวี

3. ในการประพันธ์บทกวีนั้น ผู้วิจัยมุ่งสร้างแนวคิดทางการพัฒนาสติ

ปัญญาเป็นสำคัญโดยมุ่งหมายที่จะช่วยให้นิสิตที่ได้รับการบำบัด ได้มุมมองแง่คิดในเชิงบวกแต่ละหัวข้อจากการสังเคราะห์แนวคิดของ โรเจอร์ (Rogers, 1989) เป็นสำคัญ

ขั้นพัฒนาแนวทำนอง

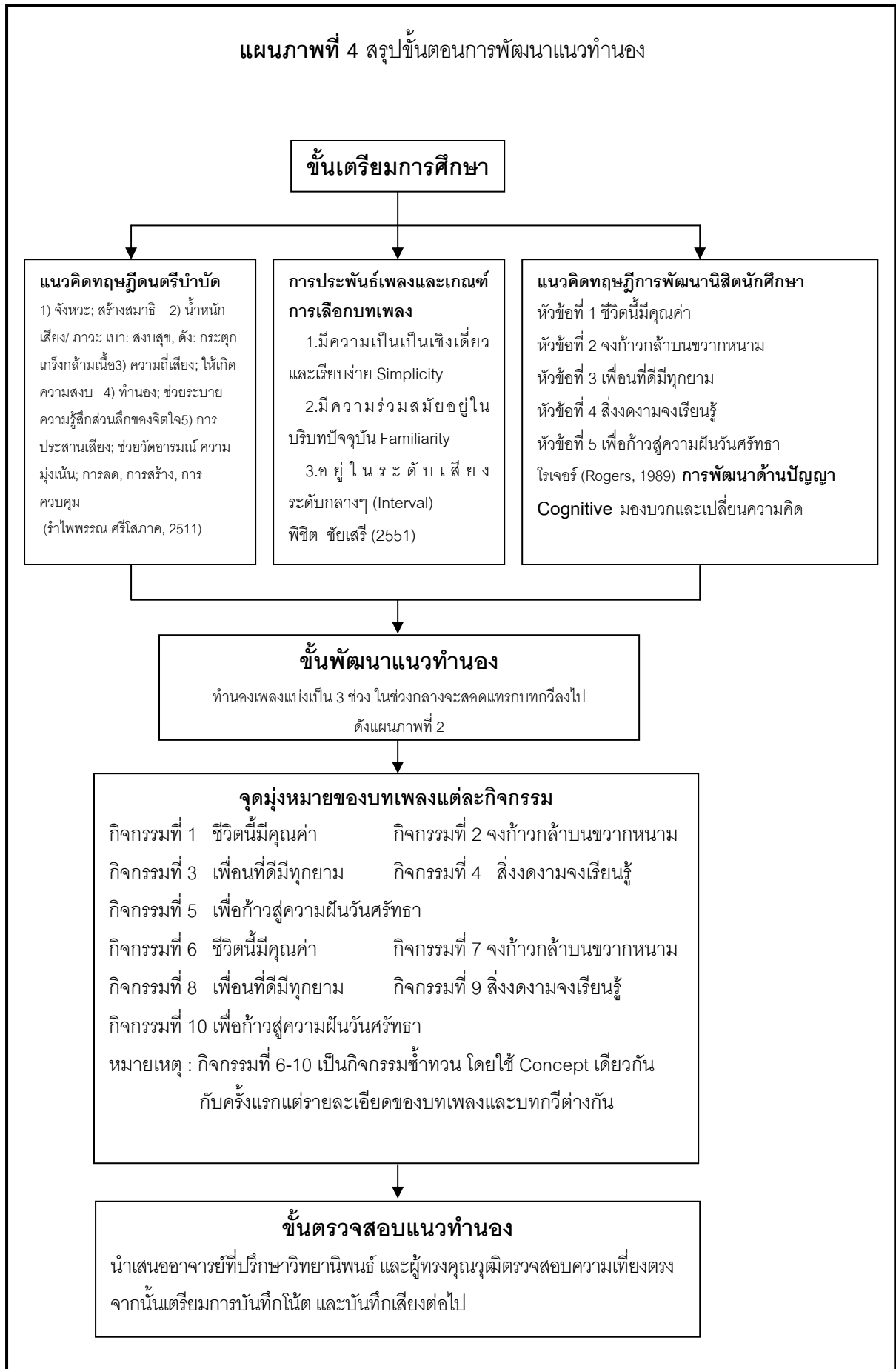
1. ผู้วิจัยนำเอาข้อมูลของปัญหาและสภาพการภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาของไทยและต่างประเทศมาวิเคราะห์สังเคราะห์

2. นำหลักการและแนวคิดทฤษฎี ในขั้นเตรียมการ (ทบทวนและวิเคราะห์ทฤษฎี) ข้างต้น สังเคราะห์ขึ้นเป็นแนวทางและวางแผนและออกแบบท่วงทำนองและกิจกรรม

3. ออกแบบ รายละเอียดและเนื้อหาของบทเพลงและบทกวี ตลอดจนมุ่งเน้นกระบวนการพัฒนานิสิตนักศึกษาในมิติของการให้ความสำคัญทางการพัฒนา Cognitive เป็นสำคัญ เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและมุมมองด้านลบของหน่วยทดลองที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ โดยการสอดแทรกลงไปในบทกวีผสมผสานกับแนวคิดการพิจารณามนุษย์ของโรเจอร์ (Rogers, 1989) ดังแผนภาพที่ 2 การแสดงกระบวนการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยที่นำเสนอแล้วในข้างต้น

4. นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรง ทั้งนี้ปรากฏแผนภาพแสดงขั้นตอนการพัฒนาแนวทำนองดังต่อไปนี้

แผนภาพที่ 4 สรุปขั้นตอนการพัฒนาแนวทำนอง



ขั้นตอนทดลองใช้

1. พบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรมฯ
2. ดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมฯ

ผู้วิจัยได้กำหนดกระบวนการ ขั้นตอนการศึกษา เตรียมการทั้งในส่วนของผู้วิจัย และการจัดเตรียมบริบทให้เหมาะสมกับนิสิตนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาไทย โดยกระบวนการ ขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือ สถานที่และการควบคุมบริบท และเตรียมตัวสำหรับ ผู้ทดลองเอง เช่นการเข้าอบรมวิธีการใช้ดนตรีบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ศึกษาข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมในทุกมิติ
2. ประชุมนิเทศกลุ่มตัวอย่าง สังเกต สัมภาษณ์ และประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1” (ครั้งที่ 1)
3. นัดหมาย วัน เวลาและสถานที่ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 10 ครั้งๆละ 30 - 45 นาที ทุกวันจันทร์ – ศุกร์ ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ช่วงเวลา 17.00-18.00น.
4. มอบเอกสารเกี่ยวกับกิจกรรมในการวิจัยและชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ในการศึกษาและพิทักษ์สิทธิ์ ในการเข้าร่วมการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง หากไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยต่อไปด้วยประการใดๆก็ตามสามารถถอนจากการทดลองได้ทุกเมื่อตามความประสงค์
5. สัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติม
6. เมื่อถึงครั้งที่ 10 จะมีการทำแบบประเมินระดับความรุนแรงโดยใช้ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1” (ครั้งที่ 2)
7. ดำเนินการเตรียมการที่จะจัดกระทำข้อมูลต่อไป ทั้งนี้สามารถสรุปเป็นแผนภาพได้ ดังต่อไปนี้

แผนภาพที่ 5 สรุปขั้นตอนการทดลองใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้า
สำหรับนิสิตนักศึกษาไทย “ฟ้าใสโปรแกรม”



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย 2) พัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย และ 3) ทดลองใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย ปรากฏรายละเอียดผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 3 ตอนดังนี้

- ตอนที่ 1 ผลการศึกษาหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย
- ตอนที่ 2 ผลการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย
- ตอนที่ 3 ผลการทดลองใช้โปรแกรมฯ

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

จากผลการศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทยและต่างประเทศข้างต้น ผู้วิจัยจึงศึกษาหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยต่อไป เพื่อมุ่งวิเคราะห์วิธีการในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่กำลังวิกฤติในขณะนี้ ซึ่งผู้วิจัยพบว่าหลักการและแนวคิดในการบำบัดนิสิตนักศึกษาไทยที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้านั้น ปรากฏ 3 ส่วน คือ

1. ลักษณะรูปแบบวิธีการในการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

จากการศึกษาวิเคราะห์จากข้อมูลเอกสารงานวิจัยและข้อมูลการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสามารถแบ่งลักษณะในการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยได้ 4 ลักษณะ คือ

- 1) การใช้สารหรือวัตถุออกฤทธิ์ ได้แก่ จำพวทยาต้าน/ลดซึมเศร้าประเภทต่าง ๆ และวิตามินในลักษณะการแปรรูปแบบต่างๆ
- 2) การช็อคด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy ECT)
- 3) การใช้ศาสตร์ทางด้านจิตเวชและจิตวิทยาในการบำบัดรักษา เช่น

การให้การปรึกษา กิจกรรมบำบัด จิตสังคมบำบัด

4) การใช้การบำบัดทางเลือก เช่น ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด อาหารบำบัด ฯลฯ

2. หลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้ารูปแบบต่างๆสำหรับ

นิสิตนักศึกษาไทย

จากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของที่ 1 ผู้วิจัยพบหลักการของรูปแบบต่าง ๆ ในการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย โดยแบ่งตามลักษณะเช่นเดียวกับผลการวิเคราะห์ในข้อที่ 1 ได้ดังนี้ คือ

1) การใช้สารหรือวัตถุออกฤทธิ์ ได้แก่ จำพวทยาต้าน/ลดซึมเศร้าประเภทต่างๆและวิตามินในลักษณะการแปรรูปแบบต่างๆ

การใช้ยาต้านซึมเศร้า – ยาแก้เศร้าคือยาที่ป้องกันอารมณ์ซึมเศร้า หรือลดอารมณ์ซึมเศร้า ยานี้จะช่วยให้การทำงานของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลับมาเป็นอย่างเดิม โดยการช่วยให้สารสื่อ สมองที่ขาดหายไปกลับมาทำงานตามปกติ ยาแก้เศร้ามีหลายตัวซึ่งจะต้องจัดแตกต่างกันตามอาการ อายุ เพศของนิสิตนักศึกษาไทยที่มีภาวะซึมเศร้าด้วย

การใช้วิตามินบี คอมเพล็กซ์ หรือวิตามินบีรวม – โดยหลักการและคุณสมบัติของวิตามินในกลุ่มนี้ เป็นที่ทราบกันดีว่าเป็นวิตามินที่บำรุงระบบประสาท และต่อต้าน ความเครียดได้ ดังนั้นการรับวิตามินกลุ่มนี้ในปริมาณที่เพียงพอกับอาการ เพศ ระดับความรุนแรงอายุ เพศของนิสิตนักศึกษาไทยที่มีภาวะซึมเศร้าจึงเป็นสิ่งสำคัญและควรอยู่ภายใต้การแนะนำของแพทย์

2) การช็อคด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy ECT)

การช็อคด้วยไฟฟ้า – เป็นวิธีที่นำมารักษาโรคซึมเศร้าอย่างได้ผล โดยการปล่อยกระแสไฟฟ้าอ่อน ๆ ส่งผ่านขั้วไฟฟ้าซึ่งติดไว้ที่ศีรษะบริเวณขมับทั้งสองข้าง และปล่อยกระแสไฟฟ้าผ่านขั้วไฟฟ้าเข้าไปในสมอง และหลังจากหายแล้วนิสิตนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า ยังต้องรับประทานยารักษาอย่างต่อเนื่องอีกหลายเดือน หรืออาจใช้เวลานานหลายปี

3) การใช้ศาสตร์จิตเวชและจิตวิทยาในการบำบัดรักษา เช่น การให้การปรึกษา กิจกรรมบำบัด จิตสังคมบำบัด

จิตบำบัดแบบจิตพลวัต (Psychodynamic Psychotherapy) – มีพื้นฐานของทฤษฎีที่ว่า ด้วยปัญหา ความผิดหวัง ความเศร้า เป็นสิ่งที่ถูกเก็บซ่อนไว้ในใจเราตั้งแต่วัยเด็กของนิสิตนักศึกษา โดยเก็บไว้ใน รูปแบบของจิตใต้สำนึก จนนำไปสู่สาเหตุของโรคซึมเศร้าหลักวิธีการในการบำบัดรักษา

คือใช้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเล่าข้อขัดแย้งในจิตใจ ออกมา เรียกกระบวนการนี้ว่าการโอนถ่ายข้อมูล (Transference) ซึ่งผู้รักษาจะสะท้อนพฤติกรรม ของผู้ป่วย ออกมาให้ผู้ป่วยเห็นปัญหาในตัวเอง และเข้าใจพฤติกรรมของตนเองอย่างลึกซึ้ง เรียกว่า เป็นการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุจริง ๆ

จิตบำบัดแบบเน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล – มีพื้นฐานจากความเชื่อที่ว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือจากความสัมพันธ์ในสังคมไม่ดี การบำบัดแบบนี้จะเน้นสาเหตุที่เป็นปัจจุบันและแก้ไขง่ายกว่าการสืบสาวหาต้นตอปัญหาของนิสิต นักศึกษาเป็นสำคัญ และร่วมมือกันในการร่วมกันที่จะช่วยกันวางแผนการแก้ปัญหา นั้นๆ

จิตบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมบำบัด – การรักษาแบบนี้จะเน้น การที่ทำให้นิสิตนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า ปรับและ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และความคิดให้ จงได้ เพื่อที่จะเอาชนะอารมณ์ซึมเศร้าซึ่งเป็นภาวะสำคัญในตัวนิสิตนักศึกษาลดลงหรือหมดไป

การบำบัดอารมณ์ด้วยเหตุผล – วิธีการบำบัดด้วยความคิดที่มีเหตุผลนี้เชื่อว่า จิตใต้สำนึกของเรานั้นสามารถสร้างปัญหาทางอารมณ์ได้โดยผ่านความคิดที่ไม่มีเหตุผล หรือความเชื่อที่ไร้เหตุผล ไม่ว่าจะเกิดจากพันธุกรรม หรือการเลี้ยงดู แต่ความคิดแบบนี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ การบำบัดวิธีนี้จะใช้วิธีที่เป็นวิทยาศาสตร์มาก นั่นคือใช้การตั้งสมมติฐานและพิสูจน์สมมติฐานนั้น อย่างไม่รู้จุดประสงค์หลักของการรักษาแบบนี้จะมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อบุคคลนั้น ต้อง พยายามให้นิสิตนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าเปลี่ยนความเชื่อของตนเองอย่างต่อเนื่องและอย่างสม่ำเสมอ

จิตบำบัดแบบสตรีนิยม – เน้นมุมมองที่ผู้หญิงถูกแยกแยะบทบาททางเพศ ใ้รู้สึกด้อยค่า การรักษาแบบนี้จะให้นิสิตนักศึกษาหญิง ตระหนักในคุณค่าตัวเอง และแสดงออกในการรักษา ด้วยตนเอง ความ คิดเห็นของผู้ป่วยจะได้รับการยอมรับอย่างเต็มที่ ภาระหนึ่ง เป็นผู้เชี่ยวชาญคน หนึ่ง ที่สำคัญคือ นิสิตนักศึกษาหญิงที่มีภาวะซึมเศร้า จะถูกกระตุ้นให้มองเห็นบทบาทของความ แตกต่างทางเพศที่สังคมกำหนดให้และเป็นเหตุให้ เกิดปัญหาภาวะซึมเศร้าขึ้นในนิสิตนักศึกษา

4) การใช้การบำบัดทางเลือก

การบำบัดด้วยแสงสว่าง – วิธีการรักษาโดยทั่วไปจะให้แสงสว่างผ่านกล่องที่มีไฟฟ้า และวางไว้บนโต๊ะในแนวราบ หรือตั้งฉากกับพื้น การรักษาด้วยแสงสว่างนี้เหมาะกับโรคซึมเศร้า ประเภทซึมเศร้าตามฤดูกาล ซึ่งจะเกิดขึ้นในบางช่วงเวลาที่แสงแดดอ่อน ๆ เช่น ในช่วงฤดูหนาว เวลาเย็น ๆ หรือช่วงที่มีฝนตกติดต่อกันเพราะในช่วงฤดูกาล สภาพอากาศดังกล่าวมีผลต่ออารมณ์

การออกกำลังกาย - นิสิตนักศึกษาที่มีอาการซึมเศร้าเมื่อไปพบแพทย์ นอกเหนือจากการได้รับ ยาต้านอารมณ์เศร้าแล้ว ยังมักจะได้รับความแนะนำจากแพทย์ให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอร่วมด้วยเพื่อเป็นการกระตุ้นและเร่งให้สภาพร่างกายช่วยสนับสนุนการบำบัดรักษา

การดื่มน้ำเพื่อบำบัด - โดยน้ำที่เหมาะสมแก่การดื่มคือ น้ำอุณหภูมิปกติ ไม่ร้อน ไม่เย็นเกินไป ถ้าเป็นน้ำอุ่นควรดื่มตอนเช้า เพื่อช่วยล้างลำไส้ให้สะอาด และช่วยในการขับถ่ายของเสีย

ดนตรีบำบัด - จากผลการศึกษาวิจัยหลายคนตลอดจนหลายๆองค์กร การที่ได้ยินเสียงที่รื่นรมย์ทุกวันทำให้ชีวิตของเรามีคุณภาพ เสียงจากธรรมชาติ เช่น นกร้อง น้ำไหล จะช่วยทำให้จิตใจสงบได้ ดังนั้น เสียงดนตรีจึง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และการทำงานของสมอง ในหลาย ๆ ด้านตลอดจนการได้รับคลื่นเสียงที่เหมาะสมสามารถส่งผลต่ออารมณ์เศร้าได้

การกระตุ้นโดยการใช้กลิ่น - จากผลการศึกษาวิจัยกลิ่นที่มีผลต่อการผ่อนคลายอารมณ์ซึมเศร้า ได้แก่ กระเพรา มะกรูด อบเชย มะลิ ตะไคร้ ส้ม กระจ่างวา ใบสะระแหน่ ลาเวนเดอร์ มะนาว ฯลฯ ดังนั้นสามารถใช้ได้เช่นในเวลาที่นิสิตนักศึกษาอ่านหนังสือ พักผ่อน หรือนอนหลับก็ได้

การเขียนบำบัด - การเขียนนอกจากจะเป็นวิธีที่แพทย์ใช้ตรวจสอบกระแส ความคิด ผู้ป่วยเหล่านี้แล้วนั้น ยังช่วยหันเหความสนใจของผู้ป่วยต่ออาการซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยไม่ยึดติดกับความเชื่อที่ว่าตัวเองไม่สามารถทำอะไรได้ ผู้ป่วยจะเริ่มฟื้นฟูระบบความคิด ความจำและเรียนรู้ รวมถึงได้มีโอกาสระบายความรู้สึกนึกคิดภายใน จนนำไปสู่การเปิดตัวเองสู่โลกภายนอกในที่สุด

ศิลปะบำบัด - ประโยชน์ของการวาดภาพนั้นช่วยให้นิสิตนักศึกษาได้ระบายออกทางอารมณ์ โดยเฉพาะในเวลาที่ยังรู้สึกซึมเศร้า ซึ่งจะได้ถ่ายทอดอารมณ์เศร้าผ่านสีและจินตนาการ

การบำบัดด้วยการหัวเราะ - การหัวเราะเป็นแนวคิดวิธีใหม่ๆ ในปัจจุบัน ที่นับว่าเป็นวิธีการบำบัดที่สามารถช่วยกระตุ้น ภูมิคุ้มกันของนิสิตนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าให้แข็งแรงขึ้นได้

พลังบำบัดจากผองเพื่อน - เพื่อนนิสิตนักศึกษาอาจมีผลกระทบต่อการพฤติกรรมสุขภาพ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา แต่ในแง่ของการให้กำลังใจก็สำคัญเช่นกัน เพื่อนนิสิตนักศึกษา สามารถสร้างกำลังใจ และสร้างความภาคภูมิใจให้ได้ ซึ่งสามารถส่งผลดีในเชิงจิตวิทยาและเป็นการบำบัดด้วย

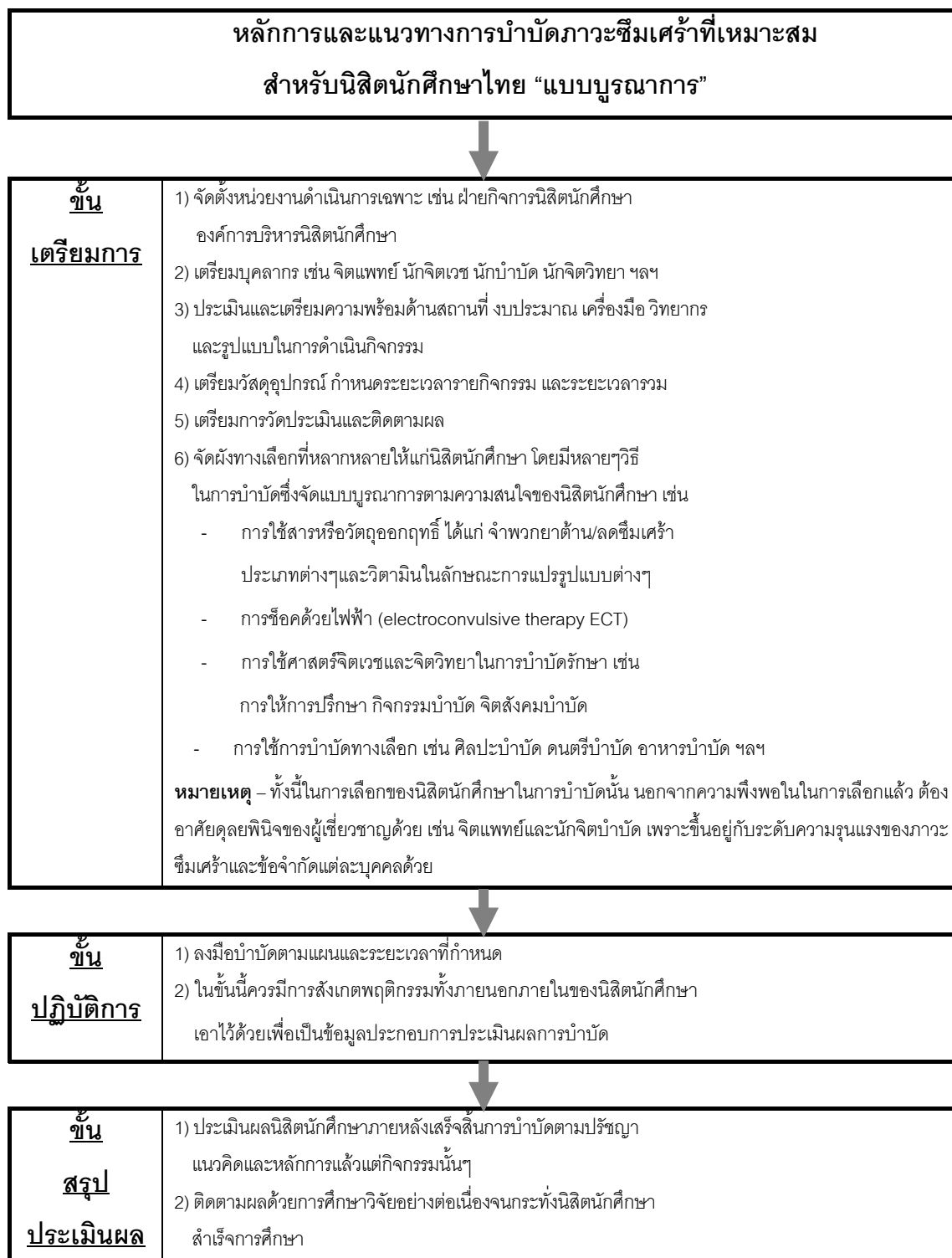
โดยสรุป ผลการวิเคราะห์หลักการและแนวคิดในการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยนั้น ในประเด็นที่ 2 นี้ ข้อค้นพบทำให้ทราบว่า ไม่ว่าจะทำการบำบัดรักษาด้วยวิธีใด ๆ ก็ตาม สิ่งที่สำคัญที่สุดก็คือกำลังใจของ คนรอบข้างต่อนิสิตนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า เพราะแม้เข้าจะเกิดทัศนคติที่ดีต่อตัวเองมากแค่ไหน แต่หากครอบครัวสถาบันมหาวิทยาลัย เพื่อนของนิสิต

นักศึกษาเอง ไม่สนับสนุนหรือช่วยเหลือโอกาสที่พวกเขาเหล่านั้นจะกลับไปเป็น โรคซึมเศร้าก็ย่อมเกิดขึ้น ซึ่งโรคซึมเศร้านั้นรักษาให้หายได้ แต่ต้องใช้เวลา และความเข้าใจ อย่างมาก

3. หลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

จากการศึกษาวิเคราะห์จากข้อมูลเอกสารงานวิจัยและข้อมูลการสัมภาษณ์ และข้อค้นพบของผู้วิจัยที่แบ่งลักษณะในการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย 4 ลักษณะนั้น เมื่อศึกษาวิเคราะห์ร่วมกับหลักการของรูปแบบต่างๆในการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย พบว่า รูปแบบวิธีการในการบำบัดภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยนั้น ควรมีลำดับขั้นและลักษณะเป็นไปแบบผสมผสานหรือบูรณาการตามธรรมชาติของนิสิตนักศึกษา ตามความสะดวก ตามความสนใจและตามความปรารถนาของนิสิตนักศึกษา ดังนั้น ผู้วิจัยพอที่จะสรุปหลักการของรูปแบบดังกล่าวได้เป็นประเด็นต่างๆ ดังตารางแสดงหลักการของรูปแบบวิธีการในการบำบัดภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย ด้วย วิธีบูรณาการ ต่อไปนี้

แผนภาพที่ 6 หลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย



จากแผนภาพข้างต้น สรุปหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยนั้น ข้อค้นพบประการหนึ่งคือ นิสิตนักศึกษาโดยธรรมชาติเป็นช่วงวัยที่แสวงหาและทดลองสิ่งใหม่ๆตามความสนใจ ดังนั้นการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยนั้น จำเป็นต้องอาศัยหลายๆทางเลือกตามแต่ความสมัครใจและสนใจ แต่ต้องอยู่บนพื้นฐานของ ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญด้วย เช่น จิตแพทย์ และนักจิตบำบัดเป็นต้น เพราะขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและข้อจำกัดแต่ละบุคคลด้วย แต่สิ่งหนึ่งที่พบเช่นเดียวกันจากการศึกษาทดลองซึ่งจะกล่าวต่อไปโดยละเอียดนั้น พบว่า การบำบัดโดยใช้ศาสตร์ทางจิตเวชหรือจิตวิทยามีส่วนสำคัญยิ่ง เพราะขั้นตอนแรกในการทราบ หรือระบุปัญหาได้นั้น คือเป็นผลมาจากการให้คำปรึกษาไม่ว่าจะเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหรืออาจารย์ฝ่ายจิตวิทยาแนะแนวก็ตาม

ตอนที่ 2 ผลการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

จากการศึกษาวิจัยแนวคิดทฤษฎี ระหว่างแนวคิดทางตะวันตก ตะวันออกและบริบทของไทยพัฒนาขึ้นเป็นโปรแกรมดนตรีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยศึกษาหลักการและแนวคิดทฤษฎี ทางด้านจิตเวชของออร์พอร์ด ลีออนอร์ว็ชชีย์ (2549) และมาโนช หล่อตระกูล (2543) ทางด้านดนตรีบำบัดของสมาคมดนตรีบำบัดแห่งประเทศไทย (The National Association for Music Therapy, 1992) จำไพพรรณ ศรีโสภาค (2511) และศุภกิจ จารุจรณ์ (2550) ทฤษฎีและหลักการการพัฒนานิสิตนักศึกษาของ โรเจอร์ (Rogers, 1989) มาวิเคราะห์ร่วมกับทฤษฎีการประพันธ์เพลง สังคีตลักษณะการวิเคราะห์และเกณฑ์การคัดสรรบทเพลง ของพิชิต ชัยเสรี (2551) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมไทยแล้วนั้น ผลการศึกษาทำให้เกิดการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย ดังรายละเอียดผลการศึกษาวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ผลการวิเคราะห์หลักการทางดนตรีบำบัด พบว่า ภายใต้หลักการของวิชาชีพสมาคมดนตรีบำบัดแห่งประเทศไทย (1992) การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชด้วยดนตรีนั้น ต้อง

1. อยู่ภายใต้การดูแลของจิตแพทย์
2. มีความจำเป็นหรือเหตุผลเพียงพอเพื่อการรักษาความป่วยไข้หรือเสียหาย
3. มีจุดประสงค์และแผนที่ชัดเจน ตลอดจนมีการบันทึกการรักษา
4. คำนึงถึงจุดประสงค์ของการบำบัดนั้น ต้องเป็นไปเพื่ออาการที่ดีขึ้นไม่ใช่แค่คงสภาพ

ตลอดจน พบว่า เกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติของเครื่องดนตรีที่นำมาใช้ ในการพัฒนา ดังนี้

1) เป็นเครื่องดนตรีที่สามารถบรรเลงได้ทันที ไม่จำเป็นว่าผู้นั้นจะเป็นดนตรีมาก่อนหรือไม่

- 2) มีเสียงสัมพันธ์กันตลอด มีลักษณะพิเศษในการดึงดูดความสนใจ

- 3) มีลักษณะทางกายภาพที่ต่างกัน ซึ่งได้รับการประดิษฐ์อย่างมีหลักวิชา
- 4) เป็นเครื่องดนตรีที่คนไข้สามารถบรรยายความรู้สึกออกมาได้อย่างแนบเนียน โดยใช้เสียงเป็นสื่อ

โดยสรุป การพัฒนาแนวทำนองดนตรี และการเรียบเรียง รูปแบบของดนตรีที่จะนำไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมการบำบัดผู้วิจัยใช้เกณฑ์พิจารณาตามทฤษฎีดนตรีบำบัด โดยเริ่มจากการทำความเข้าใจถึงคุณสมบัติพิเศษของดนตรีบำบัด ต่อไปนี้ด้วย คือ

- 1) จังหวะ (Rhythm) ช่วยสร้างเสริมสมาธิ (Concentration) และช่วยในการผ่อนคลาย (Relax) ซึ่งควรเป็นจังหวะช้าๆและอยู่ในช่วงต้นของกิจกรรม
- 2) ระดับเสียง (Pitch) เสียงในระดับต่ำและระดับสูงปานกลาง จะช่วยให้เกิดความรู้สึกสงบ
- 3) ความดัง (Volume/ Intensity) พบว่าเสียงที่เบานุ่มจะทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจ ในขณะที่เสียงดังทำให้เกิดการเกร็ง กระตุกของกล้ามเนื้อได้ ความดังที่เหมาะสมจะช่วยสร้างระเบียบในการควบคุมตนเองได้ดี มีความสงบ และเกิดสมาธิ
- 4) ทำนองเพลง (Melody) ช่วยในการระบายความรู้สึกส่วนลึกของจิตใจ ทำให้เกิดความริเริ่มสร้างสรรค์และลดความวิตกกังวล

5) การประสานเสียง (Harmony) ช่วยในการวัดระดับอารมณ์ความรู้สึกได้โดยดูจากปฏิกิริยาที่แสดงออกมาเมื่อฟังเสียงประสานต่างๆ จากบทเพลงโดยมุ่งเน้น

1. การลดความหวาดระแวงและหวาดกลัว
2. การสร้างปฏิสัมพันธ์
3. การควบคุมอารมณ์
4. เป็น Medium ที่จะฝึกให้ผู้ป่วย Concentration
5. สร้างความเป็นมิตร
6. ในรายที่เป็น Independent จะลดลงด้วยการเพิ่ม Music therapy ใน Plan

ของการ Treatment

7. ในรายที่ไม่มี Attention จะต้องช่วยโดยฝึก Rehabilitate ผู้ป่วยอย่างช้าๆ โดยไม่รู้สีกตัว ทั้งนี้ควรอยู่ในช่วงทำของบทเพลง เพื่อให้เกิดความตื่นตัว ประมาณ 3-5 นาที

ในการทำดนตรีบำบัดไม่มีกระบวนการและรูปแบบที่ตายตัว แต่จะต้องออกแบบการบำบัดรักษาให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล และตามสภาพปัญหา มีการวางแผนการบำบัดรายบุคคล โดยมีขั้นตอนหลัก ๆ ดังนี้

- 1) การประเมินผู้รับการบำบัดรักษา
 - ศึกษาข้อมูลประวัติส่วนตัว และประวัติทางการแพทย์
 - ประเมินปัญหาและเป้าหมายที่ต้องการบำบัด
 - ประเมินสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และทักษะการคิด
- 2) วางแผนการบำบัดรักษา
 - ออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสมเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยยึดเป้าหมายเป็นสำคัญ
 - รูปแบบผสมผสานกระบวนการต่าง ๆ ทางดนตรี เช่น ร้องเพลง แต่งเพลง ประสานเสียงจินตนาการตาม หรือลีลาประกอบ เป็นต้น
- 3) ดำเนินการบำบัดรักษา
 - สร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด โดยใช้ดนตรีเป็นสื่อ และทำดนตรีบำบัดร่วมกับการบำบัดรักษาแบบอื่นๆ แบบบูรณาการ
- 4) ประเมินผลการบำบัดรักษา
 - ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และปรับแผนการบำบัดให้เหมาะสม

2. ผลการสังเคราะห์บทเพลง ซึ่งจากการใช้ หลักการในการคัดเลือกบทเพลงของ พิชิต ชัยเสรี (2551) ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้ คือ 1.มีความเป็นเป็นเชิงเดี่ยวและเรียบง่าย Simplicity 2. มีความร่วมสมัยอยู่ในบริบทปัจจุบัน Familiarity 3. อยู่ในระดับเสียงระดับกลาง ๆ (ทางเพ็ญออก ล่าง) Interval พบว่า เพลงที่ควรนำมาใช้เรียบเรียงขึ้นใหม่เพื่อเป็นบทเพลงในกิจกรรมของโปรแกรม ดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยนั้น ได้แก่ เพลงลาวสวยรอย เพลงสาธิตา แก้ว เพลงสร้อยสนตัด เพลงลาวสมเด็จ เพลงคลื่นกระทบฝั่ง เพลงลาวต้อยตลิ่ง เพลงเขมรพายเรือ เพลงขอมทรงเครื่อง เพลงเขมรพวง และเพลงพม่าเขว ซึ่งเป็นอัตราจังหวะ 2 ชั้นทั้งหมด

3. ผลการสังเคราะห์บทกวี ซึ่งใช้หลักการในการพิจารณามนุษย์ของ โรเจอร์ (1989) โดยมีกรอบแนวคิด 5 ประการ คือ 1.มนุษย์มีความสามารถ มีศักดิ์ศรี และคุณค่า 2.มนุษย์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเอง ตามธรรมชาติมนุษย์จะพัฒนาตนเองทุก ๆ ด้านอยู่แล้ว 3.มนุษย์เป็นคนดีน่าเชื่อถือ และไว้วางใจได้ 4.มนุษย์มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล 5.มนุษย์ต้องการความรัก การเอาใจใส่และการยอมรับจากผู้อื่น ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิด 5 ประการข้างต้น มาสังเคราะห์ ประมวลขึ้นเป็นหัวข้อแต่ละกิจกรรมและสร้างขึ้นเป็นบทกวี โดยมีรายละเอียดดังนี้

หัวข้อที่ 1 ชีวิตนี้มีคุณค่า

หัวข้อที่ 2 จงก้าวกล้าบนขวากหนาม

หัวข้อที่ 3 เพื่อนที่ดีมีทุกยาม

หัวข้อที่ 4 สิ่งดงามจงเรียนรู้ (จงเรียนรู้คุณค่าและความงดงามรอบข้าง)

หัวข้อที่ 5 เพื่อก้าวสู่ความฝันวันศรัทธา (ให้กำลังใจให้ความรัก การเอาใจใส่และการยอมรับ...เพื่อให้เขาเดินไปถึงความหวังความตั้งใจในอนาคตของเขา...เอง) มีรายละเอียดบทกวีที่ประพันธ์ขึ้นใหม่แต่ละหัวข้อ ดังนี้

ชีวิตนี้มีคุณค่า

- | | | |
|----------------------|---|---|
| 1. | หนึ่งชีวิตเกิดมามีค่านัก
สู้ปัญหาด้วยปัญญาหน้าเขิดชู
ใช้กำลังสามารถอันอาจหาญ
จะพบค่าคุณธรรมในคำคน | พึงรักศักดิ์ศรีที่มีอยู่
ตระหนักรู้ในคุณค่าพัฒนาตน
สติคิดอ่านผ่านเหตุผล
ทุกข์พ้นสุขเกิดประเสริฐเออย |
| จงก้าวกล้าบนขวากหนาม | | |
| 2. | อุปสรรคจะหนักหนาแสนสาหัส
ด้วยกำลังในกายตนจนชำนาญ
เปิดความคิดอิสระและเสรี
ยามใดที่ทุกข์จงกล้าเคี้ยว | จะยืนหยัดฟันฝ่าอย่างกล้าหาญ
ก็จะผ่านหนามขวากไม่ยากเย็น
เป็นวิถีสว่างกระจ่างเห็น
ขวัญจงเป็นเช่นภูผาส่งงาม |
| เพื่อนที่ดีมีทุกยาม | | |
| 3. | ขวัญเอยขวัญจงฟัง
ยังมีมิตรร่วมผจญบนหนทาง
ร่วมคิดร่วมสร้างตามทางฝัน
สืบสานสัมพันธ์วันแสนดี | ใ้ช้อยู่เดี่ยวลำพังในโลกกว้าง
ทุกก้าวอย่างมั่นใจด้วยไมตรี
ต่อเติมแบ่งปันกันเต็มที
ให้ทวีคงมั่นนิรันดร |

สิ่งดงามจงเรียนรู้

- | | | |
|------------------------------|--|--|
| 4. | จากวันวานผ่านผันถึงวันนี้
เรียนรู้รับเริ่มเพิ่มแรงใจ
สิ่งดงามรอบข้างช่างมีค่า
เก็บเกี่ยวประสบการณ์ผ่านผู้คน | หลอมชีวิตให้งามตามสมัย
ก่อประกายเจิดจ้าค่าในตน
ศึกษาปรับใช้ได้ฝึกฝน
เกิดผลสัมฤทธิ์ชีวิตงาม |
| เพื่อก้าวสู่ความฝันวันศรัทธา | | |
| 5. | กำลังใจศรัทธาที่กล้าแกร่ง
รุ่งโรจน์เขิดชวงดุจดวงไฟ
แม้จะผ่านพานพบสิ่งทุกข์
มือต่อมือสัมผัสที่ยึดยืน | จะเป็นแรงเป็นพลังความหวังใหม่
ส่องใจส่องฝันทุกวันคืน
ปลดเปลื้องปลดปล่อยสุขขึ้น
ปลุกตนให้ตื่นจากภวังค์ |

6. ชีวิตนี้มีคุณค่า

ชีวิตนี้มีคุณค่ากว่าที่คิด	เรามีสิทธิ์จะแต่งเติมเพิ่มพูนฝัน
ดั่งดอกไม้ผลิบานตามวานวัน	ดั่งแสงทองส่องสีสันอันงดงาม
วาดชีพนี้ให้สดสวยด้วยความรัก	หมั่นทอถักให้มีค่าอย่ามองข้าม
เติมพลังพร้อมสู้อยู่ทุกยาม	ก้าวเดินตามทางสายใหม่ด้วยใจเรา

7. จงแก้แค้นล้างบาปบนขวากหนาม

บนเส้นทางสายยาวที่ก้าวย่าง	ความหวังวางให้ก้าวรุดสู่จุดหมาย
ยิ่งยาวไกลเบื้องหน้ายิ่งท้าทาย	ทุ่มใจกายเปี่ยมล้นทันแรงใจ
จงแก้แค้นล้างแม่เดินดับบนขวากหนาม	จงมุ่งตามความฝันที่เคยใฝ่
จงอดทนกว่าที่จักถึงหลักชัย	จงก้าวไปพร้อมยืนหยัดด้วยศรัทธา

8. เพื่อนที่ดีมีทุกยาม

ดวงชีวันขวัญชีวาอย่าเปลี่ยนเหวง	รอบกายเราและทุกที่ยังมีเพื่อน
ดูจดวงดาวพรารวมล้อมดวงเดือน	เราจึงเหมือนไม้โดดเดี่ยวอยู่เดี่ยวดาย
สายสัมพันธ์จริงจิตมิตรภาพ	ยังเอบอบอิมใจไม่ห่างหาย
เพื่อนที่ดียังมีอยู่มิรู้วาย	ค่าความหมายค่าว่าเพื่อนติดเตือนใจ

9. สิ่งงดงามจงเรียนรู้

หยาดน้ำค้างดอกไม้เรียวยาวโบหญ้า	แสงจันทร์ราแสงตะวันบรรเจิดฉาย
เพลงสายลมไพเราะเพราะพริ้งพราย	คือความสุขเรียบง่ายให้ยลยิน
สิ่งงดงามจงพากเพียรมุ่งเรียนรู้	เป็นดังครูสอนวิชาน่าถวิล
รู้สรรเสริญสุนทรีย์แห่งชีวิน	โลกมีดินสีสันอันงดงาม

10. เพื่อก้าวสู่ความฝันวันศรัทธา

แม้วันนี้จะเหนื่อยหนักสักเพียงไหน	จุดเปลวไฟของชีวีให้มีแสง
ปลุกดวงใจหาญกล้าอย่าล้ำแรง	รู้เปลี่ยนแปลงสู่วิถีที่มุ่งไป
ซอดอกไม้ยังผลิบานหวานความหวัง	เติมพลังแห่งฝันอันยิ่งใหญ่
ดวงตะวันแจ่มจ้าบนฟ้าไกล	ชูธงชัยก้าวสู่ฝันวันศรัทธา

สรุปผลการสังเคราะห์โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับ นิสิตนักศึกษาไทย “ฟ้าใสโปรแกรม”

แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1 คู่มือผู้ใช้โปรแกรมฯ “ฟ้าใสโปรแกรม” ประกอบไปด้วย

- ทฤษฎีและหลักการทางจิตเวช การพัฒนานิสิตนักศึกษาและดนตรีบำบัด
- การจัดเตรียมบริบทด้านต่างๆ

2 วิธีการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย “ฟ้าใสโปรแกรม”

3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย “ฟ้าใสโปรแกรม” อันได้แก่

- แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1”
- แบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2”
- หนังสือยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม “ฟ้าใสโปรแกรม” (Informed Consent Form)
- ซีดีบทเพลงชุด “ฟ้าใส”

โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1 คู่มือผู้ใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

ผู้ที่จะใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยนั้น ต้องเรียนรู้ และทำความเข้าใจทฤษฎีและหลักการต่อไปนี้ก่อน คือ

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง **อาการทางกายและ/หรือใจของนิสิตนักศึกษาไทยที่สัมพันธ์กับความเป็โรคซึมเศร้า ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในคนปกติทุกคน** โดยมีปัจจัยมาจากสารเคมีภายในร่างกาย พันธุกรรม และที่สำคัญที่สุด คือ จากปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อสภาพจิตใจขณะนั้น เช่น การสูญเสีย การผิดหวัง ปัญหาทางด้านการเรียน ความรัก สุขภาพ ฯลฯ ที่เข้ามาเป็นสิ่งเร้าในช่วงเวลานั้นๆ โดยมีระดับภาวะซึมเศร้าต่างๆกันไป ภาวะซึมเศร้านั้น สามารถหายไปได้โดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยยาหรือไฟฟ้า สามารถใช้การบำบัดด้วยวิธีทางจิตวิทยา จิตเวช และการบำบัดทางเลือกได้ โดยสามารถสังเกตได้จาก อารมณ์ ความรู้สึกที่ไม่สุขสบาย มีความทุกข์มากเศร้าคิดว่าตนเองไร้ค่า มองโลกในแง่ร้าย บางรายอาจมีอาการรุนแรงจนไม่อยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไป บางรายอาจมีความคิดทำร้ายตนเองได้ โดยมีลักษณะอาการเศร้า หดหู่ใจ เหงื่อเหนียว เบื่อหน่าย สังคมและสิ่งแวดล้อมท้อแท้ หมดหวัง ไม่อยากทำกิจกรรมใด ๆ อยู่คนเดียว อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อ่อนไหว สะเทือนใจ ร้องไห้ง่ายโดยไม่มีเหตุผล สมาธิเสื่อม เหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดเชิงซ้ำ ลังเลใจ ตัดสินใจไม่แน่นอน ไม่มั่นใจในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนิตนเอง รู้สึกว่าตนมีความทุกข์มากไม่มีใครช่วยได้ สามารถพัฒนาไปเป็นโรคซึมเศร้าและนำไปสู่อาการสุดท้าย คือ การฆ่าตัวตายในที่สุด

ระดับของภาวะซึมเศร้า

1. **อาการเศร้าตามสถานการณ์** เป็นอาการซึมเศร้าตามสถานการณ์ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญปัญหา หรือสถานการณ์ที่ไม่สมปรารถนา หรือมีความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน ผิดหวังล้มเหลว มีลักษณะอาการดังนี้ ด้านอารมณ์ จะรู้สึกผิดหวัง หงุดหงิด เศร้าใจ ด้านความคิด จะคิดหมกมุ่นอยู่กับความผิดหวัง ด้านพฤติกรรม จะเศร้า เสียใจ ร้องไห้ ด้านสรีระวิทยา จะเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า

2. **อารมณ์เศร้าระดับต่ำ** เป็นอารมณ์เศร้าที่เริ่มเบี่ยงเบนจากปกติ มีอาการเศร้าต่อเนื่องและเพิ่มกว่าระดับแรก มีลักษณะอาการดังนี้ ด้านอารมณ์ จะรู้สึกโกรธ วิตกกังวล รู้สึกผิด ผิดหวัง ล้มเหลว เศร้าและหมดหวัง ด้านความคิด จะคิดกังวล หมกมุ่นอยู่กับความ

ผิดหวัง สูญเสีย ต่ำหนิตนเองและผู้อื่น รู้สึกขัดแย้งใจ ด้านพฤติกรรม จะมีอาการน้ำตาไหล พฤติกรรมถอยหลัง กระสับกระส่าย แยกตัว ด้านสรีระวิทยาจะคลี่นได้ อาเจียน รับประทานมากเกินไป นอนไม่หลับ หรือหลับมากไป ปวดหลัง เจ็บหน้าอก

3. อารมณ์เศร้าระดับกลาง เป็นอารมณ์เศร้าที่เป็นปัญหา เริ่มมีความผิดปกติ ดังนี้ ด้านอารมณ์ จะรู้สึกเศร้ามาก จิตใจห่อเหี่ยว ไม่มีแรง ลึนหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ด้านความคิด จะคิดเชิงซ้ำ ถดถอย ไม่มีสมาธิ คิดวุ่นวาย ย้ำคิดย้ำทำ มองโลกในแง่ร้าย ด้านพฤติกรรม จะเคลื่อนไหวช้า พุดช้า รำพึงรำพันแต่ความทุกข์ของตนเอง หมกมุ่นอยู่กับความผิดหวัง ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่สนใจสุขอนามัยของตนเอง ใช้สารเสพติด พยายามทำร้ายตนเอง ด้านสรีระวิทยา จะคลี่นได้ อาเจียน รับประทานอาหารมากเกินไป หรือไม่รับประทาน นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป ประจำเดือนขาด ความพึงพอใจทางเพศลดลง ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บอก เจ็บท้อง ไม่มีพลังกำลัง อ่อนเพลีย เมื่อยล้า รู้สึกตื่นตัวเร็ว เหวในตอนบ่าย ระบบสื่อสารผิดปกติ

4. อารมณ์เศร้าระดับรุนแรง เป็นอารมณ์เศร้าที่มากและรุนแรง มีอาการผิดปกติ ต้องได้รับการบำบัด มีลักษณะอาการดังนี้ ด้านอารมณ์ จะรู้สึกลึนหวัง ไม่มีคุณค่า เฉยเมย โดดเดี่ยว รู้สึกเศร้ามากจนไม่มีทางจะดีขึ้นเลย ไม่ยินดียินร้ายใด ๆ ทั้งสิ้น ด้านความคิดมีความคิดหลงผิด คิดว่าตนเองเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ คิดสับสนตัดสินใจไม่ได้ ไม่มีสมาธิ โดยเฉพาะคิดว่าผู้อื่นคิดร้ายต่อตนเอง มีอาการประสาทหลอน ต่ำหนิตนเอง คิดทำร้ายตนเอง ด้านพฤติกรรมเคลื่อนไหว เชื่องช้าถดถอย ยืนหรือนั่งที่อ อยู่ในท่าเดียนาน ๆ ไม่สนใจอนามัยของตน แยกตัวออกจากสังคม ไม่ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านสรีระวิทยา จะเคลื่อนไหวร่างกายเชื่องช้า ระบบการทำงานในร่างกายเปลี่ยนแปลง เช่น การย่อยอาหารช้า ตื่นเช้ามิด ระบบการสื่อสารผิดปกติ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา มีการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนอิพิเนพริน ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าระดับฮอร์โมนอิพิเนพรินต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีโรคอารมณ์แปรปรวนจะมีความผิดปกติของการเผาผลาญสารชีวเคมีบางตัว

2. ปัจจัยด้านพันธุกรรม เคยมีข้อค้นพบว่า ยีนส์มีความสัมพันธ์กับอารมณ์แปรปรวนสูงร้อยละ 33-90 และพบว่ามีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงร้อยละ 50 จากการศึกษาเรื่องครอบครัวพบว่า บุคคลที่เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนในเครือญาติระดับบุตรจะมีโอกาสเป็นได้

3. ปัจจัยด้านจิตสังคม พบว่า เด็กที่อารมณ์ซึมเศร้ามักเกิดการขาดความรัก ส่งผลให้รักคนอื่นไม่เป็น เคยถูกทอดทิ้งในอดีต ทำให้รู้สึกเศร้า ความคิดและความหวังเป็นไปในทางลบ สืบวนเรื่องของการความรัก สัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกไม่ดี มีความขัดแย้งในตนเอง บางทฤษฎีกล่าวไว้ว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียความรัก การเจ็บป่วย ปัญหาการทำงาน ปัญหาการเงิน ความล้มเหลวผิดหวังทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เชื่อว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคมของบุคคลนั้น ๆ

4. ปัจจัยด้านการรู้คิด พบว่า ความเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ คาดหวังในทางลบทั้งต่อตนเองในทางลบต่อสิ่งแวดล้อมและอนาคต คิดโทษตนเอง ทำร้ายตนเอง ทำลายพัฒนาการทางความคิด ความรู้สึกและควมมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกต่ำต้อยและเศร้ามาก

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการรู้คิดนี้ มักเกิดจากประสบการณ์ที่ผิดหวัง ล้มเหลว บุคคลจะตีความสถานการณ์ผิดไปจากความจริง มีความนึกคิดต่อสิ่งรอบตัว บุคคลรอบตัวและเหตุการณ์ในทางลบ ประเมินคุณค่า ไม่มีความสามารถ ไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง สิ้นหวัง ทำให้รู้สึกเศร้าหมอง ท้อแท้ มองโลกในแง่ร้าย จิตใจอยู่ในสภาพความหวัง มองแต่สิ่งเลวร้ายของตนเองมองอนาคตตนเองว่ามีแต่ความลำบาก ล้มเหลว หมดทางแก้ไข ในที่สุดหันไปสูความตาย อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, (2549)

อนึ่ง เบค และ คณะ (Beck, et al, 1988) ซึ่งเป็นจิตแพทย์ยังได้กำหนดระดับความรุนแรงและสร้างแบบวัด BDI (Beck Depression Inventory) เพื่อวัดระดับค่าคะแนนระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าอีกด้วย ซึ่งเป็นที่นิยมและแพร่หลายอย่างมากทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยได้จำแนก ระดับ ค่าตัวเลข ของแบบวัดภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

- คะแนน 0-9 เป็นภาวะซึมเศร้าในคนปกติ (Normal Depression)
- คะแนน 10-15 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย (Mild Depression)
- คะแนน 16-19 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Mild – Moderate Depression)
- คะแนน 20-29 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับมาก (Moderate - Severe Depression)
- คะแนน 30-63 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรง (Severe Depression)

การรักษาและการบำบัด

การรักษาและบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ลักษณะด้วยกัน คือ

- 1) การใช้สารหรือวัตถุออกฤทธิ์ ได้แก่ จำพวทยาต้าน/ลดซึมเศร้าประเภทต่าง ๆ และวิตามินในลักษณะการแปรรูปแบบต่างๆ
- 2) การช็อคด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy ECT)
- 3) การใช้ศาสตร์ทางด้านจิตเวชและจิตวิทยาในการบำบัดรักษา เช่น การให้การปรึกษา กิจกรรมบำบัด จิตสังคมบำบัด
- 4) การใช้การบำบัดทางเลือก เช่น ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด อาหารบำบัด ฯลฯ

หลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้ารูปแบบต่างๆสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

ในการรักษาและบำบัดนั้น มีอยู่ด้วยกันหลากหลายวิธี และขึ้นอยู่กับว่าจะแบ่งโดยหลักจิตทฤษฎีใด แต่ที่สำคัญต้องทำความเข้าใจก่อนว่า ผู้เป็นโรคซึมเศร้า ต้องทำการรักษาและบำบัด ส่วนผู้มีภาวะซึมเศร้านั้นสามารถใช้การบำบัดอย่างเดี่ยวได้ โดยที่ อภิชัย มงคล (2551) ได้ศึกษาหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้ารูปแบบต่างๆไว้ดังนี้

การใช้ยาด้านซึมเศร้า – ยาแก้เศร้าคือยาที่ป้องกันอารมณ์ซึมเศร้า หรือลดอารมณ์ซึมเศร้า ยานี้จะช่วยให้การทำงานของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลับมาเป็นอย่างเดิม โดยการช่วยให้สารสื่อ สมองที่ขาดหายไปกลับมาทำงานตามปกติ ยาแก้เศร้ามีหลายตัวซึ่งจะต้องจัดแตกต่างกันตามอาการ อายุ เพศของนิสิตนักศึกษาไทยที่มีภาวะซึมเศร้าด้วย

การใช้วิตามินบี คอมเพล็กซ์ หรือวิตามินบีรวม – โดยหลักการและคุณสมบัติของวิตามินในกลุ่มนี้ เป็นที่ทราบกันดีว่าเป็นวิตามินที่บำรุงระบบประสาท และต่อต้าน ความเครียดได้ ดังนั้นการรับวิตามินกลุ่มนี้ในปริมาณที่เพียงพอกับอาการ เพศ ระดับความรุนแรงอายุ เพศของนิสิตนักศึกษาไทยที่มีภาวะซึมเศร้าจึงเป็นสิ่งสำคัญและควรอยู่ภายใต้การแนะนำของแพทย์

การช็อคด้วยช็อคไฟฟ้า – เป็นวิธีที่นำมารักษาโรคซึมเศร้าอย่างได้ผล โดยการปล่อยกระแส ไฟฟ้าอ่อน ๆ ส่งผ่านขั้วไฟฟ้าซึ่งติดไว้ที่ศีรษะบริเวณขมับทั้งสองข้าง และปล่อยกระแสไฟฟ้าผ่าน ขั้วไฟฟ้าเข้าไปในสมอง และหลังจากหายแล้วนิสิตนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า ยังต้องรับประทานยารักษาอย่างต่อเนื่องอีกหลายเดือน หรืออาจเป็นปี

จิตบำบัดแบบจิตพลวัต (Psychodynamic Psychotherapy) – มีพื้นฐานของทฤษฎีที่ว่า ด้วยปัญหา ความผิดหวัง ความเศร้า เป็นสิ่งที่ถูกเก็บซ่อนไว้ในใจเราตั้งแต่วัยเด็กของนิสิตนักศึกษา โดยเก็บไว้ใน รูปแบบของจิตใต้สำนึก จนนำไปสู่สาเหตุของโรคซึมเศร้า หลักวิธีการในการบำบัดรักษา คือใช้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเล่าข้อขัดแย้งในจิตใจออกมา เรียก กระบวนการนี้ว่าการโอนถ่ายข้อมูล (Transference) ซึ่งผู้รักษาจะสะท้อนพฤติกรรม ของผู้ป่วยออกมา ให้ผู้ป่วยเห็นปัญหาในตัวเอง และเข้าใจพฤติกรรมของตนเองอย่างลึกซึ้ง เรียกว่า เป็นการแก้ปัญหาที่ ต้นเหตุจริง ๆ

จิตบำบัดแบบเน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล – มีพื้นฐานจากความเชื่อที่ว่า โรคซึมเศร้า เกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือจากความสัมพันธ์ในสังคมไม่ดีการบำบัดแบบนี้จะเน้น สาเหตุที่เป็นปัจจุบันและแก้ไขง่ายกว่าการสืบสาวหาต้นตอปัญหาของนิสิตนักศึกษาเป็นสำคัญ และ ร่วมมือกันในการร่วมกันที่จะช่วยกันวางแผนการแก้ปัญหา นั้น ๆ

จิตบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมบำบัด – การรักษาแบบนี้จะ เน้น การที่ทำให้ นิสิตนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า ปรับและ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และความคิดให้ กระจ่างได้ เพื่อที่จะเอาชนะอารมณ์ซึมเศร้าซึ่งเป็นภาวะสำคัญในตัวนิสิตนักศึกษาลดลงหรือหมดไป

การบำบัดอารมณ์ด้วยเหตุผล – วิธีการบำบัดด้วยความคิดที่มีเหตุผลนี้เชื่อว่า จิตใต้ สำนึกของเรานั้นสามารถสร้างปัญหาทางอารมณ์ได้โดยผ่านความคิดที่ไม่มีเหตุผล หรือความเชื่อ ที่ไร้เหตุผล ไม่ว่าจะเกิดจากพันธุกรรม หรือการเลี้ยงดู แต่ความคิดแบบนี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ การบำบัดวิธีนี้จะใช้วิธีที่เป็นวิทยาศาสตร์มาก นั่นคือ ใช้การตั้งสมมติฐานและพิสูจน์สมมติฐานนั้น อย่างไม่ถือปฏิบัติประสงค์หลักของการรักษาแบบนี้จะมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อบุคคลนั้น ต้อง พยายาม ให้นิสิตนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าเปลี่ยนความเชื่อของตนเองอย่างต่อเนื่องและอย่างสม่ำเสมอ

จิตบำบัดแบบสตรีนิยม – เน้นมุมมองที่ผู้หญิงถูกแยกแยะบทบาททางเพศ ใ้รู้สึกด้อยค่า การรักษาแบบนี้จะทำให้ นิสิตนักศึกษาหญิง ตระหนักในคุณค่าตัวเอง และแสดงออกในการรักษา ด้วยตนเอง ความ คิดเห็นของผู้ป่วยจะได้รับการยอมรับอย่างเต็มที่ ประหนึ่ง เป็นผู้เชี่ยวชาญคน หนึ่ง ที่สำคัญคือ นิสิตนักศึกษาหญิงที่มีภาวะซึมเศร้า จะถูกกระตุ้นให้มองเห็นบทบาทของความ แตกต่างทางเพศที่สังคมกำหนดให้และเป็นเหตุให้ เกิดปัญหาภาวะซึมเศร้าขึ้นในนิสิตนักศึกษา

การบำบัดด้วยแสงสว่าง - วิธีการรักษาโดยทั่วไปจะให้แสงสว่างผ่านกล่องที่มีไฟฟ้าและวางไว้บนโต๊ะในแนวราบ หรือตั้งฉากกับพื้น การรักษาด้วยแสงสว่างนี้เหมาะกับโรคซึมเศร้าประเภทซึมเศร้าตามฤดูกาล ซึ่งจะเกิดขึ้นในบางช่วงเวลาที่แสงแดดอ่อน ๆ เช่น ในช่วงฤดูหนาว เวลาเย็น ๆ หรือช่วงที่มีฝนตกติดต่อกันเพราะในช่วงฤดูกลาง สภาพอากาศดังกล่าวมีผลต่ออารมณ์

การออกกำลังกาย - นิสิตนักศึกษาที่มีอาการซึมเศร้าเมื่อไปพบแพทย์ นอกเหนือจากการได้รับ ยาต้านอารมณ์เศร้าแล้ว ยังมักจะได้รับความแนะนำจากแพทย์ให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอร่วมด้วยเพื่อเป็นการกระตุ้นและเร่งให้สภาพร่างกายช่วยสนับสนุนการบำบัดรักษา

การดื่มน้ำเพื่อบำบัด - โดยน้ำที่เหมาะสมแก่การดื่มคือ น้ำอุณหภูมิปกติ ไม่ร้อน ไม่เย็นเกินไป ถ้าเป็นน้ำอุ่นควรดื่มตอนเช้า เพื่อช่วยล้างลำไส้ให้สะอาด และช่วยในการขับถ่ายของเสีย

ดนตรีบำบัด - จากผลการศึกษาวิจัยหลายคนตลอดจนหลายๆองค์กร การที่ได้ยินเสียงที่รื่นรมย์ทุกวันทำให้ชีวิตของเรามีคุณภาพ เสี่ยงจากธรรมชาติ เช่น นกร้อง น้ำไหล จะช่วยทำให้จิตใจสงบได้ ดังนั้น เสียงดนตรีจึง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และการทำงานของสมอง ในหลาย ๆ ด้านตลอดจนการได้รับคลื่นเสียงที่เหมาะสมสามารถส่งผลต่ออารมณ์เศร้าได้

การกระตุ้นโดยการไต่กลิ่น - จากผลการศึกษาวิจัยกลิ่นที่มีผลต่อการผ่อนคลายอารมณ์ซึมเศร้า ได้แก่ กระเพรา มะกรูด อบเชย มะลิ ตะไคร้ ส้ม กระดังงา ใบสะระแหน่ ลาเวนเดอร์ มะนาว ฯลฯ ดังนั้นสามารถใช้ได้เช่นในเวลาทีนิสิตนักศึกษาอ่านหนังสือ พักผ่อน หรือนอนหลับก็ได้

การเขียนบำบัด - การเขียนนอกจากจะเป็นวิธีที่แพทย์ใช้ตรวจสอบกระแส ความคิดผู้ป่วยเหล่าแล้วนั้น ยังช่วยหันเหความสนใจของผู้ป่วยต่ออาการซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยไม่ยึดติดกับความเชื่อที่ว่าตัวเองไม่สามารถทำอะไรได้ ผู้ป่วยจะเริ่มฟื้นฟูระบบความคิด ความจำและเรียนรู้ รวมถึงได้มีโอกาสระบายความรู้สึกนึกคิดภายใน จนนำไปสู่การเปิดตัวเองสู่โลกภายนอกในที่สุด

ศิลปะบำบัด - ประโยชน์ของการวาดภาพนั้นช่วยให้นิสิตนักศึกษาได้ระบายออกทางอารมณ์ โดยเฉพาะในเวลาทีรู้สึกซึมเศร้า ซึ่งจะได้ถ่ายทอดอารมณ์เศร้าผ่านสีและจินตนาการ

การบำบัดด้วยการหัวเราะ - การหัวเราะเป็นแนวคิดวิธีใหม่ๆในปัจจุบัน ที่นับว่าเป็นวิธีการบำบัดที่สามารถช่วยกระตุ้น ภูมิคุ้มกันของนิสิตนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าให้แข็งแรงขึ้นได้

พลังบำบัดจากมองเพื่อน - เพื่อนนิสิตนักศึกษาอาจมีผลกระทบต่อการพฤติกรรมสุขภาพ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา แต่ในแง่ของการให้กำลังใจก็สำคัญเช่นกัน เพื่อนนิสิตนักศึกษา สามารถสร้างกำลังใจ และสร้างความภาคภูมิใจให้ได้ ซึ่งสามารถส่งผลดีในเชิงจิตวิทยาและเป็นการบำบัดด้วย

โดยสรุป พบว่า ไม่ว่าจะทำการบำบัดรักษาด้วยวิธีใด ๆ ก็ตาม สิ่งที่สำคัญที่สุดก็คือ กำลังใจของ คนรอบข้างต่อนิสิตนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า เพราะแม้เข้าจะเกิดทัศนคติที่ดีต่อตัวเองมากแค่ไหน แต่หากครอบครัวสถาบันมหาวิทยาลัย เพื่อนของนิสิตนักศึกษาเอง ไม่สนับสนุน หรือช่วยเหลือโอกาสที่พวกเขาเหล่านั้นจะกลับไปเป็น โรคซึมเศร้าก็ย่อมเกิดขึ้น ซึ่งภาวะซึมเศร้านี้รักษาให้หายได้ แต่ต้องใช้เวลา และความเข้าใจอย่างมาก

หลักการทางดนตรีบำบัด

1. ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของจิตแพทย์
2. ต้องมีความจำเป็นหรือเหตุผลเพียงพอเพื่อการรักษาความป่วยไข้หรือเสียหาย
3. ต้องมีจุดประสงค์และแผนที่ชัดเจน ตลอดจนมีการบันทึกการรักษา
4. จุดประสงค์ของการบำบัดต้องเป็นไปเพื่ออาการที่ดีขึ้นไม่ใช่แค่คงสภาพ (The

National Association for Music Therapy, 1992)

คุณสมบัติพิเศษของดนตรีบำบัด

- 1) จังหวะหรือลีลา (Rhythm) ช่วยสร้างเสริมสมาธิ (Concentration) และช่วยในการผ่อนคลาย (Relax) ประมาณ 3-5 นาที
- 2) ระดับเสียง (Pitch) เสียงในระดับต่ำ และระดับสูงปานกลาง จะช่วยให้เกิดความรู้สึกสงบ
- 3) ความดัง (Volume/ Intensity) พบว่าเสียงที่เบานุ่มจะทำให้เกิดความสงบสุข สบายใจ ในขณะที่เสียงดังทำให้เกิดการเกร็ง กระตุกของกล้ามเนื้อได้ ความดังที่เหมาะสมจะช่วยสร้างระเบียบในการควบคุมตนเองได้ดี มีความสงบ และเกิดสมาธิ
- 4) ทำนองเพลง (Melody) ช่วยในการระบายความรู้สึกส่วนลึกของจิตใจ ทำให้เกิดความริเริ่มสร้างสรรค์และลดความวิตกกังวล
- 5) การประสานเสียง (Harmony) ช่วยในการวัดระดับอารมณ์ความรู้สึกได้โดยดูจากปฏิกิริยาที่แสดงออกมาเมื่อฟังเสียงประสานต่างๆ จากบทเพลง (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2549)

โดยมุ่งเน้น

1. การลดความหวาดระแวงและหวาดกลัว
2. การสร้างปฏิสัมพันธ์
3. การควบคุมอารมณ์
4. เป็น Medium ที่จะฝึกให้ผู้ป่วย Concentration
5. สร้างความเป็นมิตร

6. ในรายที่เป็น Independent จะลดลงด้วยการเพิ่ม Music therapy ใน Plan ของ การ Treatment

7. ในรายที่ไม่มี Attention จะต้องช่วยโดยฝึก Rehabilitate ผู้ป่วยอย่างช้าๆโดยไม่ รู้สึกตัว (จำไพพรรณ ศรีโสภาค, 2511)

กระบวนการและรูปแบบของดนตรีบำบัด

ในการทำดนตรีบำบัด ไม่มีกระบวนการและรูปแบบที่ตายตัว แต่จะต้องออกแบบการ บำบัดรักษาให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล และตามสภาพปัญหา มีการวางแผนการบำบัดรายบุคคล โดยมีขั้นตอนหลักๆ ดังนี้

1) การประเมินผู้รับการบำบัดรักษา

- ศึกษาข้อมูลประวัติส่วนตัว และประวัติทางการแพทย์
- ประเมินปัญหาและเป้าหมายที่ต้องการบำบัด
- ประเมินสภาวะทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และทักษะการคิด

2) วางแผนการบำบัดรักษา

- ออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสมเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยยึดเป้าหมายเป็น

สำคัญ

- รูปแบบผสมผสานกระบวนการต่าง ๆ ทางดนตรี เช่น ร้องเพลง แต่งเพลงประสาน เสียงจินตนาการตาม หรือลีลาประกอบ เป็นต้น

3) ดำเนินการบำบัดรักษา

- สร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด โดยใช้ดนตรีเป็นสื่อ และ ทำดนตรีบำบัดร่วมกับการบำบัดรักษาแบบอื่นๆ แบบบูรณาการ

4) ประเมินผลการบำบัดรักษา

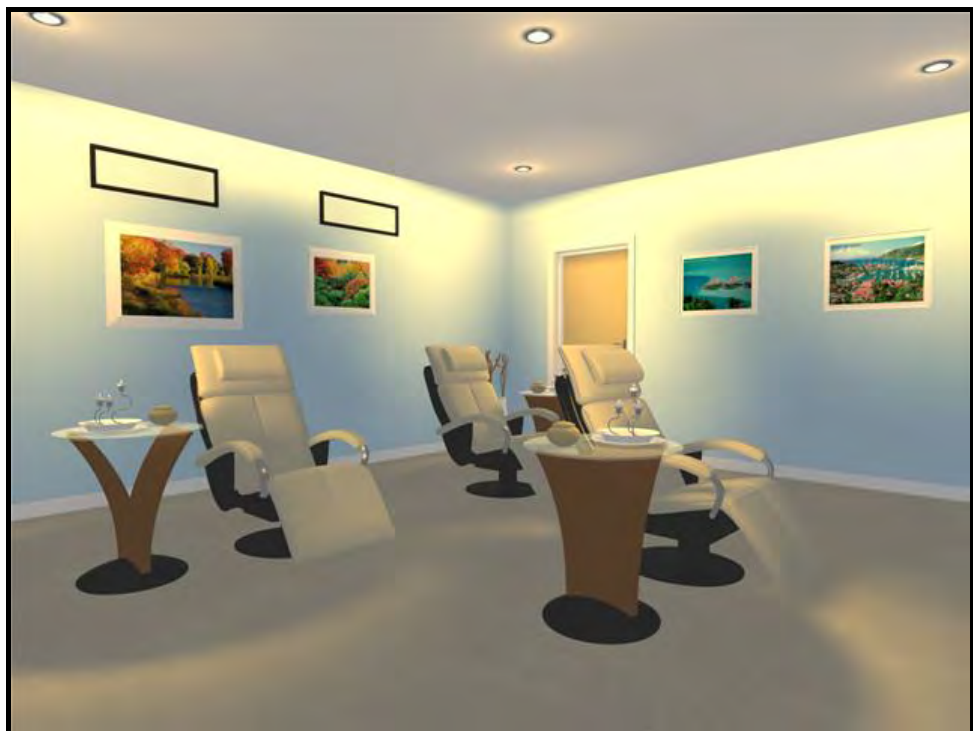
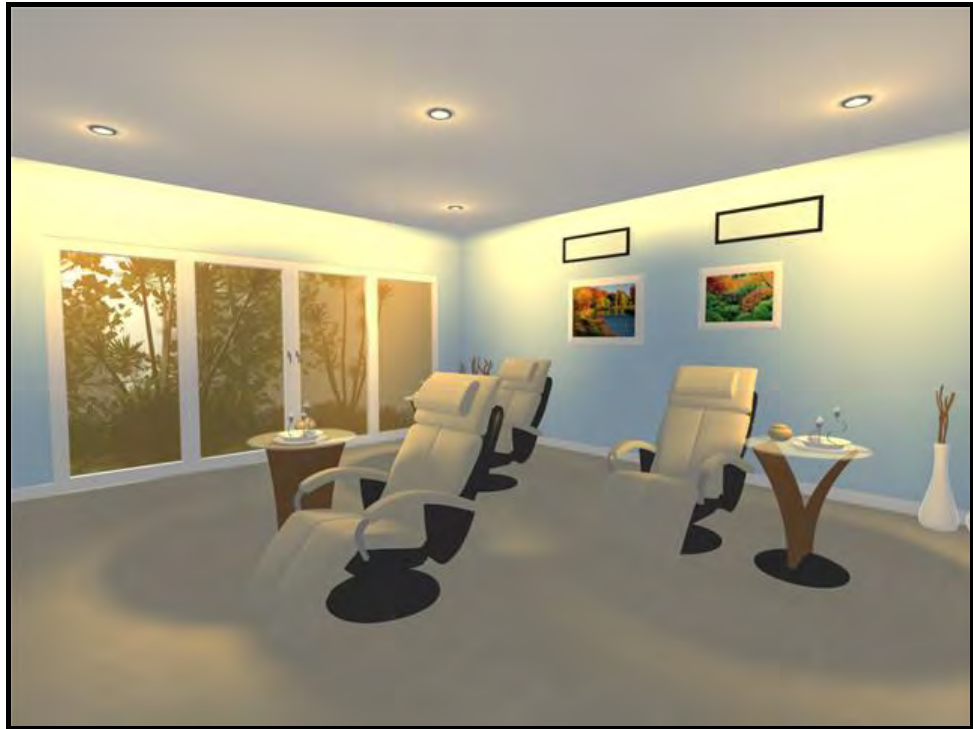
- ประเมินผลอย่างต่อเนื่องและปรับแผนการบำบัดให้เหมาะสม (ทวีศักดิ์ สิริรัตนเวช, 2549)

การจัดเตรียมและควบคุมบริบทด้านต่าง ๆ

สี และ แสง

ห้องจัดกิจกรรมโปรแกรมดนตรีบำบัดฯ “ฟ้าใสโปรแกรม” ควรมีลักษณะทางกายภาพ ของโทนสีห้องให้ความรู้สึกอบอุ่นและชื่นใจ แสงธรรมชาติในการทำกิจกรรมดนตรีบำบัดที่เหมาะสมที่สุด คือ ช่วงเช้าประมาณ 7.00 น. และช่วงเย็นเวลาประมาณ 17.00 – 18.00 น. แต่การดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมฯควรใช้ช่วงเวลาหลัง เพราะเป็นช่วงที่นิสิตนักศึกษาว่างจากตารางเรียนแล้ว ตลอดจน หากเป็นการประยุกต์จากห้องเรียนปกติซึ่งเป็นห้องปิดที่แสงธรรมชาติไม่สามารถเข้าได้ ควรใช้การเปิดไฟดวงเล็ก ๆ ตามมุมห้อง หรือจุดเทียนหอมแทนองค์ประกอบทางกายภาพอื่น ๆ แทน ทั้งนี้ สถานที่ที่เป็นสถานที่เปิด เช่น สวนหรือห้องน้ำที่เปิดเป็นธรรมชาติภายนอก หรือเป็นสถานที่ปิด เช่น อาคารพาณิชย์ ล้วนมีผลกระทบต่อเสียงดนตรีทั้งสิ้น สถานที่เปิดนั้นสิ่งที่โน้มน้าวสายตา มักเป็นธรรมชาติรอบตัว ส่วนสถานที่ปิดสิ่งที่โน้มน้าวสายตา เป็นการประดับตกแต่งในสถานที่นั้น ดังนั้น การออกแบบเชิงสถาปัตยกรรม จึงเป็นสิ่งสำคัญ อีกทั้ง ยังเป็นเรื่องของความนิยมและระบบวัฒนธรรม ดังตัวอย่างห้องที่ได้จำลองขึ้นจากการศึกษาวิจัยด้วยวิธีการทางสถาปัตยกรรมสำหรับห้องดำเนินกิจกรรมโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย “ฟ้าใสโปรแกรม” ดังรูปภาพจำลองห้องบำบัดในมุมต่าง ๆ ต่อไปนี้







กลิ้ง

ผู้ใช้โปรแกรมฯสามารถเลือกกลิ้งให้เหมาะสมตามคุณสมบัติและตามความต้องการของผู้เข้ารับการบำบัดได้ดังตาราง กลิ้งและคุณสมบัติของกลิ้งทางการแพทย์ ดังนี้

กลิ่น	คุณสมบัติทางการแพทย์
กลิ่นลาเวนเดอร์ มาจอราแมคาไมไมลด์ และดอกส้ม	- ทำให้วังนอนหลับสบาย จึงนำมาใช้บำบัดอาการเครียด นอนไม่หลับ โกรธ กังวล ไร้ความสนใจ และความดันโลหิตสูง ทำให้ร่างกายผลิตเซโรโทนิน ทำให้ใจสงบกลิ่นกุหลาบ และคลาร์รี่เสจ ไปกระตุ้นทาลามัส และการผลิตเอนเซฟาลิน ช่วยผ่อนคลายอารมณ์ตึงเครียด
กลิ่นเปปเปอร์มินท์ และโรสแมรี่	- ช่วยกระตุ้นการผลิตอะดรีนาลิน ทำให้มีพลังงานมากขึ้น จิตใจเบิกบาน และลดการเหนื่อยล้าทั้งร่างกายและจิตใจกลิ่นเจราเนียมจะช่วยปรับระดับฮอร์โมนในร่างกายให้เข้าสู่สมดุล ซึ่งจะทำให้จิตใจเป็นปกติ จึงมีประโยชน์กับสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มักจะมีอารมณ์แปรปรวน หดหู่ เสร้าหมองยูคาลิปตัส (Eucalyptus) หรือคาเจพุทรรักษา (Cajeput)
น้ำมันตะไคร้หอม (Citronella Oil)	- ช่วยป้องกันการติดเชื้อ ไล่แมลง บรรเทาอาการปวดต่างๆ รวมทั้งโรคเก๊าท์ และยังช่วยลดอาการเครียด กระวนกระวาย ทำให้อารมณ์สดชื่นขึ้นจากความเหนื่อยล้า
น้ำมันขิง (Zingiber officinale) และน้ำมันพริกไทยดำ (Black Pepper Oil)	- บรรเทาอาการเครียด กระวนกระวาย เหนื่อยล้า และทำให้เกิดอาการตื่นตัว อบอุ่น อย่างไรก็ตาม การใช้น้ำมันขิงต้องระวังให้ใช้ขนาดน้อยๆ เพราะจะระคายเคืองต่อผิวหนังได้ง่าย
น้ำมันกระดังงาไทย (Ylang Ylang Oil)	- ในทางจิตใจ ช่วยบรรเทาอาการจิตใจหดหู่ เครียด และการนอนไม่หลับ รวมถึงอาการโกรธ กระวนกระวายใจ ทำให้สดชื่นและผ่อนคลายมากขึ้น การใช้ต้องระวังไม่ใช้ในขนาดเข้มข้นกับคนที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง เพราะจะทำให้คลื่นไส้และปวดศีรษะได้
น้ำมันดอกมะลิ (Jasmine Oil)	- ช่วยทำให้จิตใจผ่อนคลาย ตื่นตัว ไม่หดหู่ซึมเศร้า ช่วยให้จิตใจสงบ สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี และหลับสบาย

ทั้งนี้ อาจขึ้นอยู่กับความชอบของผู้เข้ารับการบำบัดเป็นสำคัญ และควรสังเกตดูปฏิกิริยาของคณะผู้เข้ารับการบำบัดด้วย เพราะบางคนอาจจะแพ้กลิ่นบางชนิด ทั้งนี้ผลจากการศึกษาวิจัย พบว่า สามารถเลือกใช้กลิ่นกลางๆทั่วไป เช่น กลิ่นลาเวนเดอร์ มาจอบรรณ คาโมไมล์ และดอกส้ม ได้

อาหารและเครื่องดื่ม

ผู้ใช้โปรแกรมฯสามารถเลือกอาหารและเครื่องดื่มให้เหมาะสมตามคุณสมบัติและตามความต้องการของผู้เข้ารับการบำบัดตามเกณฑ์ต่อไปนี้

สารอาหาร	ปรากฏในอาหารประเภท
วิตามินบี 1	- ส้ม ถั่วลิสง เต้าหู้ หมูติดซี่โครง ไข่แดง
วิตามินบี 3	- เนื้อสัตว์ ปลา รำข้าว ซึ่งมีสารไนอะซิน จะช่วยลดความตึงเครียดที่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า
วิตามินบี 5	- แอปเปิ้ล ช่วยให้หลับสบาย
วิตามินบี 6	- กล้วยหอม มะม่วง กะหล่ำปลี
วิตามินบี 12	- ไข่ไก่ เนื้อหมู เป็ด ทำให้ระบบประสาทหลังสารเซโรโทนิน ช่วยควบคุมอารมณ์ให้สงบ
กรดโฟลิก	- ผักกาดหอม บรอกโคลี ถั่วลิสง
โพแทสเซียม	- มะละกอ พริกหวานแดง เสาวรส พีช เหล้าองุ่นแดง ลูกพรุน ตลอดจน น้ำมันตับปลาและไบอะแกวีย์มีคุณสมบัติด้านความซึมเศร้าได้ดี

เสียง

ผู้ใช้โปรแกรมฯสามารถจัดการ ระบบเสียงที่ความดังไม่เกิน 60 เดซิเบล และจัดเตรียมโสตทัศนอุปกรณ์ให้เหมาะสมตามคุณสมบัติและวิธีการ ดังเกณฑ์ต่อไปนี้

1) ควรเลือกเครื่องเสียงที่มีกำลังขับ (POWER) สูงที่สุดเท่าที่จะหาได้ ที่เหมาะสมที่สุด ได้แก่ กำลังขับ ในช่วง 60 WATT – 100 WATT R.M.S. ต่อเซนแนล (ลำโพง 1 ตัว) ควรตรวจสอบกำลังวัตต์ที่แท้จริงจากคู่มือของเครื่องเสียงนั้น ๆ

นอกจากนั้นเครื่องเสียงต้องมีการตอบสนองของความถี่ได้มาก ช่วงความถี่ที่กำหนด คือ 20 – 20,000 เฮิรท์ซ เครื่องเสียงที่ดีต้องสามารถตอบสนองความถี่ได้ใกล้เคียง ช่วงความถี่ดังกล่าวมากที่สุด มีความเพี้ยน (TRANSIENT) ต่ำ และการตัดเสียงรบกวน (SIGNAL TO NOISE RATIO) ที่ดี มีอุปกรณ์ปรับแต่งเสียงที่ละเอียดปัจจุบันเรียก อีควอลไลเซอร์ (EQUALIZER) ซึ่งมีทั้งระบบอนาล็อก (ANALOG) ได้แก่ ปุ่มปรับต่าง ๆ และระบบดิจิทัล (DIGITAL) ได้แก่ การปรับจากวงจรภายในเครื่องผ่านแผงหน้าปัดของเครื่องเสียง ซึ่งเครื่องเสียงคุณภาพปานกลางจะซ่อนไว้ในการปรับแบบแมนนวล (MANUAL) ซึ่งปรกติจะมีการปรับแบบสำเร็จรูปปรากฏให้ก่อน เช่น คลาสสิก ร็อค ป๊อป แจ๊ส อคูสติค เป็นต้น ซึ่งทางบริษัทผลิตเครื่องเสียงได้ออกแบบให้ใช้งาน แต่ในความเป็นจริงองค์ประกอบของแต่ละห้องไม่เหมือนกัน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องปรับระบบและคุณภาพเสียงแบบแมนนวล เพื่อให้ได้คุณภาพเสียงที่ดีที่สุดของแต่ละห้อง

คนไทยมีนิสัยในการปรับเสียงที่พิเศษกว่าชาติอื่น กล่าวคือ ชอบเร่งความถี่ช่วงเสียงต่ำและเสียงสูง และกดความถี่ช่วงเสียงกลาง ซึ่งในกิจกรรมด้านดนตรีความถี่เสียงกลาง จะให้ชีวิตชีวามากที่สุด อีควอลไลเซอร์ที่ปรับง่ายที่สุดเป็นระบบกราฟฟิค (GRAPHIC EQUALIZER) จะมีปุ่มสไลด์เลื่อนขึ้นลง เหมือนกับปุ่มปรับความดังของวอลลุ่มในเครื่องคอมพิวเตอร์ แต่จะต่างกันกล่าว คือ วอลลุ่มจะมีความดังจาก 0 – 100% แต่ EQUALIZER จะมีช่วง (-10, 0, +10) ตำแหน่ง (0) จะเป็นตำแหน่งที่ไม่มีการปรับคุณภาพเสียง ตำแหน่ง (+) เป็นตำแหน่งที่เพิ่มคุณภาพเสียงในช่วงความถี่นั้น ๆ ส่วนตำแหน่ง (-) เป็นตำแหน่งที่ลดคุณภาพเสียงในช่วงความถี่ดังกล่าว

ปุ่มปรับความสมดุลของเสียง (BALANCE) เป็นปุ่มที่มีความจำเป็นอีกปุ่มหนึ่ง เนื่องจากการปรับความดังของลำโพงซ้าย ขวา ให้ดังเท่ากัน ซึ่งในความจริงความดังของลำโพงนั้นสองข้างดังเท่ากันอยู่แล้ว แต่การนำลำโพงไปติดตั้งในห้อง สภาพแวดล้อมของแต่ละห้องต่างกัน เช่น มีหน้าต่าง มีผ้าม่านหรือเฟอร์นิเจอร์ที่หนานุ่ม หรือปูพรมซึ่งส่งผลต่อความดังของเสียง

อาจทำให้เสียงจากลำโพงตัวใดตัวหนึ่งรู้สึกว่าจะดังน้อยกว่าอีกตัวหนึ่ง การปรับปุ่มบาลานซ์นี้จะชดเชยข้อบกพร่องนี้ได้ โดยเฉพาะตำแหน่งที่ทำกิจกรรมดนตรีบำบัดฯ ซึ่งไม่สามารถกำหนดว่าต้องอยู่ที่ใดของห้อง ต้องเป็นตำแหน่งที่รับฟังเสียงได้ดีที่สุด การจัดวางลำโพงและปรับปุ่มบาลานซ์จะทำให้ตำแหน่งนี้สามารถรับฟังเพลงได้คุณภาพดีที่สุดในห้อง ๆ นั้น

2) ลำโพง ลำโพง มี 2 ระบบ ได้แก่

ระบบอะคูสติก_ (ACOUSTIC) หรือระบบลำโพงปิด สังเกตด้วยตาได้โดยดูที่หน้าตู้ลำโพง จะไม่มีการเจาะช่องอื่น ๆ นอกจากช่องใส่ลำโพง เป็นลำโพงที่ให้เสียงดีแต่กินกำลังขับของเครื่องเสียงมาก กล่าวคือต้องแรงวอลุ่มมากกว่าลำโพงอีกแบบหนึ่ง จึงจะได้เสียงดังเท่ากัน ในระบบสเปคควอร์ใช้ตู้ลำโพงประเภทนี้ เนื่องจากให้เสียงที่นุ่มนวลกว่า

ระบบเบสรีเฟล็กซ์ (BASS REFLEX) เป็นระบบที่ให้เสียงกระแทกของเบสและกลองหนักแน่น สังเกตจากหน้าตู้ลำโพงจะมีการเจาะช่องว่างเอาไว้ เพื่อระบายเสียง ระบบนี้เหมาะสำหรับเครื่องเสียงที่มีกำลังขับน้อย เนื่องจากเปิดเบา ๆ ก็ได้เสียงที่ดังและเหมาะสำหรับการฟังแบบฉาบฉวย เช่น การเต้นรำ เป็นต้น

นอกจากระบบลำโพงแล้ว ผู้วิจัยพบว่า ยังต้องคำนึงถึงจำนวนลำโพงในตู้ลำโพง และการตอบสนองของความถี่เช่นเดียวกับเครื่องเสียงในตู้ลำโพง 1 ตัวที่สมบูรณ์ควรมีลำโพงที่ตอบสนองความถี่ได้ 3 ช่วง ได้แก่ ลำโพง วูฟเฟอร์ (WOOFER) เป็นลำโพงตัวใหญ่ที่สุดในตู้ตอบสนองความถี่ต่ำ ลำโพง มิดเรนจ์ (MIDRANGE) ตอบสนองความถี่ช่วงกลาง และลำโพงทรีทเตอร์ (TWEETER) ตอบสนองความถี่สูง ลำโพงชนิดนี้เรียกลำโพง 3 ทาง (3 WAYS) ซึ่งราคาค่อนข้างสูงจึงมีการทำลำโพงแบบ 2 ทาง (2 WAYS) ซึ่งประกอบด้วยลำโพง WOOFER ที่ใช้ตอบสนองความถี่ต่ำและความถี่กลาง กับลำโพงทรีทเตอร์ที่ตอบสนองความถี่สูง ส่วนลำโพงเสียงต่ำพิเศษ (SUB - WOOFER) ไม่มีความจำเป็นเท่าใดนัก

3) สายลำโพง ต้องเป็นสายเส้นใหญ่ยอมให้สัญญาณเสียงผ่านได้มากที่สุด เป็นสายที่สร้างมาเฉพาะ ราคาแพง ควรลงทุนในเรื่องนี้ให้มาก เนื่องจากการติดตั้งเสียงในห้องดำเนินกิจกรรมดนตรีบำบัดฯ ต้องใช้ความยาวของสายลำโพงมาก จึงควรใช้สายลำโพงและปลั๊กเสียบสายลำโพงคุณภาพดีที่สุดเท่าที่ท่านมีกำลังจัดหา

4) แผ่นซีดีเพลง ต้องเป็นแผ่นในระบบ AUDIO CD ไม่ใช่ระบบ MP3, OGG ซึ่งเป็นระบบที่มีการตัดบางความถี่เสียงออก เพื่อลดขนาดไฟล์ ส่งผลให้คุณภาพเสียงไม่ดี แผ่นซีดี

เพลงควรบันทึกแบบสเตอริโอสมบรูณ์แบบ และต้องบันทึกด้วยระบบดิจิทัล เนื่องจากมีเครื่องเสียงดี ลำโพงดี สายลำโพงชั้นเยี่ยม ควรคำนึงถึงคุณภาพเสียงของแผ่นซีดีด้วย เพราะเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการดำเนินกิจกรรมดนตรีบำบัดฯ ด้วย

หลักการติดตั้งเครื่องเสียงในห้องกิจกรรมของโปรแกรมฯ

- 1) เลือกเครื่องเสียงคุณภาพดี
- 2) เลือกลำโพงระบบอะคูสติกที่มีคุณภาพ
- 3) เลือกสายลำโพงที่เหมาะสมและมีคุณภาพ
- 4) ทำการคัดลอกหรือบันทึกเสียงบทเพลงของโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย ลงบนแผ่นซีดีเพลง โดยการบันทึกในรูปแบบไฟล์ WAVE ในระบบดิจิทัล สเตอริโอ

- 5) เลือกตำแหน่งติดตั้งลำโพงในที่ ๆ สังเกตยากแต่ให้คุณภาพเสียงที่ดีที่สุด คือ ตั้งลำโพงห่างกันอย่างน้อย 1.50 เมตร ลำโพงห่างผนัง 4 นิ้ว ตู้ลำโพงอยู่ระดับทำมุม 45 องศา กับ ผู้รับการบำบัด หรือสามารถให้คุณภาพเสียงที่ดีที่สุดทั่วห้อง ตู้ลำโพงต้องสูงกว่าพื้นห้องอย่างน้อย 6 นิ้ว

- 6) ตรวจสอบการรับฟัง จากการลากเส้นตรงสมมุติจากด้านหน้าตู้ลำโพงทั้ง 2 ตัว เส้นตรงมาตัดกันที่ใดบริเวณนั้นจะเป็นบริเวณที่ฟังเพลงได้ดีที่สุดของห้อง ถ้าตำแหน่งการดำเนินกิจกรรมดนตรีบำบัดฯ ไม่อยู่ในตำแหน่งนั้น สามารถปรับปรุงได้ 2 วิธี ได้แก่ ปรับมุมบาลานซ์ เพื่อให้ความดังของเสียงดังเท่ากันในตำแหน่งที่ดำเนินกิจกรรมหรือย้ายตำแหน่งติดตั้งลำโพงใหม่

อุณหภูมิห้อง

ผู้ใช้โปรแกรมฯ ควรกำหนดการตั้งค่าอุปกรณ์ทำความเย็นให้เหมาะสม โดยปกติลักษณะทางภูมิอากาศของไทย ควรอยู่ที่ 25 องศา เพราะเป็นอุณหภูมิที่เหมาะสมและประหยัดพลังงานอีกด้วย

2 วิธีการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิต นักศึกษาไทย “ฟ้าใสโปรแกรม”

กิจกรรมก่อนดำเนินโปรแกรมฯ

ผู้ดำเนินโปรแกรมฯ ดำเนินกิจกรรมในครั้งแรกโดย

1. ปฐมนิเทศผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ สังเกต สัมภาษณ์ และประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1” วัดระดับความรุนแรง และจัดบันทึกไว้ (ครั้งที่ 1)
2. นัดหมาย วัน เวลาและสถานที่ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 10 ครั้ง ๆ ละ 45 นาที ทุกวันจันทร์ – ศุกร์ ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ช่วงเวลา 17.00-18.00น.
3. มอบเอกสารเกี่ยวกับกิจกรรมในการวิจัยและชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ในการศึกษาและพิทักษ์สิทธิ์ ในการเข้าร่วมการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง หากไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยต่อไปด้วยประการใด ๆ ก็ตามสามารถออกจากการทดลองได้ทุกเมื่อ โดยลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม “ฟ้าใสโปรแกรม” (Informed Consent Form)

กิจกรรมครั้งที่ 1 “ชีวิตนี้มีคุณค่า”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทราบและตระหนักว่าในการที่เขาเกิดมาเป็นมนุษย์นั้น มนุษย์มีความสามารถ มีศักดิ์ศรี และคุณค่า มนุษย์มีความสามารถที่จะใช้สติปัญญาของตนแก้ปัญหา หรือตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง สามารถเข้าใจเหตุผลมีความตระหนักรู้ในศักดิ์ศรีและคุณค่าแห่งตน มีความสามารถในการพัฒนาคุณค่าตามแบบฉบับอย่างมีเหตุผล เพื่อให้ดำเนินชีวิตตามอัตภาพได้อย่างมีความสุข

บทกวีประจำกิจกรรม

หนึ่งชีวิตเกิดมามีค่านัก

พึงรักศักดิ์ศรีที่มีอยู่

สู้ปัญหาด้วยปัญญาหาเหตุผล

ตระหนักรู้ในคุณค่าพัฒนาตน

ใช้กำลังสามารถอันอาจหาญ

สติคิดอ่านผ่านเหตุผล

จะพบค่าคุณธรรมในคำคน

ทุกข์พ้นสุขเกิดประเสริฐเอย

ระยะเวลา 45 นาที

วิธีดำเนินกิจกรรม

(ขั้นปรับสมดุล)

1. เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มาถึงสถานที่จัดกิจกรรมตามเวลาที่นัดหมาย ให้ร่วมกันรับประทานอาหารเช้าและเครื่องดื่มที่ได้จัดเตรียมเอาไว้ ตลอดจนให้ทำธุระส่วนตัวต่าง ๆ ให้เสร็จสิ้นภายในเวลา 15 นาที

2. เชิญผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ เข้าไปนั่งในห้องบำบัด โดยกำหนดที่นั่งให้อย่างชัดเจนทั้งนี้ ก่อนถึงขั้นตอนนี้ ต้องจัดเตรียมห้อง อุปกรณ์ แสง สี เสียง ปรับอุณหภูมิห้อง จุดเทียนหอม ไว้ก่อนอย่างน้อย 30 นาที

3. จากนั้น บอกให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ นั่งในท่าทางที่สบาย ผ่อนคลาย และพยายามกำหนดลมหายใจเข้าออกให้สม่ำเสมอและเป็นปกติ ขั้นตอนนี้ควรใช้เวลาไม่เกิน 3 นาทีและบอกผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ว่า ทำจิตใจให้สบาย ผ่อนคลายและมีความสุข โดยการพักผ่อนด้วยการฟังบทเพลงต่อไปนี้

(ขั้นอบอุ่นหัวใจ...เสริมสายใยรัก)

4. เริ่มเปิดเพลงในซีดีชุด “ฟ้าใส” บทเพลงที่ 1 ความยาวประมาณ 15 นาที จากห้องควบคุม

5. เริ่มสังเกตและจดบันทึกพฤติกรรมที่เห็นโดยตลอดกระทั่งเพลงจบ จากห้องควบคุม (แบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2”)

6. เมื่อเพลงจบ ค่อยๆปรับแสงคืนสู่สภาพปกติ จากห้องควบคุม

7. เข้ามาพบผู้ร่วมโปรแกรมฯ ด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มเป็นกัลยาณมิตรและนัดหมายกำหนดการในครั้งต่อไป ซึ่งอาจพูดคุยกับทุกๆคนต่อในเรื่องต่าง ๆ เช่น การเรียน การเดินทาง กิจกรรมต่าง ๆ โดยเน้นในลักษณะเป็นผู้ฟังที่ดี ขั้นที่ 6 – 7 ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

8. เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ กลับไปหมดแล้ว ควรดำเนินการจัดเก็บอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เรียบร้อย และทำการสรุปแบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2” ทันทีเพื่อสรุปประเมินผลและทำการบันทึกไว้เป็นระบบต่อไป ตลอดจนตรวจดูสภาพปัญหาในการดำเนินกิจกรรมเพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เกิดสภาพคล่องและเหมาะสมต่อไปในครั้งหน้า

กิจกรรมครั้งที่ 2 “จงก้าวกล้าบนขวากหนาม”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทราบและตระหนักว่าในการที่เขาเกิดมาเป็นมนุษย์นั้น มนุษย์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเอง ตามธรรมชาติมนุษย์จะพัฒนาตนเองทุก ๆ ด้านอยู่แล้ว โดยไม่ต้องให้มีใครควบคุมทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา และมีการพัฒนาอีกอย่างที่จะพัฒนาเข้มแข็งขึ้นทุกที คือ การพัฒนาที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลไม่จำเป็นต้องมีการเจริญเติบโต การ

พัฒนาด้านสุขภาพ มนุษย์สัมพันธ์ มีการตระหนักในความเป็นจริงเหล่านี้เรียกว่า Self-Actualization Tendency ซึ่งสามารถเรียนรู้ประสบการณ์แล้วก้าวผ่านอุปสรรคนานัปการได้ ด้วยศักยภาพและการเรียนรู้อย่างอิสระเสรี

บทกวีประจำกิจกรรม

อุปสรรคจะหนักหนาแสนสาหัส

จะยื่นหยัดพื้นผืนอย่างกล้าหาญ

ด้วยกำลังในกายตนจนชำนาญ

ก็จะผ่านหนามขวากไม่ยากเย็น

เปิดความคิดอิสระและเสรี

เป็นวิถีสว่างกระจ่างเห็น

ยามใดที่ทุกข์ชุกกล้าเคียด

ขวัญจงเป็นเช่นภูผาส่งงาม

ระยะเวลา 45 นาที

วิธีดำเนินการกิจกรรม

(ชั้นปรับสมดุล)

1. เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯมาถึงสถานที่จัดกิจกรรมตามเวลาที่นัดหมาย ให้ร่วมกันรับประทานอาหารเช้าและเครื่องดื่มที่ได้จัดเตรียมเอาไว้ ตลอดจนให้ทำธุระส่วนตัวต่าง ๆ ให้เสร็จสิ้นภายในเวลา 15 นาที

2. เชิญผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯเข้าไปนั่งในห้องบำบัด โดยกำหนดที่นั่งให้อย่างชัดเจนทั้งนี้ ก่อนถึงขั้นตอนนี้ ต้องจัดเตรียมห้อง อุปกรณ์ แสง สี เสียง ปรับอุณหภูมิห้อง จุดเทียนหอมไว้ก่อน อย่างน้อย 30 นาที

3. จากนั้น บอกให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯนั่งในท่าทางที่สบาย ผ่อนคลายและพยายามกำหนดลมหายใจเข้าออกให้สม่ำเสมอและเป็นปกติ ขั้นตอนนี้ควรใช้เวลาไม่เกิน 3 นาทีและบอกผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ว่า ทำจิตใจให้สบาย ผ่อนคลายและมีความสุข โดยการพักผ่อนด้วยการฟังบทเพลงต่อไปนี้

(ชั้นอบอุ่นหัวใจ...เสริมสายใยรัก)

4. เริ่มเปิดเพลงในซีดีชุด “ฟ้าใส” บทเพลงที่ 2 ความยาวประมาณ 15 นาทีจากห้องควบคุม

5. เริ่มสังเกตและจดบันทึกพฤติกรรมที่เห็นโดยตลอดกระทั่งเพลงจบ จากห้องควบคุม (แบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2”)

6. เมื่อเพลงจบ ค่อย ๆ ปรับแสงคืนสู่สภาพปกติ จากห้องควบคุม

7. เข้ามาพบผู้ร่วมโปรแกรมฯ ด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มเป็นกัลยาณมิตรและนัดหมายกำหนดการในครั้งต่อไป ซึ่งอาจพูดคุยกับทุกๆคนต่อในเรื่องต่าง ๆ เช่น การเรียน การเดินทาง กิจกรรมต่าง ๆ โดยเน้นในลักษณะเป็นผู้ฟังที่ดี ชั้นที่ 6 – 7 ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

8. เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ กลับไปหมดแล้ว ควรดำเนินการจัดเก็บอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เรียบร้อย และทำการสรุปแบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2” ทันทีก่อนสรุปประเมินผลและทำการบันทึกไว้เป็นระบบต่อไป ตลอดจนตรวจดูสภาพปัญหาในการดำเนินกิจกรรมเพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เกิดสภาพคล่องและเหมาะสมต่อไปในครั้งหน้า

กิจกรรมครั้งที่ 3 “เพื่อนที่ดีมีทุกยาม”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทราบและตระหนักว่าในการที่เขาเกิดมาเป็นมนุษย์นั้นมนุษย์เป็นคนดีน่าเชื่อถือ และไว้วางใจได้ มนุษย์มีความมุ่งมั่นที่จะมีความสัมพันธ์อย่างมีความหมายและในทางสร้างสรรค์กับเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน เพื่อที่จะพัฒนาตนเองและมวลมนุษยชาติ ดังนั้นควรเรียนรู้ความต่างระหว่างบุคคลในแง่ความดีและความงาม และเรียนรู้ที่จะสร้างกัลยาณมิตรด้วยไมตรี

บทกวีประจำกิจกรรม

ขวัญเคยขวัญจงฟัง

ใซ้อยู่เดียวลำพังในโลกกว้าง

ยังมีมิตรร่วมผจญบนหนทาง

ทุกก้าวอย่างมั่นใจด้วยไมตรี

ร่วมคิดร่วมสร้างตามทางฝัน

ต่อเติมแบ่งปันกันเต็มที่

สืบสานสัมพันธ์วันแสนดี

ให้ทวีคงมั่นนิรันดร

ระยะเวลา 45 นาที

วิธีดำเนินกิจกรรม

(ชั้นปรับสมดุล)

1. เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มาถึงสถานที่จัดกิจกรรมตามเวลาที่นัดหมาย ให้ร่วมกันรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่มที่ได้จัดเตรียมเอาไว้ ตลอดจนให้ทำธุระส่วนตัว ต่าง ๆ ให้เสร็จสิ้นภายในเวลา 15 นาที

2. เชิญผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ เข้าไปนั่งในห้องบำบัด โดยกำหนดที่นั่งให้ชัดเจนทั้งนี้ ก่อนถึงขั้นตอนนี้ ต้องจัดเตรียมห้อง อุปกรณ์ แสง สี เสียง ปรับอุณหภูมิห้อง จุดเทียนหอม ไว้ก่อน อย่างน้อย 30 นาที

3. จากนั้น บอกให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ นั่งในท่าทางที่สบาย ผ่อนคลายและพยายาม กำหนดลมหายใจเข้าออกให้สม่ำเสมอและเป็นปกติ ขั้นตอนนี้ควรใช้เวลาไม่เกิน 3 นาที และบอกผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ว่า ทำจิตใจให้สบาย ผ่อนคลายและมีความสุข โดยการพักผ่อนด้วยการฟัง บทเพลงต่อไปนี้

(ขึ้นอบอุณหวัใจ...เสริมสายใยรัก)

4. เริ่มเปิดเพลงในซีดีชุด “ฟ้าใส” บทเพลงที่ 3 ความยาวประมาณ 15 นาทีจากห้องควบคุม

5. เริ่มสังเกตและจดบันทึกพฤติกรรมที่เห็นโดยตลอดกระทั่งเพลงจบ จากห้องควบคุม (แบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2”)

6. เมื่อเพลงจบ ค่อยๆปรับแสงคืนสู่สภาพปกติ จากห้องควบคุม

7. เข้ามาพบผู้ร่วมโปรแกรมฯ ด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มเป็นกัลยาณมิตร และนัดหมายกำหนดการ ในครั้งต่อไป ซึ่งอาจพูดคุยกับทุก ๆ คนต่อในเรื่องต่าง ๆ เช่น การเรียน การเดินทาง กิจกรรมต่าง ๆ โดยเน้นในลักษณะเป็นผู้ฟังที่ดี ขั้นที่ 6 – 7 ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

8. เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ กลับไปหมดแล้ว ควรดำเนินการจัดเก็บอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เรียบร้อย และทำการสรุปแบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2” ทันที เพื่อสรุปประเมินผลและทำการ บันทึกไว้เป็นระบบต่อไป ตลอดจนตรวจดูสภาพปัญหาในการดำเนินกิจกรรมเพื่อปรับปรุง เปลี่ยนแปลงให้เกิดสภาพคล่องและเหมาะสมต่อไปในครั้งหน้า

กิจกรรมครั้งที่ 4 “สิ่งดงามจงเรียนรู้”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทราบและตระหนักว่าในการที่เขาก่อเกิดมาเป็นมนุษย์นั้น มนุษย์มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ดังนั้นการกระทำและการปรับตัวของบุคคลต่อสภาพการณ์ต่าง ๆ จะสอดคล้อง (Congruence) กับการพิจารณาตนเอง (Self-Concept) และการพิจารณาสิ่งแวดล้อม (Self-Experience) ตามประสบการณ์ของเขา ซึ่งประสบการณ์ของบุคคลเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาการรับรู้สิ่งต่าง ๆ จะแตกต่างจากคนอื่นเป็นโลกของเขาเอง (Phenomenal Field or Experience Field) และการที่บุคคลรับรู้สิ่งต่าง ๆ จะมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของบุคคล ดังนั้นควรเรียนรู้ความดีความงามจากสิ่งรอบข้าง อีกทั้งเก็บเกี่ยวประสบการณ์ต่างๆจากผู้รอบข้าง และนำมาประมวลปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตน

บทกวีประจำกิจกรรม

จากวันวานผ่านผันถึงวันนี้

หลอมชีวิตให้งามตามสมัย

เรียนรู้รับเริ่มเพิ่มแรงใจ

ก่องประกายเจิดจ้าค่าในตน

สิ่งงดงามรอบข้างช่างมีค่า

ศึกษาปรับใช้ได้ฝึกฝน

เก็บเกี่ยวประสบการณ์ผ่านผู้คน

เกิดผลสัมฤทธิ์ชีวิตงาม

ระยะเวลา 45 นาที

วิธีดำเนินกิจกรรม

(ขั้นปรับสมดุล)

1. เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มาถึงสถานที่จัดกิจกรรมตามเวลาที่นัดหมาย ให้ร่วมกันรับประทานอาหารเช้าและเครื่องดื่มที่ได้จัดเตรียมเอาไว้ ตลอดจนให้ทำธุระส่วนตัวต่าง ๆ ให้เสร็จสิ้นภายในเวลา 15 นาที

2. เชิญผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ เข้าไปนั่งในห้องบำบัด โดยกำหนดที่นั่งให้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ก่อนถึงขั้นตอนนี้ ต้องจัดเตรียมห้อง อุปกรณ์ แสง สี เสียง ปรับอุณหภูมิห้อง จุดเทียนหอม ไว้ก่อน อย่างน้อย 30 นาที

3. จากนั้น บอกให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ นั่งในท่าทางที่สบาย ผ่อนคลาย และพยายามกำหนดลมหายใจเข้าออกให้สม่ำเสมอและเป็นปกติ ขั้นตอนนี้ควรใช้เวลาไม่เกิน 3 นาที และบอกผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ว่า ทำจิตใจให้สบาย ผ่อนคลายและมีความสุข โดยการพักผ่อนด้วยการฟังบทเพลงต่อไปนี้

(ขั้นอบอุ่นหัวใจ...เสริมสายใยรัก)

4. เริ่มเปิดเพลงในซีดีชุด “ฟ้าใส” บทเพลงที่ 4 ความยาวประมาณ 15 นาที จากห้องควบคุม

5. เริ่มสังเกตและจดบันทึกพฤติกรรมที่เห็นโดยตลอดกระทั่งเพลงจบ จากห้องควบคุม (แบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2”)

6. เมื่อเพลงจบ ค่อยๆ ปรับแสงคืนสู่สภาพปกติ จากห้องควบคุม

7. เข้ามาพบผู้ร่วมโปรแกรมฯ ด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มเป็นกัลยาณมิตรและนัดหมายกำหนดการในครั้งต่อไป ซึ่งอาจพูดคุยกับทุก ๆ คนต่อในเรื่องต่าง ๆ เช่น การเรียน การเดินทาง กิจกรรมต่างๆ โดยเน้นในลักษณะเป็นผู้ฟังที่ดี ขั้นที่ 6 – 7 ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

8. เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ กลับไปหมดแล้ว ควรดำเนินการจัดเก็บอุปกรณ์ต่างๆ ให้เรียบร้อย และทำการสรุปแบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2” ทันทีกเพื่อสรุปประเมินผลและทำการบันทึกไว้เป็นระบบต่อไป ตลอดจนตรวจดูสภาพปัญหาในการดำเนินกิจกรรม เพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เกิดสภาพคล่องและเหมาะสมต่อไปในครั้งหน้า

กิจกรรมครั้งที่ 5 “เพื่อก้าวสู่ความฝันวันศรัทธา”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทราบและตระหนักว่าในการที่เขาเกิดมาเป็นมนุษย์นั้น มนุษย์ต้องการความรัก ความเอาใจใส่ ความศรัทธาและการยอมรับจากผู้อื่น ธรรมชาติของมนุษย์ทุกคนต้องการความรัก ความเอาใจใส่ และการยอมรับจากผู้อื่นที่ตนเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย (Need for Positive Regard) เพื่อให้มนุษย์เดินไปให้ถึงความหวังความตั้งใจในอนาคตของตนด้วยความรู้สึกที่มั่นคงปลอดภัย

บทกวีประจำกิจกรรม

กำลังใจศรัทธาที่กล้าแกร่ง

จะเป็นแรงเป็นพลังความหวังใหม่

รุ่งโรจน์เชิดชวงดุจดวงไฟ

ส่องใจส่องฝันทุกวันคืน

แม้จะผ่านพานพบสิ่งทุกข์

ปลดเปลื้องปลดอบปลุกสุขขึ้น

มือต่อมือสัมผัสที่หยัดเย็น

ปลุกตนให้ตื่นจากภวังค์

ระยะเวลา 45 นาที

วิธีดำเนินกิจกรรม

(ขั้นปรับสมดุล)

1. เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มาถึงสถานที่จัดกิจกรรมตามเวลาที่นัดหมาย ให้ร่วมกันรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่มที่ได้จัดเตรียมเอาไว้ ตลอดจนให้ทำธุระส่วนตัวต่าง ๆ ให้เสร็จสิ้นภายในเวลา 15 นาที

2. เชิญผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ เข้าไปนั่งในห้องบำบัด โดยกำหนดที่นั่งให้ชัดเจน ทั้งนี้ก่อนถึงขั้นตอนนี้ ต้องจัดเตรียมห้อง อุปกรณ์ แสง สี เสียง ปรับอุณหภูมิห้อง จุดเทียนหอม ไว้ก่อน อย่างน้อย 30 นาที

3.จากนั้น บอกให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯนั่งในท่าทางที่สบาย ผ่อนคลาย และพยายามกำหนดลมหายใจเข้าออกให้สม่ำเสมอและเป็นปกติ ขั้นตอนนี้ควรใช้เวลาไม่เกิน 3 นาที และบอกผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯว่า ทำจิตใจให้สบาย ผ่อนคลายและมีความสุข โดยการพักผ่อนด้วยการฟังบทเพลงต่อไปนี้

(ขึ้นอบอุ้นหัวใจ...เสริมสายใยรัก)

4.เริ่มเปิดเพลงในซีดีชุด “ฟ้าใส” บทเพลงที่ 5 ความยาวประมาณ 15 นาที จากห้องควบคุม

5.เริ่มสังเกตและจดบันทึกพฤติกรรมที่เห็นโดยตลอดกระทั่งเพลงจบจากห้องควบคุม (แบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2”)

6.เมื่อเพลงจบ ค่อยๆปรับแสงคืนสู่สภาพปกติ จากห้องควบคุม

7.เข้ามาพบผู้ร่วมโปรแกรมฯด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มเป็นกัลยาณมิตร และนัดหมายกำหนดการในครั้งต่อไป ซึ่งอาจพูดคุยกับทุก ๆ คนต่อในเรื่องต่าง ๆ เช่น การเรียน การเดินทาง กิจกรรมต่าง ๆ โดยเน้นในลักษณะเป็นผู้ฟังที่ดี ขั้นที่ 6 – 7 ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

8.เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯกลับไปหมดแล้ว ควรดำเนินการจัดเก็บอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เรียบร้อย และทำการสรุปแบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2” ทันทีก่อนเพื่อสรุปประเมินผลและทำการบันทึกไว้เป็นระบบต่อไปตลอดจนตรวจดูสภาพปัญหาในการดำเนินกิจกรรม เพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เกิดสภาพคล่องและเหมาะสมต่อไปในครั้งหน้า

กิจกรรมครั้งที่ 6 “ชีวิตนี้มีคุณค่า” (ข้าทวน)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทราบและตระหนักว่าในการที่เขาเกิดมาเป็นมนุษย์นั้น มนุษย์มีความสามารถ มีศักดิ์ศรี และคุณค่า มนุษย์มีความสามารถที่จะใช้สติปัญญาของตนแก้ปัญหา หรือตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง สามารถเข้าใจเหตุผลมีความตระหนักรู้ในศักดิ์ศรีและคุณค่าแห่งตน มีความสามารถในการพัฒนาคุณค่าตามแบบฉบับอย่างมีเหตุผล เพื่อให้ดำเนินชีวิตตามอัตภาพได้อย่างมีความสุข

บทกวีประจำกิจกรรม

ชีวิตนี้มีคุณค่ากว่าที่คิด

เรามีสิทธิ์จะแต่งเติมเพิ่มพูนฝัน

ดั่งดอกไม้ผลิบานตามวานวัน

ดั่งแสงทองส่องสีอันงดงาม

วาดชีวิตนี้ให้สดใสด้วยความรัก

หมั่นทอถักให้มีค่าอย่างมั่งคั่ง

เติมพลังพร้อมสู้อยู่ทุกยาม

ก้าวเดินตามทางสายใหม่ด้วยใจเรา

ระยะเวลา 45 นาที

วิธีดำเนินกิจกรรม

(ขั้นปรับสมดุล)

1. เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มาถึงสถานที่จัดกิจกรรมตามเวลาที่นัดหมาย ให้ร่วมกันรับประทานอาหารเช้าและเครื่องดื่มที่ได้จัดเตรียมเอาไว้ ตลอดจนให้ทำธุระส่วนตัวต่าง ๆ ให้เสร็จสิ้นภายในเวลา 15 นาที

2. เชิญผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ เข้าไปนั่งในห้องบำบัด โดยกำหนดที่นั่งให้ได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ก่อนถึงขั้นตอนนี้ ต้องจัดเตรียมห้อง อุปกรณ์ แสง สี เสียง ปรับอุณหภูมิห้อง จุดเทียนหอม ไว้ก่อน อย่างน้อย 30 นาที

3. จากนั้น บอกให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ นั่งในท่าทางที่สบาย ผ่อนคลาย และพยายามกำหนดลมหายใจเข้าออกให้สม่ำเสมอและเป็นปกติ ขั้นตอนนี้ควรใช้เวลาไม่เกิน 3 นาที และบอกผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ว่า ทำจิตใจให้สบาย ผ่อนคลายและมีความสุข โดยการพักผ่อนด้วยการฟังบทเพลงต่อไปนี้

(ขั้นอบอุ่นหัวใจ...เสริมสายใยรัก)

4. เริ่มเปิดเพลงในซีดีชุด “ฟ้าใส” บทเพลงที่ 6 ความยาวประมาณ 15 นาทีจากห้องควบคุม

5. เริ่มสังเกตและจดบันทึกพฤติกรรมที่เห็นโดยตลอดกระทั่งเพลงจบ จากห้องควบคุม (แบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2”)

6. เมื่อเพลงจบ ค่อยๆปรับแสงคืนสู่สภาพปกติ จากห้องควบคุม

7. เข้ามาพบผู้ร่วมโปรแกรมฯ ด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มเป็นกัลยาณมิตรและนัดหมายกำหนดการในครั้งต่อไป ซึ่งอาจพูดคุยกับทุกๆคนต่อในเรื่องต่าง ๆ เช่น การเรียน การเดินทาง กิจกรรมต่าง ๆ โดยเน้นในลักษณะเป็นผู้ฟังที่ดี ขั้นที่ 6 – 7 ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

8. เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ กลับไปหมดแล้ว ควรดำเนินการจัดเก็บอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เรียบร้อย และทำการสรุปแบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2” ทั้งนี้เพื่อสรุปประเมินผลและทำการบันทึกไว้เป็นระบบต่อไปตลอดจนตรวจดูสภาพปัญหาในการดำเนินกิจกรรม เพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เกิดสภาพคล่องและเหมาะสมต่อไปในครั้งหน้า

กิจกรรมครั้งที่ 7 “จงก้าวกล้าบนขวากหนาม” (ข้าทวน)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทราบและตระหนักว่าในการที่เขาก่อเกิดมาเป็นมนุษย์นั้น มนุษย์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเอง ตามธรรมชาติมนุษย์จะพัฒนาตนเอง ทุก ๆ ด้านอยู่แล้ว โดยไม่ต้องให้มีใครควบคุมทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา และมีการพัฒนาอีกอย่างที่จะพัฒนาเข้มแข็งขึ้นทุกที คือ การพัฒนาที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลไม่ว่าเป็นการเจริญเติบโต การพัฒนาด้านสุขภาพ มนุษย์สัมพันธ์ มีการตระหนักในความเป็นจริงเหล่านี้เรียกว่า Self-Actualization Tendency ซึ่งสามารถเรียนรู้ประสบการณ์แล้วก้าวผ่านอุปสรรคนานัปการได้ ด้วยศักยภาพและการเรียนรู้อย่างอิสระเสรี

บทกวีประจำกิจกรรม

บนเส้นทางสายยาวที่ก้าวย่าง

ความหวังวางให้ก้าวรุดสู่จุดหมาย

ยิ่งยาวไกลเบื้องหน้ายิ่งท้าทาย

ทุ่มใจกายเปี่ยมล้นทันแรงใจ

จงแก้มกล้าแม่เดินต้นบนขวากหนาม

จงมุ่งตามความฝันที่เคยใฝ่

จงอดทนกว่าที่จักถึงหลักชัย

จงก้าวไปพร้อมยืนหยัดด้วยศรัทธา

ระยะเวลา 45 นาที

วิธีดำเนินกิจกรรม

(ขั้นปรับสมดุล)

1. เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มาถึงสถานที่จัดกิจกรรมตามเวลาที่นัดหมาย ให้ร่วมกันรับประทานอาหารเช้าและเครื่องดื่มที่ได้จัดเตรียมเอาไว้ ตลอดจนให้ทำธุระส่วนตัวต่าง ๆ ให้เสร็จสิ้นภายในเวลา 15 นาที

2. เชิญผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ เข้าไปนั่งในห้องบำบัด โดยกำหนดที่นั่งให้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ก่อนถึงขั้นตอนนี้ ต้องจัดเตรียมห้อง อุปกรณ์ แสง สี เสียง ปรับอุณหภูมิห้อง จุดเทียนหอมไว้ก่อน อย่างน้อย 30 นาที

3. จากนั้น บอกให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ นั่งในท่าทางที่สบาย ผ่อนคลาย และพยายามกำหนดลมหายใจเข้าออกให้สม่ำเสมอและเป็นปกติ ขั้นตอนนี้ควรใช้เวลาไม่เกิน 3 นาทีและบอกผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ว่า ทำจิตใจให้สบาย ผ่อนคลายและมีความสุข โดยการพักผ่อนด้วยการฟังบทเพลงต่อไปนี้

(ขึ้นอบอุณหหัวใจ...เสริมสายใยรัก)

4. เริ่มเปิดเพลงในซีดีชุด “ฟ้าใส” บทเพลงที่ 7 ความยาวประมาณ 15 นาที จากห้องควบคุม

5. เริ่มสังเกตและจดบันทึกพฤติกรรมที่เห็นโดยตลอดกระทั่งเพลงจบ จากห้องควบคุม

(แบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2”)

6. เมื่อเพลงจบ ค่อยๆปรับแสงคืนสู่สภาพปกติ จากห้องควบคุม

7. เข้ามาพบผู้ร่วมโปรแกรมฯ ด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มเป็นกัลยาณมิตรและนัดหมายกำหนดการในครั้งต่อไป ซึ่งอาจพูดคุยกับทุกคนต่อในเรื่องต่าง ๆ เช่น การเรียน การเดินทาง กิจกรรมต่าง ๆ โดยเน้นในลักษณะเป็นผู้ฟังที่ดี ชั้นที่ 6 – 7 ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

8. เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ กลับไปหมดแล้ว ควรดำเนินการจัดเก็บอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เรียบร้อย และทำการสรุปแบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2” ทันทีเพื่อสรุปประเมินผลและทำการบันทึกไว้เป็นระบบต่อไปตลอดจนตรวจดูสภาพปัญหาในการดำเนินกิจกรรม เพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เกิดสภาพคล่องและเหมาะสมต่อไปในครั้งหน้า

กิจกรรมครั้งที่ 8 “เพื่อนที่ดีมีทุกยาม” (ข้าทวน)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทราบและตระหนักว่าในการที่เขาเกิดมาเป็นมนุษย์นั้นมนุษย์เป็นคนดีน่าเชื่อถือ และไว้ใจได้ มนุษย์มีความมุ่งมั่นที่จะมีความสัมพันธ์อย่างมีความหมายและในทางสร้างสรรค์กับเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน เพื่อที่จะพัฒนาตนเองและมวลมนุษยชาติ ดังนั้นควรเรียนรู้ความต่างระหว่างบุคคลในแง่ความดีและความงามและเรียนรู้ที่จะสร้างกัลยาณมิตรด้วยไมตรี

บทกวีประจำกิจกรรม

ดวงชีวันขวัญชีวอาอย่าเปลี่ยวเหงา

รอบกายเราและทุกที่ยังมีเพื่อน

ดูจดวงดาวพราวพร้อมล้อมดวงเดือน

เราจึงเหมือนไม้โตเดี่ยวยอยู่เดียวดาย

สายสัมพันธ์จริงจิตมิตรภาพ

ยังเอบอบอิมใจไม่ห่างหาย

เพื่อนที่ดียังมีอยู่มิรู้วาย

ค่าความหมายคำว่า “เพื่อน” ติดเตือนใจ

ระยะเวลา 45 นาที

วิธีดำเนินกิจกรรม

(ขั้นปรับสมดุล)

1. เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มาถึงสถานที่จัดกิจกรรมตามเวลาที่นัดหมาย ให้ร่วมกันรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่มที่ได้จัดเตรียมเอาไว้ ตลอดจนให้ทำธุระส่วนตัวต่าง ๆ ให้เสร็จสิ้นภายในเวลา 15 นาที

2. เชิญผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ เข้าไปนั่งในห้องบำบัด โดยกำหนดที่นั่งให้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ก่อนถึงขั้นตอนนี้ ต้องจัดเตรียมห้อง อุปกรณ์ แสง สี เสียง ปรับอุณหภูมิห้อง จุดเทียนหอมไว้ก่อน อย่างน้อย 30 นาที

3. จากนั้น บอกให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ นั่งในท่าทางที่สบาย ผ่อนคลาย และพยายามกำหนดลมหายใจเข้าออกให้สม่ำเสมอและเป็นปกติ ขั้นตอนนี้ควรใช้เวลาไม่เกิน 3 นาทีและบอกผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ว่า ทำจิตใจให้สบาย ผ่อนคลายและมีความสุข โดยการพักผ่อนด้วยการฟังบทเพลงต่อไปนี้

(ขั้นอบอุ่นหัวใจ...เสริมสายใยรัก)

4. เริ่มเปิดเพลงในซีดีชุด “ฟ้าใส” บทเพลงที่ 8 ความยาวประมาณ 15 นาที จากห้องควบคุม

5. เริ่มสังเกตและจดบันทึกพฤติกรรมที่เห็นโดยตลอดกระทั่งเพลงจบ จากห้องควบคุม (แบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2”)

6. เมื่อเพลงจบ ค่อยๆปรับแสงคืนสู่สภาพปกติ จากห้องควบคุม

7. เข้ามาพบผู้ร่วมโปรแกรมฯ ด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มเป็นกัลยาณมิตรและนัดหมายกำหนดการในครั้งต่อไป ซึ่งอาจพูดคุยกับทุกคนต่อในเรื่องต่าง ๆ เช่น การเรียน การเดินทาง กิจกรรมต่าง ๆ โดยเน้นในลักษณะเป็นผู้ฟังที่ดี ขั้นที่ 6 – 7 ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

8. เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ กลับไปหมดแล้ว ควรดำเนินการจัดเก็บอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เรียบร้อย และทำการสรุปแบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2” ทันทีก่อนเพื่อสรุปประเมินผลและทำการบันทึกไว้เป็นระบบต่อไปตลอดจนตรวจสอบสภาพปัญหาในการดำเนินกิจกรรม เพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เกิดสภาพคล่องและเหมาะสมต่อไปในครั้งหน้า

กิจกรรมครั้งที่ 9 “สิ่งงดงามจงเรียนรู้” (ข้าทวน)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทราบและตระหนักว่าในการที่เขาเกิดมาเป็นมนุษย์นั้นมนุษย์มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ดังนั้นการกระทำและการปรับตัวของบุคคลต่อสภาพการณ์ต่าง ๆ จะสอดคล้อง (Congruence) กับการพิจารณาตนเอง (Self-Concept) และการพิจารณาสิ่งแวดล้อม (Self-Experience) ตาม

ประสบการณ์ของเขา ซึ่งประสบการณ์ของบุคคลเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาการรับรู้สิ่งต่าง ๆ จะแตกต่างจากคนอื่นเป็นโลกของเขาเอง (Phenomenal Field or Experience Field) และการที่บุคคลรับรู้สิ่งต่าง ๆ จะมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของบุคคล ดังนั้นควรเรียนรู้ความดีความงามจากสิ่งรอบข้าง อีกทั้งเก็บเกี่ยวประสบการณ์ต่างๆจากผู้รอบข้าง และนำมาประมวลปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตน

บทกวีประจำกิจกรรม

หยาดน้ำค้าง ดอกไม้ เรียวใบหญ้า

แสงจันทร์แสงตะวันบรรเจิดฉาย

เพลงสายลมไพเราะเพราะพริ้งพราย

คือความสุขเรียบง่ายให้ยลยิน

สิ่งงดงามจงพากเพียรมุ่งเรียนรู้

เป็นดั่งครูสอนวิชาน่าถวิล

รู้สรรเสริญสุนทรีย์แห่งชีวิต

โลกมีสิ่งดีแสนอันงดงาม

ระยะเวลา 45 นาที

วิธีดำเนินกิจกรรม

(ขั้นปรับสมดุล)

1. เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มาถึงสถานที่จัดกิจกรรมตามเวลาที่นัดหมาย ให้ร่วมกันรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่มที่ได้จัดเตรียมเอาไว้ ตลอดจนให้ทำธุระส่วนตัวต่าง ๆ ให้เสร็จสิ้นภายในเวลา 15 นาที

2. เชิญผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ เข้าไปนั่งในห้องบำบัด โดยกำหนดที่นั่งให้ได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ก่อนถึงขั้นตอนนี้ ต้องจัดเตรียมห้อง อุปกรณ์ แสง สี เสียง ปรับอุณหภูมิห้อง จุดเทียนหอมไว้ก่อน อย่างน้อย 30 นาที

3. จากนั้น บอกให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ นั่งในท่าทางที่สบาย ผ่อนคลาย และพยายามกำหนดลมหายใจเข้าออกให้สม่ำเสมอและเป็นปกติ ขั้นตอนนี้ควรใช้เวลาไม่เกิน 3 นาทีและบอกผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ว่า ทำจิตใจให้สบาย ผ่อนคลายและมีความสุข โดยการพักผ่อนด้วยการฟังบทเพลงต่อไปนี้

(ขั้นอบอุ่นหัวใจ...เสริมสายใยรัก)

4. เริ่มเปิดเพลงในซีดีชุด “ฟ้าใส” บทเพลงที่ 9 ความยาวประมาณ 15 นาที จากห้องควบคุม

5. เริ่มสังเกตและจดบันทึกพฤติกรรมที่เห็นโดยตลอดกระทั่งเพลงจบ จากห้องควบคุม (แบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2”)

6. เมื่อเพลงจบ ค่อยๆปรับแสงคืนสู่สภาพปกติ จากห้องควบคุม

7. เข้ามาพบผู้ร่วมโปรแกรมฯ ด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มเป็นกัลยาณมิตร และนัดหมายกำหนดการในครั้งต่อไป ซึ่งอาจพูดคุยกับทุก ๆ คนต่อในเรื่องต่าง ๆ เช่น การเรียน การเดินทาง กิจกรรมต่างๆ โดยเน้นในลักษณะเป็นผู้ฟังที่ดี ขั้นที่ 6 – 7 ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

8. เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ กลับไปหมดแล้ว ควรดำเนินการจัดเก็บอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เรียบร้อย และทำการสรุปแบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2” ทันทีเพื่อสรุปประเมินผลและทำการบันทึกไว้เป็นระบบต่อไป ตลอดจนตรวจดูสภาพปัญหาในการดำเนินกิจกรรมเพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เกิดสภาพคล่องและเหมาะสมต่อไปในครั้งหน้า

กิจกรรมครั้งที่ 10 “เพื่อก้าวสู่ความฝันวันศรัทธา” (ข้าทวง)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทราบและตระหนักว่าในการที่เขาเกิดมาเป็นมนุษย์นั้น มนุษย์ต้องการความรัก ความเอาใจใส่ ความศรัทธาและการยอมรับจากผู้อื่น ธรรมชาติของมนุษย์ทุกคนต้องการความรัก ความเอาใจใส่ และการยอมรับจากผู้อื่นที่ตนเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย (Need for Positive Regard) เพื่อให้มนุษย์เดินไปถึงความหวังความตั้งใจในอนาคตของตนด้วยความรู้สึกที่มั่นคงปลอดภัย

บทกวีประจำกิจกรรม

แม้วันนี้จะเหนื่อยหนักสักเพียงไหน

จุดเปลวไฟของชีวิตให้มีแสง

ปลุกดวงใจหาญกล้าอย่าล้าแรง

รู้เปลี่ยนแปลงสุวิถีที่มุ่งไป

ช่อดอกไม้ยังผลิบานหวานความหวัง

เติมพลังแห่งฝันอันยิ่งใหญ่

ดวงตะวันแจ่มจ้าบนฟ้าไกล

ชูธงชัยก้าวสู่ฝันวันศรัทธา

ระยะเวลา 45 นาที

วิธีดำเนินกิจกรรม

(ขั้นปรับสมดุล)

1. เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มาถึงสถานที่จัดกิจกรรมตามเวลาที่นัดหมาย ให้ร่วมกันรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่มที่ได้จัดเตรียมเอาไว้ ตลอดจนให้ทำธุระส่วนตัวต่าง ๆ ให้เสร็จสิ้นภายในเวลา 15 นาที

2. เชิญผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ เข้าไปนั่งในห้องบำบัด โดยกำหนดที่นั่งให้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ก่อนถึงขั้นตอนนี้ ต้องจัดเตรียมห้อง อุปกรณ์ แสง สี เสียง ปรับอุณหภูมิห้อง จุดเทียนหอม ไว้ก่อน อย่างน้อย 30 นาที

3. จากนั้น บอกให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ นั่งในท่าทางที่สบาย ผ่อนคลาย และพยายามกำหนดลมหายใจเข้าออกให้สม่ำเสมอและเป็นปกติ ขั้นตอนนี้ควรใช้เวลาไม่เกิน 3 นาทีและบอกผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ว่า ทำจิตใจให้สบาย ผ่อนคลายและมีความสุข โดยการพักผ่อนด้วยการฟังบทเพลงต่อไปนี้

(ขั้นอบอุ่นหัวใจ...เสริมสายใยรัก)

4. เริ่มเปิดเพลงในซีดีชุด “ฟ้าใส” บทเพลงที่ 10 ความยาวประมาณ 15 นาที จากห้องควบคุม

5. เริ่มสังเกตและจดบันทึกพฤติกรรมที่เห็นโดยตลอดกระทั่งเพลงจบ จากห้องควบคุม (แบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2”)

6. เมื่อเพลงจบ ค่อยๆปรับแสงคืนสู่สภาพปกติ จากห้องควบคุม

7. เข้ามาพบผู้ร่วมโปรแกรมฯ ด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มเป็นกัลยาณมิตร และนัดหมายกำหนดการในครั้งต่อไป ซึ่งอาจพูดคุยกับทุก ๆ คนต่อในเรื่องต่าง ๆ เช่น การเรียน การเดินทาง กิจกรรมต่างๆ โดยเน้นในลักษณะเป็นผู้ฟังที่ดี ขั้นที่ 6 – 7 ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

8. เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ กลับไปหมดแล้ว ควรดำเนินการจัดเก็บอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เรียบร้อย และทำการสรุปแบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2” ทันทีเพื่อสรุปประเมินผลและทำการบันทึกไว้เป็นระบบต่อไป

9. ทำการวัดระดับภาวะซึมเศร้า (ครั้งที่ 2) ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1”

10. กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ให้กำลังใจและสรุปแนวทางในการดำเนินชีวิตตามกรอบแนวคิดของบทเพลงทั้ง 10 เพลงคือ ชีวิตนี้มีคุณค่า จงก้าวกล้าบนขวากหนามเพื่อนที่ดีมีทุกยาม สิ่งงดงามจงเรียนรู้ เพื่อก้าวสู่ความฝันวันศรัทธาและกล่าวปิดการดำเนินโปรแกรมฯ

3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้า
สำหรับนิสิตนักศึกษาไทย “ฟ้าใสโปรแกรม” อันได้แก่
- แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1”

ลำดับที่.....
วัน/เดือน/ปี.....
รหัส.....
เพศ.....
ชั้นปี.....
ครั้งที่.....

คำชี้แจง อ่านข้อความทุกข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้ววงกลมข้อที่ตรงกับความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา **มากที่สุด**

1. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกซึมเศร้า
 1 ฉันรู้สึกซึมเศร้า
 2 ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
 3 ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ไหวอีกแล้ว

2. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกท้อแท้อนาคต
 1 ฉันรู้สึกต่ออนาคต
 2 ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรต่อดูคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป
 3 ฉันรู้สึกหมดหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้นได้

3. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกว่าทำอะไรล้มเหลว
 1 ฉันรู้สึกทำอะไรล้มเหลวกว่าคนอื่น ๆ
 2 เมื่อฉันมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ฉันทำได้คือ ความล้มเหลวเกือบทั้งหมด
 3 ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนที่ทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด

4. 0 ฉันมีความพอใจในทุกสิ่งอย่างเสมอ
 1 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกพอใจในสิ่งต่าง ๆ ดังเช่นเคย
 2 ฉันไม่ได้รับความพอใจอย่างแท้จริงจากทุกสิ่งอย่างอีกต่อไป
 3 ฉันรู้สึกไม่พอใจและเบื่อหน่ายต่อทุกอย่าง

5.
 - 0 ฉันไม่เคยรู้สึกผิด
 - 1 ฉันรู้สึกผิดเป็นบางครั้ง
 - 2 ฉันรู้สึกผิดเกือบตลอดเวลา
 - 3 ฉันรู้สึกผิดตลอดเวลา

6.
 - 0 ฉันไม่รู้สึกรู้ว่าฉันถูกลงโทษ
 - 1 ฉันรู้สึกว่าคุณอาจถูกลงโทษ
 - 2 ฉันคิดว่าฉันอาจถูกลงโทษ
 - 3 ฉันรู้สึกว่าคุณถูกลงโทษ

7.
 - 0 ฉันไม่รู้สึกรู้ผิดหวังในตนเอง
 - 1 ฉันรู้สึกว่าคุณอาจถูกลงโทษ
 - 2 ฉันคิดว่าฉันต้องถูกลงโทษ
 - 3 ฉันรู้สึกว่าคุณถูกลงโทษ

8.
 - 0 ฉันไม่รู้สึกรู้ว่าคุณเร็วกว่าคนอื่น
 - 1 ฉันชอบวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับความอ่อนแอและความผิดพลาด
 - 2 ฉันตำหนิตนเองตลอดเวลาเกี่ยวกับสิ่งที่ผิด
 - 3 ฉันตำหนิตนเองสำหรับทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น

9.
 - 0 ฉันไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย
 - 1 ฉันคิดฆ่าตัวตายแต่ไม่ทำจริง
 - 2 ฉันอยากฆ่าตัวตายเหลือเกิน
 - 3 ฉันจะฆ่าตัวตายเมื่อมีโอกาส

10.
 - 0 ฉันไม่ร้องไห้โดยไม่จำเป็น
 - 1 ฉันร้องไห้มากกว่าที่เคย
 - 2 ทุกวันฉันร้องไห้เสมอ
 - 3 ฉันเคยร้องไห้แต่เดี๋ยวนี้ร้องไห้ไม่ออกแม้จะต้องการร้องไห้เหลือเกิน

11.
 - 0 ฉันไม่รู้สึกรู้ว่าคุณเฉียวโกรธง่าย
 - 1 ฉันเป็นคนเฉียวโกรธง่ายกว่าเมื่อก่อน
 - 2 ฉันเป็นข้อรำคาญและโกรธง่ายเกือบตลอดเวลา
 - 3 ฉันรู้สึกโกรธง่ายตลอดเวลา

12. 0 ฉันยังให้ความสนใจผู้อื่นเสมอ
 1 ฉันสนใจผู้อื่นน้อยกว่าที่เคย
 2 ฉันเลิกสนใจผู้อื่นเป็นบางเวลา
 3 ฉันเลิกสนใจผู้อื่นโดยสิ้นเชิง
13. 0 ฉันตัดสินใจอะไรได้เหมือนอย่างที่เคยทำ
 1 ฉันพยายามหลีกเลี่ยงการตัดสินใจมากกว่าที่เคย
 2 ฉันมีความลำบากยากยิ่งในการตัดสินใจมากกว่าที่เคย
 3 ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้อีกด้วย
14. 0 ฉันไม่รู้สึกว่าฉันแตกต่างไปจากเมื่อก่อน
 1 ฉันวิตกว่าฉันดูแก่และไม่น่าสนใจ
 2 ฉันรู้สึกว่ามีเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในอิริยาบถของฉันที่ทำให้ฉันไม่น่ามองอีกต่อไป
 3 ฉันเชื่อว่าฉันเป็นคนน่าเกลียดมาก
15. 0 ฉันสามารถทำงานได้เหมือนเคย
 1 ฉันต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้นกว่าจะเริ่มทำงานบางสิ่งบางอย่าง
 2 ฉันต้องผลักดันตนเองอย่างมากที่จะทำงานอะไร ๆ
 3 ฉันไม่สามารถทำงานอะไรได้เลย
16. 0 ฉันนอนได้ตามปกติ
 1 ฉันนอนไม่หลับเหมือนอย่างเคย
 2 ฉันตื่นก่อนปกติ 1-2 ชั่วโมง และเป็นการยากที่จะนอนต่อไปอีก
 3 ฉันตื่นก่อนปกติหลายชั่วโมง และไม่สามารถนอนหลับต่อไปอีกได้
17. 0 ฉันไม่รู้สึกละอายกว่าปกติ
 1 ฉันรู้สึกละอายกว่าแต่ก่อน
 2 ฉันรู้สึกละอายจากการทำสิ่งต่าง ๆ
 3 ฉันรู้สึกละอายเกินกว่าจะทำอะไรได้
18. 0 ฉันรับประทานอาหารได้ตามปกติ
 1 ฉันรับประทานอาหารไม่ได้มากอย่างที่เคย
 2 ฉันรับประทานอาหารไม่ค่อยลง
 3 ฉันไม่อยากรับประทานอาหารใด ๆ เลย

19. 0 น้ำหนักของฉันทันไม่ลดลง
 1 น้ำหนักของฉันทันลดลงประมาณ 2 กิโลกรัม
 2 น้ำหนักของฉันทันลดลงประมาณ 7 กิโลกรัม
 3 น้ำหนักของฉันทันลดลงประมาณ 6 กิโลกรัม
20. 0 ฉันทันไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ
 1 ฉันทันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด ปวดท้อง หรือท้องผูก
 2 ฉันทันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น
 3 ฉันทันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายจนไม่สามารถจะคิดถึงถึงสิ่งอื่นได้
21. 0 ความสนใจทางเพศของฉันทันยังปกติ
 1 ฉันทันสนใจเรื่องทางเพศน้อยกว่าที่เคย
 2 ฉันทันสนใจเรื่องทางเพศน้อยลงมาก
 3 ฉันทันไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย

การแปลผลคะแนน

- คะแนน 0-9 เป็นภาวะซึมเศร้าในคนปกติ (Normal Depression)
 คะแนน 10-15 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย (Mild Depression)
 คะแนน 16-19 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Mild – Moderate Depression)
 คะแนน 20-29 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับมาก (Moderate - Severe Depression)
 คะแนน 30-63 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรง (Severe Depression)

- แบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2”

สัปดาห์ที่

วันที่เดือน.....พ.ศ.

รหัส.....

สถานที่สังเกต

เวลาที่สังเกต.....

ผู้ถูกสังเกต

ผู้สังเกต.....

สถานการณ์ที่สังเกต (จุดมุ่งหมายของบทเพลง)

.....

จุดมุ่งหมายในการสังเกต

.....

.....

.....

พฤติกรรมที่แสดงออก

.....

.....

.....

ความคิดเห็น

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะของผู้สังเกตในการช่วยเหลือหรือแก้ไขพฤติกรรม

.....

.....

ผู้สังเกต.....

- หนังสือยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม “ฟ้าใสโปรแกรม” (Informed Consent Form)

หนังสือยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม “ฟ้าใสโปรแกรม”

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการศึกษา การศึกษาการใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในนิสิตนักศึกษาไทย
เลขที่หน่วยตัวอย่าง.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้ศึกษาถึงการดำเนินกิจกรรม “ฟ้าใสโปรแกรม” ซึ่งนายยุทธนา
ฉัพพรรณรัตน์สถานที่ติดต่อสะดวกที่สุดระหว่างการดำเนินกิจกรรม “ฟ้าใสโปรแกรม” ที่อยู่
สาขาวิชาดนตรีศึกษา ภาควิชาศิลปะ ดนตรีและนาฏศิลป์ศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย พญาไท ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 หมายเลขโทรศัพท์ 081-4499006
ซึ่งข้าพเจ้าได้ลงนามตอนท้ายของหนังสือฉบับนี้ เกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการ วัตถุประสงค์ วิธี
การศึกษา ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ตลอดจนประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมที่คาดว่าจะ
จะได้รับ ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาถึงการดำเนินกิจกรรมนี้ ด้วยความ
สมัครใจและมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการศึกษาได้ตามความต้องการซึ่งจะไม่มีผลใดๆต่อข้าพเจ้า
ตลอดจนจะรักษาข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับต่อไป

**ข้าพเจ้า ได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว จนมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม
ในหนังสือยินยอมนี้ ด้วยการบันทึกลายมือไว้เป็นลายลักษณ์อักษร**

.....
วัน/เดือน/ปี	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม
.....
วัน/เดือน/ปี	(นายยุทธนา ฉัพพรรณรัตน์) ผู้ศึกษาและดำเนินกิจกรรม
.....
วัน/เดือน/ปี	(.....)
	ลงนามพยาน

ตอนที่ 3 ผลการทดลองใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิต

นักศึกษาไทย “ฟ้าใสโปรแกรม”

การวิเคราะห์ผลการทดลองในขั้นนี้ใช้การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์ด้วย และวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลรายกลุ่มระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1

ผู้วิจัยทำการการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบกลุ่มตัวอย่างที่นำมาทดลองนั้นมีความเท่าเทียมกันหรือมีความคล้ายคลึงกันก่อน จากนั้นจึงได้คัดกรองและสุ่มเข้าแต่ละกลุ่มทดลองตามระดับภาวะซึมเศร้า เพื่อเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่เป็นความแตกต่างระหว่างตัวบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน จากนั้นจึงใช้การวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังเสร็จสิ้นการทดลองปรากฏค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้ารายกลุ่มระดับภาวะซึมเศร้าแต่ละระดับ มีลักษณะเดียว คือ ระดับภาวะซึมเศร้าในทุกะดับ มีการลดลงทั้งหมด ทั้งนี้ รายละเอียดทั้งหมด ผู้วิจัยได้นำเสนอเป็นตาราง ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 8 คะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า

ระดับภาวะ ซึมเศร้า	ค่าเฉลี่ย		ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
	(ก่อนทดลอง)		(หลังทดลอง)	
ระดับคนปกติ (3 คน)	8.67	6.67	0.58	0.57
ระดับน้อย (3 คน)	14.00	12.33	2.52	2.51
ระดับปานกลาง (3 คน)	18.33	16.00	1.00	1.00
ระดับมาก (3 คน)	26.67	25.67	1.15	1.15

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ นั้น มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลง แต่ลดลงน้อยมากสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับภาวะซึมเศร้าในระดับมาก

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์รายกลุ่มโดยแบ่งตามระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า ด้วยวิธีวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การทดลอง ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระดับคนปกติ -ในระดับมากขึ้น ที่พบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงทุกกลุ่มระดับนั้น มีความสอดคล้องกันกับผลการวิเคราะห์จากแบบบันทึกพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ดังที่จะได้วิเคราะห์ให้ทราบต่อไปโดยลำดับดังนี้

ในการพบกันครั้งแรก กลุ่มตัวอย่าง 12 คน ในการปฐมนิเทศ ดำเนินกิจกรรมโปรแกรมฯ และพบกันอีกครั้งหนึ่งในการทำ post-test ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง จากการศึกษาวิเคราะห์ร่วมกับแบบสังเกตพฤติกรรมฯ นั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 12 คน ในครั้งแรกไม่ค่อยพูดคุยกันหลายคนมีลักษณะทางกายภาพ กล่าวคือ มีจำนวนหนึ่ง ชอบตาดำคล้ำ สีหน้าอิดโรย มีลักษณะเหนื่อยอ่อน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากช่วงเพิ่งสอบปลายภาคเสร็จ ช่วงประกาศผลสอบและการเร่งลงทะเบียนซัมเมอร์ ดังนั้นพฤติกรรมดังรวมในการพบกันครั้งแรกของทุกคน จากกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกันแต่อย่างใด และที่สำคัญ ปฏิกริยาและปฏิสัมพันธ์ต่อผู้วิจัยค่อนข้างน้อยและมักจะหลบสายตาซึ่งกันและกันตลอดเวลา

กลุ่มทดลองที่ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าในคนปกติ พบว่า

การทดลองใช้โปรแกรมฯ ตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงครั้งที่ 10 กลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ถ้าสังเกตให้ดีสีหน้าอาการ อากัปกริยา การแต่งกายปกติทุกประกาย ในการรับประทานอาหารก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการพูดคุยกันบ้างทั้งในกลุ่มระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าเดียวกันและต่างระดับคะแนน ทักทายปฏิสัมพันธ์กับผู้วิจัยเป็นอย่างดี แต่ในการดำเนินการทดลองครั้งที่ 4 มีกลุ่มตัวอย่างคนที่ 1 คนหนึ่ง และอีก 2 คนต่างคนต่างกัน (2คนหลังมีระดับภาวะซึมเศร้าที่ระดับที่ 3) มาขอซื้อบัตรเพลงชุดฟ้าใส กลับไปฟังที่บ้าน ผู้วิจัยเห็นว่าจะเป็นการทำให้เกิดตัวแปรแทรกซ้อนขึ้นได้ จึงได้บอกและให้สัญญาว่า เมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ จะมอบให้คนละชุดทั้งนี้ การพูดคุยระหว่างครั้งในการทดลอง ถึงแม้จะเป็นภายหลังกิจกรรมก็ตาม ผู้วิจัยมองว่าเป็นช่องทางหนึ่งที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ เพราะในการพูดคุยของกลุ่มตัวอย่างนั้น จะเป็นเหมือนการระบายหรืออาจจะเล่าปัญหาต่างๆออกมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องระมัดระวังอย่างมาก โดยอาจใช้เทคนิคการตอบสั้นๆโดยสีหน้าที่เป็นมิตร (Roger, 1989) และเมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง จะทำการพูดคุยกันตามปกติ

จากภาพรวมดังกล่าว การที่ระดับคะแนนลดลง เป็นผลมาจากความสอดคล้องทางพฤติกรรมตั้งแต่ต้น คือพฤติกรรมภายนอกค่อนข้างแจ่มใส เมื่อได้รับการกระตุ้นหรือการบำบัดด้วยโปรแกรมฯจึงทำให้ส่งผลสัมฤทธิ์ได้เร็ว อีกทั้ง กลุ่มตัวอย่างบางคนมีความสนใจในตัวซีดีบทเพลงของโปรแกรมฯอย่างเห็นได้ชัดเจน ทั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์แยกรายคนของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่กิจกรรมครั้งที่ 1 ถึง 10 พบว่า

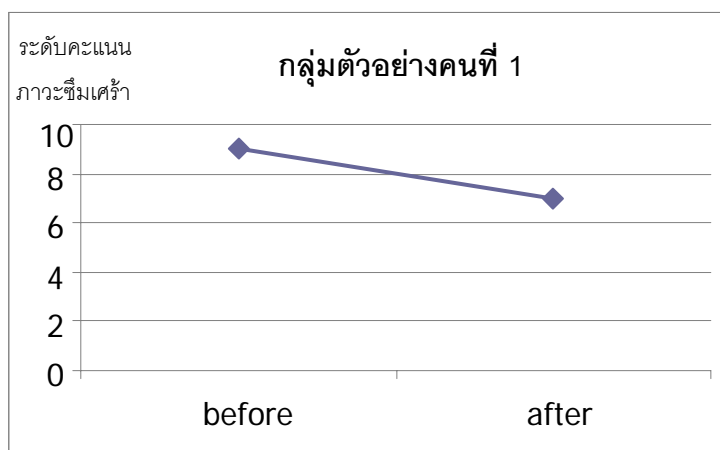
กลุ่มตัวอย่างคนที่ 1

ครั้งที่ 1 – 5 ตั้งแต่เริ่มกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างคนที่ 1 มักจะมาตรงเวลาเสมอ โดยจะมานั่งอ่านหนังสือการ์ตูนรอเวลา สีหน้าและปฏิกิริยาต่อเพื่อนและผู้วิจัยเป็นไปอย่างปกติ แต่จะพูดค่อนข้างน้อย ทุกอย่างดูค่อนข้างปกติ และทราบจากข้อมูลสัมภาษณ์เบื้องต้นว่า เขากำลังรอที่จะเรียนภาคฤดูร้อนต่อ

ขณะฟังบทเพลงในห้องทดลอง กลุ่มตัวอย่างคนที่ 1 มักจะเลือกนั่งด้านหน้าใกล้กับลำโพงเสมอ พยายามนั่งในท่าที่สบาย ขยับเท้าเบาๆ ไม่มีเสียง ตามจังหวะของดนตรีเสมอ จนกระทั่งในครั้งที่ 4 กลุ่มตัวอย่างคนที่ 1 ได้มาขอซีดีบทเพลงชุดฟ้าใสกลับบ้านตามปรากฏการณ์ข้างต้นที่ได้บรรยายมาแล้วก่อนหน้านี้ ผู้วิจัยสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างตั้งแต่ในการทดลองครั้งที่ 4 นี้ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างคนที่ 1 ให้ความสนใจกับบทเพลงของซีดีดีมาก ถึงขนาดมาขอกับผู้วิจัยเพื่อนำกลับไปฟังที่บ้านเอง

ครั้งที่ 6 - 10 กิจกรรมในครั้งนี้นั้นจนถึงครั้งสุดท้าย ความเปลี่ยนแปลงประการหนึ่งคือ กลุ่มตัวอย่างคนที่ 1 อ่านหนังสือการ์ตูนแล้วดูยิ้มแย้มหัวเราะได้บ้าง ซึ่งครั้งที่ผ่านๆ มาจะเงียบเสียมากกว่า และที่สำคัญพอใกล้การทดลองจาเสร็จสิ้นลงนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างคนที่ 1 มักจะฮัมเพลงที่เพิ่งได้ฟังจบนั้นเสมอๆ และเมื่อดำเนินกิจกรรมมาจนครบเวลา กลุ่มตัวอย่างคนที่ 1 กลับมาขอซีดีกับผู้วิจัยอีกครั้ง เมื่อได้สัมภาษณ์เพิ่มเติม ทราบว่า เขาจะนำซีดีชุดนี้กลับไปฟังก่อนนอน เพราะเขาเชื่อว่าเสียง นกร้อง เสียงฝน ลม ดนตรี จะช่วยให้เขานอนหลับสบายขึ้น

ผู้วิจัย จึงสรุปได้ว่า พัฒนาการของกลุ่มตัวอย่างคนที่ 1 เป็นไปด้วยความสนใจและต้องอาศัย กับโปรแกรมฯ และตัวเนื้อดนตรี ดังนั้นจึงมีความสอดคล้องกันถึงค่าประเมินระดับภาวะซึมเศร้าที่ออกมาภายหลังการทดลอง ทั้งนี้ ปรากฏรายละเอียดพัฒนาการของระดับภาวะซึมเศร้ารายบุคคลดังกราฟต่อไปนี้



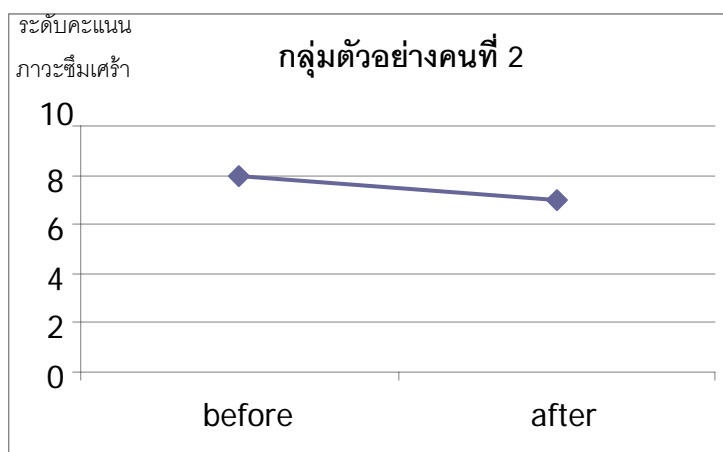
กลุ่มตัวอย่างคนที่ 2

ครั้งที่ 1-5

กลุ่มตัวอย่างคนที่ 2 นั้น ตั้งแต่ต้น จะมาพร้อมกันกับกลุ่มตัวอย่างคนที่ 3 เพราะทราบภายหลังว่า อยู่คณะใกล้เคียงกัน และอยู่หอพักเดียวกัน เคยเห็นกันแต่ไม่ได้ทำความรู้จักพูดคุยกัน และทราบว่ากลุ่มตัวอย่างคนที่ 2 กำลังเครียดกับผลการเรียนที่เพิ่งออกมาในเวลาก่อนหน้านี้ ผู้วิจัยเชื่อว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าของหน่วยทดลองนี้พฤติกรรมโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างคนที่ 2 ตั้งแต่การทดลองครั้งที่ 1 - 5 คล้ายๆกันกล่าวคือ ขณะที่รับประทานอาหารว่างก่อนจะดำเนินกิจกรรมภายในห้องปฏิบัติการทดลอง จะใช้มือขวาควงปากกาที่พกติดมือมาด้วยตลอดเวลา สีหน้าดูอึดใจ แต่ตลอดเวลาที่ทำกิจกรรมให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีและมาตรงเวลาเสมอ

ครั้งที่ 6 - 10

สิ่งที่สังเกตเห็นสำคัญในครั้งที่ 7 - 10 คือ กลุ่มตัวอย่างคนที่ 2 เริ่มพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างคนที่ 3 โดยเฉพาะรายละเอียดของอาหารว่าง และบทเพลงที่จะได้ฟังในแต่ละวัน ดูสดใสขึ้นกว่าครั้งก่อนๆ ทราบเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์เมื่อจบโปรแกรมว่า สบายใจขึ้นได้มาพบเพื่อนหลากหลายคน ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนสภาพปัญหาการเรียน และได้มีโอกาสมาพักกับทำกิจกรรมร่วมกันตลอด 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยจึงอนุมานจากปรากฏการณ์ของหน่วยทดลองได้ว่า มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาภาวะซึมเศร้าในเกณฑ์ดี และสอดคล้องกับระดับคะแนนที่ลดลงด้วย เพราะเป็นผลมาจากการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกันขณะมาเข้าร่วมกิจกรรมด้วย ทั้งนี้ ปรากฏรายละเอียดพัฒนาการของระดับภาวะซึมเศรารายบุคคลดังกราฟต่อไปนี้

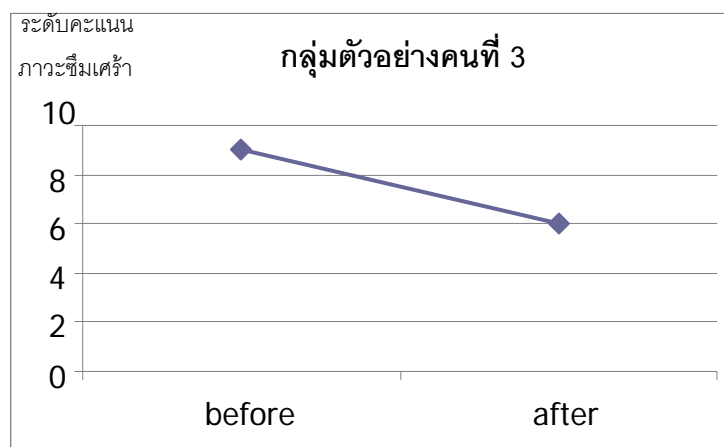


กลุ่มตัวอย่างคนที่ 3

ครั้งที่ 1 – 5 กลุ่มตัวอย่างคนที่ 3 นั้น จากข้อมูลสัมภาษณ์ภายหลังทำให้ทราบว่า มีปัญหาเรื่อง การเรียนและการทำแล็บทดลองอยู่ จึงรู้สึกเครียดและวิตกกังวลเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง คนที่ 2 นอนไม่ค่อยหลับ ขณะที่ทำการทดลองในครั้งที่ 1 – 5 นั้น อยู่ในช่วงรอลงทะเบียน เรียนภาคฤดูร้อนพอดี เลยทำให้ได้ใช้กิจกรรมของโปรแกรมมาพักผ่อน แต่ก็ยังไม่คลาย กังวล มักจะดูเียบขี้นมตลอดเวลา

ครั้งที่ 6 - 10 ผลการสังเกตวิเคราะห์ประการหนึ่ง คือ ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 7 กลุ่มตัวอย่างคนที่ 3 เริ่มพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างคนที่ 2 และที่สำคัญคุยเรื่องอาหารว่าง รายละเอียดโปรแกรมฯ ดังที่รายงานแล้วในการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างคนที่ 2 ข้างต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุยกัน อย่างออกรสเรื่องปัญหาการเรียนรายวิชาหนึ่ง ซึ่งมีจำนวนผู้เรียนหลายร้อยคน ตลอดจนถึง สองคนต่างเคยเรียนมาแล้ว และได้ผลการเรียนที่ไม่น่าพอใจด้วยกันทั้งคู่ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคน ที่ 3 นี้ อยู่ปีสุดท้ายในการเรียนพอดี จึงสามารถแนะนำและอธิบายสิ่งต่างๆ ได้ดี

จากนั้นในการทดลองครั้งที่ 8 – 10 กลุ่มตัวอย่างคนที่ 3 และ 2 จะมาและกลับพร้อม กันเสมอ ดูหน้าตาแจ่มใสขึ้นมาก และเริ่มพูดคุยกับเพื่อนร่วมกิจกรรมคนอื่นๆ บ้าง ผู้วิจัยจึง วิเคราะห์ว่า การที่หน่วยทดลองมีภาวะซึมเศร้านั้น น่าจะส่งผลมาจากปัจจัยภายนอก ใน กรณีนี้คือ ผลการเรียน และเมื่อได้มีโอกาสมาทำกิจกรรมร่วมกัน พักผ่อน คลายกังวล แลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยผ่านรูปแบบกิจกรรม ซึ่งในครั้งนี้คือ โปรแกรมดนตรีบำบัดนั้น สามารถส่งผลทำให้ระดับภาวะซึมเศร้าลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ ปรากฏรายละเอียด พัฒนาการของระดับภาวะซึมเศร่ารายบุคคลดังกราฟต่อไปนี้



กลุ่มทดลองที่ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย พบว่า

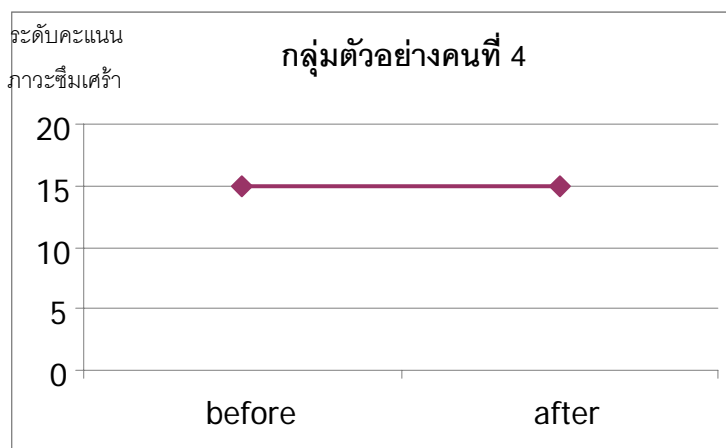
ตั้งแต่เริ่มการทดลองพฤติกรรมที่สังเกตเห็นไม่มีความต่างเท่าใดนักกับระดับภาวะซึมเศร้าในระดับคนปกติ แต่ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง มีกลุ่มตัวอย่าง 3 คน คณะวิชาเดียวกัน 2 คน และต่างคณะวิชากัน 1 คน มาพบและบอกว่า เขาทั้งสามได้รู้จักกันขณะที่มาร่วมกิจกรรมการทดลองกัน พอเข้าสู่กิจกรรมครั้งที่ 8 ได้มีการติดต่อพูดคุยกันทางโทรศัพท์ ได้แลกเปลี่ยนปัญหาให้กันและกันฟัง คือปัญหาด้านการเรียน และสุขภาพ เพราะหนึ่งในนั้นต้องทำงานกลางคืนเป็นบริการร้านอาหารส่งตนเองเรียน มีเวลาในการพักผ่อนน้อย จึงทำให้ไปเรียนสาย เรียนไม่รู้เรื่อง และเป็นที่มาของผลการเรียนที่ตกต่ำ ส่วนอีกสองคน ยอมรับว่า รู้สึกสนุกอยู่กับกิจกรรมกีฬาและค่ายต่างๆจนทำให้ไม่อยากเข้าเรียน ซึ่งจากการที่ได้พูดคุยกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 คน พบว่า ต่างคนต่างเข้าใจกัน รู้สึกว่าเป็นกลุ่มเดียวกัน ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 คนได้เสนอแนะผู้วิจัยว่า ในแต่ละกิจกรรมนั้นเป็นการผ่อนคลายที่ดี แต่น่าจะมีการแนะนำทำความเข้าใจซึ่งกันและกันก่อนเข้าร่วมกิจกรรมหรือภายหลังกิจกรรมด้วย ในข้อนี้ผู้วิจัยเห็นว่า ตามภาวะอาการซึมเศร้านั้น ระดับความซึมเศร้าต่างกัน ในระดับความซึมเศร้ามากนั้น หลายรายไม่อยากพูดคุยหรือพบปะผู้คน ดังนั้น ขึ้นอยู่กับผลการสังเกตตลอดระยะเวลาทั้งหมดในการดำเนินกิจกรรม จนครบโปรแกรมฯ ถ้ามีลักษณะที่น่าพอใจหรือดีขึ้น ผู้วิจัยก็เห็นควรที่จะให้เกิดปฏิสัมพันธ์กัน เพราะการสร้างสัมพันธ์ภาพและดำเนินกลุ่ม (ริด และ จอนสัน, 1983) การที่ได้ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความคิดกับผู้ป่วยอื่น ได้สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นมากขึ้น ได้มีการผ่อนคลายระบายออกระหว่างการบำบัดรักษา และได้ใช้ศักยภาพตนเอง ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา จะสามารถส่งผลให้อาการทางจิตดีขึ้น ได้เข้าสู่ระยะเร่งรัดบำบัด ตลอดจนได้เสนอแนะต่อไปว่า ทำนองเพลงทำให้สบายดี และต้องการนอนหลับ ควรนำบทกวีพิมพ์ขึ้นเป็นลักษณะพ็อคเก็ตบุ๊ก จะช่วยให้การฟังรื่นไหล ไม่สะดุดมีบทกวีแทรกกลางทำให้ความรู้สึกผ่อนคลายขาดช่วง ผู้วิจัยเห็นว่าจะเป็นการดีที่น่าจะทดลองในลักษณะดังกล่าวและเพิ่มแนวดนตรีที่ใช้ในโปรแกรมฯเป็นดนตรีตามความชอบของนิสิตแต่ละคนด้วยเพราะจากการศึกษาวิจัยของ สมโภชน์ เขียมสุภาษิต (2547) เรื่องผลของการฟังดนตรีตามความชอบและดนตรีธรรมชาติต่อการลดความเครียดของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปรากฏว่ากลุ่มที่ฟังเพลงที่ตนเองชอบนั้น ระดับความเครียดลดลงอย่างมาก ดังนั้น รูปแบบของดนตรีที่เปลี่ยนไป แต่ยังคงมีการดำเนินกิจกรรมลักษณะเดิม และควบคุมบริบทต่างๆตามผลของการศึกษาวิจัยเช่นนี้ไว้ อาจจะทำให้โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยมีศักยภาพเพิ่มขึ้นก็เป็นได้

จากปรากฏการณ์ดังกล่าว การที่ระดับคะแนนลดลง เป็นผลมาจากความสอดคล้องทางพฤติกรรมกับการได้รับการกระตุ้นหรือการบำบัดด้วยโปรแกรมฯจึงทำให้ส่งผลสัมฤทธิ์ และจากการที่กลุ่มตัวอย่างบางคนเข้ามาเสนอแนะผู้วิจัยในการแสดงทรรศนะให้ปรับปรุงเปลี่ยนเครื่องมือแสดงผลให้เห็นถึงความสนใจ ความมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างกลุ่มตัวอย่างและโปรแกรมฯ จึงเป็นสิ่งที่ยืนยันความเปลี่ยนแปลงของระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอันเป็นผลเนื่องมาจากการเข้าโปรแกรมฯได้อีกด้วย ทั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์แยกรายบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่กิจกรรมครั้งที่ 1 ถึง 10 พบว่า

กลุ่มตัวอย่างคนที่ 4

ครั้งที่ 1 – 5 กลุ่มตัวอย่างคนที่ 4 มักจะมาถึงค่อนข้างสาย ดูเร่งรีบตลอดเวลา เสื้อผ้าชุดนิตินดู ค่อนข้างเก่าและยับไม่เรียบร้อย ทราบจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมภายหลังว่า เขาต้องนอนกลางวันตั้งแต่ช่วงบ่าย ไม่ค่อยต้องการไปไหน และพบใคร ต้องการพักผ่อนให้พอ เพราะกลางคืนต้องทำงานเป็นบริกรถึง 2 นาฬิกา ชอบใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่หอ ไม่ชอบสูงส่งกับใคร และที่สำคัญไม่ค่อยชอบไปมหาวิทยาลัย เพราะเหนื่อยกับการทำงานพอสมควร ซึ่งมีภาระที่ต้องส่งตนเองเรียน พัฒนาการในช่วงต้นไม่ปรากฏสิ่งใด

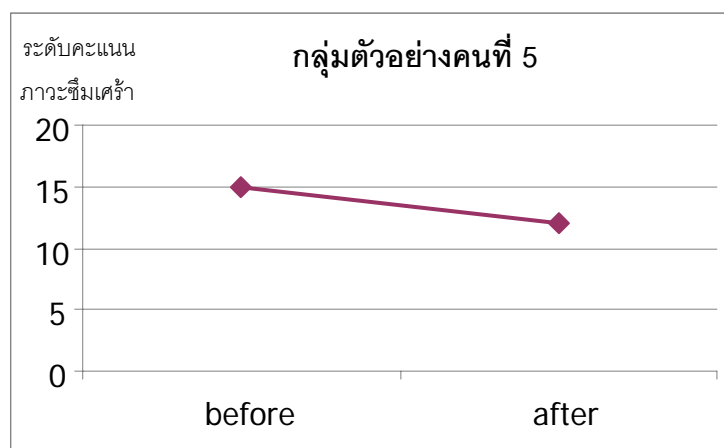
ครั้งที่ 6 - 10 ในช่วงหลัง โดยเฉพาะกิจกรรมครั้งที่ 7 – 10 กลุ่มตัวอย่างคนที่ 4 จะกลับบ้านพร้อมกับกลุ่มตัวอย่างคนที่ 5 และ 6 และที่สังเกตเห็นประการหนึ่งคือ เขาทั้งสามทำความรู้จักกัน และมักจะพูดคุยกันถึงเรื่องกีฬาฟุตบอล เพราะกลุ่มตัวอย่างคนที่ 4 ที่ทำงานเปิดรายการแข่งขันฟุตบอลให้ลูกค้าชมทุกวัน จึงทำให้มีข้อมูลในการคุยพอสมควร พัฒนาการด้านปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างคนที่ 4 ดูดีขึ้นตามลำดับ แต่ลักษณะทางกายภาพยังคงเดิม เพราะต้องทำงานดึกเช่นเดียวกับตอนเปิดเทอม ทั้งนี้ การส่งผลต่อคะแนนภาวะซึมเศร้า นั้น ผู้วิจัยเชื่อว่า เป็นไปได้ที่การคงสภาพของคะแนนเป็นผลมาจากปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพด้วย ทั้งนี้ ปรากฏรายละเอียดพัฒนาการของระดับภาวะซึมเศร้ารายบุคคลดังกราฟต่อไปนี้



กลุ่มตัวอย่างคนที่ 5

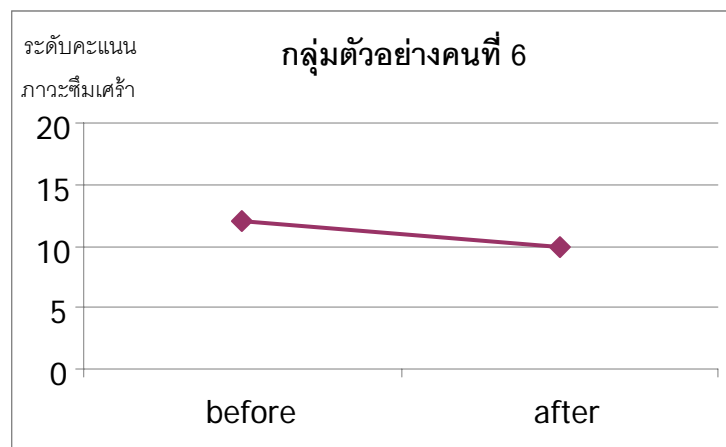
ครั้งที่ 1 – 5 ในครั้งแรกของการทำกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างคนที่ 5 ส่งข่าวแก่ผู้วิจัยว่า อาจจะอยู่ไม่ครบการเข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัดฯ เพราะยังไม่ทราบกำหนดการการออกค่ายภาคฤดูร้อน แต่ด้วยความเกรงใจของเขาๆจึงพยายามมาเร็ว และเข้าร่วมกิจกรรมอย่างเต็มกำลัง และเต็มใจ ซึ่งสังเกตได้จาก กลุ่มตัวอย่างคนที่ 5 จะมาพร้อมกับกลุ่มตัวอย่างคนที่ 6 ซึ่งเป็นผู้หญิงต่างสาขาแต่คณะเดียวกัน และต้องไปค่ายฤดูร้อนเหมือนกัน ตลอดจนมีกิจกรรมต่างๆที่ต้องทำร่วมกัน ซึ่งผู้วิจัยอนุมานว่า ทั้งสองเป็นเพื่อนสนิทกัน และทราบภายหลังจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมว่า ทั้งสองกำลังพยายามหางานพิเศษทำในช่วงกลางวัน เพื่อนำเงินที่ได้ไปช่วยเด็กนักเรียนกลุ่มหนึ่งในการออกค่ายฤดูร้อนนี้ แต่ยังไม่รวบรวมได้ไม่พอตามเป้าหมายเลยรู้สึกกังวล

ครั้งที่ 6 – 10 พัฒนาการของกลุ่มตัวอย่างคนที่ 5 ด้านพฤติกรรม นอกจากที่จะมาเร็ว และช่วยเจ้าหน้าที่จัดอาหารแล้ว ดูเป็นคนที่มีน้ำใจและชอบช่วยเหลือคนอื่นอยู่ตลอดเวลา ผู้วิจัยจึงเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มตัวอย่างคนที่ 5 น่าจะมาจากความเป็นคนชอบวิตกกังวล และคาดหวังนี้เอง แต่พอการทดลองเสร็จสิ้นลง คะแนนภาวะซึมเศร้าก็ลดลงด้วยเช่นกัน น่าจะมีสาเหตุมาจากการได้พบกัน กับเพื่อนต่างคณะ ปฏิสัมพันธ์และการได้ทำกิจกรรมที่รับปากผู้วิจัยได้สำเร็จลง ซึ่งในประการเหล่านี้ ตัวแปรหนึ่งที่สำคัญคือ อุบัติภัย ของหน่วยทดลองเอง เมื่อกิจกรรมนั้นๆสำเร็จลง ภาวะความกังวลก็ลดลงด้วยเช่นกันซึ่งส่งผลต่อระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าในครั้งนี้และประการสำคัญ ในการทำกิจกรรมการทดลองครั้งที่ 7 – 10 กลุ่มตัวอย่างคนที่ 5 มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น โดยเฉพาะกิจกรรมที่ชอบเหมือนกัน คือ ฟุตบอล ดังนั้นกิจกรรมที่สามารถเชื่อมโยงคนที่มีปัญหาคล้ายๆกัน กิจกรรมที่ชอบหลากหลายมาพบกัน ในการทำกิจกรรมร่วมกันก็สามารถส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ ปรากฏรายละเอียดพัฒนาการของระดับภาวะซึมเศรารายบุคคลดังกราฟต่อไปนี้



กลุ่มตัวอย่างคนที่ 6

- ครั้งที่ 1 – 5 จากการที่ทราบว่า กลุ่มตัวอย่างคนที่ 6 และ 5 สนทนกันข้างต้น จึงสามารถอนุมานสาเหตุ และพัฒนาการได้เช่นเดียวกัน ในช่วงกิจกรรมครั้งที่ 1 – 5 ไม่มีอะไรโดดเด่นนอกจากพบว่า มีความสุภาพเรียบร้อย และค่อนข้างเป็นผู้หญิงที่เอาใจใส่ต่อลักษณะทางกายภาพมาก กลุ่มตัวอย่างคนที่ 6 มาก่อนเวลา และจะมาช่วยเจ้าหน้าที่จัดอาหารเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างคนที่ 5 แต่ดูเป็นคนพูดน้อยมาก
- ครั้งที่ 6 - 10 การที่คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงนั้น ผู้วิจัยเชื่อว่า มาจากเหตุผลเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างคนที่ 5 คือ ภาระ งาน กิจกรรม เหล่านั้นสำเร็จลงแล้ว จึงไม่รู้สึกกังวล ตลอดจนข้อเสนอแนะของหน่วยทดลองที่แนะนำผู้วิจัยว่า บทกวีที่สอดแทรกอยู่ในบทเพลงนั้น เป็นสิ่งดีมีคุณค่า แต่เป็นอุปสรรคต่อความสิ้นไหลในการฟังยิ่ง ควรทำเป็นพ็อคเก็ตบุ๊กจะดีกว่า จึงทำให้ผู้วิจัยเชื่อมั่นว่า จากปรากฏการณ์ดังกล่าว การสนใจในรายละเอียดของหน่วยทดลองขนาดนี้ เป็นผลมาจากศักยภาพของโปรแกรมที่เกิดขึ้นเช่นกัน ทั้งนี้ ปรากฏรายละเอียดพัฒนาการของระดับภาวะซึมเศร้ารายบุคคลดังกราฟต่อไปนี้



กลุ่มทดลองที่ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง พบว่า

การทดลองทั้ง 10 ครั้งจากการสังเกตพฤติกรรมกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ พบว่า ในครั้งแรกๆ สีสหน้าอาการ ตลอดจนอาการปฏิกิริยามีความเป็นส่วนตัวสูง ขณะรับประทานอาหารก่อนเข้าไปแกรมฯ พุดน้อย ค่อนข้างเงียบ ที่สำคัญมีอาการหาวนอนบ่อยครั้ง ทั้ง 3 ราย เมื่อทดลองไปได้ถึงครั้งที่ 4 มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 คนมาขอซื้อบัตรเพลงชุดฟ้าใสกลับไปฟังที่บ้าน ผู้วิจัยปฏิบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อน จึงไม่ได้ให้ซื้อกลับไปและสัญญาว่าจะให้ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ ปรากฏว่า ครั้งที่ 5-10 กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ มีพฤติกรรมขณะฟังเพลงค่อนข้างคล้ายกัน คือ หลับตา เคาะนิ้วตามจังหวะบทเพลงไปอย่างเบาๆแทบทุกครั้ง ภายหลังจากการทดลองในครั้งที่ 10 จากการสัมภาษณ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองแต่ละครั้งจะนัดกันไปรับประทานอาหารเย็นกันต่อ พุดคุยปรับทุกข์ร่วมกันเสมอๆก่อนจะกลับเข้าหอพัก

จากปรากฏการดังกล่าว การที่ระดับคะแนนลดลงมากทั้ง 3 คน และเป็นกลุ่มเดียวที่คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย เป็นผลมาจากความสอดคล้องทางพฤติกรรมของการสร้างสัมพันธภาพและดำเนินกลุ่ม (เร็ด และ จอนสัน, 1983) เช่นเดียวกับกลุ่มระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยก่อนหน้านี้ ร่วมกับการได้รับการกระตุ้นหรือการบำบัดด้วยโปรแกรมฯจึงทำให้ส่งผลสัมฤทธิ์ เพราะอย่างน้อยที่สุดโปรแกรมฯนี้ได้นำพากลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะทุกข์ที่ร่วมกันมาพบกันได้มีปฏิสัมพันธ์กัน จึงส่งผลให้ระดับค่าเฉลี่ยออกมาเช่นนั้น ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์แยกรายคน ตั้งแต่กิจกรรมครั้งที่ 1 ถึง 10 พบว่า

กลุ่มตัวอย่างคนที่ 7

ครั้งที่ 1-5 กลุ่มตัวอย่างคนที่ 7 มักจะมาใกล้เวลารับประทานอาหารว่างจะหมดลง และจะรีบๆ รับประทานอาหารอย่างรวดเร็ว และเข้าห้องน้ำล้างหน้า เข้าร่วมกิจกรรม ขณะดำเนินกิจกรรมในห้องทดลอง พบว่า มีอาการหาวนอนบ่อย บางทีก็แอบสัปหงกเป็นระยะๆ ในการทดลองครั้งที่ 4 พอเสร็จสิ้นกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างคนที่ 7 จะมาขอซื้อบัตรกลับไปฟังที่บ้าน เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างคนที่ 1 และ 8 ซึ่งผู้วิจัยก็ปฏิบัติเช่นเดียวกัน เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อน โดยให้สัญญาว่าจะมอบให้ทุกคนหลังเสร็จสิ้นการทดลอง

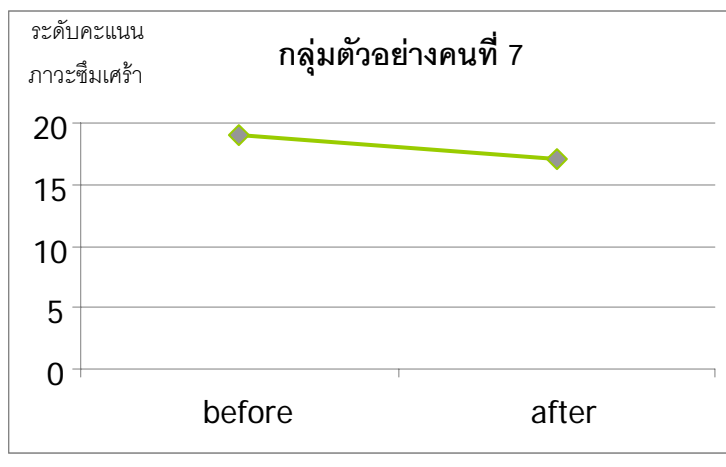
มาทราบเพิ่มเติมภายหลังว่า สาเหตุของการเครียดของกลุ่มตัวอย่างคนที่ 7 8 และ 9 มาจากเรื่องเดียวกัน ซึ่งเป็นความบังเอิญมาก คือ เรื่องความรัก มีทั้งผิดหวัง ทะเลาะกัน เลิกกัน ผู้วิจัยจึงอนุมานได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ครั้งที่ 6 - 10

ทั้ง 3 มาจากสภาพปัญหาดังกล่าว ส่งผลให้เครียด นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร คลื่นไส้

ช่วงต้นของกิจกรรม ไม่ค่อยเห็นพัฒนาการใดๆนัก แต่ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างคนที่ 7 และ 8 มาขอซีดีนั้น สังเกตเห็นว่า ทั้งสอง ดูสนิทกันมากขึ้น ระยะแรกได้ยื่นการคุยกันถึงบุคคลในวงการบินที่เป็นสุภาพสตรีหลายคน และมาทราบทีหลังอีกว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 มีรสนิยมคล้ายๆกัน และภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมแต่ละครั้งจะนัดกันไปรับประทานอาหารเย็นกันต่อ หลังมหาวิทยาลัย ทำให้เรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปรับทุกข์ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน พัฒนาการในระยะหลัง พบว่า ทั้งสามจะเคาะนิ้วเบาๆ ตามจังหวะเพลง หลับตาฟัง และมักจะตื่นขึ้นมาในขณะ มีบทกวีบรรยาย

ผู้วิจัยเชื่อว่าการลดลงของระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า น่าจะมาจาก กิจกรรมที่กระทำร่วมกัน และการที่บุคคลที่มีสภาพปัญหาค่อนข้างหรือเหมือนกัน มาพบกันได้มีโอกาส แลกเปลี่ยนเรียนรู้ จึงทำให้สภาพปัญหาที่เก็บไว้ภายในได้ระบายออก จึงส่งผลต่อระดับความเครียดและความวิตกกังวลลดลงด้วยซึ่งสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าด้วย และประการสำคัญที่สุด คือ การลดลงของระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มระดับนี้ ลดลงมากเหมือนกัน นั่นย่อมเป็นข้อพิสูจน์ที่ดีอีกด้วย ทั้งนี้ ปรากฏรายละเอียดพัฒนาการของระดับภาวะซึมเศร้ารายบุคคลดังกราฟต่อไปนี้



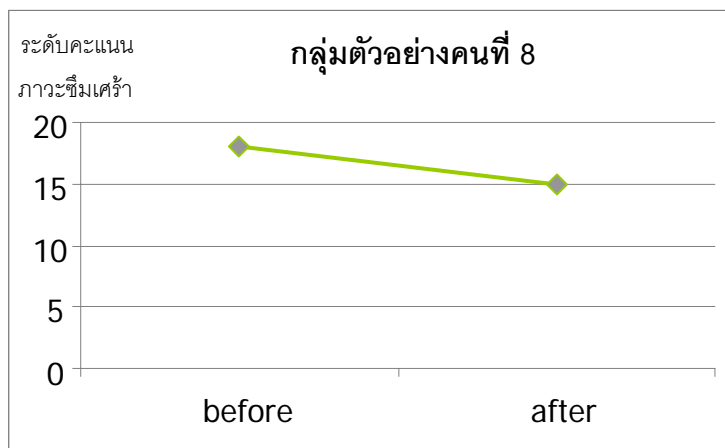
กลุ่มตัวอย่างคนที่ 8

ครั้งที่ 1 – 5

ช่วงต้นของการทดลองมีสภาพคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างคนที่ 7

ครั้งที่ 6 - 10

ช่วงปลายของการทดลองมีสภาพคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างคนที่ 7 เช่นกัน ทั้งนี้ ปรากฏ
รายละเอียดพัฒนาการของระดับภาวะซึมเศร้ารายบุคคลดังกราฟต่อไปนี้



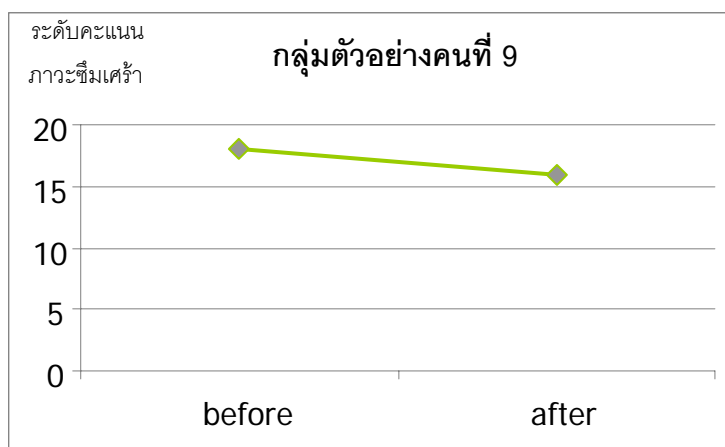
กลุ่มตัวอย่างคนที่ 9

ครั้งที่ 1 – 5

ช่วงต้นของการทดลองมีสภาพคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างคนที่ 7

ครั้งที่ 6 - 10

ช่วงปลายของการทดลองมีสภาพคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างคนที่ 7 เช่นกัน ทั้งนี้ ปรากฏ
รายละเอียดพัฒนาการของระดับภาวะซึมเศร้ารายบุคคลดังกราฟต่อไปนี้



กลุ่มทดลองที่ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับมาก พบว่า

การทดลองตั้งแต่ครั้งแรกๆ กลุ่มตัวอย่าง ค่อนข้างเจ็บ มาสาย พอมาถึงจะเข้าห้องน้ำล้างหน้า และมารับประทานอาหาร แต่มักจะรับประทานเหลือ หวานนอนบ่อยครั้ง และหลายครั้งในขณะฟังเพลงบางคนจะพับหน้าลงกับโต๊ะในห้องกิจกรรม มักเลือกที่นั่งหลังสุด จากปรากฏการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่าเป็นสิ่งปกติ เพราะมีความสอดคล้องกับระดับภาวะซึมเศร้าตามทฤษฎี ในการทดลองครั้ง 10 มีกลุ่มตัวอย่างคนหนึ่ง ร้องให้ ขณะฟังเพลง เป็นความบังเอิญที่เสร็จสิ้นการวิจัยพอดี ดังนั้นเมื่อให้กลุ่มตัวอย่างทำ Post-test แล้ว จึงได้พูดคุยกัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้นั้น เมื่อฟังบทเพลงเรื่อยมาในช่วงบทกวีที่สอดแทรกอยู่ในแต่ละบทเพลง ทำให้เขาคิดถึงบ้านที่ต่างจังหวัด คิดถึงคุณพ่อคุณแม่ และต้องการที่จะเรียนภาคฤดูร้อนให้เสร็จโดยเร็ว และจะรีบกลับไปพบท่านทั้งสอง เพื่อเล่าปัญหาความรักให้ท่านฟัง ตลอดจนไม่รู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยวเหมือนเดิม ดังเช่นที่ผ่านมา จากปรากฏการณ์ดังกล่าว การที่กลุ่มตัวอย่างเริ่มมีความคิดเช่นนี้ ซึ่งเป็นความปรับเปลี่ยนและถูกควร ผู้วิจัยอนุมานว่าเป็นผลมาจากการกระตุ้นให้เกิดความดำริชอบ (สัมมาสังกัปปะ) หมายถึง ความคิด ความดำริไตร่ตรอง หรือคิดการต่าง ๆ ที่ไม่เป็นไปเพื่อเบียดเบียนตนเองและผู้อื่น ไม่เศร้าหมองขุ่นมัว เป็นไปในทางสร้างสรรค์ประโยชน์สุข เช่น คิดในทางเสียสละ หวังดี มีเมตตา ช่วยเหลือเกื้อกูล และความคิดที่บริสุทธิ์ อิงสัจจะ อิงธรรม ไม่เอนเอียงด้วยความเห็นแก่ตัว ความคิดจะได้จะเอา หรือความเคียดแค้น ชิงชัง มุ่งร้ายคิดทำลายตนเองและผู้อื่น ตามแนวคิดของ พระธรรมปิฎก (2543) ซึ่งเป็นผลที่คาดหวังหนึ่งในการพัฒนานิสิตนักศึกษาตามแนวพุทธ ดังนั้นการพัฒนานิสิตนักศึกษาไม่ว่าจะผ่านอุปกรณ์หรือสื่อประเภทใดก็ตาม ประเด็นที่สำคัญที่สุด คือ ควรมุ่งเน้นการส่งสารหรือสาระให้ถึงผู้รับสารซึ่งคือนิสิตนักศึกษาให้จงได้และควรใช้ช่องทางตามความชอบ ตามกาลเทศะ ตามสมัยนิยมมาพิจารณาเพื่อความเข้าถึงสภาวะภายในและการยอมรับสารนั้นของนิสิตนักศึกษา ซึ่งสารนั้นอาจจะเป็นเรื่องการเรียนรู้การสอนในเชิงวิชาการด้วย

จากปรากฏการณ์ดังกล่าว การที่ระดับคะแนนลดลงน้อยกว่ากลุ่มอื่นและมีกลุ่มตัวอย่าง 1 คน คงสภาพ น่าจะเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ของระดับความเข้มอาการ ซึ่งอาจต้องใช้วิธีการรักษาบำบัดแบบอื่น ๆ ร่วมด้วยเพื่อประสิทธิภาพและความเหมาะสมในการบำบัดรักษา ถึงกระนั้น กลุ่มตัวอย่าง 1 คนที่ร้องให้ และยอมเล่าถึงสภาพการณ์ให้ผู้วิจัยฟังนั้น ย่อมเป็นเครื่องยืนยันว่าโปรแกรมฯของผู้วิจัยประสบผลสำเร็จ และมีส่วนในการเปิดใจให้แก่กลุ่มตัวอย่างคนนี้ สิ่งที่ผู้วิจัยต้องทำควบคู่กันไปคือ วิธีการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการพัฒนานิสิตนักศึกษาของ โรเจอร์

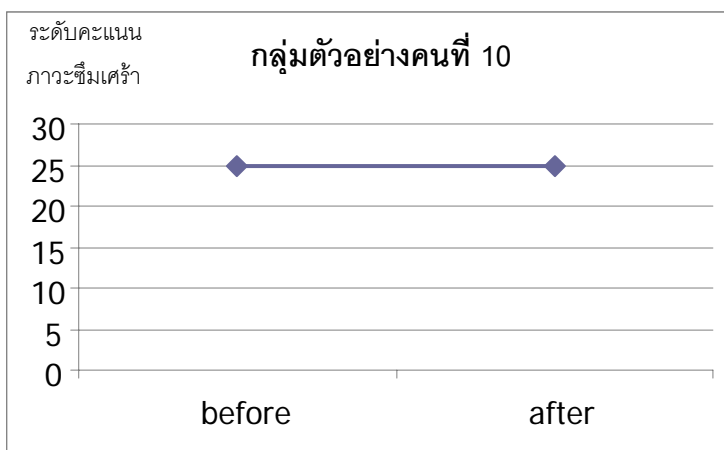
(Rogers, 1989) เพราะผู้วิจัยเชื่อว่าจากปรากฏการณ์ดังกล่าวการเตรียมความพร้อมในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าของผู้ใช้โปรแกรมเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ทั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์แยกแต่ละคน ตั้งแต่กิจกรรมครั้งที่ 1 ถึง 10 พบว่า

กลุ่มตัวอย่างคนที่ 10

ครั้งที่ 1 – 5 กลุ่มตัวอย่างคนที่ 10 – 12 มีลักษณะคล้ายกันมาก คือ ค่อนข้างเจ็บ มาสาย พอมาถึงจะเข้าห้องน้ำล้างหน้า และมารับประทานอาหาร แต่มักจะรับประทานเหลือ หวานนอนบ่อยครั้ง และหลายครั้งในขณะที่ฟังเพลงบางคนจะพับหน้าลงกับโต๊ะในห้องกิจกรรม มักเลือกที่นั่งหลังสุด ซึ่งระยะแรกในการทดลองทั้ง 5 ครั้ง จะเข้าไปในลักษณะดังกล่าว

ครั้งที่ 6 - 10 ในส่วนของกลุ่มตัวอย่างคนที่ 10 เองนั้น จากข้อมูลการสัมภาษณ์เพิ่มเติมในตอนท้ายกิจกรรมที่ 10 ทราบว่า คุณพ่อเพิ่งเสียชีวิตได้สองเดือน กลุ่มตัวอย่างรู้สึกกังวลสำหรับเทอมหน้าในเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ การที่มาเข้าโปรแกรมเป็นเพราะได้รับปากอาจารย์อีกท่านหนึ่งซึ่งคุ้นเคยกับผู้วิจัยไว้แล้ว จึงพยายามมาเข้าโปรแกรมให้ครบก่อนที่จะเดินทางกลับบ้านต่างจังหวัด ผู้วิจัยจึงทราบได้ทันทีว่าภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างมาจากปัจจัยของการสูญเสียเอง

ตลอดระยะเวลาดำเนินกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างคนที่ 10 ดูเศร้าตลอดเวลา ซึ่งสัมพันธ์กับระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าที่คงสภาพ สิ่งที่น่าสนใจคือ การคงสภาพแต่ไม่เพิ่มขึ้นของระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างคนที่ 10 นี้ น่าจะเป็นผลมาจากโปรแกรม เพราะผู้วิจัยเชื่อว่า อย่างน้อยที่สุดการที่กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาส เข้าร่วมกิจกรรมเป็นการดึงกลุ่มตัวอย่างออกจากวงจรเศร้านี้ได้ชั่วขณะหนึ่ง ซึ่งเป็นผลให้ไม่เกิดการพัฒนาระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น ทั้งนี้ ปรากฏรายละเอียดพัฒนาการของระดับภาวะซึมเศร้ายบุคคลดังกล่าวต่อไปนี้

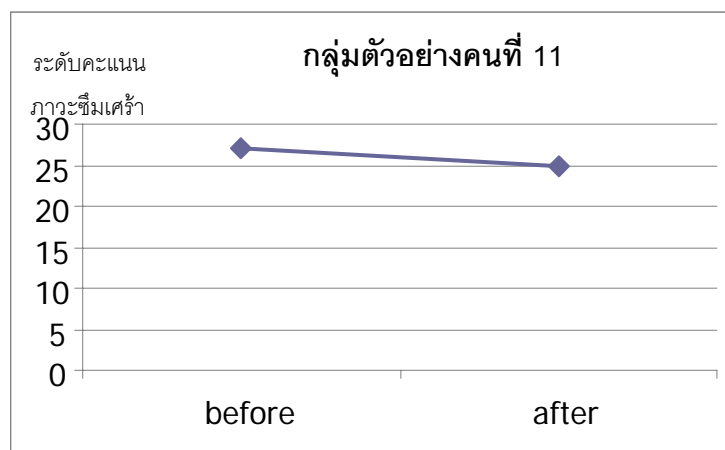


กลุ่มตัวอย่างคนที่ 11

ครั้งที่ 1-5 มีลักษณะคล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่างคนที่ 10 คือ ค่อนข้างเงียบ มาสาย มักจะรับประทานอาหารว่างเหลือ หวานนอนบ่อยครั้ง และหลายครั้งในขณะที่ฟังเพลงจะพุดน้ำลงกับโต๊ะในห้องกิจกรรม มักเลือกที่นั่งหลังสุด ซึ่งระยะแรกในการทดลองทั้ง 5 ครั้ง จะไปในลักษณะดังกล่าว

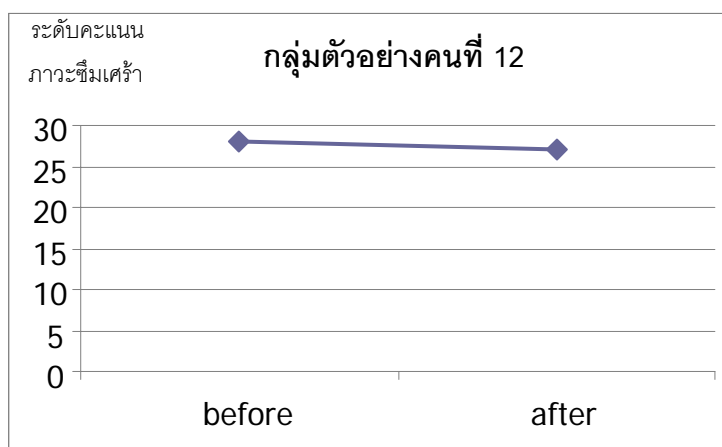
ครั้งที่ 6 - 10 กลุ่มตัวอย่างคนที่ 10 มาเร็วขึ้น ทราบจากข้อมูลสัมภาษณ์ว่า หมดภาระการต้องไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษาอาการปวดศีรษะแล้ว กลุ่มตัวอย่างคนที่ 10 มีอาการปวดศีรษะมาเป็นระยะเวลา 6 เดือน มีอาการคลื่นไส้ ปวดเบ้าตา แสบตา นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร สรุปรูปแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไมเกรน ผู้วิจัยจึงสอบถามต่อว่า เป็นผลมาจากอะไร พบว่าหน่วยทดลองเครียดกับการที่ครอบครัวคาดหวัง เรื่อง การได้เกียรตินิยม และทุนในการศึกษาต่อ ผู้วิจัยจึงสามารถสรุปได้ทันทีว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น เป็นผลมาจากสภาพความกดดันและปัญหาทางสุขภาพนั่นเอง

แต่ในท้ายที่สุดคะแนนระดับภาวะซึมเศร้าก็ลดลง ผู้วิจัยเชื่อว่าเป็นผลมาจากการได้มีโอกาสปรับเปลี่ยนบรรยากาศและโลกส่วนตัวในด้านความทุกข์ที่กำลังเผชิญ ถึงแม้จะเป็นแค่ชั่วระยะเวลา แต่ก็ช่วยหน่วยทดลองได้อย่างมาก ทั้งนี้ ปรากฏรายละเอียดพัฒนาการของระดับภาวะซึมเศร้ารายบุคคลดังกราฟต่อไปนี้

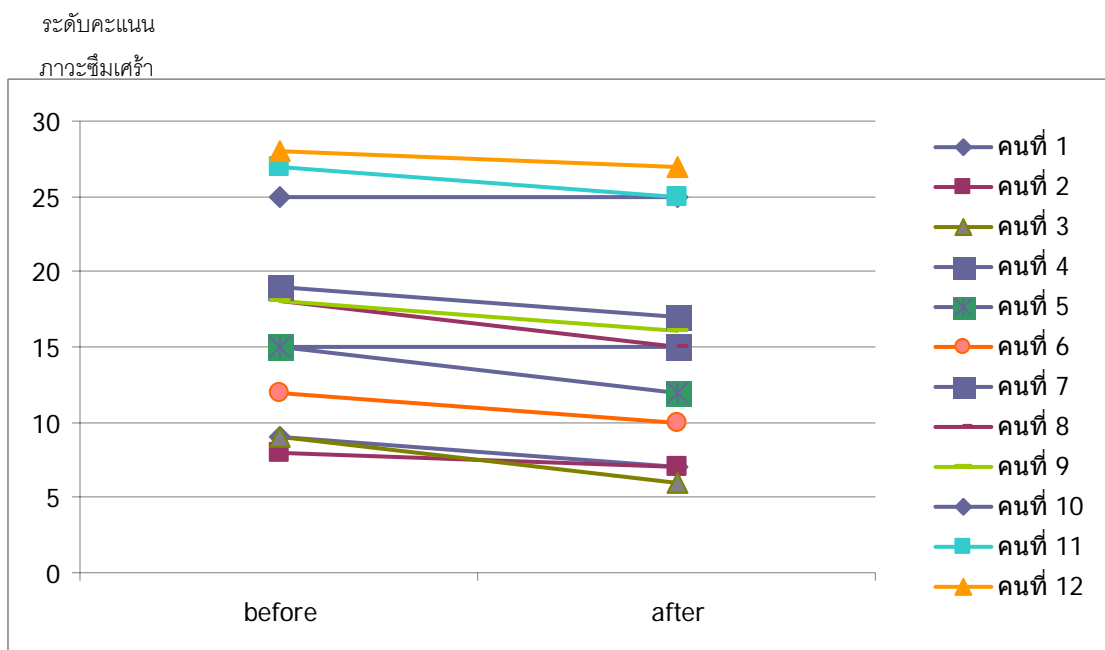


กลุ่มตัวอย่างคนที่ 12

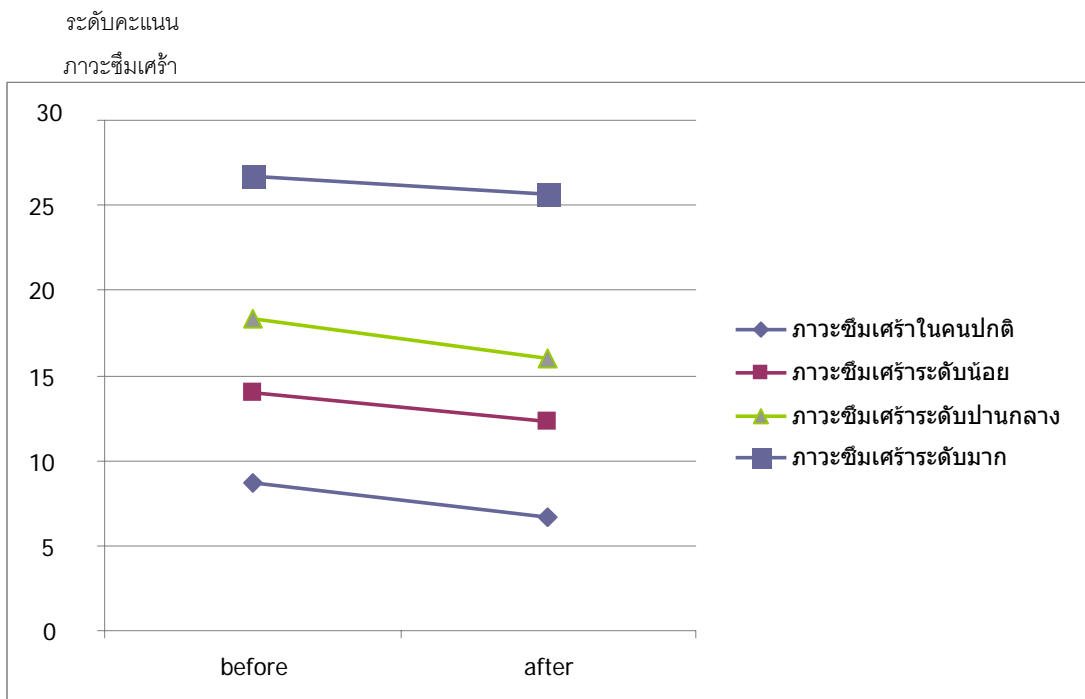
- ครั้งที่ 1 – 5 มีลักษณะคล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่างคนที่ 10 และ 11 คือ ค่อนข้างเสียบ มาสาย มักจะ ตีมเครื่องตีมอย่างเดียว หวานอ่อนบ่อยครั้ง มักเลือกที่นั่งหลังสุดและเป็นมุมห้อง ซึ่งระยะแรกในการทดลองทั้ง 5 ครั้ง จะเข้าไปในลักษณะดังกล่าว
- ครั้งที่ 6 - 10 ในการทดลองครั้ง 10 กลุ่มตัวอย่างที่ 12 ร้องให้ ขณะฟังเพลง เป็นความบังเอิญที่ เสร็จสิ้นการวิจัยพอดี ดังนั้นเมื่อให้กลุ่มตัวอย่างทำ Post-test แล้ว ผู้วิจัยจึงได้พูดคุยและ สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์กับหน่วยทดลอง เพราะกลุ่มตัวอย่างรีบกลับทุกครั้งที่เกิดกรรมยุติใน แต่ละวันตลอดจนไม่แน่ใจว่าหน่วยทดลองพร้อมหรือไม่ถ้าจะสัมภาษณ์ทันที ผู้วิจัยจึงรอ เวลาและทำการสัมภาษณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เมื่อฟังบทเพลงเรื่อยมา ถึงในช่วงบทกวีที่ สอดแทรกอยู่ในแต่ละบทเพลง ทำให้หน่วยทดลองคิดถึงบ้านที่ต่างจังหวัด คิดถึงคุณพ่อคุณแม่ และต้องการที่จะเรียนภาคฤดูร้อนให้เสร็จโดยเร็ว และจะรีบกลับไปพบท่านทั้งสอง เพื่อเล่าปัญหาความรักให้ท่านฟัง ตลอดจนไม่รู้สึกรู้ว่าตนเองโดดเดี่ยวเหมือนเดิม ดังเช่นที่ ผ่านมา จากปรากฏการณ์ดังกล่าว การที่กลุ่มตัวอย่างเริ่มมีความคิดเช่นนี้ ซึ่งเป็นความ ปรับเปลี่ยนและถูกต้อง ผู้วิจัยอนุมานว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยดังกล่าวนั่นเอง และ พบอีกว่า บทกวีที่สอดแทรกไว้ในแต่ละช่วงของบทเพลงสามารถสร้างพัฒนาการทางด้าน ปัญญาในการมองด้านบวกให้แก่กลุ่มตัวอย่างด้วย ดังนั้นจากปรากฏการณ์ดังกล่าว จึง สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมดนตรีบำบัดฯมีส่วนในการพัฒนาและลดภาวะซึมเศร้าได้ พอสมควร ทั้งนี้ ปรากฏรายละเอียดพัฒนาการของระดับภาวะซึมเศร้ายุคนบุคคลดังกล่าว ต่อไปนี้



ทั้งนี้ ปราบกฏรายละเอียดพัฒนาการระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล แบบรวม 12 คน ดังกราฟต่อไปนี้



อีกทั้ง ปราบกฏรายละเอียดพัฒนาการของระดับภาวะซึมเศร้าวรรวมทุกกลุ่มระดับอาการ ดังกราฟต่อไปนี้



1. หลักการและแนวคิดในการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย พบว่ารูปแบบวิธีการในการบำบัดภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยนั้น ได้แก่ การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย จำเป็นต้องอาศัยหลายๆทางเลือกตามแต่ความสมัครใจและสนใจ แต่ต้องอยู่บนพื้นฐานของ ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญด้วย เช่น จิตแพทย์ และนักจิตบำบัด เป็นต้น เพราะขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและข้อจำกัดแต่ละบุคคลด้วย

2. โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย “ฟ้าใสโปรแกรม” แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

2.1 คู่มือผู้ใช้โปรแกรมฯ “ฟ้าใสโปรแกรม” ประกอบไปด้วย

- ทฤษฎีและหลักการทางจิตเวช การพัฒนานิสิตนักศึกษาและดนตรีบำบัด
- การจัดเตรียมบริบทด้านต่างๆ

2.2 วิธีการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย “ฟ้าใสโปรแกรม”

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย “ฟ้าใสโปรแกรม” อันได้แก่

- แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1”
- แบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2”
- หนังสือยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม “ฟ้าใสโปรแกรม” (Informed Consent Form)
- ซีดีบทเพลงชุด “ฟ้าใส”

3. ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยแล้วนั้น คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าฯ มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ดำเนินการวิจัยแบบหนึ่งกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย 2) พัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย และ 3) ทดลองใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษา ทฤษฎี แนวคิด หลักการ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับจิตเวชที่ว่าด้วยภาวะซึมเศร้าและการบำบัดรักษา การพัฒนานิสิตนักศึกษา ดนตรีบำบัดทฤษฎี การประพันธ์เพลง สังคีตลักษณะการวิเคราะห์และเกณฑ์การคัดเลือกบทเพลงส่วนประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านจิตเวช นักวิชาการและ/หรือผู้มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการและ/หรือบำบัดภาวะซึมเศร้า โดยการสัมภาษณ์ จำนวน 5 คนและนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยชั้นปีที่ 1-6 จำนวน 12 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนั้น มาจากนิสิตปกติ โดยสมัครใจเข้ามาเป็นอาสาสมัครร่วมการทดลอง ซึ่งผ่านกระบวนการคัดกรองระดับภาวะซึมเศร้าและการจัดเข้ากลุ่มระดับต่าง ๆ ทั้งนี้ เป็นไปเพื่อการไม่ละเมิดสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จึงเลือกใช้กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครที่เป็นนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้าและทำการคัดกรองและวัดระดับภาวะซึมเศร้าด้วย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1” ที่พัฒนามาจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของเบค และคณะ (Beck, et al , 1988) แบบวัด BDI (Beck Depression Inventory)

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ชุดด้วยกัน คือ 1.เครื่องมือหลักที่ใช้ในการศึกษาตามรายวัตถุประสงค์วิจัย ประกอบด้วย แบบสำรวจข้อมูลการฆ่าตัวตาย แบบวิเคราะห์เนื้อหาสาระหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทยและแบบสอบถามทรวงนะผู้ทรงคุณวุฒิ เรื่องการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดฯ 2.เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาทดลอง

ภายในโปรแกรมดนตรีบำบัดฯ ประกอบด้วย โปรแกรมดนตรีบำบัดฯ “ฟ้าใสโปรแกรม” แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1” และแบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2”

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย การบันทึกข้อมูลลงในแบบสำรวจแบบสัมภาษณ์ แบบวิเคราะห์สาระ แบบวิเคราะห์ทฤษฎีผู้ทรงคุณวุฒิ ตลอดจนการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังของระดับภาวะซึมเศร้าเพื่อวิเคราะห์พิจารณาเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 การวิเคราะห์หลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย โดยใช้วิธีวิเคราะห์สาระเป็นหลัก ตอนที่ 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์การพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยนั้น ใช้การวิเคราะห์สาระร่วมกับการวิเคราะห์ผลทฤษฎีจากผู้เชี่ยวชาญประกอบกัน ส่วนตอนที่ 3 การวิเคราะห์ผลการทดลองใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยนั้น ข้อมูลที่ได้จากการทดลอง ใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยความถี่ และร้อยละวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองด้วยการหาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) พร้อมกับเปรียบเทียบพฤติกรรมของหน่วยทดลองด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

การนำเสนอในบทนี้ ประกอบด้วยสาระ 3 ส่วน คือ การสรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

การสรุปผลการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 3 ตอนตามผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิต

นักศึกษาไทย

จากผลการศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทยและต่างประเทศข้างต้น ผู้วิจัยจึงศึกษาหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยต่อไป เพื่อมุ่งวิเคราะห์วิธีการในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่กำลังวิกฤตในขณะนี้ ซึ่งผู้วิจัยพบว่าหลักการและแนวคิดในการบำบัดนิสิตนักศึกษาไทยที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้านั้น ปรากฏ 3 ส่วน คือ

1) ลักษณะรูปแบบวิธีการในการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

จากการศึกษาวิเคราะห์จากข้อมูลเอกสารงานวิจัยและข้อมูลการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสามารถแบ่งลักษณะในการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยได้ 4 ลักษณะ คือ การใช้สารหรือวัตถุออกฤทธิ์ ได้แก่ จำพวทยาต้าน/ลดซึมเศร้าประเภทต่างๆและวิตามินในลักษณะการแปรรูปแบบต่าง ๆ การช็อคด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy ECT) การใช้ศาสตร์จิตเวชและจิตวิทยาในการบำบัดรักษา เช่น การให้การปรึกษา กิจกรรมบำบัด จิตสังคมบำบัด การใช้การบำบัดทางเลือก เช่น ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด อาหารบำบัด ฯลฯ

2) หลักการและแนวความคิดการบำบัดภาวะซึมเศร้ารูปแบบต่างๆสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

จากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนที่ 1 ผู้วิจัยพบหลักการของรูปแบบต่างๆในการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย โดยแบ่งตามลักษณะเช่นเดียวกับผลการวิเคราะห์ในข้อที่ 1 ได้ดังนี้ คือ

- 1) การใช้สารหรือวัตถุออกฤทธิ์ ได้แก่ จำพวทยาต้าน/ลดซึมเศร้าประเภทต่างๆและวิตามินในลักษณะการแปรรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การใช้ยาต้านซึมเศร้า การใช้วิตามินบี คอมเพล็กซ์ หรือวิตามินบีรวม
- 2) การช็อคด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy ECT) ได้แก่ การช็อคด้วยไฟฟ้า
- 3) การใช้ศาสตร์ทางด้านจิตเวชและจิตวิทยาในการบำบัดรักษา เช่น การให้การปรึกษา กิจกรรมบำบัด จิตสังคมบำบัด ได้แก่ จิตบำบัดแบบจิตพลวัต (Psychodynamic Psychotherapy) จิตบำบัดแบบเน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จิตบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม การบำบัดอารมณ์ด้วยเหตุผล ตลอดจนการใช้การบำบัดด้วยวิธีจิตบำบัดแบบสตรีนิยม
- 4) การใช้การบำบัดทางเลือก ได้แก่ การบำบัดด้วยแสงสว่าง การออกกำลังกาย การดื่มน้ำเพื่อบำบัด ดนตรีบำบัด การกระตุ้นโดยใช้กลิ่น การเขียนบำบัด ศิลปะบำบัด การบำบัดด้วยการหัวเราะ พลังบำบัดจากมองเพื่อน โดยสรุป ผลการวิเคราะห์

หลักการและแนวคิดในการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยนั้น ในประเด็นที่ 2 นี้ ข้อค้นพบทำให้ทราบว่า ไม่ว่าจะทำการบำบัดรักษาด้วยวิธีใด ๆ ก็ตาม สิ่งที่สำคัญที่สุดก็คือ กำลังใจของ คนรอบข้างต่อนิสิตนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า เพราะแม้ว่าจะเกิดทัศนคติที่ดีต่อตัวเองมากแค่ไหน แต่หากครอบครัวสถาบันมหาวิทยาลัย เพื่อนของนิสิตนักศึกษาเอง ไม่สนับสนุน

หรือช่วยเหลือโอกาสที่พวกเขาเหล่านั้นจะกลับไปเป็น โรคซึมเศร้าก็ยอม เกิดขึ้น ซึ่งโรคซึมเศร้านั้น รักษาให้หายได้ แต่ต้องใช้เวลา และความเข้าใจ อย่างมาก

3) หลักการและแนวความคิดการบำบัดภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมสำหรับ

นิสิตนักศึกษาไทย

จากการศึกษาวิเคราะห์จากข้อมูลเอกสารงานวิจัยและข้อมูลการสัมภาษณ์ และข้อค้นพบของผู้วิจัยที่แบ่งลักษณะในการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย 4 ลักษณะนั้นสรุปได้ว่า รูปแบบวิธีการในการบำบัดภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย จำเป็นต้องอาศัยหลายๆทางเลือกตามธรรมชาติของนิสิตนักศึกษา ตามแต่ความสมัครใจและสนใจ แต่ต้องอยู่บนพื้นฐานของ ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญด้วย เช่น จิตแพทย์ และนักจิตบำบัดเป็นต้น เพราะขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและข้อจำกัดแต่ละบุคคลด้วย แต่สิ่งหนึ่งที่พบเช่นเดียวกันจากการศึกษาทดลองซึ่งจะกล่าวต่อไปโดยละเอียดนั้น พบว่า การบำบัดโดยใช้ศาสตร์ทางจิตเวชหรือจิตวิทยามีส่วนสำคัญยิ่ง เพราะขั้นตอนแรกในการทราบ หรือระบุปัญหาได้นั้น คือเป็นผลมาจากการให้คำปรึกษาไม่ว่าจะเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา หรืออาจารย์ด้านจิตวิทยาการแนะแนวก็ตาม

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์และพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้า สำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย “ฟ้าใสโปรแกรม” แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

1. ผลการวิเคราะห์หลักการทางดนตรีบำบัด พบว่า ภายใต้อาชีพของวิชาชีพสมาคมดนตรีบำบัดแห่งประเทศไทย (The National Association for Music Therapy, 1992) การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชด้วยดนตรีนั้นต้อง 1. อยู่ภายใต้การดูแลของจิตแพทย์ 2. มีความจำเป็นหรือเหตุผลเพียงพอเพื่อการรักษาความป่วยไข้หรือเสียหาย 3. มีจุดประสงค์และแผนที่ชัดเจน ตลอดจนมีการบันทึกการรักษา 4. คำนึงถึงจุดประสงค์ของการบำบัดนั้น ต้องเป็นไปเพื่ออาการที่ดีขึ้นไม่ใช่แค่คงสภาพ ตลอดจน พบว่า เกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติของเครื่องดนตรีที่นำมาใช้ ในการพัฒนา ดังนี้ 1. เป็นเครื่องดนตรีที่สามารถบรรเลงได้ทันที ไม่จำเป็นว่าผู้นั้นจะเป็นดนตรีมาก่อนหรือไม่ 2. มีเสียงสัมพันธ์กันตลอด มีลักษณะพิเศษในการดึงดูดความสนใจ 3. มีลักษณะทางกายภาพที่ต่าง ๆ กัน ซึ่งได้รับการประดิษฐ์อย่างมีหลักวิชา 4. เป็นเครื่องดนตรีที่คนไข้สามารถบรรยายความรู้สึกออกมาได้อย่างแนบเนียน โดยใช้เสียงเป็นสื่อ โดยสรุป การพัฒนา

แนวทำนองดนตรี และการเรียบเรียง รูปแบบของดนตรีที่จะนำไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมการบำบัด ผู้วิจัยใช้เกณฑ์พิจารณาตามทฤษฎีดนตรีบำบัด โดยเริ่มจากการทำความเข้าใจถึงคุณสมบัติพิเศษของดนตรีบำบัด ต่อไปนี้ด้วย คือ 1) จังหวะ (Rhythm) ช่วยสร้างเสริมสมาธิ (Concentration) และช่วยในการผ่อนคลาย (Relax) ซึ่งควรเป็นจังหวะช้าๆและอยู่ในช่วงต้นของกิจกรรม ประมาณ 3-5 นาที 2) ระดับเสียง (Pitch) เสียงในระดับต่ำและระดับสูงปานกลาง จะช่วยให้เกิดความรู้สึกสงบ 3) ความดัง (Volume/ Intensity) พบว่าเสียงที่เบานุ่มจะทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจ ในขณะที่เสียงดังทำให้เกิด การเกร็ง กระตุกของกล้ามเนื้อได้ ความดังที่เหมาะสมจะช่วยสร้างระเบียบในการควบคุมตนเองได้ดี มีความสงบและเกิดสมาธิ 4) ทำนองเพลง (Melody) ช่วยในการระบายความรู้สึก ส่วนลึกของจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกเริ่มสร้างสรรค์และลดความวิตกกังวล 5) การประสานเสียง (Harmony) ช่วยในการวัดระดับอารมณ์ความรู้สึกได้โดยดูจากปฏิกิริยาที่แสดงออกมาเมื่อฟังเสียงประสานต่าง ๆ จากบทเพลง โดยมุ่งเน้น 1. การลดความหวาดระแวงและหวาดกลัว 2. การสร้างปฏิสัมพันธ์ 3. การควบคุมอารมณ์ 4. เป็น Medium ที่จะฝึกให้ผู้ป่วย Concentration 5. สร้างความเป็นมิตร 6. ในรายที่เป็น Independent จะลดลงด้วยการเพิ่ม Music therapy ใน Plan ของการ Treatment 7. ในรายที่ไม่มี Attention จะต้องช่วยโดยฝึก Rehabilitate ผู้ป่วยอย่างช้า ๆ โดยไม่รู้สึกตัว ทั้งนี้ควรอยู่ในช่วงท้ายของบทเพลง เพื่อให้เกิดความตื่นตัว ประมาณ 3-5 นาที

ในการทำดนตรีบำบัด ควรมีการวางแผนการบำบัดรายบุคคล โดยมีขั้นตอนหลัก ๆ ดังนี้ 1) การประเมินผู้รับการบำบัดรักษา 2) วางแผนการบำบัดรักษา 3) ดำเนินการบำบัดรักษา 4) ประเมินผลการบำบัดรักษา

2. ผลการสังเคราะห์บทเพลง ซึ่งจากการใช้ หลักการในการคัดเลือกบทเพลงของ พิชิตชัยเสรี (2551) ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้ คือ 1. มีความเป็นเป็นเชิงเดี่ยวและเรียบง่าย Simplicity 2. มีความร่วมสมัยอยู่ในบริบทปัจจุบัน Familiarity 3. อยู่ในระดับเสียงระดับกลาง ๆ (ทางเพียงออกล่าง) Interval พบว่า เพลงที่ควรนำมาใช้เรียบเรียงขึ้นใหม่เพื่อเป็นบทเพลงในกิจกรรมของโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยนั้น ได้แก่ เพลงลาวสวยรอย เพลงสาธิตกาแก้ว เพลงสร้อยสนตัด เพลงลาวสมเด็จ เพลงคลื่นกระทบฝั่ง เพลงลาวด้อยดลิ่ง เพลงเขมรพายเรือ เพลงขอมทรงเครื่อง เพลงเขมรพวง และเพลงพม่าเขว ซึ่งเป็นอัตราจังหวะ 2 ชั้นทั้งหมด

3. ผลการสังเคราะห์บทกวี ซึ่งใช้หลักการในการพิจารณามนุษย์ของ โรเจอร์ (Rogers, 1989) โดยมีกรอบแนวคิด 5 ประการ คือ 1. มนุษย์มีความสามารถ มีศักดิ์ศรี และคุณค่า 2. มนุษย์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเอง ตามธรรมชาติมนุษย์จะพัฒนาตนเองทุก ๆ ด้านอยู่แล้ว 3. มนุษย์เป็นคนดีน่าเชื่อถือ และไว้วางใจได้ 4. มนุษย์มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล 5. มนุษย์ต้องการความรัก การเอาใจใส่และการยอมรับจาก

ผู้อื่น ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิด 5 ประการข้างต้นมาสังเคราะห์ ประมวลขึ้นเป็นหัวข้อแต่ละกิจกรรมและสร้างขึ้นเป็นบทกวี เพื่อสอดแทรกในแต่ละบทเพลง โดยมีรายละเอียดดังนี้ ชีวิตนี้มีคุณค่า จงก้าวกล้าบนขวากหนาม เพื่อนที่ดีมีทุกยาม สิ่งดงามจงเรียนรู้ เพื่อก้าวสู่ความฝัน... วันศรัทธา และมีบทกวีที่ประพันธ์ขึ้นใหม่จำนวน 10 หัวข้อ

4. **คู่มือผู้ใช้โปรแกรมฯ “ฟ้าใสโปรแกรม”** ประกอบไปด้วย 1.ทฤษฎีและหลักการทางจิตเวช จิตวิทยาการพัฒนานิสิตนักศึกษา และดนตรีบำบัด การจัดเตรียมบริบทด้านต่าง ๆ ด้านห้อง แสง สี เสียง อุดมภูมิ อาหารเครื่องดื่ม กลิ่น ฯลฯ 2.คู่มือวิธีการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย “ฟ้าใสโปรแกรม” 3.เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย “ฟ้าใสโปรแกรม” อันได้แก่ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1” แบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2” หนังสือยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม “ฟ้าใสโปรแกรม” (Informed Consent Form) ซีดีบทเพลงชุด “ฟ้าใส”

ตอนที่ 3 สรุปผลการทดลองใช้โปรแกรมฯ

ผู้วิจัยทำการการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนที่น่ามาทดลองนั้นมีความเท่าเทียมกันหรือมีความคล้ายคลึงกันก่อนจากนั้นจึงสุ่มโดยการจับคู่เข้าแต่ละกลุ่มทดลองตามระดับอาการซึมเศร้า เพื่อเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่เป็นความแตกต่างระหว่างตัวบุคคลของหน่วยทดลอง จากนั้นจึงใช้การวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พร้อมกับใช้วิธีวิเคราะห์เชิงคุณภาพพร้อมด้วยเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ความต่างของระดับคะแนน ผลโดยสรุป พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลองปรากฏค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้ารายกลุ่มระดับภาวะซึมเศร้าแต่ละระดับ มีลักษณะเดียวกัน คือ

1) ระดับภาวะซึมเศร้าในทุกะดับ มีการลดลงทั้งหมด

2. ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลองปรากฏค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้าแบบรวมทุกกลุ่มระดับ ลดลงทั้งหมดเช่นเดียวกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ว่าด้วยเรื่องหลักการและแนวคิดการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย ซึ่งแบ่งออกเป็น กลุ่มของรูปแบบวิธีการบำบัด รายละเอียดแต่ละกลุ่ม ตลอดจน หลักการและแนวคิดเฉพาะสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยนั้น พบว่ามีความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการบำบัดภาวะซึมเศร้าของ สุภาวดี นวลมณี (2552) นักจิตวิทยา เชี่ยวชาญ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหลักปฏิบัติสำคัญของกรมสุขภาพจิตที่ผู้ดูแลรักษา ตลอดจนบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอันหมายรวมถึงนิสิตนักศึกษาไทยด้วย ตลอดจนยังสอดคล้องกับแนวคิดทางอายุศาสตร์ เพราะจากข้อมูลการสัมภาษณ์ ศิริพงศ์ วิทยเลิศปัญญา (2552) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุเวช ทำให้ทราบว่า อาการบ่งชี้สำคัญของภาวะซึมเศร้าในนิสิตนักศึกษาไทยและต่างประเทศนั้น ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น เชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ภูมิประเทศ ภูมิอากาศ ซึ่งความเด่นของอาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านพฤติกรรมจะต่างกัน โดยที่ การบำบัดรักษานั้น นอกจากการวินิจฉัยของแพทย์เฉพาะทาง วิธีการบำบัดรักษาต้องคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าว แล้วจึงวางแผนการบำบัดอย่างเป็นระบบ ควรต้องใช้วิธีบูรณาการร่วมกัน เพื่อประสิทธิภาพสูงสุด นอกจากนี้ การที่ผู้วิจัยพบลักษณะเด่นของข้อค้นพบที่สอดคล้องกับแนวคิดทางการแพทย์แล้ว ผู้วิจัยยังพบข้อสนับสนุนอีกประการหนึ่งทางจิตวิทยาการพัฒนานิสิตนักศึกษาด้วย คือ นอกเหนือจากการใช้วิธีทางจิตเวชเป็นหลักในการบำบัดรักษา การที่ผู้วิจัยนำเสนอว่า ควรใช้วิธีการให้คำปรึกษาร่วมกับกระบวนการในการบำบัดนั้น มีความสอดคล้องสัมพันธ์กับทฤษฎีของ โรเจอร์ (1942) เพพินสกี (1954) และ สมิต (1995) ผู้วิจัยเชื่อว่าการให้การปรึกษาซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมฯ เป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้เข้ารับการศึกษาสามารถเลือก วางแผน และปรับตัวได้เหมาะสมตามความต้องการ จึงสามารถยืนยันผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ว่า หลักการและแนวคิดที่เหมาะสมสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยนั้น ควรใช้กระบวนการการบูรณาการเป็นสำคัญ โดยที่นิสิตนักศึกษาไทยสามารถเลือกวิธีการในการบำบัดได้เอง แต่ต้องอยู่ภายใต้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ

อย่างไรก็ดี จะเป็นการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน เพราะนอกจากหลักการและแนวคิดข้างต้นแล้ว การวางแผนเตรียมการฟื้นฟูหรือพัฒนานิสิตนักศึกษา ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีหลักการการพัฒนานิสิตนักศึกษา ที่ควรทำความเข้าใจความหมายและเป้าหมายที่ถูกต้องชัดเจนเพื่อการปฏิบัติงานต่อไปได้อย่างตรงประเด็นและเป้าหมาย เพราะการพัฒนานิสิตศึกษานั้น หมายถึง ความพยายามใด ๆ ของสถาบันอุดมศึกษาที่จะส่งเสริมให้นักศึกษามีพัฒนาการในด้านต่าง ๆ อย่างสมบูรณ์ ซึ่งสอดคล้องกับ คิงและฟิลด์ส (King and Fields, 1980) ที่กล่าวถึงการพัฒนานิสิตนักศึกษาว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนามนุษย์ อันหมายถึงการพัฒนานิสิตศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา นอกจากนี้ โรเจอร์ (Rodgers, 1980) ได้เน้นว่าการพัฒนานิสิตนักศึกษาคือความ

พยายามใด ๆ ที่จะส่งเสริมให้นักศึกษามีพัฒนาการในด้านต่าง ๆ และวินสตัน, จูเนียร์ ครีมเมอร์ มิลเลอร์ และคณะ (Winston, Jr.; Creamer; Miller, and Associates, 2001) ได้ระบุถึงการพัฒนานิสิตนักศึกษาว่าหมายถึงพื้นฐานทางด้านทฤษฎีและปรัชญาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของสถาบันอุดมศึกษาและเหตุผลที่ต้องมีฝ่ายกิจการนิสิตนักศึกษา ซึ่งเป็นการประยุกต์หลักการการพัฒนามนุษย์มาใช้พัฒนานิสิตนักศึกษา เพราะฉะนั้นการพัฒนานิสิตนักศึกษาจึงควรมีเป้าหมายอย่างน้อย 7 ประการ ดังต่อไปนี้ (สำเนาวิ ขจรศิลป์, 2538) วิชาการและวิชาชีพ สติปัญญา สังคม อารมณ์ เอกลักษณ์ ร่างกาย คุณธรรม ซึ่งแนวคิดทั้งหมดมีความสอดคล้องกัน

จึงอาจกล่าวได้ว่าการฟื้นฟู โดยการพัฒนานิสิตนักศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีเฉพาะนั้นมีความจำเป็นยิ่ง โดยควรมุ่งเน้นให้ครบทุกด้าน เพื่อการกลับเข้าเป็นสมาชิกสังคมอุดมศึกษาอย่างปกติสุขต่อไป

จากผลการวิเคราะห์ข้างต้น นำไปสู่กระบวนการในการพัฒนากิจกรรมของโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย ปรากฏว่า ผู้วิจัยนำแนวคิดการบูรณาการข้างต้นมาใช้ในการจัดกิจกรรม ผลที่เกิดขึ้นมีความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีทางสุนทรียศาสตร์ของพิชิต ชัยเสรี (2551) ที่เชื่อว่าดนตรีอย่างเดียวนั้นสามารถทำให้เกิดการชำระจิต ซึ่งจะสามารถส่งผลให้ภาวะความเครียด และภาวะซึมเศร้าลดลงได้ แต่ประเด็นดังกล่าวมีความขัดแย้งกับแนวคิดทฤษฎีการควบคุมบริบท และจัดกระทำตามหลักของ อโรมาเทอราปี เพราะต้องอาศัยปัจจัยร่วมกันไม่ว่าจะเป็น เสียง อุณหภูมิ อาหาร เครื่องดื่ม กลิ่น ฯลฯ (ศุภกิจ จารุจรณ, 2550) ซึ่งผู้วิจัยเลือกที่ใช้แนวคิดประการหลังร่วมด้วย ข้อสังเกตสำคัญ คือ ถ้าหากใช้ตัวการพัฒนาและสร้างบทเพลงขึ้นโดยเฉพาะแต่อย่างเดียว โดยไม่ใช้การควบคุมบริบท ผู้วิจัยไม่แน่ใจกว่า ผลการทดลองซึ่งประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี จะเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อีกทั้งที่ผ่าน ทุกสถาบันในโลก ไม่เคยมีการศึกษาวิจัยการสร้างดนตรีโดยเฉพาะขึ้นเพื่อนำไปบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า มีเพียงการนำบทเพลงสำเร็จรูปของคีตกวีเอกของโลก ซึ่งมีคุณสมบัติเทียบเคียงกับแนวคิดทางดนตรีบำบัดมาใช้เท่านั้นหรือจะดำเนินการบำบัดในรูปของกิจกรรมดนตรี จึงอาจมีความขัดแย้งกับงานของผู้วิจัยซึ่งเป็นงานชิ้นแรกๆของโลก ที่พยายามสร้างขึ้นใช้โดยเฉพาะกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า แต่ไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้า และสำหรับบริบทไทย ดังนั้นงานวิจัยชิ้นนี้จึงมีอีกหลายมิติที่สามารถพัฒนาต่อยอดได้ต่อไป

ข้อค้นพบอีกประการหนึ่งในการทดลองใช้โปรแกรมฯครั้งนี้ ระหว่างดำเนินการทดลอง การที่กลุ่มตัวอย่างบางรายพยายามเข้ามามีปฏิสัมพันธ์กับผู้วิจัย เป็นสิ่งที่ทำทนายและเป็นการยากในการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน เพราะการพูดคุยระหว่างครั้งในการทดลอง ถึงแม้จะเป็นภายนอกกิจกรรมก็ตาม ผู้วิจัยมองว่าเป็นช่องทางหนึ่งที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ เพราะในการพูดคุยของนิสิตนั้น จะเป็นเหมือนการระบายหรืออาจจะเล่าปัญหาต่าง ๆ ออกมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องระมัดระวังอย่างมาก โดยอาจใช้เทคนิคการตอบสั้นๆโดยสีหน้าที่เป็นมิตร (Rogers, 1989) และเมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง จะทำการพูดคุยกันตามปกติ

ตลอดจนเหตุการณ์ ทางด้านพฤติกรรมภายนอกของกลุ่มตัวอย่างบางราย เช่น การร้องไห้ การพยายามเล่าระบายความรู้สึกและสภาพปัญหาส่วนตัว ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีที่ว่าด้วยระดับอาการซึมเศร้าของ ออร์พอร์ด ลีออนูญอวิชชัช (2549) ทำให้ผู้วิจัยตระหนักและต้องทำการเตรียมตัวในข้อนี้อย่างมาก เพราะต้องระมัดระวังตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น รวมถึงระมัดระวังสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพที่อาจสืบเนื่องมาจากผลกระทบระหว่างการดำเนินโปรแกรมฯ ดังนั้นควรเตรียมตัวรับสภาพการณ์ต่างๆที่อาจเกิดขึ้นให้ดี เช่น การศึกษาวิธีการรับมือตามเหตุการณ์ด้วย ทฤษฎีการบำบัดรักษาอย่างถี่ถ้วนและต่อเนื่อง หรือควรมีจิตแพทย์ดูแลอย่างใกล้ชิด

อีกทั้ง ผู้วิจัยเห็นว่า การที่ระดับคะแนนในกลุ่มระดับอาการภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางลดลงมากทั้ง 3 ราย และเป็นกลุ่มเดียวที่คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย เป็นผลมาจากความสอดคล้องทางพฤติกรรมของการสร้างสัมพันธภาพและดำเนินกลุ่ม (รีด และ จอนสัน, 1983) เช่นเดียวกับกลุ่มระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยก่อนหน้านี้ ร่วมกับการได้รับการกระตุ้นหรือการบำบัดด้วยโปรแกรมฯจึงทำให้ส่งผลสัมฤทธิ์ เพราะอย่างน้อยที่สุดโปรแกรมฯนี้ได้นำพาหน่วยทดลองที่มีลักษณะทุกข์ที่ร่วมกันมาพบกันได้มีปฏิสัมพันธ์กัน จึงส่งผลให้ระดับค่าเฉลี่ยออกมาเช่นนั้น ดังนั้น โปรแกรมฯนี้ควรพัฒนาให้มีการใช้การให้คำปรึกษาและการให้หน่วยทดลองมีโอกาสที่จะได้ปฏิสัมพันธ์กัน เพราะการที่ได้ทำให้ผู้มีภาวะซึมเศร้ามีการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความคิดกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยกัน ได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นมากขึ้น ได้มีการผ่อนคลายระบายออกระหว่างการบำบัดรักษา และได้ใช้ศักยภาพตนเอง ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา จะสามารถส่งผลให้อาการทางจิตดีขึ้น ได้เข้าสู่ระยะเร่งรัดบำบัด

อย่างไรก็ดี ยังพบกลุ่มตัวอย่างที่มีความคงสภาพของระดับอาการอยู่ 2 ราย ซึ่งขัดแย้งกับหลักการข้างต้น ประเด็นนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า นอกจากตัวกิจกรรมของโปรแกรมฯและส่วนเสริมจากทฤษฎีปฏิสัมพันธ์แล้ว ถ้าหากกลุ่มตัวอย่างยังต้องใช้ชีวิตในบริบทหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมความเข้มเศร้า ความเครียด ความเหน็ดเหนื่อย อยู่ตลอดระยะเวลาการบำบัด ก็มีผลทำให้ประสิทธิภาพของโปรแกรมฯลดลง ดังนั้นอาจจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยรบกวนดังกล่าวเพื่อการควบคุมที่ดีต่อไป

ตลอดจนจากข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างด้านรูปแบบของบทเพลงนั้น ผู้วิจัยเห็นว่าจะเป็นการดีที่น่าจะทดลองในลักษณะดังกล่าวและเพิ่มแนวดนตรีที่ใช้ในโปรแกรมฯเป็นดนตรีตามความชอบของนิสิตแต่ละคนด้วยเพราะสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ วรรณญา รุ่งแสง (2547) เรื่องผลของการฟังดนตรีตามความชอบและดนตรีธรรมชาติต่อการลดความเครียดของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปรากฏว่ากลุ่มที่ฟังเพลงที่ตนเองชอบนั้น ระดับความเครียดลดลง ดังนั้นรูปแบบของดนตรีที่เปลี่ยนไป แต่ยังคงมีการดำเนินกิจกรรมลักษณะเดิม และควบคุมบริบทต่างๆตามผลของการศึกษาวิจัยเช่นนี้ไว้ อาจจะทำให้โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยมีศักยภาพเพิ่มขึ้นก็เป็นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการทดลองครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยนั้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. จากผลการวิจัย อุปสรรคปัญหาประการสำคัญ คือ งบประมาณในด้านวัสดุอุปกรณ์ และลักษณะทางกายภาพของห้องบำบัดที่ครอบคลุมประกอบตามผลวิจัย ดังนั้น การนำโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยไปใช้นั้น ถ้าจะให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ผู้วิจัยคิดว่า ผู้ใช้โปรแกรมฯควรเตรียมอุปกรณ์และบริบทต่าง ๆ ให้ครบถ้วน ถูกต้องตรงกับคู่มือการใช้โปรแกรมฯอย่างเคร่งครัด ตลอดจนผู้ใช้โปรแกรมฯควรเข้ารับการอบรมทางด้านดนตรีบำบัดโดยตรงจากผู้เชี่ยวชาญก่อน เพื่อจะทำให้สามารถใช้โปรแกรมฯนี้ได้อย่างเข้าใจและมีประสิทธิภาพสูงสุด

2. ก่อนนำโปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยไปใช้ ผู้ใช้โปรแกรมฯควรศึกษาภูมิหลังของผู้ถูกบำบัดให้ชัดเจนและมีข้อมูลมากพอที่จะ เพื่อความพร้อมในการรับมือ หากเกิดปัญหาขึ้นขณะดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมฯ

3. กลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากคนปกติ ซึ่งมีโอกาสมีระดับภาวะซึมเศร้าระดับต่างๆได้ ผู้วิจัยเห็นว่า จะเป็นการดีหากได้นำผลการศึกษาค้นคว้าไปใช้วิเคราะห์ควบคู่กับการนำโปรแกรมดนตรีบำบัดฯไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคซึมเศร้าด้วย จึงจะสามารถเห็นความเหมือนหรือแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลวิจัยที่พบว่าภาวะซึมเศร้าโดยรวมลดลงและมีบางรายคงสภาพนั้น การใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย ควรมีการติดตามและประเมินผลในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินพัฒนา ในกรณีรายบุคคล รายกลุ่มและในบทบริบทของสถานศึกษาต่างกัน กลุ่มทดลองต่างกันด้วยเพื่อการอธิบายปรากฏการณ์ที่ชัดเจนต่อไป

2. จากผลการศึกษาวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางราย ที่เสนอแนะลักษณะของบทเพลงที่ใช้ในการบำบัด ให้เป็นไปตามความชอบของตนนั้น มีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ วรัญญา รุ่งแสง (2547) เรื่องผลของการฟังดนตรีตามความชอบและดนตรีธรรมชาติต่อการลดความเครียดของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งปรากฏว่ากลุ่มที่ฟังเพลงที่ตนเองชอบ มีระดับความเครียดลดลงอย่างมาก ดังนั้น ลักษณะของท่วงทำนองหรือองค์ประกอบของดนตรีที่เปลี่ยนไป แต่ยังคงมีการดำเนินกิจกรรมลักษณะเดิม และควบคุมบริบทต่าง ๆ ตามผลของการศึกษาวิจัยเช่นนี้ไว้ อาจจะทำให้โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยมีศักยภาพเพิ่มขึ้นก็เป็นได้ จึงน่าจะทำการศึกษาต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. 2546. ความเครียดความวิตกกังวลและ
สุขภาพ. เชียงใหม่ : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จินตนา สงค์ประเสริฐ และคณะ. 2538. ดนตรีบำบัดกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์.
วารสารจิตวิทยาคลินิก 26 (มกราคม- มิถุนายน 2538) : 23-30.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม. 2541. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3 . กรุงเทพฯ ฯ :
ยุทธรินทร์การพิมพ์ จำกัด.

ชัดเจน จันทพัฒน์. 2543. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน
โรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ณรงค์ สุภัทรพันธุ์ และคณะ. 2528. รายงานผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายโรคจิตเภทที่ตอบสนองการ
รักษาด้วยยาต้านเศร้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 30 (1 มกราคม 2528) :
5-12.

ณรงค์ สุภัทรพันธุ์. 2543. โรคอารมณ์ซึมเศร้า. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ ฯ : สำนักพิมพ์หน้าต่างสุโลกกว้าง.
ดรุณี คชพรหม. 2543. ผลของกลุ่มระดับประดอง และสุขภาพศึกษาต่อภาวะผู้ดูแลผู้ป่วย โรค
จิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ดวงใจ กสานติกุล. 2527. การใช้บริการของศูนย์สุขภาพจิตของนักศึกษา มหาวิทยาลัยแวนเดอร์
บิลท์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 29 (มิถุนายน 2527) : 79-87.

ดวงใจ กสานติกุล และคณะ. 2529. ผลของการฝึกสมาธิต่อสุขภาพจิต โดยการวัดเปรียบเทียบกับ
ระดับอารมณ์เศร้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 31 (ตุลาคม – ธันวาคม
2529) : 177-190.

ทวี ตั้งเสรี และคณะ. 2546. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า. พิมพ์ครั้งที่ 1.
ขอนแก่น : โรงพิมพ์ธรรมขันธ์.

ธิดารัตน์ บุญนุช. 2543. การพัฒนากิจกรรมนิตินักศึกษา. กรุงเทพมหานคร : ส่วนวิจัยและ
พัฒนา สำนักมาตรฐานอุดมศึกษา ทบวงมหาวิทยาลัย.

ธีรวรรณ ธีระวงษ์. 2537. ดนตรีบำบัดสำหรับเด็กพิการ : การศึกษาเฉพาะกรณีในสถานสงเคราะห์
เด็กพิการและทุพพลภาพปากเกร็ด. วารสารจิตวิทยาคลินิก 25 (มกราคม – มิถุนายน
2537) : 50-65.

- บังอร เครียดชัยภูมิ และคณะ. 2533. ผลของดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย
 ขณะได้รับการผ่าตัด. วารสารพยาบาล 39 (เมษายน – มิถุนายน 2533) : 96-105.
- ประไพ ยศะทัตต์. 2529. การรักษาและติดตามผลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีอารมณ์เศร้า.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 31 (ตุลาคม – ธันวาคม 2529) : 199-206.
- ประนอม รอดคำดี. 2538. รูปแบบการพัฒนาระดับความสุขสมบูรณ์ของนิสิตนักศึกษาใน
 กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.
- นงพะงา ลิ่มสุวรรณ และคณะ. 2527. อุบัติการณ์ของโรคอารมณ์เศร้าในเด็ก.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 29 (มีนาคม 2527) : 21-27.
- นันทินี ศุภมมงคล. 2547. ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมและกลวิธีการเผชิญปัญหาของ
 นิสิตนักศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.
- นิตยา ภิญญาคำ และจินตนา ยูนิพันธุ์. 2534. ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง ความซึมเศร้าและ
 ระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม.
วารสารพยาบาลสาร 18 (กรกฎาคม – กันยายน 2534) : 20-30.
- นิรมัย คุ่มรักษา. 2540. ผลของกิจกรรมดนตรีที่มีผลต่อความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อ
 ของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับปฐมวัย. วารสารราชบัณฑิต 12
 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2540) : 7-12.
- พจมาน แสงรุ่งโรจน์. 2521. การใช้แบบทดสอบวัดสมรรถนะสมรรถภาพวัดความสามารถทางสมอง
 โดยทั่วไปของเด็กไทยวัยรุ่นในเขตการศึกษาสิบสอง. วิทยานิพนธ์ปริญญา
 มหาบัณฑิต แผนกวิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์. 2528. การรักษาด้วยไฟฟ้าโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสารสมาคมจิตแพทย์
 แห่งประเทศไทย 30 (มกราคม-มีนาคม 2528) : 13-26.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์. (บรรณาธิการ). 2545. ระบาคติวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชใน
 ประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา : ลิมบราเดอร์ การพิมพ์ จำกัด.
- พิชิต ชัยเสรี. 2544. สังคีตลักษณะการวิเคราะห์. เอกสารถ่ายสำเนาประกอบการเรียน สาขาวิชา
 ดุริยางค์ไทย ภาควิชาดุริยางคศิลป์ คณะศิลปกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพบุลย์ เทวรักษ์. 2540. ข้อมูลพื้นฐานทางจิตวิทยาแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย II. การวัดระดับ
 สติปัญญา. กรุงเทพฯ : เอส ดี เพรส การพิมพ์.

- มธุรส สว่างบำรุง. 2546. การเปรียบเทียบของผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและการใช้
ดนตรีบำบัดที่มีต่อความเครียดของสตรีวัยหมดประจำเดือน : ศึกษาเฉพาะกรณี
สตรีแม่บ้าน ตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วารสารจิตวิทยาคลินิก
34 (มกราคม- มิถุนายน 2546) : 29-43.
- มานิช หล่อตระกูล. 2539. จิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล. 2549. คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดีกรุงเทพฯ
- มานิช หล่อตระกูล และสุพรรณิ เกกนิชะ. 2542. อัปสรศรี ธนไพศาล. ฝานาที่วิกฤต :
วิเคราะห์หม่อมมอชชาย-หญิงผู้ผ่านการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จำไพพรรณ ศรีโสภาค. 2511. ดนตรีบำบัด : รายงานผู้ป่วย 2 ราย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่ง
ประเทศไทย 13 (กรกฎาคม 2511) : 117-126.
- จำไพพรรณ ศรีโสภาค. 2513. การใช้จังหวะกระตุ้นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีอาการเสื่อมอย่างมาก.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 15 : 201-208.
- วรัญญา รุ่งแสง. 2547. ผลของการฟังดนตรีตามความชอบและดนตรีตามธรรมชาติต่อการลด
ความเครียดของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีระ ชูรุจิตร และคณะ. แม่ฆ่าลูก. 2532. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 34 (เมษายน –
มิถุนายน 2532) : 131-138.
- วัลลภา เทพหัสดิน ณ อยุธยา. 2528. งานบุคลิกภาพนิสิตนักศึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาอุดมศึกษา
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลลีย์ กนกวิจิตร. 2533. มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้า และผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย.
วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 4 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2533) : 89-99.
- สาธารณสุข,กระทรวง.กรมการแพทย์. 2534. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวช. ขอนแก่น : โรงพิมพ์
ศิริภักดิ์ออฟเซ็ท.
- สมทรง เฟ่งสุวรรณ. 2529. ผลของการฝึกสมาธิต่อการวิตกกังวล และความเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งปาก
มดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วารสารจิตวิทยาคลินิก 17 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2529) : 22-33.
- สมภพ เรื่องตระกูล. 2517. การย้าคิดอยากร่วมเพศกับญาติสนิทและอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 19 (กรกฎาคม 2517) : 94-104.
- สมภพ เรื่องตระกูล. 2517. การวิจัยทางคลินิกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างอ่อน จำนวน 42 ราย ที่ได้
รักษาระหว่างปี 2507-2517. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 19 (กรกฎาคม
2517) : 151-168.

- สรยุทธ วาสินนันทน์. 2530. ผลการรักษาผู้ป่วยซีมีเคร้าโดยการกระตุ้นให้ชักด้วยไฟฟ้า
 ทุกวันเปรียบเทียบกับกระตุ้นให้ชักด้วยไฟฟ้า 3 ครั้งต่อสัปดาห์.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 32 (เมษายน – มิถุนายน 2530) : 41-55.
- สำเนาวิ ขจรศิลป์. 2538. มิติใหม่ของกิจการนักศึกษา 1 – 2 การพัฒนานักศึกษา. กรุงเทพฯ ฯ :
 มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.
- สุกรี เจริญสุข. 2544. พรสวรรค์ศึกษา. กรุงเทพฯ ฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด จงเจริญการพิมพ์ จัดพิมพ์
 โดย มิวสิคทอล์ค.
- สุนันทา ฉันทจุลิกพงศ์ และคณะ. 2529. อัตวิวัฒนาการของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
ศิริราช. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 31 (กรกฎาคม- กันยายน 2529) : 111-117.
- สุโขทัยธรรมมาธิราช,มหาวิทยาลัย. 2527. พัฒนาการวัยรุ่นและการอบรม, กรุงเทพฯ ฯ
 : สำนักพิมพ์กราฟฟิคอาร์ต.
- สมโภชน์ เขียมสุภาสิต. 2541. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ ฯ :
 สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิชัย มงคล. 2551. การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ : รายงานการ
วิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- อัญชลี สารรัตน์. 2533. การศึกษาลักษณะและการปฏิบัติของผู้มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาคุษฎีบัณฑิต, สาขาหลักสูตรและการสอน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรพรณ ลีอนุธวัชชัย. 2549. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
 พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ ฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรพรณ ลีอนุธวัชชัย. 2549. การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ ฯ : โรงพิมพ์
 ธนาเพรส.
- อรรพรณ หนูแก้ว. 2536. ความชุกของภาวะซีมีเคร้าและความสัมพันธ์ด้านปัจจัยจิตสังคม
การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเด็กวัยรุ่นแล้วกับเด็กในครอบครัวปกติ.วิทยานิพนธ์
ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำนาจ บัวศิริ. 2539. การพัฒนารูปแบบมหาวิทยาลัยสงฆ์นานาชาติในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์
ปริญญาคุษฎีบัณฑิต ภาควิชาอุดมศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Alexinia, Y.D. Teacher of the Gifted. 1993. Research and development of Giftedness and Talent. Oxford : Pergamon Press Ltd, page : 627 – 629.
- Babyak, M et al. 2002. Exercise treatment for major depression : maintenance of therapeutic benefit At 10 months. Psychosom Med 2002 : 62: 633. 12. Mather As et al : Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder : randomized control trial, Br J Psychiatry. 180 : 411.
- David E. Blak. 1995. Adolescent Development. Brooks/Cole Publishing Company.
- Freeman, J. Parents and Families in Nurturing Giftedness and Talent.1993. Research and Development of Giftedness and Talent. Oxford : Pergamon Press Ltd : 669 – 683.
- Gronlund, N.E. 1959. Sociometric in the Classroom. New York : Harper & Brothers.
- Hamer,BA. 1993. Music therapy : hamony for change. Journal of psychosocial Nursing Mental Health. Service.31.
- Illingworth, R.S.1980. The Development of the Infant and Young Child. 7th ed. Edinburgh : Churchill Livingstone.
- Lou, D.R. 1998. Environmental Familial and Personal Factors that Affect The Self-Actualization of Highly Gifted Adults : Case Studies.Dissertation Abstract International, Volume: 59-12, Section: A : p.4361.
- Lindberg,A. 1998. Music therapy and mental health illness.<http://www.members.com.aol.com/kathys/def.html>.
- Rogers, Carl R. 1975. Bringing Together Ideas : Humanistic Education Sourcebook. New Jersey.
- Rogers, Carl R . 1969. Freedom to Learn.Ohio : Merrill Press.
- Roger EM. 1995. Diffusion of innovation.4th ed.Newyork : The Free Press.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสำรวจข้อมูลการฆ่าตัวตาย

แบบสำรวจข้อมูลการฆ่าตัวตาย	
1. แหล่งข้อมูลและวันเวลา	
2. เพศ	
3. อายุ	
4. ประเทศ	
5. ระดับการศึกษา/ชั้นปี/คณะ	
6. สถาบัน	
7. ปัจจัย/สาเหตุ	
8. วิธีการฆ่าตัวตาย	
9. อัตราความสำเร็จ	
10. สถิตและและแนวโน้ม	
11. ข้อเสนอแนะ และหมายเหตุ	
12. ชื่อของผู้สำรวจ	

ภาคผนวก ข

แบบวิเคราะห์เนื้อหาสาระหลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

- หอสมุด.....
แหล่งข้อมูล.....
รหัสข้อมูล.....
เลข ISBN.....
รหัสหมวดหมู่.....
หัวเรื่อง.....
รหัสประเด็น.....
- ประเด็นที่ 1
.....
1. ปรัชญา แนวคิด ทฤษฎีและหลักการ
.....
2. ระเบียบวิธี(ขั้นตอน) และ/หรือเทคนิควิธีการ
.....
3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
.....
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
.....
5. การวิเคราะห์ข้อมูล
.....
6. ดรรชนี/อ้างอิง
.....
สรุปสาระสำคัญ
“.....
.....”

ภาคผนวก ค

แบบสอบถามทรงสนະผู้ทรงคุณวุฒิด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหา/สาระ
เรื่องการพัฒนาโปรแกรมดนตรีบำบัดในการลดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย
“ฟ้าใสโปรแกรม”

ชื่อ/นามสกุลผู้ทรงคุณวุฒิ

.....

ตำแหน่ง

.....

ทรงสนะโดยรวม

.....
.....
.....

ปัญหาและอุปสรรค

.....
.....
.....

ข้อเสนอแนะ

.....
.....
.....

.....

(.....)

..../...../.....

ภาคผนวก ง
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ฟ้าใส 1”

ลำดับที่.....
วัน/เดือน/ปี.....
รหัส.....
เพศ.....
ชั้นปี.....
ครั้งที่.....

คำชี้แจง อ่านข้อความทุกข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้ววงกลมข้อที่ตรงกับความรู้สึกของตนเอง ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา **มากที่สุด**

1. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกซึมเศร้า
 1 ฉันรู้สึกซึมเศร้า
 2 ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
 3 ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ไหวอีกแล้ว

2. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกท้อแท้อนาคต
 1 ฉันรู้สึกต่ออนาคต
 2 ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรดีหรือคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป
 3 ฉันรู้สึกหมดหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้นได้

3. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกว่าทำอะไรล้มเหลว
 1 ฉันรู้สึกทำอะไรล้มเหลวกว่าคนอื่น ๆ
 2 เมื่อฉันมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ทำให้ฉันจำได้คือ ความล้มเหลวเกือบทั้งหมด
 3 ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนที่ทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด

4. 0 ฉันมีความพอใจในทุกสิ่งอย่างเสมอ
 1 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกพอใจในสิ่งต่าง ๆ ดังเช่นเคย
 2 ฉันไม่ได้รับความพอใจอย่างแท้จริงจากทุกสิ่งอย่างอีกต่อไป
 3 ฉันรู้สึกไม่พอใจและเบื่อหน่ายต่อทุกอย่าง

5.
 - 0 ฉันไม่เคยรู้สึกผิด
 - 1 ฉันรู้สึกผิดเป็นบางครั้ง
 - 2 ฉันรู้สึกผิดเกือบตลอดเวลา
 - 3 ฉันรู้สึกผิดตลอดเวลา

6.
 - 0 ฉันไม่รู้สึกรู้ว่าฉันถูกลงโทษ
 - 1 ฉันรู้สึกว่าคุณอาจถูกลงโทษ
 - 2 ฉันคิดว่าฉันอาจถูกลงโทษ
 - 3 ฉันรู้สึกว่าคุณถูกลงโทษ

7.
 - 0 ฉันไม่รู้สึกรู้ผิดหวังในตนเอง
 - 1 ฉันรู้สึกว่าคุณอาจถูกลงโทษ
 - 2 ฉันคิดว่าฉันต้องถูกลงโทษ
 - 3 ฉันรู้สึกว่าคุณถูกลงโทษ

8.
 - 0 ฉันไม่รู้สึกรู้ว่าคุณเร็วกว่าคนอื่น
 - 1 ฉันชอบวิเคราะห์ตนเกี่ยวกับความอ่อนแอและความผิดพลาด
 - 2 ฉันตำหนิตนเองตลอดเวลาเกี่ยวกับสิ่งที่ผิด
 - 3 ฉันตำหนิตนเองสำหรับทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น

9.
 - 0 ฉันไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย
 - 1 ฉันคิดฆ่าตัวตายแต่ไม่ทำจริง
 - 2 ฉันอยากฆ่าตัวตายเหลือเกิน
 - 3 ฉันจะฆ่าตัวตายเมื่อมีโอกาส

10.
 - 0 ฉันไม่ร้องไห้โดยไม่จำเป็น
 - 1 ฉันร้องไห้มากกว่าที่เคย
 - 2 ทุกวันฉันร้องไห้เสมอ
 - 3 ฉันเคยร้องไห้แต่เดี๋ยวนี้ร้องไห้ไม่ออกแม้จะต้องการร้องไห้เหลือเกิน

11. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกเหนื่อยใจง่าย
 1 ฉันเป็นคนเหนื่อยใจง่ายกว่าเมื่อก่อน
 2 ฉันเป็นข้อรำคาญและโกรธง่ายเกือบตลอดเวลา
 3 ฉันรู้สึกโกรธง่ายตลอดเวลา
12. 0 ฉันยังให้ความสนใจผู้อื่นเสมอ
 1 ฉันสนใจผู้อื่นน้อยกว่าที่เคย
 2 ฉันเลิกสนใจผู้อื่นเป็นบางเวลา
 3 ฉันเลิกสนใจผู้อื่นโดยสิ้นเชิง
13. 0 ฉันตัดสินใจอะไรได้เหมือนอย่างที่เคยทำ
 1 ฉันพยายามหลีกเลี่ยงการตัดสินใจมากกว่าที่เคย
 2 ฉันมีความลำบากยากยิ่งในการตัดสินใจมากกว่าที่เคย
 3 ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้อีกด้วย
14. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกว่าฉันแตกต่างไปจากเมื่อก่อน
 1 ฉันวิตกว่าฉันดูแก่และไม่น่าสนใจ
 2 ฉันรู้สึกรู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในอริยาบถของฉันที่ทำให้ฉันไม่น่ามองอีกต่อไป
 3 ฉันเชื่อว่าฉันเป็นคนน่าเกลียดมาก
15. 0 ฉันสามารถทำงานได้เหมือนเคย
 1 ฉันต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้นกว่าจะเริ่มทำงานบางสิ่งบางอย่าง
 2 ฉันต้องผลักดันตนเองอย่างมากที่จะทำงานอะไร ๆ
 3 ฉันไม่สามารถทำงานอะไรได้เลย
16. 0 ฉันนอนได้ตามปกติ
 1 ฉันนอนไม่หลับเหมือนอย่างเคย
 2 ฉันตื่นก่อนปกติ 1-2 ชั่วโมง และเป็นการยากที่จะนอนต่อไปอีก
 3 ฉันตื่นก่อนปกติหลายชั่วโมง และไม่สามารถนอนหลับต่อไปอีกได้
17. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ
 1 ฉันรู้สึกเหนื่อยกว่าแต่ก่อน
 2 ฉันรู้สึกเหนื่อยจากการทำสิ่งต่าง ๆ
 3 ฉันรู้สึกเหนื่อยเกินกว่าจะทำอะไรได้

18. 0 ฉันรับประทานอาหารได้ตามปกติ
 1 ฉันรับประทานอาหารไม่ได้มากอย่างที่เคย
 2 ฉันรับประทานอาหารไม่ค่อยลง
 3 ฉันไม่อยากจะรับประทานอาหารใด ๆ เลย
19. 0 น้ำหนักของฉันไม่ลดลง
 1 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 2 กิโลกรัม
 2 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 7 กิโลกรัม
 3 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 6 กิโลกรัม
20. 0 ฉันไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ
 1 ฉันวิตกเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด ปวดท้อง หรือท้องผูก
 2 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น
 3 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายจนไม่สามารถจะคิดถึงถึงสิ่งอื่นได้
21. 0 ความสนใจทางเพศของฉันยังปกติ
 1 ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยกว่าที่เคย
 2 ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยลงมาก
 3 ฉันไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย

การแปลผลคะแนน

- คะแนน 0-9 เป็นภาวะซึมเศร้าในคนปกติ (Normal Depression)
 คะแนน 10-15 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย (Mild Depression)
 คะแนน 16-19 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Mild – Moderate Depression)
 คะแนน 20-29 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับมาก (Moderate - Severe Depression)
 คะแนน 30-63 เป็นภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรง (Severe Depression)

ภาคผนวก จ

แบบสังเกตพฤติกรรม “ฟ้าใส 2”

สัปดาห์ที่

วันที่เดือน..... พ.ศ.

รหัส.....

สถานที่สังเกต

เวลาที่สังเกต.....

ผู้ถูกสังเกต

ผู้สังเกต.....

สถานการณ์ที่สังเกต (จุดมุ่งหมายของบทเพลง)

.....

จุดมุ่งหมายในการสังเกต

.....

.....

.....

พฤติกรรมที่แสดงออก

.....

.....

.....

ความคิดเห็น

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะของผู้สังเกตในการช่วยเหลือหรือแก้ไขพฤติกรรม

.....

.....

ผู้สังเกต.....

ภาคผนวก ข

หนังสือยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม “ฟ้าใสโปรแกรม”

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการศึกษา การศึกษาการใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนไทย
เลขที่หน่วยตัวอย่าง.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้ศึกษาถึงการดำเนินกิจกรรม “ฟ้าใสโปรแกรม” ซึ่งนายยุทธนา
 ฉัพพรรณรัตน์สถานที่ติดต่อสะดวกที่สุดระหว่างการดำเนินกิจกรรม “ฟ้าใสโปรแกรม” ที่อยู่
 สาขาวิชาดนตรีศึกษา ภาควิชาศิลปะ ดนตรีและนาฏศิลป์ศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย พญาไท ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 หมายเลขโทรศัพท์ 081-4499006
 ซึ่งข้าพเจ้าได้ลงนามตอนท้ายของหนังสือฉบับนี้ เกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการ วัตถุประสงค์ วิธี
 การศึกษา ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ตลอดจนประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมที่คาดว่าจะ
 จะได้รับ ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาถึงการดำเนินกิจกรรมนี้ ด้วยความ
 สมัยครใจและมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการศึกษาได้ตามความต้องการซึ่งจะไม่มีผลใดๆต่อข้าพเจ้า
 ตลอดจนจะรักษาข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับต่อไป

ข้าพเจ้า ได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว จนมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม
 ในหนังสือยินยอมนี้ ด้วยการบันทึกลายมือไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

.....
วัน/เดือน/ปี	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม
.....
วัน/เดือน/ปี	(นายยุทธนา ฉัพพรรณรัตน์) ผู้ศึกษาและดำเนินกิจกรรม
.....
วัน/เดือน/ปี	(.....)
	ลงนามพยาน

ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิเรื่องสภาพปัญหาภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทยและต่างประเทศ

ตอนที่ 1

ชื่อ/สกุล.....

ตำแหน่ง.....

ตอนที่ 2

คำนิยาม สภาพปัญหาภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทยและต่างประเทศ

หมายถึง ปรัชญาการณ ภาวการณ สิ่งที่เกิดขึ้นหรืออุปสรรคสำคัญโดยเป็นผล

มาจากภาวะซึมเศร้าในนิสิตนักศึกษาไทยและต่างประเทศ ซึ่งแบ่งออก

เป็น 3 ประเด็นต่อไปนี้ คือ

สภาพปัญหาภายใน

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| 1. สภาพปัญหาทางสุขภาพกาย | 2. สภาพปัญหาทางสุขภาพจิต |
| 3. สภาพปัญหาทางการดำเนินชีวิต | 4. สภาพปัญหาทางพฤติกรรม |

สภาพปัญหาภายนอก

1. สภาพปัญหาจากสิ่งแวดล้อม

สภาพปัญหาแนวโน้มความรุนแรง

1. สภาพความชุกของภาวะซึมเศร้าในแง่ของระดับวิทยาลัย

คำถาม

1. สภาพปัญหาทางสุขภาพกายของนิสิตนักศึกษาไทย/ต่างประเทศเป็นอย่างไร
2. สภาพปัญหาทางสุขภาพจิตของนิสิตนักศึกษาไทย/ต่างประเทศเป็นอย่างไร
3. สภาพปัญหาทางการดำเนินชีวิตของนิสิตนักศึกษาไทย/ต่างประเทศเป็นอย่างไร
4. สภาพปัญหาทางพฤติกรรมของนิสิตนักศึกษาไทย/ต่างประเทศเป็นอย่างไร
5. สิ่งแวดล้อมส่งผลต่อสภาพปัญหาภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาอย่างไร
5. สภาพความชุกของภาวะซึมเศร้าในแง่ของระดับวิทยาลัยของนิสิตนักศึกษาไทย/ต่างประเทศเป็นอย่างไร
6. แนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสถาบันอุดมศึกษาสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย/ต่างประเทศเป็นอย่างไร

ภาคผนวก ซ

แบบสัมภาษณ์หน่วยทดลอง

เรื่องสภาพปัญหาภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทยและต่างประเทศ

ตอนที่ 1

รหัสหน่วยทดลอง.....

เพศ ชาย () หญิง () คณะ..... ชั้นปีที่.....

ตอนที่ 2

คำนิยาม สภาพปัญหาภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทยและต่างประเทศ

หมายถึง ปรากฏการณ์ ภาวะการณ์ สิ่งที่เกิดขึ้นหรืออุปสรรคสำคัญโดยเป็นผล

มาจากภาวะซึมเศร้าในนิสิตนักศึกษาไทย ซึ่งแบ่งออก

เป็น 3 ส่วนคือ

1. สภาพปัญหาทางสุขภาพกาย
2. สภาพปัญหาทางสุขภาพจิต
3. สภาพปัญหาทางการดำเนินชีวิต

คำถาม

1. สภาพปัญหาทางสุขภาพกายของคุณเป็นอย่างไรบ้าง
และทางออกของคุณคือ
2. สภาพปัญหาทางอารมณ์ความรู้สึกคุณเป็นอย่างไรบ้าง
และทางออกของคุณคือ
3. สภาพปัญหาทางการดำเนินชีวิตในการใช้ชีวิตปกติและ
การศึกษาเล่าเรียนของคุณเป็นอย่างไรบ้าง
และทางออกของคุณคือ

ภาคผนวก ฉ

แบบสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ

เรื่องหลักการและแนวคิดในการบำบัดภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทย

ตอนที่ 1

ชื่อ/สกุล.....

ตำแหน่ง.....

ตอนที่ 2

คำนิยาม

หลักการและแนวทางการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย หมายถึง รูปแบบวิธีการในการจัดการหรือกระทำให้ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลง หรือหายเป็นปกติ ซึ่งผ่านการศึกษาวิจัย และใช้กันแพร่หลายในวงการวิชาการและการสาธารณสุข โดยเน้นความเหมาะสมกับช่วงอายุ 18-25 ปี ซึ่งอนุมานเป็นช่วงวัยเดียวกันกับนิสิตนักศึกษาไทย ดังนั้น การศึกษาวิจัยมุ่งประเด็นไปที่การหาคำตอบว่า รูปแบบวิธีการในการบำบัดภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาไทย เป็นอย่างไร มีอะไรบ้างและรูปแบบวิธีการใดเหมาะสมสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย

คำถาม

1. ลักษณะรูปแบบวิธีการในการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย มีกี่ลักษณะ
2. หลักการของรูปแบบต่างๆในการบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับนิสิตนักศึกษาไทย มีอะไรบ้าง
3. หลักการและแนวคิดการบำบัดภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมสำหรับนิสิตนักศึกษาไทยเป็นอย่างไร

ภาคผนวก ญ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย
รองศาสตราจารย์ระดับ 9 ทางด้านจิตเวช และรองคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นพยาบาลจิตเวชและเป็นผู้ที่มีผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับ
จิตเวช ด้วยลักษณะเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ เกิน 10 ปี
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศุภกิจ จารุจรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ระดับ 8 ประจำคณะศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
เป็นนักวิชาการ นักวิจัยที่มีผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวกับดนตรีเพื่อความผ่อนคลาย
ด้วยลักษณะเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ เกิน 10 ปี
3. อาจารย์ประสาน วงศ์โรจน์รักษ์
นักดนตรีอิสระ สมาชิกวงฟองน้ำและอาจารย์พิเศษมหาวิทยาลัยกรุงเทพ
เป็นผู้ที่มีผลงานทางด้านดนตรีบำบัดและดนตรีเพื่อความผ่อนคลายในฐานะผู้ประพันธ์
หรือเรียบเรียง ด้วยลักษณะเป็นที่ยอมรับในวงวิชาชีพและวงวิชาการ เกิน 10 ปี
4. รองศาสตราจารย์ พิเชิต ชัยเสรี
รองศาสตราจารย์ระดับ 9 เป็นนักวิชาการและนักวิจัยที่มีผลงานทางวิชาการทาง
ดนตรี สุนทรียศาสตร์ และการประพันธ์เพลง ด้วยลักษณะเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ
เกิน 10 ปี

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้สัมภาษณ์

1. นายแพทย์ศิริพงษ์ วิทโยเลิศปัญญา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรศาสตร์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสำโรง
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ระดับ 8 ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย รองศาสตราจารย์ระดับ 9 ทางด้านจิตเวช และรองคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. อาจารย์สุภาวดี นวลมณี ข้าราชการประจำระดับ 9 กระทรวงสาธารณสุข
 - นักจิตวิทยา เชี่ยวชาญ กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
5. นายแพทย์จักรธรรม ธรรมศักดิ์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 - หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ (กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย)
 - อุปนายกพุทธศาสตร์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
 - ที่ปรึกษากรมการอำนวยการองค์การศาสนิกสัมพันธ์แห่งโลก

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์



ชื่อ นายยุทธนา จัฑพรณรัตน์
 อาจารย์ประจำสาขาวิชาดนตรีศึกษา ภาควิชาศิลปะ ดนตรีและนาฏศิลป์ศึกษา
 คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การศึกษา

ปริญญาบัณฑิต	ภาควิชาดนตรีศึกษา (ดนตรีไทย) คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นิสิตโครงการผู้มีความสามารถพิเศษ ทางด้านศิลปะระดับชาติ(๒๕๔๑)
ปริญญาโท	ภาควิชาดุริยางคศิลป์ สาขาวิชาดุริยางค์ไทย คณะศิลปกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (๒๕๔๕)
ดุษฎีบัณฑิต	สาขาวิชา Higher Education ภาควิชานโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทูกรัฐบาลไทย UDC. และทุนของคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่อยู่

10/25 อาคาร C หมู่บ้านลาซาลพาร์คคอนโด ซอยลาซาล 10 ถนนสุขุมวิท 105 แขวงบางนา
 เขตบางนา กรุงเทพมหานคร 10260 โทร.0-2749 -1188, 08-1449-9006

การทำงาน

พุทธศักราช 2542-2548 อาจารย์ประจำหมวดวิชาศิลปศึกษา โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย ฝ่ายมัธยมและอาจารย์พิเศษภาควิชาดนตรีศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย

พุทธศักราช 2548-ปัจจุบัน อาจารย์ประจำสาขาวิชาดนตรีศึกษา ภาควิชาศิลปะ ดนตรีและ
 นาฏศิลป์ศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นวิทยากรและอาจารย์พิเศษให้กับ
 สถาบันการศึกษาระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานและสถาบันอุดมศึกษาหลายแห่ง อาทิ โรงเรียนสวน
 กุหลาบวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร โรงเรียนบุญวัฒนา จังหวัดนครราชสีมา โรงเรียนราชวินิตบางแก้ว
 จังหวัดสมุทรปราการ โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฝ่ายมัธยม โรงเรียนอรรณพวิทย
 พณิชยการ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบังและมหาวิทยาลัยขอนแก่น