

ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน  
และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2559  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF NURSING PROGRAM EMPHASIZING MUSIC USED ON FUNCTIONAL  
ABILITY AND DEPRESSION IN ADULT STROKE PATIENTS

Miss Preeya Aiumwan



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อ  
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะ  
ซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

โดย นางสาวปรีญา เอี่ยมวัน

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

ปรียา เอี่ยมวัน : ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ (EFFECTS OF NURSING PROGRAM EMPHASIZING MUSIC USED ON FUNCTIONAL ABILITY AND DEPRESSION IN ADULT STROKE PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
 หลัก: ผศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา, 168 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่จำนวน 44 คน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและหอผู้ป่วยในประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 22 คน และจับคู่ตามเพศ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คะแนนภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของสถาบันประสาทวิทยา (2554) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) และโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้า ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติสถิติเชิงบรรยาย และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่หลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05
2. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่หลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05
3. คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่หลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5777175036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: STROKE / MUSIC / DEPRESSION / ACTIVITY OF DAILY LIVING / NURSING

PREEYA AIUMWAN: EFFECTS OF NURSING PROGRAM EMPHASIZING MUSIC USED ON FUNCTIONAL ABILITY AND DEPRESSION IN ADULT STROKE PATIENTS. ADVISOR: ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 168 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effects of nursing program emphasizing music used on function ability and depression in adult stroke patients. Forty-four adult stroke patients at stroke unit and neurology wards in Prasat Neurological Institute were recruited. They were randomly assigned into an experimental and a control group equally by matching gender, age, level of activity daily, and level of depression. The experimental group received nursing program emphasizing music used whereas the control group received regular nursing care. Research instruments included 1) The demographic data interview 2) The Barthel's index of activities of daily living 3) Beck Depression Inventory (1967) Content validity of the study instruments were tested through 5 experts. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test. Major findings were as follows:

1. The mean score of activity of daily living in adult stroke patients after receiving nursing program emphasizing music used was significantly higher than that before received the program, at the .05 level.

2. The mean score of activity of daily living in adult stroke patients who received nursing program emphasizing music used was significantly higher than those of adult stroke patients who received regular nursing care, at the .05 level.

3. The mean score of depression in adult stroke patients after receiving nursing program emphasizing music used was significantly lower than that before received the program, at the .05 level.

4. The mean score of depression in adult stroke patients who received nursing program emphasizing music used was significantly lower than those of adult stroke patients who received regular nursing care, at the .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2016

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่สละเวลาอันมีค่ากรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ อีกทั้งให้ความห่วงใย เข้าใจ เอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้เป็นอย่างดี จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และมอบประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาช่วยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ซึ่งทำให้ผู้วิจัยสามารถนำไปใช้ได้จริง โดยสะดวก มีคุณภาพมากขึ้น ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา รักษาการรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หัวหน้าหอผู้ป่วยในประสาทวิทยา รวมถึงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความกรุณา อำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลได้อย่างเต็มที่ ขอกราบขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยฉบับนี้ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยหวังว่าผลจากการกระทำในครั้งนี้จะลดบันดาลให้ท่านมีสุขภาพที่ดีขึ้นต่อไป

ขอบคุณกัลยาณมิตรร่วมสถาบันทุกท่านที่ทำให้ผู้วิจัยได้รับประสบการณ์ที่ดี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการติดต่อสื่อสาร ระเบียบต่างๆของการทำวิจัย

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาและครอบครัวที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจให้ด้วยดีเสมอมา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแก่บุพการี คณาจารย์ และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย .....	5
สมมติฐานการวิจัย .....	9
ขอบเขตการวิจัย .....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	13
1.โรคหลอดเลือดสมอง .....	13
2.ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living).....	26
3.ภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญโรคหลอดเลือดสมอง .....	45
4.แนวคิดเกี่ยวกับดนตรีบำบัด .....	57
5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	68
6.กรอบแนวคิดการวิจัย.....	74
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	75
รูปแบบการวิจัย .....	75
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	76

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและผู้ดูแล.....	77
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....	78
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	89
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	94
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	96
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	111
สรุปผลการวิจัย.....	121
อภิปรายผลการวิจัย.....	122
ข้อเสนอแนะ .....	126
รายการอ้างอิง.....	128
ภาคผนวก.....	140
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ.....	141
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอพิจารณาจริยธรรม จดหมายขอ ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย .....	143
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	153
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	168



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแล โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการ ดื่มสุรา .....	81
ตารางที่ 2 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ (match pair) โดยพิจารณา องค์ประกอบด้าน เพศ อายุ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ ภาวะซึมเศร้า .....	83
ตารางที่ 3 จำนวนค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการ ทดลองและหลังการทดลอง .....	97
ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนก ตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนการทดลองและหลังการ ทดลอง.....	99
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ พยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติที่ (paired sample t-test) .....	100
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยแบ่งเป็นรายข้อ.....	101
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่ เน้นการใช้ดนตรี โดยแบ่งเป็นรายข้อ.....	102
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ พยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test .....	103

ตารางที่ 9	เปรียบเทียบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการเคลื่อนไหวของ ข้อที่มีความแตกต่างกัน หลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี.....	104
ตารางที่ 10	จำนวน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อน การทดลองและหลังการทดลอง.....	106
ตารางที่ 11	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนก ตามระดับภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองและหลังการทดลอง .....	108
ตารางที่ 12	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและ หลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีและกลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติที่ (paired sample t-test).....	109
ตารางที่ 13	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและ หลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีกับกลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test.....	110

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย..... 74

ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัย..... 95



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, stroke) เป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่ง โดยในอดีตพบมากในผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป แต่ในปัจจุบันนี้โรคหลอดเลือดสมองกลับมีแนวโน้มเกิดมากขึ้นในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี พบได้ทั้งในวัยรุ่นและวัยทำงาน (World stroke Organization, 2011) ในสหรัฐอเมริกาพบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 795,000 คนต่อปี เป็นผู้ป่วยใหม่ 610,000 คน และ 185,000 คน เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 5 รองจากโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเรื้อรังเกี่ยวกับทางเดินหายใจส่วนล่างและอุบัติเหตุอื่นๆ (American Heart Association, 2015) สำหรับประเทศไทยพบว่ามีประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจ และเป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับ 6 ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557) จากสถิติของสถาบันประสาทวิทยา พบว่าสถิติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ปี 2555-2558 มีจำนวน 24,436 ราย 25,487 ราย 25,317 ราย และ 27,755 ราย ตามลำดับ (สถิติข้อมูลงานเวชระเบียนสถาบันประสาทวิทยา, 2555-2558) ซึ่งจะเห็นได้ว่าในแต่ละปีอัตราของผู้ป่วยมีจำนวนมากและมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาท ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้เกิดการขาดเลือด (Ischemia) หรือมีเลือดออกในโพรงศีรษะ ส่งผลให้อวัยวะที่สมองส่วนนั้นควบคุมหยุดการทำงานหรือสูญเสียสมรรถภาพ อาการมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหลังเกิดโรค ปัจจุบันการรักษาได้ถูกพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสในการรอดชีวิตจำนวนมาก แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มักมีปัญหาความพิการ (handicap) หลงเหลืออยู่ตามมาหลังการเกิดโรค ปัญหาที่มักพบหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้บางส่วน ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็งกระตุก การทรงตัวบกพร่องและไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เป็นต้น โดยภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจะเกิดขึ้นทันทีทันใดหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบว่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงประมาณร้อยละ 10-15 ของความแข็งแรงเดิมต่อสัปดาห์ หรือร้อยละ 1-3 ต่อวัน (Spector, 1985; นวพร ชัชวาลพาณิชย์, 2547) ทำให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย สูญเสียการทรงตัว ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สูญเสียภาพลักษณ์ ความหวังและความ

ภูมิใจในตนเอง ความผิดปกติที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการช่วยเหลือ ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดำรงชีวิต นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบมากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในต่างประเทศพบถึงร้อยละ 20-80 (Barker-Collo, 2007; Caeiro, Ferro, Santos, & Figueira, 2006; Ouimet, Primeau & Cole, 2001; Robinson, Starr, Lipsey, Rao & Price, 1984) การศึกษาของ Caeiro, Ferro, Santos, and Figueira (2006) พบว่าเกิดภาวะซึมเศร้าหลังจากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้เพียง 4 วัน ภาวะซึมเศร้าจะยังคงอยู่ 3-6 เดือนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือมากกว่านั้นในบางราย (Schubert, Taylor, Lee, Mentari, & Tamaklo, 1992; Schwartz et al., 1993) แต่จากการศึกษาของ Sit, Wong, Clinton, and Li (2007) ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศฮ่องกง พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าใน 48 ชั่วโมงแรกหลังจากการเข้ารับการรักษา ร้อยละ 69 สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาของ เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์ (2544) ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองช่วงอายุ 20-88 ปี จำนวน 44 ราย พบว่าผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 68.2 นอกจากนี้ มณฑล ว่องวันดี (2552) ศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและตำแหน่งรอยโรคในสมองพบว่า ผู้ป่วยที่มีตำแหน่งสมองขาดเลือดซีกซ้ายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 16 เท่าของผู้ป่วยที่มีตำแหน่งสมองขาดเลือดซีกขวา และการศึกษาของ วิชชุดา พุ่มจันทร์ (2556) ศึกษาในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันช่วงอายุ 18-59 ปี จำนวน 170 คน พบมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 42.9 ซึ่งภาวะซึมเศร้าส่งผลทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Robinson & Spalletta, 2010; Whyte & Mulsant, 2002) ส่งผลถึงผลลัพธ์การทำหน้าที่ของร่างกาย (Herrmann, Black, Lawrence, Szekely, & Szalai, 1998) ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่ประกอบไปด้วย อารมณ์เศร้า ความรู้สึกหมดความสุข หมดความสนุกสนานในชีวิต กระสับกระส่าย เชื่องซึม อ่อนเพลีย หมดเรี่ยวแรง มีความคิดว่าตนเองไม่มีค่าหรือรู้สึกผิดอย่างมาก สมาธิลดลง ความสามารถในการตัดสินใจลดลง มีปัญหาด้านการนอน น้ำหนักตัวลดหรือเพิ่มอย่างรวดเร็ว มีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (Whyte & Mulsant, 2002) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความผิดปกติพร่องทางร่างกายร่วมด้วยภาวะซึมเศราก็ยิ่งจะรุนแรงขึ้น ภาวะซึมเศร้าอาจจะหายไปเองได้ถ้าผู้ป่วยสามารถปรับตัวและยอมรับกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ แต่ถ้าไม่สามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้ อาการก็จะรุนแรงและเรื้อรังได้

หลังจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรอดชีวิตพ้นระยะวิกฤตเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว คือการพยายามใช้กล้ามเนื้อข้างที่อ่อนแรงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ช่วยเพิ่มระดับความสามารถและการทำงานของข้างที่อ่อนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติหรือใกล้เคียงเดิมมาก

ที่สุด เพื่อดำรงตนอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข Cifu and Stewart (1999) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถที่ดีขึ้น ได้แก่ ระดับความสามารถแรกเริ่มที่ดี การเริ่มให้การฟื้นฟูสมรรถภาพที่เร็ว การเคลื่อนไหวตามเสียงที่ได้ยิน และการมองเห็นเป็นตัวกระตุ้นความรู้สึกที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการที่อยากเรียนรู้ ซึ่งเป็นการทำให้กระบวนการฟื้นฟูสภาพไปสู่ผลสำเร็จได้ (เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์, 2544) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยจะสามารถกลับมาเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างเร็ว สภาพจิตใจก็เป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้านานๆจะมีผลต่อการรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย เพราะภาวะซึมเศร้าเป็นการตอบสนองต่อโรคที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยมักกังวลว่าจะต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกตนเองไร้ค่าทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเองลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กิจกรรมดนตรีบำบัดในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีขึ้น (บุษกร บิณฑสันต์, 2550) ดนตรีมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย คือ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต การไหลเวียนของโลหิต ความตึงตัวของกล้ามเนื้อและการตอบสนองทางม่านตา ส่วนผลการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และความรู้สึก ช่วยผ่อนคลายความเครียด ลดความวิตกกังวล เป็นต้น และการใช้กิจกรรมดนตรีจะส่งผลต่อการฟื้นฟูตัวของระบบประสาท ทักษะการเคลื่อนไหว ทักษะการสื่อสารและการใช้ภาษา เสริมสร้างพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า Thaut et al., (1997) ศึกษาการใช้จังหวะดนตรีในการกระตุ้นการฝึกเดินในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอ่อนแรง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 20 คน ทำการทดลองวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ ระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าการใช้จังหวะในการกระตุ้นการฝึกเดินช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Schneider et al. (2007) ศึกษาผลของการใช้เครื่องดนตรีในการฝึกทักษะการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 20 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงด้านซ้าย 10 คน และด้านขวา 10 คน ทำการทดลอง 15 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าการใช้ดนตรีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Altenmüller et al. (2009) ศึกษาการฟื้นฟูระบบประสาทในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวโดยการใช้ดนตรีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 32 คน ระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยใช้

เครื่องดนตรี คือ เปียโนและกลองไฟฟ้า ผลการศึกษาพบว่าการใช้ดนตรีบำบัดสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

นอกจากนี้ดนตรียังช่วยในการเสริมสร้างอารมณ์ทางบวก จากการศึกษาของ Särkämö et al. (2008) ศึกษาผลของการฟังดนตรีต่อสภาวะทางอารมณ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้ผู้ป่วยฟังดนตรี เป็นระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าการใช้ดนตรีช่วยลดภาวะซึมเศร้าและภาวะสับสนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Forsblom et al. (2009) ที่พบว่าการใช้ดนตรีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย เสริมสร้างอารมณ์ด้านบวก ช่วยบำบัดรักษาและฟื้นฟูร่างกายและจิตใจได้ด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kim et al. (2011) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่ออารมณ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 6 เดือน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน โดยให้กลุ่มทดลองได้ทำกิจกรรมดนตรีบำบัด เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าดนตรีบำบัดสามารถลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

นอกจากนี้ยังมีการนำดนตรีบำบัดมาใช้ทั้งในการฟื้นฟูสมรรถภาพและอารมณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการศึกษาของ Jeong and Kim (2007) ศึกษาผลของโปรแกรมการใช้กิจกรรมดนตรีในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกเพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกาย ศึกษาในผู้ป่วยที่อาศัยในชุมชน โดยใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมกิจกรรมดนตรีมีพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเพิ่มขึ้น และมีความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างอารมณ์ทางบวก และช่วยสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Jun, Roh, and Kim (2013) ศึกษาผลของการบำบัดโดยใช้ดนตรีประกอบการเคลื่อนไหวร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 60 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าการใช้ดนตรีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการเคลื่อนไหวร่างกาย และเสริมสร้างอารมณ์ด้านบวก

สำหรับวรรณกรรมในประเทศไทยมีเพียง 2 งานวิจัยที่ศึกษาการใช้ดนตรีในการบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ นภาดา สุขกฤต (2553) ศึกษาผลของการฟังเพลงไทยต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน อายุระหว่าง 35-80 ปี ระยะเวลาในการศึกษาคือ 4 วัน วันละ 45 นาที ในช่วงเวลา 17.00 น.-18.00 น. โดยเปิดเพลงที่ผู้ป่วยชอบซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพลงไทยลูกทุ่งและเพลงไทยอมตะ ด้วยเครื่องเล่นซีดีแบบถือ ไม่ได้ใช้หูฟัง ในหออผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าการใช้ดนตรีไทยสามารถลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ และการศึกษาของ แพรศิริ อยู่สุข (2557) ศึกษาการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ที่อาศัยอยู่ใน

เขตพื้นที่หน่วยบริการในระดับปฐมภูมิ ตามแนวคิดดนตรีบำบัดของ Magee et al. (2006) โดยใช้ เวลาในการบำบัดครั้งละ 60 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่ม 3 กิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมการผ่อนคลายด้วยเสียงเพลง โดยการเปิดเพลงบรรเลงโดย ผสมผสานระหว่างการผ่อนคลายร่างกายและเทคนิคการหายใจ 2) กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย ประกอบจังหวะเพลง โดยการเปิดเพลงที่มีจังหวะและไม่ซ้ำจนเกินไป จากนั้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวตาม จังหวะเพลง หรือใช้อุปกรณ์ดนตรีเคาะตามจังหวะเพลง ได้แก่ กรับ กระทบรวมมือ ลูกแซก หรือเครื่อง เขย่าต่างๆที่ประดิษฐ์ขึ้นเอง 3) กิจกรรมการร้องเพลงคาราโอเกะ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกเพลงที่ชอบ เอง ที่มีทำนองและจังหวะไม่ซ้ำเกินไป สามารถร้องตามได้ ผลการศึกษาพบว่ากิจกรรมดนตรีสามารถ ลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการบำบัดโดยใช้กิจกรรมดนตรีสามารถ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการเคลื่อนไหวร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ แต่ประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาการพยาบาลที่เน้น ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือด สมองวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและ จิตใจ ได้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลที่ เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองวัยผู้ใหญ่ โดยเลือกใช้แนวคิดดนตรีบำบัด ของ Jun et al. (2013) เพื่อเพิ่มความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะตอบสนองทางกายทำให้เกิดการเคลื่อนไหว ร่างกาย เกิดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและจิตใจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ลดการเกิดภาวะซึมเศร้า นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

### คำถามการวิจัย

1.ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2.ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

3.ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการ พยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร



4.ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี

2.เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3.เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี

4.เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากแนวคิดของ Jun et al. (2013) ที่อธิบายถึงหลักการการใช้ดนตรีบำบัดต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวและภาวะซึมเศร้า ว่าเมื่อเสียงเดินทางเข้าสู่ช่องทางรับเสียงของมนุษย์เป็นอันดับแรก คือ หู ซึ่งเมื่อเสียงเดินทางไปยังหูชั้นในจะมีส่วนที่ติดต่อกับประสาทรับสัมผัสสมองคู่ที่ 8 เมื่อสัญญาณประสาทเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางโดยจะเริ่มจากบริเวณก้านสมอง ซึ่งเป็นที่รวบรวมสัญญาณประสาทจากหูทั้ง 2 ข้างนำมาเปรียบเทียบในเบื้องต้น เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ตำแหน่งของแหล่งที่มาของเสียงนั้น และเป็นตำแหน่งที่มีสัญญาณตอบสนองที่ถูกกระตุ้นด้วยเสียงต่อจากนั้นสัญญาณประสาทจะถูกส่งต่อขึ้นไปในระดับที่สูงขึ้นจนถึงสมองใหญ่ที่ทำหน้าที่แปลสัญญาณเสียงเป็นความหมายในระหว่างทางจะมีทางเชื่อมที่ซับซ้อนมากมาย เพื่อการทำงานในระดับที่สูงขึ้นไปของระบบประสาทการได้ยิน ซึ่งเสียงใดๆที่เข้าสู่หูข้างใดข้างหนึ่งจะถูกส่งต่อไปยังสมองทั้งสองข้างเสมอ สมองส่วนที่ทำหน้าที่แปลสัญญาณเสียง จะอยู่บริเวณด้านบนของสมองกลีบข้าง (Temporal lobe) โดยสมองใหญ่จะแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ซีกซ้าย (left dominance hemisphere) จะเด่นในการแปลภาษาและทักษะ ส่วนสมองใหญ่ซีกขวา (right nondominance hemisphere) จะเด่นในทางสุนทรียภาพ การแปลเสียงดนตรี ห่วงทำนองต่างๆรวมไปถึงคลังแห่งความจำด้านเสียงชนิดนั้นๆ สมองใหญ่ทั้งสองซีกจะมีการเชื่อมต่อประสานการทำงานซึ่งกันและกันทำให้สามารถฟังเพลงบรรเลง หรือเพลงที่มีเนื้อร้อง หรือทำนองของบทกลอน ซึ่งไม่มีเสียงดนตรีก็สามารถเข้าใจได้

สมองใหญ่กลีบหน้า (frontal lobe) จะทำหน้าที่ประมวลผลประสบการณ์ในด้านต่างๆเข้าด้วยกัน ทำการวิเคราะห์ สรุป จดจำ นำไปใช้ มีการคิด หาเหตุผล โดยจะทำงานร่วมกับสมองกลีบใน (Limbic) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับสัญชาตญาณพื้นฐาน (Basic instinct) ของสิ่งมีชีวิต เพื่อความอยู่รอด การดำรงเผ่าพันธุ์ และควบคุมเกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรม จะมีการหลั่งสารสื่อประสาทออกมา เช่น dopamine, serotonin, acetylcholine, GABA, epinephrine และ norepinephrine ส่งผลให้เกิดการตอบสนองทางร่างกายและจิตใจ ขึ้นอยู่กับดนตรีที่ได้ฟัง

การเคลื่อนไหวของร่างกายเกิดจากการหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อโดยมีระบบประสาทสั่งการ (Motor system) ทำหน้าที่ควบคุมการทำงาน ซึ่งการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายจะมีการทำงานเป็นลำดับขั้น (พิศมัย ประทุมทาน, 2551) 1. การควบคุมในลำดับขั้นที่ง่าย โดยไขสันหลังทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวด้วยกลไกการเคลื่อนไหวแบบรีเฟล็กซ์ ซึ่งควบคุมด้วยศูนย์กลางรีเฟล็กซ์ในก้านสมองและไขสันหลัง 2. การควบคุมการเคลื่อนไหวที่ซับซ้อน จะถูกควบคุมด้วยโครงสร้างของระบบประสาทที่อยู่สูงกว่าไขสันหลัง ได้แก่ ระบบประสาททางกาย (Somatic nervous system) ซึ่งประกอบด้วยก้านสมอง, Motor cortex, Premotor cortex และ Supplement cortex เมื่อมีการกระตุ้นการเคลื่อนไหวด้วยกิจกรรมดนตรี ก็จะมีการส่งกระแสประสาทมาที่เซลล์ประสาทสั่งการในสมองใหญ่ส่วนเปลือกสมอง (Cerebral cortex) Primary motor cortex ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นคำสั่งควบคุมการเคลื่อนไหวโดยควบคุมความแรงและทิศทางการหดตัวของกล้ามเนื้อ และยังเป็นวิถีประสาทเชื่อมโยงและทำงานร่วมกับ Somatosensory cortex เพื่อทำหน้าที่วางแผนและประสานงานการเคลื่อนที่ นอกจากนี้ยังให้กำเนิดวิถีประสาทควบคุมการเคลื่อนไหวใน Pyramidal trace ที่อยู่ในก้านสมองเพื่อทำหน้าที่ควบคุมการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าและคอ ทั้งยังช่วยควบคุมการทรงตัวและการแสดงท่าทางของร่างกาย ส่วนที่ทอดลงมาในไขสันหลัง จะทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของแขนขา นอกจากนี้ Pyramidal trace ยังทำงานร่วมกับโครงสร้างอื่นๆ เพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวที่นุ่มนวลและมีความสมดุล

กระแสประสาทที่เซลล์ประสาทสั่งการในสมองใหญ่ส่วนเปลือกสมอง (Cerebral cortex) เพื่อวางแผนและประสานงานการเคลื่อนที่ รวมทั้งควบคุมการหดตัวของกล้ามเนื้อ การทรงตัวและการแสดงท่าทางของร่างกาย และสมองน้อย (Cerebellum) จะควบคุมความตึงของกล้ามเนื้อ ควบคุมการเคลื่อนไหวภายใต้อำนาจจิตใจ ให้เกิดแรง ทิศทาง ความเร็วและช่วงการเคลื่อนไหวให้เหมาะสม ควบคุมท่าทางและสมดุลของร่างกาย ส่วน Basal ganglia จะทำให้เกิดแบบแผนของการเคลื่อนไหว โดยการส่งกระแสประสาทผ่าน Thalamus ไปยัง Motor cortex และบริเวณที่สัมพันธ์กันแล้วส่งไปตามไขสันหลังตาม Corticospinal pathway ไปยังเซลล์ประสาทสั่งการในไขสันหลัง โดยทำงานร่วมกับสมองใหญ่ส่วนเปลือกสมอง (Cerebral cortex) เพื่อแปลความคิดความรู้สึกและอารมณ์ให้เกิดการเคลื่อนไหว (พิศมัย ประทุมทาน, 2551)

นอกจากนี้ส่วนประกอบของดนตรี ได้แก่ จังหวะ ทำนอง ระดับเสียง เป็นต้น เมื่อเข้าสู่ศูนย์การได้ยินไปจนถึงกระบวนการของระบบลิมบิกในสมองกลีบใน ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการควบคุมทางด้านอารมณ์ ประสาทสัมผัส และความรู้สึก ให้หลังสารสื่อประสาทออกมา เช่น dopamine, serotonin, acetylcholine, epinephrine และ norepinephrine ส่งผลให้เกิดการตอบสนองทางร่างกายและจิตใจ เช่น รู้สึกสงบ ผ่อนคลาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของดนตรี ดนตรีที่เหมาะสมในการลดภาวะซึมเศร้าโดยการฟังและทำกิจกรรมนั้น มีลักษณะดังนี้ 1) จังหวะมีความสม่ำเสมอ ประมาณ 80-160 ครั้ง/นาที จะทำให้รู้สึกสงบ และสนุกสนาน 2) ทำนอง มีความต่อเนื่องของตัวโน้ตที่จัดเรียงร้อยไปตามจังหวะ ใช้แนวทำนองที่ผู้ฟังรู้จักและคุ้นเคย 3) ความถี่ของเสียง ไม่ควรใช้เสียงที่มีความถี่ต่ำหรือสูงเกินไป และเสียงไม่ควรดังเกิน 85 dB(A) 4) การเรียบเรียงเสียง ให้ไปในทิศทางเดียวกัน มีการประสานเสียงกันอย่างลงตัว จากแนวคิดของ Jun et al. (2013) ให้กลุ่มทดลองใช้ดนตรีประกอบการเคลื่อนไหวบนรถเข็นผู้ป่วย (wheelchair) ใช้เวลา 60 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง นาน 8 สัปดาห์ ลักษณะของดนตรีบำบัดจะใช้ดนตรีที่มีจังหวะสงบ เป็นเพลงที่ผู้ป่วยเลือกเอง จำนวน 8 เพลงที่มีลักษณะจังหวะที่แตกต่างกัน โดยมีการใช้เครื่องดนตรี เช่น กลองเล็ก ลูกแซค เคาะจังหวะตามดนตรี ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดการเคลื่อนไหวและจิตใจโดยใช้ดนตรีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการเคลื่อนไหว เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ช่วยเสริมสร้างอารมณ์ และลดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมการใช้ดนตรีบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่ากิจกรรมดนตรีสามารถเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายได้ในสัปดาห์ที่ 3 (Altenmüller et al., 2009; Schneider, Schönle, Altenmüller, & Münte, 2007) และสามารถเริ่มลดภาวะซึมเศร้าได้ในสัปดาห์ที่ 4 (Kim, 2011; แพรศิริ อยู่สุข, 2557)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดรูปแบบการจัดกิจกรรมทั้งแบบกลุ่มและแบบรายบุคคลที่ครอบคลุมถึงการเคลื่อนไหวร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของ Jun et al. (2013) เพราะได้ศึกษาพบว่าการบำบัดโดยใช้ดนตรีประกอบการเคลื่อนไหวร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งจะตอบสนองทางกายทำให้เกิดการเคลื่อนไหวร่างกาย เกิดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและจิตใจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ลดการเกิดภาวะซึมเศร้า นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี รวมถึงการนำผลการวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดกิจกรรมดนตรีเพื่อเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดภาวะซึมเศร้าของ Schneider et al. (2007) ,Särkämö et al. (2008), Altenmüller et al. (2009) , Kim et al. (2011), Jeong and Kim (2007) มาพัฒนาให้เกิดความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยกำหนดกิจกรรมออกเป็น 2 กิจกรรม ดังนี้

**1. การเล่นเครื่องดนตรี (playing musical instruments) และใช้เครื่องดนตรีในการประกอบกิจกรรม** เป็นการจัดกิจกรรมบันเทิงแบบกลุ่ม โดยเคลื่อนไหวร่างกายประกอบจังหวะเพลงที่มีจังหวะไม่ซ้ำจนเกินไป จากนั้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายตามจังหวะเพลง หรือใช้เครื่องดนตรีเคาะตามจังหวะเพลง ได้แก่ กลองเล็ก ลูกแซ็กหรือเครื่องเขย่าต่างๆ เคาะตามจังหวะเพลง เพื่อเพิ่มทักษะการเคลื่อนไหวร่างกาย เสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย พัฒนาด้านอารมณ์และจิตใจ (ชัยวัฒน์ เหล่าสีบสกุลไทย, 2547) เสริมสร้างความมั่นใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง และสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ใช้เวลา 60 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์

**2. การฟังเพลง (music listening)** เป็นการจัดกิจกรรมดนตรีพาเพลิน เพื่อการผ่อนคลายด้วยเสียงเพื่อการบำบัด โดยได้มีการทบทวนวรรณกรรมและนำมาพัฒนาสร้างโปรแกรมให้เกิดประสิทธิภาพในการเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวและลดภาวะซึมเศร้าให้ได้มากที่สุด โดยการเปิดเพลงที่ผู้ป่วยชอบให้ผู้ป่วยฟัง จะช่วยทำให้รู้สึกผ่อนคลาย สดชื่น และสนุกสนาน โดยผู้ป่วยจะต้องเปิดฟังอย่างน้อยวันละอย่างน้อย 1 ครั้ง เป็นระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ โดยให้ญาติหรือผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือ เช่น การจัดสภาพแวดล้อม ให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก หลีกเลี้ยงสิ่งรบกวน เป็นต้น

กิจกรรมทั้งหมดในโปรแกรมจะทำให้เกิดผลดังนี้ 1) การมีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมจะช่วยให้กระตุ้นให้เกิดความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลของโรค การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการกลับเป็นซ้ำของโรค ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาได้อย่างมีคุณภาพ มีความมั่นใจในตนเอง และคิดว่าตนเองมีค่า 2) การเพิ่มขึ้นของระดับสารสื่อประสาท เช่น dopamine, serotonin, acetylcholine, epinephrine และ norepinephrine ซึ่งมีผลกับการลดลงของภาวะซึมเศร้าของกระบวนการในสมองผ่านระบบสมองกลีบใน (Limbic)

### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีมีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี
4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีมีระดับของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

ประชากรของการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และหอผู้ป่วยในแผนกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา ระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ.2559 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ.2560 จำนวน 44 คน

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี

ตัวแปรตาม คือ 1.ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน  
2.ภาวะซึมเศร้า

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน** หมายถึง การกระทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วยกิจกรรม 10 อย่าง ได้แก่ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การทำความสะอาดร่างกาย (การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด) การใช้ห้องสุขา การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายจากเตียงไปที่รถเข็นรวมถึงการลุกนั่งบนเตียง การเคลื่อนไหวร่างกายในแนวราบ เช่น การเดิน การแต่งตัว รวมทั้งการผูกรองเท้า การขึ้นลงบันได และการอาบน้ำ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของสถาบันประสาทวิทยา (2554)

**ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด พฤติกรรม ซึ่งมักจะแสดงออกมาในรูปของความโศกเศร้า เสียใจ ไม่มีความสุข ท้อแท้สิ้นหวัง และแสดงออกทางสรีระวิทยา เช่น การนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร มีความคิดในแง่ลบ ทำกิจกรรมลดลง เป็นต้น ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522, อ้างอิงในลัดดา แสนสีหา, 2536)

**โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี** หมายถึง การใช้ดนตรีและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ดนตรีมาช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อเพิ่มความสามารถในปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าให้ดีขึ้น เป็นระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนิน กิจกรรม 3 ขั้นตอน ดังนี้

**1.การรวบรวมข้อมูลและการประเมิน** ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ชัก ประวัติ ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ ความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะซึมเศร้า โดยใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ การสังเกต การสื่อสาร และการสัมภาษณ์

**2.การวางแผนกิจกรรม** ตามแนวคิดของ Jun et al. (2013) รวมถึงการนำ ผลการวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดกิจกรรมดนตรีเพื่อเพิ่มความสามารถในปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลด ภาวะซึมเศร้าของ Jeong and Kim (2007); Schneider et al. (2007), Särkämö et al. (2008), Altenmüller et al. (2009) , Kim et al. (2011) มาพัฒนาให้เกิดความเหมาะสมและมี ประสิทธิภาพสูงสุด โดยกำหนดกิจกรรมออกเป็น 2 กิจกรรม ดังนี้

1. การเล่นเครื่องดนตรี (playing musical instruments) หรือใช้เครื่องดนตรีในการ ประกอบกิจกรรม เป็นการจัดกิจกรรมบันเทิงแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล โดยเคลื่อนไหวร่างกาย ประกอบจังหวะเพลง ที่มีจังหวะไม่ซ้ำจนเกินไป จากนั้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายตามจังหวะเพลง หรือใช้เครื่องดนตรีเคาะตามจังหวะเพลง ได้แก่ กลองเล็ก ลูกแซ็กหรือเครื่องเขย่าต่างๆ เคาะตาม จังหวะเพลง เพื่อเพิ่มทักษะการเคลื่อนไหวร่างกาย เสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย พัฒนาด้านอารมณ์ และจิตใจ (ชัยวัฒน์ เหล่าสีบสกุลไทย, 2547) เสริมสร้างความมั่นใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง และ สร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ใช้เวลา 60 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

2. การฟังเพลง (music listening) เป็นการจัดกิจกรรมดนตรีพาเพลิน เพื่อการผ่อนคลาย ด้วยเสียงเพื่อการบำบัด โดยได้มีการทบทวนวรรณกรรมและนำมาพัฒนาสร้างโปรแกรมให้เกิด ประสิทธิภาพในการเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวและลดภาวะซึมเศร้าให้ได้มากที่สุด โดยการ เปิดเพลงที่ผู้ป่วยชอบให้ผู้ป่วยฟัง จะช่วยทำให้รู้สึกผ่อนคลาย สดชื่น และสนุกสนาน โดยผู้ป่วย จะต้องเปิดฟังอย่างน้อยวันละอย่างน้อย 1 ครั้ง เวลาใดก็ได้ โดยให้ญาติหรือผู้ดูแลหรือสมาชิกใน ครอบครัวคอยช่วยดูแล เช่น การจัดสภาพแวดล้อม ให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก หลีกเลี้ยงสิ่งรบกวน เป็นต้น

**3. การประเมินผลกิจกรรม** ผู้วิจัยจะประเมินผลโปรแกรม โดยจะมีการแลกเปลี่ยน เบอร์โทรศัพท์กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้สามารถติดต่อกันได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยรักษาตัวในสถาบันประสาท วิทยาไม่ครบ 5 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยไปทำกิจกรรมต่อที่บ้านของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยติดตามทาง โทรศัพท์ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยจะมีการพูดคุย เปิดโอกาสให้สอบถามถึงปัญหา อธิบายข้อสงสัย

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดคุยระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ และในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วยจะต้องมาตรวจตามนัดที่สถาบันประสาท) เพื่อสอบถามถึงปัญหา อธิบายข้อสงสัย ให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการฟื้นฟูสุขภาพหรือสมรรถภาพของตนเองยิ่งขึ้น และจะนัดพบผู้ป่วยเพื่อทำการประเมินผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้า ในสัปดาห์ที่ 6

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับจากพยาบาลตามปกติ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันประสาทวิทยา จนกระทั่งจำหน่าย ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับประทานยา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการมาตรวจตามนัด การแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. นำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางการพยาบาล ในการให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดภาวะซึมเศร้า
2. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า พัฒนารูปแบบในการจัดกิจกรรมบำบัดทางการพยาบาล ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
3. ภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่โรคหลอดเลือดสมอง
4. แนวคิดเกี่ยวกับดนตรีบำบัด
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

#### 1.โรคหลอดเลือดสมอง

##### 1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง เป็นเหตุในสมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงซึ่งคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต

องค์การสำรวจโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ (National Survey of Stroke) ของสหรัฐอเมริกาได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของโรคประสาทซึ่งจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วยาวนานเกินกว่า 24 ชั่วโมง กลุ่มอาการดังกล่าวเกิดจากสาเหตุทางหลอดเลือดที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตัน หรือหลอดเลือดสมองอุดตัน หรือมีการแตกของหลอดเลือดสมองซึ่งเกิดขึ้นเองทำให้มีเลือดออกในเนื้อสมอง หรือทำให้มีเลือดออกใต้เยื่ออะแรคนอยด์ ซึ่งพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นเหล่านี้จะไม่รวมการอุดตันหรือการแตกของหลอดเลือดสมองอันมีสาเหตุจากการได้รับบาดเจ็บ เนื้องอกหรือการติดเชื้อ

นิพนธ์ พวงวรินทร์ (2544) ได้กล่าวไว้ว่า โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบได้บ่อย สาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติ เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย มีอาการแสดงอยู่ยาวนานกว่า 24 ชั่วโมง จะทำให้แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรงหรือใช้การไม่ได้ หน้าขาหรือความรู้สึกบางอย่างหายไป เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย การทรงตัว สื่อสารบกพร่อง เป็นต้น



ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาท เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วอยู่นานเกินกว่า 24 ชั่วโมง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติ เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นต้น

## 1.2 ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1.2.1 โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดหรือจากหลอดเลือดสมองอุดตัน (ischemic stroke) พบได้ร้อยละ 85 โดยแบ่งเป็นโรคที่เกิดจากลิ่มเลือดอุดตัน (thrombosis) หลอดเลือดขนาดใหญ่ร้อยละ 40 เกิดจากการอุดตันหลอดเลือดขนาดเล็กร้อยละ 20 อีกร้อยละ 20 เกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดจากหลอดเลือดอื่น (embolism) เช่น จากหัวใจและจากหลอดเลือดที่บริเวณคอมาอุดตันหลอดเลือดสมอง ซึ่งเกิดได้ทั้งหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ รวมทั้งหลอดเลือดฝอย ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ สมองบางส่วนขาดเลือด เกิดเนื้อสมองตาย ถ้ามีเนื้อสมองตายเป็นบริเวณกว้างและสมองบวมมาก อาจทำให้ความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้น จนเกิดการกดเบียดบริเวณก้านสมองหรือมีการอุดตันการไหลเวียนของน้ำไขสันหลังได้

1.2.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic stroke) ได้แก่ 1) ภาวะเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) พบได้ร้อยละ 10 สาเหตุสำคัญเกิดจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เกิดการแตกของหลอดเลือดสมองทำให้มีเลือดมาคั่งและทำลายเนื้อสมองในบริเวณที่แตก อาจเกิดการกดเบียดสมองส่วนที่อยู่ใกล้เคียงทำให้สมองส่วนนั้นทำหน้าที่ไม่ได้ปกติ เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะรูสดีและสัญญาณชีพ 2) ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น subarachnoid (Subarachnoid hemorrhage, SAH) พบได้ประมาณร้อยละ 5 มักเกิดจากการแตกของหลอดเลือดตรงตำแหน่งที่มีหลอดเลือดโป่งพอง ทำให้ปวดศีรษะอย่างมากทันทีทันใด อาเจียนและมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะรูสดี

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดที่เกิดจากการอุดตันภายในหลอดเลือดสมอง หรือชนิดที่มีการแตกของหลอดเลือดสมองจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม

**1.3 ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง** (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547; เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550)

1.3.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ได้แก่

1) อายุ อายุเป็นปัจจัยสำคัญมากที่สุดในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อายุที่เพิ่มขึ้นมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น 2 เท่าตามอายุที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 10 ปี

2) เพศ โรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดขึ้นในเพศชายมากกว่าเพศหญิง อย่างไรก็ตามเมื่อเพศหญิงเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าเพศชาย

3) เชื้อชาติและเผ่าพันธุ์ คนผิวดำมีโอกาสเป็นและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว

4) ประวัติครอบครัว ถ้าบิดาและมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว บุตรจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลมาจากหลายกลไกรวมทั้งการถ่ายทอดปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม ปัจจัยร่วมทางวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม วิถีชีวิต ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม

### 1.3.2 ปัจจัยเสี่ยงแนชต์ที่ปรับเปลี่ยนได้

1) ความดันโลหิตสูง ภาวะนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดของเส้นเลือดในสมองแตกและเนื้อสมองตาย โดยความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มตามสัดส่วนของแรงดันโลหิตสูงขึ้น จัดเป็นความสัมพันธ์ทั้งทางตรงต่อเนื่อง และอิสระจากปัจจัยอื่น

2) โรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจวาย ลิ้นหัวใจตีบ หัวใจเต้นผิดปกติ ซึ่งภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า ซึ่งเลือดไม่สามารถถูกสูบฉีดออกไปทำให้กลายเป็นลิ่มเลือดหัวใจ แพทย์จะทราบได้จากการจับชีพจรและการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะเกิดลิ่มเลือดในหัวใจและสามารถหลุดลอยไปที่สมองได้

3) โรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2-4 เท่าของคนปกติ ทั้งนี้โรคเบาหวานยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองจากการตีบตันเนื่องจากโรคเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็ง (นพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง, 2551; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

4) ภาวะไขมันในเลือดสูง การที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจะก่อให้เกิดภาวะไขมันตกตะกอนในผนังหลอดเลือดซึ่งจะทำให้หลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่นจึงแตกได้ง่าย โดยเฉพาะถ้ามีระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ผู้ที่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและไม่ได้ออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลที่สูง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

5) ความผิดปกติของหลอดเลือดแดง carotid ที่คอตีบแคบแต่ไม่มีอาการ เส้นเลือดแดงขนาดใหญ่ที่บริเวณคอเรียกว่า เส้นเลือดแดง carotid จะตีบตันมากขึ้นตามวัยที่แก่ตัวลง ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

6) ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) โดยเฉพาะหลอดเลือดแคโรติด อาร์เทอร์รี่ ซึ่งเป็นเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง หากลิ่มเลือดหลุดลอยไปอุดตันก็จะทำให้เกิดอัมพาต โดยทั่วไปแล้วพบว่าผู้ชายจะมีโอกาสเป็นถึงร้อยละ 7-10 ส่วนผู้หญิงจะมีโอกาสเป็นร้อยละ 5-7 เมื่ออายุเกิน 65 ปี

7) หัวใจเต้นสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation: AF) การเต้นผิดปกติของหัวใจหรือหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว เป็นภาวะที่พบบ่อยและเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาของ Framingham พบว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้วซึ่งไม่มีโรคอื่นหัวใจร่วมด้วยมีความเสี่ยงสัมพันธ์ที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองเกือบ 5 เท่าของคนปกติในกลุ่มอายุเดียวกัน

8) การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ทุกรูปแบบมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพราะทำให้หลอดเลือดแดงแข็งเร็วขึ้น สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดแดงเกร็ง ลดความยืดหยุ่นของเส้นเลือด เพิ่มระดับไฟบริโนเจน และเพิ่มการเกาะตัวของเกร็ดเลือด ลดไขมันโคเลสเตอรอลชนิด HDL ทำให้หัวใจทำงานมากขึ้นและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ร้อยละ 90 ของคนที่ไม่สูบบุหรี่ยังได้รับผลกระทบจากการที่อยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่ การสัมผัสควันบุหรี่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจขาดเลือดตั้งแต่วัยละ 20-70 และอาจเสียชีวิตเพราะการสัมผัสควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบบุหรี่อยู่ข้างๆเป็นประจำ

9) เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ในแต่ละปีประมาณร้อยละ 6-7 ของผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือ TIA มาก่อนจะเป็นซ้ำ จากการติดตามผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนเป็นเวลานาน 5 ปี พบว่าประชากรกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสัมพันธ์เป็น 5 เท่าของประชากรทั่วไป โดยมีความเสี่ยงสัมพันธ์สูงถึง 15 เท่าในปีแรก

### 1.3.3 ปัจจัยเสี่ยงไม่แน่ชัดสามารถปรับเปลี่ยนได้

1) ความอ้วน ผู้ที่อ้วนมากกว่าปกติมักจะมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ จึงค่อนข้างยากที่จะพิสูจน์ว่าโรคอ้วนเพียงอย่างเดียวเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าการอ้วนแบบลงพุงนั้น เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าการอ้วนโดยทั่วไป

2) ภาวะเครียด การที่ผู้ป่วยเครียดมากเกินไปจะยังผลให้เกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าคนปกติ และจะทำให้เกิดอัมพาตตามมาได้

3) การขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายด้วยความแรงปานกลางอย่างสม่ำเสมอช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้และยังมีผลให้ระดับไขมันแอลดีแอล โคเลสเตอรอลในเลือดลดลง ควรออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที

4) การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การบริโภคผักและผลไม้จะช่วยลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ควรรับประทานผักและผลไม้ทุกวัน โดยเฉพาะผักใบเขียวและผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

5) เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มสุรามากกว่าวันละ 5 แก้ว จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่ว่าจะเป็นคนหนุ่มหรือแก่ ทั้งนี้กลไกอาจจะมีหลายทาง คือ คนดื่มสุราอาจมีความดันโลหิตสูงอยู่ด้วยหรือเลือดคั่งแข็งตัวง่ายหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะและเลือดไหลเวียนไป

สมองน้อยลง ดังนั้นการหลีกเลี่ยงการดื่มสุราจะเป็นทางหนึ่งในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มคนอายุน้อย

6) การใช้ฮอร์โมนเพศเสริมและยาเม็ดคุมกำเนิด จากข้อมูลที่มีอยู่ยังไม่สามารถระบุได้ว่าการใช้ฮอร์โมนเพศเสริมในสตรีวัยหมดประจำเดือนจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองจริงหรือไม่ แต่ในกรณี รวมทั้งยาเม็ดคุมกำเนิดก็มีความเสี่ยงต่ำ ยกเว้นในสตรีที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างอื่นอยู่ด้วย เช่น การสูบบุหรี่ ในปัจจุบันยาคุมกำเนิดมีตัวยาที่มีระดับฮอร์โมนต่ำจำหน่ายซึ่งทำให้ความเสี่ยงมีไม่มาก ผู้ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆร่วมก็สามารถรับประทานได้ แต่ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาคุมกำเนิด

7) ผู้ที่เป็นไฮเปอร์โฮโมซิสทีน (Hyperhomocystien) ในระดับที่สูงกว่า 16 ไมโครโมลต่อลิตร ทั้งนี้ความเข้มข้นของสารนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุ

8) ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆที่ขยายขาดหลักฐานสนับสนุนที่ชัดเจน และอาจปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ ภาวะเลือดแข็งตัวง่ายกว่าปกติ การใช้ฮอร์โมนทดแทน และภาวะหลอดเลือดอักเสบ

#### 1.4 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองจะเกิดอาการขึ้นอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาสั้น ซึ่งลักษณะอาการสำคัญ คือ เป็นค่อนข้างเร็ว กะทันหัน ภายในเวลาเป็นนาที หรืออาจเกิดขึ้นหลังตื่นนอนโดยที่ก่อนเข้านอนยังปกติอยู่ ซึ่งขึ้นอยู่กับตำแหน่ง และขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพ ดังนี้ (กรกฎ สุวรรณอักษรเดชา, 2551; นพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง, 2551; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550)

1. อาการเตือน มักพบในผู้ป่วยที่หลอดเลือดใหญ่ๆตีบ อาการที่พบ ได้แก่ ตามัวหรือมองไม่เห็นทันที โดยเฉพาะที่เป็นข้างเดียว พูดสับสน ตะกุกตะกัก พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ สับสน วิงเวียน ปวดศีรษะ แขนขาชา หรือเป็นอัมพาตชั่วคราว ซึ่งเป็นอาการเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่รุนแรงต่อไป

2. อาการโดยทั่วไป อาการอาจมีตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรงมาก บางครั้งอาจมีหลายอาการเกิดขึ้นพร้อมกัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรง และตำแหน่งของสมองส่วนที่ขาดเลือดนั้น ซึ่งอาการโดยทั่วไปมีดังนี้ คือ อาการชาบริเวณหน้า แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอย่างเฉียบพลัน อาการสับสน การมองเห็นผิดปกติหรือแปลภาพที่เห็นไม่ชัด มีปัญหาการทรงตัว การทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อเกร็ง อาการอ่อนแรงหรือสูญเสียการเคลื่อนไหวที่แขน ขา ซีกใดซีกหนึ่ง อาการเวียนศีรษะเฉียบพลัน ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง ควบคุมลิ้นไม่ได้ ซึมเศร้า บุคลิกเปลี่ยนแปลง ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด พูดอ้อแอ้ ไม่เข้าใจภาษา ไม่เข้าใจคำพูดผู้อื่น ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ สูญเสียความรู้สึกทางประสาทสัมผัส หมดสติ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547)

### 3. อาการตามตำแหน่งพยาธิสภาพในสมองส่วนที่เป็นปัญหา ได้แก่

1) Carotid TIA อาการแสดง คือ แขน ขา และหน้าอ่อนแรง หรือชาตรงข้ามกับรอยโรค มีความผิดปกติของการพูด การใช้ภาษา หรือความเข้าใจภาษา ไม่สนใจรับรู้ หรือละเลยร่างกายด้านตรงข้ามกับรอยโรค ตาบอดชั่วคราว หรือตามองไม่เห็นครึ่งซีก

2) Vertebrobasilar TIA อาการแสดง คือ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน การมองไม่เห็นครึ่งซีก การกลอกตามผิดปกติ ตากระตุก มองเห็นภาพซ้อน เดินเซ พูดลำบาก และอาจมีอาการอ่อนแรงหรือชาของแขนขา โดยอาจเป็นซีกเดียวหรือทั้งสองข้าง นอกจากนี้อาจพบความผิดปกติของก้านสมองและสมองเล็กอื่นๆ

3) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองซีกซ้าย สมองซีกซ้ายทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายซีกขวา การพูดและภาษา หากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายจะมีอาการอ่อนแรงข้างขวา บางคนพูดไม่ได้แต่ฟังรู้เรื่อง ถ้าเป็นมากจะไม่สามารถฟังและพูดได้

4) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองซีกขวา สมองซีกขวาทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวซีกซ้าย การกะระยะและตำแหน่ง หากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายจะมีอาการอ่อนแรงข้างซ้าย บางคนไม่สามารถติดกระดุมเสื้อหรือใส่เสื้อได้

5) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองน้อย สมองน้อยทำหน้าที่ในการทรงตัว การประสานงานของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยที่สมองส่วนนี้เสียหายจะมีอาการทรงตัวไม่ได้ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน

6) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ก้านสมอง ซึ่งเป็นทางผ่านของเส้นประสาทที่นำคำสั่งจากสมองไปยังร่างกาย นอกจากนั้นยังควบคุมการหายใจ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจผู้ป่วยที่มีโรคตำแหน่งนี้ อาจจะอ่อนแรงแขนขาข้างใดข้างหนึ่งหรืออ่อนแรงแขนขาทั้งสองข้าง สาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยstroke คือ ก้านสมอง

#### 1.5 ระยะเวลาของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระยะเวลา (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1) ระยะเวลาเฉียบพลัน (acute stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้ผู้ป่วยมักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที บางรายอาจมีอาการไม่รู้สึกร่วมด้วย หรือมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก อาจจะมีระยะเวลา 1-14 วัน โดยทั่วไปจะไม่เกิน 24 ชั่วโมง ซึ่งในระยะนี้อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นในระยะนี้ต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่างๆเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยเอาไว้

2) ระยะเวลาหลังเฉียบพลัน (post-acute stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง ซึ่งผ่านพ้นระยะเฉียบพลันแล้วอาจใช้เวลาหลัง 48 ชั่วโมง หรือนานกว่า

3) ระยะเวลาฟื้นฟูสภาพ (recovery stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่และมีความสามารถที่จะรับการฟื้นฟูสภาพเพื่อลดความพิการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ระยะเวลานี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน

3.1 ระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพระยะแรก (early recovery) เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกาย ฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นในระยะ 3 เดือนแรกหลังเกิดโรค

3.2 ระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพระยะหลัง (later recovery) เป็นระยะที่ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูระยะแรก ระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะมีการพัฒนาที่ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเอง การพูด เป็นต้น

**1.6 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง** ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีการพัฒนาขึ้นมาก เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (อรอุมา ชุตินทร และนิจศรี ชาญณรงค์, 2553)

1.6.1 การรักษาทั่วไปในระยะเฉียบพลัน เป็นการดูแลระบบต่างๆที่สำคัญของร่างกายทั่วไปให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ประกอบไปด้วยการดูแลต่อไปนี้

1.6.1.1 การดูแลระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างพอเพียงและไม่มีการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ในผู้ที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง เช่น ผู้ป่วยที่มีการขาดเลือดบริเวณก้านสมอง หรือมีการขาดเลือดเป็นบริเวณกว้างในตำแหน่งที่เลี้ยงด้วย middle cerebral artery อาจทำให้มีปัญหาคอระบอบทางเดินหายใจและทำให้รีเฟล็กซ์ป้องกันการสำลักลดลง จึงควรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะแรก ผู้ที่มีระดับออกซิเจนในเลือดจากการตรวจด้วย pulse oximetry หรือการตรวจ arterial blood gas ต่ำกว่า 92-95% ควรได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยให้ออกซิเจนทางจมูกหรือทางท่อช่วยหายใจ พบว่าการให้เนื้อสมองได้รับออกซิเจนในระดับที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญในภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันเพื่อป้องกันไม่ให้ออกซิเจนขาดออกซิเจนและทำให้เกิดความเสียหายต่อสมองตามมา

1.6.1.2 การดูแลระบบหัวใจ ภาวะสมองขาดเลือดสามารถทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและการเต้นของหัวใจผิดปกติได้ จึงแนะนำให้ตรวจคลื่นหัวใจในผู้ป่วยสมองขาดเลือดทุกรายและควรติดตามการเต้นของหัวใจอย่างน้อยในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังจากเกิดอาการ ซึ่งถ้าพบการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติควรให้การรักษาที่เหมาะสม

1.6.1.3 การดูแลความดันโลหิต ความดันโลหิตสูงและต่ำเกินไปจะมีผลทำให้ภาวะสมองขาดเลือดเลวลงพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความดันโลหิตสูงขึ้นในช่วงแรกและจะลดลงเองภายหลัง 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดและมีความดันโลหิตสูงกว่า 220/120 มม.ปรอทหลังจากที่ได้นอนพักและวัดซ้ำแล้วอาจจำเป็นต้องได้รับยาลดความดันโลหิต แต่ในกรณีนี้ผู้ป่วยต้องได้รับยาลดความดันโลหิตจะต้องลดความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 185/110 มม.ปรอทก่อนการให้ยาและ

ภายใน 24 ชม.แรกหลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือด พบว่าการลดความดันโลหิตที่มากหรือเร็วเกินไปจะมีผลทำให้สมองที่ขาดเลือดอยู่แล้วเกิดการขาดเลือดมากขึ้น ส่วนภาวะความดันโลหิตต่ำพบได้น้อยในผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือด แต่ถ้าพบควรรีบหาสาเหตุและแก้ไข เช่น การขาดสารน้ำ การเสียเลือด การมีเลือดเซาะในผนังหลอดเลือด aorta และการมีโรคหัวใจ เป็นต้น มีการศึกษาพบว่าถ้าพบความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 100 mmHg หรือความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 70 mmHg จะมีความสัมพันธ์กับอาการทางระบบประสาทที่เลวลงและพบการเสียชีวิตสูงขึ้น

1.6.1.4 การดูแลอุณหภูมิของร่างกาย การมีไข้ในช่วงแรกของการเกิดสมองขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับอัตราการความพิการ และอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความต้องการพลังงานที่มากขึ้น การเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาทและการสร้างอนุมูลอิสระเพิ่มขึ้น พบว่าการลดไข้จะทำให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น แนะนำให้ทำการลดไข้ถ้ามีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ซึ่งสามารถทำได้โดยการเช็ดตัว ให้ยาพาราเซตามอล หรือวิธีการอื่นๆ นอกจากนี้การหาสาเหตุของไข้ก็เป็นสิ่งจำเป็น โดยไข้อาจเกิดจากภาวะสมองขาดเลือดเองหรือการติดเชื้อในตำแหน่งต่างๆ เช่น การติดเชื้อในปอด ทางเดินปัสสาวะ หัวใจ เป็นต้น

1.6.1.5 การดูแลระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเป็นสิ่งจำเป็น ระดับน้ำตาลในเลือดที่ต่ำเกินไปจะทำให้เกิดอาการแสดงคล้ายภาวะสมองขาดเลือดได้และทำให้เกิดความเสียหายต่อสมอง ส่วนระดับน้ำตาลที่สูงจะทำให้กรดในเนื้อเยื่อสูงขึ้นจาก glycolysis การคั่งของกรดแลคติก การสร้างอนุมูลอิสระเพิ่มขึ้น และยังทำให้ blood brain barrier เสียไป เกิดภาวะสมองบวมตามมา ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วง 80-140 มก./ดล.

1.6.1.6 การดูแลเรื่องความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีภาวะขาดน้ำ ควรได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยถ้าผู้ป่วยไม่ได้มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำพิจารณาให้เป็นสารน้ำที่ไม่มีกลูโคส ในบางสถาบันนิยมให้สารน้ำในผู้ป่วยทุกราย แต่ต้องระวังในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาโรคหัวใจ เนื่องจากการให้สารน้ำมากเกินไปอาจเกิดปัญหา heart failure ได้

1.6.1.7 การดูแลระดับความเข้มข้นของเลือด ควรดูแลระดับความเข้มข้นของเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยเฉพาะค่า Hematocrit ควรมีมากกว่า 30%

1.6.2 การรักษาเฉพาะในระยะเฉียบพลัน เป็นการรักษาที่จำเพาะกับโรคสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน แบ่งเป็นการรักษาด้วยการให้ยาซึ่งมีอยู่หลายกลุ่ม ได้แก่ ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด และยาป้องกันเลือดแข็งตัว การจะเลือกใช้ยากลุ่มใด ปัจจัยสำคัญเป็นอันดับแรกขึ้นกับเวลา คือระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งมาพบแพทย์ และสาเหตุของโรคสมองขาดเลือด นอกจากนั้นยังมีการผ่าตัดและการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ขยายหลอดเลือด ซึ่งจะได้กล่าวถึงการรักษาเฉพาะแต่ละวิธีดังต่อไปนี้

1.6.2.1 การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolysis) การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ถือว่าเป็นมาตรฐานของการรักษาโรคสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน โดยยาที่ใช้คือ recombinant tissue plasminogen activator (rtPA) สามารถให้ได้ในผู้ป่วยที่มีสมองขาดเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ โดยถ้าให้ยาภายในระยะเวลาเร็วที่สุดหลังเกิดอาการจะดีกว่าให้ช้า และการให้ยาจะต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้และไม่มีข้อห้ามที่กำหนดไว้ หลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือดควรมีการติดตามอาการ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 24 ชั่วโมงแรก

1.6.2.2 การให้ยาต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelet) การให้แอสไพรินมีประโยชน์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ สามารถป้องกันการเกิดโรคสมองขาดเลือดซ้ำได้ ปัจจุบันแอสไพรินเป็นยาต้านเกล็ดเลือดเพียงชนิดเดียว ที่ได้รับการยอมรับให้ใช้ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันโดยควรให้ยาแอสไพรินขนาด 160-325 มก. เร็วที่สุด ภายใน 24-48 ชั่วโมง หลังจากมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองและสามารถลดขนาดลงเหลือ 50 – 150 มก. หลังจากวันที่ 10-14 ที่เริ่มมีอาการ

1.6.2.3 การให้ยาป้องกันเลือดแข็งตัว (anticoagulant) จากการศึกษาที่ผ่านมาการให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดเช่น Heparin, low molecular weight heparin มักใช้ในผู้ป่วยบางกลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคของหลอดเลือดใหญ่ที่ไปเลี้ยงสมองโดยเฉพาะกลุ่มที่อาการไม่คงที่ ผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดที่เกิดจากลิ่มเลือดในหัวใจหลุดไปอุดตันยังหลอดเลือดสมองเป็นต้น

1.6.2.4 การรักษาโดยการผ่าตัด การรักษาโรคสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันโดยการผ่าตัด ยังไม่มีข้อมูลที่แสดงถึงความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการรักษาที่เพียงพอ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะสมองบวมหรือเลือดออกในสมองจากการที่เลือดไหลเวียนกลับไปเลี้ยงบริเวณที่ขาดเลือดทันที แต่ผู้ป่วยที่มีอาการน้อยหรืออาการทางระบบประสาทคงที่แล้วและจากภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองปกติไม่มีรอยโรค หรือพบรอยโรคขนาดเล็ก หรือผู้ป่วยที่มีอาการสมองขาดเลือดแบบชั่วคราวและพบว่ามีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบ 70-99% ในปัจจุบันได้แนะนำให้ทำการผ่าตัด carotid endarterectomy ให้เร็วที่สุดหรือภายใน 2 สัปดาห์หลังเกิดอาการเริ่มแรก

**1.7 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง** พยาธิสภาพต่างๆของโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดปัญหาและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากมายแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ขนาดของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดผลกระทบในระยะยาวต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และคุณภาพชีวิต ปัญหาที่เกิดขึ้น ได้แก่

1) ด้านร่างกาย ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกใดซีกหนึ่งหรือทั้งสองซีกหรือบริเวณก้านสมองทำให้เกิดการสูญเสียกำลังของกล้ามเนื้อ มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อต่างๆ เช่น กล้ามเนื้อในการพูด กล้ามเนื้อในการกลืนอาหาร กล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยเสียการทรงตัว บกพร่องในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหว มีอาการ



เกร็งของกล้ามเนื้ออกผิดปกติ โดยนิ้วมือจะกำแน่น แขน ขา เหยียดลำบากทำให้การเคลื่อนไหวลำบากมากขึ้น และการสูญเสียการรับรู้ ความรู้สึกต่างๆ การรับรู้วันเวลา สถานที่ และบุคคล ผิดปกติไปมีอาการสับสน ถ้าพยาธิสภาพเกิดที่สมองซีกซ้ายหรือซีกที่เด่น ผู้ป่วยจะเกิดการบกพร่องด้านการสื่อสาร ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้และการเข้าใจในภาษาพูด นอกจากนี้ผลจากความผิดปกติของการเคลื่อนไหวนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การเกิดแผลกดทับ การเกิดแผลจากการเป็ยกขึ้น การเกิดแผลจากผิวหนังและแห้ง การยึดติดของข้อและเอ็นต่างๆบริเวณข้อเข่า ข้อสะโพก กระดูกบาง กล้ามเนื้อลีบลง เส้นเลือดดำอุดตัน ความดันโลหิตต่ำเวลาลุกนั่ง ปอดอักเสบ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (กิงแก้ว ปาจารย์, 2547; นพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง, 2551; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

2) ด้านจิตใจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดผลกระทบด้านจิตใจ เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ อีกทั้งการทำงานในส่วนต่างๆของร่างกายบกพร่อง ทำให้ผู้ป่วยหมดความสามารถในการสั่งการ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเอง กลายเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 15-70 (Caeiro, Ferro, Santos, & Figueira, 2006; R. Robinson, Starr, Lipsey, Rao, & Price, 1984) จากการศึกษาของ Framingham พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองนาน 6 เดือน สูงถึงร้อยละ 47 ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่ประกอบไปด้วย อารมณ์เศร้า ความรู้สึกหมดความสุขในชีวิต อ่อนเพลียไม่มีแรง มีความคิดว่าตนเองไม่มีค่า ความสามารถในการตัดสินใจลดลง มีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (Kase et al., 1998) ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้านานๆจะมีผลต่อการรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย เพราะภาวะซึมเศร้าเป็นการตอบสนองต่อโรคที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยมักกังวลว่าจะต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกตนเองไร้ค่าทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเองลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

3) ด้านสังคม ผลจากการเจ็บป่วยของโรค ทำให้ผู้ป่วยออกสู่สังคมน้อยลง หรือไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับสังคม ร่วมกับการที่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคม ซึ่งอาจทำให้สังคมของผู้ป่วยแคบลง เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเคยทำ ไม่สามารถหารายได้ได้ เกิดความคับข้องใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต ทำให้เกิดความเครียดได้

**1.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** ระบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการพิจารณาเป็นระยะๆ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) ดังนี้

1.8.1 การดูแลในระยะเฉียบพลัน (Acute Phase) ระยะเฉียบพลัน คือ ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ จนกระทั่งอาการคงที่ ซึ่งมักจะใช้เวลา 24-48 ชั่วโมงแต่ในผู้ป่วยบางรายอาจนานกว่านี้ ในระยะนี้จะต้องรักษาชีวิตและหน้าที่ของร่างกายที่สำคัญของผู้ป่วยเอาไว้ ในขณะเดียวกันแพทย์ก็จะ

พยายามวินิจฉัยเพื่อหาสาเหตุไปด้วย แต่การตรวจบางอย่างอาจจะต้องเลื่อนไปจนกระทั่งอาการของผู้ป่วยคงที่ ซึ่งมักจะใช้เวลา 24-48 ชั่วโมงที่อยู่ในโรงพยาบาล แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจนานกว่านี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีคามผิดปกติในระดับความรู้สึกตัว และมักจะหมดสติ จึงต้องให้การดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด การดูแลผู้ป่วยในระยะแรกอย่างมีประสิทธิภาพจะมีผลต่อผู้ป่วยมากในเรื่องของการป้องกันโรคแทรกซ้อนและความพิการอย่างถาวรที่จะตามมา ปัญหาแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเล็กน้อยอาจจะกลายเป็นปัญหาใหญ่และเป็นอันตรายถึงชีวิต ดังนั้นจึงต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น และจุดสำคัญของการดูแลคือการรักษาทางเดินหายใจให้โล่งและคอยเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ และอาการแสดงของระบบประสาท เพื่อรายงานแพทย์ให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งจนกระทั่งอาการของผู้ป่วยคงที่ ดังรายละเอียดของการพยาบาลในระยะนี้มีดังนี้

1.8.1.1 รักษาทางเดินหายใจของผู้ป่วยให้โล่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ อาจต้องใส่ air way หรือท่อหลอดลมคอช่วยหายใจถ้าผู้ป่วยหายใจไม่พอ จัดท่าผู้ป่วยให้นอนตะแคงหันหน้าไปด้านข้างเพื่อป้องกันการอุดตันของเสมหะน้ำลายลงปอด

1.8.1.2 ขจัดเสมหะน้ำลายออกจากปากและทางเดินหายใจ ถ้าผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ก็ควรจะต้องออกให้ และควรระมัดระวังอย่าดูดยาวเกินไปเกินครึ่งละ 15 วินาที เพราะถ้าดูดยาวเกินไปกว่านี้อาจทำให้เพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะได้

1.8.1.3 ตรวจดูหน้าที่ของปอดโดยดูการหายใจ ทั้งอัตราเร็วและลักษณะการเคลื่อนไหวของทรวงอก ฟังเสียงปอด มีเสมหะหรือหายใจเบาต้น เพื่อที่จะค้นพบภาวะปอดบวม ปอดแฟบ และปัญหาทางด้านการหายใจที่อาจเกิดขึ้นได้ทันทั่วทั้ง

1.8.1.4 ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงประมาณ 30 องศา เพื่อให้เลือดดำจากสมองไหลกลับหัวใจได้ดี ศีรษะไม่ควรบิดไปข้างใดข้างหนึ่งเพราะอาจทำให้ขัดขวางกับการไหลกลับของเลือดดำที่คอได้

1.8.1.5 ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพบ่อยๆเพื่อที่จะสามารถค้นพบการเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น

1.8.1.6 ตรวจและประเมินอาการแสดงของระบบประสาทบ่อยๆได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวปฏิกิริยาของรูม่านตาต่อแสง การเคลื่อนไหวและการรับความรู้สึก การเคลื่อนไหวของลูกตา cranial nerve และรีเฟล็กซ์ต่างๆเพื่อที่จะเป็นข้อมูลพื้นฐานและดูความเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้การพยาบาลได้ทันทั่วทั้ง

1.8.1.7 บันทึกจำนวนปัสสาวะของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ในระยะแรกอาจใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เพราะอาจมีความผิดปกติของการคลั่ง antidiuretic hormone และเพื่อเป็นข้อมูล

สำหรับแพทย์ในการดูแลเรื่องสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อป้องกันภาวะสมองบวมมากขึ้นจากการได้น้ำมากเกินไป แต่เมื่ออาการคงที่ที่จะต้องรีบเอาสายสวนปัสสาวะออกทันที

1.8.1.8 ดูแลความสมดุลของอิเล็กโทรลัยต์ ภาวะโซเดียมต่ำ อาจทำให้มีผลต่อหน้าที่ของสมอง ทำให้ผู้ป่วยยิ่งซึม สับสน หรืออาจถึงชักได้

1.8.1.9 ติดตามผลการตรวจต่างๆของแพทย์ เช่น คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ปัสสาวะ เป็นต้น เพื่อจะได้ติดตามปัญหาของผู้ป่วย

1.8.1.10 ถ้าผู้ป่วยชัก เตรียมการช่วยเหลือป้องกันอันตรายจากการชัก

1.8.1.11 ร่วมมือกับแพทย์ในการรักษาเฉพาะ เช่น การให้แมนนิทอลเพื่อลดสมองบวม การให้สเตียรอยด์ เป็นต้น

1.8.2 การดูแลเมื่อผ่านระยะเฉียบพลัน ในระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ เข้าสู่ระยะที่มุ่งรักษาหน้าที่ของร่างกายและป้องกันโรคแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีที่สุดและเร็วที่สุด การดูแลที่จำเป็นเมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะเฉียบพลัน (Post-acute phase) มีดังนี้

1.8.2.1 ดูแลความสะอาดของสุขวิทยาส่วนบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยดูสะอาดและช่วยรักษาความมีคุณค่าของผู้ป่วยไว้

1.8.2.2 บันทึกสัญญาณชีพและอาการแสดงของระบบประสาท เพื่อดูความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

1.8.2.3 ออกกำลังโดยให้ passive range of motion ตามข้อต่างๆของผู้ป่วยวันละ 4 ครั้งเพื่อรักษาความตึงตัวของกล้ามเนื้อและป้องกันกล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง

1.8.2.4 ดูแลความสะอาดของผิวหนัง ตรวจสอบดูรอยแดง ระบายเคือง หรือรอยถลอกของผิวหนัง การเกิดแผลกดทับที่ก้นกบ หรือสันเท้า จำทำให้เป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1.8.2.5 เปลี่ยนทำให้ผู้ป่วยบ่อยๆอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง จัดท่าโดยให้ปลายแขนสูงกว่าข้อศอก และข้อศอกยกสูงขึ้น เพื่อป้องกันข้อไหลและข้อต่างๆ ของแขนติดแข็งและปลายแขนบวมใช้ผ้า หมอนหรือ splint ช่วยประคับประคอง

1.8.2.6 รักษาทางเดินหายใจให้โล่งและหมั่นจัดเสมหะในปาก คอ และทางเดินหายใจออกให้หมด ถ้าผู้ป่วยสามารถไอและหายใจลึกๆได้เอง กระตุ้นให้ผู้ป่วยกระทำเองทุกชั่วโมง แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถทำเองได้ ควรช่วยดูดเสมหะและกระตุ้นให้ไอ เคาะปอดบ่อยๆก่อนอาหารทุกมื้อและก่อนนอน

1.8.2.7 ดูแลอย่าให้ท้องผูก ให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้เองทุกวัน โดยให้อาหารหรือเครื่องดื่มที่ช่วยระบายหรือยาระบายอ่อนๆเพราะถ้าท้องผูกมากทำให้ต้องล้าง หรือสวนบ่อยๆอาจทำให้ผู้ป่วยต้องแบ่งเป็นการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ

1.8.2.8 บันทึกสารน้ำที่ร่างกายได้รับและขับออกทุกวัน เพื่อประเมินหน้าที่ของไต และให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอ ดูแลความสมดุลของอิเล็กโทรลัยต์

1.8.2.9 ถ้าผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ดูแลรักษาให้ต่อสายสวนลงระบบปิดที่ปลอดภัย perineal care โดยทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ตรึงสายสวนปัสสาวะไม่ให้ดึงรั้งหรือเคลื่อนเข้าออก เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งจะทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพในการถ่ายปัสสาวะด้วยตนเองช้าลง เมื่อพ้นระยะเฉียบพลันแล้ว ควรจะเอาสายสวนออกทันที ฝึกให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะด้วยตนเอง และช่วยให้ผู้ป่วยได้ฟังตนเองโดยเร็วที่สุด

1.8.2.10 เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว ประเมินความสามารถในการกลืนโดยทดสอบรีเฟล็กซ์ที่เพดานคอ เพื่อป้องกันการสูดสำลัก

1.8.2.11 ประเมินความสามารถของผู้ป่วยที่จะติดต่อกับบุคคลอื่น ทั้งความสามารถในการพูดและเข้าใจที่บุคคลอื่นพูด ทั้งความสามารถในการพูดและเข้าใจที่บุคคลอื่นพูด โดยพูดกับผู้ป่วยและประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยต่อคำถาม หรือคำสั่งต่างๆ

1.8.2.12 ปรับวิธีการที่จะติดต่อกับผู้ป่วยให้เหมาะสม เช่น พูดกับผู้ป่วยอย่างช้าๆ ใช้ น้ำเสียงชัดเจน ตั้งใจฟังผู้ป่วย และอธิบายวิธีการ ขั้นตอนต่างๆ ให้ผู้ป่วยเข้าใจ เพื่อที่จะช่วยลดความ คับข้องใจและความสับสนของผู้ป่วย และเป็นการกระตุ้นผู้ป่วย

1.8.2.13 ให้ผู้ป่วยได้ทราบเกี่ยวกับความเป็นจริงรอบๆตัวเช่น จัดหาปฏิทิน วิทยุ รูปภาพของครอบครัว ไว้ในห้องหรือข้างเตียงผู้ป่วย

1.8.2.14 ประเมินความผิดปกติในการมองเห็น เช่น เห็นภาพซ้อน และตาทั้งสองข้างบอดครึ่งซีกด้านเดียวกัน ถ้าพบว่าตาของผู้ป่วยมองไม่เห็นด้านใด ให้เข้าหาผู้ป่วยทางด้านที่ตาของผู้ป่วยมองเห็น จัดวางสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นไว้ทางด้านที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ และบอกให้ผู้ป่วยหันหน้าไปทางด้านที่วัตถุหรือคนยืนอยู่ถ้าต้องการมองเห็น

1.8.2.15 ดูแลรักษาความสะอาดของตา ป้องกันไม่ให้ดวงตาเกิดการบาดเจ็บหรือระคายเคืองเกิดการติดเชื้อ หรือ cornea เป็นแผล

1.8.2.16 ถ้าผู้ป่วยมีอาการชักร่วมด้วยเตรียมพร้อมที่จะช่วยเหลือและป้องกัน อันตรายที่จะเกิดขึ้นระหว่างชัก

1.8.2.17 ให้ผู้ป่วยได้รับรู้ในภาพลักษณ์ของตนเอง โดยจัดทำให้ผู้ป่วยได้เห็นแขนขาที่เป็นอัมพาตของตน ถ้าผู้ป่วยสัมผัสหรือไม่รับทราบว่าตนเป็นอัมพาต ดูแลความสะอาด แต่งกายหรือหวีผมให้ผู้ป่วยคงบุคลิกภาพของตนเองไว้ เพื่อที่จะช่วยปรับปรุงภาพลักษณ์ของผู้ป่วยให้ดีขึ้นซึ่งอาจจะช่วยลดอาการซึมเศร้าลงได้บ้าง

1.8.2.18 ดูแลให้อาหารเพียงพอ ในรายที่มีความดันโลหิตสูง หรือมีน้ำคั่งในร่างกาย ให้จำกัดเกลือเพื่อป้องกันอาการบวม ป้องกันการขาดน้ำ และให้อาหารที่ช่วยให้การขับถ่ายอุจจาระ เป็นไปตามปกติ

1.8.2.19 สังเกตอาการแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น เช่น ท้องอืด ลำไส้เป็นอัมพาต กล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นต้น

1.8.2.20 ช่วยเหลือเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยเผชิญกับผู้ป่วยต่างๆที่เกิดจากโรคและความพิการที่เหลืออยู่อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้

1.8.3 การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้านจะต้องคำนึงถึงกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยต้องมีเวลาพักผ่อน แต่เมื่อตื่นนอนควรมีกิจกรรมให้กระทำ ตัวผู้ป่วยมักจะพึงพอใจที่จะให้บุคคลอื่นดูแลช่วยเหลือกระทำกิจกรรมต่างๆให้ ญาติจะต้องเข้าใจและจะต้องพยายาม กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยตนเอง ให้มากที่สุด ในขณะที่ตนเองคอยช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เมื่อผู้ป่วยได้กระทำกิจกรรมต่างๆแล้วก็ควรจะให้เวลาพักเป็นระยะๆ สิ่งสำคัญคือการไปรับการกายภาพบำบัด เพราะผู้ป่วยจะได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่มีปัญหาอย่างเดียวกัน มีความเข้าใจกัน ในสภาพของกันและกัน ซึ่งจะช่วยในด้านกำลังใจที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง เพื่อบรรลุถึงเป้าประสงค์ที่วางไว้

## 2.ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living)

### 2.1 ความหมายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

Barthel & Mahoney (1965) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ประกอบด้วย 10 กิจกรรมพื้นฐานในการดำรงชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ แต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ-ปัสสาวะ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน หวีผม และการขึ้นลงบันได 1 ชั้น

Hickey (2003) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลมีความต้องการในการประกอบกิจกรรมด้วยตนเองโดยอิสระให้สำเร็จในแต่ละวันและเป็นกิจกรรมที่มีส่วนร่วมในสังคม ได้แก่ การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การหวีผม การแต่งตัว สุขนิสัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การต้องการความปลอดภัย การติดต่อสื่อสาร

ซวลี แยมวงษ์ (2538) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การอาบน้ำ การเคลื่อนย้าย การเดิน การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การใช้สุขาหรือกระโถน การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ได้ให้ความหมายไว้ว่า กิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน จำแนกออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) กิจกรรมประจำวันพื้นฐาน (basic activity of daily living) ได้แก่ การสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การเคลื่อนย้าย การเดินขึ้นบันได เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมนี้มีความจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างอิสระภายในบ้าน และ 2) กิจกรรมประจำวันที่ต้องเนื่อง ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน การทำความสะอาดบ้าน/ซักผ้า การเตรียมอาหาร การทอนเงิน/การแลกเงิน การจ่ายตลาด การใช้บริการขนส่งสาธารณะ ซึ่งกิจกรรมในระดับนี้มีความจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างอิสระในชุมชน

สถาบันประสาทวิทยา (2554) ได้ให้ความหมายไว้ว่า กิจกรรมพื้นฐานที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ประกอบด้วย 10 กิจกรรมคือ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหาร การหิวผม การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันไดหนึ่งขั้น

พัชรภรณ์ สิริรัตนานนท์ (2558) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละวัน ประกอบด้วย 1) การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล 2) การอาบน้ำเช็ดตัว 3) การเคลื่อนย้าย 4) การเดิน 5) การแต่งตัว-สวมใส่เสื้อผ้า 6) การรับประทานอาหาร 7) การใช้สุขาหรือกระโถน 8) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ 9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ 10) การขึ้นลงบันได โดยกิจกรรมส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นถึงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานด้วยตนเองโดยอิสระภายในบ้าน

สรุป ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การที่บุคคลสามารถทำกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตด้วยตนเองได้อย่างอิสระไม่พึ่งพาอาศัยผู้อื่น ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหาร การหิวผม การเคลื่อนที่ภายในบ้านและการเดินขึ้นลงบันได

## 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

**2.2.1 อายุ** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมากมักจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุมากมักมีโรคประจำวันหลายโรค และมักจะได้รับผลจากโรคประจำตัวเหล่านั้นส่งผลทำให้มีสรรพภาพทางกายที่ลดลง ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองลดลง

**2.2.2 เพศ** เพศชายมักเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าเพศหญิง (AHA, 2007) ดังนั้น เพศชายจึงมีโอกาสด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะลดลงตามไปด้วย แต่ก็ขึ้นอยู่กับภาวะโรค อากาศ และความรุนแรงของโรคร่วมด้วย

**2.2.3 ความรุนแรงของโรค** ระดับความรุนแรงของโรคที่มากจะส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าผู้ที่มีระดับความรุนแรงของโรคน้อยกว่า ต้องมีบุคคลที่คอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละรายก็จะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพ (Black & Matassarini-Jacoba, 1993)

**2.2.4 ระยะเวลาการเจ็บป่วย** โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาท พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีผลต่อระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (สุจิตรา มหาสุข, 2557) แบ่งเป็นการเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลัน และระยะฟื้นคืนสภาพ เนื่องจากในช่วง 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนแรง มีปัญหาการเคลื่อนไหว การช่วยเหลือกิจวัตรด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น และระยะเวลา 3 เดือนถึง 1 ปี นั้นเป็นระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ หากได้รับการดูแล ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายส่วนที่สูญเสียไปอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง ผู้ป่วยจะมีการฟื้นหายกลับมาใกล้เคียงปกติ ระยะเวลาที่จะมีโอกาสฟื้นฟูได้อย่างรวดเร็วที่สุด คือ ภายในช่วง 6 เดือนนับจากวันที่เกิดอาการป่วย แต่เมื่อพ้นระยะเวลา 1 ปีไปแล้ว การฟื้นฟูก็จะเป็นไปในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลาตั้งแต่เจ็บป่วยถึงเวลาที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นที่ยอมรับกันว่าหากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่ระยะแรกของโรคหลังจากพ้นช่วงวิกฤตจะได้ผลดีกว่า ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่ระยะแรกยังช่วยลดการเกิดอาการซึมเศร้า และเพิ่มแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพได้

**2.2.5 โรคประจำตัว** ผู้ป่วยมักจะมีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น โรคเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพเพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างเต็มที่ ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลงได้

## 2.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเกิดโรคมักจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองเหมือนก่อนหรือสามารถทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ ดังนั้นจึงต้องมีผู้ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยคอยช่วยเหลือ กระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเองให้มากที่สุด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้ (นพวรรณ ผ่องใส, 2552)

1. การรับประทานอาหาร ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเอง กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวสามารถเคี้ยวอาหารหรือกลืนอาหารได้ (เพลินตา ศิริปการ, 2544)

1.1 เลือกอาหารที่ไม่ต้องเคี้ยวมากและง่ายต่อการกลืน ลักษณะอาหารควรอ่อนนุ่ม จัดเป็นคำๆ ควรใส่อาหารข้างที่ไม่อ่อนแรง และการดื่มน้ำ ควรดื่มน้ำโดยใช้หลอดดูด เพื่อลดการสำลักและเป็นการช่วยบริหารกล้ามเนื้อหน้าและกล้ามเนื้อในการเคี้ยว

1.2 ควรจัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบ เพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร แต่ควรคำนึงถึงคุณค่าอาหาร และอาหารต้องไม่มีผลต่อโรคของผู้ป่วย

1.3 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือศีรษะสูง 45 องศา ขณะรับประทานอาหารและหลังรับประทานอาหาร อย่างน้อย 30-60 นาที

1.4 จัดวางอาหารตรงหน้าผู้ป่วยและให้อยู่ในลานสายตาของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารด้วยตนเองก่อน แล้วจึงป้อนอาหารให้แก่ผู้ป่วยจนเพียงพอ

1.5 จัดหาอุปกรณ์ในการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เช่น จัดหาช้อนด้ามยาว จาน แก้วน้ำที่ไม่แตกง่าย ทำหลุมวางภาชนะบนโต๊ะหรือถาดที่มีขอบ

1.6 จัดให้ผู้ป่วยได้ร่วมรับประทานอาหารกับสมาชิกคนอื่นๆในบ้านและไม่เร่งรัดผู้ป่วยในการเคี้ยวและการกลืนอาหาร

2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด เป็นการรักษาความสะอาดและสุขวิทยาส่วนบุคคล ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ดูแลช่วยเหลืออุปกรณ์ต่างๆให้ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้กระทำด้วยตัวเอง ในกรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำมาสะอาดให้ (ประไพพรรณ จิรัณธร, 2543)

การทำมาสะอาดช่องปาก ด้วยวิธีแปรงฟันหรือบ้วนปาก เป็นกิจกรรมที่กระทำเพื่อขจัดเศษอาหารและเชื้อโรครภายในช่องปาก ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำมาสะอาดช่องปากได้เอง มีโอกาสติดเชื้อในช่องปากได้ง่ายและอาจลุกลามไประบบทางเดินหายใจได้ ควรช่วยดูแลความสะอาดปากและฟันของผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เข้าและก่อนนอนหรือทุกครั้งหลังอาหาร

ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยแปรงฟันเอง โดยคอยช่วยเหลือโดยคลี่ผ้าเช็ดตัวคลุมหน้าอก บีบยาสีฟันใส่แปรง นำแก้วน้ำและภาชนะรองรับน้ำมาให้บ้วนปาก และกระตุ้นให้มีการแปรงฟันที่ถูกวิธี คือ วางแปรงทำมุม 45 องศา กับฟันและรอยต่อฟันกับเหงือก แล้วปิดลงสำหรับฟันบน และปิดขึ้นสำหรับฟันล่าง แปรงที่ละซี่ ส่วนหน้าตัดของฟัน ให้วางแปรงบนหน้าตัดของฟันและถูไปมา หลังแปรงฟันบ้วนน้ำล้างปากให้สะอาด

3. การเคลื่อนย้าย การฝึกการเคลื่อนย้าย จะต้องเริ่มต้นเคลื่อนย้ายไปข้างที่ตีเสมอและจะต้องอยู่ภายใต้การช่วยเหลือของผู้ดูแล จนกว่าจะแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองได้และตัดสินใจที่ถูกต้อง การเคลื่อนย้ายสามารถฝึกได้ 2 แบบ คือ (น้อมจิตต์ นวลเนตร์, 2544)

3.1 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงมาเก้าอี้ โดยมีคนช่วย ผู้ดูแลจัดให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขาที่ขอบเตียง ประสานนิ้วมือทั้งสองข้างเข้าด้วยกัน และใช้วงแขนโอบบ่าผู้ดูแล ผู้ดูแลโน้มตัวไป



ข้างหน้ามากๆ โดยย่อเข่าลงและโอบมืออ้อมหลังผู้ป่วยให้ไกลที่สุด แล้วต่อจากนั้นดึงตัวผู้ป่วยให้โน้มมาข้างหน้า ทางไหล่ด้านใดด้านหนึ่งที่รู้สึกถนัด ผู้ดูแลเอนตัวไปข้างหลัง ใช้น้ำหนักตัวผู้ป่วยช่วยถ่วงไม่ให้หยายหลัง ดึงตัวผู้ป่วยเข้ามาหาผู้ดูแล พร้อมกับใช้เข่าดันเข้าของผู้ป่วยไว้ ผู้ดูแลสามารถหมุนตัวผู้ป่วยให้หันหลังเข้าหาเก้าอี้ได้ การช่วยให้ผู้ป่วยนั่งลงบนเก้าอี้ โดยผู้ดูแลค่อยๆผ่อนแรงยื่นเข้าไปในขณะที่ยังพยุงให้ตัวผู้ป่วยโน้มลงข้างหน้า ผู้ป่วยจะค่อยๆทรุดตัวลงสู่ที่นั่ง โดยก้นจะหย่อนลึกลงในเก้าอี้

3.2 การเคลื่อนย้ายโดยไม่ต้องมีคนช่วย ผู้ดูแลจัดเก้าอี้ตั้งฉากกับลำตัวให้ผู้ป่วยโน้มตัวไปข้างหน้ามากๆลงน้ำหนักบนเท้าทั้งสองข้าง วางมือข้างที่ปกติลงบนที่นอนใกล้ตัว พยุงตัวหมุนจนกระทั่งหันหลังเข้าหาเก้าอี้ ในระหว่างที่หมุนตัวอาจจะลงน้ำหนักขา ข้างที่ปกติชั่วคราวได้ ในช่วงแรกๆ ที่ผู้ป่วยพยายามเคลื่อนย้าย ผู้ดูแลอาจช่วยโดยการใช้นิ้วของผู้ดูแลที่อยู่ทางหัวเตียงจับกางเกงด้านหลังของผู้ป่วยไว้ พร้อมกับใช้นิ้วอีกข้างหนึ่งประคองเหนือไหล่ข้างที่อ่อนแรง เพื่อคอยกันไม่ให้ผู้ป่วยทิ้งศีรษะและไหลไปข้างหลังในขณะที่หย่อนตัวลงนั่ง

#### 4. การใช้ห้องสุขา

4.1 การเคลื่อนย้ายตัวเองจากล้อเข็นไปยังโถส้วม วิธีการเคลื่อนย้ายตัวเองไปห้องสุขา ผู้ป่วยจัดล้อเข็นหันหน้าเข้าหาโถส้วม ล็อคล้อรถเข็น ยกที่วางเท้าออก ใช้นิ้วข้างปกติจับราวเกาะข้างฝาผนัง หรือที่นั่งบนผนังโถส้วมส่วนที่ไกลจากตัวผู้ป่วย (หากไม่มีราวเกาะ) โน้มตัวไปด้านหน้า หมุนเท้าด้านปกติให้หันหลังอยู่ในลักษณะพร้อมที่จะนั่งบนโถส้วม (อัจฉรา หล่อวิจิตร, 2544)

สำหรับผู้ป่วยที่ใช้ราวเกาะยึด ผู้ดูแลควรสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการถอดกางเกงก่อนลุกขึ้นจากล้อเข็น

4.2 การเคลื่อนตัวจากโถส้วมไปล้อเข็น หลังการขับถ่ายเสร็จเรียบร้อยแล้ว จัดล้อเข็นหันหน้าเข้าหาโถส้วม ห้ามล้อเข็น ยกที่วางเท้าขึ้น ในการลุกขึ้นยืนให้ผู้ป่วยใช้นิ้วข้างปกติจับราวเกาะข้างผนัง หรือจับที่วางแขนของล้อเข็น (หากไม่มีราวเกาะ) โน้มศีรษะและลำตัวไปด้านหน้า วางน้ำหนักตัวที่มีมือและเท้าด้านปกติ ยืนขึ้น เปลี่ยนมือข้างปกติมาจับที่วางแขนอีกด้านหนึ่งของล้อเข็น หมุนตัวช้าๆโดยการเคลื่อนเท้าปกติ จนกระทั่งด้านหลังของผู้ป่วยอยู่ในท่าพร้อมที่จะนั่ง จึงนั่งลงบนล้อเข็นอย่างช้าๆ

ขณะผู้ป่วยนั่งโถส้วม กางเกงจะเลื่อนลงมาที่หน้าขา หากผู้ป่วยยืนกางเกงจะกองอยู่บนพื้น ผู้ดูแลควรสอนให้ผู้ป่วยใช้เท้าด้านดีพิงผนัง แล้วมือข้างปกติจะสามารถจัดเสื้อ กางเกงได้

5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การเดิน ความสามารถในการเดินเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย การฝึกเดินในช่วงแรกควรฝึกเดินในราวคู่อันยาว เมื่อผู้ป่วยเดินราวคู่อันยาวมั่นคงแล้ว จึงฝึกเดินโดยใช้เครื่องช่วยในการเดินอาจจะเป็นไม้เท้าขาเดียว ไม้เท้า 3 ขา โดยมีวิธีการเดิน ดังนี้ (อรฉัตร โดษยานนท์, 2539)

5.1 การฝึกหัดเดินด้วยไม้ 3 ขา หรือ 4 ขา ควรเริ่มหัดเดินด้วยไม้เท้า 3 ขา หรือ 4 ขาก่อน เพราะสามารถรับน้ำหนักดีกว่าไม้เท้าขาเดียว และป้องกันการลื่นหกล้มได้ด้วย โดย

5.1.1 เริ่มต้น ผู้ป่วยยืนโดยเท้าทั้ง 2 ขนานกันและห่างกันประมาณ 6-8 นิ้ว มือข้างที่ถือไม้เท้าเฉี่ยน้ำหนักลงขาทั้งสองข้าง

5.1.2 วางไม้เท้าให้อยู่ด้านหน้าของเท้าด้านดี ประมาณ 2-3 นิ้ว แล้วก้าวขา ด้านอ่อนแรงไปด้านหน้าก่อนแล้วค่อยก้าวขาข้างที่ติดตามมา

5.2 การฝึกเดินด้วยไม้เท้าขาเดียว ผู้ป่วยใช้ไม้เท้า 3 ขา หรือ 4 ขา คล่องแล้วให้เริ่มฝึกใช้ไม้เท้าขาเดียว แต่ผู้ดูแลต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยแข็งแรงพอที่จะใช้ไม้เท้าขาเดียวและผู้ดูแลควรดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้

5.2.1 เริ่มต้นผู้ป่วยยืนกางขา เท้าห่างกัน 6-8 นิ้ว มือข้างที่ถือไม้เท้า ยกไม้เท้าไปทางด้านหน้าประมาณ 6 นิ้ว จากนั้นเท้าด้านหน้าและห่างไปทางด้านข้างประมาณ 8 นิ้ว

5.2.2 เอนตัวไปทางด้านหน้าเล็กน้อย ลงน้ำหนักตัวที่ไม้เท้าและที่เท้าข้างดี

5.2.3 ก้าวขาข้างอ่อนแรงไปด้านหน้า โดยให้วางเท้าในแนวเดียวกับไม้เท้า และวางน้ำหนักที่ไม้เท้าและขาข้างที่อ่อนแรง จากนั้นก้าวเท้าดีไปข้างหน้า ลงน้ำหนักที่ข้างดี

5.2.4 ยกไม้เท้าออกไปด้านหน้า เหมือนเริ่มต้นทำท่าเดิมซ้ำเมื่อผู้ป่วยก้าวเท้าได้คล่องแคล่วแล้ว อาจให้ผู้ป่วยเริ่มฝึกยกไม้เท้าออกไปด้านหน้า พร้อมกับก้าวขาข้างอ่อนแรง จากนั้นจึงก้าวเท้าดีตามและทำซ้ำท่าเดิมจนครบวงจรการเดิน

6. การสวมใส่เสื้อผ้า หมายถึง การสวมใส่เสื้อ กางเกง ถุงเท้า และรองเท้า ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เป็นกิจวัตร และเนื่องจากผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก มีอาการอ่อนแรงของแขนและขาข้างหนึ่งของร่างกาย ซึ่งผู้ดูแลควรที่จะเอื้อและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองในกิจกรรมที่จำเป็นได้ จึงควรแนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แต่งกายด้วยตนเอง (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544)

6.1 การสวมเสื้อที่ติดกระดุมด้านหน้าในผู้ป่วยที่มีการทรงตัวได้ดี ถ้าทรงตัวไม่ดีให้นั่งรถเข็น ให้ผู้ป่วยนั่งห้อยวางเท้าข้างเตียงหรือเก้าอี้ จัดวางเสื้ออยู่บนตักโดยคลี่เสื้อออกให้ด้านในเสื้ออยู่ด้านบนและส่วนของชายเสื้อชิดลำตัว

การสวมเสื้อให้สวมแขนข้างที่เป็นอัมพาตก่อนโดยใช้มือข้างที่ดีจับแขนด้านที่เป็นอัมพาตสอดเข้าไปในแขนเสื้อด้านเดียวกัน หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่ดีดึงแขนเสื้อขึ้นจนถึงไหล่ แล้วพาดเสื้อไปด้านหลัง แล้วใช้มือข้างที่ดียื่นไปทางด้านหลังค่อยๆดึงเสื้อมาทางด้านหน้าพร้อมกับสอดมือเข้าไปในแขนเสื้อเพื่อสวมแขนข้างที่ดี ใช้มือข้างที่ดีดึงด้านหน้าของเสื้อเข้าหากัน แล้วติดกระดุม

6.2 การถอดเสื้อที่ติดกระดุมด้านหน้า ทำเช่นเดียวกันกับการสวมเสื้อที่ติดกระดุมด้านหน้าโดยเริ่มต้นด้วยการจัดให้ผู้ป่วยนั่งห้อยเท้าวางข้างเตียงหรือเก้าอี้หรือรถเข็น ใช้มือข้างดีปลด

กระดุมออก แล้วถอดเสื้อบริเวณไหล่ด้านที่เป็นอัมพาตออกดึงลงให้ถึงข้อศอก จากนั้นใช้มือข้างที่ดีจับขอบเสื้อด้านในด้านแขนที่ดี แล้วดึงเสื้อออกให้หลุดจากไหล่ด้านที่ดี แล้วดึงแขนข้างที่ดีให้ถอดออกจากแขนเสื้อ เมื่อถอดแขนเสื้อด้านที่ดีเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่ดี ถอดเสื้อออกจากแขนด้านที่เป็นอัมพาตของผู้ป่วย

6.3 การสวมกางเกง ใช้หลักเช่นเดียวกับการสวมเสื้อ คือ เริ่มต้นด้วยการจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง ห้อยเท้าวางเท้าบนพื้นข้างเตียง แล้วใช้มือข้างที่ดีจับขาข้างที่เป็นอัมพาตยกขึ้นมาวางทับขาข้างที่ดี แล้วจับกางเกงด้านในที่อยู่ด้านเดียวกันกับขาข้างอัมพาตให้พร้อมที่จะสวมใส่ในขาข้างที่เป็นอัมพาตที่วางพาดขาข้างที่ดีไว้ แล้วใช้มือข้างที่ดีดึงกางเกงขึ้นให้สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยให้เท้าข้างที่เป็นอัมพาตโผล่พ้นออกจากขากางเกง จากนั้นจับวางขาข้างที่เป็นอัมพาตลง หลังจากวางขาข้างที่เป็นอัมพาตที่สวมกางเกงลงเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้ป่วยจับขากางเกงแล้วใช้ขาข้างที่ดีสอดใส่ขากางเกงอีกข้างให้เรียบร้อยแล้วดึงกางเกงให้สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถยืนทรงตัวได้ให้ผู้ป่วยลุกขึ้นยืนพิงข้างเตียงแล้วดึงกางเกงในท่านั่งแล้วจัดสวมกางเกงให้เรียบร้อยแล้ว ถ้าผู้ป่วยทรงตัวไม่ได้ให้ผู้ป่วยนอนหงายราบบนเตียง แล้วพลิกตัวดึงกางเกงขึ้นที่ละข้าง แล้วจัดสวมกางเกงให้เรียบร้อยแล้ว หรืออาจใช้วิธีงอเข่าและสะโพกด้านที่ดีแล้วใช้ด้านที่ดีวางบนเตียง ดันตัวและสะโพกขึ้นพร้อมกับใช้มือข้างที่ดีดึงกางเกงขึ้นแล้วจัดสวมกางเกงให้เรียบร้อยแล้ว

6.4 การถอดกางเกง ใช้หลักเดียวกันกับการถอดเสื้อ กล่าวคือต้องถอดกางเกงข้างที่ดีก่อนจึงจะมาถอดด้านที่เป็นอัมพาต ในกรณีที่ผู้ป่วยทรงตัวได้ไม่ดี ให้ผู้ป่วยนอนหงายราบบนเตียง ปลดตะขอหรือกระดุม รูดซิป ดึงขอบกางเกงลงไปด้านล่างให้ได้มากที่สุด ใช้เท้าวางราบกับพื้นเตียง งอเข่าและสะโพก แล้วใช้เท้าดันยกตัวและสะโพกขึ้น พร้อมกับใช้มือข้างที่ดีดึงขอบกางเกงลง แล้วใช้มือดึงกางเกงออกจากขาข้างที่เป็นอัมพาต ถ้าผู้ป่วยมีการทรงตัวที่ดี สามารถยืนได้ก็ให้ผู้ป่วยถอดกางเกงในท่านั่ง หลังจากนั้นห้อยเท้าข้างเตียงและปลดตะขอ กระดุม และซิปเรียบร้อยแล้ว

6.5 การสวมถุงเท้า จัดให้ผู้ป่วยนั่งห้อยเท้า ใช้มื่อด้านปกติจับขาด้านอ่อนแรงวางทับขาด้านปกติ สวมถุงเท้าที่เท้าด้านอ่อนแรงก่อน จัดถุงเท้าให้เรียบร้อยแล้ว จากนั้นวางเท้าด้านที่อ่อนแรงลง ใช้ขาด้านปกติวางทับขาด้านที่อ่อนแรงแล้วจึงสวมถุงเท้าด้านปกติ

6.6 การถอดถุงเท้า แนะนำให้ถอดถุงเท้าด้านปกติก่อน จากนั้นใช้มื่อด้านปกติจับขาด้านที่อ่อนแรง วางทับขาด้านปกติแล้วจึงถอดถุงเท้าที่เท้าด้านอ่อนแรงออก

6.7 การสวมรองเท้า โดยให้ผู้ป่วยนั่งห้อยเท้า ถ้าเป็นรองเท้าที่มีเชือกผูกจะต้องคลายเชือกให้หลวมที่สุด เพื่อง่ายต่อการสวมและดันเท้าให้เข้าในรองเท้าให้มากที่สุด ใช้มื่อด้านปกติยกเท้าด้านอ่อนแรงวางบนรองเท้าและดันเท้าเข้า ถ้าดันเท้าเข้าได้ไม่หมด ให้ใช้ซ้นรองเท้าบริเวณสันเท้า และจัดเท้าเข้ารองเท้าให้เรียบร้อยแล้ว หากเท้าไม่เข้ารองเท้าตามต้องการ ใช้มื่อด้านปกติกดบนเข่าด้านที่อ่อนแรง จะทำให้สันเท้าสวมเข้าในรองเท้าได้ดี หลังจากนั้นจึงสวมรองเท้าด้านปกติต่อไป

## 6.8 การถอดรองเท้าใช้เทคนิคและวิธีการเกี่ยวกับการถอดรองเท้า

7. การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น วิธีการขึ้นบันได โดยการให้ผู้ป่วยใช้มือจับราวด้านหน้าลำตัวเหนือ ศูนย์กลางของก้าวแรก ยกขาข้างปกติวางบนบันไดขั้นแรก ก้าวขาหนึ่งก้าว นำขาข้างอัมพาตวางข้าง ขาปกติ ทำซ้ำถึงบันไดขั้นบนสุด การลงบันไดโดยหันหลังลง โดยการยืนด้วยขาทั้งสองบนบันไดขั้น บนสุด ก้าวขาหลังหนึ่งก้าวด้วยขาข้างอัมพาต นำขาข้างปกติวางข้างขาอัมพาต เลื่อนมือลงมาแล้วทำซ้ำ และการลงบันไดทางด้านหน้า โดยหมุนตัวที่บันไดขั้นบนสุด มือจับราวด้านหน้าลำตัว ยกขาอัมพาต ก้าวลงหนึ่งก้าว นำขาปกติวางลงข้างขาอัมพาต (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

## 8. การอาบน้ำ

8.1 ผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนย้ายตัวเองไปห้องน้ำได้ โดยรถเข็นนั่งหรืออุปกรณ์ช่วย เดินและอาบน้ำได้เอง ผู้ดูแลช่วยเหลือตามความเหมาะสม เช่น เตรียมเก้าอี้สำหรับใช้อาบน้ำ เตรียม สบู่ ผ้าเช็ดตัว และเสื้อผ้า ควรนั่งอาบน้ำบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง พื้นห้องน้ำควรใช้วัสดุกันลื่น ตีตราวเกาะ ที่ผนัง และเช็ดตัวให้แห้งก่อนการเคลื่อนย้ายออกจากห้องน้ำ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

8.2 ในกรณีที่มีข้อจำกัด หรือไม่สามารถเดินไปห้องน้ำเองได้ ผู้ป่วยอาจทำด้วย ตนเองที่เตียง โดยผู้ดูแลช่วยเหลือในการเตรียมอุปกรณ์ และช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำ ได้ ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยเช็ดตัวเองและช่วยเหลือในส่วนที่ผู้ป่วยทำไม่ได้

## 9. การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ

9.1 การใช้เก้าอี้ถ่าย การย้ายนั่งโถนั่งหรือเก้าอี้ถ่าย จะช่วยให้ได้ผลจากแรงโน้มถ่วง ของโลก และทำให้กล้ามเนื้อที่ท้องออกแรงเบ่งได้ดีขึ้น อาจให้ผู้ปวยนวดท้องตามแนวของลำไส้ (ตาม เข็มนาฬิกา) โน้มตัวไปข้างหน้าและเบ่งเพื่อเพิ่มแรงในช่องท้อง จะทำให้ถ่ายอุจจาระได้ง่ายขึ้น กรณีที่ ห้องน้ำหรือห้องส้วมแคบมาก อาจต้องนั่งถ่ายนอกห้องน้ำ โดยวางเก้าอี้ที่มีรูไว้เหนือภาชนะ เช่น กระโถนหรือหม้อรองถ่ายราด (เดียนน้อย ไบคำ, 2542)

9.2 การใช้หม้อนอน กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถลุกจากเตียงได้ แต่สามารถลุกนั่ง ช่วยเหลือตัวเองบนเตียงได้ ผู้ดูแลเอาหม้อนอนวางบนเตียง ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นนั่งบนหม้อนอน และช่วย จัดให้นั่งในท่าที่สบาย กรณีที่ผู้ป่วยลุกนั่งไม่ได้แต่ช่วยยกสะโพกได้ ให้นอนชันเข่าขึ้นทั้งสองข้าง หัว เข่าแนบชิดกัน เท้าวางราบกับพื้นแล้วยกสะโพกขึ้น ขณะเดียวกันผู้ดูแลช่วยสอดหม้อนอนเข้าได้กัน โดยให้ขอบหม้อนอนส่วนที่เรียบรองไว้ได้กัน แล้วช่วยจัดท่านอนที่สบาย เมื่อถ่ายเสร็จให้ผู้ป่วยเช็ดทำ ความสะอาดด้วยตัวเอง โดยผู้ดูแลคอยดูว่าสะอาดหรือไม่ แล้วยกกะละมังน้ำและสบู่มาให้ผู้ปวยล้าง มือและเช็ดมือให้แห้ง

10. การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักมีปัญหาไม่สามารถ ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ ปัสสาวะไหลออกตลอดเวลา ปัสสาวะเล็ด (เดียนน้อย ไบคำ, 2542)

10.1 การถ่ายปัสสาวะควรให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง อาจเป็นการนั่งบนโถส้วม หรือเก้าอี้  
นั่งถ่าย กระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามถ่ายปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมงในระยะแรก หรือแล้วแต่ความสะดวก

10.2 การใช้กระบอกปัสสาวะ สำหรับผู้ป่วยชายที่ช่วยเหลือตัวเองได้ จัดให้ยื่นข้าง  
เดียว ถ้าไม่สามารถยื่นได้ ให้นั่งศีรษะสูงบนเตียง ผู้ดูแลให้กระบอกปัสสาวะเมื่อถ่ายปัสสาวะเรียบร้อย  
เลื่อนกระบอกออกและให้ผู้ป่วยทำความสะอาด

## 2.4 แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1. Basic activity of daily living, Basic: ADL สร้างโดย Mahoney & Barthel (1965)  
เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างแพร่หลาย เพื่อประเมิน  
ความสามารถในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบ่งการ  
ประเมินออกเป็น 10 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้อง  
สุขา การขึ้น-ลงบันได 1 ชั้น การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การเดินในบ้าน/ห้อง การกลืนอาหาร  
การกลืนปัสสาวะ มีการแบ่งคะแนนไม่ต่อเนื่องโดยมีคะแนนสูงสุด 100 คะแนน และต่ำสุด 0 คะแนน

โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนคือ 0, 5, 10 และ 15 และมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน คือ

คะแนน 0-20 หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยมาก

คะแนน 25-45 หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย

คะแนน 50-70 หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง

คะแนน 75-95 หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก

คะแนน 100 หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากที่สุด

2. Instrumental activities of daily living scale พัฒนาโดย Lowton & Brody (1969)  
เป็นแบบประเมินตนเอง ทั้งหมด 8 กิจกรรม ได้แก่ ความสามารถในการใช้โทรศัพท์ การทำงานบ้าน  
การซักผ้า การเดินทาง การซื้อของ การเตรียมอาหาร การจัดการด้านการเงิน การรับประทานยา มี  
ข้อจำกัด คือ คะแนนที่ให้อาจจัดเป็นคะแนนสำหรับเพศชายและเพศหญิง ซึ่งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการ  
เตรียมอาหาร การซักผ้า และเกี่ยวกับงานบ้าน จะไม่มีคะแนนในเพศชาย

3. The Katz Index of ADL เป็นแบบประเมินด้วยตนเองหรือใช้เป็นแบบสังเกตในการ  
ประกอบกิจกรรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งกาย การไปห้องสุขา การ  
เคลื่อนย้าย การควบคุมการขับถ่าย การรับประทานอาหาร นิยมใช้ในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุ และผู้  
ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

4. The Pluses Profile พัฒนาโดย Granger et. al (1997) เป็นแบบสังเกตที่ผู้สังเกตใช้  
ประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมทางด้านร่างกายทั่วไปเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการ  
ดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพและปัจจัยทางด้านจิตสังคม มีการให้คะแนนตั้งแต่ 1-4 โดยความสามารถที่

ทำได้ด้วยตนเองมีค่าคะแนนเป็น 1 จนถึงความสามารถที่ต้องอาศัยผู้ช่วยเหลือมีค่าคะแนนเป็น 4 หากคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 16 สามารถอธิบายได้ถึงการใช้ซึ่งความสามารถในระดับรุนแรง เครื่องมือชนิดนี้นิยมใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้น หรือกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงานของร่างกาย

5.Chula ADL Index พัฒนาโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (2542) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับการดำรงชีวิตอย่างอิสระของผู้สูงอายุไทย เป็นแบบประเมินที่ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือการเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน การทำหรือการเตรียมอาหาร หรือหุงข้าว การทำความสะอาดบ้านหรือซักผ้า การทอนเงินหรือการแลกเงิน และการใช้บริการรถเมล์หรือรถสองแถว

6.Mixed Scales FIM-Score (Functional Independence Measure-score) ปี 1983 คณะแพทยศาสตร์ฟีนฟูของสหรัฐอเมริกา แบ่งระดับการให้คะแนนเป็น 7 ระดับ โดยแบ่งการประเมินเป็น 6 ด้าน คือ การดูแลตนเอง การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนไหวร่างกาย การเคลื่อนที่ การสื่อสาร และการรับรู้ทางสังคม รวมทั้งสิ้น 18 หัวข้อย่อย มีคะแนนต่ำสุด 18 คะแนน และสูงสุด 126 คะแนน เป็นแบบประเมินที่มีความเชื่อมั่นในระดับสูง (Christiansen & Ottenbacher, 1998)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ Mahoney & Barthel (1965) ที่ถูกพัฒนาโดยสถาบันประสาทวิทยา (2554) เพื่อนำมาประเมินและวัดระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังการทดลอง ในการร่วมโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เนื่องจากเป็นแบบประเมินของสถาบันประสาทวิทยาเอง มีการนำไปใช้ในงานวิจัยอย่างแพร่หลาย ได้มาตรฐาน สะดวกและมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

## 2.5 บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2554) ประกอบด้วย

บทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายจากพยาธิสภาพของโรค ก่อให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวันและส่งผลต่อเนื่องถึงการเกิดปัญหาด้านจิต สังคมตามมา ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น การให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าได้ เป็นการสร้างความตระหนักรู้ และเห็นความสำคัญ รับรู้ประโยชน์ อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆด้วยตนเอง จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ

บทบาทด้านการป้องกัน การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีการแนะนำให้ลดหรือควบคุมปัจจัยส่งเสริมสิ่งก่อกำเนิดโรคเลเวลง เปิดโอกาสให้ครอบครัว ชุมชนหรือสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสภาพนั้นมักมีการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

บทบาทด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลควรช่วยกระตุ้น ส่งเสริม สร้างแรงจูงใจในการฝึกทักษะการเคลื่อนไหว การทำกิจกรรมบำบัดต่างๆ เพื่อป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหดเกร็ง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นความสำคัญ รับรู้ประเด็นอุปสรรคและประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างความต่อเนื่องและให้ความรู้ในทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพส่วนต่างๆของร่างกายที่มีพยาธิสภาพ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการฟื้นฟูหาย สามารถใช้ร่างกายข้างที่สูญเสียไปกลับมาทำหน้าที่ได้ เมื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ผลดีช่วยยอช่วยผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการใช้ชีวิต มีการปรับตัวด้านจิตสังคมในทางที่ดีขึ้น และสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข การลงเยี่ยมบ้านช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและมีความมั่นใจในการฟื้นฟูสุขภาพ/สมรรถภาพของตนเองยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้หาข้อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดทางการพยาบาลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำความรู้สู่การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ที่สามารถนำไปใช้อ้างอิงในการปฏิบัติทางคลินิก หรือใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกรูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลให้เหมาะสม ส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีการหาค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ร่วมกับการวิเคราะห์อภิมานของกลาส แม็คกอว์ และสมิธ กลุ่มตัวอย่าง คือ งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางการพยาบาลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทประเทศไทย ที่มีหลักฐานปรากฏตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547- 2557 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1. เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ ประเภทการทดลองหรือกึ่งทดลองที่ศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท และมีข้อมูลพื้นฐานทางสถิติเพียงพอในการแปลงค่าสถิติเหล่านั้นเป็นค่าขนาดอิทธิพล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t-test, Z-test, U test และค่า P-value

2. เป็นรายงานการวิจัยฉบับเต็ม ที่สามารถสืบค้นได้จากห้องสมุดของสถาบันการศึกษาในระดับอุดมศึกษาหรือมีการตีพิมพ์ในวารสารภายในประเทศไทย

3. กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยแต่ละเรื่องต้องเป็นผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท เช่น โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่ศีรษะ โรคพาร์กินสัน เป็นต้น

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากวิทยานิพนธ์ของมหาวิทยาลัยต่างๆ วารสารทางการแพทย์ในประเทศไทย ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทางการแพทย์และสาขาวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ ThaiLIS Digital Collect เพื่อสืบค้นงานวิจัยจากวิทยานิพนธ์ และวารสารของมหาวิทยาลัยต่างๆภายในประเทศ ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นต้น โดยกำหนดคำสำคัญ (Keywords) ในการสืบค้น ได้แก่ การวิเคราะห์ห่อภิมาณ การบำบัดทางการแพทย์ ระบบประสาท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางการแพทย์ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยทางระบบประสาท ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547- พ.ศ. 2557 จำนวน 15 เรื่อง นำงานวิจัยที่รวบรวมได้มาศึกษาโดยอ่านอย่างละเอียดเพื่อคัดเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่าได้งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ทั้งหมดจำนวน 9 เรื่อง ทั้งหมดเป็นของหน่วยงานในสังกัดมหาวิทยาลัย เป็นงานวิจัยระดับมหาบัณฑิต เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง มีการระบุกรอบแนวคิด และมีการตั้งสมมติฐานแบบทางเดียว สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่ทำในโรงพยาบาลต่อเนื่องจนกลับบ้าน (ร้อยละ 77.78) ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่ 4 สัปดาห์ (ร้อยละ 44.44) งานวิจัยส่วนใหญ่เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (ร้อยละ 77.78) โดยมีกลุ่มตัวอย่างมากกว่าหรือเท่ากับ 40 คน (ร้อยละ 66.67) ส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ (ร้อยละ 66.66) และวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 44.44) และเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 77.78) ใช้วิธีการจัดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (ร้อยละ 22.22) มีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 88.89) มีการใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของ ซวลี แยมวงษ์ และแบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวันของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล เท่ากัน (ร้อยละ 33.33) มีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบค่าทีมากที่สุด (ร้อยละ 66.67) โดยมีการกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มากที่สุด (ร้อยละ 55.56) ด้านคุณลักษณะเชิงเนื้อหาสาระของงานวิจัย พบว่า ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาลเป็นด้านพฤติกรรม (ร้อยละ 100 ) ทุกงานวิจัยใช้ระยะเวลาทำการทดลองต่อครั้งมากกว่า 30 นาที จำนวนครั้งของการบำบัดทางการแพทย์มากกว่า 5 ครั้ง (ร้อยละ 55.56) ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทดลองอย่างน้อย 4 สัปดาห์ (ร้อยละ 55.56) การประเมินผลหลังให้การบำบัดทางการแพทย์ 1 ครั้ง (ร้อยละ 88.89) ผลการประเมินคุณภาพงานวิจัยที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 9 งานวิจัย พบว่ามีคุณภาพอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}$ =3.01) การนำเสนอค่าขนาดอิทธิพลของการบำบัดทางการแพทย์ พบว่าการบำบัดทางการแพทย์ เรื่องการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย ให้ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุด คือ 2.99 รองมาคือ การให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน ให้ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพล 2.72 ในขณะที่การฟื้นฟูสภาพร่วมกับการบริหารสมอง ให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเล็กที่สุด เท่ากับ 0.23 นอกจากนี้มีงานวิจัยจำนวน 2 งานวิจัย ที่ไม่สามารถนำ



ค่าสถิติวิเคราะห์หาค่าขนาดคิทธิพลได้ แม้ว่างานวิจัยดังกล่าวจะให้ผลที่ดีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยก็ตาม เนื่องจากเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษา 1 กลุ่ม และให้ค่าผลการวิเคราะห์ไม่เพียงพอ

โดยผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การศึกษาดังนี้

1. เพื่ออธิบายคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางการพยาบาลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท

คุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน พบว่า งานวิจัยทั้งหมดเป็นวิทยานิพนธ์ ระดับมหาบัณฑิต (ร้อยละ 100) เนื่องจากผู้ที่ทำงานวิจัยจะต้องมีความรู้ในเรื่องหลักการวิจัยและหลักการวิเคราะห์ทางสถิติ ซึ่งมักจะมีการเรียนการสอนในระดับปริญญาโทขึ้นไป เช่น งานวิจัยของ นวลสกุล แก้วลาย (2545) ศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด งานวิจัยของ วารุณี ฉวีศักดิ์ (2550) สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง งานวิจัยของ วาสนา ธรรมสอน (2550) สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และงานวิจัยของ ชัญญา ถนอมลิขิต (2551) สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ เป็นต้น ซึ่งการวิเคราะห์อภิปรายในครั้งนี้ ได้ศึกษางานวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2557 จำนวน 9 เรื่อง อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันอุบัติการณ์เกิดโรคทางระบบประสาทได้เพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองพบว่าในปัจจุบันนี้โรคหลอดเลือดสมองกลับมีแนวโน้มเกิดมากขึ้นในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี (American Heart Association, 2558) รวมทั้งปัจจุบันการรักษาได้ถูกพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มิมีโอกาสในการรอดชีวิตจำนวนมาก แต่ก็มีปัญหาความพิการหลงเหลืออยู่ตามมา พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเลือกใช้การปฏิบัติการพยาบาลอย่างอิสระเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพของบุคคล การเลือกวิธีการปฏิบัติการพยาบาลควรคำนึงถึงวิธีการที่เป็นทางเลือก ผลที่จะเกิดตามมา เหตุผลรองรับเชิงวิทยาศาสตร์ ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติให้สำเร็จ และความสามารถของผู้ปฏิบัติการพยาบาลนั้นด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) โดยการค้นหาวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมแก่สุขภาพของแต่ละบุคคล จึงทำให้มีนักวิจัย พยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสนใจที่จะศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบการวิจัยงานวิจัยทั้งหมดเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง เนื่องจากการวิจัยกึ่งทดลองกระทำได้ง่ายและมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติสูงกว่าและนำไปใช้ได้ สถานการณ์จริง มีการตั้งสมมติฐาน

แบบทางเดียว (ร้อยละ 100) สมมติฐานที่มีทิศทางนั้นเป็นสมมติฐานที่เขียนในรูปแบบของข้อความที่อธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะระบุทิศทางของความสัมพันธ์ของตัวแปรหรือระบุทิศทางความแตกต่างของตัวแปร ในระดับนัยสำคัญที่เท่ากันการระบุสมมติฐานแบบมีทิศทางจะทำให้โอกาสปฏิเสธสมมติฐานเป็นศูนย์มีมากกว่าการระบุสมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง เนื่องจากการระบุสมมติฐานแบบมีทิศทางขอบเขตวิกฤตจะมากกว่าการระบุสมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง ดังนั้น การระบุสมมติฐานแบบมีทิศทางจึงมีอำนาจการทดสอบทางสถิติมากกว่าการระบุสมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง (บุญใจ ศรีสถิตินรากร, 2547) มีการระบุกรอบแนวคิดของงานวิจัย (ร้อยละ 100) ซึ่งแสดงถึงความน่าเชื่อถือ ความชัดเจนของแนวคิดงานวิจัยนั้นๆ เนื่องจากกรอบแนวคิดจะช่วยให้นิยามตัวแปรหลัก ให้แนวทางการกำหนดสมมติฐานและทิศทางของสมมติฐานให้สาระหรือวิธีการในการที่จะนำไปใช้ออกแบบวิธีการจัดการหรือโปรแกรม รวมทั้งช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเชื่อมโยงผลการวิจัยกับความรู้ทางการแพทย์บาลได้ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2547) งานวิจัยส่วนใหญ่ที่นำมาศึกษาใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (ร้อยละ 77.78) โดยผู้วิจัยจะเจาะจงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยคาดว่าจะทำให้สมมติฐานที่ทดสอบมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งวิธีนี้เป็นที่นิยมตัวอย่างที่มีความลำเอียง ผลการวิจัยที่ค้นพบจึงมีข้อจำกัดในการสรุปอ้างอิงไปยังประชากร หรือมีจุดอ่อนในด้านความตรงภายนอก เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างโดยใช้ดุลยพินิจของผู้วิจัย (ชัญญา ถนอมลิขิต, 2551) งานวิจัยส่วนใหญ่มีการกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ร้อยละ 55.56) การที่ผู้วิจัยจะระบุนัยสำคัญนั้นขึ้นอยู่กับสมมติฐานที่ทดสอบหรือปัญหาการวิจัยที่ศึกษา การวิจัยในสาขาพยาบาลศาสตร์ส่วนใหญ่จะใช้แบบแผนการวิจัยเชิงพรรณนาหรือแบบบรรยาย และแบบแผนการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง การระบุนัยสำคัญของสมมติฐานที่ทดสอบโดยทั่วไปจะระบุนัยสำคัญที่ระดับ.05 และ .0131

2. เพื่อวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของการบำบัดทางการพยาบาลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท

ผลของการบำบัดทางการพยาบาลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท จากผลการศึกษาพบว่ามีงานวิจัยทั้งหมด 9 เรื่อง วิเคราะห์ได้ค่าขนาดอิทธิพลจำนวน 7 ค่า โดยค่าขนาดอิทธิพลที่ให้มามีขนาดใหญ่ที่สุดเท่ากับ 2.99 ค่าขนาดอิทธิพลที่ให้ขนาดเล็กที่สุดเท่ากับ 0.23

เมื่อพิจารณาค่าขนาดอิทธิพลการบำบัดทางการพยาบาล พบว่าวิธีการสอนและฝึกปฏิบัติให้ค่าเฉลี่ยอิทธิพลใหญ่ ที่สุด คือเรื่องการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของ Orem และแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (นพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง, 2556) ให้ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลเท่ากับ 2.99

ในการศึกษาการบำบัดทางการพยาบาลเรื่องการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย ประกอบด้วย การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น รับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยความเห็นใจ กระตือรือร้นที่จะให้ความช่วยเหลือ จากนั้นผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการ อาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบที่เกิดขึ้น ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพ ด้วยวิธีการสอนประกอบภาพ พลิกเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยสอนผู้ป่วยฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกายโดยให้ลงมือปฏิบัติพร้อมกับผู้วิจัย มีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรม ให้กำลังใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ชี้แนะและให้คำแนะนำ จนเกิดความชำนาญ แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตนเอง อย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที ผลการวิจัยพบว่าสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และสามารถฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกายและการเคลื่อนไหวข้อต่างๆได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น

ส่วนเรื่องการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และฟื้นฟูมือและแขน โดยใช้ทฤษฎีการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะของ Fisher and Harman<sup>7</sup> ให้ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลเท่ากับ 2.72 โดยผู้วิจัยจะบรรยายเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนที่ถูกต้อง มีการสร้างแรงจูงใจโดยผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยและผู้ดูแลเป็นหลัก ยกตัวอย่างการพูดให้กำลังใจและเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและมีความมั่นใจในการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขนอย่างต่อเนื่อง สร้างความเชื่อมั่นว่ามีคนช่วยเหลือใกล้ชิด ไม่ทอดทิ้ง จากนั้นผู้วิจัยจะสาธิตการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพมือและแขน โดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกในระยะฟื้นตัวของ Bobath (1990) การใช้อุปกรณ์ อธิบายให้ทราบประโยชน์ อุปกรณ์ ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทดลองฝึกทักษะโดยให้ทดลองใช้อุปกรณ์จริงจนเกิดความชำนาญและมั่นใจว่าตนเองทำได้ถูกต้อง เพื่อนำไปฝึกเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยจะมีการจดบันทึกผลสมุดการฝึกทักษะการฟื้นฟูรายสัปดาห์โดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ใช้เวลาฝึกวันละ 2 ครั้งๆละ 45 นาที 5 วัน/สัปดาห์ รวม 6 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าคนที่บุคคลจะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองนั้น จำเป็นต้องได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง มีการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา และมีการพัฒนาทักษะในการให้ความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น

ในเรื่องการเตรียมผู้ดูแล ผู้วิจัยได้แนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง (จรรยา ทับทิมประดิษฐ์, 2547) ให้ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลเท่ากับ 2.51 โดยผู้วิจัยสอนผู้ดูแลเกี่ยวกับความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง ประเภท อาการ ปัจจัยเสี่ยง การรักษา และฝึกทักษะ

เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ให้ผู้ดูแลได้ฝึกจนเกิดความชำนาญก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยผู้วิจัยจะใช้เวลาในการสอนและฝึกผู้ดูแล 4 ครั้ง ครั้งละ 40-50 นาที ขณะที่รักษาตัวในโรงพยาบาล โดยที่จะติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความสามารถและสอบถามปัญหา ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย มีความมั่นใจในการที่จะช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองให้มากที่สุด การที่ผู้ดูแลมีความเข้าใจในเรื่องโรค อาการที่เกิดขึ้น ทำให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย มีทัศนคติที่ดีในบทบาทผู้ดูแลและเข้าใจถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม การได้รับการฝึกทักษะและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ผู้ดูแลต้องกระทำเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลได้ประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจชัดเจน และมีความมั่นใจในการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในส่วนการดูแลแบบต่อเนื่อง ได้แก่ การดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน โดยทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ (นพวรรณ ผ่องใส, 2552) ให้ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลใหญ่ที่สุดเท่ากับ 1.30 ลักษณะกิจกรรมจะแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล เน้นเรื่องการในการดูแลในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากอาการเฉียบพลันเข้าสู่ระยะพักฟื้น ซึ่งจะเป็นเรื่องการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล วางแผนการพยาบาลตามอาการและเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ในเรื่องความรู้เรื่องโรค การฝึกทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยการสอน สาธิตและให้คำปรึกษา ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการพยาบาลที่จะต้องได้รับอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยการชมวิดิทัศน์ เรื่องการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ระยะที่ 2 ระยะจำหน่ายกลับบ้าน จะมีการติดตามเยี่ยมบ้าน และมีการเยี่ยมทางโทรศัพท์ โดยมีการซักถามเกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเมื่อกลับบ้าน ให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค ให้คำปรึกษาในเรื่องที่ต้องการขอความช่วยเหลือ หากเกิดปัญหาให้ความช่วยเหลือในการประสานงานกับทีมเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ พร้อมทั้งมีการพูดให้กำลังใจ ชี้แนะแหล่งประโยชน์ ผลการศึกษาค้นคว้านี้ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ระยะเฉียบพลันไปสู่ระยะฟื้นฟูสภาพตามปัญหา ความต้องการและความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน การวางแผนจำหน่าย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนมีการติดตามประเมินผล ประสานงานอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้าน

นอกจากนี้ยังมีการนำเอาทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (สนธยา ทองรุ่ง, 2555) และการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน (อัญชุลี ไชยวงค์น้อย, 2557) มาทำการวิจัย โดยทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (สนธยา ทองรุ่ง, 2555) ให้ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.04 รูปแบบกิจกรรมผู้วิจัยจะเข้าประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยก่อน จากนั้นจะนำปัญหาที่พบจากการประเมินแจ้งให้ผู้พยาบาลทราบและวางแผนปฏิบัติการกรรมการปรับตัวให้กับผู้ป่วยแต่ละรายตามปัญหาที่พบ โดยการให้ความรู้

เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ อากาศ การรักษา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การใช้ยา คำแนะนำ ในการปฏิบัติตัว ฝึกและสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมการปรับตัว โดยการบริหารกล้ามเนื้อที่เกร็ง กล้ามเนื้อที่อ่อนแรง การเคลื่อนไหวข้อที่ยึดติด การจัดทำ ปฏิบัติกิจกรรมด้านร่างกายที่อ่อนแอ กิจกรรมการรับรู้และความเข้าใจ กิจกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และให้คำแนะนำ กระตุ้นการ ปฏิบัติกิจกรรม และให้กำลังใจ โดยจะเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน ทั้งหมด 4 ครั้ง ระยะเวลา 7 สัปดาห์ โดยในแต่ละครั้งที่ผู้วิจัยปฏิบัติกิจกรรมจะมีการซักถามถึงปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันต่างๆ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้การปฏิบัติกิจกรรมตามปัญหาที่พบเพื่อการปรับตัว ซึ่งการ ประเมินผลจะมีการประเมินทั้งหมด 3 ครั้ง คือในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 จากการศึกษาพบว่าหาก ผู้ป่วยมีการปรับตัว มีการปรับใจให้ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยที่ตัวเองเป็น จะทำให้เกิดการปรับตัว หากไม่ปรับตัวผู้ป่วยจะไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่กับสภาพที่ตัวเองเป็นได้ ดังนั้นการทำให้ผู้ป่วยรับรู้ สภาพ รู้โรค พยาธิสภาพ และภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่ผู้ป่วยเป็น เรียนรู้ที่จะปรับตัว ตัดสินใจที่จะ ปฏิบัติ และตอบสนองต่อการปฏิบัติกิจกรรมการปรับตัว ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ส่วนการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน (อัญชูลี ไชยวงศ์น้อย, 2557) ให้ค่าเฉลี่ยขนาด อิทธิพลเท่ากับ 1.16 โดยแบ่งการดูแลออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล เป็น เวลา 5 วัน และระยะที่ 2 การดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วยดูแลใน กิจกรรม 5 ด้าน ได้แก่ 1.ผู้วิจัยต้องมีความเชื่อ (Maintaining belief) ว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วย สามารถก้าวผ่านเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ได้ ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยก็ต้องมีความสามารถที่จะพัฒนา ศักยภาพที่มีอยู่ภายใต้การดูแลของผู้วิจัย 2.การทำความเข้าใจ (Knowing) เกี่ยวกับการให้ความหมาย ของโรคหลอดเลือดสมอง โดยยึดผู้ป่วยเป็นส่วนกลาง ใช้คำถามปลายเปิดถามเกี่ยวกับความรู้สึก ความเชื่อหรือประสบการณ์ที่มีต่อการเจ็บป่วย ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต 3.คอยอยู่ดูแลเสมอ (Being with) โดยเสนอตัวอยู่เป็นเพื่อนพูดคุยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและความวิตก กังวลออกมา ผู้วิจัยรับฟังอย่างเข้าใจ รวมทั้งร่วมรับรู้กับอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย โดยการ สัมผัสมือ พักหน้าหรือการตอบรับ แสดงให้เห็นว่าผู้วิจัยเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย 4.ช่วยเหลือใน การทำกิจกรรมต่างๆ (Doing for) โดยให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่างๆที่ต้องการทำเพื่อให้เกิดความรู้สึก สบายใจ เช่น การได้ปฏิบัติตามความเชื่อด้านต่างๆ ที่มีอยู่ การสวดมนต์ การกราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ ตนเองนับถือ เป็นต้น 5.สนับสนุนให้เกิดความสามารถ (Enabling) ผู้วิจัยให้การดูแลเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเคลื่อนไหวลดลง โดยการสอนและฝึกทักษะการทำกิจวัตรประจำวัน ให้กับผู้ป่วย โดยการใช้อุปกรณ์เสริมซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจในการทำกิจวัตรประจำวันมากยิ่งขึ้น และ การที่บุคคลในครอบครัวเข้าใจความรู้สึก ความต้องการของผู้ป่วย ยอมรับการเปลี่ยนแปลงทั้ง ทางด้านร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรมต่างๆ ล้วนเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความสุขและมี

กำลังใจในการพัฒนาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างเต็มศักยภาพและต่อเนื่องจนทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้นตามลำดับ สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความรู้สึกของผู้ป่วย เพื่อจะได้คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจต่อไป ผลการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลแบบองค์รวมอย่างแท้จริง ทำให้ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ จนทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความพร้อมในการพัฒนาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้นตามลำดับ มีระดับการพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันน้อยลง

นอกจากนี้เรื่องการฟื้นฟูสภาพพร้อมกับการบริหารสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยการใช้แนวคิดการฟื้นฟูสภาพการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ของ Manly และคณะ (2002) และกิจกรรมการบริหารสมองตามแนวคิดของ Dennison and Dennison (นงนภัส พันธุ์แจ่ม, 2549) ให้ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.23 รูปแบบของกิจกรรมแบ่งเป็น 2 ระยะ คือระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและระยะจำหน่ายกลับบ้าน ทั้งหมด 4 สัปดาห์ ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด จะทำการฟื้นฟูขณะอยู่โรงพยาบาล 19 โปรแกรม ประกอบด้วย การจัดการการเงิน การเล่นเกม การต่อภาพปริศนา การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของภาพและวัตถุ การจำภาพและสถานที่ การหาเป้าหมาย การนับและคิดเลข การเพิ่มสมาธิในการฟัง การฝึกการดูเวลา เล่นปริศนาอักษรไขว้ การสื่อสาร ฝึกแยกและจัดสิ่งของเข้ากลุ่ม การจัดลำดับการทำกิจกรรม การฝึกเขียน ฝึกความเข้าใจการอ่าน ฝึกการใช้เหตุผล ฝึกวาดรูปทรงต่างๆ ฝึกวาดรูป ฝึกเคาะจังหวะ และทำการฟื้นฟูต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายกลับบ้านอีก 17 โปรแกรม ประกอบด้วย การเรียงลำดับกิจวัตรประจำวัน การฝึกปั้นดินน้ำมัน ฝึกใช้นิ้วเคาะจังหวะกับแป้นพิมพ์ ฝึกโยนลูกบอลจากถุงถั่ว ฝึกค้นหาสิ่งของ ออกกำลังกาย ฝึกเกมทายลูกหิน ฝึกค้นหาข้อมูลข่าวสาร ฝึกจำเรื่องราวต่างๆ ฝึกการทำกิจกรรมตามเวลา ฝึกการเดินทางและใช้แผนที่ ฝึกให้รู้จักชายชวา ฝึกการเล่นเกมไพ่ ฝึกการค้นหาคำศัพท์ ฝึกการใช้มือ ฝึกการคำนวณเลข และฝึกการคำนวณเวลา ใช้เวลาในการทำกิจกรรมประมาณ 1 ชั่วโมง สำหรับกิจกรรมการบริหารสมองจะประกอบด้วย 9 ท่า ประกอบด้วย ท่าเขียนเลข 8 ในอากาศ ท่าข้าง ท่าบริหารกล้ามเนื้อหัวไหล่ ท่าบริหารเพื่อเพิ่มพลัง ท่าหาเวเพิ่มออกซิเจน นวดจุดเชื่อมสมอง นวดใบหู กระตุ้นความเข้าใจ ท่าเกี่ยวแขน-ขา ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 5-10 นาที ผลจากการฟื้นฟูสภาพการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่ดีขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น โดยเฉพาะด้าน Instrument Activities of Daily Living ส่วนกิจกรรมการบริหารสมองพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความผ่อนคลาย มีสมาธิจดจ่ออยู่กับการปฏิบัติที่ดีขึ้น และมีสมาธิในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่ดีขึ้น

## 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Duncan et al. (1994) ศึกษาและเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพร่างกายส่วนบนและส่วนล่างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 95 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบประเมิน Fugl-Meyer assessments โดยประมาณครั้งแรกภายใน 24 ชั่วโมงหลังการเข้ารับการรักษา และจากนั้นประมาณทุก 5 วัน 30 วัน 90 วัน และ 180 วัน หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่าการฟื้นฟูสภาพมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับร่างกายส่วนบนและส่วนล่าง

Woldag et al. (2003) ศึกษาผลของการฝึกการเคลื่อนไหวมือและแขนตามหลักการ repetitive training ต่อการฟื้นฟูสภาพของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีมือและแขนอ่อนแรง 20 คน ฝึกกิจกรรมซ้ำๆ ในกิจกรรมเดิมๆอย่างต่อเนื่องตามแนวคิด Bobath ผลการศึกษาพบว่าการฝึกเคลื่อนไหวมือและแขนตามหลักการ repetitive training ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพของมือและแขน การเคลื่อนไหวและมีแรงบีบกำมือเพิ่มขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันโดยมีการหยิบจับสิ่งของได้ดีขึ้น

Sven et al. (2006) ศึกษาปัจจัยทำนายการมีภาวะพึ่งพาในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 55 คน โดยศึกษาปัจจัยด้านอาการทางคลินิก ความรุนแรงของโรค ด้านบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล) ผลการศึกษาพบว่าอายุ รอยโรค การมีอัมพาตครึ่งซีก และความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยทำนายโดยตรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อการเกิดภาวะพึ่งพาในการทำกิจวัตรประจำวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฉันทนา นาคฉัตรีย์ (2546) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับกิจกรรมทางสังคมต่อสมรรถภาพทางกายและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า สมรรถภาพทางกายและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับกิจกรรมทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

สวิตา ธรรมวิถิ (2545) ศึกษาประสิทธิผลของเทคนิคจำกัดการเคลื่อนไหวของแขนข้างที่ตีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง จำนวน 69 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คนและกลุ่มควบคุม 36 คน กลุ่มทดลองได้รับเทคนิคจำกัดการเคลื่อนไหวของแขนข้างที่ตีร่วมกับวิธีดั้งเดิมนาน 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 6 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับวิธีดั้งเดิมอย่างเดียวนาน 2 สัปดาห์ เช่นกัน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคล่องแคล่ว (ARA test) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ (FIM) ความแข็งแรงของนิ้วมือ (pinch strength) ภาวะกล้ามเนื้อ

หัดเกร็ง (MAS) ระหว่างกลุ่มที่ฝึกเทคนิคจำกัดการเคลื่อนไหวของแขนข้างที่ตีร่วมกับวิธีดั้งเดิมกับกลุ่มที่ฝึกวิธีดั้งเดิมเท่านั้น ภายหลังจากฝึกที่ 2 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ความแข็งแรงของมือ (hand grip strength) ระหว่างกลุ่มที่ฝึกเทคนิคจำกัดการเคลื่อนไหวของแขนข้างที่ตีร่วมกับวิธีดั้งเดิมกับกลุ่มที่ฝึกวิธีดั้งเดิมเท่านั้น ภายหลังจากฝึกที่ 2 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นันทกา แก้วสาย (2552) ศึกษาผลของการฝึกกิจกรรมแบบมอนเตสซอรีต่อแรงบีบมือและความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 10 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 5 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการฝึกกิจกรรมตามหลักปรัชญามอนเตสซอรี ซึ่งดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า การฝึกกิจกรรมแบบมอนเตสซอรีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีผลทำให้ค่าแรงบีบมือเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนความหวังเพิ่มขึ้นกว่าช่วงก่อนทดลอง ถือเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับการพัฒนาทักษะการใช้ชีวิตประจำวันอีกทางหนึ่ง อันเป็นประโยชน์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมนึก สุกุลหงส์โสภณ, สิริวรรณ อนันตโชค และกฤษณี โหลสกุล (2554) ศึกษาปัจจัยบางประการ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านจำนวน 100 คน พบว่าผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 28 ปัจจัยด้านเพศ อายุ ผู้ดูแล การจัดการดูแลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในเดือนที่ 1,3,6 และ 12 สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อน โดยมีปัจจัยด้านเพศที่สามารถทำนายภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งเพศหญิงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีอัมพาตมากกว่าเพศชาย

### 3.ภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่โรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบมากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในต่างประเทศพบถึงร้อยละ 20-80 (Barker-Collo, 2007; Caeiro et al., 2006; Ouimet, Primeau, & Cole, 2001; Robinson et al., 1984) การศึกษาของ Caeiro et al. (2006) พบว่าเกิดภาวะซึมเศร้าหลังจากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้เพียง 4 วัน ภาวะซึมเศร้าจะยังคงอยู่ 3-6 เดือนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือมากกว่านั้นในบางราย (Schubert, Taylor, Lee, Mentari, & Tamaklo, 1992; Schwartz et al., 1993) แต่จากการศึกษาของ Sit, Wong, Clinton, and Li (2007) ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศฮ่องกง พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าใน 48 ชั่วโมงแรกหลังจากการเข้ารับการรักษา ร้อยละ 69 สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาของ เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์



(2544) พบว่าผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 68.2 และ การศึกษาของ วิชชุตตา พุ่มจันทร์ (2556) พบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือด สมองเฉียบพลัน ร้อยละ 42.9 เป็นภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าส่งผลทำให้การฟื้นฟู สมรรถภาพช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Robinson R. G. & Spalletta, 2010; Whyte & Mulsant, 2002) ส่งผลถึงผลลัพธ์การทำหน้าที่ของร่างกาย (Herrmann, Black, Lawrence, Szekely, & Szalai, 1998) ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่ประกอบไปด้วย อารมณ์เศร้า ความรู้สึก หมดความสุข หมดความสนุกสนานในชีวิต กระสับกระส่ายเซื่องซึม อ่อนเพลียมีเรี่ยวแรง มีความคิด ว่าตนเองไม่มีค่าหรือรู้สึกผิดอย่างมาก สมาธิลดลง ความสามารถในการตัดสินใจลดลง มีปัญหาด้าน การนอน น้ำหนักตัวลดหรือเพิ่มอย่างรวดเร็ว มีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (Whyte & Mulsant, 2002)

### 3.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beck (1967) ได้ให้ความหมายว่าเป็นภาวะที่บุคคลมีความผิดปกติ ด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์ และสรีระวิทยา เช่น การนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร มีความคิดในแง่ลบ ทำกิจกรรมลดลง เป็นต้น

Beeber (1998) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้า มากกว่าปกติ มีอาการอ่อนเพลีย รู้สึกว่าสูญเสียพลังอำนาจ มองโลกในแง่ร้าย ไม่มีความหวัง เบื่อ อาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง

เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์ (2544) ได้ให้ความหมายว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคล ทางด้านจิตใจต่อสภาวะการณ์ที่เกิดขึ้น แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความเบี่ยงเบน ด้านความคิด และการรับรู้ และความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้าเสียใจ หดหู่อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตัวเอง สิ่งแวดล้อม ทั้งในปัจจุบัน และอนาคต

สรุป ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด พฤติกรรม ซึ่งมักจะแสดงออกมาในรูปของความโศกเศร้า เสียใจ ไม่มีความสุข ท้อแท้สิ้นหวัง และแสดงออกทาง สรีระวิทยา เช่น การนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร มีความคิดในแง่ลบ ทำกิจกรรมลดลง เป็นต้น

### 3.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

แบ่งทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าเป็น 3 ด้าน ดังนี้ (สายฝน เอกวารงกูร, 2554)

1. ด้านร่างกาย แนวคิดและทฤษฎีด้านร่างกายที่นิยมนำมาใช้ในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล ได้แก่ ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic Transmission) และทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory of Depression)

1.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic Transmission) เชื่อว่าโรคซึมเศร้าเป็นสิ่งที่ติดตัวบุคคลมาแต่กำเนิดโดยการถ่ายทอดทางพันธุกรรม

1.2 ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory of Depression) เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการขาดภาวะสมดุลด้านการทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่ serotonin norepinephrine และ dopamine ผลจากความผิดปกติของกระบวนการดูดกลับสารสื่อประสาทดังกล่าวทำให้บุคคลมีอาการเศร้า รู้สึกหดหู่ ท้อแท้ หงอยเหงา เบื่อหน่าย ไร้ความสุข สิ้นหวัง นอนไม่หลับ สะดุ้งตื่นกลางคืน ฝันร้ายบ่อยครั้ง ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและความสามารถในการทำงานลดลง ในระยะยาวอาจทำให้เกิดเป็นโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด

2.ด้านจิตใจ แนวคิดและทฤษฎีด้านจิตใจที่นิยมนำมาใช้ในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล ได้แก่ ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) และทฤษฎีการสูญเสียและความเศร้าโศก (Grief and Loss Theory) ดังนี้

2.1 ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory: CT) เชื่อว่าภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุจากการที่บุคคลสะสมความคิด การรับรู้ และความรู้สึกทางลบกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมรอบตัวเป็นระยะเวลานานจนเกิดความเคยชินและติดเป็นนิสัยและก่อให้เกิดความแปรปรวนของระบบความคิด ส่งผลให้บุคคลมองตนเองว่าไร้ค่า ไร้ความสามารถ ไร้ความหวัง ไม่มีอนาคต มองสิ่งแวดล้อมบิดเบือนจากความเป็นจริง คิดว่าไม่มีใครต้องการตน คิดว่าตนเองเป็นส่วนเกิน รู้สึกโดดเดี่ยว เป็นต้น ความคิด การรับรู้ และความรู้สึกดังกล่าว ส่งผลให้บุคคลแยกตัวจากเพื่อนและสังคม ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับตัวเอง คิดหมกมุ่นอยู่กับตนเองในทางลบ ร้องไห้ หดหู่ เศร้า เกิดความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมซ้ำๆวนเวียนเป็นวงจร จนส่งผลให้บุคคลเกิดความผิดปกติทางจิตได้ในที่สุด

2.2 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) โดยซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) เชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากจิตใต้สำนึก หรือสัญชาตญาณดั้งเดิม อธิบายสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า 2 ประการ ประการที่หนึ่งเกิดจากการที่บุคคลขาดความสามารถในการควบคุมสัญชาตญาณของมนุษย์ จากการขาดความรักความอบอุ่นในครอบครัว ถูกกดดันด้านการแสดงออกทางเพศหรือความรับผิดชอบชั่วดี ขาดการเลี้ยงดูที่เหมาะสมตามพัฒนาการ ประการที่สองเกิดจากการที่กระบวนการพัฒนา superego ถูกครอบงำและถูกยับยั้ง จากการขาดความรักความอบอุ่น การมีประสบการณ์สูญเสียหรือพลัดพรากจากสิ่งที่รักผูกพันและสำคัญในวัยเด็ก และมีการ

พัฒนาภาพลักษณ์ของตนเองไม่เหมาะสม เก็บกดและโทษตนเองเป็นหลัก เมื่อเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ และต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นความสูญเสียอีกครั้ง ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด กังวล และนำประสบการณ์สูญเสียครั้งใหม่เชื่อมโยงกับประสบการณ์สูญเสียในอดีต ทำให้เกิดความรู้สึกโกรธ เกิดความรู้สึกผิด ด้อยคุณค่า นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

2.3 ทฤษฎีการสูญเสียและความเศร้าโศก (Grief and Loss Theory) อธิบายการสูญเสียว่าเป็นสถานการณ์ที่บุคคลประสบกับความสูญเสียสิ่งที่มีค่า มีความหมาย และมีความสำคัญต่อชีวิตของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียสิ่งที่เห็นได้อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม แบ่งการสูญเสียออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) การสูญเสียจากกระบวนการเปลี่ยนผ่านของช่วงชีวิต 2) การสูญเสียจากเหตุการณ์หรือสถานการณ์เฉพาะ ส่วนความเศร้าโศก เป็นกระบวนการตอบสนองทางอารมณ์ต่อประสบการณ์สูญเสียของบุคคล การปรับตัวต่อการสูญเสียจะเกิดขึ้นในกระบวนการเศร้าโศก หากบุคคลสามารถผ่านกระบวนการเศร้าโศกได้ก็จะสามารถก้าวผ่านวิกฤตกลับสู่ภาวะปกติได้ ตรงกันข้าม ผู้ที่ไม่สามารถผ่านกระบวนการเศร้าโศกได้จะทำให้เกิดเป็นภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด โดยทั่วไปปฏิบัติการของความเศร้าโศกมักเกิดขึ้นประมาณ 6-12 เดือน แต่บางรายอาจมีระยะยาวไปถึง 3-6 ปี

3. ด้านสิ่งแวดล้อม/สิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้น แนวคิดและทฤษฎีด้านสิ่งแวดล้อม/สิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นที่นิยมนำมาใช้ในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล ได้แก่ ทฤษฎีด้านสังคม ซึ่งมองว่าลักษณะสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมแวดล้อมมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล โดยลักษณะทางสังคม สิ่งแวดล้อม และสถานการณ์ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความแปรปรวนด้านสมดุลของบุคคลที่พบได้ทั่วไป เช่น ปัญหาความรัก การเรียน การเงิน ความเจ็บป่วย เป็นต้น ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงวัยของชีวิต ถือว่าเป็นสิ่งเร้า ที่เข้ามาคุกคามภาวะสมดุลของบุคคล การได้รับการสนับสนุนจากสังคมมีผลต่อความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ผู้ที่สามารถปรับตัวได้กับสิ่งเร้าภายนอกที่เข้ามาคุกคามจะสามารถก้าวผ่านวิกฤตได้ ตรงกันข้าม ผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงได้ จะส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียด วิตกกังวล ล้มเหลวในการปรับตัว รู้สึกผิด ไร้คุณค่า ไร้ความสามารถ รู้สึกเป็นภาระของสังคม และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

**3.3 ระดับของภาวะซึมเศร้า** แบ่งระดับความรุนแรงได้ 3 ระดับ (Beck, 1967; ดร.ณวรรณ จันทร์แก้ว, 2554) ดังนี้

1.ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression) ระยะนี้อาจจะมีสาเหตุหรือไม่มีสาเหตุก็ได้ บุคคลรอบข้างจะรู้สึกได้ในบางครั้ง จะมีอารมณ์ที่ไม่สดชื่น เศร้า หงอยเหงา ความตั้งใจในการทำงานลดลง ต้องการการเอาใจใส่ ต้องการความช่วยเหลือ การนอนหลับผิดปกติไปจากเดิม เช่น ตื่นเช้ากว่าปกติ นอนหลับยากกว่าปกติ ไม่ใส่ใจตัวเอง

2.ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) ระยะนี้จะมีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อชีวิต หน้าที่การทำงาน ครอบครัว แต่ยังสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้แต่จะไม่ปกติ มีความรู้สึกเบื่อหน่าย อ่อนเพลีย หงุดหงิด ไร้ค่า ไร้ความสามารถ อาจมีความคิดเกี่ยวกับการตาย ความต้องการทางเพศลดลง การนอนหลับผิดปกติ เบื่ออาหาร รับประทานอาหารน้อยลง น้ำหนักลดลง

3.ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) ระยะนี้จะพบว่ามีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา สิ้นหวัง ไร้ค่า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่เข้าสังคม ถอยหนี ออกจากโลกแห่งความเป็นจริงหมดความสนใจทางเพศ นอนหลับไม่สนิทหรือนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เหนื่อย หลงผิดและมีความคิดอยากฆ่าตัวตายตามมาได้

### 3.4 กลไกการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจุบันเชื่อว่ากลไกการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีหลายประการด้วยกัน ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็นปัจจัยหลัก 2 ประการ (มณฑล ว่องวันดี, 2552) คือ

#### 1. เกิดจาก Neurobiological mechanism

แนวคิดนี้เชื่อว่าโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิด brain lesion ซึ่งไปกระทบต่อ monoaminergic pathway จาก brain stem สู่ cerebral cortex ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้โดยตรงจากพยาธิสภาพสมอง

#### 2. เกิดจาก Psychosocial mechanism

มีการศึกษาที่พบว่า Psychosocial mechanism มีความสัมพันธ์กับ poststroke depression ปัจจัยดังกล่าวได้แก่

- ประวัติการเป็นโรคทางจิตเวชของผู้ป่วยหรือครอบครัว
- ประวัติการเป็น personality disorder ชนิด neurosis
- ระดับความพิการที่เป็นผลจากโรคหลอดเลือดสมอง
- การมีความบกพร่องทางด้านภาษา (aphasia)
- การมีความบกพร่องทางพุทธิปัญญา (cognitive impairment)
- การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม
- การมีเหตุการณ์ความเครียดเข้ามาในชีวิต

### 3.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

1.อายุ (Ouimet et al., 2001) อายุที่มากขึ้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitters) เพิ่มขึ้น และยังมีผลต่อการเกิดความบกพร่องของสมรรถภาพสมอง (cognitive impairment) (ภาพันท์ เจริญสุวรรณ, 2546)

2.เพศ (gender) (Ouimet et al., 2001) เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าระยะต้นหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลัน (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และ พรชัย สติธิปัญญา, 2548; มณฑล ว่องวันดี, 2552)

3.พันธุกรรม (genetic factors) การมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช การมีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคทางจิตเวช มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4.พยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะหลงเหลือปัญหาตามมาหลังเกิดโรค รอยโรคในสมองซีกซ้ายมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Ouimet et al., 2001; R. Robinson et al., 1984; Shimoda & Robinson, 1999; มณฑล ว่องวันดี, 2552)

5.สารสื่อประสาท (Neurotransmission factors) กลไกการเกิดภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับserotonin, norepinephrine และ dopamine ผลจากการมีรอยโรคบริเวณสมองด้านหน้าบริเวณ frontal cortex, parietal lobe และบริเวณ basal ganglia จะขัดขวางกระบวนการส่งสารสื่อประสาทภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้สารสื่อประสาทเหล่านั้นทำงานได้น้อยลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเศร้า รู้สึกหดหู่ ท้อแท้ หงอยเหงา เบื่อหน่าย ไร้ความสุข ลึ้นหวัง นอนไม่หลับ สะดุ้งตื่นกลางคืน ฝันร้ายบ่อยครั้ง ส่งผลกระทบให้ประสิทธิภาพและความสามารถในการทำงานลดลง ในระยะยาวอาจทำให้เกิดเป็นโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด

6.การสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย (physical impairment) การสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง สูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสูญเสียการสื่อสาร การพูด ความรู้สึกนึกคิด การตัดสินใจ ทำให้ผู้ป่วยหมดหวัง ไม่มั่นใจในตนเอง เกิดการแยกจาก นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Ouimet et al., 2001; Whyte & Mulsant, 2002)

7.การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (loss social support) ผู้ป่วยต้องการแรงสนับสนุนในการช่วยเหลือทำกิจกรรม ต้องการการดูแลเอาใจใส่ กำลังใจจากครอบครัวหรือผู้ดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนในระดับสูง (Ouimet et al., 2001; Whyte & Mulsant, 2002)

8.ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่ำจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้สูงกว่า (Sit et al., 2007; จุฑารัตน์ สติปัญญา และ พรชัย สติปัญญา, 2548; ภาพันธ์ เจริญสุวรรณ, 2546)

9.ระดับภาวะซึมเศร้า การบำบัดภาวะซึมเศร้ามีหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น

### 3.6 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านอารมณ์ ทำให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพจนกระทั่งถึงแก่ชีวิตได้ สามารถแบ่งได้เป็นผลกระทบ ดังต่อไปนี้ (เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์, 2544; นภาดา สุขกฤต, 2553)

1.ผลกระทบด้านชีววิทยา เช่น การขาดสารอาหาร ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีอาการเบื่ออาหารหรือปฏิเสธการรับประทานอาหาร ทำให้เกิดการขาดสารอาหาร ระบบภูมิคุ้มกันลดลง เกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีปัญหาด้านการนอนหลับจึงทำให้สภาพร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าและทรุดโทรม

2.ผลกระทบทางด้านจิตวิทยา ภาวะซึมเศร้าทำให้ความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่างๆลดลง ทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มักหลงลืม สมาธิไม่ดี ความจำไม่ดี สนใจสิ่งรอบข้างน้อยลงหรือไม่สนใจเลย

3.ผลกระทบด้านสังคมวิทยา ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง มักแยกตัว มองสิ่งต่างๆในแง่ลบ อาจมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม ไม่ยอมรับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ทำให้สูญเสียการสนับสนุนทางสังคม

### 3.7 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ เนื่องจากผลที่ได้จากการประเมินและคัดกรองที่ถูกต้อง รวดเร็ว และแม่นยำ สามารถตรวจพบภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นซึ่งจะเป็นผลดีต่อการรักษา และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับที่รุนแรงต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่มีการใช้ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่มีดังนี้

1.The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D Scale) วัตถุประสงค์ของแบบประเมินฉบับนี้คือ การนำไปใช้ในการค้นหาอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าใน

ผู้ใหญ่ (Radloff, 1977) มีองค์ประกอบหลักของแบบสอบถามประกอบไปด้วย อารมณ์เศร้า (depression mood) ความรู้สึกผิดหรือไร้ค่า (feelings of guilt and worthlessness) รู้สึกหมดประโยชน์หรือสิ้นหวัง (feelings of helplessness and hopelessness) การเคลื่อนไหวและตัดสินใจช้าลง (psychomotor retardation) เบื่ออาหาร (loss of appetite) และแบบแผนการนอนหลับถูกรบกวน (sleep disturbance) จำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-60 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่าบุคคลนั้นมีภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้การใช้ข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 4 ข้อ เพื่อช่วยลดความตึงเครียดขณะตอบแบบสอบถาม กำหนดระยะเวลาและทิศทางของการระลึกความรู้สึกโดยการถามว่า ในสัปดาห์ที่ผ่านมาความรู้สึกนี้ถี่แค่ไหน และให้คะแนนความถี่ 4 ระดับ เริ่มตั้งแต่ 0 จนถึง 3 ตามความถี่ของอาการแสดงที่เกิดขึ้นจริง ดังนี้ ไม่มีหรือน้อยที่สุด (น้อยกว่า 1 วัน) บางครั้งหรือน้อย (1-2 วัน) บ่อยครั้งหรือมาก (3-4 วัน) ตลอดเวลาหรือมากที่สุด (5-7 วัน) ในประเทศไทย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยซึ่งได้ขีดเลขาภาษาให้ได้ใกล้เคียงกับต้นฉบับโดยนักภาษาศาสตร์และจิตแพทย์ของไทย พบว่า มีค่าความเที่ยงใกล้เคียงกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ คือ .86 จากนั้น วิไล คุปต์นิริติศัยกุล และพนมเกตุมาน (2540) ได้ทำการศึกษาจุดตัดคะแนนของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (CES-D) ฉบับภาษาไทยใหม่ พบว่าจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมสำหรับคนไทยคือ 19 คะแนนขึ้นไป (sensitivity=93.33, specificity=94.2) และค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธี Cronbach ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .9154

2. Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) เป็นแบบวัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้เป็นการประเมินผลการรักษา และนำไปใช้ในการวิจัยทางจิตเวชศาสตร์อย่างแพร่หลาย เนื่องจากมีความแม่นยำในการวัดการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้สูง ซึ่งเป็นแบบวัดที่ไม่ยาวมาก เพราะมีเพียง 17 ข้อ ใช้เวลาน้อยในการประเมินแต่ละครั้ง แบบประเมินฉบับนี้เน้นการประเมินในด้านผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า ร่างกาย และประสิทธิภาพในการทำงาน แต่ละข้อมีการให้คะแนนที่ไม่เท่ากันโดยบางข้อมีคะแนนระหว่าง 0-2 คะแนน บางข้อมีคะแนนระหว่าง 0-4 ข้อจำกัดแบบประเมินฉบับนี้คือผู้ประเมินต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้เหมาะสม เข้าใจแบบวัดเป็นอย่างดี หรือเป็นผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช อีกทั้งไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อยๆ

3. Beck Depression Inventory (BDI) เป็นแบบประเมินที่เน้นการประเมินด้านร่างกายและด้านจิตใจในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย 6 ข้อ และคำถามทางด้านจิตใจ 15 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วย 4 ตัวเลือก เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย (คะแนน 0) จนถึงอาการรุนแรง (คะแนน 3) ให้เลือกตอบ 1 ข้อ มีคะแนนทั้งหมด 63 คะแนน ยิ่งได้คะแนนมากแสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง โดยในตอนแรกผู้สัมภาษณ์จะอ่านให้ฟัง แล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด

จากการทบทวนเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าดังกล่าว ผู้วิจัยได้ใช้ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522, อ้างอิงในลัดดา แสนสีหา, 2536) เพราะเป็นแบบประเมินที่เน้นการประเมินด้านร่างกายและด้านจิตใจในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มประชากรที่ใช้ศึกษา คำถามที่ครอบคลุมทั้งกายและจิตใจ และมีการแบ่งช่วงคะแนนที่ชัดเจน

### 3.8 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า

ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยมักมีความบกพร่องทางร่างกายหลงเหลืออยู่ ไม่สามารถกลับไปดำรงชีวิตปกติได้หรือได้แต่ไม่เหมือนเดิม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่สามารถยอมรับได้เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย และไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น พยาบาลจะต้องเข้าใจพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเผชิญกับความบกพร่องทางร่างกายและปัญหาต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตให้ได้อย่างปกติสุข โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ค่อยสังเกต พูดคุยกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกนึกคิด เพื่อจะได้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริง นำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม (พาริดา อิบราฮิม, 2542; สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) ดังนี้

1. สร้างความไว้วางใจ ให้ผู้ป่วยได้ระบายความขัดแย้ง ความไม่สบายใจต่างๆ โดยใช้ทักษะการสังเกต การฟัง การถาม การทวนความ พยาบาลยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก แสดงความเอาใจใส่ในปัญหาของผู้ป่วยอย่างจริงใจ ให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ถึงความจริงใจของพยาบาล

2. ให้ความประทับใจและควบคุมจิตใจ ผู้ป่วยมักจะมีอาการวิตกกังวลและความกลัวค่อนข้างสูง ครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย เห็นใจผู้ป่วย ไม่แสดงความเบื่อหน่ายหรือรังเกียจ รับพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ และให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่างๆด้วยตัวเอง

3. ยอมรับอารมณ์ของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยอาจแสดงความโกรธ ความก้าวร้าว พยาบาลต้องเป็นคนควบคุมอารมณ์ให้ได้ ต้องใจเย็น อ่อนโยน จริงใจ ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสงบ ใจเย็นลง

4. ลดความซึมเศร้าของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกนึกคิด ตัดสินใจ และสนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้น พยาบาลรับฟังด้วยความตั้งใจและใช้เทคนิคการสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยยอมรับปัญหาและให้กำลังใจ

5. ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วย โดยเสริมแรงจิตใจให้กับผู้ป่วยในการร่วมกิจกรรมการดูแลตนเองด้วยความเต็มใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง โดยมีพยาบาลคอยช่วยเหลือ



ดังนั้นการช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย สามารถปรับตัวได้ ลดความซึมเศร้า เป็นหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลที่จะต้องให้ความช่วยเหลือ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้นโดยเร็ว

### 3.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์ (2544) ศึกษาและเปรียบเทียบภาวะสุขภาพด้านร่างกายและภาวะซึมเศร้าของงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และศึกษากิจกรรมการดูแลซึ่งผู้ป่วยได้รับขณะอยู่ที่บ้าน จำนวน 44 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการดีขึ้นภายหลังจำหน่าย โดยที่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กำลังกล้ามเนื้อ และจำนวนชั่วโมงการนอนหลับตอนกลางคืนเพิ่มขึ้น สำหรับภาวะซึมเศร้าพบว่าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 68.2 ซึ่งส่งผลให้การฟื้นฟูสมรรถภาพช้ากว่าปกติและหลังจำหน่ายพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 63.7 ซึ่งมีสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่มีแนวโน้มลดลงภายหลังจำหน่าย

ภาพันธ์ เจริญสุวรรณ (2546) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 85 คน พบว่าอัตราชุกของภาวะซึมเศร้า เท่ากับร้อยละ 38.8 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า มี 4 ปัจจัย อายุที่มากขึ้น ระยะเวลาที่ป่วย ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันทีลดลง และแรงสนับสนุนทางสังคมในทุกด้าน และปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วย ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันทีลดลง และแรงสนับสนุนทางสังคม

จุฑารัตน์ สติรปัญญา และ พรชัย สติรปัญญา (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยประสาทวิทยา โรงพยาบาลประสาทสงขลา จำนวน 375 คน พบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 92 โดยพบในระดับเล็กน้อยและปานกลาง เท่ากันคือร้อยละ 43 และภาวะซึมเศร้าในระดับสูง ร้อยละ 6 และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม อาชีพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเพศ ดดยปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้ามากที่สุด รองลงมา คือ อาชีพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเพศ ตามลำดับ ความสามารถในการร่วมทำน่ายภาวะซึมเศร้าของทุกตัวแปรอยู่ในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 48

ทศพร คำผลศิริ และคณะ (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 58 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง

30 ราย และกลุ่มควบคุม 28 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ และให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวที่บ้าน การเก็บรวบรวมข้อมูลทำก่อนให้การพยาบาล หลังให้การพยาบาล 6 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญแต่ในกลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลงในสัปดาห์ที่ 12 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญตลอดทุกช่วงการวัด แต่กลุ่มควบคุมระดับความซึมเศร้าไม่เปลี่ยนแปลง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของทั้งสองกลุ่มนั้นพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญตลอดทุกช่วงของการวัดคุณภาพชีวิตของทั้งสองกลุ่มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญแต่กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่า

มณฑล ว่องวันดี (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลันและตำแหน่งรอยโรคในสมอง ผลการศึกษาพบว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบในระยะต้นสัมพันธ์กับตำแหน่งรอยโรคสมองขาดเลือดซีกซ้าย อีกทั้งปัจจัยทางด้านเพศยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าเพศหญิงมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย

วิชชุดา พุ่มจันทร์ (2556) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และกลวิธีการเผชิญปัญหา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันวัยผู้ใหญ่ ช่วงอายุ 18-59 ปี จำนวน 170 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด แบบประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหา และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ร้อยละ 42.9 มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย

Sinyor et al. (1986) ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าถึงความสัมพันธ์กับความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกาย กลวิธีการเผชิญปัญหา และผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพในสัปดาห์แรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 64 คน พบมีการเกิดภาวะซึมเศร้าในอัตราที่สูงซึ่งไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความบกพร่องในการทำหน้าที่ แต่ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีกลวิธีการเผชิญปัญหาที่ดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยบางรายพบว่าหลัง 6 เดือนผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้นทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง การศึกษานี้บ่งบอกถึงว่า

ภาวะซึมเศร้าพบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับระดับความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกาย และอาจจะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย

Parikh et al. (1990) ศึกษาผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อการฟื้นฟูสภาพในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลามากกว่า 2 ปี ศึกษาในผู้ป่วย 63 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า 25 ราย ไม่มีภาวะซึมเศร้า 38 ราย ได้รับการฟื้นฟูสภาพในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเหมือนกัน หลังจากได้ติดตาม 2 ปี พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันและการใช้ภาษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

Kase et al. (1998) ศึกษาพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนาน 6 เดือน ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วย อารมณ์เศร้า ความรู้สึกหมดความสุข สนุกสนานในชีวิต กระสับกระส่ายหรือเชื่อมซึม อ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรง มีความคิดว่าตนเองไม่มีค่าหรือรู้สึกผิดอย่างมาก สมาธิลดลง ความสามารถในการตัดสินใจลดลง มีความคิดเกี่ยวกับการตายหรือคิดฆ่าตัวตาย

Robinson et al. (2006) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 128 คน ระยะเวลาในการศึกษา 2 เดือน เปรียบเทียบความถี่ของภาวะซึมเศร้าแบบรุนแรงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพบริเวณสมองส่วนหน้าด้านซ้าย (left anterior) กับบริเวณสมองส่วนหลังด้านซ้าย (left posterior) พบว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพบริเวณสมองส่วนหน้าด้านซ้ายเกิดภาวะซึมเศร้าแบบรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพบริเวณสมองส่วนหลังซ้าย และเมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพบริเวณสมองส่วนหน้าด้านซ้าย (left anterior) กับสมองส่วนหน้าด้านขวา (right anterior) พบการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองส่วนหน้าด้านซ้ายมากกว่าสมองส่วนหน้าด้านขวา นอกจากนี้เวลาตั้งแต่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นตัวแปรสำคัญในการเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์

Barker-Collo (2007) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังเกิดโรค 3 เดือน จำนวน 73 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง การวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองซีกซ้ายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและเกิดความวิตกกังวลได้หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง บุคคลที่มีอายุน้อยมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง อายุและพยาธิสภาพของสมอง องค์ความรู้ (cognitive performance) เป็นตัวแปรที่อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้ดี นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้และอารมณ์มีความเชื่อมโยงสูงต่อความสามารถทางกาย (physical independence) และกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

Sit et al. (2007) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศฮ่องกง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 95 ราย พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย

หลังจากการเข้ารับการรักษาใน 48 ชั่วโมงแรก เท่ากับร้อยละ 69 และพบในเดือนที่ 6 ร้อยละ 48 ตามลำดับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การบกพร่องในการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ลดน้อยลง และการสนับสนุนทางด้านข้อมูลต่ำ

#### 4.แนวคิดเกี่ยวกับดนตรีบำบัด

##### 4.1 ความหมายเกี่ยวกับดนตรีบำบัด

สมาคมดนตรีบำบัดแห่งอเมริกา (American Music Therapy Association-AMTA) ให้ความหมายดนตรีบำบัด คือ การใช้ดนตรีในการช่วยรักษาทางคลินิกตามลักษณะอาการของผู้ป่วยโดยนักดนตรีบำบัดมืออาชีพ

สมาคมวิชาชีพดนตรีบำบัด (Association of Professional Music Therapists-APMT) ให้ความหมายดนตรีบำบัด คือ รูปแบบหนึ่งของการรักษาที่มุ่งเน้นความสัมพันธ์ที่ระหว่างผู้ให้และผู้รับการบำบัด เพื่อช่วยให้อาการของผู้เข้ารับการบำบัดดีขึ้นโดยใช้ดนตรีอย่างสร้างสรรค์ในสถานที่ซึ่งกำหนดไว้

Cook (1981) ให้ความหมายดนตรีบำบัด คือ ศาสตร์ที่ว่าด้วยการนำดนตรีหรือองค์ประกอบอื่นๆทางดนตรี มาประยุกต์ใช้ เพื่อปรับเปลี่ยน พัฒนา และคงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยนักดนตรีบำบัดเป็นผู้ดำเนินการไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ผ่านทางกิจกรรมทางดนตรีต่างๆอย่างมีรูปแบบโครงสร้างที่ชัดเจน มีหลักเกณฑ์ และระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์

Seaward (1999) ให้ความหมายดนตรีบำบัด คือ ดนตรีช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพร่างกายและอารมณ์ และการใช้กระบวนการของจังหวะและเสียงที่แตกต่างกันเพื่อการเปลี่ยนแปลงร่างกายและอารมณ์ตนเอง

บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2542) ให้ความหมายดนตรีบำบัด คือ การนำเอาดนตรีมาประยุกต์ใช้อย่างมีหลักเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์เพื่อช่วยในการบำบัดรักษาภาวะเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

สุกรี เจริญสุข (2550) ให้ความหมายดนตรีบำบัด คือ การนำดนตรีมาประยุกต์ใช้ในการรักษาโรคทั้งทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากดนตรีนั้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และการทำงานของสมองในหลายๆด้าน โดยผลทางด้านร่างกายสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอัตราการทำงานของหัวใจ การเต้นของชีพจร ความดันโลหิต การตอบสนองของรูม่านตา ความตึงตัวของกล้ามเนื้อส่วนด้านจิตใจก็สามารถทำให้เกิดความผ่อนคลาย ความสงบได้

บุษกร บิณฑสันต์ (2556) ให้ความหมายดนตรีบำบัด คือ การใช้ดนตรีและวิธีการทางดนตรีในการช่วยฟื้นฟู รักษา และพัฒนาด้านอารมณ์ ร่างกาย และจิตใจเพื่อให้มีสภาพที่ดีขึ้น ดนตรีที่

นำมาใช้ในการบำบัดต้องได้รับการเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญในการรักษา ซึ่งผู้เชี่ยวชาญในที่นี้ ประกอบด้วย นักดนตรีบำบัด แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้รับผิดชอบกรณีศึกษา และญาติของผู้เข้ารับการบำบัด

สรุป ดนตรีบำบัด หมายถึง การใช้ดนตรีหรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับดนตรีมาช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจให้ดีขึ้น

#### 4.2 กลไกของเสียงดนตรีต่อสมอง (บุษกร บิณฑสันต์, 2556)

เสียงเดินทางเข้าสู่ช่องทางรับเสียงของมนุษย์เป็นอันดับแรกที่อยู่ หน้าที่หลักของหูเกี่ยวข้องกับ การได้ยิน (Hearing) และการทรงตัว (Balance) หูของมนุษย์ถูกแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1. หูชั้นนอก เริ่มจากใบหูต่อเนื่องกับช่องหูชั้นนอกหรือรูหู สิ้นสุดที่เยื่อแก้วหู มีหน้าที่รับคลื่นเสียงที่เดินทางมาตามอากาศ นำคลื่นเสียงเข้ารูหูและถ่ายทอดไปยังเยื่อแก้วหู เพื่อผ่านเข้าสู่หูชั้นกลาง และชั้นในต่อไป

2. หูชั้นกลาง เป็นโพรงอากาศที่อยู่หลังเยื่อแก้วหูเข้าไป ทางด้านหน้ามีท่อต่อไปยังโพรงจมูก ด้านหลัง เรียกว่า ท่อยูสเตเซียน (Eustacian tube) ส่วนทางด้านหลังของโพรงนี้จะต่อเข้าไปยังโพรงอากาศในกระดูก

หูชั้นนอกและหูชั้นกลางนั้นมีหน้าที่รับเสียงแล้วส่งต่อกันไปยังหูชั้นใน ดังนั้นหน้าที่ของหูทั้งสองข้างเป็นเพียงกระบอกรับเสียงเท่านั้น ไม่มีหน้าที่ในการแปลความหมายของเสียงแต่อย่างใด

3. หูชั้นใน หูชั้นในฝังตัวอยู่ในกระดูกกะโหลก ประกอบด้วย โครงสร้างภายนอกที่เป็นส่วนแข็งห่อหุ้มโครงสร้างภายใน ซึ่งจะบรรจุด้วยของเหลวที่ช่วยในการทรงตัวและรับเสียง

หูชั้นใน แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนรับความรู้สึกในการทรงตัว (Vestibular labyrinth) มีหน้าที่คือ การรักษาสมดุลของร่างกาย เป็นระบบหนึ่งที่ช่วยในการทรงตัวของมนุษย์ร่วมกับสายตา และระบบรับสัมผัสจากข้อต่อและกระดูก และส่วนรับเสียง (Cochlea) เป็นอวัยวะรูปท้อ มีฉนวนเป็นวงเป็นชั้นรอบๆคล้ายกันหอย เสียงความถี่ที่ต่างกัน จะกระตุ้นเซลล์รับความรู้สึกต่างกันไปตามตำแหน่งของท้อ โดยเสียงความถี่ต่ำจะไปกระตุ้นบริเวณส่วนยอดของท้อ ส่วนเสียงความถี่สูงจะไปกระตุ้นบริเวณส่วนฐานของท้อ ทำให้ระบบประสาทสามารถแยกความถี่ของเสียงได้

เมื่อเสียงเดินทางไปยังหูชั้นในซึ่งมีส่วนติดต่อกับประสาทรับสัมผัสของเส้นสมอง จะถ่ายทอดสู่เส้นประสาทการได้ยิน ซึ่งเป็นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 โดยลักษณะกายวิภาคของหูชั้นในที่เป็นท้อรูปกันหอย เส้นประสาทที่รับสัญญาณประสาทจากส่วนยอดสุดของกันหอย จะรับสัญญาณกระตุ้นเสียงความถี่ต่ำสุด แล้วไล่ระดับลงมาเรื่อยๆจนถึงส่วนฐานของท้อรูปกันหอย เส้นประสาทที่รับสัญญาณประสาทจากส่วนฐานของกันหอย จะรับสัญญาณกระตุ้นเสียงความถี่สูงสุด สัญญาณเสียงที่ถูกนำเข้าไปจะเรียงลำดับลดหลั่นกันไปตามความถี่ จะทำให้สมองสามารถจดจำเสียงต่างๆชัดเจน

เมื่อเส้นประสาทนำสัญญาณประสาทเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางโดยเริ่มจากบริเวณก้านสมอง ซึ่งเป็นที่รวบรวมสัญญาณประสาทจากหูทั้ง 2 ข้างนำมาเปรียบเทียบในเบื้องต้น เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์หาตำแหน่งของแหล่งที่มาของเสียงนั้น และเป็นตำแหน่งที่มีสัญญาณตอบสนองที่ถูกกระตุ้นด้วยเสียง ต่อจากนั้นสัญญาณประสาทจะถูกส่งต่อขึ้นไปในระดับที่สูงขึ้นจนถึงสมองใหญ่ที่ทำหน้าที่แปลสัญญาณเสียงเป็นความหมายในระหว่างทางจะมีทางเชื่อมที่ซับซ้อนมากมาย เพื่อการทำงานในระดับที่สูงขึ้นไปของระบบประสาทการได้ยิน ซึ่งเสียงใดๆที่เข้าสู่หูข้างใดข้างหนึ่งจะถูกส่งต่อไปยังสมองทั้งสองข้างเสมอ

สมองใหญ่ (cerebral cortex) มี 2 ซีก แบ่งเป็น สมองกลีบหน้า (frontal lobe) กลีบข้าง (Temporal lobe) กลีบหลัง (Occipital lobe) กลีบบน (Parietal lobe) และกลีบใน (Limbic) ส่วนที่ทำหน้าที่แปลสัญญาณเสียง จะอยู่บริเวณด้านบนของสมองกลีบข้าง (Temporal lobe) ซึ่งจะมีการเรียงตัวของเซลล์ประสาทรับเสียงตามลำดับความถี่ต่ำไปหาสูง ในบริเวณใกล้ๆถัดออกไป จะมีสมองส่วนที่แปลความหมายของสัญญาณเสียงต่างๆโดยที่สมองใหญ่ซีกซ้าย (left dominance hemisphere) จะเด่นในการแปลภาษาและทักษะ ส่วนสมองใหญ่ซีกขวา (right nondominance hemisphere) จะเด่นในทางสุนทรียภาพ การแปลเสียงดนตรี ห่วงทำนองต่างๆรวมถึงคลังแห่งความจำด้านเสียงชนิดนั้นๆ

สมองใหญ่ทั้งสองซีกจะมีการเชื่อมต่อประสานการทำงานซึ่งกันและกันทำให้สามารถฟังเพลง บรรเลง หรือเพลงที่มีเนื้อร้อง หรือห่วงทำนองของบทกลอน ซึ่งไม่มีเสียงดนตรีก็สามารถเข้าใจได้ อย่างไรก็ตาม ในการทำความเข้าใจความหมายของเสียงในระดับสูง เช่น เสียงเพลงบรรเลง หรือดนตรีคลาสสิก จะมีประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมด้วย และจะต้องมีการเปรียบเทียบความรู้สึกที่เกิดขึ้น สมองใหญ่กลีบหน้า (frontal lobe) จะทำหน้าที่ประมวลประสบการณ์ในด้านต่างๆเข้าด้วยกัน ทำการวิเคราะห์ สรุป จดจำ นำไปใช้ มีการคิด หาเหตุผล โดยจะทำงานร่วมกับสมองกลีบใน (Limbic) และสมองกลีบข้างส่วนล่างด้านใน ระบบประสาทลิมบิก บริเวณสมองกลีบใน (Limbic) ในทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับสัญชาตญาณพื้นฐาน (Basic instinct) ของสิ่งมีชีวิต เพื่อความอยู่รอด การดำรงเผ่าพันธุ์ และควบคุมเกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรม จะมีความเชื่อมโยงกับสมองส่วนอื่นๆ เสียงที่ได้ยินสามารถกระตุ้นอารมณ์ลักษณะต่างๆทั้งอารมณ์ทางบวกและอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นจากการฟังเสียง จากนั้นจะถูกส่งต่อไปยังสมองกลีบหน้า (frontal lobe) เพื่อจดจำ ทำการเปรียบเทียบกับเสียงในครั้งต่อไปที่ได้ยิน

ระบบประสาทที่ทำงานร่วมกับระบบประสาทลิมบิก ได้แก่ ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบฮอร์โมน และระบบประสาทการเคลื่อนไหว ในห่วงทำนองเพลงที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในทางตื่นเต้น ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System) จะทำงานเพิ่มขึ้น มีการหลั่งสารต่างๆเพิ่มขึ้น ได้แก่ ฮอร์โมนอะดรีนาลิน (Adrenalin) เป็นต้น ทำให้ชีพจรเต้นเร็วขึ้น แรงแ

ขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เสียงเพลงบางจังหวะอาจกระตุ้นให้อยากขยับแขน ขา ตามไปด้วย ในทางกลับกัน เสียงดนตรีที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจที่สงบ ระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic Nervous System) จะทำงานเพิ่มขึ้น ทำให้ลดการหลั่งสาร ซีพจรเต้นและความดันโลหิตจะปกติสม่ำเสมอ ก่อให้เกิดความสงบ สมองได้พักผ่อน นอนหลับง่าย รวมทั้งการทำงานของอวัยวะภายใน ได้แก่ กระเพาะอาหารและลำไส้ เป็นต้น ทั้งนี้สารเคมีในสมองหรือสารสื่อประสาทหลายชนิดมีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบประสาทลิมบิก ได้แก่ ซีโรโทนิน (Serotonin) โดพามีน (Dopamine) และอะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) เป็นต้น

#### 4.3 คุณสมบัติของดนตรี

คุณสมบัติของดนตรีมีอิทธิพลต่อผู้ฟังแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ชนิดหรือประเภทขององค์ประกอบของดนตรีทั้งหมด 10 ประการ (บุษกร บินทสันต์, 2556; สุกวี เจริญสุข, 2550; เสาวณีย์ สังฆโสภณ, 2541)คือ

1. จังหวะ (rhythm) จังหวะเป็นส่วนประกอบสำคัญและเป็นส่วนแรกของดนตรี หากจังหวะไม่ดีจะทำให้ดนตรีขาดความไพเราะ จังหวะของดนตรีจึงมีผลต่อความรู้สึกเป็นอย่างมาก สามารถกระตุ้นการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย ทำให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ โดยมีการแบ่งประเภทจังหวะเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) ความสม่ำเสมอ จังหวะที่สม่ำเสมอจะให้อารมณ์ที่เรียบง่ายสบาย ส่วนจังหวะที่ไม่สม่ำเสมอจะให้อารมณ์ที่อึดอัด ขัดข้อง 2) ความหนักเบา จังหวะหนักจะให้อารมณ์ที่หนักแน่น มั่นคง สง่างาม ส่วนจังหวะเบาจะให้ความรู้สึกที่อ่อนไหว โอนอ่อน ไม่มั่นคง 3) ระยะเวลาของจังหวะ จังหวะยาวจะให้ความรู้สึกแน่นยำ อ้อยอิ่ง ส่วนจังหวะสั้นๆจะให้ความรู้สึกกระชับฉับไว สดใส ร่าเริง

2. ความเร็วของจังหวะดนตรี (Tempo) หมายถึง อัตราความเร็วในการเคาะจังหวะ นิยมนับเป็นจำนวนครั้งต่อ 1 นาที โดยทั่วไปใน 1 จังหวะมีความเร็วระหว่าง 50-120 เมโตรโนม (metronom) (70-80 ครั้ง/นาที) ถ้าความถี่ของจังหวะที่นับจากเมโตรโนมเร็วกว่าอัตราการเต้นของหัวใจ เรียกว่าจังหวะเร็ว (มากกว่า 80-90 ครั้ง/นาที) ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด และถ้าช้ากว่าอัตราการเต้นของหัวใจเรียกว่าจังหวะช้า (40-60 ครั้ง/นาที) จะทำให้รู้สึกไม่มั่นใจหรือวิตกกังวล ส่วนจังหวะปกติที่เร็วเท่ากับการเต้นของหัวใจ คือ 60-80 ครั้ง/นาที จะทำให้รู้สึกสงบ โดยความเร็วของจังหวะดนตรีที่เหมาะสมต่อการนำมาเพื่อบำบัดภาวะซึมเศร้า คือ จังหวะปกติที่เร็วเท่ากับการเต้นของหัวใจ คือ 60-80 ครั้ง/นาที

3. ทำนอง (melody) เป็นความต่อเนื่องของตัวโน้ตที่จัดเรียงไปตามจังหวะ ทำนองของดนตรีมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกของบุคคลมากที่สุด ผลของทำนองทำให้เกิดการสร้างสัมพันธ์ภาพ

ระหว่างบุคคล ช่วยลดความวิตกกังวล รู้สึกสงบ ผ่อนคลาย ทำให้เกิดความคิดริเริ่ม ในทางตรงกันข้าม หากทำนองไม่สิ้นไหล ก็จะทำให้รู้สึกไม่สบายใจ

4.ระดับเสียง (pitch) เป็นความถี่ในการสั่นสะเทือนของเสียง ทำให้เกิดเสียงต่ำหรือเสียงสูง เสียงสูงมากจะทำให้รู้สึกตื่นเต้น ใจเรียว เนื่องจากมีผลกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก เสียงปานกลางจะช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและสงบ และเสียงต่ำจะทำให้รู้สึกน่ากลัว ไม่ทันใจ สร้างบรรยากาศน่าเกรงขาม

5.การประสานเสียง (Harmony) เป็นการรวมเอาเสียงตั้งแต่ 2 ที่มีลักษณะแตกต่างกันโดยจังหวะและท่วงทำนองที่สอดคล้องสัมพันธ์กันมาประสานกัน จะทำให้รู้สึกปลอดภัย เป็นอิสระ และอบอุ่น เสียงที่ไม่กลมกลืนกันจะทำให้เกิดอารมณ์ค้าง (dissonance)

6.ความดัง (Volume intensity) เป็นความเข้มของเสียง ความดังที่ใช้กับมนุษย์มีหน่วยเป็น dB(A) (เดซิเบล) โดยเสียงของดนตรีที่ใช้บำบัดไม่ควรดังเกิน 85 dB(A) หรืออยู่ในช่วง 50-70 dB(A) เสียงที่เป็นอันตรายต่อระบบประสาทจะมีขนาด 100 dB(A) ขึ้นไป โดยเสียงดังจะเร่งเร้า กระตุ้นอารมณ์ ส่วนเสียงเบาจะทำให้เกิดความสงบและทำให้รู้สึกสบาย

7.น้ำเสียงหรือความกังวานของเสียง (tone color or sonority) เป็นลักษณะของเสียงที่เกิดจากเครื่องดนตรี ส่งผลให้เกิดคุณภาพของเสียงและน้ำเสียงที่ต่างกัน การใช้แหล่งกำเนิดเสียงที่แตกต่างกันในเพลงเดียวกันจะไม่ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการฟัง

8.ทิศทางของเสียงดนตรี (Direction) ขึ้นอยู่กับทิศทางของแหล่งกำเนิดตัวกลางที่เสียงเดินทางผ่าน เสียงดนตรีมีการหักเห ได้เช่นเดียวกับแสงทำให้เกิดความดัง ความเบาแตกต่างกันในแต่ละจุด

9.ความรู้สึกของดนตรี (Expression of music) เป็นหัวใจของดนตรีที่ทำให้ผู้ร้องและผู้ฟังเกิดความเข้าใจ ประทับใจถึงอารมณ์รัก โกรธ เศร้า ร่าเริง สนุกสนาน หรือเร้าใจได้

10.ฉันทลักษณ์ หรือลักษณะรูปแบบของดนตรี (Form) เกี่ยวข้องกับส่วนประกอบของโครงสร้างของดนตรีทั้งหมด ในแต่ละเพลงจะมีรูปแบบดนตรีของการนำเสนอและความสัมพันธ์ของส่วนประกอบดนตรี วิธีการ รูปแบบและขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมดนตรีบำบัด

การใช้กิจกรรมดนตรีบำบัดในชีวิตประจำวัน สามารถทำได้ 4 วิธี (บุษกร บิณฑสันต์, 2556) มีดังนี้

1.การฟัง (listening music) แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังต่อไปนี้

1.1 การฟังเพื่อการผ่อนคลาย เมื่อเกิดภาวะเครียดควรเลือกดนตรีที่มีเครื่องดนตรีบรรเลงในแนวที่ชอบ อาจเป็นดนตรีที่ช้าเนิบ มีเสียงน้ำตก นกร้อง เสียงจักจั่นเรไรประกอบ หรือจะฟังเสียงธรรมชาติจากแถบบันทึกเสียง ผนวกกับเสียงดนตรีเล็กน้อย ข้อสำคัญคือควรจัดวางท่าของสรีระอยู่ในลักษณะที่หักงอเล็กน้อย มีความผ่อนคลาย ไม่มีอาการเกร็งใดๆ หากสามารถมองเห็นท้องฟ้าด้วยแล้วจะทำให้สมองมีความปลอดภัยมากขึ้น



1.2 การฟังเพื่อความสนุกสนาน เพลิดเพลิน เมื่อเกิดสภาวะเหงา หดหู่ หรืออยู่ในบรรยากาศที่มีแต่ความเจียบซึ่งส่งผลในทางลบ เช่น ขณะขับรถ ถ้าเกิดอาการง่วง ควรเลือกเพลงที่มีจังหวะเร็วกระชับ หรือมีเนื้อร้องประกอบที่ให้ความหมายในทางสนุกสนาน อาจเป็นเพลงที่มีจังหวะเร้าใจชวนให้ขยับไปกับจังหวะ จะช่วยให้รู้สึกกระชุ่มกระชวยขึ้นได้ แต่ควรสำรวจชนิดของดนตรีที่ฟังกับความชอบของแต่ละบุคคลนั้นๆด้วย เพราะแต่ละคนมีความชอบในดนตรีที่แตกต่างกันไป

1.3 การฟังเพื่อทำความเข้าใจเนื้อร้อง เพลงลักษณะนี้พบมากในบทเพลงที่ใช้ประกอบการสอน ศาสนา ใช้ในการช่วยให้เกิดการเบี่ยงเบนของจิตเพื่อละวางจากสิ่งที่หมกมุ่นอยู่ให้มีความสนใจในเนื้อร้องของเพลง การฟังคำร้องเพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรัชญาของชีวิต รู้จักการปล่อยวางได้มากขึ้น และก่อเกิดเป็นสมาธิ เพราะจิตได้ถูกพาราไปให้ความสนใจในความหมายของเพลง แทนการคิดหมกมุ่นในเรื่องอื่นๆที่เป็นโทษ

ในการเลือกลักษณะของดนตรีที่นำมาใช้ฟังเพื่อการผ่อนคลาย ควรเลือกดนตรีที่เหมาะสมกับความชอบของผู้ฟัง ฟังแล้วเกิดความสุข และควรกำกับให้เสียงดนตรีมีความดังพอประมาณเหมาะสมกับประสิทธิภาพการรับฟังเสียงของผู้ฟัง

## 2. การร้อง (singing) แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังต่อไปนี้

2.1 การร้องเพื่อฝึกกระบวนการหายใจ การร้องเพลงช่วยฝึกกระบวนการหายใจได้ เพราะการร้องเปรียบเสมือนการออกกำลังให้ปอด หากร้องให้ถูกวิธีโดยหายใจให้ถูกจังหวะจะทำให้ปอดทำงานได้ดีขึ้น มีผลทำให้ปอดมีความจุออกซิเจนเพิ่มขึ้น การร้องลักษณะนี้ไม่จำเป็นต้องมีเนื้อร้องก็ได้ เพียงแต่ใช้การหายใจเข้าให้ลึกที่สุดแล้วปล่อยล่อออกมาเป็นเสียงต่างๆ

2.2 การร้องเพื่อความรื่นเริงบันเทิงใจ เมื่อคนเราร้องเพลงที่ตนชอบแต่ครั้งนั้น ฮอร์โมนแห่งความสุข ได้แก่ เอ็นดอร์ฟินส์ (Endorphins) ก็จะหลั่งออกมาทำให้เกิดความกระชุ่มกระชวย และมีจิตใจที่สดใส เบิกบาน การร้องเพลงเพื่อความบันเทิงใจนี้ ผู้ร้องไม่จำเป็นต้องมีทักษะหรือเรียนรู้การร้องเพลงแต่อย่างใด สามารถร้องไปตามที่ใจปรารถนาได้ จะร้องเบาหรือดัง จะร้องเดี่ยวหรือร้องคลอเบาๆไปกับวิทยุหรือเครื่องเล่นแถบบันทึกเสียง ขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้ร้องที่จะทำให้เกิดความผ่อนคลายขึ้นได้ ปัจจุบันนี้มีเครื่องเล่นคาราโอเกะซึ่งสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการร้องได้

2.3 การร้องเพื่อฝึกสมาธิ การร้องในลักษณะนี้เป็นการร้องที่มีวัตถุประสงค์ที่จะให้เกิดการเบี่ยงเบนของจิต จากสภาพที่คิดฟุ้งซ่านไปในเรื่องต่างๆกลับมาจดจ่อกับเนื้อเพลงทำให้เกิดสมาธิได้ในระดับหนึ่ง เพราะจิตต้องคอยติดตามคำที่ร้องเพื่อประคองให้เข้าจังหวะเพลง

## 3. การบรรเลง (play)

3.1 การบรรเลงเพื่อฝึกกระบวนการหายใจ การฝึกกระบวนการหายใจโดยใช้การบรรเลงดนตรีสามารถทำได้โดยใช้เครื่องดนตรีประเภทเครื่องเป่าต่างๆ เช่น นกหวีด ขลุ่ย ซึ่งมีลักษณะคล้าย

นกหวีด มีเสียงแหลมหรือทุ้มแล้วแต่ชอบ ใช้เป่าบังคับให้เสียงสูงหรือต่ำได้ด้วยความเบา-แรงของลมที่ใช้ ดังนั้น ผู้เป่าไม่จำเป็นต้องมีความรู้ในการเล่นดนตรีมาก่อนก็สามารถเป่าได้ โดยเป่าในลักษณะเช่นเดียวกับการผิวปาก

3.2 การบรรเลงเพื่อความรื่นเริงบันเทิงใจ การบรรเลงดนตรีนั้นหากมิใช่เป็นการบรรเลงเพื่อการประกวดแข่งขัน ผู้บรรเลงมักจะได้รับความผ่อนคลาย เพื่อตอบสนองความต้องการในด้านความบันเทิง ดังนั้น การเรียนรู้จักวิธีการบรรเลงเครื่องดนตรีชิ้นใดชิ้นหนึ่ง จึงเป็นสิ่งที่จะสามารถช่วยให้เรามีเครื่องมือที่นำมาใช้ในการสร้างความรื่นเริงให้แก่ตนเองหรือผู้รอบข้างได้เป็นอย่างดี สำหรับผู้ที่ไม่เป็นดนตรีนั้นก็สามารถหยิบจับเครื่องทำจังหวะ เช่น กลอง แทมบูรีน ระนาดฝรั่ง (xylophone) ฉิ่ง ฉาบ หรือกรับ หรืออาจนำเอาวัสดุเหลือใช้ เช่น กระจปองนม ขวดน้ำ กระจบอกไม้ไฟ ถังน้ำ หรือกะลามะพร้าว มาเคาะทำจังหวะไปกับเพลงที่ฟัง ก็ทำให้เกิดความสนุกสนานได้ เป็นต้น

3.3 การบรรเลงเพื่อฝึกสมาธิ การบรรเลงดนตรีมีความจำเป็นต้องใช้สมาธิไม่มากนักน้อยหากวัตถุประสงค์ในการบรรเลงเป็นไปเพื่อการแสดงก็ย่อมต้องใช้สมาธิในการบรรเลงและฝึกซ้อมมาก ซึ่งผู้บรรเลงลักษณะนี้ย่อมได้โอกาสในการฝึกสมาธิไปโดยปริยาย สำหรับผู้ที่ไม่มีความรู้พื้นฐานดนตรีมาก่อน ก็อาจฝึกเครื่องดนตรีที่ไม่มีความซับซ้อนมากนักได้ เช่น เครื่องดนตรีประกอบเขย่าแบบอังกะลุง นอกจากจะทำให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลินแล้ว ยังสามารถฝึกสมาธิได้เพราะการบรรเลงอังกะลุงให้เป็นการนั่งนิ่งต้องใช้ผู้บรรเลงหลายคน ผู้เล่นต้องมีสมาธิ เพราะต้องเขย่าตามตัวโน้ตและจังหวะที่กำหนด การบรรเลงในขั้นต้นอาจใช้เพลงที่มีทำนองง่ายๆ เช่น เพลงยะวา เมื่อฝึกไประยะหนึ่งหากพยายามจำทำนองโดยไม่ต้องอ่านโน้ตได้ก็จะทำให้จิตใจมีสมาธิ ไม่คิดวอกแวกถึงสิ่งอื่นๆ ในขณะบรรเลง

3.4 การบรรเลงเพื่อออกกำลังกาย ผู้บรรเลงที่ต้องการออกกำลังกายที่บ้านก็สามารถทำได้โดยการบรรเลงดนตรีอย่างต่อเนื่อง เช่น การบรรเลงเปียโนจะได้ออกกำลังนิ้ว ข้อมือและแขน หรือการบรรเลงระนาดเอกอย่างต่อเนื่องประมาณ 1-2 ชั่วโมง จะได้ออกกำลังกล้ามเนื้อส่วนแขนและไหล่ รวมถึงหน้าท้อง ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานได้เช่นเดียวกับการออกกำลังกาย และทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงอีกด้วย

#### 4. การเคลื่อนไหวตามจังหวะเพลง (movement)

4.1 การเคลื่อนไหวเพื่อฝึกกระบวนการหายใจ นอกจากการร้องเพลงจะช่วยให้การฝึกกระบวนการหายใจแล้ว การเคลื่อนไหวไปตามจังหวะเพลงพร้อมๆ กับการหายใจเข้าออกอย่างเป็นระบบก็จะสามารถช่วยให้กระบวนการหายใจมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย

4.2 การเคลื่อนไหวเพื่อความรื่นเริงบันเทิงใจ การเคลื่อนไหวไปตามจังหวะดนตรีทำให้เกิดความสนุกสนานสามารถทำได้โดยการเต้นรำ อาจเป็นการเต้นแบบอิสระหรือเป็นการเต้นหมู่

ก็ได้ การเคลื่อนไหวลักษณะนี้จะทำให้ฮอร์โมนแห่งความสุขหลั่งออกมา พร้อมกับมีการผลาญไขมันได้เป็นอย่างดี

4.3 การเคลื่อนไหวเพื่อออกกำลังกาย ปัจจุบันมีผู้นำดนตรีไปใช้เพื่อการออกกำลังกายมากมาย เช่น การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นเพราะเสียงและจังหวะที่เร้าใจของดนตรีสามารถกระตุ้นความสนใจของผู้ฟังทำให้เกิดความกระปรี้กระเปร่า มีความสนุกสนานในการขยับท่าทางไปตามเสียงดนตรี นอกจากนี้ผู้ที่ชอบการวิ่งออกกำลังกายอาจนำเครื่องเล่นแถบบันทึกเสียงหรือ MP3 ใส่หูฟังติดตัวไปใช้เปิดเพื่อให้จังหวะในการย่างก้าวเดินหรือการวิ่งนั้นมีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องรวมถึงผู้ออกกำลังกายก็จะมีสมาธิเพลิดเพลินไปพร้อมๆกัน

4.4 การเคลื่อนไหวเพื่อฝึกสมาธิ ปัจจุบันพบว่าผู้นำดนตรีไปใช้ เพื่อประกอบการฝึกสมาธิมากขึ้น เพราะดนตรีมีจังหวะที่สามารถเป็นที่ยึดเกาะในการกำหนดจิตได้ การออกกำลังกายแบบจิน เช่น ไท้เก๊กเป็นกัจวัตร ฝ่าหลุนกง ก็ใช้ดนตรีเพื่อเป็นวิถีในการเคลื่อนไหว ผู้ที่สนใจอาจฝึกสมาธิโดยใช้การเคลื่อนไหวอย่างง่ายในกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดินในบ้าน การทำงานบ้าน หรือการนอน เป็นต้น เพลงที่นำมาใช้อาจมีหลากหลายทำนองและจังหวะ เช่น การทำงานบ้านอาจใช้เพลงที่มีจังหวะเร็วปานกลาง

#### 4.4 รูปแบบของกิจกรรมดนตรีบำบัด (บุษกร บินทสันต์, 2550) ได้แก่

1. ดนตรีบำบัดแบบเดี่ยว (Individual Music Therapy) การทำกิจกรรมบำบัดแบบเดี่ยวสามารถทำได้โดยมีข้อดีคือ ไม่ต้องเสียเวลาในการรอคอยให้พร้อมเพรียงกัน พร้อมเมื่อใดก็สามารถปฏิบัติได้ซึ่งเหมาะแก่การปฏิบัติในผู้ที่ไม่ชอบการเข้าสังคมหรือมีความผิดปกติมากที่ต้องอยู่ในการควบคุมของคณะทำงานด้านดนตรีบำบัด แต่สำหรับผู้ที่พักพิงก็สามารถใช้ดนตรีในการบำบัดเป็นการส่วนตัวได้ตามความพึงพอใจในโอกาสที่เหมาะสม

2. ดนตรีบำบัดแบบกลุ่ม (Community Music Therapy) ผู้ที่ไม่สามารถใช้ดนตรีในการบำบัดตนเองได้ก็อาจเลือกใช้กิจกรรมดนตรีบำบัดแบบกลุ่ม เพราะข้อดีของการเข้ากลุ่มคือทำให้ต้องปฏิบัติตามหลักการของกลุ่ม เพื่อความพร้อมเพรียงของหมู่คณะ ทำให้เกิดการรู้จักกันมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ช่วยทำให้ความเหงา ความคิดที่เป็นแง่ลบได้ถูกปลดปล่อย เพราะมีผู้รับฟังและเข้าใจมากขึ้น แนวความคิดดนตรีบำบัดแบบกลุ่มนี้ได้รับความนิยมมากในประเทศแถบยุโรปและเอเชีย ซึ่งมีผู้พยายามกำหนดนิยามดนตรีบำบัดแบบกลุ่มว่าเป็น ดนตรีบำบัดที่ชุมชนมีส่วนร่วมหลายรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา และแถบยุโรป รวมทั้งประเทศญี่ปุ่นนั้น เมืองครุฑของรัฐบาลให้การสนับสนุนเป็นกิจกรรมของชุมชนหรือหมู่บ้าน โดยให้งบประมาณเพื่อจัดกิจกรรมนี้อย่างต่อเนื่องระยะยาว เพื่อให้คนในท้องถิ่นได้มีโอกาสมาทำกิจกรรมดนตรีบำบัดร่วมกัน ทำให้เกิดความผ่อนคลายและยังเป็นการสร้างความสมัครสมานสามัคคีให้เกิดแก่หมู่คณะอีกด้วย

ชนิดของดนตรีที่นำมาใช้ในการบำบัด ได้แก่

- 1) ดนตรีที่ไม่มีคำร้อง (ดนตรีบรรเลง)
- 2) ดนตรีที่เป็นเสียงจากธรรมชาติ เช่น เสียงน้ำไหล เสียงคลื่น เสียงลม
- 3) ดนตรีที่มีคำร้อง ได้แก่ Classical, Country, Rock, Pop, Jazz

ลักษณะเด่นและประโยชน์ของดนตรีบำบัด

ดนตรีบำบัดมีลักษณะเด่นเฉพาะตัวหลายด้าน สามารถประยุกต์ใช้ได้ในทุกระดับอายุ และหลายปัญหา ลักษณะเด่นของดนตรีบำบัด (สุกรี เจริญสุข, 2539) ได้แก่

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

ประโยชน์ของดนตรีบำบัด (บุษกร บิณฑสันต์, 2556) ได้แก่

1.ดนตรีที่ไม่มีเนื้อร้องสามารถเดินทางเคลื่อนผ่านหูไปยังเยื่อหุ้มสมองส่วนที่รับเสียง (brain's auditory cortex) แล้วเข้าสู่ส่วนกลางของประสาทลิมบิกได้โดยตรง ระบบประสาทส่วนที่ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก และกระบวนการเผาผลาญอาหาร รวมถึงการรับรู้ด้านอุณหภูมิ ความดันของเลือด และการเต้นของหัวใจ และสามารถสร้างเส้นทางของระบบประสาทได้อีกด้วย

2.ดนตรีสามารถกระตุ้นระบบความจำและส่วนประกอบของการจินตนาการ ผ่านสะพานเชื่อมสมองซีกซ้ายและขวา ทำให้สมองทั้งสองข้างทำงานอย่างสมดุล และสามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันทำงานได้ปกติ

3.ดนตรีสามารถกระตุ้นสารประกอบที่มีอะมิโนแอซิด (aminoacid) 2 ตัวหรือมากกว่า เมื่อเกิดกระบวนการสังเคราะห์น้ำ (hydrolysis) ในสมองและช่วยกระตุ้นกระบวนการสร้างฮอร์โมนแห่งความสุขชื่อเอ็นดอร์ฟินส์ (endorphins) ทำให้เกิดความปิติยินดีเปลี่ยนอารมณ์ความรู้สึกไปในทางที่ดี

#### 4.5 โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

การพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี เป็นตอบสนองทางกายในรูปแบบการเคลื่อนไหวซึ่งนำไปสู่การเริ่มต้นและควบคุมการทำกิจกรรมต่างๆของร่างกาย และเพื่อการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจ เกิดเป็นภาวะทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ทั้งสองสิ่งนี้จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1.การรวบรวมข้อมูลและการประเมิน ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ ข้อมูลด้านสังคมวัฒนธรรม การประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะซึมเศร้า ดนตรีที่ชอบ ความถนัดในการเล่นเครื่องดนตรี เพื่อวางแผนกิจกรรมให้เหมาะสม

โดยผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ จากเวชระเบียน และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและหอผู้ป่วยในประสาทวิทยา เพื่อรวบรวมข้อมูลด้านสังคมวัฒนธรรม ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะซึมเศร้า ดนตรีที่ชอบ ความถนัดในการเล่นเครื่องดนตรี

2.การวางแผนกิจกรรม ได้แก่ กำหนดวัตถุประสงค์ของการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีให้สอดคล้องกับการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ จากนั้นคัดเลือกดนตรีและเครื่องดนตรีที่เหมาะสม โดยผู้ป่วยเป็นผู้เลือกบทเพลงและเครื่องดนตรีที่คัดสรรไว้แล้วว่าเหมาะสมในการนำไปทำกิจกรรม การเลือกใช้ดนตรีต้องพิจารณาความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพราะหากถูกใจแล้วย่อมส่งผลดี และตอบสนองความต้องการในการใช้กิจกรรมดนตรีบำบัดได้ รวมทั้งทำให้เกิดความสุขซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการใช้ดนตรีบำบัด กำหนดวิธีการดำเนินกิจกรรมดนตรี สถานที่ สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกิจกรรม พร้อมทั้งวิธีการประเมินการทำกิจกรรม

โดยผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดดนตรีบำบัดของ Jun et al. (2013) เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า การฟื้นฟูด้านการเคลื่อนไหวและจิตใจโดยการใช้ดนตรีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการเคลื่อนไหว เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ช่วยเสริมสร้างอารมณ์ และลดภาวะซึมเศร้าได้ Jun et al. (2013) ศึกษาโดยใช้ดนตรีในการบำบัดครั้งละ 60 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยการจัดทั้งกิจกรรมกลุ่มขณะที่รักษาตัวในโรงพยาบาลและกิจกรรมแบบรายบุคคลเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนี้ 1) การฟังเพลง (music listening) โดยให้ผู้ป่วยได้ฟังเพลงที่ชอบ เพื่อเป็นการผ่อนคลายอารมณ์และกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวร่างกาย 2) การเล่นเครื่องดนตรี (playing musical instruments) หรือใช้เครื่องดนตรีในการประกอบกิจกรรม เพื่อกระตุ้นและฝึกทักษะในการเคลื่อนไหวร่างกาย และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ากิจกรรมดนตรีสามารถเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายได้ในสัปดาห์ที่ 3 (Altenmüller et al., 2009; Schneider et al., 2007) และสามารถเริ่มลดภาวะซึมเศร้าได้ในสัปดาห์ที่ 4 (Kim, D., S., et al., 2011; Särkämö et al., 2008; แพรศิริ อยู่สุข, 2557) และเพื่อความสะดวกของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงขอกำหนดระยะเวลาการวิจัยที่ 5 สัปดาห์ ซึ่งตรงกับการมาตรวจตามนัดของกลุ่มตัวอย่าง

โดยกำหนดกิจกรรมออกเป็น 2 กิจกรรม ดังนี้

1) การเล่นเครื่องดนตรี (playing musical instruments) หรือใช้เครื่องดนตรีในการประกอบกิจกรรม เป็นการจัดกิจกรรมบันเทิงแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล โดยเคลื่อนไหวร่างกาย ประกอบจังหวะเพลง ที่มีจังหวะไม่ซ้ำจนเกินไป จากนั้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายตามจังหวะเพลง หรือใช้เครื่องดนตรีเคาะตามจังหวะเพลง ได้แก่ กลองเล็ก ลูกแซ็กหรือเครื่องเขย่าต่างๆ เคาะตามจังหวะเพลง เพื่อเพิ่มทักษะการเคลื่อนไหวร่างกาย เสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย พัฒนาด้านอารมณ์ และจิตใจ (ชัยวัฒน์ เหล่าสีบสกุลไทย, 2547) เสริมสร้างความมั่นใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง และสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ใช้เวลา 60 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์

2) การฟังเพลง (music listening) เป็นการจัดกิจกรรมดนตรีพาเพลิน เพื่อการผ่อนคลายด้วยเสียงเพื่อการบำบัด โดยได้มีการทบทวนวรรณกรรมและนำมาพัฒนาสร้างโปรแกรมให้เกิดประสิทธิภาพในการเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวและลดภาวะซึมเศร้าให้ได้มากที่สุด โดยการเปิดเพลงที่ผู้ป่วยชอบให้ผู้ป่วยฟัง จะช่วยทำให้รู้สึกผ่อนคลาย สดชื่น และสนุกสนาน โดยผู้ป่วยจะต้องเปิดฟังอย่างน้อยวันละอย่างน้อย 1 ครั้ง เป็นระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ โดยให้ญาติหรือผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือ เช่น การจัดสภาพแวดล้อม ให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก หลีกเลี่ยงสิ่งรบกวน เป็นต้น

3.การดำเนินกิจกรรม ได้แก่ การจัดโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี เพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ผู้วิจัยได้ใช้ทักษะการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การเสริมสร้างแรงจูงใจ ทักษะการแก้ปัญหาต่างๆให้สำเร็จตลอดการดำเนินกิจกรรม

4.การประเมินผลกิจกรรม ผู้วิจัยจะประเมินผลกิจกรรม โดยจะมีการแลกเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้สามารถติดต่อกันได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยรักษาตัวในสถาบันประสาทวิทยา ไม่ครบ 5 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยไปทำกิจกรรมต่อบ้านของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยจะมีการพูดคุย เปิดโอกาสให้สอบถามถึงปัญหา อธิบายข้อสงสัย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดคุยระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ และในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยจะนัดพบกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วยจะต้องมาตรวจตามนัดที่สถาบันประสาท) เพื่อสอบถามถึงปัญหา อธิบายข้อสงสัย ให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการฟื้นฟูสุขภาพหรือสมรรถภาพของตนเองยิ่งขึ้น และจะนัดพบผู้ป่วยเพื่อทำการประเมินผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้า ในสัปดาห์ที่ 6 พูดคุยสอบถามความรู้สึกต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี และกล่าวขอบคุณในการเข้าร่วมวิจัย

## 5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นงนภัส พันธุ์แจ่ม (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่วมกับการบริหารสมองต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยธนาคารกรุงเทพชั้น 2 หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน จับคู่ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ ตำแหน่งการบาดเจ็บ การได้รับการผ่าตัดและการไม่ได้รับการผ่าตัด ระดับความรู้คิด กลุ่มทดลองได้รับการได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่วมกับการบริหารสมองต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันครั้งละ 5-10 นาที นาน 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กนกพรรณ กรรณสูต (2551) ศึกษาประสิทธิภาพของการฝึกทักษะในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยกิจกรรมแบบมอนเตสซอรีในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราอายุตั้งแต่ 63-94 ปี จำนวน 32 คน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม ตามรูปแบบการทดลองแบบ Solomon four groups จากนั้นวัดคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มและ กลุ่มควบคุม 1 กลุ่มก่อนเริ่มทำการฝึกทักษะ จากนั้นให้กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มเข้ารับการฝึกทักษะด้วยกิจกรรมที่จัดขึ้นตามหลักปรัชญาของมอนเตอรี วันละ 3 ชั่วโมง 5 วันต่อสัปดาห์ จนครบ 4 สัปดาห์ ทำการวัดคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) หลังฝึกทักษะ ต่อจากนั้นให้กลุ่มทดลองเลือกกิจกรรมที่สนใจไว้ฝึกต่อด้วยตนเองและลดการฝึกทักษะลงเหลือ 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จากนั้นจึงทำการวัดคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 นับเป็นการติดตามผลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่าการฝึกทักษะของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ในการติดตามผลครั้งที่ 1 แต่ในช่วงติดตามผลครั้งที่ 2 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทั้ง 3 ครั้งหลังของการวัดผล การทดสอบก่อนการฝึกทักษะไม่มีผลต่อคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญและข้อมูลด้านอายุเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในการติดตามครั้งที่ 2 เท่านั้น

นพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือด

เลือด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 40 คน ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย ผลการศึกษาในกลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นพวรรณ ผ่องใส (2552) ศึกษาผลของการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลครั้งแรก จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน นาน 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและครอบคลุม มีผลทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

ชุตินา ทองวชิระ (2553) ศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค จำนวน 25 คน ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง (ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์) เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 15 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายเริ่มลดลงตั้งแต่เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป

นภาดา สุขกฤต (2553) ศึกษาผลของการฟังเพลงไทยต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน ได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน อายุ 35-80 ปี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน โดยการสุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการฟังเพลงไทยยอดนิยมเป็นเวลา 4 วัน วันละ 45 นาที ในช่วงเวลา 17.00-18.00 น. ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานของทางโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการฟังเพลง

ชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โดยดำเนินกิจกรรมกับผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นรายครอบครัว 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (เว้นการจัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4) ประเมินผลการจัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 และใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง



ประมาณ 60-90 นาที ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ตามแนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ร่วมกับแนวความคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมการค้นพบสภาพการณ์จริง (สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 60 นาที) ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมสะท้อนคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณ (สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 90 นาที) ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ (สัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 90 นาที) ขั้นตอนที่ 4 กิจกรรมการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า (สัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลา 60 นาที) ผลการศึกษาพบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภูริพงษ์ เจริญแพทย์ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โดยใช้เวลา 4 สัปดาห์ โดยมีทั้งการจัดกิจกรรมทั้งแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล ตามแนวคิดทฤษฎีดนตรี อารมณ์ และการเคลื่อนไหวของ Murrock and Higgins (2009) ร่วมกับแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) จัดเป็น 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มรอบรู้สู่พาร์กินสัน (40 นาที) กิจกรรมกลุ่มคีตะสัมพันธ์ (20 นาที) กิจกรรมคีตะเจริญใจ (10 นาที) ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง 10 นาที ผลการศึกษาพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้โปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แพรศิริ อยู่สุข (2557) ศึกษาการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการประเมินว่ามีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการได้รับการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรี ตามแนวคิดของ Magee et al. (2006) โดยกำหนดวิธีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้ 1.การฟังดนตรี ได้แก่ กิจกรรมการผ่อนคลายด้วยเสียงเพลง โดยการเปิดเพลงบรรเลงของจาร์ส เศวตทากรณ์ ใช้เวลา 20 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 6 ครั้ง 2.การเล่นเครื่องดนตรี ได้แก่ กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายประกอบจังหวะเพลง โดยการเลือกเพลงประเภทนันทนาการ ที่มีจังหวะและทำนองเพลงที่สนุกสนาน และสามารถนำบทเพลงมาใช้ในการจัดประกอบการเล่นเครื่องดนตรีที่ได้แก่ การใช้อุปกรณ์ดนตรีเคาะตามจังหวะเพลงหรือเคลื่อนไหวร่างกายตามจังหวะเพลงได้ ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 40 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 12 ครั้ง 3.การร้องเพลง ได้แก่ กิจกรรมการร้องเพลงคาราโอเกะโดยการเลือกเพลงที่ทำนองและจังหวะไม่ซ้ำเกินไป และเป็นบทเพลงไทยลูกกรุง หรือเพลงไทยลูกทุ่ง ที่กลุ่มตัวอย่างชื่นชอบ สามารถร้องตามได้ และบางเพลงยังสามารถใช้ร้องเพื่อฝึกกระบวนการหายใจ ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 40 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์

รวมทั้งหมด 6 ครั้ง โดยใช้เวลาในการฟังเพลง 60 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีสามารถลดภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

สุจิตรา มหาสุข (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ จำนวน 44 คน อาศัยในพื้นที่บริการสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลพัทลุง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จับคู่ในด้านเพศ อายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน ระยะเวลา 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน และ Barthel ADL Index โดยใช้แนวคิด The Information-Motivation Behavioral Skills Model ร่วมกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผลการวิจัยพบว่า การให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขนในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สามารถเพิ่มการทำกิจวัตรประจำวันได้

Thaut et al., 1997 ศึกษาการใช้จังหวะในการกระตุ้นการฝึกเดินในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอ่อนแรง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 20 คน ทำการทดลองวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ ระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า การใช้จังหวะในการกระตุ้นการฝึกเดินช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Jeong and Kim (2007) ศึกษาผลของโปรแกรมการใช้กิจกรรมดนตรีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในชุมชน จำนวน 33 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 คน และกลุ่มควบคุม 17 คน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการใช้เสียงดนตรีเพื่อกระตุ้นในผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความหลากหลายทางอารมณ์ ซึ่งอารมณ์ส่วนมากเป็นอารมณ์ทางบวก และสามารถพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างได้

Schneider et al. (2007) ศึกษาผลของการใช้เครื่องดนตรีในการฝึกทักษะการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 20 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงด้านซ้าย 10 คน และด้านขวา 10 คน ทำการทดลอง 15 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า การใช้ดนตรีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Särkämö et al. (2008) ศึกษาผลของการฟังเพลงต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองและอารมณ์ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 54 คน แบ่งเป็น 3

กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มฟังเพลง 19 คน กลุ่มฟังเสียงอ่านหนังสือ 19 คน และกลุ่มควบคุม 17 คน โดยกลุ่มฟังเพลงและกลุ่มฟังเสียงอ่านหนังสือจะได้รับเครื่องเล่นเพลง และเสียงอ่านหนังสือที่ชอบ โดยใช้เวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมงต่อวัน เป็นระยะเวลา 2 เดือน ผลการศึกษาพบว่า การฟังเพลงสามารถเพิ่มการจดจำภาษาและมีสมาธิมากกว่ากลุ่มที่ฟังเสียงอ่านหนังสือและกลุ่มควบคุม และกลุ่มฟังเพลงมีภาวะซึมเศร้าและภาวะสับสนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม Forsblom, Laitinen, Särkämö, and Tervaniemi (2009) ศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของผลการใช้ดนตรีบำบัดของพยาบาลในคลินิก พบว่าการฟังดนตรีสามารถช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอ่อนแรงหรือมีความบกพร่องในด้านการรับรู้ โดยการฟังดนตรีช่วยให้พยาบาลเข้าใจความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย ช่วยสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลควรมีการให้ความรู้ต่อสหวิชาชีพเกี่ยวกับการนำกิจกรรมดนตรีบำบัดมาใช้ในการรักษาอาการ เช่น อาการปวด และภาวะซึมเศร้า

Altenmüller et al. (2009) ศึกษาการปรับปรุงระบบประสาทในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวโดยการใช้นวัตกรรมบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 32 คน ระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยใช้เครื่องดนตรีคือ เปียโนและกลองไฟฟ้า ผลการศึกษาพบว่า การใช้ดนตรีบำบัดสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Kim et al. (2011) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่ออารมณ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 6 เดือน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน โดยให้กลุ่มทดลองได้ทำกิจกรรมดนตรีบำบัด เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าดนตรีบำบัดสามารถลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

Jun et al. (2013) ศึกษาผลของการบำบัดการเคลื่อนไหวและจิตใจโดยใช้นวัตกรรมบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอัมพาตครึ่งซีก ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 2 สัปดาห์ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยให้กลุ่มทดลองใช้นวัตกรรมประกอบการเคลื่อนไหวบนรถเข็นผู้ป่วย (wheelchair) ใช้เวลา 60 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง นาน 8 สัปดาห์ ลักษณะของดนตรีบำบัดจะใช้นวัตกรรมที่มีจังหวะสงบ เป็นเพลงที่ผู้ป่วยเลือกเอง จำนวน 8 เพลงที่มีลักษณะจังหวะที่แตกต่างกัน โดยมีการใช้เครื่องดนตรี เช่น กลองเล็ก ลูกแซค เคาะจังหวะตามดนตรี ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดการเคลื่อนไหวและจิตใจโดยใช้นวัตกรรมช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการเคลื่อนไหว เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ช่วยเสริมสร้างอารมณ์ และลดภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบกพร่องทางการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสมรรถภาพที่รวดเร็วและเหมาะสม

เป็นกระบวนการที่ทำให้มีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจ สังคม ของบุคคลนั้น ใเอื้ออำนวย สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัยและยืนยาว เพื่อดำรงตนอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข (Jun et al., 2013) การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการดูแลรักษาแบบองค์รวม (กมลทิพย์ หาญ ผดุงกิจ, 2547) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าดนตรีบำบัดเป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่ช่วยในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากดนตรีบำบัดสามารถช่วยให้สมองมีการฟื้นตัว ช่วยพัฒนาระบบประสาท (Särkämö et al., 2008) พัฒนาทักษะการเคลื่อนไหว การสื่อสาร การใช้ภาษา เสริมสร้างพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Jeong & Kim, 2007; D. S. Kim et al., 2011; Prassas, Thaut, McIntosh, & Rice, 1997)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมทางการพยาบาลในการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเลือกใช้แนวคิดดนตรีของ Jun et al. (2013) มาปรับปรุงให้เกิดความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยกำหนดให้มีการจัดกิจกรรมทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคล ได้แก่ 1) การเล่นเครื่องดนตรี (playing musical instruments) หรือใช้เครื่องดนตรีในการประกอบกิจกรรม โดยเคลื่อนไหวร่างกายประกอบจังหวะเพลง ที่มีจังหวะไม่ซ้ำจนเกินไป จากนั้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายตามจังหวะเพลง หรือใช้เครื่องดนตรีเคาะตามจังหวะเพลง เพื่อเพิ่มทักษะการเคลื่อนไหวร่างกาย เสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย พัฒนาด้านอารมณ์และจิตใจ เสริมสร้างความมั่นใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง และสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล 2) การฟังเพลง (music listening) เพื่อการผ่อนคลายด้วยเสียงเพื่อการบำบัด โดยการเปิดเพลงที่ผู้ป่วยชอบให้ผู้ป่วยฟัง จะช่วยทำให้รู้สึกผ่อนคลาย สดชื่น และสนุกสนาน

## 6.กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้า ของ Jun, Roh, and Kim (2013)

**1.การรวบรวมข้อมูลและการประเมิน** ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ ข้อมูลด้านสังคมวัฒนธรรม การประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะซึมเศร้า ดนตรีที่ชอบ ความถนัดในการเล่นเครื่องดนตรี

**2.ขั้นตอนการวางแผนกิจกรรม** ได้แก่ วิเคราะห์และวางแผนการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีให้สอดคล้องกับการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ โดยผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดดนตรีบำบัดของ Jun et al. (2013) เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า การฟื้นฟูด้านการเคลื่อนไหวและจิตใจโดยการใช้ดนตรีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการเคลื่อนไหว เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ช่วยเสริมสร้างอารมณ์ และลดภาวะซึมเศร้าได้

**3.ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม** ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดดนตรีบำบัดของ Jun et al. (2013) โดยใช้ระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ แบ่งเป็น 2 กิจกรรม ดังนี้

1) การเล่นเครื่องดนตรี (playing musical instruments) หรือใช้เครื่องดนตรีในการประกอบกิจกรรม โดยเคลื่อนไหวร่างกายประกอบจังหวะเพลงที่มีจังหวะไม่ซ้ำจนเกินไป จากนั้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายตามจังหวะเพลง หรือใช้เครื่องดนตรีเคาะตามจังหวะเพลง เพื่อเพิ่มทักษะการเคลื่อนไหวร่างกาย เสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย พัฒนาด้านอารมณ์และจิตใจ เสริมสร้างความมั่นใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง และสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลใช้เวลา 60 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

2) การฟังเพลง (music listening) เป็นการจัดกิจกรรมดนตรีพาเพลินเพื่อการผ่อนคลายด้วยเสียงเพื่อการบำบัด โดยการเปิดเพลงที่ผู้ป่วยชอบให้ผู้ป่วยฟัง จะช่วยทำให้รู้สึกผ่อนคลาย สดชื่น และสนุกสนาน โดยผู้ป่วยจะต้องเปิดฟังอย่างน้อยวันละอย่างน้อย 1 ครั้ง เวลาใดก็ได้ โดยให้ญาติหรือผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือ เช่น การจัดสภาพแวดล้อม ให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก หลีกเลี่ยงสิ่งรบกวน เป็นต้น

**4.การประเมินผลกิจกรรม** ทำการประเมินผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้า

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ภาวะซึมเศร้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest posttest control group design) โดยมีแบบแผนการวิจัยดังต่อไปนี้

	กลุ่มทดลอง	O <sub>1</sub> O <sub>2</sub>	×	O <sub>3</sub> O <sub>4</sub>	
	กลุ่มควบคุม	O <sub>5</sub> O <sub>6</sub>		O <sub>7</sub> O <sub>8</sub>	
X	หมายถึง	โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี			
O <sub>1</sub>	หมายถึง	ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี			
O <sub>2</sub>	หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี			
O <sub>3</sub>	หมายถึง	ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี 5 สัปดาห์			
O <sub>4</sub>	หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี 5 สัปดาห์			
O <sub>5</sub>	หมายถึง	ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ			
O <sub>6</sub>	หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ			
O <sub>7</sub>	หมายถึง	ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ 5 สัปดาห์			
O <sub>8</sub>	หมายถึง	ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ 5 สัปดาห์			

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และหอผู้ป่วยในแผนกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา ระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ.2559 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ.2560 จำนวน 44 คน

## การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลอง เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าโค้งปกติ (Normality) ซึ่งมีผลต่ออำนาจทดสอบทำให้อำนาจทดสอบเพิ่มขึ้น และส่งผลต่อค่าความแปรปรวน ทำให้ค่าความแปรปรวนลดลง ดังนั้นค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด (Burns & Grove, 2005) ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการเปิดตารางวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ที่ระดับนัยสำคัญ .05 มีอำนาจทดสอบ .80 ขนาดอิทธิพลของประชากรขนาดกลางที่ 0.55 หลังจากนั้นนำมาหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป Master table statistical power table ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน (Burns & Grove, 2005) ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน

## กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. อายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) มีระดับความรู้สึกตัว มากกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนน (ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Glasgow Coma Scale ของสถาบันประสาทวิทยา, 2550 ในด้านการลืมตา การตอบสนองด้วยการพูด การตอบสนองด้วยการเคลื่อนไหว การแปลผล คะแนนสูงสุด 15 คะแนน ซึ่งหมายถึง ภาวะรู้สติดี และค่าคะแนนต่ำสุด 3 คะแนน ซึ่งหมายถึงภาวะหมดสติ ไม่รู้สึกตัว)
3. ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก ซีกซ้ายหรือซีกขวา มีกำลังกล้ามเนื้อ (motor power) น้อยกว่าหรือเท่ากับเกรด 4
4. ไม่มีความผิดปกติของแขนขาที่เป็นอุปสรรคต่อการฝึกกิจกรรม เช่น อาการปวด เกร็ง กระตุกแตกร้าว มีแผลติดเชื้ เป็นต้น

5. มีการรับรู้และสามารถสื่อความหมายได้ดี เข้าใจภาษาไทย
6. ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจหรือสายให้อาหาร
7. มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ถึงระดับปานกลาง (10-19 คะแนน) โดยได้รับการประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยมุกดา ศรียงค์ (2522, อ้างอิงในลัดดา แสนสีหา, 2536)
8. ไม่ได้รับประทานยาต้านภาวะซึมเศร้า (antidepressant)
9. มีผู้ดูแลหลักอย่างน้อย 1 คน
10. ยินยอมและลงนามเข้าร่วมวิจัย

**เกณฑ์การคัดเลือกรวมตัวออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)** คือ เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงก่อนหรือขณะเข้าร่วมการวิจัย เช่น มีการกลับเป็นซ้ำของโรคขณะร่วมวิจัย ภาวะช็อค การติดเชื้อในระบบต่างๆในร่างกาย มีอาการหอบเหนื่อย สัญญาณชีพผิดปกติ หรือต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเกินกว่า 100 ครั้งต่อนาที เป็นต้น

#### **การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและผู้ดูแล**

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวางแผนดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่เห็นชอบจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ต่อคณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร เพื่อพิจารณาทางด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ให้สามารถดำเนินการวิจัยในสถาบันประสาทวิทยา ตามเอกสารเลขที่ 046/2559 หมายเลขโครงการวิจัย 59058 ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างเริ่มจากการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการให้การพยาบาล หรือการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แต่ถ้าขณะทำการเก็บ กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น มีการกลับเป็นซ้ำของโรค ภาวะช็อค การติดเชื้อในระบบต่างๆในร่างกาย มีอาการหอบเหนื่อย สัญญาณชีพผิดปกติ หรือต้องใส่เครื่องช่วยหายใจใหม่ เป็นต้น ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนการวิจัยจะเสร็จสิ้นลง โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลทั้งในปัจจุบันและอนาคต ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม



## ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา เพื่อขอชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยาแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลและประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หัวหน้าหอผู้ป่วยในประสาทวิทยา และหอผู้ป่วยนอก เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และหอผู้ป่วยในประสาทวิทยา ตามขั้นตอนดังนี้

3.1.1 คัดเลือกรายชื่อจากเวชระเบียน ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 18-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีอาการอ่อนแรงแขนและขามาแล้ว 3-4 วัน

3.1.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ผู้วิจัยแนะนำตนเองพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยก่อนตอบแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อ และประเมินภาวะซึมเศร้า

3.1.3 เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contaminate) ของผลการวิจัยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 22 คนและจำหน่ายกลับบ้านแล้วทั้งหมด จึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองอีก 22 คน แต่ระหว่างการเก็บข้อมูลพบว่าผู้ป่วยได้มีการย้ายการรักษาไปโรงพยาบาลใกล้บ้านจำนวน 5 คน และขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องจำนวน 2 คน ผู้วิจัยจึงเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม โดยมีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่ออกไปทุกประการ สรุปจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองจำนวน 51 คน

3.2 ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกันมากที่สุด (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัย (Ouimet, Primeau, & Cole, 2001) ในด้านอายุ เพศ ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และระดับภาวะซึมเศร้า มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.2.1 อายุ กำหนดให้ผู้ป่วยมีความแตกต่างของอายุไม่เกิน 5 ปี เนื่องจากการศึกษาของ วิษณุ กัมทรทิพย์ (2547) พบว่าอายุที่มากขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายต่ำกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า อีกทั้งยังส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากอายุที่มากขึ้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมองที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า (Unalan et al., 2008)

3.2.2 เพศ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเพศชายเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง ซึ่งย่อมมีผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย เกิดภาวะพึ่งพา ผู้ป่วยเพศหญิงบางรายมีชีวิตรอยู่เพียงลำพัง หรือได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำจึงนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Paradiso & Robinson, 2006; Zhang, Pan, Wang, & Zhao, 2013)

3.2.3 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยบางรายอาจจะเคลื่อนไหวได้ดีแต่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ หรือผู้ป่วยบางรายอาจจะเคลื่อนไหวได้ไม่ดี แต่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากกว่า (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และ พรชัย สติธิปัญญา, 2548) ซึ่งในงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของสถาบันประสาทวิทยา (2554) ประกอบด้วยกิจกรรม 10 อย่าง ได้แก่ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การทำความสะอาดร่างกาย (การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด) การใช้ห้องสุขา การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายจากเตียงไปที่รถเข็นรวมถึงการลุกนั่งบนเตียง การเคลื่อนไหวร่างกายในแนวราบ เช่น การเดิน การแต่งตัวรวมทั้งการผูกกรองเท้า การขึ้นลงบันได และการอาบน้ำ

โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนคือ 0, 5, 10 และ 15 และมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน คือ

คะแนน 0-20	หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยมาก
คะแนน 25-45	หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย
คะแนน 50-70	หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง
คะแนน 75-95	หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก
คะแนน 100	หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากที่สุด

3.2.4 ภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการบำบัดภาวะซึมเศร้ามีหลายรูปแบบ แตกต่างกันไป ตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น และตามความเหมาะสมกับสภาพของแต่ละบุคคล (สายฝน เอกวรังกูร, 2554) ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่ในการทดลองมีระดับ

ภาวะซึมเศร้าในระดับเดียวกัน คือ ระดับเล็กน้อย และระดับปานกลาง โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522, อ้างอิงในลัดดา แสนสีหา, 2536) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ โดยในแต่ละข้อคำถามจะแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อหลัง เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย โดยแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ คือ

0 – 9	หมายถึง	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
10 – 15	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย
16 – 19	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
20 – 29	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก
30 – 63	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การจับทีละคู่ (match pair) โดยให้มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด (ดังตารางที่ 2)

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแล โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง (n=22)		รวม (n=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	18	81.8	18	81.8	36	81.8
หญิง	4	18.2	4	18.2	8	18.2
<b>อายุ (ปี) <math>\bar{x}</math>=51.41, SD=8.30</b>						
50-59	14	63.6	15	68.2	29	65.9
40-49	6	27.3	4	18.2	10	22.7
30-39	2	9.1	3	13.6	5	11.4
<b>ศาสนา</b>						
พุทธ	22	100	22	100	44	100
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	5	22.7	3	13.6	8	18.2
สมรส	15	68.2	13	81.8	33	75.0
หม้าย/หย่า	2	9.1	1	4.5	3	6.8
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้ศึกษา	1	4.5	-	-	1	2.3
ประถมศึกษา	6	27.3	4	18.2	10	22.7
มัธยมศึกษา/ปวช.	8	36.4	15	68.2	23	52.3
ปริญญาตรี	7	31.8	3	13.6	10	22.7
<b>อาชีพ</b>						
รับจ้าง	13	59.1	14	63.6	27	61.4
ค้าขาย	-	-	1	4.5	1	2.3
ข้าราชการ	4	18.2	5	22.7	9	20.5
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	5	22.7	2	9.1	7	15.9

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง (n=22)		รวม (n=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>รายได้ (ต่อเดือน)</b>						
น้อยกว่า 10,000	7	31.8	-	-	7	15.9
10,001-15,000	10	45.5	13	59.1	23	52.3
15,001-20,000	5	22.7	8	36.4	13	29.5
มากกว่า 20,000	-	-	1	4.5	1	2.3
<b>ผู้ดูแล</b>						
สามี/ภรรยา	5	22.7	10	45.5	15	34.1
บุตร	5	22.7	5	22.7	10	22.7
อื่นๆ	12	54.5	7	31.8	19	11.4
<b>โรคประจำตัว</b>						
มี	13	59.1	15	68.2	28	63.6
ไม่มี	5	22.7	6	27.3	11	25.0
ไม่เคยตรวจ	4	18.2	1	4.5	5	11.4
<b>สูบบุหรี่</b>						
สูบ	14	63.6	13	59.1	27	63.6
ไม่สูบ	8	36.4	9	40.9	17	38.4
<b>ดื่มสุรา</b>						
ดื่ม	15	68.2	16	72.7	31	70.5
ไม่ดื่ม	7	31.8	6	27.3	13	29.5

**ตารางที่ 2** คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ (match pair) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้าน เพศ อายุ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะซึมเศร้า

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n=22)				กลุ่มทดลอง (n=22)			
	เพศ	อายุ	ADL	ภาวะซึมเศร้า	เพศ	อายุ	ADL	ภาวะซึมเศร้า
คู่ที่ 1	ชาย	59	75	10	ชาย	59	75	12
คู่ที่ 2	ชาย	59	70	10	ชาย	57	65	13
คู่ที่ 3	ชาย	57	75	10	ชาย	54	75	12
คู่ที่ 4	หญิง	59	65	13	หญิง	59	65	13
คู่ที่ 5	ชาย	58	80	10	ชาย	59	80	10
คู่ที่ 6	ชาย	56	65	17	ชาย	57	70	17
คู่ที่ 7	ชาย	55	70	11	ชาย	57	70	11
คู่ที่ 8	ชาย	53	55	13	ชาย	49	55	13
คู่ที่ 9	ชาย	53	70	12	ชาย	53	70	12
คู่ที่ 10	หญิง	53	70	11	หญิง	50	70	11
คู่ที่ 11	ชาย	49	70	11	ชาย	48	70	11
คู่ที่ 12	หญิง	48	75	13	หญิง	50	75	13
คู่ที่ 13	ชาย	46	70	10	ชาย	50	70	10
คู่ที่ 14	ชาย	43	85	13	ชาย	41	85	13
คู่ที่ 15	ชาย	41	70	14	ชาย	42	70	14
คู่ที่ 16	ชาย	40	70	12	ชาย	37	70	12
คู่ที่ 17	ชาย	35	85	13	ชาย	35	85	13
คู่ที่ 18	ชาย	35	80	10	ชาย	35	80	10
คู่ที่ 19	ชาย	59	80	10	ชาย	59	80	10
คู่ที่ 20	ชาย	56	70	10	ชาย	59	70	10
คู่ที่ 21	ชาย	59	80	10	ชาย	58	80	10
คู่ที่ 22	หญิง	56	75	15	หญิง	57	75	15

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแลหลัก ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา ประวัติการเจ็บป่วย ค่าคะแนน Glasgow Coma Scale, Motor power ของวันแรกที่เข้ารับไว้ในโรงพยาบาล ค่าคะแนน Glasgow Coma Scale, Motor power ของวันแรกที่เข้ารับไว้ศึกษา ค่าคะแนน Glasgow Coma Scale, Motor power ของวันสุดท้ายของการศึกษา (เมื่อครบ 6 สัปดาห์) การวินิจฉัยโรค ประเมินแนวเพลงและเครื่องดนตรีที่ชอบและคุ้นเคย โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่าง และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 10 นาที

2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินจากการสังเกต การซักถามผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยใช้ดัชนีบาร์เทล (The Barthel's index of activities of daily living) (สถาบันประสาทวิทยา, 2554) ประกอบด้วยกิจกรรม 10 อย่าง ได้แก่ การควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การทำความสะอาดร่างกาย (การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด) การใช้ห้องสุขา การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายจากเตียงไปที่รถเข็นรวมถึงการลุกนั่งบนเตียง การเคลื่อนไหวร่างกายในแนวราบ เช่น การเดิน การแต่งตัวรวมทั้งการผูกรองเท้า การขึ้นลงบันได และการอาบน้ำ

โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนคือ 0, 5, 10 และ 15 และมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน คือ

คะแนน 0-20 หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยมาก

คะแนน 25-45 หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย

คะแนน 50-70 หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง

คะแนน 75-95 หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก

คะแนน 100 หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากที่สุด

โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 10 นาที

3. เครื่องมือโกนิโอมิเตอร์ (Goniometer) เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวัดความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อ อ่านค่าหน่วยเป็นองศา ทำด้วยวัสดุที่เป็นพลาสติก การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือโกนิโอมิเตอร์ของสถาบันประสาทวิทยา ในการวัดความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อ (range of motion: ROM) ทำการวัดมุมการเคลื่อนไหวของข้อ 3 ครั้ง โดยการเคลื่อนไหวอย่างช้าๆเพื่อป้องกัน

ภาวะการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ แล้วเลือกค่ามุมการเคลื่อนไหวที่มากที่สุด เพื่อนำมาประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อ

4. แบบบันทึกความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อ เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อบันทึกค่าองศาที่ได้จากการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

5. แบบประเมินภาวะซีมีเศร่าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522, อ้างอิงในลัดดา แสนสีหา, 2536) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ โดยในแต่ละข้อคำถามจะแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อหลัง เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย โดยแบ่งระดับภาวะซีมีเศร่าออกเป็น 5 ระดับ คือ

0 – 9	หมายถึง	ไม่มีภาวะซีมีเศร่า
10 – 15	หมายถึง	มีภาวะซีมีเศร่าระดับเล็กน้อย
16 – 19	หมายถึง	มีภาวะซีมีเศร่าระดับปานกลาง
20 – 29	หมายถึง	มีภาวะซีมีเศร่าระดับมาก
30 – 63	หมายถึง	มีภาวะซีมีเศร่าระดับรุนแรง

โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 10 นาที

**ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง** คือ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซีมีเศร่าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ มีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมและดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยต่างๆทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวกับ ดนตรี ดนตรีบำบัด ดนตรีกับโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย และภาวะซีมีเศร่า

2. นำเนื้อหาที่สำคัญที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดมาวิเคราะห์ และสร้างโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซีมีเศร่า ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมการใช้กิจกรรมดนตรีของ Jun et al. (2013)

3. สร้างสื่อที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่

3.1 การจัดทำคู่มือโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซีมีเศร่า ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค



ตลอดเลื่อดสมอง 2) เนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และประโยชน์ของกิจกรรมดนตรีบำบัด วิธีการจัดกิจกรรม แบบบันทึกกิจกรรมดนตรีขยับกาย และแบบบันทึกกิจกรรมดนตรีพาเพลิน

3.2 แผนกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้า

3.3 เครื่องดนตรี ได้แก่ กลองเล็ก ลูกแซก แทมบูริน เป็นต้น

3.4 เครื่องเล่นเพลงที่บรรจเพลงทั้งลูกกรุง ลูกทุ่ง สตริง สากล เพื่อชีวิต และวิทยุ FM พร้อมหูฟัง

3.5 ไฟล์เพลง MP3 ที่เหมาะสมต่อการนำมาใช้ในกิจกรรม โดยเป็นเพลงที่ผู้ป่วยแต่ละคนเลือกเอง

**ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง** แบบบันทึกการทำกิจกรรม (อยู่ด้านในคู่มือ) สำหรับให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกจำนวนครั้งในการฟังเพลงและเล่นเครื่องดนตรีด้วยตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติตามที่กำหนด

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำคู่มือและแผนกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ดังนี้

แพทย์เฉพาะทางผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมประสาท	จำนวน 1 คน
แพทย์เฉพาะทางผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู	จำนวน 1 คน
อาจารย์พยาบาลผู้อำนวยการพิเศษด้านโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน 1 คน
อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านดนตรีบำบัด	จำนวน 1 คน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน 1 คน

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับเนื้อหาส่วนที่ต้องแก้ไข เพื่อให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นการแก้ไข ดังนี้

คู่มือโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าสำหรับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล คณะผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าควรปรับปรุงภาษาให้มีความชัดเจนและเหมาะสม อ่านเข้าใจง่าย ให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ปรับภาพประกอบให้เหมาะสมกับเนื้อหาจะทำให้เห็นภาพได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น ปรับรูปแบบและรูปเล่มให้

น่าสนใจยิ่งขึ้น และได้ให้ข้อเสนอแนะในการทำกิจกรรมดังนี้ ควรมีการระบุลักษณะการเคลื่อนไหวให้ชัดเจนและในแต่ละขั้นตอนควรระบุเวลาให้ชัดเจน ควรเพิ่มกิจกรรมการเดินหรือการเดินเป็นวงกลม ไม่ควรกำหนดเพลงให้กลุ่มตัวอย่างเลือก ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพลงเองตามที่ชอบ

จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index, CVI) ค่าที่ยอมรับได้อยู่ในระดับดี คือ เท่ากับหรือมากกว่า 0.80 โดยการคำนวณจากการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามศัพท์ และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ (Polit, Beck, & Owen, 2007) ดังนี้

- |   |         |  |
|---|---------|--|
| 1 | หมายถึง | ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยามศัพท์   |
| 2 | หมายถึง | ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ |
| 3 | หมายถึง | ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ |
| 4 | หมายถึง | ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์  |

โดยใช้สูตรในการคำนวณ คือ

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3-4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ได้ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ 0.80 แสดงว่าคู่มือและแผนกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่มีค่าที่ยอมรับได้อยู่ในระดับดี

หลังจากปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับเนื้อหาส่วนที่ต้องแก้ไขแล้ว และผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ผู้วิจัยนำคู่มือและแผนกิจกรรมโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน คือ

1. อายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) มีระดับความรู้สึกตัว มากกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนน (ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Glasgow Coma Scale ของสถาบันประสาทวิทยา, 2550 ในด้านการลืมตา การตอบสนองด้วยการพูด การตอบสนองด้วยการเคลื่อนไหว การแปลผล คะแนนสูงสุด 15 คะแนน ซึ่งหมายถึง ภาวะรู้สึกตัว และค่าคะแนนต่ำสุด 3 คะแนน ซึ่งหมายถึงภาวะหมดสติ ไม่รู้สึกตัว)

3. ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก ซีกซ้ายหรือซีกขวา มีกำลังกล้ามเนื้อ (motor power) น้อยกว่าหรือเท่ากับเกรด 4
4. ไม่มีความผิดปกติของแขนขา เช่น อาการปวด เกร็ง กระตุกแตกร้าว มีแผลติดเชื้อ เป็นต้น
5. มีการรับรู้และสามารถสื่อความหมายได้ดี เข้าใจภาษาไทย
6. ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจหรือสายให้อาหาร
7. ไม่ได้รับประทานยาต้านภาวะซึมเศร้า (antidepressant)
8. มีผู้ดูแลหลักอย่างน้อย 1 คน

ณ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และหอผู้ป่วยในแผนกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา เพื่อดูความเป็นไปได้ก่อนนำไปใช้จริง ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากทดลองใช้แล้วพบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจในกิจกรรมได้ดี แต่ต้องมีการอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับกิจกรรมดนตรีช่วย ภาย เพราะผู้ป่วยบางรายไม่สามารถใช้อุปกรณ์เครื่องดนตรีได้ ผู้วิจัยจึงได้ให้ผู้ป่วยใช้มือด้านที่ช่วย ในการทำกิจกรรม และบางรายไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามจังหวะดนตรี ผู้วิจัยจึงแนะนำให้ ผู้ป่วยเลือกเพลงที่มีจังหวะเหมาะสมกับผู้ป่วยประกอบการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความสนใจ และร่วมมือในการทำกิจกรรมดี

**2. การตรวจหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)** ผู้วิจัยได้นำแบบประเมิน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (สถาบันประสาทวิทยา, 2550) และแบบประเมินภาวะ ซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522, อ้างอิงในลัดดา แสนสีหา, 2536) ไปใช้จริงกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่ม ตัวอย่างของงานวิจัย คือ

1. อายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก ไม่ได้รับยาละลายลิ่ม เลือด (rt-PA) มีระดับความรู้สึกตัว มากกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนน (ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Glasgow Coma Scale ของสถาบันประสาทวิทยา, 2550 ในด้านการลืมตา การตอบสนองด้วยการ พุด การตอบสนองด้วยการเคลื่อนไหว การแปลผล คะแนนสูงสุด 15 คะแนน ซึ่งหมายถึง ภาวะรู้สติดี และค่าคะแนนต่ำสุด 3 คะแนน ซึ่งหมายถึงภาวะหมดสติ ไม่รู้สึกตัว)
3. ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก ซีกซ้ายหรือซีกขวา มีกำลังกล้ามเนื้อ (motor power) น้อยกว่าหรือเท่ากับเกรด 4
4. ไม่มีความผิดปกติของแขนขา เช่น อาการปวด เกร็ง กระตุกแตกร้าว มีแผลติดเชื้อ เป็นต้น
5. มีการรับรู้และสามารถสื่อความหมายได้ดี เข้าใจภาษาไทย

6. ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจหรือสายให้อาหาร
7. ไม่ได้รับประทานยาต้านภาวะซึมเศร้า (antidepressant)
8. มีผู้ดูแลหลักอย่างน้อย 1 คน

ณ หอผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 30 คน (try out) จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้ (DeVellis, 2011)

ค่าแอลฟา	.65-.70	ยอมรับได้ในระดับต่ำ
ค่าแอลฟา	.70-.80	ยอมรับได้
ค่าแอลฟา	.80-.90	ยอมรับได้ในระดับดีมาก
ค่าแอลฟา	>.90	ข้อคำถามอาจมีความซ้ำซ้อนกันต้องพิจารณาตัด

ออก

ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (สถาบันประสาทวิทยา, 2550) และค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522, อ้างอิงในลัดดา แสนสีหา, 2536) เท่ากับ .75

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองด้วยตนเอง โดยมีผู้ช่วยวิจัย 1 คน ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินองศาการเคลื่อนไหวของข้อ ประเมินภาวะซึมเศร้า และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นการประเมินผล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### 1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมโดยการศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายเพื่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ และการบำบัดทางการพยาบาลโดยการใช้กิจกรรมดนตรี เตรียมตัวผู้วิจัยให้มีความรู้และความชำนาญในการทำกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีเพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1.1.1 ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งทางด้านกายภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดนตรี กิจกรรมดนตรีบำบัด เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ก่อนนำไปปฏิบัติจริง

1.1.2 ผู้วิจัยได้ไปศึกษาเพิ่มเติมกับอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านกิจกรรมดนตรี มหาวิทยาลัยมหิดล จนเกิดความมั่นใจและความเชี่ยวชาญก่อนนำไปปฏิบัติจริง

1.1.3 ผู้วิจัยทบทวนเกี่ยวกับการใช้เครื่องโกลิโอมิเตอร์ในการวัดการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ และเรียนวิธีการใช้เครื่องโกลิโอมิเตอร์กับแพทย์เฉพาะทางผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย

1.2 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ผู้ช่วยวิจัยเรียนวิธีการใช้เครื่องโกลิโอมิเตอร์กับแพทย์เฉพาะทางผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูด้วยเช่นกัน โดยจะให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้วัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นแบบประเมินที่สถาบันประสาทวิทยาได้ใช้อยู่เป็นประจำ และการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) โดยจะประเมินในสัปดาห์ที่ 6 หลังเสร็จสิ้นการวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยไม่ทราบว่าการวัดอยู่ภายในกลุ่มทดลองหรือควบคุม

1.3 การเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล เครื่องมือโกลิโอมิเตอร์ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินความสามารถการเคลื่อนไหวของข้อ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967)

1.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย คู่มือโปรแกรมแผนการสอน เครื่องเล่นเพลงที่บรรจุเพลงทั้งลูกกรุง ลูกทุ่ง สตริง สากล เพื่อชีวิต และวิทยุ FM พร้อมหูฟัง เครื่องดนตรี ได้แก่ กลองเล็ก แทมบูริน ลูกแซก เป็นต้น และแบบบันทึกการทำกิจกรรม

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

### กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่และผู้ดูแล ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อของผู้ป่วยโดยวัดมุมของข้อต่างๆ โดยใช้เครื่องมือโกลิโอมิเตอร์ในการวัดมุม ได้แก่ ท่าอไหล่ ท่าเหยียดไหล่ ท่าอข้อศอก ท่าเหยียดข้อศอก

ท่างอข้อมือ ท่าเหยียดข้อมือ ท่าเหยียดเข่า ท่างอเข่า และท่าเหยียดสะโพก ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนการทำกิจกรรม

#### สัปดาห์ที่ 1-5

กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันประสาทวิทยา

#### สัปดาห์ที่ 6

ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมอีกครั้ง เพื่อประเมินการเคลื่อนไหวของร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และประเมินภาวะซึมเศร้า

ภายหลังสิ้นสุดการวิจัยผู้วิจัยจะแนะนำโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าให้กับผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยสนใจผู้วิจัยจะมอบเอกสารคู่มือโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าให้ทั้งหมด พร้อมอธิบายรายละเอียดต่างๆของโปรแกรมแก่กลุ่มตัวอย่าง เช่นเดียวกับการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง

#### กลุ่มทดลอง

##### สัปดาห์ที่ 1-5

1. กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้า เป็นระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ โดยในแต่ละครั้งของการทำกิจกรรมจะมีทั้งแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล เนื่องจากความพร้อมในการร่วมทำกิจกรรมของผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่พร้อมกัน ประกอบด้วย

1.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่และผู้ดูแล ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย มีการแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลยังมีความสงสัย ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง อาการ อาการแสดง การฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหลอดเลือดสมอง การกลับเป็นซ้ำของโรค และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จากนั้นผู้วิจัยประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อของผู้ป่วยโดยวัดมุมของข้อต่างๆ โดยใช้เครื่องมือโกนิโอมิเตอร์ในการวัดมุม ได้แก่ ท่างอไหล่ ท่าเหยียดไหล่ ท่างอข้อศอก ท่าเหยียดข้อศอก ท่างอข้อมือ ท่าเหยียดข้อมือ ท่าเหยียดเข่า ท่างอเข่า และท่าเหยียดสะโพก ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนการทำกิจกรรม

## 1.2 กิจกรรมดนตรี ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

1) ดนตรีขยับกาย เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย การเคลื่อนไหวหัวไหล่ ข้อศอก ข้อมือ ข้อสะโพก และข้อเข่า ใช้เวลา 45 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยผู้วิจัยจะมีการสาธิต ฝึกทักษะการทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล ตั้งแต่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อที่ว่าหลังจากการจำหน่ายกลับบ้านแล้วทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง มีความมั่นใจในการทำกิจกรรม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1) การอบอุ่นร่างกาย (Warm-up) ให้ผู้ป่วยได้มีการคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการกำหนดลมหายใจเข้าออกช้าๆ ก่อนการทำกิจกรรม ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 5 นาที โดยขณะที่ทำการอบอุ่นร่างกายจะมีการเปิดดนตรีบรรเลงที่มีทำนองช้า สงบ ผ่อนคลาย หรือในกรณี ที่ผู้ป่วยกลับไปทำกิจกรรมที่บ้าน อาจเป็นการนั่งสมาธิกำหนดลมหายใจเข้าออกในสถานที่สงบ เงียบเพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย

1.2) กิจกรรมดนตรีพาเพลิน ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 30 นาที มีรายละเอียดดังนี้

- จัดให้ผู้ป่วยนั่งเก้าอี้ไม่มีที่วางแขนหรือรถเข็น ในกรณีที่ผู้ป่วยอ่อนแรงน้อยกว่าเกรด 4 สามารถใช้แขนด้านที่ช่วยในการทำกิจกรรมได้

- ผู้วิจัยจะเป็นผู้กำกับจังหวะโดยการใช้อุปกรณ์ เช่น กลอง แพนบูริน เป็นต้น โดยให้ผู้ป่วยถือลูกแซกเขย่าไปตามจังหวะการเคลื่อนไหว ซึ่งท่าทางในการเคลื่อนไหวตามจังหวะ ได้แก่ การยก แขนขึ้นลงเหนือศีรษะ การยกแขนขึ้นลงข้างลำตัว การงอแขนเข้าออก การกระดกข้อมือ การเดิน การงอเข้าออก โดยจังหวะของดนตรีจะเริ่มจากช้าไปเร็ว ตามความพร้อมของผู้ป่วย หรือกรณีที่ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีพอสมควร อาจจะมีการเปิดเพลงที่ผู้ป่วยชอบให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวตาม เพลงนั้นๆ โดยผู้วิจัยจะฝึกทักษะ

1.3) การคลายกล้ามเนื้อ (Cool down) ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกช้าๆ มีการเปิดดนตรีบรรเลงที่มีทำนองช้า สงบ ผ่อนคลาย จากนั้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกที่มีต่อการทำกิจกรรมในวันนั้นๆ ปัญหาที่พบและการแก้ไข เป็นต้น หลังจากที่ทำกิจกรรม 10 นาที และผู้วิจัยนัดหมายผู้ป่วยในครั้งต่อไป

ในกรณีที่ผู้ป่วยรักษาตัวในสถาบันประสาทวิทยาไม่ครบ 5 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยไปทำกิจกรรมที่บ้าน โดยในการฝึกกิจกรรมแต่ละครั้งขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจะมีผู้ดูแลอยู่ด้วยเสมอ พร้อมกับฝึกไปกับผู้ป่วย เพื่อที่กลับบ้านไปผู้ดูแลสามารถที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

2) ดนตรีพาเพลิน เป็นการจัดกิจกรรมการผ่อนคลายและลดภาวะซึมเศร้าด้วยเสียงเพลง ผู้วิจัยมอบเครื่องเล่นเพลงที่บรรจุมusic ทั้งลูกกรุง ลูกทุ่ง สตริง สากล เพื่อชีวิต และวิทยุ FM พร้อมหูฟัง โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องเปิดฟังอย่างน้อยวันละอย่างน้อย 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ และมีการจดบันทึกทุกครั้งที่ได้ฟัง โดยผู้วิจัยจะสอนการใช้เครื่องเล่นเพลงให้ผู้ป่วย และญาติจนเกิดความชำนาญในการใช้เครื่องก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน

2. แจกคู่มือโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าให้แก่กลุ่มตัวอย่างหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ในคู่มือจะแสดงรายละเอียดกิจกรรมเพื่อให้สามารถไปศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเอง รวมถึงวิธีการบันทึกการทำกิจกรรมเพื่อตรวจสอบการดำเนินกิจกรรม

3. แลกเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้สามารถติดต่อกันได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยรักษาตัวในสถาบันประสาทวิทยาไม่ครบ 5 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยไปทำกิจกรรมต่อบ้านของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยจะมีการพูดคุย เปิดโอกาสให้สอบถามถึงปัญหา อธิบายข้อสงสัย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดคุยระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ และในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยจะนัดพบกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วยจะต้องมาตรวจตามนัดที่สถาบันประสาทวิทยา) เพื่อสอบถามถึงปัญหา อธิบายข้อสงสัย ให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการฟื้นฟูสุขภาพหรือสมรรถภาพของตนเองยิ่งขึ้น และจะนัดพบผู้ป่วยเพื่อทำการประเมินผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้า ในสัปดาห์ที่ 6

#### สัปดาห์ที่ 6

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี โดยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินความสามารถการเคลื่อนไหวของข้อ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967)

### 3. ขั้นตอนการประเมินผลการวิจัย

ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ทำการประเมินผลโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 6 ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี โดยในวันที่นัดพบผู้ป่วยจะต้องมาตรวจตามแพทย์นัดอยู่แล้ว โดยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินความสามารถการเคลื่อนไหวของข้อ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967)



### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

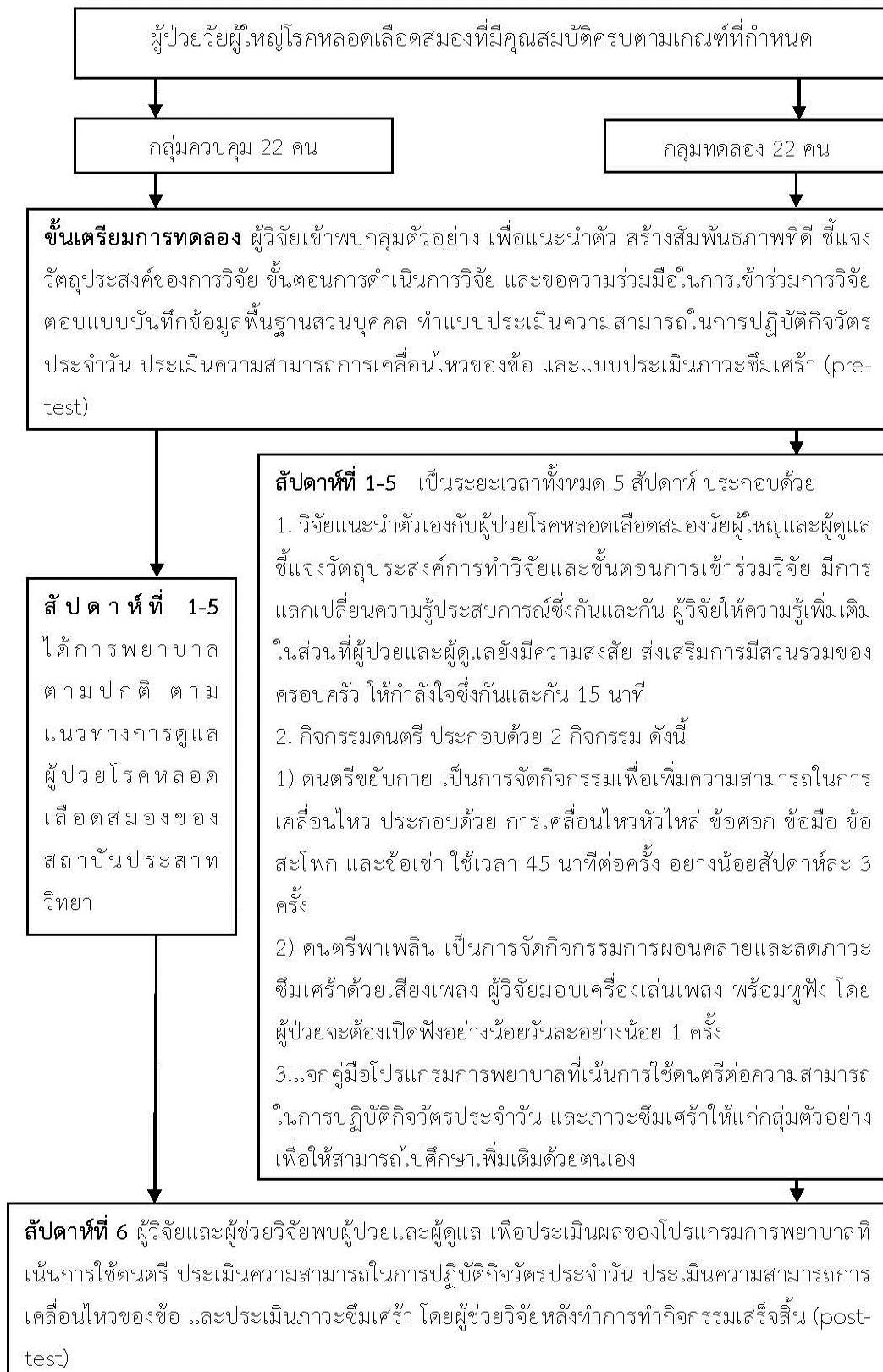
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติที (paired sample t-test)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย และภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

4. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ระดับ .05



## ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัย



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และหอผู้ป่วยในแผนกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีและระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีและระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

**ตอนที่ 1** คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

**ตอนที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ตอนที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ตอนที่ 4** คะแนนของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

**ตอนที่ 5** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ตอนที่ 6** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตารางที่ 3 จำนวนค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

คู่มือ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	75	100	75	95
2	70	95	65	95
3	75	100	75	100
4	65	90	65	95
5	80	95	80	100
6	65	100	70	100
7	70	95	70	95
8	55	95	55	95
9	70	95	70	100
10	70	95	70	95
11	70	100	70	100
12	75	95	75	95
13	70	90	70	95
14	85	95	85	100
15	70	95	70	95
16	70	90	70	100
17	85	95	85	100
18	80	100	80	100
19	80	95	80	100
20	70	100	70	100
21	80	95	80	100

ตารางที่ 3 (ต่อ)

คู่มือ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
22	75	95	75	100
$\bar{x}$	72.95	95.68	72.95	97.95
SD	7.01	3.20	7.01	2.52

จากตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีค่าเท่ากับ 72.95 ภายหลังจากการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเท่ากับ 95.68 และ 97.95 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง (n=22)	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน น้อยมาก	-	-	-	-
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน น้อย	-	-	-	-
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปานกลาง	12	-	12	-
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มาก	10	16	10	9
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มากที่สุด	6	6	6	13

จากตารางที่ 4 พบว่าก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มควบคุมมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลาง 12 คน และระดับมาก 10 คน ภายหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มควบคุมมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก 16 คน และระดับมากที่สุด 6 คน และพบว่าก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มทดลองมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลาง 12 คน และระดับมาก 10 คน ภายหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มทดลองมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก 9 คน และระดับมากที่สุด 13 คน

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติที (paired sample t-test)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
<b>กลุ่มควบคุม</b>					
ก่อนการทดลอง (n=22)	72.95	7.01	21	-15.55	0.00
หลังการทดลอง (n=22)	95.68	3.20			
<b>กลุ่มทดลอง</b>					
ก่อนการทดลอง (n=22)	72.95	7.01	21	-19.62	0.00
หลังการทดลอง (n=22)	97.95	2.52			

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 72.95 หลังได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 95.68 และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีเท่ากับ 72.95 หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีเท่ากับ 97.95 และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยแบ่งเป็นรายข้อ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	$\bar{D}$	t	p-value
1.การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ เรียบร้อยต่อหน้า	2.95	-5.51	.00
2.การลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	5	-8.78	.00
3.การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดใน ระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง ที่ผ่านมา	0.23	-1.00	.33
4.การใช้ห้องสุขา	4.32	-11.53	.00
5.การอาบน้ำ	0.45	-1.45	.16
6.การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	4.54	-10.00	.00
7.การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	2.28	-4.18	.00
8.การสวมเสื้อผ้า	3.18	-6.06	.00
9.การกลั่นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	0	0	-
10.การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	0	0	-

จากตารางที่ 6 พบว่าเมื่อนำค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในแต่ละข้อมาเปรียบเทียบกับ  
ด้วยวิธีทางสถิติ พบว่าค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมี  
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นในข้อที่ 3 การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกน  
หนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง ที่ผ่านมา และข้อที่ 5 การอาบน้ำ พบว่าก่อนและหลังที่ได้รับการ  
พยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในข้อที่ 9 การกลั่นอุจจาระ  
ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และข้อที่ 10 การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่าไม่  
สามารถหาค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองเพราะไม่มีความแตกต่างกัน



**ตารางที่ 7** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี โดยแบ่งเป็นรายข้อ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	$\bar{D}$	t	p-value
1.การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ เรียบร้อยแล้ว	2.95	-5.51	.00
2.การลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	4.54	-14.49	.00
3.การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดใน ระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง ที่ผ่านมา	0	-	-
4.การใช้ห้องสุขา	4.32	-11.53	.00
5.การอาบน้ำ	0	-	-
6.การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	5.22	-13.07	.00
7.การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	2.73	-5.02	.00
8.การสวมเสื้อผ้า	3.41	-6.07	.00
9.การกลืนอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	0	-	-
10.การกลืนปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	0	-	-

จากตารางที่ 7 พบว่าเมื่อนำค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในแต่ละข้อมาเปรียบเทียบกับ  
ด้วยวิธีทางสถิติ พบว่าค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมี  
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นในข้อที่ 3 การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกน  
หนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง ที่ผ่านมา ข้อที่ 5 การอาบน้ำ ข้อที่ 9 การกลืนอุจจาระในระยะเวลา 1  
สัปดาห์ที่ผ่านมา และข้อที่ 10 การกลืนปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่าไม่สามารถหา  
ค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองเพราะไม่มีความแตกต่างกัน

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>					
กลุ่มควบคุม (n=22)	72.95	7.01	42	.00	1.00
กลุ่มทดลอง (n=22)	72.95	7.01			
<b>หลังการทดลอง</b>					
กลุ่มควบคุม (n=22)	95.68	3.20	42	-2.62	.01
กลุ่มทดลอง (n=22)	97.95	2.52			

จากตารางที่ 8 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี เท่ากับ 72.95 และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี เท่ากับ 95.68 และ 97.95 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 9** เปรียบเทียบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อที่มีความแตกต่างกัน หลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คะแนนความสามารถในการ เคลื่อนไหวของข้อ	Pretest mean (SD)	Posttest mean (SD)	Difference mean (SD)	t	p-value
<b>1.ท่างอไหล่</b>					
กลุ่มทดลอง	145.45	170.00	24.55	2.947	.005
กลุ่มควบคุม	145.45	158.86	13.41		
<b>2.ท่าเหยียดไหล่</b>					
กลุ่มทดลอง	25.23	32.73	7.50	2.129	.039
กลุ่มควบคุม	25.00	29.55	4.55		
<b>3.ท่างอข้อศอก</b>					
กลุ่มทดลอง	126.82	138.86	12.04	4.058	.000
กลุ่มควบคุม	126.59	132.95	6.36		
<b>4.ท่างอข้อมือ</b>					
กลุ่มทดลอง	43.18	54.09	10.91	2.126	.039
กลุ่มควบคุม	42.95	48.64	5.69		
<b>5.ท่าเหยียดข้อมือ</b>					
กลุ่มทดลอง	48.64	54.55	5.91	2.639	.012
กลุ่มควบคุม	48.64	50.91	2.27		
<b>6.ท่าเหยียดเข่า</b>					
กลุ่มทดลอง	32.14	36.14	4.00	.401	.345
กลุ่มควบคุม	32.73	35.23	2.5		
<b>7.ท่างอสะโพก</b>					
กลุ่มทดลอง	110.00	125.23	15.23	1.285	.103
กลุ่มควบคุม	110.45	121.82	11.37		

จากตารางที่ 9 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อ พบว่าคะแนนความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อที่มีแตกต่างกัน มีทั้งหมด 7 ท่าการเคลื่อนไหว ได้แก่ ท่าอไหล่ ท่าเหยียดไหล่ ท่างอข้อศอก ท่างอข้อมือ ท่าเหยียดข้อมือ ท่าเหยียดเข่า และท่างอสะโพก และมีเพียง 5 ท่าการเคลื่อนไหว ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ท่าอไหล่ ท่าเหยียดไหล่ ท่างอข้อศอก ท่างอข้อมือ และท่าเหยียดข้อมือ ส่วนการเคลื่อนไหวของข้อที่ไม่มีความแตกต่างกัน คือ ท่าเหยียดข้อศอก ท่างอเข่า และท่าเหยียดสะโพก ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำมาแสดงในตาราง



ตอนที่ 4 คะแนนของภาวะซีมีเคร้าของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตารางที่ 10 จำนวน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	10	4	12	4
2	10	4	13	4
3	10	4	12	4
4	13	7	13	5
5	10	2	10	2
6	17	3	17	3
7	11	4	11	2
8	13	5	13	3
9	12	7	12	5
10	11	4	11	5
11	11	3	11	2
12	13	5	13	3
13	10	7	10	4
14	13	7	13	6
15	14	8	14	5
16	12	8	12	4
17	13	5	13	3
18	10	7	10	5
19	10	4	10	3
20	10	2	10	2

ตารางที่ 10 (ต่อ)

คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
21	10	7	10	5
22	15	5	15	5
$\bar{x}$	11.73	5.09	12.05	3.82
SD	1.96	1.88	1.84	1.22

จากตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีค่าเท่ากับ 11.73 (SD=1.96) และ 12.05 (SD=3.82) ตามลำดับ ภายหลังจากการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเท่ากับ 5.09 (SD=1.88) และ 3.82 (SD=1.22) ตามลำดับ

ตารางที่ 11 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ระดับภาวะซึมเศร้า	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง (n=22)	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	การทดลอง	การทดลอง	การทดลอง	การทดลอง
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	-	22	-	22
มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	21	-	21	-
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	1	-	1	-
มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก	-	-	-	-
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	-	-	-	-

จากตารางที่ 11 พบว่าก่อนการทดลอง มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มควบคุมมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย 21 คน และระดับปานกลาง 1 คน ภายหลังจากการทดลองไม่พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มควบคุมมีภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย 21 คน และระดับปานกลาง 1 คน ภายหลังจากการทดลองไม่พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้า

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติที (paired sample t-test)

ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
<b>กลุ่มควบคุม</b>					
ก่อนการทดลอง (n=22)	11.73	1.96	21	12.56	.00
หลังการทดลอง (n=22)	5.09	1.88			
<b>กลุ่มทดลอง</b>					
ก่อนการทดลอง (n=22)	12.05	1.84	21	19.31	.00
หลังการทดลอง (n=22)	3.82	1.22			

จากตารางที่ 12 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอยู่ในระดับเล็กน้อย ( $\bar{X}=11.73$ ) ส่วนหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอยู่ในระดับปกติ ( $\bar{X}=5.09$ ) และค่าเฉลี่ยคะแนนของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีอยู่ในระดับเล็กน้อย ( $\bar{X}=12.05$ ) ส่วนหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีอยู่ในระดับปกติ ( $\bar{X}=3.82$ ) และค่าเฉลี่ยคะแนนของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ตอนที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>					
กลุ่มควบคุม (n=22)	11.73	1.96	42	-0.56	.29
กลุ่มทดลอง (n=22)	12.05	1.84			
<b>หลังการทดลอง</b>					
กลุ่มควบคุม (n=22)	5.09	1.88	42	2.67	.006
กลุ่มทดลอง (n=22)	3.82	1.22			

จากตารางที่ 13 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง เท่ากับ 11.73 และ 12.05 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยคะแนนของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง เท่ากับ 5.09 และ 3.82 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยคะแนนของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่หลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี
4. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีมีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี
4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีมีระดับของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และหอผู้ป่วยในแผนกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา ระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ.2559 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ.2560 จำนวน 44 คน

### การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลอง เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าโค้งปกติ (Normality) ซึ่งมีผลต่ออำนาจทดสอบทำให้อำนาจทดสอบเพิ่มขึ้น และส่งผลต่อค่าความแปรปรวน ทำให้ค่าความแปรปรวนลดลง ดังนั้นค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด (Burns & Grove, 2005) ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการเปิดตารางวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ที่ระดับนัยสำคัญ .05 มีอำนาจทดสอบ .80 ขนาดอิทธิพลของประชากรขนาดกลางที่ 0.55 หลังจากนั้นนำมาหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป Master table statistical power table ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน (Burns & Grove, 2005) ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

#### ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแลหลัก ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา ประวัติการเจ็บป่วย ค่าคะแนน Glasgow Coma Scale, Motor power ของวันแรกที่เข้ารับไว้ในโรงพยาบาล ค่าคะแนน Glasgow Coma Scale, Motor power ของวันแรกที่เข้ารับไว้ศึกษา ค่าคะแนน Glasgow Coma Scale, Motor power ของวันสุดท้ายของการศึกษา (เมื่อครบ 6 สัปดาห์) การวินิจฉัยโรค ประเมินแนวเพลงและเครื่องดนตรีที่ชอบและคุ้นเคย โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่าง และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 10 นาที

2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินจากการสังเกต การซักถามผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยใช้ดัชนีบาร์เทล (The Barthel's index of activities of daily living) (สถาบันประสาทวิทยา, 2554) ประกอบด้วยกิจกรรม 10 อย่าง ได้แก่ การควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การทำความสะอาดร่างกาย (การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด) การใช้ห้องสุขา การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายจากเตียงไปที่รถเข็นรวมถึงการลุกนั่งบนเตียง การเคลื่อนไหวร่างกายในแนวราบ เช่น การเดิน การแต่งตัวรวมทั้งการผูกongเท้า การขึ้นลงบันได และการอาบน้ำ

โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนคือ 0, 5, 10 และ 15 และมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน คือ

คะแนน 0-20 หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยมาก

คะแนน 25-45 หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย

คะแนน 50-70 หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง

คะแนน 75-95 หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก

คะแนน 100 หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากที่สุด

โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 10 นาที

3. เครื่องมือโกนิโอมิเตอร์ (Goniometer) เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวัดความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อ อ่านค่าหน่วยเป็นองศา ทำด้วยวัสดุที่เป็นพลาสติก การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือโกนิโอมิเตอร์ของสถาบันประสาทวิทยา ในการวัดความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อ (range of motion: ROM) ทำการวัดมุมการเคลื่อนไหวของข้อ 3 ครั้ง โดยการเคลื่อนไหวอย่างช้าๆเพื่อป้องกันภาวะการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ แล้วเลือกค่ามุมการเคลื่อนไหวที่มากที่สุด เพื่อนำมาประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อ

4. แบบบันทึกความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อ เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อบันทึกค่าองศาที่ได้จากการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

5. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522, อ้างอิงในลัดดา แสนสีหา, 2536) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ โดยในแต่ละข้อคำถามจะแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อหลัง เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย โดยแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ คือ

0 – 9	หมายถึง	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
10 – 15	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย
16 – 19	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
20 – 29	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก
30 – 63	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 10 นาที

**ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง** คือ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ มีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมและดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยต่างๆทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวกับ ดนตรี ดนตรีบำบัด ดนตรีกับโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย และภาวะซึมเศร้า

2. นำเนื้อหาที่สำคัญที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดมาวิเคราะห์ และสร้างโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมการใช้กิจกรรมดนตรีของ Jun et al. (2013)

3. สร้างสื่อที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่

3.1 การจัดทำคู่มือโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 2) เนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และประโยชน์ของกิจกรรมดนตรีบำบัด วิธีการจัดกิจกรรม แบบบันทึกกิจกรรมดนตรีช่วยกาย และแบบบันทึกกิจกรรมดนตรีพาเพลิน

3.2 แผนกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้า

3.3 เครื่องดนตรี ได้แก่ กลองเล็ก ลูกแซก แทมบูรีน เป็นต้น

3.4 เครื่องเล่นเพลงที่บรรจุเพลงทั้งลูกกรุง ลูกทุ่ง สตริง สากล เพื่อชีวิต และวิทยุ FM พร้อมหูฟัง

3.5 ไฟล์เพลง MP3 ที่เหมาะสมต่อการนำมาใช้ในกิจกรรม โดยเป็นเพลงที่ผู้ป่วยแต่ละคนเลือกเอง

**ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง** แบบบันทึกการทำกิจกรรม (อยู่ด้านในคู่มือ) สำหรับให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกจำนวนครั้งในการฟังเพลงและเล่นเครื่องดนตรีด้วยตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติตามที่กำหนด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

**1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)** ผู้วิจัยนำคู่มือและแผนกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ดังนี้

แพทย์เฉพาะทางผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมประสาท	จำนวน 1 คน
แพทย์เฉพาะทางผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู	จำนวน 1 คน
อาจารย์พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษด้านโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน 1 คน
อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านดนตรีบำบัด	จำนวน 1 คน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน 1 คน

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับเนื้อหาส่วนที่ต้องแก้ไข เพื่อให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นการแก้ไข ดังนี้

คู่มือโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าสำหรับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล คณะผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าควรปรับปรุงภาษาให้มีความชัดเจนและเหมาะสม อ่านเข้าใจง่าย ให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ปรับภาพประกอบให้เหมาะสมกับเนื้อหาจะทำให้เห็นภาพได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น ปรับรูปแบบและรูปเล่มให้น่าสนใจยิ่งขึ้น และได้ให้ข้อเสนอแนะในการทำกิจกรรมดังนี้ ควรมีการระบุลักษณะการเคลื่อนไหวให้ชัดเจนและในแต่ละขั้นตอนควรระบุเวลาให้ชัดเจน ควรเพิ่มกิจกรรมการเดินหรือการเดินเป็นวงกลมไม่ควรกำหนดเพลงให้กลุ่มตัวอย่างเลือก ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพลงเองตามที่ชอบ

จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index, CVI) ได้ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ 0.80 แสดงว่าคู่มือและแผนกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่มีค่าที่ยอมรับได้อยู่ในระดับดี

หลังจากปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับเนื้อหาส่วนที่ต้องแก้ไขแล้ว และผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ผู้วิจัยนำคู่มือและแผนกิจกรรมโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน ณ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และหอผู้ป่วยในแผนกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา เพื่อดูความเป็นไปได้ก่อนนำไปใช้จริง ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากทดลองใช้แล้วพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจในกิจกรรมได้ดี แต่ต้องมีการอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับกิจกรรมดนตรีชยัภกาย เพราะผู้ป่วยบางรายไม่สามารถใช้อุปกรณ์เครื่องดนตรีได้ ผู้วิจัยจึงได้ให้ผู้ป่วยใช้มือด้านที่ช่วยในการทำกิจกรรม และบางรายไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามจังหวะดนตรี ผู้วิจัยจึงแนะนำให้ผู้ป่วยเลือกเพลงที่มีจังหวะเหมาะสมกับผู้ป่วยประกอบการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความสนใจและร่วมมือในการทำกิจกรรมดี

**2. การตรวจหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)** ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (สถาบันประสาทวิทยา, 2554) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522, อ้างอิงในลัดดา แสนสีหา, 2536) ไปใช้จริงกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย ณ หอผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 30 คน (try out) จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (สถาบันประสาทวิทยา, 2554) และค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522, อ้างอิงในลัดดา แสนสีหา, 2536) เท่ากับ .75

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองด้วยตนเอง โดยมีผู้ช่วยวิจัย 1 คน ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินองศาการเคลื่อนไหวของข้อ ประเมินภาวะซึมเศร้า และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นการประเมินผล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

## 1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมโดยการศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายเพื่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ และการบำบัดทางการพยาบาลโดยการใช้กิจกรรมดนตรี เตรียมตัวผู้วิจัยให้มีความรู้และความชำนาญในการทำกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีเพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1.1.1 ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งทางด้านกายภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดนตรี กิจกรรมดนตรีบำบัด เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ก่อนนำไปปฏิบัติจริง

1.1.2 ผู้วิจัยได้ไปศึกษาเพิ่มเติมกับอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านกิจกรรมดนตรี มหาวิทยาลัยมหิดล จนเกิดความมั่นใจและความเชี่ยวชาญก่อนนำไปปฏิบัติจริง

1.1.3 ผู้วิจัยทบทวนเกี่ยวกับการใช้เครื่องโกนีโอมิเตอร์ในการวัดการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ และเรียนรู้วิธีการใช้เครื่องโกนีโอมิเตอร์กับอาจารย์แพทย์เฉพาะทางผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย

1.2 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ผู้ช่วยวิจัยเรียนรู้วิธีการใช้เครื่องโกนีโอมิเตอร์กับแพทย์เฉพาะทางผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูด้วยเช่นกัน โดยจะให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้วัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อ ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นแบบประเมินที่สถาบันประสาทวิทยาได้ใช้ อยู่เป็นประจำ และการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) โดยจะประเมินในสัปดาห์ที่ 6 หลังเสร็จสิ้นการวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยไม่ทราบว่าคุณสมบัติอยู่ในกลุ่มทดลองหรือควบคุม

1.3 การเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล เครื่องมือโกนีโอมิเตอร์ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (สถาบันประสาทวิทยา, 2554) แบบประเมินความสามารถการเคลื่อนไหวของข้อ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967)



1.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย คู่มือโปรแกรมแผนการสอน เครื่องเล่นเพลงที่บรรจเพลงทั้งลูกกรุง ลูกทุ่ง สตริง สากล เพื่อชีวิต และวิทยุ FM พร้อมหูฟัง เครื่องดนตรี ได้แก่ กลองเล็ก แทมบูรีน ลูกแซก เป็นต้น และแบบบันทึกการทำกิจกรรม

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

### กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่และผู้ดูแล ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อของผู้ป่วยโดยวัดมุมของข้อต่างๆ โดยใช้เครื่องมือโกนิโอมิเตอร์ในการวัดมุม ได้แก่ ท่าอไหล่ ทำเหยียดไหล่ ท่าอข้อศอก ทำเหยียดข้อศอก ท่าอข้อมือ ทำเหยียดข้อมือ ทำเหยียดเข่า ท่าอเข่า และทำเหยียดสะโพก ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนการทำกิจกรรม

#### สัปดาห์ที่ 1-5

กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันประสาทวิทยา

#### สัปดาห์ที่ 6

ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมอีกครั้ง เพื่อประเมินการเคลื่อนไหวของร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และประเมินภาวะซึมเศร้า

ภายหลังสิ้นสุดการวิจัยผู้วิจัยจะแนะนำโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าให้กับผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยสนใจผู้วิจัยจะมอบเอกสารคู่มือโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าให้ทั้งหมด พร้อมอธิบายรายละเอียดต่างๆของโปรแกรมแก่กลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง

### กลุ่มทดลอง

#### สัปดาห์ที่ 1-5

1.กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้า เป็นระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ โดยในแต่ละครั้งของการทำกิจกรรมจะมีทั้งแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล เนื่องจากความพร้อมในการร่วมทำกิจกรรมของผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่พร้อมกัน ประกอบด้วย

1.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่และผู้ดูแล ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย มีการแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลยังมีความสงสัย ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง อาการ อาการแสดง การฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหลอดเลือดสมอง การกลับเป็นซ้ำของโรค และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จากนั้นผู้วิจัยประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อของผู้ป่วยโดยวัดมุมของข้อต่างๆ โดยใช้เครื่องมือโกนิโอมิเตอร์ในการวัดมุม ได้แก่ ท่างอไหล่ ท่าเหยียดไหล่ ท่างอข้อศอก ท่าเหยียดข้อศอก ท่างอข้อมือ ท่าเหยียดข้อมือ ท่าเหยียดเข่า ท่างอเข่า และท่าเหยียดสะโพก ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนการทำกิจกรรม

## 1.2 กิจกรรมดนตรีประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

1) ดนตรีชัชฌาย เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย การเคลื่อนไหวหัวไหล่ ข้อศอก ข้อมือ ข้อสะโพก และข้อเข่า ใช้เวลา 45 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยผู้วิจัยจะมีการสาธิต ฝึกทักษะการทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล ตั้งแต่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อที่ว่าหลังจากการจำหน่ายกลับบ้านแล้วทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง มีความมั่นใจในการทำกิจกรรม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1) การอบอุ่นร่างกาย (Warm-up) ให้ผู้ป่วยได้มีการคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการกำหนดลมหายใจเข้าออกช้าๆ ก่อนการทำกิจกรรม ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 5 นาที โดยขณะที่ทำการอบอุ่นร่างกายจะมีการเปิดดนตรีบรรเลงที่มีทำนองช้า สงบ ผ่อนคลาย หรือในกรณีที่ผู้ป่วยกลับไปทำกิจกรรมที่บ้าน อาจเป็นการนั่งสมาธิกำหนดลมหายใจเข้าออกในสถานที่สงบเงียบเพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย

1.2) กิจกรรมดนตรีพาเพลิน ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 30 นาที มีรายละเอียดดังนี้

- จัดให้ผู้ป่วยนั่งเก้าอี้ไม่มีที่วางแขนหรือรถเข็น ในกรณีที่ผู้ป่วยอ่อนแรงน้อยกว่าเกรด 4 สามารถใช้แขนด้านที่ช่วยในการทำกิจกรรมได้

- ผู้วิจัยจะเป็นผู้กำกับจังหวะโดยการใช้อุปกรณ์ เช่น กลอง แทมบูริน เป็นต้น โดยให้ผู้ป่วยถือลูกแขกเขย่าไปตามจังหวะการเคลื่อนไหว ซึ่งท่าทางในการเคลื่อนไหวตามจังหวะ ได้แก่ การยกแขนขึ้นลงเหนือศีรษะ การยกแขนขึ้นลงข้างลำตัว การงอแขนเข้าออก การกระดกข้อมือ การเดิน การงอเข่าเข้าออก โดยจังหวะของดนตรีจะเริ่มจากช้าไปเร็ว ตามความพร้อมของผู้ป่วย หรือกรณีที่ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีพอสมควร อาจจะมีการเปิดเพลงที่ผู้ป่วยชอบให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวตามเพลงนั้นๆ โดยผู้วิจัยจะฝึกทักษะ

1.3) การคลายกล้ามเนื้อ (Cool down) ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกช้าๆ มีการเปิดดนตรีบรรเลงที่มีทำนองช้า สงบ ผ่อนคลาย จากนั้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกที่มีต่อการทำกิจกรรมในวันนั้นๆ ปัญหาที่พบและการแก้ไข เป้าหลังจากที่ทำกิจกรรม 10 นาที และผู้วิจัยนัดหมายผู้ป่วยในครั้งต่อไป

ในกรณีที่ผู้ป่วยรักษาตัวในสถาบันประสาทวิทยาไม่ครบ 5 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยไปทำกิจกรรมต่อที่บ้าน โดยในการฝึกกิจกรรมแต่ละครั้งขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจะมีผู้ดูแลอยู่ด้วยเสมอ พร้อมกับฝึกไปกับผู้ป่วย เพื่อที่กลับบ้านไปผู้ดูแลสามารถที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

2) ดนตรีพาเพลิน เป็นการจัดกิจกรรมการผ่อนคลายและลดภาวะซึมเศร้าด้วยเสียงเพลง ผู้วิจัยมอบเครื่องเล่นเพลงที่บรรจเพลงทั้งลูกกรุง ลูกทุ่ง สตริง สากล เพื่อชีวิต และวิทยุ FM พร้อมหูฟัง โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องเปิดฟังอย่างน้อยวันละอย่างน้อย 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ และมีการจดบันทึกทุกครั้งที่ฟัง โดยผู้วิจัยจะสอนการใช้เครื่องเล่นเพลงให้ผู้ป่วย และญาติจนเกิดความชำนาญในการใช้เครื่องก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน

2. แจกคู่มือโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าให้แก่กลุ่มตัวอย่างหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ในคู่มือจะแสดงรายละเอียดกิจกรรมเพื่อให้สามารถไปศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเอง รวมถึงวิธีการบันทึกการทำกิจกรรมเพื่อตรวจสอบการดำเนินกิจกรรม

3. แลกเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้สามารถติดต่อกันได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยรักษาตัวในสถาบันประสาทวิทยาไม่ครบ 5 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยไปทำกิจกรรมต่อที่บ้านของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยจะมีการพูดคุย เปิดโอกาสให้สอบถามถึงปัญหา อธิบายข้อสงสัย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดคุยระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ และในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยจะนัดพบกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วยจะต้องมาตรวจตามนัดที่สถาบันประสาทวิทยา) เพื่อสอบถามถึงปัญหา อธิบายข้อสงสัย ให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการฟื้นฟูสุขภาพหรือสมรรถภาพของตนเองยิ่งขึ้น และจะนัดพบผู้ป่วยเพื่อทำการประเมินผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้า ในสัปดาห์ที่ 6

### สัปดาห์ที่ 6

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี โดยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินความสามารถการเคลื่อนไหวของข้อ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967)

### 3. ขั้นตอนการประเมินผลการวิจัย

ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ทำการประเมินผลโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 6 ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี โดยในวันที่นัดพบผู้ป่วยจะต้องมาตรวจตามแพทย์นัด โดยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินความสามารถการเคลื่อนไหวของข้อ และประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติที (paired sample t-test)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย และภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test
4. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มักมีพยาธิสภาพหรือปัญหาความพิการ (handicap) หลงเหลืออยู่ตามมาหลังการเกิดโรค โดยภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจะเกิดขึ้นทันทีทันใดหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย สูญเสียการทรงตัว ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว คือ การพยายามใช้กล้ามเนื้อข้างที่อ่อนแรงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ช่วยเพิ่มระดับ

ความสามารถและการทำงานของข้างที่อ่อนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติหรือใกล้เคียงเดิมมากที่สุด พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทในการจัดรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย รูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย การพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงมีการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมากขึ้น Cifu and Stewart (1999) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถที่ดีขึ้น ได้แก่ ระดับความสามารถแรกรับที่ดี การเริ่มให้การฟื้นฟูสมรรถภาพที่เร็ว การเคลื่อนไหวตามเสียงที่ได้ยิน และการมองเห็นเป็นตัวกระตุ้นความรู้สึกที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการที่อยากเรียนรู้ ซึ่งเป็นการทำให้กระบวนการฟื้นฟูสภาพไปสู่ผลสำเร็จได้ (เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์, 2544) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดกิจกรรมดนตรีของ Jun et al. (2013) มาเป็นแนวความคิดในการจัดทำ โดยการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1.การรวบรวมข้อมูลและการประเมิน 2. ขั้นตอนการวางแผน 3.ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม 4.การประเมินผลกิจกรรม โดยการจัดทั้งกิจกรรมกลุ่มขณะที่รักษาตัวในโรงพยาบาลและกิจกรรมแบบรายบุคคลเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ประเมินปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายก่อนการทำกิจกรรม มีการวางแผนกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมโดยการฝึกทักษะการใช้เครื่องดนตรีในการเคลื่อนไหว ประกอบเพลงที่ผู้ป่วยชอบ มีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย เมื่อพบว่าผู้ป่วยปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง ขาดความมั่นใจในการใช้เครื่องดนตรี ผู้วิจัยจะทำการแก้ไข และกระตุ้นในผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนเกิดชำนาญ มีความมั่นใจในตนเอง หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้วิจัยได้ติดตามเป็นระยะ พบว่าผู้ป่วยมีการใช้เครื่องดนตรีในฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ดังเช่นการศึกษาของ Thaut et al., (1997) ที่ศึกษาพบว่าการใช้จังหวะในการกระตุ้นการฝึกเดินช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Schneider et al. (2007) ศึกษาพบว่าการใช้ดนตรีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Altenmüller et al. (2009) ที่ศึกษาการฟื้นฟูระบบประสาทในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวโดยการใช้ดนตรีบำบัด พบว่าการใช้ดนตรีบำบัดสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง (2551) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่าจากผลการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีตามแนวคิดของ Jun et al. (2013) ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่มีความรู้ มีทักษะความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย มีความมั่นใจและกำลังใจในการฝึกปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีมีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีมีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีมีระดับของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีมีระดับของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตส่วนใหญ่ ยังมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบมากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการตอบสนองต่อโรคที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยมักกังวลว่าจะต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกตนเองไร้ค่าทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเองลดลงซ้ำว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Robinson & Spalletta, 2010; Whyte & Mulsant, 2002)

จากแนวคิดดนตรีบำบัดที่ว่าส่วนประกอบของดนตรี ได้แก่ จังหวะ ทำนอง ระดับเสียง เป็นต้น เมื่อเข้าสู่ศูนย์การได้ยินไปจนถึงกระบวนการของระบบลิมบิกในสมองกลีบใน ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการควบคุมทางด้านอารมณ์ ประสาทสัมผัส และความรู้สึก ให้หลังสารสื่อประสาทออกมา เช่น dopamine, serotonin, acetylcholine, epinephrine และ norepinephrine ส่งผลให้เกิดการตอบสนองทางร่างกายและจิตใจ เช่น รู้สึกสงบ ผ่อนคลาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของดนตรี ดนตรีที่เหมาะสมในการลดภาวะซึมเศร้าโดยการฟังและทำกิจกรรมนั้น มีลักษณะดังนี้ 1) จังหวะมีความสม่ำเสมอ ประมาณ 80-160 ครั้ง/นาที จะทำให้รู้สึกสงบ และสนุกสนาน 2) ทำนอง มีความต่อเนื่องของตัวโน้ตที่จัดเรียงร้อยไปตามจังหวะ ใช้แนวทำนองที่ผู้ฟังรู้จักและคุ้นเคย 3) ความถี่ของเสียง ไม่ควรใช้เสียงที่มีความถี่ต่ำหรือสูงเกินไป และเสียงไม่ควรดังเกิน 85 dB(A) 4) การเรียบเรียงเสียง ให้ไปในทิศทางเดียวกัน มีการประสานเสียงกันอย่างลงตัว จากแนวคิดของ Jun et al. (2013) ใช้ลักษณะ

ของดนตรีบำบัดที่มีจังหวะสงบ เป็นเพลงที่ผู้ป่วยเลือกเอง มีลักษณะจังหวะที่แตกต่างกัน โดยมีการใช้เครื่องดนตรี เช่น กลองเล็ก ลูกแซค เคาะจังหวะตามดนตรีให้กลุ่มทดลองใช้ดนตรีประกอบการเคลื่อนไหวบนรถเข็นผู้ป่วย (wheelchair) ใช้เวลา 60 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง นาน 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดการเคลื่อนไหวและจิตใจโดยใช้ดนตรีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการเคลื่อนไหว เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ช่วยเสริมสร้างอารมณ์ และลดภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดของ Jun et al. (2013) มาพัฒนาให้เกิดความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

ผู้วิจัยได้ประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยแต่ละรายก่อนการทำกิจกรรม มีการวางแผนกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ให้ผู้ป่วยได้ฝึกใช้เครื่องเล่นเพลงที่บรรจุนotes ทั้งลูกกรง ลูกทุ่ง สตริง สากล เพื่อชีวิต และวิทยุ FM พร้อมหูฟัง มีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย เมื่อพบว่าผู้ป่วยเกิดปัญหาขึ้นกับการใช้เครื่องเล่นเพลง ผู้วิจัยจะทำการแก้ไข และกระตุ้นในผู้ป่วยฝึกปฏิบัติเป็นประจำ

หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และนัดพบในวันที่มาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อประเมินติดตาม กระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรม ส่งเสริมให้กำลังใจ และตรวจสอบแบบบันทึกแบบบันทึกการทำกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยมีการใช้เครื่องเล่นเพลงที่บรรจุนotes ทั้งลูกกรง ลูกทุ่ง สตริง สากล เพื่อชีวิต และวิทยุ FM พร้อมหูฟังอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอหลัง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Särkämö et al. (2008) ศึกษาผลของการฟังดนตรีต่อสภาวะทางอารมณ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการให้ผู้ป่วยฟังดนตรี เป็นระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าการฟังดนตรีช่วยลดภาวะซึมเศร้าและภาวะสับสนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Forsblom et al. (2009) ที่พบว่าการฟังดนตรีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย เสริมสร้างอารมณ์ด้านบวก ช่วยบำบัดรักษาและฟื้นฟูร่างกายและจิตใจได้ด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2011) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่ออารมณ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 6 เดือน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน โดยให้กลุ่มทดลองได้ทำกิจกรรมดนตรีบำบัด เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าดนตรีบำบัดสามารถลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพและอารมณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาของ Jeong and Kim (2007) ศึกษาผลของโปรแกรมการใช้กิจกรรมดนตรีในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกเพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกาย ศึกษาในผู้ป่วยที่อาศัยในชุมชน โดยใช้เวลาในการ



บำบัดครั้งละ 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมกิจกรรมดนตรีมีพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเพิ่มขึ้น และมีความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างอารมณ์ทางบวก และช่วยสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษา นภาดา สุขกฤต (2553) ศึกษาผลของการฟังเพลงไทย ต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน อายุระหว่าง 35-80 ปี ระยะเวลาในศึกษาคือ 4 วัน วันละ 45 นาที ในช่วงเวลา 17.00 น.-18.00 น. โดยเปิดเพลงที่ผู้ป่วยชอบซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพลงไทยลูกทุ่งและเพลงไทยอมตะ ด้วยเครื่องเล่นซีดีแบบถือ ไม่ได้ใช้หูฟัง ในหอผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าการฟังดนตรีไทยสามารถลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ แพรศิริ อยู่สุข (2557) ศึกษาการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีภาวะซึมเศรียรระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่หน่วยบริการในระดับปฐมภูมิ ผลการศึกษาพบว่ากิจกรรมดนตรีสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้

ดังนั้นโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถนำไปปรับใช้กับแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดภาวะซึมเศร้าได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถกระทำการต่างๆได้ด้วยตนเอง มีภาวะซึมเศร่าลดลง นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

**1.ด้านการบริหารการพยาบาล** ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีจัดอบรมและสนับสนุนให้บุคลากรทางการพยาบาลนำผลการวิจัยไปใช้ มีการจัดงบประมาณเพื่อซื้ออุปกรณ์ เช่น วิทยู เครื่องเล่นเพลง เพื่อให้บริการผู้ป่วยได้เปิดฟังขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีการติดตามประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

**2.ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน สร้างความตระหนักให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการฝึกฝนทักษะอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ

**3.ด้านการวิจัย** ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลที่ใช้ดนตรี เพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดภาวะซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว โดยอาจมีการติดตามประเมินผลในทุก 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อติดตามผลให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.ควรมีการนำวิธีการวิจัยไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะอัมพาต หรือโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น เพื่อประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผลการวิจัยมีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น

3.ควรมีการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี โดยการเพิ่มหรือลดเวลาในการทำกิจกรรม เพื่อหาช่วงเวลาและระยะเวลาที่เหมาะสมที่สุดในการจัดโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีเพื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยจริง



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กนกพรรณ กรรณสุด. (2551). *ประสิทธิภาพของการฝึกทักษะในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยกิจกรรมแบบมอนเตสซอรีในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มแรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. (2547). *การฟื้นฟูสมรรถภาพ. ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์ (บรรณาธิการ), การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพมหานคร: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรกฎ สุวรรณอัศวระเดชา. (2551). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- กัลยา สรรพอุดม. (2546). *ผลของการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยคัดสรรระยะวิกฤติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2547). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพมหานคร: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรรยา ทับทิมประดิษฐ์. (2547). *ผลการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำปาง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และ พรชัย สติธิปัญญา. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(2), 229-237.
- เจริญ กระบวนรัตน์. (2556). *กิจกรรมทางกาย (Physical activity)*. Retrieved 21 มกราคม, 2556, from <http://www.tahper.or.th/Chiang%20mai/9956/58.pdf>

- เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์. (2544). *ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้าและการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ฉันทนา นาคฉัตรีย์. (2546). *ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับกิจกรรมทางสังคมต่อสมรรถภาพทางกายและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวลิ แยมวงษ์. (2538) *ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาล ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชญญา ถนอมลิขิต. (2551). *ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์ทอิกมาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัยวัฒน์ เหล่าสีบสกุลไทย. (2547). *เพลงเพื่อการสอนและการจัดกิจกรรมนันทนาการ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์. (2556). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชุติมา ทองวชิระ. (2553). *ผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดรณวรรณ จันทร์แก้ว. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดือนน้อย ไบคำ. (2542). *คู่มือสำหรับประชาชน: การป้องกันและการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน*. (ม.ป.ท.)
- ทศพร คำผลศิริ และคณะ. (2550). *ผลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง*. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 50(10), 707-725.
- นงนภัส พันธุ์แจ่ม. (2549). *ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่วมกับการบริหารสมองต่อการทำหน้าที่*

ด้านการรับรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.

วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นวพร ชัชวาลพาณิชย์. (2547). การฟื้นฟูสมรรถภาพ. ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์ (บรรณาธิการ), การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

นพรัตน์ รุจิรารุ่งเรือง. (2551). ผลของโปรแกรมการสอนแนะร่วมกับการฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นพวรรณ ผ่องใส. (2552). ผลของการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นภาดา สุขกฤต. (2553). ผลของการฟังเพลงต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นันทกา แก้วสาย. (2552). ผลของการฝึกกิจกรรมแบบมอนเตสซอรีต่อแรงบีบมือและความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

น้อมจิตต์ นวลเนตร์. (2545). แนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน. ใน เจียมจิต แสงสุวรรณ และ อัจฉรา หล่อวิจิตร (บรรณาธิการ), คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2542). ดนตรีบำบัด กิจกรรมการพยาบาลองค์รวม. เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแบบองค์รวม. ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่นการพิมพ์.

บุษกร บิณฑสันต์. (2550). ดนตรีบำบัด. กรุงเทพมหานคร: บริษัท วี.พี.พี. (1991) จำกัด.

บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย จำกัด;

- ประไพพรรณ จิรันธร. (2547). การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน. ใน สุปราณี เสนาดีสัย และวรรณภา ประไพพานิช (บรรณาธิการ), *การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 11 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุดทอง จำกัด.
- พัชรภรณ์ สิริรัตนานนท์. (2558). *ผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิศมัย ประทุมทาน. (2551). *ประสาทสรีรวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). ปทุมธานี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต.
- เพลินตา ศิริปการ. (2544). การเตรียมอาหารและให้อาหารทางปากและทางสายยาง. ใน เจียมจิต แสงสุวรรณ และอัจฉรา หล่อวิจิตร (บรรณาธิการ), *คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน*.  
 ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- เพ็ญแข แดงสุวรรณ. (2550). *Stroke ฆาตกรเงียบ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ก.พล (1999).
- แพรศิริ อยู่สุข. (2557). *ผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พาริดา อิบราฮิม. (2539). *ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล*. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญการพิมพ์.
- พาริดา อิบราฮิม. (2542). *ปัญหาผู้ป่วยระบบประสาท*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ธนาเพรสแอนด์กราฟฟิค.
- ภาพันท์ เจริญสวรรค์. (2546). *ความชุกของภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภูริพงษ์ เจริญแพทย์. (2556). *ผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มณฑล ว่องวันดี. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะฉับพลันและตำแหน่งรอยโรคในสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอายุรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ลัดดา แสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย*.  
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช  
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วาสนา ธรรมสอน. (2550). *ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ดูแล  
 ในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การวิเคราะห์ทอภิมาน*.  
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วารุณี ฉวีศักดิ์. (2550). *ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคปอด  
 อุดกั้นเรื้อรัง : การวิเคราะห์ทอภิมาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
 สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. (2547). *การวิจัยทางการพยาบาล: หลักการและแนวปฏิบัติ*. เชียงใหม่: คณะ  
 พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิชชุดา พุ่มจันทร์. (2556). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือด  
 เลือดสมองเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาล  
 ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชณุ กัมทรทิพย์. (2547). *ความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ. ใน กิ่งแก้ว ปาจรีย์  
 (บรรณาธิการ), การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพมหานคร: งาน  
 ตำราวารสารและสิ่งพิมพ์สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2554). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล  
 ทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่ง  
 ประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถิติข้อมูลงานเวชระเบียนสถาบันประสาทวิทยา. (2555-2558). *รายงานสถิติประจำปี*.  
 กรุงเทพมหานคร: งานเวชระเบียนและสถิติสถาบันประสาทวิทยา.
- สนธยา ทองรุ่ง. (2555). *ผลของโปรแกรมการปรับตัวต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน  
 และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.  
 สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร:  
 สำนักพิมพ์วี.เจ.พรินติ้ง.

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สมนึก สกุลหงส์โสภณ สิริวรรณ อนันตโชคและกฤษณี โหลสกุล. (2554). ปัจจัยบางประการ ความสามารถในการจำวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมอง ที่บ้าน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(2), 36-52.
- สวิตา ธรรมวิถี. (2545). *ประสิทธิผลของเทคนิคจำกัดการเคลื่อนไหวของแขนข้างที่ตีในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาเวชศาสตร์ การกีฬา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สรุปรายงานการป่วย จำนวนผู้ป่วยใน จำแนกตามสาเหตุการป่วย ปี พ.ศ. 2555-2557*. นนทบุรี: สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สายฝน เอกวารงกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ส.เอเชียเพรส (1989) จำกัด.
- สุกรี เจริญสุข. (2550). *ดนตรีเพื่อพัฒนาศักยภาพสมอง*. กรุงเทพมหานคร: Dream catcher graphic.
- สุจิตรา มหาสุข. (2557). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฟื้นฟูมือและแขน ต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- เสาวนีย์ สังข์โสภณ. (2541). *ดนตรีเพื่อสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: สมชายการพิมพ์.
- อรฉัตร โตชยานนท์. (2539). *การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. ใน เสก อักษรานุเคราะห์ (บรรณาธิการ), *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู เล่ม 2*. กรุงเทพมหานคร: เทคนิค 19.
- อรอุมา ชูติเนตร และนิจศรี ชาญณรงค์. (2553). *การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเบื้องต้น*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัจฉรา หล่อวิจิตร. (2544). *การช่วยเหลือในการขับถ่าย*. ใน เจียมจิต แสงสุวรรณ และอัจฉรา หล่อ วิจิตร (บรรณาธิการ), *คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- อัญชุลี ไชยวงค์น้อย. (2557). *ผลของการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนลันต่อการทำกิจวัตรประจำวัน และความผาสุกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา



การพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

### ภาษาอังกฤษ

Altenmüller, E., Marco-Pallares, J., Münte, T., & Schneider, S. (2009). Neural Reorganization Underlies Improvement in Stroke-induced Motor Dysfunction by Music-supported Therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1169(1), 395-405.

American Music Therapy Association [AMTA]. (1998). *Definition and Quotes about Music Therapy*. Retrieved 12 November, 2015 , from <https://www.musictherapy.org/>

Armstrong, T., & Bull, F. (2006). Development of the world health organization global physical activity questionnaire (GPAQ). *Journal of Public Health*, 14(2), 66-70.

Association of Professional Music Therapists [APMT]. (2015). *What is music therapy ?*. Retrieved 12 November, 2015, from <https://www.bamt.org/music-therapy.html>

Barker-Collo, S. L. (2007). Depression and anxiety 3 months post stroke: Prevalence and correlates. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(4), 519-531. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acn.2007.03.002>.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects* (Vol. 32): University of Pennsylvania Press.

Beeber, L. S., & Charlie, M. L. (1998). Depressive symptom reversal for women in a primary care setting: A pilot study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(5), 247-254. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0883-9417\(98\)80034-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0883-9417(98)80034-4).

Black, J. M. & Matassarini-Jacoba, E. (1993). *Luckmann and Sorensen medical surgical nursing: A psychophysiological approach*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W. B. Saunders.

Bobath, K & Bobath, B. (1990). *Adult hemiplegia: Evaluation and treatment / Berta Bobath*. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford: Butterworth-Heinemann.

Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & Utilization* (5<sup>th</sup> ed.) St. Louis: MO: Elsevier Saunders.

- Caeiro, L., Ferro, J. M., Santos, C. O., & Figueira, M. L. (2006). Depression in acute stroke. *Journal of psychiatry and neuroscience*, 31(6), 377.
- Cifu, D. X., & Stewart, D. G. (1999). Factors affecting functional outcome after stroke: a critical review of rehabilitation interventions. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(5), S35-S39.
- Cook, J. D. (1981). The therapeutic use of music: a literature review. Paper presented at the Nursing forum.
- DeVellis, R. F. (2011). *Scale development: Theory and applications* (3<sup>rd</sup> ed.). Newbury Park: Sage Publications.
- Duncan, P. W., Goldstein, L. B., Horner, R. D., Landsman, P. B., Samsa, G. P., & Matchar, D. B. (1994). Similar motor recovery of upper and lower extremities after stroke. *Stroke*, 25(6), 1181-1188.
- Forsblom, A., Laitinen, S., Särkämö, T., & Tervaniemi, M. (2009). Therapeutic role of music listening in stroke rehabilitation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1169(1), 426-430.
- Glass, G. V., McGaw, B., & Smith, M. L. (1981). *Meta-analysis in social research*. London: Sage Publications.
- Griffith, D. S. L., J. (2011). Epidemiology and Etiology of Young Stroke Stroke Research and Treatment (pp. 1-9H Bevan, K. S. a. W. B. (1990)). Stroke in young adult. *American Heart Association (Dallas)*, 21; 382-386.
- Herrmann, N., Black, S., Lawrence, J., Szekely, C., & Szalai, J. (1998). The Sunnybrook stroke study a prospective study of depressive symptoms and functional outcome. *Stroke*, 29(3), 618-624.
- Hicky, J. V. H., N.H. (2003). *Stroke and other cerebrovascular disease*. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippicott.
- Jeong, S., & Kim, M. T. (2007). Effects of a theory-driven music and movement program for stroke survivors in a community setting. *Applied Nursing Research*, 20(3), 125-131.

- Jun, E. M., Roh, Y. H., & Kim, M. J. (2013). The effect of music-movement therapy on physical and psychological states of stroke patients. *Journal of clinical nursing, 22*(1-2), 22-31.
- Kase, C., Wolf, P., Kelly-Hayes, M., Kannel, W., Beiser, A., & D'Agostino, R. (1998). Intellectual decline after stroke the Framingham Study. *Stroke, 29*(4), 805-812.
- Kim, D., S., et al. (2011). Effects of Music Therapy on Mood in Stroke Patients. *Yonsei Medical Journal, 52*(6), 977-981.
- Magee Wendy L. (2006). Music therapy for patients with traumatic brain injury. In G. Murrey (Ed.), *Alternative Therapies in the Treatment of Brain injury and Neurobehavioural Disorders: A Practical Guide*.
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., Fullerton, H. J. (2015). Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update A Report From the American Heart Association. *Circulation, CIR. 00000000000000350*.
- Murrock, C. J., & Higgins, P. A. (2009). The theory of music, mood and movement to improve health outcomes. *Journal of advanced nursing, 65*(10), 2249-2257.
- Quimet, M., Primeau, F., & Cole, M. (2001). Psychosocial risk factors in poststroke depression: a systematic review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 46*(9), 819-828.
- Paradiso, S., & Robinson, R. G. (2006). Gender differences in poststroke depression. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*.
- Parikh, R. M., Robinson, R. G., Lipsey, J. R., Starkstein, S. E., Fedoroff, J. P., & Price, T. R. (1990). The impact of poststroke depression on recovery in activities of daily living over a 2-year follow-up. *Archives of neurology, 47*(7), 785-789.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing and Health, 30*(4), 459-467.
- Prassas, S., Thaut, M., McIntosh, G., & Rice, R. (1997). Effect of auditory rhythmic cuing on gait kinematic parameters of stroke patients. *Gait & Posture, 6*(3), 218-223. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0966-6362\(97\)00010-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0966-6362(97)00010-6).

- Robins, M., & Baum, H. M. (1980). The National Survey of Stroke. Incidence. *Stroke; a journal of cerebral circulation*, 12(2 Pt 2 Suppl 1), 145-57.
- Robinson, R., Starr, L., Lipsey, J., Rao, K., & Price, T. (1984). A two-year longitudinal study of post-stroke mood disorders: dynamic changes in associated variables over the first six months of follow-up. *Stroke*, 15(3), 510-517.
- Robinson, R. G. (2006). *The clinical neuropsychiatry of stroke: Cognitive, behavioral and emotional disorders following vascular brain injury*: Cambridge University Press.
- Robinson, R. G., & Spalletta, G. (2010). Poststroke depression: a review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 55(6), 341.
- Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Forsblom, A., Soinila, S., Mikkonen, M., . . . Laine, M. (2008). Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. *Brain*, 131(3), 866-876.
- Schneider, S., Schönle, P., Altenmüller, E., & Münte, T. (2007). Using musical instruments to improve motor skill recovery following a stroke. *Journal of neurology*, 254(10), 1339-1346.
- Schubert, D. S. P., Taylor, C., Lee, S., Mentari, A., & Tamaklo, W. (1992). Physical consequences of depression in the stroke patient. *General Hospital Psychiatry*, 14(1), 69-76. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343\(92\)90028-9](http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343(92)90028-9).
- Schwartz, J. A., Speed, N. M., Brunberg, J. A., Brewer, T. L., Brown, M., & Greden, J. F. (1993). Depression in stroke rehabilitation. *Biological Psychiatry*, 33(10), 694-699. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0006-3223\(93\)90118-W](http://dx.doi.org/10.1016/0006-3223(93)90118-W).
- Seaward, B. L. (1999). *Managing stress: Principles and strategies for health and wellbeing*: Jones & Bartlett Pub.
- Shimoda, K., & Robinson, R. G. (1999). The relationship between poststroke depression and lesion location in long-term follow-up. *Biological Psychiatry*, 45(2), 187-192. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(98\)00178-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(98)00178-4).

- Sinyor, D., Amato, P., Kaloupek, D., Becker, R., Goldenberg, M., & Coopersmith, H. (1986). Post-stroke depression: relationships to functional impairment, coping strategies, and rehabilitation outcome. *Stroke*, *17*(6), 1102-1107.
- Sit, J. W., Wong, T. K., Clinton, M., & Li, L. S. (2007). Associated factors of post-stroke depression among Hong Kong Chinese: a longitudinal study. *Psychology, health & medicine*, *12*(2), 117-125.
- Spector, S. A. (1985). Effects of elimination of activity on contractile and histochemical properties of rat soleus muscle. *The Journal of neuroscience*, *5*(8), 2177-2188.
- Sven, K. S. et al. (2006). Predicting Long-Term Independency in Activities of Daily Living After Middle Cerebral Artery Stroke: Does Information From MRI Have Added Predictive Value Compared With Clinical Information? *Journal of American Heart Association* *37*:1050-1054.
- Thaut, M. H., McIntosh, G., & Rice, R. (1997). Rhythmic facilitation of gait training in hemiparetic stroke rehabilitation. *Journal of the Neurological Sciences*, *151*(2), 207-212.
- Unalan, D., Ozsoy, S., Soyuer, F., & Ozturk, A., (2008). Poststroke depressive symptoms and their relationship with quality of life, functional status, and severity of stroke. *Neurosciences(Riyadh)*, *13*(4), 395-401.
- West, T., & Bernhardt, J. (2011). Physical activity in hospitalised stroke patients. *Stroke Research and Treatment*, 2012.
- Whyte, E. M., & Mulsant, B. H. (2002). Post stroke depression: epidemiology, pathophysiology, and biological treatment. *Biological Psychiatry*, *52*(3), 253-264. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01424-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01424-5).
- Woldag H, Waldmann G, HeuschkelG, Hummelsheim H. (2003). Is the repetitive training of complex hand and arm movements beneficial for motor recovery in stroke patients? *Clin Rehabil* *17*: 723-730.
- World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). Retrieved 12 November, 2015 , from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
- Zhang, W.-N., Pan, Y-H., Wang, X.-Y., & Zhao, Y. (2013). A prospective study of the

incidence and correlated factors of post-stroke depression in China.

PloS one, 8(11), e78981





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY





### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์ธนบูรณ์ วรกิจอารังค์ชัย

นายแพทย์ชำนาญการ

สถาบันประสาทวิทยา

แพทย์หญิงรัตนพรพรรณ จันทร์อุบล

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

สถาบันประสาทวิทยา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง

อาจารย์พยาบาล คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามาริบัติ

มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.นัทธี เชียงชนะ

อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านดนตรี

วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

นางสาวแพรศิริ อยู่สุข

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามาริบัติ

มหาวิทยาลัยมหิดล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาพผนวก ข  
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ  
จดหมายขอพิจารณาจริยธรรม  
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ คธ 0512.11/0867



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

3) พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทรักษา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปรีญา เอี่ยมวัน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- |                                     |                   |
|-------------------------------------|-------------------|
| 1. นายแพทย์ ธนบูรณ์ วรกิจธำรงค์ชัย  | นายแพทย์ชำนาญการ  |
| 2. แพทย์หญิง รัตนาพรธรณ์ จันทร์อุบล | นายแพทย์เชี่ยวชาญ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นายแพทย์ ธนบูรณ์ วรกิจธำรงค์ชัย และแพทย์หญิง รัตนาพรธรณ์ จันทร์อุบล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

นางสาวปรีญา เอี่ยมวัน โทร. 08-1022-6447

ที่ คธ 0512.11/0๖๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

31 พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปรีญา เอี่ยมวัน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปริตา มั่นคง อาจารย์พยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปริตา มั่นคง

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อ นิสิต

นางสาวปรีญา เอี่ยมวัน โทร. 08-1022-6447

ที่ ศธ 0512.11/ 2155



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒ กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีวิทยาลัยราชสุตา มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปรียา เอี่ยมวัน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. นัทธี เชียงชนะนา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

อาจารย์ ดร. นัทธี เชียงชนะนา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

นางสาวปรียา เอี่ยมวัน โทร. 08-1022-6447



ที่ ศธ 0512.11/ 19๓3

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

19 มิถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปรีญา เอี่ยมวัน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวแพรศิริ อยู่สุข พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวแพรศิริ อยู่สุข

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางสาวปรีญา เอี่ยมวัน โทร. 08-1022-6447



เอกสารเลขที่ ...046.../2559

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา  
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่
หมายเลขโครงการ	59058
ผู้วิจัยหลัก	น.ส.ปริยา เอี่ยมวัน
สถานที่ดำเนินการวิจัย	สถาบันประสาทวิทยา
เอกสารที่พิจารณาอนุมัติ	1. แบบเสนอโครงการวิจัย Version date: 14 กันยายน 2559 2. เอกสารแนะนำอาสาสมัคร Version date: 14 กันยายน 2559 3. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับวันที่ 14 กันยายน 2559 4. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล ฉบับวันที่ 14 กันยายน 2559
วันที่พิจารณาอนุมัติ	27 กันยายน 2559

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ได้พิจารณาโครงการวิจัย ฉบับภาษาไทยและ/หรือฉบับภาษาอังกฤษแล้ว มีมติ อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้ ทั้งนี้โดยใช้รายละเอียดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก

ประธานคณะกรรมการ

(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)

กรรมการและเลขานุการ

(นางสาวพิมพ์ชนก พุฒขาว)

รับรองตั้งแต่วันที่

27 กันยายน 2559

ถึงวันที่

26 กันยายน 2560

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Patient/Participant Information Sheet)

**ชื่อวิจัยเรื่อง** ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาวปรีญา เอี่ยมวัน นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**สถานที่ติดต่อ** 312 สถาบันประสาทวิทยา ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 02-306-9899 ต่อ 2347 โทรศัพท์มือถือ 081-0226447  
อีเมลล์ preeya.aium@gmail.com

### ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยคำอธิบาย ดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ คือ

1) เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีและระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีและระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และหอผู้ป่วยในประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 44 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 22 คน คือกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติของสถาบันประสาทวิทยา และกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์

4. โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรี ประกอบด้วย

4.1 การให้ข้อมูล ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง อาการ อาการแสดง การฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหลอดเลือดสมอง การกลับเป็นซ้ำของโรค และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชักถามข้อสงสัย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน



#### 4.2 กิจกรรมดนตรี ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

1) ดนตรีขยับกาย เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย การเคลื่อนไหวหัวไหล่ ข้อศอก ข้อมือ ข้อสะโพก และข้อเข่า ใช้เวลา 45 นาทีต่อครั้ง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1) การอบอุ่นร่างกาย (Warm-up) ให้ผู้ป่วยได้มีการคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการกำหนดลมหายใจเข้าออกช้าๆ ก่อนการทำกิจกรรม ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 5 นาที โดยขณะที่ทำการอบอุ่นร่างกายจะมีการเปิดดนตรีบรรเลงที่มีทำนองช้า สงบ ผ่อนคลาย

1.2) กิจกรรมดนตรีพาเพลิน ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 30 นาที มีรายละเอียดดังนี้

- จัดให้ผู้ป่วยนั่งเก้าอี้ไม่มีที่วางแขนหรือรถเข็น ในกรณีที่ผู้ป่วยอ่อนแรงน้อยกว่าเกรด 4 สามารถใช้แขนด้านที่ช่วยในการทำกิจกรรมได้

- ผู้วิจัยจะเป็นผู้กำกับจังหวะโดยการใช้อุปกรณ์ เช่น กลอง แคมบูริน เป็นต้น โดยให้ผู้ป่วยถือลูกแขกเขย่าไปตามจังหวะการเคลื่อนไหว ซึ่งทำท่างในการเคลื่อนไหวตามจังหวะ ได้แก่ การยก แขนขึ้นลงเหนือศีรษะ การยกแขนขึ้นลงข้างลำตัว การงอแขนเข้าออก การกระดกข้อมือ การเดิน การงอเข้าเข้าออก โดยจังหวะของดนตรีจะเริ่มจากช้าไปเร็ว ตามความพร้อมของผู้ป่วย

1.3) การคลายกล้ามเนื้อ (Cool down) ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกช้าๆ มีการเปิดดนตรีบรรเลงที่มีทำนองช้า สงบ ผ่อนคลาย จากนั้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก หลังจากที่ทำกิจกรรม 10 นาที และผู้วิจัยนัดหมายผู้ป่วยในครั้งต่อไปใช้เวลาประมาณ

ในกรณีที่ผู้ป่วยรักษาตัวในสถาบันประสาทวิทยาไม่ครบ 5 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยไปทำกิจกรรมต่อที่บ้าน

2) ดนตรีพาเพลิน เป็นการจัดกิจกรรมการผ่อนคลายและลดภาวะซึมเศร้าด้วยเสียงเพลง ผู้วิจัยมอบเครื่องเล่นเพลงที่บรรจเพลงทั้งลูกกรุง ลูกทุ่ง สตริง สากล เพื่อชีวิต และวิทยุ FM พร้อมหูฟัง โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องเปิดฟังอย่างน้อยวันละอย่างน้อย 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ และมีการจดบันทึกทุกครั้งที่ฟัง

5. ในกรณีที่ผู้ป่วยรักษาตัวในสถาบันประสาทวิทยาไม่ครบ 5 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยไปทำกิจกรรมต่อที่บ้านของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยจะมีการพูดคุยเปิดโอกาสให้สอบถามถึงปัญหา อธิบายข้อสงสัย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดคุยระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ และในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยจะนัดพบกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วยจะต้องมาตรวจตามนัดที่สถาบันประสาท) เพื่อสอบถามถึงปัญหา อธิบายข้อสงสัย ให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการฟื้นฟูสุขภาพหรือสมรรถภาพของตนเองยิ่งขึ้น และจะนัดพบผู้ป่วยเพื่อทำการประเมินผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและภาวะซึมเศร้า ในสัปดาห์ที่ 6

## 6. ประโยชน์และความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัย

6.1 การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยทำให้ผู้ป่วยเพื่อช่วยเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติหรือใกล้เคียงเดิมมากที่สุดได้เร็วขึ้น รวมทั้งสามารถจัดการภาวะซึมเศร้าได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อดำรงตนอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยและส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

6.2 ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ เพียงแต่ต้องสละเวลาในการให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นดนตรี

7. ค่าใช้จ่าย การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้เป็นการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ดังนั้นผู้ป่วยจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในการเข้าร่วมวิจัย และไม่มีค่าตอบแทนใดๆ จากการเข้าร่วมวิจัย

8. สิทธิ์ในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัย ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการดูแลรักษา

9. การรักษาความลับ ข้อมูลใดๆ ที่ผู้วิจัยได้จากผู้ป่วยจะถือเป็นความลับและจะไม่ถูกเปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ ผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในการวิจัย

10. หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้วิจัยได้ตลอดการวิจัย โดยติดต่อ นางสาวปรีญา เอี่ยมวัน หมายเลขโทรศัพท์ 081-0226447

**ใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
(Information consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ชื่อวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

ชื่อผู้วิจัย นางสาวปรีญา เอี่ยมวัน นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
สถานที่ติดต่อ 312 สถาบันประสาทยุทธศาสตร์ ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ  
โทรศัพท์ 02-306-9899 ต่อ 2347 โทรศัพท์มือถือ 081-0226447  
อีเมลล์ preeya.aium@gmail.com

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว) ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี  
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย ได้รับทราบรายละเอียดอย่างชัดเจนจากผู้วิจัยถึงความ  
เป็นมาวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนต่างๆในการทำวิจัย รวมทั้งทราบถึงประโยชน์ ความเสี่ยง  
หรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย  
และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิถอนตัวออกจากการ  
วิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยจะไม่มี  
ผลกระทบใดๆทั้งต่อผู้ป่วยทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสาร  
ชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอ  
ข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และหนังสือแสดงความยินยอมนี้  
โดยตลอดแล้ว จึงได้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ต่อหน้าพยาน

ลงนาม.....

ลงนาม.....

ผู้ป่วย/ญาติ

(นางสาวปรีญา เอี่ยมวัน)

ลงนาม.....

ผู้วิจัยหลัก

พยาน

ภาคผนวก ค  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



## ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

### ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล
2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967)
4. แบบบันทึกความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อ

### ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1. โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่
2. แผนกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและภาวะซึมเศร้า

### ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. แบบบันทึกการทำกิจกรรม

## ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 1.แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

คำชี้แจง : ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกแบบสอบถามถึงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประเภทเพลงที่จะเลือกนำไปฟังในกิจกรรม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป โปรดกรอกข้อมูลและทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง ( ) อื่นๆ.....

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา ( ) พุทธ ( ) คริสต์  
( ) อิสลาม ( ) อื่นๆระบุ.....

4. ระดับการศึกษา ( ) ไม่ได้ศึกษา ( ) ประถมศึกษา  
( ) มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.  
( ) อนุปริญญา/ปวส. ( ) ปริญญาตรี  
( ) สูงกว่าปริญญาตรี

5. สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) สมรส  
( ) หม้าย/หย่าร้าง ( ) แยกกันอยู่

6. อาชีพ ( ) รับจ้าง ( ) ค้าขาย  
( ) ข้าราชการ ( ) พ่อบ้าน/แม่บ้าน  
( ) อื่นๆ.....

7. รายได้ (ค่าจ้าง/ค่าตอบแทน/เงินบำนาญ/จากบุตรหลาน) โดยประมาณ.....บาท/เดือน

8. ผู้ดูแลหลัก ( ) มีความสัมพันธ์..... อายุ.....

9. ประวัติโรคประจำตัว.....

10. ประวัติการสูบบุหรี่..... การดื่มสุรา.....

11. ประวัติการเจ็บป่วย.....

.....

12. วันที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

ค่าคะแนน GCS วันแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาล.....คะแนน (E.....V.....M.....)

Motor power ด้านขวา แขนเกรด.....

ขาเกรด.....

ด้านซ้าย แขนเกรด.....

ขาเกรด.....

13. วันแรกที่รับไว้ศึกษา วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ค่าคะแนน GCS วันแรกที่รับไว้ศึกษา.....คะแนน (E.....V.....M.....)

Motor power ด้านขวา แขนเกรด.....

ขาเกรด.....

ด้านซ้าย แขนเกรด.....

ขาเกรด.....

14. วันสุดท้ายของการศึกษา (เมื่อครบ 5 สัปดาห์) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ค่าคะแนน GCS วันสุดท้ายของการศึกษา.....คะแนน (E.....V.....M.....)

Motor power ด้านขวา แขนเกรด.....

ขาเกรด.....

ด้านซ้าย แขนเกรด.....

ขาเกรด.....

16. การวินิจฉัยโรค.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประเภทเพลงที่จะเลือกนำไปฟังในกิจกรรม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 2.แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธล

### (The Barthel's index of activities of daily living)

**คำชี้แจง :** โปรดพิจารณาแต่ละกิจกรรมที่ตรงความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย / ลงในวงเล็บ และสามารถเขียนข้อมูลที่นอกเหนือหรือต้องการใส่เพิ่มเติมเพื่อให้ข้อมูลมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

#### 1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้เรียบร้อยต่อหน้า)

- 0 ( ) ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ หรือรับอาหารทางสายยาง
- 5 ( ) ดักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนดักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
- 10 ( ) ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ เมื่อเตรียมอาหารวางไว้ให้

#### 2. Transfer (การลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

- 0 ( ) ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
- 5 ( ) ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นจึงนั่งอยู่ได้
- 10 ( ) ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 15 ( ) ทำได้เอง

#### 3. Grooming (การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง ที่ผ่านมา)

- 0 ( ) ต้องการความช่วยเหลือ
- 5 ( ) ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

#### 4. Toilet Use (การใช้ห้องสุขา)

- 0 ( ) ช่วยตัวเองไม่ได้
- 5 ( ) ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- 10 ( ) ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง, ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ, ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)



## 5. Bathing (การอาบน้ำ)

0 ( ) ต้องมีคนช่วยหรือทำให้

5 ( ) อาบน้ำได้เอง

## 6. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

0 ( ) เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้

5 ( ) ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้ามุมห้องหรือประตูได้

10 ( ) เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย

15 ( ) เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง อาจใช้ไม้เท้า หรือเครื่องพยุงเดิน

## 7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

0 ( ) ไม่สามารถทำได้

5 ( ) ต้องการคนช่วยเหลือ

10 ( ) ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

## 8. Dressing (การสวมเสื้อผ้า)

0 ( ) ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย

5 ( ) ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

10 ( ) ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

## 9. Bowels (การกลั่นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0 ( ) กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

5 ( ) กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

10 ( ) กลั่นได้เป็นปกติ

## 10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0 ( ) กลั่นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้

5 ( ) กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)

10 ( ) กลั่นได้เป็นปกติ

### 3.แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าข้อใดตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาแล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างของแต่ละกิจกรรมที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

1. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึซึมเศร้า
  - 1 ฉันรู้สึกรู้สึซึมเศร้าเป็นบางช่วง
  - 2 ฉันรู้สึกรู้สึซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
  - 3 ฉันรู้สึกรู้สึซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้อีกแล้ว
2. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึท้อแท้กับอนาคต
  - 1 ฉันรู้สึกรู้สึท้อแท้กับอนาคต
  - 2 ฉันท้อแท้จนรู้สึกว่ามีอะไรที่ต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป
  - 3 ฉันรู้สึกว่ามีหวังในอนาคตรู้สึกว่าไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้นได้
3. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว
  - 1 ฉันรู้สึกว่ามีอะไรล้มเหลวมากกว่าบุคคลอื่น
  - 2 เมื่อฉันมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ฉันทำได้คือความล้มเหลวทั้งหมด
  - 3 ฉันเป็นคนที่ทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด
4. 0 ฉันมีความพอใจในทุกสิ่งทุกอย่าง
  - 1 ฉันไม่พอใจในทุกสิ่งทุกอย่างที่ฉันทำดังเช่นเคย
  - 2 ฉันไม่ได้รับความพอใจอย่างแท้จริงจากทุกสิ่งทุกอย่างอีกต่อไป
  - 3 ฉันไม่พอใจและเบื่อหน่ายต่อทุกอย่าง
5. 0 ฉันไม่เคยรู้สึกผิด
  - 1 ฉันรู้สึกผิดบางครั้ง
  - 2 ฉันรู้สึกผิดเกือบตลอดเวลา
  - 3 ฉันรู้สึกผิดตลอดเวลา
6. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึว่าฉันถูกลงโทษ
  - 1 ฉันรู้สึกว่าจะฉันอาจถูกลงโทษ
  - 2 ฉันคิดว่าฉันถูกลงโทษ
  - 3 ฉันรู้สึกว่าจะฉันถูกลงโทษ

7. 0 ฉันไม่รู้สึกลึกผิดหวังในตนเอง  
 1 ฉันรู้สึกลึกผิดหวังในตนเอง  
 2 ฉันรู้สึกลึกไม่ชอบตนเอง  
 3 ฉันเกลียดตนเอง
8. 0 ฉันไม่รู้สึกว่าฉันแย่กว่าคนอื่น  
 1 ฉันมักวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับความอ่อนแอและความผิดพลาด  
 2 ฉันมักตำหนิตนเองตลอดเวลาเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้น  
 3 ฉันตำหนิตนเองสำหรับทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น
9. 0 ฉันไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย  
 1 ฉันคิดฆ่าตัวตายแต่ไม่ทำจริง  
 2 ฉันอยากฆ่าตัวตายเหลือเกิน  
 3 ฉันจะฆ่าตัวตายเมื่อมีโอกาส
10. 0 ฉันไม่ร้องไห้โดยจำเป็น  
 1 ฉันร้องไห้มากกว่าที่เคย  
 2 ทุกวันฉันร้องไห้เสมอ  
 3 ฉันเคยร้องไห้ แต่เดี๋ยวนี้ร้องไห้ไม่ออกแม้จะต้องการร้องเหลือเกิน
11. 0 ฉันไม่ใช่คนที่โกรธง่าย  
 1 ฉันเป็นคนโกรธง่ายกว่าเมื่อก่อน  
 2 ฉันเป็นคนโกรธง่ายเกือบตลอดเวลา  
 3 ฉันเป็นคนโกรธง่ายตลอดเวลาแม้เรื่องที่เกิดขึ้นจะเล็กน้อย
12. 0 ฉันให้ความสนใจผู้อื่นเสมอ  
 1 ฉันสนใจผู้อื่นน้อยลงกว่าที่เคย  
 2 ฉันเลิกสนใจผู้อื่นเป็นบางเวลา  
 3 ฉันไม่สนใจผู้อื่นอีกเลย
13. 0 ฉันตัดสินใจอะไรได้เหมือนอย่างที่เคยทำ  
 1 ฉันพยายามหลีกเลี่ยงการตัดสินใจมากกว่าที่เคย  
 2 ฉันมีความลำบากอย่างยิ่งในการตัดสินใจ  
 3 ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้เลย

14. 0 ฉันไม่รู้สีกว่าฉันแตกต่างไปจากเมื่อก่อน
- 1 ฉันวิตกว่าฉันจะดูแก่และไม่น่าสนใจ
- 2 ฉันรู้สึกว่ามีเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นที่ทำให้ฉันไม่น่ามองอีกต่อไป
- 3 ฉันเชื่อว่าฉันเป็นคนน่าเกลียดมาก
15. 0 ฉันสามารถทำงานได้เหมือนเคย
- 1 ฉันต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้นกว่าจะเริ่มทำงานบางสิ่งบางอย่าง
- 2 ฉันต้องผลักดันตนเองอย่างมากที่จะทำงานอะไร
- 3 ฉันไม่สามารถทำงานอะไรได้เลย
16. 0 ฉันนอนได้ตามปกติ
- 1 ฉันนอนไม่หลับเหมือนอย่างเคย
- 2 ฉันตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง และเป็นการยากที่จะกลับไปนอนหลับต่อได้อีก
- 3 ฉันตื่นนอนเร็วกว่าปกติหลายชั่วโมง และไม่สามารถนอนหลับต่อได้อีกเลย
17. 0 ฉันไม่รู้สีกเหนื่อย
- 1 ฉันรู้สึกเหนื่อยกว่าแต่ก่อน
- 2 ฉันรู้สึกเหนื่อยจากการทำสิ่งต่างๆ
- 3 ฉันรู้สึกเหนื่อยเกินกว่าที่จะทำอะไรได้
18. 0 ฉันรับประทานอาหารได้ตามปกติ
- 1 ฉันรับประทานอาหารไม่ได้ตามปกติอย่างที่เคย
- 2 ฉันรับประทานอาหารไม่ค่อยลง
- 3 ฉันไม่อยากรับประทานอาหารใดๆเลย
19. 0 น้ำหนักของฉันไม่เปลี่ยนแปลง
- 1 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 2 กิโลกรัม
- 2 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 4 กิโลกรัม
- 3 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 6 กิโลกรัม

20. 0 ฉันไม่รู้สึกรวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ
- 1 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด ปวดท้อง หรือท้องผูก
  - 2 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าเรื่องอื่นๆ
  - 3 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้
21. 0 ความสนใจทางเพศของฉันเป็นไปตามปกติ
- 1 ฉันสนใจเรื่องเพศน้อยกว่าที่เคย
  - 2 ฉันสนใจเรื่องเพศน้อยลงมาก
  - 3 ฉันไม่สนใจทางเพศเลย



### แบบบันทึกการเคลื่อนไหวของข้อ

คำชี้แจง : ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกแบบบันทึกการเคลื่อนไหวของข้อของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ท่าในการเคลื่อนไหว	องศาการเคลื่อนไหว			
	ก่อนเริ่มโปรแกรม		หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม	
	ซ้าย	ขวา	ซ้าย	ขวา
1.ท่างอไหล่ (flexion)				
2.ท่าเหยียดไหล่ (extension)				
3.ท่างอข้อศอก (flexion)				
4.ท่าเหยียดข้อศอก (abduction)				
5.การงอข้อมือ (flexion)				
6.การเหยียด (หงาย) ข้อมือ (extention)				
7.การเหยียดเข้า (extention)				
8.การงอเข้า (flexion)				
9.การงอสะโพก (flexion)				
10.การเหยียดสะโพก (extention)				

## ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

### 1. โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

#### คู่มือโปรแกรม

การพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวและภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่



<http://www.thaihealth.or.th/>

จัดทำโดย

นางสาวปรีชา เอี่ยมวัน

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 2.แผนกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่

<b>ผู้สอน</b>	นางสาวปรียา เอี่ยมวัน
<b>ผู้เรียน</b>	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ จำนวน 22 คน และผู้ดูแลโดยทำกิจกรรมครั้งละ 3-5 คน
<b>ระยะเวลา</b>	ประมาณครั้งละ 65 นาที
<b>สถานที่ให้ความรู้</b>	สถาบันประสาทวิทยา
<b>โมโนทัศน์การเรียนรู้</b>	การพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีเป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยกิจกรรมดนตรีขับกาย เพื่อเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและกิจกรรมดนตรีพาเพลินเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งทั้งสองกิจกรรมจะช่วยให้มีการฟื้นตัวของระบบประสาททักษะการเคลื่อนไหว เสริมสร้างพัฒนาการด้านอารมณ์ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลต่อการช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
<b>วัตถุประสงค์</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ที่บกพร่องด้านการเคลื่อนไหวสามารถใช้ดนตรีเพื่อบำบัดในการเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</li> <li>2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถใช้ดนตรีเพื่อบำบัดในการลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</li> </ol>



วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/ ระยะเวลา	การ ประเมินผล
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ดูแล	<p>สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ นางสาวปรีญา เอี่ยมวัน นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ทำการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการวิจัยครั้งนี้</p>	<p>-ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใสพร้อมทั้งแนะนำตนเองและขอความร่วมมือในการวิจัย</p> <p>-ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยพอสังเขป</p> <p>-ผู้วิจัยสังเกตลักษณะและความสนใจของผู้ป่วยและญาติในการรับฟังข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>	-ใช้เวลา 5 นาที	<p>-ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม การแสดงออกของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนี้</p> <p>ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีสีหน้าและท่าทางสนใจ</p>

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. ตัวอย่างแบบบันทึกการทำกิจกรรม

แบบบันทึกการเล่นเครื่องดนตรี

ครั้งที่	วันที่	ระยะเวลา (นาทีก)	เครื่องดนตรี	หมายเหตุ

แบบบันทึกการฟังดนตรี

ครั้งที่	วันที่	ระยะเวลา (นาทีก)	หมายเหตุ

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวปรียา เอี่ยมวัน เกิดวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2531 ที่จังหวัดเชียงใหม่ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ปีการศึกษา 2553 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร

