

การใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม
: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

The logo of Mahidol University is a circular emblem. It features a central golden stupa-like structure with multiple tiers and a flame-like base. This central motif is surrounded by a circular border containing the university's name in Thai script: 'จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย' (Mahidol University). The entire logo is rendered in a light yellow or gold color.

อรรถัย พิมพรัตน์

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

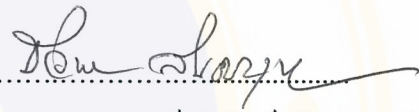
การใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม

: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

อศุภะ พิมพ์รัตน์

นางสาวอศุภะ พิมพ์รัตน์

ผู้ศึกษา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ช่อทิพย์ สันธนะวนิช,

ปร.ค. (ประสาทวิทยาศาสตร์)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก

ประภา ยุทธไตร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไตร,

พย.ค.

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พป., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ ยาใจ สัทธิมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม
: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
วันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2554

อรทัย พินศิริรัตน์

นางสาวอรทัย พินศิริรัตน์

ผู้ศึกษา



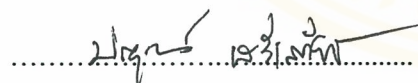
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ช่อทิพย์ สันธนะวงษ์,
ปร.ค. (ประสาทวิทยาศาสตร์)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

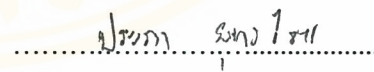


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรวรรณ ศรียุกตสุทธ,
D.S.N.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



นายประยุทธ์ เสรีเสถียร,
พบ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไทร,
พย.ค.
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พบ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์พองคำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ช่อทิพย์ สันธนะวนิช และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภา ยุทธไทร อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำ ตรวจสอบ ปรับแก้ข้อบกพร่องต่างๆ ของการเขียนสารนิพนธ์ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดียิ่ง ให้การสนับสนุน ดูแล ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวณ ศรียุคตศุทธ และ นายแพทย์ประยุทธ์ เสรีเสถียร กรรมการสอบสารนิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขสารนิพนธ์ เพื่อความสมบูรณ์ และเหมาะสมของสารนิพนธ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต ที่ให้การสนับสนุนทุนในการศึกษาหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่ให้การสนับสนุน อนุมัติให้ไปศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานการ พยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยชาย 4/1 และเพื่อนร่วมงานทุกคนที่ให้การช่วยเหลือระหว่างทำการศึกษา

ท้ายนี้ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา พี่สาวและน้องสาว ที่คอยเป็นกำลังใจ สนับสนุนด้านทุนการศึกษา เสียสละความสุขส่วนตัว แบ่งเบาภาระของผู้ศึกษาในระหว่าง ทำการศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนๆ ที่เป็นแรงบันดาลใจ ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน จนกระทั่งสามารถ บรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

อรทัย พิมพ์รัตน์

การใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

MUSIC INTERVENTION FOR REDUCING AGITATION IN ELDERLY WITH DEMENTIA :
EVIDENCE-BASED NURSING

อรรถัย พิมพ์รัตน์ 4936690 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ช่อทิพย์ สันธะวนิช, ประ.ด. (ประสาทวิทยาศาสตร์),
ประภา ยุทธไตร, พย.ด.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยมีกระบวนการดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้คือ 1) การกำหนดปัญหาทางคลินิกที่สนใจ 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และสืบค้นด้วยมือ 3) การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่สนใจ 4) การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อหาข้อแนะนำผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพจำนวน 6 เรื่อง นำมาวิเคราะห์สังเคราะห์สรุปเป็นข้อแนะนำเรื่องการใช้ดนตรีที่สามารถลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีสาระหลักดังนี้คือ 1) ผู้รับการบำบัดเป็นโรคสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง 2) การประเมินความชอบของคนไข้เฉพาะบุคคลก่อนการบำบัด 3) รูปแบบ ระยะเวลาที่ใช้และขั้นตอนของกิจกรรม 4) ผู้ให้การบำบัดต้องผ่านการอบรมด้านดนตรีบำบัด

ข้อเสนอแนะของการศึกษานี้คือ พยาบาลสามารถนำแนวทางการใช้ดนตรีเพื่อช่วยลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมไปพัฒนาเป็นการบำบัดร่วมกับการใช้ยา และทดลองปฏิบัติในรูปแบบของการศึกษานำร่อง เพื่อประเมินผลลัพธ์ ก่อนนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานต่อไป

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุสมองเสื่อม / ดนตรีบำบัด / พฤติกรรมกระวนกระวาย

MUSIC INTERVENTION FOR REDUCING AGITATION IN ELDERS WITH DEMENTIA : EVIDENCE-BASED NURSING

ORATAI PIMRAT 4936690 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH PSYCHIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: CHORTHIP SANTHANAVANICH, Ph.D.
PRAPA YUTTATRI, D.S.N.

ABSTRACT

This study was aimed to study evidence-based music therapy in reducing agitation in elderly patients with dementia. The study method included 1) specifying the study's problem of interest, 2) searching for evidence from electronic databases and hand, 3) analyzing the evidence pertinent to the problem of interest, and 4) synthesizing the evidence for an evidence-based nursing recommendation. The search yielded six qualified research studies. All studies were analyzed and synthesized for recommendations of using music intervention that are effective to reduce agitation in elderly patients with dementia. Recommendations include 1) use of music therapy on participants with moderate to severe dementia, 2) an assessment of personal music preference before providing the therapy, 3) contents, frequency and duration, and phases of music activity intervention/therapy, and 4) training therapists in music intervention. The research suggests that nurses can further develop this evidence-based music intervention for reducing agitation in elders with dementia to be used with a combination of antipsychotics.

Before applying this therapy, nurses should conduct a pilot practice-study in order to assess its outcomes.

KEY WORDS: ELDERS WITH DEMENTIA / MUSIC THERAPY / AGITATION

104 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา	8
1.3 วัตถุประสงค์ในการศึกษา	9
1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	10
บทที่ 2 วิธีการดำเนินการ	
2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	11
2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	13
บทที่ 3 ผลการดำเนินการสืบค้น	
3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น	16
3.2 การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	17
3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	18
3.4 ข้อเสนอแนะ	38
บทที่ 4 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
4.1 สรุปผลการศึกษา	42
4.2 ข้อเสนอแนะ	43
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	44
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	55
รายการอ้างอิง	68
ภาคผนวก	72
ประวัติผู้ศึกษา	104

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
3.1	ตารางแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้	17
3.2	ตารางสรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table)	19
1	ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย 1 The effects of group music with movement intervention on agitated behaviours of institutionalized elders with dementia in Taiwan	73
2	ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย 2 Efficacy of Music Therapy in the Treatment of Behavioral and Psychiatric Symptoms of Dementia	77
3	ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย 3 A Preliminary Study of the Effects of Music Therapy on Agitation in Chinese Patient with Dementia	82
4	ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย 4 Effect of Individualized Music on Agitation in Individuals with Dementia Who Live at Home	87
5	ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย 5 Evidence-Based Guideline: Individualized Music for Elders with Dementia	94
6	ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย 5 The effect of a music programe during lunctime on the problem behaviour of the older residents with dementia at an institution in Taiwan	100

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่สนใจ

ในปัจจุบันภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่พบได้มากขึ้น เนื่องจากประชากรมีอายุขัยยืนยาวขึ้นทั่วโลก สำหรับในประเทศไทยอายุเฉลี่ยของประชากรไทยในปัจจุบัน คือ 72 ปี โดยผู้ชายมีอายุเฉลี่ย 68 ปี และผู้หญิงมีอายุเฉลี่ย 75 ปี และพบอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุร้อยละ 2 - 9.88 โดยอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นตามอายุขัย สาเหตุหลักที่สำคัญของภาวะสมองเสื่อมได้แก่โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's) และภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (Vascular Dementia) (สำนักกระบวนวิชา, 2548) ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีจำนวน 35.6 ล้านคนทั่วโลก และในปี พ.ศ. 2563 จะเพิ่มขึ้นเป็น 29 ล้านคน มีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าในปี พ.ศ. 2540 มีผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ 2.32 ล้านคนและคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้น 4 เท่าในอีก 50 ปีข้างหน้า (Blankevoort, Van Heuvelen, Boersma, Luning, Jong, & Scherder, 2010) โรคสมองเสื่อมในกลุ่มที่มีความเสื่อมถอยทางระบบประสาท (neurodegenerative) จะมีความรุนแรงทางพยาธิสภาพเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุของผู้ป่วย เนื่องจากยังไม่มียารักษาหรือยาที่จะสามารถหยุดการดำเนินของโรคได้ มีการคาดประมาณว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยกลุ่มนี้มากถึง 4 ล้านคนโดยมีความชุกของโรคประมาณร้อยละ 0.5 ที่อายุ 65 ปี และจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในทุก ๆ 5 ปีที่อายุเพิ่มขึ้นจาก 65 ปีหรืออุบัติการณ์ราว 360,000 รายต่อปี ผลกระทบของโรคนี้ต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมส่วนรวมมีมากทั้งในด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต และการสูญเสียทางเศรษฐกิจ (ประเสริฐ บุญเกิด, 2550)

โรคสมองเสื่อม(Dementia)คือภาวะที่การทำงานของสมองด้านการรู้คิด (cognitive) หรือ ความเฉลียวฉลาด (intellectual function) เสื่อมถอยลงและลดลงอย่างต่อเนื่องจากระดับปกติที่เคยเป็นอยู่ ความเสื่อมถอยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม จาก การประเมินด้วยเครื่องมือประเมินกิจวัตรประจำวัน (instrumental Activities of Daily Living : iADL) เสียไปในระยะต้น การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล จากการประเมินด้วย (basic personal care Activities of Daily Living : bADL) เสียไปในระยะกลาง และในระยะสุดท้ายจะสูญเสียด้านการหยั่งรู้ในตนเอง (self-awareness) และพื้นฐานการเคลื่อนไหว (simple basic locomotion) เช่น การเดิน การยืน การนั่ง การทรงตัวจะเสียไปด้วย กลายเป็นผู้ป่วยที่ต้องนอนอยู่บนเตียงตลอด พุดไม่ได้

ฟังไม่รู้เรื่อง จำตัวเอง ภรรยา/สามี ลูกหลานและคนใกล้ชิดไม่ได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดใช้เวลา 8–10 ปี ในระหว่างนี้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และพฤติกรรม (ประเสริฐ บุญเกิด, 2550), (พงษ์เกษม ไข่มุกด์ และคณะ, 2545) ผลกระทบของโรคสมองเสื่อมก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ มีผลโดยตรงด้านการดูแลรักษา สังคมและเศรษฐกิจ (Venketasubramanian, Sahadevan, Kua, & Chen, 2010) ครอบครัวยังเป็นสถานพยาบาลอันดับแรกที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ดังนั้นปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อมส่งผลให้ความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลลดลง มีความทุกข์ทรมานจากปัญหาพฤติกรรมโดยรวมของผู้ป่วย (Chi Chan, 2010)

ปัญหาทางพฤติกรรมที่พบโดยเฉพาะอาการกระวนกระวายไม่อยู่นิ่งนั้น เป็นปัญหาสำคัญซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวันและความผาสุกของชีวิตทั้งต่อตัวของผู้ป่วยสมองเสื่อมและครอบครัว รวมทั้งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ญาติไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ (Sutor, Rummans, & Smith, 2001) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Park และ Specth (2009) ระบุว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหอพักหรือสถานดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ทุพพลภาพร้อยละ 34 มีการแสดงออกด้านพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในที่พักของตนเองในชุมชน ในศูนย์ดูแลกลางวันและในคลินิกผู้บกพร่องด้านความจำ พบว่ามีภาวะสมองเสื่อมและปัญหาพฤติกรรมอื่นๆ เช่นกัน พฤติกรรมกระวนกระวายที่พบได้บ่อยที่สุดคืออาการกระสับกระส่าย พฤติกรรมเรียกร้องที่ไม่สมเหตุสมผล บ่น คำ ดื้อรั้น ต่อต้าน และถามซ้ำๆ ทำซ้ำๆ สอดคล้องกับรายงานการวิจัยของ Hersch & Falzgraf (2007) ระบุว่าพฤติกรรมกระวนกระวายซึ่งเป็นอาการหนึ่งของอาการทางจิตและปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) เป็นปัญหาที่พบได้มากถึง ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม (ประเสริฐ บุญเกิด, 2550) อาการทางจิตและปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD) ตามคำจำกัดความของ International Psychiatric Association (IPA) (2002) กล่าวว่าเป็นความผิดปกติด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับระบบประสาทการรู้คิดส่งผลให้ผู้ป่วยมีความจำจำกัดหรือสูญเสียความสามารถที่จะปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม นำไปสู่อาการทางจิตประสาท (neuropsychiatry) อาการทางจิต (psychological symptoms) ที่พบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่อาการหลงผิด หวาดระแวงว่ามีคนมาขโมยของ มีคนแปลกหน้าอยู่ในบ้าน เป็นต้น และอาการประสาทหลอน เห็นว่ามีผู้อื่นอยู่ในบ้านของตน มองไม่เห็นตนเองในกระจกเงา มองว่าบุคคลที่ตนเองเห็นเป็นคนอื่น นอกจากนี้อาจมีอาการซึมเศร้า เฉยเมย ไม่สนใจในกิจวัตรประจำวัน การตอบสนองทางอารมณ์ลดลง และขาดความริเริ่มในเรื่องต่าง ๆ วิตกกังวลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เศรษฐฐานะและอนาคตของตน คอยถามซ้ำๆ เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่กำลังจะมาถึง กังวลกลัวถูกทอดทิ้ง เป็นต้น ส่วนปัญหาด้านพฤติกรรม (behavioral symptoms) ประกอบด้วย การเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย หรือมี

ปฏิกิริยาฉุนเฉียวเฉียบพลัน ก้าวร้าวรุนแรงต่อสิ่งเร้า การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม เช่น ร้องไห้หรือดีใจมากผิดปกติ หรือมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม การขาดการยับยั้งในความต้องการ มีลักษณะเอาแต่ใจ ไม่อดทนรอ เรียกร้องและบังคับให้ผู้ดูแลทำในสิ่งที่ตนต้องการ คือดึงและปฏิเสธที่จะทำตามคำแนะนำ รวมทั้งการมีพฤติกรรมกระวนกระวาย ไม่อยู่นิ่ง (agitation) เป็นต้น (International Psychogeriatric Association (IPA), 2002)

พฤติกรรมกระวนกระวาย (agitation) เป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญและท้าทายมากที่สุดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ความชุกที่สูงของภาวะสมองเสื่อมและการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย เป็นปัญหาเร่งด่วนที่ถูกนำเข้ารับการรักษาในสถาบันการดูแลรักษา (Sung, Chang, & Lee, 2006) รวมทั้งพบว่าเป็นปัญหาสำคัญซึ่งมีผลกระทบต่อความสงบสุขของครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อม ผลกระทบที่ญาติผู้ดูแลได้รับจากปัญหาพฤติกรรมกระวนกระวาย (agitation) ของผู้ป่วยสมองเสื่อมมีมากถึงร้อยละ 70-80 (Sutor, Rummans & Smith, 2001) พฤติกรรมกระวนกระวาย (agitation) หมายถึง การแสดงออกมาในลักษณะความไม่เหมาะสมด้านพฤติกรรม หรือความไม่เหมาะสมด้านคำพูด การออกเสียง ซึ่งต้องแยกออกจากอาการสับสนและการกระทำเมื่อถูกขัดใจ พบได้ร้อยละ 16-46 ซึ่งแบ่งตาม Cohen-Mansfield (2004) ได้เป็น 4 อาการ ได้แก่

1. พฤติกรรมทางด้านร่างกายที่ไม่ก้าวร้าว (physically non-aggressive) เช่น นำสิ่งของไปซ่อนตามที่ต่างๆ การสะสมสิ่งของที่ไม่มีเหตุผล เช่น ถุงพลาสติก อาการพลุ่งพล่าน การแต่งกายที่ไม่ถูกกาลเทศะ การทำท่าทางแปลก ๆ การไม่อยู่นิ่ง เดินไปเดินมา
2. พฤติกรรมก้าวร้าวทางด้านร่างกาย (physically aggressive) พบราวร้อยละ 14 โดยเฉพาะผู้สูงอายุชายที่มีอาการมาก เช่น การหยิก กัด ทบ ตี ทำร้ายคนรอบข้าง
3. การแสดงออกทางด้านคำพูดที่ไม่ก้าวร้าว (verbally non-aggressive) มักพบในผู้ป่วยหญิงที่มีอาการไม่รุนแรง เช่น การพูดจาซ้ำ ๆ การเรียกร้องความสนใจจากคนรอบข้าง การพูดตะกุกตะกัก การใช้คำพูดที่ต่อต้านผู้ดูแล
4. การแสดงออกทางด้านคำพูดที่ก้าวร้าว (verbally aggressive) พบราวร้อยละ 28 เช่น ร้องเสียงกรีด หัวใจร้อง คำทอ สบประมาท ทำเสียงแปลก ๆ พูดข่มขู่ทำร้าย

จากผลการวิจัยทางคลินิกของ Gerdner (2010) พบว่าสามารถระบุปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่ผู้ป่วยที่มีความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอนหลับไม่เพียงพอ อารมณ์ซึมเศร้าหรือประสบกับความเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันฉับพลัน เช่น การเปลี่ยนแปลงผู้ดูแล เปลี่ยนที่อยู่ สิ่งแวดล้อม หรือกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งผู้ป่วยที่มีปัญหาจากโรคทางกายบางอย่าง เช่น มีอาการเจ็บปวด ท้องผูก มีการติดเชื้อ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายนอกที่มากเกินไป เช่น สื่อโทรทัศน์ มีญาติมาเยี่ยมเป็นจำนวนมาก หรือผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมเลย ซึ่งควรหาสาเหตุให้พบและแก้ไขให้ได้

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาต้านโรคจิต (antipsychotic) หรือการจำกัดพฤติกรรม การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตมักพบว่าเกิดอาการข้างเคียงที่สำคัญคือ อาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (Extrapyramidal Symptoms, EPS) เช่น อาการเกร็งของกล้ามเนื้อต้นคอและหลังอย่างฉับพลัน (acute dystonia) อาการกล้ามเนื้อเกร็งแข็ง มือสั่น เคลื่อนไหวช้า เดินไม่แกว่งมือ (pseudoparkinsonism) ความรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ข้างในทำให้ต้องมีการเคลื่อนไหวมากขึ้น ต้องการเดินตลอด เปลี่ยนท่าทาง เปลี่ยนอิริยาบถบ่อย (akathisia) อาการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อลิ้นและปากที่ไม่สามารถควบคุมได้ (tardive dyskinesia) ปัจจุบันมีการใช้ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (atypical antipsychotics) เช่น clozapine, risperidone และ olanzapine ซึ่งควบคุมพฤติกรรมกระวนกระวายได้ผลดีและพบว่ามีอาการข้างเคียงที่เป็นอาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (Extrapyramidal symptoms, EPS) น้อยกว่ายาต้านโรคจิตทั้งกลุ่มดั้งเดิม (conventional or typical antipsychotics) เช่น chlorpromazine, perphenazine, fluphenazine, thioridazine, flupenthixol, haloperidol, pimozide, molindone แต่อย่างไรก็ตามพบว่าร้อยละ 33 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (atypical antipsychotics) เช่น risperidone และ olanzapine ยังคงเกิดอาการข้างเคียงที่เป็นอาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (Extrapyramidal symptoms, EPS) โดยที่ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่ได้รับ risperidone ต้องได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการ akathisia ที่มีลักษณะกระสับกระส่าย กระวนกระวาย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ ทำให้ต้องมีการเคลื่อนไหวมากขึ้น (Jayaram, Hosalli & Stroup, 2006) นอกจากนี้ยาต้านโรคจิตทำให้เกิดอาการง่วงซึม (sedation) เนื่องจากยาออกฤทธิ์สกัดกั้น histamine type 1 receptor ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มได้ (Fujii, Hatakeyama, Fukuoka, Yamamoto, Sasaki, & et al. 2008) โดยเฉพาะกับคนที่มีภาวะสมองเสื่อม มักก่อให้เกิดอาการง่วงซึม หกล้ม หรืออาการทางระบบประสาท เช่น มึนงง การรับรู้ต่อสภาวะแวดล้อมเปลี่ยนไป (Douglas, James & Ballard, 2004) นอกจากนี้การใช้วิธีการจำกัดพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อมทำให้เกิดอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บและมีอาการกระวนกระวายที่เพิ่มมากขึ้น (Sung, Chang, & Lee, 2006) ดังนั้นการรักษาจึงไม่ใช่การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องมีองค์ประกอบของการรักษาด้วยสภาพแวดล้อมและการดูแลด้วยกิจกรรมพิเศษอื่นๆ เพิ่มเข้าไปด้วย (Cohen-Mansfield, 2004) จึงนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง ที่มีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม (Lawlor, 2002) พบว่าแนวคิดหนึ่งที่นิยมนำมาบำบัดผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การใช้ดนตรีบำบัด (Music Therapy) นำมาใช้ควบคู่กับการรักษาด้วยยา เพื่อให้ได้ผลดีที่สุดในการรักษาปัญหาด้านพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Cohen-Mansfield, 2004) ดนตรีถูกนำมาใช้เพื่อบำบัดรักษาอาการทางจิตมาตั้งแต่อดีต เป็นกิจกรรม

ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับดนตรี เช่น การร้องรำทำเพลง การเล่นเครื่องดนตรี การฟังเพลงหรือดนตรี (Douglas, James & Ballard, 2004) มีการใช้ดนตรีบำบัดมาใช้อย่างกว้างขวาง รูปแบบและกระบวนการบำบัดมีความหลากหลาย เพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม เช่น การฟังดนตรี การเล่นเครื่องดนตรี การออกกำลังกายประกอบดนตรี การทำกิจกรรมต่างๆ โดยมีเครื่องดนตรีประกอบจังหวะหรือการใช้ดนตรีควบคู่กับการกระตุ้นอื่น ๆ ซึ่งสามารถช่วยทำให้การสื่อสารระหว่างนักดนตรีบำบัดและผู้ป่วยดีขึ้น (Chapin, Jantzen, Scott, Steinberg, & Large, 2010) ปัจจุบันมีการมากขึ้นเพื่อรักษาอาการทางจิตและพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยเฉพาะในการบำบัดพฤติกรรมกระวนกระวายและพฤติกรรมก้าวร้าว (Raglio, Bellelli, Traficate, Gianotti, & Ubezio, 2008) จากสมมติฐานที่ว่าดนตรีและพื้นที่ของสมองที่ตอบสนองต่อดนตรีอาจเป็นรูปแบบหนึ่งของการสื่อสารที่ยังคงเหลืออยู่ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ความจำในดนตรีที่คุ้นเคยสามารถทำให้เกิดการเคลื่อนไหวแบบทันทีทันใด หรือการหวนระลึกถึงความทรงจำที่ลืมไปแล้วได้ ดนตรีจะดึงความทรงจำด้านบวกออกมาควบคุมให้จิตใจสงบ และสามารถลดพฤติกรรมกระวนกระวาย ก้าวร้าวหรือพฤติกรรมที่แตกแยกอยู่เหยิงในระหว่างและหลังการใช้ดนตรีบำบัด (Chang, Huang, Lin, & Lin, 2010) ดนตรีสามารถให้ผลทางบวกต่อความรู้สึกและช่วยลดอาการวิตกกังวล แม้แต่ในผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการใช้คำพูดและการปรับตัวต่อการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม (Sung, Chang, & Lee, 2006) ด้วยเหตุนี้จึงมีความเป็นไปได้สูงที่จะช่วยลดการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายได้ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการออกกำลังกายอย่างง่ายมีประสิทธิภาพต่อการรู้คิดในผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง (Tuet & Lam, 2006) นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของดนตรีบำบัดต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่าสามารถลดพฤติกรรมกระวนกระวายลงอย่างเห็นได้ชัด ทั้งยังช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย (Grocke, Bloch & Castle, 2009) สอดคล้องกับ Park และ Specth (2009) ศึกษาพบว่าการจัดดนตรีบำบัดภายใต้มีอาหารและเวลาอาบน้ำ ระยะเวลาของการจัดดนตรีบำบัดอยู่ระหว่าง 6 นาที ถึง 90 นาที โดยมีระยะเวลาที่เหมาะสมคือ 30 นาที ให้ผลทางบวกสำหรับปัญหาในผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่ ปัญหาด้านความจำ การระลึกถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้ว ปฏิสัมพันธ์ต่อสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว การรับประทานอาหาร การใช้ภาษา การรู้คิด ตลอดจนลดอาการซึมเศร้าและการกระวนกระวาย นอกจากนี้พบว่าทำให้นุ้คคลผ่อนคลาย ลดความกังวล ลดความกลัว ลดความตึงเครียด และลดความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจลง ช่วยทำให้จิตใจสงบ

ดนตรีมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของสมองส่วนต่าง ๆ (Grocke, Bloch & Castle, 2009) ซึ่งเชื่อมโยงกันเป็นเส้นทางเดินของดนตรี แล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและพฤติกรรมของมนุษย์ (Trainor, Shahin & Roberts, 2009) โดยเสียงของดนตรีจะส่งกระแสประสาท

ผ่านทางคอเคลีย (cochlea) ในหูไปยังสมองส่วนทาลามัส (thalamus) และซีรีบรัลคอร์เทก (cerebral cortex) กระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) ให้หลั่งสารเอนโดर्फิน (endorphine) ซึ่งเป็นสารแห่งความสุขที่มีลักษณะคล้ายฝิ่นช่วยให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย ส่งผลให้ระบบประสาทซิมพาเทติกและระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานลดลง กล้ามเนื้อเรียบกล้ามเนื้อลายเกิดการคลายตัว อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของชีพจรและความดันโลหิตลดลง (Guzzetta, 1995; Popescu, Otsuka & Loannides, 2004; Herdener et al., 2010) นอกจากนี้ดนตรีจะถูกส่งไปยังสมองส่วนลิมบิก (limbic system) ซึ่งเป็นศูนย์กลางการควบคุมพฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึกและการรับรส การกระตุ้นของคนตรีผ่าน brain reward center ในระบบลิมบิก เปรียบเสมือนประสบการณ์การได้รับรางวัลอย่างทันที ทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและกระตุ้นการหลั่งเอนโดर्फิน (endorphins) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ (Herdener et al., 2010) การรับเสียงดนตรีทางหูเข้าสู่ระบบประสาท และกระบวนการทางเคมีในร่างกาย กระตุ้นประสาทสัมผัส (sensory stimulation) ทำให้ดนตรีมีผลต่อสุขภาพของบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงเกิดการรักษาถึงระดับจิต (Ballard & O'Brien, 2001) สอดคล้องกับข้อสรุปของงานวิจัยหนึ่งกล่าวว่า การใช้ดนตรีบำบัดได้ผลด้านบวก โดยช่วยในด้านกายภาพ ด้านจิตใจและปรับอารมณ์ของผู้ป่วยต่อการรับรู้ในความเจ็บป่วยหรือการไร้ความสามารถ (Sung, Chang, & Lee, 2006) เช่นเดียวกันกับในภาวะเครียด การที่ฟังเพลงที่ชื่นชอบเพียง 1 เพลงสามารถทำให้ปริมาณคอร์ติซอล (cortisol) ลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับการทำงานของสมองและระบบประสาท โดยดนตรีสามารถปรับสิ่งแวดล้อมรอบตัวจากการปิดกั้นและเข้าไปแทนที่ความไม่สุขสบายใจและสถานะเสียงดังรบกวน ช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมการผ่อนคลายในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด (จิราพร ชลธิชาชลาลักษณ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, สมจิต หนูเจริญกุล และชาญเกียรติบุญศรี, 2008) บางรายงานกล่าวว่า ดนตรีบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยพูดคุยโดยมีเนื้อหาของบทสนทนาดีขึ้น ร่วมกับการแสดงออกด้านการใช้ภาษาและคำพูดที่ดีขึ้น เช่น การถามในสิ่งที่เหมาะสม ลดพฤติกรรมการพูดซ้ำ ๆ ถามซ้ำ ๆ เนื้อหาคำพูดต่อเนื่องได้ใจความมากขึ้น (ศศิธร พุมดวง, 2548)

การบำบัดด้วยดนตรีเป็นการผสมผสานสิ่งที่บุคคลเคยประสบในอดีตเข้ากับชีวิตประจำวันและจะต้องอยู่ภายใต้พื้นฐานความชอบส่วนบุคคล หากว่าผู้ป่วยไม่สามารถบอกถึงความชอบส่วนตัวออกมาเป็นคำพูดได้ก็สามารถเลือกที่จะรับรู้ข้อมูลจากสมาชิกครอบครัวหรือเพื่อนสนิทได้ (Gerdner, 2010) จากการวิจัยในผู้ใหญ่อายุ 18-43 ปี จำนวน 18 ราย ให้เลือกเพลงประเภทผ่อนคลายตามความชอบ พบว่าร้อยละ 68 เลือกเพลงที่มีเนื้อร้อง การเลือกดนตรีมีความหลากหลายทั้งประเภทของเครื่องดนตรี จังหวะและรูปแบบของดนตรี พบว่าระหว่างฟังดนตรีกลุ่ม

ตัวอย่างมีการผ่อนคลายมากขึ้น และความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (ศศิธร พุ่มดวง, 2548) คนตรีหลากหลายชนิดที่ใช้ในการลดปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะให้ความรู้สึกผ่อนคลาย นุ่มนวล เรียบ เรียบ สงบ เช่น บทเพลงที่หวนระลึกความหลัง (reminiscence) บทเพลงเกี่ยวกับศาสนาความเชื่อ (religious) เพลงเก่าคลาสสิก (classic) และดนตรีเพื่อชีวิต (live music) เป็นต้น ในการใช้ดนตรีบำบัดควรมีการเลือกเพลงและใช้ระดับเสียงที่เหมาะสมและคำนึงถึงปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อประสิทธิภาพของดนตรีในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล สามารถใช้ดนตรีได้ทั้งจากการร้องเพลง การฟังเพลงจากแผ่นซีดี เทป และเครื่องดนตรี (Lawlor, 2002) โดยการบูรณาการองค์ประกอบของดนตรี ได้แก่ จังหวะ ทำนอง เสียงประสาน ระดับเสียง ความดัง-เบา ระดับความดังของเสียงมีผลต่อบุคคล ดนตรีที่ใช้เพื่อให้เกิดการผ่อนคลายควรมีเสียงดังไม่มาก เช่น นักวิจัยใช้ดนตรีที่ระดับเสียง 45 - 50 เดซิเบล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการผ่อนคลาย ซึ่งความดังของเสียงในระดับดังกล่าวจะเท่ากับความดังของเสียงฝนตกระดับกลาง (ศศิธร พุ่มดวง, 2548) นอกจากนี้ไม่ควรมีเนื้อหาที่กระตุ้นความรู้สึกรุนแรง ใช้ความถี่จังหวะ 60-80 ครั้งต่อนาที จังหวะช้า ๆ ช้า ๆ ไม่มีเสียงเคาะ และดนตรีที่ไม่มีเนื้อร้องอาจจะดีกว่าดนตรีที่มีเนื้อร้อง เพราะผู้ฟังไม่ต้องคิดถึงเกี่ยวกับเนื้อเพลง (Trainor, Shahin & Roberts, 2009) นอกจากนี้เสียงธรรมชาติมักเป็นที่นิยมเพราะสามารถทำให้เกิดการผ่อนคลายได้ และลดความแตกต่างทางด้านบุคคล เช่น ความชอบทางดนตรี วัฒนธรรม ประเพณีและภาษา (Popescu, Otsuka & Loannides, 2004) หลายการศึกษา กล่าวว่า กิจกรรมประกอบดนตรีต่างชนิดกันให้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน และลงความเห็นสอดคล้องกันว่า ดนตรีโดยทั่วไปให้ผลทางบวกในการลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม (ศศิธร พุ่มดวง, 2548; Sung, Chang, & Lee, 2009)

จากสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า จำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแม้จะมีจำนวนไม่มากนัก โดยจำแนกเป็นผู้ป่วยรายเก่าและผู้ป่วยรายใหม่ มีดังนี้ ปี 2550 ร้อยละ 4.1, 6.0 ปี 2551 ร้อยละ 4.2, 6.2 และปี 2552 ร้อยละ 3.3, 5.6 (รายงานประจำปี โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2550, 2551, 2552) แต่พบจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยร้อยละ 90 ที่ต้องนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อีกต่อไป สาเหตุจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมกระวนกระวายที่เกิดขึ้น ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ก้าวร้าวทั้งทางด้านร่างกายและคำพูด เช่น เตะ ถีบ ด่าทอ สาปแช่ง พฤติกรรมต่อต้าน ทำร้ายญาติผู้ดูแล หรือแม้แต่ทำลายสิ่งของ การเก็บสะสมสิ่งของ พฤติกรรมทำซ้ำ ๆ พุดซ้ำๆ บางครั้งได้เสียง คือ ร้อง ไม่รับฟังคนใกล้ชิด เดินออกนอกบ้าน ทั้งที่ผู้ป่วยไม่เคยมีพฤติกรรมดังกล่าวก่อนมีอาการเจ็บป่วย อีกทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความไวต่อการถูกกระตุ้นโดยสิ่งแวดล้อมหรือแม้แต่การเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่เคยชิน ส่งผลไปถึงกิจวัตรประจำวันโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านการนอนที่เปลี่ยนแปลงไป ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้

ประวัติว่าอาการเหล่านี้มักมีความรุนแรงมากขึ้นและเกิดขึ้นต่อเนื่อง 3 วันถึง 1 สัปดาห์ จนกระทั่งญาติผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ มีความรู้สึกเป็นภาระ คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยอาจลดลง ครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและปัญหาพฤติกรรม มีความทุกข์ที่เกิดจากความเปลี่ยนแปลงในชีวิตในทุกๆด้าน โดยเฉพาะกิจวัตรประจำวัน ภาระค่าใช้จ่ายและความผาสุกในชีวิต จึงเป็นปัญหาหลักที่ครอบครัวต้องนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้มีเป้าหมายสำคัญคือ ช่วยลดพฤติกรรมกระวนกระวายให้สงบลง ในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจากปัญหาดังกล่าว ควรพิจารณาจากความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วย ความคุ้มค่าคุ้มทุน ความง่ายและผลสัมฤทธิ์ของวิธีการบำบัดรักษา สามารถทำได้โดยบุคลากรหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ไม่รบกวนกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล สามารถนำไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่บ้านได้โดยญาติมีส่วนร่วมและมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในปัจจุบันว่าแนวทางการบำบัดที่สามารถนำมาใช้ร่วมกับการใช้ยาเพื่อให้การรักษาพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้ผลดียิ่งขึ้น ควรมีแนวทาง รูปแบบและขั้นตอนการปฏิบัติอย่างไร โดยพิจารณาทั้งในเรื่องรูปแบบ ขั้นตอนและคุณสมบัติของของผู้รับการบำบัด คุณสมบัติของผู้ให้การบำบัด ระยะเวลาที่ใช้และเนื้อหารายละเอียดของโปรแกรม โดยวิเคราะห์ปัจจัยเหล่านี้ว่าเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและบริบทของผู้ป่วยหรือไม่

1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

ปัจจุบันโรงพยาบาลศรีธัญญาได้ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน ซึ่งมีภาวะสมองเสื่อมระยะปานกลาง (moderate) และระยะรุนแรง (severe) มาเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง ทั้งผู้ป่วยเก่ากลับเป็นซ้ำและผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการรักษาครั้งแรก พฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นปัญหาสำคัญที่ญาติผู้ดูแลนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยทราบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการกระวนกระวาย ไม่อยู่นิ่ง เดินไปเดินมา พยายามออกนอกบ้านแม้กระทั่งเวลากลางคืน เกือบทุกรายที่มีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ทำร้ายญาติหรือผู้ดูแล บางรายรื้อค้นข้าวของในบ้านจนเสียหาย ปัญหาต่างๆ ข้างต้นล้วนส่งผลเสียโดยตรงทั้งต่อผู้ป่วยเอง และญาติผู้ดูแลเกือบทุกรายมักบอกว่า “จะอย่างไรให้คนไข้อยู่นิ่งๆ ไม่คุ้ย ไม่วุ่นวาย” บางรายบอกว่า “คนไข้วุ่นวาย ก้าวร้าว ไม่อยู่นิ่ง ไม่นอน เลยพลอยทำให้ไม่ได้นอนกันทั้งบ้าน” ในระหว่างที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล พฤติกรรมที่พบบ่อยและเป็นปัญหา

มากที่สุดคือปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ โดยมีอาการไม่อยู่นิ่ง เดินไปมา อารมณ์มักหงุดหงิดง่าย การปฏิบัติการพยาบาลในปัจจุบันมีการจัดกลุ่มสวดมนต์ร่วมกับการออกกำลังกาย โดยให้ผู้ป่วยเดินช้าๆ บริเวณหน้าตึกผู้ป่วยร่วมกับการออกกำลังกายอย่างง่าย และในเวลา 20.00-20.15 น. จัดให้มีการสวดมนต์ในช่วงเวลาก่อนนอน โดยพยาบาลเป็นผู้มอบหมายให้ผู้ป่วยที่สามารถเป็นผู้นำสวดมนต์ได้หรือมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้เป็นผู้นำสวดมนต์ พยาบาลจะเป็นผู้ประเมินกระตุ้นและให้คำแนะนำผู้ป่วยในระหว่างการทำกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมมีลักษณะการทำแบบกลุ่มในผู้ป่วยทั้งตึกไม่ได้แยกทำเฉพาะในผู้ป่วยสมองเสื่อม นอกจากนี้มีการจัดกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองสำหรับญาติผู้ดูแล ซึ่งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมนี้ได้ ต้องได้รับการประเมินความพร้อมในด้านต่างๆ จากแพทย์เจ้าของไข้และเจ้าหน้าที่ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดกลุ่มจิตบำบัด ปัจจุบันมีการใช้ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ซึ่งควบคุมพฤติกรรมกระวนกระวายได้ผลดี และพบว่ามีอาการข้างเคียงที่เป็นอาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (EPS) น้อยกว่ายาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม แต่อย่างไรก็ตามพบว่าร้อยละ 33 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ยังคงเกิดอาการข้างเคียงที่เป็นอาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติอยู่ รวมทั้งยาต้านโรคจิตทำให้เกิดอาการง่วงซึม โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุสมองเสื่อม อาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มได้ หรือมีอาการทางระบบประสาท เช่น มึนงง การรับรู้ต่อสภาวะแวดล้อมเปลี่ยนไป นอกจากนี้การใช้วิธีการจำกัดพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสงบลงอาจทำให้เกิดอาการกระวนกระวายที่เพิ่มมากขึ้น เกิดการบาดเจ็บจากการถูกรัดข้อมือ และเกิดความไม่สุขสบายต่อผู้ป่วย ดังนั้นการรักษาจึงจำเป็นต้องมีองค์ประกอบของการรักษาด้วยสภาพแวดล้อมและการดูแลด้วยกิจกรรมพิเศษอื่นๆ เพิ่มเข้าไปด้วย สามารถนำมาใช้ร่วมกับการใช้ยาเพื่อให้การรักษาพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้ผลดียิ่งขึ้น จึงนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม

ดังนั้นพยาบาลจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้แนวทางในการบำบัดช่วยเหลือเพิ่มเติมเพื่อช่วยเสริมให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน อีกทั้งจะเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลและนำมาซึ่งประโยชน์ต่อการปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีมาตรฐานและเพิ่มการยกระดับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาแนวทางการใช้ดนตรีในการลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. หน่วยงานมีแนวทางการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีมาตรฐาน
2. พยาบาลและญาติผู้ดูแลมีแนวทางในการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม



บทที่ 2

วิธีการดำเนินการ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งวิธีการศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วยการระบุวิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ และประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังต่อไปนี้

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

กรอบการสืบค้น

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่ต้องการศึกษา จึงกำหนดคำสำคัญ โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (PICO framework: Population, Intervention, Comparison intervention, Outcome) (Craig & Smyth, 2002; Melnyk & Fineout-Overholt, 2002 อ้างใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลสารสนเทศ ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

Population	หมายถึง	ผู้สูงอายุสมองเสื่อม
Intervention	หมายถึง	ดนตรีบำบัด
Comparison	หมายถึง	ไม่มีการเปรียบเทียบวิธีการบำบัด
Outcome	หมายถึง	พฤติกรรมกระวนกระวาย

ขอบเขตการสืบค้น

คำสำคัญ (key word) ที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

- Elders with Dementia
- Music Therapy
- Agitation

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้สำหรับศึกษาแนวทางการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวาย ในผู้สูงอายุสมองเสื่อม ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประเภทของหลักฐานเชิงประจักษ์

1. คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ชนิด เลือกชนิดงานวิจัยทั้ง Systematic Review, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trials, Quasi-Experimental Study, Case- Control Study และ Cohort studies
2. สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005 - ค.ศ. 2010
3. เลือกเฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นฉบับสมบูรณ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เนื่องจากงานวิจัยที่มีเฉพาะบทคัดย่อไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

ฐานข้อมูล/แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยทำการสืบค้นจากระบบฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1. ฐานข้อมูล Electronic
 - ฐานข้อมูลที่รวบรวมแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ www.Guidelines.gov
 - ฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ได้แก่ www.Cochrane.org; www.Joannabriggs.edu.au
 - ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ Blackwell synergy, CINAHL, OVID, MEDLINE, PUBMED, Science direct
2. สืบค้นด้วยมือ (Hand search)
 - จากวารสารที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวาย ในผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้แก่ British Journal of Psychiatry, Journal of Clinical Psychiatry, The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, The Journal of Clinical Psychopharmacological, The American Journal of Psychiatry เป็นต้น
 - จากเอกสารอ้างอิงของบทความหรืองานวิจัย (Reference list) จากห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข ห้องสมุดโรงพยาบาลศรีธัญญาและห้องสมุดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากที่ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการปรับปรุง ซึ่งจะเป็นงานวิจัยและอาจจะมีบทความที่เกี่ยวข้องด้วย จำเป็นต้องมีการประเมินคุณภาพ เป้าหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ ผ่านการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์แต่ละเรื่อง และบูรณาการหลักฐานข้อมูลไปสู่ข้อสรุปความรู้ในเรื่องๆ นั้น โดยมีประเด็นที่ต้องพิจารณา 3 ประเด็นต่อไปนี้ (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

1) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) คือการประเมินว่า งานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษาหรือไม่ มีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขหรือไม่ และสามารถช่วยในการตัดสินใจในการแก้กับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษาทำให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติหรือไม่ กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำไปใช้ได้จริง และพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีเอกสิทธิ์หรือไม่ รวมทั้งต้องพิจารณาประเด็นต่างๆ ได้แก่ ความสอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ขององค์กร ความรุนแรงของปัญหา ค่าใช้จ่ายและอุปสรรคที่อาจขัดขวางการเปลี่ยนแปลง

2) การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) คือการประเมินในด้านการออกแบบงานวิจัยว่ามีความเหมาะสมและสอดคล้องกันทั้งในด้าน ชื่อเรื่อง ตัวแปร คำถาม หรือสมมุติฐาน วัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัย ข้อสรุปและการอภิปรายผล ความน่าเชื่อถือของงานวิจัยว่ามีมากน้อยแค่ไหนในด้านคณะผู้วิจัย วารสารที่ตีพิมพ์ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ สถิติที่ใช้และผลการวิจัย

3) แนวโน้มการนำไปใช้ (Implementation potential) จะพิจารณาใน 3 ด้าน ดังต่อไปนี้

3.1 การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of the findings) คือ การนำผลงานวิจัยหรือโครงการปฏิบัติที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงในหน่วยงานนั้น เป็นการประเมินว่าข้อเสนอแนะหรือ แนวปฏิบัติที่ได้เป็นสิ่งที่มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่ ลักษณะกลุ่มประชากรหรือผู้ป่วยในหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการนำข้อเสนอไปใช้หรือไม่ ปรัชญาในการดูแลของหน่วยงานในหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยมีความแตกต่างหรือคล้ายคลึงกับประชากรของหน่วยงานที่จะนำข้อเสนอไปใช้หรือไม่ และการนำข้อเสนอไปใช้จะใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานและการประเมินผลนานหรือไม่ ถึงแม้ว่าผลงานวิจัยหรือโครงการนั้นมีประสิทธิผลดีมาก แต่มีประเด็นที่ไม่สอดคล้องกับหน่วยงาน ก็อาจเป็นการไม่เหมาะสมที่จะดำเนินการ

3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ (Feasibility of Implementation)

คือ ต้องคำนึงถึงประเด็นความเป็นไปได้ในการนำลงสู่การปฏิบัติ ได้แก่ ความเป็นไปได้ของบุคลากรภายในหน่วยงาน สิ่งเอื้ออำนวย บรรยากาศและสภาพแวดล้อม ทรัพยากรเกื้อหนุน และความต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอกหรือไม่ ต้องประเมินว่าโครงการนั้นรบกวนการทำงานของบุคลากรหรือไม่ ฝ่ายบริหารมีการสนับสนุนให้นำโครงการนั้นมาใช้ในหน่วยงานหรือไม่ บรรยากาศในองค์กรส่งเสริมต่อการนำโครงการไปใช้อย่างไร จะต้องประเมินความเห็นชอบของบุคลากรอื่นๆ ว่ามีความสนใจและสนับสนุนหรือต่อต้านการนำโครงการไปใช้อย่างไร หรือจะเกิดความขัดแย้งภายในหน่วยงานหรือไม่ ประเด็นสำคัญ คือ ต้องประเมินถึงความเป็นอิสระมีอำนาจของพยาบาลในการควบคุมการดำเนินการนั้นหรือไม่ ถ้าพยาบาลไม่มีอำนาจเต็มที่ จะต้องประเมินว่าโครงการนั้นจะขอความร่วมมือหรือการสนับสนุนได้จากหน่วยงานหรือบุคคลใด นอกจากนี้ถ้าโครงการจำเป็นที่จะต้องมีการฝึกอบรมเพิ่มเติมตามแนวปฏิบัติ ต้องประเมินว่าสามารถฝึกทักษะบุคลากรในหน่วยงานได้เอง หรือต้องเชิญบุคลากรภายนอกมาช่วยฝึกให้ มีความยากลำบากมากน้อยเพียงใด หากมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ ต้องประเมินว่าหน่วยงานมีความพร้อมในการจัดหาอุปกรณ์หรือไม่ และมีเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสมหรือไม่

3.3 ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost – benefit ratio) คือ การ

ประเมินอย่างรอบคอบเกี่ยวกับความคุ้มค่าของโครงการ โดยครอบคลุมกลุ่มต่างๆ รวมทั้งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และองค์กรในภาพรวม แต่กลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญที่สุด คือ ผู้ป่วย ถ้าโครงการมีอัตราความเสี่ยงในการดำเนินการสูง ประโยชน์ที่จะได้รับต้องมีมากและโครงการหรือนวัตกรรมนั้นต้องมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือมากๆ การนำโครงการไปใช้จะต้องมีการประเมินสัดส่วนระหว่างประโยชน์ที่ได้รับ กับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ต้องมีการประเมินความเสี่ยงและผลประโยชน์ที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นหากนำโครงการนั้นไปใช้ ต้องมีการประเมินค่าใช้จ่ายสำหรับวัสดุอุปกรณ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว และต้องประเมินให้ได้ว่าหากไม่นำโครงการมาใช้ โดยยังคงปฏิบัติแบบเดิมจะเกิดความเสียหายอย่างไร

การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence)

โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพและจัดลำดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (strength of evidence) ตามระบบการจัดลำดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melynck และ Fineout – Overholt (2005) โดยมีรายละเอียดดังนี้

Level I: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือการวิจัยอภิมาน (meta-analysis) จากงานวิจัยที่เป็น RCT ที่ตรงกับประเด็นปัญหาหรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based clinical practice guideline) โดยการทบทวนงานวิจัย RCT อย่างเป็นระบบ (systematic review)

Level II: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่เป็น RCT อย่างน้อย 1 งาน

Level III: หลักฐานเชิงประจักษ์หลักฐานที่จากงานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี (well-designed controlled trails) โดยไม่มีการสุ่มการทดลองเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (randomization)

Level IV: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ case-control และ Cohort studies ที่มีการออกแบบการวิจัยมาเป็นอย่างดี

Level V: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) จากงานวิจัยแบบพรรณนา/บรรยายและงานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยแบบพรรณนา/บรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 งาน

Level VII: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็น ทรรศนะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

บทที่ 3

ผลการดำเนินการสืบค้น

3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรม กระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม นั้น มีการใช้คำสำคัญในการสืบค้น Elders with Dementia and Music Therapy และ Elders with Dementia and Music Intervention and Agitation และ Elders with Dementia and Non-pharmacological Intervention and Agitation และทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้ ได้แก่ [www. guidelines.gov](http://www.guidelines.gov), www.Joannabriggs.edu.au และจากฐานข้อมูล Cochrane.org, PubMed, OVID, CINAHL, Blackwell Synergy, Science Direct, Proquest สืบค้นงานวิจัยได้ทั้งหมด 6 เรื่อง ผลการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ฐานข้อมูล [www. Guidelines.gov](http://www.Guidelines.gov) ได้วรรณกรรมทั้งหมด 0 เรื่อง
2. ฐานข้อมูล [www. Joannabriggs.edu.au](http://www.Joannabriggs.edu.au) ได้วรรณกรรมทั้งหมด 0 เรื่อง
3. ฐานข้อมูล [www. Cochrane.org](http://www.Cochrane.org) ได้วรรณกรรมทั้งหมด 3 เรื่อง เป็นงานวรรณกรรมที่เข้าเกณฑ์จำนวน 3 เรื่อง เข้ากับฐานข้อมูล Science Direct และ PubMed จำนวน 2 เรื่อง และจากฐานข้อมูล Blackwell Synergy จำนวน 1 เรื่อง
4. ฐานข้อมูล PubMed ได้วรรณกรรมทั้งหมด 3 เรื่อง เป็นงานวรรณกรรมที่เข้าเกณฑ์จำนวน 3 เรื่อง
5. ฐานข้อมูล OVID ได้วรรณกรรมทั้งหมด 0 เรื่อง
6. ฐานข้อมูล CINAHL ได้วรรณกรรมทั้งหมด 2 เรื่อง เป็นงานวรรณกรรมที่เข้าเกณฑ์จำนวน 2 เรื่อง
7. ฐานข้อมูล Blackwell Synergy ได้วรรณกรรมทั้งหมด 6 เรื่อง เป็นงานวรรณกรรมที่เข้าเกณฑ์จำนวน 2 เรื่อง เข้ากับฐานข้อมูล PubMed 2 เรื่อง
8. ฐานข้อมูล Science Direct ได้วรรณกรรมทั้งหมด 6 เรื่อง เข้าเกณฑ์ 3 เรื่อง เป็นวรรณกรรมที่เข้ากับฐานข้อมูล PubMed จำนวน 2 เรื่อง และเข้ากับ CINAHL จำนวน 1 เรื่อง
9. ฐานข้อมูล Proquest ได้วรรณกรรมทั้งหมด 1 เรื่อง เป็นวรรณกรรมที่เข้าเกณฑ์จำนวน 1 เรื่อง
10. Hand Search ได้วรรณกรรมทั้งหมด 0 เรื่อง

ผลการสืบค้น พบว่า มีหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 6 เรื่องซึ่งตรงตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ เพื่อการคัดเลือก ผู้ศึกษาจึงได้คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวเพื่อการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย งานวิจัยที่เป็น Randomized control Trial จำนวน 2 เรื่อง งานวิจัยที่เป็น Quasi-experimental จำนวน 3 เรื่อง และ Evidence-based Guideline จำนวน 1 เรื่อง

3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการการใช้ดนตรีเพื่อลดอาการกระวนกระวาย ในผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้งานวิจัยทั้งหมด 6 เรื่อง เมื่อนำงานวิจัยมาประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 ประเด็น ของ Polit และ Beck (2006) ได้แก่ ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก การมีความหมายในเชิงศาสตร์ และแนวโน้มที่จะนำไปปฏิบัติ ประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์การประเมินของ Melnyk & Fineout - Overholt (2005) สามารถนำมาใช้ได้ทั้ง 6 เรื่อง ดังนี้

ตารางที่ 3.1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

ลำดับ	ชื่อผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	ประเภท/ระดับของงานวิจัย
1.	Sung, H.C., Chang, S.M., Lee, W.L., & Lee, M.S. (2006). The effects of group music with movement intervention on agitated behaviours of institutionalized elders with dementia in Taiwan. <i>Complementary Therapies in Medicine</i> , 14, 113-119.	Randomized Controlled Trial Level II
2.	Raglio, A., Bellelli, G., Traficante, D., Gianotti, M., & Ubezio, M.C. (2008). Efficacy of Music Therapy in the Treatment of Behavioral and Psychiatric Symptoms of Dementia. <i>Alzheimer Dis Asso Disord</i> , 22(2), 158-162.	Randomized Controlled Trial Level II
3.	Tuet, RWK & Lam, LCW. (2006). A Preliminary Study of the Effects of Music Therapy on Agitation in Chinese Patient with Dementia. <i>Hong Kong J Psychiatry</i> , 16, 87-91.	Quasi-experimental Level IV

ตารางที่ 3.1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	ประเภท/ระดับของงานวิจัย
4.	Park, H., & Specht, J.K.P. (2009). Effect of Individualized Music on Agitation in Individuals with Dementia Who Live at Home. <i>Journal of Gerontological Nursing</i> , 35(8), 47-55.	Quasi-experimental Level IV
5.	Gerdner, L.A., (2010). Evidence-Based Guideline: Individualized Music for Elders with Dementia. <i>Journal of Gerontological Nursing</i> , 36(6), 7-15.	Evidence-Based Guideline Level II
6.	Chang, F.Y., Huang, H.C., Lin, K.C., & Lin, L.C. (2010). The effect of a music programe during lunctime on the problem behaviour of the older residents with dementia at an institution in Taiwan. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 19, 939-948.	Quasi-Experimental Level IV

3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

เมื่อทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่างๆ พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสามารถนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวทางคลินิก และใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อลดอาการกระวนกระวายด้วยการใช้ดนตรี ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เรื่องผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	การบำบัด	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อการนำไปใช้
		- ไม่อยู่ระหว่างการรักษาพฤติกรรมความกระหายด้วยยา - คะแนน Global Deterioration Scale (GDS) 3-6 - ไม่มีอาการเจ็บปวดหรือการติดเชื้อ	- กิจกรรมดนตรีจำนวน 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที	นัยสำคัญทางสถิติด้านอายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ระดับของการสูญเสียการรู้คิด และจำนวนชั่วโมงกิจกรรมทางกาย การแพทย์ ในระหว่างกลุ่ม ($P > 0.05$)	เนื่องจากตรงกับเป้าหมาย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง และมีอาการกระวนกระวาย - พยาบาลผู้ให้การบำบัด ต้องผ่านการอบรมการใช้ดนตรีบำบัด
Raglio, A., Bellelli, G., Traficante, D., Marta, G., Ubezio, M. C., Villani, D., & Trabucchi, M. (2008) Efficacy of Music Therapy in the Treatment of Behavioral and Psychiatric Symptoms of	เพื่อประเมินประสิทธิภาพของดนตรีบำบัดในการลดปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD) ในกลุ่มทดลองที่เป็นโรคสมองเสื่อม	- กลุ่มตัวอย่างจำนวน 59 คน - เป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์หรือโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมอง (Alzheimer's type or Vascular Dementia) ตามเกณฑ์ DSM-IV - คะแนน Mini-Mental State Examination (MMSE) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22/30	- กลุ่มทดลองได้รับการฟังดนตรีแบบไม่มีเนื้อร้อง - ดนตรีที่เน้นจังหวะของเครื่องดนตรีและดนตรีบรรเลงของเครื่องดนตรีที่ไพเราะนุ่มนวล - เป็นเพลงที่ผู้ป่วยชื่นชอบ โดยประเมินจากญาติผู้ดูแลหรือจากตัวผู้ป่วย - เปิดเพลงให้ผู้ป่วยฟังและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี	- อาการหลงผิด กระวนกระวาย วิตกกังวล ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม วัตถุประสงค์ การตระหนัก การเคลื่อนไหว การทำกิจกรรมที่ผิดปกติ และปัญหาการนอน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 8, 16 และ 20 (ช่วงเวลาของการมีปฏิสัมพันธ์ x กลุ่ม : $f_3 = 5.06$, $p = 0.002$)	- เป็นการจัดการกิจกรรมดนตรีแบบรายกลุ่ม - กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะต้องผ่านการประเมินความชื่นชอบดนตรีส่วนบุคคล โดยการสัมภาษณ์ความถี่ของการสัมผัสญาติผู้ดูแล - เปิดดนตรีให้ฟังร่วมกับกระตุ้นให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกและผู้ป่วย เป็นดนตรีแบบไม่มีเนื้อร้อง มีการบรรเลงของเครื่อง

เรื่อง/ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	การบำบัด	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อการนำไปใช้
dementia		- คะแนน Clinical Dementia Rating scale(CDR) มากกว่าหรือเท่ากับ 2/5 - คะแนน NeuroPsychiatric Inventory (NPI) รวมมากกว่าหรือเท่ากับ 12/144 หรือเท่ากับคะแนนสูงสุดของ I ข้อ จาก 12 ข้อ - อยู่ในสถานรับเลี้ยงอย่างน้อย 6 เดือน - ไม่เคยได้รับดนตรีบำบัด - ไม่อยู่ระหว่างใช้ยาต้านโรคจิตตัวใหม่ ๆ (เช่น ยารักษา กลุ่มอาการทางประสาทและ/หรือ ยาที่ช่วยให้สงบ) หรือรักษาด้วยยาต้านโรคจิตตัวอื่น ๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ	ปฏิสัมพันธ์ มีการสื่อสารระหว่างสมาชิกและผู้บำบัด - ระหว่างฟังเพลงมีการบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยกล้องวิดีโอ และมีผู้สังเกตการณ์ 2 คน - กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลทั่วไป - ระหว่างกิจกรรมมีการประเมินผู้ป่วย 2 ส่วน คือ การประเมินพฤติกรรม และการประเมินระดับการยอมรับต่อกิจกรรมดนตรี - เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเพื่อคัดเลือกเข้าศึกษา ได้แก่ Barthel Index, Mini-Mental State Examination (MMSE),	- ด้านปฏิสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมดนตรีบำบัด ดีขึ้น	ดนตรี โดยมีตนเอง นามวล ไพเราะ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารระหว่างกลุ่มทดลองกับผู้บำบัด ในระยะเวลา 16 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ช่วง ช่วงละ 10 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที - สามารถนำไปปฏิบัติได้ เนื่องจากตรงกับเป้าหมาย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง และมีอาการกระวนกระวาย - พยาบาลผู้ให้การบำบัดต้องผ่านการอบรมการใช้ดนตรีบำบัด

เรื่อง/ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	การบำบัด	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อการนำไปใช้
		- ไม่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจขั้นรุนแรง โรคเกี่ยวกับปอดหรือโรกระบบทางเดินอาหาร - ไม่เป็นโรคเนื้องอก	Clinical Dementia Rating scale (CDR) - เครื่องมือ NeuroPsychiatric Inventory (NPI) ประเมินก่อนการศึกษา ระหว่างการศึกษา (สัปดาห์ที่ 8) และสิ้นสุดการศึกษา (สัปดาห์ที่ 16) และติดตามอีก 4 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 20) - ประเมินโดยแพทย์คนเดียว - กิจกรรมดนตรีจำนวน 16 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ช่วง ช่วงละ 10 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที		

เรื่อง/ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	การบำบัด	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อการนำไปใช้
Tuet, RWK., & Lam, LCW. (2006) A Preliminary Study of the Effects of Music Therapy on Agitation in Chinese Patient with Dementia	เพื่อประเมินประสิทธิผลของดนตรีบำบัดในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย	- กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน - ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์ DSM-IV - อายุ 84-101 ปี - ไม่เป็นผู้หูหนวกหรือมีปัญหาการได้ยินอย่างรุนแรง และสามารถฟังและตอบสนองต่อบทสนทนาอย่างง่ายได้ - มีผู้ปกครองหรือผู้อภิบาลให้ความยินยอม	เนื้อหาแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ (กล่าวต้อนรับ ทักทาย ทำความรู้จัก สมาชิก) ส่วนที่ 2 - ฟังและร้องตามเพลงโดยไม่ใช้เครื่องดนตรี - การฟังและร้องตามเพลงโดยใช้เครื่องดนตรีอย่างง่าย หลากหลายชนิด - ออกกำลังกายออกกำลังกายอย่างง่าย เช่น เตะลูกบอลพร้อม ๆ กับการฟังเพลง - กิจกรรมเน้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายทุกส่วนอย่างอิสระ	- อาการหลงผิด กระวนกระวาย วิดกกังวล ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม "ไวต่อสิ่งเร้า" ตื่นตระหนก การเคลื่อนไหว การทำกิจกรรมที่ผิดแปลก และปัญหาการนอน มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมดนตรีบำบัด (Wilcoxon signed rank tests, p<0.001) - ไม่พบการลดลงของปัญหาด้านพฤติกรรมและอาการทางจิตในผู้ป่วยสมองเสื่อม ในการให้การดูแลตามปกติ (หลังจบสิ้นช่วงเวลาควบคุม) - ไม่มีผลกระทบในระยะยาว - หลังจากทำการสังเกตภายหลังออกจากกลุ่มดนตรีบำบัดเป็นเวลา 3 สัปดาห์ (ระหว่างก่อน	- เป็นการจัดกิจกรรมคนตรีแบบรายกลุ่ม - กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะต้องผ่านการประเมินความชื่นชอบดนตรีส่วนบุคคล โดยการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลก่อนทำกิจกรรม - กิจกรรมประกอบด้วย - การให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการกระวนกระวาย ฟังดนตรีเพียงอย่างเดียว ครั้งละ 45 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์ โดยมีการบันทึกและประเมินอาการของผู้ป่วยโดยนักอาชีวะบำบัดและผู้ช่วย 2 คน - สามารถนำไปปฏิบัติได้ - เนื่องจากทรงักงเป้าหมาย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุสมองเสื่อม

เรื่อง/ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	การบำบัด	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อการนำไปใช้
			- Clinical Dementia Rating scale CDR ประเมินเพื่อรับเข้า - Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), NeuroPsychiatric Inventory (NPI) ประเมินก่อนทำกิจกรรม สัปดาห์ที่ 3 และ 6 - บันทึกพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างตลอดการศึกษาโดยผู้สังเกตการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการศึกษา - กิจกรรมดนตรีจำนวน 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้งละ 45 นาที	ดนตรีบำบัดและหลังดนตรีบำบัดโดยใช้ Wilcoxon signed rank tests, $p = \text{no significant}$)	ระดับปานกลางถึงรุนแรง และมีอาการกระวนกระวาย - พยาบาลผู้ให้การบำบัดต้องผ่านการอบรมการใช้ดนตรีบำบัด

เรื่องผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	การบำบัด	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อการนำไปใช้
Park, H., & Pringle Specht, Janet K., (2009) Effect of Individualized Music on Agitation in Individuals with Dementia: Who Live at Home.	เพื่อตรวจสอบผลของการใช้ดนตรีเฉพาะรายในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ที่บ้าน	- กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน - วินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม - มีอาการแสดงของพฤติกรรมกระวนกระวายตามเกณฑ์ของ Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) - อาศัยอยู่ที่บ้านหรือที่พักอาศัยส่วนตัว - อายุระหว่าง 60-98 ปี - คะแนน MMSE 3-24 คะแนน - ร้อยละ 74 มีคะแนน MMSE น้อยกว่า 10 บ่งชี้ว่าสูญเสียการรู้คิดระดับรุนแรง - คะแนน Mini-Mental State Examination (MMSE) น้อย	- กิจกรรมแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 การประเมิน - สํารวจข้อมูลด้านประชากร - ระดับการสูญเสียการรู้คิด - ช่วงเวลาสูงสุดของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย - ความชื่นชอบส่วนตัวด้านดนตรี โดยใช้ Assessment of Personal Music Preference (APMP) - ระดับการสูญเสียการรู้คิดโดยใช้ Mini-Mental State Examination (MMSE) - ระยะที่ 2 การดำเนินการกิจกรรม - ให้ผู้ดูแลจัดหาแผ่นซีดีเพลงที่ผู้ป่วยชื่นชอบ	- ระดับความกระวนกระวายลดลงในขณะฟังดนตรี 30 นาทีมากกว่าก่อนการฟังดนตรี ($p < 0.05$) - แต่ในขณะที่ฟังดนตรีระดับความกระวนกระวายไม่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ - ระดับความกระวนกระวายหลังจากฟังดนตรีลดลงอย่างมีนัยสำคัญเทียบกับการฟังดนตรี ($p < 0.05$) - ระดับความกระวนกระวายลดลงขณะที่เข้าร่วมทดลองฟังเพลงที่พวกเขาชื่นชอบ และช่วงเวลาสูงสุดของการเกิดความกระวนกระวายลดลงหลังจากการฟังดนตรี - ($p < 0.05$)	- กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะต้องผ่านการประเมินความชื่นชอบดนตรีส่วนบุคคล โดยใช้เครื่องมือ Assessment of Personal Music Preference (APMP) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมดนตรี - กิจกรรมดนตรีแบบรายบุคคล จัดขึ้นที่บ้านหรือที่อาศัยของผู้สูงอายุ - สมองเสื่อม กิจกรรมประกอบด้วย การเปิดเพลงที่ผู้ป่วยชื่นชอบ โดยไม่ได้มีกิจกรรมอื่นร่วม ผู้เปิดเพลงคือญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ใช้เวลา 30 นาที จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เปรียบเทียบกับกรณีไม่มีกิจกรรมดนตรีอีกจำนวน 2 สัปดาห์ มีการ

เรื่อง/ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	การบำบัด	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อการนำไปใช้
		กว่า 25 คน - สามารถได้ยินเสียงพูดคุยปกติในระยะห่าง 1.5 ฟุต (45.2 เซนติเมตร) - สามารถแสดงความคิดเห็นส่วนตัวเกี่ยวกับดนตรีที่ชื่นชอบ หรือสมาชิกครอบครัวสามารถเสนอความคิดเห็นแทนได้ - ได้รับการยินยอมจากบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัว - ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวชอื่นๆ - ไม่มีอาการเจ็บปวดรุนแรง	พร้อมเครื่องเล่น - อธิบายขั้นตอน วิธีการ แก่ญาติผู้ดูแล - จัดขึ้น 30 นาที ก่อนช่วงเวลาสูงสุดของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย - เปิดเพลง 30 นาที ก่อนช่วงเวลาสูงสุดของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย - จัดกิจกรรมในวันอังคาร และวันศุกร์ - ทำกิจกรรมดนตรี 2 สัปดาห์ แล้วหยุดกิจกรรม - ดนตรี 2 สัปดาห์ แล้วทำซ้ำกระบวนการเดิมอีก 1 ครั้ง จำนวน 4 สัปดาห์ จนครบกิจกรรมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ - Assessment of Personal		บันทึกอาการของผู้ป่วยโดยญาติผู้ดูแล สามารถนำไปปฏิบัติได้ เนื่องจากตรงกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย แต่ต้องมีการสอนวิธีการเปิดเพลง และการใช้เครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยแก่ญาติผู้ดูแลจากพยาบาลที่ผ่านการอบรมการใช้ดนตรีบำบัด เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ที่บ้านของตนเอง

เรื่อง/ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	การบำบัด	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อการนำไปใช้
			Music Preference (APMP) ประเมินก่อนทำกิจกรรมดนตรี - Mini-Mental State Examination (MMSE), Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) ประเมิน 30 นาที ก่อน ระหว่าง และหลัง กิจกรรมดนตรี แต่ละครั้ง -Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) ประเมินใน สัปดาห์ที่ 2 และ 4 - ประเมินอาการกระวนกระวายโดยญาติผู้ดูแล ที่ผ่านการแนะนำจากพยาบาลผู้ทำการศึกษา - พยาบาลผู้ศึกษาติดตาม		

เรื่องผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	การบำบัด	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อการนำไปใช้
			ให้คำปรึกษาที่บ้าน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ -กิจกรรมดนตรีจำนวน 8 สัปดาห์ สัปดาห์ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที		
Gerdner, L.A., (2010) Evidence-Based Guideline: Individualized Music for Elders with Dementia	เพื่อบรรยายสมรรถนะของการบรรเทาอาการ กระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยการใช้ดนตรีรายบุคคล เป้าหมายของแนวปฏิบัตินี้ทำขึ้นเพื่อช่วยลดและป้องกันความถี่และความรุนแรงของการเกิดขึ้นของอาการ กระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม	- ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ที่บ้านที่พักอาศัยส่วนตัว หรือสถานดูแลที่มิใช่ญาติให้การดูแล - มีการแสดงของพฤติกรรม กระวนกระวาย - สามารถได้ยินเสียงพูดคุยปกติ ในระยะห่าง 1.5 ฟุต - ไม่มีการสูญเสียด้านการได้ยิน - ไม่มีอาการปวด หรืออาการเริ่มแรกของการเจ็บป่วยอื่นๆ ที่สามารถรักษาได้	1.หาข้อสรุปของ ความสำคัญของคนตรีต่อผู้ป่วย - ประเมิน สัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบประเมิน ความชอบดนตรีส่วนบุคคล (ฉบับผู้ป่วย) - กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ให้สัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับความชอบและการสะสมเครื่องดนตรีหรือแผ่นเสียง - จัดหาเครื่องดนตรี	- สามารถลดความถี่ของอาการพฤติกรรมกระวนกระวาย - สามารถลดความถี่ของอาการ กระวนกระวาย โดยกิจกรรมดนตรีถูกจัดขึ้น 30 นาทีก่อนช่วงเวลาสูงสุดของการเกิดอาการกระวนกระวาย - ผู้ป่วยจะต้องผ่านการประเมินความชอบด้านดนตรีส่วนบุคคลก่อนเข้าร่วมกิจกรรมดนตรี โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแล	

เรื่อง/ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	การบำบัด	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อการนำไปใช้
			ตามความเหมาะสมและเลือกใช้กับผู้ป่วย 2. ทำการเปิดดนตรีที่ได้รับการคัดเลือกแล้ว - จัดกิจกรรมดนตรี 30 นาที ก่อนช่วงเวลาสูงสุดของการเกิดอาการกระวายเป็นเวลาสั้นๆ - ใช้เครื่องเล่นเทปและเครื่องเล่นซีดี หรือ MP3 และ iPod ในการเปิดเพลงสำหรับผู้ป่วย - ใช้เวลาอย่างน้อยที่สุด 30 นาที ในสถานที่ซึ่งผู้ป่วยใช้เวลาอยู่เป็นประจำทุกวัน - ควบคุมความดังของเสียงหรือความดังของดนตรี - สังเกตอาการแสดงของ		- ใช้เวลาเปิดเพลงวันละ 30 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมในสถานที่ซึ่งผู้ป่วยใช้เวลาอยู่มากที่สุด เพื่อป้องกันการเกิดอาการกระวายเป็นเวลาสั้นๆ - มีความเป็นไปได้อย่างดีในการนำไปใช้จริงในหน่วยงาน ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง ที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมโดย เฉพาะพฤติกรรมกระวายเป็นเวลาที่พบมากที่สุด - พยาบาลผู้ให้การบำบัดต้องผ่านการอบรมการใช้ดนตรีบำบัด

เรื่อง/ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	การบำบัด	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อการนำไปใช้
			พฤติกรรมกรรมกรวาทและปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมกรรมกรวาท 3.การประเมิน - ติดตามผู้ป่วยในคณะที่ดนตรีบรรเลง โดยไม่รบกวนหรือกระตุ้นผู้ป่วย - สามารถหยุดดนตรีได้ทันที หากผู้ป่วยเริ่มมีความถี่ของพฤติกรรมกรรมกรวาทให้เห็นมากขึ้น - จัดกิจกรรมในสถานที่ซึ่งผู้ป่วยใช้เวลาอยู่มากที่สุด เพื่อป้องกันการเกิดอาการกรรมกรวาทจากการเปลี่ยนแปลงแวดล้อม - เพลงที่ใช้ ต้องเป็นเพลง		

เรื่องผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	การบำบัด	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อการนำไปใช้
			ที่ผู้ป่วยสนใจขอ โดยประเมินจากผู้ดูแลหรือจากตัวผู้ป่วยเอง -กิจกรรมดนตรีจำนวน 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที		
Chang, F-Y., Huang, H-C., Lin, K-C & Lin, L-C. (2010) The effect of a music programme during lunchtime on the problem behaviour of the older residents with dementia at an institution in Taiwan	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการจัดดนตรีระหว่างมื้ออาหารกลางวัน ต่อปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม	- กลุ่มตัวอย่างจำนวน 41 คน - ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันการรักษามือป่วยสมองเสื่อม - ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมองเสื่อม - อายุ 65 ปีขึ้นไป - คะแนน MMSE เท่ากับหรือน้อยกว่า 23 (เท่ากับหรือน้อยกว่า 15 สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษาตามเกณฑ์พื้นฐาน)	กิจกรรมดนตรีที่จัดขึ้นมีดังนี้ - กำหนดระดับของเสียงไว้ที่ 60-65 เดซิเบล - ใช้เสียงจากธรรมชาติ เสียงจากธรรมชาติ ในจังหวะ ทำนองที่มีความใกล้เคียงกับอัตราการเต้นของหัวใจมนุษย์ (60-80 บีทนาที) ประกอบด้วยเสียงดนตรีจากการบรรเลงเปียโนเพียงอย่างเดียว และเสียงธรรมชาติ เช่น เสียง	การศึกษาแสดงให้เห็นว่า การใช้ดนตรีสามารถช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวทางร่างกายของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มตัวอย่าง 81.68 ปี	- ผู้ป่วยจะต้องผ่านการประเมินความชื่นชอบด้านดนตรีส่วนบุคคลก่อนเข้าร่วมกิจกรรมดนตรี โดยการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล - เป็นการจัดกิจกรรมดนตรีแบบรายกลุ่ม ในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่อยู่ในการดูแลแบบผู้ป่วยใน โดยการเปิดเพลงผ่านเสียงตามสาย ให้ผู้ป่วยฟังในระหว่างมื้ออาหารกลางวัน จากการศึกษานี้มีความ

เรื่อง/ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	การบำบัด	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อการนำไปใช้
		- ไม่สูญเสียการได้ยิน - ไม่เคยได้รับการฟังดนตรีในสถาบันมาก่อน - ไม่มีข้อจำกัดที่ต้องนอนอยู่บนเตียง	นก เสียงปาลาพ เสียงนำไหล - สัปดาห์ที่ 1 ผู้สังเกตการณ์จะติดตาม บันทึกชนิดและความถี่ของปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยระหว่างเวลา 9.00–21.00 น. - เปิดดนตรีผ่านเสียงตามสายของสถาบัน ในสัปดาห์ที่ 2 ของศึกษาในช่วงเวลาของมื้ออาหารกลางวัน (11.00 – 12.00 น.) ต่อเนื่องเป็นเวลา 7 วันในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6 และ 8 โดยไม่เปิดเพลงในสัปดาห์ที่ 1, 3, 5 และ 7 - ก่อนทำกิจกรรมดนตรีจะมีการติดตามเก็บข้อมูลโดย		เป็นไปได้สูงในการนำไปใช้จริงในหน่วยงาน ซึ่งเป็นผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย โดยกิจกรรมมีความสอดคล้องกับกิจกรรมการดูแลปกติของหน่วยงาน มีความเหมาะสมที่จะเปิดเพลงในระหว่างมื้ออาหารกลางวันในผู้ป่วยกลุ่มนี้ - พยาบาลผู้ให้การบำบัดต้องผ่านการอบรมการใช้ดนตรีบำบัด

เรื่อง/ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	การบำบัด	ผลการวิจัย	สรุปประเด็นเพื่อการนำไปใช้
			ใช้ Bathel Activity Daily Living (bADL), Mini-Mental State Examination (MMSE) เป็นเวลา 1 สัปดาห์ และ Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) ประเมินสัปดาห์ที่ 4 และ 8 - จัดกิจกรรมดนตรีทุกวันในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8 ในระหว่างมีอาหารกลางวัน - สัปดาห์ที่ 1, 3, 5, 7 ไม่มีกิจกรรมดนตรี สลับกันจนครบ 8 สัปดาห์		

จากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 6 เรื่องที่มีเนื้อหาตรงประเด็นกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข เนื้อหาประเด็นที่ได้จากการสังเคราะห์มีดังต่อไปนี้

3.3.1 ผู้เข้าร่วมการบำบัด มีอายุระหว่าง 60-98 ปี (Sung et al., 2006: Level II; Park et al., 2009: Level IV; Chang et al., 2010: Level IV) อย่างไรก็ตามมีบางงานวิจัยผู้ร่วมการบำบัดมีอายุระหว่าง 84 – 101 ปี (Tuet et al., 2006: Level IV) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง (Park et al., 2009: Level IV ; Chang et al., 2010: Level IV) และโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์หรือโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมอง (Alzheimer's type or Vascular Dementia) ตามเกณฑ์ DSM-IV (Raglio et al., 2008: Level II ; Tuet et al., 2006 : Level IV) มีอาการแสดงของพฤติกรรมกระวนกระวายตามเกณฑ์การประเมินของ Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (Sung et al., 2006: Level II ; Park et al., 2009 : Level IV ; Chang et al., 2010 : Level IV ; Tuet et al., 2006: Level IV ; Gerdner, 2010 : Level II) มีความสามารถในการทำกิจกรรมและทำตามคำสั่งอย่างง่ายได้ มีความเข้าใจในภาษา สามารถสนทนาอย่างง่ายได้ ไม่มีการสูญเสียการได้ยิน (Sung et al., 2006: Level II ; Chang et al., 2010 : Level IV ; Tuet et al., 2006: Level IV ; Gerdner, 2010 : Level II) สามารถได้ยินเสียงพูดคุยกติ ในระยะห่าง 1.5 ฟุต (Gerdner, 2010 : Level II ; Park et al., 2009 : Level IV) ไม่มีอาการของโรคทางกายในระยะเริ่มต้น ไม่มีอาการเจ็บปวดหรือติดเชื้อทางร่างกายอย่างรุนแรง หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอก (Sung et al., 2006: Level II ; Chang et al., 2010 : Level IV ; Gerdner, 2010 : Level II) ผู้ร่วมการบำบัดทุกรายต้องมีผู้อภิบาลหรือญาติให้ความยินยอมก่อนเข้าร่วมการบำบัด (Sung et al., 2006: Level II ; Chang et al., 2010 : Level IV ; Tuet et al., 2006: Level IV ; Gerdner, 2010 : Level II ; Park et al., 2009 : Level IV ; Raglio et al., 2008 : Level II)

3.3.2 จำนวนครั้งในการบำบัด มีความแตกต่างกัน ตั้งแต่ 2-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30-45 นาที (Sung et al., 2006: Level II ; Tuet et al., 2006: Level IV ; Gerdner, 2010 : Level II ; Park et al., 2009 : Level IV ; Raglio et al., 2008 : Level II) นอกจากนี้อีก 1 งานวิจัยมีการแบ่งจำนวนครั้งของการบำบัดแตกต่างกัน คือ จัดกิจกรรมดนตรีทุกวัน วันละ 60 นาที (Chang et al., 2010 : Level IV) แต่ใช้ระยะเวลาในการบำบัดใกล้เคียงกัน คือ 4-16 สัปดาห์ (Sung et al., 2006: Level II ; Tuet et al., 2006: Level IV ; Gerdner, 2010 : Level II ; Park et al., 2009 : Level IV ; Raglio et al., 2008 : Level II ; Chang et al., 2010 : Level IV)

3.3.3 งานวิจัยที่เป็นการบำบัดแบบรายบุคคลจะทำในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ที่บ้าน เป็นการบำบัดที่บ้านของผู้ป่วย รูปแบบการบำบัดแบ่งเป็น 2 สัปดาห์แรกมีกิจกรรมดนตรี อีก 2 สัปดาห์ไม่มีกิจกรรมดนตรีซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งกระบวนการนี้จะถูกทำซ้ำอีก

ครั้งจนครบจำนวน 8 สัปดาห์ของการบำบัด โดยมีการบันทึกและประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้ง สัปดาห์ที่มีกิจกรรมการบำบัดและสัปดาห์ที่ไม่มีกิจกรรมการบำบัด (Park et al., 2009: Level IV)

3.3.4 งานวิจัยที่เป็นการบำบัดแบบรายกลุ่ม ทำในผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล สถานดูแล สถานรับเลี้ยงหรือศูนย์การดูแลกลางวัน แบ่งกิจกรรมการบำบัดออกเป็นสัปดาห์ที่ 1, 3, 5 และ 7 เป็นสัปดาห์ที่ไม่มีกิจกรรมการบำบัด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6 และ 8 เป็นสัปดาห์ที่มีกิจกรรมการบำบัดด้วยดนตรี ซึ่งจะมีการบันทึกและประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งสัปดาห์ที่มีกิจกรรมการบำบัดและสัปดาห์ที่ไม่มีกิจกรรมการบำบัด (Chang et al., 2010: Level IV)

3.3.5 การจัดกิจกรรมดนตรี จะแบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับลักษณะประชากร การประเมินก่อนเริ่มกิจกรรมดนตรี ใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานหลายชนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินพฤติกรรม กระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือ The Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (Sung et al., 2006: Level II; Raglio et al., 2008: Level II; Tuet et al., 2006: Level IV; Park et al., 2009: Level IV) นอกจากนี้ประเมินอาการทางพฤติกรรมและอาการทางจิตในผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วย NeuroPsychiatric Inventory (NPI) (Raglio et al., 2008: Level II; Tuet et al., 2006: Level IV; Park et al., 2009: Level IV) และประเมินความชื่นชอบด้านดนตรีเฉพาะบุคคลด้วยแบบประเมิน Assessment of Personal Music Preference (APMP) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างยิ่งในกิจกรรมดนตรีบำบัด (Park et al., 2009: Level IV)

ส่วนที่ 2 เป็นขั้นตอนของกิจกรรมการใช้ดนตรี เพื่อการลดอาการกระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ช่วง คือ

ช่วงที่ 1 ระยะเตรียมการ

- เตรียมสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีสิ่งรบกวน หรือมีห้องเฉพาะสำหรับจัดกิจกรรม (Sung et al., 2006: Level II; Gerdner, 2010: Level II; Park et al., 2009: Level IV)

- เตรียมอุปกรณ์ประกอบด้วย เทปบันทึกเพลงที่ผู้ป่วยชื่นชอบ แผ่นซีดีพร้อมเครื่องเล่น หรือเครื่องเล่น MP3 อุปกรณ์ก็พ่ายอย่างง่าย เช่น ลูกบอล (Sung et al., 2006: Level II ; Raglio et al., 2008 : Level II ; Tuet et al., 2006: Level IV ; Park et al., 2009 : Level IV ; Gerdner, 2010 : Level II ; Chang et al., 2010 : Level IV)

- อธิบายขั้นตอน วิธีการใช้เครื่องมือและการประเมินผู้ป่วยแก่ญาติผู้ดูแล (Park et al., 2009: Level IV; Gerdner, 2010: Level II)

ช่วงที่ 2 ระยะบำบัด

- ทำการเปิดดนตรีที่ได้รับการคัดเลือกแล้ว ตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ เปิดเพลงอย่างน้อย 30 นาที ก่อนช่วงเวลาสูงสุดของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย จะทำให้เกิดผลสำเร็จที่มีประสิทธิภาพสูงสุดของการจัดดนตรีบำบัด (Sung et al., 2006: Level II; Raglio et al., 2008: Level II; Tuet et al., 2006: Level IV; Park et al., 2009: Level IV; Gerdner, 2010: Level II)

- ดนตรีบำบัดในแต่ละครั้งใช้เวลาอย่างน้อยที่สุด 30 นาที ไม่เกิน 60 นาที ในสถานที่ซึ่งผู้ป่วยใช้เวลาอยู่นั้นเป็นส่วนใหญ่ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังสถานที่แห่งใหม่อาจเป็นต้นเหตุของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย (Sung et al., 2006: Level II; Raglio et al., 2008: Level II; Tuet et al., 2006: Level IV; Park et al., 2009: Level IV; Gerdner, 2010: Level II; Chang et al., 2010: Level IV)

- ความดังของเสียง หรือความดังของดนตรี จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกำหนดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม กำหนดระดับของเสียงไว้ที่ 60 – 65 เดซิเบล โดยใช้เพลงที่ได้จากการประเมินความชื่นชอบด้านดนตรีของผู้ป่วย เช่น เพลงเกี่ยวกับศาสนาความเชื่อ เพลงคลาสสิก เพลงพื้นบ้าน เพลงเพื่อชีวิต เพลงที่มีเนื้อหา ทำนองเรียบๆ นุ่มนวล ฟังสบาย เสียงดนตรีจากการบรรเลงเปียโนเพียงอย่างเดียว เสียงเพลงที่ไม่มีเนื้อร้องมีแต่ทำนองของเครื่องดนตรี (Sung et al., 2006: Level II ; Raglio et al., 2008 : Level II ; Tuet et al., 2006: Level IV ; Park et al., 2009 : Level IV ; Gerdner, 2010 : Level II) หรือใช้เสียงจากธรรมชาติในจังหวะที่พอเหมาะใกล้เคียงกับอัตราการเต้นของหัวใจมนุษย์(60 – 80 บีท/นาที) และใช้เสียงธรรมชาติ เช่น เสียงนก เสียงปลาพ เสียงน้ำไหล เป็นต้น (Chang et al., 2010: Level IV)

- ลักษณะของกิจกรรมดนตรีมีหลากหลายกิจกรรม ตามแนวทางการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วม สามารถสรุปได้ ดังนี้

1) ฟังเพลงและเคลื่อนไหวร่างกายส่วนปลาย (แขน ขา) ตามดนตรี กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ เคลื่อนไหวโดยการ เล่นลูกบอลหรืออุปกรณ์อย่างง่าย (Sung et al., 2006: Level II) ออกกำลังกายอย่างง่าย เช่น เตะลูกบอลพร้อม ๆ กับการฟังเพลง กิจกรรมเน้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายทุกส่วนอย่างอิสระ (Tuet et al., 2006: Level IV)

2) เปิดเพลงให้ผู้ป่วยฟังและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ มีการสื่อสารระหว่างสมาชิกและผู้บำบัด (Raglio et al., 2008 : Level II; Park et al., 2009 : Level IV; Gerdner, 2010 : Level II)

3) ฟังและร้องตามเพลงโดยไม่ใช้เครื่องดนตรี หรือการฟังและร้องตามเพลงโดยใช้เครื่องดนตรีอย่างง่ายหลากหลายชนิด (Tuet et al., 2006: Level IV)

4) เปิดดนตรีผ่านเสียงตามสายช่วงเวลาระหว่างมื้ออาหารกลางวัน (11.00 - 12.00 น.) (Chang et al., 2010: Level IV)

ช่วงที่ 3 ระยะประเมินผล

- การประเมินอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่ข้อสรุปของการตอบสนองต่อดนตรีบำบัดในผู้ป่วย การเฝ้าติดตามผู้ป่วยในขณะที่ดนตรีบรรเลง จะต้องแน่ใจว่าจะไม่ทำให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย เพิ่มมากขึ้น หรือเกิดอาการสับสนอย่างสังเกตเห็นได้ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย และ/หรือมีอาการสับสนอาจเลือกกิจกรรมดนตรีที่มีกลุ่มขนาดเล็กได้ (Gerdner, 2010 : Level II)

- หากผู้สูงอายุเริ่มมีความถี่ของพฤติกรรมกระวนกระวายให้เห็นมากขึ้นในช่วง ระหว่างการทำดนตรีบำบัด สามารถหยุดดนตรีลงได้ในทันที อาจทำการประเมินความชอบด้าน ดนตรีส่วนบุคคลของผู้ป่วยอีกครั้ง สามารถเลือกใช้ดนตรีสำรองเปิดในวันอื่น ๆ ได้ หากผู้ป่วยมี การตอบสนองในทางลบต่อดนตรีที่เลือก ควรยุติการทำดนตรีบำบัด (Gerdner, 2010 : Level II)

3.3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผลของการใช้ดนตรีในการลดพฤติกรรม กระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Behaviour and Psychological Symptom of Dementia : BPSD) ประกอบด้วย 1) Global Deterioration Scale (GDS) เพื่อแบ่งระดับของภาวะสมองเสื่อม 2) The Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) เพื่อประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ป่วย สมองเสื่อม (Sung et al., 2006: Level II; Raglio et al., 2008: Level II; Tuet et al., 2006: Level IV; Park et al., 2009: Level IV) 3) Barthel index Daily Living ประเมินความสามารถของการทำ กิจกรรม 4) Mini-Mental State Examination (MMSE) แบบทดสอบในการตรวจหาภาวะความพิการ ทางสมอง 5) Clinical Dementia Rating (CDR) ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม 6) Neuro-Psychiatric Inventory (NPI) ประเมินอาการทางพฤติกรรมและอาการทางจิตในผู้ป่วย สมองเสื่อม (Raglio et al., 2008 : Level II ; Tuet et al., 2006: Level IV ; Park et al., 2009 : Level IV ; Chang et al., 2010 : Level IV) 7) Assessment of Personal Music Preference (APMP) ประเมินความ ชื่นชอบในด้านดนตรีเฉพาะบุคคล (Park et al., 2009: Level IV) 8) Disruptive Behavior Scale (DBS) เพื่อวัดความถี่และความรุนแรงของการเกิดพฤติกรรมแตกแยกยุ่งเหยิงในระหว่างช่วงเวลาทำ กิจกรรม (Gerdner, 2010: Level II)

3.3.7 การติดตามประเมินผล ส่วนใหญ่มีการใช้เครื่องมือที่คล้ายคลึงกันและมี ระยะเวลาการประเมินที่ใกล้เคียงกันในช่วงก่อน ระหว่างและสิ้นสุดการใช้ดนตรีโดยใช้แบบ ประเมิน Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) และ NeuroPsychiatric Inventory (NPI) (Sung et al., 2006: Level II; Raglio et al., 2008: Level II; Tuet et al., 2006: Level IV; Park et al., 2009: Level IV; Gerdner, 2010: Level II; Chang et al., 2010: Level IV)

3.3.8 ผู้บำบัดจะต้องเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมการใช้ดนตรีและการใช้เครื่องมือในการประเมินและจะต้องเป็นคนเดียวกันตลอดการศึกษา (Sung et al., 2006: Level II; Chang et al., 2010: Level IV; Tuet et al., 2006: Level IV; Gerdner, 2010: Level II; Park et al., 2009: Level IV; Raglio et al., 2008: Level II) ในกรณีที่เป็นการกิจกรรมดนตรีแบบรายบุคคลซึ่งจัดขึ้นที่บ้านของผู้ป่วย ผู้ประเมินจะเป็นญาติผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมการใช้ดนตรีและการใช้เครื่องมือในการประเมินจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมแล้วและจะติดตามให้คำปรึกษาที่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (Park et al., 2009: Level IV; Gerdner, 2010: Level II)

3.4 สรุปข้อแนะนำ (recommendations) ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

การดำเนินการสืบค้นหาแนวทางในการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม เพื่อประโยชน์ในการช่วยลดพฤติกรรมกระวนกระวายที่เกิดขึ้นแล้ว ยังช่วยให้เกิดการผ่อนคลายและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดการเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย ลดการจำกัดพฤติกรรมและส่งเสริมการนอนหลับในเวลากลางคืน นอกจากนี้ยังสามารถที่จะนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการบำบัดรักษาผู้สูงอายุสมองเสื่อมในสถานบำบัดอื่นๆ ที่มีลักษณะผู้ป่วยคล้ายกัน และจากการสกัดผลการวิจัยทั้งหมด 6 เรื่องสามารถสรุปประเด็น ข้อแนะนำได้ดังนี้

1. คุณสมบัติของผู้รับการบำบัด

1.1 เป็นผู้สูงอายุเพศชายหรือหญิงวัยสูงอายุ (Sung et al., 2006: Level II; Park et al., 2009: Level IV; Chang et al., 2010: Level IV)

1.2 เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง (Park et al., 2009: Level IV; Chang et al., 2010: Level IV) และโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์หรือโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมอง (Alzheimer's type or Vascular Dementia) ตามเกณฑ์ DSM-IV (Raglio et al., 2008: Level II; Tuet et al., 2006: Level IV)

1.3 เป็นผู้ที่มีอาการแสดงของพฤติกรรมกระวนกระวายตามเกณฑ์การประเมินของ Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (Sung et al., 2006: Level II; Park et al., 2009: Level IV; Chang et al., 2010: Level IV; Tuet et al., 2006: Level IV; Gerdner, 2010: Level II)

1.4 เป็นผู้ที่ได้รับการประเมินภาวะเพ้อ (delirium) เพื่อแยกออกจากอาการกระวนกระวายและได้รับการรักษาภาวะเพ้อก่อนการให้กิจกรรมดนตรีบำบัด นอกจากนี้ไม่มี

อาการของโรคทางกายในระยะเริ่มต้น ไม่มีอาการเจ็บปวดหรือติดเชื้ทางร่างกายอย่างรุนแรง หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอก รวมทั้งไม่เป็นผู้ที่มิข้อจำกัดในการที่ต้องนอนอยู่บนเตียง (Sung et al., 2006: Level II; Chang et al., 2010: Level IV; Gerdner, 2010: Level II)

1.5 เป็นผู้ที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมและทำตามคำสั่งอย่างง่าย ได้ มีความเข้าใจในภาษา สามารถสนทนาอย่างง่ายได้ ไม่มีการสูญเสียการได้ยิน (Sung et al., 2006: Level II; Chang et al., 2010: Level IV; Tuet et al., 2006: Level IV; Gerdner, 2010: Level II) สามารถได้ยินเสียงพูดคุยปกติในระยะห่าง 1.5 ฟุต (Gerdner, 2010: Level II; Park et al., 2009: Level IV)

2. คุณสมบัติของผู้ให้การบำบัด

2.1 ผู้บำบัดจะต้องเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมการใช้ดนตรีและการใช้เครื่องมือในการประเมินและจะต้องเป็นคนเดียวกันตลอดการศึกษา (Sung et al., 2006: Level II; Chang et al., 2010: Level IV; Tuet et al., 2006: Level IV; Gerdner, 2010: Level II; Park et al., 2009 : Level IV ; Raglio et al., 2008 : Level II)

2.2 ในกรณีที่เป็นการกิจกรรมดนตรีแบบรายบุคคลซึ่งจัดขึ้นที่บ้านของผู้ป่วย ผู้บำบัดจะเป็นญาติผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมการใช้ดนตรี ฝึกการสังเกตผู้ป่วยและการใช้เครื่องมือในการประเมินจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมแล้วและจะติดตามให้คำปรึกษาที่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (Park et al., 2009: Level IV; Gerdner, 2010: Level II)

3. รูปแบบของการใช้ดนตรี ระยะเวลาและ เครื่องมือที่ใช้ประเมินประสิทธิผลของการใช้ดนตรีบำบัด

3.1 การใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อมทำเป็นแบบรายกลุ่มหรือรายบุคคลก็ได้ (Sung et al., 2006: Level II; Chang et al., 2010: Level IV; Tuet et al., 2006: Level IV; Gerdner, 2010: Level II; Park et al., 2009: Level IV) งานวิจัยที่เป็นการบำบัดแบบรายบุคคลจะทำในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ที่บ้าน เป็นการบำบัดที่บ้านของผู้ป่วย รูปแบบการบำบัดแบ่งเป็น 2 สัปดาห์แรกมีกิจกรรมดนตรี อีก 2 สัปดาห์ไม่มีกิจกรรมดนตรีซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งกระบวนการนี้จะถูกทำซ้ำอีกครั้งจนครบจำนวน 8 สัปดาห์ของการบำบัด โดยมีการบันทึกและประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งสัปดาห์ที่มีกิจกรรมการบำบัดและสัปดาห์ที่ไม่มีกิจกรรมการบำบัด (Park et al., 2009: Level IV; Gerdner, 2010: Level II) การบำบัดแบบรายกลุ่ม ทำในผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล สถานดูแล สถานรับเลี้ยงหรือศูนย์การดูแลกลางวัน แบ่งกิจกรรมการบำบัดออกเป็นสัปดาห์ที่ 1, 3, 5 และ 7 เป็นสัปดาห์ที่ไม่มีกิจกรรมการบำบัด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6 และ 8 เป็นสัปดาห์ที่มีกิจกรรมการบำบัดด้วย

ดนตรี ซึ่งจะมีการบันทึกและประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งสัปดาห์ที่มีกิจกรรมการบำบัดและสัปดาห์ที่ไม่มีกิจกรรมการบำบัด (Sung et al., 2006: Level II; Chang et al., 2010: Level IV; Tuet et al., 2006: Level IV)

3.2 คนตรีที่ใช้ทั้งแบบการบำบัดแบบรายกลุ่มและการบำบัดแบบรายบุคคล จะต้องผ่านการประเมินความชื่นชอบจากผู้ป่วยก่อน ควรมีเนื้อหา ทำนองเรียบๆ นุ่มนวล ฟังสบาย เสียงดนตรีจากการบรรเลงเปียโนเพียงอย่างเดียว หรือเสียงเพลงที่ไม่มีเนื้อร้องมีแต่ทำนองของเครื่องดนตรี (Sung et al., 2006: Level II; Raglio et al., 2008: Level II ; Tuet et al., 2006: Level IV; Park et al., 2009: Level IV; Gerdner, 2010: Level II) หรือใช้เสียงจากธรรมชาติในจังหวะที่พอเหมาะใกล้เคียงกับอัตราการเต้นของหัวใจมนุษย์ (60 – 80 บีท/นาที) หรือใช้เสียงธรรมชาติ เช่น เสียงนก เสียงปลาพ เสียงน้ำไหล เป็นต้น (Chang et al., 2010: Level IV) นอกจากนี้ดนตรีบำบัดแบบรายบุคคล อาจทำการปรึกษามาชิกในครอบครัวเพื่อประเมินความชอบดนตรีส่วนบุคคลของผู้ป่วยและช่วยเหลือให้มีตัวเลือกในทางดนตรีที่ใช้บำบัดมากขึ้น (Gerdner, 2010 : Level II)

3.3 ทำการเปิดดนตรีที่ได้รับการคัดเลือกแล้ว ก่อนช่วงเวลาสูงสุดของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างน้อย 30 นาที ในสถานที่ซึ่งผู้ป่วยมักใช้เวลาอยู่สถานทีนั้น เป็นส่วนใหญ่ (Sung et al., 2006: Level II; Raglio et al., 2008: Level II; Tuet et al., 2006: Level IV; Park et al., 2009: Level IV; Gerdner, 2010: Level II) หรือเปิดดนตรีในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยทำกิจกรรม เช่น ช่วงเวลาระหว่างมื้ออาหารกลางวัน (11.00 – 12.00 น.) (Chang et al., 2010: Level IV)

3.4 กำหนดระดับของเสียงดนตรีที่ 60-65 เดซิเบล โดยใช้เพลงที่ได้จากการประเมินความชื่นชอบด้านดนตรีของผู้ป่วย (Sung et al., 2006: Level II ; Raglio et al., 2008 : Level II ; Tuet et al., 2006: Level IV ; Park et al., 2009 : Level IV ; Gerdner, 2010 : Level II)

3.5 ลักษณะของการใช้ดนตรีมีหลายรูปแบบ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วม เช่น 1) ฟังเพลงและเคลื่อนไหวร่างกายส่วนปลาย (แขน ขา) โดยการเล่นลูกบอลหรืออุปกรณ์อย่างง่าย พร้อม ๆ กับการฟังเพลง จะเป็นกิจกรรมเน้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายทุกส่วนอย่างอิสระ (Sung et al., 2006: Level II, Tuet et al., 2006: Level IV) 2) เปิดเพลงและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก (Raglio et al., 2008: Level II; Park et al., 2009: Level IV; Gerdner, 2010: Level II) 3) ฟังและร้องตามเพลงโดยไม่ใช้เครื่องดนตรี หรือการฟังและร้องตามเพลงโดยใช้เครื่องดนตรีอย่างง่ายหลากหลายชนิด (Tuet et al., 2006: Level IV) หรือ 4) เปิดดนตรีผ่านเสียงตามสายช่วงเวลาระหว่างมื้ออาหารกลางวัน (11.00 – 12.00 น.) (Chang et al., 2010: Level IV)

3.6 ประเมินพฤติกรรมการตอบสนองต่อดนตรีระหว่างผู้ป่วยและนักดนตรีบำบัด โดย MTCS (Music Therapy Coding Scheme) ที่สังเกตได้จากการมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและนักดนตรีบำบัด พฤติกรรมความใส่ใจ ความมีส่วนร่วมของผู้ป่วยว่ามีส่วนร่วมอย่างดีในกิจกรรมดนตรีบำบัดหรือไม่ใส่ใจ ไม่มีส่วนร่วม เล่นเครื่องดนตรีโดยปราศจากการมีสัมพันธภาพ หากผู้ป่วยเริ่มมีความถี่ของพฤติกรรมกระวนกระวายให้เห็นมากขึ้นหรือมีการตอบสนองในทางลบต่อดนตรีที่เลือก ควรยุติการทำดนตรีบำบัด (Gerdner, 2010 : Level II; Raglio et al., 2008: Level II)

3.7 ระยะเวลาที่ใช้และ จำนวนครั้งของการบำบัด ควรใช้ระยะเวลาในการบำบัดอย่างน้อย 16 สัปดาห์ๆละ 2-4 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที (Sung et al., 2006: Level II; Raglio et al., 2008: Level II; Tuet et al., 2006: Level IV; Park et al., 2009: Level IV; Gerdner, 2010: Level II) หรือจัดกิจกรรมดนตรีทุกวันๆ ละ 60 นาที (Chang et al., 2010: Level IV) นอกจากนี้ควรให้ญาติได้สังเกตการจัดกิจกรรมดนตรีบำบัดขณะอยู่โรงพยาบาลก่อน เพื่อให้สามารถจัดกิจกรรมดนตรีบำบัดได้และมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างต่อเนื่องเมื่ออยู่ที่บ้าน

3.8 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผลของการใช้ดนตรีในการลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม ประกอบด้วย 1) The Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) เพื่อประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย (Sung et al., 2006: Level II; Raglio et al., 2008: Level II; Tuet et al., 2006: Level IV; Park et al., 2009: Level IV) 2) Neuro-Psychiatric Inventory (NPI) ประเมินอาการทางพฤติกรรมและอาการทางจิต (Raglio et al., 2008 : Level II ; Tuet et al., 2006: Level IV ; Park et al., 2009 : Level IV ; Chang et al., 2010 : Level IV) 3) Assessment of Personal Music Preference (APMP) ประเมินความชื่นชอบดนตรีเฉพาะบุคคล (Park et al., 2009: Level IV) 4) Disruptive Behavior Scale (DBS) เพื่อวัดความถี่และความรุนแรงของการเกิดพฤติกรรมแตกแยกในระหว่างช่วงเวลาทำกิจกรรม (Gerdner, 2010: Level II)

บทที่ 4

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

4.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ของแนวทางการใช้ดนตรีในการลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โดยมีกระบวนการดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้คือ 1) การกำหนดปัญหาทางคลินิกที่สนใจ 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และสืบค้นด้วยมือ 3) การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่สนใจ 4) การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อหาข้อแนะนำ จากผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพ 6 เรื่องเป็นงานวิจัยที่เป็นแนวปฏิบัติจำนวน 1 เรื่อง ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 2 งานวิจัยเชิงทดลองมีการสุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trials) จำนวน 2 เรื่อง ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 2 งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) มีกลุ่มทดลองทดสอบก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 3 เรื่อง ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4 นำผลงานวิจัยทั้ง 6 เรื่องมาวิเคราะห์และสังเคราะห์สรุปเป็นข้อแนะนำเรื่องการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยมีสาระหลักดังนี้คือ 1) ผู้รับการบำบัดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรงและมีอาการแสดงของพฤติกรรมกระวนกระวายตามเกณฑ์การประเมิน 2) มีความเข้าใจในภาษา สามารถสนทนาอย่างง่ายได้ ไม่มีการสูญเสียการได้ยิน 3) การใช้ดนตรีสามารถทำเป็นแบบรายกลุ่มหรือรายบุคคลก็ได้ 4) ดนตรีที่ใช้จะต้องผ่านการประเมินความชอบเฉพาะบุคคลก่อนการบำบัด 5) ลักษณะของการใช้ดนตรีมีหลายรูปแบบโดยจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกิจกรรม 6) กำหนดระดับของเสียงดนตรีที่ 60-65 เดซิเบล และควรมีทำนองนุ่มนวล จังหวะใกล้เคียงกับอัตราการเต้นของหัวใจมนุษย์หรือใช้เสียงธรรมชาติ เช่น เสียงนก เสียงปลาพ เสียงน้ำไหล เป็นต้น 6) เปิดดนตรีที่ได้รับการคัดเลือกแล้วก่อนช่วงเวลาสูงสุดของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างน้อย 30 นาที หรือในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยทำกิจกรรม เช่น ช่วงเวลาระหว่างมื้ออาหารกลางวัน 7) หากผู้ป่วยเริ่มมีความถี่ของพฤติกรรมกระวนกระวายให้เห็นมากขึ้นหรือมีการตอบสนองในทางลบขณะเปิดดนตรี ควรยุติการทำ 8) ระยะเวลาที่ใช้และ จำนวนครั้งของการบำบัด ควรใช้ระยะเวลาในการบำบัดอย่างน้อย 4 สัปดาห์ๆละ 2-4 ครั้ง

ครั้งละ 30-45 นาที หรือจัดกิจกรรมดนตรีทุกวันๆ ละ 60 นาที นอกจากนี้ควรให้ญาติได้สังเกตการจัดกิจกรรมดนตรีบำบัดขณะอยู่โรงพยาบาลก่อน เพื่อให้สามารถจัดกิจกรรมดนตรีบำบัดได้และมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างต่อเนื่องเมื่ออยู่ที่บ้าน 9) ผู้บำบัดจะต้องเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมการใช้ดนตรีและการใช้เครื่องมือในการประเมินและจะต้องเป็นบุคคลเดียวกันตลอดการบำบัด

4.2 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ คือ

4.2.1 จากการทบทวนและสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในต่างประเทศ งานวิจัยในประเทศไทยมีเพียงงานวิจัยที่ทำในผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤติ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่ได้รับการความเจ็บปวดจากการผ่าตัดหรือจากการเจ็บป่วยทางร่างกาย เป็นต้น ดังนั้นผู้ศึกษาเสนอแนะว่าควรมีการทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมและบริบทของประเทศไทย เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีมาตรฐานและมีความน่าเชื่อถือ

4.2.2 พยาบาลสามารถนำข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปพัฒนาเป็นแนวทางการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในหอผู้ป่วย โดยการระดมสมองของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเครื่องมือ คุณสมบัติของผู้รับการบำบัด คุณสมบัติของผู้ให้การบำบัด ระยะเวลาที่ใช้และเนื้อหารายละเอียดของโปรแกรมและทดลองปฏิบัติในรูปแบบของการศึกษานำร่อง (Pilot study) เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติและประเมินประสิทธิภาพของการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม

4.2.3 เมื่อโครงการนำร่องให้ผลลัพธ์ที่เหมาะสมสามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติได้ก็นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติทางการพยาบาลในหน่วยงาน โดย 1) การสนับสนุนจากองค์กร 2) การสื่อสารกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในหน่วยงาน 3) สร้างความรู้สึกร่วมในการปฏิบัติงาน 4) พัฒนา / เสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นให้กับผู้ร่วมงาน

4.2.4 พยาบาลสามารถนำข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปพัฒนาเป็นแนวทางการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน โดยการให้ญาติเข้ามาร่วมสังเกตการณ์ในขณะที่ทำกลุ่มดนตรีบำบัดที่โรงพยาบาล เพื่อสามารถทำต่อเนื่องที่บ้านได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติและประเมินประสิทธิภาพของการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม

การใช้ดนตรีเพื่อลดอาการกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

MUSIC INTERVENTION FOR REDUCING AGITATION IN ELDERLY WITH DEMENTIA : EVIDENCE-BASED NURSING

อรรถ พิมพรัตน์ 4936690 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ช่อทิพย์ ตันธนะวนิช, ปร.ด. (ประสาทวิทยาศาสตร์)

ประภา ยุทธไตร, พย.ค.

บทสรุปแบบสมบูรณ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พฤติกรรมกระวนกระวาย (agitation) เป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญและทำทายนมากที่สุดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ความหุนที่สูงของภาวะสมองเสื่อมและการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย เป็นปัญหาเรื้อรังที่ถูกรู้สึกว่าได้รับการรักษาในสถาบันการดูแลรักษา (Sung et al., 2006) รวมทั้งพบว่าเป็นปัญหาสำคัญซึ่งมีผลกระทบต่อความสงบสุขของครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อม ผลกระทบที่ญาติผู้ดูแลได้รับจากปัญหาพฤติกรรมกระวนกระวาย (agitation) ของผู้ป่วยสมองเสื่อม มีมากถึงร้อยละ 70 – 80 (Sutor, Rummans & Smith, 2001) สอดคล้องกับรายงานการวิจัยของ Hersch & Falzgraf (2007) ระบุว่าพฤติกรรมกระวนกระวายซึ่งเป็นอาการหนึ่งของอาการทางจิตและปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) เป็นปัญหาที่พบได้มากถึง ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม (ประเสริฐ บุญเกิด, 2550)

อาการทางจิตและปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD) ตามคำจำกัดความของ International Psychiatric Association (IPA) (2002) กล่าวว่า เป็นความผิดปกติด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับระบบประสาทการรู้คิดส่งผลให้ผู้ปวยมีความจำกัดหรือสูญเสียความสามารถที่จะปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม นำไปสู่อาการทางจิตและ

ปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD) ซึ่งอาการทางจิต (Psychological symptoms) ที่พบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่อาการหลงผิด หวาดระแวงว่ามีคนมาขโมยของ มีคนแปลกหน้าอยู่ในบ้าน เป็นต้น และอาการประสาทหลอน เห็นว่ามีผู้อื่นอยู่ในบ้านของตน มองไม่เห็นตนเองในกระจกเงา มองว่าบุคคลที่ตนเองเห็นเป็นคนอื่น นอกจากนี้อาจมีอาการซึมเศร้า เฉื่อยเฉื่อย ไม่สนใจในกิจวัตรประจำวัน การตอบสนองทางอารมณ์ลดลง และขาดความคิดริเริ่มในเรื่องต่างๆ วิตกกังวลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เศรษฐฐานะและอนาคตของตน คอยถามซ้ำ ๆ เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่กำลังจะมาถึง กังวลกลัวถูกทอดทิ้ง เป็นต้น ส่วนปัญหาด้านพฤติกรรม (Behavioral symptoms) ประกอบด้วย การเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย หรือมีปฏิกิริยาฉุนเฉียวเฉียบพลัน ก้าวร้าวรุนแรงต่อสิ่งเร้า การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม เช่น ร้องไห้หรือดีใจมากเกินไปจนผิดปกติ หรือมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม การขาดการยับยั้งในความต้องการ มีลักษณะเอาแต่ใจ ไม่อดทนรอ เรียกร้องและบังคับให้ผู้ดูแลทำในสิ่งที่ตนต้องการ คือสิ่งและปฏิเสธที่จะทำตามคำแนะนำ รวมทั้งการมีพฤติกรรมกระวนกระวาย ไม่อยู่นิ่ง (agitation) เป็นต้น (International Psychogeriatric Association, 2002) ปัญหาทางพฤติกรรมที่พบโดยเฉพาะอาการกระวนกระวายไม่อยู่นิ่งนั้น เป็นปัญหาสำคัญซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดำเนินกิจวัตรประจำวันและความผาสุกของชีวิตทั้งต่อตัวของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ญาติไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ (Sutor, Rummans & Smith, 2001)

พฤติกรรมกระวนกระวาย (Agitation) หมายถึง การแสดงออกมาในลักษณะความไม่เหมาะสมด้านพฤติกรรม หรือความไม่เหมาะสมด้านคำพูด การออกเสียง ซึ่งต้องแยกออกจากอาการสับสนและการกระทำเมื่อถูกขัดใจ พบได้ร้อยละ 16-46 ซึ่งแบ่งตาม Cohen-Mansfield (2004) ได้เป็น 4 อาการ ได้แก่

1. พฤติกรรมทางด้านร่างกายที่ไม่ก้าวร้าว (Physically non-aggressive) เช่น นำสิ่งของไปซ่อนตามที่ต่าง ๆ การสะสมสิ่งของที่ไม่มีเหตุผล เช่น ถุงพลาสติก อากาศพล่งพลาตัน การแต่งกายที่ไม่ถูกกาลเทศะ การทำท่าทางแปลก ๆ
2. พฤติกรรมก้าวร้าวทางด้านร่างกาย (Physically aggressive) พบราวร้อยละ 14 โดยเฉพาะผู้สูงอายุชายที่มีอาการมาก เช่น การหยิก กัด ทบ ตี ทำร้ายคนรอบข้าง
3. การแสดงออกทางด้านคำพูดที่ไม่ก้าวร้าว (Verbally non-aggressive) มักพบในผู้ป่วยหญิงที่มีอาการไม่รุนแรง เช่น การพูดจาซ้ำ ๆ การเรียกร้องความสนใจจากคนรอบข้าง การพูดตะกุกตะกัก การใช้คำพูดที่ต่อต้านผู้ดูแล
4. การแสดงออกทางด้านคำพูดที่ก้าวร้าว (Verbally aggressive) พบราวร้อยละ 28 เช่น ร้องเสียงกรีด หิวร้อง คำทอ สวาปแช่ง ทำเสียงแปลกๆ พูดข่มขู่ทำร้าย

จากผลการวิจัยทางคลินิกของ Gerdner (2010) พบว่าสามารถระบุปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่ผู้ป่วยที่มีความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอนหลับไม่เพียงพอ อารมณ์ซึมเศร้าหรือประสบกับความเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันฉับพลัน เช่น การเปลี่ยนแปลงผู้ดูแล เปลี่ยนที่อยู่ สิ่งแวดล้อม หรือกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งผู้ป่วยที่มีปัญหาจากโรคทางกายบางอย่าง เช่น มีอาการเจ็บปวด ท้องผูก มีการติดเชื้อ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายนอกที่มากเกินไป เช่น สื่อโทรทัศน์ มีญาติมาเยี่ยมเป็นจำนวนมาก หรือผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมเลย ซึ่งควรหาสาเหตุให้พบและแก้ไขให้ได้ บางครั้งการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม เช่น แสงสว่างที่เหมาะสม เสียงดนตรีหรือสัตว์เลี้ยงที่ผู้ป่วยชอบอาจช่วยให้ผู้ป่วยสงบลงได้

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาต้านโรคจิต (Antipsychotic) หรือการจำกัดพฤติกรรม การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตมักพบว่าจะเกิดอาการข้างเคียงที่สำคัญคือ อาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (Extrapyramidal symptoms, EPS) เช่น อาการเกร็งของกล้ามเนื้อต้นคอและหลังอย่างฉับพลัน (acute dystonia) อาการกล้ามเนื้อเกร็ง แข็ง มือสั่น เคลื่อนไหวช้า เดินไม่แกว่งมือ (pseudoparkinsonism) ความรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ข้างในทำให้ต้องมีการเคลื่อนไหวมากขึ้น ต้องการเดินตลอด เปลี่ยนท่าทาง เปลี่ยนอิริยาบถบ่อย (akathisia) อาการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อลิ้นและปากที่ไม่สามารถควบคุมได้ (tardive dyskinesia) ปัจจุบันมีการใช้ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (atypical antipsychotics) เช่น clozapine, risperidone และ olanzapine ซึ่งควบคุมพฤติกรรมกระวนกระวายได้ผลดีและพบว่ามีอาการข้างเคียงที่เป็นอาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (Extrapyramidal symptoms, EPS) น้อยกว่ายาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (conventional or typical antipsychotics) เช่น chlorpromazine, perphenazine, fluphenazine, thioridazine, flupenthixol, haloperdal, pimozide, molindone แต่อย่างไรก็ตามพบว่าร้อยละ 33 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (atypical antipsychotics) เช่น risperidone และ olanzapine ยังคงเกิดอาการข้างเคียงที่เป็นอาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (Extrapyramidal symptoms, EPS) โดยที่ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่ได้รับ risperidone ต้องได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการ akathisia ที่มีลักษณะกระสับกระส่าย กระวนกระวาย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ ทำให้ต้องมีการเคลื่อนไหวมากขึ้น (Jayaram, Hosalli & Stroup, 2006) นอกจากนี้ยาต้านโรคจิตทำให้เกิดอาการง่วงซึม (sedation) เนื่องจากยาออกฤทธิ์สกัดกั้น histamine type 1 receptor ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มได้ (Fujii et.al., 2008) นอกจากนี้การใช้วิธีการจำกัดพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อม ทำให้เกิดอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บและมีอาการกระวนกระวายที่เพิ่มมากขึ้น (Sung et al., 2006) ดังนั้นการรักษาจึงไม่ใช่การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นจะต้องมีองค์ประกอบของการรักษาด้วยสภาพแวดล้อมและการดูแล

ด้วยกิจกรรมพิเศษอื่น ๆ เพิ่มเข้าไปด้วย (Cohen-Mansfield, 2004) จึงนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม แนวทางการบำบัดหนึ่งที่น่าสนใจ มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย และสามารถนำมาใช้ร่วมกับการใช้ยาเพื่อให้การรักษาอาการกระวนกระวายได้ผลดียิ่งขึ้นคือ การใช้ดนตรีเพื่อให้บุคคลผ่อนคลาย ลดความกังวล ลดความกลัว ลดความตึงเครียด และลดความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจลง ช่วยทำให้จิตใจสงบ (Park & Specth, 2009)

การใช้ดนตรีบำบัดบำบัดอาจเป็นกิจกรรมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกิจกรรมดนตรี เช่น การร้องรำทำเพลง การเล่นเครื่องดนตรี การฟังเพลงหรือดนตรี (Douglas, James & Ballard, 2004) ดนตรีมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของสมองส่วนต่าง ๆ (Grocke & Bloch, 2009) โดยเสียงของดนตรีจะส่งกระแสประสาทผ่านทางคอเคลีย (cochlea) ในหูไปยังสมองส่วนทาลามัส (thalamus) และซีรีบรัลคอร์เทกซ์ (cerebral cortex) กระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) ให้หลั่งสารเอนโดर्फิน (endorphine) ซึ่งเป็นสารแห่งความสุขที่มีลักษณะคล้ายฝิ่นช่วยให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย ส่งผลให้ระบบประสาทซิมพาเทติกและระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานลดลง กล้ามเนื้อเรียบ กล้ามเนื้อลายเกิดการคลายตัว อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของชีพจรและความดันโลหิตลดลง (Guzzetta, 1995) รายงานการศึกษาหลายฉบับได้กล่าวถึงประโยชน์สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมจากดนตรีบำบัด รายงานก่อนหน้านี้บ่งชี้ว่า พื้นที่ของสมองที่ตอบสนองต่อดนตรีอาจเป็นหนึ่งในรูปแบบของการสื่อสารที่ยังคงเหลืออยู่ในบุคคล ความจำในดนตรีที่คุ้นเคย สามารถทำให้เกิดการเคลื่อนไหวแบบทันทีทันใดหรือการหวนระลึกถึงความทรงจำที่ลืมไปแล้วได้ ดนตรีจะดึงความทรงจำด้านบวกออกมาควบคุมให้จิตใจสงบ และสามารถลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการออกกำลังกายอย่างง่ายมีประสิทธิภาพต่อการรู้คิดในผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง (Tuet & Lam, 2006) รวมทั้งการศึกษาเกี่ยวกับผลของดนตรีบำบัดเมื่อไม่นานมานี้ รายงานว่าดนตรีบำบัดสามารถลดพฤติกรรมกระวนกระวาย พฤติกรรมก้าวร้าวหรือพฤติกรรมที่แตกแยกยุ่งเหยิงในระหว่างและหลังการใช้ดนตรีบำบัด (Chang, Huang, Lin, & Lin, 2010)

จำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนสูงขึ้น เห็นได้จากรายงานประจำปีของโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยจำแนกเป็นผู้ป่วยรายเก่าและผู้ป่วยรายใหม่ ดังนี้ ปี 2550 ร้อยละ 4.1, 6.0 ปี 2551 ร้อยละ 4.2, 6.2 และปี 2552 ร้อยละ 3.3, 5.6 ตามลำดับ (รายงานประจำปีโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2550, 2551, 2552) จากสถิติดังกล่าวญาติผู้ดูแลผู้ป่วยร้อยละ 90 บอกว่า ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อีกต่อไป เนื่องจากพฤติกรรมกระวนกระวายที่เกิดขึ้น ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ก้าวร้าวทั้งทางด้านร่างกายและคำพูด มีการ ตะ แทะ ถีบ ทำร้ายผู้ดูแล การทำลายสิ่งของ การเก็บสะสมสิ่งของ เดินไปเดินมาอย่างไร้จุดหมายซึ่งมักจะเดินออกนอกบ้าน

การทำซ้ำๆ พุดซ้ำๆ คำทอ บ่น ต่อว่าแรงๆ ใช้คำพูดก้าวร้าวไม่สุภาพ ได้เสียง ไม่รับฟังคำแนะนำ และใช้คำพูดที่ต่อต้านผู้ดูแล ทั้งที่ผู้ป่วยไม่เคยมีพฤติกรรมดังกล่าวก่อนมีอาการเจ็บป่วย ญาติและครอบครัวผู้ป่วยต่างมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและปัญหาพฤติกรรม มีความทุกข์ที่เกิดจากความเปลี่ยนแปลงในชีวิตในทุกๆด้าน โดยเฉพาะกิจวัตรประจำวัน การค่าใช้จ่ายและความผาสุกในชีวิต จึงเป็นปัญหาหลักที่ครอบครัวต้องนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้มีเป้าหมายสำคัญคือ ช่วยลดพฤติกรรมกระวนกระวายให้สงบลง การปฏิบัติการพยาบาลในปัจจุบันที่เป็นรูปแบบและมีแนวปฏิบัติที่ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล ศรัทธาใช้ปฏิบัติร่วมกัน คือให้การรักษาช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยการให้ยา การจัดกลุ่มสวดมนต์ร่วมกับการออกกำลังกาย และการจัดกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองสำหรับญาติผู้ดูแล

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในปัจจุบันว่า แนวทางการบำบัดที่สามารถนำมาใช้ร่วมกับการให้ยาเพื่อให้การรักษาพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้ผลดียิ่งขึ้น ควรมีแนวทาง รูปแบบและขั้นตอนการปฏิบัติอย่างไร โดยพิจารณาทั้งในเรื่องรูปแบบ ขั้นตอนและคุณสมบัติของของผู้รับการบำบัด คุณสมบัติของผู้ให้การบำบัด ระยะเวลาที่ใช้และเนื้อหารายละเอียดของโปรแกรม โดยวิเคราะห์ปัจจัยเหล่านี้ว่าเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและบริบทของผู้ป่วยหรือไม่

1.1 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (purposes of the study)

เพื่อสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ของแนวทางการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

1.2 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (expected benefits / outcomes)

- 1) หน่วยงานมีแนวทางการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีมาตรฐาน
- 2) พยาบาลมีแนวทางในการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2. วิธีการดำเนินงาน

การศึกษาถึงแนวทางการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผู้ศึกษามีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้ คือ การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่ศึกษา โดยใช้ PICO framework ของ Craig & Smyth, (2002) เป็นกรอบในการกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ลงตารางสกัดงานและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดสรุปลงในตารางรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) แล้วนำมาสังเคราะห์สรุปเป็นข้อเสนอแนะ (Recommendation) แนวทางการใช้กิจกรรมดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีรายละเอียดในการดำเนินการดังนี้

2.1 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์มีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

2.1.1 กรอบการสืบค้น

โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO Framework ของ Craig & Smyth, (2002) จากประเด็นคำถามทางคลินิก “แนวทางการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อมควรมีแนวทางอย่างไร” โดย

Population	หมายถึง	ผู้สูงอายุสมองเสื่อม
Intervention	หมายถึง	ดนตรีบำบัด
Comparison	หมายถึง	ไม่มีการเปรียบเทียบวิธีการบำบัด
Outcome	หมายถึง	พฤติกรรมกระวนกระวาย

กำหนดคำสำคัญ (keyword) ที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ Elders with dementia, Music therapy, Agitation

2.1.2 เกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อมตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในกรอบการสืบค้น คัดเลือกชนิดของงานวิจัยทุกระดับที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005 - ค.ศ. 2010 และคัดเลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็นทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทยฉบับสมบูรณ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

2.1.3 กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล การศึกษาครั้งนี้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย ที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โดยใช้ฐานข้อมูล [www. guideline.gov.](http://www.guideline.gov), Blackwell synergy, CINAHL , OVID , MEDLINE , Science direct, Cochrane.org, Pub Med, Joannabriggs.edu.au และการสืบค้นด้วยมือ

ผลการสืบค้นพบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกจำนวนทั้งหมด 6 เรื่อง

2.2 การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (evaluation of quality level of evidence) ประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดการประเมินคุณภาพและ

การจัดลำดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) พบ งานวิจัยที่มีคุณภาพทั้งหมดจำนวน 6 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่เป็นแนวปฏิบัติจำนวน 1 เรื่อง ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 2 งานวิจัยเชิงทดลองมีการสุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trials) จำนวน 2 เรื่อง ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 2 งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) มีกลุ่มทดลองทดสอบก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 3 เรื่อง ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4

2.3 การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ แต่ละเรื่องลงตารางสัดงาน และสรุปประเด็นหลักของงานวิจัยแต่ละเรื่องลงในตารางรวบรวมหลักฐานประจักษ์ (collective table)

2.4 สังเคราะห์ประเด็นสำคัญ ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 6 เรื่องเพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสรุปเป็นข้อแนะนำสำหรับแนวทางการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อมต่อไป

3. สรุปข้อแนะนำ (Recommendations) ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้ คือ

การดำเนินการสืบค้นหาแนวทางในการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม เพื่อประโยชน์ในการช่วยลดพฤติกรรมกระวนกระวายที่เกิดขึ้นแล้ว ยังช่วยให้เกิดการผ่อนคลายและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดการเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย ลดการจำกัดพฤติกรรมและส่งเสริมการนอนหลับในเวลากลางคืน นอกจากนี้ยังสามารถที่จะนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการบำบัดรักษาผู้สูงอายุสมองเสื่อมในสถานบำบัดอื่นๆ ที่มีลักษณะผู้ป่วยคล้ายกัน และจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยทั้งหมด 6 เรื่องสามารถสรุปประเด็น ข้อแนะนำได้ดังนี้

3.1 คุณสมบัติของผู้รับการบำบัด

3.1.1 เป็นผู้สูงอายุเพศชายหรือหญิงวัยสูงอายุ (Sung et al., 2006: Level II; Park et al., 2009: Level IV; Chang et al., 2010: Level IV)

3.1.2 เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง (Park et al., 2009: Level IV; Chang et al., 2010: Level IV) และโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์หรือโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมอง (Alzheimer's type or Vascular Dementia) ตามเกณฑ์ DSM-IV (Raglio et al., 2008: Level II; Tuet et al., 2006: Level IV)

3.1.3 เป็นผู้ที่มีอาการแสดงของพฤติกรรมกระวนกระวายตามเกณฑ์การประเมินของ Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (Sung et al., 2006: Level II; Park et al., 2009: Level IV; Chang et al., 2010: Level IV; Tuet et al., 2006: Level IV; Gerdner, 2010: Level II)

3.1.4 เป็นผู้ที่ได้รับการประเมินภาวะเพ้อ (delirium) เพื่อแยกออกจากอาการกระวนกระวายและได้รับการรักษาภาวะเพ้อก่อนการให้กิจกรรมดนตรีบำบัด นอกจากนี้ไม่มีอาการของโรคทางกายในระยะเริ่มต้น ไม่มีอาการเจ็บปวดหรือติดเชื้อทางร่างกายอย่างรุนแรง หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอก รวมทั้งไม่เป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในการนอนเตียง (Sung et al., 2006: Level II; Chang et al., 2010: Level IV; Gerdner, 2010: Level II)

3.1.5 เป็นผู้ที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมและทำตามคำสั่งอย่างง่ายได้ มีความเข้าใจในภาษา สามารถสนทนาอย่างง่ายได้ ไม่มีการสูญเสียการได้ยิน (Sung et al., 2006: Level II; Chang et al., 2010: Level IV; Tuet et al., 2006: Level IV; Gerdner, 2010: Level II) สามารถได้ยินเสียงพูดคุยปกติในระยะห่าง 1.5 ฟุต (Gerdner, 2010: Level II; Park et al., 2009: Level IV)

3.2 คุณสมบัติของผู้ให้การบำบัด

3.2.1 ผู้บำบัดจะต้องเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมการใช้ดนตรีและการใช้เครื่องมือในการประเมินและจะต้องเป็นคนเดียวกันตลอดการศึกษา (Sung et al., 2006: Level II; Chang et al., 2010: Level IV; Tuet et al., 2006: Level IV; Gerdner, 2010: Level II; Park et al., 2009 : Level IV; Raglio et al., 2008: Level II)

3.2.2 ในกรณีที่เป็นการกิจกรรมดนตรีแบบรายบุคคลซึ่งจัดขึ้นที่บ้านของผู้ป่วย ผู้บำบัดจะเป็นญาติผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมการใช้ดนตรี ฟีกการสังเกตผู้ป่วยและการใช้เครื่องมือในการประเมินจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมแล้วและจะติดตามให้คำปรึกษาที่บ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (Park et al., 2009: Level IV; Gerdner, 2010: Level II)

3.3 รูปแบบของการใช้ดนตรี ระยะเวลาและ เครื่องมือที่ใช้ประเมินประสิทธิผลของการใช้ดนตรีบำบัด

3.3.1 การใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม ทำเป็นแบบรายกลุ่มหรือรายบุคคลก็ได้ (Sung et al., 2006: Level II; Chang et al., 2010: Level IV; Tuet et al., 2006: Level IV; Gerdner, 2010: Level II; Park et al., 2009: Level IV) งานวิจัยที่เป็นการบำบัดแบบรายบุคคลจะทำในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ที่บ้าน เป็นการบำบัดที่บ้านของผู้ป่วย รูปแบบการบำบัดแบ่งเป็น 2 สัปดาห์แรกมีกิจกรรมดนตรี อีก 2 สัปดาห์ไม่มีกิจกรรมดนตรีซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งกระบวนการนี้จะถูกทำซ้ำอีกครั้งจนครบจำนวน 8 สัปดาห์ของการบำบัด โดยมีการบันทึกและประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งสัปดาห์ที่มีกิจกรรมการบำบัดและสัปดาห์ที่ไม่มีกิจกรรมการบำบัด (Park et al., 2009: Level IV; Gerdner, 2010: Level II) การบำบัดแบบรายกลุ่ม ทำในผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล สถานดูแล สถานรับเลี้ยงหรือศูนย์การดูแลกลางวัน

แบ่งกิจกรรมการบำบัดออกเป็นสัปดาห์ที่ 1, 3, 5 และ 7 เป็นสัปดาห์ที่ไม่มีกิจกรรมการบำบัด ผู้ป่วย จะได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6 และ 8 เป็นสัปดาห์ที่มีกิจกรรมการบำบัดด้วยดนตรี ซึ่งจะมีการบันทึกและประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งสัปดาห์ที่มีกิจกรรมการบำบัดและสัปดาห์ที่ไม่มีกิจกรรมการบำบัด (Sung et al., 2006: Level II; Chang et al., 2010: Level IV; Tuet et al., 2006: Level IV)

3.3.2 ดนตรีที่ใช้ทั้งแบบการบำบัดแบบรายกลุ่มและการบำบัดแบบรายบุคคล จะต้องผ่านการประเมินความชื่นชอบจากผู้ป่วยก่อน ควรมีเนื้อหา ทำนองเรียบๆ นุ่มนวล ฟังสบาย เสียงดนตรีจากการบรรเลงเปียโนเพียงอย่างเดียว หรือเสียงเพลงที่ไม่มีเนื้อร้องมีแต่ทำนองของเครื่องดนตรี (Sung et al., 2006: Level II; Raglio et al., 2008: Level II ; Tuet et al., 2006: Level IV; Park et al., 2009: Level IV; Gerdner, 2010: Level II) หรือใช้เสียงจากธรรมชาติในจังหวะที่พอเหมาะใกล้เคียงกับอัตราการเต้นของหัวใจมนุษย์ (60-80 บีต/นาที) หรือใช้เสียงธรรมชาติ เช่น เสียงนก เสียงปลาพ เสียงน้ำไหล เป็นต้น (Chang et al., 2010: Level IV) นอกจากนี้ดนตรีบำบัดแบบรายบุคคล อาจทำการปรึกษามาชิกในครอบครัวเพื่อประเมินความชอบดนตรีส่วนบุคคลของผู้ป่วยและช่วยเหลือให้มีตัวเลือกในทางดนตรีที่ใช้บำบัดมากขึ้น (Gerdner, 2010 : Level II)

3.3.3 ทำการเปิดดนตรีที่ได้รับการคัดเลือกแล้ว ก่อนช่วงเวลาสูงสุดของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างน้อย 30 นาที ในสถานที่ซึ่งผู้ป่วยมักใช้เวลาอยู่สถานที่นั้น เป็นส่วนใหญ่ (Sung et al., 2006: Level II; Raglio et al., 2008: Level II; Tuet et al., 2006: Level IV; Park et al., 2009: Level IV; Gerdner, 2010: Level II) หรือเปิดดนตรีในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยทำกิจกรรม เช่น ช่วงเวลาระหว่างมื้ออาหารกลางวัน (11.00 – 12.00 น.) (Chang et al., 2010: Level IV)

3.3.4 กำหนดระดับของเสียงดนตรีที่ 60-65 เดซิเบล โดยใช้เพลงที่ได้จากการประเมินความชื่นชอบด้านดนตรีของผู้ป่วย (Sung et al., 2006: Level II ; Raglio et al., 2008 : Level II ; Tuet et al., 2006: Level IV ; Park et al., 2009 : Level IV ; Gerdner, 2010 : Level II)

3.5 ลักษณะของการใช้ดนตรีมีหลายรูปแบบ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วม เช่น 1) ฟังเพลงและเคลื่อนไหวร่างกายส่วนปลาย (แขน ขา) โดยการเล่นลูกบอลหรืออุปกรณ์อย่างง่าย พร้อม ๆ กับการฟังเพลง จะเป็นกิจกรรมเน้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายทุกส่วนอย่างอิสระ (Sung et al., 2006: Level II, Tuet et al., 2006: Level IV) 2) เปิดเพลงและกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก (Raglio et al., 2008: Level II; Park et al., 2009: Level IV; Gerdner, 2010: Level II) 3) ฟังและร้องตามเพลงโดยไม่ใช้เครื่องดนตรี หรือการฟังและร้องตามเพลงโดยใช้เครื่องดนตรีอย่างง่ายหลากหลายชนิด (Tuet et al., 2006: Level IV) หรือ 4) เปิดดนตรีผ่านเสียงตามสายช่วงเวลาระหว่างมื้ออาหารกลางวัน (11.00 – 12.00 น.) (Chang et al., 2010: Level IV)

3.6 ประเมินพฤติกรรมการตอบสนองต่อดนตรีระหว่างผู้ป่วยและนักดนตรีบำบัด โดย MTCS (Music Therapy Coding Scheme) ที่สังเกตได้จากการมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและนักดนตรีบำบัด พฤติกรรมความใส่ใจ ความมีส่วนร่วมของผู้ป่วยว่ามีส่วนร่วมอย่างดีในกิจกรรมดนตรีบำบัดหรือไม่ใส่ใจ ไม่มีส่วนร่วม เล่นเครื่องดนตรีโดยปราศจากการมีสัมพันธภาพ หากผู้ป่วยเริ่มมีความถี่ของพฤติกรรมกระวนกระวายให้เห็นมากขึ้นหรือมีการตอบสนองในทางลบต่อดนตรีที่เลือก ควรยุติการทำดนตรีบำบัด (Gerdner, 2010 : Level II; Raglio et al., 2008: Level II)

3.7 ระยะเวลาที่ใช้และ จำนวนครั้งของการบำบัด ควรใช้ระยะเวลาในการบำบัดอย่างน้อย 4 สัปดาห์ๆละ 2-4 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที (Sung et al., 2006: Level II; Raglio et al., 2008: Level II; Tuet et al., 2006: Level IV; Park et al., 2009: Level IV; Gerdner, 2010: Level II) หรือจัดกิจกรรมดนตรีทุกวันๆ ละ 60 นาที (Chang et al., 2010: Level IV) นอกจากนี้ควรให้ญาติได้สังเกตการจัดกิจกรรมดนตรีบำบัดขณะอยู่โรงพยาบาลก่อน เพื่อให้สามารถจัดกิจกรรมดนตรีบำบัดได้และมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างต่อเนื่องเมื่ออยู่ที่บ้าน

3.8 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผลของการใช้ดนตรีในการลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม ประกอบด้วย 1) The Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) เพื่อประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย (Sung et al., 2006: Level II; Raglio et al., 2008: Level II; Tuet et al., 2006: Level IV; Park et al., 2009: Level IV) 2) Neuro-Psychiatric Inventory (NPI) ประเมินอาการทางพฤติกรรมและอาการทางจิต (Raglio et al., 2008 : Level II ; Tuet et al., 2006: Level IV ; Park et al., 2009 : Level IV ; Chang et al., 2010 : Level IV) 3) Assessment of Personal Music Preference (APMP) ประเมินความชื่นชอบดนตรีเฉพาะบุคคล (Park et al., 2009: Level IV) 4) Disruptive Behavior Scale (DBS) เพื่อวัดความถี่และความรุนแรงของการเกิดพฤติกรรมแตกแยกในระหว่างช่วงเวลาทำกิจกรรม (Gerdner, 2010: Level II)

4. ข้อเสนอแนะ (suggestion) ในการนำข้อแนะนำจากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติงานและศึกษาเพิ่มเติม

4.1 จากการทบทวนและสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในต่างประเทศ งานวิจัยในประเทศไทยมีเพียงงานวิจัยที่ทำในผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤติ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่ได้รับการเจ็บปวดจากการผ่าตัดหรือจากการเจ็บป่วยทางร่างกาย เป็นต้น ดังนั้นผู้ศึกษาเสนอแนะว่าควรมีการทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุ

สมองเลื่อมที่เหมะสมกับวัฒนธรรมและบริบทของประเทศไทย เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีมาตรฐานและมีความน่าเชื่อถือ

4.2 พยาบาลสามารถนำข้อแนะนำที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปพัฒนาเป็นแนวทางการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุสมองเลื่อมในหอผู้ป่วย โดยการระดมสมองของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเครื่องมือ คุณสมบัติของผู้รับการบำบัด คุณสมบัติของผู้ให้การบำบัด ระยะเวลาที่ใช้และเนื้อหารายละเอียดของโปรแกรมและทดลองปฏิบัติในรูปแบบของการศึกษานำร่อง (Pilot study) เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติและประเมินประสิทธิภาพของการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเลื่อม

4.3 เมื่อโครงการนำร่องให้ผลลัพธ์ที่เหมาะสมสามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติได้ก็นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติทางการพยาบาลในหน่วยงาน โดย 1) การสนับสนุนจากองค์กร 2) การสื่อสารกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในหน่วยงาน 3) สร้างความรู้สึกร่วมมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน 4) พัฒนา / เสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นให้กับผู้ร่วมงาน

4.4 พยาบาลสามารถนำข้อแนะนำที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปพัฒนาเป็นแนวทางการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุสมองเลื่อมที่บ้าน โดยการให้ญาติเข้าร่วมสังเกตการณ์ในขณะที่ทำกลุ่มดนตรีบำบัดที่โรงพยาบาล เพื่อสามารถทำต่อเนื่องที่บ้านได้ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติและประเมินประสิทธิภาพของการใช้ดนตรีเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเลื่อม

MUSIC INTERVENTION FOR REDUCING AGITATION IN ELDERLY WITH DEMENTIA : EVIDENCE-BASED NURSING

ORATAI OIMRAT 4936690 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: CHORTHIP SANTHANAVANICH, Ph.D.
PRAPA YUTTATRI, D.S.N.**EXTENDED SUMMARY****1. Background and Significance of the Study**

Agitation is a vital problem and challenging for the caregivers and health care providers of the dementia elderly. The prevalence of dementia and agitation of the elderly are urgent problems that bring the elderly to receive the care and treatment in health care service institutes (Sung et al., 2006). Dementia has impacts on the happiness of family. Sutor, Rummans and Smith (2001) reported that 70-80 % of the caregivers got the impacts from agitation of dementia elderly patients. This report is similar to a study report of Hersch and Falzgraf (2007). Hersch and Falzgraf found that agitation is a behavioral and psychological symptom of dementia (BPSD). Agitation presents in 90% of dementia patients (Prasert Boonger, 2550).

Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) are defined by International Psychiatric Association (IPA) (2002) as cognitive disability due to neuropathologic changes. Dementia makes patients have a limitation and loss their ability in self-adjustment to environment. Dementia causes the patients to have psychological and behavioral symptoms. Psychological symptoms most frequently found in the dementia elderly patients include delusion and paranoid. For example of paranoid, they have a paranoid of someone stealing something and of having a stranger in the house. For examples of delusion, some patients may see that someone

is residing in their house. Some patients cannot see themselves in a mirror. Some patients think that a person they are seeing is someone else. Besides, they may have a depress mood, apathy, no interest in their daily activity, reduced emotional response, a lack of initiating things , and anxiety about their daily activities, economic status, and their future. They repeatedly ask questions about coming situations. They have a fear that they will be left behind. For behavioral symptoms, some patients may walk back and forth aimlessly. Some patients have abrupt exasperations and aggression towards stimuli. Some patients behave improperly such as overly crying or being happy. Some patients may have inappropriate sexual behaviors. They cannot resist their sexual craving. They are self-centered and impatient. They demand and command caregivers do what they want. They are stubborn and refuse to follow what other people suggest them. They also may have agitation (International Psychogeriatric Association: IPA, 2002). Behavioral problems and particularly agitation are significant problems effecting daily life activities and happiness of patients themselves and their families. The behavioral problems and agitation are also a major cause that makes the caregivers be unable to provide the care to the patients (Sutor, Rummans & Smith, 2001).

Agitation means an inappropriate expression of behaviors or spoken words and voices. Agitation needs to be differentiate from aconfusion and behaviors responding to offending. Approximately, 16-46 % of dementia elderly patients have agitation. Cohen-Mansfield (2004) classified agitation into 4 symptom-groups.

1. Physically non-aggressive. Patients hide things at several places. They unreasonably collect items such as plastic bags. They have agitated behaviors, wear inappropriate cloth, and behave strangely.

2. Physically aggressive. It was found that 14% of dementia elderly patients, particularly the male elderly with severe dementia, are physically aggressive. They prick, bite, hit, and harm other people.

3. Verbally non-aggressive. This symptom is mostly found in the female elderly with non-severe dementia. Patients repetitively speaking, try to draw others' attention, stutter, and use words against their caregivers.

4. Verbally aggressive. This symptom is found in 28% of the elderly with dementia. For examples, patients scream, verbally abuse, curse, make strange voices, and intimidate to harm others.

Results of a clinical study by Gerdner (2010) indicated that risk factors of agitation behavior in dementia patients included fatigue, lethargic, not having enough sleep, and depressive mood. Patients can have agitation if they experience with sudden changes such as changing caregiver, residing place, environment, or daily activity. In addition, some physical illness such as pain, constipation, infection can cause agitation. Furthermore, if patients have too much external stimuli such as from TV programs and many visitors or if patients have no stimuli from environment, they will have agitation as well. Therefore, the health care providers and caregivers should find the causes of agitation and correct them. Sometime improving the environment surrounding the patients such as providing proper light, music that patients like, or a pet that they like may help calming the patients.

Previous studies revealed that dementia patients, who have agitation, received antipsychotic drugs or were behaviorally restrained. Often, antipsychotic drugs give side effects to the patients such as extrapyramidal symptoms (EPS). EPS includes acute dystonia (involuntary muscle spasms, abnormal posture), pseudoparkinsonism (slow pill-rolling finger tremors, masklike facial expression, weakened voice, absence of arm swing when walking, stiff stooped posture, and an impaired shuffling gait), akathisia (unpleasant sensations of "inner" restlessness manifesting itself with an inability to sit still or remain motionless), and tardive dyskinesia (involuntary movements of the tongue, lips, face, trunk, and extremities). Currently, patients with dementia are treated with atypical antipsychotics such as clozapine, risperidone, and olanzapine. These antipsychotics can effectively control patients' agitation and have fewer side effects of EPS than do conventional or typical antipsychotics such as chlorpromazine, perphenazine, fluphenazine, thioridazine, flupenthixol, haloperdal, pimozide, and molindone. However, a study showed that 33% of patients receiving atypical antipsychotics such as risperidone and olanzapine still had EPS. Additionally, 25% of patients received risperidone to alleviate akathisia (Jayaram, Hosalli & Stroup, 2006). Besides those side effects, antipsychotics have a sedation side effect. The drugs make patients be drowsy because they block

histamine type 1 receptor. The elderly patients may have a fall due to this side effect (Fujii et al., 2008). Consequently, injury incidence and agitation increase from taking antipsychotic drugs (Sung et al., 2006). As a result, the effective treatment for dementia patients includes not only antipsychotics, but also other treatment components such as environment treatment and other special activities (Cohen-Mansfield, 2004). Music therapy is an interesting and vastly used in a combination of antipsychotics to treat dementia patients with agitation. Music therapy enhances the results of antipsychotics. Music makes the patients feel relaxation, reduce their anxiety, fear, stress, and disturbing thoughts, and help the patients to be mentally calm (Park & Specth, 2009).

Music therapy involves music-related activities such as dancing and singing, playing music instruments, and listening to music or songs (Douglas, James & Ballard, 2004). Music involves in functioning of the brains (Grocke & Bloch, 2009). The sound of music sends neurotransmitters through cochlea in the ears to thalamus and cerebral cortex, where cerebral cortex is stimulated to release endorphine, a happy hormone that is similar to opium that helps the body to be relax so that it results in less functioning of sympathetic and parasympathetic nervous system, relaxation of smooth muscles and striated muscles, and reductions of respiratory rate, pulse rate, and blood pressure (Guzzetta, 1995). Many research studies reported the benefit of music for dementia patients. Previous studies indicated that an area of brain responding to music may be a pattern communication remaining in a person. A remember of familiar music can lead to a sudden movement or a recall to forgotten remembrance. Music will extract positive reminiscences out that can make patients' minds calm so that their agitation is reduced. This report is similar to the report found in a study of Tuet and Lam (2006). Tuet and Lam found that music therapy, in a combination with simple exercise, was effective in cognitive thinking of moderate to severe dementia patients. A recent study showed that music could reduce agitation, aggressive behaviors, or disturbance behaviors during and after the music therapy (Chang, Huang, Lin, & Lin, 2010).

In Thailand a number of dementia patients seeking hospital care and treatment have increased. According to an annual report of Srithanya Mental Health Hospital, 4.1 % of old-diagnosed patients and 6.0% of new-diagnosed patients were

dementia patients in 2007. In 2008 4.2 % and 6.2 % of old- and new-diagnosed patients were dementia patients, respectively. In 2009, 3.3 and 5.6 % of old- and new-diagnosed patients were dementia patients, respectively (Annual Report of Srithanya Mental Health Hospital, 2007, 2008, and 2009). Unavoidably, these high numbers put high burdens on not only health care providers, but also caregivers. Approximately, 90 % of the patients' caregivers, who are their relatives, cannot provide care to the patients at home anymore because of their agitation and aggressive behaviors, both physically and verbally. Patients kick, thrust, and harm their caregivers. They destroy things, collect items, aimlessly walk (mostly out of the house), perform repetitive behaviors, repetitively speak, curse, complain, use strong and aggressive words, argue, and do not listen to their caregivers. They also use words to against the caregivers. They never have these behaviors before. Relatives and family of the patients have concerned about patients' symptoms and problematic behaviors. They suffer from all changes occurring in their lives, particularly the changes in their daily life, treatment cost, and in their peaceful and happy lives. This is a main problem that makes the relatives bring the patients to get treated in the hospital. Therefore, the crucial aim to help this kind of patients is reducing and alleviating agitation. Currently, nursing care to this kind of patients at every division of Srithanya Mental Health Hospital has the same pattern and practice. That is, antipsychotics are given to the patients with prayer group and exercise group where supportive group psychotherapy is given to relatives/caregivers.

As a result, the researcher is interested in studying evidence-based practice currently available to find out therapy programs or practice guidelines that can be applied in a combination of antipsychotics to effectively reduce agitation in the elderly patients with dementia. The researcher is interested in those practice guidelines or therapy programs for their characteristics, patterns, and strategies concerning the therapy program's patterns, process, and characteristics of program participants as well as of therapists, therapy duration, and contents of the program. The researcher analyzes these program components for the appropriateness of applying them in the organizations and contexts of Thai patients.

1.1 Purpose of the study

This study was aimed to investigate evidence-based music therapy in reducing agitation in the elderly patients with dementia.

1.2 Expected outcomes and benefits

1) Organizations have a standard guideline in using music to reduce agitation in the elderly patients with dementia.

2) Nurses have a practice guideline in appropriately and correctly using music to reduce agitation in the elderly patients with dementia.

2. Methodology

In order to study the practice guidelines of using music to reduce agitation in the elderly patients with dementia the researcher employed the following process. Firstly, the researcher established search for evidence practices or studies pertinent to a problem of interest in this study. PICO framework (Craig & Smyth, 2002) was employed to specify search keywords. Secondly, the researcher indicated search databases. Thirdly, the researcher selected evidence-based practices or studies, based on inclusion criteria. Fourthly, the researcher evaluated the quality and hierarchy of evidence. Fifthly, the researcher analyzed the evidence into an evidence-extracted table. Sixthly, the researcher collected all extracted evidence into a collective table. Finally, a recommendation for using an evidence-based music therapy in the elderly patients with dementia was made. What follows is a description of study method.

2.1 Search for evidence-based research

2.1.1 Framework of the search

PICO Framework (Craig & Smyth, 2002) was applied. The clinical practice question of this study is “What should a clinical practice of using music therapy in reducing agitation of the elderly patients with dementia be?” Therefore, PICO was specified as follows:

Population: the elderly patients with dementia;

Intervention: music therapy;

Comparison: no comparison of the music therapy with other therapies;

Outcome: agitation.

Therefore, keywords used in the search include elders/the elderly with dementia, music therapy, non-pharmacological intervention, and reducing agitation.

2.1.2 Criteria of selecting the evidence

To be included in this study the studies needed to be related to music therapy in reducing agitation in the elderly with dementia, as specified in the search framework. The studies also needed to be complete studies published from 2005 to 2010 either in Thai or in English. All levels of studies were selected.

2.1.3 Specifying search databases

Both hand search and electronic search were employed to retrieve both published and non-published evidence-based studies and practice that were published in either Thai or English. Electronic databases included National Guideline Clearinghouse (www.guideline.gov), Blackwell synergy, the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), OVID , Science direct, the Cochrane Collaboration (Cochrane.org), MEDLINE and PubMed by U.S. National Library of Medicine (www.pubmed.gov), and Joanna Briggs Institute (Joannabriggs.edu.au).

The search yielded 6 evidence-based studies and practice pertinent to a clinical problem of this study.

2.2 Evaluation of quality level of evidence

All 6 research studies and practices were evaluated for the level of evidence and quality, based on the hierarchy of evidence rating system (Melnik and Fineout-Overholt, 2005). Melnik and Fineout-Overholt classified the hierarchy of evidence rating system (strength of evidence) into 7 levels. That is, the evidence from a systematic review or meta-analysis of all relevant randomized controlled trials (RCTs), or evidence-based clinical practice guidelines based on systematic reviews of RCTs is in level II, whereas the evidence from the opinion of authorities and/or reports of expert committees is in level 7. Of all 6 studies, 1 study is an evidence-based practice guideline (Level II), 2 randomized controlled trials (Level II), 3 quasi-experimental study, which is a one-group pre-post test design study (Level IV).

2.3 Evidence analysis

Each study was analyzed into an evidence-extracted table and then was summarized into a collective table.

2.4 Evidence synthesis

All evidences from 6 studies were synthesized for recommendations of the practice of using music therapy in reducing agitation in the elderly patients with dementia.

3. Recommendations

Music therapy to reduce agitation in the elderly patients with dementia helps in making the patients feel relax, encourage the patients to participate in performing activities, decrease aimlessly walking , reduce retrained behaviors, and enhance sleeping at night. This therapy can be applied with other elderly dementia patients having similar characteristics to the patients in the evidence-based studies. What follows is the recommendations synthesized from all 6 evidence-based practices and studies.

3.1 Characteristics of therapy participants

3.1.1 Male or female elderly patients (Sung et al., 2006: Level II; Park et al., 2009: Level IV; Chang et al., 2010: Level IV).

3.1.2 Patients are diagnosed as having moderate to severe dementia (Park et al., 2009: Level IV; Chang et al., 2010: Level IV) and Alzheimer's type or Vascular Dementia, based on Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV (Raglio et al., 2008: Level II; Tuet et al., 2006: Level IV).

3.1.3 Patients have agitation, as assessed by Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (Sung et al., 2006: Level II; Park et al., 2009: Level IV; Chang et al., 2010: Level IV; Tuet et al., 2006: Level IV; Gerdner, 2010: Level II).

3.1.4 Patients are evaluated for their delirium in order to distinguish the delirium from agitation and their delirium is treated before participating in the music therapy. Additionally, the patients have no physical illness

at initial phrase, no pain, no severe infection, no diagnosis of having tumors, and are not bed-ridden (Sung et al., 2006: Level II; Chang et al., 2010: Level IV; Gerdner, 2010: Level II).

3.1.5 Patients have an ability to do activities and can follow simple instructions. They can understand language and can have simple conversations. They also do not have hearing loss (Sung et al., 2006: Level II; Chang et al., 2010: Level IV; Gerdner, 2010: Level II). And be able to hear a normal speaking voice at a distance of proximately 1.5 feet (Gerdner, 2010: Level II).

3.2 Characteristics of therapists

3.2.1 The therapists are those who study psychology science such as psychiatrists, psychiatric nurses, occupational therapists, psychologists, and social workers (Sung et al., 2006: Level II; Chang et al., 2010: Level IV; Tuet et al., 2006: Level IV).

3.2.2 The therapists need to have been trained in using music therapy for dementia patients (Sung et al., 2006: Level II; Chang et al., 2010: Level IV; Tuet et al., 2006: Level IV; Gerdner, 2010: Level I; Gerdner, 2010: Level II; Park et al., 2009: Level IV).

3.3 Characteristics of music therapy, duration, and assessment tools used to evaluate the efficiency of music therapy.

3.3.1 According to a literature review for evidence-based practice of using music therapy to reduce agitation in dementia patients, it was found that the therapy can be provided as a group therapy or an individual therapy. The individual therapy can be conducted at home or patient's residence. The music therapy program starts with providing music activities to the patients in the first two weeks and in the later two weeks the patients receive normal care without music activities. This therapy pattern is repeated for a total of 8 weeks of the therapy. The therapist records and assesses the patients' behaviours at both music-activity weeks and no-music-activity weeks (Park et al., 2009: Level IV; Gerdner, 2010: Level II). The group therapy can be provided to the patients at the elderly care center, the elderly treatment center, or at the elderly day-care center. The therapy is divided into two activities: no-

music activity and with music activity. There are no music activities in the 1st, 3rd, 5th, and 7th week. Patients receive the care as usual at these weeks. They will receive music-activity therapy in the 2nd, 4th, 6th, and 8th week. The therapist records and assesses the behaviors of patients at both music-activity weeks and no-music-activity weeks (Sung et al., 2006: Level II; Chang et al., 2010: Level IV; Tuet et al., 2006: Level IV).

3.3.2 The music program therapy both individual and group therapy must have a standard tool to assess a music preference of each individual patient. The music should have a content of soothing music with a flowing, simple harmony, soft tonal colour and easy rhythm from only piano or lyrical melody (Sung et al., 2006: Level II; Raglio et al., 2008: Level II; Tuet et al., 2006: Level IV; Park et al., 2009: Level IV; Gerdner, 2010: Level II) or type of music in the rhythm of heartbeat (roughly 60–80 beaten/minute) or nature music such as bird song. (Chang et al., 2010: Level IV). Furthermore, in the individual music therapy the therapists may discuss with patients' family members in order to assess the individual patient's music preference and to help the patients to have more music selections for the music therapy (Gerdner, 2010: Level II).

3.3.3 The therapists play the music already selected to fit the individual preference. The music should be played at least 30 minutes before the time that the patient mostly has agitation at the place where the patients mostly reside (Sung et al., 2006: Level II ; Raglio et al., 2008 : Level II ; Tuet et al., 2006: Level IV ; Park et al., 2009 : Level IV ; Gerdner, 2010 : Level II). The music can also be played during the time patients are performing their activities such as at lunchtime (11.00-12.00) (Chang et al., 2010: Level IV) a music programme was played during the lunchtime

3.3.4 To control for any noise that may block the effectiveness of the music programme, the music programme was set at between 60–65 dB and using the song that already selected to fit the individual preference. (Sung et al., 2006: Level II; Raglio et al., 2008: Level II; Tuet et al., 2006: Level IV; Park et al., 2009: Level IV; Gerdner, 2010: Level II)

3.3.5 There are many types of music therapy. The therapists play the music for the patients to listen to and also encourage them to sing with the

music and songs. 1) The exercise should be the one that makes the patients freely move all parts of their bodies for example, they may play with a ball or other uncomplicated instruments (Sung et al., 2006: Level II, Tuet et al., 2006: Level IV) 2) The patients can interact with other patients and a communication among the patients and therapists is made (Raglio et al., 2008: Level II; Park et al., 2009: Level IV; Gerdner, 2010: Level II) 3) listen and singing without any instruments or using other uncomplicated instruments (Tuet et al., 2006: Level IV) 4) Opening the music through the line between the lunchtime (11.00 – 12.00 น.) (Chang et al., 2010: Level IV)

3.3.6 Assessment for the behaviours responding to music therapy. The therapists assess the behaviours that happen between the patients and the therapists by using the assessment tool, Music Therapy Coding Scheme (MTCS). This tool is used to assess observable behaviors from the interactions between patients and therapists. These behaviors include how well the patients pay attentions to and participate in the music activities, and if they play the music instruments without making a relationship with other patients and therapists. If the patients have the more frequency of agitation behavior or have the opposite of the responses the therapist should terminate the music therapy (Gerdner, 2010: Level II; Raglio et al., 2008: Level II)

3.3.7 Duration and the number of therapy. The music therapy should take at least 16 weeks: 2-4 sessions per week and 30- 45 minutes per session (Sung et al., 2006: Level II; Raglio et al., 2008: Level II; Tuet et al., 2006: Level IV; Park et al., 2009: Level IV; Gerdner, 2010: Level II). The music activities can be also provided daily for 60 minutes a day (Chang et al., 2010: Level IV). In addition, patients' relatives should be allowed to observe music-activity therapy while the patients are in hospital so that they can provide continuous music-activity therapy at home to the patients.

3.3.8 Assessments tools. The tools used to assess the efficiency of using music therapy to reduce agitation in the elderly patients with dementia consist of 1) the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) to assess patients' agitation (Sung et al., 2006: Level II; Raglio et al., 2008: Level II; Tuet et al., 2006: Level IV; Park et al., 2009: Level IV), 2) Neuro-Psychiatric Inventory (NPI) to assess behavioral symptoms and psychological symptoms (Raglio et al., 2008 : Level II ; Tuet et al., 2006: Level IV ; Park et al., 2009 : Level IV ; Chang et al., 2010 :

Level IV), 3) Assessment of Personal Music Preference (APMP) to assess the individual music preference (Park et al., 2009: Level IV), and 4) Disruptive Behavior Scale (DBS) to assess the frequency and severity of disruptive behaviors during the music activity (Gerdner, 2010: Level II).

4. Suggestion and Implementations of the Finding

In order to apply the recommendations in using evidence-based music therapy in reducing agitation in the elderly with dementia in clinical practice and further studies, the researcher has some suggestions.

4.1 According to the review of literature on evidence-based music therapy in reducing agitation in the elderly with dementia, it was found that most research studies were conducted in the contexts of other countries. Music therapy studies in Thailand were conducted in other patients such as patients with stroke, paediatric patients with developmental problems, patients in crisis conditions such as last-stage tumour patients, and patients with surgical pain or physical pain. Therefore, the researcher suggests conducting some studies on using music therapy to reduce agitation in patients with dementia for appropriate therapy program activities and results in Thai culture and contexts. As a result, Thai mental health care personnel have a standard and reliable evidence-based music therapy for reducing agitation in the elderly patients with dementia.

4.2 Nurses can use the recommendations from this study to develop a nursing practice guideline in using music therapy to reduce agitation of the elderly dementia patients at a patient unit. In the development of practice guideline, a brain storming of involved personnel is employed to specify the evaluation tools, characteristics of participants and of therapists, time and duration of therapy, and contents of therapy program. Before using the practice guideline a pilot study needs to be conducted in order to adjust the practice guideline and assess the effectiveness of using music therapy to reduce agitation in the elderly patients with dementia.

4.3 If a pilot study shows appropriate results, the practice guideline can be applied into a real practice of organizations in order to create a change in nursing care to the elderly patients with dementia. However, the application of practice guideline can be successful if 1) having a support from organization, 2) having a good

communication among involved personnel in the organization, and 3) building a feeling of involvement in the practice of personnel, and 4) developing/enhancing knowledge and necessary skills of personnel.

4.4 Nurses interested in music therapy can use the recommendations from this study to develop a nursing practice guideline in using music therapy to reduce agitation behaviors of the elderly patients with dementia at home. Therefore, the nurses should allow the patients' relatives to observe the music-activity therapy while the patients have a group-music therapy at the hospital so that the relatives can provide consistent music activities at home. Consequently, it leads to the change in practice and in assessing the efficiency of music therapy to reduce the agitation behaviors in the elderly with dementia.

รายการอ้างอิง

- จิราพร ชลธิชาชลาลักษณ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, สมจิต หนูเจริญกุล และชาญ เกียรติบุญศรี. (2008). ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวล การตอบสนองทางสรีระและตัวแปรในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยระหว่างหย่าจากเครื่องช่วยหายใจ. *Ramathibodi Nursing Journal, September-December*, 328-346.
- ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- พงษ์เกษม ไช้มุกด์ และบุญศิริ จันศิริมงคล. (2545). กลุ่มอาการสมองเสื่อม: ความรู้พื้นฐานแนวทางวินิจฉัย แยกโรค อาการที่เกี่ยวข้อง. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต
- ประเสริฐ บุญเกิด. (2550). แนวทางการรักษาสมองเสื่อม (Clinical Practice Guideline for Dementia). กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2550). รายงานการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2550. นนทบุรี: งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีธัญญา, กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2551). รายงานการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2551. นนทบุรี: งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีธัญญา, กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2552). รายงานการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2552. นนทบุรี: งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีธัญญา, กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักกระบวนวิทยา. (2548). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อประจำปี 2548. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2548). ดนตรีบำบัด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(3), 185-191.
- Ballard, C., & O'Brien, J. (2001). *Dementia: Management of behavioral and psychological symptoms*. Oxford: New York.
- Blankevoort, C. G., Van Heuvelen, M. J. G., Boersma, F., Luning, H., Jong, J. D., & Scherder, E. J. A. (2010). Review of effects of physical activity on strength, balance, mobility and ADL performance in elderly subjects with dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30, 392-402.

- Cohen-Mansfield, J., Libin, A., & Marx, M.S. (2004). Nonpharmacological treatment of agitation: A controlled trial of systematic individualized intervention. *The Journal of Gerontology*, 62(8), 908-916.
- Chang, F.Y., Huang, H.C., Lin, K.C., & Lin, L.C. (2010). The effect of music program during lunchtime on the problem behavior of the older residents with dementia at an institution in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 939-948.
- Chapin, H., Jantzen, K., Scott Kelso, J. A., Steinberg, F., & Large, E. (2010). Dynamic emotional and neural responses to music depend on performance expression and listener experience. *Plos One*, 5(12), 1-14.
- Chi Chan, S. W., (2010). Family caregiving in dementia: The asian perspective of a global problem. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30, 469-478.
- Craig, J.V., & Smyth, R. L. (2001). *The evidence-based practice manual for nurses*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Douglas, S., James, I., & Ballard, C. (2004). Nonpharmacological interventions in dementia. *Advance in Psychiatric Treatment*, 6, 171-179.
- Fujii, M., Hatakeyama, R., Fukuoka, Y., Yamamoto, T., Sasaki, R., et al. (2008). Lavender aroma therapy for behavioral and psychological symptoms in dementia patients. *Geriatrics Gerontology International*, 8, 136-138.
- Gerdner, L.A., (2010). Individualized music for elders with dementia: Evidence-Based Guideline. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(6), 7-15.
- Grocke, D., Bloch, S., & Castle, D. (2009). The Effect of Group Music Therapy on Quality of Life for Participants Living with a Severe and Enduring Mental Illness. *Journal of Music Therapy*, 96(2), 90-104.
- Guzzetta, C. E. (1995). Music therapy: Hearing the melody of the soul. *Holistic nursing: A handbook for practice*, 669-698.
- Han, P., Kwan, M., Chen, D., Yusoff, S. Z., Chionh, H. L., Goh, J., & Yap, P. (2010). A controlled naturalistic study on a weekly music therapy and activity program on disruptive and depressive behaviors in dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 2010, 540-546.

- Herdener, M., Esposito, F., Salle, F. D., Boller, C., Hilti, C. C., Habermeyer, B., Scheffler, K., & et al. (2010). Music training induces functional plastic in human hippocampus. *The Journal of Neuroscience*, 30(4), 1377-1384.
- Hersch, E.C., & Falzgraf, S. (2007). Management of the behavioral and psychological symptoms of dementia. *Clinical Intervention in Aging*, 2(4), 611-621.
- International Psychogeriatric Association (IPA). (2002). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD): Educational Pack. *International Psychogeriatric Association (IPA)*, 1-13.
- Jayaram. M.B., Hosalli. P., & Stroup. S. (2006). Risperidone versus olanzapine for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. Apr 19;(2)
- Koger, S. M., Chapin, K., & Brotons, M. (1999). Is music therapy an effective intervention for dementia? A meta-analytic review of literature. *Journal of Music Therapy*, 36(1): 2-15.
- Lawlor, B. (2002). Managing behavioural and psychological symptoms in dementia. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 463-465.
- Melnyk, B. M., & Fineout-overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing & health care; A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Park, H., & Specht, J.K.P. (2009). Effect of individualized music an agitation in individuals with Dementia who live at home. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(6) 47-55.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Popescu, M., Otsuka, A., & Loannides, A. A., (2004). Dynamics of brain activity in motor and frontal cortical areas during music listening: A magnetoencephalographic study. *NeuroImage*, 21, 1622-1638.
- Raglio, A., Bellelli, G., Traficate, D., Gianotti, M., & Ubezio, M.C. (2008). Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. *Alzheimer's Disease Association Disorders*, 22(2), 158-162.

- Sung, H.C., & Chang, M.A. (2005). Use of preferred music to decrease agitated behaviours in older people with dementia: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 1133-1140.
- Sung, H.C., Chang, M.A., & Lee, W.L. (2009). A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1056-1064.
- Sung, H.C., Chang, S.M., Lee, W.L., & Lee, M.S. (2006). The effects of group music with Movement intervention on agitated behaviours of institutionalized elders with dementia in Taiwan. *Complementary Therapy in Medicine*, 14, 113-119.
- Sutor, B., Rummans, T.A., & Smith, G.E. (2001). Assessment and management of behavioral Disturbance in nursing home patients with dementia. *Mayo Clinic Proceedings*, 76(5), 540-550.
- Trainor, L. J., Shahin, A. J., & Roberts, L. E. (2009). Understanding the benefits of music training effects on oscillatory brain activity. *The neuroscience and music III- Disorders and plasticity*, 1169, 133-142.
- Tuet, RWK., & Lam, LCW. (2006). A preliminary study of the effect of music therapy on agitation in Chinese patients with Dementia. *Hong Kong Journal Psychiatry*, 16, 87-91.
- Van Weelden, K., & Cevasco, A.M. (2009). Geriatric clients preferences for specific popular song to use during singing activity. *Journal of Music Therapy*, 16(2), 147-159.
- Venkatasubramanian, N., Sahadevan, S., Kua, E. H., Chen, C. P. L., & Ng, T.-P. (2010). Interethnic differences in dementia epidemiology: Global and Asia-Pacific perspectives. *Dementia and Geriatric Disorders*, 30, 492-498.
- World Health Organization. (2011). Bulletin of the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*, 89, 166-167.



ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 6 เรื่อง แต่ละเรื่องมีรายละเอียดดังแสดงในตาราง ดังนี้
เรื่องที่ 1

ชื่อเรื่อง The effects of group music with movement intervention on agitated behaviours of institutionalized elders with dementia in Taiwan

ผู้วิจัย Huei-chuan Sung, Shu-min Chang, Wen-li Lee, Ming-shinn Lee

แหล่งตีพิมพ์ Complementary Therapies in Medicine, 14, 113-119.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อประเมินผลของการใช้ดนตรีบำบัด ต่อการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย ในผู้ป่วยสมองเสื่อมในไต้หวัน
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) 1. อายุ 65 ปีหรือมากกว่า 2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมโดยเกณฑ์ของ DSM-IV 3. ได้รับการรับรองว่ามีความสามารถในการทำกิจกรรมและทำตามคำสั่งอย่างง่ายได้ 4. มีความเข้าใจในภาษาหรือภาษาจีน 5. ไม่สูญเสียการได้ยิน 6. ไม่อยู่ระหว่างการรักษาพฤติกรรมกระวนกระวายด้วยยา 7. คะแนน GDS 3-6 และเป็นผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง 8. มีอาการแสดงของพฤติกรรมกระวนกระวายตามเกณฑ์การประเมินของ CMAI 9. ไม่มีอาการเจ็บปวดหรือการติดเชื้อมาก่อนหน้านี้
Setting ของงานวิจัย	สถานบันการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม ในไต้หวัน
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับของงานวิจัย	เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized controlled Trial, RCT) ระดับ 2 (Level II)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	เครื่องมือ Global Deterioration Scale (GDS) ใช้ประเมินเพื่อแบ่งระดับของภาวะสมองเสื่อม ในการศึกษานี้ระบุว่าคะแนน 3-6 เป็นภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยประเมินแรกเข้าการศึกษา เครื่องมือ Modified Cohen-Mansfield Agitation Inventory (modified CMAI) ใช้ประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยประเมินเพื่อรับเข้าในการศึกษา ประเมินในสัปดาห์ที่ 2 และสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 ของการศึกษา แบบประเมินประกอบด้วย 29 ข้อที่ควรสังเกตของพฤติกรรมกระวนกระวายที่สังเกตได้โดยผู้ดูแลผู้ป่วย มาตราส่วน 7 จุดตามความถี่ของการเกิดขึ้นกว่าระยะเวลา 2 สัปดาห์ มีค่าความน่าเชื่อถือ 0.88 – 0.9223 และความสอดคล้องภายในสูงในช่วงเวลากลางวัน เย็น และกลางคืนตามลำดับ คือ 0.86, 0.91 และ 0.87 นอกจากนี้ใช้ในการประเมินผลกระทบแบบฉับพลันของพฤติกรรมกระวนกระวายจากกิจกรรมดนตรี โดยถูกกำหนดให้ใช้เวลาการประเมิน 10 นาทีในช่วงเวลา 1 ชั่วโมงที่มีกิจกรรมดนตรี
การบำบัด (Intervention)	กลุ่มดนตรีประกอบการเคลื่อนไหว ถูกจัดขึ้นครั้งละ 30 นาที ในช่วงบ่ายของวัน จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยพยาบาลผู้ทำการวิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 คนที่ได้ผ่านการฝึกอบรมการใช้ดนตรีบำบัด ในกิจกรรมการบำบัดประกอบด้วย การให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำความคุ้นเคยกับดนตรีที่ฟังสบาย ๆ จังหวะปานกลางและมีการออกแบบทำนองที่ช่วยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนปลาย (แขน ขา) ในระยะเวลา 30 นาทีของแผ่นบันทึกเพลง ประกอบด้วยเพลงที่มาจากพื้นฐานความชอบส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ ผู้ร่วมทดลองมีการทำตามคำแนะนำของผู้วิจัย ที่ให้พวกเขาเหล่านั้นมีการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนแขน ขา ไปพร้อมๆ กับดนตรี ภายในห้องกิจกรรม ดนตรีและเพลงที่มีจังหวะระดับปานกลาง จะช่วยให้ผู้ร่วมวิจัยมีการเคลื่อนไหวอย่างมีขอบเขต และเป็นการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วย ดนตรีบำบัดแต่ละครั้งถูกกำหนดให้ใช้เวลาเพียง 30 นาที เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ถูกระบุว่ามีความเหมาะสมต่อสมาธิและระดับความสนใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ที่อยู่ในกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยกิจกรรมดนตรีบำบัดจำนวนทั้งสิ้นรวม 9 ครั้ง

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	พฤติกรรมกระวนกระวายลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลอง หลังจากเข้ากลุ่มดนตรีประกอบการเคลื่อนไหวเป็นเวลา 4 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p > 0.001$) ผู้เข้าร่วมทดลองทั้ง 36 คน มีอายุเฉลี่ย 77.61 ปี (S.D. = 8.43) เป็นชาย 72.2 % สถานภาพสมรส ผู้เข้าร่วมการทดลองส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาตามเกณฑ์พื้นฐาน และมีเพียง 9 ราย (25%) ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ค่าเฉลี่ยของช่วงเวลาที่ย้ายอยู่ในสถานดูแล 3.92 ปี (S.D. = 3.32) และค่าเฉลี่ยของจำนวนการวินิจฉัยทางการแพทย์ 5.25 (S.D. = 2.32) ผู้เข้าร่วมทดลองทั้งหมดเป็นผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของสถิติด้านอายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ระดับของการสูญเสียการรู้คิด และจำนวนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ในระหว่างกลุ่ม ($P > 0.05$)
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	<u>1) Clinical Relavance</u> กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องแก้ไข โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมกระวนกระวาย ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด <u>2) Scientific Merit</u> เป็นงานวิจัยที่น่าเชื่อถือ พิจารณาจากการได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร Complementary Therapies in Medicine ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงทางด้านสุขภาพและรู้จักกันแพร่หลาย การออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน คือ 2.1 ชื่อเรื่องแสดงถึงการศึกษาตัวแปรที่สำคัญในการวิจัย รูปแบบการวิจัยเป็น RCT จำนวนกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งระยะเวลา สถานที่ที่ทำการศึกษางบออกไว้อย่างชัดเจน 2.2 วัตถุประสงค์และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระบุไว้อย่างชัดเจน โดยระบุวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากพอ มีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและเหตุผลในการคัดออกจากการศึกษา 2.3 เครื่องมือมีความเหมาะสม ซึ่งเป็นที่รู้จักและใช้กันอย่าง

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความ เป็นไปได้ในการ นำไปใช้ (ต่อ)	แพร่หลาย การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างเหมาะสม 2.4 ผลการศึกษาตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาและได้อธิบายผลได้อย่างชัดเจน <u>3) Implement Potential</u> 3.1 การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) ความรู้ในงานวิจัยที่มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยในหน่วยงาน มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา และหน่วยงานยังเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งเป็นสถาบันการดูแลผู้ป่วยเฉพาะคล้ายคลึงกับในการศึกษานี้ 3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) พยาบาลสามารถนำกิจกรรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในหน่วยงานได้ แต่ต้องมีการเตรียมพร้อมด้านบุคลากร ความรู้ เครื่องมือ สถานที่ และการประสานงานกับทีมการรักษาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง และเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่น่าพอใจ 3.3 ความคุ้มค่าคุ้มทุน (Cost-benefit ratio) การนำดนตรีบำบัดไปใช้ ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการรักษาในระบบโรงพยาบาล ไม่เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว แต่ต้องมีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดของการรักษา
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- ดนตรีบำบัดสามารถนำไปใช้ได้ ในผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง ที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย - การบำบัดประกอบด้วย การฟังเพลง ร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนปลาย (แขน ขา) ตามดนตรี หรือใช้ร่วมกับอุปกรณ์อย่างง่ายที่ช่วยให้มีการเคลื่อนไหว เช่น การเล่นเกมบอล - สามารถนำไปใช้โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมการใช้ดนตรีบำบัด

เรื่องที่ 2

ชื่อเรื่อง	Efficacy of Music Therapy in the Treatment of Behavioral and Psychiatric Symptoms of Dementia
ผู้วิจัย	Alfredo Raglio, Giuseppe Bellelli, Daniela Traficante, Marta Gianotti, Maria Chiara Ubezio, Daniele Villani & Marco Trabucchi
แหล่งตีพิมพ์	Alzheimer Dis Asso Disord, 22(2), 158-162.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อประเมินประสิทธิผลของดนตรีบำบัดในการลดปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD) ในกลุ่มทดลองที่เป็นโรคสมองเสื่อม
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	เกณฑ์คัดเข้า - ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์หรือโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมอง (Alzheimer's type or Vascular Dementia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV - มีคะแนน MMSE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22/30 และคะแนน CDR มากกว่าหรือเท่ากับ 2/5 - มีคะแนน NPI รวมมากกว่าหรือเท่ากับ 12/144 หรือเท่ากับคะแนนสูงสุดของ 1 ข้อจาก 12 ข้อ - อยู่ในสถานรับเลี้ยงอย่างน้อย 6 เดือน เกณฑ์คัดออก - เคยได้รับการบำบัดด้วยดนตรีบำบัดมาก่อน - ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตตัวใหม่ๆ (เช่น ยารักษากลุ่มอาการทางประสาท และ/หรือ ยาที่ช่วยให้สงบ) หรือได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตตัวอื่นๆ แต่ไม่สม่ำเสมอในเดือนก่อนหน้านี้ - ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจขั้นรุนแรง โรค

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	เกี่ยวกับปอดหรือโรกระบบทางเดินอาหาร - ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกในปีที่ผ่านมา
Setting งานวิจัย	ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา ในตอนเหนือของอิตาลี
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับของงานวิจัย	เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม Randomized controlled Trial (RCT) ระดับ 2 (Level II)
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	ในผลรวมของการประเมินจากหลายมิติ ได้มาจากเกณฑ์การประเมินที่เหมาะสม กลุ่มทดลองจะถูกรับเข้าด้วยการประเมินจาก Barthel index Daily Living ในด้านความสามารถของการทำหน้าที่ เครื่องมือ Mini-Mental State Examination (MMSE) ใช้ประเมินสภาวะการรับรู้สิ่งแวดล้อมในกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ Clinical Dementia Rating (CDR) ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือ NeuroPsychiatric Inventory (NPI) ใช้ประเมินอาการทางพฤติกรรมและอาการทางจิตในผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเครื่องมือทั้งหมดนี้จะถูกนำมาประเมินซ้ำอีกครั้งภายหลังสัปดาห์ที่ 8 (ระหว่างกลางของการรักษา) สัปดาห์ที่ 16 (สิ้นสุดการรักษา) และหลังจากสัปดาห์ที่ 20 ประเมินโดยแพทย์เพียงคนเดียว
การบำบัด (Intervention)	ในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้ดนตรีบำบัดแบบไม่มีเนื้อร้อง โดยมีการเลือกใช้ 2 อย่างคือ ดนตรีที่เป็นจังหวะและรูปแบบของดนตรีบรรเลงที่ไพเราะของเครื่องดนตรี เพื่อกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารระหว่างสมาชิกและผู้บำบัด ตลอดช่วงที่มีการแสดงออกโดยไม่ใช้คำพูดและการบรรเลงต่อเนื่องของดนตรี ผู้ป่วยสามารถถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกของพวกเขาเหล่านั้น เป็นที่ยอมรับว่าผลจากการปรับตัวเข้ากันกับทำนองของดนตรีร่วมกับผู้บำบัด เป็นการนำไปสู่การปรับปรุงสภาวะอารมณ์โดยรวมและการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยในด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ตลอดระยะเวลาที่มีความประสานสอดคล้องกันอย่างมีเงื่อนไข ดนตรีบำบัดสามารถส่งเสริมการคงอยู่ของการรับรู้การระบุความเป็นบุคคลของผู้ป่วยสมองเสื่อม และสามารถกระตุ้นหน้าที่การรู้คิดโดยรวมได้อีกด้วย

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมดนตรีบำบัดจำนวน 3 ช่วง ช่วงละ 10 ครั้ง(สัปดาห์ละ 2 ครั้ง) ครั้งละ 30 นาที จำนวน 16 สัปดาห์ ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการฝึกอบรมทั่วไป (เช่น การดูแลตนเอง การรับประทานอาหารกลางวัน การอาบน้ำ การกระตุ้นการรู้คิด เป็นต้น) และกิจกรรมนันทนาการ (อ่านหนังสือพิมพ์ เล่นไพ่ กิจกรรมอาชีพะบำบัด เป็นต้น) ตามความชอบของแต่ละบุคคล ระหว่างการทำดนตรีบำบัดในแต่ละครั้งได้มีการบันทึกด้วยกล้องโทรทัศน์ที่ตั้งไว้บนขาตั้งกล้องและวางไว้มุมใดมุมหนึ่งของห้อง เพื่อลดความสนใจต่อการมีอยู่ของกล้องจากสมาชิก ในช่วงท้ายของกิจกรรม ผู้สังเกตการณ์ 2 คนที่ไม่ได้เข้าร่วมกับการศึกษาโดยตรง จะทำการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละคนโดยดูผ่านกล้องบันทึก พฤติกรรมของผู้ป่วยสามารถแบ่งออกได้เป็นหมวดหมู่ โดย MTCS (Music Therapy Coding Scheme) ในส่วนแรกของแบบประเมินมี 2 พฤติกรรมที่สังเกตได้ คือ 1) พฤติกรรมความใส่ใจ ความมีส่วนร่วม (EB) ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างดีในกิจกรรมดนตรีบำบัด มีการสร้างความใส่ใจระหว่างผู้บำบัด(นักดนตรีบำบัด) 2) พฤติกรรมความไม่ใส่ใจ ความไม่มีส่วนร่วม (N-EB) ทั้งผู้ป่วยและนักดนตรีบำบัด เล่นเครื่องดนตรีโดยปราศจากการสร้างสัมพันธภาพ การมีส่วนร่วม ส่วนที่ 2 ของแบบประเมิน มีระดับของการยอมรับต่อการรักษาด้วยดนตรีบำบัดที่วัดโดย การสังเกตจากสิ่งที่ปรากฏ ได้แก่ - การยิ้ม ผู้ป่วยหัวเราะหรือยิ้มตามเนื้อหาหรือเหมาะสมกับสถานะแวดล้อม - การเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยมีการขยับ เคลื่อนไหวร่างกายเป็นจังหวะเดียวกับดนตรี - การร้องเพลงผู้ป่วยร้องเพลงระหว่างทำกิจกรรมดนตรี

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	พฤติกรรมและอาการทางจิตในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD) (ได้แก่ หลงผิด กระวนกระวาย วิดกกังวล ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไวต่อสิ่งเร้าตื่นตระหนก การเคลื่อนไหวการทำกิจกรรมที่ผิดปกติ และปัญหาการนอน) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากผลรวมของคะแนน NeuroPsychiatric Inventory (NPI) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 8, 16 และ 20 (ช่วงเวลาของการมีปฏิสัมพันธ์ x กลุ่ม : $F_3 = 5.06$, $p = 0.002$) โดยเฉพาะ ด้านมีปฏิสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมดนตรีบำบัด ดีขึ้นด้วย
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1) <u>Clinical Relavance</u> กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมระดับปายกลางถึงรุนแรง ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องแก้ไข โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมกระวนกระวาย ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด 2) <u>Scientific Merit</u> เป็นงานวิจัยที่น่าเชื่อถือ พิจารณาจากการได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร Alzheimer Disease Association Disorder ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงทางด้านสุขภาพและรู้จักกันแพร่หลาย การออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน คือ 2.1 ชื่อเรื่องแสดงถึงการศึกษาตัวแปรที่สำคัญในการวิจัย รูปแบบการวิจัยเป็น RCT จำนวนกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งระยะเวลา สถานที่ที่ทำการศึกษาบ่งบอกไว้อย่างชัดเจน 2.2 วัตถุประสงค์และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระบุไว้อย่างชัดเจน โดยระบุวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากพอ มีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและเหตุผลในการคัดออกจากการศึกษา 2.3 เครื่องมือมีความเหมาะสม ซึ่งเป็นที่รู้จักและใช้กันอย่างแพร่หลาย การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างเหมาะสม 2.4 ผลการศึกษาตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาและได้อภิปรายผลได้อย่างชัดเจน

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (ต่อ)	<u>3) Implement Potential</u> 3.1 การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) ความรู้ในงานวิจัยที่มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยในหน่วยงาน มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา และหน่วยงานยังเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งเป็นสถานประกอบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะคล้ายคลึงกับในการศึกษานี้ 3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) พยาบาลสามารถนำกิจกรรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในหน่วยงานได้ แต่ต้องมีการเตรียมพร้อมด้านบุคลากร ความรู้ เครื่องมือ สถานที่ และการประสานงานกับทีมการรักษาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องและเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่น่าพอใจ 3.3 ความคุ้มค่าคุ้มทุน (Cost-benefit ratio) การนำดนตรีบำบัดไปใช้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการรักษาในระบบโรงพยาบาล ไม่เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว แต่ต้องมีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดของการรักษา
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- ดนตรีบำบัดสามารถนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง ที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย - การบำบัดประกอบด้วยทำให้ผู้ป่วยฟังเพลงและทำให้การบำบัดมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยจินตนาการ มีอารมณ์ร่วมกับเพลง มีปฏิสัมพันธ์ มีการสื่อสารระหว่างสมาชิก - สามารถนำไปใช้โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมการใช้ดนตรีบำบัด

เรื่องที่ 3

ชื่อเรื่อง

A Preliminary Study of the Effects of Music Therapy on Agitation in Chinese Patient with Dementia

ผู้วิจัย

RWK Tuet & LCW Lam

แหล่งตีพิมพ์

Hong Kong J Psychiatry, 16, 87-91.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ การวิจัย	เพื่อประเมินประสิทธิผลของดนตรีบำบัดในผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลสำหรับผู้สูงอายุ ในประเทศฮ่องกง
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ในงานวิจัย	ผู้ป่วยจำนวน 16 รายรับมาจากสถานดูแล 2 แห่ง อีก 1 แห่งเป็นศูนย์ดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุของประเทศฮ่องกง ผู้ป่วยจำนวนเหล่านี้ประกอบด้วยผู้หญิง 13 คน ผู้ชาย 3 คน อายุ 84 – 101 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินเบื้องต้นด้วยเครื่องมือ Clinical Dementia Rating (CDR) โดยนักอาชีวะบำบัดที่ได้รับการรับรองว่าผ่านการฝึกอบรมจากผู้ทรงคุณวุฒิ อันดับแรกเลือกเฉพาะผู้ทดลองที่มีการสูญเสียการรู้คิดอยู่ในระดับ 2 (ปานกลาง) และระดับ 3 (รุนแรง) อันดับที่สอง มีอาการแสดงของพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างน้อย 1 อาการต่อสัปดาห์ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวด้านร่างกายหรือพฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางร่างกายแต่มีพฤติกรรมกระวนกระวายทางคำพูดและ/หรือการออกเสียง อันดับที่สาม ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องไม่เป็นผู้หูหนวกหรือมีปัญหาการได้ยินอย่างรุนแรง และมีความสามารถที่จะฟังและตอบสนองต่อบทสนทนาอย่างง่ายจากเจ้าหน้าที่ได้ อันดับที่สุด ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องมีผู้ปกครองหรือผู้อภิบาลยินยอมให้เข้าร่วมในการศึกษา
Setting งานวิจัย	ผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลสำหรับผู้สูงอายุ ในประเทศฮ่องกง
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับของงานวิจัย	การออกแบบการศึกษาทดลองแบบไขว้กัน Quasi-experimental ระดับ 4 (Level IV)
เครื่องมือในการ ประเมินผลลัพธ์	Clinical Dementia Rating (CDR) เป็นเครื่องมือการจัดลำดับความรุนแรงทางคลินิกของผู้ป่วยสมองเสื่อม ความรุนแรงของการสูญเสียด้านการรู้คิด ประเมินได้จากการทำหน้าที่ 6 ส่วนเกี่ยวกับการรู้คิด ประกอบด้วย

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	ส่วนต่างๆ ดังนี้ การรับรู้ในสภาวะแวดล้อม (Orientation) ความจำ (Memory) การตัดสินใจ/ความสามารถในการจัดการกับปัญหา (Judgement/ Problem solving) การดำเนินชีวิตในชุมชน (Community living), งานอดิเรก และสิ่งที่ทำเป็นประจำ (Hobbies and hobbies) และการดูแลตนเองอื่นๆ คะแนนบ่งชี้ 0 คือการรู้คิดปกติ คะแนน 1 หรือมากกว่าบ่งชี้ระดับความรุนแรงทางคลินิกของภาวะสมองเสื่อม (1 ระดับน้อย, 2 ระดับปานกลาง, 3 ระดับรุนแรง) เครื่องมือ The Cohen-Manfield Agitation Inventory (CMAI) ประกอบด้วย 29 หัวข้อ สร้างจากการให้คะแนนของผู้ดูแล และพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในสถานรับเลี้ยง ใช้ในการบันทึกความถี่ของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ จากการวิเคราะห์ปัจจัยแสดงให้ เห็นว่ามี 3 กลุ่มอาการของพฤติกรรมกระวนกระวาย ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว ด้านร่างกาย พฤติกรรมทางด้านร่างกายที่ไม่ก้าวร้าว และพฤติกรรมกระวนกระวายด้านคำพูด คะแนนรวมของพฤติกรรมก้าวร้าวได้มาจากการคำนวณ โดยการสรุปพฤติกรรมโดยรวมเฉพาะบุคคล เครื่องมือ The Neuropsychiatric Inventory (NPI) เป็นการให้คะแนนโดยผู้ดูแล เป็นเครื่องมือการสัมภาษณ์ที่ระบุแบบแผน และการวินิจฉัยอาการทางจิตประสาทที่มีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของระดับการรู้คิด ประเมินได้จาก 10 อาการทางจิตประสาท (อาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมกระวนกระวาย ภาวะซึมเศร้า เฉลยชา รื่นเรงเกินเหตุ การแสดงออกที่ควบคุมไม่ได้ ภาวะวิตกกังวล ภาวะไวต่อสิ่งกระตุ้น พฤติกรรมการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติที่ผิดปกติ) และการดำเนินอย่างซ้ำๆ ของ 2 อาการ (พฤติกรรมในช่วงเวลากลางคืน และสิ่งที่ทำให้รบกวนความอยากอาหาร) ผลคะแนนรวมของ NPI ได้รับการคำนวณจากหลากหลายคะแนน ความถี่และระดับความรุนแรงของในแต่ละอาการ แล้วสรุปรวมเป็นส่วนเดียวกันจากทั้งหมด NPI ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบที่ทำขึ้นเพื่อใช้ ในสถานดูแลผู้ป่วยของจีน
การบำบัด (Intervention)	เป็นการทดลองงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) มีกลุ่มทดลองทดสอบก่อนและหลังการทดลอง มีผู้เข้าร่วมทดลองจำนวน 16

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	คน ถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่มเท่า ๆ กัน กลุ่มแรกเข้าร่วมกลุ่มดนตรีบำบัดเป็นเวลา 3 สัปดาห์และกลุ่มที่ 2 จะได้รับการดูแลตามปกติ (การดูแลทั่วไป, กิจกรรมที่ต้องมีการควบคุม) ตลอดช่วงเวลา 3 สัปดาห์ หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมดนตรีบำบัด กลุ่มที่ 2 เข้ารับกิจกรรมดนตรีบำบัด และกลุ่มที่ 1 ให้ได้รับการดูแลตามปกติ โดยกลุ่มดนตรีบำบัดจะต้องทำในสถานที่เฉพาะที่เป็นศูนย์กลางและมีความน่าเชื่อถือ ตลอดระยะเวลา 3 สัปดาห์โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมจำนวน 45 นาทีในช่วงเวลาบ่ายแก่ ๆ ของวัน (เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่มีการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายสูงที่สุด) ถูกนำโดยนักอาชีวะบำบัดและผู้ช่วยผู้บำบัดอีก 2 คน เนื้อหาในแต่ละครั้งได้ถูกทำให้ได้มาตรฐานเดียวกันและถูกแบ่งออกเป็นช่วงของการแนะนำตัว (กล่าวต้อนรับ ทักทาย ทำความรู้จักสมาชิกแต่ละคน) การใช้เครื่องดนตรี (ใช้เครื่องดนตรีอย่างง่าย สำหรับให้จังหวะตามเพลง) และการออกกำลังกายประกอบดนตรี (เช่น การเตะลูกบอลไปตามจังหวะดนตรี) โดยที่นักอาชีวะบำบัดจะเป็นผู้บันทึกการกระทำ พฤติกรรมของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคน ทั้งก่อน/หลังกิจกรรมดนตรีบำบัดหรือกิจกรรมที่มีการควบคุมและหลังจากสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 3 สำหรับกิจกรรมที่ต้องควบคุมนั้น ไม่ได้มีการบำบัดหรือมีการจัดการพิเศษอื่นๆแต่อย่างใด เกี่ยวกับกิจกรรมในแต่ละครั้งประกอบด้วย 1)การฟังและร้องเพลงโดยปราศจากการใช้เครื่องดนตรี 2)การฟังและร้องตามเพลงโดยใช้เครื่องดนตรีที่หลากหลายชนิดประกอบ 3) เล่นเครื่องออกกำลังกายพร้อม ๆ กับการฟังเพลง ตัวอย่างของการเลือกดนตรีที่มีส่วนประกอบที่ผ่อนคลายของดนตรีตะวันตกและดนตรีเก่าแก่ที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมของชาวจีน ผู้สังเกตการณ์ก็จะทำการบันทึกปฏิกิริยาที่แสดงออกของผู้ร่วมวิจัยแต่ละคน ดนตรีพื้นบ้านของชาวจีนถูกระบุว่าสามารถช่วยกระตุ้นได้ดีที่สุด ผู้เข้าร่วมวิจัย 2 รายสามารถร้องตามเพลงได้อย่างต่อเนื่องในขณะที่เปิดเพลงสำหรับการเล่นเครื่องดนตรี บางครั้งจะถูกนำมาวางไว้บนโต๊ะ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเลือกหยิบใช้ได้ตามความชอบ โดยอยู่ภายใต้ความช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ อย่างไรก็ตาม ผู้ร่วมวิจัย 2 ราย มีการเปลี่ยนเครื่องดนตรีบ่อยมากในระหว่างทำกิจกรรม ในส่วนท้ายของกิจกรรมดนตรีบำบัด

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	ลูกบอลลูกจะถูกลงไว้บนโต๊ะเพื่อให้เกิดความง่ายและเคลื่อนไหวร่างกาย ทุกส่วนได้อย่างอิสระ
ผลการวิจัย	มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนรวม NPI (Neuropsychiatric Inventory) และ CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory) หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมดนตรีบำบัด (Wilcoxon signed rank tests, $p, 0.001$) ในทำนองเดียวกันกลับไม่พบการลดลงในการให้การดูแลตามปกติ (หลังจบสิ้นช่วงเวลาควบคุม) ไม่มีผลกระทบในระยะยาวหลังจากทำการสังเกตภายหลังออกจากกลุ่มดนตรีบำบัดเป็นเวลา 3 สัปดาห์ (ระหว่างก่อนดนตรีบำบัดและหลังดนตรีบำบัดโดยใช้ Wilcoxon signed rank tests, $p = \text{no significant}$)
การประเมินความ เป็นไปได้ในการ นำไปใช้	1) <u>Clinical Relavance</u> กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องแก้ไข โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมกระวนกระวาย ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด 2) <u>Scientific Merit</u> เป็นงานวิจัยที่น่าเชื่อถือ พิจารณาจากการได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร Alzheimer Disease Association Disorder ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงทางด้านสุขภาพและรู้จักกันแพร่หลาย การออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน คือ 2.1 ชื่อเรื่องแสดงถึงการศึกษาตัวแปรที่สำคัญในการวิจัย รูปแบบการวิจัยเป็น RCT จำนวนกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งระยะเวลา สถานที่ที่ทำการศึกษาบ่งบอกไว้อย่างชัดเจน 2.2 วัตถุประสงค์แยกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระบุไว้อย่างชัดเจน โดยระบุวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากพอ มีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและเหตุผลในการคัดออกจากการศึกษา 2.3 เครื่องมือมีความเหมาะสม ซึ่งเป็นที่รู้จักและใช้กันอย่างแพร่หลาย การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างเหมาะสม

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (ต่อ)	2.4 ผลการศึกษาตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาและได้อภิปรายผลได้อย่างชัดเจน <u>3) Implement Potential</u> 3.1 การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) ความรู้ในงานวิจัยที่มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยในหน่วยงาน มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา และหน่วยงานยังเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งเป็นสถาบันการดูแลผู้ป่วยเฉพาะคล้ายคลึงกับในการศึกษานี้ 3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) พยาบาลสามารถนำกิจกรรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในหน่วยงานได้ แต่ต้องมีการเตรียมพร้อมด้านบุคลากร ความรู้ เครื่องมือ สถานที่ และการประสานงานกับทีมการรักษาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องและเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่น่าพอใจ 3.3 ความคุ้มค่าคุ้มทุน (Cost-benefit ratio) การนำดนตรีบำบัดไปใช้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการรักษาในระบบโรงพยาบาล ไม่เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว แต่ต้องมีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดของการรักษา
การสรุปเพื่อ นำไปใช้	- ดนตรีบำบัดสามารถนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง ที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย - การบำบัดประกอบด้วย การให้ผู้ป่วยฟังเพลงและร้องตามเพลงโดยไม่ใช้เครื่องดนตรีในการให้จังหวะ, การฟังและร้องตามเพลงโดยใช้เครื่องดนตรีอย่างง่ายหลากหลายชนิดในการให้จังหวะ และ การฟังเพลงประกอบกับการออกกำลังกายอย่างง่าย เช่น การเตะลูกบอล เน้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายทุกส่วนอย่างอิสระ - สามารถนำไปใช้โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมการใช้ดนตรีบำบัด

เรื่องที่ 4

ชื่อเรื่อง Effect of Individualized Music on Agitation in Individuals with Dementia Who Live at Home

ผู้วิจัย Heeok Park & Janet K. Pringle Specht

แหล่งตีพิมพ์ Journal of Gerontological Nursing, 35(8), 47-55

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อตรวจสอบผลของการใช้ดนตรีเฉพาะรายในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ที่บ้าน
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	เกณฑ์คัดเข้า - ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม - อาศัยอยู่ในบ้านของตนเองหรือในสถานช่วยเหลือที่มีความสะดวก - อายุ 60 ปี หรือมากกว่า - คะแนน Mini-Mental State Examination (MMSE) ต่ำกว่า 25 คะแนน - มีอาการแสดงของพฤติกรรมกระวนกระวายตามขอบเขตของ Cohen-Mansfield, Werner, and Marx (1989) - สามารถได้ยินเสียงพูดคุยกติในระยะห่าง 1.5 ฟุต (45.2 เซนติเมตร) - สามารถแสดงความคิดเห็นส่วนตัวเกี่ยวกับดนตรีที่ชื่นชอบ หรือสมาชิกครอบครัวสามารถเสนอความคิดเห็นแทนได้ - ได้รับการยินยอมจากบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับทั้งหมดนี้ หากมีความผิดปกติทางจิตเวชหรือมีความเจ็บป่วยอย่างรุนแรง จะถูกคัดออกจากการศึกษา
Setting งานวิจัย	ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ที่บ้าน มลรัฐไอโอวา สหรัฐอเมริกา

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับของงานวิจัย	เป็นการศึกษานำร่อง ใช้กับกลุ่มย่อยๆ เพื่อหาข้อบกพร่อง Quasi-experimental ระดับ 4 (Level IV)
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	เครื่องมือ Mini-Mental State Examination (MMSE) ถูกนำมาใช้เพื่อประเมินระดับการสูญเสียด้านการรู้คิด บนพื้นฐานของโรคสมองเสื่อมเฉพาะราย MMSE ถูกปรับให้มี 11 คำถามและมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 (สูญเสียการรู้คิดอย่างรุนแรง) ถึง 30 (ไม่มีการสูญเสียการรู้คิด) MMSE ถูกประเมินใน 5 หมวด ประกอบด้วย การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว (Orientation) การเรียนรู้ต่อสิ่งใหม่ (Registration) ความสนใจและการคำนวณ (Attention and calculation) ความจำระยะใกล้ (Recall) และการใช้ภาษา ค่าความถูกต้องและความเชื่อถืออยู่ที่ 0.88 และ 0.97 คะแนน เครื่องมือ Assessment of Personal Music Preference (APMP) ถูกออกแบบมาอย่างเฉพาะเจาะจงในการหาข้อมูลเกี่ยวกับพื้นฐานความชื่นชอบดนตรีส่วนบุคคล APMP จะดึงความชื่นชอบส่วนบุคคลออกมาประกอบด้วยประเภทต่าง ๆ ได้แก่ รูปแบบของดนตรี ผู้แสดง อัลบั้มเพลงและกิจกรรมดนตรีที่ชื่นชอบ บนพื้นฐานของ APMP ที่ค้นพบภายใต้เงื่อนไขของการเลือกซื้ออย่างเฉพาะเจาะจง ที่สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ของความชื่นชอบส่วนบุคคลของพวกเขา เครื่องมือ Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) ฉบับดั้งเดิมประกอบด้วย 29 พฤติกรรม และในแต่ละพฤติกรรมถูกจำแนกระหว่างช่วงคะแนนจาก 1 (ไม่กระวนกระวาย) ถึง 7 (กระวนกระวายหลายๆ ครั้งต่อชั่วโมง) ในการศึกษาก่อนหน้านี้มีค่าความเชื่อถือของเครื่องมือ CMAI อยู่ในช่วง 0.64 – 0.95 และค่าความถูกต้องอยู่ในช่วง 0.92 (n=16), 0.92 (n=23), และ 0.88 (n=31) ในการศึกษานี้เครื่องมือ CMAI ฉบับดั้งเดิม (Cohen-Mansfield, 1986) ได้ถูกปรับปรุงสำหรับใช้เป็นเครื่องมือวัดระดับความกระวนกระวาย (M-CMAI-II) ใน CMAI-II ยังคงมี 29 พฤติกรรมเหมือนเครื่องมือ CMAI แต่แบ่งช่วงคะแนนสำหรับแต่

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	ละหวัข้อตั้งแต่ 0 – 3 ไม่มีเลย = 0, น้อย = 1, ปานกลาง = 2 และรุนแรง = 3 เมื่อผู้ดูแลทำการสังเกตพฤติกรรมกระวนกระวายตามรายการ พวกเขาจะทำการตรวจสอบด้วยตนเองขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของพฤติกรรมกระวนกระวาย คะแนนรวมของเครื่องมือ CMAI-II อยู่ในช่วงตั้งแต่ 0 – 87 ตัวอย่างเช่น ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีอาการแสดงของพฤติกรรมกระวนกระวาย 3 กลุ่ม ได้แก่ ความไม่สงบ กระวนกระวาย กระสับกระส่ายทั่ว ๆ ไป (น้อย) ส่งเสียงร้อง (รุนแรง) และบ่นพึมพำ (ปานกลาง) ในขณะที่ฟังดนตรี คะแนนรวมของพฤติกรรมกระวนกระวายที่น่าจะเป็นคือ 6 (1+3+2) เครื่องมือ CMAI ฉบับดั้งเดิม (Cohen-Mansfield, 1986) ได้ถูกปรับปรุงด้วยเช่นกัน เพื่อใช้ประเมินช่วงเวลาสูงสุดของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย ญาติผู้ดูแลสามารถสอบถามถึงการจดบันทึกตลอดในช่วงระยะเวลา 7 วันติดต่อกันของพวกเขา เพื่อให้ข้อสังเกตพฤติกรรมกระวนกระวายและช่วงเวลาที่เกิดพฤติกรรมกระวนกระวายที่ปรากฏให้เห็นชัดเจนที่สุดได้
การบำบัด (Intervention)	หลังจากได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ตารางการพบปะครั้งแรกจะเกิดขึ้นทันทีผ่านผู้ดูแลของผู้ป่วย เพื่อสำรวจข้อมูลด้านประชากร ระดับการสูญเสียการรู้คิด ช่วงเวลาสูงสุดของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายและ ความชื่นชอบส่วนตัวด้านดนตรี ระดับการสูญเสียการรู้คิดรายบุคคลจะถูกประเมินโดยใช้เครื่องมือ Mini-Mental State Examination (MMSE) ความชื่นชอบส่วนตัวด้านดนตรีสามารถสรุปได้จากเครื่องมือ Assessment of Personal Music Preference (APMP) สำหรับในสัปดาห์ที่ 1 ช่วงเวลาสูงสุดของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายจะถูกประเมินโดยผู้ดูแลในครอบครัวโดยใช้เครื่องมือ Cohen-Mansfield Agitation Inventory I (CMAI-I) ฉบับปรับปรุง (Cohen-Mansfield, 1986) การพบปะครั้งที่ 2 กำหนดให้ผู้ดูแลจัดหาแผ่นซีดีเพลงที่ผู้ป่วยชื่นชอบ พร้อมเครื่องเล่นมาด้วย บนพื้นฐานข้อสรุปของ CMAI-I กล่าวว่า ความถี่มากที่สุดของเวลาที่เกิดพฤติกรรมกระวน

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	กระวาย คือการอธิบายช่วงเวลาสูงที่สุดของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย คนตรีบำบัดจะถูกกำหนดให้มีขึ้น 30 นาที ก่อนช่วงเวลาสูงที่สุดของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย ดังตัวอย่าง หากผู้ป่วยมีช่วงเวลาของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายเวลา 10.00 น. กิจกรรมดนตรีบำบัดจะจัดขึ้นเวลา 9.30 – 10.00 น. เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมรวมทั้งสิ้นจำนวน 8 สัปดาห์ พวกเขาจะได้รับการฟังเพลงที่ชื่นชอบโดยผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้เปิดเพลงในระยะเวลา 30 นาที 2 ครั้งต่อสัปดาห์ (สัปดาห์ดนตรีบำบัด) ตามด้วยไม่มีกิจกรรมดนตรีบำบัดอีก 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ไม่มีดนตรีบำบัด) โดยกระบวนการนี้จะถูกทำซ้ำอีก 1 ครั้ง ระดับของพฤติกรรมกระวนกระวายที่ถูกวัดโดยญาติผู้ดูแลในครอบครัว โดยใช้เครื่องมือ CMAI-II ฉบับปรับปรุง (Cohen-Mansfield, 1986) (30 นาที ก่อน ระหว่าง และหลังการฟังดนตรี) ในระหว่างสัปดาห์ดนตรีบำบัด ระดับของพฤติกรรมกระวนกระวายจะถูกวัดในระหว่างสัปดาห์ที่ไม่มีดนตรีบำบัดด้วยเช่นกัน ในระยะเวลา 2 ครั้งต่อสัปดาห์สำหรับกิจกรรมดนตรีบำบัด กำหนดให้มีในวันอังคารและวันศุกร์ แต่วันดังกล่าวอาจมีการยืดหยุ่นได้ขึ้นอยู่กับตารางกิจกรรมของผู้ป่วย สิ่งสำคัญที่สุดอันดับต้นๆ คือ การไปเยี่ยมผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อรับฟังคำถามและปัญหาของกลุ่มตัวอย่างหรือสมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแล กิจกรรมดนตรีบำบัด (Music Intervention) ความชื่นชอบส่วนบุคคลด้านดนตรี สรุปลได้จากเครื่องมือ APMP แผ่นซีดีเพลงและเครื่องเล่นจะถูกจัดเตรียมโดยผู้ดูแล ภายใต้การอธิบายวิธีการใช้แก่พวกเขา อย่างไรก็ตามผู้ดูแลบางคนมีความต้องการที่จะใช้เครื่องเล่นของตนเองเนื่องจากมีความคุ้นเคยอยู่แล้ว ผู้ดูแลจะทำการเปิดเพลง 30 ก่อนช่วงเวลาสูงที่สุดของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย กลุ่มตัวอย่างสามารถฟังซ้ำได้สำหรับเพลงที่ชื่นชอบเป็นพิเศษหากพวกเขาต้องการ พวกเขาจะมีการค้น

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	ผวนขึ้นลงตามลำดับเหตุการณ์ของเพลงได้ หรือมีความรู้สึกร่วมต่อดนตรีที่ชอบได้ ข้อสรุปว่าดนตรีหรือเพลงชนิดใดที่จะใช้เปิดขึ้นอยู่กับผู้ป่วยสมองเสื่อมเพียงผู้เดียว เพื่อป้องกันพฤติกรรมกระวนกระวายหรืออาการรบกวนที่เกิดขึ้นได้จากการที่พวกเขาไม่ชอบหรือไม่ต้องการ หากผู้ดูแลไม่ประสบความสำเร็จในการจัดดนตรีบำบัดตามกำหนดเวลา พวกเขาสามารถจัดในวันอื่นทดแทนวันที่ล้มเหลวได้ หากกลุ่มตัวอย่างต้องการฟังดนตรีนอกเหนือจากเวลาที่กำหนด สามารถทำได้ในระหว่างสัปดาห์ดนตรีบำบัด แต่จะต้องไม่ทำให้ขัดขวางสัปดาห์ที่ไม่มีดนตรีบำบัด การเปิดดนตรีใช้เวลาเปิดเพียง 30 นาทีเท่านั้นตามระดับความสนใจ เพราะผู้ป่วยสมองเสื่อมมีช่วงเวลาของความสนใจที่จำกัด เปิดดนตรี 30 นาทีก่อนช่วงเวลาสูงสุดของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย ซึ่งถูกระบุว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุดในการลดพฤติกรรมกระวนกระวาย ดนตรีบำบัดถูกกำหนดให้มี 2 ครั้งต่อสัปดาห์เท่านั้นเป็นการกำหนดขั้นต่ำของการศึกษานี้บนภาระที่ต้องรับผิดชอบของญาติผู้ดูแล
ผลการวิจัย	จากการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าระดับความกระวนกระวายมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในความแตกต่างของ 3 ช่วงเวลา ($F = 8.44$, $df = 42$, $df = 2$, $p < 0.05$) ระดับของการกระวนกระวายระหว่างมีการใช้ดนตรีบำบัดและไม่มีการใช้ดนตรีบำบัดสามารถแสดงให้เห็นตามสมมติฐานแต่ละข้อ ดังนี้ สมมติฐานที่ 1 ระดับความกระวนกระวาย ลดลงในขณะที่ฟังดนตรี 30 นาทีมากกว่าก่อนการฟังดนตรี ($t = 3.58$, $df = 28$, $p < 0.05$) สมมติฐานที่ 2 ขณะที่ฟังดนตรีระดับความกระวนกระวายไม่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญต่ำกว่าหลังจากฟังดนตรี สมมติฐานที่ 3 ระดับความกระวนกระวายหลังจากฟังดนตรีลดลงอย่างมีนัยสำคัญน้อยกว่าก่อนฟังดนตรี สมมติฐานที่ 4 ระดับความกระวนกระวายไม่ลดลงอย่างมี

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	นัยสำคัญระหว่างสัปดาห์การที่มีดนตรีบำบัด กว่าสัปดาห์ที่ไม่มีดนตรีบำบัด ($t = 1.72, df = 28$) ระดับความกระวนกระวายลดลงขณะที่ผู้เข้าร่วมทดลองฟังเพลงที่พวกเขาชื่นชอบ และช่วงเวลาสูงสุดของการเกิดก็ลดลงหลังจากการฟังดนตรี
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1) <u>Clinical Relavance</u> กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องแก้ไข โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมกระวนกระวาย ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด 2) <u>Scientific Merit</u> เป็นงานวิจัยที่น่าเชื่อถือ พิจารณาจากการได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร Alzheimer Disease Association Disorder ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงทางด้านสุขภาพและรู้จักกันแพร่หลาย การออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน คือ 2.1 ชื่อเรื่องแสดงถึงการศึกษาตัวแปรที่สำคัญในการวิจัย รูปแบบการวิจัยเป็น Pilot Study จำนวนกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งระยะเวลา สถานที่ที่ทำการศึกษางบอบกไว้อย่างชัดเจน 2.2 วัตถุประสงค์และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระบุไว้อย่างชัดเจน โดยระบุวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากพอ มีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและเหตุผลในการคัดออกจากการศึกษา 2.3 เครื่องมือมีความเหมาะสม ซึ่งเป็นที่รู้จักและใช้กันอย่างแพร่หลาย การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างเหมาะสม 2.4 ผลการศึกษาตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาและได้อภิปรายผลได้อย่างชัดเจน 3) <u>Implement Potential</u> 3.1 การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) ความรู้ในงานวิจัยที่มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ใน

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (ต่อ)	หน่วยงานเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยในหน่วยงาน มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา และหน่วยงานยังเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งเป็นสถาบันการดูแลผู้ป่วยเฉพาะคล้ายคลึงกับในการศึกษานี้ 3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) พยาบาลสามารถนำกิจกรรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในหน่วยงานได้ แต่ต้องมีการเตรียมพร้อมด้านบุคลากร ความรู้ เครื่องมือ สถานที่ และการประสานงานกับทีมการรักษาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องและเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่น่าพอใจ 3.3 ความคุ้มค่าคุ้มทุน (Cost-benefit ratio) การนำดนตรีบำบัดไปใช้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการรักษาในระบบโรงพยาบาลไม่เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว แต่ต้องมีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดของการรักษา
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- ดนตรีบำบัดสามารถนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง ที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย - การบำบัด เป็นกิจกรรมดนตรีรายบุคคล ทำในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ที่บ้าน กิจกรรมดนตรีประกอบด้วย การเปิดเพลงให้ผู้ป่วยฟัง โดยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการอบรมขั้นตอนและการประเมินจากพยาบาลผู้ทำการศึกษา โดยให้ผู้ป่วยฟังเพลงที่ชอบเพียงอย่างเดียว - สามารถนำไปใช้โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมการใช้ดนตรีบำบัด

เรื่องที่ 5

ชื่อเรื่อง Evidence-Based Guideline: Individualized Music for Elders with Dementia

ผู้วิจัย Linda A. Gerdner

แหล่งตีพิมพ์ Journal of Gerontological Nursing, 36(6), 7-15

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อบรรยายสมรรถนะของการบรรเทาอาการกระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยการใช้ดนตรีรายบุคคล เป้าหมายของแนวปฏิบัตินี้ทำขึ้นเพื่อช่วยลดและป้องกันความถี่และความรุนแรงของการเกิดขึ้นของอาการกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	แนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับคนตรีบำบัดเฉพาะราย มีข้อบ่งใช้สำหรับอาการกระวนกระวายซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับโรคอัลไซเมอร์และโรคสมองเสื่อมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Alzheimer's Disease and Related Dementia : ADRD) โดยมีผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่รับเข้าดูแลในสถานดูแลระยะยาว
Setting งานวิจัย	ผู้ป่วยสมองเสื่อมจากสถานดูแลระยะยาว มลรัฐโอไฮโอ สหรัฐอเมริกา
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	หลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence-Based Guideline ระดับ 2 (Level II)
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	สำหรับแนวปฏิบัตินี้ การเฝ้าสังเกตโดยตรง การบันทึกโดยผู้ป่วยเอง หรือการใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐานในการประเมิน ได้แก่ เครื่องมือ Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) หรือเครื่องมือวัดพฤติกรรมรบกวน Disruptive Behavior Scale (DBS) อาจสามารถใช้ในการประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย พฤติกรรมต่อต้านเตรียมพร้อมต่อสู้ หรือพฤติกรรมหลบหนีหรือการเดินตามกันอย่างไม่มีความหมาย การวัดประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานของจิต เป็นคุณสมบัติในการสร้างทั้งสองเครื่องมือนี้ขึ้นมาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เครื่องมือ Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) ได้ถูกออกแบบมาเพื่อประเมินความถี่ของการเกิดพฤติกรรมกระวน

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	กระวายเป็นระหว่างช่วงเวลา 2 สัปดาห์ ความถี่ของแต่ละพฤติกรรมมีการจำแนกระดับคะแนนระหว่าง 1 ถึง 7 คะแนน 1 บ่งชี้ว่าไม่มีการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย และคะแนน 7 บ่งชี้ว่ามีความเฉพาะเจาะจงของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายในหลาย ๆ ครั้งต่อชั่วโมง เครื่องมือ Disruptive Behavior Scale (DBS) ในการวัดความถี่และความรุนแรงของ 45 พฤติกรรมรบกวนในระหว่างช่วงเวลาที่ได้ทำกิจกรรม พฤติกรรมด้านลบเกิดจากผลด้านลบต่อที่อยู่อาศัย ผู้ดูแล หรือที่พังกอาศัยอื่นๆ
การบำบัด (Intervention)	ดนตรีเฉพาะรายการมีการคัดเลือกตามความสอดคล้องกับความชื่นชอบของผู้ป่วย 1.หาข้อสรุปของความสำคัญของดนตรีต่อผู้ป่วย ก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดการสูญเสียด้านการรู้คิด - สัมภาษณ์ผู้ป่วย เพื่อหาข้อสรุปความชื่นชอบดนตรี ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงที่มีความเป็นไปได้ ตัวอย่างเช่น ชื่อเพลง ผู้ขับร้อง เครื่องดนตรีที่เน้นจังหวะดนตรีเทียบกับดนตรีที่มีเนื้อร้อง และ ชนิดของเครื่องดนตรี (เช่น เปียโน ฟลูท กีตาร์) ภูมิหลังด้านเชื้อชาติและศาสนา อาจมีอิทธิพลต่อความชื่นชอบส่วนบุคคล แบบประเมินความชอบดนตรีส่วนบุคคล (ฉบับผู้ป่วย) ได้ถูกออกแบบขึ้นมาเพื่อช่วยในการคัดเลือกดนตรีเฉพาะบุคคล - หากผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เนื่องจากมีการสูญเสียด้านการรู้คิด ให้ทำการสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัว ซึ่งสามารถให้ข้อมูลความชอบดนตรีของผู้ป่วยได้ แบบประเมินความชื่นชอบดนตรีส่วนบุคคล (ฉบับครอบครัว) จึงถูกสร้างขึ้นจากความมุ่งหมายด้านจิตใจจากความยินยอม ดนตรีอาจสามารถจัดหาได้จากการเก็บสะสมไว้เองของผู้ป่วย หากเงินทุนอำนวยอาจค่อยๆ ทำการสะสมและสร้างห้องสมุดสำหรับเป็นที่เก็บสะสมดนตรีที่ใช้ในผู้ป่วย เพื่อความยืดหยุ่นในการใช้งานกับผู้ป่วย ทั้งยังมีเทคโนโลยีใหม่ๆ เช่น เครื่องเล่น MP3 และ iPod ที่จะจัดหาได้ตามความเหมาะสมและเลือกใช้กับผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	ได้ ในการบันทึกดนตรีเฉพาะราย 2. ผลสำเร็จที่มีประสิทธิภาพสูงสุดของการจัดดนตรีบำบัดคือ การจัดดนตรีบำบัดอย่างน้อย 30 นาที ก่อนช่วงเวลาปกติของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายสูงที่สุดในช่วงของวัน - ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง จะต้องได้รับการสังเกตอย่างใกล้ชิดสำหรับอาการแสดงของพฤติกรรมกระวนกระวาย และปัจจัยเฉพาะอื่นๆ ที่เป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย 3.ทำการเปิดดนตรีที่ได้รับการคัดเลือกแล้ว ตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ - ตามแนวปฏิบัติที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา โดยใช้เครื่องเล่นเทป และเครื่องเล่นซีดี ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี มีการใช้เครื่องเล่น MP3 และ iPod มาใช้ในการเปิดเพลงสำหรับผู้ป่วย - ดนตรีบำบัดในแต่ละครั้ง ใช้เวลาอย่างน้อยที่สุด 30 นาที ในสถานที่ซึ่งผู้ป่วยใช้เวลาอยู่ที่นั่นเป็นส่วนใหญ่ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังสถานที่แห่งใหม่ อาจเป็นต้นเหตุของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย - ความดังของเสียง หรือความดังของดนตรี จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกำหนดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม - ดนตรีที่ปรากฏทั่วไป “ในสนามกลางแจ้ง” อย่างไรก็ตาม หากดนตรีกลายเป็นสิ่งรบกวนสิ่งแวดล้อมขณะนั้น อาจเป็นไปได้ที่จะบริหารจัดการด้วยการเปิดดนตรีผ่านหูฟัง ซึ่งจะต้องระมัดระวัง และมีความแน่ใจว่า ได้มีการปรับระดับเสียงที่มีความเหมาะสม ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะประเมินว่า บุคคลมีความทนทานต่อการใส่หูฟัง เพราะหูฟังอาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย หรือทำให้เกิดความสับสนในผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับรุนแรงได้ 4.การประเมินอย่างต่อเนื่อง น่าจะนำไปสู่ข้อสรุปของการตอบสนองต่อดนตรีบำบัดในผู้ป่วย - การเฝ้าติดตามผู้ป่วยในขณะที่ดนตรีบรรเลง จะต้องแน่ใจว่าจะไม่ทำให้พฤติกรรมกระวนกระวายเพิ่มมากขึ้น หรือเกิดอาการ

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	สับสนอย่างสังเกตเห็นได้ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายและ/หรืออาการสับสนอาจเลือกดนตรีที่มีขนาดลดลงได้ - หากผู้สูงอายุเริ่มมีความถี่ของพฤติกรรมกระวนกระวายให้เห็นมากขึ้นในช่วงระหว่างการทำดนตรีบำบัด สามารถหยุดดนตรีลงได้ในทันที ครอบครัวอาจทำการปรึกษาเพื่อประเมินความชอบดนตรีส่วนบุคคลของผู้ป่วย ในความพยายามที่จะหาข้อสรุปสาเหตุของการตอบสนอง อีกครั้ง ตัวเลือกทางดนตรีที่ใช้ อาจทำได้โดยความช่วยเหลือของครอบครัว การเลือกใช้ดนตรีสำรองอาจจะใช้เปิดในวันอื่นๆ ได้หากผู้ป่วยมีการตอบสนองในทางลบต่อตัวเลือกทางดนตรี ดนตรีบำบัดอาจไม่สามารถดำเนินต่อไปได้ - ดนตรีที่บางคนชอบ ถูกใจ อาจเป็นที่รำคาญของอีกคนหนึ่งก็ว่าได้ ดังนั้น คนอื่น ๆ ในสถานที่เดียวกันขณะนั้น ควรจะได้รับการช่วยเหลือสำหรับอาการตอบสนองต่อดนตรีของพวกเขา (เช่น พฤติกรรมกระวนกระวาย)
ผลการวิจัย	จากแนวปฏิบัติมีปัจจัยที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกตามความคาดหวังของครอบครัว สอดคล้องกับความสม่ำเสมอและความเหมาะสมในการใช้แนวปฏิบัติการใช้ดนตรีบำบัด ดังนี้ - ทำให้ลดความถี่ของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายหรือพฤติกรรมรบกวน - ทำให้ลดความไม่ร่วมมือ - ทำให้ลดการใช้ยาต้านโรคจิต - ทำให้ลดการใช้การจำกัดพฤติกรรม - ทำให้ลดความเป็นไปได้ของการเดินตามกัน การหลบหนี หรือความพยายามหลบหนี
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1) <u>Clinical Relavance</u> กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องแก้ไข โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมกระวนกระวาย ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความ เป็นไปได้ในการนำไปใช้ (ต่อ)	2) <u>Scientific Merit</u> เป็นงานวิจัยที่น่าเชื่อถือ พิจารณาจากการได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร Alzheimer Disease Association Disorder ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงทางด้านสุขภาพและรู้จักกันแพร่หลาย การออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน คือ 2.1 ชื่อเรื่องแสดงถึงการศึกษาตัวแปรที่สำคัญในการวิจัย รูปแบบการวิจัยเป็น Evidence-Based Guideline มีการอ้างอิงถึงงานวิจัยระดับ RCT ที่เกี่ยวข้องและมีรูปแบบของกิจกรรมที่ง่ายต่อการนำไปใช้ เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยในหน่วยงาน 2.2 วัตถุประสงค์และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระบุไว้อย่างชัดเจน โดยระบุวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากพอ มีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและเหตุผลในการคัดออกจากการศึกษา 2.3 เครื่องมือมีความเหมาะสม ซึ่งเป็นที่รู้จักและใช้กันอย่างแพร่หลาย การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างเหมาะสม 2.4 ผลการศึกษาตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาและได้อภิปรายผลได้อย่างชัดเจน 3) <u>Implement Potential</u> 3.1 การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) ความรู้ในงานวิจัยที่มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยในหน่วยงาน มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา และหน่วยงานยังเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งเป็นสถานบันการดูแลผู้ป่วยเฉพาะคล้ายคลึงกับในการศึกษานี้ 3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) พยาบาลสามารถนำกิจกรรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในหน่วยงานได้ แต่ต้องมีการเตรียมพร้อมด้านบุคลากร ความรู้ เครื่องมือ สถานที่ และการประสานงานกับทีมการรักษาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนการบำบัดรักษา

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความ เป็นไปได้ในการนำไปใช้ (ต่อ)	อย่างต่อเนื่องและเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่น่าพอใจ 3.3 ความคุ้มค่าคุ้มทุน (Cost-benefit ratio) การนำดนตรีบำบัดไปใช้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการรักษาในระบบโรงพยาบาล ไม่เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว แต่ต้องมีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดของการรักษา
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- ดนตรีบำบัดสามารถนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง ที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย - การบำบัด เป็นกิจกรรมดนตรีรายบุคคล กิจกรรมดนตรีประกอบด้วย การเปิดเพลงให้ผู้ป่วยฟัง กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย โดยใช้อุปกรณ์ง่ายๆตามความชอบและความถนัด - สามารถนำไปใช้โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมการใช้ดนตรีบำบัด

เรื่องที่ 6

ชื่อเรื่อง

The effect of a music programme during luncheon on the problem behaviour of the older residents with dementia at an institution in Taiwan

ผู้วิจัย

Chang, F-Y., Huang, H-C., Lin, K-C & Lin, L-C.

แหล่งตีพิมพ์

Journal of Clinical Nursing, 19, 939-948

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการจัดดนตรีระหว่างมื้ออาหารกลางวัน ต่อปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่รับเข้ารับการรักษานใน สถาบันการรักษผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 41 ราย Inclusion Criteria 1)อายุ 65 ปีขึ้นไป 2)ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมองเสื่อม 3)คะแนน MMSE เท่ากับหรือน้อยกว่า 23 (เท่ากับหรือน้อยกว่า 15 สำหรับผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาตามเกณฑ์พื้นฐาน 4)ไม่ปรากฏปัญหาพฤติกรรมมาก่อน 5)ไม่สูญเสียการได้ยิน 6)ไม่เคยได้รับการฟังกดนตรีในสถาบันมาก่อน 7)ไม่มีข้อจำกัดที่ต้องนอนบนเตียง Exclusion Criteria 1)อายุต่ำกว่า 65 ปี 2)มีปัญหาการได้ยิน 3)มีข้อจำกัดที่ต้องนอนบนเตียง
Setting งานวิจัย	ผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่อยู่ระหว่างการรักษานในแบบผู้ป่วยใน ในชุมชน เขตเมืองของไต้หวัน
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	Quasi-Experimental study ระดับ 4 (Level IV)
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	เครื่องมือ Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) ที่ใช้ในการ ศึกษานี้ เป็นฉบับที่ใช้ในประเทศจีน ใช้เพื่อประเมินภาวะสมอง

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	เสื่อมและปัญหาที่เกี่ยวข้อง ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ใช้ 7 คำถาม likert scale เครื่องมือ CMAI ประกอบด้วย 42 พฤติกรรมที่เป็นปัญหา มี 1 ส่วนเป็นคำถามปลายเปิด และอีก 1 ส่วนเป็นทั้งคำถามปลายเปิด ในการประเมินแต่ละพฤติกรรมที่เป็นปัญหามีคะแนนระหว่าง 1 (ไม่ปรากฏอาการ) ถึง 4 (มีอาการปรากฏในหลายๆครั้งต่อชั่วโมง) และคะแนนรวมที่เป็นไปได้สามารถแบ่งช่วงจาก 42 – 294 ปัญหา พฤติกรรมแบ่งเป็น 4 หมวดหมู่ ดังนี้ 1)พฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางด้านร่างกาย 2)พฤติกรรมก้าวร้าวทางด้านร่างกาย 3)พฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางด้านคำพูด 4)พฤติกรรมก้าวร้าวทางด้านคำพูด ในการเก็บข้อมูล ผู้ศึกษาทำการรับนักศึกษาพยาบาลจำนวน 6 คน หรือนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อเข้ามาเป็นผู้สังเกตการณ์ เพื่อควบคุมความตรงความผกผัน ผู้สังเกตการณ์ทั้งหมดจะถูกฝึกอบรมการใช้เครื่องมือ CMAI เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ก่อนทำกิจกรรมดนตรี จะมีการติดตามเก็บข้อมูล โดยใช้เครื่องมือ Barthel Activity Daily Living, Mini-Mental State Examination (MMSE), ข้อมูลด้านประชากร และเครื่องมือ CMAI โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะมีการบันทึกตามแบบประเมินเครื่องมือ CMAI เป็นเวลา 1 สัปดาห์เต็ม เครื่องมือ Barthel ADL, และ MMSE ใช้ในการประเมินแรกเริ่มเข้าการศึกษาเป็นเวลา 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1) มีการประเมินในสัปดาห์ที่ 1 โดยใช้แบบประเมิน Barthel, ADL, MMSE และ CMAI และใช้ CMAI ประเมินอีกทุก 1 สัปดาห์ รวมทั้งเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์สุดท้าย
การบำบัด (Intervention)	กิจกรรมการบำบัด ประกอบด้วย - ประเมินความชื่นชอบในดนตรี โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแล หรือ สัมภาษณ์ผู้ป่วยกรณีที่ผู้ป่วยสามารถให้ข้อมูลได้ - การเปิดเพลงผ่านเสียงตามสายในระบบการดูแลในสถาบัน โดยจัดกิจกรรมดนตรีในระหว่างมื้ออาหารกลางวัน (11.00-12.00 น.) ทุกวันต่อเนื่องกันจนครบ 1 สัปดาห์ แล้วหยุดในสัปดาห์ที่ 2 สลับกันจนครบ 8 สัปดาห์

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	- เลือกใช้เสียงจากธรรมชาติเสียงจากธรรมชาติ ในจังหวะ ทำนอง ที่มีความใกล้เคียงกับอัตราการเต้นของหัวใจมนุษย์ (60 – 80 บีท/นาทึ) ในการศึกษาที่ประกอบด้วย เสียงดนตรีจากการบรรเลง เปียโนเพียงอย่างเดียว และเสียงธรรมชาติ เช่น เสียงนก เสียงปลาฉลาม เสียงน้ำไหล
ผลการวิจัย	การใช้ดนตรีสามารถช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวทางด้านร่างกาย และ พฤติกรรมก้าวร้าวทางด้านคำพูด ในผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1) <u>Clinical Relavance</u> กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องแก้ไข โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมกระวนกระวาย ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด 2) <u>Scientific Merit</u> เป็นงานวิจัยที่น่าเชื่อถือ พิจารณาจากการได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร Alzheimer Disease Association Disorder ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงทางด้านสุขภาพและรู้จักกันแพร่หลาย การออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน คือ 2.1 ชื่อเรื่องแสดงถึงการศึกษาตัวแปรที่สำคัญในการวิจัย รูปแบบการวิจัยเป็น Quasi-Experimental study มีกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้องและมีรูปแบบของกิจกรรมที่ง่ายต่อการนำไปใช้ เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยในหน่วยงาน 2.2 วัตถุประสงค์และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระบุไว้อย่างชัดเจน โดยระบุวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากพอ มีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและเหตุผลในการคัดออกจากการศึกษา 2.3 เครื่องมือมีความเหมาะสม ซึ่งเป็นที่รู้จักและใช้กันอย่างแพร่หลาย การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างเหมาะสม 2.4 ผลการศึกษาตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาและได้

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความ เป็นไปได้ในการนำไปใช้ (ต่อ)	อภิปรายผลได้อย่างชัดเจน <u>3) Implement Potential</u> 3.1 การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) ความรู้ในงานวิจัยที่มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยในหน่วยงาน มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา และหน่วยงานยังเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งเป็นสถาบันการดูแลผู้ป่วยเฉพาะคล้ายคลึงกับในการศึกษานี้ 3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) พยาบาลสามารถนำกิจกรรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในหน่วยงานได้ แต่ต้องมีการเตรียมพร้อมด้านบุคลากร ความรู้ เครื่องมือ สถานที่ และการประสานงานกับทีมการรักษาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องและเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่น่าพอใจ 3.3 ความคุ้มค่าคุ้มทุน (Cost-benefit ratio) การนำดนตรีบำบัดไปใช้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการรักษาในระบบโรงพยาบาล ไม่เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว แต่ต้องมีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดของการรักษา
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- ดนตรีบำบัดสามารถนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง ที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย - การบำบัด เป็นกิจกรรมดนตรีรายกลุ่ม ทำในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่อยู่ในระบบโรงพยาบาล กิจกรรมดนตรีประกอบด้วย การเปิดเพลงให้ผู้ป่วยฟังผ่านเสียงตามสาย ในระหว่างมื้ออาหารกลางวัน โดยจัดกิจกรรมสัปดาห์เว้นสัปดาห์ และมีการประเมินผลต่อเนื่อง - สามารถนำไปใช้โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมการใช้ดนตรีบำบัด

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางสาวอรทัย พิมพรัตน์
วัน เดือน ปีเกิด	18 มิถุนายน 2521
สถานที่เกิด	จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, กรุงเทพฯ, 2544 พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ที่อยู่ปัจจุบัน	47 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี โทรศัพท์ 02-9689562
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลศรีธัญญา 47 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี โทรศัพท์ 5250981-5 ต่อ 2472 E-mail : extrajiu@gmail.com