

ผลของการฟังเพลงต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือด
ในระยะเฉียบพลัน



นางสาวนภาดา สุขกฤต

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF MUSIC LISTENING ON ANXIETY AND DEPRESSION IN ACUTE
ISCHEMIC STROKE PATIENTS



Miss Nabhada Sukhakrit

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการฟังเพลงต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วย
ที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน

โดย

นางสาวนภาดา สุขกฤต

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย

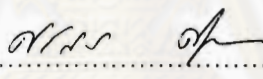
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

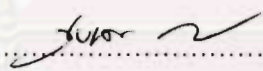
ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา)

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

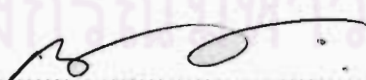

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อติศร ภัทราดุลย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิจศรี ชาญณรงค์)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(พันเอก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พงศธร เนตราคม)

นาคดา สุขภฤต : ผลของการฟังเพลงต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะ
สมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. (THE EFFECT OF MUSIC LISTENING ON
ANXIETY AND DEPRESSION IN ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS)

อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.นพ.สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม:
ศ.พญ.นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา) 103 หน้า.

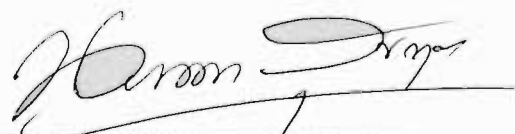
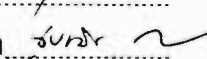
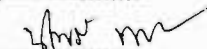
ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดใน
ระยะเฉียบพลันซึ่งเป็นระยะที่สำคัญมากในการช่วยชีวิตและลดความพิการของผู้ป่วย มีรายงาน
ว่าดนตรีบำบัดเป็นการรักษาเสริมที่มีประสิทธิภาพแต่ยังไม่มีการวิจัยถึงผลของการฟังเพลงไทย
การวิจัยเชิงทดลองนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบถึงผลของการฟังเพลงไทยต่อภาวะวิตกกังวล
และซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน ได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 24 คน จากผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันที่พักรักษาตัวอยู่ที่หอผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง ตึกธนาคารกรุงเทพฯ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเดือนมีนาคมถึง
เดือนกันยายน ปี พ.ศ. 2553 กลุ่มตัวอย่างถูกแบ่งให้เป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
กลุ่มละ 12 คน โดยการสุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการฟังเพลงไทยเป็น
เวลา 4 วัน ๆ ละ 45 นาที ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานของ
โรงพยาบาลโดยมิได้รับโปรแกรมการฟังเพลงใด ๆ เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วน
บุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย แบบวัดภาวะทางอารมณ์ฉบับดัดแปลง modified Visual Analog
Mood Scale (mVAMS) แบบประเมินภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย Thai
Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon
signed ranks test และ Mann-Whitney test ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีภาวะวิตกกังวลจากแบบประเมิน mVAMS และ
ภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน Thai HADS ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ภายหลังการฟังเพลง แต่อย่างไรก็ตามไม่พบความเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ
สัญญาณชีพก่อนและหลังการทดลองในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

สรุปว่าการฟังเพลงไทยช่วยลดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาด
เลือดในระยะเฉียบพลันได้

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์.....
สาขาวิชา สุขภาพจิต.....
ปีการศึกษา 2553.....

ลายมือชื่อนิสิต.....
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....

5174783430 : MAJOR MENTAL HEALTH


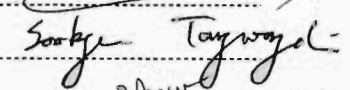
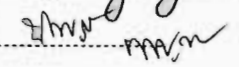
KEYWORDS : ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS / ANXIETY / DEPRESSION / MUSIC LISTENING

NABHADA SUKHAKRIT: THE EFFECT OF MUSIC LISTENING ON ANXIETY AND DEPRESSION IN ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS. ADVISOR: ASST. PROF. SOOKJAROEN TANGWONGCHAI, M.D., CO-ADVISOR: PROF. NIJASRI CHARNNARONG SUWANWELA, M.D., 103 pp.

Anxiety and depression are common in patients with acute ischemic stroke. Music therapy has been reported as an effectively adjunctive treatment for these patients. The purpose of this experimental study was to examine the effect of Thai popular music listening on anxiety, depression and the vital signs of acute ischemic stroke patients. Twenty-four participants were recruited from acute stroke unit, King Chulalongkorn memorial hospital during March-September, 2010, randomized to be the experimental and the control subjects. Each participant in the experimental group received the four days Thai popular music listening intervention while the control subjects received standard care without music listening. The instruments consisted of the questionnaire assessed for demographic and clinical data, modified Visual Analog Mood Scale (mVAMS) and Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS). Descriptive statistic, Wilcoxon signed ranks test and Mann-Whitney test were used for the statistical analysis.

It was found that patients in the experimental group had statistically significant less anxiety and depression comparing to control group after listening to music. Anyway there were no statistically significant differences of the vital signs after the intervention in both groups.

The results demonstrated that Thai popular music listening can reduce anxiety and depression in patients with acute ischemic stroke.

Department : ..Psychiatry.....	Student's Signature .. 
Field of Study : ..Mental Health.....	Advisor's Signature .. 
Academic Year : ..2010.....	Co-Advisor's Signature .. 

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี โดยได้รับความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก ท่านผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุชเชวริญ ตั้งวงษ์ไชย อาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้สละเวลาอันมีค่าคอยให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะต่อข้อบกพร่องต่าง ๆ ให้กำลังใจ เอาใจใส่ด้วยความเข้าใจและเมตตา หลายครั้งที่ท่านกรุณาสั่งสอนความรู้ที่แม้แต่เคยสอนไปแล้วเพื่อให้ความกระจ่างแก่ผู้วิจัยอีกครั้ง หากปราศจากท่าน ผู้วิจัยคงไม่สามารถทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้ลุล่วงไปได้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ พันเอกผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์พงศธร เนตราคคม กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัยผู้สละเวลาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น และอนุมัติแก่ผู้วิจัยด้วยความเมตตา และศาสตราจารย์แพทย์หญิงนิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา) อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ซึ่งแม้จะมีภารกิจมากมาย แต่ท่านก็ได้กรุณาสละเวลาให้ความช่วยเหลือ แนะนำ อำนวยความสะดวกให้กับงานวิจัยเป็นอย่างดีเสมอ

ขอขอบพระคุณคุณสุภาพันรัตน์ คำหอม หัวหน้าหอผู้ป่วย ธนาคารกรุงเทพ ชั้น 3 และเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกท่านที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ให้ความช่วยเหลือ ข้อเสนอแนะ และช่วยอำนวยความสะดวกตลอดช่วงราว 1 ปีที่ผ่านมา ดร.ณภัทรวรรต บัวทอง ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้ความรู้ความเข้าใจ ให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะด้านสถิติงานวิจัยแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี อีกทั้งคุณศรีสกุล ชมสวัสดิ์ และเจ้าหน้าที่ธุรการภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่าน รวมถึงเพื่อนนิสิตและรุ่นน้องที่คอยให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ และให้ข้อมูลข่าวสารมาโดยตลอด

ขอขอบคุณผู้ประพันธ์คำร้อง ทำนอง ผู้ขับร้อง และเจ้าของลิขสิทธิ์บทเพลงทุกเพลงที่ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในครั้งนี้ และ การวิจัยนี้จะประสบความสำเร็จมิได้หากปราศจากความร่วมมือของกลุ่มผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน จึงขอกราบขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาที่เพียรปลูกฝังจิตสำนึกที่ดีแก่ผู้วิจัยเสมอมา

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและคณาจารย์ทุกท่านที่ให้โอกาสผู้วิจัยได้รับการศึกษาในสถาบันอันทรงเกียรติแห่งนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
สมมติฐาน.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	4
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
กรอบแนวคิด.....	5
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
วิธีดำเนินการวิจัย.....	7
ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลวิจัย.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับการฟังเพลงเพื่อการบำบัด.....	8
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล.....	9
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า.....	14
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง.....	18
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	24

3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	27
	รูปแบบการวิจัย.....	27
	ระเบียบวิธีวิจัย.....	27
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	27
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	30
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	32
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	34
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
	ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	36
	ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การเปลี่ยนแปลงของระดับความรุนแรงของโรค ภาวะอารมณ์และสติปัญญาชีพ.....	43
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	52
	สรุปผลการวิจัย.....	52
	อภิปรายผลการวิจัย.....	55
	ข้อจำกัดในการทำวิจัยและตัวกวน.....	57
	ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป.....	59
	รายการอ้างอิง.....	61
	ภาคผนวก.....	67
	ภาคผนวก ก ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย.....	68
	ภาคผนวก ข บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถาม แบบประเมินภาวะอารมณ์.....	74
	ภาคผนวก ค โปรแกรมการฟังเพลง ซีดีเพลง.....	86
	ภาคผนวก ง เอกสารแสดงขั้นตอนการทำงานสำหรับผู้วิจัย.....	91
	ภาคผนวก จ บันทึกเพิ่มเติมสิ่งที่พบระหว่างทำการทดลอง.....	95
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	103

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ตารางแสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ปัจจัยในด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคม ของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	37
2	ข้อมูลการใช้สารเสพติด ประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง.....	39
3	ข้อมูลความชอบในการฟังเพลง และงานอดิเรกของกลุ่มตัวอย่าง.....	41
4	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนก่อนการทดลอง (Baseline) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	43
5	ผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่วัดได้จาก NIHSS, Thai HADS และ mVAMS ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Non-parametric Wilcoxon Signed Ranks test.....	45
6	ผลการวิเคราะห์ค่าความแตกต่างเฉลี่ย (Mean difference) ของค่าคะแนน NIHSS, Thai HADS ด้านวิตกกังวล และด้านซึมเศร้า, และ mVAMS โดยใช้สถิติ Non-parametric Mann-Whitney test.....	48
7	ผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสัญญาณชีพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง.....	51

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวความคิดของการวิจัย.....	5
2	กราฟที่ 1 ภาพแสดง Baseline ของทั้งสองกลุ่ม.....	44
3	กราฟที่ 2 ภาพความแตกต่าง mVAMS ด้านความวิตกกังวล ก่อนหลังในกลุ่ม ทดลอง.....	46
4	กราฟที่ 3 ภาพความแตกต่าง mVAMS ด้านความวิตกกังวล ก่อนหลังในกลุ่ม ควบคุม.....	46
5	กราฟที่ 4 ภาพความแตกต่าง mVAMS ด้านความซึมเศร้า ก่อนหลังในกลุ่ม ทดลอง.....	47
6	กราฟที่ 5 ภาพความแตกต่าง mVAMS ด้านความซึมเศร้า ก่อนหลังในกลุ่ม ควบคุม.....	47
7	กราฟที่ 6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยที่ประเมินโดย mVAMS ด้าน ความวิตกกังวล วิเคราะห์โดย Mann-Whitney test.....	49
8	กราฟที่ 7 ผลเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยที่ประเมินโดย mVAMS ด้านความ ซึมเศร้า.....	50

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular disease) หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากการแตกหรือตีบของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองทำให้สมองบางส่วนสูญเสียการทำงานไป โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของความพิการและเป็นสาเหตุของการตายเป็นอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและอุบัติเหตุ (จากข้อมูลสถิติสาธารณสุขปีพ.ศ. 2549) คนไทยเป็นโรคอัมพาต อัมพฤกษ์จนถึงขั้นที่เดินไม่ได้ปีละ 150,000 คนหรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 17 คน และจากสถิติปีพ.ศ. 2547-2549 มีผู้ป่วยอัมพาต อัมพฤกษ์เพิ่มขึ้นถึง 3 เท่าตัว โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย จากรายงานการศึกษาที่เป็น การศึกษาร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลกพบว่า โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ในเพศหญิงและอันดับ 2 ในเพศชาย และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่เนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงอย่างทันทีทันใด ส่งผลให้เนื้อ สมองถูกทำลายหรือตายลงในที่สุด โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทคือ

1. โรคสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) พบได้บ่อยที่สุด ประมาณ 80 % ของโรคหลอดเลือด สมองทั้งหมด
2. โรคเลือดออกในสมอง (Haemorrhagic Stroke) พบได้ประมาณ 20 % ของโรคหลอดเลือด สมองทั้งหมด

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะกลุ่มที่เกิดจากภาวะสมองขาดเลือดในช่วงแรก หรือระยะเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) มีความสำคัญมากในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ลดอัตราการเกิดความพิการและการเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นภาวะเร่งด่วนทางอายุกรรม⁽¹⁾ การ วินิจฉัยในระยะนี้เป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งแพทย์คนแรกที่ดูแลผู้ป่วยจะต้องสามารถประเมินและให้การ วินิจฉัยแยกโรคได้อย่างถูกต้องรวมทั้งมีความรู้และสามารถให้การรักษาทันท่วงทีตั้งแต่ผู้ป่วย อยู่ในห้องฉุกเฉิน เนื่องจากบางรายอาจสามารถรักษาให้หายได้ด้วยกรให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolysis) ภายใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ นอกจากนี้ปัจจุบันยังมีวิธีการรักษาใหม่ ๆ ที่จะ ช่วยรักษาภาวะอุดตันของหลอดเลือด⁽²⁾ และช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น การรับผู้ป่วยไว้ดูแลในหอ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ (Stroke unit)⁽³⁾ และการให้ยาแอสไพรินภายใน 48 ชั่วโมง⁽⁴⁾ ก็ เป็นการรักษาที่มีหลักฐานยืนยันว่ามีประโยชน์

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลมีวัตถุประสงค์หลักคือ

1. เพื่อให้การรักษาในระยะเฉียบพลันและต่อเนื่อง
2. เพื่อสังเกตอาการ ป้องกัน และรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที
3. เพื่อสืบค้นหาสาเหตุของโรคอันจะนำไปสู่การวางแผนการรักษาในระยะยาว
4. เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย

ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันนั้น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกวิตกกังวลเป็นอย่างมาก ทั้งกังวลกับอาการป่วยที่เพิ่งจะเกิดขึ้นจากคนที่เคยเดิน พูด ยกแขนขา ได้เป็นปกติ กลับกลายเป็นเดินไม่ได้ ปากเบี้ยว แขนขาไร้ความรู้สึก จะหายหรือไม่ จะต้องเดินไปไหนไม่ได้ จะต้องเป็นเช่นนี้ตลอดไปหรือไม่ และกังวลเป็นห่วงฐานะทางบ้านถ้าตนทำงานไม่ได้คนในบ้านจะเป็นอย่างไร กลัวการเป็นภาระของผู้อื่น กลัวคนในบ้านจะทอดทิ้ง รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าอีกต่อไป อีกทั้งหลังจากเกิดความผิดปกติจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้าจากความผิดปกติที่เกิดขึ้น อาการต่าง ๆ ที่มักจะพบ เช่น ไม่สนใจสิ่งที่เคยสนใจ มีความรู้สึกเชิงซ้ำหรือกระสับกระส่าย รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่าหรือโกรธตัวเอง รู้สึกอยากอาหารมากขึ้นจนน้ำหนักเพิ่มหรืออาจรู้สึกเบื่ออาหารจนน้ำหนักลด ขาดสมาธิ ความคิด ความจำ หรือการตัดสินใจบกพร่อง นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป กระวนกระวายวิตกกังวล คิดถึงแต่เรื่องความตายหรือคิดอยากฆ่าตัวตายซึ่งถ้าหากผู้ป่วยไม่ได้รับการเยียวยาภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้านี้อาจทำให้การฟื้นฟูสภาพจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นไปได้ยากขึ้น

ในฐานะนักสุขภาพจิต สามารถช่วยการรักษาของแพทย์ได้ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจของผู้ป่วย นอกจากการพูดคุยให้กำลังใจแล้ว การให้ผู้ป่วยได้ฟังเพลงอาจเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านจิตใจของผู้ป่วยได้เช่นกัน พบรายงานถึงผลของการฟังเพลงหรือดนตรีบำบัดดังต่อไปนี้

ซุง (Sung)⁽⁵⁾ พบว่าการฟังเพลงมีผลในการบำบัดและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

แอนติก (Antic)⁽⁶⁾ พบว่าการกระตุ้นการฟังเพิ่มอัตราการไหลเวียนโลหิตในเส้นเลือดไปเลี้ยงสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke)

คิม (Kim)⁽⁷⁾ ได้ทำการวิจัย เพื่อตรวจสอบผลของดนตรีบำบัดต่อการรับรู้ความเจ็บปวดของผู้ป่วยอัมพาตระหว่างการทำกายภาพบำบัดโดยไม่เปิดเพลงให้ฟังในกลุ่มควบคุม และในกลุ่มทดลองเปิดเพลงและคาราโอเกะ (เพลงเดียวกับเพลงที่เปิดแต่ไม่มีเสียงร้อง) ให้ฟังขณะผู้ป่วยทำการบริหารมือ ข้อมือ และข้อต่อหัวไหล่ ใช้เวลาวิจัยทั้งหมด 8 สัปดาห์ ผลที่ได้รับคือ ผู้ป่วยไม่มีอัตราความเจ็บปวดต่างกันก็จริง แต่อารมณ์ของผู้ป่วยดีขึ้น และมีการตอบสนองด้านการพูดดีขึ้นในกลุ่มที่ทำกายภาพบำบัดไปพร้อมกับการฟังเพลงและคาราโอเกะ

เคนนี่ (Kenny)⁽⁸⁾ ได้ศึกษาผลของการร้องเพลงเป็นกลุ่มต่อภาวะอารมณ์ การเผชิญหน้ากับการเจ็บป่วย และการรับรู้ความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่าการร้องเพลงมีประโยชน์ในแง่ทำให้การเผชิญกับโรคของผู้ป่วยดีขึ้นแต่ผู้วิจัยก็แนะนำว่าควรทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น และ

ถึงแม้ว่ามีบางงานวิจัยเช่นรายงานของคาโลวินี (Calovini)⁽⁹⁾ อ้างถึงในฮิลลิฮาร์ด (Hilliard)⁽¹⁰⁾ ที่ได้รายงานผลว่าการใช้ดนตรีบำบัดอย่างเดียวไม่มีผลต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยแต่จากหลายการวิจัยที่ผ่านมาก็ได้พบว่าการใช้ดนตรีบำบัดนั้นเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หนึ่งผู้วิจัยทำงานเกี่ยวกับด้านดนตรีมาเป็นเวลา 15 ปี โดยผู้ที่ได้ฟังการขับร้องของผู้วิจัยบอกว่าหลังได้ฟังเพลงแล้วได้รับความสุข หายเครียด และมีกำลังใจหายท้อถอย แต่ทั้งนี้ไม่มีผลทางการวิจัยใด ๆ ที่เป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงมีความสงสัยว่าสิ่งที่ได้ทำมาตลอด 15 ปีนั้น เป็นประโยชน์ต่อจิตใจของผู้คนจริงหรือ และในเมื่อได้เข้ามาศึกษาด้านสุขภาพจิตแล้วจะสามารถนำความรู้ประสบการณ์ที่ได้มารวมประยุกต์ขยายผลเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไปได้หรือไม่ อย่างไร

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการวิจัยเกี่ยวกับผลของการบำบัดด้วยการฟังเพลงไทย ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน

คำถามการวิจัย (Research Question)

1. การฟังเพลงมีผลต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันหรือไม่
2. การฟังเพลงมีผลต่อสัญญาณชีพของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาถึงผลของการฟังเพลงที่มีต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาถึงผลของการฟังเพลงที่มีต่อสัญญาณชีพของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน

สมมติฐาน (Hypothesis)

ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันที่ได้ฟังเพลงมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าและสัญญาณชีพ ต่างจากกลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงผลของการฟังเพลงที่มีต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน โดยทำการวิจัยเชิงทดลองโดยให้โปรแกรมการฟังเพลงแก่กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีกลุ่มควบคุม ใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) และ modified Visual Analog Mood Scale (mVAMS)

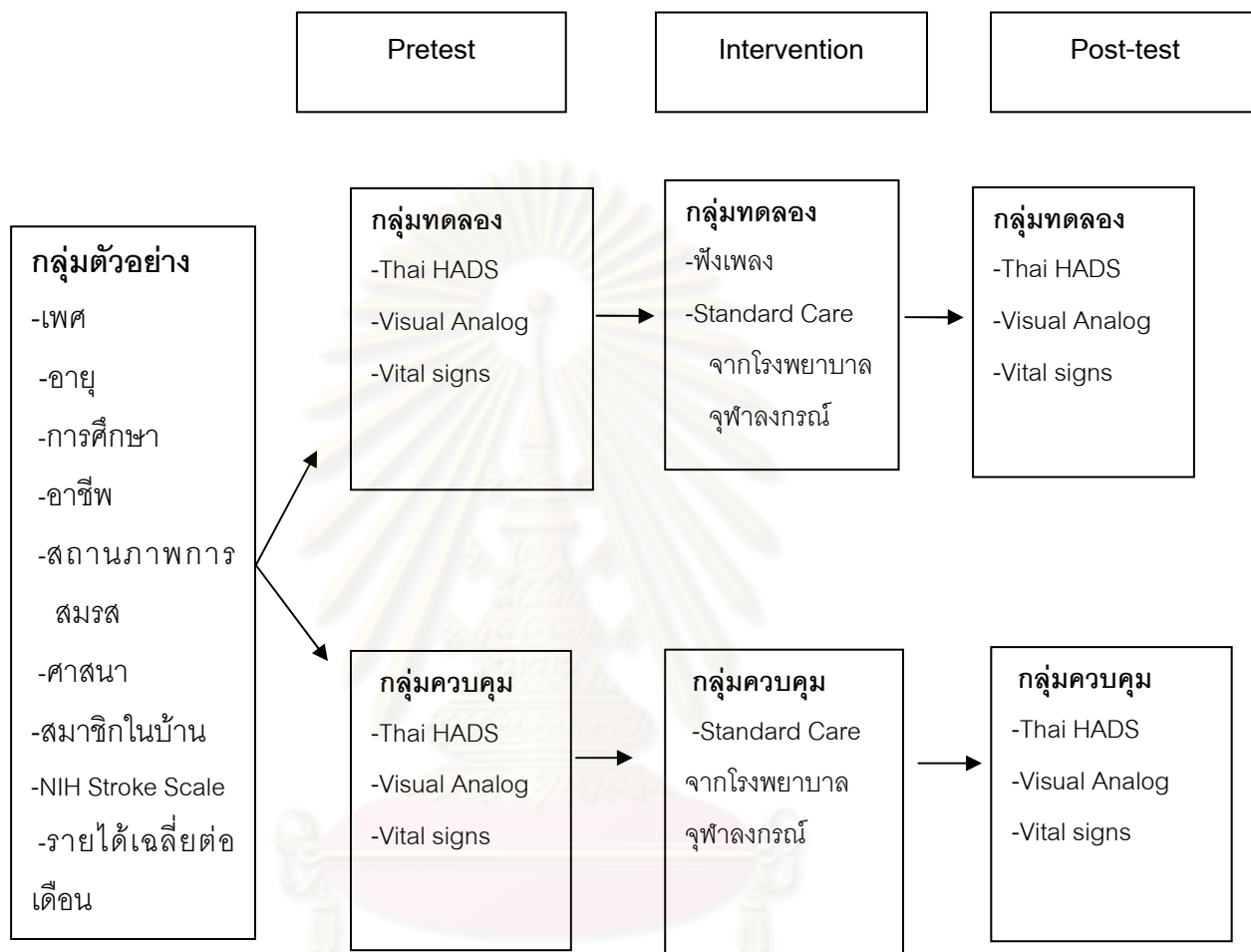
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย ความชอบด้านการฟังเพลง
2. ตัวแปรตาม ได้แก่
 - ภาวะวิตกกังวล
 - ภาวะซึมเศร้า
 - สัญญาณชีพ ที่วัดในการวิจัยนี้คือ ค่าความดันโลหิต และ จังหวะชีพจร

ข้อตกลงเบื้องต้น

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันที่พักรักษาตัวอยู่ที่หอผู้ป่วยประสาทวิทยา ตึกธนาคารกรุงเทพฯ ชั้น 3 และมีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ ทุกคนเป็นผู้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล

กรอบแนวคิดของการวิจัย (Conceptual Framework)



ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitations)

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ณ หอผู้ป่วยประสาทวิทยา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยและเป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยไว้พักรักษาตัว (Admit) ระยะสั้น ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องกำหนดระยะเวลาทำการทดลองไว้อย่างเต็มที่เพียง 4 วัน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย (Operational Definition)

การฟังเพลง (Music Listening) หมายถึงการฟังเพลงที่มีการแต่งเนื้อร้องเป็นภาษาไทย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเพลงคร่าว ๆ คือ เพลงประเภทเพลงไทยสากล เพลงไทยลูกทุ่ง และเพลงลูกกรุงที่มีจังหวะที่สม่ำเสมอช้าถึงปานกลาง ค่อนข้างเป็นที่รู้จัก ไม่มีเสียงเครื่องดนตรีที่บาดหู ผู้ขับร้องมีเสียงและการร้องที่นุ่มนวล (sounds healing) ไม่สูงแหลมจนเกินไปมีเนื้อร้องและเนื้อหาในทางดนตรีไปในทางบวก ไม่มีความรู้สึกที่หดหูเศร้าหรือมีเรื่องของความตายหรือความอยากตายอยู่ในเพลง บทเพลงทั้งหมดจะถูกคัดเลือกโดยจะคำนึงถึงจุดประสงค์ของเพลงที่เป็นไปในทางบำบัด ให้ผู้ป่วยผ่อนคลายทั้งกายและจิตใจ ก่อให้เกิดความรู้สึกสงบ ลดความวิตกกังวลและซึมเศร้า หรือให้ความสดชื่นเบิกบานมีชีวิตชีวา ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจในการที่จะต้องสู้กับความเจ็บป่วย และอีกสิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือเวลาฟังเปิดเสียงไม่ดังจนเกินไปนักทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับเสียงของผู้ป่วย และก่อนทำการทดลองต้องมีการแนะนำผู้ป่วยว่าหากไม่รู้จักเพลงให้ฟังที่เนื้อหาของเพลงและปล่อยตัวตามสบาย

ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ Thai HADS ในการตรวจประเมิน ภาวะที่มีความรู้สึกไม่สุขสบาย ไม่มั่นคงปลอดภัย ตึงเครียด กระวนกระวาย หวั่นวิตกของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน

ภาวะซึมเศร้า (Depression) ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ Thai HADS ในการตรวจประเมิน ภาวะความรู้สึกไม่สบาย หดหู่ ท้อแท้ เศร้าหมอง อ่างว้าง เหงาหงอยไม่พูดไม่จา ไม่เบิกบาน เศร้า สลด กระทบทกระเทือนใจได้ง่ายในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน

ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke patients) หมายถึงผู้ป่วยที่มาเข้ารับรักษาตัวที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ตึกธนาคารกรุงเทฯ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยอาการอัมพาต หรือสโตรก (Stroke) ที่เกิดจากการตีตันของเส้นเลือดไปเลี้ยงสมองในระยะเฉียบพลัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefit and Application)

ได้อุปกรณ์เพื่อช่วยลดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันไว้ใช้ที่ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตึกธนาคารกรุงเทฯ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

หลังจากที่ได้ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยจากเอกสารต่าง ๆ โดยศึกษาจากหนังสือวารสารงานวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขออนุญาตหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ แล้ว ผู้วิจัยทำการทดลอง Module ทำวิจัยนำร่อง (Pilot Study) จากนั้นดำเนินการวิจัยโดยทำการทดลองในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตึกธนาคารกรุงเทพ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 24 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผลการวิจัย

ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิจัย

1. เสนอผลการทดลอง Module ผลของการวิจัยนำร่อง (Pilot Study) และ โครงการวิจัย เพื่ออธิบายถึงสิ่งที่จะทำในการวิจัยให้กับนิสิตแพทย์ คณาจารย์ และเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฟังที่ ห้องประชุมจตุรพร ตึกธนาคารกรุงเทพ ชั้น 3 เป็นเวลา 1 ชั่วโมง ก่อนเข้าเริ่มทำการวิจัยจริง
2. หลังจากทำการวิจัยจบแล้ว ผู้วิจัยเขียนบทความ Menu script เป็นภาษาอังกฤษเพื่อส่งตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการ แล้วดำเนินการสอบวิทยานิพนธ์เพื่อเสนอผลการวิจัยต่อคณาจารย์ คณะกรรมการสอบต่อไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงผลของการฟังเพลงต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันที่พักรักษาตัวอยู่ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตึกธนาคารกรุงเทพ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยผู้วิจัยมีขอบเขตในการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้คือ

แนวคิดและทฤษฎี

การฟังเพลง Music Listening

ดนตรีมีความเกี่ยวข้องและมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของคนมาช้านานแล้ว และในศตวรรษที่ 20 ได้มีการศึกษาค้นคว้าอย่างจริงจังและนำดนตรีมาใช้ในการรักษาความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ โดยเป็นที่ยอมรับกันว่าดนตรีเป็นภาษาสากลที่สามารถใช้ติดต่อสื่อสารได้กับทุกคน ทุกระดับ ทุกเชื้อชาติ ดนตรีทำให้เกิดความรู้สึกซาบซึ้งเกิดการเรียนรู้ มีอิทธิพลทั้งต่อร่างกายและจิตใจของผู้ฟัง การนำดนตรีและกิจกรรมต่าง ๆ ทางดนตรีมาใช้เพื่อปรับพฤติกรรมและเสริมสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจรวมไปถึงอารมณ์ ใช้ได้ทั้งกับบุคคลทั่วไปและผู้ป่วย การนำดนตรีมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยทางการแพทย์เรียกว่าดนตรีบำบัด (Music Therapy)⁽¹¹⁾

หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ได้สัปดาห์ ดนตรีบำบัดได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกาในการฟื้นฟูผู้ป่วยเจ็บ โดยมีจุดประสงค์ในการสร้างกำลังใจและบรรเทาความน่าเบื่อในการที่ต้องอยู่แต่ในโรงพยาบาล^(12,13) จิตแพทย์เห็นประโยชน์ของดนตรีในการทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยดีขึ้นและสร้างความผ่อนคลายให้กับผู้ป่วย ตั้งแต่นั้นในโรงพยาบาลในยุโรปบางแห่งได้บรรจุดนตรีบำบัดไว้ในการทำกิจวัตรประจำวัน^(14,15,16) จนกลายเป็นธรรมเนียมของการวิจัยในโรงพยาบาลในยุโรปที่จะต้องมีการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดอยู่ด้วยเป็นพื้นฐาน⁽¹⁷⁾

ในการศึกษาผลกระทบของดนตรีที่มีต่อร่างกายมนุษย์⁽¹³⁾ เริ่มที่ผลของดนตรีบำบัดที่มีต่ออัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตในคนสุขภาพดีปรกติ โดยตั้งข้อสังเกตว่าถ้าดนตรีมีอิทธิพลต่อภาวะทางกายเหล่านี้ในคนปรกติ การค้นพบนี้จะสนับสนุนความเป็นไปได้ที่ว่าดนตรีสามารถนำไปใช้เพื่อการบำบัดผู้ป่วยโรคหัวใจหรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

สรุปว่าคนตริ่นั้นมีพลัง สามารถกระตุ้นและผ่อนคลาย ปลอบประโลมใจ และสร้างแรงบันดาลใจให้มนุษย์ได้ การเล่นดนตรียังเป็นสิ่งที่มีประโยชน์อย่างไม่ต้องสงสัย ผู้สูงอายุจะมีกำลังวังชาขึ้น คนที่ซึมเศร้าจะมีกำลังใจขึ้น และคนที่เหนื่อยล้าก็จะรู้สึกมีชีวิตชีวาขึ้นได้ จึงควรทำการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อให้มีการบรรจุดนตรีบำบัดไว้ในการรักษาทางคลินิก แต่น่าเสียดายนักดนตรีบำบัดและแพทย์มักพบทางตันเพราะแต่ละฝ่ายต่างมีวิธีวิจัยที่แตกต่างกันโดยที่อีกฝ่ายไม่สามารถยอมรับได้ จึงหวังว่าจะมีการค้นหาวิธีที่เหมาะสมในการวิจัยเงื่อนไขและสถานภาพทางสังคมของมนุษย์ เพื่อที่จะหาทางให้ทั้งสองฝ่ายทำงานร่วมกันได้ในอนาคต เพื่อสร้างความยืดหยุ่นรอมชอมในการทำวิจัยทางคลินิก⁽¹⁸⁾

ภาวะวิตกกังวล (Anxiety)

หมายถึงภาวะที่มนุษย์มีความรู้สึกไม่สุขสบาย ไม่นั่นคงปลอดภัย ตึงเครียด กระวนกระวาย หวั่นวิตก

ตามพจนานุกรมไทยฉบับทันสมัย⁽¹⁹⁾ คำว่าวิตกแปลว่า เป็นทุกข์ ร้อนใจ กังวล และคำว่า กังวลหมายถึง ห่วงใย มีจิตพะวงอยู่

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่เกิดในคนปกติทั่วไป เป็นผลจากสิ่งกระตุ้นภายในอาจไม่รู้สาเหตุและไม่เหมาะสม เป็นความรู้สึกวิตกกังวล ก้าวในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น อาจเป็นความหวั่นเกรงว่าเรื่องร้ายจะเกิดขึ้นกับตนเองหรือคนใกล้ชิด มักมีสิ่งกระตุ้นจากเหตุการณ์หรือสิ่งที่ไม่สบายใจ

Spielberger⁽²⁰⁾ ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า หมายถึงปฏิบัติการตอบสนองต่อความเครียดเมื่อบุคคลประเมินว่าความเครียดนั้นเป็นอันตรายหรือคุกคามความมั่นคงของตนโดยที่สิ่งคุกคามนั้นอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการคาดคะเนล่วงหน้าได้

เมื่อเกิดความวิตกกังวลขึ้นร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น ชีพจรเต้นเร็ว ม่านตาขยาย ความดันโลหิตสูงขึ้น ริมฝีปากแห้ง มือสั่น คลื่นไส้ อาเจียน หายใจถี่และเร็วหรือหายใจขัด เหงื่อออกมากกว่าปกติ โดยเฉพาะบริเวณฝ่ามือฝ่าเท้า เบื่ออาหาร ปัสสาวะบ่อย ท้องอืด กล้ามเนื้อตึงบริเวณลำคอ นอนไม่หลับ เป็นต้น

ภาวะวิตกกังวลเกิดได้จากหลายสาเหตุ Wallace⁽²¹⁾ ได้กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะวิตกกังวลไว้ 3 ประการดังนี้

1. ภาวะวิตกกังวลจากพัฒนาการของชีวิต เช่น วัยผู้ใหญ่เข้าสู่วัยสูงอายุซึ่งจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ส่งผลให้บุคคลเกิดความคับข้องใจและวิตกกังวล

2. ภาวะวิตกกังวลเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ เช่น การเจ็บป่วยทางกาย การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน

3. ภาวะวิตกกังวลจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น เหตุการณ์ความขัดแย้งในบ้านเมือง ข่าวภัยธรรมชาติครั้งใหญ่ ความเจ็บป่วย

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล

ทฤษฎีที่อธิบายสาเหตุต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นในการดำเนินชีวิตมีดังนี้^(23,22)

1. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theories) ได้แก่ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theories) ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral theories) และทฤษฎีความมีอยู่เป็นอยู่ (Existential theories)

1.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theories) Sigmund Freud ได้ให้ข้อเสนอในตอนแรกว่า ความวิตกกังวลเป็นสัญญาณของ Ego ที่แสดงถึงการไม่ยอมรับต่อแรงผลักดันใด ๆ ในระดับจิตสำนึก จึงเก็บกดให้เข้าไปอยู่ในระดับจิตใต้สำนึกแทนและเกิดความวิตกกังวล ต่อมา Freud พบว่าความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาของ Ego ต่อแรงขับทางสัญชาตญาณ (Instinctual force) ที่มาจาก Id ซึ่งหากไม่ได้รับการควบคุมก็จะเป็นอันตรายต่อตนเองได้ไม่ว่าจะเป็นจากการถูกลงโทษจากสังคมภายนอกหรือจากคุณธรรม (Superego) ที่มีอยู่ภายในจิตใจของตน ความวิตกกังวลจึงเกิดจาก Ego ซึ่งเป็นเสมือนตัวให้สัญญาณว่าเกิดอันตรายและกระตุ้นให้ใช้การเก็บกดหรือกลไกป้องกันทางจิตอื่น ๆ ในการควบคุมแรงขับและอารมณ์ต่าง ๆ ความวิตกกังวลจึงทำให้เกิดความเก็บกด

1.2 ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral theories) กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมเฉพาะอย่างที่มากระตุ้น เช่น ในการเรียนรู้เงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical learning theories) อีกประการหนึ่งที่อาจเป็นสาเหตุคือ การเลียนแบบการตอบสนองต่อความวิตกกังวลจากสังคม เช่น ครอบครัว ผู้ปกครอง (Social learning theories) ก่อนหน้านี้มีกลุ่มนักทฤษฎีทางพฤติกรรมได้สนใจแนวคิดทางด้านความนึกคิดและความเข้าใจ (Cognitive approach) ทฤษฎีนี้ได้อธิบายความวิตกกังวลที่ปราศจากความกลัว (Monophonic anxiety states) เช่นอาการ Panic attack free-floating หรือ generalized anxiety ซึ่งเป็นรูปแบบความคิดที่ผิด (Faulty) บิดเบือน (Distorted) ความคิดในเชิงลบ (Negative) หรือไม่สร้างสรรค์ (Counterproductive thinking) ที่เกิดร่วมพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่แปรปรวน ผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลผิดปกติ (Anxiety disorder) มักประเมินอันตรายหรือโอกาสที่ตนเองจะได้อันตรายรับสูงกว่าความเป็นจริงและประเมิน

ความสามารถของตนเองต่ำกว่าความเป็นจริงในการต่อสู้กับสิ่งคุกคาม ในผู้ป่วย Generalized anxiety disorder มักจะมีความคิดบิดเบือนไปโดยรับรู้และตีความว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ จะมาคุกคามต่อความสุข ร่างกาย หรือสังคมของตน

1.3 ทฤษฎีความมีอยู่เป็นอยู่ (Existential theories) ทฤษฎีนี้อธิบายการเกิดความกังวลที่ไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าอะไรคือสิ่งกระตุ้นโดยเฉพาะที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลเรื้อรัง ความวิตกกังวลเกิดจากการที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ที่ยังคงมีอยู่เป็นอยู่

2. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theories) ปัจจัยทางชีววิทยาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะวิตกกังวล เช่น พันธุกรรม (Genetic) และสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) เป็นต้น

ทฤษฎีของ James-Lange ได้ตั้งสมมติฐานว่าความรู้สึกวิตกกังวลของบุคคลเป็นการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัว

ปัจจุบันมีแนวความคิดที่ว่าความวิตกกังวลที่เกิดจากระบบประสาทส่วนกลางจะเกิดขึ้นก่อนที่จะมีอาการแสดงออก ยกเว้นในกรณีที่มีสาเหตุชัดเจน เช่น Pheochromocytoma (เนื้องอกต่อมหมวกไตที่เป็นสาเหตุให้มีการหลั่งอะดรีนาลีนกับ นอร์อะดรีนาลีนมากเกินไป ทำให้หัวใจบีบตัวเร็ว ความดันโลหิตสูง) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความวิตกกังวลชนิดท่วมท้น (Panic disorder) ซึ่งระบบประสาทอัตโนมัติจะยับยั้งการเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ทำให้เกิดการปรับตัวเข้าสู่สิ่งกระตุ้นซ้ำ ๆ และตอบสนองอย่างมากต่อการกระตุ้นในระดับปานกลาง

กลไกการเกิดภาวะวิตกกังวล

Ladder and Marks^(23,22) ได้อธิบายถึงสาเหตุและองค์ประกอบของความวิตกกังวล 2 ชนิด ชนิดที่เป็นความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะบุคคล (Trait anxiety) และ ชนิดที่เป็นความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State Anxiety) โดยอาศัยรูปแบบของความวิตกกังวลในภาวะปกติ (A model of normal anxiety) ที่ได้อธิบายว่าความวิตกกังวลอาจเกิดขึ้นจากองค์ประกอบ 3 อย่าง คือ พันธุกรรม ประสบการณ์ในอดีต และสถานการณ์ปัจจุบัน องค์ประกอบเหล่านี้จะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันทำให้เกิดเป็นความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะบุคคล (Trait anxiety) และจะมีส่วนสัมพันธ์กับเหตุการณ์ภายนอกที่มากกระตุ้นด้วย ถ้าเหตุการณ์ภายนอกที่มากกระตุ้นนั้นเป็นภาวะที่คุกคามองค์ประกอบทั้ง 3 นี้จะถูกระตุ้นและแสดงออกมาให้เห็นโดย

1. ระบบประสาทส่วนกลางถูกกระตุ้นผ่านทาง Reticular formation ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้หลายอย่าง เช่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกมาก

2. ศูนย์ควบคุมอารมณ์ (Limbic system) ทำให้เกิดความวิตกกังวลในปัจจุบันขณะที่แสดงออกมาให้เห็นชัดเจน (State anxiety)

3. แสดงออกโดยใช้กลไกทางจิต (Coping mechanism) เพื่อลดความวิตกกังวลและกำจัดสาเหตุของความวิตกกังวล

ระดับของความวิตกกังวล (Level of Anxiety)⁽²⁴⁾

ความวิตกกังวลเกิดขึ้นในแต่ละบุคคลมีความรุนแรงไม่เท่ากัน⁽²⁵⁾ แบ่งออกเป็น 4 ระดับดังนี้

1. ความวิตกกังวลเล็กน้อย (Mild Anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้จะทำให้สติสัมปชัญญะของบุคคลเพิ่มขึ้น มีความตื่นตัว การเรียนรู้ดีขึ้นรับรู้กว้างขึ้น มีความคิดสร้างสรรค์ รู้จักหาวิธีในการแก้ปัญหาและบรรเทาความวิตกกังวล การควบคุมตนเองมีมากขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเล็กน้อย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น การหายใจเร็วขึ้น มือเท้าเย็น

2. ความวิตกกังวลปานกลาง (Moderate Anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้บุคคลจะยังคงมีสติสัมปชัญญะแต่มีความตื่นตัวและเคลื่อนไหวมากขึ้นจนเกือบจะลุกี้ลุดกอน การรับรู้แคบลง เข้าใจและมองเห็นความสัมพันธ์ของปัญหาต่าง ๆ ได้น้อยลง ความสนใจมีจำกัดจะเลือกสนใจเฉพาะสิ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหาหรือที่จะช่วยให้ตนสบายใจขึ้น ความสามารถในการรับรู้รับฟังลดลง ยังคงใช้กระบวนการแก้ปัญหาได้แต่ต้องควบคุมสมาธิให้มากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมากขึ้นกว่าความกังวลในระดับ Mild Anxiety

3. ความวิตกกังวลรุนแรง (Severe Anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้จะทำให้ความมีสติสัมปชัญญะลดลงแต่การรับรู้มากขึ้น ไม่ค่อยรับรู้รับฟังสิ่งที่เป็นสาระสำคัญแต่จะหมกมุ่นครุ่นคิดแต่ในรายละเอียดปลีกย่อย การคิดและการมองเห็นสิ่งต่าง ๆ แปรปรวนไปจากความเป็นจริง เกิดความกลัวต่อบุคคลสถานที่หรือสิ่งของ ย้ำคิดย้ำทำ นอนไม่หลับ ความเชื่อมั่นในตนเองลดลงจึงอาจจะพูดมากและเร็ว กระสับกระส่าย สมาธิความจำไม่ดี มีความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่ในสังคม

4. ความวิตกกังวลท่วมท้น (Panic) ความวิตกกังวลในระดับนี้เกิดจากความวิตกกังวลที่ไม่ได้รับการแก้ไขและสะสมขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงจุดที่บุคคลทนต่อไปไม่ได้ ทำให้บุคคลนั้นมีความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมผิดปกติ ขาดสติสัมปชัญญะ มึนงง ตื่นตระหนกสับสนวุ่นวายและเกรี้ยวกราด ควบคุมตนเองไม่ค่อยได้ รับรู้ได้น้อยมากและผิดไปจากความเป็นจริง อาจเกิดอาการหลงผิด

แปลภาพผิด ประสาทหลอน ซึมเศร้า รับประทานอาหารไม่ได้ อาจอ่อนเพลียจนขยับแขนขาหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ความวิตกกังวลในระดับนี้อาจทำให้บุคคลเสียชีวิตได้⁽²⁶⁾

ผลกระทบจากภาวะวิตกกังวล⁽²²⁾

ภาวะวิตกกังวลเป็นเหตุสำคัญที่ทำให้บุคคลไม่เป็นสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งหากบุคคลมีความวิตกกังวลมากจนถึงระดับหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้เต็มที่ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบดังนี้

1. ด้านร่างกาย ภาวะวิตกกังวลมีผลทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทชีวภาพและสรีรวิทยาทำให้การควบคุมสมดุลของเกลือแร่ต่าง ๆ การเผาผลาญอาหารและระบบกล้ามเนื้อการทำงานที่ผิดปกติไปจากเดิม ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอลงเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย อาการของโรครุนแรงขึ้นหากมีการเจ็บป่วยอยู่แล้ว อุณหภูมิของร่างกายและความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงกล้ามเนื้อเกร็ง ปัสสาวะบ่อย เบื่ออาหาร เหงื่อออก นอนไม่หลับ เป็นต้น⁽²⁷⁾

2. ด้านจิตใจ ภาวะวิตกกังวลมีผลกระทบต่อบุคคลทางด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวาย หวาดหวั่นกลัวโดยไม่มีสาเหตุ ตกใจง่าย ขาดสมาธิ รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ คาดการณ์ถึงภัยอันตรายที่ยังไม่เกิดขึ้น รู้สึกกลัวตาย จิตใจฟุ้งซ่าน เป็นต้น⁽²³⁾

3. ด้านพฤติกรรม บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาหลายแบบทั้งที่เป็นคำพูดและท่าทางเมื่อเกิดภาวะวิตกกังวล เช่น การแสดงสีหน้าวิตกกังวล การกระสับกระส่าย มือสั่น นอนไม่หลับ เป็นต้น เนื่องจากบุคคลจะต้องมีการปรับและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดภาวะวิตกกังวลลง พฤติกรรมการแสดงออกถึงความวิตกกังวลแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ⁽²³⁾

1. Acting out behavior พฤติกรรมการแสดงออก แบ่งเป็น พฤติกรรมที่แสดงถึงความรู้สึกภายในออกมาอย่างเปิดเผย (Extrovert behavior) เช่น หงุดหงิด โมโห พุดจาชวนทะเลาะ ท่าทางกระสับกระส่าย และพฤติกรรมซ่อน (Covert behavior) เช่น ความรู้สึกขุ่นเคืองอยู่ภายในไม่เป็นมิตรเก็บซ่อนไว้และแสดงออกในรูปอื่น เช่น โรคจิต

2. Freezing to spot การชะงักงันอยู่ในภาวะวิตกกังวล จะแสดงพฤติกรรม เช่น ถอนตัวหนีจากเหตุการณ์ (Withdrawal) เก็บกดความรู้สึกไว้ภายในและกลายเป็นอาการซึมเศร้า หรือ มีพฤติกรรมถดถอยไปสู่พัฒนาการในวัยต้น ๆ (Regression)

3. Using the anxiety in the service of learning พฤติกรรมที่บุคคลพยายามทำความเข้าใจสาเหตุของภาวะวิตกกังวลและหาวิธีการของตนในการขจัดความวิตกกังวล หาสาเหตุว่าอะไรทำให้ตนไม่สบายใจ และเรียนรู้จากประสบการณ์นั้น ๆ อีกทั้งหาทางป้องกันปัญหา

ภาวะซึมเศร้า (Depression)

ตามพจนานุกรมฉบับทันสมัย คำว่า ซึม หมายถึง เหมองเหงาไม่พูดไม่จา ไม่เบิกบาน และเศร้า หมายถึง สลด หมอง เหี่ยวแห้ง

ภาวะซึมเศร้าหรือการมีอารมณ์เศร้านั้นทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเอง ได้แก่ ความรู้สึกไม่สบาย หดหู่ ท้อแท้ เศร้าหมอง เหมอง อ่างว้าง กระทบทกระเทือนใจง่าย เมื่อบุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าบุคคลจะหาทางปรับตัว แต่ถ้ายังไม่เกิดผลดีขึ้นยังไม่สบายใจมากขึ้นบุคคลย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นซึ่งหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจจะเกิดปัญหาทางอารมณ์ มีอาการทางจิตเวช เป็นอันตรายร้ายแรงต่อไปได้^(28,29)

อลิสตา วัชรสินธุ⁽³⁰⁾ กล่าวว่าอาการซึมเศร้านั้นรุนแรงกว่าความรู้สึกเศร้าเสียใจธรรมดาแต่เป็นผลรวมของความรู้สึกเศร้า ว่างเปล่า และเฉื่อยชาที่รุนแรงกว่า

Beck⁽³¹⁾ ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ ร่างกายและพฤติกรรม อันเนื่องมาจากบุคคลมีความคิดที่เป็นลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต จึงทำให้บุคคลมองตนเองไร้ประสิทธิภาพ ไร้คุณค่า ต่ำหนີและลงโทษตนเอง ทำให้ไม่มีแรงจูงใจ เบื่อหน่าย มองอนาคตอย่างไม่มีความหวัง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยลง และมีพฤติกรรมแยกตัว

ภาวะซึมเศร้า⁽²²⁾

แบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. Affect or State เป็นอารมณ์ที่ทุกคนรู้สึกได้แต่ไม่คงนานไม่รุนแรงและไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ
2. Mood or Trait เป็นอารมณ์ที่ผิดปกติ คงนาน และระดับความรุนแรงเกินปกติไปบ้างเกิดจากปัญหาการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment mood) โรคทางกาย และ โรคทางจิตต่าง ๆ
3. Primary affect disorder เป็นโรคทางจิตโดยตรง มีอารมณ์ผิดปกติคงนาน (Mood disorder) โดยมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องผูก ความรู้สึกทางเพศน้อยลง ขาดความมั่นใจ รู้สึกมีปมด้อย ขาดสมาธิ ใจลอย หลงผิดประสาทหลอน เชื่องซึมหรือกระสับกระส่ายเป็นต้น

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า⁽²²⁾

แบ่งสาเหตุของภาวะซึมเศร้าเป็น 4 กลุ่มดังนี้

1. สาเหตุทางชีวภาพ ทฤษฎีชีวภาพ (Biochemical theory)⁽³²⁾ อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของสมอง เช่น ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine) และ ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (Neurophysiology) เป็นต้น

2. สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (Intrapsychic models) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากหลายอารมณ์รู้สึกผสมกัน เช่น กลัว โกรธ เกลียด รู้สึกผิด⁽³³⁾ เมื่อเกิดความรู้สึกหลายอย่างในเวลาเดียวกัน บุคคลจึงเกิดความรู้สึกผิดในใจตนโดยมุ่งเข้าหาตนเองว่าไม่ดี ไม่มีค่าไม่มีความหมาย ไม่มีความหวังเชื่อว่าตนเองเป็นคนไม่ดี⁽³⁴⁾ ทฤษฎีเกี่ยวกับ Superego development Melanie Klein กล่าวว่าเมื่อทารกมีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับมารดา Superego ซึ่งเกิดในเด็กตั้งแต่ขวบแรกทำให้เด็กเกิดภาวะซึมเศร้าในช่วงต้นของชีวิตซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในเวลาต่อมา การฆ่าตัวตายเป็นการลงโทษหรือทำลายด้านที่ไม่ดีของตน (Bad self) ในระดับจิตไร้สำนึก ทฤษฎี Ego Psychology มีนักจิตวิทยาหลายท่านได้อธิบายถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้า เช่น Jacobson อธิบายว่าการมี Infantile deprivation and frustration ทำให้การพัฒนา Ego และ Superego ชะงักงัน บุคคลจึงไม่สามารถปรับตัวด้วยวิธีการ เช่น กลไกทางจิต และการควบคุมตนเองที่เหมาะสมจึงรู้สึกหมดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกตนไม่มีค่า ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า Bibring อธิบายว่าภาวะวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาต่ออันตรายภายนอกและภายในซึ่งบุคคลจะมีการใช้กลไกทางจิตในแบบสู้หรือหนี (Fight or Flight) แต่สำหรับภาวะซึมเศร้า Ego จะสยบนิ่ง (Paralyzed) ทำให้บุคคลยอมแพ้ ทอดอาลัยหมดความภาคภูมิใจ และ Kohut อธิบายว่า การเลี้ยงดูอย่างเหมาะสม (Proper maternal care) จะช่วยให้พัฒนาการในการรักตัวเองของบุคคลเป็นไปตามปกติ การขาดความรักความอบอุ่นในวัยเด็กจะส่งผลให้ Sense of self แตกสลาย หมดความภาคภูมิใจในตนเอง และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เป็นต้น⁽³¹⁾

3. สาเหตุจากความคิดในแง่ลบ (Negative Cognition) Cognitive learning theory หรือ ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญานิยม อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากกระบวนการคิดที่เป็นเหตุเป็นผลถูกบิดเบือนไป มีความนึกคิด มองตนเอง มองสังคม และมองอนาคตในแง่ลบ แง่ร้าย จนทำให้สภาพจิตใจท้อแท้สิ้นหวัง⁽³¹⁾

4. สาเหตุทางพฤติกรรม (Behavior models) สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า มีแนวคิดสองแบบ คือ เกิดจากภาวะท้อแท้ทอดอาลัย (Learned helplessness) ทำให้หมดกำลังใจต่อผู้หมด

ความกระตือรือร้นเนื่องจากล้มเหลวและผิดหวังซ้ำ ๆ และภาวะหมดกำลังใจ (No positive reinforcement) จากการที่ไม่ได้รับคำชื่นชม รางวัลหรือการสนับสนุน หรือประสบความสำเร็จใด ๆ จึงขาดความมั่นใจ ไม่มีแรงจูงใจ ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย และไม่มีความสุข⁽²²⁾

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า^(36,29)

แบ่งทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าเป็น 3 ด้านใหญ่ ๆ ดังนี้คือ

1. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories)

ทฤษฎีหนึ่งทางด้านจิตวิทยาที่รู้จักกันแพร่หลายคือ Cognitive Triad Theory ของ Beck และคณะ ซึ่งสรุปถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในบุคคลทั่วไปและผู้สูงอายุว่า จากหลักการที่ว่า บุคคลจะรู้สึกชื่นชมตัวเองเนื่องมาจากภาพลักษณ์ของตน ประสบการณ์ที่ผ่านมา รวมทั้งการมองสิ่งต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอย่างมีความหวัง ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าขาดสิ่งที่ทำให้ตนเองมีความสุข รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า มีประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาในด้านลบและมองอนาคตในแง่ลบ มีความคิดยึดมั่น แปลความหมายของเหตุการณ์ปกติว่าเลวร้ายโดยไม่ตรงกับความเป็นจริง รู้สึกหมดหวัง ความคิดด้านการใช้เหตุผลผิดปกติไปทำให้ประมวลความคิดได้ไม่ถูกต้อง

2. ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial Theories)

ทฤษฎีทางจิตสังคมกล่าวว่า ภาวะซึมเศร้านั้นเป็นการตอบสนองต่อการสูญเสียสิ่งของหรือบุคคลอันเป็นที่รัก หรืออาจเป็นผลมาจากความล้มเหลวในการชดเชยในสิ่งที่สูญเสีย การที่ภาวะซึมเศร้าเกิดในผู้สูงอายุมากเนื่องจากผู้สูงอายุมีเวลาและโอกาสน้อยที่จะหาสิ่งที่รักมาทดแทน ดังในทฤษฎี Learned Helplessness Theory ของ สลิกแมน (Seligman) ซึ่งอธิบายไว้ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากความบกพร่องด้านสติปัญญา การขาดแรงจูงใจ ความรู้สึกไม่มีคุณค่า และความบกพร่องด้านอารมณ์

ภาวะซึมเศร้าจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความคาดหวังว่าสิ่งเลวร้ายจะเกิดขึ้น เรียนรู้ว่าตนเองไม่มีความสามารถจะป้องกันได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นการรับรู้ที่มาจากภายใน จึงสามารถใช้ทฤษฎีนี้ในการอธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย เช่น ผู้ป่วยอัมพาตที่ประสบกับการสูญเสียและต้องพึ่งพา

3. ทฤษฎีทางชีวภาพ (Biological Theories)

มีการกล่าวถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทมานานกว่า 30 ปี แต่ยังไม่สรุปความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลไม่ได้ สารสื่อประสาทที่ลดลงในภาวะซึมเศร้า

ได้แก่ Serotonin, Dopamine, Acetylcholine และ Norepinephrine นอกจากนั้นยังเกี่ยวข้องกับ ความผิดปกติของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine) เช่น ต่อมไทรอยด์ผิดปกติ ระดับคอร์ติซอล (Cortisol) เพิ่มขึ้นในเลือด ความผิดปกติของการหลั่ง Growth Hormone ปัจจัยทาง พันธุกรรม และปัจจัยทางชีวภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เลือดไปหล่อเลี้ยงสมองลดลง ความผิดปกติของการเปลี่ยนแปลงในรอบวัน เช่น การนอนไม่หลับ ท้องผูก การอดอาหาร ความเจ็บป่วย ทางสรีรวิทยา รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาทในสมองซึ่งคล้ายกับการเปลี่ยนแปลงตาม ความชรา

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจและด้านอารมณ์ทำให้เกิด อันตรายต่อภาวะสุขภาพจนกระทั่งถึงแก่ชีวิตได้ สามารถแบ่งได้เป็นผลกระทบทางด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวิทยาดังนี้

1. ผลกระทบด้านชีววิทยา เช่น ขาดสารอาหาร เมื่อบุคคลมีภาวะซึมเศร้านักมีอาการ ลำค้ำยอย่างหนึ่งคือ เบื่ออาหารหรือปฏิเสธการรับประทานอาหารซึ่งจะทำให้เกิดการขาดสารอาหาร รุนแรง⁽³⁷⁾ ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลง เพราะภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดผลเสียโดยตรงต่อระบบภูมิคุ้มกัน ทาน จึงเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้ง่าย⁽³⁸⁾ ซึ่งเมื่อเกิดโรคใดขึ้นแล้วความเจ็บป่วยจะรุนแรงยิ่งขึ้น หรือหายช้ากว่าปกติหากมีภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นร่วมด้วย และอาจทำให้อายุสั้นเนื่องจากความ สนใจในเรื่องต่าง ๆ เช่น การดูแลตนเอง การออกกำลังกาย และการติดตามผลการรักษาลดลง อีกทั้งมีการปฏิเสธยาและการรักษา^(39,22) ในขณะที่เดียวกันเนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านักมีปัญหาด้าน การนอนหลับจึงทำให้สภาพร่างกายอ่อนเพลียเหนื่อยล้าและทรุดโทรม

2. ผลกระทบทางด้านจิตวิทยา

ผู้มีภาวะซึมเศร้าจะไม่สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพเพราะ ภาวะซึมเศร้าทำให้ความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาลดลง ดังนั้นจึงอาจมีพฤติกรรม ในการแก้ปัญหาไม่เหมาะสม เช่น ฆ่าตัวตาย ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ทำนายการฆ่า ตัวตายได้ มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตาย ประมาณร้อยละ 60 เกิดภาวะซึมเศร้านร่วมด้วย^(40,22) ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มักหลงลืม สมาธิไม่ดี ความจำจะเสื่อมลงทำอะไรไม่ค่อยได้ อีกทั้ง ภาวะซึมเศร้าจะทำให้บุคคลมีความตื่นตัวและสนใจสิ่งรอบข้างน้อยลงหรือไม่สนใจเลยจึงทำให้เกิด อุบัติเหตุได้ง่าย

3. ผลกระทบด้านสังคมวิทยา

ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน และการทำงานซึ่งเป็นผลมาจากการขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิและมีความบกพร่องในการพูด⁽²²⁾ บุคคลมักจะแยกตนเอง สนใจบุคคลอื่นน้อยลง มองสิ่งต่าง ๆ ในแง่ลบ และอาจมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม ไม่ยอมรับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ ทำให้สูญเสียการสนับสนุนทางสังคม

ภาวะซึมเศร้านั้นก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมาก ทั้งทำให้บุคคลต้องทุกข์ทรมานและก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมากตามมา บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจึงควรได้รับการรักษาเยียวยาจากจิตแพทย์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาร้ายแรงต่อไป การช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้านั้นสามารถกระทำได้อีกหลายวิธี เช่น การให้การปรึกษา เภสัชบำบัด ศิลปะบำบัด ชุมชนบำบัด อาชีวบำบัด และดนตรีบำบัด

โรคหลอดเลือดสมอง

ตามที่กล่าวมาในบทแรกแล้วว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่เนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงอย่างทันทีทันใด ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลายหรือตายลงในที่สุด และโรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทคือโรคสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) และ โรคเลือดออกในสมอง (Haemorrhagic Stroke)

สาเหตุของโรคสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke)

1. หลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) จากการที่มีไขมัน หินปูน และส่วนประกอบอื่น ๆ มาจับตัวที่ผนังของหลอดเลือดพบได้บ่อยในผู้สูงอายุและผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน สูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง
2. การมีลิ่มเลือดจากที่อื่นหลุดมาอุดตันหลอดเลือดสมอง (Embolism) โดยเฉพาะโรคหัวใจบางชนิด เช่น ลิ้นหัวใจพิการ ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โรคหัวใจเต้นไม่ตรงจังหวะ (Atrial fibrillation) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
3. ภาวะอุบัติเหตุต่อหลอดเลือด (Dissection) ทำให้มีการฉีกขาดของผนังหลอดเลือดเกิดเลือดเกาะในผนังหลอดเลือด พบได้บ่อยในผู้ป่วยอายุน้อย

4. สาเหตุอื่น ๆ เช่น การอักเสบของหลอดเลือด หลอดเลือดผิดปกติแต่กำเนิด เลือดชั้นผิดปกติ

สาเหตุของโรคเลือดออกในสมอง (Haemorrhagic Stroke)

1. ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด
2. หลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) เป็นความผิดปกติของหลอดเลือดทำให้แตกได้ง่าย
3. หลอดเลือดผิดปกติแต่กำเนิด เช่น AVM (Arteriovenous malformation)
4. โรคเลือดบางชนิดที่ทำให้มีเลือดออกง่าย
5. เนื้องอกในสมองบางชนิด
6. พยาธิบางชนิดโดยเฉพาะ พยาธิตัวจิ๋ว อาจเข้าไปยังหลอดเลือดสมองทำให้หลอดเลือดแตกได้

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดมักพบในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคอยู่ด้วย ดังนั้นการดูแลรักษาโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงก็อาจช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

ปัจจัยหลัก;

1. อายุมาก ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงมากกว่าคนที่อายุน้อยเพราะมีโอกาสที่จะมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ มากขึ้นและมีความเสี่ยงของหลอดเลือดสมองมากขึ้นด้วย
2. โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญทั้งหลอดเลือดตีบและแตก
3. โรคเบาหวาน ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งเกิดการตีบตันของหลอดเลือดตามมา
4. โรคไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดหลอดเลือดแข็ง
5. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดอุดตัน ถ้าหยุดบุหรี่ได้ความเสี่ยงจะค่อย ๆ ลดลง
6. โรคหัวใจโดยเฉพาะลิ้นหัวใจผิดปกติและหัวใจเต้นผิดจังหวะ ทำให้มีลิ่มเลือดไปอุดตันหลอดเลือดสมองได้

โดยมีปัจจัยรองคือ โรคอ้วน โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด การใช้จ่ายคุมกำเนิด การดื่มสุราปริมาณมาก การมีประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรือมีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง⁽⁴¹⁾

อาการของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น 3 ระยะ^(42,43) คือระยะเฉียบพลัน (Acute stage) ระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) และระยะฟื้นฟู (Recovery stage)

1. ระยะเฉียบพลัน หมายถึง ระยะตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้ผู้ป่วยมักจะเกิดอาการอัมพาตขึ้นฉับพลันทันที อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วย หรือยังรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนและขาข้างที่เป็นอัมพาตจะไม่มีแรง ระยะนี้อาจใช้เวลาตั้งแต่ 1-14 วันโดยส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 48 ชั่วโมง ในปัญหาสำคัญที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในระยะนี้คืออาการหมดสติ มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การทำงานของหัวใจผิดปกติ ระบบการหายใจผิดปกติ ระยะนี้จะต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่าง ๆ เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยเอาไว้^(42,44) หากผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวต่ำในระยะนี้จะเป็นตัวทำนายได้ว่าผู้ป่วยจะมีโอกาสในการรอดชีวิตต่ำด้วย

2. ระยะหลังเฉียบพลัน หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะเฉียบพลันแล้วเริ่มมีอาการคงที่ ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางเลวลงมี Glasgow coma scale (การประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยให้คะแนนความสามารถ 3 ข้อคือ 1. ความสามารถลืมตา 2. ความเคลื่อนไหวของแขนขา 3. การตอบสนองต่อคำพูด ผลคะแนนที่ประเมินได้ยิ่งสูงยิ่งมีการทำงานของระบบประสาทและสมองดี ถ้าคะแนนตั้งแต่ 8 คะแนน ลงมา ถือว่าโอกาสฟื้นมีน้อยมาก (Poor prognosis) ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ความดันโลหิตปกติ ความดัน Systolic 90-140 มิลลิเมตรปรอท หากสูงไม่ควรจะเกิน 160 มิลลิเมตรปรอท และความดัน Diastolic อยู่ระหว่าง 50-90 มิลลิเมตรปรอท อาจใช้เวลาหลัง 48 ชั่วโมงหรือยาวนานกว่า ปัญหาที่พบในระยะนี้ เช่น ปัญหาเรื่องการกลืน การเคลื่อนไหว การพูด ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาปอดบวม ขาดสารอาหาร ตามมา⁽⁴⁴⁾

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่และมีความสามารถในการที่จะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ เพื่อลดความพิการและช่วยผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอยู่ที่บ้าน ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็นระยะฟื้นฟูระยะแรก (Early recovery) และระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง (Later recovery) อีกด้วย⁽⁴⁵⁾

3.1 ระยะฟื้นฟูระยะแรก คือช่วง 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะนี้จะเน้นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของอวัยวะในร่างกาย ฟื้นฟูในด้านการพึ่งพาตนเองให้แก่ผู้ป่วย

3.2 ระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง เป็นการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องจากระยะแรกซึ่งจะเน้นการพัฒนาปัญหาด้านต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วย เช่น การพูด การใช้ภาษา และการช่วยเหลือตนเองให้ดีขึ้น แต่ในระยะนี้หากผู้ป่วยสูงอายุและมีภาวะหัวใจล้มเหลวก็จะเป็นตัวทำนายว่าผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตต่ำลง⁽⁴⁴⁾

ปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁽⁴¹⁾

ภาวะสมองขาดเลือดก่อให้เกิดปัญหาต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลเนื่องจากเป็นโรคที่เกิดขึ้นรวดเร็วในระยะเวลาอันสั้นแต่ก่อให้เกิดปัญหามากมายในระยะยาว เป็นโรคที่ก่อให้เกิดความพิการได้มาก ผู้ป่วยจึงต้องเผชิญกับความเครียดและต้องปรับตัวอยู่ตลอดเวลาในทุกระยะของโรค แม้ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะพักฟื้นกลับไปพักที่บ้านแล้วก็ตาม ปัญหาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญมีดังนี้⁽⁴⁶⁾

1. ปัญหาด้านร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่มีผลมาจากพยาธิสภาพทำให้มีความพิการหลงเหลืออยู่ มีผู้ป่วยที่พบความพิการหลงเหลืออยู่ถึง 750 คน จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1,500 คน⁽⁴⁷⁾ ซึ่งความพิการดังกล่าวแบ่งออกได้ดังนี้

1.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวที่พบบ่อยที่สุดคืออัมพาตครึ่งซีก(Hemiplegia) ผู้ป่วยจะรู้สึกขาแขนขาหนักขึ้นเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลำบาก นอกจากนี้ยังพบอาการเกร็ง (Spasticity) โดยนิ้วมือจะกำแน่น เขยียดแขนขาได้ลำบาก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวและประกอบกิจวัตรประจำวันได้ลำบากเช่นกัน และอาการเกร็งยังทำให้เกิดปัญหาตามมา เช่น ปวดไหล่ ข้อเข่าแข็งอัมพาต การคาดคะเนการออกแรงไม่ถูกต้อง ต้องเรียนรู้การเคลื่อนไหวใหม่อีกครั้ง พบว่าร้อยละ 75-83 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องมีการฝึกเดินใหม่^(48,41) ปัญหาที่พบตามมาคือ จากความผิดปกติในการคาดคะเนจังหวะโดยที่กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดสะโพก (Hip extensor) จะเริ่มทำงานเร็วกว่าปกติมีผลทำให้ผู้ป่วยถอยหลังและอาจหกล้มกันกระแทกได้ และถ้าหากไม่มีสิ่งใดรองรับกันกระแทกที่สะโพกและกันอาจจะทำให้ผู้ป่วยมีท่าทางผิดปกติไปจากเดิมซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยทรงตัวไม่ดี อาจหกล้มได้ง่ายเรื่อย ๆ

1.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและเขียน เช่น พูดไม่ชัด (Dysarthria) เกิดจากกล้ามเนื้อบริเวณรอบปาก ลิ้นและเพดานอ่อนแรงทำให้การพูดไม่สัมพันธ์กัน ในผู้ป่วยบางรายพบ Global aphasia คือ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน หรือ Visual aphasia ที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ทั้ง ๆ ที่มองเห็น เนื่องจากอาการ Alexia จึงไม่เข้าใจภาษาเขียน บางรายเขียนไม่เป็นประโยค^(49,41) ความผิดปกติเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นได้รับรู้ความคิดและความต้องการของตนเองได้อาจจะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานใจจนเกิดภาวะซึมเศร้าและแยกตัวในที่สุด^(50,41)

1.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ซึ่งเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น การสูญเสียปฏิภณวิทยาของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการกลืน การทำงานผิดปกติของกล้ามเนื้อในการเคี้ยว เช่น ริมฝีปากไม่แน่น ลิ้นไม่สามารถดูดอาหาร

กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรงจนไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหาร ยิ่งถ้าหากเพดานอ่อนแรงมากก็จะทำให้ไม่สามารถปิดส่วนปิดกั้นผนังคอหอยได้ ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยสำลักขณะกลืนและ หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเป็นผู้สูงอายุจะพบอัตราการสำลักสูงขึ้นเป็นร้อยละ 50⁽⁵¹⁾

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ร้อยละ 45 จะมีปัญหาในการกลืน แม้ว่าภายหลังการกลืนจะเป็นปกติแต่ผู้ป่วยก็มีภาวะเสี่ยงต่อการสำลักสูงและผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนร้อยละ 40 จะสำลักและร้อยละ 19 มีการติดเชื้อที่ปอด เป็นภาวะที่คุกคามชีวิตที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล อ่อนเพลีย น้ำหนักลด และอาจเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ ทั้งนี้ก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ วิตกกังวลและซึมเศร้า⁽⁴⁶⁾

1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกเช่นการสัมผัส แรงกด ความเจ็บปวด ความร้อนหรือเย็นผิดปกติ ผู้ป่วยอาจบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสหรือบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสพร้อมกันหลายจุดไม่ได้ ปัญหานี้จะทำให้ผู้ป่วยมีอันตรายได้ง่าย เพราะกว่าร่างกายจะรู้สึกและมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตรายนั้น ร่างกายก็ได้รับอันตรายจากสิ่งนั้นแล้ว การรับรู้ต่อความสมดุลร่างกายผิดไปจนทำให้กลั้วหกล้มไม่กล้าเคลื่อนไหวส่งผลให้การฟื้นฟูบำบัดทำได้ลำบาก การรับรู้ต่อเวลา บุคคล สถานที่ผิดไป ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการตัดสินใจและอาจมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม การรับรู้ทางสายตา เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำและตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นสายตาได้ ความผิดปกติที่พบมากที่สุดคือ ตาบอดครึ่งซีกโดยเป็นข้างเดียวกันทั้งสองตา⁽⁵²⁾ นอกจากนี้พบว่ามีการมองเห็นภาพซ้อน มองเห็นไม่ชัดหรือคาดคะเนระยะไม่ถูก ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

1.5 มีความบกพร่องทางด้านสติปัญญา (Intellectual Deficit) เช่น หลงลืม สมาธิและการตัดสินใจไม่ดี ความสามารถในการคำนวณ ความมีเหตุผล และจินตนาการผิดปกติ ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้เข้ากับสถานการณ์จริงได้ทำให้ผู้ป่วยยากที่จะเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ มีพฤติกรรมซ้ำซาก หรือไม่สามารถใช้สิ่งของที่เคยใช้ได้ตามปกติ

1.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ผู้ป่วยมักไม่สามารถกลั้นปัสสาวะ อุจจาระได้หรือบางรายไม่สามารถขับถ่ายได้เอง พบว่าร้อยละ 51 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 135 คน มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ และร้อยละ 23 มีปัญหาการกลั้นอุจจาระไม่ได้ ความผิดปกติดังกล่าวอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะได้ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลเป็นอย่างมาก ทั้งในเรื่องของสุขอนามัยและการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นในขณะที่ขับถ่าย⁽⁴⁷⁾

1.7 ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์

นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้นแล้วผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังยังมีภาวะแทรกซ้อนทางกายอื่น ๆ อีก เช่น การยึดของข้อและเอ็นต่าง ๆ ที่พบบ่อย เช่น ข้อเข่า สะโพก เอ็นร้อยหวาย การเหี่ยวลีบของกล้ามเนื้อ กระดูกโปร่งบาง ความดันโลหิตต่ำเวลาลุกนั่ง แผลกดทับ เส้นเลือดดำอุดตัน และปอดอักเสบ บางภาวะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต⁽⁵³⁾

2. ปัญหาด้านจิตใจ พบว่าร้อยละ 90.9 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับไปพักฟื้นที่บ้านแล้วมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และร้อยละ 68.7 มีกำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรง⁽⁵⁴⁾ ซึ่งก่อให้เกิดความคับข้องใจ ความเครียดสูง อีกทั้งพบว่าโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพในการเผชิญความเครียดลดลงอีกด้วย⁽⁵⁵⁾ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความกลัว ภาวะวิตกกังวล ความก้าวร้าว ความรู้สึกสูญเสียต่าง ๆ เช่น สูญเสียความเป็นปกติ สูญเสียความสุขทางร่างกาย สูญเสียหน้าที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายซึ่งผู้ป่วยโรคนี้มักจะมีการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะหลายส่วนพร้อมกันซึ่งส่งผลต่อจิตใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกอับอาย คับข้องใจ หงุดหงิด ซึมเศร้า สูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตัวเองและพึ่งพอใจในตัวเอง รู้สึกตนไม่มีค่า สูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง ความสามารถในการเผชิญกับความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ในอนาคตซึ่งอาจหมายถึงความรุนแรงของโรคหรือความตาย

โรคหลอดเลือดสมองสามารถกลับเป็นซ้ำได้อีกถึงแม้ว่าจะได้รับการดูแลรักษาอย่างสม่ำเสมอ เป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะคุกคามชีวิตได้มาก จึงทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคเพื่อมีชีวิตอยู่ต่อไป

3. ปัญหาด้านสังคม มนุษย์ยังมีความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม อีกทั้งยังต้องการความรักและการยอมรับจากผู้อื่น ซึ่งผู้ป่วยก็มีความต้องการทางสังคมดังกล่าวเช่นกัน แต่ผู้ป่วยอาจเข้าร่วมกิจกรรมได้น้อยลงหรือไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ ประกอบกับปัญหาด้านจิตใจจึงอาจทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพของคนในครอบครัวและสังคมตามมาทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด ละอายใจและไร้ค่า

นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังทำให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจอีกด้วย เนื่องจากต้องได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนานเพื่อควบคุมสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยการออกกำลังกายบำบัดอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยและครอบครัวจึงต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์พิเศษ เช่น ไม้เท้า รถเข็น ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์ ค่าปรับปรุงสิ่งแวดล้อม เช่น ทำราวจับ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นภาระของครอบครัว วิตกกังวลเกรงว่าครอบครัวจะเบื่อหน่าย รำคาญ หรือทอดทิ้งตน⁽⁵⁶⁾

จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองนั้นทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาและข้อจำกัดตามมามากมาย ผู้ป่วยจะมีความทรมาณทางร่างกายและจิตใจเป็นอย่างมาก ส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล และจากที่กล่าวมาแล้วในบทแรกว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันเป็นระยะที่สำคัญที่สุดในการลดอัตราการตายและความพิการของผู้ป่วยได้ แต่ในขณะเดียวกันเนื่องจากผู้ป่วยได้เผชิญกับโรคร้ายแรงนี้เป็นครั้งแรก ย่อมมีความวิตกกังวล ความเครียด และความซึมเศร้าสูง ขาดกำลังใจในการต่อสู้โรค โรคนี้มักเป็นเรื้อรัง บางคนอาจฟื้นตัวได้เร็วและช่วยเหลือตัวเองได้บางคนอาจฟื้นตัวช้าหรือพิการตลอดไปแต่สติปัญญาของผู้ป่วยส่วนมากยังดีเป็นปกติ ผู้ดูแลและญาติจึงไม่ควรแสดงอาการรังเกียจ แต่ควรแสดงความเห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ พุดจาดี ๆ ปลอดภัยให้กำลังใจผู้ป่วยอยู่เสมอ ในปัจจุบันยังไม่มียาที่ช่วยให้โรคนี้หายเป็นปกติได้ การรักษาจึงขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญในการพยายามฟื้นฟูกำลังแขนขา การมีกำลังใจที่ดีในการที่จะต่อสู้กับโรคจึงเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Related Literature)

เพรดท์ (Preidt)⁽⁵⁷⁾ รายงานว่าการที่ได้ฟังเพลงที่ดีมีคุณภาพ มีเนื้อหาไปในทางบวก สดใส ทำให้คนไข้มีอาการทางบวกซึ่งอาจมีผลที่ประสิทธิภาพต่อการให้สัญญาณในสมอง หรืออีกนัยหนึ่ง อาจทำให้การรู้สึกตัวของผู้ป่วยดีขึ้นโดยให้แหล่งข้อมูลเพิ่มขึ้นในการที่จะช่วยกระตุ้นสมอง ทั้งนี้การวิจัยต้องการทราบผลของการฟังดนตรีที่มีส่วนช่วยผู้ป่วยอัมพาตที่มีปัญหาเรื่องสายตา ซึ่งได้ผลว่าผู้ป่วยที่ได้ฟังเพลงที่ตนชอบ ตาสามารถจะแบ่งแยกสี ขนาด และแสงสีแดงได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้ฟังเพลงที่ไม่ชอบและผู้ป่วยที่ไม่ได้ฟังเพลงเลย ผลสรุปของการวิจัยก็คือการฟังดนตรีทุกวันในช่วงแรกของการเป็นอัมพาต เป็นการเพิ่มสิ่งที่มีคุณค่า

ซาร์คาโม (Sarkamo)⁽⁵⁸⁾ รายงานว่าการฟังเพลงในช่วงแรก ๆ ของการเกิดอัมพาตสามารถช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากที่สมองถูกทำลายทำให้ความคิดฟื้นตัวได้ดีขึ้นอารมณ์ดีขึ้น การฟื้นตัวในเรื่องของความจำภาษาและการตั้งสมาธิให้จิตใจจดจ่ออยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่งก็ดีขึ้น กล่าวคือดนตรีอาจทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเครียดของการเจ็บป่วยกะทันหันได้ ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานว่าดนตรีนั้นมีผลต่อความยืดหยุ่นของสมองหลังการเกิดอัมพาต การฟังดนตรีที่มีเนื้อร้องด้วยทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ง่ายขึ้นกับการดูแลรักษาคนไข้ อีกทั้งยังเป็นตัวช่วยที่ไม่แพงเลยในการช่วยฟื้นฟูเรื่องของการคิดและอารมณ์ของคนไข้

ซอเรล (Sorrell)⁽⁵⁹⁾ ได้รายงานในการวิจัยของเขาว่าดนตรีสิ่งที่สำคัญมากในการกระตุ้นจิตใจและร่างกายแก่กระทั่งของผู้ที่สูงอายุมาก ๆ ดังนั้นเราจึงสามารถใช้ดนตรีเป็นศิลปะที่ช่วยบำบัดปลดปล่อยจิตใจแก่ผู้สูงอายุได้

ฮิลลิอาร์ด (Hilliard)⁽¹⁰⁾ กล่าวว่ามีการใช้ดนตรีบำบัดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนที่จะสิ้นใจมากขึ้น จากการวิจัย 11 ชิ้น มีถึง 6 งานวิจัยที่แสดงถึงว่าดนตรีบำบัดช่วยประคับประคองความรู้สึกของผู้ป่วย อาการเจ็บปวด อาการเหนื่อย ความวิตกกังวล การพักผ่อน จิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นได้ด้วยดนตรีบำบัด

ลองฟิลด์ (Longfield)^(60,10) ได้วิจัยเกี่ยวกับผลของดนตรีบำบัดต่ออารมณ์ผู้ป่วย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง 8 คนให้ฟังเพลงวันละ 45 นาที เป็นระยะเวลา 5 วัน โดยทำการทดลองแบบ Pre-test Post-test ใช้เครื่องมือวัดคือ The Short Form McGill Pain Questionnaire (SMPQ) และ The Linear Analog Self Assessment Scale (LASA) คะแนนที่ออกมาทั้งสองเครื่องมือแสดงผลที่เป็นไปในทางบวก ทั้งในด้านอารมณ์ พลังงาน ความวิตกกังวล แต่ยังคงแนะนำให้เพิ่มขนาดของกลุ่มทดลองในการวิจัยครั้งต่อไป แม้ว่าผลการวิจัยจะสนับสนุนการใช้ดนตรีบำบัดก็ตาม

วิททอล (Whittall)^(61,10) ได้ทำ pilot study เพื่อศึกษาผลของดนตรีบำบัดในการลดความกังวลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคร้ายแรง 8 คนจาก The Royal Victoria Hospital's Palliative care Service มีการวัดอัตราการเต้นของหัวใจ จังหวะการหายใจ และวัดอุณหภูมิของผู้ป่วยก่อนทำการทดลอง 10 นาที และทุก ๆ 10 นาทีระหว่างการทำดนตรีบำบัดเป็นระยะเวลา 30 นาทีต่อครั้ง และหลังการทดลอง 10 นาที ผลที่ได้รับคือ ค่าเฉลี่ยของจังหวะการเต้นของหัวใจลดลงจาก 85.8 ครั้งต่อนาทีก่อนการบำบัดไปเป็น 77.1 ครั้งต่อนาทีหลังการบำบัด และจังหวะการหายใจลดลงหลังการทำดนตรีบำบัด จาก 19.5 ครั้ง ไปเป็น 15.4 ครั้งต่อนาที และอุณหภูมิเพิ่มขึ้นจาก 84.8 ไปเป็น 87.9 องศาฟาเรนไฮต์ ผู้วิจัยชี้ให้เห็นว่าอุณหภูมิที่เพิ่มขึ้นทำให้หลอดเลือดขยายตัวและยืดหยุ่นดีขึ้น

อาริยา สอนบุญ⁽²⁰⁾ ได้ทำการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ที่หอผู้ป่วย 5 จ. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นจำนวน 40 ราย โดยให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้ฟังดนตรีบำบัด 3 ครั้งต่อวัน นานครั้งละ 30 นาที ห่างกัน 75 นาที ระหว่างการให้ยาเคมีแก่ผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลและอาการคลื่นไส้อาเจียนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลเชิงบรรยายว่าการฟังดนตรีบำบัดทำให้มีความรู้สึกดีเพราะทำให้ลดความกังวลขณะให้ยา ทำให้จิตใจแจ่มใส เพลิดเพลิน เวลาผ่านไปอย่าง

รวดเร็ว จิตใจสงบและหลับได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยแนะนำให้มีการบรรจุดนตรีบำบัดในกิจกรรมการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีภาวะวิตกกังวลและมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ฟังโดยเลือกเวลาที่ผู้ป่วย สะดวกพร้อมฟัง มีการจัดสภาพแวดล้อมให้มีความเป็นส่วนตัว สงบ ขณะฟังไม่ควรรบกวนผู้ป่วย และอาจจัดให้ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยฟังด้วยโดยจัดเป็นเวลา ช่วงที่หอผู้ป่วยค่อนข้างสงบ มีกิจกรรมอื่น ๆ รบกวนน้อย เช่น ช่วงตื่นนอนตอนเช้า หลังรับประทานอาหารกลางวัน หรือช่วงก่อนนอน



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง Experimental study ที่มีการสุ่มตัวอย่าง (Randomization) และมีกลุ่มควบคุม (Control Group) ซึ่งมีการกำหนดระเบียบวิธีวิจัย และรายละเอียดของประชากร และกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน

ประชากรตัวอย่าง (Population Sample) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันที่มาเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ตึกธนาคารกรุงเทพ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันที่มีอายุ 35 - 80 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มาเข้ารับการรักษาที่ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ตึกธนาคารกรุงเทพ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตามเกณฑ์ การคัดเข้าคัดออกดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria):

1. เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันและได้รับเป็นผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตึกธนาคารกรุงเทพ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. สามารถเข้าใจและตอบแบบสอบถามได้
3. มีการได้ยินปกติสามารถฟังเพลงได้
4. สามารถเข้าใจภาษาไทยได้
5. สามารถร่วมการวิจัยเป็นระยะเวลา 4 วัน
6. ยินยอมที่จะไม่ดูโทรทัศน์ ไม่ใช้อุปกรณ์เครื่องเล่นเทป ซีดี MP3 และยินยอมที่จะไม่ฟังเพลงอื่น ๆ นอกเหนือจากที่ผู้วิจัยจัดให้ ระหว่างที่พักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วย
7. ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria):

1. เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดที่มาเข้ารับการรักษาด้วยอาการอัมพาตชั่วคราว (Transient Ischemic Attack หรือ TIA)
2. ถูกวินิจฉัยว่าติดสุราจากการแพทย์ที่ทำการรักษา
3. มีประวัติเจ็บป่วยหรือได้รับการรักษาทางจิตเวชโดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรคจิต
4. ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ มีอาการหนัก และสัญญาณชีพผิดปกติ

การสุ่มตัวอย่าง (Sampling Technique) สุ่มตัวอย่างโดยกำหนด Sampling unit เป็น ห้องผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ห้อง โดยเป็นห้องผู้ป่วยชาย 1 ห้อง และห้องผู้ป่วยหญิง 1 ห้อง โดยการสุ่มตัวอย่างเดือนละครั้งว่าห้องใดจะเป็นกลุ่มทดลองและห้องใดจะเป็นกลุ่มควบคุม แล้วทำการวิจัยในผู้ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก

1. **กลุ่มทดลอง (Experimental Group)** จะได้รับการฟังเพลงเป็นเวลาวันละ 45 นาที ในช่วงเวลา 17.00-18.00 น. เป็นเวลา 4 วัน และได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน (Standard Care) ของทางโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีรายชื่อเพลงดังต่อไปนี้

โปรแกรมการฟังเพลงวันที่ 1:

1. พักตรงนี้ 2. มะลิเจ้าเอ๋ย 3. กลิ่นแก้ว 4. อุ่นใจ 5. พรหมลิขิต 6. สบาย สบาย 7. พรานไพร 8. คนจะรักกัน 9. ดั่งดอกไม้บาน 10. น่ารัก 11. หนึ่งในร้อย 12. ผีนผวนหวาน 13. ดอกไม้คุณธรรม

โปรแกรมการฟังเพลงวันที่ 2:

1. ดอกไม้คุณธรรม 2. บัวขาว 3. มนต์รักลูกทุ่ง 4. ทราบดีทะเล 5. กลิ่นโคลนสาบควาย 6. ทำหลอม 7. หากรู้สัจนิรันดร์ 8. เงาไม้ 9. ความสุขเล็กๆ ในใจฉัน 10. ดาวกระดาศ 11. ทุกวินาที 12. ทะเลไม่เคยหลับ

โปรแกรมการฟังเพลงวันที่ 3:

1. ทะเลไม่เคยหลับ 2. ผากฟ้าทะเลฝัน 3. เธอเห็นท้องฟ้านั้นไหม 4. ดอกไม้ให้คุณ 5. ข้างขึ้นเดือนหงาย 6. บ้านของเรา 7. บ้านบนดอย 8. มนต์เมืองเหนือ 9. อุทยานดอกไม้ 10. ฉันยังคอย 11. สาวอัมพวา 12. กำลังใจ 13. เงาไม้ 14. สวีตตี้ปีใหม่

โปรแกรมการฟังเพลงวันที่ 4:

1. สวีตตี้ปีใหม่ 2. ฤดูที่แตกต่าง 3. อิมอุ่น 4. ยามรัก 5. ลุ่มเจ้าพระยา 6. ถิ่นไทยงาม 7. แม่ศรีเรือน 8. รักคุณเข้าแล้ว 9. รางวัลแด่คนช่างฝัน 10. มหัศจรรย์แห่งรัก 11. เธอผู้ไม่แพ้ 12. มาร์ชนักเรียนพยาบาล 13. Happy Birthday ภาคภาษาไทย

2. **กลุ่มควบคุม (Control Group)** ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน (Standard Care) ของทางโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยมิได้รับการฟังเพลงใด ๆ

ขนาดตัวอย่าง(Sample size)

คำนวณโดยการใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$n/\text{Group} = \frac{2(Z\alpha + Z\beta)^2 S_p^2}{(X_1 - X_2)^2}$$

n = ขนาดของตัวอย่าง

$Z\alpha$ = ค่า Z ที่ได้จากรางแจกแจงปกติ เมื่อกำหนดขนาดของ Type I Error ให้เท่ากับ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

$Z\beta$ = ค่า Z ที่ได้จากรางแจกแจงปกติ เมื่อกำหนดขนาดของ Type II Error ให้เท่ากับ 0.10 มีค่าเท่ากับ 1.28

$$\begin{aligned} S_p^2 &= \text{Pool Variance} \\ &= \frac{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \end{aligned}$$

เมื่อ $n_1 = n_2$ แล้ว

$$S_p^2 = \frac{s_1^2 + s_2^2}{2}$$

X_1 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

X_2 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

จากการทำการศึกษา นำร่องผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ตึกธนาคารกรุงเทพ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยสุ่มเลือกผู้ป่วยกลุ่มละ 2 ราย ได้ค่าคะแนนของแบบประเมิน Thai HADS ก่อนและหลังการทดลอง ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้ค่าเฉลี่ยและ Variance ของแบบประเมิน Thai HADS ในส่วนคะแนนซึมเศร้ามาแทนค่าสูตรดังต่อไปนี้

$$\begin{aligned} S_p^2 &= \frac{(0)^2 + (1.414)^2}{2} \\ &= 0.999698 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าสูตร } n/\text{Group} &= \frac{2(1.96 + 1.28)^2 0.999698}{(3 - 0)^2} \\ &= 6.9 \end{aligned}$$

ขนาดตัวอย่างที่จะทำการวิจัยต้องคำนวณรวมตัวอย่างซึ่งอาจจะ Drop out หรือเสียชีวิตระหว่างการทดลองด้วย ดังนั้นจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างไว้กลุ่มละ 10 คน รวมสองกลุ่มเป็น 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามส่วนที่หนึ่งซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยในอดีตจำนวน 15 ข้อได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติส่วนตัว เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความชอบในการฟังเพลง เป็นต้น ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา และส่วนที่สองซึ่งเป็นข้อมูลการป่วยในปัจจุบันและตารางบันทึกผลคะแนนด้านต่าง ๆ ก่อนและหลังการทดลอง เช่น ค่า NIHSS หรือ The National Institutes of Health Stroke Scale ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือด

ตอนที่ 2 ใช้ modified Visual Analog Mood Scale หรือ mVAMS เป็น Visual Analog ที่ดัดแปลงมาจาก Visual Analog Mood Scale หรือ VAMS⁽⁶²⁾ เพื่อวัดสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลองในแต่ละวัน ประกอบไปด้วย mVAMS จำนวน 2 แผ่นเพื่อวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอย่างละแผ่น วิธีให้คะแนนทำโดยวัดช่วงของความรู้สึกไม่วิตกกังวลและวิตกกังวล ความรู้สึกไม่ซึมเศร้าและซึมเศร้า จากเส้นตรงแนวดิ่งความยาว 10 เซนติเมตรโดย**ด้านบนสุด** (ไม่วิตกกังวล และไม่ซึมเศร้า) เริ่มที่ 0 คะแนน จนถึง **ด้านล่างสุด** (วิตกกังวล และ ซึมเศร้า) คะแนนเต็ม 100 คะแนน ในการคิดคะแนนใช้วิธีการวัดความยาวของเส้นตรงแนวดิ่ง 10 เซนติเมตรแบ่งเป็น 100 ส่วน ใช้วัด Immediate Effect ของการทดลองโดยเปรียบเทียบคะแนนของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองในแต่ละวัน

VAMS หรือ Visual Analog Mood Scale ได้ถูกทำการวิจัยเพื่อประเมินความเที่ยงและความตรงในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดโดย James E. Arruda, Robert A. Stern และ Jessica A. Sommerville โดยมีผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 41 คน (ชาย 21 หญิง 20) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดทั้งในระยะเฉียบพลันและผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงการทำกายภาพบำบัด ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้ง 41 คนได้รับการประเมินโดยทั้ง VAMS และ POMS (Profile of Mood States) ฉบับปรับปรุง ในการประเมินผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วย VAMS ใช้วิธีตอบคำถามผ่านทั้งท่าทางและคำพูดเพื่อที่จะทำเครื่องหมายบนเส้นตรงแนวดิ่งยาว 100 มิลลิเมตร เพื่อที่จะอธิบายได้อย่างดีที่สุดถึงความรู้สึกในปัจจุบันของผู้ป่วย คะแนนในการวัดแต่ละอารมณ์เริ่มตั้งแต่ 0 มิลลิเมตรจนถึง 100 มิลลิเมตรซึ่งหมายถึงความรู้สึกสูงสุดของอารมณ์ที่ระบุแต่ละด้านในการประเมินด้วย POMS ฉบับปรับปรุงค่อนข้างยาวเมื่อเทียบกันแล้ว แต่ก็ใช้กันอย่างกว้างขวางมี Checklist อาการ 65 ข้อซึ่งมีความแม่นยำ

และความตรงในเกณฑ์ดี ใช้ Non-parametric Multi trait-multi method Analyses Pearson correlations วิเคราะห์ทั้ง 6 ด้านในแบบประเมินและเปรียบเทียบระหว่างแบบประเมินทั้ง 2 แบบ

ผลปรากฏว่า VAMS มีความแม่นยำตรงมากโดยเฉพาะเมื่อใช้ประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือด และอาจใช้ได้ดีในผู้ป่วยประสาทวิทยาในด้านความคิด ภาษาและการแสดงอารมณ์ ผิดปกติอีกด้วย

ตอนที่ 3 แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย หรือ Thai HADS⁽⁶³⁾ โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และ มาโนช หล่อตระกูล จากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช จากแผนกป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งได้พัฒนาขึ้นจาก Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaith เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยทั่วไปในโรงพยาบาลเป็นคำถามถึงอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามถึงอาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมดและสำหรับอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อคือข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0-3 คะแนน การคิดอัตราส่วนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนตามที่ Zigmond และ Snaith กำหนดไว้ใน HADS คือ คะแนน 0-7 เป็นกลุ่มที่ไม่มี ความผิดปกติทางจิตเวช (Non-cases) คะแนน 8-10 เป็นกลุ่มที่สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติทางจิตเวช (Doubtful cases) และคะแนน 11-21 เป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติทางจิตเวช (Cases)

ได้ทำการศึกษาความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ แบบวัดอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 60 ราย โดยเครื่องมือในการวัดความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า มีความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) อยู่ในเกณฑ์ดี Thai HADS สามารถใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ศึกษาได้ดี โดยมีความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) สำหรับอาการวิตกกังวล เท่ากับร้อยละ 100 และ 86.0 ตามลำดับ และมีความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) สำหรับอาการซึมเศร้า เท่ากับร้อยละ 85.74 และร้อยละ 91.3 ตามลำดับ เมื่อใช้ cut-off point ที่คะแนน > 11 คะแนนเป็นเกณฑ์ในการตัดสินว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช โดย Thai HADS มีความเห็นพ้องกับการวินิจฉัยทางคลินิกคิดเป็นร้อยละ 88.33 สำหรับอาการวิตกกังวล ($P < 0.0001$, $\kappa = 0.67$) และร้อยละ 90 สำหรับอาการซึมเศร้า

($P < 0.0001$, $kappa = 0.73$) ส่วนค่าความเชื่อถือได้ พบว่าค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของทั้ง 2 sub-scale อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8551 สำหรับ anxiety sub-scale และ 0.8259 สำหรับ Depression sub-scale

Thai HADS จึงเหมาะสมในการนำมาใช้เป็นแบบคัดกรองอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยไทยในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สั้นกะทัดรัด และมีค่าความแม่นยำและความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

1. ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยจากเอกสารต่าง ๆ โดยศึกษาจากหนังสือวารสารงานวิจัย วิทยานิพนธ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ขออนุมัติดำเนินการจากคณะกรรมการภาควิชาจิตเวชศาสตร์และคณะกรรมการจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์
3. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และหัวหน้าภาควิชา อายุรศาสตร์เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยประสาทวิทยาแผนกอายุรศาสตร์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. ทดลอง Module เพื่อหาแนวทางในการคัดเลือกเพลงที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน โดยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันจำนวน 3 รายฟังเพลงที่มีเนื้อร้องที่คัดเลือกมาจำนวน 10 เพลง จากนั้นผู้ป่วยให้คะแนน ขณะเดียวกันผู้วิจัยสังเกตปฏิกิริยาและสัมภาษณ์ผู้ป่วยถึงความเหมาะสมในการคัดเลือกเพลงนั้น ๆ เพื่อให้ได้แนวทางในการเลือกเพลงสำหรับลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันต่อไป จากนั้นทำการคัดเลือกบทเพลงจำนวน 33 เพลงตามแนวทางที่ได้จากการทดลอง Module เพื่อนำไปเปิดให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ตึกธนาคารกรุงเทพ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ฟังในการทำวิจัยนำร่อง (Pilot Study)
6. ผู้วิจัยทำการวิจัยนำร่อง (Pilot Study) ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันที่พักรักษาตัวอยู่ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตึกธนาคารกรุงเทพชั้น 3 จำนวน 4 คน โดยได้รับการสุ่มตัวอย่าง ๆ ง่ายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 2 คน ทำการวิจัยเป็น

เวลา 3 วัน เพื่อดูความเป็นไปได้ ปัญหาอันอาจเกิดขึ้นในการวิจัยจริง และหาค่าคะแนนในการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

7. คัดกรองผู้ป่วยที่สามารถเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยได้ตามเกณฑ์การคัดเข้าคัดออก
8. ขอความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยจากผู้ป่วยและขออนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้ในการให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย
9. ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยจะให้คำอธิบายกับผู้ป่วยและต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยก่อนการเก็บข้อมูลเสมอจากนั้น
 - ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยและเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสำหรับแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล
 - แบ่งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการสุ่มตัวอย่าง
 - ผู้วิจัยประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน Thai HADS ในวันแรกก่อนทำการทดลอง เพื่อใช้เป็น Baseline ก่อนการทดลอง
 - ผู้วิจัยประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยโดยใช้ mVAMS ทุกวันก่อนทำการทดลอง เพื่อวัด Immediate effect ของการทดลอง
 - ผู้วิจัยขอให้เจ้าหน้าที่พยาบาลที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตึกธนาคารกรุงเทพระดับ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์วัดสัญญาณชีพของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลอง
 - ผู้วิจัยทำการทดลองโดยการให้โปรแกรมการฟังเพลงแก่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองวันละ 45 นาทีเป็นเวลา 4 วัน ในช่วงเวลา 17.00-18.00 น. โดยใช้เครื่องเล่นซีดีแบบถือ ไม่ได้ใช้หูฟัง
 - ผู้วิจัยขอให้เจ้าหน้าที่พยาบาลที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตึกธนาคารกรุงเทพระดับ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์วัดสัญญาณชีพของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอีกครั้งหลังการทดลอง
 - ผู้วิจัยประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอีกครั้งหลังการทดลองทุกวันโดยใช้ mVAMS หลังการทดลอง
 - ในวันที่ 4 ของการทดลองซึ่งเป็นวันสุดท้ายของโปรแกรมการฟังเพลง ผู้วิจัยประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยโดยใช้ Thai HADS อีกครั้งเพื่อวัด Long-term Effect ของการทดลอง
10. ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยและมอบของที่ระลึกให้แก่ผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
11. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้

ผู้ป่วยจะยุติออกจากการวิจัยเมื่อ:

1. ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยครบตามโปรแกรมเรียบร้อยแล้ว
2. ไม่สามารถร่วมการวิจัยได้ครบตามโปรแกรม
3. ผู้ป่วยอาการทางระบบประสาทหรืออาการทางจิตแย่ลงมาก เช่น มีภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้าเพิ่มขึ้นมากจนมีนัยสำคัญทางคลินิกทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมของการวิจัยต่อไปได้
4. ผู้ป่วยขอถอนการยินยอม
5. แพทย์เจ้าของไข้ลงความเห็นว่าคุณป่วยควรออกจากการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ใช้โปรแกรม SPSS Version 16 (Statistical Package for Social Science) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptives statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่ากลาง และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) Non-parametric Wilcoxon Signed Ranks test เพื่อเปรียบเทียบผลของการฟังเพลงที่มีต่อภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และสัญญาณชีพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง
3. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) Non-parametric Mann Whitney test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความเปลี่ยนแปลงของคะแนนภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และสัญญาณชีพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการศึกษาผลของการฟังเพลงต่อภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และสัญญาณชีพของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน ผู้วิจัยจะแสดงผลการวิจัยที่ได้โดยมีลำดับการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ตอนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

- 1.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
- 1.2 ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง
- 1.3 ข้อมูลด้านความชอบในการฟังเพลง และงานอดิเรกของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 : ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การเปลี่ยนแปลงของระดับความรุนแรงของโรค ภาวะอารมณ์ และสัญญาณชีพ

- 2.1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่ม
- 2.2 ค่าคะแนนก่อนการทดลอง (Baseline)
- 2.3 ผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการทดลอง สถิติที่ใช้คือ Non-parametric Wilcoxon Signed Ranks test
- 2.4 ผลการวิเคราะห์ค่าความแตกต่างเฉลี่ย (Mean difference) ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มสถิติที่ใช้คือ Non-parametric Mann-Whitney test
- 2.5 ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสัญญาณชีพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 1 กลุ่มทดลอง (n=12) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งคิดเป็นร้อยละ 58.4 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 62.08 ปีและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเท่ากับ 5.37 ปี อายุต่ำสุดคือ 56 ปีและอายุสูงสุด 73 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมคือร้อยละ 58.3 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมคิดเป็นร้อยละ 33.3 ร้อยละ 66.7 มีสถานภาพสมรส ไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดอาศัยอยู่ในบ้านเพียงลำพังซึ่งร้อยละ 58.3 อยู่กับคู่สมรส ส่วนใหญ่คือร้อยละ 91.7 นับถือศาสนาพุทธ ส่วนที่เหลือนับถือศาสนาอิสลาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 58.3 มีรายได้สูงกว่า 5,000 บาท และ พอเพียงกับค่าใช้จ่าย แต่ยังมีร้อยละ 8.3 ที่ไม่มีรายได้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 เบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงาน มีเพียงร้อยละ 8.3 เท่านั้นที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง

กลุ่มควบคุม (n=12) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 58.4 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 63 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.5 ปี อายุต่ำสุด 47 ปีและสูงสุด 80 ปี ร้อยละ 58.3 มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับประถม ส่วนใหญ่คือร้อยละ 41.6 ประกอบอาชีพรับราชการขณะที่ ร้อยละ 25 และ 16.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรและพนักงานรัฐวิสาหกิจตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพ สมรสคิดเป็นร้อยละ 75 และอยู่กับคู่สมรสของตน กลุ่มนี้เช่นกันไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ชีวิตอยู่ในบ้านเพียงลำพัง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ 91.7 นับถือศาสนาพุทธ ส่วนที่เหลือนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 50 มีรายได้สูงกว่า 5,000 บาท กลุ่มนี้มีผู้ที่ไม่มีรายได้ถึงร้อยละ 25 แต่ส่วนใหญ่คือร้อยละ 91.7 มีรายได้พอเพียงกับการใช้จ่าย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 เบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงาน ร้อยละ 33.3 และ ร้อยละ 16.7 ใช้บัตรทองประกันสุขภาพถ้วนหน้า และจ่ายค่ารักษาเองตามลำดับ

ตารางที่ 1 ตารางแสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด บัณฑิตในด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคม ของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลส่วนบุคคล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=12)	กลุ่มควบคุม (n=12)	P value
เพศ			0.219 ^a
ชาย	5 (41.6%)	7 (58.4%)	
หญิง	7 (58.4%)	5 (41.6%)	
อายุ (Mean±SD)	(62.08±5.37)	(63±9.50)	0.563 ^c
Min, Max	56, 73	47, 80	
การศึกษา			0.679 ^b
กว่าประถม	7 (58.3%)	5 (41.6%)	
มัธยมต้น-มัธยมปลาย	2 (16.7%)	4 (33.3%)	
ปวช.-ปวส.	2 (16.7%)	1 (8.3%)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	1 (8.3%)	2 (16.7%)	
อาชีพ*			0.083 ^b
แม่บ้าน	3 (25.0%)	1 (8.3%)	
รับจ้างอิสระ	3 (25.0%)	1 (8.3%)	
เกษตรกร/ กสิกร/ อื่น ๆ	4 (33.3%)	3 (25.0%)	
ข้าราชการ	0 (0.0%)	5 (41.6%)	
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1 (8.3%)	2 (16.7%)	
สถานภาพสมรส			
โสด	1 (8.3%)	1 (8.3%)	
สมรส	8 (66.7%)	9 (75.0%)	
หม้าย/หย่าร้าง	3 (25.0%)	2 (16.7%)	

^a = Chi-square test, ^b = Fisher-exact test, and ^c = Mann-Whitney test

ตารางที่ 1 (ต่อ) ตารางแสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด บำจจัยในด้านชีวิตวิทยา จิตวิทยา และสังคม ของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลส่วนบุคคล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=12)	กลุ่มควบคุม (n=12)	P value
สมาชิกในบ้าน			
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
พ่อ/แม่	2 (16.7%)	0 (0.0%)	
สามี/ ภรรยา	7 (58.3%)	9 (75.0%)	
ญาติ	5 (41.7%)	0 (0.0%)	
เพื่อน	0 (0.0%)	2 (8.3%)	
บุตร/ธิดา	10 (83.3%)	10 (83.3%)	
ศาสนา			1.000 ^b
พุทธ	11 (91.7%)	11 (91.7%)	
อิสลาม	1 (8.3%)	1 (8.3%)	
รายได้ต่อเดือน			0.385 ^c
ไม่มีรายได้	1 (8.3%)	3 (25.0%)	
5,000 บาท หรือต่ำกว่า	4 (33.3%)	3 (25.0%)	
5,000-10,000 บาท	3 (25.0%)	1 (8.3%)	
สูงกว่า 10,000 บาท	4 (33.3%)	5 (41.7%)	
ความเพียงพอของรายได้			0.319 ^b
เพียงพอและเหลือเก็บ	3 (25.0%)	6 (50.0%)	
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	4 (33.3%)	5 (41.7%)	
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	3 (25.0%)	1 (8.3%)	
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	2 (16.7%)	0 (0.0%)	
วิธีการจ่ายค่ารักษา			1.000 ^b
เบิกจากหน่วยงาน	6 (50.0%)	6 (50.0%)	
บัตรทองประกันสุขภาพถ้วนหน้า	5 (41.7%)	4 (33.3%)	
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	1 (8.3%)	2 (16.7%)	

^a = Chi-square test, ^b = Fisher-exact test, and ^c = Mann-Whitney test

*ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ว่างงาน

1.1 ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 ข้อมูลการใช้สารเสพติด ประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=12)	กลุ่มควบคุม (n=12)	P value
การใช้สารเสพติด			1.000 ^b
ปฏิเสธ	8 (66.7%)	8 (66.7%)	
ใช้	4 (33.3%)	4 (33.3%)	
ประเภท (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
ชา/กาแฟ	4 (33.3%)	4 (33.3%)	
แอลกอฮอล์	3 (25.0%)	2 (16.7%)	
โรคประจำตัว			0.217 ^b
ไม่มีโรคประจำตัว	0 (0.0%)	3 (25.0%)	
มีโรคประจำตัว	12 (100.0%)	9 (75.0%)	
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
โรค;			
เบาหวาน	7 (58.3%)	4 (33.3%)	
ความดันโลหิตสูง	11 (91.7%)	8 (66.7%)	
หัวใจ	11 (91.7%)	2 (16.7%)	
ไขมันในเส้นเลือดสูง	3 (25.0%)	0 (0.0%)	
ไต	1 (8.3%)	1 (8.3%)	
เกาต์	1 (8.3%)	1 (8.3%)	
ประวัติการเป็นผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือด			0.640 ^b
ไม่เคยมีอาการมาก่อน	10 (83.3%)	8 (66.7%)	
เคยมีอาการและเข้ารับการรักษาที่ รพ. > 1 ครั้ง	2 (16.7%)	3 (25.0%)	
เคยมีอาการแต่ไม่ได้เข้ารับการรักษาที่รพ.	0 (0.0%)	1 (8.3%)	

^a = Chi-square test, ^b = Fisher-exact test, and ^c = Mann-Whitney test

จากตารางที่ 2 ที่แสดงถึงข้อมูลการใช้สารเสพติด ประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มคิดเป็นร้อยละ 66.7 ปฏิเสธการใช้สารเสพติดและร้อยละ 33.3 ติดดื่มชาหรือกาแฟ กลุ่มทดลองทั้งหมดมีโรคประจำตัวในขณะที่กลุ่มควบคุมมีเพียงร้อยละ 75 ที่มีโรคประจำตัว ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง 1 คนอาจมีโรคหลายโรคได้แต่โรคที่พบมากที่สุดคือร้อยละ 91.7 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 66.7 ในกลุ่มควบคุมคือโรคความดัน (Hypertension) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ 83.3 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 66.7 ในกลุ่มควบคุมไม่เคยมีภาวะสมองขาดเลือดมาก่อน



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.3 ข้อมูลด้านความชอบในการฟังเพลง และงานอดิเรกของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 ข้อมูลความชอบในการฟังเพลง และงานอดิเรกของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=12)	กลุ่มควบคุม (n=12)	P value
ความชอบในการฟังเพลง			0.103 ^b
ชอบ	8 (66.6%)	4 (33.4%)	
เฉย ๆ	2 (16.7%)	1 (8.3%)	
ไม่ชอบ	2 (16.7%)	7 (58.3%)	
ประเภทเพลงที่ชอบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
เพลงไทยสมัยนิยม	1 (8.3%)	3 (25.0%)	
เพลงไทยอมตะ	8 (66.6%)	5 (41.7%)	
เพลงไทยลูกทุ่ง	9 (75.0%)	7 (58.3%)	
เพลงไทยเดิม	3 (25.0%)	2 (16.7%)	
เพลงสากล	1 (8.3%)	2 (16.7%)	
งานอดิเรก* (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
ดูโทรทัศน์	10 (83.3%)	10 (83.3%)	
ชมภาพยนตร์	5 (41.7%)	6 (50.0%)	
ฟังเพลง	6 (50.0%)	6 (50.0%)	
อ่านหนังสือ	5 (41.7%)	9 (75.0%)	
ปลูกต้นไม้	5 (41.7%)	5 (41.7%)	
ท่องเที่ยว	4 (33.3%)	5 (41.7%)	
ทำสวน	4 (33.3%)	3 (25.0%)	
ทำอาหาร/ขนม	10 (83.3%)	4 (33.3%)	

^a = Chi-square test, ^b = Fisher-exact test, and ^c = Mann-Whitney test

*กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีงานอดิเรกทำ ไม่มีใครอยู่เฉย ๆ

จากตารางที่ 3 เมื่อศึกษากลุ่มตัวอย่างในด้านความชอบในการฟังเพลงและงานอดิเรกพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 66.6 ชอบฟังเพลง ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 58.3 ไม่ชอบฟังเพลง กลุ่มตัวอย่างชอบเพลงไทยลูกทุ่งเป็นส่วนใหญ่ และร้องลงมาก็คือเพลงไทยอมตะ ไม่มีใครชอบเพลงจีนเลย กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีกิจกรรมหรืองานอดิเรกหลายอย่างทำ ซึ่งส่วนใหญ่ชอบชมโทรทัศน์ ร้องลงมาก็เป็น อ่านหนังสือ ฟังเพลง แต่ในกลุ่มทดลองที่มีผู้หญิงเป็นส่วนใหญ่จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองชอบทำอาหารเท่า ๆ กับดูโทรทัศน์โดยคิดเป็นร้อยละ 83.3



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การเปลี่ยนแปลงของระดับความรุนแรงของโรค ภาวะ อารมณ์และสัญญาณชีพ

2.1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่ม

ผลการวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไป ในช่วง Baseline พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

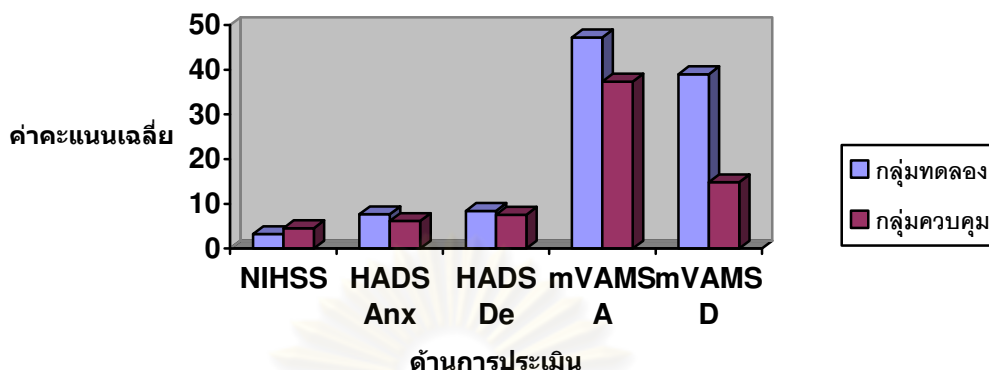
2.2 ค่าคะแนนก่อนการทดลอง (Baseline) NIHSS Thai HADS ด้านความวิตกกังวลและด้าน ความซึมเศร้า m VAMS ด้านความวิตกกังวลและด้านความซึมเศร้า

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนก่อนการทดลอง (Baseline) NIHSS Thai
HADS ด้านความวิตกกังวลและด้านความซึมเศร้า, m VAMS ด้านความวิตกกังวลและด้านความ
ซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการใช้สถิติ Non-parametric Mann-Whitney test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=12) (mean±SD)	กลุ่มควบคุม(n=12) (mean±SD)	p-value
NIHSS	3.25(2.92)	4.58(3.45)	0.308
HADS-วิตกกังวล	7.67(3.08)	6.17(2.79)	0.220
HADS-ซึมเศร้า	8.42(3.42)	7.58(3.23)	0.542
mVAMS-วิตกกังวล	47.22(35.55)	37.33(31.55)	0.728
mVAMS-ซึมเศร้า	38.98(36.63)	14.83 (6.23)	0.145

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ คะแนน NIHSS ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ในช่วง
Baseline พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสามารถดู
ภาพเปรียบเทียบได้ในกราฟที่ 1

กราฟที่ 1 ภาพแสดงBaseline ของทั้ง 2 กลุ่ม



HADS Anx = Thai HADS ด้านความวิตกกังวล, HADS De = Thai HADS ด้านความซึมเศร้า
mVAMS A = mVAMS ด้านความวิตกกังวล และ mVAMS D = mVAMS ด้านความซึมเศร้า

2.3 ผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงค่า NIHSS Thai HADS และ mVAMS ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Non-parametric Wilcoxon Signed Ranks test

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ที่วัดได้จากคะแนน NIHSS, Thai HADS และ mVAMS ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Non-parametric Wilcoxon Signed Ranks test ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนน Thai HADS ด้านความวิตกกังวล และด้านความซึมเศร้า คะแนน NIHSS ของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง และค่าคะแนน mVAMS ด้านความวิตกกังวล และด้านความซึมเศร้า หลังการทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ส่วนผลของการประเมิน Immediate effect หรือผลระยะสั้นของการฟังเพลงโดยการประเมินด้วย mVAMS นั้นคะแนน mVAMS-ด้านความซึมเศร้าพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ในทุกวันของการฟังเพลง ส่วนผลคะแนนเฉลี่ย mVAMS-ด้านความซึมเศร้านั้นมีเพียงวันที่ 1 กับวันที่ 2 เท่านั้นที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ในการวัด Long term effect หรือผลระยะยาวของการฟังเพลงนั้นผลคะแนนจาก Thai HADS ด้านความวิตกกังวลและด้านความซึมเศร้า mVAMS ทั้งด้านวิตกกังวลและด้านซึมเศร่าล้วนมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่วัดได้จาก NIHSS Thai HADS และ mVAMS ก่อนและหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่ม โดยการใช้สถิติ Non-parametric Wilcoxon Signed Ranks test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=12) (mean±SD)		กลุ่มควบคุม(n=12) (mean±SD)		p-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	
NIHSS	3.25(2.92)	2.08 (3.09)	4.58(3.45)	2.83(3.07)	0.001*
HADS-วิตกกังวล	7.67(3.08)	4.42 (2.97)	6.17(2.79)	6.25(2.67)	0.012*
HADS-ซึมเศร้า	8.42(3.42)	6.00 (6.59)	7.58(3.23)	6.08(3.06)	0.005*
mVAMS-กังวล1	47.22(35.55)	25.06(26.77)	37.33(31.55)	21.17(18.06)	0.002*
mVAMS-กังวล2	17.0(22.07)	9.42(16.34)	15.0(23.16)	14.17(21.51)	0.04*
mVAMS-กังวล3	11.42(28.92)	7.66(22.90)	20.42(23.59)	13.30(17.24)	0.043*
mVAMS-กังวล4	27.91(27.80)	9.58(14.82)	16.65(19.23)	14.83(19.82)	0.005*
mVAMS-กังวล ^a	47.22(35.55)	9.58(14.82)	37.33(31.55)	14.83(19.82)	0.002*
mVAMS-ซึมเศร้า1	38.98(36.63)	21.17(21.44)	14.83 (6.23)	14.83(21.61)	0.028*
mVAMS-ซึมเศร้า2	12.65(16.76)	4.92(10.61)	12.50(21.79)	11.66(19.92)	0.028*
mVAMS-ซึมเศร้า3	6.9(21.01)	0.33(1.15)	14.17(23.91)	15.83(24.74)	0.465
mVAMS-ซึมเศร้า4	4.83(13.89)	4.83(13.89)	15.08(21.93)	15.08(21.93)	0.180
mVAMS-ซึมเศร้า ^b	38.98(36.63)	4.83(13.89)	14.83 (6.23)	15.08(21.83)	0.017*

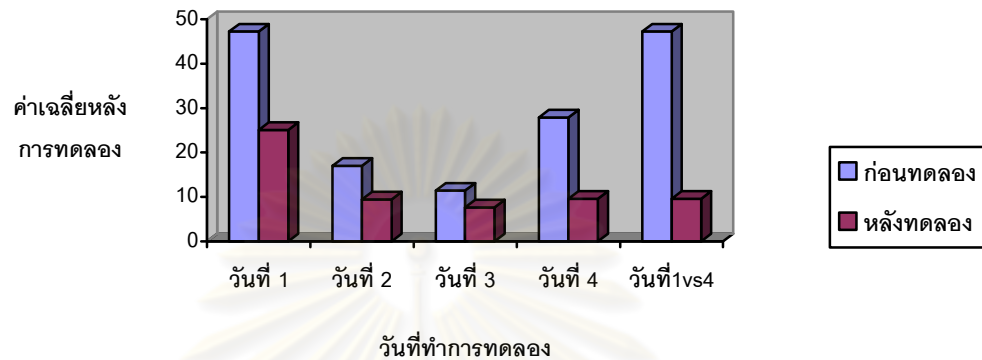
^a = ผลคะแนนที่วัดโดย mVAMS-ด้านวิตกกังวล วันที่ 4- วันที่ 1,

^b = ผลคะแนนที่วัดโดย mVAMS-ด้านซึมเศร้า วันที่ 4-วันที่1

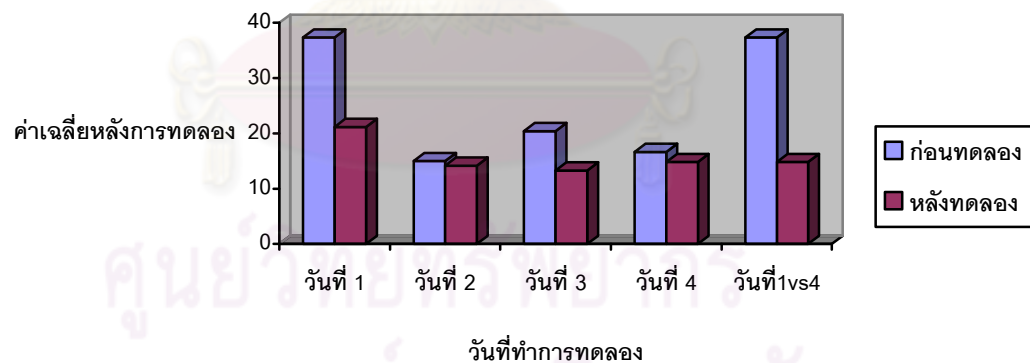
* p< 0.05

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กราฟที่ 2 แสดงภาพความแตกต่างmVAMS-ด้านความวิตกกังวลก่อน-
หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง

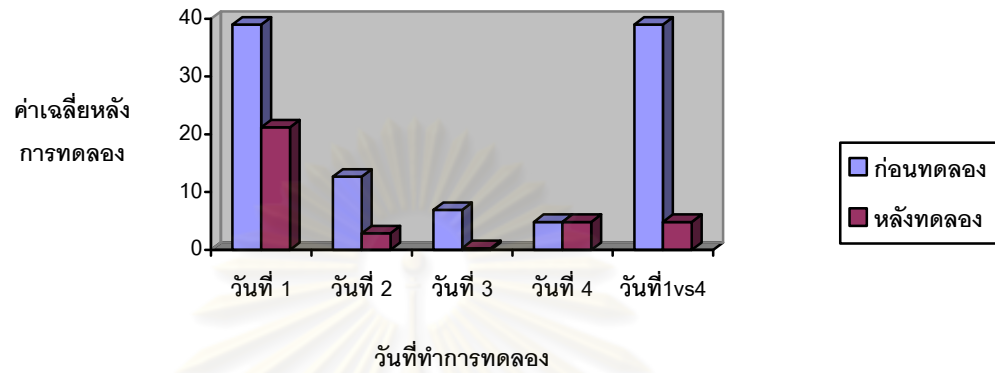


กราฟที่ 3 แสดงภาพความแตกต่างmVAMS-ด้านความวิตกกังวลก่อน-หลัง
การทดลองในกลุ่มควบคุม

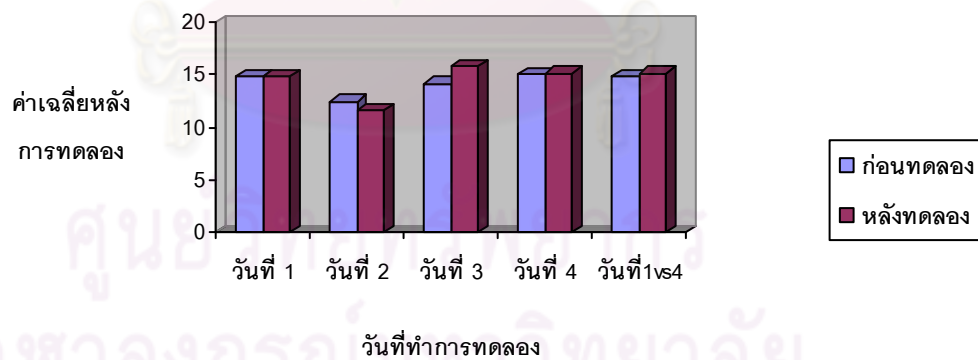


กราฟที่ 2 และ 3 เป็นการเปรียบเทียบให้เห็นถึงภาพความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean difference) ที่ประเมินโดย mVAMS-ด้านความวิตกกังวล ก่อนและหลังการทดลองในแต่ละวัน ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม วิเคราะห์โดย Non-parametric Wilcoxon Signed Ranks test เห็นได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีภาวะความวิตกกังวลแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างเห็นได้ชัดและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

กราฟที่ 4 แสดงภาพความแตกต่างmVAMS-ด้านความซึมเศร้าก่อน-หลัง
การทดลอง ในกลุ่มทดลอง



กราฟที่ 5 แสดงภาพความแตกต่างmVAMS-ด้านความซึมเศร้าก่อน-หลัง
การทดลอง ในกลุ่มควบคุม



กราฟที่ 4 และ 5 เป็นการเปรียบเทียบให้เห็นถึงภาพความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean difference) ที่ประเมินโดย mVAMS-ด้านความซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองในแต่ละวัน ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม วิเคราะห์โดย Non-parametric Wilcoxon Signed Ranks test ซึ่งเห็นได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีภาวะความซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างเห็นได้ชัด และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

2.4 ผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของค่าความแตกต่างเฉลี่ย (Mean difference) ของคะแนน NIHSS Thai HADS และ mVAMS ก่อนและหลังการทดลอง โดย Non-parametric Mann-Whitney test)

ตารางที่ 6 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าความแตกต่างเฉลี่ย (Mean difference) ของผลการฟังเพลงก่อนและหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่มต่อค่าคะแนน NIHSS, Thai HADS ด้านวิตกกังวล และด้านซึมเศร้า, และ mVAMS ด้านวิตกกังวลและด้านซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สถิติที่ใช้คือ Non-parametric Mann-Whitney test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=12) (mean±SD)	กลุ่มควบคุม(n=12) (mean±SD)	p-value
NIHSS	1.17 (1.11)	1.75 (2.63)	0.698
HADS-ด้านวิตกกังวล	3.25 (2.30)	-0.08 (1.97)	0.001*
HADS-ด้านซึมเศร้า	2.41 (6.69)	1.50 (2.94)	0.082
mVAMS-วิตกกังวล1	22.1(20.84)	16.17(32.28)	0.184
mVAMS-วิตกกังวล2	15.64(34.91)	7.0(14.39)	0.578
mVAMS-วิตกกังวล3	3.75(7.41)	7.12(20.69)	0.774
mVAMS-วิตกกังวล4	18.33(20.71)	1.83(5.75)	0.009*
mVAMS-กังวล4-1	37.64 (39.81)	22.50 (36.11)	0.311
mVAMS-ซึมเศร้า1	17.81(20.83)	0	0.006*
mVAMS-ซึมเศร้า2	7.73(14.72)	0.83(2.89)	0.063
mVAMS-ซึมเศร้า3	6.58(20.99)	-1.66(13.37)	0.328
mVAMS-ซึมเศร้า4	4.83(13.89)	0	0.149
mVAMS-ซึมเศร้า4-1	38.98 (36.63)*	-0.25 (18.26)	0.015*

* p < 0.05

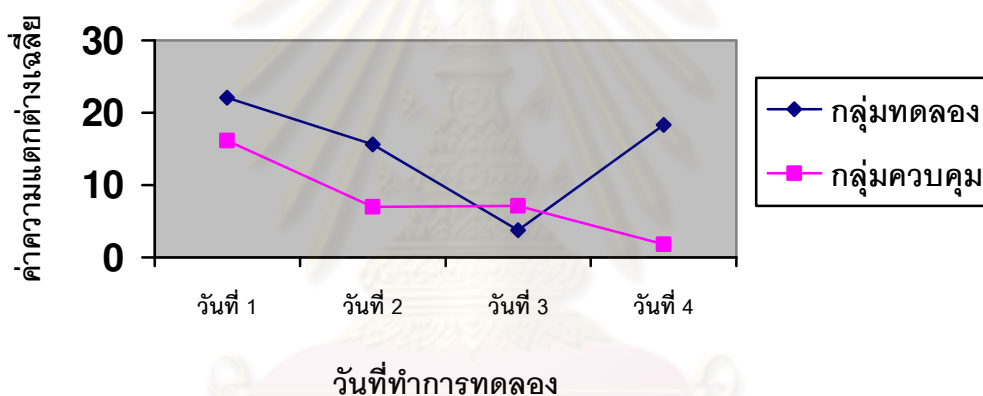
จากตารางที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าความแตกต่างเฉลี่ย (Mean difference) ของคะแนน NIHSS Thai HADS ด้านความวิตกกังวล และ Thai HADS ด้านความซึมเศร้า mVAMS ด้านความวิตกกังวลและmVAMS ด้านความซึมเศร้าโดยใช้สถิติ Non-parametric Mann-Whitney test พบว่าค่าความแตกต่างเฉลี่ยคะแนน NIHSS และค่า Thai HADS-ด้านซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับค่าความแตกต่างเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองในแต่ละวันที่แสดงถึงผล

Immediate effect ของการฟังเพลงต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าซึ่งประเมินผลโดย mVAMS นั้นพบว่ามีเพียงแค่ mVAMS ด้านความวิตกกังวลวันที่ 4 และ mVAMS ด้านความซึมเศร้าวันที่ 1 เท่านั้นที่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

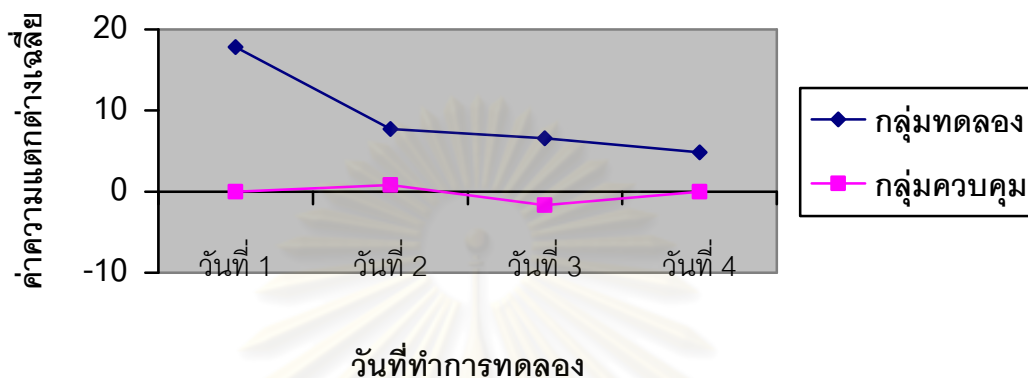
ส่วนผล Long term effect นั้นมีเพียงผลของThai HADS ด้านความวิตกกังวล และ mVAMS ด้านความซึมเศร้าเท่านั้นที่กลุ่มทดลองมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

กราฟที่ 6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยที่ประเมินโดย
mVAMS-ด้านความวิตกกังวล Man-Whitney test



จากกราฟที่ 6 ผลการวิเคราะห์ค่าความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนน mVAMS ด้านความวิตกกังวล โดยใช้สถิติ Non-parametric Mann-Whitney test พบว่าค่าความแตกต่างเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มในแต่ละวันที่แสดงถึงผล Immediate effect ของการฟังเพลงต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าซึ่งประเมินผลโดย mVAMS นั้นพบว่ามีเพียงแค่ mVAMS-ด้านความวิตกกังวลวันที่ 4 ที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

กราฟที่ 7 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยประเมินโดย
mVAMS ด้านซึมเศร้า



จากกราฟที่ 7 ผลการวิเคราะห์ค่าความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนน mVAMS ด้านความซึมเศร้า โดยใช้สถิติ Non-parametric Mann-Whitney test พบว่า ค่าความแตกต่างเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มในแต่ละวันที่แสดงถึงผล Immediate effect ของการฟังเพลงต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าซึ่งประเมินผลโดย mVAMS นั้นพบว่ามีค่า mVAMS ด้านความซึมเศร้าวันที่ 1 ที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และผล Long term effect ของการฟังเพลงจากการประเมินโดย mVAMS ด้านความซึมเศร้า พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

2.5 ผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสัญญาณชีพของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังการทดลอง

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสัญญาณชีพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=12)		กลุ่มควบคุม (n=12)		p-value
	(mean±SD)		(mean±SD)		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	
Systolic วันที่ 1	135.92(47.31)	152.50(22.61)	145.83(17.82)	144.17(30.29)	0.331
Systolic วันที่ 2	146.58(19.31)	140.50(25.07)	145.50(18.76)	144.17(26.10)	0.729
Systolic วันที่ 3	151.00(21.35)	146.67(27.74)	148.33(18.99)	140.83(23.14)	0.485
Systolic วันที่ 4	146.83(24.65)	142.83(29.39)	140.83(23.14)	135.67(24.42)	0.261
Diastolic วันที่ 1	92.08(17.18)	86.17(14.08)	88.33(22.09)	85.83(13.11)	0.754
Diastolic วันที่ 2	91.66(14.67)	79.83(14.90)	92.00 (17.81)	87.50(9.65)	0.065
Diastolic วันที่ 3	93.83 (24.16)	84.00(10.58)	90.83(23.53)	88.33(11.15)	0.287
Diastolic วันที่ 4	90.75 (22.31)	85.33(10.25)	22.31(21.08)	88.33(9.37)	0.564
Pulse วันที่ 1	70.33(11.17)	69.33(8.71)	74.17(12.25)	73.00(12.31)	0.541
Pulse วันที่ 2	71.00(9.82)	68.17(10.25)	75.67(11.96)	72.00(11.35)	0.087
Pulse วันที่ 3	127.17(177.65)	73.00(10.53)	71.00(7.56)	70.50(7.68)	0.313
Pulse วันที่ 4	72.92(10.41)	69.17(6.91)	75.50(11.91)	74.33(9.36)	0.329

จากตารางที่ 8 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของสัญญาณชีพของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มหลังการทดลอง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาถึงผลของการฟังเพลงต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันที่เข้าพักรักษาตัวอยู่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตึกธนาคารกรุงเทพฯ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งทำการทดลองในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2553 เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์คือเพื่อศึกษาถึงผลของการฟังเพลงที่มีต่อภาวะวิตกกังวลภาวะซึมเศร้าและสัญญาณชีพของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันที่เข้าพักรักษาตัวอยู่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตึกธนาคารกรุงเทพฯ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนกันยายน ปี 2553 โดยใช้ผู้ป่วยทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า-เกณฑ์การคัดออก ผ่านการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental group หรือ case) และกลุ่มควบคุม (Control) ในการศึกษาคั้งนี้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอาศัยเครื่องมือคือ Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) และ modified Visual Analog Mood Scale (mVAMS)

ในการศึกษาว่าการฟังเพลงไทยยอดนิยมมีผลต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าหรือไม่นั้น ได้มีการนำผลการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ทั้งด้านข้อมูลส่วนบุคคล ด้านสุขภาพ ด้านประวัติการใช้ยาเสพติดและประวัติการเจ็บป่วยในอดีตมานำเสนอให้เห็นถึงลักษณะทางด้านชีวภาพมา นำเสนอให้เห็นถึงลักษณะทางด้านชีววิทยา จิตวิทยา และ สังคมของกลุ่มตัวอย่างและยังได้เสนอผลของการทดลองก่อนและหลังของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบกันโดยใช้ผลจากค่าคะแนนที่วัดได้จาก Thai HADS และ mVAMS มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Non-parametric Wilcoxon Signed Ranks test และ Mann-Whitney test

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลอง (n=12) – พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 62.08 ปี อายุต่ำสุดคือ 56 ปีและอายุสูงสุด 73 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถม มีอาชีพเกษตรกร มีสถานภาพสมรส ไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดอาศัยอยู่ในบ้านเพียงลำพัง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีรายได้สูงกว่า 5,000 บาท และ พอเพียงกับค่าใช้จ่าย แต่ยังมีร้อยละ 8.3 ที่ไม่มีรายได้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 เบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงาน มีเพียงร้อยละ 8.3 เท่านั้นที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง

กลุ่มควบคุม (n=12) – พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 63 ปี อายุต่ำสุด 47 ปีและสูงสุด 80 ปี ส่วนมีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับประถม ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการและรองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรและพนักงานรัฐวิสาหกิจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพ สมรส ร้อยละ 75 และอยู่กับคู่สมรสของตน กลุ่มนี้เช่นกันไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ชีวิตอยู่ในบ้านเพียงลำพัง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ส่วนที่เหลือนับถือศาสนาอิสลาม ครึ่งหนึ่งมีรายได้สูงกว่า 5,000 บาท กลุ่มนี้มีผู้ที่ไม่มียาได้ร้อยละ 25 แต่ส่วนใหญ่มีรายได้พอเพียงกับการใช้จ่าย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 เบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงาน ร้อยละ 33.3 และ ร้อยละ 16.7 ใช้บัตรทองประกันสุขภาพถ้วนหน้า และจ่ายค่ารักษาเองตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีใครว่างงาน

1.2 ข้อมูลด้านสุขภาพและการใช้สารเสพติด

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มคิดเป็นร้อยละ 66.7 ปฏิเสธการใช้สารเสพติดและร้อยละ 33.3 ดื่มชาหรือกาแฟ กลุ่มทดลองทั้งหมดมีโรคประจำตัว ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีเพียงร้อยละ 75 ที่มีโรคประจำตัว ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง 1 คนอาจมีโรคหลายโรคได้แต่โรคที่พบมากที่สุดคือร้อยละ 91.7 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 66.7 ในกลุ่มควบคุมคือโรคความดัน (Hypertension) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ 83.3 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 66.7 ในกลุ่มควบคุมไม่เคยมีภาวะสมองขาดเลือดมาก่อน

1.3 ข้อมูลด้านการฟังเพลงและงานอดิเรก

กลุ่มตัวอย่างในด้านความชอบในการฟังเพลงและงานอดิเรกพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ชอบฟังเพลง ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 58.3 ไม่ชอบฟังเพลง กลุ่มตัวอย่างชอบเพลงไทยลูกทุ่งเป็นส่วนใหญ่ และรองลงมาคือเพลงไทยอมตะ ไม่มีใครชอบเพลงจีนเลย กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีกิจกรรมหรืองานอดิเรกหลายอย่างทำ ซึ่งส่วนใหญ่ชอบชมโทรทัศน์ รองลงมาก็เป็น

อ่านหนังสือ ฟังเพลง แต่ในกลุ่มทดลองที่มีผู้หญิงเป็นส่วนใหญ่จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองชอบทำอาหารเท่า ๆ กับคูโททัศน์

ผลการวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไป เช่น ประวัติการเจ็บป่วย ความชอบฟังเพลง งานอดิเรก เป็นต้น คะแนน NIHSS ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ในช่วง Baseline พบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติทั้งสองกลุ่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่จะมีผลต่อการวิจัย เช่น ผู้ที่เคยมีภาวะสมองขาดเลือดกับผู้ที่ไม่เคยมีภาวะสมองขาดเลือดมาก่อน หรือผู้ที่ชอบฟังเพลงกับไม่ชอบฟังเพลง

ไม่มีผู้ป่วยออกจากการศึกษาที่กำหนดหรือเสียชีวิตระหว่างการทดลอง

2. สรุปผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการทดลองต่อภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และสัญญาณชีพตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาถึงผลของการฟังเพลงที่มีต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน

1.1 ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่วัดได้จากคะแนน NIHSS, Thai HADS และ mVAMS ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม สถิติที่ใช้คือ Non-parametric Wilcoxon Signed Ranks test คะแนน NIHSS ของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง ค่าคะแนน Thai HADS ด้านความวิตกกังวลและด้านความซึมเศร้า และค่าคะแนน mVAMS ด้านความวิตกกังวลและด้านความซึมเศร้า หลังการทดลองพบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

1.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าความแตกต่างเฉลี่ย (Mean difference) ของคะแนน NIHSS, Thai HADS ด้านความวิตกกังวลและด้านความซึมเศร้า mVAMS ด้านความวิตกกังวลและด้านความซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สถิติที่ใช้คือ Non-parametric Mann-Whitney test พบว่ามีเพียงผลของ Thai HADS - ด้านความวิตกกังวล และ mVAMS - ด้านความซึมเศร้าเท่านั้นที่กลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

2. วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาถึงผลของการฟังเพลงที่มีต่อสัญญาณชีพของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน

ผลการวิเคราะห์ถึงผลของการฟังเพลงที่มีต่อสัญญาณชีพของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของสัญญาณชีพของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มหลังการทดลอง

3. สรุปผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการทดลองต่อภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และสัญญาณชีพตามสมมติฐานของการวิจัย

ตามสมมติฐานที่ผู้วิจัยตั้งไว้ตั้งแต่แรกคือผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการฟังเพลงมีภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และสัญญาณชีพต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งก็ได้ผลตามสมมติฐานที่ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟังเพลงมีความวิตกกังวลและซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในด้านสัญญาณชีพนั้นถึงแม้ว่าสัญญาณชีพในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มที่จะแตกต่างเช่น จังหวะชีพจรลด ความดันโลหิตลด แต่ก็ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลวิเคราะห์การศึกษาวิจัยครั้งนี้รายงานสรุปว่าการฟังเพลงไทยสามารถลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันได้

อภิปรายผลการวิจัย (Discussion)

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาถึงผลของการฟังเพลงไทยต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันเป็นครั้งแรก ผลหลังการทดลองแสดงให้เห็นว่าการฟังเพลงไทยสามารถช่วยลดความวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ในกลุ่มทดลอง จากค่าคะแนน NIHSS Thai HADS- ด้านความวิตกกังวลและด้านความซึมเศร้า mVAMS-ด้านความวิตกกังวลและด้านความซึมเศร้าที่วัดได้ เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Non-parametric Wilcoxon Signed Ranks test ค่าคะแนนในกลุ่มทดลองหลังฟังเพลงแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน $p < 0.05$ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการฟังเพลงมีผลในการลดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดนั้น ระยะเวลาที่สำคัญที่สุดคือ การดูแลรักษาในช่วงระยะเฉียบพลัน เพราะสามารถช่วยรักษาชีวิตและลดความพิการในผู้ป่วยและการฟังเพลงไทยอาจช่วยเป็นการรักษาเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่เข้มแข็งได้ เพราะว่าเรื่องราวในบทเพลงที่คัดเลือกมานั้นเต็มไปด้วยความหวังกำลังใจและความรู้สึกที่เป็นไปในทางบวก^(29,36) ตามทฤษฎีของ Beck (Cognitive triad theory) ได้อธิบายไว้ว่ามนุษย์สามารถมีความรู้สึกทางบวกได้เนื่องจากภาพลักษณ์ของตน ประสบการณ์ที่ผ่านมา และความคาดหวังต่ออนาคตว่าจะมีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจึงจะรู้สึกไม่มีความสุข ไร้ค่า และหมดหวัง จากทฤษฎี Learned helplessness theory ของ Seligman อธิบายว่า ความรู้สึกในทางลบ

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุเกิดจากความผิดปกติเกี่ยวกับความเฉลียวฉลาด เช่น ลืม ขาดสมาธิ การตัดสินใจไม่ดี ความสามารถในการคำนวณ ความมีเหตุผลผิดปกติ เป็นต้น การขาดแรงบันดาลใจ ความรู้สึกไร้ค่า อารมณ์ผิดปกติและมองอนาคตในแง่ลบ ทฤษฎีเหล่านี้สามารถอธิบายภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดที่ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุได้

ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานไว้ว่าการที่ผู้ป่วยดนตรีดี ๆ นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยมีสมาธิจดจ่ออยู่สิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยลืมความทุกข์และอาการเจ็บป่วยของตนไปได้ช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้ว เนื้อหาสดใสไปในทางบวกจะสามารถทำให้เกิดการประมวลผลข้อมูลในจิตใจเป็นไปในทางบวกซึ่งจะช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตใจสงบลง มีกำลังใจต่อสู้เผชิญกับโรคได้ดีขึ้น อีกทั้งช่วยทำให้รู้สึกดีขึ้นหลับสบายขึ้น เป็นการให้กำลังใจผู้ป่วยด้วยพลังแห่งถ้อยคำที่ดีในเนื้อเพลงประกอบกับดนตรีที่คุ้นเคยที่จะสามารถนำภาพความทรงจำดี ๆ ในอดีต ความเยาว์วัย และความหวังกลับมาอีกครั้ง

สิ่งที่ผู้วิจัยพบในการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานของ Sarkamo⁽⁵⁸⁾ ที่ว่าการฟังเพลงทำให้อารมณ์และสมาธิของผู้ป่วยดีขึ้น Preidt⁽⁵⁷⁾ ที่ว่าการฟังเพลงที่มีเนื้อหาไปในทางบวก สดใสจะทำให้คนไข้มีอารมณ์ทางบวก Sorrell⁽⁵⁹⁾ ที่ว่าดนตรีช่วยกระตุ้นจิตใจแม้กระทั่งผู้สูงอายุมาก ๆ Hilliard⁽¹⁰⁾ ที่ว่าดนตรีบำบัดช่วยปรับระดับประคองความรู้สึกของผู้ป่วยและคุณภาพของชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น และ Longfield⁽⁶⁰⁾ ที่ได้ทำการวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งและพบว่าผลของดนตรีบำบัดเป็นไปในทางบวก สิ่งที่พบเหล่านี้เป็นข้อมูลได้ว่าการฟังเพลงช่วยปลดปล่อยจิตใจผู้ป่วยและอาจช่วยให้พวกเขาเผชิญกับการเจ็บป่วยกะทันหัน เช่น ภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) ได้

และในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลเชิงบรรยายไว้ด้วยว่าการฟังเพลงทำให้เพลิดเพลินสบายใจขึ้น มีความสุขมากขึ้น มีกำลังใจมากขึ้น เวลาในโรงพยาบาลผ่านไปอย่างรวดเร็ว นอนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้นแม้กระทั่งในผู้สูงอายุมาก ๆ การฟังเพลงทำให้ลืมอาการเจ็บป่วยของตนไปได้สักพักหนึ่ง การมีเพลงฟังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นคนสำคัญได้รับการเอาใจใส่เป็นพิเศษ คุณภาพของชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นและมีกำลังใจสู้โรคมามากขึ้น ซึ่งสอดคล้องอย่างยิ่งกับการวิจัยของอาริยา สอนบุญ⁽²⁰⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการฟังดนตรีบำบัดขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีความวิตกกังวลและอาการคลื่นไส้อาเจียนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้ให้ข้อมูลเชิงบรรยายไว้ในทำนองเดียวกันว่าการฟังดนตรีบำบัดทำให้มีความรู้สึกดีเพราะทำให้ลดความกังวลขณะให้ยา ทำให้จิตใจแจ่มใส เพลิดเพลิน ลืมความกังวลต่ออาการเจ็บป่วยของตนไปได้ช่วงระยะเวลาหนึ่ง เวลาผ่านไปอย่างรวดเร็ว จิตใจสงบและนอนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้น

แต่ผลที่ได้นี้แตกต่างจากงานวิจัยของ Calovini^(9,10) ที่ว่าการฟังดนตรีเพียงอย่างเดียวไม่มีผลต่อภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยได้

ถึงแม้ว่างานวิจัยครั้งนี้แม้จะไม่ได้ยืนยันถึงผลของงานวิจัยของ Whittall^(61,10) ที่พบว่าค่าเฉลี่ยจังหวะการเต้นของหัวใจของผู้ป่วยลดลงหลังได้รับดนตรีบำบัด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างของสัญญาณชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการฟังเพลงในกลุ่มทดลอง แต่อย่างไรก็ตามมีสัญญาณที่ดีหลายอย่างที่พบ เช่น จังหวะชีพจรของผู้ป่วยลดลง ความดันโลหิตลดลงในบางวัน และผู้ป่วยที่นอนหลับยากสามารถนอนหลับได้สบายในแต่ละคืนหลังจากที่ได้ฟังเพลงระหว่างวัน

ข้อจำกัดในการทำวิจัย (Limitations) และ ตัวกวน (Confounders)

ถึงแม้ว่าจะเป็งานวิจัยที่มีประโยชน์ แต่ผู้วิจัยก็พบตัวกวนและมีข้อจำกัดในการวิจัยอยู่บ้างในการวิจัยดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันที่เข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์เท่านั้น และ ถึงแม้จะได้ทำการวิจัยเป็นเวลา 6 เดือนเต็มโดยใช้ผู้ป่วยทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า-เกณฑ์การคัดออกแล้ว ยังคงมีขนาดตัวอย่างเพียงแค่ 24 คน (กลุ่มละ 12 คน) ซึ่งเป็นขนาดตัวอย่างที่ไม่ใหญ่นักจึงอาจไม่สามารถนำผลการวิเคราะห์ที่ได้ไปใช้ในการนำไปขยายผลในประชากรอื่นได้

2. แบบวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า mVAMS มีการวัดแค่ค่าคะแนนที่วิตกกังวลถึงไม่วิตกกังวล และ ซึมเศร้าถึงไม่ซึมเศร้า ซึ่งถึงแม้ว่าหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้ฟังเพลงแล้วจะมีความสุขมากกว่าค่าว่าไม่วิตกกังวล และไม่ซึมเศร้า ก็ไม่สามารถแปรเปลี่ยนเป็นคะแนนได้ ทำให้ไม่เห็นประสิทธิผลของการฟังเพลงต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าอย่างชัดเจน

3. เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบาง เช่น ถ้าฟังเพลงดังเกินไป อ่านข่าวตื่นเต้น ฟังเดินไปห้องน้ำ หิว ภาระงานเกี่ยวข้องเกี่ยวกับอาการป่วยของตน หรือการต้องเดินทางไปอีกตึกหนึ่งเพื่อไปทำการตรวจร่างกายเพิ่มเติมหรือทำกายภาพในขณะที่ทำการทดลองอยู่ ปัจจัยเหล่านี้สามารถเปลี่ยนภาวะอารมณ์และสัญญาณชีพของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่เคยทำการวิจัยมาก่อนจึงมิได้กำหนดกฎเกณฑ์เพิ่ม เช่น ห้ามอ่านหนังสือพิมพ์ขณะฟังเพลง ให้ผู้ป่วยฟังเพลงในท่านอนเท่านั้น ให้เดินไปเข้าห้องน้ำให้เรียบร้อยก่อนการทดลอง กำหนดให้ผู้ป่วยพักในห้องเดียวไม่มีเสียงจากเตียงข้าง ๆ ครอบคลุม หรือขอความร่วมมือให้ญาติผู้ป่วยออกไปจากห้องระหว่างการทดลอง เป็นต้น เพราะบางครั้งการที่มีญาติเตียงข้าง ๆ มาเยี่ยมก็ส่งเสียงดัง

รบกวนการฟังเพลงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดโดยที่ไม่รู้ตัวและส่งผลกระทบต่อสัญญาณชีพ ทำให้ค่าที่ได้มีได้มาจากผลของการฟังเพลงโดยแท้จริง

4. ในการตอบคำถามเรื่องภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในวันแรกคะแนนที่เห็นอาจไม่ใช่สิ่งที่ เป็นความจริงนัก เพราะผู้วิจัยมีเวลาอันสั้นที่จะทำความรู้จักคุ้นเคยกับผู้ป่วย อีกทั้งเนื่องจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ค่อยดีนัก เช่น เขียนหนังสือเองไม่ถนัด อ่านคำถามยาว ๆ แล้วสับสน ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องถามออกเสียงให้และในห้องผู้ป่วยรวมมีผู้อื่นอยู่ด้วยทำให้บางครั้ง บางคำถามผู้ป่วยจะป้องกันตนเองด้วยการไม่ตอบตามความจริง ทำให้ผลของภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าไม่แตกต่างอย่างเห็นได้ชัดหลังการทดลอง และบางครั้งในการประเมินผลระยะยาวของการฟังเพลง โดย Thai HADS ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลและซึมเศร้ามากขึ้นก็ได้เนื่องจากสถานการณ์ที่แทรกเข้ามา เช่น ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัววันสุดท้ายบุตรที่คาดว่าจะมารับไม่ติดต่อมาผู้ป่วยก็เกิดอาการกังวลมากและเศร้าว่าไม่มีใครสนใจตน เป็นต้น

5. พบข้อจำกัดในด้านลักษณะของเพลงไทยทั่วไปในการที่จะนำมาใช้ในการลดภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน กล่าวคือเพลงไทยที่เป็นที่รู้จักมักจะมีเสียงดนตรีที่ตะหูหรือเป็นเพลงเศร้าทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าหดหู เพลงที่มีเนื้อหาทางบวกสดใสให้รู้สึกมีชีวิตมักมีจังหวะเร็วเครื่องดนตรีที่กระแทกกระทั้น เพลงเก่าที่ผู้สูงอายุชอบมักจะมีรูปแบบการร้องที่แหลมสูงเกินไปและอาจฟังล้าสมัยไม่เป็นที่ชื่นชอบสำหรับผู้ป่วยที่มีอายุน้อย เพลงไทยที่ผู้วิจัยใช้ในการทดลองนี้จึงได้รับการปรับทั้งในด้านฉบับของเพลงและระดับเสียงแล้วสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันที่มีอายุ 35-80 ปี ซึ่งหากนำไปใช้ในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า กฎเกณฑ์ที่ระบุหรือเลือกเพลงไทยโดยมิได้มีการปรับอาจไม่พบประสิทธิผลเช่นการวิจัยครั้งนี้

6. การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยมีให้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม เช่น การพูดจาดีสุภาพ ท่าทีเอาใจใส่ มีดอกไม้และขนมมาฝาก หรือแม้แต่การที่ผู้วิจัยจำเป็นต้องอยู่ในห้องคอยปรับระดับเสียงเพลงให้แก่ผู้ป่วยอาจมีผลต่อการวิจัย

ถึงแม้ว่าผู้วิจัยได้พบข้อจำกัดและตัวรบกวนในการวิจัย แต่งานวิจัยในครั้งนี้ก็มีจุดแข็งเช่นกัน คือ ผู้วิจัยทำการทดลองด้วยตนเอง มีการทดลอง Module มีการทำการทดลองนำร่อง (Pilot study) ผู้วิจัยมีความชำนาญด้านเพลง มีการวัดผลของการฟังเพลงทั้งระยะสั้น (Immediate effect) และระยะยาว (Long term effect) และยังเป็นกรวิจัยที่มีประโยชน์ทั้งขณะที่ทำการทดลองคือผู้ป่วยได้มีความสุขเพลิดเพลิน หลับสบาย ปลอดภัยจิตใจผู้ป่วยให้คลายทุกข์ ซึ่งผู้วิจัยพบว่าบทเพลงนั้นเป็นเหมือนการให้การปรึกษา (Counseling) ผ่านเสียงเพลงให้ผู้ป่วยมีกำลังใจต่อสู้โรค ประโยชน์ในปัจจุบันคือได้โปรแกรมการฟังเพลงไว้ใช้เพื่อคลายภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะ

สมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตึกธนาคารกรุงเทพฯ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และประโยชน์ในอนาคตคือเป็นกรณีศึกษาแก่ผู้ที่สนใจศึกษาถึงผลของการฟังเพลงไทยต่อไป ทั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ขอแนะนำให้ทำการวิจัยในขนาดตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นเพื่อให้ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปขยายผลในประชากรอื่นได้
2. การวิจัยในอนาคตหากจะวัดภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยโดยการใช้ mVAMS อีกควรพัฒนาเครื่องมือให้สามารถวิจัยในแง่อารมณ์ที่เป็นบวกด้วย เพื่อเห็นประสิทธิผลของการฟังเพลงไทยที่ชัดเจนมากขึ้น
3. เสนอให้ทำการวิจัยในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมแก่การฟังเพลงมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยอยู่ในห้องเดี่ยว (ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่ Guarding ปกปิดข้อมูลบางอย่างเวลาตอบคำถามในแบบประเมิน) ในเวลาสบาย ๆ หรือจัดสถานที่ทำการทดลอง (Sampling unit) ให้ปราศจากเสียงดังของของญาติ ทั้งของผู้ป่วยเองและของผู้ป่วยเตียงอื่น ห่างไกลจากเสียงดังจากเครื่องมือแพทย์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อภาวะอารมณ์และสัญญาณชีพของผู้ป่วย เป็นการช่วยลดตัวกวนที่จะทำให้ผลการวิจัยที่ได้คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง
4. ผู้วิจัยควรเป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือการพยาบาลที่ประจำอยู่หอผู้ป่วยนั้น เพราะง่ายต่อการสร้างสัมพันธภาพ การขอความร่วมมือจากผู้ป่วย การระบุนกฏเกณฑ์ต่าง ๆ ในการทดลอง และหากว่าจะประเมินผลโดยใช้ Thai HADS การที่ผู้วิจัยเป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือการพยาบาลที่ประจำหอผู้ป่วยอยู่แล้วจะทำให้สามารถทำการทดลองจนครบทั้ง 7 วันตามที่แบบประเมินกำหนดไว้เป็นไปได้โดยง่าย เพราะสามารถพูดคุย คัดกรอง และขอความยินยอมจากผู้ป่วยได้ตั้งแต่เข้ามาพักในโรงพยาบาลตั้งแต่วันแรก ทั้งนี้จะทำให้ผลของการประเมินน่าเชื่อถือ ปราศจากข้อโต้แย้งมากขึ้น

สิ่งที่ผู้วิจัยพบในการทดลองนี้สรุปว่าการฟังเพลงที่มีเนื้อร้องไปในทางบวก สดใส ให้ ความหวังกำลังใจ เป็นบทเพลงที่เคยประทับใจบวกกับดนตรีที่เบาฟังสบายมีผลในการลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการฟังเพลงก็มีแนวโน้มที่จะทำให้ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้ดีขึ้น ความดันโลหิตลดลง

ทั้งนี้ผู้วิจัยยังพบว่าการดูแลเอาใจใส่พูดจาดี ๆ กับผู้ป่วยแสดงให้เห็นถึง Power of the nice words หรือพลังแห่งคำพูดดี ๆ ที่อยู่ทั้งในบทเพลงและการสื่อสารในชีวิตประจำวันเป็นสิ่งที่มีความคุณประโยชน์ในการทำให้ผู้ป่วยมีความสุข อารมณ์แจ่มใสขึ้น มีกำลังใจต่อสู้โรคร้ายมากขึ้นซึ่งจะช่วยให้การทำงานของแพทย์และพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้เป็นไปได้ง่ายขึ้น



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

- (1) นิจศรี ชาญณรงค์. การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
- (2) The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. Issue plasminogen activator for acute ischemic stroke. N Engl J Med 333,24 (1995) : 1581-1587.
- (3) Stroke Unit Trialists Collaboration. How do stroke units improve patient outcomes? A collaborative systematic review of the randomized trials. Stroke 28,11 (1997) : 2139-2144.
- (4) CAST (Chinese Acute Stroke Trial) Collaborative Group. CAST: randomized placebo-controlled trial of early aspirin use in 20,000 patients with acute ischaemic stroke. Lancet 349,9066 (1997) : 1641-1649.
- (5) Sung, H.C., and Chang, A.M. Use of preferred music to decrease agitated behaviors in older people with dementia: a review of the literature. Journal of Clinical Nursing 14 (2005) : 1133-1140.
- (6) Antic, S., Galinovic, I., Lovrencic-Huzjan, A., Vukovic, V., Jurasic, M.J., and Demarin, V. Music as an auditory stimulus in stroke patients. Coll Antropol 32,1 (January 2008) : 19-23.
- (7) Kim, S.J., and Koh, I. The effects of music on pain perception of stroke patients during upper extremity joint exercises. J Music Ther 42,1 (Spring 2005) : 81-92.
- (8) Kenny, D.T., and Faunce, G. The impact of group singing on mood, coping and perceived pain in chronic pain patients attending a multidisciplinary pain clinic. J Music Ther 41,3 (Fall 2004) : 241-258.
- (9) Calovini, B.S. The effects of participation in one music therapy session on state anxiety in hospice patients. Unpublished master's thesis Case Western Reserve University, Cleveland, OH, 1993.
- (10) Russell, E. Hilliard. Music therapy in hospice and palliative care: a review of the empirical data. eCAM 2,29 (April 2005) : 173-178.

- (11) อังคณา มนัสสนิท. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพพร้อมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดครรภ์แรก วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
- (12) Schullian, D., and Schoen, M. Music and Medicine. New York: Henry Schuman, 1948.
- (13) Aldridge, D. the Music of the Body: Music Therapy in Medical Settings. Advances, The Journal of Mind-Body Health 9,1 (Winter 1993) : 17-35.
- (14) Aldridge, D., and Verney, R. "Research in a Hospital Setting." Holistic Health 18 (1988) : 9-10.
- (15) Goloff, M. The Responses of Hospitalized Medical Patients to Music Therapy. Music Therapy 1 (1981) : 51-56.
- (16) McCluskey, F. Music in the Operating Suite. National Association of Theatre Nurses 20 (1983) : 33-40.
- (17) Leonidas, J. Healing Power of Chants. New York State Journal of Medicine 81 (1981) : 966-968.
- (18) Aldridge, D. Anesthetics and the Individual in the Practice of Medical Research: A Discussion Paper. Journal of the Royal Society of Medicine 84 (1991) : 147-150.
- (19) ฝ่ายหนังสือส่งเสริมเยาวชน บ.ซีเอ็ดดูเคชั่น พจนานุกรมไทยฉบับทันสมัย. 2543.
- (20) อาริยา สอนบุญ. ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.
- (21) ทิภาพร อังคกุล. การเปรียบเทียบระหว่างวิธีรักษาทางจิตเวชมาตรฐานกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับวิธีรักษาทางจิตเวชมาตรฐานในผู้ป่วยโรควิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ ปริญญา มหาบัณฑิต, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- (22) จีรวรรณ จบสุบิน. ความสุขของภาวะวิตกกังวลภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.

- (23) ฉัตรแก้ว สุทธิพิทักษ์. ผลการฝึกการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- (24) สาธินี ธรรมรักษา. ผลของการฝึกโปรแกรมไบโอฟีดแบคร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2552.
- (25) Peplau, H.E. Interpersonal releasing in nursing: A conceptual framework of reference for psychodynamic nursing. New York: Springer publishing Co.Inc., 1991.
- (26) อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- (27) ณัฐนาฏ สระอุบล. ผลการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำฉนวนกลางทหารบกที่ 11. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
- (28) สมภาพ เรืองตระกูล. โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2542.
- (29) ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์, สุเทพ จันทร์เทศ, และพรพิชิต สุวรรณศิริ. ผลของการใช้ศิลปกรรมบำบัดที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. กรุงเทพฯ: สำนักงานศิลปวัฒนธรรมร่วมสมัย กระทรวงวัฒนธรรม, 2551.
- (30) อลิสสา วัชรสินธุ. ภาวะซึมเศร้า. อ้างถึงใน: วันเพ็ญ บุญประกอบ, อัมพล สุอำพัน, และนางพวง ลี้มสุวรรณ . จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2538.
- (31) Beck, A.T. Depression: Clinical, experimental and theoretical aspect. New York: Happer Row, 1967.
- (32) สุกัญญา เลิศสกุลชล. การศึกษาภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนยาแอมเฟตามีน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- (33) ดวงใจ กสานติกุล. โรคอารมณ์แปรปรวน. อ้างถึงใน: บุรณี กาญจนถวัลย์, และนันทิกา ทวีชาติ. พฤติกรรมมนุษย์และความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

- (34) Collins, M. Communication in health care: The human communication in the life cycle. 2ed. St.Louis: Mosby Company, 1983.
- (35) ดวงใจ กสานติกุล. โรคอารมณ์แปรปรวน อ้างถึงใน: เกษม ตันติผลลาชีวะ. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
- (36) ลีวรรณ อุนนาภิรักษ์. การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ. กรุงเทพฯ. บุญศิริการพิมพ์, 2547.
- (37) Neese, J.B. Depression in the general hospital. Nursing clinics of North America 26 (1991) : 613-622.
- (38) Irwin, M., Daniels, M., Bloon, E.T., Smith, T.L., and Weiner, H. Life event, depressive symptoms and immune function. American Journal Psychiatry 114 (1987) : 437-441.
- (39) Cornwell, Y., Caine, E.D., and Olsen, K. Suicide and cancer in late life. Hospital community 41 (1990) : 334-338.
- (40) McDougall, G.I., Blixen, C.E., and Suen, L. The process and outcome of life review psychotherapy with depressed homebound older adult. Nursing reacher 46 (1997) : 277-283.
- (41) ปราณี่ มิ่งขวัญ. ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2548.
- (42) นิพนธ์ พวงวรินทร์. โรคหลอดเลือดสมอง: Stroke. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว, 2534.
- (43) Watson, L.D., and Quinn, D.A. Stage of stroke: a model for stroke rehabilitation. British Journal of Nursing 7,11 (1998) : 631-640.
- (44) Phipps, M.A. Assessment of neurologic deficits in stroke: Acute-care and Rehabilitation implications. Nursing Clinics of North America 26,4 (1991) : 957-970.
- (45) Astrom, M., Asplund, K., and Astrom, T. Psychosocial function and life satisfaction after stroke. Stroke 23 (1992) : 527-531.
- (46) นภาพรณี แก้ววรรณ. ผลของการจูงใจญาติต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

- (47) Brittain, K.R., Peet, S.M., and Castleden, Stroke and inconfidence. Stroke 29 (1998) : 524-528.
- (48) Feys, H.M., et al. Effect of therapeutic intervention for the hemiplegic: upper limb in the acute phase after stroke. Stroke 29 (1998) : 785-792.
- (49) Hicky, J.V. The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing, (2nd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott, 1996.
- (50) Parikh, R.N., Robinson, R.G., Lipsey, J.R., Stark Stein, S/E., Paul-Fedoroff, J., and Price T.R. The impact of post stroke depression on recovery in activities of daily living over a 2-year follow-up. Archives of Neurology 47 (1990) : 785-789.
- (51) Lugger, K.E. Dysphagia in elderly stroke patient. Journal of Neuroscience Nursing 26,2 (1994) : 78-84.
- (52) Dudas, S. Nursing diagnoses and interventions for the rehabilitation of stroke patient. Nursing Clinics of North America 21 (1986) : 345-357.
- (53) ฟารีดา อิบราฮิม. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์, 2539.
- (54) นฤมล ตะบูนพงศ์, ซ้อลดา พันธุ์เสนา, และนิตยา ตากวิริยะนันท์. ภูมิหลังและปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 14,4 (2537) : 1-13.
- (55) Boynton De Sepulveda, L.I., and Chang, B. Effective coping with stroke disability in a community setting: The development of a causal model. Journal of Neuroscience Nursing 26,4 (1994) : 193-203.
- (56) พรชัย จุลเมตต์. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.
- (57) Preidt, R. Music can help restore stroke patients' sight. PNAS (March 2009) London : Imperial College.
- (58) Sarkamo, T., et al. Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. Brain 131 (March 2008) : 866-876.
- (59) Sorrell, J.A., and Sorrell, J.M. Music as a healing art for older adults. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 46,3 (March 2008) : 21-4.
- (60) Longfield, V. The effects of music therapy on pain and mood in hospice patients. Master's thesis Saint Louis University, St Louis, MO, 1995.

- (61) Whittall, J. Song in palliative care: A spouse's last gift. Cited in: Bruscia K (editor). Case Studies in Music Therapy. Phoenixville, PA: Barcelona Publishers, 1991.
- (62) James, E. Arruda., Robert, A. Stern., and Jessica, A. Somerville. Measurement of Mood States in Stroke Patients: Valiation of the Visual Analog Mood Scales. Arch Phys Med Rehabil 80 (June 1999) : 676-680.
- (63) Tana Nilchaikovit, Manote Lortrakul, and Umaphorn Phisansuthideth. Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in patients. J Psychiatr Assoc Thailand 41,1 (1996) : 18-30.

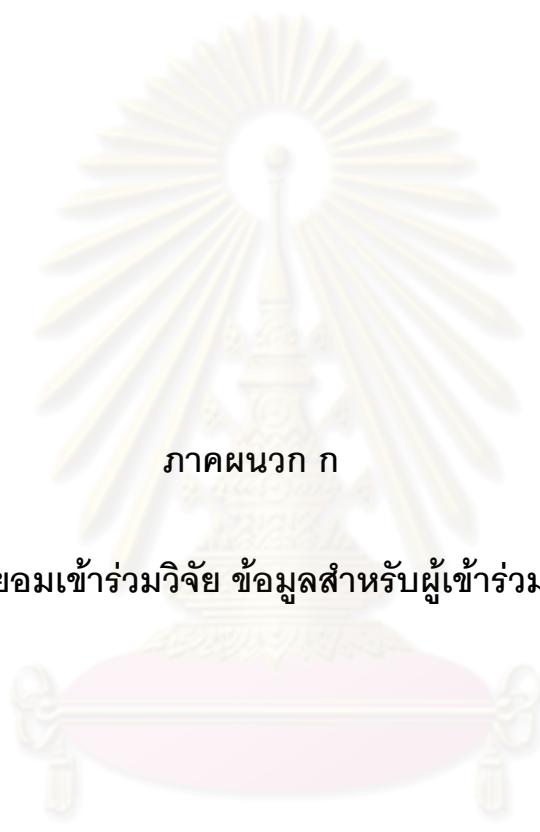


ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของการฟังเพลงต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือด
ในระยะเฉียบพลัน

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2552

ข้าพเจ้า นาย/นาง/ นางสาว.....ได้อ่าน

รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....

และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนามและวันที่
พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการ
วิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้ทำวิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย
วิธีการวิจัย ความเสี่ยงรวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่น
ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้ทำวิจัยได้
ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล
และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าพึงจะ
ได้รับต่อไป

ผู้ทำวิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อ
ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยหรือผู้ได้รับอำนาจมอบหมายให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของ
ผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น
โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติ
ทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ผู้ทำวิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ของผู้เข้าร่วมการวิจัยเพิ่มเติมหลังจากที่ข้าพเจ้าขอ
ยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบ
ทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและ
สามารถเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้ทำวิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่า ข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ

จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิทยาศาสตร์ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์เท่านั้น

ข้าพเจ้ายินดีลงนามในใบยินยอมนี้เพื่อเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอม ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้น จากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตาม นามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความ เต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของการฟังเพลงต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดใน
ระยะเฉียบพลัน

นิสิตผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวนภาดา สุขกฤต

ที่อยู่ 25/115 ซอยพิพัฒน์ สีลม บางรัก กรุงเทพฯ 10500

เบอร์โทรศัพท์ 0-2685-0619 และ 08-3198-8088

แพทย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย

ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1873 ถ. พระราม 4 ปทุมวัน 10300

เบอร์โทรศัพท์ 0-2256-4298

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดและผ่านเกณฑ์การคัดเลือกให้เป็นหนึ่งในผู้เข้าร่วมการวิจัย จากผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีอายุ 35 - 80 ปี ทั้งหมดจำนวน 40 คน

ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อ่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากนิสิตผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ที่ปรึกษาการวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการร่วมเข้าโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

งานวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลของการฟังเพลงที่มีต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน ผลการศึกษาที่ได้นี้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตปริญญาโทสาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยจะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้ทำวิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่านทำ จำนวน 2 ชุด ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบและประเมินด้วยตนเอง ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ใช้เวลาตอบประมาณ 20 นาที ส่วนตอนที่ 2 ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก และชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย

เพื่อประเมินภาวะอารมณ์ของท่าน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ใช้เวลาตอบประมาณ 10 นาที ในกรณีที่ท่านไม่สามารถขยับร่างกายได้ผู้ทำวิจัยจะเป็นผู้ถามให้ท่าน

2. ผู้ทำวิจัยจะตรวจสอบภาวะทางอารมณ์ วัดสัญญาณชีพของท่านทุกวันก่อน/หลังการทดลอง
3. ผู้ทำวิจัยจะเปิดเพลงให้ท่านฟังทุกวัน ๆ ละ 45 นาทีในช่วง 17.00-18.00 น. เป็นเวลา 4 วัน
4. ผู้ทำวิจัยจะนำแบบสอบถามชุดที่ 2 มาให้ท่านทำอีกครั้งหลังจากการทดลอง 4 วันเสร็จสิ้น

ท่านมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมครั้งนี้ รวมถึงสิทธิในการเลือกที่จะไม่ตอบแบบสอบถามในข้อที่ทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจ และบอกเลิกการเข้าร่วมงานวิจัยได้ทันที โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ที่ได้รับใด ๆ ทั้งสิ้น

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยทราบ

เพื่อให้ได้ผลของการวิจัยที่เที่ยงตรงตามความเป็นจริง ท่านไม่ควรดูโทรทัศน์ ใช้อุปกรณ์เครื่องเล่นเทป ซีดี MP3 และยินยอมที่จะไม่ฟังเพลงอื่น ๆ นอกเหนือจากที่ผู้วิจัยจัดให้ ระหว่างที่พักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วย

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับจากการวิจัยนี้คือ ท่านอาจมีความเครียดเล็กน้อยจากการที่ต้องตอบคำถามก่อนและหลังการฟังเพลงแทนการที่จะได้ฟังเพลงอย่างเพลิดเพลินเพียงอย่างเดียว

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมในการศึกษานี้ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใด ๆ เป็นพิเศษทั้งสิ้น แต่ผลของการวิจัยนี้อาจเป็นประโยชน์ในด้านการช่วยเหลือทางการแพทย์ต่อผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันต่อไปในอนาคต และท่านจะได้ฟังเพลงที่ให้ความเพลิดเพลินเป็นพิเศษในระหว่างที่รักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ซึ่งการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้อาจจะทำให้ท่านมีความสุขที่ดีขึ้นหรืออาจจะลดความรุนแรงของโรคได้ แต่ไม่ได้รับรองว่าสุขภาพของท่านจะต้องดีขึ้นหรือความรุนแรงของโรคจะลดลงอย่างแน่นอน

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่าน ทั้งในอดีตและปัจจุบันแก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบหากเกิดความผิดปกติขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- ขอให้ท่านงดการดูโทรทัศน์ ใช้อุปกรณ์เครื่องเล่นเทป ซีดี MP3 และยินยอมที่จะไม่ฟังเพลงอื่น ๆ นอกเหนือจากที่ผู้วิจัยจัดให้ ระหว่างที่พักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วย
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบทันที หากท่านได้รับยาอื่นนอกเหนือจากยาที่ท่านใช้อยู่ในการรักษา ตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัยเพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่านหรือในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำการวิจัย
- ท่านไม่สามารถอยู่ร่วมการวิจัยได้ครบตามโปรแกรม เช่น กลับบ้านก่อนกำหนด เป็นต้น
- ท่านมีอาการทางระบบประสาทหรืออาการทางจิตแย่มาก เช่น มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า เพิ่มขึ้นมากจนมีนัยสำคัญทางคลินิก

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวตน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่เกิดการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย รวมทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยง ความไม่สบายและประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้โดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านมีข้อสงสัยหรือคำถามใด ๆ เกี่ยวกับสิทธิ์ของท่านในเรื่องการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือผู้ทำวิจัยไม่ปฏิบัติตามที่เขียนไว้ในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 หรือที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-2256-4455 หรือ 0-2256-4493 ต่อ 13 หรือ 14 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



ภาคผนวก ข

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถาม แบบประเมินภาวะอารมณ์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัยหมายเลข 292/52

Pt. No:

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

วันที่เริ่มทำการทดลอง:

วันที่สิ้นสุดการทดลอง:

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย**1. ผู้ป่วย** เพศชาย เพศหญิง**2. อายุ** ปี**3. ระดับการศึกษา** ปริญญาตรีหรือสูงกว่า ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ประกาศนียบัตรวิชาชีพ มัธยมปลาย มัธยมต้น ประถม ไม่ได้เรียนหนังสือ**4. อาชีพ** ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัทเอกชน รับจ้าง แม่บ้าน เกษตรกร กสิกร อื่น ๆ (โปรดระบุ).....**5. สถานภาพการสมรส** โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง**6. ศาสนา** พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ (โปรดระบุ)

โครงการวิจัยหมายเลข 292/52

7. สมาชิกในบ้าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () พ่อแม่
- () สามเณร/ภรรยา
- () ญาติ
- () เพื่อน
- () อยู่คนเดียว
- () อื่นๆ (โปรดระบุ).....

8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บาท

และความเพียงพอของรายได้

- () เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและยังเหลือเก็บ
- () เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ
- () ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่มีหนี้สิน
- () ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและมีหนี้สิน

9. ประวัติการใช้สารเสพติดในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

	ปริมาณต่อวัน	ระยะเวลาที่ใช้/เลิก (ปี)
() ปฏิเสธการใช้สารเสพติด	.....แก้ว	.....
() ชา	.....แก้ว	.....
() กาแฟ	.....แก้ว	.....
() เหล้า	.....แก้ว	.....
() เบียร์	.....แก้ว	.....
() ไวน์	.....แก้ว	.....
() สารเสพติดอื่น ๆ	.....	.....
.....

10. โรคประจำตัวและการรักษา

- () เบาหวาน :ไม่เคยรักษามาก่อน รักษาแต่ไม่สม่ำเสมอ รักษาสม่ำเสมอ
- () ความดัน :ไม่เคยรักษามาก่อน รักษาแต่ไม่สม่ำเสมอ รักษาสม่ำเสมอ
- () โรคหัวใจ :ไม่เคยรักษามาก่อน รักษาแต่ไม่สม่ำเสมอ รักษาสม่ำเสมอ
- () อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

11. ประวัติการเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือด

- () ไม่เคยมีอาการมาก่อน
- () เคยมีอาการและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมาแล้ว
- () 1 ครั้ง
- () 2 ครั้ง
- () 3 ครั้ง
- () มากกว่า 3 ครั้ง
- () เคยมีอาการแต่ไม่ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

12. ความชอบในการฟังเพลง

- () ชอบ () ไม่ชอบ () เฉยๆ

13. ประเภทของเพลงที่ชอบ

- () เพลงไทยสมัยนิยม () เพลงไทยอมตะ () เพลงลูกทุ่ง () เพลงไทยเดิม
- () เพลงสากล () เพลงจีน () อุปรากรจีน
- () อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

14. กิจกรรมคลายเครียด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ชมโทรทัศน์ () ชมภาพยนตร์ () ฟังเพลง () อ่านหนังสือ
- () ปลูกต้นไม้ () ถักไหมพรม () ท่องเที่ยว () ทำสวน
- () ทำครัว/ทำขนม
- () อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

15. สถิติในการรักษา

- () เบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงาน
- () บัตรทองประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- () สิทธิสังคมสงเคราะห์
- () จ่ายเอง
- () อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

โครงการวิจัยหมายเลข 292/52

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

เริ่มต้นการทดลอง: วันหลังจากมีอาการหลอดเลือดตีบตัน

เริ่มต้นการทดลองวันที่: ของการอยู่โรงพยาบาล

NIH Stroke Scale: วันแรก..... วันสุดท้าย.....

คะแนน Thai HADS;

วันแรกที่ทำกรทดลอง: ความวิตกกังวล..... ความซึมเศร้า.....

วันสุดท้ายของการทดลอง: ความวิตกกังวล..... ความซึมเศร้า.....

ตารางรายงานผล

วันที่ ทดลอง	ความดันโลหิต		ชีพจร		ผล Visual Analog			
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ภาวะวิตกกังวล		ภาวะซึมเศร้า	
					ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1								
2								
3								
4								

หมายเหตุ:

.....

แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS)

อารมณ์ความรู้สึกเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการเจ็บป่วย ถ้าผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยเข้าใจสภาพ
อารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ของท่าน ก็จะสามารถให้การช่วยเหลือ และดูแลท่านได้ดียิ่งขึ้น

แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่าน เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของท่าน
ในขณะที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมายถูก ในช่องคำตอบที่
ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่าน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด และกรุณาตอบทุกข้อ

คำถาม	คะแนน*
1. ฉันรู้สึกตึงเครียด	
() เป็นส่วนใหญ่	3
() บ่อยครั้ง	2
() เป็นบางครั้ง	1
() ไม่เป็นเลย	0
2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันเคยชอบได้	
() เหมือนเดิม	0
() ไม่มากเท่าแต่ก่อน	1
() มีเพียงเล็กน้อย	2
() เกือบไม่มีเลย	3
3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น	
() มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย	3
() มี แต่ไม่มากนัก	2
() มีเพียงเล็กน้อย และไม่ทำให้กังวลใจ	1
() ไม่มีเลย	0

คำถาม	คะแนน*
4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆได้	
() เหมือนเดิม	0
() ไม่มากนัก	1
() มีน้อย	2
() ไม่มีเลย	3
5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล	
() เป็นส่วนใหญ่	3
() บ่อยครั้ง	2
() เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย	1
() นานๆครั้ง	0
6. ฉันรู้สึกแหม่ใส่เบิกบาน	
() ไม่มีเลย	3
() ไม่บ่อยนัก	2
() เป็นบางครั้ง	1
() เป็นส่วนใหญ่	0
7. ฉันสามารถทำตัวตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย	
() ได้ดีมาก	0
() ได้โดยทั่วไป	1
() ไม่บ่อยนัก	2
() ไม่ได้เลย	3

คำถาม	คะแนน*
8. ฉันรู้สึกว่าคุณคิดอะไร ทำอะไร เพื่อจะช้าลงกว่าเดิม	
() เกือบตลอดเวลา	3
() บ่อยมาก	2
() เป็นบางครั้ง	1
() ไม่เป็นเลย	0
9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนในท้อง	
() ไม่เป็นเลย	0
() เป็นบางครั้ง	1
() ค่อนข้างบ่อย	2
() บ่อยมาก	3
10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจตนเอง	
() ใช่	3
() ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร	2
() ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน	1
() ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม	0
11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้	
() เป็นมากทีเดียว	3
() ค่อนข้างมาก	2
() ไม่มากนัก	1
() ไม่เป็นเลย	0

คำถาม	คะแนน*
12. ฉันมองสิ่งต่างๆ ในอนาคต ด้วยความเบิกบานใจ	
() มากเท่าที่เคยเป็น	0
() ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น	1
() น้อยกว่าที่เคยเป็น	2
() เกือบจะไม่มีเลย	3
13. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน	
() บ่อยมาก	3
() ค่อนข้างบ่อย	2
() ไม่บ่อยนัก	1
() ไม่มีเลย	0
14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เคยเพลิดเพลินได้	
() เป็นส่วนใหญ่	0
() เป็นบางครั้ง	1
() ไม่บ่อยนัก	2
() น้อยมาก	3

การคิดคะแนน

อาการวิตกกังวล คิดคะแนนข้อที่ทั้งหมด (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) รวมกัน

อาการซึมเศร้า คิดคะแนนข้อคู่ทั้งหมด (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) รวมกัน

ผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมของกลุ่มอาการใดเกินกว่า 11 แสดงว่าอาจมีความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มอาการนั้น

หมายเหตุ หากประสงค์จะนำ Thai HADS ไปใช้เพื่อการศึกษาวิจัย โปรดติดต่อที่:

ผศ. นพ. ธนา นิลชัยโกวิทย์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารินทร์

ถนนพระรามหก กรุงเทพฯ 10400

ตารางแสดงค่าต่างๆของ Thai HADS เมื่อใช้จุดตัดคะแนนที่ ≥ 11

	Anxiety	Depression
Sensitivity	100 %	85.71%
Specificity	86 %	91.3%
False positive rate	4 %	8.7%
False negative rate	-	16.29%
Misclassification rate	11.67%	6.67%
Positive predictive value	0.59	0.75
Negative predictive value	1	0.96

*หมายเหตุ: ผู้ป่วยไม่ทราบคะแนนเวลาที่ตอบแบบสอบถาม

Pt. No.

D.

ฉันไม่รู้สี่กั๊กกังวล



ฉันไม่รู้สี่กั๊กกังวล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Pt. No.


D.

ฉันไม่รู้สักชิ้นเศร้า



ฉันไม่รู้สักชิ้นเศร้า

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

โปรแกรมการฟังเพลง ซีดีเพลง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการฟังเพลง

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองทุกคนจะได้รับการฟังเพลง ใช้เวลาทั้งหมด 4 วัน ติดต่อกัน วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลาวันละ 45 นาที โดยมีโปรแกรมดังนี้

โปรแกรมการฟังเพลงวันที่ 1

1. พักตรงนี้
2. มะลิเจ้าเอ๋ย
3. กลิ่นแก้ว
4. อุ่นใจ
5. พรหมลิขิต
6. สบาย สบาย
7. พรานไพร
8. คนจะรักกัน
9. ดั่งดอกไม้บาน
10. น่ารัก
11. หนึ่งในร้อย
12. ผีนผวนหวาน
13. ดอกไม้คุณธรรม

วัตถุประสงค์

เพื่อความเข้าใจในการทำกิจกรรม และเริ่มทำความคุ้นเคยกับผู้วิจัย เพลงที่เลือกมามีจุดประสงค์เพื่อการผ่อนคลาย ให้กำลังใจ ให้นึกถึงภาพบรรยากาศดี ๆ เพราะผู้ป่วยเมื่อมีภาวะสมองขาดเลือดในช่วงแรก (ระยะเฉียบพลัน) มักมีความวิตกกังวลและซึมเศร้าสูง

วิธีการ

1. บอกถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม เวลา ขอบเขต ข้อตกลง
2. ประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยด้วย Thai HADS และ
3. ประเมินภาวะอารมณ์วิตกกังวลและซึมเศร้าโดยใช้ mVAMS และวัดสัญญาณชีพของผู้ป่วย
4. ดำเนินการเปิดเพลงที่เตรียมไว้ เป็นเวลา 45 นาที
5. วัดสัญญาณชีพและประเมินภาวะอารมณ์วิตกกังวลและซึมเศร้าโดยใช้ mVAMS อีกครั้ง
6. ขอบขอบคุณผู้ป่วย และ ทำการนัดหมายสำหรับวันถัดไป

โปรแกรมการฟังเพลงวันที่ 2

- 1.ดอกไม้คุณธรรม
- 2.บัวขาว
- 3.มนตร์รักลูกทุ่ง
- 4.ทรายกับทะเล
- 5.กลิ่นโคลนสาบควาย
- 6.ท่าฉลอม
- 7.หากรู้สักนิด
- 8.เงาไม้
- 9.ความสุขเล็กๆ ในใจฉัน
- 10.ดาวกระต๊าก
- 11.ทุกวินาที
- 12.ทะเลไม่เคยหลับ

วัตถุประสงค์

วันนี้มีเพลงลูกทุ่งเพิ่มมา จากการทดลองModuleมีผู้ป่วยชอบเพลงลูกทุ่ง และพบStroke in the young จึงอยากให้ผู้ป่วยได้ฟังเพลงประเภทที่อยากฟัง เช่น เพลงลูกทุ่ง และเพลงใหม่ ๆ บ้าง เพลงที่เลือกมาเปิดมีเนื้อหาให้กำลังใจ บางเพลงชวนให้นึกถึงความสุขหรือคิดถึงความหลังตอนที่ผู้ป่วยยังเยาว์วัยมีความสุข เพื่อความรื่นรมย์และกำลังใจที่ดีของผู้ป่วย

วิธีการ

1. ทักทายผู้ป่วยด้วยความสดชื่น
2. ประเมินภาวะอารมณ์วิตกกังวลและซึมเศร้าโดยใช้ mVAMS
3. วัดสัญญาณชีพของผู้ป่วย
4. เปิดเพลงให้ฟังเป็นเวลา 45 นาที
5. วัดสัญญาณชีพและประเมินภาวะอารมณ์วิตกกังวลและซึมเศร้าโดยใช้ mVAMS อีกครั้ง
6. ขอบขอบคุณผู้ป่วยและ ทำการนัดหมายสำหรับวันถัดไป

โปรแกรมการฟังเพลงวันที่ 3

- 1.ทะเลไม่เคยหลับ
- 2.ฝากฟ้าทะเลฝัน
- 3.เธอเห็นท้องฟ้านั้นไหม
- 4.ดอกไม้ให้คุณ
- 5.ข้างขึ้นเดือนหงาย
- 6.บ้านของเรา
- 7.บ้านบนดอย
- 8.มนต์เมืองเหนือ
- 9.อุทยานดอกไม้
- 10.ฉันยังคงอยู่
- 11.สาวอัมพวา
- 12.กำลังใจ
- 13.เงาไม้
- 14.สวัสดีปีใหม่

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย มีความสุข และมีกำลังใจ เนื้อหาในบทเพลงทำให้ผู้ป่วยจินตนาการได้ถึงภาพสวยงามต่าง ๆ ที่หลากหลาย ถึงแม้ว่าจะนอนอยู่ที่โรงพยาบาล แต่เหมือนได้ออกไปเปลี่ยนบรรยากาศในที่ต่าง ๆ เช่น ชายทะเล สวนดอกไม้ ได้ร่วมเงาไม้ เป็นต้น

วิธีการ

1. ทักทายผู้ป่วยด้วยความสดชื่น
2. ประเมินภาวะอารมณ์วิตกกังวลและซึมเศร้าโดยใช้ mVAMS
3. วัดสัญญาณชีพของผู้ป่วย
4. เปิดเพลงให้ฟังเป็นเวลา 45 นาที
5. วัดสัญญาณชีพและประเมินภาวะอารมณ์วิตกกังวลและซึมเศร้าโดยใช้ mVAMS อีกครั้ง
6. ขอบขอบคุณผู้ป่วยและ ทำการนัดหมายสำหรับวันถัดไป

โปรแกรมการฟังเพลงวันที่ 4

- 1.สวัสดีปีใหม่
- 2.ฤดูที่แตกต่าง
- 3.อิมมูน
- 4.ยามรัก
- 5.ลุ่มเจ้าพระยา
- 6.ถิ่นไทยงาม
- 7.แม่ศรีเรือน
- 8.รักคุณเข้าแล้ว
- 9.รางวัลแด่คนช่างฝัน
- 10.มหัศจรรย์แห่งรัก
- 11.เธอผู้ไม่แพ้
- 12.มาร์ชนักเรียนพยาบาล
- 13.Happy Birthday ภาคภาษาไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยนึกถึงความงดงาม กำลังใจ เริ่มต้นชีวิตใหม่ที่มีความสุขได้แม้ร่างกายจะยังไม่ปกติ นึกถึงความเข้มแข็งและกำลังใจที่จะต่อสู้ และในเพลงสุดท้าย Happy Birthday ภาคภาษาไทย เป็นการอวยพรให้ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนเกิดใหม่อีกครั้ง

วิธีการ

1. ทักทายผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยนเสมือนเป็นญาติมิตรผู้คุ้นเคยและหวังดี
2. ประเมินภาวะอารมณ์วิตกกังวลและซึมเศร้าโดยใช้ mVAMS
3. วัดสัญญาณชีพของผู้ป่วย
4. แจ้งให้ทราบว่าเป็นการวิจัยวันสุดท้ายขอให้ทุกท่านเพลิดเพลินไปกับเสียงเพลงที่จัดให้
5. เปิดเพลงให้ฟัง 45 นาที
6. วัดสัญญาณชีพและประเมินภาวะอารมณ์วิตกกังวลและซึมเศร้าโดยใช้ mVAMS อีกครั้ง
7. ประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าอีกครั้งโดยใช้ Thai HADS
8. ขอบขอบคุณผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัยทุกท่าน มอบของที่ระลึก



ภาคผนวก ง

เอกสารแสดงขั้นตอนการทำงานสำหรับผู้วิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Checklist for patient's evaluation (Pre-Study):

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria):

- 1. ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันที่มาเข้ารับการรักษาที่ Stroke Unit Ward ช ก. 3 ห้อง 305 และ 306 อายุระหว่าง 35-80 ปี
- 2. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- 3. สามารถเข้าใจและตอบแบบสอบถามได้
- 4. มีการได้ยินปรกติสามารถฟังเพลงได้
- 5. สามารถเข้าใจภาษาไทยได้
- 6. สามารถอยู่ร่วมการวิจัยเป็นระยะเวลา 4 วัน
- 7. ไม่ใช้อุปกรณ์เครื่องเล่นเทป ซีดี MP3 และยินยอมที่จะไม่ฟังเพลงอื่น ๆ นอกจากที่ผู้วิจัยจัดให้ระหว่างที่พักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วย โดยเฉพาะก่อนและระหว่างวันที่ทำการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria):

- 1. เป็นผู้ป่วยอัมพาตที่มาเข้ารับการรักษาด้วยอาการอัมพาตชั่วคราว (Transient Ischemic Attack หรือ TIA)
- 2. ถูกวินิจฉัยว่าติดเชื้อจากการแพทย์ที่ทำการรักษา
- 3. มีประวัติเจ็บป่วยหรือได้รับการรักษาทางจิตเวช โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรคจิต

ผลการประเมิน

- 1. ผู้ป่วยผ่านเกณฑ์การคัดเข้า
- 2. ผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า

(ถ้าผลการ Check ของผู้ป่วยคือข้อ 1. ให้ดำเนินขั้นตอนต่อไป หากผลเป็นข้อ 2. ให้เริ่มต้นใหม่ในผู้ป่วยรายอื่นต่อไป)

ขั้นตอนต่อไปก่อนการทดลองสำหรับผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์

- ขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้
- ขอความยินยอมจากผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารขอความยินยอม

กลุ่มทดลอง Pt. No.

- ขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้แล้ว
- ผู้ป่วยลงนามยินยอมแล้ว

Checklist สิ่งที่ต้องทำขณะทดลอง

1. สัมภาษณ์ผู้ป่วยและเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน
สำหรับกรอกแบบสอบถามข้อมูล
2. จับสลากแบ่งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. ประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มด้วย Thai HADS
ในวันแรกก่อนทำการทดลอง เพื่อใช้เป็น Baseline
4. ประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยด้วย Visual
Analog ทุกวันก่อนทำการทดลอง
5. วัดสัญญาณชีพ (ความดัน/ชีพจร) ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลอง
6. ให้โปรแกรมการฟังเพลงแก่ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 4 วัน ๆ ละ 45 นาที
ช่วงเวลา 17.00-18.00 น. และกลุ่มควบคุมได้รับ Standard Care
7. วัดสัญญาณชีพ (ความดัน/ชีพจร) ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มหลังการทดลอง
8. ประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอีกครั้งหลัง
การทดลองด้วย Visual Analog (วัด Immediate effect)
9. วันสุดท้ายของโปรแกรมการฟังเพลง (วันที่ 4) ประเมินด้วย Thai HADS อีกครั้งหลัง
การทดลอง (วัด Long-term Effect)

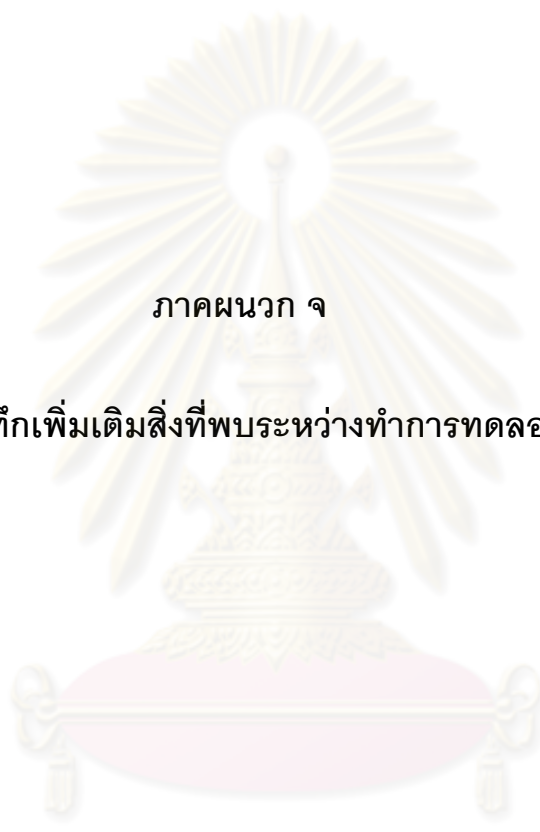
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กลุ่มควบคุม Pt. No.

- ขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้แล้ว
- ผู้ป่วยลงนามยินยอมแล้ว

Checklist สิ่งที่ต้องทำขณะทดลอง

1. สัมภาษณ์ผู้ป่วยและเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน
สำหรับกรอกแบบสอบถามข้อมูล
2. จับสลากแบ่งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. ประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มด้วย Thai HADS
ในวันแรกก่อนทำการทดลอง เพื่อใช้เป็น Baseline
4. ประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยด้วย Visual
Analog ทุกวันก่อนทำการทดลอง
5. วัดสัญญาณชีพ (ความดัน/ชีพจร) ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลอง
6. ให้โปรแกรมการฟังเพลงแก่ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 4 วัน ๆ ละ 45 นาที
ช่วงเวลา 17.00-18.00 น. และกลุ่มควบคุมได้รับ Standard Care
7. วัดสัญญาณชีพ (ความดัน/ชีพจร) ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มหลังการทดลอง
8. ประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอีกครั้งหลัง
การทดลองด้วย Visual Analog (วัด Immediate effect)
9. วันสุดท้ายของโปรแกรมการฟังเพลง (วันที่ 4) ประเมินด้วย Thai HADS อีกครั้งหลัง
การทดลอง (วัด Long-term Effect)



ภาคผนวก จ

บันทึกเพิ่มเติมสิ่งที่พบระหว่างทำการทดลอง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บันทึกเพิ่มเติมสิ่งที่พบระหว่างทำการทดลอง

กลุ่มทดลอง

ผู้ป่วยคนที่ 1 เพศหญิง อายุ 63 ปี: วันที่ 3 ของการทดลอง ความดันและชีพจรสูงเพราะเดินไปเข้าห้องน้ำระหว่างการทดลอง (ควรให้ผู้ป่วยเข้าห้องน้ำทำธุระก่อนทำการทดลองเพราะมีผลต่อค่าที่ได้เป็นตัวทวน) และอีกอย่าง ญาติมาเยี่ยมเยียนระหว่างทำการทดลอง มาคุยกับผู้ป่วย เติงอยู่ใกล้วิทยุเลยไม่เป็นอันฟังเพลง วันที่ 4 ตามไปเปิดเพลงให้ผู้ป่วยฟังที่บ้าน เพราะเค้า discharge ไปก่อน ผู้ป่วยบอกฟังเพลงแล้วสบายดี ผู้ป่วยท่านนี้กำลังใจดีช่วยเหลือตนเองตลอดเพราะอยากรีบหาย ขณะที่ไปพบที่บ้านก็อุ้มหลานอยู่

ผู้ป่วยคนที่ 2 เพศหญิง อายุ 60 ปี: ผู้ป่วย นอนไม่หลับความดันขึ้น เพิ่งเปลี่ยนยา อารมณ์อ่อนไหว อากาไม่คอยดี มีปัญหาเรื่องหัวใจ ไม่ค่อยช่วยเหลือตัวเอง นอนเฉย ๆ ไม่เดินไปไหน แต่ถึงแม้ความกังวลซึมเศร้าไม่เปลี่ยนแปลง แต่ผู้ป่วยก็บอกว่าหลังฟังเพลงแล้วอารมณ์ดีขึ้น (ขึ้นอยู่กับความชอบของผู้ป่วยด้วยว่าชอบฟังเพลงใหม่ ถ้าชอบและอาการป่วยไม่หนักจนเกินไปดนตรีจะดังหน่อยก็ไม่มีปัญหา แต่รายนี้หมอมเพิ่มยาคลายลึ้มเลือด อาจทำให้คนไข้ไม่อยากตอบ ไม่อยากฟังเพลงเสียงดังแม้จะดังขึ้นเพียงเล็กน้อยก็ตาม)

ผู้ป่วยคนที่ 3 เพศหญิง อายุ 68 ปี: ผู้ป่วยชอบฟังเพลง ฟังแล้วสบายใจขึ้นมาก ผ่อนคลายขึ้น ถึงแม้ค่าคะแนนไม่เปลี่ยนแต่เขาใช้คำว่า มีความสุขขึ้นมาก สบายใจขึ้นมาก Thai HADS ข้อ 9 ปั่นป่วนในท้องเพราะ อาหารไม่ย่อย คิดมาก ท้องไม่ปกติ ข้อ 12 อาการหลังฟังเพลงมองสิ่งต่าง ๆ ในอนาคตด้วยความเบิกบานใจน้อยลงเพราะได้รับข่าวสารเกี่ยวกับอาการป่วยของตัวเองมากขึ้นเลยกังวล เพราะตอนสัมภาษณ์แรก ๆ ไม่มีเรื่องอะไร

ผู้ป่วยคนที่ 4 เพศหญิง อายุ 57 ปี: (ควรแนะนำผู้ป่วยว่าถ้าไม่รู้จักเพลงที่เปิดให้ฟังเพลงไหนให้ฟังที่เนื้อหาของเพลง ความดังของเพลงควรขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับเสียงของผู้ป่วยและพยาธิสภาพที่ทำให้ไม่อาจฟังเพลงเสียงดังได้) ผู้ป่วยบอกว่าฟังเพลงแล้วเพลินดี วันที่ 3 ความดันและชีพจรสูง ไม่ทราบว่าเป็นเพราะฟังเพลงตลอด 45 นาทีในท่านั่ง วันที่ 4 ก่อนวัดสัญญาณชีพหลังฟังเพลง ผู้วิจัยชวนคุย และบอกว่าเป็นคนร้องเพลงนี้ ๆ เค้าตื่นเต้น ทำให้ความดันและชีพจรสูงขึ้น

ขณะฟังเพลง เติงข้าง ๆ ป่วยหนัก สายระโยงระยางค์ มีเสียงเครื่องดังมากเป็นระยะ ๆ ผู้ป่วยเป็นห่วงสนใจเขามาก ไม่แน่ใจว่าเป็นอีกหนึ่งตัวแปรที่ทำให้ความดันขึ้นใหม่

แต่สรุปว่าผู้ป่วยมีกำลังใจขึ้นหลังฟังเพลง สบายใจขึ้น ระหว่างฟังเพลงทำให้ไม่ต้องคิดถึงอาการป่วยของตนทำให้ไม่เครียดไม่กังวลอะไรไปได้ระยะหนึ่ง บอกว่าเพลงทำให้เพลินเพลินเวลาต้องอยู่โรงพยาบาล ทำให้ทำใจได้ มีความสุขดีขึ้น

ผู้ป่วยคนที่ 5 เพศชาย อายุ 61 ปี: วันที่ 2 ความดันขึ้นเกี่ยวกับเสียงเพลงดังไปไหม เพราะเขาอยู่ใกล้วิทยุมากกว่าอีกเตียงถ้าเสียงเบาไปอีกเตียงก็ไม่ได้ยิน (ควรติดลำโพงตรงกลางหรือทุกมุมให้ได้ยินเพลงเบา ๆ เท่ากันทุกเตียง) วันที่ 2-3 ผู้ป่วยลุกไปเข้าห้องน้ำระหว่างฟังเพลง ความดัน/ชีพจรสูงขึ้น วันที่ 4 ผู้ป่วยจะกลับบ้าน เดี่ยวเดินไปห้องน้ำ คุณผลเอ็กซ์เรย์ มีคนมาคุย พยาบาลเอายามาแนะนำ (การที่ผู้ป่วยอารมณ์ดีขึ้นส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะผู้วิจัยเอาใจใส่ดูแล มีมิตรจิตมิตรใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ได้เจอผู้วิจัยเหมือนมีเพื่อน มีหมอม มีญาติมาเยี่ยม ไม่ใช่เพียงนิสิตปริญญาโทมาทำวิจัยขอข้อมูลเพียงอย่างเดียว/ เตียงข้าง ๆ อายุ 83 เกินเกณฑ์แต่ชอบฟังเพลงเช่นกัน ช่วงทำการทดลองเขาก็เพลิดเพลิน นอนหลับได้ดี ดีเสียอีกหลับไปแล้วไม่ต้องมีใครมาปลุกให้ตื่นมาตอบคำถามเหมือนผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้ป่วยคนที่ 6 เพศชาย อายุ 58 ปี: (เพิ่งมีคำถามว่าควรให้ผู้ป่วยฟังเพลงในท่านอนเท่านั้นหรือไม่ หรือว่าควรให้เป็นอิริยาบถตามสบาย อ่านหนังสือพิมพ์ไปด้วยได้) ผู้ป่วยไม่ชอบฟังเพลงแต่ขณะฟังเพลงก็หลับสบาย แต่วันนี้อยู่ใกล้ลำโพงเกินไป พุ่งนี้จะลองเปลี่ยนเป็นเครื่องเล่นซีดีแบบพกพาแทน วันที่ 2 ความดันขึ้นเพราะเดินไปเข้าห้องน้ำระหว่างฟังเพลง (ควรให้ผู้ป่วยเข้าห้องน้ำให้เรียบร้อยก่อนการทดลอง) วันที่ 3 ดูค่อนข้าง Guarding, denial เศร้า หน้าตาซีม น้ำตาไหล แต่บอกว่าไม่เศร้ามาก ร้อน ๆ หนาว ๆ รู้สึกเป็นไข้แต่หมอบอกว่าไม่เป็นอะไร อาจเป็นเพราะปกติ ไม่ได้นอนห้องแอร์ อยู่ที่นี่เลยร้อน ๆ หนาว ๆ ผู้วิจัยมาพบทุกครั้งไม่เคยเจอญาติผู้ป่วยเลย

ผู้ป่วยฟังเพลงแล้วหลับสบายดี กรนครอก ๆ แม้ในเวลากลางวัน(กลางคืนนอนไม่ค่อยหลับ) เตียงข้าง ๆ ที่ไม่ได้เข้าร่วมวิจัยก็มีอาการเดียวกันทั้งห้อง (น่าสังเกตว่าหลายครั้งที่เป็นอย่างนี้คือผู้ป่วยหลับและหลับทั้งห้อง น่าจะมีการวิจัยต่อว่ามีผลจริง ๆ ต่อการหลับไหม เพลงทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายได้พักผ่อนจริง ๆ ไหม) (ผู้ป่วยคนนี้มี Guarding มาตั้งแต่แรก คะแนน Thai HADS อาจไม่ค่อยตรงก็ได้คะแนนแย่ง คะแนน mVAMS เป็นศูนย์ก็จริงแต่คนไข้ก็ยอมรับว่าอารมณ์ดีขึ้น)

ผู้ป่วยคนที่ 7 เพศชาย อายุ 60 ปี: อารมณ์ดี มีพลังใจสู้ ชอบฟังเพลง ให้ความร่วมมือสนับสนุนผู้วิจัยมาก แต่แปลกความดันขึ้นหลังฟังเพลงตลอดทั้ง ๆ ที่นอนฟัง นอนวัดสัญญาณชีพ ผู้ป่วยซีใจ บางครั้งผู้วิจัยว่าเพลงดังไปแต่ผู้ป่วยก็บอกว่าไม่ดังไปไม่เป็นไร อาจทำให้ข้างในร่างกายนอนไม่ผ่อนคลาย เวลาเกิดปัญหาแล้วผู้ป่วยจะปลงง่าย (เลยเครียดสะสมข้างในหรือไม่) แบบวัด แคไม่กังวลไม่ซีมเศร้าไม่มีการวัดคะแนนที่เป็นด้านบวกถึงจะมีคะแนนเป็นศูนย์แต่หลังฟังเพลงผู้ป่วยรู้สึกดีกว่าแค่ความรู้สึกที่ว่าไม่ซีมเศร้าไม่กังวลตลอด ในการวิจัยครั้งต่อไปน่าจะมีการวัดผลด้านบวกด้วย)

ผู้ป่วยคนที่ 8 เพศชาย อายุ 56 ปี: ความดันสูงมาก วันที่สองนั่งฟังนาน ๆ ก็ความดันขึ้นหรือเวลาคุยเรื่องตื่นเต้นหรือลุกขึ้นนั่งความดันก็สูงขึ้น วัดห่างกัน 10 นาทีความดันเปลี่ยนจาก 190/100 เป็น

210/130 วันที่ 4 ไม่เป็นอันฟังเพลงเลย ชาวผู้วิจัยคุยตลอด เตียงข้าง ๆ เพิ่งมาใหม่ญาติเยอะ มีเด็กเล็กมาด้วย ผู้ป่วยตื่นตื่นอยากคุยกับเค้า พยายามคุยกัน ใจก็คิดแต่จะกลับบ้าน ตื่นตื่นยืนยันว่าเดี๋ยวกลับไปฟังที่บ้านก็ได้ (ผู้ป่วยอาจไม่ค่อยเข้าใจในการวิจัยเท่าไร เพราะผู้วิจัยอาจอธิบายไม่เคลียร์? ไม่เชื่อมั่นว่าการฟังเพลงจะมีผลอะไร หรือแค่ตื่นตื่นอยากกลับบ้านเฉย ๆ)

ผู้ป่วยท่านนี้ตอนแรกปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย บอกว่าฟังเพลง? ฟังธรรมะดีกว่า แต่ตอนหลังบอกอยากฟังเพลงเลยเข้าร่วมการวิจัย เข้าโรงพยาบาลมาเพราะเป็น Acute stroke ที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติธรรมอยู่ที่สถานปฏิบัติธรรม

(แนะนำ: Surrounding สำหรับการวิจัย ควรเป็นที่เงียบไม่มีสิ่งรบกวนสมาธิของผู้ฟังเพลง)

Thai HADS ข้อ 5 ฉันมีความคิดวิตกกังวลคะแนนเพิ่มขึ้นมากเพราะ ผู้ป่วยอยากกลับบ้านวันนี้เป็นวันสุดท้าย บอกว่าญาติจะมาต้อนรับเย็น ครอบครัวเขามีปัญหา อาจกังวลอะไรบางอย่าง ที่ผ่านมา 4 วันก็ไม่เห็นมีญาติมาเยี่ยม

ผู้ป่วยคนที่ 9 เพศหญิง อายุ 73 ปี: ผู้ป่วยต้องไปตรวจ MRI ระหว่างฟังเพลง เลยต้องเริ่มใหม่หมด และพอลกลับมาผู้ป่วยยังตกใจกับเครื่องMRIอยู่ที่ต้องเข้าไปอยู่ในนั้นนานมา ๆ ทำให้นึกถึงตอนที่ตัวเองติดอยู่ในลิฟท์ กลัวมาก พูดถึงไม่หยุดแบบบังคับตัวเองไม่ได้ ฟังเพลงไปประมาณ 2-3 เพลงยังตกใจกลัว ใจสั่นอยู่ เจ็บได้สัปดาห์ ฟังเพลงอยู่ก็ลุกขึ้นทานยาเย็น แล้วพูดเรื่องนั้นเรื่องนี้ไม่หยุด ประมาณ 3 เพลงไม่เป็นอันฟัง ผู้วิจัยได้แต่เปิดเพลงคลอ

หมายเหตุ: ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ (Pulse Irregular)

ข้อสังเกต: การที่มีเตียงข้าง ๆ ฟอกไตอยู่ น่าจะทำให้ผู้ป่วยกังวล ครอบครัว สามี ลูกชอบเปิดเพลงดังมากที่บ้านผู้ป่วยมักจะรำคาญและเกรงใจเพื่อนบ้านอาจจะทำให้ผู้ป่วยมีอคติกับการฟังเพลงแต่เปิดเพลงเบา ๆ ผู้ป่วยก็ชอบ บอกว่าดีกว่าไม่มีเพลงฟัง เพลิน ๆ ดีกว่านอนโรงพยาบาลเฉย ๆ ดีกว่าเดิมอยู่บ้านคิดมาก ต้องบ่นนั่นบ่นนี่ (บางครั้งผู้ป่วยก็ไม่รู้ตัวเช่น ข้อ 3 HADS ผู้ป่วยบอกว่าไม่กังวลแต่ฟังจากสิ่งที่สนทนาแล้วจับความได้ว่าผู้ป่วยกังวลอยู่บ้างแต่อาจไม่รู้ตัวและไม่อยากกังวล) วันที่ 2 ฟังเพลงแล้วผ่อนคลายขึ้นลิ้มความทุกขในการทำ MRI วันที่ 3 ผู้ป่วยไม่คิดอะไรขอให้หายอย่างเดียว ฟังเพลงก็เคลิ้ม ๆ สบาย ๆ ดี เมื่อคืนหลับได้ดี (วันนี้ก่อนฟังเพลงบอกผู้ป่วยว่าบางเพลงไม่รู้จักก็ช่างขอให้ฟังที่เนื้อหาไปและปล่อยตัวตามสบาย จริง ๆ ควรจะบอกกับผู้ป่วยทุกคนอย่างนี้ตั้งแต่แรก) วันที่ 4 mVAMS คะแนนเป็นศูนย์ แต่อารมณ์ดีขึ้น ลืมไปเลยที่จะเครียดหรือกังวลและเมื่อคืนนอนหลับสบาย ปกติหลับยาก ยิ่งแปลกที่ยังไม่หลับ นอนโรงพยาบาลมาแล้ว 7 วันก็ไม่หลับ แต่ตั้งแต่เข้าร่วมการวิจัยฟังเพลงมาตั้งแต่วันแรกหลับสบายมา 3 คืนแล้ว จะว่าผู้ป่วยเริ่มชินก็อาจเป็นไปได้ แต่ก็เพิ่งมาหลับได้หลังจากฟังเพลงวันแรกก็น่าสนใจ (คุณป้าไม่หลับทั้งกลางวันและกลางคืน) มาถาม

หลังการวิจัยจบไปแล้วผู้ป่วยบอกว่าฟังเพลงทั้ง 4 วันหลับสบายทั้ง 4 วันเลย ข้อสังเกต: คุณป้ามีความ Anxiety อยู่ และตั้งแต่สมัยสาว ๆ เป็นคนใจร้อน กระจี้หรือวัน Paranoid บ้าง วันที่ผู้วิจัยไปเปิดเพลงให้ฟังวันแรก ๆ ไปไหน ทำอะไร ผู้ป่วยจะมองตามตลอด แต่วันที่ 3 ผู้ป่วยเริ่มจะฟังเพลงแล้วเหม่อ ๆ ปล่อยใจตามสบาย นอนตามสบาย เลิกมองตาม (ช่วง 2 วันแรกคุยเยอะระหว่างฟังเพลง) วันที่ 4 อารมณ์ดีขึ้นฟังเพลงตามความหมายบ้างไม่ได้ยินบ้างแต่ก็ปล่อยใจให้เพลิน ๆ

ผู้ป่วยคนที่ 10 เพศหญิง อายุ 64 ปี: ผู้ป่วยสรุปว่าช่วงอยู่ที่รพ. มีเพลงฟังกับไม่มีไม่เหมือนกัน (อยู่รพ.มา 8 วันแล้ว) มีเพลงฟังสนุกกว่า เพลิดเพลินกว่า ทำให้ไม่เบื่ออยู่รพ.เฉย ๆ เบื่อ ผู้ป่วยปวดหลังปวดกระดูกไหล่หลัง ไม่ถ่าย กลางคืนก็จะจุก ๆ หน้าอก (ต้องหาสาเหตุเพิ่ม) ฟังเพลงจนวันที่ 4 ยังปวดเหมือนเดิม เป็นพยาธิสภาพทางกาย เรื่องอาการนี้วันที่ 2 ผู้ป่วยปวดร่างกาย ร้อนในกระดูกเพลงก็ช่วยไม่ได้ หลับไปไม่รู้เรื่องตอนฟังเพลง แต่พอตื่นขึ้นมาความกังวลต่อร่างกายก็ยังคงอยู่เพราะอาการยังอยู่ มีเพลงกับไม่มีเพลงก็เหมือนกัน ไม่ช่วย เพราะปวดจนทนไม่ได้ อายากจะร้องไห้ อยู่บ้านก็ต้องกินยาแก้ปวดของรพ.ยุพราช เขียงของเป็นประจำ วันที่ 3 กังวลมากเกี่ยวกับอาการปวดหลังของตนเอง ฟังเพลงก็รู้สึกดีขึ้นแต่ยังกังวลอยู่ วันที่ 4 ปวดหลังเหมือนเดิม แต่ไม่กังวล

ผู้ป่วยคนที่ 11 เพศหญิง อายุ 68 ปี: วันที่ 4 ผู้ป่วยกังวลอย่างมากกับการย้ายไปอยู่รพ.ตากสิน ไม่ทราบว่ามีปัญหาอะไร ตอนเข้าความดัน 200/100 คงเครียดมีซึมเศร้าด้วยแต่คะแนน mVAMS หลังฟังเพลงก็เป็นศูนย์ แต่ผู้ป่วยบอกว่าเพลงมีส่วนทำให้ความเศร้าความกังวลของเขาหายไป (ผู้วิจัยเคยนัดให้ผู้ป่วย และพยายามจะไม่เพราะกลัวว่าจะเป็นตัวทวน แต่จริง ๆ แล้วทุก ๆ สิ่งน่าจะมีผลหมด เช่นการป้อนข้าว สัมผัสที่เอาใจใส่ การชวนคุย Power of nice words พูดเพราะ ๆ สบายหู, กระจกกระเเง, คำพูดที่เป็นบวกใส่ใจความรู้สึกของผู้ป่วย ล้วนแต่น่าจะมีผลต่ออารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยทั้งสิ้น) วันที่ 2 ชอบให้มีการฟังเพลงระหว่างอยู่รพ. เมื่อคืนหลับไม่ค่อยได้ พอนอนฟังเพลงช่วงกลางวันอยู่ ๆ ก็หลับไป

ผู้ป่วยคนที่ 12 เพศชาย อายุ 56 ปี: วันที่ 1 ผู้ป่วยฟังเพลงก็มีคนมาเยี่ยมพูดคุยกันตลอด (เว้นแต่ตอนวัดสัญญาณชีพเพลงที่ 10) ผู้ป่วยไม่ได้นอนฟังเฉย ๆ เจ็บ ๆ หรือพักผ่อนเลย (แต่หลังจากผู้ป่วยได้พักสัก 2-3 เพลงจึงขอวัดสัญญาณชีพอีกทีซึ่งค่าก็ลดลง)

Remark: ผู้วิจัยคิดว่าการฟังเพลงท่ามกลางเสียงคนคุยกันน่าจะทำให้ผู้ป่วยเครียด

วันที่ 3 ผู้ป่วยนอนฟัง หลับบ้างเป็นบางพัก ปิดไฟ เพลงค่อนข้างเร็ว สังเกตจากผู้ป่วยกระดิกนิ้วตามช่วงตื่น ครึ่งหลังลุกขึ้นนั่ง ความดันสูงขึ้นอีก (หรือว่าเพลงที่เลือกมาบางเพลงเร็วไป) แต่ผู้วิจัยถามว่าเพลงเร็วไปไหม ผู้ป่วยก็บอกว่าฟังสบายดี วันที่ 4 ความดันขึ้นทั้งที่ฟังเพลงแล้วหลับชีพจรลดลงมาก mVAMS; วันที่ 1 ความกังวลก่อนและหลังฟังเพลงเท่าเดิม กังวลเกี่ยวกับอาการของตน

วันที่ 2 หลังฟังเพลงผู้ป่วยสบายใจขึ้น เพลิดเพลิน (Remark ควรทำแบบวัดความสุขด้วย ไม่ใช่แค่ไม่วิตกกังวล ไม่ซึมเศร้า ในการทดลองครั้งต่อไป)

วันที่ 3 เพลงทำให้สบาย เพลิดเพลิน ผ่อนคลาย

วันที่ 4 ความกังวลของผู้ป่วยคือ ญาติไม่มา หมอไม่มา

กลุ่มควบคุม

ผู้ป่วยคนที่ 1 เพศชาย อายุ 67 ปี: เคยเส้นเลือดในสมองแตกเมื่อ 7-8 ปีที่แล้ว (วัดความดันบางครั้ง ทำนั่ง บางครั้งทำนอน น่าจะมีผล)

ผู้ป่วยคนที่ 2 เพศหญิง อายุ 73 ปี: อารมณ์ดี ญาติเยอะ มีกำลังใจสู้สบาย ๆ คอยลูกสาวอย่างเดียว มีความกังวลบ้างก็เพียงเพราะอยากกลับบ้านนิดหน่อย และมีวันที่ 1 กังวล น่าจะเกี่ยวกับอาการป่วยของตน วันที่ 4 ไม่กังวลอยากกลับบ้านอย่างเดียว

ผู้ป่วยคนที่ 3 เพศชาย อายุ 60 ปี: วันที่ 1 BP ลด Pulse (เพิ่งวัดหลังทานข้าว) ผู้ป่วยไม่ชอบฟังเพลง แต่หลังจากที่เข้าร่วมวิจัยแล้ว บอกว่าอยากฟังเพลงบ้าง (อาการของคนนอนอยู่ในรพ.นาน ๆ จะอยากฟังเพลงบ้างแม้ปกติจะไม่ชอบก็ตาม ดีกว่านอนเฉย ๆ) เลยต้องบอกกับผู้ป่วยว่าหลังจากวิจัย 4 วันแล้วถ้าผู้ป่วยยังไม่ Discharge ไปจะมาเปิดเพลงให้เป็นพิเศษ วันที่ 1 กับ 3 วัดสัญญาณชีพ หลังทานอาหารแต่ วันที่ 1 ความดันลด ชีพจรเพิ่ม วันที่ 3 ความดันตัวบนลดตัวล่างเพิ่ม ชีพจรเท่าเดิม ดังนั้นไม่น่าจะเกี่ยวกับการทานอาหาร (ข้อจำกัด: ผู้วิจัยวัดสัญญาณชีพเองไม่เป็นใช้เครื่อง บางครั้งก็รวนเลยให้พยาบาลช่วยวัดซึ่งต้องใช้หลายท่านเพราะเราไปรบกวนเขา บางครั้งบางท่านว่างบางท่านไม่ว่าง เลยต้องขอให้คนที่ว่างช่วงนั้น ๆ วัด แต่ก็ถือว่าเป็นมาตรฐานเดียวกันคือ มาตรฐานของพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งถ้าจะจ้างผู้ช่วยวิจัยคนเดียวเพื่อวัดสัญญาณชีพเป็นประจำก็ยากเพราะบอกไม่ได้ว่าจะมีผู้ป่วยวันไหน และวันไหนจะมีผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ในช่วงระยะเวลาเกือบ 7 เดือนของการวิจัย) ในการวิจัยครั้งต่อไป ถ้าผู้วิจัยที่เป็นบุคลากรที่สามารถวัดสัญญาณชีพเองได้ก็จะดีกว่า

กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก็ไม่สามารถทำการทดลองในวันเดียวกันที่มีสิ่งแวดล้อม เช่น สภาพอากาศ เหมือนกันได้ทุกเคสเพราะเวลาสุ่มห้องชายเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลองแล้วห้องผู้หญิงต้องเป็นอีกกลุ่มมักจะไม่มีผู้ป่วยจึงต้องแยกเก็บข้อมูลรายคนเท่าที่เก็บได้ หากรอว่าต้องมี 2 ห้องจึงจะทำการทดลองได้ งานวิจัยนี้อาจจะใช้เวลาวิจัยนานมาก ๆ จึงจะได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด (N=40)

ผู้ป่วยคนที่ 4 เพศชาย อายุ 68 ปี: วันที่ 4 ความดันซีพจร สูงขึ้นหมด เพิ่งคุยเครียดจบไป วันสุดท้ายให้ผู้ป่วยวัดสัญญาณชีพเองที่บ้านเพราะกลับบ้านก่อนการทดลองจบ แล้วสอบถามทางโทรศัพท์เขาบ่นให้ฟังทางโทรศัพท์เสียงดังนานทีเดียว ผู้วิจัยก็รับฟังไว้เผื่อจะช่วยคลายเครียดให้เค้าได้บ้าง

ผู้ป่วยคนที่ 5 พระภิกษุ อายุ 54 ปี: วันที่ 1 ความดันขึ้นเพราะระหว่างการทดลองทำนพุดเรื่องธรรมะ ออกรส เสียงดังอยู่พักหนึ่งเหมือนเทศน์ให้ผู้วิจัยและผู้ป่วยเตียงอื่นทั้งห้องฟังด้วย

วันที่ 4 ซีพจรเต้นเร็วเพราะท่านเพิ่งไปอาบน้ำมา

คะแนนThai HADS สูงขึ้นเหมือนเพิ่งเปิดใจให้ผู้วิจัยได้รับรู้ถึงความรู้สึกที่แท้จริงมากขึ้น เพราะท่านเป็นพระช่วงแรกเหมือน guarding ว่าเป็นพระมีธรรมะจะกังวลหรือเศร้าไม่ได้ต้องอารมณ์ปลง วางเฉย (อุเบกขา) ให้เป็นปกติทุกอย่าง

mVAMS วันที่ 1 กังวลดีขึ้นเพราะมีญาติมาเยี่ยม โยมพ่อโยมแม่ ท่านบอกว่ามีอุเบกขาด้วย รู้สึภาวะตัวเองตลอด ตามจิต รู้ทัน

วันที่ 2 กังวลเพราะหมอบอกเกี่ยวกับอาการ กลัวจะทำกิจวัตร ภารกิจนิมนต์ ไม่ได้เหมือนเดิม ซึมเศร้า เพราะหมอบอกต้องใช้เวลา ต้องมีอาการแบบนี้ไปอีกนาน ท่านห่วงภารกิจที่จะต้องรีบกลับไปทำ

วันที่ 4 เมื่อคืนหมอบอกว่าต้องเข้าเครื่องสนามแม่เหล็ก กิจนิมนต์งานบวชกำลังใกล้วันเข้ามา ยังไม่รู้ผลตรวจ แต่งานรออยู่แล้ว (พระสำเร็จนักธรรมตรี)

ผู้ป่วยคนที่ 6 เพศหญิง อายุ 77 ปี: วันที่ 3 ผู้ป่วยได้รับการทำกายภาพก่อนการวัดครั้งที่ 2 เพื่อยืดกล้ามเนื้อ ๆ โทรม ๆ แต่เค้าบอกว่าไม่กังวล ไม่ซึมเศร้า ผู้ป่วยท้องผูก (วันถัดมา ซึ่งหลังจากการทดลองจบไปนานแล้วดูเค้าทำ ๆ เรื่องกิน ร้องไห้และดูเหมือนจะร้องไห้บางครั้งที่ผู้วิจัยเข้าไปคุยถามไถ่ แสดงความห่วงใย) HADSถามข้อ 4 ฉันทสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่าง ๆ ได้ ผู้ป่วยก็ร้องไห้ออกมา (แต่บอกว่าไม่ซึมเศร้า เป็นไปได้ไหมว่าผู้ป่วย Denial ทั้งกับผู้วิจัยและกับตัวเอง พยายามแข็งใจ เข้มแข็ง ทั้งที่มีปัญหาอะไรบางอย่าง

ผู้ป่วยคนที่ 7 เพศชาย อายุ 52 ปี: เป็น พชร. ตอนกลับผู้ป่วยยังขับรถเหมือนเดิมไม่ได้ (รู้สึกผู้ป่วยที่พบว่าทำอาชีพพนักงานขับรถโดยสารประจำทาง เป็น Stroke 2-3 คนในการวิจัยนี้ อาชีพนี้มีความเสี่ยงหรือ ด้วยสาเหตุใด สามารถทำวิจัยต่อไปได้)

ผู้ป่วยคนที่ 8 เพศชาย อายุ 61 ปี: วันที่ 2 ผู้ป่วยไปปัสสาวะเดินเกร็งทั้งไปและกลับระหว่างการทดลองจึงให้ผู้ป่วยนอนพักสักครู่แล้วทำการวัดสัญญาณชีพใหม่ วันที่ 3 ก็เดินไปเข้าห้องน้ำอีก ทั้ง BP/Pulseสูงหมด (อีกครั้งการเดินเข้าห้องน้ำนี้มีผลทำให้ความดันขึ้นซีพจรเต้นเร็วขึ้น ควรให้ไปก่อนการทดลอง) วันที่ 3 mVAMS ไปเอ็กซ์เรย์ที่หลังแล้วสบายใจขึ้นเพราะจะได้รู้เสียทีว่าเป็นโรคอะไรเลยไม่กังวล

ผู้ป่วยคนที่ 9 เพศชาย อายุ 67 ปี: วันที่ 1 ผู้ป่วยงีบหลับไป วันที่ 2 ก่อนวัดสัญญาณชีพเดินไปเข้าห้องน้ำบอย ผู้ป่วยท้องผูก วันที่ 4 ตอนเช้าเหนื่อยใจเต้นเร็ว อาการกังวลดีขึ้นเพราะได้คุยกับหมอคณีนีพบ Stroke fast track วันที่ 3 เค้ำกังวลเรื่องค่ารักษา กลัวบัตรทองจะมีปัญหา (สมัยนี้คนมีปัญหาเรื่องท้องผูกเยอะหรืออย่างไร หรือว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเป็น Stroke)

ผู้ป่วยคนที่ 10 เพศหญิง อายุ 65 ปี: -

ผู้ป่วยคนที่ 11 เพศหญิง อายุ 80 ปี: -

ผู้ป่วยคนที่ 12 เพศหญิง อายุ 47 ปี: -



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ	นางสาวนภาดา สุขกฤต
วันเดือนปีเกิด	14 ตุลาคม 2513 จังหวัด พะเยา ปัจจุบันอายุ 40 ปี
พ.ศ. 2534	สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี คณะโบราณคดี สาขาภาษาอังกฤษ มหาวิทยาลัยศิลปากร
พ.ศ. 2535-2553	ทำงานในตำแหน่งนักร้องประจำ สถานที่ทำงานสุดท้ายก่อนลา ศึกษาต่อคือ ลอบบี้โรงแรมแข่งกรี-ลา กรุงเทพฯ นักร้องดีเด่นแห่งประเทศไทย KPN Awards ปี 2536 รองชนะเลิศการประกวดคาราโอเกะโลก 2005 จากฟินแลนด์ มีผลงานเพลงเช่น; เพลงนำภาพยนตร์การ์ตูน เดอะไลอ้อนคิง บราเธอร์แบร์ 1 และ 2 ของวอลดิสนีย์ ภาคภาษาไทย ฯลฯ “กลับมารักกัน” เพลงประกอบละครสายรุ้ง “On my own” จากภาพยนตร์ปล้นนยะะ “I will survive เวอร์ชันอีสาน” ถูกนำไปใช้ในการแสดงต่าง ๆ การร้อง ประกวด ละครนางโชว์ และในภาพยนตร์สตรีเหล็ก “Truth in my heart” จากภาพยนตร์ข้างหลังภาพ แสดงละครเวทีมาแล้ว 5 เรื่อง ล่าสุด “หงส์เหนือมังกร” กับค่ายซีเนริโอ นักร้องอิสระ ร้องและแสดงในงาน Event ต่าง ๆ คอนเสิร์ต ละครเวที ห้องบันทึกเสียง และเข้าศึกษาในระดับปริญญาโทบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2551
ปัจจุบัน	