

ผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม  
ต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม



เรืออากาศเอกหญิงชุติมา ทองวชิระ

ศูนย์วิทยพัทยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต


สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF NURSING INTERVENTION BY USING MUSIC AND ENVIRONMENTAL  
ADJUSTMENT ON AGITATED BEHAVIORS OF THE DEMENTIA ELDERLY



Flt.Lt. Chutima Thongwachira

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัด  
สิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มี  
ภาวะสมองเสื่อม

โดย

เรืออากาศเอกหญิงชุติมา ทองวชิระ

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก


รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

  
..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

  
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

ชุตินา ทองวชิระ : ผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม  
ต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (THE EFFECT OF  
NURSING INTERVENTION BY USING MUSIC AND ENVIRONMENTAL  
ADJUSTMENT ON AGITATED BEHAVIORS OF THE DEMENTIA ELDERLY) อ.ที่  
ปริกษานิตยสาร : รศ. ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 201 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้  
ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้  
แนวคิด 2 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดในการใช้ดนตรีบำบัดของ Gerdner (1997) และแนวคิดในการจัด  
สิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของ Hall (1988) ศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา  
(One- Group Time Series Design) ทำการวัดซ้ำทั้งหมด 6 ครั้ง โดยทำการวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้ง  
ระหว่างการทดลอง 4 ครั้งและหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างคือ  
ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค  
จำนวน 25 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินกิจกรรมด้านดนตรีควบคู่กับกิจกรรม  
ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม สัปดาห์ละ 3 ครั้ง (ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์) เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 15  
ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการดำเนินกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรี  
ร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล  
ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยขออนุญาตแปลจากแบบประเมิน  
CMAI (The Cohen-Mansfield Agitation Inventory) ของ Cohen-Mansfield (1989) เป็นภาษาไทย  
ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงของแบบประเมิน จากการ  
คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความ  
แปรปรวนแบบวัดซ้ำและการเปรียบเทียบรายคู่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัดลดลงกว่า  
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าเฉลี่ยคะแนน  
พฤติกรรมกระวนกระวายเริ่มลดลงตั้งแต่เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2553

ลายมือชื่อนิสิต..... 3.0 น. (ง) รศ.ท. ทองวชิระ

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษานิตยสาร..... จิราพร เกศพิชญวัฒนา



# #5177564936: MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: AGITATED BEHAVIORS OF DEMENTIA / ELDERLY / MUSIC THERAPY / ENVIRONMENTAL ADJUSTMENT / NURSING INTERVENTION

CHUTIMA THONGWACHIRA: THE EFFECT OF NURSING INTERVENTION BY USING MUSIC AND ENVIRONMENTAL ADJUSTMENT ON AGITATED BEHAVIORS OF THE DEMENTIA ELDERLY. ADVISOR: ASSOC. PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., 201 pp.

This quasi-experimental research aimed to investigate the effect of nursing intervention by using music and environmental adjustment on agitated behaviors of the dementia elderly. The conceptual framework for the intervention in this study was based on "Music Therapy" (Gerdner, 1997) and "Environmental Adjustment" (Hall, 1988). The study was conducted in one sample group with a one-group time series design and evaluated a total of 6 times as follows: 1 pre-experimental evaluation, 4 evaluations during the experiment and 1 post-experimental evaluation with one-week intervals between each evaluation. The sample comprised 25 male and female elderly persons living in the Development Center, Social Welfare of the elderly home in Bangkhae who were selected in line with inclusion criteria. Musical and environmental activities were held three times a week over a period of 5 weeks for a total of 15 sessions. The instruments used in the experiment included the nursing intervention guide by using music and environmental adjustment for the elderly participants with dementia. The data collection instrument for this study was the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) by Cohen-Mansfield (1989). The researcher requested permission to translate the CMAI into Thai. The translated CMAI was then tested for content validity by qualified experts whereby reliability was equal to .89. The data was analyzed by using variance with repeated measures (ANOVA) and pair-wise comparison.

The research findings can be summarized as follows : The average scores for agitated behaviors following the nursing intervention were reduced to less than before the participation in nursing intervention with statistical significance at the level of .01 and the mean score for agitated behaviors began to decrease from participation in the third week onward.

Field of Study : ..... Nursing Science .....

Student's Signature ..... Flt. Lt. Chutima Thongwachira .....

Academic Year : ..... 2010 .....

Advisor's Signature ..... Jiraporn K. Wattana .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา ที่สละเวลาทั้งในและนอกเวลาราชการ กรุณาให้คำปรึกษาและให้ข้อคิดเห็น ตลอดจนแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์เล่มนี้ อีกทั้งให้ความห่วงใยเอาใจใส่แก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพวรรณ ลีบุญฤทธิชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาและมอบประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ น.พ.ปัญญา ไช้มุก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.ญ.รวิวรรณ นิเวตพันธุ์ รองศาสตราจารย์ ดร.บำเพ็ญจิต แสงชาติ รองศาสตราจารย์ วิไลวรรณ ทองเจริญและอาจารย์ ดร.วิริยา พึ่งทอง ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเครื่องมือในการวิจัย ขอขอบคุณ Prof. Jiska Cohen-Mansfield (Director, Research Institute on Aging at the Hebrew Home of Greater Washington) ที่กรุณาอนุญาตให้นำแบบประเมิน CMAI มาแปลเป็นภาษาไทยและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ Asso. Prof. Dr. Dena Register จาก University of Kansas ที่เป็นผู้อบรมเกี่ยวกับการใช้ดนตรีในการบำบัด (The Therapeutic Uses of Music) ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค เจ้าหน้าที่และผู้สูงอายุทุกท่านที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเข้าร่วมการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ที่มอบทุนอุดหนุนการวิจัยประเภทบัณฑิตศึกษาเพื่อใช้ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา และครอบครัวที่เป็นแรงผลักดันให้กำลังใจที่ดีเสมอมา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแก่บุพการี คณาจารย์ และผู้สูงอายุทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี และขอขอบคุณกัลยาณมิตรร่วมสถาบันทุกท่าน ที่ทำให้ผู้วิจัยได้รับประสบการณ์ที่ดีในการศึกษา ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ.....	13
พฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.....	25
แนวคิดการใช้ดนตรีบำบัดในผู้สูงอายุ.....	33
แนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมในผู้สูงอายุ.....	39
กิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล.....	48
สถานสงเคราะห์คนชรา.....	50
บทบาทของพยาบาลในการดูแลและจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวาย ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.....	55
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	57

บทที่	หน้า
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	65
3  วิธีดำเนินการวิจัย.....	66
รูปแบบการวิจัย.....	66
ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง.....	67
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	68
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	69
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	80
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	87
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	92
4  ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	95
5  สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	104
สรุปผลการวิจัย.....	109
อภิปรายผลการวิจัย.....	109
ข้อเสนอแนะ.....	115
รายการอ้างอิง.....	117
ภาคผนวก.....	127
ภาคผนวก ก  รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	128
ภาคผนวก ข  จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายความร่วมมือใน การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เอกสารการพิจารณา จริยธรรม และเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	132
ภาคผนวก ค  ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	146
ภาคผนวก ง  สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	172
ภาคผนวก จ  ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล.....	175
ภาคผนวก ฉ  ภาพการจัดสิ่งแวดลอม.....	189
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	201



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนปีที่เข้าพัก คะแนนประเมินสมรรถภาพสมอง และคะแนนพฤติกรรม กระวนกระวาย.....	71
2	ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 29 พฤติกรรม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม .....	96
3	คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย ก่อนเข้าร่วม กิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 และหลังเสร็จสิ้น กิจกรรม.....	99
4	วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน พฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้า ร่วมกิจกรรม และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม .....	101
5	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของ กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม โดยการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ (Pairwise comparison).....	102
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา จำนวนปีที่อยู่อาศัย ระดับคะแนนการประเมินภาวะสมอง จำนวน พฤติกรรมกระวนกระวาย.....	177
7	จำนวน ร้อยละของพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยแบ่งตามประเภทของ พฤติกรรมจำนวน 5 กลุ่ม รวมทั้งหมด 29 พฤติกรรม ของกลุ่มตัวอย่างก่อน เข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล.....	179

ตารางที่		หน้า
8	ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 กลุ่ม อาการ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล.....	181
9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 และ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม โดยใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ วัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญ .01.....	185
10	ทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างคะแนนพฤติกรรมกระวน กระวายของกลุ่มตัวอย่าง จากการประเมินก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่าง เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ด้วย Mauchly 's Test ที่ระดับนัยสำคัญ .01.....	185
11	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม โดยการทดสอบ ค่าเฉลี่ยรายคู่ (Pairwise comparison) ซึ่งทดสอบโดย Bonferroni ที่ ระดับนัยสำคัญ .01.....	186
12	ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง หลังเสร็จ สิ้นกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล 2 และ 4 สัปดาห์ .....	188

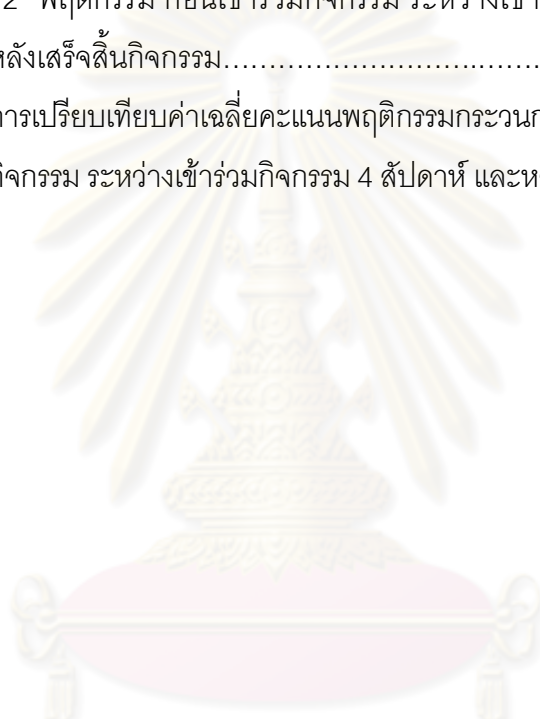
## สารบัญภาพ

ภาพประกอบที่		หน้า
1	สรุปกลไกจากการทบทวนเกี่ยวกับการตอบสนองของร่างกายและจิตใจจากการได้รับดนตรีบำบัด.....	35
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	65
3	สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย.....	93
4	รายละเอียดการจัดกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค.....	94
5	กิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค.....	190


  
 ศูนย์วิทยทรัพยากร  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**สารบัญแผนภูมิ**

แผนภูมิที่		หน้า
1	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย 29 พฤติกรรม ก่อนและหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม.....	182
2	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายที่มีค่าสูงสุด 12 พฤติกรรม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม และ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม.....	183
3	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วม กิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม 4 สัปดาห์ และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม	184



ศูนย์วิทยพัทยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในวัยสูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; Ebersole, Hess and Luggen, 2004) โดยจากการสำรวจประชากรโลก พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมถึง 18 ล้านคน (Sung et al., 2006) และอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมจะสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป (Gutterman et al., 1999) สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2548 และ 2553 พบผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 229,000 และ 320,000 คน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2563 และ 2593 จะมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มเป็น 450,000 และ 1,200,000 คนตามลำดับ (อรพิชญา ไกรฤทธิ์ และสิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2550) จากการสำรวจผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากถึงร้อยละ 10 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) เมื่ออัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น กลายเป็นโรคเรื้อรังที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นปัญหาสำหรับผู้ดูแลในเวลาต่อมา (กัลยาณี เจนอนุศาสตร์, 2541)

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการจากความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมอง โดยอาการของโรคจะดำเนินอย่างค่อยเป็นค่อยไป (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2543; Munden and Goldberg, 2003) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการรับรู้ (Perception) การรู้คิด (Cognitive function) ความจำ (Memory) การใช้ภาษา (Using a language) การตัดสินใจ (Making decisions) การเข้าสังคม (Social skill) และการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Behavioral symptoms) (นภาพร ฤทธิวีรกุล, 2005; Dettmore, Kolanowski and Boustani, 2009; Mitty and Flores, 2007) ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ พฤติกรรมกระวนกระวาย ก้าวร้าว หลงผิด ย้ำคิดย้ำทำ อารมณ์แปรปรวนและพูดจาสับสน (พรรณี จันทรอินทร์, 2547) ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลตนเอง ทำให้การดำเนินชีวิตและการเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป (Mitty and Flores, 2007)

พฤติกรรมกระวนกระวาย (Agitate behaviors) เป็นพฤติกรรมที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 50 และพบว่าเป็นปัญหาในการดูแลมากที่สุด (Gerdner, 2000; Vickrey, 2004) โดยจากการศึกษา



ข้อมูลเบื้องต้นในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายมากถึงร้อยละ 40 (สถิติจากศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค, 2550) Goddaer and Abraham (1994) กล่าวว่า พฤติกรรมกระวนกระวายเกิดจากความบกพร่องในด้านการรับรู้ โดยเป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีความผิดปกติในการใช้ภาษา น้ำเสียงและการกระทำ โดยพฤติกรรมกระวนกระวายเกิดจากการได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าที่ผิดปกติทั้งด้านร่างกาย จิตใจและการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมรอบตัว ส่งผลต่อการรับรู้ผิดปกติ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะสับสน หวาดกลัว หวาดระแวง กระสับกระส่าย อยู่ไม่สุข มีความรู้สึกไม่สบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ไม่มั่นคงในการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นลักษณะการแสดงออกของพฤติกรรมกระวนกระวายในระยะแรก และจะเริ่มแสดงพฤติกรรมกระวนกระวายที่รุนแรงมากขึ้นเมื่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นไม่ถูกกำจัดออกไป เช่น อาการเดินวนไปวนมา แต่งกายไม่เหมาะสม บ่นว่าหรือคร่ำครวญ ต่ำแข่ง มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ทูบตี กัด ข่วน ทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่น ทำลายข้าวของ และหนีออกจากบ้าน เป็นต้น (Cohen-Mansfield and Billig, 1986; Goodall and Etters, 2005; Lou, 2001) ซึ่งพฤติกรรมกระวนกระวายสามารถพบได้ทั้งอาการที่ไม่ก้าวร้าวไม่เป็นอันตรายและอาการที่ก้าวร้าวรุนแรงส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุและผู้อื่น ซึ่งในที่สุดจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย (Goodall and Etters, 2005)

จากการศึกษาพบว่า ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายอาจมีอาการทางจิตอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น อาการวิตกกังวล หวาดกลัว ซึมเศร้า หลงผิด ประสาทหลอน สับสน หรืออาการทางจิตเวช (Gerdner and Swanson, 1997) แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมกระวนกระวายมักส่งผลต่อความมั่นคงและความปลอดภัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และบุคคลอื่นๆ นอกจากนี้พฤติกรรมกระวนกระวายยังมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราเสี่ยงของการหกล้ม ส่งผลให้แบบแผนการนอนของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลระยะยาวเปลี่ยนแปลงไป เช่น ระยะเวลาการนอนหลับนานขึ้น ช่วงเวลาการนอนหลับสั้นขึ้น และเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุ จนในที่สุดส่งผลให้เกิดภาวะเครียดต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Gerdner, 1997) จากการศึกษาของ Beck, Rossby and Baldwin (1991) และ Hall (1988) พบว่า ปัจจัยด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อมมีผลต่อพฤติกรรมกระวนกระวาย เมื่อปัจจัยเหล่านี้เปลี่ยนแปลงหรือถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดำรงชีวิต การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจนกลายเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุในที่สุด (Lou, 2001)

สำหรับการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถจัดการโดยการให้ยาและไม่ให้ยา (Lou, 2001; Weinrich et al., 1995) การจัดการโดยการให้ยาได้แก่ การให้ยาคลายเครียด ยาระงับประสาท หรือยานอนหลับ โดยยาเหล่านี้มักทำให้เกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์แก่ผู้สูงอายุ เช่น อาการแพ้ยา ได้ยาเกินขนาด ตื้อยา อาการข้างเคียงของการได้รับยาหลายชนิด เป็นต้น ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมากขึ้น (Burns, O'Brien and Ames, 2005) สำหรับการจัดการโดยไม่ใช้ยาจะช่วยลดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ดังกล่าวมาได้ ดังนั้นพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการจัดการโดยไม่ใช้ยา เพื่อให้เกิดประโยชน์และความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้สูงอายุ โดยการเลือกวิธีการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing intervention) เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาและค้นหากิจกรรมการบำบัดที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาร่างกายและจิตใจ การผสมผสานกิจกรรมการบำบัดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในสถานพยาบาล สถานดูแลระยะยาว และในชุมชน (ชนกพร จิตปัญญา และคณะ, 2551) จากการศึกษาการจำกัดกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุมีหลายกิจกรรม เช่น การใช้ศิลปะ การใช้ดนตรี การใช้สัตว์เลี้ยง การใช้เกมนันทนาการ การเดินรำ และการออกกำลังกาย เป็นต้น (วันดี โภคะกุล, 2548) จากงานวิจัยของ Lou (2001) โดยการศึกษาวิเคราะห์เชิงอนุมานเกี่ยวกับกิจกรรมในการบำบัดที่เหมาะสมและสามารถนำมาใช้ได้ผลดีต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวาย ได้แก่ การใช้เสียงดนตรีเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่งกระตุ้น และการใช้บุคลากรที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้ดนตรีในการบำบัด พบว่าดนตรีสามารถประยุกต์ใช้ได้ในทุกกลุ่มโรค และนิยมใช้ดนตรีในการเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) เพื่อทำให้เกิดสมาธิ และเป็นเกราะป้องกันความรู้สึกหรือป้องกันการรับรู้สิ่งที่ไม่เหมาะสม (Buckwater, 1985; McCaffery, 1997) ดนตรีมีผลต่อการรับรู้หรือปรับเปลี่ยนอารมณ์ที่ระบบประสาทระดับ Cerebral cortex มีผลต่อ Limbic system ของสมองซีกขวา ซึ่งเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก และความพึงพอใจ ทำให้ Pituitary Gland หลั่งสาร Endorphins มากขึ้น ซึ่งสาร Endorphins เป็นสารที่ทำให้เกิดความสุขสงบ และผ่อนคลาย ส่งผลต่อการปรับอารมณ์และความรู้สึก (McCaffery, 1997; Winkelman, 2003) ลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อการบำบัด (ชนกพร จิตปัญญา และคณะ, 2551) จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยพบว่า มีการนำดนตรีบำบัดมาใช้กับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านความเจ็บปวด ความวิตกกังวลหรือการนอนไม่หลับจำนวนมาก เช่น การศึกษาผลของการใช้ดนตรีบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่าการใช้ดนตรีสามารถยืดระยะเวลาการมีชีวิตอยู่ได้ และอาการทั่วไปก็ดีขึ้น (Anne and

Denise, 2007) จากการศึกษาแนวคิดของ Gerdner กล่าวว่า ดนตรีจะช่วยลดปฏิบัติการตอบสนองต่อการกระตุ้นจากสิ่งเร้า มีผลต่อสติสัมปชัญญะด้านความสนใจและจินตนาการทางอารมณ์ ลดความตึงเครียดทางอารมณ์ เกิดสมาธิ (Gerdner, 2000) จากการศึกษาของ Hicks-Moore (2005) ใช้ดนตรีคลาสสิกที่มีจังหวะ 55-70 bpm ในผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย สามารถลดพฤติกรรมดังกล่าวได้ การเปิดดนตรีบรรเลงประเภทผ่อนคลายยังสามารถช่วยลดพฤติกรรมกระวนกระวายได้เช่นกัน (Goddaer and Abraham, 1994) นอกจากนี้ ดนตรียังช่วยป้องกันไม่ให้จิตใจสับสน และส่งเสริมการยอมรับความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งการแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และลดอุบัติการณ์ของการควบคุมหรือกักขังผู้ป่วย (Hicks-Moore, 2005; McCaffrey and Good, 2000) การนำดนตรีมาใช้ในการบำบัดเป็นกิจกรรมที่ราคาไม่แพงและมีความเป็นไปได้ในการนำมาจัดการกับปัญหา จึงเป็นทางเลือกที่ถูกเสนอเพื่อนำมาจัดการกับปัญหาต่างๆ อย่างแพร่หลาย เนื่องจากดนตรีเป็นกิจกรรมเสริมที่ง่ายต่อการเข้าใจและมีคุณค่าต่อจิตใจของผู้ป่วย (สุกรี เจริญสุข, 2550)

จากการศึกษาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า สิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุจะไวต่อการรับรู้และการเปลี่ยนแปลงต่อสภาพแวดล้อมรอบตัว สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมบ่อยๆ มักทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสับสนหรือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความหวาดกลัว ส่งผลต่อสภาพจิตใจ เกิดความไม่มั่นคงในการดำเนินชีวิต (Hall, 1988) ดังนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุจำเป็นต้องคำนึงถึงความสามารถในการทำกิจกรรมและอำนวยความสะดวกในการประกอบกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูความสามารถในการดูแลตนเอง (สุภาวดี พุฒิหน้อย และคนอื่นๆ, 2548) เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ (ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคนอื่นๆ, 2548) ลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสับสนในการดำเนินชีวิต รวมทั้งลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Burns, O'Brien and Ames, 2005) จากแนวคิดของ Hall (1988) กล่าวถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะช่วยลดพฤติกรรมกระวนกระวายเมื่อถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายนอก จากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมพบว่า สิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย แสง เสียงในระดับคงที่ ช่วยลดปฏิบัติการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของผู้ที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายได้ (Hall, 1988)

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับการนำดนตรีมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกันอย่างแพร่หลาย โดย Gerdner and Swanson (1997) ทำการศึกษาผลของการฟังเพลงที่ชื่นชอบต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยให้สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้รวบรวมเพลงที่ผู้สูงอายุชื่นชอบมาให้ผู้สูงอายุฟัง พบว่า ดนตรีที่มีคุณสมบัติผ่อนคลายมีผลต่อพฤติกรรมกระวนกระวาย นอกจากนี้ Sung et al. (2006) ศึกษาผลของการใช้ดนตรีแบบกลุ่มในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายในประเทศไต้หวัน พบว่า กิจกรรมกลุ่มโดยการฟังดนตรีทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวายสามารถจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายได้ และสามารถนำกิจกรรมดนตรีบำบัดมาใช้กับผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมแยกตัว และไม่เข้าสังคม สำหรับในประเทศไทย พบว่า มีงานวิจัยเกี่ยวกับการนำดนตรีมาใช้ในการบำบัดเพื่อลดอาการปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ (เกศินี รัตนมณี, 2551) เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (เบญจมาศ จันทน์นวล, 2551) และในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (สุนีย์ สุทธิวีระขจร, 2547; อาริยา สอนบุญ, 2543) หรือลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา (กัลยาณี เจนนุศาสตร์, 2541) แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมการบำบัดทางการแพทย์ที่ใช้แนวคิดเกี่ยวกับดนตรีบำบัดมาใช้ร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้สูงอายุซึ่งมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ ได้มองเห็นความสำคัญในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว โดยเลือกแนวทางที่เป็นบทบาทอิสระของวิชาชีพการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดในการจัดกิจกรรมการบำบัดทางการแพทย์มาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุและเลือกแนวคิดการใช้ดนตรีบำบัดมาผสมผสานกับแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนระหว่างและหลังได้รับกิจกรรมการบำบัดทางการแพทย์โดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม

### คำถามการวิจัย

ผลของการบำบัดทางการแพทย์โดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมสามารถลดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้หรือไม่ อย่างไร



## แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาปัญหาของงานวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แนวคิดในการสร้างกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล 2 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดในการใช้ดนตรีบำบัดของ Gerdner (1997) และแนวคิดในการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของ Hall (1988) ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับการนำดนตรีมาใช้ในการบำบัดของ Gerdner (1997) ได้อธิบายถึงทฤษฎีพื้นฐานของลักษณะเฉพาะของการจัดกระทำเกี่ยวกับดนตรีสำหรับพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยพัฒนา Middle range theory เพื่ออธิบายผลกระทบของลักษณะเฉพาะของดนตรีสำหรับพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งนี้ดนตรีจะส่งผลกระทบต่อวงจรของระบบประสาทที่ถูกทำลาย ส่งผลต่อการรับรู้วัน เวลาและสถานที่ มีคุณสมบัติในการเบี่ยงเบนความสนใจ ช่วยสร้างสัมพันธภาพในสังคม ส่งผลต่อความจำและเพิ่มกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดย Gerdner (1997) ศึกษาเกี่ยวกับการนำดนตรีบำบัดมาใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวาย ซึ่งต้องใช้ดนตรีที่มีลักษณะเฉพาะต่อพฤติกรรม เป็นดนตรีที่มีคุณสมบัติในการช่วยผ่อนคลาย เป็นดนตรีที่มีจังหวะสม่ำเสมอ เพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวาย เบี่ยงเบนความสนใจไปสู่สิ่งที่ทำให้เกิดความสุขทางใจมากกว่า ช่วยลดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการกระตุ้นจากสิ่งเร้า (Gerdner, 2000) ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้เลือกใช้ดนตรีตามแนวคิดของ Gerdner ซึ่งแนะนำให้ใช้ดนตรีในการบำบัดสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30-45 นาที ทั้งหมด 5 สัปดาห์ และควรเลือกจัดกิจกรรมในช่วงเวลาที่ไม่รบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Gerdner, 1997)

สำหรับแนวคิดเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวายตามแนวคิดของ Hall (1988) กล่าวไว้ว่า การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุต้องเริ่มจากการประเมินสิ่งแวดล้อม ที่พักอาศัยและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และเน้นหลักการในการจัดสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยให้เหมาะสม เพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยเน้นให้ผู้สูงอายุเกิดความคุ้นเคยกับที่อยู่อาศัยและการดำรงชีวิต ความสว่างของแสงและเสียงต้องไม่รบกวนการพักผ่อนและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ ดังนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะช่วยลดพฤติกรรมกระวนกระวายเมื่อถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายนอก จากการศึกษาเกี่ยวกับ



การจัดสิ่งแวดล้อม พบว่าสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย แสงและเสียงในระดับคงที่ อุณหภูมิคงที่ สภาพอากาศปกติ จะลดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายได้

แนวคิดการจัดสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของ Hall (1988) ประกอบด้วยหลักสำคัญ 3 ประการดังนี้

1. ความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการจัดสิ่งแวดล้อมและที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สามารถปฏิบัติกิจวัตรได้เองมากที่สุด เช่น ลักษณะของที่พักอาศัย แสงสว่าง อุปกรณ์ของใช้ต่างๆ และสิ่งเร้าภายนอก เป็นต้น

2. ความคุ้นเคย ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักมีความบกพร่องในการรับรู้และการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ดังนั้น การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรืออุปกรณ์ของใช้บ่อยๆมักทำให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายได้

3. การชะลอความเสื่อมของสมอง ควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการฟื้นฟูความจำต่างๆ และคงไว้ซึ่งความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ตามสภาพ ซึ่งการจัดสิ่งแวดล้อมและที่พักอาศัยจึงควรส่งเสริมการเรียนรู้ด้านต่างๆ และอุปกรณ์ของใช้ต่างๆควรเอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

จากแนวคิดและข้อมูลหลักฐานการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

### สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบศึกษากลุ่มเดี่ยววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) (Polit and Beck, 2004) วัดซ้ำ 6 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์

**ประชากร** คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ไม่มีความผิดปกติของการได้ยิน มี

ภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการประเมินจากแบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น, 2542) และมีพฤติกรรมกระวนกระวายที่ได้รับการประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายที่แปลจากแบบประเมิน CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory) ของ Jiska Cohen-Mansfield (1989)

**ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย** คือ พฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

### **คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย**

**พฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม** หมายถึง การแสดงออกทางการใช้ภาษา น้ำเสียงและการกระทำที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อความปลอดภัย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมของผู้สูงอายุ โดยอาการเกิดจากความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมอง ทำให้มีความบกพร่องในการรู้คิดและการรับรู้ (Cognitive deficits) สูญเสียความจำ (Memory impairment) การตัดสินใจ (Decision making deficit) และการเรียนรู้ (Cognitive disturbance) โดยภาวะสมองเสื่อมได้รับการประเมินจากแบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น, 2542) ได้คะแนนน้อยกว่าจุดตัด (น้อยกว่า 14 คะแนน) ซึ่งสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมในระดับเล็กน้อยและปานกลาง (Mild and moderate dementia) และพฤติกรรมกระวนกระวายได้รับการประเมินจากแบบประเมิน CMAI (The Cohen -Mansfield Agitation Inventory) ของ Jiska Cohen-Mansfield (1989) ซึ่งแบ่งลักษณะพฤติกรรมเป็น 5 กลุ่มอาการ และมีทั้งหมด 29 พฤติกรรม ดังนี้

**กลุ่มที่ 1 พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย (Aggressive behaviors)** หมายถึง อาการที่แสดงออกทางกายไม่เหมาะสม มีความก้าวร้าวรุนแรง และก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและบุคคลอื่น มี 9 พฤติกรรม ได้แก่ ถ่มน้ำลาย (Spitting) แข่ง/ด่า (Cursing/verbal aggression) ทูบตี (Hitting) เตะ (Kicking) แย่งของคนอื่น (Grabbing onto people) ผลัก/ดัน (Pushing) กัด (Biting) ข่วน (Scratching) และฉีกหรือทำลายข้าวของ (Tearing things/destroying property)

**กลุ่มที่ 2 พฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางกาย (Physically non aggressive behaviors)** หมายถึง อาการที่แสดงออกทางกายไม่เหมาะสม แต่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและบุคคลอื่น มี 6 พฤติกรรม ได้แก่ เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย (Pace/aimless wandering) แต่งตัวไม่เหมาะสม (Inappropriate dress/disrobing) พยายามหนีไปอยู่สถานที่อื่น (Trying to get to a

different place) จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม (Handling things inappropriately) ทำกิจกรรมซ้ำๆ (Performing repetitious mannerisms) และกระสับกระส่าย (General restlessness)

**กลุ่มที่ 3 พฤติกรรมกระวนกระวายทางภาษา (Verbally agitated behaviors)** หมายถึง อาการที่แสดงออกทางคำพูดและภาษาที่ไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุสมผล มี 5 พฤติกรรม ได้แก่ บ่น/คร่ำครวญ (Complaining) เรียกร้องความสนใจ (Constant unwarranted request for attention or help) พุดทางลบ (Negativism) กรีดร้อง (Screaming) และถามหรือพูดประโยคซ้ำๆ (Repetitive sentence/questions)

**กลุ่มที่ 4 พฤติกรรมปกปิดและเก็บซ่อนไว้ (Hiding and Hoarding behaviors)** หมายถึง อาการแสดงที่ไม่สมเหตุสมผลเกี่ยวกับสิ่งของต่างๆ มี 2 พฤติกรรม ได้แก่ ซ่อนสิ่งของ (Hiding things) และสะสมสิ่งของ (Hoarding things)

**กลุ่มที่ 5 พฤติกรรมกระวนกระวายอื่นๆ (Other agitated behaviors)** หมายถึง อาการแสดงอื่นๆ ที่ไม่เหมาะสม มี 7 พฤติกรรม ได้แก่ แกล้งหกล้ม (Intentional falling) กินของแปลกๆ (Eating/drinking inappropriate substances) ขว้างปาสิ่งของ (Throwing things) ทำร้ายตัวเอง/ผู้อื่น (Hurt self or other) พุดจาฉนวนลามทางเพศ (Making verbal sexually advances) มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม (Making physical sexual advances) และส่งเสียงแปลกๆ (Strange noises)

**กิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม** หมายถึง การจัดกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมโดยใช้ดนตรีและการจัดสิ่งแวดล้อม ซึ่งการจัดกิจกรรมต้องไม่ขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อการรักษาของแพทย์ และเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลผู้ให้การบำบัดทางการพยาบาลสามารถเลือกกิจกรรมที่นำมาใช้ในการบำบัดได้เหมาะสม เป็นประโยชน์ และเกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย รวมทั้งญาติได้รับความพึงพอใจในการให้การพยาบาล ซึ่งกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการทางการพยาบาล (Nursing Process) 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. **การรวบรวมข้อมูลและการประเมิน** ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลด้านต่างๆ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและที่พักอาศัย ข้อมูลในการจัดกิจกรรม ข้อมูลด้านดนตรี ข้อมูลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นจึงประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย ประเมินสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย และดนตรี เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาค้นหาปัญหา อุปสรรค และความเป็นไปได้ในการดำเนินกิจกรรม ประเมินความพร้อมของดำเนินกิจกรรม

2. **การวางแผนกิจกรรม** ได้แก่ การตั้งวัตถุประสงค์ให้สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการและความสนใจของผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ จากนั้นจึงทำการ วิเคราะห์และคัดเลือกกิจกรรม การจัดหากิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยผ่านกระบวนการคิด เชิงวิเคราะห์มาแล้วอย่างรอบคอบ

3. **การดำเนินกิจกรรม** การบูรณาการกิจกรรมให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของ กิจกรรม ทำความเข้าใจต่อผู้สูงอายุและทำความเข้าใจกับกิจกรรมอย่างชัดเจน ได้แก่

3.1 **กิจกรรมด้านดนตรี** หมายถึง การจัดกิจกรรมการบำบัดทางการ พยาบาลโดยใช้ดนตรีที่มีคุณสมบัติในการผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจ ตามแนวคิดของ Gerdner (1997) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เป็นการใช้ดนตรี เป็นเพลงที่มีเนื้อร้องและมีจังหวะซ้ำๆ ใช้ เพลงที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยและชื่นชอบ ได้แก่ เพลงลูกกรุง เพลงสุนทราภรณ์ ประกอบด้วยกิจกรรม 2 กิจกรรม ได้แก่

3.1.1 **กิจกรรมเคาะจังหวะตามเสียงเพลง** โดยเลือกใช้ อุปกรณ์ดนตรีที่ทำให้เกิดเสียง ให้ผู้สูงอายุเลือกอุปกรณ์และเคาะอุปกรณ์ตามจังหวะเสียงเพลง เพื่อส่งเสริมและพัฒนาทักษะด้านความคิด ความจำ การรับรู้ การสั่งการ และการประสานงาน ระหว่างสมองสั่งการและกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ

3.1.2 **กิจกรรมเปิดดนตรีเสียงตามสาย** โดยให้ผู้สูงอายุมานั่ง รวมกลุ่มและฟังเพลงที่เปิดตามสาย เพื่อส่งเสริมและพัฒนาทักษะด้านการฟัง ความจำ การรับรู้ การใช้กล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ทักษะในการใช้ภาษา การสื่อสาร การมีส่วนร่วมในสังคม

3.2 **กิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อม** หมายถึง การจัดกิจกรรมการบำบัด ทางการพยาบาลโดยการปรับสภาพที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมรอบๆ ที่พักอาศัยให้เหมาะกับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวาย เพื่อลดสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิด พฤติกรรมกระวนกระวาย สับสน ป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุและบุคคลอื่น ส่งเสริมให้มี การรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่และบุคคลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งชะลอความเสื่อมของสมอง และคงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตามแนวคิดของ Hall (1988) ได้แก่

3.2.1 **กิจกรรมด้านกายภาพ** ได้แก่ การปรับสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้สูงอายุ รวมทั้งอาคารที่พักของผู้สูงอายุ ได้แก่

1) การปรับแสง โดยการปรับแสงสว่างในอาคารที่พัก และห้องพักต้องไม่ใช้แสงที่สว่างหรือสลัวเกินไป ใช้กำลังไฟ 100-200 วัตต์ ในพื้นที่ทำกิจกรรม

- 2) การปรับเสียง ไม่ให้มีเสียงรบกวนจากภายนอก หรือปรับลดเสียงรบกวนจากภายนอกโดยการติดม่านในห้องนอนและม่านหน้าต่าง
- 3) การปรับอุณหภูมิ ภายในอาคารและห้องพัก เปิดระบายอากาศให้ถ่ายเท อุณหภูมิไม่ร้อนจัดหรือเย็นจัด อุณหภูมิที่เหมาะสมประมาณ 24-27 องศา
- 4) การปรับสีผนัง อุปกรณ์ของใช้ ปรับอุปกรณ์และของใช้ให้เป็นโทนสีเย็น เช่น ฟ้า น้ำเงิน เขียว ลดโทนสีร้อน เช่น แดง ส้ม เหลือง
- 5) การจัดทำปฏิทินและนาฬิกาให้มีขนาดใหญ่ มองเห็นได้ชัดเจนเพื่อส่งเสริมด้านการรับรู้วันและเวลา
- 6) การปรับกลิ่นภายในอาคารและห้องพัก ลดกลิ่นอับจากสิ่งไม่พึงประสงค์ เพิ่มการระบายอากาศและกลิ่นหอมจากสมุนไพรและกลิ่นหอมจากธรรมชาติ

**3.2.2 กิจกรรมด้านบุคคล** ได้แก่ การอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้สูงอายุ เรื่องการใช้ดนตรีและการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวาย เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรและเจ้าหน้าที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างเหมาะสม โดยไม่รบกวนการดำรงชีวิตปกติของผู้สูงอายุ หรือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายและสับสน

**4. การประเมินผลกิจกรรม** ได้แก่ การประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุหลังได้รับการบำบัด การประเมินประสิทธิผลของกิจกรรม และผลจากการดำเนินกิจกรรม

#### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายทั้งในสถานพยาบาลและสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม
2. เพื่อเป็นแนวทางด้านการศึกษาวิจัย ในการพัฒนาองค์ความรู้ทางการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing Intervention) ในการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลให้กับผู้สูงอายุ



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของการบำบัดทางการแพทย์โดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยได้ศึกษาดำเนินการเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อเป็นพื้นฐานการวิจัย เสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
  - 1.1 สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม
  - 1.2 อาการของภาวะสมองเสื่อม
  - 1.3 การจำแนกระดับความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม
  - 1.4 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม
  - 1.5 การรักษาภาวะสมองเสื่อม
  - 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม
2. พฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
  - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมกระวนกระวาย
  - 2.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย
  - 2.3 การประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย
  - 2.4 การจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวาย
3. แนวคิดการใช้ดนตรีบำบัดในผู้สูงอายุ
  - 3.1 ความหมายของดนตรีบำบัด
  - 3.2 ลักษณะเด่นและประโยชน์ของดนตรีบำบัด
  - 3.3 ลักษณะดนตรีสำหรับผู้สูงอายุ
  - 3.4 ผลของดนตรีต่อพฤติกรรมกระวนกระวาย
4. แนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมในผู้สูงอายุ
  - 4.1 แนวคิดในการจัดสิ่งแวดล้อม
  - 4.2 การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ
  - 4.3 การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

5. กิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล
  - 5.1 การบำบัดทางการพยาบาล
  - 5.2 กิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล
6. สถานสงเคราะห์คนชรา
  - 6.1 รูปแบบสถานสงเคราะห์คนชรา
  - 6.2 ความเป็นมาของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค
  - 6.3 รูปแบบการบริการของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค
7. บทบาทของพยาบาลในการดูแลและจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

American Psychiatric Association (1995) กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ซึ่งจะทำให้เกิดความผิดปกติด้านสติปัญญา ความคิด และความจำบกพร่อง หลงลืม ทั้งความจำระยะสั้น และความจำระยะยาว การตัดสินใจ ผิด ความคิดแบบนามธรรมผิด มีปัญหาด้านการใช้ภาษา การพูดซ้ำๆ ไม่เข้าใจภาษาพูด มีความสับสนในเรื่องของเวลา สถานที่และบุคคล รวมทั้งมีความผิดปกติของอาการทางจิตและการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการเข้าสังคม

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ในส่วนของเปลือกสมอง (Cerebral cortex) และเส้นประสาทที่เกี่ยวข้อง (Related neurons) โดยการดำเนินของโรคมักเป็นไปอย่างช้าๆ และต่อเนื่อง พบว่ามีการสูญเสียความทรงจำระยะสั้น (Short-term memory) และระยะยาว (Long-term memory) มีความบกพร่องด้านการตัดสินใจ (Decision making) มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ (Deterioration in personality) มีความผิดปกติของความคิดนามธรรม (Abstract thinking) หรือมีอาการแสดงที่ผิดปกติในการทำงานของสมองส่วนอื่นๆ เช่น ไม่สามารถพูดหรือเข้าใจภาษาพูด (Use of languages) ทักษะการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Movement skills) การแปลความรู้สึกผิดพลาด เป็นต้น โดยที่มีระดับความรู้สึกรู้ตัวปกติ และอาการที่เกิดขึ้นจะต้องมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตในสังคม (เดชา ปิยะวัฒน์กุล, 2543; Burns, O'Brien and Ames, 2005)

สิรินธร ฉันทศิริกาญจน (2551) กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีการเสื่อมถอยความสามารถทางสมองไปเรื่อยๆ ทำให้มีความจำบกพร่อง ซึ่งในช่วงแรกๆนั้น จะไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆได้ เมื่อมีอาการมากขึ้นจะเริ่มลืมสิ่งเก่าๆที่เคยเรียนรู้ มีปัญหาในเรื่องของการคิดคำนวณ สมาธิ การรับรู้ตนเองกับสิ่งแวดล้อม และความสามารถในการใช้ภาษาลดลง

กล่าวโดยสรุป ภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ส่งผลทำให้มีความเสื่อมของสมอง เกิดความผิดปกติด้านการรับรู้ การรู้คิด สถิติปัญญา ความคิด ความจำ และพฤติกรรมต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ รวมทั้งไม่สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้

### 1.1 สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมพบว่า สาเหตุที่แท้จริงยังไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่นอน แต่จากการศึกษาของผู้เชี่ยวชาญกล่าวว่า สาเหตุของภาวะสมองเสื่อมมีหลายสาเหตุ (สิรินธร ฉันทศิริกาญจน, 2543; Burns, O'Brien and Ames, 2005; Qizilbash et al., 2002) ดังต่อไปนี้

1.1.1 การเสื่อมสลายของเนื้อสมอง หรือเกิดจากเซลล์ของเนื้อสมองตาย ซึ่งยังหาสาเหตุไม่ได้แน่ชัดว่า เกิดจากสาเหตุใดที่ทำให้เซลล์สมองตายและไม่มีเซลล์สมองใหม่เกิดขึ้นทดแทน เมื่อเนื้อสมองที่สามารถทำงานได้ปกติมีจำนวนน้อยลง ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนปกติ เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) โรคพิก (Pick disease) เป็นต้น

1.1.2 ภาวะหลอดเลือดสมองตีบ เกิดจากผนังด้านในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองผิดปกติ ได้แก่ ผนังหลอดเลือดหนาตัว ขาดการยืดหยุ่น ผนังหลอดเลือดแข็ง เส้นเลือดตีบตัว มีไขมันสะสมได้ผนังหลอดเลือด เกิดขรุขระ ทำให้เลือดไปหล่อเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆ ไม่สมบูรณ์ เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง ทำให้เนื้อสมองตาย ระยะแรกเนื้อสมองตายเล็กน้อย จะไม่ปรากฏอาการผิดปกติ แต่เมื่อเนื้อสมองตายขาดเลือดมากขึ้น ทำให้เนื้อสมองตายจำนวนมากจนเกิดอาการผิดปกติให้เห็น โดยเริ่มมีอาการหลงลืมหรือสมองเสื่อมได้ เรียกภาวะสมองเสื่อมจากสาเหตุของหลอดเลือดสมองผิดปกติว่า Vascular dementia มักพบในผู้ป่วยที่มีโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดต่างๆ เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน เป็นต้น

1.1.3 ภาวะติดเชื้อในสมอง เมื่อมีการติดเชื้อในสมอง ทำให้เกิดการอักเสบที่สมองส่วนนั้น เซลล์สมองบางส่วนจะตาย เกิดโรคที่เนื้อสมอง การติดเชื้อในสมองที่พบบ่อย มักเป็น

เชื้อไวรัส เช่น เชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคไข้มองอักเสบ เชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคคว่ำบ้า หรือเชื้อไวรัสโรคติดต่อต่างๆ เช่น โรคซิฟิลิส เชื้อเอชไอวี โดยรอยโรคที่พบในเนื้อสมองที่ปรากฏจะมีผลต่อความเฉลียวฉลาดและการทำงานของสมอง

1.1.4 การขาดสารอาหารบางชนิด มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ โดยเฉพาะการขาดวิตามิน เช่น วิตามินบี 1 หรือ วิตามินบี 12 และสาร Folic acid

วิตามินบี 1 ช่วยทำให้การทำงานของเซลล์สมองเป็นไปตามปกติ คนที่ติดแอลกอฮอล์ เป็นโรคพิษสุราเรื้อรังหรือดื่มเหล้าเบียร์มากๆ และไม่รับประทานอาหาร ทำให้ได้วิตามินไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ทำให้เซลล์สมองเสื่อมและตายในที่สุด

วิตามินบี 12 มีความสำคัญต่อการทำงานของสมอง ซึ่งมีอยู่ในอาหารประเภทเนื้อสัตว์ สำหรับผู้ที่รับประทานอาหารประเภทมังสวิรัติอย่างเคร่งครัด ไม่ได้รับประทานเนื้อสัตว์มาเป็นเวลานานๆ หลายปี อาจขาดวิตามินชนิดนี้ได้ จึงควรได้รับวิตามินเสริม เพื่อให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอกับการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย

1.1.5 ระบบเผาผลาญของร่างกายผิดปกติ เช่น การทำงานของต่อมไร้ท่อ โดยเฉพาะต่อมไทรอยด์ทำงานหนักมากหรือน้อยเกินไป การทำงานของต่อมหมวกไตผิดปกติ การทำงานของตับ หรือต่อมใต้สมองทำงานผิดปกติ ส่งผลต่อการสร้างฮอร์โมนในการเผาผลาญพลังงานถูกกระตุ้นหรือยับยั้งมากเกินไป ทำให้สมองทำงานมากกว่าปกติ ส่งผลต่อความเสื่อมของสมองได้

1.1.6 สมองได้รับการกระทบกระเทือน จากอุบัติเหตุ เช่น หกล้มศีรษะกระแทกพื้น อุบัติเหตุทางรถยนต์ หรือบางรายที่ประกอบอาชีพที่เสี่ยงต่อการถูกกระทบกระเทือนที่ศีรษะและสมองบ่อยๆ เช่น นักมวย นักกีฬาที่ต้องใช้ศีรษะกระแทกสิ่งต่างๆ ทำให้เซลล์สมองได้รับความกระทบกระเทือน เกิดการเสื่อมและตายได้มากกว่าคนปกติ

1.1.7 การเกิดเนื้องอกในสมอง เกิดฝีในสมอง หรือการคั่งของน้ำหล่อเลี้ยงสมอง ซึ่งอาการของโรคเนื้องอกในสมองมีลักษณะคล้ายกับภาวะสมองเสื่อมและอาการจะขึ้นอยู่กับบริเวณที่เกิดเนื้องอก หรือเกิดการกดทับเนื้อสมอง โดยเฉพาะเนื้องอกที่เกิดตรงบริเวณด้านหน้าของสมอง จะทำให้ความเฉลียวฉลาดลดลง บุคลิกภาพเปลี่ยนไป ความจำและการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงไป

1.1.8 การได้รับยาหรือสารพิษที่มีผลต่อการทำงานของสมอง เช่น ยานอนหลับ ยาแก้ปวด และยาคลายเครียด เป็นต้น ซึ่งยาประเภทดังกล่าวถ้าได้รับในขนาดสูงเกินไป หรือสะสมอยู่ในร่างกายนานๆ จะทำให้การทำงานของสมอง สติปัญญาและความเฉลียวฉลาดลดลง

บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป มีอาการสมองเสื่อม ส่วนสารที่เป็นพิษต่อสมองที่ทำให้สมองเสื่อม ได้แก่ แอลกอฮอล์ สารจากตะกั่วปรอท และก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ เป็นต้น

1.1.9 จากพันธุกรรมหรือการได้รับสารพิษจากสิ่งแวดล้อม ทำให้รหัสทางพันธุกรรมเปลี่ยนแปลง เกิดการกลายพันธุ์ ส่งผลต่อกระบวนการทำงานของสมอง ทำให้สมองเสื่อมได้ในที่สุด

1.1.10 เกิดจากการสร้างสารสื่อประสาทลดลง ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีระดับของโคลีนอะซิติลทรานเฟอเรส (Choline acetyltransferase) ในสมองลดลง โดยสารสื่อประสาทนี้สังเคราะห์จากอะซิติลโคลีน (Acetylcholine) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิดของมนุษย์

## 1.2 อาการของภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษาเกี่ยวกับอาการของภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุหรือคนทั่วไป อาการและอาการแสดงจะมีลักษณะคล้ายกัน แต่อาการจะขึ้นอยู่กับรอยโรคที่สมอง สาเหตุที่เป็นปัจจัยนำทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งอาการของภาวะสมองเสื่อมจำแนกตามลักษณะอาการได้ 2 กลุ่ม ได้แก่

**กลุ่มที่ 1** จำแนกอาการตามหลักของกรมสุขภาพจิต (2546) และ WHO (1994) มีอาการแสดงดังนี้

1) การเสื่อมด้านการรู้คิด (Multiple cognitive deficits) และสติปัญญา เช่น การคิดลำดับเหตุการณ์ การคิดแบบนามธรรม (Abstract thinking) เป็นต้น

2) สูญเสียความทรงจำ (Memory impairment) หรือความจำบกพร่อง ทั้งความจำระยะสั้นและความจำระยะยาว

3) สูญเสียความสามารถในการเรียนรู้ การรู้คิด (Cognitive disturbance) ซึ่งมีหลายอาการ ดังนี้

3.1) ความผิดปกติด้านการใช้ภาษา (Aphasia)

3.2) ความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว (Apraxia)

3.3) การตัดสินใจต่อปัญหาบกพร่อง (Decision making deficit)

3.4) มีความสับสนในสภาพแวดล้อม ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ หรือบุคคล

4) บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เช่น ก้าวร้าว กระวนกระวาย เจ็บข้อม หรือมีการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น



5) การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น อารมณ์ไม่คงที่ โมโหง่าย โกรธง่าย หงุดหงิดง่ายหรืออาจมีอาการซึมเศร้า เป็นต้น

**กลุ่มที่ 2** แบ่งอาการสมองเสื่อมออกเป็นอาการทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ตามหลักการของ Burns, O'Brien and Ames (2005) และ Fimkel (2001) ดังนี้

1) อาการทางด้านร่างกายและพฤติกรรม (Physical and behavioral symptom) ได้แก่

1.1) การเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย (Wandering) เป็นอาการทางกายที่พบว่าเป็นปัญหามากสำหรับผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่สนใจที่จะดูแลตนเองและผู้ดูแล ต้องเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

1.2) อาการกระวนกระวาย (Agitate behavior) เป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสำคัญในการดำเนินชีวิต โดยพฤติกรรมกระวนกระวายเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าสู่สังคมได้ เช่น การกรีดร้อง การทำร้ายตัวเองหรือบุคคลรอบข้าง การแต่งกายไม่ถูกกาลเทศะ เป็นต้น

1.3) การมีปฏิกิริยาเกรี้ยวกราดรุนแรง (Catastrophic reaction) เป็นการแสดงออกที่ก้าวร้าวและรุนแรงต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น เช่น อาการเกรี้ยวกราด อารมณ์โกรธรุนแรง ฉุนเฉียว การตะโกนด่าทอ พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น การข่มขู่ทำร้ายบุคคลรอบข้าง หรือการทำร้ายผู้อื่น

1.4) อาการบ่นว่า เป็นอาการที่ผู้สูงอายุกล่าวหาบุคคลรอบข้างโดยไม่เป็นเรื่องจริง และไม่สมเหตุผล ซึ่งอาจเกิดจากอาการหลงผิดของผู้สูงอายุ เช่น การบ่นว่าผู้ดูแลว่าไม่ได้หาอาหารให้ตนรับประทาน

1.5) การขาดการยับยั้งชั่งใจ (Disinhibition) พบว่า ผู้สูงอายุสูญเสียการควบคุมตนเอง และความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นไม่เหมาะสม เช่น การแสดงอาการโกรธอย่างรุนแรงโดยไม่สมเหตุผล

1.6) พฤติกรรมการรับประทานอาหารพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารผิดปกติ เช่น การรับประทานอาหารมากกว่าปกติ เนื่องจากจำไม่ได้ว่ารับประทานอาหารไปแล้ว

1.7) พฤติกรรมเอาแต่ใจตนเองและการต่อต้าน (Intrusiveness & Negativism) ผู้ป่วยจะมีความอดทนในการรอคอยสั้น ความสนใจหรือความตั้งใจในการทำ

กิจกรรมน้อยลง บางครั้งจะเรียกร้องความสนใจ เมื่อต้องการในสิ่งที่อยากได้ มีพฤติกรรมในทางต่อต้านมากขึ้น

## 2) อาการทางด้านจิตใจ (Psychotic symptom) ได้แก่

2.1) อาการหลงผิด (Delusion) อาการหลงผิดเป็นอาการทางจิตที่พบมากที่สุดกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น หลงผิดคิดว่าจะมีคนมาทำร้าย มาขโมยของ หรือหลงผิดเกี่ยวกับเวลา คิดว่ากลางวันเป็นกลางคืน กลางคืนเป็นกลางวัน

2.2) อาการประสาทหลอน (Hallucination) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากจะประสาทหลอนทางตามากที่สุด (Visual hallucination) รองลงมา คือ ประสาทหลอนทางหู (Auditory Hallucination) อาการประสาทหลอนมักทำให้ผู้สูงอายุหวาดกลัว ไม่มีความมั่นคงในการดำเนินชีวิต

2.3) ภาวะซึมเศร้า (Depression) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกจะมีอาการซึมเศร้า เนื่องจากรู้สึกที่ตนเองสูญเสียความสามารถในด้านต่างๆ การตัดสินใจ หรือความจำต่างๆ รวมทั้งสติปัญญาด้านต่างๆ เสียไป หรือบางครั้งภาวะซึมเศร้าอาจเกิดร่วมกับภาวะสมองเสื่อม

2.4) อาการเฉยชา ไร้อารมณ์ (Apathy) มักพบในระยะแรกของภาวะสมองเสื่อม เมื่อผู้สูงอายุไม่สนใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เริ่มแยกตัวออกจากสังคม อยู่คนเดียว แสดงสีหน้าและอารมณ์เฉยเมย การตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นลดลง ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

2.5) ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) เมื่อผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ความจำ การตัดสินใจ ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในตัวเอง เริ่มมีอาการกลัว กังวลในการดำรงชีวิตปกติ ไม่มั่นใจที่จะอยู่คนเดียว กังวลเกี่ยวกับอาการและโรคกลัวการถูกทอดทิ้ง

## 1.3 การจำแนกระดับความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมมักจะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยจะค่อยๆ เพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ตามความเปลี่ยนแปลงของความเสื่อมของสมอง ซึ่งสามารถจำแนกความรุนแรงได้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543; American Psychiatric Association, 1995) ดังนี้

1.3.1 สมองเสื่อมระดับเล็กน้อย (Mild dementia) ระยะเวลาในการดำเนินอาการอยู่ในช่วง 1-4 ปี ผู้ป่วยมีอาการลืม สูญเสียความจำและการทำหน้าที่ชัดเจน แต่ยังสามารถ

ช่วยเหลือตัวเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ความสามารถในการดูแลสุขอนามัยของตนเอง ปกติ ความสามารถในการตัดสินใจเรื่องต่างๆยังปกติ และยังสามารถแก้ไขปัญหาชีวิตประจำวัน บางอย่างได้บ้าง อาการที่แสดงให้เห็น ได้แก่

- 1) ลืมว่าวางของไว้ที่ไหน
- 2) ลืมชื่อคนที่เคยรู้จักเป็นอย่างดี
- 3) หลงทางเมื่อเข้าไปในที่ที่ไม่คุ้นเคย
- 4) ผู้ร่วมงานเริ่มรู้สึกว่าคุณป่วยทำงานผิดพลาด
- 5) เริ่มนึกคำหรือชื่อไม่ออก
- 6) อ่านหนังสือหรือบทความแล้วจับใจความได้เพียงเล็กน้อย
- 7) จำชื่อคนที่ถูกแนะนำใหม่ไม่ค่อยได้
- 8) ทำของมีค่าหายหรือวางไว้ผิดที่
- 9) ความสามารถในการจัดการด้านการงานและด้านสังคมลดลง

**1.3.2 สมองเสื่อมระดับปานกลาง (Moderate dementia)** ระยะเวลาในการดำเนินอาการอยู่ในช่วง 4-8 ปี มีความบกพร่องเรื่องความจำมากขึ้น เริ่มมีอาการสับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้ ความสามารถในการดูแลและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องมีผู้ดูแลในการช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถอยู่คนเดียวได้ อาจเกิดอันตรายในการดำเนินชีวิต อาการที่แสดงให้เห็น ได้แก่

- 1) ความรู้ในเรื่องเหตุการณ์ปัจจุบันลดลง
- 2) ความสามารถในการเดินทางลดลง
- 3) ความสามารถในการใช้เงินลดลง
- 4) มีความบกพร่องเกี่ยวกับประวัติบุคคลต่างๆ
- 5) แสดงท่าทีเฉยเมย
- 6) ถอนตัวเมื่อมีสถานการณ์ที่ขัดแย้งเกิดขึ้น
- 7) ไม่สามารถทำความเข้าใจกับเรื่องราวที่เป็นความต่อเนื่องกัน
- 8) ลืมสิ่งของที่ใช้ในชีวิตประจำวัน
- 9) หลงวัน เวลา สถานที่
- 10) ไม่สามารถนับเลข บวกเลข ลบเลขได้
- 11) มีปัญหาในเรื่องการแต่งตัว

**1.3.3 สมองเสื่อมระดับรุนแรง (Severe dementia)** ระยะเวลาในการดำเนินอาการอยู่ในช่วง 8 ปีขึ้นไป สูญเสียความจำอย่างมาก พุดจาสับสน พุดคุยไม่รู้เรื่อง ไม่สามารถแก้ปัญหาและตัดสินใจเรื่องต่างๆได้เลย รวมทั้งไม่สามารถดูแลตนเองและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้เลย ต้องมีผู้ดูแลในการดูแลและช่วยเหลือทั้งหมด และอาจมีความพิการด้านร่างกายร่วมด้วย อาการที่แสดงให้เห็น ได้แก่

- 1) มีความคิดหลงผิด ย้ำคิดย้ำทำ
- 2) วิตกกังวล ร้อนใจ กังวลต่อเหตุร้ายแรงที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริง
- 3) ขาดความสามารถในการตัดสินใจ
- 4) ไม่สามารถคิดและตั้งใจที่จะทำกิจกรรมให้ลุล่วงได้
- 5) สูญเสียความสามารถในการใช้ถ้อยคำ
- 6) ไม่พูดแต่จะใช้วิธีส่งเสียงทางจมูก
- 7) กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- 8) ไม่สามารถรับประทานอาหารหรือเลือกอาหารรับประทานเองไม่ได้
- 9) สมองไม่สามารถสั่งการให้ร่างกายกระทำตามสิ่งที่ต้องการได้ เช่น การเดิน การยืน การก้าวเท้า หรือการพุด เป็นต้น
- 10) ตรวจพบความผิดปกติของระบบประสาทที่เปลือกสมองและเนื้อสมองทางห้องตรวจปฏิบัติการ

#### 1.4 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยเสี่ยงที่มีทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ อาจเกิดจากตัวบุคคลหรือสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปดังต่อไปนี้

**1.4.1 ด้านอายุ** จากอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมทั่วโลก และในประเทศไทยพบว่าอายุเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม โดยพบว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น การทำงานของสมองจะเสื่อมถอยลง เนื่องจากการเสื่อมและการตายของเนื้อสมองที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งกระบวนการซ่อมแซมหรือสร้างเซลล์เนื้อสมองลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าคนวัยอื่นๆ

**1.4.2 โรคประจำตัว** พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมได้มาก เช่นโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดในสมองตีบ

โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งโรคประจำตัวที่กล่าวมามากเป็นโรคประจำตัวที่พบมากในคนทั่วไป และเนื่องจากโรคเหล่านี้จะมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย เมื่อมีความผิดปกติ เลือดจะไปอวัยวะต่างๆในร่างกายได้น้อยลง รวมทั้งไปเลี้ยงสมองได้น้อยเช่นกัน ทำให้เซลล์สมองขาดเลือด เกิดการฝ่อลีบและตายในที่สุด

#### 1.4.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคล ได้แก่

1.4.3.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย สารอาหารที่มีผลต่อการชะลอความเสื่อมและบำรุงสมอง เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม พบว่าการรับประทานอาหารที่ไม่มีสารอาหารที่จำเป็นต่อความต้องการของร่างกาย จะเกิดภาวะทุพโภชนาการ และมีแนวโน้มให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้สูง

1.4.3.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกายมักเกิดโรคประจำตัวได้ง่ายนอกจากนี้ การหลังสารที่ทำให้เกิดความสุขจากระบบประสาทต่างๆทำงานน้อยเมื่อสมองทำงานน้อยเกิดการฝ่อและเมื่อไม่ได้ใช้งานนานๆ สมองส่วนดังกล่าวก็จะตายในที่สุด ก่อให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้

1.4.3.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่าการสูบบุหรี่จะเพิ่มอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง 2 เท่าและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

1.4.3.4 พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง การขาดการออกกำลังกาย มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเมื่อสูงอายุ

1.4.4 **สัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม** พบว่าลักษณะครอบครัวที่เป็นครอบครัวเดี่ยวมักทำให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินชีวิตตามลำพัง และการอยู่ในสังคมเมืองที่มีอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความว่าเหว่ สูญเสียคุณค่าในตนเอง เกิดอาการซึมเศร้า ขาดแรงบันดาลใจ ขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม ไม่มีกิจกรรมร่วมกับชุมชนและสังคม มักทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

### 1.5 การรักษาภาวะสมองเสื่อม

การรักษาภาวะสมองเสื่อมมีทั้งรักษาได้และรักษาไม่ได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม และการรักษาจะเริ่มรักษาที่ต้นเหตุของอาการสมองเสื่อม (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543; Qizilbash et al., 2002) ดังนี้



**1.5.1 การรักษาสาเหตุในรายที่มีภาวะสมองเสื่อมที่สามารถรักษาได้** (Treatable dementias) เช่น การติดเชื้อราในสมอง เนื้องอกในสมอง โรคติดเชื้อแอลกอฮอล์ โรคลมชัก ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น สาเหตุเหล่านี้สามารถรักษาให้หายได้ เมื่อรักษาที่สาเหตุจนหมดไปแล้ว อาการเสื่อมของสมองก็จะหายไปด้วย และนอกจากรักษาโรคทางกาย ยังสามารถรักษาโดยใช้ยาช่วยให้อาการทางสมองดีขึ้น

**1.5.2 การรักษาตามอาการในรายที่ไม่ทราบสาเหตุ** มักใช้ยารักษาอาการทางจิต ซึ่งจะรักษาตามอาการ เช่น อาการวุ่นวาย หงุดหงิด หรือบางรายที่มีอาการซึมเศร้า โดยใช้ยาทางจิตเวช เช่น ยาต้านอาการซึมเศร้า ยานอนหลับ ยาคลายเครียด คลายความวิตกกังวล เป็นต้น

**1.5.3 การรักษาในรายที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบรักษาไม่ได้** จะใช้การรักษาแบบประคับประคอง ไม่ให้อาการเสื่อมแย่ลง หรือชะลอความเสื่อมของสมองให้ช้าลง โดยการใช้ยาที่มีฤทธิ์ชะลอความเสื่อมของสมอง นอกจากการใช้ยาดังกล่าวแล้ว การจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นการจัดการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงด้านต่างๆ เช่น การทำร้ายตัวเอง การหกล้ม การเกิดอุบัติเหตุ การเดินหลงออกจากที่พักอาศัย เป็นต้น

## 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

จากแนวทางในการรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ได้รับการรักษาตามสาเหตุและประคับประคองหรือชะลอความเสื่อมของสมอง ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นการพยาบาลแบบองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาลได้แก่

**1.6.1 การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย** ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การทดสอบสมรรถภาพสมอง การประเมินระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การตรวจร่างกายทางห้องปฏิบัติการ และการประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล รวมถึงข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย โดยการประเมินจากการซักถาม สังเกต และจากการวินิจฉัยของแพทย์ร่วมกัน

**1.6.2 การวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม** จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมักมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแล ดังนั้นจึงควรวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ระหว่าง แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ รวมทั้งผู้ดูแลและญาติผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย

แต่ละราย ซึ่งเป็นกันวางแผนและตกลงร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม

**1.6.3 การสนับสนุนด้านกำลังใจ** การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลระบายความรู้สึก หรือซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งตอบข้อซักถาม รวมทั้งการส่งเสริมและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกท้อแท้ ขาดที่พึ่งและขาดกำลังใจ ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าในตนเอง และส่งเสริมกำลังใจต่อญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว

**1.6.4 การให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแล** โดยพยาบาลควรอธิบายเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การดำเนินของโรค การรักษา การดูแลผู้ป่วยให้ญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว การให้คำแนะนำและปรึกษา ร่วมทั้งการหาแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆ ให้แก่ญาติ การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อลดความตึงเครียดของญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว โดยผู้ดูแลควรมีแนวทางในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

#### 1.6.4.1 การส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่

1) การรับประทานอาหาร ได้แก่ การจัดสภาพบรรยากาศการรับประทานอาหารอย่างเดิม ทั้งเรื่องเวลาในการรับประทานอาหาร อาหาร ภาชนะใส่อาหาร ตำแหน่งของโต๊ะอาหารและเก้าอี้จัดอาหารที่คุ้นเคย อาหารไม่ควรมีหลายๆ อาจทำให้สับสนได้ เลือกอาหารที่ย่อยง่าย โดยหันอาหารให้เป็นชิ้นเล็กๆ เพื่อป้องกันการสำลัก ต้องกระตุ้นและบอกวิธีรับประทานอาหารให้ค่อยๆ เคี้ยวอาหาร กลืนช้าๆ ไม่ควรเคร่งครัดกับมารยาทบนโต๊ะอาหาร จัดบรรยากาศสบายๆ คอยเตือนล่วงหน้าเมื่อใกล้ถึงเวลาอาหาร ปรึกษาแพทย์เรื่องคุณค่าของอาหารที่ควรได้รับ ระวังอาหารที่ร้อนจัด เพราะผู้ป่วยอาจไม่รับรู้เกี่ยวกับอุณหภูมิความร้อน

2) การรับประทานยา ควรจัดยาให้ เพื่อป้องกันการรับประทานยาเกินขนาดหรืออาจไม่ได้รับยา ใช้อุปกรณ์จ่ายยาสำหรับหนึ่งวันหรือหนึ่งสัปดาห์ เพื่อควบคุมการช้ยาและช่วยให้ผู้สูงอายุรับประทานยาได้ด้วยตนเองนานขึ้น

3) การแต่งตัว ควรเตรียมเสื้อผ้าเรียงลำดับให้ผู้สูงอายุ สถานที่แต่งตัวคงเดิมทุกครั้งให้เวลากับผู้สูงอายุในการแต่งตัว พยายามเลือกเสื้อผ้าที่ใส่สบายและง่าย

4) การอาบน้ำ พยายามคงกิจวัตรการอาบน้ำไว้ ถ้าผู้สูงอายุไม่ยอมอาบน้ำในขณะนั้น อาจเลื่อนเวลาออกไป ควรอาบน้ำโดยใช้ฝักบัวเพื่อความสะดวก ควรมีราวจับในห้องน้ำเพื่อกันหกล้ม ผ้าเช็ดตัวแห้งสะอาดซักแล้ว อาจมีเก้าอี้นั่งอาบน้ำ ควรดูแล

อุณหภูมิของน้ำ ไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป บางรายอาจรู้สึกอากายในขณะที่ชวยอาบน้ำ อาจหาผ้าคลุมไว้สำหรับปิดบังร่างกายบางส่วน

5) การซั้บถ่าย ควรจัดเวลาเข้าห้องน้ำให้เป็นประจำสม่ำเสมอ เช่น หลังรับประทานอาหารหรือก่อนนอน จำกัดเครื่องดื่มเมื่อใกล้เวลาช้านอน ไม่ดื่มน้ำมากเมื่อใกล้เวลานอน ควรอำนวยความสะดวกในการเข้าห้องน้ำ เช่น เปิดไฟในห้องน้ำและทางเดิน ติดสัญลักษณ์ห้องน้ำให้ชัดเจน เตรียมกระโถนปัสสาวะไว้ใกล้ๆ ที่นอน หรืออาจต้องใช้แผ่นรองซั้บ

6) การนอนควรจัดเวลานอนเป็นประจำคงที่สม่ำเสมอ หลีกเลี้ยงการนอนระหว่างวัน แต่อาจให้งีบหลับช่วงหลังอาหารกลางวัน แต่ไม่ควรเกิน 1500 น. ควรกระตุ้นให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินเป็นประจำช่วงเช้าและเย็น ควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยานอนหลับทุกครั้ง

#### 1.6.4.2 การดูแลเกี่ยวกับการสูญเสียความทรงจำทักษะด้านต่างๆ ได้แก่

1) การลื้มการนัดหมายและสถานที่คุ้นเคย ควรใช้ปฏิทินขนาดใหญ่ติดไว้บริเวณที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน กากบาททับตัวเลขวันที่ของแต่ละวันที่ผ่านไป ควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมด้วยตนเองหรือช่วยทำ คอยย้ำให้ทราบวัน เดือน ปี แนะนำให้ใช้สมุดพก เพื่อบันทึกการนัดหมายและเหตุการณ์ต่างๆ เอาไว้

2) การรับรู้บัพพร้อม สับสนหลงลื้ม ควรจัดทำกระดานบอกเวลากลางวัน/กลางคืนไว้ข้างเตียงของผู้สูงอายุในตำแหน่งที่มองเห็นง่าย เมื่อผู้สูงอายุช้านอนเวลากลางคืน ให้กลับด้านที่มีคำว่า “กลางคืน” ให้เห็น พอถึงตอนเช้ากลับด้าน “กลางวัน” ออกมา ควรจัดสิ่งแวดล้อม เครื่องเรือน หรือสิ่งทีคุ้นเคยไว้ประจำที่ ไม่ควรเคลื่อนย้ายสิ่งของเหล่านั้น

3) การสูญเสียทักษะด้านต่างๆ ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้คงอยู่นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ให้เวลาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุคุ้นเคยกับการใช้โทรศัพท์ ควรกระตุ้นให้ใช้ต่อไป ควรวางปากกาและกระดาษบันทึกไว้ใกล้โทรศัพท์ เพื่อใช้บันทึกข้อความ เขียนรายชื่อบุคคลต่างๆ เช่น สมาชิกในครอบครัว แพทย์ เพื่อนๆ พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ไว้ข้างๆ เมื่อผู้สูงอายุต้องการโทรศัพท์ไปหาบุคคลต่างๆ

#### 1.6.4.3 การดูแลพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่

1) อาการประสาทหลอน ควรได้รับการประเมินจากแพทย์ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ เช่น ยาบางตัว การติดเชื้อ เป็นต้น ไม่ควรโต้เถียงแต่ควรพูดด้วยท่าทีที่

ยอมรับ ควรปลอบหรือถามถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น พยายามสร้างความมั่นใจ ควรหาวิธีเบี่ยงเบนความสนใจไปเรื่องอื่น

2) การถามซ้ำๆ ควรเบี่ยงเบนความสนใจไปเรื่องอื่น ไม่ควรย้อนกลับถามคำถามซ้ำ ถ้ามีปัญหาวิตกกังวล หรือจำระยะเวลาไม่ได้ ควรวางแผนการทำกิจกรรมเมื่อใกล้ถึงเวลา

3) การเดินทาง ควรทำเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์บอกทิศทางเกี่ยวกับห้องน้ำ ห้องส้วม และห้องอื่นๆ ภายในบ้าน ถ้าออกนอกบ้าน ควรมีบัตรประจำตัวไว้ในกระเป๋าเสื้อ เพื่อให้ผู้ที่ต้องการช่วยเหลือพกกลับบ้านหรือโทรศัพท์ติดต่อทางบ้านได้ ควรถ่ายรูปผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมไว้สำหรับใช้ในการค้นหาตัว หากพบตัวไม่ควรอารมณ์เสีย แต่ควรพูดด้วยท่าทีที่สงบ อ่อนนุ่ เป็นมิตร

4) การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ควรให้ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมภายในครอบครัว กระตุ้นให้ทำงานอดิเรก เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุออกไปนอกบ้านร่วมกับครอบครัวหรือเพื่อนๆ

5) การสื่อสาร ควรสื่อสารด้วยถ้อยคำที่ชัดเจนและใช้ภาษาง่ายๆ ให้ความเข้าใจคำถามและตอบคำถาม ควรใช้ภาษากายประกอบการสื่อสาร เช่น จับมือ ยิ้มเพื่อให้ความมั่นใจ ในระยะสุดท้ายของโรคสมองเสื่อม ผู้สูงอายุอาจลืมว่าท่านเป็นใคร ควรบอกชื่อท่านแก่ผู้สูงอายุซ้ำๆ และควรเรียกชื่อผู้สูงอายุ รวมทั้งใช้ท่าทางประกอบคำพูด เช่น บอกว่าถึงเวลารับประทานอาหารกลางวันแล้ว พร้อมกับใช้มือแสดงท่าทางประกอบการรับประทานไปด้วย

จากการทบทวนเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ความบกพร่องทางด้านพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ ดังนั้นการจัดการเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจึงเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจมากขึ้น

## 2. พฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

### 2.1 ความหมายของพฤติกรรมกระวนกระวาย

พฤติกรรมกระวนกระวาย (Agitate behaviors) เป็นพฤติกรรมที่พบบ่อยในผู้ที่มีสมองเสื่อม (Gerdner, 2000; Qizilbash et al., 2002) หรืออาจกล่าวได้ว่า พฤติกรรมกระวนกระวาย

เป็นพฤติกรรมที่สามารถพบได้ทั่วไปในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม Goddaer and Abraham (1994) กล่าวว่า พฤติกรรมกระวนกระวายจะมีความบกพร่องในการรู้คิดประมาณร้อยละ 42.8-86.3 ซึ่งพฤติกรรมกระวนกระวายเป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือหมายถึง ความบกพร่องในการใช้ภาษา น้ำเสียงและการกระทำที่ไม่เหมาะสม (Cohen-Mansfield and Billig, 1986; Goodall and Eters, 2005; Lou, 2001; Sung et al., 2006)

ปัญหาพฤติกรรมกระวนกระวายเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งแบ่งเป็นการกระทำที่แสดงออกทางร่างกาย พบร้อยละ 19.5 การกระทำที่แสดงออกทางด้านคำพูด พบร้อยละ 31 และพบว่ามีความผิดปกติทั้งหมดทั้ง 2 อย่างรวมกันร้อยละ 25 โดยแบ่งลักษณะพฤติกรรมออกเป็น 5 กลุ่มอาการ และมีทั้งหมด 29 พฤติกรรม (Cohen-Mansfield, 1989) ดังนี้

**กลุ่มที่ 1 พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย (Aggressive behaviors)** เป็นการแสดงออกที่ก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งพฤติกรรมกลุ่มนี้อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง ได้แก่ การถ่มน้ำลาย การแข่ง/ด่า การทุบตี การเตะ การแย่งของของคนอื่น การผลัก/ดัน การกัด การช่วน และการฉีกหรือทำลายข้าวของ

**กลุ่มที่ 2 พฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางกาย (Physically non aggressive behaviors)** เป็นการแสดงที่ไม่ก้าวร้าว พฤติกรรมกลุ่มนี้จะไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง แต่จะทำให้บุคคลรอบข้างหงุดหงิดกับพฤติกรรมกลุ่มนี้ ได้แก่ การเดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย การแต่งตัวไม่เหมาะสม การพยายามหนีไปอยู่สถานที่อื่น การจัดการสิ่งต่างๆ ไม่เหมาะสม การทำกิจกรรมซ้ำๆ และอาการกระสับกระส่าย

**กลุ่มที่ 3 พฤติกรรมกระวนกระวายทางภาษา (Verbally agitated behaviors)** เป็นการแสดงออกที่ผิดปกติด้านภาษาและคำพูด ได้แก่ การบ่น/คร่ำครวญ การเรียกร้องความสนใจ การพูดทางลบ การกรีดร้อง และการถามหรือพูดประโยคซ้ำๆ

**กลุ่มที่ 4 พฤติกรรมปกปิดและเก็บซ่อนไว้ (Hiding and Hoarding behaviors)** เป็นการแสดงออกที่ผิดปกติด้านความคิดและความรู้สึก ได้แก่ การซ่อนสิ่งของ และการสะสมสิ่งของ

**กลุ่มที่ 5 พฤติกรรมกระวนกระวายอื่นๆ (Other agitated behaviors)** เป็นการแสดงออกที่ผิดปกติอื่นๆ ได้แก่ การแก้งงก๊กก๊ก การกินของแปลกๆ การขว้างปาสิ่งของ การทำร้ายตัวเอง/ผู้อื่น การพูดจาฉวฉวทางเพศ การมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม และการส่งเสียงแปลกๆ



## 2.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย

จากการศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีพฤติกรรมกระวนกระวาย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลต่อการรับรู้ อารมณ์ ความรู้สึก การตอบสนองที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล เช่น ปัจจัยที่กระทบต่อบุคคลเหมือนกัน แต่การรับรู้หรือการตอบสนองของบุคคลอาจแตกต่างกันได้ ดังนั้นปัจจัยกระตุ้นจึงเป็นสิ่งที่ต้องทำความเข้าใจเพื่อให้ผู้ดูแลยอมรับและเข้าใจต่ออาการและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจากการถูกกระตุ้นจากปัจจัยเหล่านี้ (Beck, Rossby and Baldwin, 1991) ได้แก่

**2.2.1 ปัจจัยด้านร่างกาย** หากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเริ่มมีพฤติกรรมกระวนกระวาย สิ่งแรกที่ควรพิจารณานี้ก็คือ การมีภาวะเจ็บป่วยทางร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินหายใจ รวมถึงภาวะขาดน้ำและสารอาหาร ซึ่งพบได้บ่อย เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีอาการหลงลืมเรื่องการรับประทานอาหาร หรือไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง หรืออาจเกิดจากผลของการรับประทานยาประจำตัวหลายชนิด อาการข้างเคียงของการรับประทานยา

นอกจากปัจจัยเกี่ยวกับสุขภาพแล้ว ปัจจัยด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายอาจขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับรู้ของแต่ละบุคคล ประสบการณ์ในอดีต การเรียนรู้เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า สภาพอารมณ์ในขณะที่มีสิ่งเร้ามากระตุ้น ความเจ็บปวดต่างๆ ปัญหาการนอนหลับ วงจรการนอนที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งสิ่งเร้านี้ สามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายได้

สภาพจิตใจของผู้สูงอายุและปัญหาด้านสุขภาพจิต บ่อยครั้งมักพบกลุ่มอาการทางจิตเวชนำมาก่อน โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล สับสน หงุดหงิดง่าย โดยไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งกลุ่มอาการเหล่านี้จะสัมพันธ์กับการแสดงออกของพฤติกรรม กล่าวคือ หากผู้สูงอายุแสดงกลุ่มอาการดังกล่าว ควรติดตามสังเกตพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างต่อเนื่องต่อไป

**2.2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม** เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวายมักมีปฏิกิริยาไวต่อการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รบกวนการดำรงชีวิตโดยปกติ โดยได้แบ่งสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

**2.2.2.1 สิ่งแวดล้อมจากบุคคล** ได้แก่ ครอบครัว ผู้ร่วมงาน ญาติ ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษา พบว่าผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการกระตุ้นหรือลดพฤติกรรมกระวนกระวาย เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักไม่ไว้วางใจคน

แปลกหน้าหรือบุคคลที่ไม่คุ้นเคย ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรเป็นคนที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยและไว้วางใจ นอกจากนี้ การที่มีคนแปลกหน้าเดินไปเดินมาให้เห็นอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการหวาดระแวง ทำให้อาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นลักษณะของพฤติกรรมกระวนกระวายในที่สุด

**2.2.2.2 สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ** ได้แก่ ที่พักอาศัย อากาศ มลภาวะต่างๆ จากการศึกษ พบว่าสภาพที่พักอาศัย ได้แก่ ห้องนอน ห้องนั่งเล่น ห้องรับประทานอาหาร ห้องน้ำ ห้องทำกิจกรรมต่างๆ และสิ่งแวดล้อมรอบๆที่พักอาศัย เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกระวนกระวายได้ เช่น เสียงที่ดังรบกวนการพักผ่อน แสงแดดแรงจัด อากาศอบอ้าว แสงสว่างในห้องมากเกินไป แสงไฟสลัวๆ สีผนังห้อง รูปภาพแขวน (Hall, 1988) กลิ่นของสิ่งปฏิกูลที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจก่อให้เกิดอาการสับสน หวาดกลัว วิตกกังวล และสุดท้ายจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายได้

จากปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย พบว่าการจัดการกับสิ่งเร้าดังกล่าว จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ดังนั้นการจัดการกับสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นจึงเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และยอมรับต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุได้ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

## 2.3 การประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย

จากการศึกษาการประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่ามีการนำแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายของ Jiska Cohen-Mansfield (1989) มาใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยชื่อของแบบประเมิน คือ The Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (Cohen-Mansfield, 1989) โดยแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายมีลักษณะเป็นการสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแสดงออก ซึ่งถือว่าอาการที่แสดงออกเหล่านี้เป็นพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยมีลักษณะพฤติกรรม 5 กลุ่มอาการและมีทั้งหมด 29 พฤติกรรม ดังนี้

### 2.3.1 พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive behaviors) มี 9 พฤติกรรม ได้แก่

- 1) ถ่มน้ำลาย (Spitting)
- 2) แช่ง/ด่า (Cursing/verbal aggression)
- 3) ทูบตี (Hitting)
- 4) เตะ (Kicking)

- 5) แย่งของคนอื่น (Grabbing onto people)
- 6) ผลัก/ดัน (Pushing)
- 7) กัด (Biting)
- 8) ข่วน (Scratching)
- 9) ฉีก/ทำลายข้าวของ (Tearing things/destroying property)

### 2.3.2 พฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางกาย (Physically non aggressive behaviors)

มี 6 พฤติกรรม ได้แก่

- 1) เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย (Pace/aimless wandering)
- 2) แต่งตัวไม่เหมาะสม (Inappropriate dress/disrobing)
- 3) พยายามหนีไปอยู่สถานที่อื่น (Trying to get to a different place)
- 4) จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม (Handling things inappropriately)
- 5) ทำกิจกรรมซ้ำๆ (Performing repetitious mannerisms)
- 6) กระสับกระส่าย (General restlessness)

### 2.3.3 พฤติกรรมกระวนกระวายทางภาษา (Verbally agitated behaviors) มี 5

พฤติกรรม ได้แก่

- 1) บ่น/คร่ำครวญ (Complaining)
- 2) เรียกร้องความสนใจ (Constant unwarranted request for attention or help)
- 3) พุดทางลบ (Negativism)
- 4) กรีดร้อง (Screaming)
- 5) ถาม/พุดประโยคซ้ำๆ (Repetitive sentence/questions)

### 2.3.4 พฤติกรรมปกปิดและเก็บซ่อนไว้ (Hiding and Hoarding behaviors) มี

2 พฤติกรรม ได้แก่

- 1) ซ่อนสิ่งของ (Hiding things)
- 2) สะสมสิ่งของ (Hoarding things)

### 2.3.5 พฤติกรรมกระวนกระวายอื่นๆ (Other agitated behaviors) มี 7

พฤติกรรม ได้แก่

- 1) แกล้งหกล้ม (Intentional falling)
- 2) กินของแปลกๆ (Eating/drinking inappropriate substances)

- 3) ขว้างปาสิ่งของ (Throwing things)
- 4) ทำร้ายตัวเอง/ผู้อื่น (Hurt self or other)
- 5) พูดจาฉวนลามทางเพศ (Making verbal sexual advances)
- 6) มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม (Making physical sexual advances)
- 7) ส่งเสียงแปลกๆ (Strange noises)

แบบประเมิน CMAI ของ Cohen-Mansfield (1989) นอกจากประเมินลักษณะของพฤติกรรมการแสดงออกเป็นกลุ่มอาการแล้ว ยังสามารถนำมาประเมินความถี่ของการแสดงออกของพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้ป่วยด้วย และบันทึกผลการประเมินแบบมาตราประมาณค่า (Rating Questions) 7 ระดับตามแบบลิเคิร์ต (Likert scale) คือ มีตั้งแต่ระดับ 1 ถึง 7 โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีความหมายของตัวเลือก ดังนี้

- ก. ระดับ 1 หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย
- ข. ระดับ 2 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวายน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์
- ค. ระดับ 3 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย 1 หรือ 2 ครั้ง/สัปดาห์
- ง. ระดับ 4 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย 3 ครั้งหรือมากกว่า/สัปดาห์
- จ. ระดับ 5 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย 1 หรือ 2 ครั้ง/วัน
- ฉ. ระดับ 6 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย 3 ครั้งหรือมากกว่า/วัน
- ช. ระดับ 7 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย 2 ครั้งหรือมากกว่า/ชั่วโมง

และจากการศึกษาพบว่าการนำแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายมาประยุกต์ใช้เพื่อให้สะดวกใช้ในการประเมินพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่ง Goddaer and Abraham (1994) ได้ประยุกต์แบบประเมิน CMAI ของ Cohen-Mansfield (1989) มาใช้ และมีการนำแบบประเมินดังกล่าวมาใช้กันอย่างแพร่หลาย

## 2.4 การจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวาย

จากการศึกษาของ Weinrich et al. (1995) เกี่ยวกับการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรับรู้ ความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความบกพร่องในการเข้าสู่สังคม โดยแบ่งการจัดการต่อพฤติกรรมกระวนกระวาย ดังนี้

**2.4.1 การจัดการโดยใช้ยา (Pharmacological interventions)** ซึ่งมีคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาว่าสามารถลดพฤติกรรมกระวนกระวายได้ โดยยาที่พบและใช้บ่อย ได้แก่ Lorazepam รองลงมา ได้แก่ Sodium valproate, Propranolol, Paroxetine, Fluoxetine, Carbamazepam, Tiapride และ Doxepine เป็นต้น (Lenox et al., 1992) ซึ่งกลุ่มยาเหล่านี้จะมีผลต่อพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยจะออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทสั่งการต่างๆ การปรับสภาพสมดุลของสารเคมีในร่างกาย และการให้ผู้ป่วยได้คลายเครียด ลดความวิตกกังวลเพื่อให้ผู้สูงอายุได้พักผ่อนให้มากที่สุด

แต่จากการศึกษาการใช้ยาเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวาย พบว่าการใช้ยาลดอาการกระวนกระวายของผู้สูงอายุมักมีข้อจำกัดค่อนข้างมาก เช่น การเลือกชนิดของยาที่จะใช้กับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความไวต่อการได้รับยาสูง การเลือกใช้ยาจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก นอกจากนี้ อาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ของการได้รับยาค่อนข้างสูง ทำให้อาจเกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุได้ จึงแนะนำให้ใช้การจัดการด้วยวิธีอื่นๆ ในการลดพฤติกรรมกระวนกระวายก่อน เช่น การจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย (Taft and Barkin, 1990; Thomas, 1988)

**2.4.2 การจำกัดการเคลื่อนไหว (Physical restraints)** เป็นการจัดการกับผู้ที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายที่พบได้บ่อยทั้งในโรงพยาบาลและสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แต่ไม่มีหลักฐานแน่ชัดว่า การจำกัดการเคลื่อนไหวสามารถลดพฤติกรรมกระวนกระวายได้ โดย Werner et al. (1989) ได้กล่าวว่า การจำกัดการเคลื่อนไหวจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกระวนกระวายมากขึ้น แต่ก็ยังพบว่าจากการสำรวจสถิติการใช้วิธีจำกัดการเคลื่อนไหวถูกใช้อย่างแพร่หลาย ซึ่งพบในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวถึงร้อยละ 19-85 และในสถานฟื้นฟูอื่นๆ พบมากถึงร้อยละ 34 (Mion et al., 1989) แสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าการจำกัดการเคลื่อนไหวไม่สามารถลดพฤติกรรมกระวนกระวายได้ แต่ก็พบว่ามีการใช้กันอย่างแพร่หลาย

แต่จากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการโดยไม่ใช้ยาในผู้ที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย พบว่าการจำกัดการเคลื่อนไหวมักใช้การผูกมัด หรือผูกยึดไว้กับที่ หรือกักขังแยกผู้ป่วยออกจากบุคคลอื่นๆ (Folmar and Wilson, 1989) ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ การทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายเสื่อมถอย เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และจิตใจในที่สุด (Weinrich et al., 1995) ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจึงควรเลือกวิธีที่เหมาะสมและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยให้น้อยที่สุด



**2.4.3 การจัดการโดยไม่ใช้ยาและไม่ควบคุมกักขัง** (Nonpharmacological-nonrestraint interventions) จากการศึกษา พบว่าการจัดการโดยไม่ใช้ยาและไม่ใช้การกักขังเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวาย

แนวทางในการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวาย แบ่งได้เป็น 3 ประเภท (Weinrich et al., 1995) ได้แก่

1) การเลือกแนวทางในการให้การดูแล (Alterations in care given) ซึ่งการเลือกกิจกรรมที่ใช้ในการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายมีหลายแนวทาง เช่น การจัดการกับพฤติกรรม (Rapp et al., 1992) การใช้ดนตรี (Gerdner and Swanson, 1997) การใช้การสัมผัส (Birchmore and Clague, 1983; Marx et al., 1989) เป็นต้น พยาบาลผู้ให้การดูแลจึงควรมีความรู้และมีความสามารถในการประยุกต์และเลือกใช้กิจกรรมให้เหมาะกับผู้ป่วยและเหมาะสมกับพฤติกรรมของแต่ละบุคคลได้

จากการศึกษา พบว่าการค้นหาแนวทางในการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ลดพฤติกรรมและอาการที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้นำประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเอง มาใช้ในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง การเลือกใช้ยาอย่างระมัดระวัง ซึ่งบางครั้งการใช้เทคนิคในการสื่อสารจะเป็นสิ่งสำคัญในการลดพฤติกรรมกระวนกระวายได้เช่นกัน (Weinrich et al., 1995)

2) การปรับสิ่งแวดล้อม (Environmental adaptations) เป็นการจัดและปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการรักษาโดยการลดสิ่งเร้า (Stimuli) หรือทำให้สิ่งเร้าที่จะกระตุ้นผู้ป่วยมีน้อยที่สุด (Cohen-Mansfield, 1989) เช่น การลดสิ่งเร้าภายนอก การควบคุมสิ่งแวดล้อมให้คงที่ และผู้สูงอายุรู้สึกคุ้นเคย (Cleary et al., 1988) การจัดกิจกรรมบำบัดที่ไม่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุรู้สึกสับสน (Thomas, 1988) การใช้บุคลากรที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยและไว้วางใจในการให้การดูแล (Marx et al., 1989)

3) การส่งเสริมพฤติกรรมด้านต่างๆ (Behavioral approaches) ซึ่งการส่งเสริมพฤติกรรมทำได้โดยการสร้างแรงจูงใจเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดี อาจให้กำลังใจ หรือให้เวลาเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เลือกการแสดงออกที่เหมาะสม การให้สังคมมีส่วนช่วยในการผลักดัน หรือให้กำลังใจ การสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยมีคุณค่าในตนเอง การให้ผู้ป่วยได้อยู่อย่างเจียมๆ การจัดกิจกรรมที่ผู้ป่วยชื่นชอบ การติดตามพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเป็นระยะๆ (Weinrich et al., 1995)

จากการทบทวนการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเน้นให้ลดสิ่งเร้าที่กระตุ้นต่ออารมณ์และความรู้สึกของผู้สูงอายุ โดยมักให้ผู้สูงอายุอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย นอกจากนี้การเบี่ยงเบนความสนใจของผู้สูงอายุโดยการเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับพฤติกรรม เช่น การฟังดนตรี การสัมผัส การนวด เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้สามารถลดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

### 3. แนวคิดการใช้ดนตรีบำบัดในผู้สูงอายุ

#### 3.1 ความหมายของดนตรีบำบัด

ดนตรีมีความหลากหลายที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับลักษณะเฉพาะทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ดนตรีบำบัด คือการใช้ดนตรีและดนตรีจะมีอิทธิพลในการส่งเสริมความสามารถด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณในแต่ละบุคคลในการรักษาโรคหรือความเสื่อมอื่นๆ (Covington and Crosby, 1997) มีข้อมูลสนับสนุนว่าดนตรีมีอิทธิพลต่อการตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจ ในระยะหลังมีการศึกษาเกี่ยวกับการนำดนตรีบำบัดมาประยุกต์ใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ดนตรีบำบัดจึงถูกนำมาใช้ในการจัดการโดยไม่ใช้ยาอย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้ป่วยหลายๆ กลุ่ม

เสียงดนตรีเป็นสิ่งที่มียุทธิพลต่อจิตใจของมนุษย์ สามารถทำให้เกิดอารมณ์หดหู เศร้าหมอง สนุกสนานร่าเริง หรือเกรี้ยวกราดได้ในระยะเวลาอันสั้น (ผกาพรรณ บุญดิเรก, 2548) นอกจากนี้ดนตรียังมีผลต่อร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณของบุคคล และมีผลต่อสุขภาพหลายประการ เช่น ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเพิ่มขึ้น (Seaward, 1997 อ้างใน ศศิธร พุ่มดวง, 2548) ลดพฤติกรรมกระวนกระวาย (Agitation) ส่งเสริมการเรียนรู้วัน เวลา และสถานที่ ลดความวิตกกังวล ลดปวด ลดความเครียด ลดอาการซึมเศร้า ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจ (Lou, 2001) และเกิดความสงบ (Brewer, 1998 อ้างใน ศศิธร พุ่มดวง)

Campbell ได้ศึกษาว่า ดนตรีมีส่วนลดภาวะตึงเครียด (Stress) เพิ่มความต้านทานระบบภูมิคุ้มกัน และพัฒนาด้านบุคลิกภาพส่วนบุคคล (Campbell, 1991) ส่วน Aldridge and Aldridge (1992) ได้กล่าวว่า ดนตรีสามารถช่วยพัฒนาทักษะด้านภาษา การสื่อสาร และการรู้คิดของบุคคล

จากการศึกษาคำจำกัดความของคำว่า ดนตรีบำบัด มีผู้ให้ความหมายไว้หลายแนวคิด ได้แก่

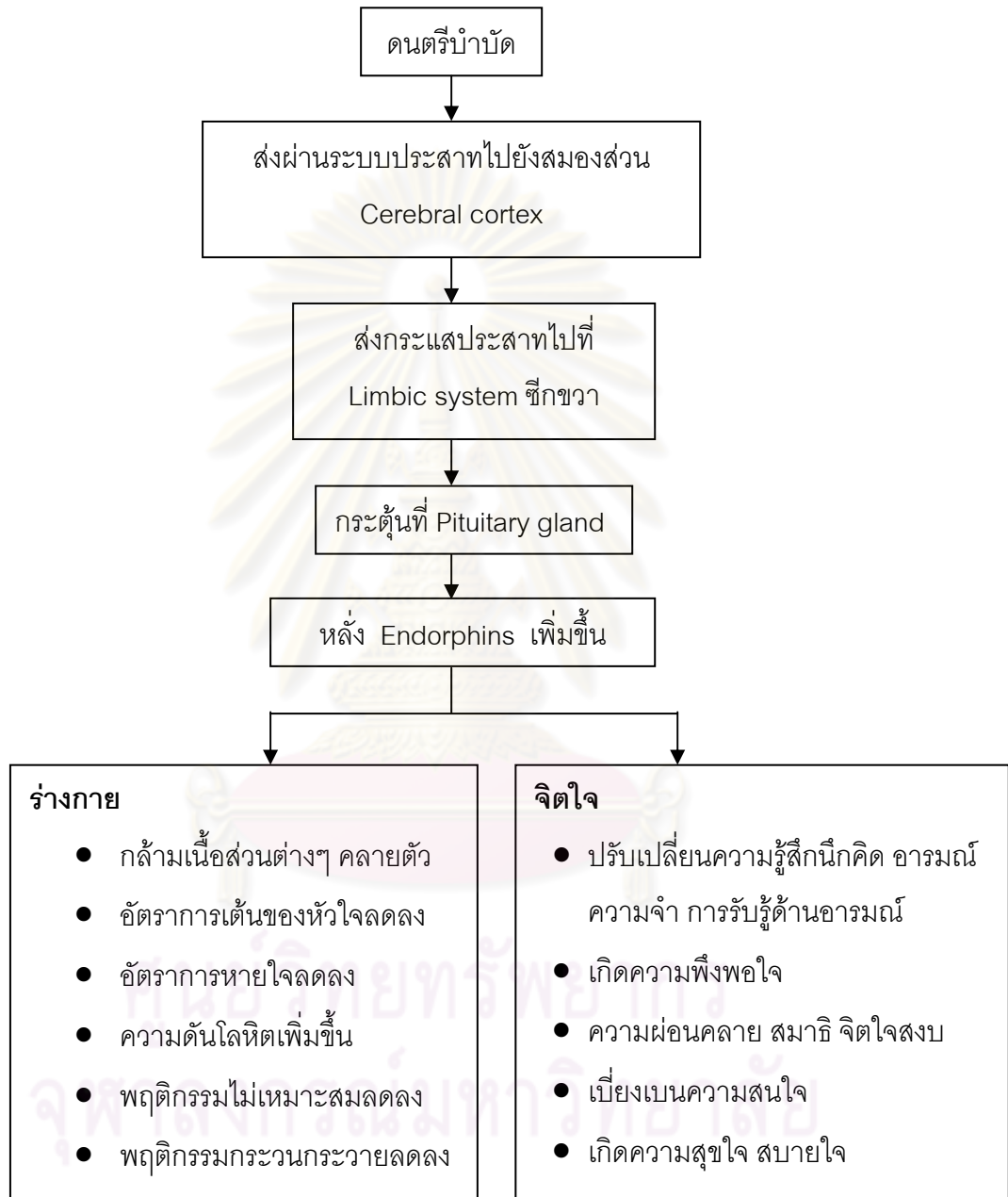
ดนตรีมีผลต่อร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ความรู้สึกตัว ดังนั้น ดนตรีบำบัด คือ การใช้ดนตรีและองค์ประกอบของดนตรีที่มีผลต่อบุคคลในการส่งเสริมสภาพร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ดนตรีจึงมีประโยชน์ในการบำบัดรักษา และช่วยในการรักษาแบบไม่อาศัยยาซึ่งกำลังเป็นที่นิยมอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน (Lou, 2001)

บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2542) กล่าวว่า ดนตรีบำบัด หมายถึงการนำเอาดนตรีมาประยุกต์ใช้อย่างมีหลักเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์เพื่อช่วยในการบำบัดรักษาภาวะเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

ดนตรีมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และการทำงานของสมองในหลายๆด้าน จากการศึกษาวิจัยพบว่า ผลของดนตรีต่อร่างกาย สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของชีพจร ความดันโลหิต การตอบสนองของม่านตา ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการไหลเวียนของเลือด จึงมีการนำดนตรีมาประยุกต์ใช้ในการรักษาโรคทั้งทางร่างกายและจิตใจ เรียกว่า ดนตรีบำบัด (สุกรี เจริญสุข, 2550)

ดนตรีบำบัดใช้ในการเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) ไปยังจุดใดจุดหนึ่งที่น่าสนใจกว่า เพื่อทำให้เกิดสมาธิต่อสิ่งนั้น และผลของการเบี่ยงเบนความสนใจจึงเป็นเกราะเพื่อป้องกันความรู้สึกหรือป้องกันการรับรู้สิ่งที่มากระตุ้น (McCaffery, 2000) ดนตรีจะมีผลต่อการรับรู้หรือปรับเปลี่ยนอารมณ์ที่ระบบประสาท ระดับ Cerebral cortex มีผลต่อ Limbic system ซึ่งสมองซีกขวาจะเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก และความพึงพอใจ ทำให้ Pituitary Gland หลั่งสาร Endorphins มากขึ้น ซึ่งสาร Endorphins เป็นสารที่ทำให้เกิดความสุข สงบ และผ่อนคลาย (งามพิศ ธนไพศาล, 2551; นิสันต์ คำภาศ, 2549; สุณีย์ สุธีวัชร, 2547; Winkelman, 2003) ดนตรีลดการสร้างสาร Cortisol และ Testosterone (ฮอร์โมนก้าวร้าว) (ผกาพรรณ บุญดิเรก, 2548) นอกจากนี้เสียงดนตรียังช่วยเบี่ยงเบนความสนใจไปสู่สิ่งที่ทำให้เกิดความสุขใจมากกว่า ช่วยลดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการกระตุ้นจากสิ่งเร้า (Buckwater, 1985; Gerdner, 2000) นอกจากนี้ระดับของสาร Catecholamine จะลดลง มีผลต่อสติสัมปชัญญะทางด้านความสนใจ และจินตนาการทางอารมณ์ ลดความตึงเครียดทางอารมณ์ เกิดสมาธิและความเพลิดเพลิน (บุญแดง บุญฤทธิ, 2540; พิชัย ปรัชญานุสรณ์, 2538) ทำให้ลดความวิตกกังวล (งามพิศ ธนไพศาล, 2551) และเกิดความพึงพอใจ (Biley, 1999)

จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาเกี่ยวกับดนตรี ผู้วิจัยได้สรุปกลไกของดนตรีที่มีผลต่อกลไกทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคล ได้ดังนี้



ภาพที่ 1 สรุปกลไกจากการทบทวนเกี่ยวกับการตอบสนองของร่างกายและจิตใจจากการได้รับดนตรีบำบัด (Music therapy)

จากการศึกษาของ Campbell (1991) กล่าวว่า ดนตรีสามารถฟังและทำความเข้าใจได้ด้วยตัวเอง ดนตรีสามารถส่งเสริมด้านการรักษา ซึ่งทำให้เกิดความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ส่วน Gardner (1997) ได้อธิบายผลกระทบของลักษณะเฉพาะของดนตรี สำหรับพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งดนตรีจะส่งผลกระทบต่อวงจรของระบบประสาทที่ถูกทำลาย ดนตรีส่งผลกระทบต่อการรับรู้วัน เวลาและสถานที่ การสร้างสัมพันธภาพในสังคม ความจำที่เหมาะสมและเพิ่มกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดนตรียังช่วยในเรื่องการรับประทานอาหาร (Ragneskog et al., 1996) การปรับอารมณ์และพฤติกรรม (Pinkney, 1997) การกระตุ้นความจำ (Sambandham and Schirm, 1995) และลดความจำเป็นในการควบคุมหรือกักขัง ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Janelli and Kanski, 1997) อย่างไรก็ตาม Campbell (1988) ได้ศึกษาผลของดนตรีต่อจิตใจสามารถลดความเครียด เพิ่มความแข็งแรงของระบบภูมิคุ้มกันและเพิ่มความสามารถในปฏิบัติการ Aldridge and Aldridge (1992) กล่าวว่า ดนตรีสามารถป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ เช่น การใช้ภาษา ดนตรีจึงเป็นทางเลือกที่ใช้ในการสื่อสารเพื่อให้มีการรับรู้และแสดงออกทางภาษาได้ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยอาจตอบสนองต่อดนตรีได้หลากหลาย ขึ้นอยู่กับลักษณะการรับรู้ของบุคคลและระดับของพยาธิสภาพสมองที่เปลี่ยนแปลงและคงไว้ซึ่งภาวะสมองเสื่อมให้เสื่อมช้าที่สุด

การใช้ดนตรีบำบัด จะมีองค์ประกอบของดนตรีที่มีผลต่อการบำบัดที่แตกต่างกัน โดยองค์ประกอบของดนตรีที่ใช้ในการบำบัดประกอบด้วย (สุกรี เจริญสุข, 2550)

- 1) จังหวะ (Rhythm) ช่วยสร้างเสริมสมาธิ (Concentration) และช่วยในการผ่อนคลาย (Relax) เช่น จังหวะเร็ว ไม่สม่ำเสมอ ทำให้เกิดอาการตื่นเต้นเร้าใจ ส่วนจังหวะช้าสม่ำเสมอ ทำให้เกิดความมั่นคง ปลอดภัย ช่วยในการผ่อนคลาย ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ
- 2) ความเร็วและความช้าของดนตรี (Tempo) เป็นความเร็วในการทำงานโดยความเร็วที่มีอัตราที่ใกล้เคียงกับอัตราการเต้นของหัวใจจะทำให้เกิดความรู้สึกสงบ ผ่อนคลาย
- 3) ระดับเสียง (Pitch) คือ ความถี่ของเสียง ซึ่งมีระดับต่ำ ปานกลาง และสูง โดยเสียงต่ำจะทำให้รู้สึกหวาดกลัว ไม่ทันใจ บรรยากาศน่าเกรงขาม ส่วนเสียงสูงจะทำให้เกิดความเร้าใจ เสียงปานกลางจะช่วยให้เกิดความรู้สึกสงบจะช่วยให้เกิดความรู้สึกสงบ
- 4) ความดัง (Loudness or Volume intensity) เป็นความเข้มของเสียง ความดังมีผลต่อการทำงานของระบบประสาท โดยพบว่าเสียงที่เบานุ่มจะทำให้เกิดความสงบ สุขสบายใจ ในขณะที่เสียงดังจะทำให้เกิดการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อ ความดังที่เหมาะสมจะช่วยสร้างระเบียบการควบคุมตนเองได้ดี มีความสงบและเกิดสมาธิ



5) ทำนองเพลง (Melody) ได้แก่ การปรับเสียงสูงเสียงต่ำ เพื่อช่วยในการระบายความรู้สึกส่วนลึกของจิตใจ ทำให้เกิดความริเริ่มสร้างสรรค์และลดความวิตกกังวล เช่น ทำนองช้า ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า ทำนองเร็ว ทำให้เกิดความรู้สึกรื่นเริง

6) เสียงประสาน (Harmony) เป็นผลรวมของเสียงมากกว่า 2 เสียงพร้อมๆ กัน ใช้ในการวัดระดับอารมณ์ความรู้สึกได้โดยดูจากปฏิริยาที่แสดงออกมา เสียงที่สอดคล้องกันกลมกลืนจะทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย อบอุ่นและอิสระ

7) น้ำเสียงความกังวาน (Tone color or sonority) เป็นลักษณะของน้ำเสียงและเสียง ซึ่งน้ำเสียงจะมีความแตกต่างกัน ส่งผลต่อการรับรู้ที่แตกต่างกัน

8) ความรู้สึกทางดนตรี (Expression of music) เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ของทั้งผู้ร้องและผู้ฟัง บ่งบอกถึงความคิด ความรู้สึก อารมณ์ขณะรับฟังดนตรี

### 3.2 ลักษณะเด่นและประโยชน์ของดนตรีบำบัด

ดนตรีบำบัดมีลักษณะเด่นเฉพาะตัวหลายด้าน ทำให้สามารถประยุกต์ใช้ได้ในทุกระดับอายุ และหลากหลายปัญหา ลักษณะเด่นของดนตรีบำบัด (สุกรี เจริญสุข, 2539) ได้แก่

- 1) ประยุกต์เข้ากับระดับความสามารถของบุคคลได้ง่าย
- 2) กระตุ้นการทำงานของสมองได้หลายส่วน
- 3) กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการทุกด้าน
- 4) ช่วยพัฒนาอารมณ์ จิตใจ
- 5) เสริมสร้างทักษะทางสังคม และการสื่อสาร
- 6) ให้การรับรู้ที่มีความหมาย และความสนุกสนาน ไปพร้อมกัน
- 7) ประสบความสำเร็จในการบำบัดง่าย ประยุกต์ใช้ได้ ทุกเพศ ทุกวัย

ดนตรีบำบัดสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้หลากหลายรูปแบบ ทั้งในเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ตามเป้าหมายเพื่อตอบสนองความจำเป็นที่แตกต่างกันไป ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ปัญหาบกพร่องของพัฒนาการสติปัญญาและการเรียนรู้ โรคซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ปัญหาการบาดเจ็บทางสมอง ความพิการทางร่างกาย อาการเจ็บปวด และภาวะอื่น ๆ โดยสรุปดนตรีบำบัดมีประโยชน์หลากหลายขึ้นอยู่กับการนำไปใช้ เสริมสร้างสุขภาวะทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี โดยบูรณาการเข้ากับการรักษาอื่นๆ (สุกรี เจริญสุข, 2539)

### 3.3 ลักษณะดนตรีสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้น สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะส่วนต่างๆ จะเริ่มเสื่อมลง ดังนั้น ดนตรีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุควรมีอัตราความเร็วของจังหวะเดียวกับอัตราการเต้นของหัวใจ (สุกรี เจริญสุข, 2539) แนวทำนองของเพลงควรเป็นดนตรีที่เรียบง่าย มีความสงบ และเบาบาง สำหรับระดับเสียงของดนตรีไม่ควรใช้เสียงที่มีความแหลมสูง หรือทุ่มต่ำจนเกินไป เพราะทั้งเสียงสูงมากและต่ำมาก จะมีผลต่อการบีบตัวและการเต้นของหัวใจ ควรเป็นเสียงในระดับปานกลาง และควรเป็นเพลงบรรเลงมากกว่าเพลงร้อง เพราะเพลงบรรเลงสามารถสร้างจินตนาการได้มากกว่าเพลงร้อง เนื่องจากเนื้อร้องจะทำให้ผู้ป่วยมุ่งจำกัดความคิดไปตามเนื้อร้องของดนตรีที่ได้ยิน (Halpern and Savary, 1985 cite in Johnson and Davis, 1996)

คุณสมบัติของดนตรีมีผลต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เมื่อนำดนตรีมาใช้ในการบำบัดรักษาจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ดี ลดความรู้สึกถูกแบ่งแยก ส่งเสริมความสามารถในการปรับอารมณ์ได้ถูกต้องและเหมาะสม นอกจากนี้การนำดนตรีมาใช้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มักลดการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและบุคคลรอบข้าง ลดความภูมิใจในตนเอง จะทำให้เกิดการตอบสนองต่อดนตรีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากผลขององค์ประกอบของดนตรี จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าคุณอยู่ในโลกของความเป็นจริง เรียกความทรงจำเก่าให้กลับดีขึ้น ทำให้เกิดการคิดถึงความทรงจำในอดีต (Reminiscence) ได้ดีขึ้น (Glynn, 1986)

ดุซงกี พนมยงค์ บุญทัศนกุล (2539) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของดนตรีต่อผู้สูงอายุไว้ดังต่อไปนี้

- 1) เสียงดนตรีมีพลังอำนาจและเป็นเพื่อนที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ มนุษย์ใช้ประโยชน์จากเสียงดนตรีโดยการประดิษฐ์เสียงดนตรีให้ดังงาม ดังในพิธีกรรมต่างๆ เช่น เสียงระฆัง เสียงกลองในวัด ในโบสถ์ เสียงพระสวด เพลงสวด เป็นต้น
- 2) เสียงของดนตรีช่วยให้ผู้สูงอายุดำเนินความคิดสร้างสรรค์ได้อย่างต่อเนื่อง โดยไม่ขาดช่วง ซึ่งความคิดสร้างสรรค์เป็นเรื่องของชีวิต ดนตรีจะช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความคิดสร้างสรรค์ เป็นการยืดเวลาของชีวิตออกไป ช่วยกระตุ้นและระลึกถึงความหลังของผู้สูงอายุ
- 3) เสียงดนตรีช่วยด้านความเพลิดเพลิน โดยผู้สูงอายุจะรู้สึกสดชื่นเมื่อได้ฟังเสียงดนตรี เพราะเสียงและจังหวะของดนตรีมีอิทธิพลที่จะเข้าไปกระตุ้นการเต้นของหัวใจ การไหลเวียนของโลหิต และการทำงานของสมอง

4) ดนตรีเป็นเรื่องของธรรมชาติและจิตใจ ดนตรีเสียงน้อยๆเบาๆ จะทำให้ความกังวลลดลง มีการใช้เสียงดนตรีเพื่อสร้างสมาธิ ผ่อนคลาย และเป็นกำหนดจิต เป็นต้น

### 3.4 ผลของดนตรีต่อพฤติกรรมกระวนกระวาย

จากการศึกษาของ ศศิธร พุ่มดวง (2548) พบว่าดนตรีมีผลต่อร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของบุคคล ดนตรีมีผลต่อสุขภาพหลายประการ เช่น ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคเพิ่มขึ้น ลดพฤติกรรมกระวนกระวาย ส่งเสริมการรับรู้วัน เวลาและสถานที่ ลดความวิตกกังวล ลดปวด ลดความเครียด ลดอาการซึมเศร้า ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจและเกิดความสงบ นอกจากนี้ยังพบว่าดนตรีที่มีจังหวะสม่ำเสมอ ความเร็วของจังหวะต่ำกว่าอัตราการเต้นของหัวใจจะทำให้ผู้ป่วยสงบ ไม่วิตกกังวล และลดพฤติกรรมกระวนกระวายได้ (ผกาพรรณ บุญดิเรก, 2548)

จากการศึกษาของ Sung et al. (2006) พบว่าดนตรีที่คุ้นเคยจะลดพฤติกรรมกระวนกระวาย ลดความรุนแรงของอาการก้าวร้าว และจากการศึกษาของ Gerdner (2005) พบว่าการเปิดดนตรีที่คุ้นเคยของแต่ละบุคคลจะลดพฤติกรรมกระวนกระวายระหว่างการรับประทานอาหารกลางวันได้ Ragneskog et al. (2001) ทำการศึกษาพบว่าดนตรีมีผลต่อพฤติกรรมกระวนกระวาย ผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยดนตรีจะมีพฤติกรรมสงบลงในทันที และสามารถพักผ่อนได้ในช่วงกลางวัน ซึ่งจากงานวิจัยเหล่านี้ทำให้พบว่าดนตรีมีผลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายทั้งในทันทีและมีผลต่อเนื่องต่อพฤติกรรมในระยะยาว

## 4. แนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมในผู้สูงอายุ

### 4.1 แนวคิดในการจัดสิ่งแวดล้อม

จากแนวคิดของ Hall (1988) ได้กล่าวว่า สิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุจะไวต่อการรับรู้และการเปลี่ยนแปลงต่อสภาพแวดล้อมรอบตัว สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมบ่อยๆ มักทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสับสนหรือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความหวาดกลัว ส่งผลต่อภาวะจิตใจ เกิดความไม่มั่นคงในการดำเนินชีวิต (Hall, 1988) ดังนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ จำเป็นต้องคำนึงถึงความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ การอำนวยความสะดวกในการประกอบกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูความสามารถในการดูแลตนเอง (สุภาวดี พุฒิน้อย และคนอื่นๆ, 2548)

นอกจากนี้ เป้าหมายในการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ (ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ, 2548) และลดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสับสนในการดำเนินชีวิต รวมทั้งลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Burns, O'Brien and Ames, 2005) ดังนั้น การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะช่วยลดพฤติกรรมกระวนกระวายเมื่อถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายนอก จากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อม พบว่าสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย แสงและเสียงในระดับคงที่ อุณหภูมิคงที่ สภาพอากาศปกติ จะลดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายได้ (Hall, 1988)

แนวคิดการจัดสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุของ Hall (1988) ประกอบด้วยหลักสำคัญ 3 ประการดังนี้

**ประเด็นที่ 1 ความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ** เป็นหลักสำคัญในการจัดสิ่งแวดล้อมและที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สามารถปฏิบัติกิจวัตรได้เองมากที่สุด เช่น ลักษณะของที่พักอาศัย แสงสว่าง อุปกรณ์ของใช้ต่างๆ และสิ่งเร้าภายนอก เป็นต้น

**ประเด็นที่ 2 ความคุ้นเคย** ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักมีความบกพร่องในการรับรู้และการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ดังนั้น การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรืออุปกรณ์ของใช้บ่อยๆ มักทำให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายได้

**ประเด็นที่ 3 การชะลอความเสื่อมของสมอง** ควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการฟื้นฟูความจำต่างๆ และคงไว้ซึ่งความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ตามสภาพ ซึ่งการจัดสิ่งแวดล้อมและที่พักอาศัยจึงควรส่งเสริมการเรียนรู้ด้านต่างๆ และอุปกรณ์ของใช้ต่างๆ ควรเอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

#### 4.2 การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

จากแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุข้างต้น พบว่าต้องมีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุมากมาย ได้แก่ การใช้อุปกรณ์ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายในและนอกอาคารที่พัก (ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ, 2548) ได้แก่

**กลุ่มที่ 1 ด้านความปลอดภัย** จากอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้อาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย นับตั้งแต่การเดิน การทรงตัวที่ไม่มั่นคง โดยแบ่งพื้นที่ตามลักษณะโอกาสของการเกิดอุบัติเหตุเป็น 3 ระดับ คือ

1) พื้นที่อันตรายสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ พื้นที่ที่สภาพกายภาพและอุปกรณ์ที่สามารถเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เช่น ห้องครัว ห้องที่เก็บวัตถุเป็นพิษ ควรปิดล็อกผู้สูงอายุไม่สามารถเปิดเข้าได้

2) พื้นที่จำกัดการเข้า ต้องอยู่ภายใต้การดูแล ได้แก่ ห้องรับแขกที่มีหน้าต่าง ห้องน้ำ ทางเดินภายในบ้าน พื้นที่เหล่านี้ควรออกแบบให้มีความปลอดภัยโดยจำกัดขอบเขตให้ชัดเจน ไม่ใหญ่โตเกินไป ผู้ดูแลสามารถดูแลได้ง่าย ผู้สูงอายุอยู่ในสายตาของผู้ดูแล

3) พื้นที่ที่เข้าถึงได้ง่าย ไม่อันตราย ได้แก่ พื้นที่ที่ผู้สูงอายุต้องใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ห้องนอน ทางเดินเชื่อมต่อกันต่าง ๆ ห้องควรเป็นส่วนตัว เน้นความปลอดภัย มีป้ายนำทาง มีราวจับ มีแสงสว่างเพียงพอ ทางเดินไม่วกวน

**กลุ่มที่ 2 ส่งเสริมและกระตุ้น** เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ เช่น การตื่นนอน การเข้าห้องน้ำ เดินออกกำลังกาย รับประทานอาหาร การพักผ่อน การที่ผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจกรรมได้ด้วยตนเองจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจ มีความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตประจำวัน ควรเลือกอุปกรณ์ เครื่องใช้ เครื่องเรือนที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุย้อนนึกถึงอดีตที่ผ่านมา

**กลุ่มที่ 3 การจัดพื้นที่ที่ง่ายต่อการเข้าใจ** ไม่ควรมีมุมอับ เส้นทางเดินไม่ควรวกวน ขนาดของห้องไม่ควรใหญ่โตเกินไป ควรรองรับคนได้ 4-6 คน ห้องควรเป็นสัดส่วน มีความเป็นส่วนตัว และภายในห้องผู้ดูแลต้องสามารถมองเห็นผู้สูงอายุได้ตลอดเวลา

**กลุ่มที่ 4 การเข้าถึงพื้นที่** สำหรับพื้นที่ที่จัดเตรียมไว้สำหรับการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น ห้องรับแขก ห้องอาหาร และห้องน้ำ ควรมีระยะความกว้างของทางเดินที่เพียงพอ คือ กว้างอย่างน้อย 90 เซนติเมตร และภายในพื้นที่ที่มีพื้นที่ที่รุดล้อเช่น สามารถหมุนกลับได้ คือ มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 150 เซนติเมตร จะช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถดำเนินชีวิตได้สะดวก

จากการศึกษาของ Hall (1988) และ Teri and Wagner (1992) ได้เสนอแนวทางในการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งวัตถุประสงค์ของการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและลดพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยการสร้างบรรยากาศเชิงบำบัดหรือการจัดสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดอาการสับสน ดังนี้



1) ควรนำปฏิทิน รูปภาพและแผนที่ต่างๆ ติดไว้ภายในห้อง เพื่อกระตุ้นการมองเห็นและการรับรู้ของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุจะได้ฝึกทักษะในการรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ ตลอดจนความเลื่อมของสมองเกี่ยวกับการรับรู้ด้านต่างๆ (Hall, 1988)

2) การจัดพื้นที่ทางเดินให้ปลอดภัยทั้งในและนอกที่พักอาศัย (Hall, 1988) โดยควรมีพื้นที่หรือช่องว่างที่ผู้สูงอายุสามารถเดินไปมาได้สะดวก ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน ควรมีราวยึดจับตามแนวทางเดินเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ หรือเพื่อพยุงช่วยในการก้าวเดินของผู้สูงอายุภายในบ้าน

3) ควรมีการจัดสวนเพื่อให้ผู้สูงอายุเดินในบรรยากาศที่เงียบสงบ (Hoover, 1995) การจัดบริเวณนอกบ้านให้มีทางเดินหรือมีสวนหย่อมให้ผู้สูงอายุได้เดินเล่น หรือออกกำลังกายภายนอกบ้านเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกสดชื่น ลดความจำเจภายในบ้านได้

4) ควรใช้สีและสัญลักษณ์เพื่อตำแหน่งของทางเดินและห้องต่างๆภายในบ้าน การใช้สีหรือสัญลักษณ์ในการบอกทิศทางภายในบ้าน เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุนับรู้ความแตกต่างและสามารถเดินไปมาภายในบ้านโดยไม่หลงทาง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรเองได้ (Teri and Wagner, 1992)

5) ในห้องที่มีกิจกรรมภายในครอบครัว ควรเป็นห้องที่มีแสงสว่างเพียงพอ และมีบริเวณพื้นที่ไม่กว้างหรือแคบจนเกินไป และเงียบสงบพอสมควร เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ภายในห้องและเพื่อสะดวกในการติดตามดูพฤติกรรมของผู้สูงอายุ (Hall, 1988)

6) การใช้เสียงเพลงเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจและอาการสับสน (Tabloski et al., 1995) การเลือกดนตรีหรือเสียงเพลงที่เหมาะสมกับอาการของผู้สูงอายุ เพื่อลดพฤติกรรมหรืออาการที่เป็นปัญหา เสียงดนตรีจะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้สูงอายุได้ดี นอกจากนี้เสียงเพลงยังทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย ลดพฤติกรรมก้าวร้าวที่มากเกินไป ความคุมอารมณ์หาร ผู้สูงอายุเริ่มมีอาการโกรธและหงุดหงิด การฟังเพลงที่ชื่นชอบจะสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแล ทำให้การแสดงพฤติกรรมกระวนกระวายด้วยการกระทำและคำพูดลดลง

7) อุปกรณ์เครื่องใช้ภายในบ้านไม่ควรมีการเคลื่อนไหว ควรให้ผู้สูงอายุนับรู้สึกคุ้นเคยกับของใช้ และอุปกรณ์ควรมีความสะดวกในการใช้ ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อนเกินไป เนื่องจากอาจทำให้ผู้สูงอายุสับสนหรือหงุดหงิดเมื่อต้องใช้อุปกรณ์ดังกล่าว (Hall, 1988)

8) ควรจัดกิจกรรมหรืองานอดิเรกให้ผู้สูงอายุทำ (Teri and Wagner, 1992) เช่น ทำงานประดิษฐ์ งานฝีมือต่างๆ เพื่อการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเมื่อการทำกิจกรรมหรือมีผลงานประสบความสำเร็จ

9) การใช้สัตว์เลี้ยงช่วยในการบำบัด (Teri and Wagner, 1992) คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มอง พุดคุยและสัมผัสกับสัตว์เลี้ยง เช่น การเลี้ยงสุนัข การเลี้ยงแมว การเลี้ยงนก หรือปลา เป็นต้น แต่ควรเลือกสัตว์เลี้ยงให้เหมาะกับผู้สูงอายุแต่ละราย โดยเฉพาะในรายที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายมากๆ และมีแนวโน้มของอาการกำเริบรุนแรง ควรหลีกเลี่ยงสัตว์เลี้ยงที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ เช่น สุนัขและแมว การเลี้ยงปลาอาจช่วยเบี่ยงเบนความสนใจและลดอาการก้าวร้าวได้อีกวิธีหนึ่งได้เช่นกัน นอกจากนี้การเลี้ยงสัตว์ยังสามารถช่วยเพิ่มทักษะการเข้าสังคมและเพิ่มความสนใจต่อการทำกิจกรรมต่างๆมากขึ้น

นอกจากการจัดสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแล้ว ยังมีการจัดสิ่งแวดล้อมด้านบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยมุ่งเน้นการสร้างความสัมพันธ์เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในตัวบุคคลซึ่งเป็นทั้งญาติและผู้ดูแลในครอบครัว ดังนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมด้านบุคคล (ชนันต์ แสงสีดา, 2552) ได้แก่

1) ส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่ไม่รบกวนการดำรงชีวิตตามปกติของผู้สูงอายุ หรือกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวายและสับสน

2) คงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตตามปกติของผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองตามความสามารถของผู้สูงอายุ

3) เมื่อมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันปกติของผู้สูงอายุ ควรอธิบายและชี้แจงให้ผู้สูงอายุทราบก่อนล่วงหน้า เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดความสับสน

4) สร้างความสัมพันธ์และส่งเสริมให้เกิดความไว้วางใจในตัวผู้ดูแล เนื่องจากการเปลี่ยนผู้ดูแลบ่อยๆ อาจสร้างความหวาดระแวงและสับสนแก่ผู้สูงอายุ จึงไม่ควรเปลี่ยนผู้ดูแลบ่อยๆ แต่ถ้ามีการเปลี่ยนผู้ดูแล ควรแจ้งให้ผู้สูงอายุทราบและญาติควรอยู่เป็นเพื่อนเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจผู้ดูแลในช่วงแรก

จากการศึกษาพบว่า สิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพและด้านบุคคลมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวาย ดังนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะช่วยชะลอความเสื่อมของสมองและช่วยลดพฤติกรรมกระวนกระวายซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุได้

#### 4.3 การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวาย

การออกแบบการจัดสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วยหลักสำคัญ (Maria and Mary, 2007 อ้างใน ชนนต์ แสงสีดา, 2552) ดังนี้

##### ประเด็นที่ 1 ด้านความปลอดภัย การจัดที่พักอาศัยให้มีความปลอดภัย มีหลักดังนี้

###### 1) พื้นและวัสดุปูพื้น

- 1.1) วัสดุปูพื้นต้องมีลักษณะไม่ลื่นและไม่ควรลงแว็กซ์
- 1.2) จัดเก็บพรมเช็ดเท้าที่อาจทำให้เกิดการลื่นหกล้มได้
- 1.3) ควรเลือกใช้พรมสีเรียบมากกว่าใช้พรมที่มีลวดลายสีฉูดฉาด
- 1.4) ยึดหรือติดเทปขาวที่พรมเช็ดเท้า เพื่อป้องกันการลื่นล้ม

###### 2) ทางเดิน

- 2.1) ผู้ดูแลควรออกแบบทางเดินให้มีความปลอดภัย ลักษณะเป็นทางเดินแบบเดินวน
- 2.2) จัดเก็บข้าวของที่วางเกะกะ ไม่ให้เกิดขวางทางเดิน
- 2.3) เก็บเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เป็นอันตรายให้พ้นจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
- 2.4) จัดทำเส้นทางที่ใช้สำหรับหนีไฟ
- 2.5) จัดเก็บสิ่งของที่อาจทำให้เกิดอันตรายจากการลื่นล้มทั้งหมด
- 2.6) จัดเก็บวัตถุมีพิษต่างๆที่อาจมีลักษณะคล้ายผลิตภัณฑ์อาหาร
- 2.7) เก็บของมีคมต่างๆให้เรียบร้อย
- 2.8) ไม่ควรปลูกต้นไม้ที่มีหนามแหลมคมไว้ภายในบ้าน

###### 3) บันได

- 3.1) ติดตั้งราวจับบริเวณบันไดอย่างตลอดแนวตั้งแต่ขั้นแรกจนถึงขั้นสุดท้าย
- 3.2) ติดตั้งแถบกันลื่นบริเวณขั้นบันไดและใช้สีที่แตกต่างกับสีพื้นในขั้นแรกและขั้นสุดท้ายเพื่อช่วยในการรับรู้ความลึกของบันได
- 3.3) ติดตั้งประตูรั้วและกุญแจล็อก บริเวณบันไดขั้นสุดท้าย (ขั้นบน) โดยให้ประตูมีความสูงมากกว่าเอวของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการปีนข้ามรั้วได้
- 3.4) บันไดจะต้องมีลักษณะพื้นผิวที่ไม่ใช่โลหะเปลือยหรือยางผิวด้านเพราะจะทำให้เกิดการลื่นล้มได้

#### 4) ประตู

- 4.1) ไม่ควรติดตั้งใช้ค้ำประตู
- 4.2) เก็บบหรือช้อนรีโมทประตูทุกชั้นให้พ้นจากผู้สูงอายุ
- 4.3) ติดตั้งระบบลิค ระบบสัญญาณเตือน กระดิ่งที่ประตูทางเข้า ประตูรั้ว

#### 5) เฟอร์นิเจอร์

- 5.1) ควรเคลื่อนย้ายเฟอร์นิเจอร์ที่ไม่จำเป็นออก
- 5.2) จัดวางเฟอร์นิเจอร์ให้มีพื้นที่เพียงพอสำหรับทางเดิน หรือเก้าอี้รถเข็น
- 5.3) จัดเฟอร์นิเจอร์ในตำแหน่งที่เหมาะสมและไม่ควรเคลื่อนย้ายในภายหลัง
- 5.4) เก้าอี้ที่นั่งควรมีพนักแขนเพื่อช่วยพยุงตัวสำหรับการลุก-นั่ง
- 5.5) ติดตั้งอุปกรณ์กันกระแทกตามมุมเฟอร์นิเจอร์ ตู้ลิ้นชัก โต๊ะเครื่องแป้ง
- 5.6) ความสูงของเก้าอี้ควรอยู่ที่ 50 เซนติเมตร
- 5.7) ติดเทปกาวสะท้อนแสงตามเหลี่ยมคมต่างๆ ที่เฟอร์นิเจอร์ เพื่อป้องกัน

การกระแทกของผู้สูงอายุ

- 5.8) ล็อคกุญแจตู้เก็บเหล่า เบียร์และของมีนมต่างๆ
- 5.9) ควรเก็บอาวุธปืนในตู้ที่มีกุญแจล็อค
- 5.10) ปกปิดวัสดุที่มีลักษณะมันวาวหรือกระจกสะท้อนที่อาจทำให้ผู้สูงอายุ

ที่มีอาการสับสน ก้าวร้าวได้

#### 6) ไฟฟ้าแสงสว่าง อุปกรณ์ไฟฟ้าและงานระบบต่างๆ

- 6.1) วางโทรศัพท์และไฟฉายไว้ในตำแหน่งที่ง่ายต่อการใช้งาน
- 6.2) สำหรับท่อน้ำร้อนควรหาววัสดุหุ้มเพื่อป้องกันอันตราย
- 6.3) ติดตั้งไฟแสงสว่างสำหรับเวลากลางคืน ในบริเวณบันไดและทางเดิน
- 6.4) ติดตั้งสัญญาณจับควันไฟทุกชั้นและทุกห้อง
- 6.5) การติดตั้งไฟฟ้าแสงสว่าง ควรหลีกเลี่ยงแสงที่จ้าเกินไป โดยใช้แสงแบบ

Indirect เช่น การติดไฟผนัง เป็นต้น

- 6.6) ใช้หลอดไฟที่มีขนาดกำลัง 100-200 วัตต์ ในพื้นที่ทำกิจกรรมต่างๆ
- 6.7) ติดฉนวนกันความร้อน
- 6.8) ติดตั้งปลั๊กที่ป้องกันนิ้วเหย่ (สำหรับเด็ก) ทุกๆ เต้ารับภายในบ้าน

## ประเด็นที่ 2 การจัดสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ใช้สอยต่าง ๆ

### 1) ห้องนั่งเล่นและห้องทำงาน

ลักษณะของห้องนั่งเล่นที่ดีสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำได้โดยการจัดเฟอร์นิเจอร์ให้มีความเหมาะสมกับการใช้งาน เช่น โซฟาที่มีการยกระดับความสูง มีที่วางแขนและพนักพิงที่สบาย มีเครื่องปรับอากาศ ปรับอุณหภูมิที่เหมาะสม มีที่วางน้ำดื่มที่ง่ายต่อการสังเกต มีรูปถ่ายหรือภาพในอดีตวางอยู่ในห้อง มีพรมเช็ดเท้าและเฟอร์นิเจอร์ในห้องควรมีการลบบวมเพื่อความปลอดภัย มีกระดาษบันทึกรัดไว้ที่ผนังห้อง (Teri and Wagner, 1992)

ลักษณะของที่ทำงานที่บ้านที่ดีต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สิ่งสำคัญ คือการจัดบันทึกรัดเพื่อการจดจำ เช่น ควรมีบอร์ดตารางแสดงวันนัดหมาย และมีรูปภาพของผู้ที่จะไปติดต่อด้วย มีนาฬิกาที่บอกวัน เวลา มีเบอร์โทรฉุกเฉิน มีรูปภาพคนในครอบครัว มีขนมและเครื่องดื่มที่ทานเป็นประจำ การลดความสับสน เช่น การเลี้ยงสุนัขไว้เป็นเพื่อน การใช้โต๊ะที่ลบบวมขอบโต๊ะ เป็นต้น

### 2) ห้องครัวและพื้นที่รับประทานอาหาร

ลักษณะของห้องครัวที่ดีสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ควรคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลัก เช่น การลดการวางของบนเคาน์เตอร์ที่อาจทำให้เกิดความสับสนต่อการใช้งาน การใช้สวิตช์ไฟที่มีระบบการตัดไฟอัตโนมัติ มีที่วางถ้วยน้ำที่สังเกตได้ง่าย การใช้ชั้นลอยเหนือเคาน์เตอร์แบบไม่มีบานปิดเพื่อป้องกันพฤติกรรมกรอกรื้อค้นของผู้สูงอายุ มีการลบบวมเคาน์เตอร์และมุมโต๊ะอาหารป้องกันการกระแทก แก้วหรือประทานอาหารควรมีที่วางแขนสูงกว่าปกติ (ชนันต์ แสงสีดา, 2552)

### 3) ห้องน้ำและส่วนอาบน้ำ

ลักษณะของห้องน้ำที่ดีสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ควรคำนึงถึงการจัดเครื่องใช้ต่างๆ ให้เป็นระเบียบและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น มีตู้เก็บของใช้ในห้องน้ำ มีเครื่องทำน้ำร้อน-น้ำเย็น มีพรมเช็ดเท้าและตะกร้าทิ้งกระดาษชำระที่เคลื่อนย้ายได้ มีการยกระดับโถสุขภัณฑ์และมีเครื่องช่วยพยุงตัว มีสัญลักษณ์แสดงปุ่มกดน้ำทิ้งสำหรับโถสุขภัณฑ์ มีช่องใส่กระดาษชำระ สีของที่นั่งสุขภัณฑ์ควรตัดกับสีห้อง มีที่นั่งอาบน้ำ ราวจับในส่วนอาบน้ำ มีแผ่นยกกันลื่นในส่วนอาบน้ำ มีเก้าอี้สำหรับผู้ดูแล มีช่องสำหรับวางสบู่ ผักบัวอาบน้ำสามารถเคลื่อนย้ายได้ มีแสงสว่างที่เพียงพอ มีช่องเสียบปลั๊กไฟ มีการใช้น้ำหอม การเปิดวิทยุ และตกแต่งกระถางต้นไม้เพื่อสร้างบรรยากาศที่ดี (ชนันต์ แสงสีดา, 2552)



#### 4) ห้องนอน

ลักษณะการจัดห้องนอนที่ดีสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและความเรียบง่ายเพื่อการพักผ่อนของผู้สูงอายุ เช่น ยกกระดานเตียงให้สูงขึ้นและมีที่ก้าวเท้าขึ้นที่แข็งแรงถาวร มีการลบมุมเฟอร์นิเจอร์ มีแก้วน้ำและน้ำดื่มภายในห้องนอน การติดตั้งเครื่องปรับอากาศให้มีอุณหภูมิที่เหมาะสม มีเก้าอี้ที่มีพนักพิงและที่วางแขน ตู้เสื้อผ้าควรเป็นบายสไลด์และเปิดไว้ 1 บาน เพื่อให้ง่ายต่อการหยิบใช้ เสื้อผ้าที่กำลังจะใส่ควรวางไว้บนเตียงนอน สีของผ้าคลุมเตียงควรคละสีกับเตียงนอน มีทางเดินได้รอบเตียงนอน (ชนันต์ แสงสีดา, 2552)

#### 5) พื้น ประตู หน้าต่างและบันได

ควรคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลัก โดยป้องกันการพลัดตกหกล้ม ลื่นล้ม การช่วยผู้สูงอายุในการเคลื่อนไหว ได้แก่ ติดตั้งสัญญาณเตือนภัยที่จะดังขึ้นเมื่อมีคนออกจากบ้าน ที่ลือคประตูควรติดตั้งในระดับใกล้เคียงกับพื้นเพื่อที่ผู้สูงอายุจะได้ไม่สังเกตเห็นได้ง่าย หรืออาจใช้ระบบลือคแบบรหัส กลอนประตูควรมีวัสดุหุ้มเพื่อไม่สามารถหมุนเปิดได้ง่าย หน้าต่างควรมีราวกัน (ชนันต์ แสงสีดา, 2552)

#### 6) เฟอร์นิเจอร์

ควรคำนึงถึงความเป็นระเบียบต่อการใช้งาน เช่น การวางสิ่งของเฉพาะที่จำเป็น การจัดให้มีตู้เก็บของที่สามารถลือคได้ สามารถใช้งานได้สะดวกและจดจำได้ง่าย ไม่ควรเคลื่อนย้ายบ่อยเพราะจะทำให้เกิดความสับสน เก้าอี้ต้องเคลื่อนย้ายได้อย่างอิสระแต่โต๊ะรับประทานอาหารควรมีแบบถาวร (Teri and Wagner, 1992)

#### 7) สิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ (เครื่องปรับอากาศ โคมไฟฟ้า ฯลฯ)

หลักการออกแบบ ทำได้โดยควรเพิ่มความปลอดภัยมากขึ้น สร้างสภาวะความสะอาดภายในห้อง ลดแสงที่จ้าเกินไป เช่น การใช้ผ้าม่าน หรือมู่ลี่ปรับแสง การปรับลดแสงสะท้อน เช่น แสงสะท้อนจากพื้นและผนัง (Margaret and Arch, 2007) เป็นต้น

#### 8) พื้นที่ภายนอกและการจัดสิ่งแวดล้อม

หลักการออกแบบ ได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก การส่งเสริมให้มีการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีเป็นประจำ การพยายามให้ผู้สูงอายุเกิดความสับสนน้อยที่สุด โดยลดอาการสับสน ความตกใจจากเสียงดังและแสงที่เข้าตา การสร้างความสงบเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพักผ่อนได้ การกระตุ้นให้เกิดความตั้งใจและสมาธิ ขณะทำกิจกรรม การเลี้ยงสัตว์เลี้ยงภายในบ้านเพื่อระงับและลดความตึงเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Robert, 2005)

จากแนวคิดและมาตรฐานในการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวาย พบว่าการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุมีความสำคัญและมีผลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายต่อผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการดูแลและการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ การคงไว้ซึ่งความสามารถในปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุขและลดภาวะของภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุต่อญาติผู้ดูแล

## 5. กิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล

### 5.1 การบำบัดทางการพยาบาล

การบำบัดทางการพยาบาลเป็นการจัดกิจกรรมและการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำด้วยความตั้งใจ โดยมีจุดมุ่งหมายคือ ให้การดูแลผู้ป่วย โดยการบำบัดทางการพยาบาลเป็นเนื้อหาของปฏิบัติการพยาบาล ในขณะที่กระบวนการพยาบาลเน้นหรือกล่าวถึงรูปแบบในการประเมินวินิจฉัย และการปฏิบัติการพยาบาล (ชนกพร จิตปัญญา และคณะ, 2551) โดยการบำบัดทางการพยาบาลเป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นมาจากความรู้อันหลากหลายในฝ่ายปฏิบัติที่ทำแล้วได้ผลจริงและทำต่อกันมาโดยจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานทางวิชาการ โดยการนำเรื่องราวเหล่านั้นมาผ่านผู้เชี่ยวชาญทางวิชาการและปฏิบัติการว่าเห็นด้วยหรือไม่ การบำบัดทางการพยาบาลแบ่งตามเป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาล 3 ประเภท ได้แก่

5.1.1 การบำบัดทางการพยาบาลเพื่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งกระตุ้น อารมณ์ และอาการแสดง หรือสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งการบำบัดจะมีผลต่ออารมณ์และอาการแสดง ตัวอย่างของการบำบัด ได้แก่ การบำบัดด้วยการนวด การผ่อนคลาย การใช้ออกซิเจน การจัดทำทาง เป็นต้น

5.1.2 การบำบัดเพื่อการเปลี่ยนแปลงการตอบสนอง (response) ตามสภาพเหตุการณ์ หรือปัญหาสุขภาพ โดยการบำบัดมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น เช่น การจัดการกับความเครียด การจัดการต่ออาการหายใจลำบาก เป็นต้น

5.1.3 การบำบัดทางการพยาบาลเพื่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนสุขภาพ โดยการบำบัดจะมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น การเพิ่มการพักผ่อนนอนหลับ การจัดการกับระบบขับถ่าย การช่วยเหลือจากสังคม

ดังนั้นการบำบัดทางการพยาบาล จึงหมายถึง การควบคุมจัดการกับสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติการทางกายภาพที่ตรงกับเหตุของปัญหา และให้ความสุขสบายและส่งเสริมการปฏิบัติการในการดูแลสุขภาพ

## 5.2 กิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล

กิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลเป็นการบำบัดแบบผสมผสาน โดยการผสมผสานกันระหว่างการรักษาแบบดั้งเดิมหรือการแพทย์ทางเลือก กับการรักษาด้วยการแพทย์ปัจจุบัน เพื่อจัดการกับอาการหรือพฤติกรรม เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การจัดการกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลเป็นการจัดการกิจกรรมเพื่อการช่วยเหลือ ประคับประคองผู้สูงอายุ ซึ่งครอบคลุมไปด้วยกิจกรรมด้านการรับรู้ ด้านจิตสังคม และด้านความรู้ ความเข้าใจ การจัดการกิจกรรมอาจต้องอาศัยความคิดเห็นและความร่วมมือจากผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้กิจกรรมต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้นำในการจัดการกิจกรรมต้องมีความสามารถนำสมาชิกให้เข้าร่วมกิจกรรม ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้แก่สมาชิก โดยเป็นผู้กระตุ้นสนับสนุนและพัฒนามากุ่มให้สำเร็จ การสร้างกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลมีหลักการในการสร้างกิจกรรมโดยมีขั้นตอนที่สำคัญ (สุภาวดี พุฒิน้อย และคณะ. 2546) ได้แก่

**5.2.1 การรวบรวมข้อมูลและการประเมิน** ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งการประเมินข้อมูลที่รวบรวมมาได้ ค้นหาความสามารถในการทำกิจกรรม ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการทำกิจกรรม ประเมินความพร้อมของดำเนินกิจกรรม ได้แก่ บุคลากร แหล่งทุน การสนับสนุนทางสังคม ความสมดุลและความเหมาะสม ปัจจัยเกี่ยวกับกิจกรรม ข้อจำกัดของกิจกรรม ความเป็นไปได้ของการจัดการกิจกรรม

**5.2.2 การวางแผนกิจกรรม** ได้แก่ การตั้งวัตถุประสงค์ โดยการกำหนดวัตถุประสงค์ต้องสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการและความสนใจของผู้สูงอายุ ในการจัดการกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ต้องกำหนดทั้งวัตถุประสงค์โดยทั่วไปของกิจกรรมและวัตถุประสงค์เฉพาะไว้เสมอ ซึ่งการกำหนดวัตถุประสงค์ต้องได้รับการยอมรับร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด เพื่อให้เกิดความร่วมมือ ความไว้วางใจระหว่างกัน ความเชื่อมั่นในกิจกรรมที่จะส่งผลสู่ความสำเร็จของกิจกรรม จากนั้นจึงทำการวิเคราะห์และคัดเลือกกิจกรรม การจัดหากิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละบุคคลแตกต่างกัน การวิเคราะห์และคัดเลือกกิจกรรมจึงต้องใช้วิธีการระดมสมอง เพื่อเป็นการกระจายความคิดให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ เป็นการเสนอความคิดแบบอิสระ และการนำประสบการณ์มาเสนอร่วมกัน การวิเคราะห์กิจกรรม เพื่อทำความเข้าใจกับ

กิจกรรมที่เลือกไว้และการคัดเลือกกิจกรรมให้เหมาะสมกับบุคคล ดังนั้น การวางแผนการทำกิจกรรมจึงต้องสอดคล้องกับความสนใจและระดับความสามารถหรือศักยภาพที่มีอยู่ของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ง่ายเกินไปอาจไม่ท้าทาย ไม่เกิดแรงจูงใจให้อยากเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนกิจกรรมที่ยากเกินไปจะได้รับการปฏิเสธหรือสร้างความคับข้องใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ ผู้จัดกิจกรรมจึงต้องมีความสามารถในการประเมินกิจกรรมเฉพาะรายแก่ผู้สูงอายุแต่ละราย

**5.2.3 การดำเนินกิจกรรม** การบูรณาการกิจกรรมให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรม ซึ่งต้องอาศัยความรู้ และเทคนิคในการดำเนินกิจกรรม ต้องทำความเข้าใจต่อผู้สูงอายุแต่ละรายและทำความเข้าใจกับกิจกรรมอย่างชัดเจน ซึ่งกิจกรรมต่างๆ หากดูผิวเผินอาจเหมือนง่ายในการดำเนินการ แต่จริงๆ แล้วการดำเนินกิจกรรมต้องผ่านกระบวนการคิดเชิงวิเคราะห์มาแล้วอย่างรอบคอบ และระหว่างดำเนินกิจกรรมต้องใช้ทักษะหลากหลายทั้งทักษะการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การจูงใจ การให้แรงเสริม ตลอดจนทักษะการจัดการกับปัญหาต่างๆ ให้ลุล่วงในทุกหน้าที่ที่กิจกรรมดำเนินอยู่ ดังนั้นผู้วางแผนกิจกรรมต้องมีความรู้ในด้านการบริหารจัดการและความรู้ทางกิจกรรมบำบัดด้วย

**5.2.4 การประเมินผลกิจกรรม** เป็นการประเมินประสิทธิผลของกิจกรรมที่ได้วางไว้ โดยประเมินจากตัวผู้สูงอายุ บุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และผลจากการดำเนินกิจกรรมว่า บรรลุวัตถุประสงค์ของกิจกรรมหรือไม่ อย่างไร และระหว่างดำเนินกิจกรรมเกิดอุปสรรคและข้อขัดข้องใดๆ เพื่อนำไปวิเคราะห์ ปรับปรุงกิจกรรมต่อไป

จากขั้นตอนและกระบวนการในการสร้างกิจกรรมบำบัด ผู้วิจัยได้นำกระบวนการดังกล่าว มาวิเคราะห์เพื่อค้นหากิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายและมีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการใช้ดนตรีบำบัดเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจและแนวคิดในการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อไป

## 6. สถานสงเคราะห์คนชรา

### 6.1 รูปแบบสถานสงเคราะห์คนชรา

ผลจากการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุในปัจจุบันและสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ประชากรสูงอายุถูกทอดทิ้งและขาดผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลประชากรผู้สูงอายุของกองสวัสดิการสงเคราะห์ พบว่าผู้สูงอายุที่ขาดรายได้และถูกทอดทิ้งในปี 2546 และปี 2549 มีจำนวนมากถึง 637,512 และ 691,547 คนตามลำดับ และคาดว่าจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

(กองสวัสดิการสงเคราะห์, 2550) เป็นผลให้รัฐบาลจำเป็นต้องดำเนินนโยบายเพื่อรองรับปัญหาดังกล่าว ซึ่งนโยบายด้านการจัดสวัสดิการเกี่ยวกับที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ รัฐบาลได้จัดสร้างสถานสงเคราะห์คนชราขึ้นโดยระยะแรกสถานสงเคราะห์คนชราจะขึ้นกับกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ แต่ต่อมาได้มีการโอนย้ายสู่การปกครองระดับท้องถิ่นมากขึ้น ตามพ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ที่กำหนดให้รัฐบาลกระจายอำนาจมาให้ท้องถิ่นดำเนินการ (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547)

ปัจจุบันสถานสงเคราะห์คนชรา มีจำนวน 26 แห่ง โดยสถานสงเคราะห์คนชราถูกโอนไปสังกัดกับหน่วยงานต่างๆ ซึ่งแล้วแต่ความสะดวกและความเหมาะสมของแต่ละหน่วยงาน สำหรับสถานสงเคราะห์คนชราที่สังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีทั้งหมด 13 แห่ง ซึ่งรวมทั้งศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางแคด้วย สำหรับเกณฑ์การรับผู้สูงอายุไว้ในสถานสงเคราะห์คนชรา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ประสบความเดือดร้อน ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู หรืออยู่กับครอบครัวไม่มีความสุข และประสงค์จะเข้ารับบริการด้านต่างๆ ดังนี้

- 1) การเข้ารับการอุปการะในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งดำเนินการโดยศูนย์ 13 แห่ง ที่ตั้งอยู่ในตามจังหวัดต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ชลบุรี ลำปาง เชียงใหม่ บุรีรัมย์ ขอนแก่น นครพนม ภูเก็ต สงขลา และยะลา
- 2) บริการข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น สิทธิประโยชน์ผู้สูงอายุตามกฎหมาย
- 3) การให้คำแนะนำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน เช่น ที่อยู่อาศัย เครื่องอุปโภคบริโภค ค่าจัดการศพ เครื่องนุ่งห่ม เป็นต้น
- 4) การให้คำแนะนำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อนตามความเหมาะสม เช่น การสงเคราะห์เด็ก/คนพิการในครอบครัว และสงเคราะห์เงินทุนประกอบอาชีพ การซ่อมแซมที่อยู่อาศัย เป็นต้น
- 5) การสร้างมาตรฐานให้การบริการผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เพื่อเป็นต้นแบบในการจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุทั้งในสถาบันและในชุมชน



ซึ่งวัตถุประสงค์ของการจัดสวัสดิการเกี่ยวกับที่พักอาศัยของผู้สูงอายุของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุที่สังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้แก่

- 1) เพื่อเป็นศูนย์แห่งการเรียนรู้และเผยแพร่ข่าวสารด้านการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
- 2) ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านสวัสดิการผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน
- 3) เป็นศูนย์ประสานเครือข่ายในการให้บริการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
- 4) เป็นศูนย์ต้นแบบการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุที่มีมาตรฐานประเภทของผู้รับการสงเคราะห์

จากการศึกษาของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) พบอัตราประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้น และอัตราผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มากขึ้น อัตราการพึ่งพาในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และจากการสำรวจพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนประมาณร้อยละ 2-3 แต่ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราพบสูงถึงร้อยละ 10 ซึ่งส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานสงเคราะห์คนชราจะได้รับการดูแลเช่นเดียวกับผู้สูงอายุอื่นๆ แต่จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของผู้วิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคจะได้รับการดูแลแตกต่างจากผู้สูงอายุอื่นๆ เช่น แยกผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาดูแลในอาคารที่พักที่มีลักษณะเฉพาะ และเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น เป็นต้น

## 6.2 ความเป็นมาของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 1 ได้ก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2496 ในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี การจัดตั้งสถานสงเคราะห์แห่งนี้นับเป็นสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุแห่งแรกของประเทศไทย เพื่อให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุตามนโยบายสวัสดิการสังคมของรัฐ ในวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2548 ได้เปลี่ยนชื่อเป็นศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยสังกัดสำนักบริการสวัสดิการสังคม กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งการเปลี่ยนสังกัดกระทรวงที่ดูแลเพื่อให้การดำเนินงานมีความสอดคล้องกับลักษณะงานที่ปฏิบัติภายใต้สายงานที่รับผิดชอบโดยตรง และให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานอันก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่ม

ผู้สูงอายุ จากภารกิจและวัตถุประสงค์ของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ได้ดำเนินการในการวางแผนในการให้บริการแก่ประชาชนและผู้สูงอายุเพื่อให้สอดคล้องต่อความต้องการด้านสวัสดิการตามนโยบายของรัฐ ซึ่งประกอบด้วย

- 1) ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ โดยเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ
- 2) ศูนย์ฝึกอบรม สัมมนา มีหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุให้กับหน่วยงานที่ดำเนินการด้านผู้สูงอายุทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 3) ศูนย์การเรียนรู้ มีหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุนการเรียนรู้ในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุและถ่ายทอดภูมิปัญญาผู้สูงอายุโดยประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน นักเรียน นักศึกษา หน่วยงานภาครัฐ และเอกชน เข้าศึกษาดูงาน ฝึกอบรม วิจัย ด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในพื้นที่
- 4) ศูนย์การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแบบสถาบัน ประกอบด้วยให้บริการดูแลผู้สูงอายุกลางวันโดยจัดบริการให้ผู้สูงอายุที่อยู่ภายนอกเข้ามาใช้บริการในตอนกลางวัน โดยมีบริการด้านสังคมสงเคราะห์
- 5) ศูนย์พัฒนาสังคมและสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน มีหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุน การสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชนให้เกิดความผูกพันเอื้ออาทรกันอย่างสม่ำเสมอ จัดหน่วยเคลื่อนที่เยี่ยมเยียนผู้สูงอายุตามบ้าน
- 6) ศูนย์บริการให้คำแนะนำปรึกษา มีหน้าที่ให้คำแนะนำปรึกษาและส่งเสริมการสร้างเครือข่ายการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุและประชาชนอย่างทั่วถึงโดยมีการให้คำแนะนำปรึกษาทางโทรศัพท์ จดหมาย และอีเมล ให้คำแนะนำปรึกษาในศูนย์บริการ เป็นต้น

### 6.3 รูปแบบการบริการของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ตั้งอยู่เลขที่ 813 ถนนเพชรเกษม แขวงบางหว้า เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร มีเนื้อที่ 21 ไร่ โดยรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป โดยแบ่งประเภทของผู้รับการสงเคราะห์ ดังนี้

- 1) ประเภทสามัญ โดยไม่เสียค่าบริการใดๆ มีเรือนพัก 4 หลัง คือ อาคารสุขสันต์ อาคารพิบูลสุข อาคารมหาดไทย 100 ปี และอาคารโสมสวัสดิ์
- 2) ประเภทเสียค่าบริการแบบหอพัก แบ่งออกเป็นห้องเดี่ยวและห้องคู่

3) ประเภทพิเศษ (บังกะโล) โดยผู้สูงอายุสามารถปลูกบ้านอยู่เองตามแบบแปลนที่กำหนดในที่ดินของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทางศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ได้จัดให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาอยู่รวมกันในอาคารที่พักเดียวกัน คือ อาคารมหาดไทย 100 ปี เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการของภาวะสมองเสื่อมจะมีทั้งระดับเล็กน้อย คือยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ระดับปานกลาง คือต้องมีผู้คอยดูแลและช่วยเหลือกิจกรรมบางอย่าง และระดับรุนแรง คือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องได้รับการดูแลใกล้ชิด ซึ่งทางสถานสงเคราะห์ฯ ได้จัดเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไว้โดยเฉพาะเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง

ลักษณะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอาคารมหาดไทย 100 ปี ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติ หรือมีความบกพร่องทางด้านร่างกาย เช่น พิการ ตาบอด ความจำเสื่อม พฤติกรรมผิดปกติ หรือมีความบกพร่องทางด้านจิตใจ เช่น โรคทางจิตเวช โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมีภาวะพึ่งพาจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด และจากการสำรวจเมื่อวันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2553 มีผู้สูงอายุในอาคารมหาดไทย 100 ปี จำนวน 32 คน เป็นผู้สูงอายุเพศชาย 13 คน เพศหญิง 19 คน สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้สูงอายุ เรียกว่า พี่เลี้ยง มีหน้าที่ดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเกือบทุกอย่าง เช่น การอาบน้ำ การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การพาผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมต่างๆ และอำนวยความสะดวกด้านต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นอาคารที่พักสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะงานสูงมากเมื่อเทียบกับอาคารที่พักอื่นๆ ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยพี่เลี้ยงจะอยู่ดูแลผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง แบ่งการทำงานเป็นเวรกลางวัน (07.00-17.00 น.) จำนวนพี่เลี้ยง 4 คน เวรกลางคืน (17.00-07.00 น.) จำนวนพี่เลี้ยง 1 คน ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า พี่เลี้ยงที่ดูแลผู้สูงอายุในอาคารมหาดไทย 100 ปี มักมีภาวะเครียดเมื่อต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาตลอดเวลา ดังนั้นทางศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคจึงจัดให้มีการหมุนเวียนผลัดเปลี่ยนกลุ่มพี่เลี้ยงในการดูแลผู้สูงอายุแต่ละอาคารที่พักทุกๆ 6 เดือน เพื่อเป็นการลดความตึงเครียดของพี่เลี้ยงที่ต้องดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

สำหรับลักษณะของอาคารมหาดไทย 100 ปี เป็นเรือนพักชั้นเดียว ยกพื้นสูง มีลักษณะเป็นห้องโถงโล่ง มีระเบียงรอบเรือนพัก ด้านในเรือนพักจัดเป็นห้องพักสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งเป็นห้องๆ แยกเป็นสัดส่วน จำนวน 32 ห้อง ลักษณะการกั้นห้องพักเป็นผนังปูนสูงจากพื้น

ประมาณ 1 เมตร ด้านบนของผนังเป็นผนังที่ใช้เหล็กดัดกันระหว่างห้องเพื่อให้สามารถมองเห็น ผู้สูงอายุผ่านผนังเหล็กดัดได้อย่างทั่วถึง มีประตูปิดแต่ละห้องซึ่งเป็นบานเลื่อน ภายในห้องมีเตียง ซึ่งเป็นการก่อกองสูงจากพื้นประมาณ 50 เซนติเมตร พื้นห้องเป็นปูน รั้วพื้นส้วมมีเสมอ มีทางลาด เข้าห้องเพื่อสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุด้วยรถเข็น ในตัวอาคารห้องน้ำที่ผู้สูงอายุใช้ร่วมกัน มีราวจับ พื้นห้องน้ำเป็นพื้นกระเบื้อง มีทางลาดเพื่อสะดวกในการขึ้นรถเข็น แบ่งห้องน้ำและห้อง ส้วมเป็นสัดส่วน ด้านนอกตัวอาคารมีระเบียงที่จัดไว้ให้ผู้สูงอายุได้มาใช้ร่วมกันในการทำกิจกรรม หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไป เช่น นั่งรับประทานอาหารร่วมกัน นั่งสนทนาพูดคุย เป็นต้น ใน ตัวอาคารมีการจัดบอร์ดรูปต่างๆ มีห้องกิจกรรม โต๊ะกิจกรรม โต๊ะรับแขก กระจ่างต้นไม้ ตู้ไม้โชว์ งานประดิษฐ์ต่างๆ เป็นต้น

## 7. บทบาทของพยาบาลในการดูแลและจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การจัดการกับอาการและพฤติกรรมไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็น หัวใจสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ญาติและผู้ดูแลต้องยอมรับกับอาการและ เข้าใจความผิดปกติดังกล่าว เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแล การจัดการ กับปัญหาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วย มีแนวทางการดูแลช่วยเหลือและคำแนะนำ ในการแก้ปัญหาความผิดปกติต่างๆที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม มีดังนี้

บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมเป็นบทบาทอิสระ ซึ่งพยาบาลสามารถนำความรู้ ความสามารถในด้านกระบวนการ พยาบาลมาใช้ในการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา และค้นหาแนวทางในการจัดการกับพฤติกรรม ได้อย่างเหมาะสม บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายแบบองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาล ดังนี้

**7.1 บทบาทด้านการรวบรวมข้อมูลและการประเมินภาวะสุขภาพ** โดยการ รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การประเมินอาการและอาการแสดง สาเหตุของพฤติกรรม ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดพฤติกรรม ปัญหาของพฤติกรรม การประเมินลักษณะ ของพฤติกรรมกระวนกระวาย การประเมินความถี่และความรุนแรงของพฤติกรรม การประเมินผล เสียและอันตรายของการเกิดพฤติกรรมของผู้สูงอายุและผู้ดูแล การประเมินภาวะสุขภาพหลังจาก มีพฤติกรรมกระวนกระวาย

หลักสำคัญในการรวบรวมและประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุควรมองปัญหาแบบองค์รวม การประเมินปัญหาอย่างครอบคลุมให้ครบทุกมิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ การรวบรวมข้อมูลครบทุกด้าน จะทำให้สามารถมองเห็นปัญหาของพฤติกรรมได้อย่างครอบคลุม และสามารถค้นหาแนวทางในการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายได้อย่างเหมาะสม

**7.2 บทบาทด้านการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการพยาบาล** ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การดูแลและการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวาย เพื่อนำมาค้นหาแนวทางในการให้การจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวาย นอกจากนั้นการประยุกต์แนวทางในการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายโดยการผสมผสานกับการบำบัดเสริมต่างๆในการจัดการกับพฤติกรรม พยาบาลควรมีแนวคิดและมองเห็นปัญหา และค้นหากิจกรรมใหม่ๆ เพื่อให้ได้แนวทางในการจัดการและนวัตกรรมทางการพยาบาลใหม่ๆเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วย

**7.3 บทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาล** เป็นการดำเนินการพยาบาลและดำเนินกิจกรรมการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวาย

**7.3.1 บทบาทด้านการให้ความรู้ การสอน และการอบรม** โดยพยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกระวนกระวาย อากาโร สาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรม และการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยพยาบาลเป็นผู้สอนและอบรมพยาบาล เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวาย เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตต่อไป

**7.3.2 บทบาทด้านการส่งเสริมกำลังใจ** พยาบาลต้องตระหนักต่อปัญหาให้มีความสำคัญกับพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีกำลังใจในการแก้ปัญหาพฤติกรรมกระวนกระวาย การสร้างความมั่นใจในการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวาย การส่งเสริมการมองเห็นคุณค่าตนเอง

**7.3.3 บทบาทด้านการประสานงาน** โดยการประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพและบุคลากรด้านอื่นๆ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักการภารโรง พนักงานทำความสะอาด เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยไปในทางเดียวกัน



7.3.4 บทบาทด้านการให้คำแนะนำและคำปรึกษา พยาบาลควรมีบทบาทในการให้คำแนะนำและคำปรึกษา แนะนำแหล่งค้นหาความรู้และแหล่งประโยชน์ต่างๆ การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า การวางแผนในการจัดการร่วมกัน การร่วมสร้างข้อตกลงร่วมกัน

7.3.5 บทบาทผู้ให้การดูแล โดยใช้กิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวาย ซึ่งถือว่าการบำบัดเสริมทางการพยาบาลที่มีความสำคัญด้านการป้องกัน การดูแลรักษา การส่งเสริมฟื้นฟู ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

7.4 **บทบาทด้านการประเมินผล** หลังจากปฏิบัติการพยาบาลจำเป็นต้องประเมินผลการพยาบาลและการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยมองปัญหาที่เกิดขึ้น และประเมินผลอย่างครอบคลุม ค้นหาแนวทางในการนำเสนอ การแก้ไข ปรับปรุงเกี่ยวกับแบบแผนในการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวาย ข้อเสนอแนะและข้อเสนอแนะในการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายครั้งต่อไป

## 8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กัลยาณี เจนอนุศาสตร์ (2541) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้กิจกรรมดนตรีบำบัดกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 พบว่า การใช้กิจกรรมดนตรีบำบัดโดยการเปิดเพลงให้ผู้สูงอายุฟังและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้หลังการใช้กิจกรรมดนตรีบำบัดและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อทันทีที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้แต่ไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะติดตามผลพบว่าภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ใช้การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ำกว่าการใช้ดนตรีบำบัด ซึ่งเกิดจากการใช้ดนตรีบำบัดจะส่งผลในระยะสั้นๆ เมื่อขาดการกระตุ้นผู้ป่วยก็จะมีอาการซึมเศร้า แต่ในการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นการบริหารที่ส่งผลในระยะยาวและผู้ป่วยสามารถจัดการกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเกิดความพอใจและลดอาการซึมเศร้าได้

อาริยา สอนบุญ (2543) ได้ทำการศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการบำบัด โดยผู้วิจัยใช้ดนตรีบำบัดและเลือกใช้เพลงไทยสากลซึ่งเป็นเพลงบรรเลง มีความยาวประมาณ 30 นาที และให้กลุ่มตัวอย่างฟังเพลงหลังได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 3 ครั้ง ห่างกัน 75 นาที จากนั้นจึงประเมินความวิตกกังวล ประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียน และสัมพันธภาพความรู้สึกร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการฟังเพลง ผล

การศึกษาพบว่า การได้รับฟังดนตรีที่มีคุณสมบัติดังกล่าวทำให้อาการวิตกกังวลและอาการคลื่นไส้อาเจียนของกลุ่มตัวอย่างลดลง รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างยังรู้สึกดีต่อการฟังเพลงทำให้จิตใจแจ่มใส เพลิดเพลิน เวลารับรู้เร็ว สงบและหลับได้

สุนีย์ สุวีระขจร (2547) ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์บำบัดกับดนตรีบำบัดต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยผู้วิจัยเลือกแนวทางการบำบัด 2 แนวทางเพื่อเปรียบเทียบต่อระดับความวิตกกังวล ผลการวิจัยพบว่า การใช้สัมผัสนำบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัดสามารถลดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้เช่นเดียวกับการใช้ดนตรีบำบัด และระดับความวิตกกังวลซึ่งเมื่อเปรียบเทียบระหว่างการใช้สัมผัสนำบำบัดและการใช้ดนตรีบำบัดไม่แตกต่างกัน

เกศินี รัตนมณี (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการฟังดนตรีต่อความเจ็บปวดขณะมีกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยการสร้างโปรแกรมที่มีการให้ข้อมูลในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวดร่วมกับดนตรี และให้ฟังดนตรีหลังผ่าตัดขณะทำกิจกรรม 3 ชนิด ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเจ็บปวดลดลงในการทำกิจกรรมการพยายามลุกขึ้นนั่งและการถอดท่อช่วยหายใจ แต่ในการทำกิจกรรมกายภาพบำบัดไม่แตกต่างจากการได้รับข้อมูลและให้ความสำคัญในการฟื้นฟูตนเองของผู้ป่วย

เบญจมาศ จันทน์นวล (2551) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเรื่องการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะใช้เครื่องช่วยหายใจโดยการใช้ดนตรีบำบัดในหอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยการเลือกใช้ดนตรีในการบำบัดขณะที่กลุ่มตัวอย่างใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ ผลการศึกษาพบว่า การใช้ดนตรีบำบัดสามารถลดความวิตกกังวลได้ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการได้รับดนตรีบำบัดสูง

Clair and Bernstein (1994) ได้ทำการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง 28 ราย ในโรงพยาบาล โดยใช้นักร้องนำบำบัดในกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มทดลอง ได้แก่ กลุ่มที่ไม่ใช้ดนตรี กลุ่มที่ใช้ดนตรีบรรเลงแบบกระตุ้น (stimulating) และใช้นักร้องบรรเลงแบบผ่อนคลาย (sedative) โดยใช้เวลารั้งละ 30 นาที วันละ 3 ครั้ง ประเภทดนตรีละ 10 วัน และประเมินพฤติกรรมโดยการสังเกตพฤติกรรม วัดค่าความสอดคล้องได้ 0.93-0.97 ซึ่งจากการทดลองพบว่าดนตรีทั้ง 3 ประเภทไม่สามารถลดพฤติกรรม

กระวนกระวายได้ และพบว่าพฤติกรรมกระวนกระวายในกลุ่มตัวอย่างไม่เปลี่ยนแปลง ดังนั้นดนตรีบรรเลงจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง

Goddaer and Abraham (1994) ได้ทำการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยทดลองในผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายและในผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรู้คิดระดับรุนแรง 29 ราย ในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Nursing home) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (ใช้ดนตรี) และกลุ่มควบคุม (ไม่ใช้ดนตรี) ซึ่งดนตรีที่ใช้เป็นดนตรีบรรเลงประเภทผ่อนคลายและเปิดดนตรีระหว่างมื้ออาหารกลางวันเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวาย และใช้แบบประเมินของ The Cohen-Mansfield Agitation Inventory และใช้การสังเกตพฤติกรรมจากผู้สังเกตที่ได้รับการอบรมแล้ว ค่าความสอดคล้องภายใน KR-20 วัดได้ 0.88-0.94 โดยรูปแบบการวิจัย ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1 ไม่ใช้ดนตรี สัปดาห์ที่ 2 ใช้ดนตรีประเภทผ่อนคลาย สัปดาห์ที่ 3 ไม่ใช้ดนตรี และสัปดาห์ที่ 4 ให้ฟังดนตรีผ่อนคลายซ้ำอีกครั้ง วัดเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า พฤติกรรมกระวนกระวายลดลงร้อยละ 63.4 หลังจากได้รับดนตรีในช่วง 4 สัปดาห์ โดยเฉพาะพฤติกรรมที่ไม่ใช้พฤติกรรมก้าวร้าว (pacing, inappropriate robbing) และพฤติกรรมการใช้ภาษา (complaining, constant request for attention) แต่พฤติกรรมด้านความก้าวร้าว (hitting, kicking) และ hiding/hoarding ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

Ragneskog et al. (1996) ได้ทำการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม และทำการศึกษเปรียบเทียบการใช้เพลงบรรเลง 3 ประเภท ได้แก่ เพลงผ่อนคลาย เพลง Popular และ เพลง Pop & rock โดยเปิดเพลงระหว่างมื้ออาหารเย็น 3 วัน เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเพื่อประเมินผลของดนตรีต่อการรับประทานอาหาร อาการหงุดหงิดง่าย อาการกระสับกระส่าย และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยใช้การบันทึกวีดิโอตลอดการศึกษา ซึ่งทำการศึกษาใน 5 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ดนตรีมีผลต่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะดนตรีประเภทผ่อนคลาย นอกจากนี้ ยังพบว่าดนตรีทั้ง 3 ประเภท มีผลทำให้ผู้สูงอายุใช้เวลาในการรับประทานอาหารมากขึ้น โดยใช้เวลาในการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นร้อยละ 22 ทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้มากขึ้น นั่งอยู่ที่โต๊ะอาหารนานขึ้น ไม่ผลกจานอาหารออกระหว่างมื้ออาหาร รับประทานอาหารด้วยท่าทางสงบมากขึ้น ดังนั้นดนตรีมีผลต่ออาการกระสับกระส่ายและพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อม

Denny (1997) ได้ทำการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อเปรียบเทียบการใช้ดนตรีแบบ Quiet background ระหว่างมื้ออาหารกลางวันเพื่อลด

พฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม 9 รายในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดย สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน สัปดาห์ที่ 2 ใช้ดนตรี สัปดาห์ที่ 3 ไม่ใช้ดนตรี สัปดาห์ที่ 4 ใช้ดนตรีซ้ำอีกครั้ง หลังจากนั้น ประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายโดยการสังเกตพฤติกรรมจากผู้สังเกตการณ์ พบว่า หลังสัปดาห์แรกที่ได้รับดนตรี พฤติกรรมกระวนกระวายลดลงร้อยละ 64 แต่หลังสัปดาห์ที่ไม่ได้ใช้ดนตรี พฤติกรรมกระวนกระวายจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 8 และหลังสัปดาห์ที่ 3 และ 4 พฤติกรรมกระวนกระวายจะลดลงร้อยละ 31 และ 34 ตามลำดับ

Gerdner (1997) ได้ทำการศึกษาโดยทำการวิจัยแบบ case study โดยกรณีศึกษา รายที่ 1 ศึกษาผู้สูงอายุเพศหญิงอายุ 89 ปี ในสถานดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (Day care center) ที่มี สมองเสื่อมชนิด Alzheimer และมี cognitive impair รุนแรง โดยใช้การเปิดเพลงที่ชื่นชอบ 30 นาที สัปดาห์ละ 2 วัน ทั้งหมด 15 ครั้ง โดยสังเกตพฤติกรรมแบบตัวต่อตัว (One to one) ซึ่งพบว่า พฤติกรรมหลังฟังดนตรีมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และพบว่าผู้ป่วยยิ้มและเต้นพร้อมกับ เสียงดนตรี และให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น ส่วนกรณีศึกษา รายที่ 2 ศึกษา ผู้สูงอายุเพศหญิงอายุ 77 ปี ในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) ที่มีภาวะสมอง เสื่อมชนิด Alzheimer และมี Cognitive impair รุนแรง โดยให้ฟังดนตรีแบบ classic 30 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 6 สัปดาห์ และไม่ให้ฟังดนตรี 2 สัปดาห์ และหลังจากนั้นให้ฟังดนตรีอีก สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวนอีก 6 สัปดาห์ จากนั้นใช้แบบประเมินพฤติกรรม Cohen-Mansfield Agitation Inventory ในการประเมินพฤติกรรม พบว่าความถี่ของพฤติกรรมกระวนกระวายลดลง และความรุนแรงของพฤติกรรมลดลงระหว่างที่ฟังดนตรีแบบ classic แต่เมื่อไม่ได้ฟังดนตรีพบว่า พฤติกรรมกระวนกระวายจะเพิ่มและรุนแรงขึ้น แต่เมื่อได้ฟังดนตรีที่ชื่นชอบอีกครั้ง อาการต่างๆจะ ลดลง

Gerdner and Swanson (1997) ได้ทำการศึกษาผลของการฟังเพลงในผู้สูงอายุที่มี พฤติกรรมกระวนกระวาย โดยเปิดเพลงที่ผู้สูงอายุชื่นชอบนาน 30 นาที จำนวน 2 สัปดาห์ และ ประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยให้สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้รวบรวมเพลงที่ผู้สูงอายุชอบมาให้ผู้สูงอายุ และใช้แบบประเมิน Cohen-Mansfield Agitation Inventory ในการประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย และใช้การ สังเกตพฤติกรรมโดยผู้ช่วยวิจัยในการสังเกตพฤติกรรม ค่าความเที่ยงวัดได้ 0.97 โดยบันทึก พฤติกรรมระหว่างฟังดนตรีและหลังฟังดนตรี 1 ชั่วโมง พบว่า ดนตรีประเภทผ่อนคลายมีผลต่อ พฤติกรรมกระวนกระวาย เปรียบเทียบระหว่างฟังดนตรีพฤติกรรมกระวนกระวายลดลงร้อยละ 46.6 และหลังฟังดนตรี 1 ชั่วโมงพฤติกรรมกระวนกระวายลดลงร้อยละ 80



Clark, Lipe and Bilbrey (1998) ได้ทำการศึกษาวิจัยแบบทดลองในผู้สูงอายุ 18 รายที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานพยาบาล (Nursing home) โดยศึกษาผลของดนตรีต่อพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างอาบน้ำของผู้สูงอายุ โดยเลือกใช้ดนตรีที่ชื่นชอบ และแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ไม่ใช้ดนตรี (Control) และกลุ่มที่ได้รับดนตรีที่ชื่นชอบ (Experimental) จำนวน 2 สัปดาห์ ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว 15 ข้อ โดยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สังเกตพฤติกรรมในขณะที่อาบน้ำ ค่าความเที่ยงวัดได้ 0.90 ผลการทดลองพบว่าดนตรีสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ 12 ข้อจาก 15 ข้อ ในกลุ่มทดลองระหว่างฟังดนตรี และผู้ป่วยที่ได้ฟังดนตรีให้ความร่วมมือในการอาบน้ำมากขึ้น

Lou (2001) ได้ศึกษาการวิเคราะห์หอนุमानเกี่ยวกับ The use of music to decrease agitated behavior of the demented elderly: the state of the science ซึ่งจากการศึกษา พบว่าการนำดนตรีมาใช้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับความนิยมนิยมและถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย จากการศึกษาพบว่าดนตรีสามารถนำไปเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุ และดนตรีสามารถนำมาใช้ในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นดนตรีจึงมีผลต่อระดับการรู้สึกร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ การเลือกใช้ดนตรีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละรายจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ดังนั้นการเลือกดนตรีให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมายและการเลือกดนตรีที่นำมาใช้ในแต่ละพฤติกรรมจึงมีความสำคัญในการนำมาใช้ในการบำบัดควบคู่กับการรักษาได้

Richeson (2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้สัตว์เลี้ยง ช่วยในการลดพฤติกรรมกระวนกระวายและช่วยส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ เป็นศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และอาศัยอยู่ในสถานี่รับดูแลจำนวน 15 แห่ง โดยในแต่ละแห่งผู้สูงอายุจะได้รับการดูแล และการจัดกิจกรรมที่เหมือนกัน คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ สัมผัส พุดคุย จดจำชื่อของสุนัขอย่างน้อย 1 ชื่อ และเรียกชื่อของสุนัขในทุกๆ วัน เป็นเวลา 1 ชั่วโมงติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้เล่นกับสุนัข มีความสนใจสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว มีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดและเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงสัปดาห์แรกหลังจากที่ได้เล่นกับสุนัข นอกจากนี้ยังพบว่าการแสดงออกของพฤติกรรมกระวนกระวาย ที่สร้างความยากลำบากในการดูแลลดลง รวมถึงยังแสดงออกถึงการควบคุมอารมณ์ต่างๆ ของตนเองได้ดีขึ้น

Hicks-Moore (2005) ได้ทำการศึกษาวิจัยในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวายในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยการใช้ดนตรีบำบัดประเภทผอน



คลาย โดยเปิดเพลงให้ผู้สูงอายุฟังในขณะที่ผู้สูงอายุกำลังรับประทานอาหารกลางวัน ทุกวัน จำนวน 4 สัปดาห์ พบว่าการเปิดเพลงให้ผู้สูงอายุฟังในขณะที่รับประทานอาหารกลางวันทุกวัน จะช่วยลดพฤติกรรมกระวนกระวายได้ และผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้มากขึ้น รวมทั้งใช้เวลาในการนั่งรับประทานอาหารได้นานกว่าเดิม ทำให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารเพิ่มขึ้น

Lai and Good (2005) ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้ดนตรีต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ โดยเลือกเปิดเพลงประเภทผ่อนคลาย เปิดช่วงก่อนผู้สูงอายุเข้านอน เป็นเวลา 20-30 นาที พบว่าการเปิดเพลงบรรเลงประเภทผ่อนคลายก่อนนอนจะช่วยเพิ่มคุณภาพในการนอนหลับและมีผลต่อองค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ ซึ่งคุณสมบัติของดนตรีจะเกี่ยวข้องกับการรับรู้คุณภาพการนอน ส่งเสริมการนอนหลับให้ยาวขึ้น ลดความบกพร่องในการนอนและการนอนกลางวันที่มีผิดปกติของผู้สูงอายุ ดังนั้นผลของดนตรีจึงสามารถนำมาเสริมทักษะในการส่งเสริมคุณภาพในการนอนหลับของผู้สูงอายุได้

Sung et al. (2006) ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการใช้ดนตรีแบบกิจกรรมกลุ่มในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวายในประเทศไต้หวัน โดยเลือกเพลงและกิจกรรมกลุ่มให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม เช่น การเต้นประกอบเพลง การร้องเพลงกลุ่ม กิจกรรมเข้าจังหวะ เป็นต้น ซึ่งในการทดลองผู้วิจัยไม่จำกัดประเภทของดนตรี โดยกิจกรรมกลุ่มจะทำสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง จำนวน 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากิจกรรมกลุ่มโดยใช้ดนตรีและเสียงเพลงในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะลดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุได้ และสามารถนำกิจกรรมดังกล่าวมาใช้ในผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมแยกตัวและไม่เข้าสังคมได้

Lin et al. (2007) ได้ศึกษาผลของประสิทธิผลของการใช้กลิ่นลาเวนเดอร์ในการช่วยลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุชาวจีนที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งการศึกษาดังกล่าว ได้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุชาวจีนที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม และมีการแสดงพฤติกรรมกระวนกระวาย ทั้งในส่วนของอาการกระทำและคำพูด จำนวน 70 ราย โดยการศึกษาแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับกลิ่นลาเวนเดอร์ โดยใช้วิธีการสูดดม และกลุ่มที่ได้รับกลิ่นของดอกทานตะวัน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับกลิ่นลาเวนเดอร์แสดงพฤติกรรมกระวนกระวายลดลง และคะแนนที่ได้จากแบบประเมินของ Cohen-Mansfield Agitation Inventory ลดลงจาก 24.68 เหลือ 17.77 และจากแบบประเมิน Neuro psychiatric Inventory ลดลงจาก 63.17 เหลือ 58.77 ตามลำดับ ซึ่งผลของการใช้กลิ่นลาเวนเดอร์ จะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หากพฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากผลข้างเคียงจากการได้รับยาในกลุ่มจิตเวช

Robinson and Hicks-Moore (2008) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการให้ฟังเพลงที่ชื่นชอบ ร่วมกับการนวดสัมผัส จะสามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมดังกล่าวได้ โดยการศึกษาดังกล่าวได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 41 คน ที่อาศัยอยู่ในสถานรับดูแลผู้สูงอายุ และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมที่มีการดำเนินของโรคอยู่ในระยะเริ่มต้น ร่วมกับการแสดงพฤติกรรมกระวนกระวายที่รบกวนและส่งผลกระทบต่อการดูแล ซึ่งการศึกษาดังกล่าวได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 (กลุ่มที่ได้รับการฟังเพลงเพียงอย่างเดียว) กลุ่มที่ 2 (กลุ่มที่ได้รับการนวดสัมผัสเพียงอย่างเดียว) และกลุ่มที่ 3 (กลุ่มที่ได้รับการนวดสัมผัสร่วมกับการฟังเพลงที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ) ซึ่งแต่ละกลุ่มจะใช้เวลาในการทำกิจกรรมเป็นเวลา 10 นาที ผลของการทดลองพบว่า การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย และอารมณ์สงบมากยิ่งขึ้น การแสดงพฤติกรรมกระวนกระวายที่แสดงออกด้วยการกระทำและคำพูดลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลที่ได้รับการนวดสัมผัสร่วมกับการฟังเพลงจะมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ผู้สูงอายุได้รับการนวดสัมผัสหรือการฟังเพลงเพียงอย่างเดียวใดอย่างหนึ่ง

พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพ นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทอิสระในการค้นหาแนวทางในการดูแลและค้นหากิจกรรมการพยาบาลเพื่อใช้ในการบำบัดรักษา เนื่องจากการบำบัดทางการพยาบาลจะไม่ขัดกับการรักษาทางการแพทย์และมีแนวทางในการบำบัดหลายวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย จากการทบทวนแนวคิดเหตุผลและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญในการดูแลและการจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าว การจัดการที่เหมาะสมจะช่วยลดอุบัติการณ์ที่อาจก่อให้เกิดผลเสียแก่ตัวผู้สูงอายุเอง บุคคลรอบข้างและผู้ดูแล นอกจากนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และจากการทบทวนงานวิจัยพบว่า การจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีหลายประเด็นที่น่าสนใจ ทั้งด้านการเลือกใช้วิธีการบำบัด การจัดองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องและการประเมินผลหลังจากได้รับการบำบัด เป็นต้น การบำบัดทางการพยาบาลเป็นการผสมผสานศาสตร์แห่งการพยาบาลร่วมกับศาสตร์อื่นๆ ได้ง่าย ซึ่งดนตรีบำบัดเป็นศาสตร์แขนงหนึ่งที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดได้มากมาย ดนตรีมีคุณสมบัติในการเบี่ยงเบนความสนใจและช่วยทำให้เกิดสมาธิ โดยมีผู้สนใจนำดนตรีมาใช้ในการบำบัดโรคเป็นจำนวนมาก สำหรับการจัดสิ่งแวดล้อมในผู้สูงอายุก็เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่ดีจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตัวเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตัวเองได้นานขึ้น

รวมทั้งสามารถลดอัตราการพึ่งพาผู้อื่น ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่มีบทบาทอิสระในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจึงสนใจแนวทางการจัดกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อค้นหาแนวทางในการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดเกี่ยวกับดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายซึ่งเน้นการเบี่ยงเบนความสนใจผสมผสานกับแนวคิดเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อลดสิ่งเร้าที่มากระตุ้นซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุในที่สุด



ศูนย์วิทยพัชกร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดการวิจัย

### การบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม

#### 1. ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและการประเมินด้าน (สัปดาห์ที่ 1)

- การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุ การประเมินด้านดนตรี การประเมินสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัย และการประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

#### 2. ขั้นตอนการวิเคราะห์และวางแผนกิจกรรม (สัปดาห์ที่ 2)

- การวิเคราะห์คัดเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม และวางแผนการดำเนินกิจกรรมร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ

#### 3. ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม (สัปดาห์ที่ 3-7)

- การดำเนินกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล โดยดำเนินกิจกรรมด้านดนตรีควบคู่กับกิจกรรมด้านการจัดสิ่งแวดล้อม ดังนี้

1) **กิจกรรมการให้ความรู้ตามแนวทางการอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่** เรื่องการใช้ดนตรีและการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ใช้เวลาในการอบรม 3 ชั่วโมง

2) **กิจกรรมดนตรี** โดยใช้แนวคิดการใช้ดนตรีบำบัดของ Gerdner (1997) โดยใช้ดนตรีที่มีคุณสมบัติในการเบี่ยงเบนความสนใจเลือกเพลงที่มีทำนองซ้ำๆ ผู้สูงอายุคุ้นเคยและชื่นชอบ ใช้ดนตรีในการบำบัดสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30-45 นาที 5 สัปดาห์ ทั้งหมด 15 ครั้ง แบ่งเป็น กิจกรรมกลุ่มเคาะจังหวะตามเสียงเพลง และ กิจกรรมเปิดดนตรีเสียงตามสาย

3) **กิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อม** ใช้เวลาระหว่างวันในการจัดสิ่งแวดล้อมตามแนวคิดของ Hall (1988) โดยเน้นหลักสำคัญในการจัดสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เน้นความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ การสร้างความคุ้นเคยต่อสิ่งแวดล้อมในการดำเนินชีวิต และการชะลอความเสื่อมของสมอง

#### 4. ขั้นตอนการประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย

- โดยการสังเกตพฤติกรรมกระวนกระวายตลอด 24 ชั่วโมง ทำการประเมินระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัด ทั้งหมด 5 สัปดาห์ และบันทึกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ (ประเมินทั้งหมด 5 ครั้ง)

### พฤติกรรมกระวนกระวาย

- พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive behaviors)
- พฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางกาย (Physically non aggressive behaviors)
- พฤติกรรมกระวนกระวายทางภาษา (Verbally agitated behaviors)
- พฤติกรรมปกปิดและเก็บซ่อนไว้ (Hiding and Hoarding behaviors)
- พฤติกรรมกระวนกระวายอื่นๆ (Other agitated behaviors)

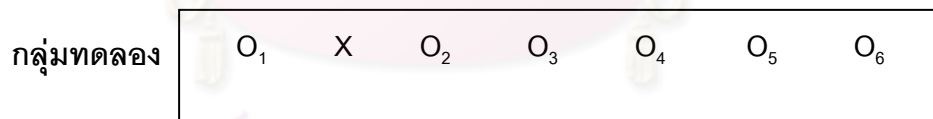
ภาพที่ 2 ภาพกรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) (Polit and Beck, 2004) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อน ระหว่างและหลังได้รับกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทำการวิจัยครั้งนี้เป็นสถานสงเคราะห์คนชราที่มีลักษณะปิดคือ ผู้สูงอายุที่รับการสงเคราะห์ทุกคนมีการดำเนินชีวิตร่วมกัน และได้รับการปฏิบัติด้านการให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน จึงเป็นการยากที่จะดำเนินการทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกเลือกปฏิบัติได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกทำการวิจัยชนิดศึกษากลุ่มเดียวทำการวัดซ้ำทั้งหมด 6 ครั้ง โดยทำการวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 4 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที 1 ครั้ง ระยะห่างของการวัดแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

#### รูปแบบการวิจัย



โดย X คือ กิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม

$O_1$  คือ การประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนได้รับกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล

$O_2$  คือ การประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังได้รับกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1)

$O_3$  คือ การประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังได้รับกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 2)



O<sub>4</sub> คือ การประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หลังได้รับการจัดการบำบัดทางการแพทย์ 3 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 3)

O<sub>5</sub> คือ การประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หลังได้รับการจัดการบำบัดทางการแพทย์ 4 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 4)

O<sub>6</sub> คือ การประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการบำบัดทางการแพทย์ (สัปดาห์ที่ 5)

## ประชากร / กลุ่มตัวอย่าง

### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ได้รับการประเมินภาวะสมองเบื้องต้น จากแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (MMSE-Thai 2002) ว่ามีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับเล็กน้อยและปานกลาง (Mild and moderate dementia) และมีพฤติกรรมกระวนกระวาย จากการประเมินโดยแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายซึ่งแปลจาก The Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) ของ Cohen-Mansfield (1989)

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่พักในอาคารมหาดไทย 100 ปี ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553 – เดือนมกราคม พ.ศ. 2554 โดยมีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
2. ได้รับการประเมินภาวะสมองเบื้องต้นว่ามีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย-ปานกลาง จากแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (MMSE-Thai 2002) (ดังแสดงในภาคผนวก ค) เกณฑ์ในการประเมินแบบทดสอบ คือ

2.1 ผู้สูงอายุ ไม่ได้รับการศึกษา ได้คะแนน <14 คะแนน คะแนนเต็ม 23 คะแนน

2.2 ผู้สูงอายุ ศึกษาในระดับประถมศึกษา ได้คะแนน <17 คะแนน คะแนนเต็ม 30

คะแนน

2.3 ผู้สูงอายุ ศึกษาระดับสูงกว่าประถมศึกษา ได้คะแนน <22 คะแนน คะแนนเต็ม 30 คะแนน

3. มีพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างน้อย 1 พฤติกรรมใน 1 สัปดาห์ จากแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยแปลจาก The Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) ซึ่งมีทั้งหมด 29 พฤติกรรม (ดังแสดงในภาคผนวก ค)

4. เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีความบกพร่องทางด้านารได้ยิน

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และได้รับความเห็นชอบจากผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคว่าสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคเป็นผู้ลงลายมือให้การยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยแทนญาติและกลุ่มตัวอย่างที่มีความบกพร่องทางด้านสติปัญญา

#### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่มีอาการกำเริบรุนแรงจนเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางการแพทย์
2. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้สูงอายุและคนอื่นๆ
3. ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 3 ครั้ง

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยเสนออธิบดีกรมพัฒนาการจัดสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและมั่นคงของมนุษย์ เพื่อขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เสนอต่อผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และเข้าสังเกตพฤติกรรมในระหว่างวันของกลุ่มตัวอย่าง โดยผลการประเมินต่างๆจะเป็นความลับ และการเสนอผลการศึกษาในภาพรวมทั้งหมดเท่านั้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีภาวะสมองเสื่อมซึ่งมีความบกพร่องในการรับรู้และการตัดสินใจ ไม่สามารถลงลายมือชื่อในการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยได้ ผู้วิจัยจึงขออนุญาตผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

ให้เป็นผู้ลงลายมือชื่อในการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแทน เนื่องจากตามระเบียบของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ถือเป็นผู้ปกครองของผู้สูงอายุและมีอำนาจในการลงมือชื่อแทนผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านสติสัมปชัญญะ

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยต่อไป กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยจะไม่มีผลกระทบกระเทือนต่อกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินชีวิตประจำวันในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค นอกจากนี้ผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในระหว่างการวิจัยได้

### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยถึงอธิบดีกรมพัฒนาการจัดสวัสดิการกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และประสานงานกับผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค เพื่อขอรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ต้องการ โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในอาคารมหาดไทย 100 ปี

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือกับผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในอาคารมหาดไทย 100 ปี ในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของผู้สูงอายุตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

- 3.1 ประเมินสมรรถภาพสมอง โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai: MMSE-Thai 2002)

- 3.2 ประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยใช้แบบประเมิน CMAI (The Cohen-Mansfield Agitation Inventory) ของ Cohen-Mansfield (1989) ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตทำการแปลแบบประเมิน CMAI และนำมาใช้ในการสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

4. คัดเลือกผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างน้อย 1 พฤติกรรมใน 1 สัปดาห์ สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งมีผู้สูงอายุที่สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 34 คน

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ใช้หลักการในการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในอาคารมหาดไทย 100 ปี ในช่วงเดือนพฤศจิกายน

พ.ศ. 2553 - เดือนมกราคม พ.ศ. 2554 โดยเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Convenience sampling (Polit and Beck, 2004) และคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม PASS

5. ผู้วิจัยอธิบาย ชี้แจงรายละเอียดการเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้สูงอายุที่สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการวิจัย 34 คน และระหว่างการวิจัยจำเป็นต้องคัดผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยออกจำนวน 9 คน เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพและไม่เข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 3 ครั้ง ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการทดลองครั้งนี้ มีจำนวนทั้งสิ้น 25 คน

สำหรับรายละเอียดข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 25 ราย ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนปีที่เข้าพัก คะแนนสมรรถภาพสมอง คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย ลักษณะพฤติกรรมกระวนกระวาย และพฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ดังตารางแสดงที่ 1



ศูนย์วิทยพัทยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย จำแนกตามเพศ อายุ จำนวนปีที่เข้าพัก คะแนนประเมินสมรรถภาพสมอง คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย ลักษณะพฤติกรรมกระวนกระวายแบ่งตามกลุ่มอาการ และพฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

ราย ที่	เพศ	อายุ (ปี)	จำนวน ปีที่เข้า พัก(ปี)	คะแนน MMSE	คะแนน CMAI	พฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางการแพทย์พยาบาล				
						กลุ่มพฤติกรรมก้าวร้าว ทางกาย	กลุ่มพฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางกาย	กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวาย ทางภาษา	กลุ่มพฤติกรรมปกปิด และเก็บซ่อน	กลุ่มพฤติกรรมกระวน กระวายอื่นๆ
1	หญิง	95	17	7	81	- แข็ง/ด่า	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - พยายามหนีไปที่อื่น - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- บ่น/คร่ำครวญ - เรียกร้องความสนใจ - พูดทางลบ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	- ซ่อนสิ่งของ - สะสมสิ่งของ	X
2	ชาย	80	8	14	86	- ถ่มน้ำลาย - แข็ง/ด่า	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - พยายามหนีไปที่อื่น - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- บ่น/คร่ำครวญ - เรียกร้องความสนใจ - พูดทางลบ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	- ซ่อนสิ่งของ - สะสมสิ่งของ	- กินของแปลกๆ
หมายเหตุ	X		หมายถึง		ไม่มีพฤติกรรม					



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ราย ที่	เพศ	อายุ (ปี)	จำนวน ปีที่เข้า พัก(ปี)	คะแนน MMSE	คะแนน CMAI	พฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล				
						กลุ่มพฤติกรรมก้าวร้าว ทางกาย	กลุ่มพฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางกาย	กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวาย ทางภาษา	กลุ่มพฤติกรรมปกปิด และเก็บซ่อน	กลุ่มพฤติกรรมกระวน กระวายอื่นๆ
3	หญิง	66	4	18	93	- ถ่มน้ำลาย - แข็ง/ด่า	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- บ่น/คร่ำครวญ - เรียกร้องความสนใจ - พูดทางลบ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	- ซ่อนสิ่งของ - สะสมสิ่งของ	- ส่งเสียงแปลกๆ
4	ชาย	63	4	7	77	- ถ่มน้ำลาย - แข็ง/ด่า	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- บ่น/คร่ำครวญ - เรียกร้องความสนใจ - พูดทางลบ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	- ซ่อนสิ่งของ - สะสมสิ่งของ	X
5	ชาย	65	3	3	74	X	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - พยายามหนีไปที่อื่น - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- บ่น/คร่ำครวญ - เรียกร้องความสนใจ - พูดทางลบ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	- สะสมสิ่งของ	X

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ราย ที่	เพศ	อายุ (ปี)	จำนวน ปีที่เข้า พัก(ปี)	คะแนน MMSE	คะแนน CMAI	พฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล				
						กลุ่มพฤติกรรมก้าวร้าว ทางกาย	กลุ่มพฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางกาย	กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวาย ทางภาษา	กลุ่มพฤติกรรมปกปิด และเก็บซ่อน	กลุ่มพฤติกรรมกระวน กระวายอื่นๆ
6	หญิง	87	16	9	124	- ถ่มน้ำลาย - แข็ง/ด่า - ทูบตี - แย้งของคนอื่น - ผลัก/ดัน - ฉีก/ทำลายข้าวของ	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - พยายามหนีไปที่อื่น - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- บ่น/คร่ำครวญ - เรียกร้องความสนใจ - พูดทางลบ - กรีดร้อง - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	- ซ่อนสิ่งของ - สะสมสิ่งของ	- ขว้างปาสิ่งของ - ทำร้ายตัวเอง/ผู้อื่น - ส่งเสียงแปลกๆ
7	ชาย	82	7	7	79	- แข็ง/ด่า - ผลัก/ดัน - ฉีก/ทำลายข้าวของ	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- บ่น/คร่ำครวญ - เรียกร้องความสนใจ - พูดทางลบ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	- ซ่อนสิ่งของ	X
8	หญิง	78	1	1	101	- ถ่มน้ำลาย - แข็ง/ด่า - ฉีก/ทำลายข้าวของ	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- บ่น/คร่ำครวญ - เรียกร้องความสนใจ - พูดทางลบ - กรีดร้อง - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	- ซ่อนสิ่งของ - สะสมสิ่งของ	- กินของแปลกๆ - ส่งเสียงแปลกๆ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ราย ที่	เพศ	อายุ (ปี)	จำนวน ปีที่เข้า พัก(ปี)	คะแนน MMSE	คะแนน CMAI	พฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล				
						กลุ่มพฤติกรรมก้าวร้าว ทางกาย	กลุ่มพฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางกาย	กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวาย ทางภาษา	กลุ่มพฤติกรรมปกปิด และเก็บซ่อน	กลุ่มพฤติกรรมกระวน กระวายอื่นๆ
9	หญิง	83	4	7	81	X	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - พยายามหนีไปที่อื่น - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- บ่น/คร่ำครวญ - เรียกร้องความสนใจ - พูดทางลบ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	- สะสมสิ่งของ	X
10	หญิง	70	1	6	72	- แข่ง/ด่า	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- บ่น/คร่ำครวญ - เรียกร้องความสนใจ - พูดทางลบ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	- สะสมสิ่งของ	X
11	ชาย	68	1	17	69	X	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- เรียกร้องความสนใจ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	X	- มีพฤติกรรมทาง เพศไม่เหมาะสม

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ราย ที่	เพศ	อายุ (ปี)	จำนวน ปีที่เข้า พัก(ปี)	คะแนน MMSE	คะแนน CMAI	พฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล				
						กลุ่มพฤติกรรมก้าวร้าว ทางกาย	กลุ่มพฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางกาย	กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวาย ทางภาษา	กลุ่มพฤติกรรมปกปิด และเก็บซ่อน	กลุ่มพฤติกรรมกระวน กระวายอื่นๆ
12	หญิง	91	9	5	89	- ถ่มน้ำลาย - แข็ง/ด่า	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - พยายามหนีไปที่อื่น - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- บ่น/คร่ำครวญ - เรียกร้องความสนใจ - พูดทางลบ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	- สะสมสิ่งของ	X
13	หญิง	66	1	20	76	- แข็ง/ด่า	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- บ่น/คร่ำครวญ - เรียกร้องความสนใจ - พูดทางลบ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	- สะสมสิ่งของ	X
14	หญิง	81	1	7	86	X	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - พยายามหนีไปที่อื่น - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- เรียกร้องความสนใจ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	X	- มีพฤติกรรมทาง เพศไม่เหมาะสม

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ราย ที่	เพศ	อายุ (ปี)	จำนวน ปีที่เข้า พัก(ปี)	คะแนน MMSE	คะแนน CMAI	พฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล				
						กลุ่มพฤติกรรมก้าวร้าว ทางกาย	กลุ่มพฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางกาย	กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวาย ทางภาษา	กลุ่มพฤติกรรมปกปิด และเก็บซ่อน	กลุ่มพฤติกรรมกระวน กระวายอื่นๆ
15	หญิง	72	6	7	87	- แข็ง/ด่า	- แต่งตัวไม่เหมาะสม - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- บ่น/คร่ำครวญ - เรียกร้องความสนใจ - พูดทางลบ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	- ซ่อนสิ่งของ - สะสมสิ่งของ	X
16	หญิง	81	17	22	84	- แข็ง/ด่า	- แต่งตัวไม่เหมาะสม - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- บ่น/คร่ำครวญ - เรียกร้องความสนใจ - พูดทางลบ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	- ซ่อนสิ่งของ - สะสมสิ่งของ	X
17	หญิง	90	5	10	63	X	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- บ่น/คร่ำครวญ - เรียกร้องความสนใจ - พูดทางลบ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	X	X



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ราย ที่	เพศ	อายุ (ปี)	จำนวน ปีที่เข้า พัก(ปี)	คะแนน MMSE	คะแนน CMAI	พฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล				
						กลุ่มพฤติกรรมก้าวร้าว ทางกาย	กลุ่มพฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางกาย	กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวาย ทางภาษา	กลุ่มพฤติกรรมปกปิด และเก็บซ่อน	กลุ่มพฤติกรรมกระวน กระวายอื่นๆ
18	หญิง	72	5	13	79	- แข็ง/ด่า - แย้งของคนอื่น	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- บ่น/คร่ำครวญ - เรียกร้องความสนใจ - พูดทางลบ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	- ซ่อนสิ่งของ - สะสมสิ่งของ	X
19	หญิง	90	17	4	76	- แข็ง/ด่า	- แต่งตัวไม่เหมาะสม - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- บ่น/คร่ำครวญ - เรียกร้องความสนใจ - พูดทางลบ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	- ซ่อนสิ่งของ - สะสมสิ่งของ	X
20	ชาย	68	1	6	64	X	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- บ่น/คร่ำครวญ - เรียกร้องความสนใจ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	- สะสมสิ่งของ	X

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ราย ที่	เพศ	อายุ (ปี)	จำนวน ปีที่เข้า พัก(ปี)	คะแนน MMSE	คะแนน CMAI	พฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล				
						กลุ่มพฤติกรรมก้าวร้าว ทางกาย	กลุ่มพฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางกาย	กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวาย ทางภาษา	กลุ่มพฤติกรรมปกปิด และเก็บซ่อน	กลุ่มพฤติกรรมกระวน กระวายอื่นๆ
21	หญิง	74	8	14	93	- แข็ง/ด่า	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- บ่น/คร่ำครวญ - เรียกร้องความสนใจ - พูดทางลบ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	- ซ่อนสิ่งของ - สะสมสิ่งของ	X
22	ชาย	80	3	4	72	- แข็ง/ด่า	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - พยายามหนีไปที่อื่น - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- เรียกร้องความสนใจ	- ซ่อนสิ่งของ	- กินของแปลกๆ
23	หญิง	87	1	6	66	- แข็ง/ด่า	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- บ่น/คร่ำครวญ - เรียกร้องความสนใจ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	- สะสมสิ่งของ	- กินของแปลกๆ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ราย ที่	เพศ	อายุ (ปี)	จำนวน ปีที่เข้า พัก(ปี)	คะแนน MMSE	คะแนน CMAI	พฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล				
						กลุ่มพฤติกรรมก้าวร้าว ทางกาย	กลุ่มพฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางกาย	กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวาย ทางภาษา	กลุ่มพฤติกรรมปกปิด และเก็บซ่อน	กลุ่มพฤติกรรมกระวน กระวายอื่นๆ
24	ชาย	69	1	10	56	X	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- ถ้าม/พูดประโยคซ้ำๆ	X	X
25	ชาย	78	4	10	92	- แข็ง/ด่า	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - พยายามหนีไปที่อื่น - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- บ่น/คร่ำครวญ - เรียกร้องความสนใจ - พูดทางลบ - ถ้าม/พูดประโยคซ้ำๆ	X	- ส่งเสียงแปลกๆ
หมายเหตุ	X		หมายถึง	ไม่มีพฤติกรรม						

ศูนย์วิทยพัชกร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับกับการทดลอง

**ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา จำนวนปีที่เข้าพักอาศัย คะแนนประเมินสมรรถภาพสมอง และคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย (CMAI) ทั้งหมดจำนวน 7 ข้อ

ข้อมูลส่วนที่ 1 ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง หรือ ประวัตินักจากแฟ้มข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ทะเบียนประวัติ โดยแบบสอบถามมีทั้งแบบเติมข้อความในช่องว่าง ได้แก่ อายุ คะแนนภาวะสมองเสื่อม และคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย สำหรับแบบสอบถามแบบให้เลือกตอบ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา และจำนวนปีที่เข้าพักอาศัย โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย** แปลจาก The Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (Cohen-Mansfield, 1989) โดยผู้วิจัยได้ส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ถึง Professor Jiska Cohen-Mansfield (Director, Research Institute on Aging at the Hebrew Home of Greater Washington) เพื่อขออนุญาตในการนำแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายมาแปลเป็นภาษาไทย ซึ่งได้รับการตอบรับและอนุญาตให้นำแบบประเมินดังกล่าวมาแปลและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งแบบประเมิน CMAI เป็นแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ โดยค่า Reliability ของแบบประเมิน CMAI เท่ากับ .88 (Chrisman et al., 1991) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบประเมินดังกล่าวไปทำการแปลโดยนักแปลภาษาย้อนกลับ แล้วจึงนำมาทดลองใช้ประเมินพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากนั้นจึงนำแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาสังเกต

อาการที่แสดงออกว่ามีพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยมีลักษณะของแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม และมีทั้งหมด 29 พฤติกรรม ดังนี้

### กลุ่มที่ 1 พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย (Aggressive behaviors)

- 1) ถ่มน้ำลาย (Spitting)
- 2) แช้ง/ด่า (Cursing/verbal aggression)
- 3) ทูบตี (Hitting)
- 4) เตะ (Kicking)
- 5) แย่งของคนอื่น (Grabbing onto people)
- 6) ผลัก/ดัน (Pushing)
- 7) กัด (Biting)
- 8) ข่วน (Scratching)
- 9) ฉีกหรือทำลายข้าวของ (Tearing things/destroying property)

### กลุ่มที่ 2 พฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางกาย (Physical non aggressive behavior)

- 1) เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย (Pace/aimless wandering)
- 2) แต่งตัวไม่เหมาะสม (Inappropriate dress/disrobing)
- 3) พยายามหนีไปอยู่สถานที่อื่น (Trying to get to a different place)
- 4) จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม (Handling things inappropriately)
- 5) ทำกิจกรรมซ้ำๆ (Performing repetitious mannerisms)
- 6) กระสับกระส่าย (General restlessness)

### กลุ่มที่ 3 พฤติกรรมกระวนกระวายทางภาษา (Verbal agitated behaviors)

- 1) บ่น/คร่ำครวญ (Complaining)
- 2) เรียกร้องความสนใจ (Constant unwarranted request for attention or help)
- 3) พุดทางลบ (Negativism)
- 4) กรีดร้อง (Screaming)
- 5) ถ้ามหรือพุดประโยคซ้ำๆ (Repetitive sentence/questions)



#### กลุ่มที่ 4 พฤติกรรมปกปิดและเก็บซ่อนไว้ (Hiding & Hoarding behaviors)

- 1) ซ่อนสิ่งของ (Hiding things)
- 2) สะสมสิ่งของ (Hoarding things)

#### กลุ่มที่ 5 พฤติกรรมกระวนกระวายอื่นๆ (Other agitated behaviors)

- 1) แกล้งหกล้ม (Intentional falling)
- 2) กินของแปลกๆ (Eating/drinking inappropriate substances)
- 3) ขว้างปาสิ่งของ (Throwing things)
- 4) ทำร้ายตัวเอง/ผู้อื่น (Hurt self or other)
- 5) พูดจาชวนลามทางเพศ (Making verbal sexually advances)
- 6) มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม (Making physical sexual advances)
- 7) ส่งเสียงแปลกๆ (Strange noises)

ข้อมูลส่วนที่ 2 ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเป็นผู้สังเกตลักษณะของพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างและลงบันทึกลักษณะของพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออกตามแบบประเมิน ทั้งหมด 29 พฤติกรรม และสังเกตความถี่ของพฤติกรรม โดยกำหนดเกณฑ์การลงบันทึกเมื่อสังเกตพบพฤติกรรม และบันทึกผลการประเมินความถี่แบบมาตรฐานค่า (Rating Questions) มี 7 ระดับตามแบบลิเคิร์ต (Likert scale) คือ ตั้งแต่ระดับ 1 ถึง 7 โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกบันทึกเพียงคำตอบเดียว มีความหมายของตัวเลือก ดังนี้

- ก. ระดับ 1 หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย
- ข. ระดับ 2 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวายน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์
- ค. ระดับ 3 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย 1 หรือ 2 ครั้ง/สัปดาห์
- ง. ระดับ 4 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย 3 ครั้งหรือมากกว่า/สัปดาห์
- จ. ระดับ 5 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย 1 หรือ 2 ครั้ง/วัน
- ฉ. ระดับ 6 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย 3 ครั้งหรือมากกว่า/วัน
- ช. ระดับ 7 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย 2 ครั้งหรือมากกว่า/ชั่วโมง

### เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การให้คะแนนแบบมาตราประมาณค่าระดับ 1 ถึง 7 โดยให้คะแนนความถี่ของพฤติกรรม 1 ถึง 7 คะแนนตามลำดับ ซึ่งผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินและสังเกตพฤติกรรมกระบวนการระวายเป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้วิจัยและผู้ดูแลสังเกตลักษณะพฤติกรรมกระบวนการระวายเป็นกลุ่มตัวอย่างได้แล้วจึงบันทึกลักษณะของพฤติกรรมดังกล่าว จากทั้งหมด 29 พฤติกรรม หลังจากนั้นจึงสังเกตความถี่ของพฤติกรรมกระบวนการระวาย และเลือกบันทึกตามเกณฑ์ความถี่พฤติกรรม 1-7 คะแนน และนำคะแนนมารวมกันเป็นคะแนน CMAI ดังนี้

$$\text{คะแนน CMAI} = \sum (\text{จำนวนพฤติกรรม} \times \text{ความถี่ของพฤติกรรม})$$

โดย  $\sum$  หมายถึง ผลรวมของคะแนน

หลังจากนั้นนำคะแนน CMAI ที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมมาประเมินพฤติกรรมกระบวนการระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

### การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 2 ส่วน เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และนำแบบสอบถามและแบบประเมินในส่วนของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของเครื่องมือ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

- 1.1 อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านดนตรีบำบัด 1 ท่าน
- 1.2 อาจารย์คณะสถาปัตยกรรมผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบและจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ 1 ท่าน
- 1.3 อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภาวะสมองเสื่อม 1 ท่าน
- 1.4 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน
- 1.5 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญกิจกรรมดนตรีบำบัดสำหรับผู้สูงอายุ 1 ท่าน

2. หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขให้ตรงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน และนำเครื่องมือมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา สำหรับเกณฑ์การยอมรับการตัดสินใจในแต่ละข้อของแบบสอบถามหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา โดยถือเกณฑ์การยอมรับค่าความตรงของเนื้อหา Content Validity Index (CVI) มากกว่า หรือเท่ากับ .8 โดยคำนวณค่า CVI จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ (Polit and Beck, 2004) ดังนี้

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย
- 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = .91

คณะผู้ทรงคุณวุฒิได้มีข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็น เพื่อปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลกระชับ จำนวนข้อของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเหมาะสมและสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย
2. แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย ภาษาที่ใช้เหมาะสม ควรปรับการลงบันทึกในแบบประเมินไว้ในใบเดียวกัน เพื่อความสะดวกและง่ายต่อการเปรียบเทียบพฤติกรรมแต่ละสัปดาห์

หลังจากปรับแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือต่อไป

### การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และได้แก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยเป็นผู้สูงอายุคนละกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความคงที่ภายใน (Internal consistency) โดยนำข้อมูลมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) โดยมีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้ กรณีแบบวัดที่มีอยู่แล้วผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับงานวิจัยควรมีค่าความเที่ยง .80 ขึ้นไป และหากเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นมาใหม่ควรมีค่าความเที่ยง .7 ขึ้นไป (Burn and Grove, 2001)

ผลที่ได้จากการนำแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายมาหาความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

### ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการดำเนินกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล โดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แนวทางการอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ เรื่องการใช้ดนตรีและการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม

**ส่วนที่ 2** คู่มือการจัดกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมและซีดีเพลง

ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจากการทบทวนแนวคิดการใช้ดนตรีเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจและลดพฤติกรรมกระวนกระวายของ Gerdner (1997) และเลือกใช้นวัตกรรมของ Hall (1988) ในการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวาย เพื่อลดสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย

**ส่วนที่ 3** แบบบันทึกสิ่งแวดล้อมภายในอาคารที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยขออนุญาตนำแบบบันทึกสิ่งแวดล้อมภายในอาคารที่พักอาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของ ชันด์ แสงสีดา (2552) มาใช้ในการประเมินสิ่งแวดล้อมในอาคารที่พักของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดของ Hall (1988) และจากการศึกษามาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ (ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ, 2548)

**ขั้นตอนการสร้างคู่มือการดำเนินกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม** มีการดำเนินการดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ทบทวนวรรณกรรม โดยการศึกษาค้นคว้าแนวคิดจากเอกสารวิชาการ ตำรา วารสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เกี่ยวกับพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แนวคิดการใช้ดนตรีต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อนำมาวิเคราะห์และค้นหาแนวทางในการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

**ขั้นตอนที่ 2** นำผลการวิเคราะห์และแนวทางที่เหมาะสม จัดทำแผนการดำเนินกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม โดยกำหนดแผนปฏิบัติงาน การดำเนินงาน การดำเนินกิจกรรม การกำหนดเป้าหมาย ขั้นตอน รายละเอียดต่างๆของกิจกรรม สื่อและอุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมและการปฏิบัติการและการประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรม

**ขั้นตอนที่ 3** ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ เรื่องการใช้ดนตรีและการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม คู่มือการจัดกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม และแบบบันทึกสิ่งแวดล้อมภายในอาคารที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ มีความเหมาะสมของกิจกรรม ตั้งแต่การเตรียม ขั้นตอนและวิธีในการดำเนินกิจกรรม สื่อและอุปกรณ์ในการปฏิบัติกิจกรรม ระยะเวลาในการปฏิบัติกิจกรรม และการประเมินผล จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังนี้

1. อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านดนตรีบำบัด 1 ท่าน
2. อาจารย์คณะสถาปัตยกรรมผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบและจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ 1 ท่าน
3. อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภาวะสมองเสื่อม 1 ท่าน
4. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน
5. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านดนตรีบำบัดในผู้สูงอายุ 1 ท่าน

คณะผู้ทรงคุณวุฒิได้มีข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็น เพื่อปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้



1. แนวทางการอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ เรื่องการใช้ดนตรีและการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้แก่ ปรับเปลี่ยนภาษาอังกฤษให้เป็นภาษาไทยเพื่อง่ายต่อการทำความเข้าใจ ปรับภาษาให้เหมาะสมกับความสามารถและความรู้ของเจ้าหน้าที่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ปรับภาพประกอบในเนื้อหาการสอนให้เข้ากับบริบทของสถานสงเคราะห์คนชรา และรูปภาพของผู้สูงอายุ เพิ่มเติมเนื้อหาในส่วนของการจัดสิ่งแวดล้อมด้านบุคคล และเพิ่มเติมสรุปสาระสำคัญท้ายเล่ม

2. คู่มือการจัดกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปรับเปลี่ยนภาษาอังกฤษให้เป็นภาษาไทย ปรับภาษาให้เหมาะสม อ่านเข้าใจง่าย ปรับภาพประกอบและรูปภาพของผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับเนื้อหาและสื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เข้าใจความหมายของภาพแต่ละภาพ เพิ่มเนื้อหาให้ง่ายและสอดคล้องต่อเนื่องกัน ปรับตัวหนังสือและการวางหรือเว้นช่องว่างให้เหมาะสม น่าอ่านและน่าสนใจ

หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองมาแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบให้เกิดความเหมาะสมกับผู้สูงอายุอีกครั้ง แล้วจึงนำเครื่องมือมาใช้จริงในกลุ่มตัวอย่าง

### **ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง**

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีลักษณะเป็นแบบบันทึกจำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุขณะเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล พร้อมทั้งบันทึกพฤติกรรมต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละครั้ง โดยคิดเกณฑ์การเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อยร้อยละ 80 ของจำนวนครั้งของกิจกรรมทั้งหมด โดยจำนวนครั้งทั้งหมดของกิจกรรม คือ 15 ครั้ง ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างต้องเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 12 ครั้ง จึงจะผ่านเกณฑ์การเข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลครั้งนี้

### **ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง**

#### **1. ขั้นเตรียมการทดลอง**

1.1 การเตรียมตัวของผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและความรู้ด้านดนตรีบำบัด ดังนี้ คือ

1.1.1 ศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ดนตรีบำบัดในผู้สูงอายุ การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1.1.2 ผู้วิจัยเข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเกี่ยวกับการใช้ดนตรีในการบำบัด (The Therapeutic Uses of Music) จัดโดยแขนงวิชาดนตรีบำบัด วิทยาลัยดุริยางคศิลป์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 25-27 กันยายน พ.ศ. 2552 โดย Associate Professor Dr. Dena Register จาก University of Kansas

1.2 ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อสำรวจลักษณะของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ อาคราที่พักอาศัย สิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ การสร้างความคุ้นเคยกับสถานที่ การทบทวนประเด็นปัญหา และศึกษาวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการออกแบบงานวิจัยและค้นหาแนวทางการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมในการทำการวิจัย ได้แก่ การใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม

1.3 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จากนั้นจึงทำหนังสือเสนออธิบดีกรมพัฒนาการจิตเวชสงเคราะห์ พัฒนาสังคมและมั่นคงของมนุษย์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจิตเวชสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค

## 2. ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยกับผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งในกรณีที่ผู้สูงอายุมีความบกพร่องหรือมีการรับรู้ที่ผิดปกติ ผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์ของงานวิจัยกับญาติของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล

2.2 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาการจิตเวชสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งสร้างความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุ โดยการพูดคุยแนะนำตัว ทำความรู้จัก และคุ้นเคยกับผู้สูงอายุทุกรายที่พักอาศัยในอาคารมหาราช 100 ปี ที่ศูนย์พัฒนาการจิตเวชสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยสังเกตลักษณะและพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุแต่ละราย เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2.3 ผู้วิจัยเริ่มทำการทดลองโดยนำกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่ได้วางแผนไว้มาดำเนินการ ดังนี้

### ขั้นตอนที่ 1 การรวบรวมข้อมูลและประเมินด้านต่างๆ (สัปดาห์ที่ 1) ได้แก่

- 1) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามในชุดที่ 1 จากการซักประวัติ การสอบถามจากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล และจากทะเบียนประวัติของผู้สูงอายุที่อาศัยในอาคารมหาดไทย 100 ปี ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค
- 2) การประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นของผู้สูงอายุ จากแบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) และประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายจากแบบประเมิน The Cohen– Mansfield Agitation Inventory (CMAI) ของผู้สูงอายุในอาคารมหาดไทย 100 ปี
- 3) การประเมินด้านดนตรีของผู้สูงอายุ เพลงและทำนองที่ชอบและคุ้นเคย เครื่องดนตรีที่ถนัด ลักษณะดนตรี และความเป็นไปได้ของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรม
- 4) บันทึกสภาพสิ่งแวดล้อม อาคารที่พักอาศัย ห้องพักของผู้สูงอายุ แสง สี กลิ่น เสียง อุณหภูมิ บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่ บุคลากร เจ้าหน้าที่ และญาติของผู้สูงอายุ ประเมินความเป็นไปได้ของการปรับจัดสิ่งแวดล้อม ประเมินความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

### ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์และวางแผนกิจกรรม (สัปดาห์ที่ 2) ได้แก่

- 1) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณลักษณะที่กำหนดไว้ และวางแผนการดำเนินกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- 2) วิเคราะห์เลือกเพลงและกิจกรรมทางดนตรีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย การประยุกต์กิจกรรมให้เข้ากับบริบทของผู้สูงอายุ และวางแผนกิจกรรมทางการแพทย์โดยใช้ดนตรี
- 3) วิเคราะห์และประยุกต์แนวความคิดการปรับจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับบริบทและความเป็นไปได้ของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค และวางแผนกิจกรรมในการจัดสิ่งแวดล้อม

### ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินกิจกรรมการบำบัดทางการแพทย์ (สัปดาห์ที่ 3-7) ได้แก่

- 1) กิจกรรมการให้ความรู้ตามแนวทางการอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค เรื่องการใช้ดนตรีและการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวาย สาธิตการประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย การ

บันทึกพฤติกรรมกระวนกระวาย และประเมินความรู้หลังการสอน โดยให้เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทดลองประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย ลงบันทึกและให้คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายโดยมี ผู้วิจัยให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด จนสามารถประเมินพฤติกรรมและลงบันทึกได้อย่างถูกต้อง ซึ่ง เจ้าหน้าที่ที่เข้ารับการอบรม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ที่ดูแล ผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ โดยใช้เวลาในการอบรมทั้งหมด 3 ชั่วโมง โดยแบ่งการอบรมเป็น 2 รอบ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้เข้าร่วมการอบรมครบทุกคน

2) การดำเนินกิจกรรมทางดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากแนวความคิดการใช้ดนตรีบำบัดของ Gerdner (1997) ซึ่งใช้ดนตรีที่มี ลักษณะเฉพาะต่อพฤติกรรม เบี่ยงเบนความสนใจ ช่วยลดปฏิกริยาการตอบสนองต่อการกระตุ้น จากสิ่งเร้า ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้เลือกใช้นิยามตามรูปแบบของ Gerdner ซึ่งแนะนำให้ใช้ดนตรีในการบำบัด สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30-45 นาที ทั้งหมด 5 สัปดาห์ (Gerdner, 1997) และใช้ ช่วงเวลาที่ไม่รบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ได้แก่

2.1) กิจกรรมที่ 1 “กิจกรรมกลุ่มเคาะจังหวะตามเสียงเพลง” ได้แก่ การใช้อุปกรณ์ดนตรี เลือกอุปกรณ์ที่ทำให้เกิดเสียงไม่ดัง ไม่ทุ้มต่ำหรือแหลมสูงเกินไป น้ำหนักและขนาดของอุปกรณ์เหมาะกับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุสามารถถือและจับได้นั่งมือ เช่น แฉกมือจับ กรับ ฉิ่ง กลองขนาดเล็ก เป็นต้น โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกอุปกรณ์ตามความถนัดและความสนใจ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างใช้อุปกรณ์ดังกล่าวเคาะตามจังหวะเพลง โดยเลือกเพลงที่มี ทำนองซ้ำๆ ผู้สูงอายุชื่นชอบและคุ้นเคย ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 30-45 นาที ช่วงเวลาในการทำ กิจกรรมคือ 0900-1000 น. ทุกวันจันทร์-พุธ-ศุกร์ เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ทั้งหมด 15 ครั้ง

2.2) กิจกรรมที่ 2 “กิจกรรมเปิดดนตรีเสียงตามสาย” ได้แก่ การเปิดเพลงที่มีเนื้อเพลงและมีจังหวะซ้ำๆ เพลงที่ใช้เป็นเพลงที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยและชื่นชอบ สามารถร้องตามได้ เช่น เพลงลูกกรุง เพลงสุนทราภรณ์ เป็นต้น โดยให้กลุ่มตัวอย่างร้องเพลงตามเสียงเพลง หรือเคลื่อนไหวร่างกายตามจังหวะเสียงเพลง ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 30-45 นาที ช่วงเวลาในการทำกิจกรรมคือ 0900-1000 น. ทุกวันจันทร์-พุธ-ศุกร์ เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ทั้งหมด 15 ครั้ง

3) การดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อม ได้แก่ การปรับสภาพสิ่งแวดล้อมและห้องพักของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยใช้เวลาในการ จัดสิ่งแวดล้อมหลังจากจัดกิจกรรมดนตรีเสร็จสิ้นในแต่ละวัน ดังนี้

3.1) การจัดสิ่งของเครื่องใช้ อุปกรณ์ต่างๆให้เข้าที่ โดยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการจัดเก็บ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการจัดเก็บและหยิบใช้ตามความถนัดของตนเอง

3.2) การจัดห้องพักของกลุ่มตัวอย่างให้สะอาด บริเวณที่นอนควรจัดให้เป็นระเบียบ ไม่มีมดหรือแมลงต่างๆภายในห้อง หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ของใช้ที่มีจุดขาดหรือโทนสีร้อนแรง เช่น สีส้ม สีแดง หรือสีเขียวเข้ม

3.3) การปรับแสงไฟในตัวอาคารและห้องพักให้สว่างเพียงพอในเวลากลางวัน เพื่อส่งเสริมการรับรู้ของผู้สูงอายุในด้านเวลา

3.4) การเพิ่มการระบายอากาศและการถ่ายเทอากาศภายในอาคารและห้องพัก เพื่อปรับอุณหภูมิและกลิ่นไม่พึงประสงค์ โดยการเปิดหน้าต่างและประตูที่สามารถเปิดได้

3.5) การจัดทำม่านกันระหว่างห้องพักเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นส่วนตัว มีความปลอดภัย ลดแสงและเสียงที่จะรบกวนส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุ

3.6) การปรับกลิ่นในอาคารและห้องพัก โดยการใช้กลิ่นปรับอากาศ เช่น น้ำมันหอมระเหย เทียนหอม น้ำยาดับกลิ่น เพื่อเพิ่มบรรยากาศในอาคารให้ผ่อนคลาย และให้ผู้สูงอายุเกิดการผ่อนคลาย คลายเครียด และส่งเสริมทักษะด้านการรับรู้ทางกลิ่น

3.7) การปรับสีผนังห้อง ผนังอาคาร โดยใช้โทนสีอ่อน เพื่อลดการกระตุ้นจากการมองเห็นของผู้สูงอายุ การจัดบอร์ดรูปภาพต่างๆ เช่น บุคคล สถานที่ท่องเที่ยว เพื่อเพิ่มทักษะการรับรู้ด้านบุคคลและสถานที่ การเลือกสีที่ใช้ต้องเป็นโทนสีอ่อน ไม่เป็นสีจัดจ้านหรือโทนสีมืดดำ

3.8) การจัดทำปฏิทินและนาฬิกาประจำอาคารและห้องพัก เพื่อกระตุ้นการรับรู้ด้านวันและเวลา และเป็นการเพิ่มความจำ

3.9) การจัดสิ่งแวดล้อมนอกห้องพัก เช่น บริเวณโต๊ะรับประทานอาหาร โต๊ะกิจกรรม ควรสงบเงียบ อุปกรณ์ของใช้ควรเก็บเป็นระเบียบ

3.10) การจัดบอร์ดรูปภาพ หรือภาพบุคคลสำคัญเพื่อกระตุ้นความทรงจำ

3.11) การใช้สัตว์เลี้ยงช่วยในการบำบัด คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มอง พุดคุยและสัมผัสกับสัตว์เลี้ยง การจัดตู้ปลาเพื่อช่วยเบี่ยงเบนความสนใจและลด



อาการก้าวร้าวของผู้สูงอายุ และยังสามารถช่วยเพิ่มทักษะการเข้าสังคมและเพิ่มความสนใจต่อการทำกิจกรรมต่างๆมากขึ้น

#### ขั้นตอนที่ 4 การประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย ได้แก่

1) การประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายระหว่างดำเนินกิจกรรม 4 ครั้ง และเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรม 1 ครั้ง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินในช่วงเวลาในการทำกิจกรรม และผู้วิจัยมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมจากผู้วิจัยแล้วเป็นผู้ช่วยในการประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างโดยการสังเกตและประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายตลอดเวลา (24 ชั่วโมง) ในช่วงการดำเนินกิจกรรม โดยลงบันทึกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม 4 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม 1 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ ทั้งหมด 5 สัปดาห์

2) สิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยมอบคู่มือการดำเนินกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล ได้แก่ แนวทางการอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้สูงอายุ เรื่องการใช้ดนตรีและการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม และคู่มือการจัดกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมพร้อมทั้งแผ่นซีดีเพลงที่ใช้ในการวิจัยให้แก่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

3) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม และแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายมาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนและความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

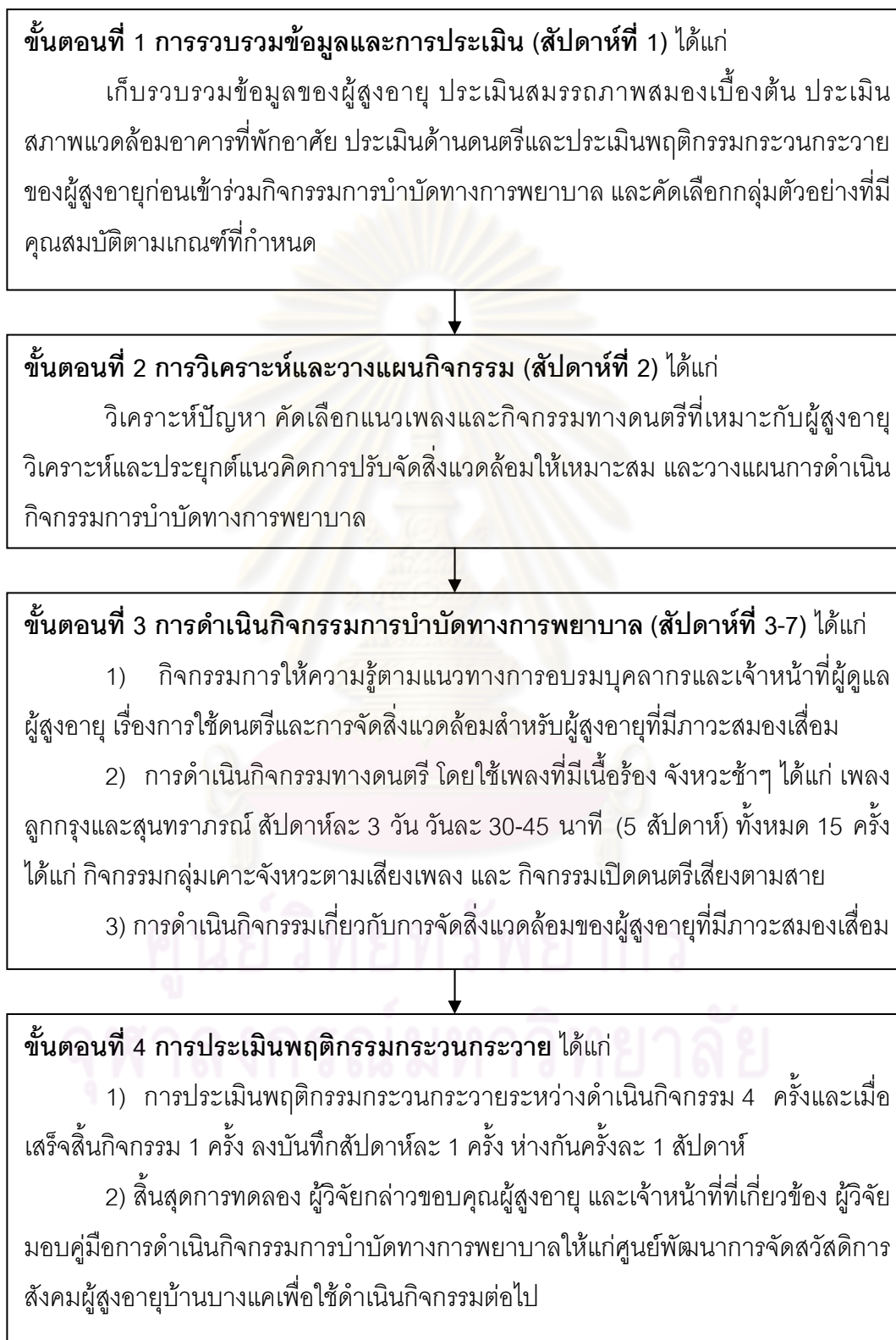
โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ตามลำดับดังนี้

1. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกระวนกระวายก่อน ระหว่างและหลังเสร็จสิ้นการทดลอง

2. วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวระหว่างคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) โดยวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 4 ครั้งและหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายเป็นรายคู่ (Pairwise Comparisons) ของผลการประเมินก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 4 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

### สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย



ภาพที่ 3 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

รายละเอียดการจัดกิจกรรมการบำบัดทางการแพทย์โดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

สัปดาห์ ที่	วัน เดือน ปี	กิจกรรมการพยาบาล	
		กิจกรรมดนตรี	กิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อม
1	จันทร์-ศุกร์	เก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุ/ประเมินดนตรีและสิ่งแวดล้อม ประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	
2	จันทร์-ศุกร์	วิเคราะห์คัดเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม	
3	จันทร์	อบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ 3 ชั่วโมง (2 รอบ)	
	พุธ	ดนตรีลูกทุ่ง 1	ทาสีพื้นทางลาดต่างระดับ
	ศุกร์	ดนตรีลูกทุ่ง 1	ติดตั้งม่านภายในห้องนอน ประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายครั้งที่ 1
4	จันทร์	ดนตรีลูกทุ่ง 1	ซ่อมไม้กั้นเตียงในห้องนอน
	พุธ	ดนตรีลูกทุ่ง 1	ติดตั้งอุปกรณ์ปรับกลิ่นในอาคาร
	ศุกร์	ดนตรีลูกทุ่ง 1	ติดตั้งอุปกรณ์ปรับกลิ่นในอาคาร ประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายครั้งที่ 2
5	จันทร์	ดนตรีลูกทุ่ง 2	ติตรวางแขวนอุปกรณ์ทำความสะอาดในห้องน้ำ
	พุธ	ดนตรีลูกทุ่ง 2	จัดกล่องใส่ของใช้และขาตั้งในอาคารที่พัก
	ศุกร์	ดนตรีลูกทุ่ง 2	ติดตั้งตู้ปลาในอาคารที่พักอาศัย ประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายครั้งที่ 3
6	จันทร์	ดนตรีสุนทราภรณ์ 1	ติดป้ายหน้าห้องนอน
	พุธ	ดนตรีสุนทราภรณ์ 1	จัดสิ่งแวดล้อมในห้องนอน (ตะกร้าใส่ของใช้)
	ศุกร์	ดนตรีสุนทราภรณ์ 1	จัดระเบียบตะกร้าใส่ผ้าที่เหมาะสม ประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายครั้งที่ 4
7	จันทร์	ดนตรีสุนทราภรณ์ 2	ติดตั้งนาฬิกาและปฏิทินแขวน
	พุธ	ดนตรีสุนทราภรณ์ 2	จัดระเบียบสิ่งแวดล้อมในห้องน้ำ
	ศุกร์	กิจกรรมอำลา ประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายหลังเข้าร่วมกิจกรรมทันที	

ภาพที่ 4 รายละเอียดการจัดกิจกรรมการบำบัดทางการแพทย์โดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างหนึ่งกลุ่ม ทำการวัดซ้ำ 6 ครั้งตามเวลาที่กำหนด (One-Group Repeated measures) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและเปรียบเทียบพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อน ระหว่างและหลังได้รับกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม โดยทำการวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 4 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง การวัดแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค จ.กรุงเทพมหานคร ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรม 1 ครั้ง ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม 4 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม 1 ครั้ง วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) และเปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย เป็นรายคู่ ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 29 พฤติกรรม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

พฤติกรรมกระวนกระวาย	ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย					
	ก่อนเข้า	ระหว่าง	ระหว่าง	ระหว่าง	ระหว่าง	หลังเสร็จ
	ร่วม	เข้าร่วม	เข้าร่วม	เข้าร่วม	เข้าร่วม	สิ้น
	กิจกรรม	กิจกรรม	กิจกรรม	กิจกรรม	กิจกรรม	กิจกรรม
		สัปดาห์ที่	สัปดาห์ที่	สัปดาห์ที่	สัปดาห์ที่	
		1	2	3	4	
<b>1.อาการก้าวร้าวทางกาย</b>						
1.1 ถ่มน้ำลาย	1.40	1.40	1.40	1.04	1.00	1.00
1.2 แชนง/ด่า	4.12	4.12	4.12	2.32	2.00	1.60
1.3 ทูบตี	1.08	1.08	1.08	1.04	1.04	1.00
1.4 ตะ	1.00	1.00	1.00	1.00	1.04	1.00
1.5 แย่งของคนอื่น	1.20	1.20	1.20	1.08	1.08	1.04
1.6 ผลัก/ดัน	1.12	1.12	1.12	1.04	1.00	1.00
1.7 กัด	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
1.8 ช่วน	1.00	1.00	1.00	1.00	1.08	1.00
1.9 ฉีก/ทำลายข้าวของ	1.40	1.40	1.40	1.20	1.12	1.04
<b>2.อาการไม่ก้าวร้าวทางกาย</b>						
2.1 เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย	4.56	4.52	4.52	2.48	2.08	1.64
2.2 แต่งตัวไม่เหมาะสม	5.48	5.44	5.24	2.76	2.56	2.04
2.3 พยายามหนีไปอยู่สถานที่อื่น	2.24	2.20	2.20	1.44	1.32	1.40
2.4 จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม	6.56	6.40	6.40	3.40	2.80	2.40
2.5 ทำกิจกรรมซ้ำๆ	6.52	6.08	5.88	3.20	2.80	2.12
2.6 กระสับกระส่าย	6.64	6.64	6.64	3.28	2.84	2.08



## ตารางที่ 2 (ต่อ)

พฤติกรรมกระวนกระวาย	ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย					
	ก่อนเข้า	ระหว่าง	ระหว่าง	ระหว่าง	ระหว่าง	หลังเสร็จ
	ร่วม	เข้าร่วม	เข้าร่วม	เข้าร่วม	เข้าร่วม	สิ้น
	กิจกรรม	กิจกรรม	กิจกรรม	กิจกรรม	กิจกรรม	กิจกรรม
	สัปดาห์ที่	สัปดาห์ที่	สัปดาห์ที่	สัปดาห์ที่	สัปดาห์ที่	
	1	2	3	4		
<b>3.พฤติกรรมกระวนกระวายทางวาจา</b>						
3.1 ป่น/คร่ำครวญ	4.52	4.52	4.52	2.28	2.04	1.68
3.2 เรียกร้องความสนใจ	4.60	4.60	4.60	2.32	2.00	1.68
3.3 พูดทางลบ	4.44	4.44	4.44	2.36	1.92	1.68
3.4 กรีดร้อง	1.32	1.32	1.32	1.12	1.12	1.04
3.5 ถ้าม/พูดประโยคซ้ำๆ	6.00	6.00	6.00	3.08	2.60	2.08
<b>4.ช้อนและสะสมสิ่งของ</b>						
4.1 ช้อนสิ่งของ	2.72	2.72	2.72	1.64	1.48	1.16
4.2 สะสมสิ่งของ	3.52	3.52	3.52	1.92	1.56	1.52
<b>5.พฤติกรรมกระวนกระวายอื่นๆ</b>						
5.1 แกล้งหกหล่น	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
5.2 กินของแปลกๆ	1.32	1.32	1.32	1.08	1.04	1.04
5.3 ขว้างปาสิ่งของ	1.12	1.12	1.12	1.04	1.00	1.00
5.4 ทำร้ายตัวเอง/ผู้อื่น	1.12	1.12	1.12	1.04	1.04	1.04
5.5 พูดจาลวนลามทางเพศ	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
5.6 มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม	1.20	1.20	1.20	1.08	1.08	1.04
5.7 ส่งเสียงแปลกๆ	1.60	1.60	1.60	1.16	1.12	1.08

จากตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 29 พฤติกรรม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 2 มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกันในทุกพฤติกรรมกระวนกระวาย
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 และ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกันในทุกพฤติกรรมกระวนกระวาย
3. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 3 มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันในทุกพฤติกรรมกระวนกระวาย
4. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันในทุกพฤติกรรมกระวนกระวาย



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 3** คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

N = 25	คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย					
	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ที่ 1	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ที่ 2	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ที่ 3	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ที่ 4	หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม
	1	81	81	81	45	39
2	86	86	85	55	46	41
3	93	91	91	53	50	44
4	77	79	79	51	44	38
5	74	74	72	47	43	40
6	124	124	123	69	59	47
7	79	81	79	50	43	38
8	101	100	98	55	49	46
9	81	81	79	48	47	40
10	72	75	75	43	39	36
11	69	67	67	46	43	37
12	89	86	86	52	52	42
13	76	76	76	45	42	41
14	86	83	83	51	43	40
15	87	84	84	52	48	39
16	84	82	82	55	47	41
17	63	59	59	45	41	36
18	79	79	79	49	46	38
19	76	76	76	48	42	38
20	64	64	64	42	40	36
21	93	91	91	53	49	41

ตารางที่ 3 (ต่อ)

N = 25	คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย					
	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม	หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม
		สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4	
22	72	69	69	48	41	38
23	66	66	66	42	40	38
24	56	56	56	40	38	35
25	92	92	92	51	48	42
<b>คะแนนรวม</b>	<b>2020</b>	<b>2002</b>	<b>1992</b>	<b>1235</b>	<b>1119</b>	<b>988</b>
SD	14.00	13.96	13.74	5.94	4.86	3.09
Mean	80.80	80.08	79.68	49.40	44.76	39.52

จากตารางที่ 3 แสดงคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย เปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม พบว่า

1. คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย เปรียบเทียบ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 และ ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 มีคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายใกล้เคียงกันในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 25 ราย

2. คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย เปรียบเทียบ ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4 และ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม มีคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายใกล้เคียงกันในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 25 ราย

3. คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย เปรียบเทียบ ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 และ ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 มีคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายแตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 25 ราย

4. คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย เปรียบเทียบ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม มีคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายแตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 25 ราย

ตารางที่ 4 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย	Mean	Standard deviation	F-test	P-value
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	2.79	.097	307.97	.00
ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1	2.76	.096		
ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2	2.75	.095		
ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3	1.70	.042		
ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4	1.54	.034		
หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม	1.36	.020		

จากตารางที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ 2.79 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 เท่ากับ 2.76, 2.75, 1.70 และ 1.54 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม เท่ากับ 1.36 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายทั้ง 6 ครั้ง มาเปรียบเทียบกันโดยใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อย่างน้อย 1 คู่



**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม โดยการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ (Pairwise comparison)

พฤติกรรมกระวนกระวาย	Mean different					
	Before (P-value)	Between1 (P-value)	Between2 (P-value)	Between3 (P-value)	Between4 (P-value)	After (P-value)
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (Before)	-	.025 (.750)	.039 (.044)	1.083 (.000)	1.243 (.000)	1.428 (.000)
ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ที่ 1 (Between1)		-	.014 (.226)	1.058 (.000)	1.218 (.000)	1.403 (.000)
ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ที่ 2 (Between2)			-	1.044 (.000)	1.204 (.000)	1.389 (.000)
ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ที่ 3 (Between3)				-	.160 (.000)	.345 (.000)
ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ที่ 4 (Between4)					-	.185 (.000)
หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม (After)						-

จากตารางที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 ราย โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม โดยการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ (Pairwise comparison) และเนื่องจากข้อมูลระหว่างกลุ่มมีความแปรปรวนไม่เท่ากัน จึงใช้ทดสอบด้วยสถิติ Bonferroni ที่ระดับนัยสำคัญ .01 พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม และ ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม และ ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม และ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง เริ่มลดลงอย่างชัดเจนตั้งแต่เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 แตกต่างกับค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Quasi Experimental Research โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุซึ่งเป็นสถานสงเคราะห์คนชรา และเนื่องจากสภาพของแหล่งศึกษา (Setting) ที่ทำการวิจัยครั้งนี้เป็นสถานสงเคราะห์คนชราที่มีลักษณะปิดคือ ผู้สูงอายุที่รับการสงเคราะห์ทุกคนมีการดำเนินชีวิตร่วมกัน และได้รับการปฏิบัติด้านการให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน จึงเป็นการยากที่จะดำเนินการทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกเลือกปฏิบัติได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกแบบแผนการวิจัยแบบศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) ทำการวัดซ้ำทั้งหมด 6 ครั้ง โดยทำการวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 4 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง ระยะเวลาของการวัดแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ เพื่อเป็นการยืนยันที่ให้ผลที่ชัดเจนและเป็นจุดแข็งของการวิจัยแบบศึกษากลุ่มเดียว (Polit and Beck, 2004) และระหว่างการดำเนินการวิจัย 7 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างสามารถดำเนินชีวิตตามปกติในสถานสงเคราะห์

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อน ระหว่างและหลังได้รับกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม

#### สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ไม่มีความผิดปกติของการได้ยิน มีภาวะสมองเสื่อมโดยได้รับการประเมินจากแบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น

(MMSE-Thai 2002) (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น, 2542) และมีพฤติกรรมกระวนกระวายโดยได้รับการประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายที่แปลจากแบบประเมิน CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory) ของ Jiska Cohen-Mansfield (1989)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการคัดเลือกผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่พักอาศัยในอาคารมหาดไทย 100 ปี ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553 – เดือนมกราคม พ.ศ. 2554 จำนวน 25 คน โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือกดังนี้ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเข้าร่วมการทดลองดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกประชากรเข้ากลุ่มตัวอย่าง จากผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ

- 1.1 มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
- 1.2 ได้รับการประเมินว่า มีภาวะสมองเสื่อม
- 1.3 มีพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างน้อย 1 พฤติกรรม ใน 1 สัปดาห์
- 1.4 เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีความบกพร่องทางด้านารได้ยิน
- 1.5 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และได้รับความเห็นชอบจาก

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

2. สำหรับการวิจัยครั้งนี้พบว่า มีผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และนับเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 34 คน แต่ต่อมาระหว่างการทดลอง มีผู้สูงอายุ 9 คน ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 25 คน ซึ่งผ่านเกณฑ์การกำกับกรทดลองทุกคน คือเข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัด มากกว่าร้อยละ 80 คือ มากกว่า 12 ครั้ง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา จำนวนปีที่เข้าพักอาศัย คะแนนสมรรถภาพสมอง และคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย แปลจาก CMAI (The Cohen-Mansfield Agitation Inventory) (Cohen-Mansfield, 1989) เป็นภาษาไทย โดยแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบันทึกพฤติกรรมจากการสังเกต แบ่งออกเป็น 5

กลุ่ม และมีทั้งหมด 29 พฤติกรรม และประเมินความถี่ของพฤติกรรมแบบมาตราประมาณค่า มี 7 ระดับตามแบบลิเคิร์ต (Likert scale) คือ ตั้งแต่ระดับ 1 ถึง 7 โดยเครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยง .89

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการดำเนินกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวาย ประกอบด้วย

2.1 คู่มือแนวทางการอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ เรื่องการใช้ดนตรีและการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวาย

2.2 คู่มือการจัดกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมและซีดีเพลง

2.3 แบบบันทึกสิ่งแวดล้อมภายในอาคารที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลของผู้สูงอายุ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เริ่มตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2553 ถึง 30 มกราคม พ.ศ. 2554 โดยดำเนินงานเป็นขั้นตอน ตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ผู้วิจัยขอหนังสือจากหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนออธิบดีกรมพัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม กระทรวงพัฒนาสังคมและมั่นคงของมนุษย์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยนำหนังสืออนุมัติจากอธิบดีกรมพัฒนาการจัดสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและมั่นคงของมนุษย์ พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและเครื่องมือวิจัย เสนอผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความอนุเคราะห์ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล



4. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

5.1 ผู้วิจัยติดต่อเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลในอาคารมหาดไทย 100 ปี และผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างน้อย 1 พฤติกรรมใน 1 สัปดาห์ (ถือเป็นคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และขออนุญาตให้ผู้อำนวยความสะดวกพัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคเป็นผู้ลงลายมือชื่อเพื่อยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

5.2 หลังจากประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ดูแลสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างขณะเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 เป็นการประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1

5.3 ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 ผู้วิจัยและผู้ดูแลสังเกตพฤติกรรมและประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4

5.4 ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยและผู้ดูแลสังเกตและประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล

## ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมตัวของผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้านดนตรีบำบัด และด้านการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1.2 ผู้วิจัยสำรวจลักษณะของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ อาคารที่พักอาศัย สิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ค้นหาแนวทางการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสม ได้แก่ การเลือกดนตรีที่เหมาะสม การออกแบบและจัดสิ่งแวดล้อมในอาคารที่พักอาศัย การเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

เริ่มตั้งแต่วันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2553 ถึง 19 มกราคม พ.ศ. 2554 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการทดลอง ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยเปิดอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค เรื่องการใช้ดนตรีและการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวาย เมื่อวันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2553 อบรมทั้งหมด 3 ชั่วโมง แบ่งอบรม 2 รอบ (รอบเช้า-รอบบ่าย) เพื่อให้บุคลากร เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุเข้าร่วมการอบรมอย่างทั่วถึง โดยได้เชิญอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลและการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช เพื่อเป็นวิทยากรพิเศษในการบรรยาย เรื่อง ภาวะสมองเสื่อม : แนวทางการดูแล

2.2 ผู้วิจัยเริ่มทำการทดลองโดยนำกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่ได้วางแผนไว้มาดำเนินการ โดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 15 ครั้ง โดยจัดกิจกรรมเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมควบคู่กับการจัดกิจกรรมด้านดนตรี เนื่องจากได้มีการศึกษางานวิจัยด้านดนตรีบำบัดพบว่าระยะเวลาดังกล่าวเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมต่อการจัดกิจกรรมด้านดนตรีในผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายและสามารถลดพฤติกรรมกระวนกระวายได้ (Gerdner, 1997)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ตามลำดับดังนี้

1. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกระวนกระวายก่อน ระหว่างและหลังเสร็จสิ้นการทดลอง
2. วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวระหว่างคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) โดยวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 4 ครั้งและหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายเป็นรายคู่ (Pairwise Comparisons) ของผลการประเมินก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 4 ครั้งและหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

### สรุปผลการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายเริ่มลดลงตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป

### การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม ต่อการลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ผลของการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

#### สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล

#### ผลการวิจัย

พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

พฤติกรรมกระวนกระวาย (Agitated behaviors) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าการจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าวจะเน้นให้ลดสิ่งเร้าที่กระตุ้นต่ออารมณ์และความรู้สึกของผู้สูงอายุ โดยมักให้ผู้สูงอายุอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย นอกจากนี้การเบี่ยงเบนความสนใจของผู้สูงอายุโดยการเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับพฤติกรรม เช่น การฟังดนตรี การสัมผัส การนวด เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้สามารถลดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing intervention) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและค้นหากิจกรรมในการบำบัดที่เหมาะสม (ชนกพร จิตปัญญา และคณะ, 2551) พยาบาลในฐานะบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทในการจัดกิจกรรมทางการบำบัดทางการพยาบาล โดยการค้นหาทางเลือกที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจ การผสมผสานกิจกรรมในการบำบัดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ จากงานวิจัยของ Lou (2001) ที่ศึกษาโดยการวิเคราะห์เชิงอนุमानเกี่ยวกับกิจกรรมในการบำบัดที่เหมาะสมและสามารถ

นำมาใช้ได้ผลดีต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวาย ได้แก่ การใช้เสียงดนตรีเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่งกระตุ้น และการใช้บุคลากรที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายจะสามารถลดพฤติกรรมดังกล่าวได้ดี

จากแนวคิดเกี่ยวกับการนำดนตรีมาใช้ในการบำบัดรักษาของ Gerdner (1997) ได้อธิบายถึงทฤษฎีพื้นฐานของลักษณะเฉพาะของการจัดกระทำเกี่ยวกับดนตรีสำหรับพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยพัฒนา Middle range theory เพื่ออธิบายผลกระทบของลักษณะเฉพาะของดนตรีสำหรับพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งนี้ดนตรีจะส่งผลกระทบต่อวงจรของระบบประสาทที่ถูกทำลาย ดนตรีส่งผลกระทบต่ออารมณ์ วัน เวลา และสถานที่ ดนตรีสามารถเบี่ยงเบนความสนใจ ดนตรีช่วยสร้างสัมพันธภาพในสังคม ส่งผลต่อความจำที่เหมาะสมและเพิ่มกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดย Gerdner (1997) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการนำดนตรีบำบัดมาใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวาย ซึ่งต้องใช้ดนตรีที่มีลักษณะเฉพาะต่อพฤติกรรม โดยดนตรีประเภทผ่อนคลาย และดนตรีที่มีจังหวะสม่ำเสมอ เพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวาย เบี่ยงเบนความสนใจไปสู่สิ่งที่ทำให้เกิดความสนใจมากกว่า ช่วยลดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการกระตุ้นจากสิ่งเร้า และสามารถลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ในที่สุด

สำหรับแนวคิดเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวายตามแนวคิดของ Hall (1988) สรุปได้ว่า การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุต้องเริ่มจากการประเมินสิ่งแวดล้อม ที่พักอาศัยและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และเน้นหลักการในการจัดสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยให้เหมาะสม เพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยเน้นให้ผู้สูงอายุเกิดความคุ้นเคยกับที่อยู่อาศัยและการดำรงชีวิต ความสว่างของแสงและเสียงต้องไม่รบกวนการพักผ่อนและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ ดังนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะช่วยลดพฤติกรรมกระวนกระวายเมื่อถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายนอก จากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อม พบว่าสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย แสงและเสียงในระดับคงที่ อุณหภูมิคงที่ สภาพอากาศปกติ จะลดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายได้เช่นกัน

จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ผู้วิจัยทำการศึกษาเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยได้สร้างชิ้นเครื่องมือในการวิจัย โดยประยุกต์แนวคิดด้านการ

บำบัดทางการพยาบาล (Nursing intervention) โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการนำดนตรีมาใช้ในการบำบัดรักษาของ Gerdner (1997) ร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวายตามแนวคิดของ Hall (1988) เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างคู่มือการดำเนินกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวาย ซึ่งผลของการวิจัยพบว่า กิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลสามารถลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ โดยเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมมีความแตกต่างอย่างชัดเจน โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) (ตารางที่ 3) แสดงว่ากิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลที่จัดทำขึ้น (Treatment) มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายลดลง นอกจากนี้จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายรายคู่ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายเริ่มลดลงอย่างชัดเจนตั้งแต่เข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดสัปดาห์ที่ 3 แสดงว่ากิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลมีผลทำให้พฤติกรรมกระวนกระวายลดลงโดยใช้เวลาดำเนินกิจกรรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษาเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แนวคิดด้านดนตรีของ Gerdner (1997) ได้แก่ Sung et al. (2006) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้ดนตรีแบบกิจกรรมกลุ่มในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวายในประเทศไต้หวัน โดยเลือกเพลงและกิจกรรมกลุ่มให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม เช่น การเต้นประกอบเพลง การร้องเพลงกลุ่ม กิจกรรมเข้าจังหวะ เป็นต้น ซึ่งในการทดลองผู้วิจัยไม่จำกัดประเภทของดนตรี โดยกิจกรรมกลุ่มจะทำสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง จำนวน 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า กิจกรรมกลุ่มโดยใช้ดนตรีและเสียงเพลงในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถลดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุได้ และสามารถนำกิจกรรมดังกล่าวมาใช้ในผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมแยกตัวและไม่เข้าสังคมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Goddaer and Abraham (1994) ที่ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายและมีปัญหาการรู้คิดระดับรุนแรง 29 ราย ในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Nursing home) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (ใช้ดนตรี) และกลุ่มควบคุม (ไม่ใช้ดนตรี) ซึ่งดนตรีที่ใช้เป็นดนตรีบรรเลงประเภทฟอนคลายและเปิดดนตรีระหว่างมื้ออาหารกลางวัน ใช้แบบประเมิน



ของ The Cohen-Mansfield Agitation Inventory และใช้การสังเกตพฤติกรรม โดยรูปแบบการวิจัย ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1 ไม่ใช้ดนตรี สัปดาห์ที่ 2 ใช้ดนตรีประเภทผ่อนคลาย สัปดาห์ที่ 3 ไม่ใช้ดนตรี และสัปดาห์ที่ 4 ให้ฟังดนตรีผ่อนคลายซ้ำอีกครั้ง วัดเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่าพฤติกรรมกระวนกระวายลดลงร้อยละ 63.4 หลังจากได้รับดนตรีในช่วง 4 สัปดาห์ โดยเฉพาะพฤติกรรมที่ไม่ใช้พฤติกรรมก้าวร้าว (pacing, inappropriate robbing) และพฤติกรรมการใช้ภาษา (complaining, constant request for attention) แต่พฤติกรรมด้านความก้าวร้าว (hitting, kicking) และ hiding/hoarding ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gerdner and Swanson (1997) ศึกษาผลของการฟังเพลงในผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยเปิดเพลงที่ผู้สูงอายุชื่นชอบนาน 30 นาที จำนวน 2 สัปดาห์ และประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยให้สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้รวบรวมเพลงที่ผู้สูงอายุชอบมาให้ผู้สูงอายุ และใช้แบบประเมิน Cohen-Mansfield Agitation Inventory ในการประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย และใช้การสังเกตพฤติกรรม โดยบันทึกพฤติกรรมระหว่างฟังดนตรีและหลังฟังดนตรี 1 ชั่วโมง โดยพบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ดนตรีประเภทผ่อนคลายมีผลต่อพฤติกรรมกระวนกระวาย และเปรียบเทียบระหว่างฟังดนตรี พฤติกรรมกระวนกระวายลดลงร้อยละ 46.6 และหลังฟังดนตรี 1 ชั่วโมงพฤติกรรมกระวนกระวายลดลงร้อยละ 80 สอดคล้องกับการศึกษาของ Clark, Lipe and Bilbrey (1998) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานพยาบาล (Nursing home) โดยศึกษาผลของดนตรีต่อพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างอาบน้ำของผู้สูงอายุ โดยเลือกใช้ดนตรีที่ชื่นชอบ และแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ไม่ใช้ดนตรี (Control) และกลุ่มที่ได้รับดนตรีที่ชื่นชอบ (Experimental) จำนวน 2 สัปดาห์ ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว 15 ข้อ โดยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สังเกตพฤติกรรมในขณะ ผลการทดลองพบว่า ระดับพฤติกรรมกระวนกระวายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าดนตรีสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ 12 ข้อจาก 15 ข้อ ในกลุ่มทดลองระหว่างฟังดนตรี และผู้ป่วยที่ได้ฟังดนตรีให้ความร่วมมือในการอาบน้ำมากขึ้น

แต่ในทางตรงข้ามจากงานวิจัยของ Clair and Bernstein (1994) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง 28 ราย ในโรงพยาบาล โดยใช้ดนตรีบำบัดในกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มทดลอง ได้แก่ กลุ่มที่ไม่ใช้ดนตรี กลุ่มที่ใช้ดนตรีบรรเลงแบบกระตุ้น (stimulating) และใช้ดนตรีบรรเลงแบบผ่อนคลาย (sedative) โดยใช้เวลาครั้งละ 30 นาที วันละ 3 ครั้ง ประเภทดนตรีละ 10 วัน และประเมินพฤติกรรมโดยการสังเกตพฤติกรรม ซึ่งจากการ

ทดลองพบว่า คนตรีทั้ง 3 ประเภทไม่สามารถลดพฤติกรรมกระวนกระวายได้ และพบว่าพฤติกรรมกระวนกระวายในกลุ่มตัวอย่างไม่เปลี่ยนแปลง ดังนั้นดนตรีบรรเลงจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง

สำหรับผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดด้านการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุสอดคล้องกับการศึกษาของ Lin et al. (2007) ศึกษาผลของประสิทธิผลของการใช้กลิ้งลาเวนเดอร์ในการลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุชาวจีนที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งการศึกษาดังกล่าว ได้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุชาวจีนที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม และมีการแสดงพฤติกรรมกระวนกระวาย ทั้งในส่วนของอาการกระทำและคำพูด จำนวน 70 ราย โดยการศึกษาแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับกลิ้งลาเวนเดอร์ โดยใช้วิธีการสูดดม และกลุ่มที่ได้รับกลิ้งของดอกทานตะวัน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่ได้รับกลิ้งลาเวนเดอร์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนที่ได้จากแบบประเมินของ Cohen-Mansfield Agitation Inventory ลดลงจาก 24.68 เหลือ 17.77 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับกลิ้งลาเวนเดอร์แสดงพฤติกรรมกระวนกระวาย เช่นเดียวกับการจัดกิจกรรมบำบัดของ Richeson (2003) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้สัตว์เลี้ยงช่วยลดพฤติกรรมกระวนกระวายและส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ซึ่งการศึกษานี้ ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และอาศัยอยู่ในสถานี่รับดูแล โดยผู้สูงอายุจะได้รับการดูแล และการจัดกิจกรรม คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ สัมผัส พุดคุย จดจำชื่อของสุนัขอย่างน้อย 1 ชื่อ และเรียกชื่อของสุนัขในทุกๆ วัน เป็นเวลา 1 ชั่วโมงติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้เล่นกับสุนัข มีความสนใจสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว มีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดและเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงสัปดาห์แรกหลังจากที่ได้เล่นกับสุนัข นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า การแสดงออกของพฤติกรรมกระวนกระวายลดลง รวมถึงยังแสดงออกถึงการควบคุมอารมณ์ต่างๆ ของตนเองได้ดีขึ้น

จากข้อมูลงานวิจัยและแนวคิดที่สนับสนุนในการอธิบายผลการวิจัยมา กล่าวได้ว่า กิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การนำกิจกรรมเกี่ยวกับดนตรีมาใช้ในการเบี่ยงเบนความสนใจ (Gardner, 1997) ของผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการรับรู้ ขาดสมาธิ สมาธิในการทำกิจกรรมสั้น หรือมีความไวต่อสิ่งเร้าที่มากเกินไป จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุเกิดสมาธิใน

การทำกิจกรรมมากขึ้น จิตใจจดจ่อต่อการฟังเพลง เกิดความเพลิดเพลิน ส่งเสริมด้านการรับรู้และ ความจำ รวมทั้งส่งเสริมด้านการเข้าสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ คนอื่น และอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างเป็นสุข นอกจากนี้ การนำแนวคิดเกี่ยวกับการจัด สิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวายของ Hall (1988) ซึ่งมีหลักสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) สร้างความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สามารถ ปฏิบัติกิจวัตรได้เองมากที่สุด ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ 2) สร้างความคุ้นเคย เพื่อให้ ผู้สูงอายุคุ้นเคยกับบุคคลรอบข้าง และอุปกรณ์ของใช้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรได้เองโดยไม่ต้อง พึ่งพาผู้อื่น 3) ชะลอความเสื่อมของสมอง ส่งเสริมการฟื้นความจำและคงไว้ซึ่งความสามารถในการ ช่วยเหลือตัวเองได้ตามสภาพ ซึ่งหลักสำคัญดังกล่าวครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญในการจัด สิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่อาจก่อให้เกิดอาการสับสน หวาดระแวง กระสับกระส่าย คลุ้มคลั่ง จนส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวายทั้งที่ไม่รุนแรงและรุนแรงจน เป็นเหตุให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้สูงอายุเองและผู้อื่น ดังนั้นการลดสิ่งกระตุ้นจึงสามารถลด พฤติกรรมกระวนกระวายได้ โดยทั้งแนวคิดด้านดนตรีและแนวคิดด้านการจัดสิ่งแวดล้อมสามารถ นำมาผสมผสานและจัดเป็นกิจกรรมที่สามารถดำเนินควบคู่กันไป เพื่อเป็นการเสริมให้กิจกรรมมี ความแข็งแรงและมีประเด็นที่สามารถนำมาแก้ไขต้นเหตุของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายได้ ในที่สุด โดยคู่มือในการดำเนินกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัด สิ่งแวดล้อมเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถนำมา ประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในสถานพยาบาลและผู้สูงอายุที่ อาศัยอยู่ในบ้านของตนเองได้

จากหลักฐานและเหตุผลสนับสนุนที่กล่าวมา จึงกล่าวได้ว่า การจัดกิจกรรมการบำบัด ทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นการจัดกิจกรรมเสริมให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วม กิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing intervention) โดยใช้ดนตรีตามแนวคิดของ Gerdner (1997) ร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Hall (1988) มา ประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรม สามารถลดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง เสื่อมได้

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาผลของกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรี ร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อการลดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการบริหาร ผู้บริหารสามารถนำผลจากการวิจัยไปใช้ในการกำหนด นโยบายที่เหมาะสมในการป้องกันและลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุในสถานดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว การให้ความสำคัญและตระหนักถึงต้นเหตุของปัญหา และนำกิจกรรมมาแก้ไข ปัญหาที่ต้นเหตุ การจัดกิจกรรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การนำดนตรีมาใช้ในการเบี่ยงเบน ความสนใจ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุ

#### 2. ด้านการปฏิบัติ

2.1 การจัดกิจกรรมการพยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ทั้งในสถาน ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในสถานพยาบาล ในชุมชน และในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุเอง โดย สามารถนำคู่มือการจัดกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาใช้ตามความ เหมาะสมของผู้สูงอายุแต่ละราย

คู่มือการดำเนินกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการ จัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย

ก. คู่มือแนวการอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ เรื่องการใช้ดนตรี และการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข. คู่มือการจัดกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรี ร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายพร้อมแผ่นซีดีเพลง

ค. แบบบันทึกสิ่งแวดล้อมในอาคารที่พักอาศัยของผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อม

ง. แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อม โดยแปลจาก CMAI ของ Jiska Cohen-Mansfield (1989)

2.2 การจัดกิจกรรมด้านดนตรีบำบัดสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับ ผู้สูงอายุได้ในทุกกลุ่มโรค เนื่องจากแนวเพลงที่จัดทำขึ้นเป็นเพลงที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย มีจังหวะช้าๆ

นอกจากจะลดพฤติกรรมกระวนกระวาย ยังทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเพลินเพลิน และช่วยกระตุ้นความจำในการระลึกถึงภาพและประสบการณ์ในอดีต

2.3 การจัดกิจกรรมด้านการจัดสิ่งแวดล้อม สามารถนำกิจกรรมในคู่มือการดำเนินการจัดกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการจัดสภาพแวดล้อมให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง ลดภาระการพึ่งพาผู้อื่น ส่งเสริมการมองเห็นคุณค่าในตนเอง

### ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยต่อไป

1. การศึกษาวิจัยระยะยาว เพื่อติดตามผลของกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล โดยศึกษาถึงการดำรงอยู่ของผลลัพธ์ที่มีต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ติดตามประเมินผลการวิจัยหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล 2 ครั้ง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลไปแล้ว 2 สัปดาห์ มีค่าเท่ากับ 1.36 ถือว่าอยู่ในระดับคงที่ เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมทันที แต่เมื่อประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายซ้ำหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลไปแล้ว 4 สัปดาห์ มีค่าเท่ากับ 1.38 ถือว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย (ดังแสดงในภาคผนวก ตารางที่ 12) จึงเป็นข้อสังเกตว่า ควรดำเนินกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุให้อยู่ในระดับคงที่และลดลง

2. การศึกษาผลของกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ที่บ้านตนเอง โดยศึกษาเป็นรายเดี่ยว (Case study)

3. การศึกษาผลของกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2543). **สมองเสื่อม โรคหรือวัย**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: คบไฟ.
- กัลยาณี เจนอนุศาสตร์. (2541). **เปรียบเทียบระหว่างผลการใช้กิจกรรมดนตรีบำบัดกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เกศินี รัตนมณี. (2551). **ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการฟังดนตรีต่อความเจ็บปวดขณะมีกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น. (2542). **แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ.2542**. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข.
- งามพิศ ธนไพศาล. (2551). **ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดและดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการวางสายล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวร โรงพยาบาลศรีนครินทร์**. รายงานการศึกษาระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2548). **ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ**. เอกสารคำสอนรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุชั้นสูง 1. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนกพร จิตปัญญา และคณะ. (2551). **เอกสารประกอบการสอน เรื่องการบำบัดทางการพยาบาล**. ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนันต์ แสงสีดา. (2552). **สภาพการอยู่อาศัยในที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเคหการ ภาควิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ญาดารัตน์ บาลจ่าย. (2549). **ผลของการใช้โปรแกรมกิจกรรมศิลปะแบบกลุ่มต่อความจำของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ดุษฎี พนมยงค์ บุญทัศนกุล. (2539). **ลมหายใจ ดนตรี ชีวิต : การฝึกดนตรีเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บ้านเพลง.
- เดชา ปิยะวัฒน์กุล. (2543). แนวทางการจัดการภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. **ศรีนครินทร์เวชสาร**, 15(2), 91-96.
- ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคนอื่นๆ. (2548). การศึกษามาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ. **จุฬาสัมพันธ์**, ปีที่ 48 ฉบับที่ 28 วันจันทร์ที่ 18 กรกฎาคม 2548.
- นภาพร ฤทธิวีรกุล. (2005). **ปัจจัยที่ทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิสันต์ คำกาศ. (2550). **ผลของดนตรีบำบัดต่อระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด**. รายงานการศึกษาระดับปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บังอร เครียดชัยภูมิ. (2533). **ผลของดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญแดง บุญฤทธิ์. (2540). **ผลของดนตรีต่อความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2542). **ดนตรีบำบัด กิจกรรมการพยาบาลองค์รวม. เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแบบองค์รวม**. ขอนแก่นการพิมพ์: ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เบญจมาศ จันทร์นวล. (2551). **การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเรื่องการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะใช้เครื่องช่วยหายใจโดยใช้ดนตรีบำบัดในหอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. รายงานการศึกษาระดับปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ผกาวรรณ บุญดิเรก. (2548). **ดนตรีบำบัด. วารสารศิลปกรรมศาสตร์ คณะศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ**. ฉบับปฐมฤกษ์: 26-29.
- พิชัย ปรัชญานุสรณ์. (2533). **ดนตรีบำบัดและเทคนิคการใช้. เอกสารประกอบการฝึกอบรม**

**ดนตรีศึกษาโครงการศึกษาต่อเนื่อง.** มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พิชัย ปรัชญานุสรณ์. (2538). **ดนตรีบำบัดเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต.** โครงการศึกษาต่อเนื่อง มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรรณี จันทน์อินทร์. (2547). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.** รายงานการศึกษา อิศระปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). **การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันดี โภคะกุล. (2548). **เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.** พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เวชสถิตติ. (2545). **สถิติสาเหตุการเสียชีวิตในผู้สูงอายุประจำปี 2545.** สถาบันประสาทวิทยา. มปท.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2548). **ดนตรีบำบัด. สงขลานครินทร์เวชสาร 23 (พฤษภาคม – มิถุนายน), 185 – 191.**
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2550). **สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2552). **สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล. ปีที่ 18, มกราคม 2552.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2544). **ฐานข้อมูลผู้สูงอายุไทย.** นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถิติจากสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 1. (2550). **รายงานประจำปี 2550.** กรุงเทพฯ: สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 1.
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2543). **สมองเสื่อมได้อย่างไร. หมอชาวบ้าน, 21(250), 9-15.**
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2551). **คู่มือยึดอายุสมอง.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ซีไอเดียเคชั่น.
- สุกรี เจริญสุข. (2539). **จะฟังดนตรีอย่างไรให้ไพเราะ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุกรี เจริญสุข. (2550). **ดนตรีเพื่อพัฒนาศักยภาพของสมอง.** กรุงเทพฯ: Dream catcher graphic co., LTD.

- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2546). **คลินิกเวชปฏิบัติปริทัศน์: ปัญหาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีสมองเสื่อม**. วารสารคลินิก, 19(6).
- สุนีย์ สุทธิวีระขจร. (2547). **เปรียบเทียบผลสัมพัทธ์บำบัดกับดนตรีบำบัดต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุภาวดี พุฒิน้อย และคนอื่นๆ. (2548). **ผู้สูงอายุกับกิจกรรมบำบัด**. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะเทคนิคการแพทย์ ภาควิชากิจกรรมบำบัด.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). **รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- อรพิชญา ไกรฤทธิ และสิรินทร ฉั่นศิริกาญจน. (2550). **ภาวะสมองเสื่อมมหันตภัยใกล้ตัว. สุขภาพคนไทย 2550: หอมกลิ่นลำดวนเตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- อาริยา สอนบุญ. (2543). **ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

### ภาษาอังกฤษ

- Adelman, A. M., and Daly, M. P. (2001). **20 Common problems in Geriatrics**. Singapore: MegRaw-Hill.
- Aldridge, D., and Aldridge, G. (1992). **Two epistemologies: music therapy and medicine in the treatment of dementia**. *Arts Psychotherapy*, 19, 243-255.
- American Psychiatric Association. (1995). **American Psychiatric Association diagnostic and statistic manual of mental disorder fourth edition (DSM-IV)**. Washington DC.
- Anne, H. T., and Denise, G. (2007). **The effect of music therapy on Anxiety in patients who are terminally ill**. *Journal of palliative medicine*, 11(4), 582-590.
- Beck, C. Rossby, L., and Baldwin, B. (1991). **Correlates of Disruptive Behavior in**

- Cognitively Impaired Elderly Nursing Home Residents. **Archives of Psychiatric Nursing**, 5(5), 281-291.
- Biley, F. C. (1999). Music as therapy: a brief history. **Complementary Therapeutic Nursing & Midwifery**, 5(6), 140-143.
- Birchmore, T., and Clague, S. (1983). A behavioral approach to reduce shouting. **Nursing Times**, 79, 37-39.
- Buckwater, K. (1985). Music therapy. In: Bulechek, G. M. & McCloskey, J. C., (editors). **Nursing Intervention treatment of nursing diagnosis**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Burns, A., O'Brien, J., and Ames, D. (2005). **Dementia**. 3<sup>rd</sup> ed. UK.: Edward Arnold Ltd.
- Burns, N., and Grove, S. K. (2001). **The Practice of nursing research: Conduct, critique & utilization**. 4<sup>th</sup> ed. New York: W.B. Saunders.
- Campbell, D. G. (1988). The innovative: personal transformation with music. **Music Therapy**, 7, 38-50.
- Campbell, D. G. (1991). **Music physician for times to come**. Wheaton, IL: Quest.
- Campbell, J. C., and Ikegami, N. (1999). Long-Term Care and Dementia. **Long-Term Care for Frail Older People**. USA: Acid-free paper.
- Chrisman, M., et al. (1991). Agitated behavior in the cognitively impaired elderly. **Journal of Gerontological Nursing**, 17(12), 9-13.
- Clark, M. E., Lipe, A. W., and Billbrey, M. (1998). Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. **J Gerontol Nurs**, 24, 10-17.
- Clair, A. A., and Bernstein, B. (1994). The effect of no music, stimulative background music and sedative background music on agitated behaviors in persons with severe dementia. **Activities, Adapt, Aging**, 19, 61-70.
- Cohen-Mansfield, J., and Billig, N. (1986). Agitated behaviors in the elderly: a conceptual review. **J Am Geriatr Soc**, 34, 722-727.
- Cohen-Mansfield, J. (1989). Agitation in the elderly. **Issue in Geriatric Psychiatry**, 19, 101-113.
- Cook, J. D. (1981). The therapeutic use of music : A literature review. **Nursing Forum**,



- 20, 253-266.
- Covington, H., and Crosby, C. (1997). Music therapy as a nursing intervention. *J Psychosoc Nurs*, 35, 34-37.
- Denny, A. (1997). A Quiet music: an intervention for mealtime agitation. *J Gerontol Nurs*, 23, 16-23.
- Dettmore, D., Kolanowski, A., and Boustani, M. (2009). Aggression in Persons with Dementia: Use of Nursing Theory to Guide Clinical Practice. *Geriatric Nursing*, 30(1), 8-17.
- Ebersole, P., Hess, P., and Luggen, S. A. (2004). *Toward Healthy Aging*. 6<sup>th</sup> ed. USA: Mosby.
- Eliopoulos, C. (2001). Living in Harmony with chronic conditions. *Gerontological Nursing*. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott.
- Fimkel, S. L. (2001). Behavioral and psychological symptom of dementia : A current focus of clinician, research, and caregivers. *Journal of clinical Psychiatry*, 62, 3-6.
- Folmar, S., and Wilson, H. (1997). Social behavior and physical restraints. *The Gerontologist*, 29, 650-653.
- Gerdner, L. A., and Swanson, E. A. (1997). Effects of individualized music on confuse and agitated elderly patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(5), 284-291.
- Gerdner, L. A. (1997). An individualized music intervention for agitation. *J Am Psychiatric Nursing Assoc*, 3, 177-184.
- Gerdner, L. A. (2000). Effects of individualized versus classical "relaxation" music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *International Psychogeriatrics*, 12, 49-65.
- Glynn, N. J. (1986). The therapy of music. *Journal of Gerontological Nursing*, 12, 7-10.
- Goodall, D., and Ethers, L. (2005). The Therapeutic Use of Music on Agitated Behavior in Those With Dementia. *Holist Nurs Pract*, 19(6), 258-262.
- Goddaer, J., and Abraham, I. L. (1994). Effect of relaxing music on agitation during

- meals among nursing home residents with severe cognitive impairment. **Archives of Psychiatric Nursing**, 8, 150-158.
- Gutterman, E. M., et al. (1999). Cost of Alzheimer's disease and related dementia in managed-medicare. **Journal of the Americans Geriatric Society**, 47, 1065-1070.
- Hall, G. R. (1988). **Behavioral assessment for low stimulus care plan**. Unpublished manuscript, University of Iowa, Iowa City.
- Hicks-Moore, S. L. (2005). Relaxing Music at Mealtime in Nursing Homes: Effect on Agitated Patients with Dementia. **Journal of gerontological nursing**, 26-32.
- Hoover, R. (1995). Healing gardens and Alzheimer's disease. **American Journal of Alzheimer's disease**, 3, 1-11.
- Janelli, L. M., and Kanski, G. W. (1997). Music intervention with physically restrained patients. **Rehabil Nurs**, 22, 14-19.
- Johnson, K., and Davis, J. R. (1996). An introduction to music therapy : Helping the oncology patient in ICU. **Critical Care Nursing Quarterly**, 18, 54-60.
- Lai, H-L., and Good, M. (2005). Music improves sleep quality in older adults. **Journal of Advanced Nursing**, 49(3), 234-244.
- Lenox, R., Newhouse, P., Creelmaln, W., and Whitaker, T. (1992). Adjunctive treatment of manic agitation with lorazepam versus haloperidol: A double-blind study. **Journal of Clinical Psychiatry**, 53(2), 47-52.
- Lin, P. W., et al. (2007). Efficacy of aromatherapy (lavendula angustifolia) as an intervention for agitated behaviors in Chinese older persons with dementia: a cross-over randomized trial. **Int J Geriatr Psychiatry**, 7 Mar. [Epub ahead of print]
- Lou, M-F. (2001). The use of music to decrease agitated behavior of the demented elderly: the state of the science. **Scand J Caring Sci**, 15,165-173.
- Luggen, S. A., and Meine, E. S. (2001). **NGNA Core curriculum for gerontological nursing**. 2<sup>nd</sup> ed. USA.
- Margaret, P. C., and Arch, M. (2007). **Design for Dementia Planning Environments for the Elderly and the Confused**, National Health Publishing.

- Maria, M. M., and Mary, S. (2007). **The Comfort of Home for Alzheimer's Disease.** Care Trust Publications, Portland.
- Marx, M., Werner, P., and Cohen-Mansfield, J. (1989). Agitation and touch in the nursing home. **Psychological Reports**, 64, 1019-1024.
- McCaffery. (1997). **Nursing management of the patient with pain.** 2<sup>nd</sup>ed. Philadelphia; J.B. Lippincott: Inc.
- McCaffrey, R. G., and Good, M. (2000). The lies experience of listening to music while recovering from surgery. **Journal of Hoslitic Nursing**, 18(4), 378-390.
- Mion, L. C., Frengley, J. D., Jakovic, C. A., and Marino, J. A. (1989). Further exploration of the use of physical restraints in hospitalized patients. **Journal of the American Geriatrics Society**, 37, 949-956.
- Mitty, E., and Flores, S. (2007). Assisted Living Nursing Practice: The Language of Dementia: Theories and Interventions. **Geriatric Nursing**, 28(5). 283-288.
- Munden, J., and Goldberg, E. K. (2003). **Elder Care Strategies Expert Care Plan for Older Adults.** USA.
- Music therapy.** [Online] 2009. Available from: <http://www.wikipedia.org/wiki/Music>. [2009, July 9].
- Pinkney, L. (1997). A comparison of the Snoezelen environment and music relaxation group on the mood and behavior of patients with senile dementia. **Br J Occup Ther**, 60, 209-212.
- Polit, D. F., and Beck, T. B. (2004). **Nursing research: Principles and methods.** 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins.
- Qizilbash, N., et al. (2002). **Evidence-based Dementia Practice.** USA: Blackwell.
- Ragneskog, H., et al. (1996). Influence of dinner music on food intake and symptoms common in dementia. **Scand J Caring Sci**, 10, 11-17.
- Rapp, M., Flint, A., Herrmann, N., and Proulx, G. (1992). Behavioral disturbances in the demented elderly: Phenomenology, pharmacotherapy and behavioral management. **Canadian Journal of Psychiatry**, 37(9).
- Richeson, N. E. (2003). Effects of animal-assisted therapy on agitated behaviors and

- social Interactions of older Adults with Dementia. **AM J ALZHEIMERS DIS OTHER DEMEN**, November/December, 18(7): 353-358.
- Robert, Y. (2005). **At home with dementia**. Alzheimer's Australia.
- Robinson, B. A., and Hicks-Moore, S. (2008). Favorite music and hand massage: Two interventions to decrease agitation in residents with dementia. **Dementia**, February, 7(1): 95-108.
- Sung, H.-c., et al. (2006). The effects of group music with movement intervention on agitated behaviors of institutionalized elders with dementia in Taiwan. **Complementary Therapies in Medicine**, 14, 113-119.
- Sambandham, M., and Schirm, V. (1995). Music as a nursing intervention for residents with Alzheimer's disease in long-term care. **Geriatric Nurs**, 16, 79-83.
- Tabloski, P., McKinnon-Howe, L., and Remington, R. (1995). Effects of calming music on the level of agitation in cognitively impaired nursing home residents. **Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders Research**, 1, 10-15.
- Taft, L. B., and Barkin, R.L. (1990). Drug Abuse/Use and misuse of psychotropic drugs in Alzheimer's care. **Journal of gerontological Nursing**, 16(8), 4-10.
- Teri, L. and Wagner, A. (1992). Alzheimer's disease and depression. **Journal of Consulting Clinical Psychology**, 3, 379-391.
- Terry, R. D. (1988). **Advances in the Diagnosis of Dementia**. **Aging and the brain**. New York: Raven Press.
- The Population reference bureau. (2009). **2008 World population data sheet**. USA. [Online] Available from: [www: http://www.prb.org](http://www.prb.org). [2009, June 24].
- Thomas, D. (1988). **Advances in the Diagnosis of Dementia**. **Aging and the brain**. New York: Raven Press.
- Vickrey, B. G. (2004). **Getting evidence-base psychosocial treatment into practice routable: Evidence & challenges from a dementia care management quality improvement trial**. [Online] Available from: <http://www.academyhealth.org>. [2009, August 23].
- Vink, A. C., et al. (2008). Music therapy for people with dementia (review). **The**

Cochrane Collaboration Issue 3. UK: John Wiley & Sons Ltd.

Weinrich, S., et al. (1995). Agitation: Measurement, Management, and Intervention Research. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(5), 251-260.

Werner, P., Cohen-Mansfield, J., Braun, J., and Marx, M. (1989). Physical restraints and agitation in nursing home residents. *Journal of the American Geriatric Society*, 37, 1122-1126.

World Health Organization. *Ageing And Health* [Online]. WHO, 2004. Available from: <http://www.who.int/hpr/aging>. [2009, May 2].

Winkelman, M. (2003). Complementary therapy for addiction: Drumming out drugs. *American Public Health Association*, 93, 647-651.

Witzke, J., et al. (2008). How Sweet the Sound: Research Evidence for the Use of Music in Alzheimer's Dementia. *Journal of gerontological nursing*, 34(10), 45-52.

Woods, B., and Clare, L. (2008). The neuropsychology of dementia: Alzheimer's disease and other neurodegenerative disorders. *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*. 2<sup>nd</sup> ed. UK: John Wiley & Sons Ltd.

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย  
รายนามสถานที่ขอเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

**เรื่อง** ผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (THE EFFECT OF NURSING INTERVENTION BY USING MUSIC AND ENVIRONMENTAL ADJUSTMENT ON AGITATED BEHAVIORS OF THE DEMENTIA ELDERLY)

**เสนอโดย** เรืออากาศเอกหญิงชุติมา ทองวชิระ นิสิตสาขา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

**อาจารย์ที่ปรึกษา** รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

ลำดับที่	รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งวิชาการ	ทำหนังสือถึง
1.	รศ.น.พ.ปัญญา ไช้มุก	- หัวหน้าโครงการแขนง วิชาดนตรีบำบัด วิทยาลัย ดุริยางคศิลป์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ผู้อำนวยการวิทยาลัย ดุริยางคศิลป์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2.	ผศ.พ.ญ.รวิวรรณ นิวัตพันธุ์	- อาจารย์ภาควิชาจิตเวช ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3.	รศ.ดร.บำเพ็ญจิต แสงชาติ	- อาจารย์คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ลำดับ ที่	รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งวิชาการ	ทำหนังสือถึง
4.	รศ.วิไลวรรณ ทองเจริญ	- รองคณบดีฝ่ายพัฒนา ทรัพยากรบุคคล คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	คณบดี คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5.	อาจารย์ ดร.วิริยา พึ่งทอง	- ผู้เชี่ยวชาญด้าน Industry design ภาค วิชาการออกแบบ อุตสาหกรรม คณะ สถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	คณบดี คณะ สถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามสถานที่ขอเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ลำดับ ที่	ทำหนังสือถึง	สถานที่เก็บรวบรวม ข้อมูลการวิจัย	จำนวน (คน)
1.	อธิบดีกรมพัฒนาสังคมและ สวัสดิการกระทรวงการพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์  สำเนาเรียน ผู้อำนวยการศูนย์ พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุบ้านบางแค แขวงบาง หว้า เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร	- ศูนย์พัฒนาการจัด สวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางแค	25

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จดหมายยินยอมให้แปลแบบประเมิน CMAI

จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เอกสารแจ้งผลพิจารณาจริยธรรม

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยพัธพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กรกฎาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยดุริยางคศิลป์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศเอกหญิง ชุติมา ทองวชิระ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการพยาบาลเชิงบำบัดโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ปัญญา ไช่มุก หัวหน้าโครงการแขนงวิชาดนตรีบำบัด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ปัญญา ไช่มุก

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

เรืออากาศเอกหญิง ชุติมา ทองวชิระ โทร. 08-1707-7282

ที่ ศธ 0512.11/



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กรกฎาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศเอกหญิง ชุติมา ทองวชิระ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการพยาบาลเชิงบำบัดโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. บำเพ็ญจิต แสงชาติ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ดร. บำเพ็ญจิต แสงชาติ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

เรืออากาศเอกหญิง ชุติมา ทองวชิระ โทร. 08-1707-7282

ที่ ศธ 0512.11/



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กรกฎาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศเอกหญิง ชุติมา ทองวชิระ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการพยาบาลเชิงบำบัดโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ วิไลวรรณ ทองเจริญ รองคณบดีฝ่ายพัฒนาทรัพยากรบุคคล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ วิไลวรรณ ทองเจริญ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

เรืออากาศเอกหญิง ชุติมา ทองวชิระ โทร. 08-1707-7282



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศษ 0512.11/

วันที่ กรกฎาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
  2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศเอกหญิง ชุตินา ทองวชิระ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการพยาบาลเชิงบำบัดโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญพัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง รวีวรรณ นีวาดพันธุ์ อาจารย์ภาควิชาจิตเวช-ศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง รวีวรรณ นีวาดพันธุ์

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญพัฒนา โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

เรืออากาศเอกหญิง ชุตินา ทองวชิระ โทร. 08-1707-7282





## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11/

วันที่ กรกฎาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
  2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศเอกหญิง ชุติมา ทองวชิระ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการพยาบาลเชิงบำบัดโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. วิริยา พึ่งทอง ผู้เชี่ยวชาญด้าน Industry Design แห่งภาควิชาการออกแบบอุตสาหกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ ดร. วิริยา พึ่งทอง

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

เรืออากาศเอกหญิง ชุติมา ทองวชิระ โทร. 08-1707-7282

จดหมายตอบอนุญาตจาก Professor Jiska Cohen-Mansfield  
ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์

27/10/2010

Dear Chutima Thongwachira,

You have my permission to translate the CMAI-SF provided that:

- 1) You keep my copyright on it.
- 2) You do not sell it or transfer it to others, other than for your study
- 3) You send me a copy of the translated version
- 4) You include a note that users should study the CMAI manual prior to use.

Good luck with your work

Jiska Cohen-Mansfield, PhD, ABPP

hcsjcm@gwumc.edu



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศบ 0512.11/ 1273



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑ สิงหาคม 2553

เรื่อง ขอลความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน อธิบดีกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

เนื่องด้วย เรืออากาศเอกหญิง ชุติมา ทองวชิระ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการพยาบาลที่บ้านโดยใช้คนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอลความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ได้รับการประเมินภาวะสมองเบื้องต้น จากแบบประเมินภาวะสมองเสื่อมว่ามีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับเล็กน้อยและปานกลาง และมีพฤติกรรมกระวนกระวาย จากแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย จำนวน 25 คน ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค โดยใช้แนวทางการอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค เรื่อง การใช้คนตรีและการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม คู่มือกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัด โดยใช้คนตรีร่วมกับจัดการสิ่งแวดล้อม แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร และแบบบันทึกสิ่งแวดล้อมฯ ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เร็ววัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรืออากาศเอกหญิง ชุติมา ทองวชิระ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

เรืออากาศเอกหญิง ชุติมา ทองวชิระ โทร. 08-1707-7282



## บันทึกข้อความ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
งานบริการการศึกษา
เลขที่หนังสือรับ 1109
ว.ศ.ป. 13 พ.ย. 53
เวลา 13.0 น.

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-8147

ที่ จว 449/53

วันที่ 22 พฤศจิกายน 2553

เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบรับรองผลการพิจารณา
  2. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
  3. ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
  4. แบบสอบถาม

ตามที่ เรืออากาศเอกหญิงชุติมา ทองวชิระ นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงการวิจัยที่ 075.2/53 เรื่อง ผลของการพยาบาลเชิงบำบัดโดยใช้ดนตรี ร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (THE EFFECT OF THERAPEUTIC NURSING INTERVENTION BY USING MUSIC AND ENVIRONMENTAL ADJUSTMENT ON AGITATED BEHAVIORS OF THE DEMENTED ELDERLY) เพื่อให้กรรมการผู้ทบทวนหลักพิจารณาจริยธรรมการวิจัยความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

การนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลัก ได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ รับรองวันที่ 19 พฤศจิกายน 2553

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทิ ชัยชนวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุมติ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 115/2553



### ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 075.2/53 : ผลของการพยาบาลเชิงบำบัดโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้วิจัยหลัก : เรืออากาศเอกหญิงชุติมา ทองวชิระ

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุมติ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....  ..... ลงนาม.....  .....  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทศมประดิษฐ์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทิ ชัยชนะวงศาโรจน์)  
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 19 พฤศจิกายน 2553 วันหมดอายุ : 18 พฤศจิกายน 2554

#### เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วน่วมในการวิจัยและ ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วน่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย 075.2/53  
วันที่รับรอง 19 พ.ย. 2553  
วันหมดอายุ 18 พ.ย. 2554

#### เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วน่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วน่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น แล้วส่งสำเนาใบแรกที่ใช้เอกสารดังกล่าวว่าที่คณะกรรมการ
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการรับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-11) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



AF 04-09

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการพยาบาลเชิงบำบัดโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อ  
พฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ชื่อผู้วิจัย เรืออากาศเอกหญิงชุตินา ทองวชิระ ตำแหน่ง นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อ (ที่ทำงาน) หรือผู้ป่วยระบบหัวใจ (8/5 RCU) โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช  
171 ถ. พหลโยธิน แขวงคลองถนน เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร 10220  
(ที่บ้าน) 1/422 เฟลตทหารอากาศ ถ.ประดิพัทธ์ แขวงถนนนครไชยศรี เขต  
ดุสิต กรุงเทพมหานคร 10330

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-5347456

โทรศัพท์ที่บ้าน 02-1556474

โทรศัพท์มือถือ 081-7077282

E-mail : [nok\\_chutima@yahoo.com](mailto:nok_chutima@yahoo.com)

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษา ผลของการพยาบาลเชิงบำบัดโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลัง ได้รับการพยาบาลเชิงบำบัดโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม

4. ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยดังนี้

4.1.1 มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย รวมจำนวน 25 คน

4.1.2 เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย-ปานกลาง จากแบบประเมิน

ภาวะสมองเสื่อม (MMSE-Thai 2002) ใช้เวลาในการประเมิน 15-20 นาที

เลขที่โครงการวิจัย 075.2/53  
วันที่รับรอง 19 พ.ย. 2553  
ทั้งหมดอายุ 18 พ.ย. 2554



\* ตัวเอียง หมายถึง คำอธิบาย ไม่ต้องระบุในเอกสาร

ปรับปรุงเมื่อ 23 มกราคม 2552

AF 04-09

4.1.3 มีพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างน้อย 1 พฤติกรรม ใน 1 สัปดาห์ จากแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยแปลจาก The Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) ใช้เวลาในการประเมิน 15-20 นาที

4.1.4 เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีความบกพร่องทางด้านการได้ยิน

4.1.5 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ลงลายมือเพื่อตอบแบบการขอความร่วมมือเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัยและคำให้การคุ้มครองสิทธิ

4.1.6 เข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัด อย่างน้อย 12 ครั้ง จากทั้งหมด 15 ครั้ง

4.2 พื้นที่ในการศึกษาวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 1

5. เนื่องจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งมีความบกพร่องในการรับรู้และการตัดสินใจ ดังนั้นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นผู้ลงมือชื่อในการยินยอมเข้าร่วมการทดลองแทนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินภาวะสมองเสื่อม ประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ 25 คน โดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเข้ากลุ่มเพื่อร่วมกิจกรรม ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ โดยเวลา 09.00-10.00 น. เป็นกิจกรรมดนตรี และช่วงระหว่างวันเป็นกิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อม ทั้งหมดเป็นเวลา 5 สัปดาห์ (ทั้งหมด 15 ครั้ง) และจะมีการประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นระยะๆ ได้แก่ ระหว่างการทดลอง 4 ครั้ง และหลังการทดลอง 1 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์

7. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอาจมีอาการอ่อนเพลียหรือไม่มีสมาธิในการเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากสภาพร่างกาย มีอาการเจ็บป่วย ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถพักขณะดำเนินกิจกรรมได้ แต่ถ้าพบพฤติกรรมไม่เหมาะสมส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหรือผู้อื่น ผู้วิจัยจะส่งต่อไปยังทีมสุขภาพ

8. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและญาติผู้ดูแลตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ รวมทั้งข้อมูลที่ได้ทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

9. ผู้วิจัยอธิบายถึงประโยชน์ของงานวิจัย เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายทั้งในสถานพยาบาลและสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม และพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลเชิงบำบัดในการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลให้กับผู้สูงอายุ สำหรับประโยชน์ต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายและส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



คณะที่โครงการวิจัย ..... ๐๗๕.๒/๕๓  
 วันที่รับรอง ..... 19 พ.ย. 2553  
 พจนานุกรม ..... 18 พ.ย. 2554



AF 04-09

10. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมและติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ 1/422 ถนนประดิพัทธ์ แขวงถนนนครไชยศรี เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300 โทรศัพท์ 081-7077282 E-mail: [nok\\_chutima@yahoo.com](mailto:nok_chutima@yahoo.com) และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ญาติผู้ดูแลและผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่ รวมทั้งหากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)

เลขที่โครงการวิจัย ..... 075.2/53  
วันที่รับรอง ..... 19 พ.ย. 2553  
รับมอบเลข ..... 18 พ.ย. 2554



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการพยาบาลเชิงบำบัดโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม  
เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าชื่อ/นามสกุล .....ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจากผู้วิจัย  
เรืออากาศเอกหญิงชุดิมา ทองวชิระ ที่อยู่ติดต่อ 1/422 ถนนประดิพัทธ์ แขวงถนนนครไชยศรี เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300 โทรศัพท์ 081-7077282 ที่ทำงาน หอผู้ป่วยระบบหายใจ ร.พ.ภูมิพลอดุลยเดช  
ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัดโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยใช้เวลาในการเข้าร่วมการวิจัย 5 สัปดาห์

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใดต่อการได้รับการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าจึงได้ลงนามไว้ท้ายหนังสือนี้

ลงชื่อ ร.ศ. ทนัง ชุดิมา ทองวชิระ

(.....)  
(.....)  
ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ

(นายพฤกษ์ โนนท์ เหลืองโพธิ์)

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนากิจการจิตสำนึกการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค  
ผู้ส่วนร่วมในการวิจัย

24 พ.ย. 2553

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

### ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย จำนวน 29 ข้อ

**ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ คู่มือการดำเนินกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แนวทางการอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ เรื่องการใช้ดนตรีและการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ส่วนที่ 2 คู่มือการจัดกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกสิ่งแวดล้อมภายในอาคารที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

**ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง** ได้แก่ แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลของผู้สูงอายุ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ชุดที่ 1**  
**เครื่องมือรวบรวมข้อมูล**  
**แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล**

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สอบถามข้อมูลของผู้สูงอายุ

**คำชี้แจง** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล ซึ่งข้อมูลที่บันทึกได้จากทะเบียนประวัติและการสอบถามข้อมูลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยบันทึกและเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างที่กำหนดให้ ให้ตรงกับความจริงของผู้สูงอายุ

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ .....
3. ระดับการศึกษา ( ) ไม่ได้รับการศึกษา ( ) ประถมศึกษา  
 ( ) มัธยมต้น ( ) มัธยมปลาย/ปวช.  
 ( )ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี  
 ( ) อื่นๆ(โปรดระบุ.....)
4. ศาสนา ( ) พุทธ ( ) คริสต์  
 ( ) อิสลาม ( ) อื่นๆ(โปรดระบุ.....)
5. จำนวนปีที่เข้าพักอาศัย ( ) น้อยกว่า 1 ปี ( ) ระหว่าง 1-5 ปี  
 ( ) ระหว่าง 6-10 ปี ( ) ระหว่าง 11-15 ปี  
 ( ) มากกว่า 15 ปีขึ้นไป
6. ระดับคะแนนประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น (Thai-MMSE 2002)..... คะแนน
7. คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย.....คะแนน

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุ

**คำชี้แจง** แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายเป็นแบบประเมินพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งประเมินทั้งลักษณะของพฤติกรรมและความถี่ของพฤติกรรมนั้นโดยผู้วิจัยและผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมจากผู้วิจัยในการประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย สังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุตลอดเวลาเมื่อพบพฤติกรรมกระวนกระวายผู้วิจัยและผู้ดูแลทำการบันทึกลักษณะของพฤติกรรมและความถี่ของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ใช้ระยะเวลาในการประเมินพฤติกรรมทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยให้เลือกคำตอบเดียวและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือที่ตรงกับเกณฑ์ที่กำหนดให้ ดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย
- 2 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวายน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
- 3 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์
- 4 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย 3 ครั้ง หรือมากกว่าต่อสัปดาห์
- 5 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย 1 หรือ 2 ครั้งต่อวัน
- 6 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย 3 ครั้ง หรือมากกว่าต่อวัน
- 7 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย 2 ครั้ง หรือมากกว่าต่อชั่วโมง

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พฤติกรรมกระวนกระวาย	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม							สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1. อาการก้าวร้าวทางกาย																					
1.1 ถ่มน้ำลาย																					
1.2 แข่ง/ด่า																					
1.3 ทูบตี																					
1.4 เตะ																					
1.5 แย่งของคนอื่น																					
1.6 ผลัก/ดัน																					
1.7 กัด																					
1.8 ช่วน																					
1.9 ฉีก/ทำลายข้าวของ																					
2. อาการไม่ก้าวร้าวทางกาย																					
2.1 เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย																					
2.2 แต่งตัวไม่เหมาะสม																					
2.3 พยายามหนีไปอยู่สถานที่อื่น																					
2.4 จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม																					
2.5 ทำกิจกรรมซ้ำๆ																					
2.6 กระสับกระส่าย/																					
3. พฤติกรรมกระวนกระวายทางวาจา																					
3.1 ป่น/คร่ำครวญ																					
3.2 เรียกร้องความสนใจ																					
3.3 พูดทางลบ																					
3.4 กรีดร้อง																					
3.5 ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ																					
4. ซ่อนและสะสมสิ่งของ																					
4.1 ซ่อนสิ่งของ																					
4.2 สะสมสิ่งของ																					
5. พฤติกรรมกระวนกระวายอื่นๆ																					
5.1 แกล้งหกหล่ม																					
5.2 กินของแปลกๆ																					
5.3 ขว้างปาสิ่งของ																					
5.4 ทำร้ายตัวเอง/ผู้อื่น																					
5.5 พูดจาชวนลามทางเพศ																					
5.6 พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม																					
5.7 ส่งเสียงแปลกๆ																					
TOTAL																					

พฤติกรรมกระวนกระวาย	สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4							หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม							
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
1. อาการก้าวร้าวทางกาย																						
1.1 ถ่มน้ำลาย																						
1.2 แข่ง/ดา																						
1.3 ทูบตี																						
1.4 เตะ																						
1.5 แย่งของคนอื่น																						
1.6 ผลัก/ดัน																						
1.7 กัด																						
1.8 ช่วน																						
1.9 ฉีก/ทำลายข้าวของ																						
2. อาการไม่ก้าวร้าวทางกาย																						
2.1 เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย																						
2.2 แต่งตัวไม่เหมาะสม																						
2.3 พยายามหนีไปอยู่สถานที่อื่น																						
2.4 จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม																						
2.5 ทำกิจกรรมซ้ำๆ																						
2.6 กระสับกระส่าย/																						
3. พฤติกรรมกระวนกระวายทางวาจา																						
3.1 ป่น/คร่ำครวญ																						
3.2 เรียกร้องความสนใจ																						
3.3 พูดทางลบ																						
3.4 กรีดร้อง																						
3.5 ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ																						
4. ซ่อนและสะสมสิ่งของ																						
4.1 ซ่อนสิ่งของ																						
4.2 สะสมสิ่งของ																						
5. พฤติกรรมกระวนกระวายอื่นๆ																						
5.1 แกล้งหลอมน																						
5.2 กินของแปลกๆ																						
5.3 ขว้างปาสิ่งของ																						
5.4 ทำร้ายตัวเอง/ผู้อื่น																						
5.5 พูดจาชวนลามทางเพศ																						
5.6 พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม																						
5.7 ส่งเสียงแปลกๆ																						
TOTAL																						



## ชุดที่ 2

### เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คู่มือการดำเนินกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัด  
สิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แนวทางการอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ เรื่องการใช้ดนตรีและการจัด  
สิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม

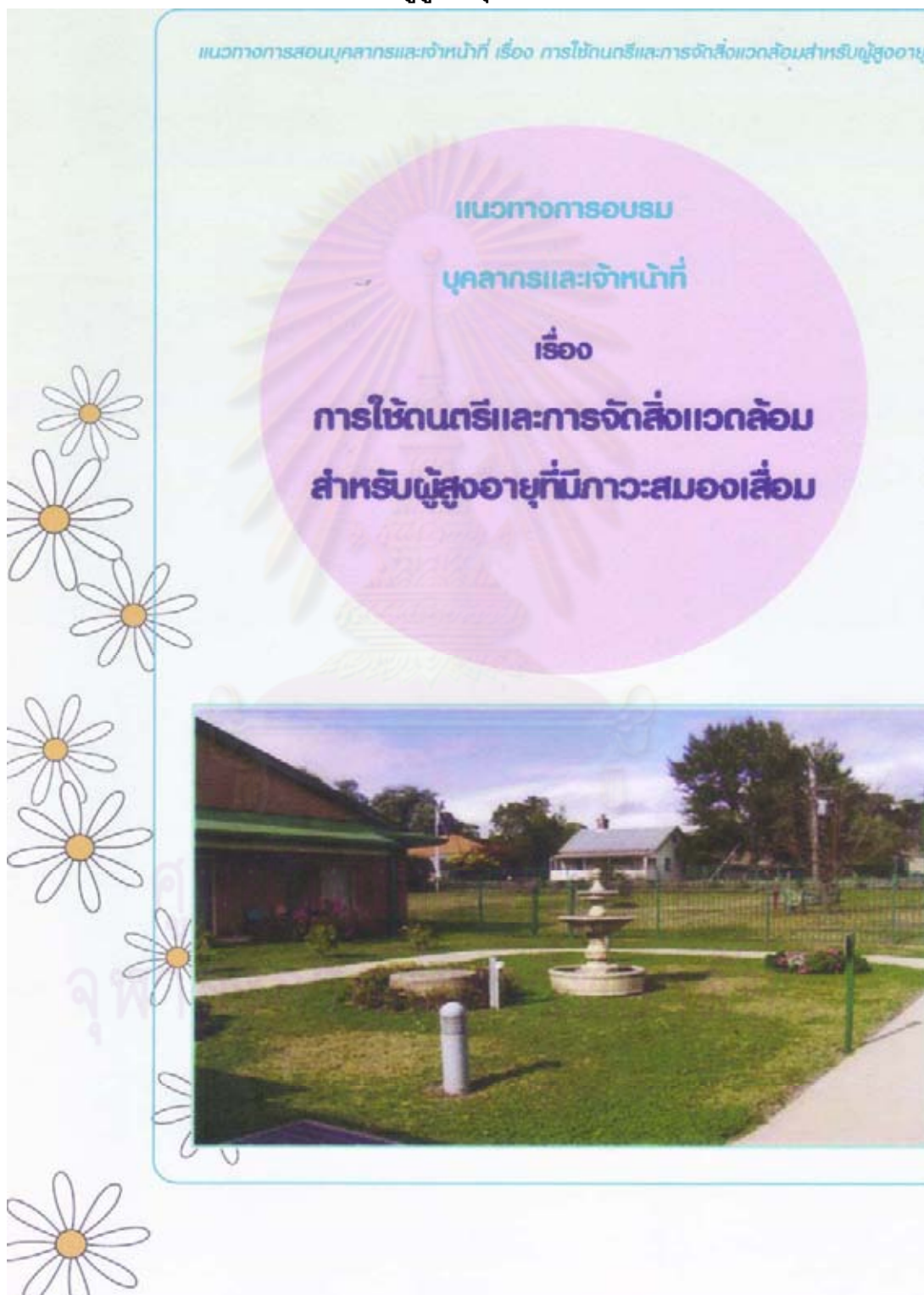
ส่วนที่ 2 คู่มือการจัดกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลเชิงใช้ดนตรีร่วมกับการจัด  
สิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกสิ่งแวดล้อมภายในอาคารที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่าง  
 แนวทางการอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ เรื่องการใช้ดนตรีและการจัดสิ่งแวดล้อม  
 สำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม



### คำชี้แจง

แนวทางการอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเล่มนี้จัดทำขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่บุคลากรทางการพยาบาลและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวาย ซึ่งแนวทางการอบรมเล่มนี้ จะช่วยให้บุคลากรและผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม พฤติกรรมกระวนกระวาย กิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัด แนวคิดเกี่ยวกับดนตรี และการจัดสิ่งแวดล้อม สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยใช้เวลาในการอบรม 3 ชั่วโมง

ดังนั้นเมื่อบุคลากรและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว ก็จะสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต





2

แนวทางการสอน บุคลากรและเจ้าหน้าที่ เรื่อง การใช้ดนตรีและการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

### เนื้อหาของแผนการสอนประกอบด้วย

#### ภาวะสมองเสื่อม

- ภาวะสมองเสื่อม
- ผู้สูงอายุกับภาวะสมองเสื่อม
- สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม
- อาการของภาวะสมองเสื่อม
- การจำแนกระดับความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม
- การรักษาภาวะสมองเสื่อม

#### พฤติกรรมกระวนกระวาย

- พฤติกรรมกระวนกระวาย
- ผู้สูงอายุกับพฤติกรรมกระวนกระวาย
- ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย
- การประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย
- การจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวาย

#### การพยาบาลเชิงบำบัด

- ความสำคัญของการพยาบาลเชิงบำบัดในการช่วยลดพฤติกรรมกระวนกระวาย
- หลักการจัดการพยาบาลเชิงบำบัดในการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
- ความสำคัญของดนตรี / แนวคิดเกี่ยวกับดนตรี
- ดนตรีบำบัด
- สิ่งแวดล้อม / แนวคิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม
- การจัดสิ่งแวดล้อม

#### ข้อสรุป

#### เอกสารอ้างอิง

ระยะเวลาในการอบรม : จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

กำหนดการ : (รอการระบุกำหนดการ)

### ภาวะสมองเสื่อม

**ภาวะสมองเสื่อม** เป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมอง ทำให้ผู้สูงอายุมีความบกพร่องในการรับรู้ การรู้คิด ความจำ การเรียนรู้เรื่องต่างๆ การใช้ภาษา การตัดสินใจ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม รวมทั้งการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง โดยโรคในกลุ่มภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ โรคสมองเสื่อมจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน โรคสมองเสื่อมจากการขาดวิตามิน หรือโรคสมองเสื่อมจากการติดเชื้อ เป็นต้น



ภาวะสมองปกติ

ภาวะสมองเสื่อม

รูปภาพ : ลักษณะของเนื้อสมองปกติ (ด้านซ้าย) และเนื้อสมองของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (ด้านขวา)



แนวทางการสอน บุคลากรและเจ้าหน้าที่ เรื่อง การใช้ถักถักรและการจัดสิ่งแวดลอมสำหรับวัยชรา

### ผู้สูงอายุกับภาวะสมองเสื่อม

จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุในทางเสื่อมลง ทำให้ผู้สูงอายุมักจะมีภาวะเจ็บป่วยมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในวัยสูงอายุ โดยอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมจะสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและจะสูงมากเมื่ออายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป และจากการสำรวจผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากถึงร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2546)

การดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อมจะมีลักษณะเรื้อรัง อาการจะดำเนินอย่างช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไป โดยระยะแรกจะมีอาการหลงลืมเล็กน้อย จนกระทั่งอาการหลงลืมมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การดูแลตนเอง ทำให้การดำเนินชีวิตและการเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป

ดังนั้นภาวะสมองเสื่อม จึงเป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นปัญหาสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วย

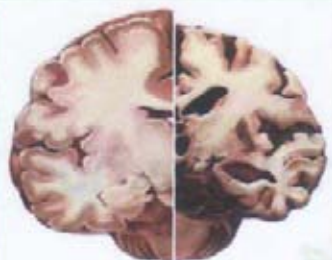


ตัวอย่าง

คู่มือการจัดกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม







## คำชี้แจง

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบในวัยสูงอายุ โดยพฤติกรรมกระวนกระวายเป็นพฤติกรรมที่พบบ่อย และก่อให้เกิดอันตรายต่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง การเข้าสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในทางที่แยกลง

จากปัญหาดังกล่าว ผู้จัดทำในฐานะพยาบาลซึ่งมีบทบาทอิสระในการจัดการพยาบาลเชิงบำบัด (Therapeutic nursing) เพื่อวิเคราะห์และค้นหากิจกรรมในการบำบัดที่เหมาะสม โดยเลือกใช้ดนตรีในการเบี่ยงเบนความสนใจและจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรม ดังนั้นคู่มือการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลเชิงบำบัด โดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับบุคลากรและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวาย ซึ่งจะส่งผลต่อผู้สูงอายุ ให้สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

เรืออากาศเอกหญิงชติมา ทองวชิระ

## สารบัญ

	หน้า
คำชี้แจง	
หลักการของกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัด	4
แนวทางการจัดกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัดโดยใช้ดนตรี ร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม	7
แนวทางการเลือกดนตรี	8
การจัดกิจกรรมดนตรี	9
แนวทางการจัดสิ่งแวดล้อม	10
การจัดกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัดโดยใช้ดนตรีร่วมกับ การจัดสิ่งแวดล้อม	12
ตารางกิจกรรม	13
รายละเอียดกิจกรรม	14
ชุดเพลงกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัด	33



คู่มือการจัดกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัด โดยใช้กันร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม

## หลักการของกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัด

### การพยาบาลเชิงบำบัด (Therapeutic nursing)

หมายถึง กิจกรรมและการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำด้วยความตั้งใจ โดยมีจุดมุ่งหมายในการดูแลผู้ป่วยและปรับเปลี่ยนแบบแผนกระบวนกรชีวิต เพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะของสุขภาพของผู้ป่วย

การจัดกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัด เป็นบทบาทอิสระที่สามารถนำมาจัดกระทำกับผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งกิจกรรมเชิงบำบัดจะช่วยลดอาการไม่พึงประสงค์และส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยสูงอายุ





ตัวอย่าง  
ชุดเพลงที่ใช้ในการวิจัย

เพลงชุดที่ 1

1. อุษาสวาท – เอื้อ สุนทรสนาน
2. ฝากเพลงลอยลม – ธาณินทร์
3. มั่นใจไม่รัก – รวงทอง ทอง
4. คำคน – สุเทพ วงศ์กำแหง
5. เสน่หา - สุเทพ วงศ์กำแหง
6. หยาดเพชร – ชรินทร์ นันทนาคร

ฯลฯ

เพลงชุดที่ 2

1. กระซิบสวาท – บุษยา ริงสี
2. เพ้อ - ชรินทร์ นันทนาคร
3. สักลมฝากรัก – รวงทอง ทอง
4. น้ำตาแสงใต้ - ชรินทร์ นันท
5. บุปผะสนนิवास - สุเทพ วงศ์กำ
6. เสน่หา – สุเทพ วงศ์กำแหง

ฯลฯ

เพลงชุดที่ 3

1. ยามรัก – ม.ร.ว.ถนัดศรี สวัสดิ
2. วิมานสีชมพู - รวงทอง ทอง
3. รักเอ๋ยรักข้า – สวลี ผกาพันธ์
4. เพ้อ - สุเทพ วงศ์กำแหง
5. หนึ่งในดวงใจ - เอื้อ สุนทรสนาน
6. ขวัญใจเจ้าทวย – รวงทอง ทอง

ฯลฯ

เพลงชุดที่ 4

1. คนจะรักกัน – ธาณินทร์ อินทร
2. ตัดสวาท - รวงทอง ทองลั่นทม
3. พรานทะเล – เอื้อ สุนทรสนาน
4. ราตรีสิ้นดาว - รวงทอง ทอง
5. กังหันต้องลม- เอื้อ สุนทรสนาน
6. ครรณถึงนาง – เอื้อ สุนทรสนาน

ฯลฯ

### แบบบันทึกสิ่งแวดล้อมภายในอาคารที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

**คำชี้แจง** แบบบันทึกสิ่งแวดล้อมภายในอาคารที่พักอาศัยของผู้สูงอายุเป็นแบบบันทึกที่ใช้ในการสำรวจสภาพแวดล้อมภายในอาคารที่พัก มีวัตถุประสงค์เพื่อนำแบบบันทึกที่ได้จากการสำรวจมาประเมินหาความเป็นไปได้และแนวทางในการจัดสิ่งแวดล้อมภายในอาคารที่พักสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยผู้วิจัยเป็นผู้สำรวจและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่มีคำว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ให้ตรงกับความจริงของสิ่งแวดล้อมภายในอาคารที่พักของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งระบุรายละเอียดที่พบในช่อง “หมายเหตุ” ด้วย ซึ่งมีเกณฑ์การประเมินดังนี้ (กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ)

เกณฑ์	ใช่	ไม่ใช่	รายละเอียด / ลักษณะ
<b>1. ห้องนั่งเล่น</b>			
1.1 อยู่ในบริเวณที่ผู้ดูแลมองเห็นได้ง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2 วัสดุปูพื้นต้องไม่ลื่น/ไม่ควรขัดเงา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
1.3 กรณีสวมรองเท้า ควรเลือกรองเท้าที่นุ่มสบาย และยึดหรือติดเทปกาวที่พรมเช็ดเท้า เพื่อป้องกันการลื่นล้ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... ..... .....
1.4 ติดผ้าม่านเพื่อช่วยปรับลดแสงสว่างภายในห้องและลดเสียงรบกวนจากภายนอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
1.5 อุณหภูมิห้อง 25-28 องศา และมีอากาศถ่ายเทสะดวก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
1.6 เฟอร์นิเจอร์มีความมั่นคงแข็งแรง อยู่ในตำแหน่งที่ได้รับแสงธรรมชาติ มองเห็นได้ชัดเจน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
1.7 จัดที่นั่งและกิจกรรมส่งเสริมความทรงจำ เช่น งานศิลปะต่างๆ การต่อจิ๊กซอว์ การเล่นเกม การอ่านหนังสือ ฯลฯ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... ..... .....
1.8 ตกแต่งผนังห้องโดยการติดรูปภาพของครอบครัว/เพื่อน และมีกระดานบันทึกเพื่อช่วยเตือนความจำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... ..... .....

1.9 จัดเส้นทางเดิน โดยมีราวจับที่มั่นคง ระดับการติดตั้งที่เหมาะสม และมีจุดที่ผู้ป่วย สามารถนั่งพักระหว่างทาง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... ..... .....
1.10 ความสูงของเก้าอี้ที่นั่ง 50 เซนติเมตร และมีโต๊ะสำหรับวางน้ำดื่มในตำแหน่งที่ สังเกตได้ง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... ..... .....
1.11 สร้างบรรยากาศโดยการเปิดเพลง, ดนตรีคลาสสิก เป็นต้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
<b>2. ห้องนอน</b>			
2.1 ติดตั้งกระดิ่งหรือสัญญาณเตือนบริเวณ ประตูห้องเพื่อป้องกันการเดินหลงออกสู่ ภายนอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
2.2 ใช้สีโทนสว่าง พื้นและผนังควรใช้สีตัดกัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
2.3 อุณหภูมิของห้อง 25-28 องศา และมี อากาศถ่ายเทสะดวก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
2.4 ติดผ้าม่านเพื่อช่วยปรับลดแสงสว่าง ภายในห้องและลดเสียงรบกวน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
2.5 ควรมีแสงสว่างบริเวณหัวเตียง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
2.6 ตกแต่งผนังห้องโดยการติดรูปภาพของ ครอบครัวและเพื่อนๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
2.7 เตียงควรสูงจากพื้น 55 ซม. ยึดติดกับ ผนังด้านใดด้านหนึ่งหรือสามารถล็อกได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
2.8 แสงบริเวณเตียงนอนควรเป็นแสงสะท้อน มากกว่าการใช้แสงโดยตรงกับผู้ป่วย และให้ ความสว่างทั้งกลางวันและกลางคืน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
<b>3. ห้องน้ำ</b>			
3.1 ตำแหน่งห้องน้ำควรอยู่ใกล้กับห้องนอน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3.2 ขนาดของห้องน้ำควรมีความกว้าง เพียงพอสำหรับให้ผู้ดูแลเข้าไปช่วยดูแลได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....

3.3 พื้นห้องน้ำควรมีระดับเดียวกัน ใช้วัสดุปูพื้นที่ไม่ลื่น ใช้สีที่ติดกับผนังและสุขภัณฑ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
3.4 พื้นส่วนอาบน้ำควรติดแผ่นยางกันลื่น และใช้ผ้าปูที่นอนส่วนอาบน้ำแทนการใช้กระเบื้อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... ..... .....
3.5 มีเก้าอี้นั่งอาบน้ำที่มีความแข็งแรงมั่นคง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3.6 ติดตั้งอุปกรณ์กันชนที่นิ่มไว้ตรงขอบปลายต่างๆที่มีความแหลมคม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3.7 ประตูห้องน้ำไม่ควรมีที่ล็อก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3.8 ปรับระดับที่นั่งสุขภัณฑ์ให้สูงมากขึ้นกว่าปกติ (50-55 ซม.จากพื้น)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3.9 ควรปิดกั้นท่อน้ำและสายไฟต่างๆ ที่โผล่ออกมาให้เรียบร้อย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
3.10 ติดตั้งราวจับบริเวณอ่างอาบน้ำและโถที่นั่งสุขภัณฑ์ เพื่อช่วยพยุงตัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3.11 เครื่องใช้ไฟฟ้าควรติดตั้งสายดิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3.12 สบู่ควรใช้แบบผูกเชือกติดกับราวจับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3.13 ก๊อกน้ำควรใช้เป็นแบบก้านโยก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3.14 แสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทได้สะดวก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3.15 มีการสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เช่น การเปิดวิทยุ, การใช้น้ำหอม เป็นต้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3.16 ฝาที่นั่งของโถสุขภัณฑ์ควรใช้สีที่ติดกับตัวสุขภัณฑ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>4. ห้องรับประทานอาหาร</b>			
4.1 จัดพื้นที่ที่กระตุ้นให้รับประทานอาหารเองได้ เป็นกลุ่มย่อย 2-6 คน ภายใต้การดูแลตามกำลังความสามารถ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
4.2 การตกแต่งห้องควรแตกต่างกับห้องอื่นๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

ไม่ควรติดป้ายสัญลักษณ์หรือรูปภาพต่างๆที่ อาจสร้างความสับสน			..... .....
4.3 ไม่มีเสียงรบกวนจากภายนอก และ อากาศควรถ่ายเทได้สะดวก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
4.4 ระดับความสูงของโต๊ะอาหารควรสูง พอที่จะนั่งรับประทานอาหาร โดยมีความสูง ประมาณ 90 ซม. และขาโต๊ะไม่เป็นอุปสรรค ในการใช้รถล้อเลื่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
4.5 ผ้าคลุมโต๊ะ ควรใช้สีที่ตัดกับภาชนะ เพื่อให้มองเห็นอาหารได้ชัดเจน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
4.6 เก้าอี้ที่นั่งรับประทานอาหารควรมีที่พนัก แขน ไม่ควรใช้เก้าอี้รวมเนื่องจากไม่เหมาะ ต่อการนั่งรับประทานอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
<b>5. สวนภายนอกและพื้นที่กลางแจ้ง</b>			
5.1 อยู่ในบริเวณที่ผู้ดูแลสามารถมองเห็นได้ ทั่ว ไม่เป็นมุมอับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
5.2 ติดตั้งทางลาด กรณีมีพื้นที่ต่างระดับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
5.3 ติดตั้งไฟฟ้า แสงสว่างทั้งกลางวัน ,กลางคืน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
5.4 วัสดุปูพื้นควรเป็นชนิดไม่ลื่น พื้นทางเดิน และลานภายนอกอาคารควรใช้สีที่ตัดกัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
5.5 บันไดควรมีราวจับ และติดแถบกันลื่น สะท้อนแสงในแต่ละขั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
5.6 ควรมีรั้วกันพื้นที่อันตราย เช่น สระน้ำ หรือสวนที่ปลูกต้นไม้มีหนาม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
5.7 ควรมีตู้หรือบ่อเลี้ยงปลา บ่อน้ำพุ เพื่อ สร้างกิจกรรมและช่วยกระตุ้นความจำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
5.8 มีพื้นที่นั่งพักผ่อน โดยทำหลังคาป้องกัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....



แสงแดด ทั่วบ้านควรมีขนาด กว้าง 45 ซม. ยาว 120 ซม. สูง 50 ซม.			..... .....
<b>6. ทางเดินภายในบ้าน</b>			
6.1 ความกว้างของโถงทางเดินต้องไม่แคบ หรือกว้างเกินไป ควรกว้างประมาณ 90 -150 ซม.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
6.2 มีราวจับ ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3-4 ซม. ยึดกับผนังให้แข็งแรง สูงจากพื้นประมาณ 80 ซม.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
6.3 มีป้าย หรือรูปภาพ ที่บอกเส้นทางไปยัง พื้นที่ส่วนต่างๆ ชัดเจน เห็นได้ง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
6.4 มีแสงสว่างจากแสงธรรมชาติและแสง ไฟฟ้าที่เพียงพอ ไม่มีมืดหรือสว่างเกินไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
6.5 ผนังบริเวณทางเดินใช้สีโทนอ่อนตัดกับสี ของประตู และควรติดป้ายบอกชื่อห้อง แต่ละ ห้อง โดยติดตั้งให้แน่นอนหนา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
6.6 ติดรูปภาพวิวทิวทัศน์ ดอกไม้หรือต้นไม้ บริเวณทางเดินโดยติดตั้งที่ความสูงประมาณ 1.00-1.20 เมตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
6.7 พื้นทางเดิน หรือผนัง ต้องไม่สะท้อนแสง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**ชุดที่ 3**  
**เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง**  
**แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลของผู้สูงอายุ**

**คำชี้แจง** แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ และผู้วิจัยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดตามวันที่จัดกิจกรรม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้งที่กำหนดให้ รวมทั้งบันทึกอาการและพฤติกรรมของสมาชิกลงในช่อง “อาการและพฤติกรรม”

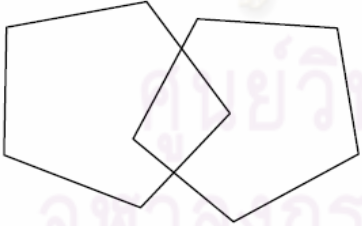
ครั้งที่	ว/ด/ป	กิจกรรม		อาการและพฤติกรรม
		เข้าร่วม	ไม่เข้าร่วม	
1				
2				
3				
4				
5				
:				
15				

**แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม MMSE Thai 2002**  
(Mini - Mental State Examination : Thai version )

**คำชี้แจง** แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมชุดนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุและกรอกข้อมูลลงในช่องว่างให้ตรงตามความเป็นจริงของผู้สูงอายุ (กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ)

แบบทดสอบ	บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)	คะแนน
<b>1. Orientation for time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)</b>		
1.1 วันนี่วันที่เท่าไร	.....	<input type="checkbox"/>
1.2 วันนี่วันอะไร	.....	<input type="checkbox"/>
1.3 เดือนนี่เดือนอะไร	.....	<input type="checkbox"/>
1.4 ปีนี้ ปีอะไร (พ.ศ.อะไร)	.....	<input type="checkbox"/>
1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร	.....	<input type="checkbox"/>
<b>2. Orientation for place (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)</b>		
2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่า อะไร และ.....ชื่อว่าอะไร	.....	<input type="checkbox"/>
2.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร	.....	<input type="checkbox"/>
2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ-เขตอะไร	.....	<input type="checkbox"/>
2.4 ที่นี้ จังหวัดอะไร	.....	<input type="checkbox"/>
2.5 ที่นี้ภาคอะไร	.....	<input type="checkbox"/>
<b>3. Registration (3 คะแนน)</b>		
ต่อไปนี้เป็น การทดสอบความจำ ดิฉันจะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา,ยาย,...) ตั้งใจฟังให้ ดีนะคะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อดิฉันพูดจบ ให้คุณ (ตา,ยาย,...) <b>พูดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบ ทั้ง 3 ชื่อ</b> แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี่ยวดิฉันจะถามซ้ำ (ตอบ ถูก 1 คำ ได้ 1คะแนน)		
* การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป		
<input type="checkbox"/> ดอกไม้ <input type="checkbox"/> แม่น้ำ <input type="checkbox"/> รถไฟ	.....	<input type="checkbox"/>

<p><b>4. Attention/Calculation (5 คะแนน)</b> (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)          ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิของคุณ (ตา, ยาย...) คิดเลขในใจเป็นไหม?          ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1      ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2</p>		
<p>4.1 "ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา"</p>	<p>.....    .....    .....    .....    ...          ...</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง          ถ้าลบได้ 1,2, หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2</p>		
<p>4.2 "ดิฉันจะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา, ยาย...) ฟังแล้วให้คุณ (ตา, ยาย...) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่า มะนาว สะกดว่า มอม่่า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ (ตา, ยาย...) สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิ"</p>	<p>.....    .....    .....    .....    ...          ...          ว    า    น    ะ    ม</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>5. Recall (3 คะแนน)</b>          "เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง" (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)</p>		
<p><input type="checkbox"/> ดอกไม้    <input type="checkbox"/> แม่น้ำ    <input type="checkbox"/> รถไฟ</p>	<p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>6. Naming (2 คะแนน)</b></p>		
<p>6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า "ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร"</p>	<p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>6.2 ชี้นำพิก้าข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า "ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร"</p>	<p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>7. Repetition (1 คะแนน)</b>          "ตั้งใจฟังดิฉัน เมื่อดิฉันพูดข้อความนี้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย...) พูดตาม ดิฉันจะบอกเพียงเพียวเดียว"</p>		
<p>"ใครใครชายโกไข่"</p>	<p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>8. Verbal command ( 3 คะแนน )</b></p>		

<p>"ฟังดี ๆ นะ เดี่ยวดิฉันจะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา,ยาย...)  <b>-รับด้วยมือขวา -พับครึ่งกระดาษ -แล้ววางไว้ที่....."</b>(พื้น, โต๊ะ, เติง )          ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ</p>		
<input type="checkbox"/> รับด้วยมือขวา	<input type="checkbox"/> พับครึ่ง	<input type="checkbox"/> วางไว้ที่ ..... <input type="checkbox"/>
<p>9. Written command (1 คะแนน)          ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา,ยาย...) อ่านแล้วทำตาม คุณ (ตา,ยาย...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้</p>		
ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า <b>"หลับตา"</b>	.....	<input type="checkbox"/>
<p>10. Writing (1 คะแนน)          ข้อนี้เป็นคำสั่ง "ให้คุณ (ตา,ยาย...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมายมา 1 ประโยค"</p>		
<input type="checkbox"/> ประโยคมีความหมาย	.....	<input type="checkbox"/>
<p>11. Visuoconstruction (1 คะแนน)          ข้อนี้เป็นคำสั่ง "จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง" (ในที่ว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง)</p>		
		<input type="checkbox"/>
<b>คะแนนเต็ม</b>		<b>30</b>





ภาคผนวก ง

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สถิติที่ใช้ในการวิจัย

### 1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือวิจัย

การคำนวณหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทำการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 20 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบประเมิน ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีสูตร ดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[ 1 - \frac{\sum Si^2}{St} \right]$$

เมื่อ	$\alpha$	คือ ค่าความคงที่ภายใน
	$n$	คือ จำนวนข้อในแบบประเมิน
	$\sum Si^2$	คือ ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
	$St$	คือ ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

### 2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

#### 2.1 ค่าร้อยละ ใช้สูตร

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ	$P$	คือ ค่าร้อยละ
	$f$	คือ ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
	$n$	คือ จำนวนรวมทั้งหมด

## 2.2 ค่าเฉลี่ย ใช้สูตร

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ  $\bar{X}$  คือ ค่าเฉลี่ย  
 $\sum X$  คือ ผลรวมของคะแนนทั้งหมด  
 $N$  คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

## 2.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สูตร

$$SD = \sqrt{\frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ  $SD$  คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
 $\sum X$  คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว  
 $\sum X^2$  คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง  
 $N$  คือ จำนวนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล มีการนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

**ส่วนที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา จำนวนปีที่อยู่อาศัย ระดับคะแนนการประเมินภาวะสมอง จำนวนพฤติกรรมกระวนกระวาย

**ส่วนที่ 2** การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

**ส่วนที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล 2 และ 4 สัปดาห์



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา จำนวนปีที่อยู่อาศัย คะแนนการประเมินสมรรถภาพสมอง คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย (n = 25)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	9	36
หญิง	16	64
<b>อายุ</b> ( $\bar{X} = 78.08$ , $SD = 9.56$ , $Min = 63$ , $Max = 95$ )		
60-69 ปี	6	24
70-79 ปี	6	24
80-89 ปี	9	36
90-99 ปี	4	16
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	5	20
ประถมศึกษา	11	44
มัธยมต้น	4	16
มัธยมปลาย/ปวช.	2	8
ปริญญาตรี	1	4
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0
อื่นๆ	2	8
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	25	100
คริสต์	0	0
อิสลาม	0	0
อื่นๆ	0	0

## ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>จำนวนปีที่เข้าพัก</b>		
น้อยกว่า 1 ปี	7	28
ระหว่าง 1-5 ปี	9	36
ระหว่าง 6-10 ปี	5	20
ระหว่าง 11-15 ปี	0	0
มากกว่า 15 ปีขึ้นไป	4	16
<b>ระดับคะแนนภาวะสมองเสื่อม</b>		
( $\bar{X} = 10.24$ , $SD = 5.90$ , $Min = 1$ , $Max = 22$ )		
1-5 คะแนน	5	20
6-10 คะแนน	10	40
11-15 คะแนน	5	20
16-20 คะแนน	3	12
20-25 คะแนน	2	8
26-30 คะแนน	0	0
<b>คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย</b>		
( $\bar{X} = 80.80$ , $SD = 14$ , $Min = 56$ , $Max = 124$ )		
0 – 70 คะแนน	5	20
71 – 140 คะแนน	20	80
141 -203 คะแนน	0	0

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละของพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยแบ่งตามประเภทของพฤติกรรมจำนวน 5 กลุ่ม รวมทั้งหมด 29 พฤติกรรม ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล

พฤติกรรมกระวนกระวาย	ไม่มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี
	พฤติกรรม	พฤติกรรม	พฤติกรรม	พฤติกรรม	พฤติกรรม	พฤติกรรม	พฤติกรรม
		น้อยกว่า 1	1 หรือ 2	3 ครั้งหรือ	1 หรือ 2	3 ครั้งหรือ	2 ครั้งหรือ
		ครั้ง/ สัปดาห์	ครั้ง/ สัปดาห์	มากกว่า/ สัปดาห์	ครั้ง/วัน	มากกว่า/ วัน	มากกว่า/ ชั่วโมง
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
<b>1.อาการก้าวร้าวทางกาย</b>							
1.1 ถ่มน้ำลาย	19(76)	3(12)	2(8)	1(4)	0(0)	0(0)	0(0)
1.2 แชนง/ตำ	7(28)	1(4)	0(0)	5(20)	2(8)	6(24)	4(16)
1.3 ทูบตี	24(96)	1(4)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
1.4 เตะ	25(100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
1.5 แย่งของคนอื่น	23(92)	1(4)	1(4)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
1.6 ผลัก/ดัน	23(92)	1(4)	1(4)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
1.7 กัด	25(100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
1.8 ช่วน	25(100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
1.9 ฉีก/ทำลายข้าวของ	22(88)	0(0)	1(4)	1(4)	0(0)	1(4)	0(0)
<b>2.อาการไม่ก้าวร้าวทางกาย</b>							
2.1 เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย	3(12)	1(4)	1(4)	8(32)	2(8)	6(24)	4(16)
2.2 แต่งตัวไม่เหมาะสม	0(0)	1(4)	2(8)	3(12)	1(4)	14(56)	4(16)
2.3 พยายามหนีไปอยู่สถานที่ อื่น	16(64)	1(4)	3(12)	2(8)	0(0)	0(0)	3(12)
2.4 จัดการสิ่งต่างๆไม่ เหมาะสม	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(4)	9(36)	15(60)
2.5 ทำกิจกรรมซ้ำๆ	0(0)	0(0)	0(0)	1(4)	1(4)	7(28)	16(64)
2.6 กระสับกระส่าย	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	9(36)	16(64)

## ตารางที่ 7 (ต่อ)

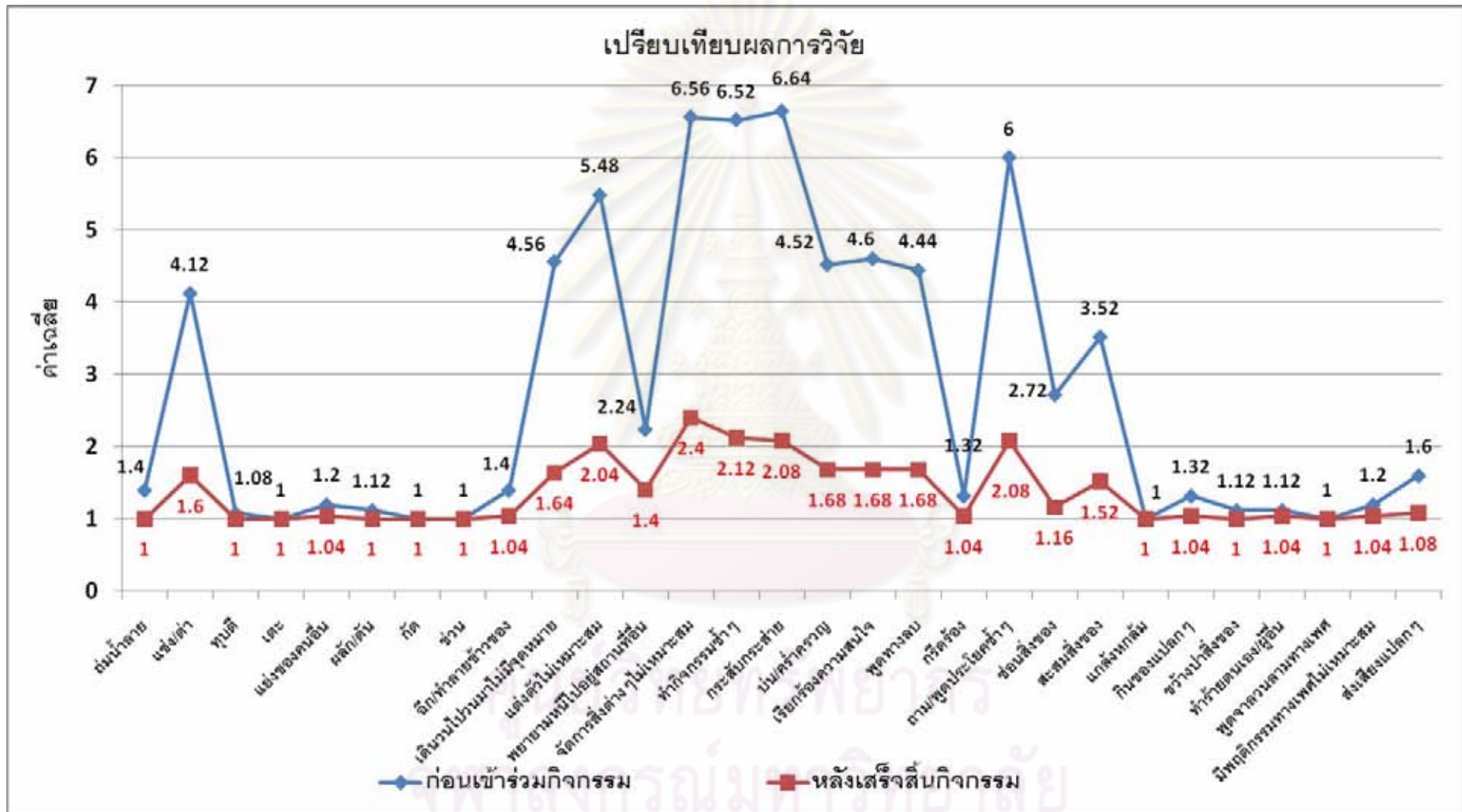
พฤติกรรมกระวนกระวาย	ไม่มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี
	พฤติกรรม	พฤติกรรม น้อยกว่า 1 ครั้ง/ สัปดาห์	พฤติกรรม 1 หรือ 2 ครั้ง/ สัปดาห์	พฤติกรรม 3 ครั้งหรือ มากกว่า/ สัปดาห์	พฤติกรรม 1 หรือ 2 ครั้ง/วัน	พฤติกรรม 3 ครั้งหรือ มากกว่า/ วัน	พฤติกรรม 2 ครั้งหรือ มากกว่า/ ชั่วโมง
	จำนวน (คน) (ร้อยละ)	จำนวน (คน) (ร้อยละ)	จำนวน (คน) (ร้อยละ)	จำนวน (คน) (ร้อยละ)	จำนวน (คน) (ร้อยละ)	จำนวน (คน) (ร้อยละ)	จำนวน (คน) (ร้อยละ)
<b>3.พฤติกรรมกระวนกระวาย</b>							
<b>ทางวาจา</b>							
3.1 บ่น/คร่ำครวญ	3(12)	4(16)	2(8)	2(8)	1(4)	8(32)	5(20)
3.2 เรียกร้องความสนใจ	1(4)	1(4)	2(8)	10(40)	4(16)	3(12)	4(16)
3.3 พูดทางลบ	5(20)	1(4)	2(8)	5(20)	0(0)	6(24)	6(24)
3.4 กรีดร้อง	23(92)	0(0)	0(0)	1(4)	0(0)	1(4)	0(0)
3.5 ถ้าม/พูดประโยคซ้ำๆ	1(4)	0(0)	0(0)	2(8)	2(8)	9(36)	11(44)
<b>4.ช้อนและสะสมสิ่งของ</b>							
4.1 ช้อนสิ่งของ	11(44)	1(4)	2(8)	8(32)	1(4)	0(0)	2(8)
4.2 สะสมสิ่งของ	6(24)	0(0)	4(16)	9(36)	3(12)	2(8)	1(4)
<b>5.พฤติกรรมกระวนกระวาย</b>							
<b>อื่นๆ</b>							
5.1 แกล้งหกล้ม	25(100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
5.2 กินของแปลกๆ	21(84)	3(12)	0(0)	0(0)	0(0)	1(4)	0(0)
5.3 ขว้างปาสิ่งของ	24(96)	0(0)	0(0)	1(4)	0(0)	0(0)	0(0)
5.4 ทำร้ายตัวเอง/ผู้อื่น	24(96)	0(0)	0(0)	1(4)	0(0)	0(0)	0(0)
5.5 พูดจาถวนลามทางเพศ	25(100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
5.6 มีพฤติกรรมทางเพศไม่ เหมาะสม	24(96)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(4)	0(0)
5.7 ส่งเสียงแปลกๆ	21(84)	0(0)	1(4)	1(4)	0(0)	2(8)	0(0)

**ตารางที่ 8** ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 กลุ่มอาการ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล

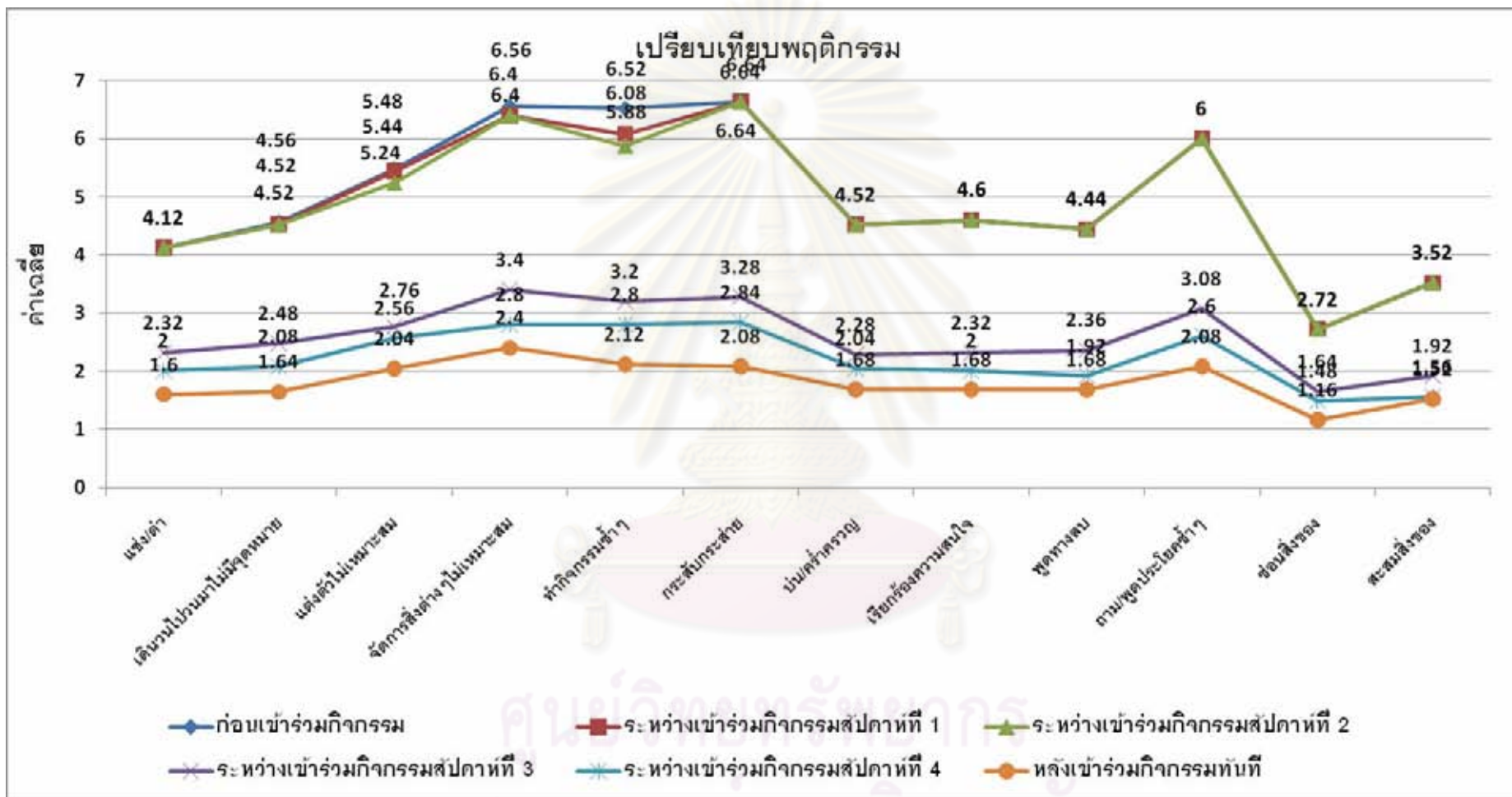
พฤติกรรมกระวนกระวาย	ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย					
	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม	หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม
		สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4	
		1	2	3	4	
1. กลุ่มพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย	1.48	1.48	1.48	1.19	1.15	1.08
2. กลุ่มพฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางกาย	5.33	5.21	5.14	2.76	2.40	1.94
3. กลุ่มพฤติกรรมทางวาจา	4.18	4.18	4.18	2.23	1.94	1.63
4. กลุ่มพฤติกรรมซนและสะสมสิ่งของ	3.12	3.12	3.12	1.78	1.52	1.34
5. กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายอื่นๆ	1.19	1.19	1.19	1.06	1.04	1.03

ศูนย์วิทยพัชกร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

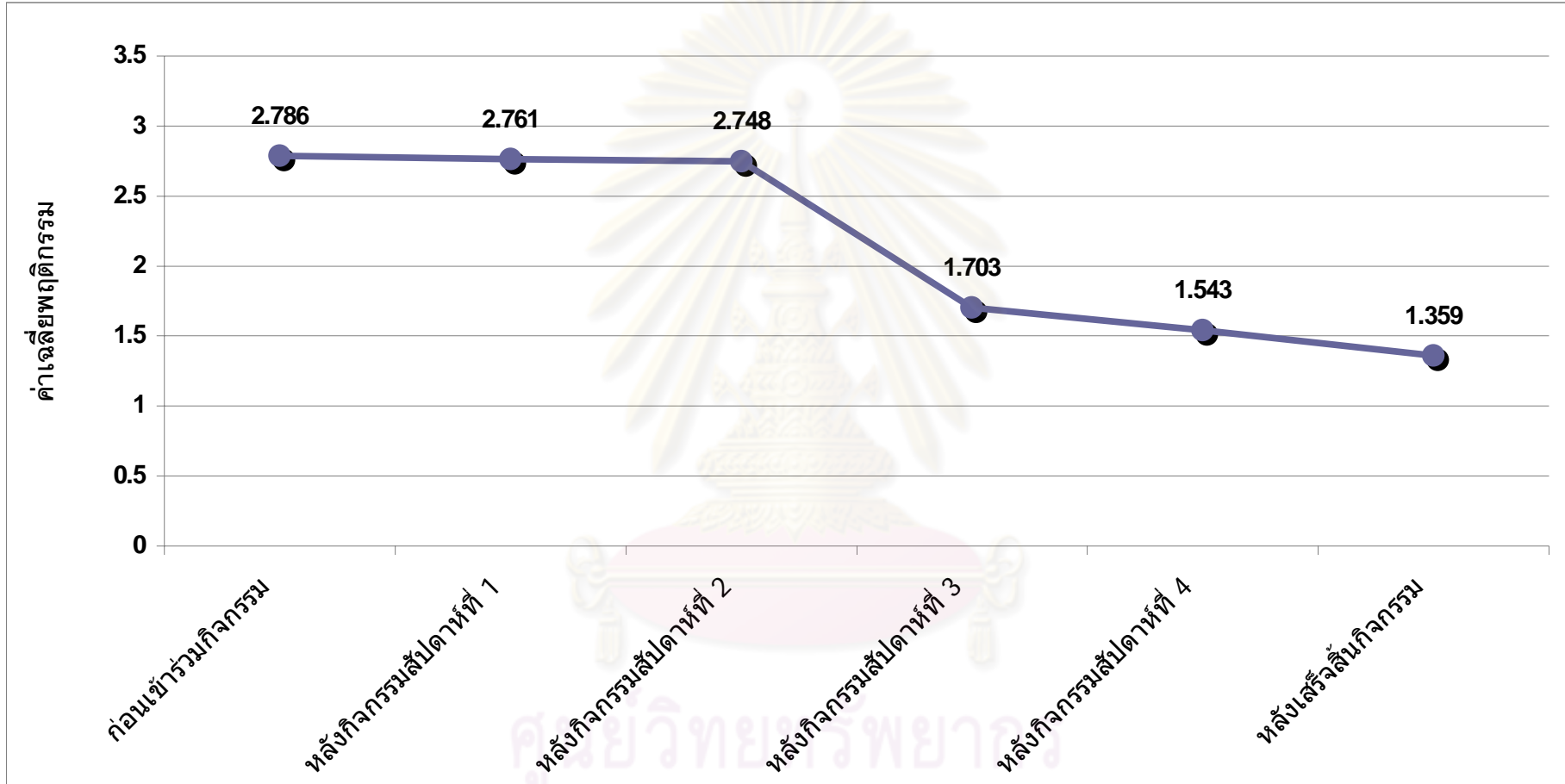




ภาพที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย 29 พฤติกรรม ก่อนและหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม



ภาพที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายที่มีค่าสูงสุด 12 พฤติกรรม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม



ภาพที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมภาวะวุ่นวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม 4 สัปดาห์ และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม โดยใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญ .01

**Tests of Within-Subjects Effects**

Measure: MEASURE\_1

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
time	Sphericity Assumed	58.231	5	11.646	307.970	.000
	Greenhouse-Geisser	58.231	1.104	52.742	307.970	.000
	Huynh-Feldt	58.231	1.118	52.076	307.970	.000
	Lower-bound	58.231	1.000	58.231	307.970	.000
Error(time)	Sphericity Assumed	4.538	120	.038		
	Greenhouse-Geisser	4.538	26.498	.171		
	Huynh-Feldt	4.538	26.837	.169		
	Lower-bound	4.538	24.000	.189		

ตารางที่ 10 ทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง จากการประเมินก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ด้วย Mauchly 's Test ที่ระดับนัยสำคัญ .01

**Mauchly's Test of Sphericity<sup>b</sup>**

Measure: MEASURE\_1

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon <sup>a</sup>		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
time	.000	245.562	14	.000	.221	.224	.200

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม โดยการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ (Pairwise comparison) ซึ่งทดสอบโดย Bonferroni ที่ระดับนัยสำคัญ .01

### Pairwise Comparisons

Measure: MEASURE\_1

(I) time	(J) time	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>a</sup>	99% Confidence Interval for Difference <sup>a</sup>	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	.025	.012	.750	-.014	.064
	3	.039 <sup>*</sup>	.012	.044	.001	.077
	4	1.083 <sup>*</sup>	.061	.000	.885	1.280
	5	1.243 <sup>*</sup>	.068	.000	1.021	1.465
	6	1.428 <sup>*</sup>	.079	.000	1.169	1.686
2	1	-.025	.012	.750	-.064	.014
	3	.014	.005	.226	-.003	.031
	4	1.058 <sup>*</sup>	.061	.000	.858	1.258
	5	1.218 <sup>*</sup>	.069	.000	.993	1.443
	6	1.403 <sup>*</sup>	.080	.000	1.144	1.662
3	1	-.039 <sup>*</sup>	.012	.044	-.077	.000
	2	-.014	.005	.226	-.031	.003
	4	1.044 <sup>*</sup>	.060	.000	.849	1.240
	5	1.204 <sup>*</sup>	.067	.000	.984	1.424
	6	1.389 <sup>*</sup>	.078	.000	1.135	1.643
4	1	-1.083 <sup>*</sup>	.061	.000	-1.280	-.885
	2	-1.058 <sup>*</sup>	.061	.000	-1.258	-.858
	3	-1.044 <sup>*</sup>	.060	.000	-1.240	-.849
	5	.160 <sup>*</sup>	.018	.000	.101	.219
	6	.345 <sup>*</sup>	.026	.000	.259	.430



ตารางที่ 11 (ต่อ)

(I) time	(J) time	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>a</sup>	99% Confidence Interval for Difference <sup>a</sup>	
					Lower Bound	Upper Bound
5	1	-1.243 <sup>*</sup>	.068	.000	-1.465	-1.021
	2	-1.218 <sup>*</sup>	.069	.000	-1.443	-.993
	3	-1.204 <sup>*</sup>	.067	.000	-1.424	-.984
	4	-.160 <sup>*</sup>	.018	.000	-.219	-.101
	6	.185 <sup>*</sup>	.018	.000	.126	.244
6	1	-1.428 <sup>*</sup>	.079	.000	-1.686	-1.169
	2	-1.403 <sup>*</sup>	.080	.000	-1.662	-1.144
	3	-1.389 <sup>*</sup>	.078	.000	-1.643	-1.135
	4	-.345 <sup>*</sup>	.026	.000	-.430	-.259
	5	-.185 <sup>*</sup>	.018	.000	-.244	-.126

Based on estimated marginal means

a. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

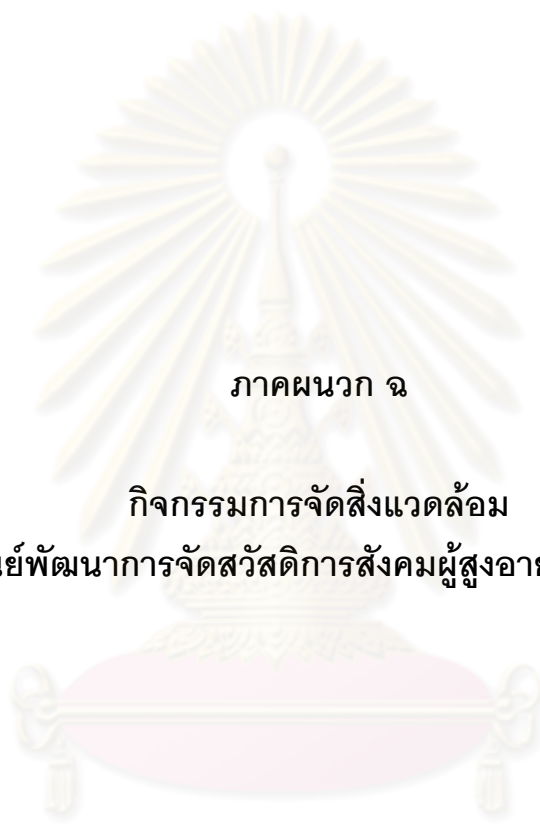
\*. The mean difference is significant at the .01 level.

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 5 กลุ่มอาการ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล 2 และ 4 สัปดาห์

พฤติกรรมกระวนกระวาย	ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย		
	หลังเสร็จสิ้น	หลังเสร็จสิ้น	หลังเสร็จสิ้น
	กิจกรรมทันที	กิจกรรม 2 สัปดาห์	กิจกรรม 4 สัปดาห์
1. กลุ่มพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย	1.08	1.08	1.08
2. กลุ่มพฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางกาย	1.94	1.90	1.94
3. กลุ่มพฤติกรรมทางวาจา	1.63	1.63	1.66
4. กลุ่มพฤติกรรมซุ่มซ่ามและสะอึกของ	1.34	1.38	1.36
5. กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายอื่นๆ	1.03	1.03	1.03
<b>ค่าเฉลี่ย</b>	1.36	1.36	1.38

ศูนย์วิทยพัชการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

กิจกรรมการจัดสิ่งแวดลอม  
ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการปรับจัดสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

รูปก่อนการจัดสิ่งแวดล้อม และลักษณะที่พบ	แผนการจัดสิ่งแวดล้อม และงบประมาณ	รูปหลังการจัดสิ่งแวดล้อม หลักการและเหตุผล
 <p>ผนังกันห้องของผู้สูงอายุ ไม่มีม่านหรือฉากกัน อาจทำให้มองเห็นผู้สูงอายุห้องข้างๆ และเป็นการรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้สูงอายุแต่ละราย</p>  <p>ผู้สูงอายุบางรายต้อง ขับถ่ายและชำระล้างร่างกาย ภายในห้องทำให้สามารถมองเห็นกัน ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอับอาย</p>	<p><b>ม่านกันในห้องนอน</b> จัดทำม่านบังตาขึ้น ภายในห้องนอนของผู้สูงอายุ ซึ่งลักษณะของม่านมีความมั่นคง คงทน ถาวร สามารถ รูดปิด-เปิดได้ มีสายรัดเวลา เก็บม่านความยาวของม่าน ไม่ยาวเกะกะหรือปลิวไปมา</p> <p><b>งบประมาณ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. รวาม่าน</li> <li>2. ผ้าม่าน</li> <li>3. ตะปูติดราวม่าน</li> </ol> <p>ราคา 32,000 บาท</p>	 <p>จากการศึกษาพบว่า การ จัดม่านภายในห้องนอนสามารถ ควบคุมระดับแสงและเสียงที่จะ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดอาการ หวาดระแวงและมีพฤติกรรม กระวนกระวายได้ (Hall, 1988) นอกจากนี้ ม่านจะช่วยปิดกั้น และสร้างความเป็นส่วนตัว ให้แก่ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ รู้สึกอับอายหรือสูญเสียความมี คุณค่าในตนเอง</p> 

รูปก่อนการจัดตั้งแวดล้อม และลักษณะที่พบ	แผนการจัดตั้งแวดล้อม และงบประมาณ	รูปหลังการจัดตั้งแวดล้อม หลักการและเหตุผล
 <p>พื้นที่ทางลาดต่างระดับ บริเวณ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- หน้าทางเข้าอาคาร</li> <li>- หน้าทางเข้าห้องน้ำ</li> <li>- หน้าทางเข้าห้องนอน</li> </ul> <p>เป็นพื้นกระเบื้อง โดยสีของพื้นเป็นสีเดียวกัน มองไม่เห็นความแตกต่างระหว่างพื้นเรียบกับทางลาด ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถแยกได้ว่าเป็นทางลาด</p>	<p><b>ทาสีบริเวณพื้นที่ทางลาด</b> แก้ไขโดยการทาสีทับพื้นทางลาดต่างระดับ เพื่อให้สามารถมองเห็นสีที่แตกต่างกัน และผู้สูงอายุจะสามารถมองเห็นได้ว่าทางข้างหน้าเป็นทางลาดต่างระดับ</p> <p><b>งบประมาณ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สีน้ำมัน (สีน้ำเงิน เป็นสีโทนเย็น มองเห็นชัดเจน)</li> </ol> <p>ราคา 3,000 บาท</p>	 <p>ทางลาดต่างระดับ มีความสำคัญในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ รวมทั้งการก้าวเดินของผู้สูงอายุซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุอ่อนแรงในการก้าวขึ้น-ลงทางต่างระดับ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)</p> <p>สีของพื้นที่ทางลาดต้องเป็นสีที่แตกต่างจากพื้นราบเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถแยกได้ว่าทางข้างหน้าเป็นพื้นที่ทางลาด (ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ, 2548)</p>



รูปก่อนการจัดสิ่งแวดลอม และลักษณะที่พบ	แผนการจัดสิ่งแวดลอม และงบประมาณ	รูปหลังการจัดสิ่งแวดลอม หลักการและเหตุผล
 <p>ภายในห้องไม่มีชั้นหรือโต๊ะวางอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นของผู้สูงอายุ เช่น ขวดน้ำ ม้วนกระดาษทิชชู ของใช้ส่วนตัว ทำให้ผู้สูงอายุต้องวางอุปกรณ์ของใช้ต่างๆไว้บนที่นอน บนพื้น หรือตามขอบเตียง ทำให้เกะกะและอาจเกิดอุบัติเหตุต่อผู้สูงอายุได้</p> 	<p><b>ตะกร้าแขวนผนัง</b> จัดหาตะกร้าแขวนผนังไว้ภายในห้องของผู้สูงอายุแต่ละห้อง เพื่อเก็บอุปกรณ์ของใช้ให้เป็นระเบียบ ไม่วางบนพื้นทางเดินหรือขอบเตียงนอน</p> <p><b>งบประมาณ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตะกร้าแขวน</li> <li>2. ลวดเกี่ยวตะกร้า</li> </ol> <p>ราคา 1,000 บาท</p>	 <p>จากการศึกษาการจัดสิ่งแวดลอมของผู้สูงอายุ พบว่าการเก็บของใช้ของผู้สูงอายุไม่ควรวางกีดขวางทางเดินหรือวางบริเวณเตียงนอนเพราะจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย (Hall, 1988; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)</p> 

รูปก่อนการจัดตั้งแวดล้อม และลักษณะที่พบ	แผนการจัดตั้งแวดล้อม และงบประมาณ	รูปหลังการจัดตั้งแวดล้อม หลักการและเหตุผล
 <p>บริเวณด้านหน้าทางเข้าอาคารที่พักของผู้สูงอายุเป็นพื้นที่ว่างและโล่ง มีแสงสว่างและระบายอากาศดี</p>	<p><b>ตู้เลี้ยงปลา</b> จัดหาตู้ปลาขนาดกลางวางไว้มุมห้อง เพื่อเป็นการส่งเสริมการรับรู้และเบี่ยงเบนความสนใจ คลายความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ</p> <p><b>งบประมาณ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตู้ปลาขนาดกลาง</li> <li>2. ปลาชนิดต่างๆ</li> <li>3. อุปกรณ์ให้ออกซิเจน</li> <li>4. อุปกรณ์ตกแต่งตู้ปลา</li> </ol> <p>ราคา 12,000 บาท</p>	 <p>จากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า การเลี้ยงสัตว์เลี้ยงเป็นการส่งเสริมการรับรู้ การรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ของผู้สูงอายุ ซึ่งการเลี้ยงปลาเป็นการเลี้ยงสัตว์ที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดี (สุภาวดี พุฒิน้อย และคณะ , 2548)</p>

รูปก่อนการจัดตั้งแวดล้อม และลักษณะที่พบ	แผนการจัดตั้งแวดล้อม และงบประมาณ	รูปหลังการจัดตั้งแวดล้อม หลักการและเหตุผล
 <p>อุปกรณ์ทำความสะอาดในห้องน้ำของผู้สูงอายุวางเกะกะไม่เป็นระเบียบ ไม่มีกล่องใส่อุปกรณ์ของใช้ที่คงทน ถาวร ซึ่งอุปกรณ์เหล่านี้อาจล้มลงมาทำอันตรายต่อผู้สูงอายุได้</p> 	<p><b>ราวแขวนอุปกรณ์ทำความสะอาด</b> จัดทำราวไม้สำหรับแขวนอุปกรณ์ทำความสะอาด เช่น ไม้กวาด ไม้ถูพื้น ไม้กวาดน้ำ</p> <p><b>งบประมาณ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ราวไม้แขวนอุปกรณ์ทำความสะอาด</li> <li>2. อุปกรณ์ทำความสะอาด</li> <li>3. ตะปู หัวน็อต</li> </ol> <p>ราคา 4,000 บาท</p>	 <p>จากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดตั้งแวดล้อมในอาคารที่พักของผู้สูงอายุพบว่า การจัดเก็บอุปกรณ์ของใช้ต่างๆ ควรวางให้เป็นระเบียบ ไม่วางเกะกะกับพื้น เนื่องจากอาจทำให้ผู้สูงอายุลื่นล้มหรือสะดุด อุปกรณ์เกิดอุบัติเหตุได้ (Hall, 1988; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)</p> 



รูปก่อนการจัดตั้งแวดล้อม และลักษณะที่พบ	แผนการจัดตั้งแวดล้อม และงบประมาณ	รูปหลังการจัดตั้งแวดล้อม หลักการและเหตุผล
 <p>ด้านหน้าห้องพักของผู้สูงอายุมีป้ายใส่รูปและช่องใส่ชื่อขนาดเล็กติดอยู่บริเวณขอบประตูด้านบน ผู้สูงอายุไม่สามารถมองเห็น บางครั้งผู้สูงอายุจำห้องตนเองไม่ได้ และไม่สามารถมองเห็นป้ายชื่อห้องของตนเองเนื่องจากมีขนาดเล็ก</p> 	<p><b>ป้ายหน้าห้อง</b> จัดทำป้ายหน้าห้องที่มีขนาดใหญ่มากขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจน ลักษณะป้ายหน้าห้องแข็งแรง มั่นคง มีช่องใส่รูปภาพและใส่ชื่อผู้สูงอายุ</p> <p><b>งบประมาณ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. แผ่นพลาสติกทำป้าย</li> <li>2. กาวตราช่าง</li> <li>3. ตะปู</li> </ol> <p>ราคา 4,000 บาท</p>	 <p>จากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดตั้งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า การจัดทำป้ายชื่อหน้าห้องจะช่วยส่งเสริมการรับรู้และส่งเสริมด้านความจำเกี่ยวกับสถานที่ที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ (Hall, 1988)</p> 

รูปก่อนการจัดตั้งแวดล้อม และลักษณะที่พบ	แผนการจัดตั้งแวดล้อม และงบประมาณ	รูปหลังการจัดตั้งแวดล้อม หลักการและเหตุผล
 <p>ลักษณะของนาฬิกาแขวนผนังมีขนาดเล็ก แขวนอยู่สูง หน้าปัด ตัวเลข และเข็มนาฬิกามีขนาดเล็ก สีของตัวเลขเป็นสีเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถมองเห็นเวลาได้</p>  <p>ในอาคารไม่มีปฏิทินบอกวัน เดือน ปี ทำให้ผู้สูงอายุไม่ทราบวัน เดือน ปี ในช่วงเวลานั้น</p>	<p><b>นาฬิกาและปฏิทินแขวนผนัง</b></p> <p>จัดทำนาฬิกาแขวนขนาดใหญ่ที่ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นได้ทั้งตัวเลข เข็ม นาฬิกาได้อย่างชัดเจน</p> <p>มีปฏิทินที่สามารถเปลี่ยนวันที่ เดือน ปี ได้ ลักษณะของตัวเลขขนาดใหญ่เพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นชัดเจน</p> <p><b>งบประมาณ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ไม้กระดานแผ่นใหญ่</li> <li>อุปกรณ์ประกอบนาฬิกา/ปฏิทิน</li> </ol> <p>ราคา 6,500 บาท</p>	  <p>จากการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่และบุคคลลบกพร่อง ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงควรส่งเสริมพัฒนาการด้านการรับรู้วัน เวลา สถานที่ที่เป็นความจริง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่ในโลกของความจริง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)</p>



รูปก่อนการจัดสิ่งแวดล้อม และลักษณะที่พบ	แผนการจัดสิ่งแวดล้อม และงบประมาณ	รูปหลังการจัดสิ่งแวดล้อม หลักการและเหตุผล
 <p>ภายในอาคารที่พักอาศัยของผู้สูงอายุบริเวณผนังทางเดินรอบๆห้องนอน มีการวางอุปกรณ์ของใช้บริเวณใต้ Over bed โดยวางอุปกรณ์ไม่เป็นระเบียบ เกะกะ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุต่อผู้สูงอายุ</p>  <p>บริเวณมุมห้องวางอุปกรณ์ทำความสะอาดและถังขยะไม่เป็นระเบียบ อุปกรณ์ชำรุด ไม่สามารถใช้งานได้</p>	<p><b>ตู้ลิ้นชักพลาสติก/ขาตั้ง</b> จัดหาตู้ที่เป็นลิ้นชักเพื่อเก็บอุปกรณ์ของใช้ให้เป็นระเบียบ ไม่วางเกะกะขวางทางเดินภายในอาคารที่พักอาศัย</p> <p>จัดทำขาตั้งตู้ลิ้นชักเพื่อยกตู้สูงจากพื้นเนื่องจากพื้นห้องจะต้องทำความสะอาดทุกวัน ป้องกันไม่ให้ตู้ลิ้นชักชำรุดและฝุ่นฟุ้ง</p> <p><b>งบประมาณ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตู้ลิ้นชัก</li> <li>2. ขาตั้งวางตู้ลิ้นชัก</li> </ol> <p>ราคา 1,800 บาท</p>	 <p>จากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมในอาคารที่พักอาศัยของผู้สูงอายุพบว่า การจัดอุปกรณ์ของใช้ควรเก็บให้เป็นระเบียบไม่วางเกะกะ ควรมีลิ้นชักและฝาปิด ตู้และโต๊ะไม่ควรเป็นลื่นไถลเนื่องจากอาจเกิดอุบัติเหตุต่อผู้สูงอายุได้ (ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ, 2548; Hall, 1988)</p> 

รูปก่อนการจัดสิ่งแวดล้อม และลักษณะที่พบ	แผนการจัดสิ่งแวดล้อม และงบประมาณ	รูปหลังการจัดสิ่งแวดล้อม หลักการและเหตุผล
 <p>กลิ่นอับภายในอาคารที่พักรักษาตัว และภายในห้องนอนของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายต้องขยับถ่ายและชำระล้างร่างกายภายในห้องนอน ทำให้มีกลิ่นไม่พึงประสงค์กระจายรอบๆอาคารที่พัก</p>	<p><b>เครื่องปรับอากาศ</b> จัดเครื่องทำกลิ่นเพื่อเพิ่มกลิ่นหอมภายในอาคารที่พัก และเพื่อสร้างบรรยากาศในอาคารที่พักให้น่าอยู่มากยิ่งขึ้น</p> <p><b>งบประมาณ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เครื่องปรับอากาศ</li> <li>2. กลิ่นน้ำหอมต่างๆ</li> <li>3. อุปกรณ์แชน</li> </ol> <p>ราคา 16,000 บาท</p>	  <p>จากการศึกษาพบว่า กลิ่นไม่พึงประสงค์อาจทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายได้ เนื่องจากกลิ่นดังกล่าวจะกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ตื่นเครียด ดังนั้นการสร้างบรรยากาศให้มีกลิ่นหอมอ่อนๆ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสดชื่นและผ่อนคลายมากขึ้น (Hall, 1988)</p>

รูปก่อนการจัดสิ่งแวดลอม และลักษณะที่พบ	แผนการจัดสิ่งแวดลอม และงบประมาณ	รูปหลังการจัดสิ่งแวดลอม หลักการและเหตุผล
  <p>ตะกร้าสำหรับใส่เสื้อผ้าของผู้สูงอายุดัดแปลง โดยการใช้ตะกร้าผ้าวางบนรถเข็นนั่ง ซึ่งเป็นการใช้อุปกรณ์ของใช้ผิดประเภท ดูไม่เป็นระเบียบ วางกีดขวางทางเดิน</p>	<p><b>ตะกร้าผ้า</b> จัดหาตะกร้าผ้าสำหรับใส่เสื้อผ้าของผู้สูงอายุ โดยเลือกใช้ตะกร้าที่มีหูจับและมีล้อเลื่อนได้ เพื่อสะดวกในการใช้งานและเป็นระเบียบมากขึ้น ไม่วางกีดขวางทางเดิน</p> <p><b>งบประมาณ</b> 1. ตะกร้าใส่เสื้อผ้า ราคา 1,600 บาท</p>	  <p>จากการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวาย พบว่า การจัดสิ่งของและอุปกรณ์ต่างๆ ควรใช้อุปกรณ์ที่ถูกประเภทและมุ่งเน้นความปลอดภัย อุปกรณ์ที่เป็นล้อเลื่อนไม่ควรวางกีดขวางทางเดิน เนื่องจากอาจทำให้ผู้สูงอายุเดินชนและเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย (Hall, 1988)</p>



รูปก่อนการจัดตั้งแวดล้อม และลักษณะที่พบ	แผนการจัดตั้งแวดล้อม และงบประมาณ	รูปหลังการจัดตั้งแวดล้อม หลักการและเหตุผล
 <p data-bbox="638 446 929 542">ไม้กั้นเตียงในห้องนอน ผู้สูงอายุช้ำจุด</p>	<p data-bbox="952 446 1254 686"><b>ซ่อมแซมไม้กั้นเตียง</b> ซ่อมแซมอุปกรณ์ไม้กั้น เตียงในห้องนอนผู้สูงอายุให้ แข็งแรงและสามารถใช้งานได้ ปกติ</p> <p data-bbox="952 750 1254 798"><b>งบประมาณ</b></p> <ol data-bbox="952 805 1254 901" style="list-style-type: none"> <li>1. ตะปู</li> <li>2. น็อตขนาดต่างๆ</li> </ol> <p data-bbox="952 957 1254 1005">ราคา 500 บาท</p>	 <p data-bbox="1736 446 2049 901">จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ควรได้รับความปลอดภัยด้าน อุปกรณ์ของใช้ใน ชีวิตประจำวัน โดยอุปกรณ์ ต้องคงทน ถาวรและแข็งแรง ไม่ชำรุด ผุพัง เพื่อป้องกันการ เกิดอุบัติเหตุ (ไตรรัตน์ จารุ ทัศน์ และคณะ, 2548)</p>

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

เรืออากาศเอกหญิงชุติมา ทองวชิระ เกิดวันที่ 27 สิงหาคม 2519 สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ สมทบมหาวิทยาลัยมหิดล ในปีการศึกษา 2542 ได้เข้ารับราชการเมื่อเดือนเมษายน 2542 ตำแหน่งนายทหารพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ขณะนี้ปฏิบัติงานที่หออภิบาลระบบหัวใจ (RCU) โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ถนนพหลโยธิน แขวงคลองถนน เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร 10220 โทร.02-5347456 ปัจจุบันกำลังศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปีการศึกษา 2551 – ปัจจุบัน



ศูนย์วิทยพักร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย