

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวล
ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF GIVING INFORMATION COMBINED WITH MUSIC LISTENING PROGRAM
ON ANXIETY AMONG PATIENTS UNDERGOING CORONARY CATHETERIZATION



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

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2022

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ
โดย	น.ส.สุพรรณารัตน์ รินสาธิต
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัญญ์ นันไทยทวีกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัญญ์ นันไทยทวีกุล)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สິนเดชารักษ์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สุพรรณารัตน์ รินสาธ : ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ . (THE EFFECT OF GIVING INFORMATION COMBINED WITH MUSIC LISTENING PROGRAM ON ANXIETY AMONG PATIENTS UNDERGOING CORONARY CATHETERIZATION) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานัญญ์ นันท์ไทยทวีกุล

การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบอนุกรมเวลาที่มีกลุ่มควบคุมและมีการให้สิ่งทดลองซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการฉีดสียสวนหัวใจในระยะก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ที่เข้ารับการสวนหัวใจครั้งแรก ณ โรงพยาบาลตำรวจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มตามสะดวก แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มละ 22 คน โดยจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ และระดับการศึกษา กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง 1 และ 2 ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี (กลุ่มทดลอง 1 มีผลการสวนหัวใจผิดปกติและได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ส่วนกลุ่มทดลอง 2 มีผลการสวนหัวใจปกติ) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory) ของ Spielberg (1983) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติ Repeated measure ANOVA ผลการวิจัยสรุปดังนี้

- ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจกลุ่มทดลอง 1 ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้านแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจกลุ่มทดลอง 2 ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้านแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจกลุ่มทดลอง 1 ช่วงก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจกลุ่มทดลอง 2 ช่วงก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อ นิสิต

ปีการศึกษา 2565

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6077348936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: ANXIETY, GIVING INFORMATION, MUSIC LISTENING, ISCHEMIC HEART DISEASE, CORONARY CATHETERIZATION

Supannarat Rinsathorn : THE EFFECT OF GIVING INFORMATION COMBINED WITH MUSIC LISTENING PROGRAM ON ANXIETY AMONG PATIENTS UNDERGOING CORONARY CATHETERIZATION. Advisor: Asst. Prof. Pol.Sub.Lt. PACHANAT NUNTHAITAWEEKUL, Ph.D.

The present study was based on quasi-experimental research, control group time series with multiple replication design. The purpose of this study was to explore the effect of giving information combined with the music listening program on anxiety among patients undergoing to coronary catheterization in the before trial, after receiving an appointment, 1 day before the procedure, after the procedure, and before discharge. The samples were ischemic heart disease patients, both male and female, between 18 and 59 years of age, who had undergone their first cardiac catheterization in Police hospital. The researcher recruited samples by convenience sampling and were divided into control group and two experimental groups with 22 persons in each group. The control group and two experimental groups were matched pair by gender, age and level of education. The control group was received normal nursing care, while the experimental groups received information and music listening program. (The experimental group 1 had coronary occlusion and received percutaneous coronary intervention while the experimental group 2 had normal coronary, with were not coronary angioplasty). Research instruments was composed of demographic information, The State Anxiety Inventory (STAI) Form Y. The internal consistency reliability was 0.85. Data were analyzed using descriptive statistic and repeated measure ANOVA. The results revealed that the followings.

1. The mean score of anxiety in the experimental group 1 on before trial, after receiving an appointment, 1 day before the procedure, after the procedure, and before discharge were difference between each time at the significant level of .05.

2. The mean score of anxiety in the experimental group 2 on before trial, after receiving an appointment, 1 day before the procedure, after the procedure, and before discharge were difference between each time at the significant level of .05.

3. The mean score of anxiety on 1 day before the procedure, after the procedure, and before discharge were significant difference between the experimental group 1 and control group at the significant level of .05.

4. The mean score of anxiety on 1 day before the procedure, after the procedure, and before discharge were significant difference between the experimental group 1 and control group at the significant level of .05.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2022

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ ด้วยความเมตตากรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชานันท์ นันท์ไทยทวิกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาและคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่สละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล เจ้าหน้าที่หน่วยตรวจหัวใจด้วยเครื่องมือพิเศษ หน่วยสวนหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยต่างๆ ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นการพยาบาลผู้ใหญ่ทุกคนที่คอยเป็นกำลังใจและช่วยเหลือกันเสมอมา

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณครอบครัวที่คอยสนับสนุนและเป็นกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ เสมอมา คอยช่วยเหลือด้านต่างๆ จนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่มีได้เอ่ยนาม ซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ คุณประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบให้กับทุกท่านที่ได้กล่าวมาข้างต้น

สุพรรณารัตน์ รินสาร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย.....	12
ขอบเขตการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	16
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	17
2. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล.....	31
3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวล.....	38
4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูล.....	41
5. แนวคิดเกี่ยวกับดนตรีบำบัด.....	45

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	56
7. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจเพื่อลดความวิตกกังวล	62
8. โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี.....	64
9. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	70
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	71
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	73
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	73
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	74
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	76
การเก็บรวบรวมข้อมูล	85
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	95
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	96
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	98
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	112
สรุปผลการวิจัย.....	119
อภิปรายผลการวิจัย.....	119
ข้อเสนอแนะ	132
บรรณานุกรม.....	133
ภาคผนวก.....	148
ภาคผนวก ก ประกาศการอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์.....	149
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	151
ภาคผนวก ค จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้ เครื่องมือการวิจัย จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และจดหมาย ขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	158

ภาคผนวก ง เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และใบ ยินยอมของประชากรตัวอย่าง.....	171
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	179
ภาคผนวก ฉ สถิติที่ใช้ในการวิจัยและตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	206
ประวัติผู้เขียน.....	214

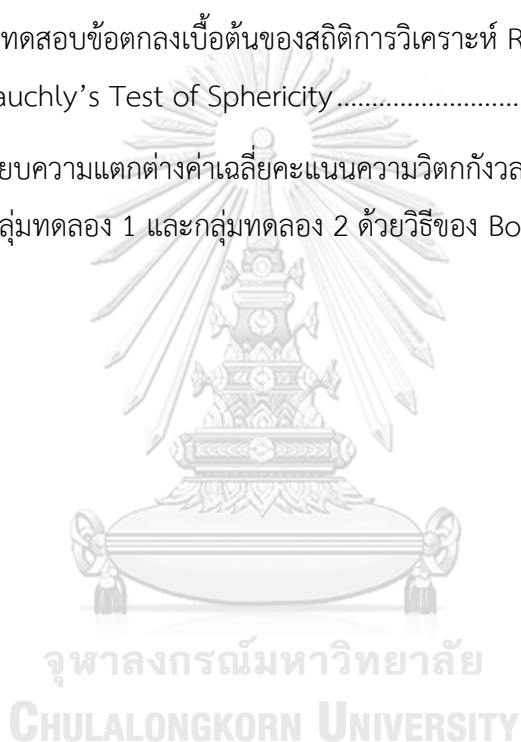


สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี.....	64
ตารางที่ 2 คุณสมบัติของกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 เมื่อได้รับการจับคู่ (Matched pairs) ตามปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา.....	75
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ และวิธีเผชิญความเครียด.....	99
ตารางที่ 4 แสดงความชอบฟังเพลง ระดับความชอบดนตรี ความถี่ในการฟังเพลง แนวเพลงที่ชอบ	103
ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวล ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบำบัดร่นตสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน ของกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2	104
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบำบัดร่นตสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA	106
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลรายกลุ่ม (กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2) ในช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบำบัดร่นตสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA	107
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบำบัดร่นตสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้านเป็นรายคู่ ภายในกลุ่มควบคุม , กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA	108
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบำบัดร่นตสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้านเป็นรายคู่ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ 1, กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ 2 ด้วยวิธีของ Bonferroni	110

ตารางที่ 10 แสดงค่าความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory Form Y-1).....	207
ตารางที่ 11 แสดงค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจ.....	209
ตารางที่ 12 คะแนนทดสอบความรู้ก่อนและหลังการให้ข้อมูลของกลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2	211
ตารางที่ 13 แสดงการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์ Repeated measure ANOVA โดยใช้ Mauchly's Test of Sphericity	212
ตารางที่ 14 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลรายช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 ด้วยวิธีของ Bonferroni.....	212



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 แสดงการตอบสนองต่อดนตรีที่ส่งผลต่อสรีรวิทยาและอารมณ์ของบุคคล 52

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย 70

ภาพที่ 3 สรุปรูปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง..... 97

ภาพที่ 4 กราฟแสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 ตามช่วงเวลาตั้งแต่ก่อนทดลอง, หลังรับบำบัดรณาดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน 105



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกภูมิภาคของโลก (World Health Organization, 2019) โดยเฉพาะกลุ่มประชากรวัยทำงานที่มีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูง (Finegold, Asaria, & Francis, 2013) จากรายงานสถิติสาธารณสุขปีพ.ศ. 2559-2563 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจขาดเลือด โดยคิดเป็นอัตราตายต่อแสนประชากรเท่ากับ 32.3, 31.8, 31.8, 31.4 และ 32.6 ตามลำดับ จากข้อมูลปีพ.ศ.2563 พบว่าพื้นที่กรุงเทพมหานครมีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดถึง 45.7 ต่อแสนประชากร ซึ่งพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และมีอัตราตายเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2563) นอกจากนี้ โรคหัวใจขาดเลือดยังสามารถพบได้ในผู้ที่มีอายุน้อยตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไปอีกด้วย (Aggarwal, Srivastava, & Velmurugan, 2016)

โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยง่าย และนอนราบไม่ได้ เมื่อการดำเนินของโรคมากขึ้นจะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมาหรืออาจทำให้เสียชีวิตได้ในที่สุด (Jaarsma, Kastermans, Deissen, & Philipsen, 1995; Lukkarinen, 2005) ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจึงจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและรับการรักษาอย่างเหมาะสมจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ การสวนหัวใจ (Cardiac catheterization) เป็นการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจได้อย่างแม่นยำและสามารถรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจต่อเนื่องได้ในครั้งเดียวกัน เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น และลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อหัวใจจากการขาดเลือดไม่ให้เป็นซ้ำ (Wu et al., 2014) แต่ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการสวนหัวใจส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลในระดับสูงถึงร้อยละ 81.8 (ขวัญเมือง สอนดา, 2558) โดยความวิตกกังวลจะสูงสุดในระยะก่อนสวนหัวใจ (35.72, SD 11.75) ลดลงในระยะหลังสวนหัวใจ (31.8, SD 10.20) และหลังจำหน่ายกลับบ้าน (28.79, SD 9.78) ($F = 39.72, P < .001$) (Trotter, Gallagher, & Donoghue, 2011)

ความวิตกกังวลเป็นสภาวะด้านอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกๆด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย ความวิตกกังวลจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติให้หลั่งสารแคทีโคลามีนเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นหรือเต้นผิดจังหวะ หลอดเลือดหดเกร็ง ความดันโลหิตสูง หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวผิดปกติจนเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดอย่างกะทันหันชั่วคราว (Delewi et al., 2017) กระตุ้นกระบวนการอักเสบของผนังหลอดเลือด เพิ่มการสะสมคราบไขมัน (plaque)

และการรวมกลุ่มของเกล็ดเลือดภายในผนังหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ภาวะหัวใจขาดเลือดรุนแรงขึ้น (Munk et al., 2012) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจมากขึ้นด้วย (Ercan et al., 2013; Tavakol, Ashraf, & Brener, 2012) 2) ผลกระทบทางด้านอารมณ์ และพฤติกรรม ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ดีและส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยที่ไม่ดีด้วย (Salari et al., 2018) 3) ผลกระทบต่อด้านสังคม พบว่าผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมแยกตัว กลัวการเข้าสังคม ทำให้การแสดงบทบาทและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีปัญหา (Samira E. Aboalzim, Nahid F. El Gahsh, & Samah E. Masry, 2016) เกิดภาวะพึ่งพาและมีความต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวหรือเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากรู้สึกกลัวไม่แน่ใจในความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ทำให้ระยะเวลาในการพักรักษาตัวนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาจึงสูงขึ้นด้วย (Sahar Adham Ali, 2015) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่องานและภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวตามมา รวมถึงผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศร่วมด้วย

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเมื่อต้องเข้าสวนหัวใจพบว่ามีหลายอย่างร่วมกัน (Gu, Zhou, Zhang, & Cui, 2016) โดยแบ่งตามช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการสวนหัวใจ เช่นเดียวกับการศึกษาระดับความวิตกกังวลในช่วงเวลาต่างๆ สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนสวนหัวใจ หลังสวนหัวใจ และเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน (Trotter et al., 2011) ดังนี้

ระยะก่อนสวนหัวใจ คือ ระยะการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยถูกนัดเข้าสวนหัวใจไปจนกระทั่งเข้าห้องสวนหัวใจ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวลก่อนสวนหัวใจ ได้แก่ ผลการสวนหัวใจ (Trotter et al., 2011) เหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการสวนหัวใจ (Buzatto & Zanei, 2010; Uzun, Vural, Uzun, & Yokusoglu, 2008) การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอและไม่ตรงกับความต้องการ (Buzatto & Zanei, 2010; Harkness, Morrow, Smith, Kiczula, & Arthur, 2003) ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสวนหัวใจ (Shaheen, Muhammad, Habibullah, & Khattak, 2022) โดยทั่วไปผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวเข้าสวนหัวใจจากเจ้าหน้าที่ในวันที่มาอนโรงพยาบาล ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลในระยะสั้นและมีข้อจำกัดเรื่องเวลา บางครั้งข้อมูลที่ได้รับไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย อีกทั้งในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง (ขวัญเมือง สอนดา, 2558) ซึ่งความวิตกกังวลสูงจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้แคบลง มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย (Morrison-Valfre, 2005) จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับคำแนะนำต่างๆ ได้จำกัด ดังนั้น ผู้ป่วยจึงยังไม่สามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ลดความวิตกกังวลได้ ดังนั้น การให้ข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยจนเกิดความเข้าใจ มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ถูกต้องตั้งแต่ระยะแรก que ผู้ป่วยรับทราบว่าจะต้องเข้าสวนหัวใจจะช่วยลดความวิตกกังวลเหล่านี้ลงได้ และในระยะนี้เป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีความต้องการและแสวงหาข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจขาดเลือดและการสวนหัวใจเป็นอย่างมาก ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับ

ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้าสวนหัวใจด้วยเช่นกัน โดยพบว่าเพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย ผู้ที่อายุน้อยกว่าจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่อายุมากกว่า และผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับที่สูงกว่า (Delewi et al., 2017; Sahar Adham Ali, 2015) ผู้ป่วยที่เข้าสวนหัวใจครั้งแรกจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่เคยมีประสบการณ์เข้าสวนหัวใจมาแล้ว (Buzatto & Zanei, 2010) และผู้ที่รับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและโรคซึมเศร้าจะมีความวิตกกังวลมากกว่าคนทั่วไป (Trotter et al., 2011)

ระยะหลังการสวนหัวใจ คือ ช่วงเวลาหลังจากสวนหัวใจเสร็จไปจนถึงระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการถูกจำกัดกิจกรรมการเคลื่อนไหว และความไม่สุขสบายบริเวณแผลที่แทงสายสวนหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลหลังสวนหัวใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลในช่วงก่อนสวนหัวใจ การสวนหัวใจครั้งแรก อาการเจ็บหน้าอกก่อนสวนหัวใจ โดยทั้ง 3 ปัจจัย สามารถร่วมกันทำนายความวิตกกังวลได้ร้อยละ 37 (Trotter et al., 2011)

ระยะจำหน่ายกลับบ้าน คือ ช่วงเวลาก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน พบว่าปัจจัยที่ทำนายความวิตกกังวลในระยะจำหน่ายกลับบ้าน ได้แก่ 1) การดำเนินของโรคหัวใจขาดเลือดที่แย่งลง และระดับความวิตกกังวลก่อนสวนหัวใจ (Trotter et al., 2011)

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่เข้าสวนหัวใจมีความวิตกกังวลต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนสวนหัวใจ หลังสวนหัวใจ ตลอดจนถึงเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งเป็นความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่องจากสถานการณ์การสวนหัวใจ โดยความวิตกกังวลก่อนสวนหัวใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญมาก เนื่องจากสามารถทำนายความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะหลังสวนหัวใจและเมื่อจำหน่ายกลับบ้านได้ ดังนั้น การศึกษาการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้าสวนหัวใจจึงควรมีต่อเนื่องตั้งแต่ในระยะแรกก่อนที่ผู้ป่วยเข้าสวนหัวใจ หลังสวนหัวใจ ไปจนกระทั่งเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน และนอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดที่ถูกต้องจะมีความต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ อีกทั้งยังพบว่าการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลสามารถสร้างความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในการรักษากับผู้ป่วยได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงได้ด้วย (Corones, Coyer, & Theobald, 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจในรูปแบบต่างๆ พบว่ามีหลากหลายวิธีที่ช่วยลดความวิตกกังวลได้ดี เช่น การนวด (Peng, Ying, Chen, & Sun, 2015) การทำกายภาพบำบัดหลังสวนหัวใจ (Pourafkari, Ghaffari, Shahamfar, Tokhmechian, & Nader, 2016) การให้ความรู้ร่วมกับการดูแลให้ผ่อนคลายและการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Shen et al., 2018) การฟังดนตรี (Jayakar & Alter, 2017) การสร้างจินตภาพด้วยเสียงดนตรี (Felix et al., 2018) และการใช้น้ำมันหอมระเหย (Zamanifar et al., 2020) เป็นต้น ใน

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลร่วมกับการฟังดนตรี เนื่องจากการให้ข้อมูลเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจในแต่ละช่วงเวลาได้ และการฟังดนตรีเป็นวิธีการที่สามารถทำได้ง่าย ขั้นตอนไม่ซับซ้อน ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการดูแลแบบผสมผสานที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและลดความวิตกกังวลได้ดียิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูล จำเนียร พัฒนจักร และวาสนา รวยสูงเนิน (2561) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการสวนหัวใจมีความวิตกกังวลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) คมคาย สุวรรณพงศ์, เพ็ญลดา ตันทุลกนกรัซด์ และสุภกต สุขจิตต์ (2565) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนการสวนหัวใจ หลังได้รับข้อมูลมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) Samira E. Aboalizm et al. (2016) พบว่า การให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและการสวนหัวใจที่ถูกต้องตั้งแต่วินาทีแรกก่อนสวนหัวใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยความวิตกกังวลลดลง ($p = .004$) ยุพิน สังฆะมณี และวาสนา รวยสูงเนิน (2555) พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายเพื่อการดูแลตนเองหลังผ่าตัด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal และ Johnson ผ่านวิดีโอทัศน์ 2 ครั้งๆ ละ 17 นาทีและ 15 นาที ในวันที่ 5 และ 6 ตามลำดับ โดยเนื้อหามีความต่อเนื่องกัน หลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลลดลงน้อยกว่าก่อนให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) Sharif, Moshkelgosha, Molazem, Najafi Kalyani, and Vossughi (2014) พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย 2 ระยะ คือ ก่อนและหลังการสวนหัวใจ ร่วมกับได้รับสมุดคู่มือความรู้ และการโทรติดตามอาการ 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายมีความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าหลังสวนหัวใจ 1 เดือน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการฟังดนตรี นิพนธ์ วาตาดา และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2562) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังสวนหัวใจ หลังได้รับการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญ ($P < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพร ลีละวัฒนากุล (2546) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้ฟังดนตรีประเภทผ่อนคลายจากผู้วิจัยวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที เป็นเวลา 3 วัน ภายหลังจากได้ฟังดนตรีประเภทผ่อนคลาย มีความวิตกกังวลขณะเผชิญในการทดลองวันที่ 1 ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) แต่ไม่มีความแตกต่างกันในการทดลองวันที่ 2 และการทดลองวันที่ 3

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม Bradt, Dileo, and Shim (2013) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าดนตรีบำบัดสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการผ่าตัดหรือสวนหัวใจ ในระยะก่อนสวนหัวใจ ระหว่างสวนหัวใจ และหลังการสวนหัวใจ ($p = .004$) และลดอัตราการเต้นของหัวใจลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับ Forooghi, Mottahedian Tabrizi, Hajizadeh, and Pishgoo (2015) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีบำบัดในระหว่างสวนหัวใจนาน 20-40 นาที จะมีความวิตกกังวลหลังสวนหัวใจลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p < .001$) และลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p = .014$) Ebrahimi and Tan (2018) พบว่า การใช้ดนตรีสามารถช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระหว่างการสวนหัวใจได้ Chang, Peng, Wang, and Lai (2011) พบว่าการฟังดนตรีตามความชอบก่อนเข้ารับการสวนหัวใจสามารถช่วยลดความวิตกกังวล อัตราการเต้นของหัวใจ และอุณหภูมิร่างกายลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่า การให้ข้อมูลและการฟังดนตรีเป็นวิธีการที่สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจได้ (Aazami, Jaafarpour, & Mozafari, 2016; Jayakar & Alter, 2017) แต่การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เริ่มศึกษาในวันที่รับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาลก่อนสวนหัวใจ 1 คืน และศึกษาเพียงช่วงระยะก่อนหรือหลังสวนหัวใจเท่านั้น การศึกษาเกี่ยวกับการใช้ดนตรีบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยที่รอเข้าสวนหัวใจในประเทศไทยยังคงค่อนข้างมีจำกัด ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาการฟังดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่รอเข้ารับการสวนหัวใจแบบล่องหน้า ตั้งแต่ในระยะก่อนสวนหัวใจ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาแนวทางการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจตั้งแต่วันที่แพทย์แจ้งนัดสวนหัวใจไปจนกระทั่งกลับบ้าน ดังนั้นการศึกษานี้จึงแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของ นิพนธ์ วาดาดา และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2562) ที่ศึกษาการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) โดยมีการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี ซึ่งให้ในระยะหลังสวนหัวใจ ในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติที่ต้องรับการสวนหัวใจทันที แต่การศึกษานี้มีความแตกต่าง เนื่องจากเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ที่มีภาวะเจ็บเค้นอกคงที่ (Stable angina) ที่ต้องเข้ารับการสวนหัวใจ แบบนัดหมายล่องหน้า ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และมีการดำเนินการวิจัยตั้งแต่ในระยะที่แพทย์แจ้งผู้ป่วยให้เข้ารับการสวนหัวใจ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีเวลาในการเตรียมตัวเพื่อรับข้อมูลต่างๆ ในแต่ละระยะของการเข้าสวนหัวใจ และเป็นการศึกษาต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนสวนหัวใจไปจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกจัดกระทำกับสาเหตุของความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ถูกนัดหมายเข้ารับการสวนหัวใจ โดยนำแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal and Johnson (1983) มาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย

โรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ ตั้งแต่วันที่แพทย์แจ้งนัดให้ผู้ป่วยเข้ารับการสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังสวนหัวใจ และก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยเลือกการจัดกระทำกับปัจจัยสาเหตุ เรื่องการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอและความคลุมเครือไม่เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการสวนหัวใจ ซึ่งการรับรู้ข้อมูลที่ต้องการ ตรงกับความต้องการและสภาพความเป็นจริงนั้นจะครอบคลุมไปถึงปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในระยะหลังสวนหัวใจด้วยเช่นกัน ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal and Johnson (1983) มีมโนทัศน์หลักคือแบบแผนความรู้ความเข้าใจ เชื่อว่าถ้าบุคคลเคยรับรู้หรือมีความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามนั้นมาก่อน หรือได้รับข้อมูลผ่านกระบวนการสอนแนะจนทำให้เกิดความเข้าใจ จะทำให้บุคคลสามารถแปลความหมายของสิ่งที่ต้องเผชิญได้ถูกต้องตามกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ ทำให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์จริงที่มาคุกคามซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ที่คาดคิดมาก่อนได้ สามารถลำดับเหตุการณ์และแปลความหมายของเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญนั้นได้ถูกต้อง ชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือ จนทำให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เข้ามาคุกคามได้ ทำให้ควบคุมปฏิกิริยาการตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Emotional response) ของตนเองได้ การให้ข้อมูลที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจง ตรงกับสภาพความเป็นจริงและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแนวทางการให้ข้อมูล 4 ด้าน ดังนี้ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคาม ซึ่งส่งผลต่อสถานะด้านอารมณ์หรือความรู้สึก 2) ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบที่เชื่อมโยงกับเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคาม 3) ข้อมูลแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับภัยคุกคาม และ 4) ข้อมูลที่สร้างความมั่นใจ แรงจูงใจที่ทำให้บุคคลประสบความสำเร็จในการจัดการภัยคุกคาม ดังนั้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด การสวนหัวใจ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังสวนหัวใจ ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการสวนหัวใจ จึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ สามารถลำดับเหตุการณ์และพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น สามารถควบคุมสถานการณ์ที่ตนเองกำลังเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลให้ลดลง อีกทั้งการให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการเพิ่มเติมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหัวใจขาดเลือด เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคก่อนจำหน่ายกลับบ้านในระยะหลังสวนหัวใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและมีความรู้ในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องจึงมีความจำเป็นและสำคัญเป็นอย่างมาก

เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืนในการลดความวิตกกังวล ผู้วิจัยได้เลือกนำการฟังดนตรี (Music listening) ซึ่งเป็นกิจกรรมภายใต้แนวคิดดนตรีบำบัด (Music therapy) เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมในโปรแกรม โดยเป็นกิจกรรมที่ทำต่อเนื่องหลังจากกระบวนการการให้ข้อมูลเสร็จสิ้นในแต่ละครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย และลดความวิตกกังวลได้ดียิ่งขึ้น เพราะดนตรีบำบัดสามารถสร้างความผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ลดความกลัว ลดความตึงเครียด ส่งเสริมการรับรู้วัน เวลาและสถานที่ และลดความปวดได้ (ศศิธร ชุมดวง, 2548) ทางด้านการ

พยาบาลพบมีการนำดนตรีมาใช้ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยหลากหลายกลุ่ม (Linda L. Chlan & Annie Heiderschuit, 2014) โดยผ่านการกระบวนการศึกษาและได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดจากผู้เชี่ยวชาญหรือนักดนตรีบำบัดที่ผ่านการฝึกฝนมาอย่างเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการใช้ดนตรี

การพยาบาลตามปกติในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับสวนหัวใจในโรงพยาบาลที่ผ่านมา พบว่า ในวันที่แพทย์แจ้งนัดให้ผู้ป่วยเข้ารับการสวนหัวใจ ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ถึงความจำเป็นในการตรวจสวนหัวใจ ได้รับบัตรนัดและคำแนะนำในการเตรียมตัวมาอนโรงพยาบาลเพื่อรอสวนหัวใจ จากเจ้าหน้าที่พยาบาล ส่วนใหญ่มีวิธีการให้ข้อมูลเป็นการพูดให้ข้อมูลรายบุคคลตามประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่แต่ละคนในช่วงระยะเวลาที่ค่อนข้างจำกัด เมื่อถึงวันนัดอนโรงพยาบาล ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมตัวเข้าสวนหัวใจและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการสวนหัวใจเบื้องต้น จากนั้นจะต้องนอนพักฟื้นในหอผู้ป่วยทั่วไปช่วงหลังสวนหัวใจไปจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านและได้รับการดูแลและคำแนะนำการปฏิบัติตัวจากเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยต่างๆ ทั่วไป ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่แต่ละคนอีกเช่นกัน ซึ่งส่งผลต่อความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและการสวนหัวใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการสวนหัวใจอยู่อย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal and Johnson (1983) เพื่อเป็นแบบแผนในการให้ข้อมูลผู้ป่วยร่วมกับการฟังดนตรี ตั้งแต่วันแรกที่แพทย์แจ้งให้ผู้ป่วยให้เข้ารับการสวนหัวใจ, ติดตามอาการทุก 2 สัปดาห์จนถึงวันนัดหมายเข้าอนโรงพยาบาลก่อนสวนหัวใจ 1 วัน จนกระทั่งหลังสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ต้องเข้ารับการสวนหัวใจ แบบวางแผนล่วงหน้าให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี (มีผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ) มีความวิตกกังวลก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจและก่อนกลับบ้านแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี (ผลการสวนหัวใจปกติ) มีความวิตกกังวลก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจและก่อนกลับบ้านแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

3. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี (ผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ) มีความวิตกกังวลก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

4. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี (ผลการสวนหัวใจปกติ) มีความวิตกกังวลก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี (ผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ) ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน

2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี (ผลการสวนหัวใจปกติ) ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน

3. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี (ผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ) กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน

4. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี (ผลการสวนหัวใจปกติ) และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการให้ข้อมูลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulatory models) ของ Leventhal and Johnson (1983) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยใช้มนทัศน์หลัก คือ แบบแผนความรู้ความเข้าใจ (schema) ผ่านการให้ข้อมูลด้วยกระบวนการสอนแนะต่อเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ จนผู้ป่วยเกิดภาพ

ความรู้ความเข้าใจ สามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญได้ถูกต้องตามกรอบแบบแผน ความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ ทำให้เผชิญกับเหตุการณ์จริงที่มาคุกคามได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ป่วย สามารถลำดับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญได้ตามสภาพความเป็นจริง จะมีความรู้สึกที่สามารถควบคุม เหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้ ทำให้ควบคุมปฏิกิริยาการตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Emotional response) ของตนเองได้ การให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจเพื่อลด ความวิตกกังวลในระยะก่อนสวนหัวใจจนกระทั่งหลังสวนหัวใจ โดยมีลักษณะของการให้ข้อมูลที่ เฉพาะเจาะจงและตรงกับสภาพความเป็นจริงและจำเป็น ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

1) ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือสิ่งที่จะต้องเผชิญ ซึ่งส่งผลต่อสภาวะด้านอารมณ์และความเชื่อ เช่น ความกลัวหรือความกังวลที่มีความเชื่อมโยงหรือส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพที่ไม่ใช่การวินิจฉัย และรักษามาก่อน เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและรับรู้ เหตุการณ์เหล่านั้นได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ควบคู่กับการประเมินสภาวะด้านอารมณ์หรือ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์นั้น ในที่นี้ การฉีดยาสวนหัวใจเปรียบเสมือนเหตุการณ์ที่มาคุกคามทำ ให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัยและมีความวิตกกังวลขณะเผชิญเกิดขึ้น จึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดยาสวน หัวใจร่วมกับการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย และการฟังดนตรีเพื่อผ่อนคลายเพื่อ ช่วยลดความวิตกกังวลได้ดียิ่งขึ้น

2) ข้อมูลเกี่ยวกับองค์ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของสิ่งคุกคาม รวมถึงประโยชน์ที่ ได้จากการกระทำนั้น คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วย ต้องเข้ารับการสวนหัวใจ และผลที่เกิดจากการสวนหัวใจทั้งที่เป็นประโยชน์และผลเสียที่อาจเกิดขึ้น โดยมีการอธิบายเป็นลำดับขั้นตอน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและมีความรู้สึก ว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญได้ (cognitive control) เช่น การให้ข้อมูลเรื่องโรคหัวใจขาด เลือด ประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และผลที่เกิดจากการฉีดยาสวนหัวใจ ประโยชน์ของการฟังดนตรีและการ ฟังดนตรีหลังขั้นตอนการให้ข้อมูล เพื่อช่วยเพิ่มความรู้สึกผ่อนคลายและลดความวิตกกังวล

3) ข้อมูลแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับภัยคุกคาม เป็นการให้ข้อมูลตามแนวทางที่จัดทำไว้ อย่าง เป็นลำดับขั้นตอน เป็นข้อมูลที่บ่งบอกถึงวิธีการต่างๆ ที่ควรจะต้องปฏิบัติ อันจะเป็นผลดีต่อตนเองใน สภาวะที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามต่างๆ ช่วยทำให้สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ (Behavioral control) เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการฉีดยาสวนหัวใจ ตั้งแต่ในระยะการเตรียม ตัวก่อนสวนหัวใจ หลังสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน ร่วมกับการฟังดนตรีหลังขั้นตอนการให้ข้อมูลใน แต่ละครั้ง เพื่อช่วยเพิ่มความรู้สึกผ่อนคลายและลดความวิตกกังวลได้ดียิ่งขึ้น

4) ข้อมูลที่สร้างความมั่นใจ แรงจูงใจที่ทำให้บุคคลประสบความสำเร็จในการจัดการภัย คุกคามได้ เป็นข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เช่น การพูดคุย

เสริมแรงทางบวก ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสถานการณ์การเข้าสวนหัวใจได้อย่างเหมาะสม การโทรติดตามผู้ป่วยในช่วงเวลาการรอคอยเข้าสวนหัวใจเพื่อสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมถึงการชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามคำแนะนำ และใช้วิธีการฟังดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวลร่วมด้วย เป็นต้น

การฟังดนตรีเป็นกิจกรรมรูปแบบหนึ่งภายใต้แนวคิดดนตรีบำบัด ดนตรีมีผลต่อร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของบุคคล ช่วยเพิ่มความรู้สึกผ่อนคลายและลดความวิตกกังวลได้ (Linda L. Chlan & Annie Heiderschuit, 2014) โดยเสียงดนตรีจะถูกแปลงเป็นสัญญาณประสาทส่งไปยังสมองส่วนทาลามัส (thalamus) แล้วส่งต่อไปยังศูนย์ควบคุมการได้ยิน (auditory cortex) ก่อนจะถูกส่งต่อและเชื่อมโยงไปยังสมองส่วนอื่นๆ ได้แก่ cerebral cortex, cerebellum, corpus callosum, limbic system, ระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic system) และระบบประสาทต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine systems) เพื่อแปลความหมายของเสียงดนตรีที่ได้ยินและส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Solanki, Zafar, & Rastogi, 2013; Watkins, 1997; Wigram, Pedersen, & Bonde, 2002) โดยเฉพาะพื้นที่ทั้งหมดของบริเวณสมองที่เชื่อมโยงกับระบบลิมบิก จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสติปัญญา การรับรู้ อารมณ์และความรู้สึกได้ (Koelsch, Fritz, v. Cramon, Müller, & Friederici, 2006; Peretz & Zatorre, 2005; Sacks, 2006) ดนตรีสามารถเปลี่ยนแปลงอารมณ์ได้ทั้งในสถานะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และขาดสติสัมปชัญญะ โดยในสถานะที่บุคคลมีสติสัมปชัญญะ จะมีการส่งสัญญาณประสาทจากออร์ดิโอโทริคอร์เท็กซ์ (auditory cortex) ไปยังสมองส่วนคอร์ติคอล (cortical area) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ส่งผลต่อจินตนาการ (imagination) สติปัญญา (intellect) แรงจูงใจ ความจำ และความเครียด ทำให้คลายความวิตกกังวล ส่วนในสถานะที่ขาดสติสัมปชัญญะ ดนตรีจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนอารมณ์โดยกระตุ้นให้มีการตอบสนองอย่างอัตโนมัติที่ระดับสมองส่วนทาลามัส (thalamus) ในระบบประสาทลิมบิก (limbic system) ซึ่งเป็นศูนย์ใหญ่ในการถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกไปยังสมองส่วนซีรีบรัลเฮมิสเฟียร์ Cerebral hemisphere (Cook, 1981) มีผลต่อการหลั่งสาร endorphins ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ทำให้ผ่อนคลาย และหลั่งสาร Corticotropin releasing hormone ออกมายับยั้งการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก การหลั่ง Epinephrine และ Norepinephrine ลดลง จึงลดอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และอัตราการหายใจลง และลดปริมาณของฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ร่างกายผลิตขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความเครียดร่วมด้วย จึงทำให้ความวิตกกังวลลดลง (สายันต์ บุญใบ, 2560) การเลือกดนตรีเพื่อนำมาใช้ในการบำบัดให้ได้ผลดี ต้องคำนึงถึงประสบการณ์ทางดนตรีของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน เพราะการตอบสนองต่อดนตรีจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่เคยได้รับ (Synter, 1992) และต้องคำนึงถึงความสัมพันธ์ของดนตรีกับความพึงพอใจของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกันด้วย (ทรงฤทธิ์ ศรีสารคาม, 2559) ดนตรีทุกชนิด

สามารถนำไปใช้เป็นตัวบ่งชี้ได้ แต่จะใช้ดนตรีประเภทใดนั้นขึ้นอยู่กับพื้นฐานและความชอบดนตรี วัตถุประสงค์ของการบำบัด และกลุ่มเป้าหมายในรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป (บุษกร บินช สันต์, 2553) บุคคลจะมีการตอบสนองและรับรู้ความรู้สึกจากดนตรีชนิดเดียวกันแตกต่างกันได้ เช่น เมื่อรับฟังเพลงหนึ่งเพลง ผู้ฟังบางคนอาจรู้สึกมีความสุข หรือฟังพอใจขณะรับฟัง แต่ผู้ฟังบางคนอาจไม่ได้รู้สึกเช่นเดียวกัน อาจจะไม่รู้สึกเฉยๆ หรือโศกเศร้าได้ เนื่องจากดนตรีสามารถเชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องไปถึงเรื่องราวในความทรงจำ ช่วงเวลาหรือเหตุการณ์ที่สำคัญของบุคคลนั้นในอดีตในขณะที่ได้รับฟังดนตรีที่คุ้นเคยนั้น (Wigram et al., 2002) ดังนั้น การเลือกดนตรีที่นำมาใช้บำบัด จึงควรเลือกดนตรีที่ผู้ฟังชอบและมีการตอบสนองต่อดนตรีในทางที่ดีด้วย (Alvin, 1975)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การให้ข้อมูลตามทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal and Johnson (1983) สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการสวนหัวใจได้ เช่น จำเนียร พัฒนจักร และวาสนา รวยสูงเนิน (2561) พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการสวนหัวใจ มีความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนได้รับข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นิพนธ์ วา ตาดา และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2562) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังสวนหัวใจ ที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีมีความวิตกกังวลลงมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากสาเหตุของความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจเกิดจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและการสวนหัวใจไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและกระบวนการสวนหัวใจ การให้ข้อมูลเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถจัดกระทำได้ และทำให้ผู้ป่วยเกิดภาพความเข้าใจตลอดจนสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่วนการฟังดนตรีเป็นวิธีการที่ไม่ซับซ้อน สะดวกต่อการนำมาใช้ ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง อีกทั้งยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลจากความไม่สุขสบายต่างๆ ช่วงหลังสวนหัวใจได้ดียิ่งขึ้น เมื่อนำแนวทางการให้ข้อมูลมาใช้ร่วมกับการฟังดนตรีจึงสามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการเลือกใช้เพียงวิธีใดวิธีหนึ่ง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการให้ข้อมูลผสมผสานกับการฟังดนตรีเพื่อช่วยในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้าสวนหัวใจให้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากการให้ข้อมูลนอกจากจะช่วยลดความวิตกกังวลในระยะก่อนสวนหัวใจยังครอบคลุมไปถึงปัจจัยอื่นในระยะหลังสวนหัวใจด้วย เช่น ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการรักษา ความไม่สุขสบาย หรือแม้แต่ว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินโรคก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพราะเมื่อผู้ป่วยมีภาพความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการสวนหัวใจ จะสามารถลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ตรงกับความเป็นจริง สามารถปรับตัวและเผชิญกับเหตุการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ด้วย ส่วนตัวแปรอื่นที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา (Delewi et al., 2017) การสวนหัวใจครั้งแรกหรือประสบการณ์การสวนหัวใจ เป็นตัวแปรที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนหรือจัดกระทำได้ ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวแปรควบคุมเพื่อใช้ในการจับคู่ (Match pair) ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลอยู่เดิมผู้วิจัยไม่อยู่ในศึกษาในครั้งนี้เพื่อป้องกันผลการศึกษาคคลเคลื่อน อีกทั้งผล

การสวนหัวใจที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลหลังสวนหัวใจนั้น ผู้วิจัยจึงได้แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ผลการสวนหัวใจผิดปกติ ต้องได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และกลุ่มที่มีผลการสวนหัวใจปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ (ผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ) ที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน แตกต่างกัน

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ (ผลการสวนหัวใจปกติ) ที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน แตกต่างกัน

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ (ผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ) ที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ (ผลการสวนหัวใจปกติ) ที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) ศึกษาแบบสามกลุ่ม วัตแบบอนุกรมเวลาที่มีการให้สิ่งทดลองซ้ำ (Control group time series with multiple replication designs) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ถูกนัดหมายเข้ารับการสวนหัวใจ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 18-59 ปี ที่มีถูกนัดหมายเข้ารับการสวนหัวใจครั้งแรก ณ โรงพยาบาลตำรวจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่ม

ตามสะดวก (Convenience sampling) โดยแบ่งเป็นสามกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองสองกลุ่มและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน รวมเป็น 66 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี

ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ หมายถึง ความรู้สึกหวั่นวิตก กลัว กังวล เกี่ยวกับการสวนหัวใจ เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยทราบว่าต้องเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ การสวนหัวใจเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคยและไม่สามารถคาดคะเนผลลัพธ์ที่แน่นอนในการสวนหัวใจได้ ผู้ป่วยจึงเกิดการรับรู้ว่าการสวนหัวใจเปรียบเสมือนเป็นเหตุการณ์ที่เข้ามาคุกคาม จึงจัดเป็นความวิตกกังวลขณะเฉย (State anxiety) ประเมินด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเฉย (STAI Form Y-1) ของ (Spielberger & Guerrero, 1983) แปลโดย ชาติรี นนทศักดิ์ และสมโภชน์ เอี่ยมสุภชาติ ใน ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ สามารถแบ่งระดับความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนนระหว่าง 20-40 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 41-60 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลปานกลาง คะแนนระหว่าง 61-70 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง คะแนนระหว่าง 71-80 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลรุนแรง

โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ แบบนับถอยหลังหน้า เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล ด้วยการให้ข้อมูลอย่างเฉพาะเจาะจง ตรงกับความเป็นจริงและความต้องการของผู้ป่วย โดยพัฒนามาจากแนวความคิดการปรับตนเอง (Self-regulatory models) ของ Leventhal and Johnson (1983) ร่วมกับนัการฟังดนตรีเข้ามามีส่วนร่วม โดยให้ผู้ป่วยเลือกฟังเพลงตามแนวเพลงที่ชื่นชอบด้วยตนเอง ผ่านแอปพลิเคชันฟังเพลงออนไลน์ โดยมีการดำเนินการตั้งแต่วันที่แพทย์แจ้งนัดให้ผู้ป่วยเข้าสวนหัวใจ วันนอนโรงพยาบาลก่อนสวนหัวใจ หลังสวนหัวใจตอนเย็น และก่อนกลับบ้าน ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่แพทย์แจ้งนัดให้ผู้ป่วยเข้าสวนหัวใจ (คลินิกผู้ป่วยโรคหัวใจ/หน่วยสวนหัวใจ) สอบถามผู้ป่วยถึงข้อมูลที่ต้องการทราบ ประเมินความวิตกกังวลครั้งที่ 1 ก่อนเริ่มโปรแกรม จากนั้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด และการฉีดยาสวนหัวใจ สภาพแวดล้อมห้องสวนหัวใจ ความรู้สึกขณะสวนหัวใจ ใช้ระยะเวลาให้ข้อมูลนานประมาณ 30 นาที จากนั้นแนะนำประโยชน์ของการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย วิธีการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย แล้วให้ผู้ป่วยเลือกเพลงตามความชอบ เพลงที่เคย

ฟังแล้วมีความสุขและรู้สึกผ่อนคลาย ผ่านแอปพลิเคชันฟังเพลงออนไลน์ อย่างน้อย 6 บทเพลง แล้วให้ผู้ป่วยฟังเพลงนานอย่างน้อย 20 นาที เมื่อฟังเพลงจบประเมินความวิตกกังวลครั้งที่ 2 และให้คู่มือสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจ แนะนำให้ผู้ป่วยนำวิธีการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายไปใช้ที่บ้าน โดยให้ฟังอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง แต่ครั้งนี้นานอย่างน้อย 20 นาที แล้วจดบันทึกความรู้สึกหลังฟังเพลงจบในแต่ละครั้งลงในส่วนท้ายเล่มของคู่มือและเลือกรายการเพลงที่ชอบไว้อย่างน้อย 6 เพลงเพื่อใช้ในการฟังเพลงในการพบกันครั้งที่ 2

โทรติดตามอาการทุก 2 สัปดาห์จนกระทั่งถึงวันนัดเข้าสวนหัวใจ เพื่อสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น สอบถามเกี่ยวกับการฟังดนตรีเพื่อผ่อนคลาย และให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังมีความสงสัย

ครั้งที่ 2 วันที่นัดมาอนโรพยาบาล ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน (หอบผู้ป่วยทั่วไป) สอบถามผู้ป่วยถึงข้อมูลที่ต้องการทราบหรือสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการฉีดสีสวนหัวใจขณะอยู่โรงพยาบาล ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย และให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังสงสัย ใช้ระยะเวลาให้ข้อมูลนานประมาณ 20 นาที และแนะนำวิธีการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย โดยแนะนำให้ผู้ป่วยเลือกเพลงที่ตนเองชื่นชอบผ่านแอปพลิเคชันฟังเพลงออนไลน์อย่างน้อย 6 เพลง จากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยฟังเพลงต่อเนื่องนานอย่างน้อย 20 นาที แล้วประเมินความวิตกกังวลครั้งที่ 3 และให้ผู้ผู้ป่วยเลือกรายการเพลงที่ชอบไว้อย่างน้อย 6 เพลงเพื่อใช้ในการฟังเพลงในการพบกันครั้งที่ 3

ครั้งที่ 3 ตอนเย็น หลังสวนหัวใจ (หอบผู้ป่วยทั่วไปหรือหอบผู้ป่วยวิกฤติ) เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยสอบถามข้อมูลที่ต้องการทราบหรือสิ่งที่ยังสงสัย จากนั้นให้ข้อมูลเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ใช้ระยะเวลาให้ข้อมูลนานประมาณ 20 นาที ดังนี้

กลุ่มที่ผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ให้ความรู้เรื่องการดูแลแผลหลังสวนหัวใจ การรับประทานยา อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง กิจกรรมและการออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจขาดเลือด และการจัดการกับอาการผิดปกติ

กลุ่มที่ผลการฉีดสีสวนหัวใจปกติ ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่ การดูแลแผลหลังสวนหัวใจ การรับประทานยา อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง กิจกรรมและการออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจขาดเลือด และการจัดการกับอาการผิดปกติ

หลังจากให้ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว แนะนำวิธีการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย โดยแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยเลือกเพลงที่ตนเองชื่นชอบผ่านแอปพลิเคชันฟังเพลงออนไลน์อย่างน้อย 6 เพลง จากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยฟังเพลงต่อเนื่องนานอย่างน้อย 20 นาที แล้วประเมินความวิตกกังวลครั้งที่ 4 แล้วให้ผู้ผู้ป่วยเลือกรายการเพลงที่ชอบไว้อย่างน้อย 6 เพลงเพื่อใช้ในการฟังเพลงในการพบกันครั้งที่ 4

ครั้งที่ 4 ก่อนกลับบ้าน (หอบผู้ป่วยในหรือหอบผู้ป่วยวิกฤติ) ติดตามเยี่ยม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย สอบถามข้อมูลที่ต้องการ ประเมินความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านและให้ข้อมูล เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังสงสัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ใช้ระยะเวลาให้ข้อมูลประมาณ 15-20 นาที จากนั้นแนะนำให้ผู้ป่วยเลือกเพลงที่ตนเองชื่นชอบผ่านแอปพลิเคชันฟังเพลงออนไลน์ ใ้ อย่างน้อย 6 บทเพลง และให้ผู้ป่วยฟังเพลงต่อเนื่องนานอย่างน้อย 20 นาที แล้วประเมินความวิตก กังวลครั้งที่ 5

หมายเหตุ ให้ผู้ป่วยเลือกฟังเพลงตามแนวเพลงที่ตนเองชื่นชอบ เป็นเพลงที่เคยฟังแล้วรู้สึก สบายใจและมีความสุข โดยมีผู้วิจัยร่วมเลือกเพลงด้วย ผ่านแอปพลิเคชันฟังเพลงออนไลน์ Spotify จากเครื่อง iPad pro 11 ร่วมกับการใช้หูฟังบลูทูธชนิดครอบหูที่ผู้วิจัยจัดไว้ให้

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการในการดูแล ผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับการสวนหัวใจแบบวางแผนล่วงหน้า ประกอบด้วย

เมื่อแพทย์แจ้งนัดหมายให้ผู้ป่วยเข้ารับการสวนหัวใจที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยจะต้องไป ติดต่อเพื่อรับนัดหมายที่หน่วยสวนหัวใจ พยาบาลประจำหน่วยสวนหัวใจจะแจ้งวันนัดหมายเพื่อเข้า รับการสวนหัวใจ และให้คำแนะนำในการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการสวนหัวใจ ได้แก่ การเตรียมอุปกรณ์ ของใช้ส่วนตัวเพื่อมานอนโรงพยาบาล การเตรียมเอกสารเกี่ยวกับการเบิกค่ารักษาพยาบาลและอื่นๆ แนะนำให้พญาติมาด้วย 1 ท่าน

วันนัดหมายเข้านอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะต้องนอนรอเข้ารับการสวนหัวใจที่แผนกผู้ป่วยใน ก่อนวันสวนหัวใจ 1 คืน ในระยะนี้พยาบาลประจำหอบผู้ป่วยจะให้ข้อมูลเตรียมตัวเข้ารับการสวนหัวใจ และการปฏิบัติตัวก่อนสวนหัวใจ เช่น การทำความสะอาดผิวหนังบริเวณขาหนีบ การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ การงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมงก่อนสวนหัวใจ

หลังสวนหัวใจผู้ป่วยจะถูกย้ายไปสังเกตอาการที่หอบผู้ป่วยทั่วไป พยาบาลวิชาชีพประจำหอบ ผู้ป่วยจะให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังสวนหัวใจ เช่น การนอนหงายราบไม่งอขาข้างที่คาสายสวน หลอดเลือด เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกหรือมีก้อนเลือดใต้ผิวหนังบริเวณที่ทำให้เกิดการ และติดตาม อาการหลังสวนหัวใจ เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลัง สวนหัวใจ

ก่อนกลับบ้านกลุ่มผู้ป่วยที่ผลการฉีดสีหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จะได้รับ คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้านเกี่ยวกับการรับประทานยา การดูแลแผล การปฏิบัติตัวเมื่อกลับ บ้าน การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด ส่วนกลุ่มที่ผลการสวนหัวใจปกติ พยาบาลจะ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั่วไปเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดในอนาคต

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจ ตั้งแต่วันที่แพทย์แจ้งนัดสวนหัวใจ, ก่อนการสวนหัวใจ 1 วัน, หลังสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน โดยใช้โปรแกรมการให้ข้อมูล ร่วมกับการฟังดนตรีไปประยุกต์ใช้ในการลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสม

2. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ตั้งแต่แพทย์แจ้งนัดสวนหัวใจ, ก่อนการสวนหัวใจ 1 วัน, หลังสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน เพื่อลดความวิตกกังวลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากหนังสือ ตำรา วารสารและงานวิจัยต่างๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล
3. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวล
4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวล
5. แนวคิดเกี่ยวกับดนตรีบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวล
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวล
 - 6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟังดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวล
7. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจเพื่อลดความวิตกกังวล
8. โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ
9. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.1 ความหมาย

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery disease: CAD) หรือ โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease: IHD) หมายถึง โรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตัน จากไขมันและเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังหลอดเลือด ทำให้เยื่อผนังหลอดเลือดในบริเวณนั้นหนาตัวขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงเมื่อหลอดเลือดแดงนี้ตีบตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป เช่น มีอาการเจ็บเค้นอก ใจสั่น เหงื่อออก เหนื่อยขณะออกกำลังกาย เป็นลม หมดสติ หรือเสียชีวิตเฉียบพลัน แบ่งตาม อาการทางคลินิกได้ 2 กลุ่ม คือ ภาวะเจ็บเค้นอกคงที่ (Stable angina) ที่มีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปและภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) (สุรพันธ์ สิทธิสุข

และฆนัท ครุธกุล, 2557) ซึ่งทั้งสองกลุ่มต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงได้รับการขนานนามภายใต้ชื่อใหม่ว่า Chronic coronary syndromes (CCS) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564)

1.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือโรคหัวใจขาดเลือดมีสาเหตุเกิดจากการมีคราบไขมันสะสมในผนังหลอดเลือดหัวใจ (atherosclerotic plaques) ทำให้รูของหลอดเลือดหัวใจตีบแคบลงและการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถจำแนกได้เป็นสองกลุ่ม คือปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ และปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่

1.2.1.1 พันธุกรรม ผู้ที่มีประวัติครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีโอกาสเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติครอบครัวเป็นโรคนี้ (Otaki et al., 2013)

1.2.1.2 เพศ พบว่าเพศหญิงมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจน้อยกว่าเพศชาย แต่ในวัยหมดประจำเดือนระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในระบบไหลเวียนเลือด จะทำให้มีความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น (Martínez-Sellés, Martínez-Sellés, & Martínez-Sellés, 2021)

1.2.1.3 อายุ พบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจะเพิ่มมากขึ้นในช่วงอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไปในเพศชาย และอายุมากกว่า 55 ปีในเพศหญิง (Hajar, 2017)

1.2.2 ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่

1.2.2.1 ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของโรคหลอดเลือดหัวใจ (Weber et al., 2016) เมื่อมีความดันโลหิตสูง ผนังหลอดเลือดจะบีบตัวแรงและมีแรงเสียดทานในผนังหลอดเลือดชั้นในเพิ่มมากขึ้น แรงกระแทกจากการไหลเวียนของเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดเกิดอันตราย เกิดการฉีกขาดและเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) ทำให้มีเกล็ดเลือดไปเกาะบริเวณนั้นและไขมันเกาะติดได้ง่าย ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติ 3.7 เท่า และจะมากขึ้นในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย (Rippe J. M, Angelopoulos T. J, & Zukley L., 2007)

1.2.2.2 ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหลอดเลือดหัวใจเช่นกัน (Hajar, 2017) การมีระดับไขมันในเลือดสูงจะกระตุ้นให้มีการจับตัวกันของเกร็ดเลือดและมีการตกตะกอนของไขมันไปเกาะอยู่ตามผนังในหลอดเลือดทำให้รูหลอดเลือดตีบแคบลง โดยเฉพาะไขมันโคเลสเตอรอลและไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (low-density lipoprotein: LDL) (พรรณี เสถียรโชค, 2536) ผู้ที่มีระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดสูงเกิน 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มี

โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่มีระดับไขมันโคเรสเตอรอลในเลือดต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรประมาณ 5 เท่า (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2554; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

1.2.2.3 การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ (Basnet et al., 2019) โดยสารคาร์บอนมอนอกไซด์ในบุหรี่ทำให้ผนังหลอดเลือดหัวใจเสียหายและบาดเจ็บ เกิดเป็นแผลภายในหลอดเลือด เกิดการกระตุ้นการรวมกลุ่มของเกล็ดเลือด ทำให้รูหลอดเลือดตีบแคบลง และสารนิโคตินในบุหรี่จะไปกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารแคทีโคลามีนออกมามากขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดหดเกร็ง มีการกระตุ้นการรวมกลุ่มของเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น กระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็วและบีบตัวแรงขึ้น เพิ่มการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ เพิ่มการหลั่งสาร free fatty acid และกลูโคส ทำให้ผนังเยื่อชั้นในของหลอดเลือดเสียหาย เกิดหลอดเลือดแดงแข็งและหลอดเลือดตีบตามมา (Edlin G, Golanty E, & Brow K M, 2002; Emerson R., 1995; MCGovern P.G. et al, 1996; กอบกุล บุญปราศรัย, 2546)

1.2.2.4 ขาดการออกกำลังกาย ผู้ที่ไม่มีกิจกรรมทางกายจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่ออกกำลังกาย (Hajar, 2017) การออกกำลังกายจะเพิ่มระดับไขมัน HDL และลดระดับไขมัน LDL ลดโคเลสเตอรอล ลดระดับน้ำตาลในเลือดและเพิ่มความไวต่ออินซูลิน ทำให้ความดันโลหิตลดลงและดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

1.2.2.5 โรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนทั่วไป (Leon & Maddox, 2015)

1.2.2.6 ความอ้วน ผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานกว่าร้อยละ 10 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนทั่วไป (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) การควบคุมน้ำหนักไม่ให้เกินเกณฑ์มาตรฐานจะช่วยลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (Hajar, 2017)

1.2.2.7 ภาวะเครียด จะทำให้มีระดับแคทีโคลามีนในเลือดสูง กระตุ้นการอักเสบของผนังหลอดเลือดและทำให้ผนังหลอดเลือดหัวใจได้รับความเสียหาย เพิ่มการรวมตัวของเกล็ดเลือด เพิ่มปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดขึ้น (Fioranelli et al., 2018)

1.2.2.8 มีระดับ homocysteine ในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Ma, Peng, Liu, Huang, & Luo, 2017) ร่างกายมีกระบวนการเปลี่ยนกรดอะมิโน homocysteine ซึ่งใช้สร้างกรดอะมิโนเมไทโอนีน (methionine) และกรดอะมิโนซิสเทอีน (Cysteine) ซึ่งต้องใช้กรดโฟลิก (folic acid) และวิตามินบี 12 (Cyanocobalamin) เป็นตัวช่วยหากเกิดการค้างคั่งของ homocysteine จะเป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยไม่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงอื่น ทำให้เกิดความเสียหายต่อเยื่อหลอดเลือดและเกิดการกระตุ้นการก่อตัวของลิ่มเลือด ซึ่งเป็นกลไกการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

1.3 พยาธิสรีรภาพ

ความผิดปกติในระยะแรกของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (atherosclerosis) เชื่อว่าอาหารประเภทที่มีคอเลสเตอรอลสูงหรืออาหารจำพวก saturated fat หรือ trans-fat ทำให้ small lipoprotein particles ซึ่งจับกับสารอนุมูลอิสระ (reactive oxygen species) มาเกาะที่บริเวณชั้น intima ของผนังหลอดเลือดแดงและรวมกับ proteoglycan ทำให้เกิด oxidative stress ขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้ permeability ของ endothelial cell ต่อ LDL-cholesterol เพิ่มขึ้นและกระตุ้นการนำพาเม็ดเลือดขาวเข้าสู่ผนังหลอดเลือดเพื่อกำจัด oxidized LDL-cholesterol โดยอาศัย HDL-cholesterol และเกิดเป็น foam cells ขึ้น เมื่อมีการสะสมของ foam cells เพิ่มขึ้นจะเกิดเป็น lipid core ทำให้เห็นลักษณะเป็น fatty streak ที่ผนังหลอดเลือด ในระยะต่อมาเชื่อว่าภาวะ inflammation และ immunity เป็นสาเหตุที่สำคัญของพยาธิกำเนิดของ atherosclerosis และทำให้เกิด endothelial dysfunction ด้วยการกระตุ้น smooth muscle cell ทำให้ plaque มีความซับซ้อนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติหรือการแตกของ plaque จะทำให้เกิดการซ่อมแซมและนำไปสู่ plaque progression เพิ่มขึ้น ปัจจัยอื่นๆ เช่น การสูบบุหรี่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะ stress การติดเชื้อต่างๆ อาจมีส่วนสำคัญที่ทำให้มีการกระตุ้นการเกิด plaque progression ได้ ทำให้เกิดเป็นแผลเป็นและมีแคลเซียมเกาะตามหลอดเลือดแดง (fibrotic scarring and vascular calcification) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564) เมื่อแบ่งตามระยะของการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบ สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (Libby P, 2002, 2007; Libby P & Theroux P., 2005; กอบกุล บุญปราศรัย, 2546)

ระยะที่ 1 เป็นระยะการเกิดคราบไขมัน (Fatty streaks) ในผนังหลอดเลือดชั้นในที่มีการอักเสบ มีการสะสมของ Low density lipoprotein (LDL) กระตุ้นหลังสาร Cytokine ดึงเม็ดเลือดขาว Monocyte เข้าไปแทรกในผนังหลอดเลือดชั้นใน เกิดการทำปฏิกิริยากับสาร Chemo-attractant cytokines และ Macrophage colony-stimulating factor (M-CSF) กลายเป็น Macrophage foam cell และแบ่งตัวเพิ่มขึ้นกลายเป็นคราบไขมันจับตัวในผนังหลอดเลือด

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่คราบไขมันเกิดการอักเสบ และขยายเป็นก้อนใหญ่ขึ้น กล้ามเนื้อเรียบ (Smooth muscle cells-SMCs) ของผนังหลอดเลือดชั้นกลางแทรกตัวเข้าไปในผนังหลอดเลือดชั้นใน ร่วมกับมีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้นของผนังหลอดเลือดชั้นในด้วย เมื่อ SMCs รวมตัวกับ Foam cell และ Extracellular matrix จะเกิดเป็นคราบไขมันและพังผืด (Fibro-fatty lesion) ทำให้หลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้น

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่พังผืดมาหุ้ม มีแคลเซียมมาสะสมในคราบไขมัน ร่วมกับการตายของ SMCs และเซลล์ไขมันอื่นๆ (Apoptosis) กลายเป็นพังผืดหุ้มรอบก้อนไขมันที่ตายแล้ว เป็น Fibrous plaques ทำให้หลอดเลือดแข็งและหนาขึ้น

เมื่อหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีคราบไขมันหนาตัว จะขัดขวางการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการ เกิดการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobes metabolism) เกิดการคั่งของกรดแลคติก ซึ่งระคายเคืองต่อระบบประสาท ผู้ป่วยจึงมีอาการเจ็บหน้าอก ที่เรียกว่า Angina pectoris

1.4 อาการและอาการแสดงทางคลินิก มีดังนี้

อาการเจ็บหน้าอก (angina pectoris) เป็นอาการทางคลินิกที่พบบ่อย เกิดขึ้นในขณะที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนจากการได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ เนื่องจากมีหลอดเลือดหัวใจตีบแคบมากกว่า 50% ของขนาดรูหลอดเลือดหัวใจปกติ (สุรพันธ์ สิทธิสุข และฉันทน์ ครุฑกุล, 2557) อาการเจ็บแน่นหน้าอกมักเกิดขึ้นบริเวณกลางหน้าอก บางครั้งเป็นอาการแน่นเหมือนมีของกดทับ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการที่บริเวณลิ้นปี่ ขากรรไกร หัวไหล่ แขนหรือบริเวณมือก็ได้ อาการแสดงอื่นที่เป็นไปได้ เช่น เพลีย คลื่นไส้ อาเจียน กระสับกระส่าย หรือหายใจไม่อิ่ม ถ้าอาการดังกล่าวเป็นผลจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง ระยะเวลาที่เกิดอาการมักจะไม่นานเกินกว่า 10 นาที แต่ถ้าระยะเวลาที่เกิดอาการเป็นระยะสั้นไม่กี่วินาที จะทำให้คิดถึงสาเหตุหลอดเลือดหัวใจตีบน้อยลงไป ปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญที่ทำให้เกิดอาการมากขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกาย การยกของ การเดินขึ้นที่สูงหรือหลังรับประทานอาหารเสร็จ อาการจะลดลงเมื่อหยุดกิจกรรมเหล่านี้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564)

สามารถแบ่งตามความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกตามระดับการออกกำลังกาย ตามสมาคมโรคหัวใจแคนาดา (Canadian Cardiovascular Society : CCS) เป็น 4 ระดับ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564) ดังนี้

- | | |
|-----------|--|
| ระดับ I | มีอาการเมื่อออกกำลังกายหนักเท่านั้น เช่น มีอาการเจ็บหน้าอกเมื่อออกกำลังกาย/กระทำอย่างรวดเร็วหรือเกิดอาการเมื่อออกกำลังกายอยู่นาน |
| ระดับ II | มีอาการเมื่อออกกำลังกายปานกลาง เช่น มีอาการเจ็บหน้าอกเมื่อออกกำลังกายอย่างรวดเร็วหรือหลังมื้ออาหาร แต่ยังสามารถเดินขึ้นเนินหรือขึ้นบันไดได้มากกว่าสองชั้น ด้วยความเร็วปกติ |
| ระดับ III | มีอาการเมื่อออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย เช่น มีอาการเจ็บหน้าอกเมื่อเดินบนทางราบในระยะสั้นหรือเดินขึ้นบันไดเกินหนึ่งชั้น ด้วยความเร็วปกติ |
| ระดับ IV | มีอาการแม้ไม่ออกกำลังกาย เช่น อาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นเองโดยไม่ต้องมีการออกกำลังกาย |

การซักประวัติจะช่วยวินิจฉัยแยกโรคระหว่างกลุ่มอาการเจ็บแน่นหน้าอกแบบคงที่ (stable angina) และแบบไม่คงที่ (unstable angina) เนื่องจากอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่อาจเป็นอาการ

แสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) ซึ่งจะนำไปสู่การพยากรณ์โรคและวิธีการรักษาที่แตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

Stable angina หมายถึง ภาวะเจ็บแน่นอกคงที่ มีอาการเจ็บหน้าอกแบบคงที่จากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง เป็นมานานกว่า 2 เดือน (สุรพันธ์ สิทธิสุข และฉันท ครุฑกุล, 2557) อาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งกระตุ้น เช่น ออกกำลังกายทำกิจกรรมถึงระดับหนึ่ง ภาวะเครียด อาการเจ็บหน้าอกจะคงอยู่เป็นช่วงสั้นๆ ประมาณ 2-3 นาที อาจพบ 5-10 นาที แต่ไม่เกิน 20 นาที (Selph, 1999) เมื่อหยุดพักกิจกรรมที่ทำอยู่ อาการจะบรรเทาลงภายใน 2-3 วินาทีถึง 15 นาที (สุรพันธ์ สิทธิสุข และฉันท ครุฑกุล, 2557)

Acute coronary syndrome หมายถึง กลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ST elevation acute coronary syndrome และ Non ST elevation acute coronary syndrome (สุรพันธ์ สิทธิสุข และฉันท ครุฑกุล, 2557) อาจหมายรวมถึงกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (unstable angina) ซึ่งต้องอาศัยองค์ประกอบอย่างน้อยหนึ่งในสามของเงื่อนไขต่อไปนี้ 1) อาการเจ็บหน้าอกขณะพัก (Rest angina) คงอยู่นานกว่า 20 นาทีขึ้นไป 2) อาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นเป็นครั้งแรก (new-onset angina) และมีความรุนแรงค่อนข้างมาก (CCS II-III) และ 3) เคยมีอาการเจ็บหน้าอกมาก่อนแต่ในครั้งนี้มี ความรุนแรงมากขึ้นหรือมีอาการแม้ออกแรงน้อยกว่าที่เคยเป็น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564)

1.5 การวินิจฉัยและแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.5.1 การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย การซักประวัติและการตรวจร่างกาย ร่วมกับการตรวจเพิ่มเติมอื่นๆ ดังต่อไปนี้

การซักประวัติอาการแสดงและการตรวจร่างกาย การซักประวัติทางคลินิกเป็นสิ่งสำคัญที่นำมาใช้ประกอบกับข้อมูลจากการตรวจร่างกาย ประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น ประวัติครอบครัวป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง ประวัติการสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เป็นต้น ประวัติอาการเจ็บแน่นหน้าอก ตำแหน่งของอาการเจ็บหน้าอก ระยะเวลาที่เกิดอาการเจ็บหน้าอก ความสัมพันธ์กับการออกแรงและปัจจัยกระตุ้นอื่นๆ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการเจ็บหน้าอกว่ามีมากขึ้นหรือลดลง นอกจากการซักประวัติและตรวจร่างกายแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ โรคร่วม คุณภาพชีวิตและการยอมรับของผู้ป่วยก่อนถ้าต้องรักษาด้วยการทำ revascularization กรณีที่ผู้ป่วยตัดสินใจไม่เลือกรักษาด้วยวิธีดังกล่าว แพทย์อาจให้การรักษาด้วยยาไปเลยเสมือนกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564)

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography: ECG) เป็นการตรวจที่สำคัญที่ต้องตรวจในผู้ป่วยที่สงสัยภาวะโรคหัวใจขาดเลือดทุกราย การเปลี่ยนแปลงสำคัญที่ใช้บ่งชี้ภาวะหัวใจขาดเลือด คือ การเปลี่ยนแปลงช่วง repolarization ในรูปแบบของ ST deviation (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564)

กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอกอาจไม่พบการเปลี่ยนแปลงของ ST segment แต่ถ้าพบความผิดปกติอย่างอื่น เช่น pathologic Q wave, left bundle branch block, AV conduction abnormality หรือ atrial fibrillation อาจบ่งชี้ทางอ้อมว่าผู้ป่วยมีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบได้ การพบ ST segment depression ในระหว่างที่มี supraventricular arrhythmia อาจไม่สัมพันธ์กับการมีหลอดเลือดหัวใจตีบ

กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกในช่วงที่ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจอยู่ แล้วพบว่ามี dynamic change ของ ST segment จะช่วยวินิจฉัยภาวะหัวใจขาดเลือด รวมถึง Prinzmetal angina และ vasospastic angina

การตรวจทางห้องปฏิบัติการชีวเคมี เพื่อช่วยหาสาเหตุของภาวะหัวใจขาดเลือด ประเมินปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดและค้นหาโรคร่วมอื่น ๆ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะสามารถช่วยพยากรณ์โรคได้ด้วย การตรวจดังกล่าว (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564) ได้แก่

- Hemoglobin (CBC)
- Fasting plasma glucose และ HbA1C ควรส่งตรวจทุกราย เนื่องจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีผลต่อการพยากรณ์โรค
- Lipid profile (Cholesterol, TG, HDL-C, LDL-C) เพื่อใช้ประเมินความเสี่ยงและการตัดสินใจในการรักษา
- Renal function (Cr, eGFR) เนื่องจากการมี renal dysfunction จะมีผลให้การพยากรณ์โรคแย่งได้ และต้องใช้อย่างระมัดระวังในการเลือกใช้ยาบางชนิด
- Uric acid มักพบภาวะ hyperuricemia ได้บ่อยในผู้ป่วย CAD และอาจมีผลกระทบต่อการทำงานของไต
- Hs-Troponin อาจพิจารณาส่งตรวจในผู้ป่วยบางราย ถ้าสงสัย acute coronary syndrome (ACS) หรือตรวจเมื่อต้องการใช้บอกการพยากรณ์โรคในระยะยาว
- Thyroid function test เฉพาะในรายที่สงสัยภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติที่จะเป็นสาเหตุของ myocardial ischemia

การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiography) เป็นการตรวจโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงผ่านผนังหน้าอก ทำให้เห็นการทำงานของหัวใจขณะกำลังบีบตัวและคลายตัว และ

เห็นลักษณะการเคลื่อนไหวของผนังห้องหัวใจต่างๆ การไหลเวียนเลือดผ่านห้องหัวใจต่างๆ การทำงานของลิ้นหัวใจ ความหนาของกล้ามเนื้อหัวใจได้ ทำให้สามารถประเมินการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างว่ายังสามารถบีบตัวส่งเลือดออกได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายหรือไม่ ถ้าพบว่า LVEF ลดลงหรือมีภาวะการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ (regional wall motion abnormality หรือ RWMA) จะบ่งชี้ว่ามี ischemic damage ต่อกล้ามเนื้อหัวใจ การมี diastolic dysfunction อาจเป็น early signs ของภาวะหัวใจขาดเลือดชนิดที่เกิดจาก microvascular dysfunction นอกจากนี้ echocardiogram ยังสามารถช่วยวินิจฉัยความผิดปกติของโรคหัวใจอื่นๆ เช่น valvular heart disease, LVEF และ cardiomyopathy ชนิดต่างๆ กรณีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มี LVEF ลดลงร่วมด้วย อาจอยู่ในกลุ่มของ heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF) ด้วย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564)

การตรวจภาพรังสีเอกซเรย์ทรวงอก เป็นการตรวจที่ใช้ร่วมกับการประเมินผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บหน้าอก การตรวจนี้มีประโยชน์ในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหรือมีโรคของปอดร่วมด้วย

การตรวจหัวใจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (cardiac magnetic resonance หรือ CMR) เป็นการตรวจโดยใช้สนามแม่เหล็กความเข้มสูงและคลื่นความถี่วิทยุ เพื่อดูโครงสร้างและการทำงานของหัวใจ CMR สามารถให้ข้อมูลในส่วนของ regional myocardial function ได้อย่างละเอียด สามารถประเมิน myocardial infarction scar โดยใช้เทคนิค late gadolinium enhancement (LGE) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564)

การตรวจ Functional non-invasive test เป็นการตรวจเพื่อค้นหาภาวะหัวใจขาดเลือดโดยใช้การกระตุ้นให้เกิด demand-supply mismatch ด้วย physical/pharmacological stress แล้วดูการเปลี่ยนแปลงที่เกิด myocardial ischemia จาก การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG stress test), การมี LV wall motion abnormality ด้วยการทำ stress CMR/ stress echocardiography, การวัด myocardial perfusion ด้วย single-photon emission CT (SPECT), positron emission tomography (PET)/ myocardial contrast echocardiography/ contrast CMR แต่ในผู้ป่วยที่มีเส้นเลือดตีบเล็กน้อย การตรวจด้วยวิธีเหล่านี้อาจให้ผลลบได้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564)

การตรวจหลอดเลือดหัวใจด้วย Coronary CTA ทำให้เห็นลักษณะของผนังหลอดเลือดและ coronary lumen ซึ่งสามารถประเมินความตีบของหลอดเลือดใกล้เคียงกับการทำ invasive coronary angiography (ICA) ถ้า coronary stenosis อยู่ในช่วง 50-90% แนะนำให้ตรวจยืนยันเพิ่มเติมด้วย invasive ต่อไป (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564)

การตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกาย (Exercise stress testing)

จะใช้ทดสอบในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกแบบ angina ใช้ประเมินภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และสมรรถภาพหัวใจ การทดสอบจะให้ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยเดินบนสายพานหรือถีบจักรยาน แพทย์จะปรับความเร็วและความชันของสะพานเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 85 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุดเทียบตามอายุ) ระหว่างนั้นผู้ป่วยจะได้รับการเฝ้าติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลา การออกกำลังกายจะทำให้หัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น หากผู้ป่วยมีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบจะตรวจพบ ST segment ลดต่ำลง หรือ T wave หักกลับ ความแม่นยำในการตรวจทำนายได้ร้อยละ 77 และมีความไวต่อการทดสอบร้อยละ 68 การทดสอบวิธีนี้มีความเสี่ยงทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะระหว่างการทดสอบได้ (วิจิตรากุสุมภ์, 2556)

การสวนและการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Cardiac catheterization and Coronary angiography)

เป็นการตรวจแบบ invasive coronary angiography (ICA) เป็นวิธีการตรวจเพื่อการวินิจฉัย obstructive CAD โดยการใส่สายสวนเข้าหลอดเลือดแดง femoral artery หรือ brachial artery ไปถึงหลอดเลือดแดงโคโรนารี แล้วฉีดสารทึบรังสีและถ่ายภาพรังสีเพื่อดูตำแหน่งและปริมาณการตีบของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่อุดตัน สามารถประเมินการทำหน้าที่ของหัวใจห้องล่างซ้าย และสามารถทำควบคู่กับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดที่ตีบด้วยบอลลูนหรือใส่ขดลวด (stent) ได้ ถ้าไม่สามารถถ่างขยายหลอดเลือดได้ก็จะทราบตำแหน่งที่จะทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่อุดตันต่อไปได้

1.5.2 แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มออกซิเจน และลดความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ จำกัดบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดไม่ให้ขยายวงกว้าง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากหัวใจทำงานไม่มีประสิทธิภาพ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะช็อคจากหัวใจ โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการใช้ยา การสวนหลอดเลือดหัวใจเพื่อขยายหลอดเลือด หรือการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เพื่อช่วยให้เลือดไหลผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น (กอบกุล บุญปราศรัย, 2546; ปราณี ทุ์ไพเราะ และคณะ, 2553)

1.5.2.1 การรักษาด้วยยา มีจุดประสงค์เพื่อลดอาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (anti-angina drugs) และป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิด cardiovascular events โดยการให้ยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด (antithrombotic therapy) ยาต้านเกร็ดเลือด (antiplatelet) และการใช้ยา lipid-lowering drugs (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564) เป็นต้น

1) การรักษาด้วยยาลดอาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (anti-angina drugs) ยากลุ่ม Anti-angina drugs ที่มีใช้ในประเทศไทยประกอบด้วยกลุ่มต่างๆ ดังนี้

- Beta-blockers (BB)
- Calcium channel blocker (CCB) ทั้งที่เป็น dihydropyridines (DHP) หรือ non-DHP CCB
- Nitrates
- Ranolazine
- Trimetazidine
- Ivabradine

การเลือกใช้ยาแต่ละกลุ่มจะพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ โรคร่วม ผลข้างเคียงของยา ปฏิกริยาระหว่างยา (drug interaction) ข้อห้ามในการใช้ยา และความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นต้น

Anti-angina drugs กลุ่มที่ ออกฤทธิ์ลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial oxygen demand) และเพิ่มเลือดไปเลี้ยงหัวใจ (myocardial oxygen supply) มีดังนี้

- ยากลุ่ม nitrates ออกฤทธิ์โดยเพิ่ม nitric oxide และทำให้ cGMP เพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดขยายตัวรวมถึงหลอดเลือดโคโรนารีด้วย ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจเพิ่มขึ้น ลดอาการเจ็บหน้าอก มีทั้งชนิดที่เป็น short acting (แบบอมใต้ลิ้น หรือแบบสเปรย์) และ long acting nitrate (เช่น isosorbide dinitrate หรือ isosorbide mononitrate) แต่ข้อมูลการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการลดอาการเจ็บหน้าอกของยากลุ่ม long acting nitrate ยังไม่ชัดเจน และมีข้อควรระวังในการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยที่มีหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะ right ventricular infarction ที่สำคัญห้ามใช้ยาในผู้ป่วยที่มีประวัติใช้ยา sildenafil หรือ phosphodiesterase 5 inhibitors อื่นภายใน 24 ชั่วโมง (48 ชั่วโมงสำหรับ tadalafil) เพราะจะเพิ่มความเสี่ยงทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำแบบรุนแรง

- ยากลุ่ม beta-blocker ออกฤทธิ์ปิดกั้น beta 1 receptor ทำให้ลดแรงบีบตัวของหัวใจ ลดการเต้นของหัวใจ ลดการทำงานของหัวใจ ทำให้ความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial oxygen demand) ลดลง ทำให้ช่วงคลายตัวของหัวใจ (diastole) นานขึ้น ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจนานขึ้น จึงเกิดสมดุของการใช้ออกซิเจน จึงลดอาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ มีข้อห้ามการใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำ ผู้ที่หัวใจเต้นช้า และแนะนำไม่ให้ใช้ร่วมกับ non-DHP CCB (diltiazem/verapamil)

- ยากลุ่ม Calcium channel blocker แบ่งออกเป็น กลุ่ม DHP-CCB เช่น amlodipine ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายและหลอดเลือดโคโรนารี ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง ลด

afterload เลือดออกจากหัวใจได้ดีขึ้น ทำให้ความดันในห้องหัวใจขณะคลายตัวลดลง เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น ส่วนกลุ่ม Non-DHP CCB เช่น verapamil หรือ diltiazem ออกฤทธิ์คล้ายกับ DHP-CCB แต่มีผลในการลดอัตราการเต้นของหัวใจและลดอัตราการบีบตัวของหัวใจ จึงไม่ควรใช้ร่วมกับยากลุ่ม beta-blocker

- Ivabradine ออกฤทธิ์ปิดกั้น funny current channel ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ส่งผลให้ความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้ช่วงคลายตัวของหัวใจนานขึ้น เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้นานขึ้น โดยไม่มีผลกระทบต่ออัตราการบีบตัวของหัวใจ แต่ห้ามใช้ในผู้ที่มีความดันโลหิตต่ำ หรือผู้ที่หัวใจเต้นช้า และไม่ควรใช้ร่วมกับยาที่มีฤทธิ์ยับยั้ง cytochrome P450 3A4 (CYP3A4)

Anti-angina drugs กลุ่มที่ออกฤทธิ์โดยการปรับเปลี่ยนการเผาผลาญพลังงานของของกล้ามเนื้อหัวใจ (metabolic modifiers) มีดังนี้

- Ranolazine มีกลไกการออกฤทธิ์ที่สำคัญคือยับยั้ง late inward sodium current ทำให้แคลเซียมในเซลล์ลดลง ส่งผลให้ความดันในห้องหัวใจขณะคลายตัวลดลง เลือดจึงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังลดการใช้พลังงานจากกรดไขมันมาใช้พลังงานกลูโคสแทน ทำให้เกิดสมดุลการใช้ออกซิเจนในกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น มีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยตับแข็ง, ระยะเวลา QTc ยาวมากกว่า 500 ms และห้ามใช้ร่วมกับยาที่มีฤทธิ์ยับยั้ง cytochrome P450 3A4 (CYP3A4)

- Trimetazidine มีกลไกการออกฤทธิ์ที่สำคัญคือ ช่วยปรับเปลี่ยนการเผาผลาญพลังงานของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยลดการใช้พลังงานจากกรดไขมันมาใช้พลังงานกลูโคสแทน ทำให้เกิดสมดุลการใช้ออกซิเจนในกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น ลดการเกิด lactic acidosis จากการเหลือค้างของกลูโคส แต่ห้ามใช้ในผู้ป่วยพาร์กินสัน หรือโรคระบบประสาทที่มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ หลงใต้ง่วงหรือให้หมดสติ และผู้ที่มีภาวะไตทำงานบกพร่องรุนแรง (creatinine clearance < 30 mL/min)

2) การรักษาเพื่อป้องกันการเกิด cardiovascular events และการรักษาอื่นๆ ที่สำคัญ ดังนี้

- การใช้ยาต้านเกร็ดเลือด (anti-platelet) และยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) เป็นการรักษาหลักที่สำคัญ ยาที่แนะนำในลำดับแรกคือ aspirin ขนาด 81-100 มก. แต่สามารถให้ clopidogrel ขนาด 75 มก. ต่อวันในผู้ป่วยที่ทนผลข้างเคียงของ aspirin ไม่ได้ หากผู้ป่วยเคยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาก่อน หรือมีความเสี่ยงต่อการเกิด ischemic event ระดับกลางขึ้นไป โดยมีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกต่ำ อาจพิจารณาให้ยาต้านเกร็ดเลือด หรือยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือดควบคู่กันไปกับ aspirin โดยสามารถเลือกชนิดของยาได้ทั้ง clopidogrel, prasugrel, ticagrelor หรือ rivaroxaban (ขนาดต่ำ 2.5 มก. วันละ 2 ครั้ง)

- การใช้ยาควบคุมไขมันในเลือดและการใช้อื่นที่สำคัญ มีการศึกษาพบว่า การลดระดับ LDL-C ให้ต่ำลงได้ จะยังมีประโยชน์และไม่พบผลเสียร้ายแรงจากการลด LDL-C ที่สำคัญผู้ป่วยควร

ได้รับยาที่มีการศึกษาว่าช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ในระยะยาว เช่น ควรให้ยา high potency statin เพื่อลดระดับ LDL-C และควรให้ยากลุ่ม ACE inhibitor/ARB ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ความดันโลหิตสูง หรือเบาหวาน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิด cardiovascular event

1.5.2.2 การสวนหัวใจขยายหลอดเลือด (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) คือหัตถการที่ทำเพื่อให้หลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่ตีบแคบได้ขยายเปิดกว้าง ออกโดยผ่านทางผิวหนังเข้าสู่หลอดเลือด โดยใส่สายสวนชนิดพิเศษขนาดเล็กเส้นผ่านศูนย์กลาง ประมาณ 2 มิลลิเมตรที่มีบอลลูน ผ่านเข้าทางผิวหนังเข้าสู่หลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ ข้อมือ หรือ ข้อพับแขน จนเข้าไปถึงหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มีการตีบและถ่างขยายหลอดเลือด โดยแบ่งการสวนหัวใจขยายหลอดเลือดเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1) การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (percutaneous transluminal coronary angioplasty : PTCA) คือการใช้สายสวนที่มีบอลลูนเข้าไปยังหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่ตีบแล้วอัดแรงดันให้บอลลูนโป่งออกเพื่อดันคราบไขมันที่อุดตันให้แบนราบ จากนั้นแฟบบอลลูนแล้วนำสายสวนออก การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น แต่หลังจากนำบอลลูนออกพบว่าอาจเกิดภาวะหลอดเลือดตีบเฉียบพลันได้

2) การขยายหลอดเลือดด้วยการใส่โครงตาข่ายขดลวด (coronary artery stent) ในผู้ป่วยบางรายแพทย์จะใส่ขดลวด (Stent) ถ่างขยายหลอดเลือดค้างไว้เพื่อป้องกันการตีบซ้ำ วิธีทำคล้ายกับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน โดยขดลวดทำจากโลหะที่มีความยืดหยุ่น มีลักษณะเป็นตาข่าย วางอยู่บนบอลลูนที่ยังแฟบ เมื่อใส่บอลลูนเข้าไปยังหลอดเลือดหัวใจที่ตีบแล้วโป่งบอลลูนออกเพื่อขยายหลอดเลือด ขดลวดจะขยายออกและวางอยู่ติดกับผนังด้านในหลอดเลือด ถ่างขยายค้างย่นหลอดเลือดไว้ไม่ให้ตีบซ้ำ ปัจจุบันขดลวดมี 2 ชนิด คือ แบบ Bare-Metal Stent (BMS) เป็นขดลวดที่ไม่ได้เคลือบยาไว้ และแบบ Drug-eluting Stent (DES) เป็นขดลวดที่มีการเคลือบยาไว้เพื่อยับยั้งการเกิด restenosis หรือ การตีบซ้ำของหลอดเลือด (Brunner, Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2010)

การสวนหัวใจขยายหลอดเลือดจะทำให้เลือดแดงโคโรนารีไหลเวียนได้ดีขึ้น เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้เพียงพอ ลดการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ลดอาการเจ็บแน่นหน้าอก ในปัจจุบันพบว่า การสวนหัวใจขยายหลอดเลือดเป็นวิธีการรักษาที่ได้รับความนิยม เนื่องจากไม่ต้องทำผ่าตัด ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพียง 1-2 วัน

ภาวะแทรกซ้อนหลังการสวนหัวใจขยายหลอดเลือด ได้แก่ หลอดเลือดแดง ถูกเข่าหรือแตก การอุดตันหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีจากการหดเกร็งหรืออุดตันจากลิ่มเลือด การแพ้

สารที่บรังสี ไตวายเฉียบพลัน ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ล้มเลือดอุดตันที่สมอง (อภิชาติ สุคนธ์สรรพ, 2555)

1.5.2.3 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft: CABG) เป็นการผ่าตัดเพื่อรักษาหลอดเลือดหัวใจ ในกรณีที่ไม่สามารถรักษาด้วยยาหรือไม่สามารถทำการขยายหลอดเลือดได้ การผ่าตัดจะทำทางเบี่ยงให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ โดยใช้หลอดเลือดแดงที่มาจากบริเวณทรวงอกและเต้านม (Internal mammary artery) ต่อกับ left anterior descending coronary artery (Castro et al., 2017) หรือหลอดเลือดดำที่ขา (saphenous) มาเชื่อมต่อกับหลอดเลือดเอออร์ตากับหลอดเลือดแดงโคโรนารีตรงบริเวณที่ต่อจากตำแหน่งที่อุดตัน เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้เพียงพอ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้เลือดศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาด้วยวิธีการสวนหัวใจ เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่พบบ่อยในปัจจุบัน แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาส່วนใหญ่ยังมีความวิตกกังวลและขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการสวนหัวใจที่ถูกต้อง

1.5.3 การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้

คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเมื่ออยู่บ้าน (วชิราภรณ์ สุนนวงศ์ อภรณ์ ดินาน สงวน ธาณี สมสมัย รัตนกริษากุล และชัชวาล วัตนะกุล, 2558) มีดังต่อไปนี้

1.5.3.1 การเลิกสูบบุหรี่ เพราะนิโคตินจะทำให้หลอดเลือดหดตัวลดลง หัวใจจะเต้นแรงและเร็ว หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น

1.5.3.2 การดื่มสุรา ควรหลีกเลี่ยง เพราะจะไปกระตุ้นหัวใจ รวมทั้งเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ โกโก้ และน้ำอัดลม

1.5.3.3 การควบคุมอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง เพราะจะทำให้หลอดเลือดตีตันมากขึ้น รวมถึงลดการบริโภคเกลือโซเดียม และซอสปรุงรสต่างๆ ส่งเสริมการรับประทานเนื้อปลา เพราะช่วยลดไขมันโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ที่เป็นปัจจัยในการเกิดโรคหัวใจด้วย (Kinney, Packa, Andreoli, & Zipes, 1991)

1.5.3.4 หลีกเลี่ยงความเครียดและความวิตกกังวล ควรมีวิธีในการลดความเครียดและกังวล เพราะความเครียดทำให้ร่างกายหลั่งสารสื่อประสาทที่ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดหดตัว ทำให้เกิดการเจ็บหน้าอก

1.5.3.5 การดูโทรทัศน์ ควรหลีกเลี่ยงรายการที่ทำให้ตื่นเต้นมาก

1.5.3.6 การออกกำลังกาย การเดินเป็นการออกกำลังกายที่ดี โดยควรเดินช้าๆก่อนแล้วจึงค่อยๆเพิ่มความเร็วและระยะทางตามกำลัง

1.5.3.7 การทำงาน ควรเริ่มต้นจากงานเบาๆก่อน จึงค่อยๆเพิ่ม ถ้าไม่มีอาการผิดปกติ

1.5.3.8 การพักผ่อน ควรนอนหลับ 6-8 ชั่วโมงทุกคืน

1.5.3.9 การไต่ถาม ควรพกยาไนโตรกลีเซอรินติดตัวตลอดเวลาเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกให้หยุดกิจกรรมทันทีแล้วอมยาใต้ลิ้นทุก 3-5 นาที จนกว่าอาการจะดีขึ้น ถ้าไม่ดีขึ้นภายใน 15-20 นาทีที่ต้องติดต่อแพทย์หรือโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด ควรเก็บรักษายาในขวดสีชา ถ้ายาเสื่อมสภาพเมื่ออมแล้วจะไม่รู้สึกซ่า

1.5.3.10 การขับถ่าย แนะนำให้รับประทานผักและผลไม้ เพื่อป้องกันท้องผูก และห้ามแบ่งถ่ายอุจจาระ

1.5.3.11 เพศสัมพันธ์ ถ้าผู้ป่วยสามารถขึ้นบันได 2 ชั้นใน 1 วินาทีแล้วไม่พบว่ามีอาการหายใจลำบากก็สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ หากผู้ป่วยประเมินสภาพตัวเอง ควรใช้สถานที่คุ้นเคย เวลาตอนเช้าหลังจากพักผ่อนมาเต็มที่ อมยาไนโตรกลีเซอรินก่อน ใช้ท่าสบายๆ ไม่หักโหม ควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์หลังรับประทานอาหารใหม่ๆ ถ้ามีเพศสัมพันธ์ควรจะรอหลังจากนั้น 3 ชั่วโมง ต้องสังเกตอันตรายจากการมีเพศสัมพันธ์ ถ้าพบอาการเหล่านี้ควรรายงานให้แพทย์ทราบได้แก่

- 1) หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่นอยู่นาน เป็นเวลา 15 นาทีหรือมากกว่า
- 2) มีอาการหายใจติดขัด หอบ หรืออัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที เป็นเวลา 15 นาทีหรือมากกว่า
- 3) มีอาการเจ็บหน้าอกในระหว่างหรือหลังร่วมเพศ
- 4) นอนไม่หลับหลังร่วมเพศ
- 5) อ่อนเพลีย หรืออ่อนล้าหลังร่วมเพศ 1-2 วัน

1.5.4 ผลกระทบของโรคหัวใจขาดเลือด

การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ดังนี้

ด้านร่างกาย ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจะมีอาการไม่สุขสบายจากอาการของโรคได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก รู้สึกเหนื่อยง่ายหรือความทนต่อการมีกิจกรรมต่างๆลดลง อ่อนเพลีย และผู้ป่วยที่ดูแลตนเองไม่เหมาะสมมักจะต้องเข้ารับการรักษาด้วยอาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (unstable angina) สูงถึงร้อยละ 20 (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) และนอกจากนั้นผู้ป่วยบางส่วนยังมีปัญหาเรื่องนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพออีกด้วย เป็นต้น

ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดส่วนใหญ่จะความวิตกกังวลเกิดขึ้นเนื่องจากอาการไม่สุขสบายทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้น และเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาและ

ติดตามอาการกับแพทย์ในโรงพยาบาลอยู่เสมอ การรักษาในโรงพยาบาลที่ต่อเนื่องยาวนานจะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวเพิ่มขึ้น กระทั่งกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยวิตกกังวลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นด้วย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) บางรายอาจรู้สึกท้อแท้และสิ้นหวัง ความมีคุณค่าในตนเองลดลง นอกจากนี้ อาจเกิดความหวาดกลัว โกรธ และหมดหวัง และมักเปลี่ยนมาเป็นโรคซึมเศร้าได้ในระยะ 6 เดือนแรกหลังมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (วชิราภรณ์ สุนนวงศ์ et al., 2558)

ด้านสังคม พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ส่งผลต่อบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายลดลง ผู้ป่วยบางรายอาจไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือทำงานที่เคยทำมาก่อนได้ ทำให้บทบาททางสังคมของผู้ป่วยถูกจำกัด บทบาทของสมาชิกในครอบครัวอาจมีการเปลี่ยนแปลง อาจต้องเปลี่ยนมาพึ่งพาผู้อื่น (วชิราภรณ์ สุนนวงศ์ et al., 2558)

2. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

2.1 ความหมายของความวิตกกังวล

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2556) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว ไม่สบายใจ เกรงว่าจะมีสิ่งร้ายหรือสิ่งไม่ดีเกิดขึ้นกับตนเอง

Graham and Conley (1971) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความเครียดที่เกิดจากความกลัวหรือไม่สบายใจ ซึ่งเกิดจากการนึกคิดหรือทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นว่าเป็นอันตรายต่อตนเองได้ ไม่สามารถกำหนดสาเหตุที่แน่ชัดได้ เป็นสัญญาณเตือนให้บุคคลมีความเตรียมพร้อมต่อสู้กับเหตุการณ์ที่มาคุกคาม

Guzzetta and Forsyth (1979) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของแต่ละบุคคล ต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคามทั้งที่เป็นจริงและคาดว่าจะ เป็น ซึ่งการตอบสนองทางด้านร่างกาย แสดงออกเด่นชัดที่สุดคือ ระบบประสาทซิมพาเทติกจะถูกกระตุ้นส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ส่วนการตอบสนองทางด้านจิตใจ ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ ยุ่งยากและหวั่นกลัวต่อเหตุการณ์ข้างหน้าที่คุณคิดว่า จะเกิดขึ้น

Spielberger and Guerrero (1983) กล่าวว่า ความวิตกกังวล (Anxiety) หมายถึง ความรู้สึกถึงความตึงเครียด หวาดหวั่น กลัว อึดอัด ไม่สบายใจ และกังวลของบุคคล ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณคามหรืออาจเป็นอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งที่คุณคามนั้นอาจมีจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า และผลจากความวิตกกังวลจะไปกระตุ้นให้ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานเพิ่มมากขึ้น

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีความตึงเครียด หวาดหวั่น กลัว อึดอัด ไม่สบายใจและกังวล จากการที่บุคคลมีการรับรู้และแปรความหมายเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ ว่าคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งที่บุคคลคิดว่าคุกคามต่อตนเองนั้น อาจเป็นสิ่งที่มียูอยู่จริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า ซึ่งอาจไม่มีอยู่จริงก็ได้

2.2 ประเภทของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) และความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait anxiety) (Spielberger & Sydeman, 1994) ดังนี้

2.2.1 ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety or A-State) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในขณะที่มีเหตุการณ์หนึ่งๆ เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว ทำให้บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ ตึงเครียด กระวนกระวายใจ ไม่พอใจ โดยความรุนแรงและระยะเวลาของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันในแต่ละครั้งและแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่มากระทบบุคลิกภาพ การเรียนรู้ อุปนิสัยและประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

2.2.2 ความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait anxiety or A-Trait) เป็นความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล หรือความวิตกกังวลแฝง เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ มีลักษณะค่อนข้างคงที่และไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมโดยตรง ความวิตกกังวลในแต่ละบุคคลจะมากหรือน้อยแตกต่างกันไป ผู้ที่มี A-trait ในระดับสูงอาจรับรู้ว่ามีสถานการณ์หรือสิ่งคุกคามเป็นอันตรายต่อตนเองมากกว่าผู้ที่มี A-trait ในระดับต่ำ และความวิตกกังวลแบบแฝงนี้จะเป็นตัวเสริมหรือเพิ่มความรุนแรงของภาวะความวิตกกังวลขณะเผชิญในแต่ละครั้งที่เกิดขึ้น

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) ในผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการสวนหัวใจ ซึ่งการสวนหัวใจเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ และทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น เนื่องจากเป็นการตรวจที่ไม่สามารถคาดคะเนถึงผลการตรวจหรือผลลัพธ์การรักษาได้ล่วงหน้า ความไม่แน่นอนในผลลัพธ์ของการตรวจร่วมกับภาวะการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลขึ้น

2.3 ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ (Hildegard E. Peplau, 1952; Morrison-Valfre, 2005; Stuart & Sundeen, 1987) ดังนี้

2.3.1 ความวิตกกังวลเล็กน้อย (Mild Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ทั่วไปในชีวิตประจำวัน เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลรู้สึกตื่นตัวมากขึ้น มีความพยายามและความสามารถในการเรียนรู้และการแก้ปัญหาดีขึ้น มีการรับรู้ที่รวดเร็ว มีสมาธิ ความคิดและความจำดีขึ้น ในระยะนี้บุคคลจะสามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดีมากขึ้น อาการที่แสดงออกทางร่างกายที่อาจพบได้ คือ ปากแห้ง มีอารมณ์หงุดหงิด ไม่ค่อยสุขสบาย นอนไม่หลับ แต่อาการต่างๆ ในระยะนี้บุคคลจะสามารถควบคุมและจัดการตนเองได้ ทำให้อาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ หายไปอย่างรวดเร็ว

2.3.2 ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate Anxiety) บุคคลจะมีการรับรู้และความสามารถในการเรียนรู้ลดลง เลือกลงใจเฉพาะบางสิ่งบางอย่าง โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ในระยะนี้อาจแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น ซ้ำพรเต้นเร็วขึ้น หายใจแรง ปวดศีรษะ รู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง เป็นต้น

2.3.3 ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe Anxiety) ทำให้บุคคลมีสติสัมปชัญญะและการรับรู้ต่าง ๆ ลดลงมาก รู้สึกไม่สบายทั้งร่างกายและจิตใจ มีนั่งและสับสน ไม่สามารถจดจำรายละเอียดหรือเรียนรู้การแก้ปัญหาได้ ความรู้สึกจะถูกจำกัดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่งอยู่ตลอดเวลา การมองบุคคลหรือสภาพแวดล้อมบิดเบือนไปจากสภาพของความเป็นจริง เกิดความกลัวและมีอาการย้ำคิดย้ำทำ ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีอาการใจสั่นจากอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูง หายใจเร็ว หลอดเลือดหดตัว นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ปากแห้ง ปัสสาวะบ่อย

2.3.4 ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Panic Anxiety) เมื่อมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และไม่สามารถจัดการระดับความวิตกกังวลให้ลดลง จนถึงจุดที่บุคคลไม่สามารถจะทนต่อไปได้ จะส่งผลให้บุคคลมีความผิดปกติทางจิต บุคคลจะมีการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่างๆ บิดเบือนไปจากความจริง สูญเสียการควบคุมตนเอง มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม สูญเสียความสามารถในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ มีอาการสับสน เอะอะว๊วยวาย เห็นภาพหลอน หรือแยกตัว อาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่นได้

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง เนื่องจากเป็นระดับที่มีการรับรู้แคบลงและความสามารถในการแก้ไขปัญหาลดลง ส่งผลต่อการแสดงออกทางด้านร่างกายและจิตใจ การได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย (Mild Anxiety) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั่วไปในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยสามารถควบคุมและจัดการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ด้วยตนเอง ทำให้ความวิตกกังวลหายไปอย่างรวดเร็ว และความวิตกกังวลในระดับรุนแรง (Panic Anxiety) ผู้ป่วยจะมีการรับรู้แคบมาก ไม่สามารถควบคุมอาการและพฤติกรรมที่แสดงออกได้ จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาจากแพทย์ ผู้วิจัยจึงไม่ได้เลือกศึกษาความวิตกกังวลในสองระดับนี้

2.4 ผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเมื่อเกิดความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ (Johnson, 1993; ซอลดา พันธุเสนา, 2536; สุวนีย์ ตันติพัฒนานันท์, 2522) ดังต่อไปนี้

2.4.1 ด้านชีวเคมีในสมอง (Biochemical) เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางให้ทำงานมากขึ้น คือ สมองและไขสันหลัง

โดยผ่านทาลามัส (thalamus) และผ่านเข้าสู่ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ซึ่งเป็นศูนย์กลางของ อารมณแล้วส่งต่อสัญญาณประสาทไปยังสมองส่วนซีรีบรัม (cerebrum) ซึ่งทำหน้าที่รับรู้สิ่งเร้าและ กระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) และไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ทำให้ต่อมพิทูอิทารีหลั่ง ฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิก (adrenocorticotrophic hormone: ACTH) ไปกระตุ้นให้ต่อมหมวก ไตชั้นนอก (adrenal cortex) ให้หลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortical hormone) ทำให้เกิดการคั่งของ โซเดียม ลดการทำงานของต่อมพิทูอิทารีส่วนหลังซึ่งหลั่งฮอร์โมนแอนติไดยูเรติก (antidiuretic hormone) ซึ่งควบคุมระบบการขับถ่ายปัสสาวะ เมื่อวิตกกังวลมากขึ้นจะทำให้ปัสสาวะบ่อยขึ้น และ ความวิตกกังวลจะไปกระตุ้นสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ผ่านระบบประสาทอัตโนมัติ ซิมพาเทติก ไปยังต่อมหมวกไตชั้นใน (adrenal medulla) ให้มีการหลั่งฮอร์โมนแคทีโคลามีน ได้แก่ อีพิเนฟริน (epinephrine) และนอร์อีพิเนฟริน (norepinephrine) เข้าสู่กระแสเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งมีผล ทำให้ร่างกายมีการตอบสนองในการที่จะต่อสู้หรือหนี

2.4.2 ด้านสรีรวิทยา (Physiological) การเปลี่ยนแปลงจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ ระดับความวิตกกังวล เป็นผลจากการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกและพาราซิม พาทิก ทั้งสองระบบทำงานตรงข้ามกันเพื่อคงการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายให้อยู่ใน สภาพสมดุล เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะมีระดับสารแคทีโคลามีนในเลือดสูงขึ้นทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลง คือ ส่งผลให้มีอาการหัวใจเต้นเร็วและแรง หายใจเร็วและลึกขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น เกิดภาวะหลอดเลือดหดเกร็ง เหงื่อออก ตัวเย็น ปัสสาวะบ่อย ม่านตาขยาย ริมฝีปากแห้ง กล้ามเนื้อ เกร็ง ตัวสั่น นอนไม่หลับ เกิดการเผาผลาญอาหารในร่างกายและมีการหลั่งน้ำย่อยเพิ่มขึ้น น้ำตาลถูก ขับออกจากตับมากขึ้น (สวณีย์ ตันติพัฒนานันท์, 2522)

2.4.3 ด้านจิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม เมื่อบุคคลถูกคุกคามจนทำให้รู้สึกวิตกกังวล จะมีการตอบสนองและการพยายามปรับตัวต่อความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ซึ่งจะขึ้นอยู่กับระดับความ วิตกกังวลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นๆ ในสถานะที่มีความวิตกกังวลเล็กน้อยจะทำให้บุคคลตื่นตัว มี การรับรู้และตระหนักต่อสิ่งแวดล้อมมากขึ้น แต่ถ้ามีความวิตกกังวลมากจะทำให้ ไม่สบายใจ อึดอัด หวาดหวั่น โกรธหงุดหงิด โมโหง่าย เศร้า แยกตัว กลัวการเข้าสังคม รู้สึกคุณค่าในตนเองลดต่ำลง และ อาจแสดงพฤติกรรมถอยหนี (flight behavior) โดยการถอยหนีออกจากเหตุการณ์ (withdrawal) การปฏิเสธ (denial) (Chisholm, 1988) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่องาน การแสดงบทบาทและ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีปัญหา อาจไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือแม้กระทั่งการ เข้ารับการรักษาที่ส่งผลต่อชีวิต (Samira E. Aboalizm et al., 2016)

2.4.4 ความคิด ความจำ และการเรียนรู้ บุคคลจะมีการรับรู้เรื่องต่างๆ เปลี่ยนแปลง ไปตามระดับความวิตกกังวล เมื่อมีความวิตกกังวลระดับสูงจะทำให้การตัดสินใจไม่ดี สมาธิไม่ดี การ รับรู้บกพร่อง หลงลืมง่าย ความคิดหมกมุ่น มึนงง (ชอลดา พันธุเสนา, 2536)

2.5 การประเมินความวิตกกังวล

การประเมินความวิตกกังวลสามารถประเมินได้ 3 วิธี ดังนี้

2.5.1 ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of anxiety) โดยดูจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การหายใจ การขยายของรูม่านตา การมีเหงื่อออก เป็นต้น (Stuart & Sundeen, 1987)

2.5.2 ประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral measure of anxiety) การสังเกตพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก จะสังเกตถึงความสัมพันธ์ของการเคลื่อนไหว คำพูด การสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด การรับรู้ ความสอดคล้องของการทำงานของร่างกาย ความจำ เนื่องจากเชื่อว่าพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนจากอารมณ์ภายใน ที่สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น อาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด มือสั่น กัดริมฝีปาก ถอนหายใจ ขาดสมาธิ ร้องไห้ นอนไม่หลับ เป็นต้น ซึ่งแต่ละบุคคลจะแสดงออกแตกต่างกัน (Graham & Conley, 1971)

2.5.3 ประเมินจากการใช้แบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) โดยให้บุคคลประเมินความรู้สึกของตนเองตามความเป็นจริงลงในแบบประเมิน แล้วนำคะแนนมาประเมินหาระดับความวิตกกังวล แบบประเมินที่นิยมใช้มีดังนี้

1) The state trait anxiety inventory (STAI) ของ Spielberger และคณะ พัฒนาขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1970 และปรับปรุงแก้ไขในปี ค.ศ.1983 (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983) เป็นแบบวัดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ โดยแยกประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญและ ความวิตกกังวลแฝง ดังนี้

1.1) แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Form Y-1) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัด Rating scale 4 ระดับ จากไม่มีความรู้สึกนั้นเลยจนถึงมากที่สุด คะแนนรวมต่ำสุด 20 คะแนน และคะแนนรวมสูงสุด 80 คะแนน

1.2) แบบวัดความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety Form Y-2) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 13 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัด Rating scale 4 ระดับ จากไม่มีความรู้สึกนั้นเลยจนถึงมากที่สุด คะแนนรวมต่ำสุด 20 คะแนน และคะแนนรวมสูงสุด 80 คะแนน

แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) ของ Spielberger ได้ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายในบุคคลหลายกลุ่มและหลายประเทศ มีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับ รวมถึงฉบับแปลภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์ จิน แบรี่ และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต ปีพ.ศ.2534 ใน ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) ก็ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายเช่นเดียวกัน เช่น

นิพนธ์ วาตาดา และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2562) ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการสวนหัวใจจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

2) แบบประเมินความวิตกกังวลแบบมาตรวัดสายตา (Visual analog scale) ของ การ์เบอร์สัน (Garberson, 1991) เป็นแบบประเมินตนเองที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงตามแนวนอน มีความยาว 10 เซนติเมตร กำหนดความวิตกกังวลตั้งแต่ไม่มีเลยที่จุดเริ่มต้นทางด้านซ้ายมือ และเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ไปทางด้านขวามือ จุดสิ้นสุดของเส้นตรงด้านขวามือคือความวิตกกังวลสูงสุด มีวิธีการวัดโดยให้ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมาย x ลงบนเส้นตรงที่แสดงถึงความวิตกกังวลของตนในขณะนั้น และให้คะแนนตามการวัดจากจุดที่ไม่มีความวิตกกังวลไปจนถึงจุดที่ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมายไว้ ผู้ที่มีคะแนนมากจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีคะแนนน้อย

3) แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale : HADS) พัฒนาขึ้นโดย Zigmon & Snaith ในปี 1983 และแปลเป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ข้อคำถามใช้ประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอย่างละ 7 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert scale มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 การคิดคะแนนความวิตกกังวลคิดเป็นข้อที่ทั้งหมด รวมกับการคิดคะแนนภาวะซึมเศร้าในข้อคู่ทั้งหมด เมื่อได้คะแนนทั้งหมดรวมกันโดยแบ่งช่วงคะแนน ดังนี้ 0-7 คะแนน ไม่มีอาการ 8-10 คะแนน มีอาการแต่ไม่เป็นโรค และ 11 คะแนนขึ้นไปเป็นโรค โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) ได้นำแบบประเมิน HAD ฉบับภาษาไทยไปทดสอบในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 60 ราย ได้ค่าความเที่ยง 0.85 สำหรับค่า anxiety sub-scale และ 0.82 สำหรับ depression sub-scale

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ The state anxiety inventory: Form Y-1 ของ Spielberg (1983) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์จัน แบรี และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต ใน ดารารวรรณ ต๊ะปินตา (2534) เนื่องจาก การสวนหัวใจเปรียบเสมือนเป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น และเป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนเข้าสวนหัวใจไปจนกระทั่งหลังสวนหัวใจเสร็จ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความวิตกกังวลของ Spielberg (1983) อีกทั้งเครื่องมือยังเคยถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลาย มีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับ และเคยถูกนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังเข้ารับการสวนหัวใจ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา และมีค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้

2.6 ผลกระทบของความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ความวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้

2.6.1 ด้านร่างกาย

ความวิตกกังวลจะส่งผลกระทบต่อหัวใจของผู้ป่วยโดยตรง จากการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติให้หลั่งสารแคทีโคลามีนเพิ่มขึ้น ได้แก่ อะดรีนาลีนและนอร์อะดรีนาลีน ส่งผลต่อสัญญาณชีพของผู้ป่วย ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น หลอดเลือดหดตัวมากขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็วขึ้น หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวผิดปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคล้ายโรคหัวใจขาดเลือดกะทันหันชั่วคราว เช่น แน่นหน้าอก หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ igrasักระส่าย และหน้ามืด (Delewi et al., 2017) การเพิ่มขึ้นของสารแคทีโคลามีนในเลือดระดับสูงยังไปทำลายผนังหลอดเลือด (endothelial) กระตุ้นการสะสมของคราบไขมัน (plaque) ในผนังหลอดเลือด เพิ่มการรวมกลุ่มของเกล็ดเลือด ทำให้ภาวะหัวใจขาดเลือดรุนแรงขึ้น และเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในระยะต่อมาได้ (Fehder, 1999; Munk et al., 2012) เพิ่มความเสี่ยงต่ออัตราการเสียชีวิต ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย บางรายอาจไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำการสวนหัวใจได้ เช่น เลือดออก มีก้อนเลือดได้ ผิวหนัง หรือมีอันตรายต่อหลอดเลือดบริเวณที่สวนหัวใจ

2.6.2 ด้านจิตใจ

เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและไม่สามารถปรับตัวหรือไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยอาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตขึ้นได้ เช่น โรควิตกกังวล (Anxiety disorder) และโรคซึมเศร้า (Depression) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ พฤติกรรมและการรับรู้ ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวล ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางขึ้นไปจะมีความสามารถในการเรียนรู้และเข้าใจสิ่งต่างๆ ลดลง มีอารมณ์รุนแรงหรือเปลี่ยนแปลงง่าย แยกตัว ส่งผลกระทบต่องาน การแสดงบทบาทและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลมีปัญหา (Samira E. Aboalizm et al., 2016) ขาดความร่วมมือในการรักษา เช่น ความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง (Salari et al., 2018) เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อความวิตกกังวลได้ จะต้องได้รับการรักษาด้วยยาคลายกังวลเพิ่มเติม ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะฟุ้งพาและมีความต้องการการดูแลจากเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น (Sahar Adham Ali, 2015)

2.6.3 ด้านสังคม

เมื่อผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลในระดับสูง ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมแยกตัว ไม่สนใจสิ่งรอบแวดล้อม ทำให้เกิดผลกระทบต่องานและการแสดงบทบาทอื่นๆ ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะฟุ้งพาและมีความต้องการการดูแลจากเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากวันกลัว ไม่แน่ใจในการปฏิบัติกิจกรรม ทำให้พักรักษาตัวนานขึ้น (Sahar Adham Ali, 2015) หรืออาจเป็นภาระของคนในครอบครัว บางรายมีปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Samira E. Aboalizm et al., 2016)

2.6.4 ผลกระทบต่อประเทศชาติ

ในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจำนวนมาก ความวิตกกังวลส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาจึงสูงขึ้น (Sahar Adham Ali, 2015) ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้ประเทศชาติสูญเสียประชากรวัยทำงานและค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ

จะเห็นได้ว่า ผลกระทบจากความวิตกกังวลส่งผลเสียต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดค่อนข้างมาก ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เนื่องจากผู้ป่วยที่ถูกนัดมาสวนหัวใจ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลสั้นเพียง 1-2 วัน และจะถูกหมุนเวียนการดูแลจากเจ้าหน้าที่หลายหน่วยงาน ตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอก การเตรียมผู้ป่วยก่อนสวนหัวใจในหอผู้ป่วยในทั่วไป หน่วยสวนหัวใจและหลอดเลือด และการดูแลหลังสวนหัวใจในหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ หรือหอผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งเห็นได้ว่าเจ้าหน้าที่แต่ละหน่วยงานจะมีช่วงเวลาในการดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลาไม่นาน และส่วนใหญ่จะเน้นการเตรียมผู้ป่วยทางด้านร่างกายมากกว่าทางด้านจิตใจ ปริมาณคนไข้ที่มีจำนวนมากอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาวะทางจิตใจและการช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจไม่เพียงพอ และเพื่อเป็นการพัฒนาแนวทางในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการลดความวิตกกังวลดังกล่าว

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวล

โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นตั้งแต่แรกเริ่มมีอาการเจ็บหรือแน่นหน้าอก (Celano, Daunis, Lokko, Campbell, & Huffman, 2016) แต่เมื่อเข้ารับการรักษาและแพทย์แจ้งว่าให้สวนหัวใจ ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการสวนหัวใจไปจนกระทั่งในระยะหลังสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยที่ถูกนัดเข้าสวนหัวใจ จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการสวนหัวใจ เนื่องจากการสวนหัวใจเป็นการตรวจพิเศษและจำเพาะ ต้องได้รับการเตรียมตัวเหมือนการผ่าตัด ผู้ป่วยจำนวนมากขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการสวนหัวใจ บางรายเข้าใจว่าการสวนหัวใจคือการผ่าตัด เกิดการคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ต่างๆ ที่ยังไม่เกิดขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยที่ถูกนัดหมายเข้าสวนหัวใจจะมีระดับความวิตกกังวลในระยะก่อนสวนหัวใจสูงกว่าหลังสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน (Delewi et al., 2017) และมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลแตกต่างกันไป (Gu et al., 2016) ดังนี้

3.1 ระยะก่อนสวนหัวใจ คือ ระยะการตรวจวินิจฉัยและรอเข้ารับการรักษาหัวใจ เริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ด้วยอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบเรื้อรัง และแพทย์แจ้งผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษาหัวใจเพื่อตรวจและรักษาภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งการตรวจสวนหัวใจนั้นเปรียบเสมือนปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและกังวลต่อสิ่งที่ต้องเผชิญ เนื่องจากเป็นหัตถการ

ที่มีการสอดใส่สายสวนเข้าไปในร่างกาย ผู้ป่วยจึงมีการรับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่อาจคุกคามชีวิตและตนเองไม่สามารถควบคุมได้ (Trotter et al., 2011) จึงมีความกลัวและวิตกกังวลเกิดขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจแบบวางแผนล่วงหน้า พบว่า ส่วนใหญ่เริ่มศึกษาในวันที่นัดผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาล 1 วันก่อนเข้าสวนหัวใจ และผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าสวนหัวใจแบบถุกนัดหมายล่วงหน้า มีความวิตกกังวลสูงร้อยละ 81.8 (ขวัญเมือง สอนดา, 2558) แต่เนื่องจากความวิตกกังวลในระดับปานกลางและระดับสูงจะส่งผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยให้แคลง ดังนั้น ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจจดจำรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับได้จำกัด และอาจมีอาการและมีพฤติกรรมที่แสดงออกในด้านลบ เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย นอนไม่หลับ (Hildegard E. Peplau, 1952; Morrison-Valfre, 2005; Stuart & Sundeen, 1987) สอดคล้องกับการศึกษาของ Delewi et al. (2017) พบว่า ความวิตกกังวลจะสูงสุดในระยะก่อนสวนหัวใจ และจะลดลงในระยะหลังสวนหัวใจ จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยความวิตกกังวลในระยะก่อนสวนหัวใจมีสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1) การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ หรือเกิดความคลุมเครือหรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับการสวนหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา (Buzatto & Zanei, 2010; Coronas et al., 2009; De Jong-Watt & Arthur, 2004) โดยทั่วไปเจ้าหน้าที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสวนหัวใจแก่ผู้ป่วยในวันที่ผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาลเพื่อรอเข้ารับการสวนหัวใจ แต่เนื่องจากความวิตกกังวลในระดับปานกลางและระดับสูงจะส่งผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยให้แคลง ดังนั้น ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจจดจำรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับได้จำกัด และอาจมีอาการและมีพฤติกรรมที่แสดงออกในด้านลบ เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย นอนไม่หลับ (Hildegard E. Peplau, 1952; Morrison-Valfre, 2005; Stuart & Sundeen, 1987)

2) กลัวผลลัพธ์การสวนหัวใจที่แยหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากการสวนหัวใจ (Trotter et al., 2011)

3) รู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลการสวนหัวใจ เนื่องจากไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ของการตรวจและการรักษาได้ (Trotter et al., 2011)

4) ระยะเวลาการรอคอย เมื่อผู้ป่วยต้องรอคอยการเข้าสวนหัวใจเป็นเวลานาน จะยิ่งส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยให้เพิ่มมากขึ้น (Buzatto & Zanei, 2010; De Jong-Watt & Arthur, 2004) ความวิตกกังวลที่สูงขึ้นทำให้การดำเนินของโรคมมากขึ้น สัมพันธ์กับอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นด้วย (Meira Altino, Nogueira-Martins, Batistão Gonçalves, Leite de Barros, & de Lima Lopes, 2018)

5) เพศ พบว่า เพศหญิงจะมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย (Delewi et al., 2017) เนื่องจากเพศ

6) อายุ พบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปีจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า (Delewi et al., 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhao, Luo, Wang, and Su (2008) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล โดยผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และ อายุ สามารถร่วมทำนายความวิตกกังวลก่อนสวนหัวใจได้ร้อยละ 8.7 (ขวัญเมือง สอนดา, 2558)

7) ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงกว่า (Delewi et al., 2017) เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาที่สูงกว่าอาจสามารถทำความเข้าใจหรือสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่า

8) ประสบการณ์การสวนหัวใจ ผู้ที่เข้ารับการสวนหัวใจครั้งแรกจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่เคยมีประสบการณ์เข้ารับการสวนหัวใจมาก่อน (Delewi et al., 2017)

9) ประวัติการรักษาหรือรับประทุกันยาโรคจิตเวช ผู้ป่วยโรคจิตกัังวลหรือโรคซึมเศร้างจะมี ความผิดปกติหรือความวิตกกังวลสูงกว่าบุคคลคนทั่วไป (Delewi et al., 2017) สัมพันธ์กับการศึกษา ของ Trotter et al. (2011) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติการรับประทุกันยาคลายกัังวลและผู้ที่มี ภาวะซึมเศร้างอยู่แล้ว สามารถทำนายความวิตกกังวลก่อนการสวนหัวใจได้

10) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการศึกษากอง ขวัญเมือง สอนดา (2558) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยทำนายความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ถูกนัดมาสวน หัวใจด้วย

3.2 ระยะเวลาหลังสวนหัวใจ หลังสวนหัวใจวันแรกต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและต้องนอนพัก บนเตียงตลอดเวลาเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น โดยมีสาเหตุและปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1) วิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา เช่น โอกาสในการเข้าผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหรือ การนัดมาสวนหัวใจซ้ำ และกลัวหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการสวนหัวใจและข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังสวนหัวใจและเมื่อต้องออกจาก โรงพยาบาล (Trotter et al., 2011)

2) อาการไม่สุขสบาย เช่น ปวดหลังจากการนอนนานหลังทำหัตถการจากการถูกจำกัด กิจกรรมและการเคลื่อนไหว มีอาการปวดบริเวณที่ทำหัตถการ เช่น ขาหนีบ หรือข้อมือ ข้อพับแขน เป็นต้น (Trotter et al., 2011)

3) ประสบการณ์การสวนหัวใจ พบว่า ผู้ที่ไม่เคยได้รับการสวนหัวใจมาก่อนจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่เคยได้รับการสวนหัวใจมาแล้ว และการสวนหัวใจครั้งแรกสามารถทำนายความวิตกกังวลหลังสวนหัวใจได้ (Trotter et al., 2011)

4) ความวิตกกังวลก่อนการสวนหัวใจ พบว่า ความวิตกกังวลก่อนสวนหัวใจมีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลหลังการสวนหัวใจและสามารถทำนายความวิตกกังวลหลังสวนหัวใจได้ด้วย (Trotter et al., 2011)

5) อาการเจ็บแน่นหน้าอก พบว่า อาการเจ็บแน่นหน้าอกก่อนสวนหัวใจสามารถทำนายความวิตกกังวลหลังสวนหัวใจได้ (Trotter et al., 2011)

3.3 ระยะเวลาก่อนกลับบ้าน คือ ระยะเวลาหลังการสวนหัวใจ 1 วัน ซึ่งตามปกติแพทย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลในระยะนี้ ได้แก่

1) การดำเนินของโรคหัวใจขาดเลือดที่แย่งลง พบว่า ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคที่เพิ่มขึ้นและการรักษาที่อาจเพิ่มมากขึ้น สามารถทำนายความวิตกกังวลหลังการสวนหัวใจได้ (Trotter et al., 2011)

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกจัดกระทำต่อตัวแปรการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเนื่องจากเป็นปัจจัยสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลตั้งแต่ในระยะก่อนสวนหัวใจ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในระยะหลังสวนหัวใจ จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านด้วย อีกทั้งการให้ข้อมูลยังเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถจัดกระทำได้ ส่วนตัวแปรด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา (Delewi, R. et al, 2017) ผู้วิจัยนำมาเป็นตัวแปรควบคุมเพื่อใช้ในการจับคู่ (Match pair) ของกลุ่มตัวอย่าง และปัจจัยการสวนหัวใจครั้งแรก (Trotter, R., et al., 2011) ได้นำมากำหนดเป็นเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลอยู่เดิม ผู้วิจัยจัดเป็นเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และกลุ่มที่ผลการฉีดสีสวนหัวใจปกติหรือผิดปกติเล็กน้อย ไม่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และผู้วิจัยได้นำการฟังดนตรีเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลร่วมด้วย

4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูล

4.1 ความหมายการให้ข้อมูล

Spielberger (1966) กล่าวว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของบุคคลได้ โดยความวิตกกังวลคือสิ่งที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลรับรู้ถึงสถานการณ์ที่เป็นอันตรายหรือถูกคุกคามจนทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ตึงเครียดและเป็นกังวล

Scott Obert and Dropkin, (1980) กล่าวว่า การให้ข้อมูลเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ควรให้ข้อมูลในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะรับรู้ หรือกำลังมีความรู้สึกอยากรู้ อยากเห็นว่ามิอะไรเกิดขึ้นกับตนเองบ้าง และควรหลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในระยะวิกฤติ เพราะผู้ป่วยจะมีการรับรู้และการคิดอย่างมีเหตุผลลดลง ไม่สามารถปรับตัวเองได้

Leventhal and Johnson (1983) ให้ความหมายว่า การให้ข้อมูลเป็นการให้ข้อมูลที่จำเพาะเจาะจง มีความถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริงและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ผ่านกระบวนการสอนแนะ เพื่อให้ผู้ป่วยแปลความหมายของเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้ถูกต้อง และพร้อมที่จะเผชิญเหตุการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Lazarus and Folkman (1984) ให้ความหมายไว้ว่า การให้ข้อมูลเป็นรูปแบบการช่วยเหลือของบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งที่ต้องประสบล่วงหน้า เป็นการช่วยเพิ่มความรู้สึกสามารถควบคุมตนเอง และเป็นวิธีการช่วยเสริมพลังอำนาจให้บุคคลสามารถรับรู้และประเมินสถานการณ์ได้ตรงตามความเป็นจริง สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นกับตนได้

จากการให้ความหมายข้างต้น สรุปได้ว่าการให้ข้อมูล หมายถึง กระบวนการในการสร้างความรู้ ความเข้าใจให้แก่บุคคล เพื่อให้บุคคลมีการรับรู้ที่ถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริง เพื่อเตรียมความพร้อมในการปรับตัวก่อนที่จะเผชิญเหตุการณ์ใด สามารถปฏิบัติตัวตามการรักษาได้ถูกต้อง และสามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2 ทฤษฎีการปรับตนเอง (Self – regulatory models)

Leventhal and Johnson (1983) ได้พัฒนาทฤษฎีการปรับตัวของตัวเอง (Self-regulatory models) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาวิธีการช่วยให้บุคคลสามารถปรับตนเองให้มีความเชื่อ การตัดสินใจ และปรับพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม โดยมีโมเดลหลัก คือ แบบแผนความรู้ความเข้าใจ (schema) ซึ่งเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (cognitive Structure) ที่ซับซ้อน ได้มาจากการสั่งสมประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคล ซึ่งจะเป็นแนวทางในการจัดเก็บข้อมูลและนำข้อมูลมาใช้อย่างเป็นระบบ เป็นแนวทางในการปรับตนเองให้เข้าไปตามพฤติกรรมเป้าหมาย ถ้าบุคคลไม่เคยรับรู้หรือไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์คุกคามที่เกิดขึ้น หรือไม่มีแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (schema) ที่ถูกต้องต่อเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ จะเกิดการตอบสนองทางด้านอารมณ์ (emotional response) ที่อาจรุนแรง เช่น ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด เป็นต้น แต่ถ้าบุคคลเคยรับรู้หรือมีความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามนั้นมาก่อน หรือได้รับข้อมูลผ่านกระบวนการสอนแนะจนทำให้เกิดความเข้าใจและเกิดภาพความรู้ความเข้าใจ จะทำให้บุคคลสามารถแปลความหมายของสิ่งที่ต้องเผชิญได้ถูกต้องตามกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ ทำให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์จริงที่มาคุกคามซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ที่คาดคิดมาก่อนได้ ผู้ป่วยจะสามารถลำดับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ และแปลความหมายของเหตุการณ์นั้นได้ถูกต้อง ชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือ จนทำให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เข้ามาคุกคามได้ ทำให้ควบคุมปฏิกิริยาการตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Emotional response) ของตนเองได้

การให้ข้อมูลผ่านกระบวนการสอนแนะเป็นบทบาทของพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีลักษณะของการให้ข้อมูลที่

เฉพาะเจาะจงและตรงกับสภาพความเป็นจริงและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย โดยมีแนวทางการให้ข้อมูล ดังนี้

1) ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคาม ซึ่งส่งผลต่อสภาวะด้านอารมณ์หรือความรู้สึก เช่น ความกลัวหรือความกังวลที่มีความเชื่อมโยงและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ สภาวะอารมณ์ดังกล่าว ไม่ใช่การวินิจฉัยหรือได้รับการรักษามาก่อน เป็นข้อมูลเกี่ยวกับเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ โดยมีการอธิบายเป็นลำดับขั้นตอน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ รับรู้เหตุการณ์ เหล่านั้นได้ถูกต้องตามความเป็นจริง สามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสม (Cognitive control) เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับการคิดสี่ส่วนหัวใจ ประกอบด้วย ความหมายของการคิดสี่ส่วนหัวใจและการขยายหลอดเลือด ขั้นตอนการคิดสี่ส่วนหัวใจพอสังเขปและระยะเวลาการคิดสี่ส่วนหัวใจ ภาวะแทรกซ้อน ความรู้สึกจากประสาทสัมผัสที่อาจเกิดขึ้นขณะทำหัตถการ เช่น อาการแน่นหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ร่วมกับการประเมินด้านสภาวะอารมณ์หรือความรู้สึกที่สัมพันธ์กับสิ่งคุกคามหรือเหตุการณ์ที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ เช่น ความรู้สึกกลัว วิดกกังวล เมื่อผู้ป่วยบอกได้ว่าตนเองมีความรู้สึกอย่างไรและสามารถควบคุมตนเองได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปฏิกิริยาการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional response) ที่จะเกิดขึ้นได้ด้วย

2) ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบที่เชื่อมโยงกับเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคาม รวมถึงประโยชน์ของกิจกรรมที่จะช่วยในการจัดการกับเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคาม คือ เป็นการให้ข้อมูลที่บ่งบอกถึงสาเหตุของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น โดยการอธิบายเป็นลำดับขั้นตอน ให้ผู้ป่วยเกิดภาพความรู้ความเข้าใจเหตุการณ์แวดล้อม (cognitive control) ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดและผลกระทบจากโรคซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการสวนหัวใจ

3) ข้อมูลแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับภัยคุกคาม เป็นการให้ข้อมูลที่บ่งบอกถึงทฤษฎีและวิธีการต่างๆ ที่ควรปฏิบัติ ซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วยในสภาวะที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามต่างๆ และจะช่วยทำให้สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ (Behavioral control) เช่น การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการคิดสี่ส่วนหัวใจตลอดจนเมื่อกลับบ้านและการให้คู่มือความรู้ในการปฏิบัติตัว ร่วมกับการฟังดนตรีตั้งแต่ในระยะก่อนสวนหัวใจจนถึงระยะหลังสวนหัวใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมของสภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์เมื่อต้องเผชิญกับภาวะคุกคาม

4) ข้อมูลที่สร้างความมั่นใจ แรงจูงใจที่ทำให้บุคคลประสบความสำเร็จในการจัดการภัยคุกคามได้ เป็นการพูดคุยเสริมแรงทางบวก ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสถานการณ์การเข้ารับการคิดสี่ส่วนหัวใจได้อย่างเหมาะสม เช่น การโทรติดตามผู้ป่วยในช่วงเวลาการรอคอยเข้าสวนหัวใจเพื่อสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างรอเข้ารับการคิดสี่ส่วนหัวใจ การพูดคุยเสริมแรงทางบวก และการติดตามเยี่ยมให้กำลังใจขณะอยู่หอผู้ป่วย รวมถึงการชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามคำแนะนำ เป็นต้น

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ใช้ชนิดของเนื้อหาข้อมูลทั้ง 4 ด้าน ในการให้ความรู้ผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นที่ผู้ป่วยทราบว่าต้องเข้ารับการสวนหัวใจ เพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ทำให้ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการสวนหัวใจที่ถูกต้อง จนอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลและปฏิเสธการรักษา โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การฉีดยาสวนหัวใจ การเตรียมตัวก่อนสวนหัวใจ ระยะเวลาการฉีดยาสวนหัวใจ สภาพแวดล้อมห้องสวนหัวใจ ความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นขณะฉีดยาสวนหัวใจ การปฏิบัติตัวหลังการฉีดยาสวนหัวใจ 24 ชั่วโมงแรก และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ร่วมกับกิจกรรมการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายที่จะช่วยในการลดความวิตกกังวล นอกจากนี้ ผู้ป่วยสามารถสอบถามข้อมูลที่ต้องการทราบเพิ่มเติมได้ มีการโทรติดตามสอบถามอาการในระหว่างรอเข้ารับการรักษาทุก 2 สัปดาห์จนกว่าจะถึงวันเข้ารับการสวนหัวใจ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่คุกคามได้ ซึ่งจะส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง

4.3 แนวทางการให้ข้อมูลผู้ป่วย

การให้ข้อมูลเพื่อส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ต้องเลือกวิธีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับข้อมูลมากที่สุด โดยมีแนวทางการให้ข้อมูล 2 วิธี (Katz, 1997) ดังนี้

4.3.1 การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล เป็นการให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัว สามารถให้ข้อมูลได้อย่างละเอียด เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้ที่เหมาะสม เป็นการให้ข้อมูลโดยยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านความสามารถ สติปัญญา ความสนใจ ความต้องการ สภาพาร่างกาย อารมณ์ เพิ่มโอกาสการซักถามข้อสงสัย

4.3.2 การให้ข้อมูลเป็นกลุ่ม เป็นการให้ข้อมูลที่มีผู้รับข้อมูลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม โดยกลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ ความรู้ แนวคิด และการปฏิบัติตัว

การให้ข้อมูลเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ก่อนให้ข้อมูลทุกครั้ง ผู้ให้ข้อมูลต้องคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ (Manley, 1988; McGregor, Fuller, & Lee, 1981; Stanik, 1990)

- 1) ประเมินสภาวะอารมณ์ ความพร้อมต่อการรับรู้ ความสามารถที่จะรับข้อมูล ความต้องการข้อมูล และสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้รับข้อมูล
- 2) สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยใช้คำพูดที่สุภาพ แสดงความจริงใจ กิริยาท่าทางแสดงความเป็นมิตร และให้ความสนใจผู้รับข้อมูล
- 3) ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย คำสั้นแต่มีความชัดเจน ไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์ เพราะอาจทำให้ผู้รับข้อมูลแปลความหมายผิด เกิดความวิตกกังวลได้และควรให้ข้อมูลเท่าที่จำเป็น

4) มีขั้นตอนการให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลได้ซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึก

5) จัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศให้เป็นส่วนตัว หลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนขณะให้ข้อมูล

4.4 ประโยชน์ของการให้ข้อมูล

Skipper and Leonard (1975) กล่าวถึงประโยชน์ของการให้ข้อมูล หรือคำอธิบายไว้หลายประการ สรุปได้ ดังนี้

4.4.1 ช่วยลดความวิตกกังวลหรือความเครียด ช่วยให้เกิดความเข้าใจ และสบายใจ

4.4.2 ช่วยให้เกิดความมั่นใจในการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาล ต่อความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่

4.4.3 ช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษา

4.4.4 ช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถประเมินประสิทธิภาพของตนได้อย่างสมบูรณ์

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการให้ข้อมูลแบบบรรยายบุคคล เนื่องจากสามารถให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง และตรงกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละราย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด การสวนหัวใจ ตลอดจนการปฏิบัติตัวในระยะเวลาต่างๆ ของการสวนหัวใจ และสามารถซักถามข้อสงสัยหรือสอบถามข้อมูลที่ต้องการทราบเพิ่มเติมได้

5. แนวคิดเกี่ยวกับดนตรีบำบัด

ดนตรีเป็นศิลปะที่มนุษย์ใช้รักษาความเจ็บป่วยและป้องกันความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจมาตั้งแต่ยุคโบราณ ชาวกรีกและโรมันโบราณมีความเชื่อว่าดนตรีมีเวทมนต์และมีพลังในการช่วยรักษาร่างกายและจิตวิญญาณ และได้มีการนำดนตรีมาใช้เพื่อลดความวิตกกังวลและความไม่สบายมานานนับพันปี (Buckwalter K, Hartsock J, & Gaffney J, 1985; Watkins, 1997) ช่วงปลายศตวรรษที่ 18 และในสมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 (ระหว่างปี ค.ศ. 1939 ถึงปี ค.ศ. 1945) พบว่า การใช้ดนตรีผสมผสานกับการแพทย์เพื่อรักษาโรคร้ายได้รับความนิยมมากขึ้น โดยมีการนำดนตรีไปบรรเลงในโรงพยาบาลทหารผ่านศึก เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดให้กับทหารที่เจ็บปวดจากสงครามทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ (พรพรรณ แก่นอำพรพันธ์, 2563)

สำหรับประเทศไทย พบว่ามีการใช้ดนตรีเชื่อมโยงกับการรักษาหรือการปิดเป่าความทุกข์มาตั้งแต่สมัยโบราณเช่นกัน ดนตรีถูกนำมาใช้อยู่ในหลายบริบท และเนื่องจากองค์ความรู้ที่เพิ่มมากขึ้น การใช้ดนตรีจึงถูกพัฒนาให้มีการประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางในวิชาชีพอื่น ๆ (พรพรรณ แก่นอำพรพันธ์, 2563) เช่น การนำดนตรีบำบัดไปใช้ผสมผสานกับการพยาบาลหรือใช้ในทางการแพทย์ เพื่อดูแลผู้ป่วยให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น (Music in medicine)

5.1 ความหมายของดนตรีบำบัด

World Federation of Music Therapy (2011) ได้ให้คำนิยามของดนตรีบำบัดไว้ว่า ดนตรีบำบัดคือการประยุกต์ใช้ดนตรีและองค์ประกอบของดนตรีอย่างมีอาชีพ ในลักษณะของปฏิบัติการทางการแพทย์ การศึกษา และในสิ่งแวดล้อมประจำวัน กับบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ที่แสวงหาการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตสูงสุดที่ดีที่สุดตามศักยภาพที่มี และเสริมสร้างสุขภาพทางด้านร่างกาย, สังคม, การสื่อสาร, อารมณ์, สติปัญญา, และจิตวิญญาณ ตลอดจนความเป็นอยู่ที่ดี

การวิจัย การปฏิบัติ การศึกษา และการฝึกงานทางคลินิกในดนตรีบำบัดนั้นตั้งอยู่บนมาตรฐานของวิชาชีพในแต่ละบริบทของวัฒนธรรม สังคม และการเมือง

Canadian Association for Music Therapy (2016) ได้ให้คำนิยามของดนตรีบำบัดไว้ว่าเป็นศาสตร์ที่บุคคลซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียนวิชาชีพนักดนตรีบำบัดที่ใช้ดนตรีอย่างมีเป้าหมาย ภายใต้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อช่วยเหลือด้านการพัฒนาการ ด้านสุขภาพ และด้านสุขภาวะ นักดนตรีบำบัดจะต้องใช้ดนตรีอย่างปลอดภัยและมีจริยธรรม เพื่อระบุความต้องการของมนุษย์ในด้าน สติปัญญา การสื่อสาร อารมณ์ ดนตรี ร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณ (จิตใจ) (พรพรรณ แก่นอำพรพันธ์, 2563)

Australian Music Therapy Association (2016) ได้ให้นิยามของดนตรีบำบัดไว้ว่า ดนตรีบำบัดเป็นการปฏิบัติงานที่มีผลงานวิจัยรองรับ และเป็นวิชาชีพด้านสุขภาพที่นำดนตรีมาใช้ช่วยเหลือคนที่มีความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาสุขภาพ ทักษะ และสุขภาวะของตนเอง ดนตรีบำบัดสามารถช่วยเหลือผู้คนทุกอายุในการจัดการสุขภาพร่างกายและจิตใจ และยกระดับคุณภาพชีวิต ดนตรีบำบัดคือการใช้ดนตรีอย่างมีการวางแผนโดยบุคคลที่ได้รับการฝึกฝนและได้รับการศึกษา ในหลักสูตรดนตรีบำบัดที่ได้รับอนุมัติแล้ว (พรพรรณ แก่นอำพรพันธ์, 2563)

British Association for Music Therapy (2021) ได้ให้นิยามของดนตรีบำบัดไว้ว่า เป็นการบำบัดทางจิตวิทยาคลินิก กระทำโดยนักดนตรีบำบัดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนจากสภาวิชาชีพด้านสุขภาพ (HCPC) มีเป้าหมายเพื่อช่วยคนที่ได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บ ความเจ็บป่วย หรือความบกพร่องด้านต่างๆ ด้วยการสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ สติปัญญา ร่างกาย การสื่อสารและความต้องการทางสังคม (พรพรรณ แก่นอำพรพันธ์, 2563)

เสาวนีย์ สังข์โสภณ (2541) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ดนตรีบำบัด เป็นการนำดนตรีและองค์ประกอบของดนตรี กิจกรรมการฝึกทักษะทางดนตรีมาประยุกต์ใช้เพื่อเบี่ยงเบนพฤติกรรมและใช้บำบัดร่างกายและจิตใจของมนุษย์ร่วมกับการรักษาแนวอื่น เพื่อให้การรักษาประสบผลสำเร็จเร็วขึ้น โดยอาศัยการกระทำอย่างมีหลักเกณฑ์และมีระเบียบทางวิทยาศาสตร์

ศศิธร ชุมดวง (2548) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ดนตรีบำบัด (Music therapy) เป็นพฤติกรรมศาสตร์ที่นำดนตรีไปใช้อย่างเป็นระบบเพื่อให้บุคคลผ่อนคลาย เปลี่ยนแปลงอารมณ์ พฤติกรรมและ

การทำงานของร่างกาย ผู้ให้การบำบัดคือนักดนตรีบำบัด ส่วน music intervention มีวัตถุประสงค์ในการใช้ดนตรีเพื่อให้บุคคลผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ลดความกลัว ลดความตึงเครียด ลดความปวด ส่งเสริมการรับรู้ และลดความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจ ผู้ให้การบำบัดไม่ใช่ นักดนตรีบำบัด ซึ่งเป็นข้อที่แตกต่างกัน ส่วนขั้นตอนในการบำบัดเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน

บุษกร บิณฑสันต์ (2553) ได้ให้ความหมายว่า ดนตรีบำบัด คือการใช้ดนตรีหรือวิธีการทางดนตรีในการช่วยฟื้นฟู รักษา และพัฒนาด้านอารมณ์ ร่างกาย และจิตใจเพื่อให้มีสภาพที่ดีขึ้น ดนตรีที่นำมาใช้ในการบำบัดต้องได้รับการเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญในการรักษา ซึ่งผู้เชี่ยวชาญในที่นี้ประกอบด้วย นักดนตรีบำบัด แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้รับผิดชอบกรณีศึกษา และญาติของผู้เข้ารับการบำบัด

สรุปได้ว่า ดนตรีบำบัด (Music therapy) หมายถึง การนำดนตรีและวิธีการทางดนตรี เช่น การสร้างดนตรี การร้องเพลง การเคลื่อนไหวตามจังหวะ และการฟังดนตรีมาใช้เป็นเครื่องมือ เพื่อสนับสนุนพัฒนาสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาของบุคคลให้ดีขึ้น ภายใต้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่ตระหว่างนักดนตรีบำบัดและผู้รับบริการ โดยมีเป้าหมายการบำบัดสำหรับแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ผู้ให้การบำบัดคือนักดนตรีบำบัดวิชาชีพที่จบการศึกษาจากสถาบันที่ผ่านการรับรอง ส่วนผู้ให้การบำบัดที่ไม่ใช่ นักดนตรีบำบัด การนำดนตรีบำบัดมาใช้ (Music intervention) จะต้องผ่านกระบวนการศึกษา วิเคราะห์ และผ่านความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญทางดนตรีบำบัดก่อนและมีแนวทางในการบำบัดเช่นเดียวกัน

5.2 องค์ประกอบของดนตรี

ดนตรีเป็นศิลปะเกี่ยวกับเสียงที่มนุษย์สร้างขึ้นหรือลอกเลียนมาจากธรรมชาติและเสียงอื่นๆ (ทรงฤทธิ์ ศรีสารคาม, 2559) มีความแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม สภาพแวดล้อม และวิถีชีวิต (บุษกร บิณฑสันต์, 2553) ซึ่งดนตรีมีองค์ประกอบที่หลายส่วน ได้แก่

5.2.1 เสียง (Tone) หมายถึง เสียงที่เกิดจากการสั่นสะเทือนของวัตถุผ่านอากาศทำให้เกิดเป็นคลื่นเสียง โดยมีแหล่งกำเนิดเสียงเป็นเครื่องดนตรีหลายๆ เสียงที่เปลี่ยนแปลงกันบรรเลงโดยวิธีการต่างๆ เช่น การดีด การสี การตี การเป่า การขับร้อง และวิธีการอื่นๆ เพื่อเปลี่ยนความรู้สึกของผู้ฟัง ทำให้เกิดความรู้สึกเพลิดเพลินจากเสียงของเครื่องดนตรี สามารถแยกคุณสมบัติของเสียงได้ ดังนี้

5.2.1.1 ระดับเสียง (Pitch) หมายถึง ความถี่ของรอบในการสั่นสะเทือนของวัตถุ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความแตกต่างของเสียงในทางเสียงสูงหรือเสียงต่ำ มีหน่วยวัดเป็นเฮิรตซ์ (Hertz) เสียงที่มีความถี่สูงคือเสียงสูง เสียงที่มีความถี่ต่ำคือเสียงต่ำ โดยทั่วไปมนุษย์สามารถได้ยินเสียงจากความถี่ประมาณ 20-20,000 เฮิรตซ์ เสียงพูดคุยกปกติมีความถี่ประมาณ 85 - 1,100 เฮิรตซ์ ระดับเสียงมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งจะส่งผลต่อร่างกายและจิตใจที่แตกต่างกัน

5.2.1.2 ความสั้น-ยาวของเสียง (Duration) หมายถึง ลักษณะของเสียงที่มีความสั้นหรือความยาวซึ่งเป็นพื้นฐานในเรื่องของจังหวะ เสียงจะไม่ได้มีความสั้นหรือความยาวเท่ากันตลอด แต่จะมีความสั้นหรือความยาวหลายระดับขึ้นอยู่กับชนิดของตัวโน้ต บทเพลงหนึ่งๆ บางครั้งอาจจะได้ยินเป็นเสียงสั้น หรือบางครั้งจะได้ยินเสียงในลักษณะการลากเสียงยาวๆ (เรณู โกศิยานนท์, 2540)

5.2.1.3 ความเข้มของเสียง (Tone intensity) หมายถึง ความดัง-เบาของเสียง มีหน่วยวัดเป็นเดซิเบล (Decibel) เสียงที่เข้มมากคือเสียงที่ดังมาก เสียงที่ดังเกิน 100 เดซิเบลขึ้นไปจะเป็นอันตรายต่อระบบประสาทการรับฟังได้ ความเข้มของเสียงแปรผันตามระยะทางที่เสียงเดินทางจากแหล่งกำเนิด และมีความสัมพันธ์กับอารมณ์และความรู้สึกของผู้ฟัง (ทรงฤทธิ์ ศรีสารคาม, 2559)

5.2.1.4 คุณภาพของเสียง (Tone quality) หมายถึง ลักษณะของเสียงเครื่องดนตรีหรือเสียงร้องที่บรรเลงออกมา หรือแหล่งกำเนิดเสียงต่างๆ ปัจจัยที่ทำให้คุณภาพเสียงเกิดความแตกต่างมีหลายสาเหตุ ได้แก่ วิธีการผลิตเสียง รูปทรงของแหล่งกำเนิดเสียง วัสดุที่ใช้ทำแหล่งกำเนิดเสียง เป็นต้น

5.2.2 จังหวะ (Rhythm) หมายถึง การเคลื่อนไหวของเสียงในช่วงเวลาหนึ่ง โดยการนำความสั้น-ยาวของเสียง (duration) หรือความเจ็บบของเสียงมาจัดเรียงกันอย่างเป็นระบบ จังหวะเป็นส่วนประกอบสำคัญของดนตรีที่เป็นตัวบ่งบอกให้ผู้แสดงดนตรีเล่นช้าหรือเร็ว จังหวะของดนตรีมีความสัมพันธ์กับการทำงานของร่างกาย ก่อให้เกิดความรู้สึกและอารมณ์ที่หลากหลาย

5.2.3 อัตราความช้าเร็วของจังหวะดนตรีหรือเทมโป (Tempo) หมายถึง อัตราความเร็วในการเคาะจังหวะ หรือความเร็วในการเล่นเครื่องดนตรี นิยมนับเป็นจำนวนครั้งต่อนาที เป็นองค์ประกอบสำคัญของการประพันธ์ดนตรี ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์ของผู้ฟัง

5.2.4 ทำนอง (Melody) หมายถึง ท่วงทำนองของการบรรเลงเครื่องดนตรี โดยการจัดเรียงของระดับเสียงหรือความต่อเนื่องของเสียงดนตรีที่เกิดจากการนำเอาเสียงสูง เสียงต่ำ เสียงยาว และเสียงสั้นที่ต่างกันมาผสมผสานกันไว้อย่างมีศิลปะให้สอดคล้องสัมพันธ์กัน นักดนตรีหรือนักร้องสามารถถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ต่างๆ ผ่านทางทำนองเพลงได้ (ทรงฤทธิ์ ศรีสารคาม, 2559)

5.2.5 การประสานเสียง (Harmony) หมายถึง การผสมผสานเสียงตั้งแต่สองเสียงขึ้นไปทีี่ร้องหรือบรรเลงไปพร้อมๆกัน เช่น การนำดนตรีที่มีแนวทำนองตั้งแต่สองแนวขึ้นไป นำมาบรรเลงหรือขับร้องออกเสียงพร้อมๆ กัน ในช่วงเวลาเดียวกัน ทำให้เกิดเสียงผสมหรือการผสมผสานเสียงขึ้น (ทรงฤทธิ์ ศรีสารคาม, 2559)

5.2.6 สีสันของเสียง (Tone color) หมายถึง คุณลักษณะของเสียงที่เกิดจากแหล่งกำเนิดเสียงที่แตกต่างกัน เช่น เสียงของเครื่องดนตรีชนิดต่างๆ ที่บรรเลงโดยวิธีการตี การสี การเป่า การตี หรือการเขย่า หรือแม้แต่เสียงร้องของมนุษย์ล้วนแล้วแต่มีความแตกต่างกัน สีสันของเสียงจะช่วยให้ดนตรีมีความหลากหลาย

5.2.7 คีตลักษณ์หรือรูปแบบ (Form) หมายถึง คีตลักษณ์หรือรูปแบบของการประพันธ์ดนตรี เป็นโครงสร้างที่หลอมรวมเอาองค์ประกอบของดนตรีต่างๆ ให้เคลื่อนที่ไปในทิศทางเดียวกัน ช่วยให้นักร้องมีความต่อเนื่องสัมพันธ์กัน ทำให้แต่ละบทเพลงมีเอกลักษณ์แตกต่างกัน

5.2.8 ความแปรผันของระดับความดัง-เบาของเสียง (Dynamic) หมายถึง การไต่ระดับเสียงของดนตรีหรือการปรับเปลี่ยนเสียงดนตรีจากดังมากไปเบาอย่างทันทีทันใด หรือปรับค่อยๆ เบาลงหรือค่อยๆ ดังขึ้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะทำให้เสียงดนตรีมีมิติเพิ่มมากขึ้น

5.2.9 เนื้อเพลง (Lyrics) หมายถึง คำประพันธ์ที่ใช้สำหรับขับร้อง ซึ่งถูกประพันธ์ขึ้นโดยนักแต่งเพลง โดยมีเนื้อหาที่สื่อถึงอารมณ์และความรู้สึกได้หลากหลาย ถึงแม้เนื้อเพลงจะส่งผลต่ออารมณ์และจินตนาการของผู้ฟังได้ แต่จะมีข้อจำกัดในด้านของการเข้าใจภาษา ผู้ที่ไม่เข้าใจภาษาหรือเนื้อหาของบทเพลงนั้นๆ จะมียารมณ์หรือความรู้สึกคล้ายตามบทเพลงแตกต่างจากผู้เข้าใจภาษาหรือเนื้อเพลงนั้น

5.2.10 ความรู้สึกทางดนตรี (Expression of music) หมายถึง การถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึก หรือความคิดผ่านบทเพลงหรือการบรรเลงเครื่องดนตรีชนิดต่างๆ ซึ่งมีการแสดงออกมากมาย (ทรงฤทธิ์ ศรีสารคาม, 2559)

5.2.11 ทิศทางของเสียง (Direction) ขึ้นอยู่กับทิศทางของแหล่งกำเนิดเสียงดนตรีตัวกลางที่เสียงเดินทางผ่าน เช่น อุณหภูมิห้อง ความชื้น ตลอดจนจนลักษณะความกว้างและความสูงของห้อง วัสดุที่ใช้ทำฝ้าห้อง เพดาน และพื้นห้อง เป็นต้น เสียงดนตรีมีการหักเหเช่นเดียวกับแสง ทำให้เกิดความดัง และเบาได้แตกต่างกันในแต่ละจุดหรือแต่ละพื้นที่ของห้อง นอกจากนี้ยังมีเรื่องของความก้อง และเสียงสะท้อนอีกด้วย (ทรงฤทธิ์ ศรีสารคาม, 2559)

5.2.12 พื้นผิวของดนตรี (Texture) หมายถึง ลักษณะหรือรูปแบบของเสียงที่มีการประสานสัมพันธ์หรือไม่ประสานสัมพันธ์กัน อาจจะเป็นการนำเสียงมาบรรเลงซ้อนกันหรือพร้อมกัน ซึ่งอาจพบทั้งในแนวตั้งและแนวนอนตามกระบวนการประพันธ์เพลง ผลรวมของเสียงทั้งหมดเหล่านั้นเมื่อรวมกันจะจัดเป็นพื้นผิวของดนตรี ซึ่งลักษณะรูปแบบพื้นผิวของดนตรีมีอยู่หลายรูปแบบ

5.2.13 แบบของบทเพลง (Style) เป็นลักษณะของเพลงที่อยู่ในสภาพสังคมหรือยุคสมัยที่แตกต่างกัน นักประพันธ์เพลงแตกต่างกัน ทำให้แบบแผน แนวคิดหรือวิธีการในการประพันธ์เพลงแตกต่างกัน

ในการบรรเลงเพลงหนึ่งๆนั้นจะประกอบไปด้วยหลากหลายองค์ประกอบของดนตรี ซึ่งอาจมีองค์ประกอบของดนตรีอื่นๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาเบื้องต้นได้ แต่ละองค์ประกอบของดนตรีล้วนมีความสำคัญในการสร้างสรรค์บทเพลงให้มีความไพเราะ ดนตรีสามารถกระตุ้นการทำหน้าที่ของสมองได้หลายพื้นที่ องค์ประกอบของดนตรีแต่ละอย่างมีความสามารถในการกระตุ้นสมองแต่ละส่วนได้แตกต่างกันและกระตุ้นสมองได้มากหรือน้อยแตกต่างกันด้วย (Koelsch, Fritz, v. Cramon, Müller, & Friederici, 2006; Peretz & Zatorre, 2005; Sacks, 2006)

5.3 กลไกการทำงานของสมองที่เกี่ยวข้องกับดนตรี

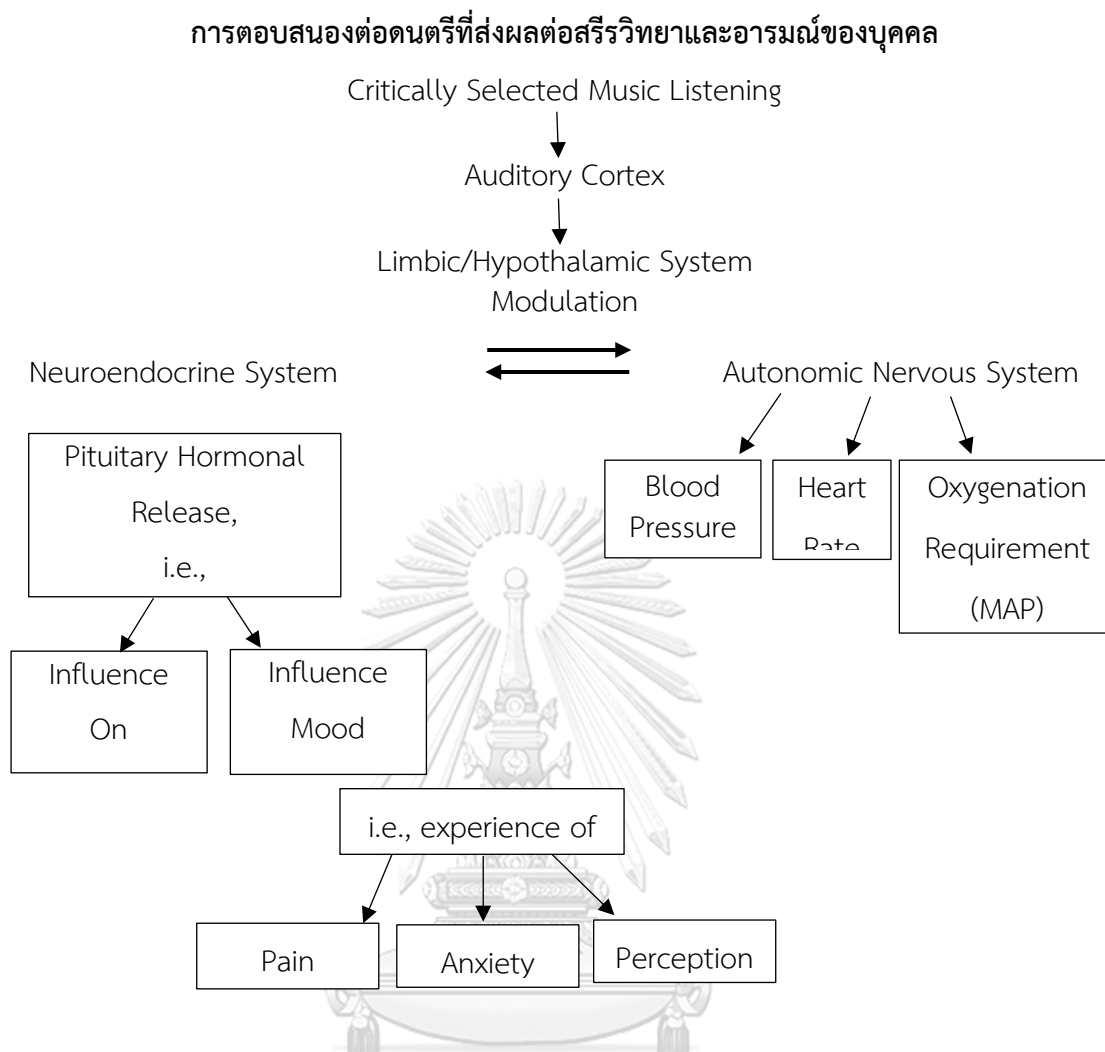
เมื่อฟังดนตรี เสียงจะเดินทางผ่านเข้าไปในอวัยวะรับการได้ยิน (auditory apparatus) ในลักษณะการสั่นสะเทือนเป็นคลื่นเสียงผ่านหูชั้นนอก หูชั้นกลาง และหูชั้นในตามลำดับ จากนั้นจะเกิดการแปลงคลื่นเสียงเป็นกระแสประสาทส่งออกไปตามเส้นประสาทรับเสียง (auditory nerve) ผ่านไปยังระบบเรติคูลาร์หรือศูนย์ควบคุมการตื่น (reticular activating system (RAS)) ในบริเวณก้านสมอง (brain stem) เพื่อเข้าสู่ทาลามัส (thalamus) ทาลามัสจะรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับส่งต่อไปยังศูนย์ควบคุมการได้ยิน (auditory cortex) ก่อนจะถูกส่งต่อและเชื่อมโยงไปยังสมองส่วนอื่นๆ ได้แก่ cerebral cortex, cerebellum, corpus callosum, limbic system ระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic system) และระบบประสาทต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine systems) เพื่อแปลความหมายของเสียงดนตรีที่ได้ยินและส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Solanki, Zafar, & Rastogi, 2013; Watkins, 1997; Wigram, Pedersen, & Bonde, 2002)

ดนตรีมีพลังในการกระตุ้นสมองของมนุษย์ แต่ละองค์ประกอบของดนตรีสามารถกระตุ้นสมองได้หลากหลายพื้นที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะพื้นที่ทั้งหมดของสมองที่เชื่อมโยงกับระบบลิมบิก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสติปัญญา การรับรู้ อารมณ์และความรู้สึกได้ (Koelsch et al., 2006; Peretz & Zatorre, 2005; Sacks, 2006) ดนตรีสามารถเปลี่ยนแปลงอารมณ์ได้ทั้งในสถานะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และขาดสติสัมปชัญญะ โดยในสถานะที่บุคคลมีสติสัมปชัญญะ ดนตรีจะไปปรับเปลี่ยนอารมณ์ที่สมองส่วนคอร์ติคอล (cortical area) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ส่งผลต่อจินตนาการ (imagination) สติปัญญา (intellect) แรงจูงใจ ความจำ ความเครียด และความวิตกกังวล ส่วนในสถานะที่ขาดสติสัมปชัญญะ ดนตรีจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนอารมณ์โดยกระตุ้นให้มีการตอบสนองอย่างอัตโนมัติที่ระดับสมองส่วนทาลามัส (thalamus) ที่เป็นศูนย์รวมการถ่ายทอดกระแสประสาทที่ผ่านเข้าออกและเป็นส่วนหนึ่งในระบบประสาทลิมบิก (limbic system) ตั้งอยู่บริเวณส่วนกลางของสมอง เป็นศูนย์ใหญ่ในการถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกไปยังสมองส่วนซีรีบรัลเฮมิสเฟียร์ Cerebral hemisphere (Cook, 1981) กระแสประสาทที่ถูกส่งไปนั้นสามารถกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและระบบกล้ามเนื้อได้ นอกจากนี้เสียงดนตรียังมีอำนาจในการกระตุ้นให้ร่างกายตอบสนองโดยอัตโนมัติอย่างไม่รู้ตัว เป็นปฏิกิริยาสะท้อนกลับโดยปราศจากการควบคุม

(uncontrollable reflexes) เช่น การหายใจที่เร็วขึ้นตามจังหวะดนตรี การขยับเท้าหรือการเคาะจังหวะไปพร้อมกับดนตรีที่ได้ยิน เป็นต้น (Cook, 1981) ผลของดนตรีจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ดังนี้

5.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา เสียงดนตรีจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) และระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (musculoskeletal system) ผ่านการส่งกระแสประสาทเกี่ยวกับการได้ยินไปยังสมองส่วนทาลามัส (thalamus) แล้วส่งต่อไปยังศูนย์ควบคุมการได้ยิน (Auditory cortex) ก่อนจะส่งต่อไปยังระบบลิมบิก (limbic system) ที่ตั้งอยู่บริเวณส่วนกลางของสมอง ซึ่งเป็นศูนย์กลางการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมทางอารมณ์ ความรู้สึก ตลอดจนการรับรส (J. Alvin, 1966) เมื่อได้รับฟังเสียงดนตรีที่ชื่นชอบหรือฟังพอใจ ร่างกายจะกระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาทเอนโดรฟิน (endorphin) เพิ่มขึ้น โดยระบบประสาทลิมบิก (limbic system) จะทำงานเชื่อมโยงกับสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ในการกระตุ้นต่อมใต้สมอง (Pituitary gland) ให้หลั่งสารเอนโดรฟิน (endorphin) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่ทำให้รู้สึกมีความสุข และส่งผลต่อความเครียดและความวิตกกังวล ลดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (sympathetic and parasympathetic) ลดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคโทรปิน (Adrenocorticotrophic Hormone: ACTH) จากต่อมใต้สมองส่วนหน้า (anterior pituitary) และลดระดับคอร์ติซอล (cortisol) ในเลือดซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ร่างกายผลิตขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความเครียด (Khalfa, Bella, Roy, Peretz, & Lupien, 2003) และเสียงดนตรียังช่วยลดการกระตุ้น locus ceruleus ซึ่งอยู่ในสมองส่วน midbrain และ pons ทำให้หลั่งสารสื่อประสาท epinephrine และ norepinephrine จาก adrenal medulla ลดลง ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และการหายใจลดลงด้วย (Seaward, 1999; Watkins, 1997) โดยเฉพาะผู้ที่มีความสนใจต่อดนตรีมาก ประสิทธิภาพผลของดนตรีจะยิ่งมากตามไปด้วย

5.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ดนตรีเป็นศิลปะซึ่งเกี่ยวข้องกับจิตใจและอารมณ์ เสียงของดนตรีนอกจากจะสามารถทำให้ผู้ฟังรู้สึกเพลิดเพลิน สนุกสนาน สงบ และสบายใจ ยังสามารถกระตุ้นให้รู้สึกกล้าหาญ หรือปลุกเร้าอารมณ์ได้เช่นกัน (Podolsky E, 1954; Watkins, 1997) บุคคลจะมีการตอบสนองที่ดีต่อดนตรีแต่ละชนิดได้แตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ สังคมและวัฒนธรรมของบุคคลนั้น (Watkins, 1997) ทั้งนี้เกิดจากการทำงานเชื่อมโยงกันระหว่างร่างกายและจิตใจด้วย โดย Updike (1990) ได้แสดงหลักการตอบสนองต่อดนตรีที่ส่งผลต่อสรีรวิทยาและอารมณ์ของมนุษย์ไว้ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงการตอบสนองต่อดนตรีที่ส่งผลต่อสรีรวิทยาและอารมณ์ของบุคคล

ที่มา : Updike (1990)

5.4 การนำดนตรีบำบัดไปใช้

การเลือกดนตรีเพื่อนำมาใช้ในการบำบัด ต้องคำนึงถึงประสบการณ์ทางดนตรีของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน การตอบสนองต่อดนตรีจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่เคยได้รับ (Synter, 1992) ดนตรีทุกชนิดสามารถนำไปใช้เป็นการบำบัดได้ แต่จะใช้ดนตรีประเภทใดนั้นขึ้นอยู่กับพื้นฐานและความชอบดนตรี วัตถุประสงค์ของการบำบัด และกลุ่มเป้าหมายในรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป เช่น ดนตรีคลาสสิก ดนตรีร็อก ดนตรีพื้นบ้าน เป็นต้น (บุษกร บิณฑสันต์, 2553) ดนตรีบางชนิดอาจทำให้บุคคลมีความสุข ฟังพอใจหรือโศกเศร้าได้แตกต่างกัน เนื่องจากดนตรีสามารถเชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องไปถึงเรื่องราวในความทรงจำหรือเหตุการณ์ที่สำคัญของบุคคลนั้นในอดีต (Wigram et al.,

2002) การเลือกดนตรีที่นำมาใช้บำบัด จึงควรเลือกดนตรีที่ผู้ฟังชอบและมีการตอบสนองต่อดนตรีในทางที่ดีด้วย ไม่ใช่การเลือกชนิดดนตรีที่ดีหรือไม่ดี (Juliette Alvin, 1975)

การใช้ดนตรีบำบัดให้ได้ผลดี ดนตรีที่นำมาใช้ต้องมีความเหมาะสมกับสภาพของผู้เข้ารับการบำบัด ต้องคำนึงถึงความสัมพันธ์ของดนตรีกับความพึงพอใจของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน (ทรงฤทธิ์ ศรีสารคาม, 2559) การเลือกดนตรีบำบัดเพื่อความผ่อนคลายและลดความวิตกกังวล ควรให้ผู้ป่วยเลือกดนตรีตามความชอบและเป็นดนตรีที่ฟังแล้วทำให้รู้สึกผ่อนคลาย เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจและมีการตอบสนองต่อดนตรีได้ดีมากยิ่งขึ้น ดังการศึกษาของ Linda L. Chlan and Annie Heiderschuit (2014) ที่แนะนำว่าควรเลือกใช้ดนตรีบำบัดที่มีจังหวะสม่ำเสมอ อัตราเร็วคงที่ อยู่ระหว่าง 60- 80 ครั้งต่อนาที ทำนองสั้นไหล ไม่มีการปรับเปลี่ยนจังหวะอย่างกะทันหัน มีระดับเสียงที่เหมาะสม ผู้ป่วยสามารถเลือกฟังเพลงได้ตามแนวความชอบ นอกจากนี้ระหว่างฟังดนตรีควรจัดทำให้อยู่ในท่าทางผ่อนคลายและปราศจากการรบกวนในระหว่างการฟัง และควรฟังดนตรีอย่างน้อย 20 นาที ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับดนตรีบำบัดอื่นๆที่ผ่านมา พบว่า สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการตอบสนองต่อดนตรีได้ดีนั้น มีความซับซ้อนและองค์ประกอบหลายอย่างร่วมกัน นอกจากระดับความชื่นชอบดนตรี ประสบการณ์หรือความทรงจำเกี่ยวกับดนตรีของผู้ป่วยแล้ว ยังขึ้นอยู่กับสถานการณ์และอารมณ์ของผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้นด้วย และลักษณะของดนตรีที่ใช้บำบัดก็ค่อนข้างหลากหลาย ไม่เฉพาะเจาะจงต่อดนตรีประเภทใดประเภทหนึ่ง เนื่องจากดนตรีเปรียบเสมือนเป็นสิ่งที่กระตุ้นบอกเล่าเรื่องราวและความทรงจำในอดีต ในขณะที่ได้รับฟังเพลงนั้น ทำผู้ฟังแต่ละบุคคลมีความรู้สึกชื่นชอบ สนุกสนาน เศร้าโศกแตกต่างกัน เพราะแต่ละคนมีเรื่องราวหรือความทรงจำเกี่ยวกับดนตรีที่แตกต่างกัน (Kantor-Martynuska, 2015) และจากการศึกษาของ Saperston (1999) พบว่า ที่ผ่านมามีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ดนตรีบำบัดและแนวทางในการเลือกดนตรีเพื่อความผ่อนคลายหลากหลายวิธี เช่น ผู้ให้การบำบัดเป็นผู้เลือกดนตรีทั้งหมดให้ ผู้ป่วยเลือกดนตรีและนำมาด้วยตนเอง ผู้ป่วยเลือกดนตรีตามแนวความชอบจากรายการที่ผู้ให้การบำบัดจัดเตรียมไว้ให้ เป็นต้น ถึงแม้การได้เลือกฟังดนตรีที่ชอบด้วยตนเองเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสนุกสนานหรือผ่อนคลายมากที่สุด แต่การเลือกใช้แนวทางในการเลือกดนตรีแบบนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและรูปแบบในการบำบัดด้วย เช่น ในผู้ป่วยที่มีภาวะสับสน กระวนกระวาย จะไม่สามารถเลือกดนตรีได้ด้วยตนเอง ผู้ให้การบำบัดต้องเป็นผู้จัดเตรียมให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ในการบำบัด (Denise & Tony, 2007)

ดังนั้นในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงนำดนตรีบำบัดมาใช้ในรูปแบบการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย เนื่องจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และไม่ได้อยู่ในภาวะวิกฤติ ผู้วิจัยจึงให้ผู้ป่วยเลือกเพลงด้วยตนเองตามแนวเพลงที่ผู้ป่วยชื่นชอบร่วมกับคำแนะนำจากผู้วิจัย ลักษณะเพลงที่เลือกฟัง ควรเป็นเพลงที่ผู้ป่วยชื่นชอบ เมื่อผู้ป่วยได้ฟังแล้วจะรู้สึกดีหรือ

สบายใจ ฟังเพลงผ่านแอปพลิเคชันฟังเพลงออนไลน์ แบบไม่มีโฆษณาคั่นระหว่างฟังเพลง มีความยืดหยุ่นให้ผู้ป่วยสามารถเลือกเพลงได้โดยไม่จำกัดบทเพลงตามแนวเพลงที่ชื่นชอบ และให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมเสียงเพลงและการเล่นเพลงด้วยตนเองได้ โดยผู้วิจัยจะคอยให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ และคอยดูแลในระหว่างขั้นตอนการบำบัด

5.4.1 กระบวนการและรูปแบบดนตรีบำบัด

รูปแบบการบำบัดสามารถแบ่งออกได้เป็นสองวิธี ได้แก่ 1) วิธีการแบบ Active คือวิธีการที่ผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ กับดนตรี เช่น การร้องเพลง หรือเล่นดนตรี และ 2) วิธีการแบบ Receptive คือวิธีการที่ผู้รับการบำบัดเป็นผู้รับเท่านั้น ไม่ได้กระทำการใดๆ เกี่ยวกับเครื่องดนตรี เช่น การบำบัดโดยการฟังดนตรี (Bruscia, 1998) การเลือกรูปแบบในการบำบัดชนิดใดนั้น ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการบำบัดและความเหมาะสมของแต่ละบุคคล โดยมีกระบวนการบำบัด ดังนี้

1) การส่งต่อผู้รับการบำบัด (Referral from) เป็นการส่งต่อผู้รับการบำบัดเพื่อเข้ารับดนตรีบำบัด โดยผู้ที่ส่งต่อผู้รับการบำบัดอาจจะมาจากแพทย์ พยาบาล ครอบครัว หรือตัวผู้ป่วยเองก็ได้

2) การประเมินผู้รับการบำบัด (Initial Assessment) ศึกษาข้อมูลประวัติส่วนตัว และประวัติทางการแพทย์ของผู้รับการบำบัด ประเมินสภาพปัญหา เป้าหมายในการบำบัด และประเมินสภาวะทางร่างกาย จิตใจ สังคม และภูมิปัญญาของผู้รับการบำบัด รวมถึงการหาจุดแข็งและจุดอ่อนของผู้รับการบำบัดเพื่อกำหนดเป้าหมายในการบำบัดครั้งนั้น ๆ

3) การวางแผนการบำบัด (Treatment Plan) เป็นการนำข้อมูลที่ได้รับจากการประเมินมาวิเคราะห์และวางแผนการบำบัด โดยออกแบบรูปแบบการบำบัดให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์การบำบัดและผู้รับการบำบัด อาจจะเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มก็ได้

4) การดำเนินการบำบัด (Treatment and ongoing assess) เป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ีระหว่างผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัดโดยใช้ดนตรีเป็นสื่อกลาง การทำดนตรีบำบัดพร้อมกับการประเมินผู้ได้รับการบำบัดในระหว่างการบำบัดไปด้วย (ongoing assessment)

5) การประเมินผลการบำบัด (Evaluating/progress note report) เป็นการประเมินผลผลการบำบัดเมื่อจบการบำบัดแล้ว โดยบันทึกผลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงครั้งสุดท้าย

5.4.2 แนวทางในการรับฟังดนตรีเพื่อความวิตกกังวลให้มีประสิทธิภาพ

แนวทางในการรับฟังดนตรีเพื่อความวิตกกังวลให้มีประสิทธิภาพสูงสุด (พิมพร ลีละวัฒนากุล, 2546) มีดังนี้

5.4.2.1 ต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการฟังดนตรี เช่น การรับฟังดนตรีเพื่อปรับสภาพอารมณ์และจิตใจในทางลบ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ให้เข้าสู่ภาวะปกติ และเกิดความผ่อนคลาย สงบ (เสาวนีย์ สังข์โสภณ, 2545)

5.4.2.2 ต้องพิจารณาถึงอารมณ์ของผู้รับฟังดนตรี การรับฟังดนตรีให้ได้ผลดีขึ้นอยู่กับอารมณ์ของผู้ฟังในขณะนั้น (Kantor-Martynuska, 2015) จึงควรจัดให้รับฟังดนตรีในช่วงเวลาที่เหมาะสม เช่น จัดให้รับฟังดนตรีในช่วงที่ไม่มีกิจกรรมการพยาบาลหรือการรักษา เป็นต้น (เสาวนีย์ สังข์โสภณ, 2545)

5.4.2.3 ประเภทของดนตรี ต้องคำนึงถึงหลักเกณฑ์ทางดนตรีบำบัดร่วมกับความพึงพอใจของผู้ป่วย ควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกดนตรีที่จะฟัง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและเกิดความสนใจต่อดนตรี ทำให้มีความผ่อนคลายมากขึ้น (Kantor-Martynuska, 2015; เสาวนีย์ สังข์โสภณ, 2545)

5.4.2.4 การเลือกใช้ดนตรีบำบัดต้องคำนึงถึงความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน เช่น ประสบการณ์ของผู้รับฟังดนตรี ผู้ฟังจะสนใจรับฟังดนตรีที่คุ้นเคย หรือหากเคยมีประสบการณ์ในอดีต เมื่อรับฟังดนตรีนั้นอีกครั้งจะทำให้ผู้ฟังมีความสนใจในการฟังดนตรีนั้นมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยสามารถเลือกฟังดนตรีที่ตนชื่นชอบและคุ้นเคย จะทำให้เกิดความพึงพอใจ สนใจต่อดนตรี และทำให้มีความผ่อนคลายมากขึ้น (Kantor-Martynuska, 2015; เสาวนีย์ สังข์โสภณ, 2545)

5.4.2.5 การใช้ดนตรีบรรเลงจะสามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้ดีกว่าการใช้ดนตรีที่มีเนื้อร้องประกอบ เพราะว่าการรับฟังดนตรีที่มีเนื้อร้องจะทำให้ผู้ฟังมุ่งความสนใจไปยังเนื้อร้องและความหมายมากกว่าที่จะปล่อยอารมณ์ให้คล้อยตามและเพลิดเพลินตามเสียงดนตรี (Johnston & Rohaly-Davis, 1996) แต่ในบางการศึกษาก็พบว่า การใช้ดนตรีเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและสร้างความผ่อนคลายนั้น ไม่ได้เฉพาะเจาะจงเพียงดนตรีบรรเลงเท่านั้น สิ่งสำคัญคือความชอบ ความพึงพอใจและอารมณ์ของผู้ฟังในขณะรับฟังดนตรีนั้นๆ (Kantor-Martynuska, 2015)

5.4.2.6 ควรจัดทำของผู้ป่วยให้อยู่ในลักษณะที่สุขสบาย เช่น อยู่ในท่านั่งหรือท่านอนที่สุขสบาย เป็นต้น (เสาวนีย์ สังข์โสภณ, 2545)

5.4.2.7 สถานที่และสิ่งแวดล้อมที่จัดให้ผู้ป่วยได้รับฟังดนตรี ควรมีอุณหภูมิห้องที่เหมาะสม อากาศถ่ายเทดี มีแสงสว่างพอสมควร ควรเป็นห้องที่เป็นสัดส่วนมีความเป็นส่วนตัว และควรมีเสียงรบกวนจากภายนอกให้น้อยที่สุด (เสาวนีย์ สังข์โสภณ, 2545)

5.4.2.8 เครื่องเล่นเพลงที่ใช้กับผู้ป่วยควรมีขนาดเล็ก สามารถเคลื่อนย้ายได้สะดวก มีกลไกการทำงานที่ไม่ซับซ้อน สะดวกในการใช้งาน (Henry, 1995)

5.4.2.9 ควรใช้หูฟังในการรับฟังดนตรีสำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เนื่องจากการใช้หูฟังจะทำให้ผู้ป่วยมุ่งความสนใจไปที่เสียงดนตรี มากกว่าเสียงรบกวนอื่นๆ ที่เกิดขึ้นภายในหอผู้ป่วย และป้องกันการรบกวนจากผู้ป่วยอื่นๆ และเจ้าหน้าที่ (Henry, 1995)

5.4.2.10 ระยะเวลาที่เหมาะสมในการฟังดนตรีให้มีประสิทธิภาพสูงสุด White (2001) แนะนำว่าควรรับฟังต่อเนื่องโดยใช้ระยะเวลาประมาณ 20 นาที เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่จะทำให้เห็นผลของดนตรีและคงความสนใจของผู้ฟังดนตรีไว้ได้ และควรให้ผู้ป่วยฟังดนตรีวันละ 2 ครั้งจะได้ผลดียิ่งขึ้น

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการให้ข้อมูล

อรุราวดี เจริญไชย (2541) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยทำการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ใช้กรอบแนวคิดของ Leventhal & Johnson (1983) ศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจพิการที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 30 ราย สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม 3 ชนิด คือ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก และข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ ผ่านเทพโทรทัศน์ แบ่งเนื้อหาออกเป็น 2 ครั้ง เพื่อให้ข้อมูลกลุ่มทดลองในตอนเย็นติดต่อกัน 2 วัน จากนั้นวัดความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory: From X-I) ของ Spielberg (1983) แบบวัดความรู้สึกเจ็บปวดของ Johnson ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ยุพิน สังฆะมณี และวาสนา รวยสูงเนิน (2555) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความรู้ ความวิตกกังวลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 17 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายเพื่อการดูแลตนเองหลังผ่าตัด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal และ Johnson ผ่านสื่อวีดิทัศน์ 2 ครั้งๆ ละ 17 นาทีและ 15 นาที ในวันที่ 5 และ 6 ตามลำดับ โดยเนื้อหามีความต่อเนื่องกัน ประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory: From X-I) ของ Spielberg (1983) ผลการวิจัยพบว่า หลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตฤณ เสาทองกลาง และรุ่งระวี นาวีเจริญ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจ โดยครั้งที่ 1 จะให้ข้อมูลตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ของ Johnson (1999) ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่จะพบเห็นตั้งแต่เข้ามาที่แผนกผู้ป่วยนอกจนเสร็จสิ้นการส่องกล้อง ข้อมูลที่เกี่ยวกับลำดับเหตุการณ์และขั้นตอนที่จะเกิดขึ้น ข้อมูลที่เกี่ยวกับความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัสที่ผู้ป่วยจะได้รับ และ ข้อมูลที่เกี่ยวกับสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัสนั้น ผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่มีความยาว 12 นาที และครั้งที่ 2 ในวันส่องกล้อง ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจตามแนวคิด Taylor et al. (2001) โดยใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจโดยการบิบลูกบอลคลายเครียดก่อนเข้ารับการส่องกล้อง 10 นาทีจนกระทั่งเสร็จสิ้นการทำหัตถการ ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จำเนียร พัฒนจักร และวาสนา รวยสูงเนิน (2561) ศึกษาผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ ต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือในการตรวจ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง โดยให้ข้อมูลครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดการตรวจรักษา ข้อมูลบ่งถึงความรู้สึกที่ต้องเผชิญ ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ และข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด กลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูลทางวีดิทัศน์ ความยาว 13 นาที กลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลด้วยวิธีปกติที่ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงหลังได้รับข้อมูล เตรียมความพร้อม ($P < 0.001$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังให้การดูแลตามปกติไม่แตกต่างกัน

หยาดพิรุณ กุณโฮง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 22 คน กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตนเอง (Leventhal & Johnson, 1983) แนวทางการให้ข้อมูลประกอบด้วย 1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ การผ่าตัดหรือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด 2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก ความทุกข์ทรมานที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตหลังการผ่าตัด 3) การให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติขณะได้รับการรักษา เช่น การปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด 4) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด เป็นข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสม ผ่านโปรแกรมการให้ข้อมูลทาง Power point คู่มือและวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory: Form X-1) ของ Spielberger (1983) และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่ม

ทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คมคาย สุวรรณพงศ์ และคณะ (2565) ศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนการสวนหัวใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในโรงพยาบาลมหาราชชนนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนตามกรอบแนวคิดของ Leventhal and Johnson (1983) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนการสวนหัวใจ หลังได้รับข้อมูลมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

Sharif et al. (2014) ศึกษาผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายต่อความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 40 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย 2 ระยะ คือ ก่อนและหลังการสวนหัวใจ ร่วมกับได้รับสมุดคู่มือความรู้ และการโทรติดตามอาการ 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายมีความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าหลังสวนหัวใจ 1 เดือน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

Basar, Bešli, Keçebaş, Kayapınar, and Türker (2015) ศึกษาผลของการให้ความรู้ผ่านวิดีโอในผู้ป่วยที่รอเข้ารับการสวนหัวใจต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน ที่เข้ารับการสวนหัวใจครั้งแรก กลุ่มทดลองได้รับการให้ความรู้ผ่านวิดีโอที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนและหลังการสวนหัวใจ และประสบการณ์การเข้ารับการสวนหัวใจของผู้ป่วยจำนวน 15 ราย ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการให้ความรู้ทางวาจาเพียงอย่างเดียว พบว่า หลังได้รับการให้ความรู้ผ่านวิดีโอ กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) และมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$)

Samira E. Aboalizm et al. (2016) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนเข้าสวนหัวใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 50 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมโดยการให้ความรู้ก่อนและหลังสวนหัวใจ ร่วมกับแผนพับความรู้ ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมมีความวิตกกังวลในวันสวนหัวใจและ หลังสวนหัวใจลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($p < .001$)

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการฟังดนตรี

พิมพร ลีละวัฒนากุล (2546) ศึกษาผลของดนตรีประเภทฟ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองจะได้ฟังดนตรีประเภทฟ่อนคลายจากผู้วิจัยวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที เป็นเวลา 3 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ วัดความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัดของสปิลเบอร์เกอร์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้ฟังดนตรีประเภทฟ่อนคลาย มีความวิตกกังวลขณะเผชิญ ในการทดลองวันที่ 1 ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่มีความแตกต่างกันในการทดลองวันที่ 2 และการทดลองวันที่ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

อังคณา มั่นสนธิ (2548) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพพร้อมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพพร้อมกับการฟังดนตรี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์ (2548) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในการผ่าตัดและความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดจากแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Leventhal and Johnson (1983) ร่วมกับการฟังดนตรีขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด แต่ละครั้งฟังนาน 30 นาที โดยให้ผู้ป่วยเลือกฟังเพลงตามแนวเพลงที่ชื่นชอบจากเพลงที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้ วัดความวิตกกังวลด้วยแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรี แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สุมลชาติ ดวงบุบผา สมจิต หนูเจริญ และชาญ เกียรติบุญศรี (2551) ศึกษาผลของประสิทธิภาพของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวล การตอบสนองทางสรีระ ความจุปอดและความอึดตัวของออกซิเจนในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย จะเป็นทั้งกลุ่มทดลอง (ฟังดนตรี) และกลุ่มควบคุม (นอนพัก) 2 ระยะสลับกัน คือ ระยะควบคุม และระยะทดลอง ในระยะทดลองให้กลุ่มตัวอย่างเลือกฟังดนตรีเสียงธรรมชาติที่จัดไว้ ทางเครื่องหูฟังนาน 30 นาที และระยะควบคุมให้ใส่เครื่องหูฟังโดยไม่มีเสียงดนตรีนาน 30 นาที ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟังดนตรีบำบัดขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ มีระดับความวิตกกังวล อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันเลือดซิสโตลิกและความดันเลือดแดงเฉลี่ยลดลงมากกว่าระยะควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งมีค่าความจุปอดและความอึดตัวของออกซิเจนเพิ่มขึ้นมากกว่าระยะควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รัตนา เพิ่มเพ็ชร และเบญจมาพรณ์ บุตรศรีภู (2559) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 68 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 34 คน ขณะอยู่ห้องรอผ่าตัดกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ นาน 15 นาที ส่วนกลุ่มทดลองได้ฟังเพลงบรรเลงของจำรัส เสวตาภรณ์ นาน 15 นาที โดยประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยด้วยแบบวัดด้วยสายตา (Visual analogue scale) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

นิพนธ์ วาตาดา และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 22 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี โดยผู้ป่วยเลือกฟังดนตรีตามแนวความชอบตามที่ผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ให้ นานอย่างน้อย 30 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory) ของสปิลเบอร์เกอร์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

White (1992) ศึกษาการใช้ดนตรีต่อความวิตกกังวล ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้ฟังดนตรีประเภทผ่อนคลาย เมื่อเปรียบเทียบกับความแตกต่างคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล The state trait anxiety inventory (STAI) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้ฟังดนตรีประเภทผ่อนคลายมีความวิตกกังวลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

Bradt et al. (2013) ศึกษาการใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการผ่าตัดหรือสวนหัวใจ ในระยะก่อนสวนหัวใจ ระหว่างสวนหัวใจ และหลังการสวนหัวใจ โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ดนตรีบำบัดสามารถลดความวิตกกังวลได้ ($p = .004$) และลดอัตราการเต้นของหัวใจลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

Forooghy et al. (2015) ศึกษาผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและสัญญาณชีพของผู้ป่วยที่เข้าสวนหัวใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 32 คน กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้ฟังดนตรีที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้ในระหว่างสวนหัวใจนาน 20-40 นาที ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับ

โปรแกรมการการใช้ดนตรีบำบัดมีความวิตกกังวลหลังสวนหัวใจลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p < .001$) และลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p = .014$)

Rejeh et al. (2016) ศึกษาผลของโปรแกรมการฟังเสียงธรรมชาติ ต่อความวิตกกังวลและค่าพารามิเตอร์ทางสรีรวิทยาในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละเท่า ๆ กัน กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลโดยการฟังเสียงธรรมชาติในระดับความดัง 25-50 เดซิเบล เช่น เสียงน้ำตก เสียงนก เสียงแม่น้ำ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) ค่าพารามิเตอร์ทางสรีรวิทยา ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับออกซิเจนในเลือด ของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Jayakar and Alter (2017) ศึกษาผลการฟังดนตรีต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยเข้ารับการสวนหัวใจจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 15 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า จำนวนสองในสามของการศึกษาพบว่าผลของการฟังดนตรีสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.005$)

สรุป การศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลในต่างประเทศ พบว่า การให้ข้อมูลหรือการให้ความรู้ในการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการสวนหัวใจ สามารถลดความวิตกกังวลขณะเผชิญในผู้ป่วยที่เข้าสวนหัวใจได้ โดยเฉพาะการให้ข้อมูลตั้งแต่ในระยะแรกๆ ที่ผู้ป่วยทราบว่าต้องเข้าสวนหัวใจ ในประเทศไทย พบว่าการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยก่อนเข้าสวนหัวใจ และในผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจแบบเปิด โดยใช้กรอบแนวคิดการให้ข้อมูลของ Leventhal และ Johnson (1983) ในรูปแบบสื่อวีดิทัศน์และรูปแบบการให้ข้อมูลรายบุคคล เมื่อวัดความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberg (1983) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลจะมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ และหลังการผ่าตัดลิ้นหัวใจ โดยใช้กรอบแนวคิดการให้ข้อมูลของ Leventhal และ Johnson (1983) และประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberg (1983) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การศึกษาเกี่ยวกับการใช้ดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวล พบว่า การฟังดนตรี การฟังเสียงธรรมชาติ โดยใช้เสียงนก เสียงน้ำตก และเสียงแม่น้ำสามารถช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจได้ การศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่ให้ผู้ป่วยฟังเพลงบรรเลง และเลือกฟังเพลงตามแนวเพลงที่ชื่นชอบจากรายการเพลงที่ผู้วิจัยได้จัดไว้ให้ล่วงหน้า ส่วนในต่างประเทศ Kantor-

Martynuska (2015) ให้ความเห็นว่า การจะเลือกใช้ดนตรีชนิดใดขึ้นอยู่กับเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ในการนำมาใช้ สิ่งสำคัญควรคำนึงถึงความชอบและประสบการณ์ของผู้รับฟังดนตรี การใช้ดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวลและสร้างความผ่อนคลาย ไม่ได้เฉพาะเจาะจงเพียงดนตรีบรรเลงเท่านั้น สิ่งสำคัญคือความชอบ ความพึงพอใจและอารมณ์ของผู้ฟังในขณะที่รับฟังดนตรีนั้นๆ ด้วย ระยะเวลาในการรับฟังดนตรีให้มีประสิทธิภาพสูงสุด จากการศึกษาของ White (2001) แนะนำว่าควรรับฟังดนตรีอย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 20 นาที เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่จะทำให้เห็นผลของดนตรีและคงความสนใจของผู้ฟังดนตรีไว้ได้ การฟังดนตรีนอกจากช่วยลดความวิตกกังวลได้แล้ว ยังพบว่าดนตรีสามารถช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันเลือดแดงเฉลี่ย รวมถึงเพิ่มความจุปอดและความอึดตัวของออกซิเจนได้มากขึ้นด้วย ดังนั้น การฟังดนตรีจึงเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่สามารถนำมาใช้เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้าสวนหัวใจได้ แต่การศึกษาการฟังดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะหลังสวนหัวใจไปแล้ว ยังไม่พบการศึกษาการฟังดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือด ที่ถูกนัดหมายเข้ารับการสวนหัวใจ ตั้งแต่ในระยะก่อนสวนหัวใจและระยะหลังสวนหัวใจ

7. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจเพื่อลดความวิตกกังวล

เมื่อผู้ป่วยทราบว่าต้องเข้ารับการสวนหัวใจ ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น ดังนั้นการประเมินและการให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลจึงเป็นสิ่งสำคัญ แนวทางปฏิบัติในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องเข้าสวนหัวใจส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นไปที่กระบวนการรักษา และไม่ได้กำหนดรูปแบบในการประเมินสภาวะด้านจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวลไว้อย่างชัดเจน แต่จะผสมผสานรวมอยู่ในการพยาบาลตามปกติ ดังนี้

7.1 ระยะก่อนสวนหัวใจ

ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แพทย์ผู้ตรวจจะแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด วิธีการรักษาด้วยการสวนหัวใจ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นให้ผู้ป่วยรับทราบก่อนตัดสินใจเข้ารับการรักษา จากนั้นเจ้าหน้าที่พยาบาลจะให้บัตรนัดเพื่อเข้าสวนหัวใจและให้ข้อมูลในการเตรียมตัวมาสวนหัวใจ เช่น การเตรียมสิ่งของมาอนโรงพยาบาล การเตรียมญาติสายตรงมาในวันสวนหัวใจ และการเตรียมเอกสารต่างๆ ที่ต้องใช้ในการรักษา โดยทั่วไปจะนัดให้ผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมตัวก่อนสวนหัวใจ 1 คืน

เมื่อถึงวันนัดมาอนโรงพยาบาล พยาบาลจะให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติตัวก่อนสวนหัวใจ ดังนี้

7.1.1 พยาบาลจะสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติผ่านการพูดคุย ชักถามอาการ

7.1.2 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ต้องทำก่อนเข้ารับการสวนหัวใจ ได้แก่ การตรวจเลือด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และเอ็กซเรย์ปอด

7.1.3 พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะซักประวัติและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนสวนหัวใจและการปฏิบัติตัว รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

7.2 ระยะเวลาหลังสวนหัวใจ

หลังการสวนหัวใจ 24 ชั่วโมงแรก โดยทั่วไปผู้ป่วยจะต้องเข้าพักฟื้นเพื่อสังเกตอาการหลังสวนหัวใจที่หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติโรคหัวใจ หอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ หรือหอผู้ป่วยทั่วไปตามนโยบายของแต่ละโรงพยาบาลและการประเมินอาการผู้ป่วยจากแพทย์ผู้ทำหัตถการสวนหัวใจ เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังสวนหัวใจ ในระยะนี้ผู้ป่วยต้องนอนหงายราบ ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา (Huber C., 2009) ให้แขนหรือขาข้างที่ทำหัตถการเหยียดตรงเป็นเวลาอย่างน้อย 3-6 ชั่วโมงภายหลังถอดสายสวนหลอดเลือดออก (Tagney J & Lackie D, 2005) การพยาบาลโดยทั่วไปในระยะนี้ ได้แก่

7.2.1 การพูดคุยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย แนะนำตัวเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล สถานที่ระเบียบการเยี่ยม และการใช้อุปกรณ์ต่างๆ เช่น ออดเรียกเจ้าหน้าที่เมื่อต้องการความช่วยเหลือ

7.2.3 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังสวนหัวใจ เช่น การนอนหงายราบ ไม่งอขาข้างที่สวนหลอดเลือดจนกว่าจะถอดสายสวนหลอดเลือดออกไปแล้วอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง

7.2.4 แจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนเริ่มให้การพยาบาลต่างๆ เช่น การบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การประเมินเปรียบเทียบชีพจรส่วนปลาย สีผิว และความอุ่นของผิวหนังแขนหรือขาข้างที่ทำ การวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะคงที่

7.2.5 ประเมินความปวดหรือความไม่สบายจากการซักถามและสีหน้าหรือพฤติกรรมที่ผู้ป่วยที่แสดงออก ร่วมกับช่วยดูแลจัดท่านอนราบไม่งอขาข้างที่ใส่สายสวนหลอดเลือด

7.2.6 ช่วยเหลือทำกิจกรรมหรือสิ่งที่ผู้ป่วยร้องขอที่ไม่มีข้อห้ามในการปฏิบัติ

7.2.7 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมและระบายความรู้สึก

7.2.8 เปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยมตามเวลาที่กำหนด

ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจากสวนหัวใจ 24 ชั่วโมงหรือวันรุ่งขึ้นหลังสวนหัวใจ หลังจากแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการเรียบร้อยแล้ว แพทย์อาจอนุญาตให้กลับบ้านได้ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลและให้คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ดังนี้

ผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจและการขยายหลอดเลือด พยาบาลจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตและดูแลแผล การรับประทานยา อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และการมาตรวจตามนัด

ส่วนผู้ป่วยที่มีผลการสวนหัวใจปกติและไม่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด และการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจ

8. โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี

เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการปรับตนเองของ Leventhal and Johnson (1983) เพื่อใช้เป็นแนวทางการให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ต้องเข้ารับการสวนหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงกับสภาพความเป็นจริงและตรงกับความต้องการ เกิดภาพความเข้าใจความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและการสวนหัวใจอย่างถูกต้อง และสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องเข้ารับการสวนหัวใจได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การฟังดนตรีเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ได้นำมาใช้ร่วมกันในการศึกษานี้ เพื่อประสิทธิภาพในการช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการฟังดนตรี ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 แสดงโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี

แนวคิด	โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี
<p>1. แนวคิดการให้ ข้อมูลของ Leventhal and Johnson (1983)</p> <p>1.1) ข้อมูลเกี่ยวกับ เหตุการณ์หรือสิ่งที่คุกคามที่ต้องเผชิญ ซึ่งส่งผลต่อสภาวะด้านอารมณ์หรือความรู้สึก</p> <p>เป็นข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ โดยมีการอธิบายเป็นลำดับขั้นตอน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและรับรู้เหตุการณ์เหล่านั้นได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง มีความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ควบคู่กับการประเมินสภาวะด้านอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์นั้นด้วย</p>	<p>การฉีดสีสวนหัวใจเปรียบเสมือนเป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ทำให้มีความวิตกกังวลเกิดขึ้น เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย อีกทั้งยังเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและชีวิตของผู้ป่วยด้วย จึงเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดสีสวนหัวใจร่วมกับการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดการให้ข้อมูล ดังต่อไปนี้ ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดสีสวนหัวใจ ประกอบด้วย ความหมาย ขั้นตอนและวิธีการฉีดสีสวนหัวใจพอสังเขประยะเวลาการฉีดสีสวนหัวใจ ความรู้สึกจากประสาทสัมผัสที่อาจเกิดขึ้นขณะสวนหัวใจ เช่น อาการแน่นหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมห้องสวนหัวใจด้วย โดยมีคู่มือความรู้สำหรับผู้ป่วยที่เข้าสวนหัวใจ ประกอบกับการอธิบายผ่านโปรแกรม Power point presentation</p>

แนวคิด	โปรแกรมการให้ข้อมูล ร่วมกับการฟังดนตรี
	<p>การประเมินความวิตกกังวล เป็นการประเมินสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์การเข้าสวนหัวใจ โดยจะประเมินด้วยแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ตั้งแต่ระยะก่อนสวนหัวใจ จนกระทั่งเมื่อกลับบ้านรวมทั้งหมด 5 ครั้ง เพื่อดูความเปลี่ยนแปลงของความวิตกกังวลในสถานการณ์ที่ต่างกัน ดังนี้</p> <p>ครั้งที่ 1 วันที่แพทย์แจ้งให้สวนหัวใจ ประเมินก่อนได้รับโปรแกรมหรือก่อนการพยาบาลตามปกติ</p> <p>ครั้งที่ 2 วันที่แพทย์แจ้งให้สวนหัวใจ ประเมินหลังได้รับโปรแกรมหรือการพยาบาลตามปกติ</p> <p>ครั้งที่ 3 วันนัดมานอนโรงพยาบาล</p> <p>ครั้งที่ 4 ตอนเย็น หลังสวนหัวใจ</p> <p>ครั้งที่ 5 ก่อนกลับบ้าน</p>
<p>1.2) ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบที่เชื่อมโยงกับเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคาม รวมถึงประโยชน์ของกิจกรรมที่จะช่วยในการจัดการกับเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคาม</p> <p>เป็นการให้ข้อมูลที่บ่งบอกถึงสาเหตุของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น โดยการอธิบายเป็นลำดับขั้นตอน ให้ผู้ป่วยเกิดภาพความรู้ ความเข้าใจเหตุการณ์แวดล้อม (cognitive control) ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ</p>	<p>ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการสวนหัวใจ และผลกระทบจากโรคหัวใจขาดเลือดและการสวนหัวใจ รวมถึงประโยชน์ของการฟังดนตรีที่จะช่วยลดความวิตกกังวล ดังนี้</p> <p>1) ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วย กายวิภาคศาสตร์หลอดเลือดหัวใจ ความหมาย สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา และผลกระทบจากโรคหัวใจขาดเลือด</p> <p>2) ข้อมูลเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการฉีดสีสวนหัวใจ ได้แก่</p>

แนวคิด	โปรแกรมการให้ข้อมูล ร่วมกับการฟังดนตรี
	<p>2.1 สามารถตรวจหาความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจได้อย่างแม่นยำและรักษาหลอดเลือดที่ตีบโดยการขยายหลอดเลือดได้ในครั้งเดียวกัน</p> <p>2.2 เป็นการตรวจและการรักษาที่ใช้ระยะเวลาในการทำหัตถการน้อยกว่าการผ่าตัด ใช้ยาชาเฉพาะที่ และผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว</p> <p>2.3 มีข้อจำกัดในบางกรณีที่หลอดเลือดหัวใจมีความผิดปกติมาก ไม่สามารถรักษาต่อด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูนได้ แพทย์จะพิจารณาแนวทางการรักษาด้วยวิธีอื่น</p> <p>2.4 อาจเกิดความไม่สุขสบายหลังฉีดสีสวนหัวใจในระยะแรกจากการถูกจำกัดกิจกรรมบนเตียง</p> <p>2.5 ด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการฉีดสีสวนหัวใจส่วนใหญ่จะเกิดความวิตกกังวลขึ้น ตั้งแต่ในระยะก่อนสวนหัวใจ หลังสวนหัวใจ และจนกระทั่งเมื่อกลับบ้าน โดยมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุคือความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการสวนหัวใจ</p> <p>การฟังดนตรีเพื่อผ่อนคลาย เป็นกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ที่สามารถนำมาช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจได้</p>
<p>1.3) ข้อมูลแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับภัยคุกคาม</p> <p>เป็นการให้ข้อมูลที่บอกถึง ทฤษฎีและวิธีการต่างๆ ที่ควรปฏิบัติ ซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วยในสภาวะที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคามที่จะเกิดขึ้น</p>	<p>เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการสวนหัวใจ ตั้งแต่การเตรียมตัวก่อนสวนหัวใจ การปฏิบัติตัวหลังสวนหัวใจขณะอยู่โรงพยาบาลและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ร่วมกับการฟังดนตรีเพื่อผ่อนคลายทุกครั้งหลังการให้ข้อมูลเสร็จในแต่ละครั้ง และการให้คู่มือความรู้เพื่อใช้ในการทบทวนเมื่อผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องจนเกิดภาพความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ จะช่วย</p>

แนวคิด	โปรแกรมการให้ข้อมูล ร่วมกับการฟังดนตรี
	<p>ให้ผู้ป่วยลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ สามารถเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคามนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมของสภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์เมื่อต้องเผชิญกับภาวะคุกคาม ดังนี้</p> <p>1. ข้อมูลการเตรียมตัวก่อนฉีดยาสวนหัวใจ</p> <p>1.1 แนะนำเรื่องการเตรียมตัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยทั่วไป ได้แก่ การเตรียมเอกสารเบิกค่ารักษาตามสิทธิ์ การเตรียมญาติ การเตรียมของใช้ส่วนตัวเมื่อมาอนโรงพยาบาล</p> <p>1.2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติก่อนเข้ารับการสวนหัวใจโดยทั่วไป เช่น การเซ็นต์เอกสารยินยอมเข้ารับการสวนหัวใจ การตรวจวิเคราะห์ผลเลือด การเอ็กซเรย์ปอดและการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การงดน้ำและอาหารก่อนสวนหัวใจ การถอดฟันปลอม การเตรียมผิวหนังบริเวณที่ทำหัตถการ และการขับถ่ายปัสสาวะก่อนเข้าห้องสวนหัวใจ</p> <p>2. ข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังฉีดยาสวนหัวใจขณะอยู่โรงพยาบาล</p> <p>กลุ่มที่ ผลการฉีดยาสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการรักษาต่อเนื่องด้วยการขยายหลอดเลือดประกอบด้วย</p> <p>1) การถูกจำกัดกิจกรรมบนเตียง ผู้ป่วยต้องนอนหงายราบไม่งอขาข้างที่ใส่สายสวนหลอดเลือดจนครบ 6 ชั่วโมงหลังถอดสายสวนหลอดเลือดออก เพื่อป้องกันเลือดออก จากนั้นสามารถลุกนั่งบนเตียงได้ และจะเดินได้เมื่อครบ 24 ชั่วโมง</p> <p>2) การสังเกตอาการผิดปกติด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถประเมินตนเองได้ เช่น อาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดหรือมี</p>

แนวคิด	โปรแกรมการให้ข้อมูล ร่วมกับการฟังดนตรี
	<p>เลือดออกบริเวณแผลที่ขาหนีบ ให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาลทันที เพื่อให้ได้รับการแก้ไขได้อย่างทันท่วงที</p> <p>3) หากไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน สามารถดื่มน้ำและรับประทานอาหารได้ทันทีหลังสวนหัวใจ แต่ต้องอยู่ในท่านอนจนกว่าจะครบเวลาที่สามารถลุกนั่งได้</p> <p>4) ควรดื่มน้ำเยอะๆ อย่างน้อย 1.5-2 ลิตรในวันแรกที่สวนหัวใจเพื่อขับสารที่บรั้งสีออกทางปัสสาวะ ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม แต่ในผู้ป่วยโรคไตและผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องปรึกษาแพทย์เป็นรายบุคคล</p> <p>5) ห้ามเบ่งหรือไอแรงๆ เพราะจะทำให้เลือดออกบริเวณแผลที่ขาหนีบได้</p> <p>กลุ่มที่ ผลการฉีดยาสวนหัวใจปกติ ประกอบด้วย</p> <p>1) หลังถอดสายสวนหลอดเลือดออก ผู้ป่วยต้องนอนหงายราบไม่งอขาข้างที่ใส่สายสวนหลอดเลือดจนครบ 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันเลือดออก จากนั้นสามารถลุกนั่งบนเตียงได้ และจะเดินได้เมื่อครบ 24 ชั่วโมง</p> <p>2) การสังเกตอาการผิดปกติด้วยตนเอง เพื่อผู้ป่วยเข้าใจและสามารถประเมินตนเองได้ เช่น อาการปวดหรือมีเลือดออกบริเวณแผลที่ขาหนีบ ให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาล เพื่อให้ได้รับการแก้ไขได้อย่างทันท่วงที</p> <p>3) สามารถดื่มน้ำและรับประทานอาหารได้ทันทีหลังสวนหัวใจ แต่ต้องอยู่ในท่านอนจนกว่าจะครบเวลาที่สามารถลุกนั่งได้</p> <p>4) ควรดื่มน้ำเยอะๆ อย่างน้อย 1.5-2 ลิตรในวันแรกที่สวนหัวใจเพื่อขับสารที่บรั้งสีออกทางปัสสาวะ</p> <p>5) ห้ามเบ่งหรือไอแรงๆ เพราะจะทำให้เลือดออกบริเวณแผลที่ขาหนีบได้</p>

แนวคิด	โปรแกรมการให้ข้อมูล ร่วมกับการฟังดนตรี
	<p>3. ข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน ดังนี้</p> <p>กลุ่มที่ผลการฉีดยาสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการรักษาต่อเนื่องด้วยการขยายหลอดเลือด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ การดูแลแผลบริเวณขาหนีบที่เคยแทงสายสวนหลอดเลือด การรับประทานยา อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง กิจกรรมและการออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ การจัดการกับอาการผิดปกติ</p> <p>กลุ่มที่ผลการฉีดยาสวนหัวใจปกติ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่ การรับประทานยา การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ รวมถึงคำแนะนำเรื่องการดูแลแผลบริเวณที่เคยแทงสายสวนหลอดเลือดและการจัดการกับอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น</p>
<p>1.4) ข้อมูลที่สร้างความมั่นใจ หรือแรงจูงใจ เพื่อช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จในการจัดการกับเหตุการณ์หรือภัยคุกคามได้</p> <p>เป็นข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสถานการณ์การได้เป็นอย่างดีเหมาะสม</p>	<p>1) การโทรติดตามสอบถามอาการผู้ป่วยในทุก 2 สัปดาห์ ในช่วงเวลาการรอคอยเข้าสวนหัวใจ จนกว่าจะเข้ารับการสวนหัวใจ และสอบถามผู้ป่วยถึงข้อมูลที่ต้องการทราบเพิ่มเติม รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างรอเข้ารับการสวนหัวใจ</p> <p>2) การพูดคุยให้กำลังใจเสริมแรงทางบวก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษา</p> <p>3) การติดตามเยี่ยม ให้ข้อมูล และให้กำลังใจขณะอยู่หอผู้ป่วย หลังสวนหัวใจช่วงเย็น และก่อนกลับบ้าน</p> <p>4) การฟังดนตรีเพื่อผ่อนคลาย เนื่องจากดนตรีสามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้ดียิ่งขึ้น</p>

9. กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี ตามแนวคิดของ Leventhal & Johnson (1983) และกิจกรรมการฟังดนตรี ดังนี้

ระยะก่อนสวนหัวใจ

พบกันครั้งที่ 1 วันที่แพทย์แจ้งนัดสวนหัวใจ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด การสวนหัวใจ การเตรียมตัวเข้ารับการสวนหัวใจ แบบรายบุคคล ระยะเวลาประมาณ 30 นาที ผ่านโปรแกรมนำเสนอภาพนิ่ง ร่วมกับให้คู่มือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการฉีดสีสวนหัวใจ จากนั้นแนะนำวิธีการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายโดยให้ผู้ป่วยเลือกฟังตามแนวเพลงที่ชอบ นานอย่างน้อย 20 นาที

- โทรติดตามอาการทุก 2 สัปดาห์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

พบกันครั้งที่ 2 วันนัดมานอนโรงพยาบาล สอบถามข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบ ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนและหลังสวนหัวใจขณะอยู่โรงพยาบาล แบบรายบุคคล ระยะเวลาประมาณ 20-30 นาที จากนั้นให้เลือกฟังเพลงตามแนวเพลงที่ชอบ นานอย่างน้อย 20 นาที

ระยะหลังสวนหัวใจ

พบกันครั้งที่ 3 หลังสวนหัวใจ ตอนเย็น ติดตามเยี่ยม สอบถามผู้ป่วยถึงข้อมูลที่ต้องการ และให้ข้อมูลแบบรายบุคคล ระยะเวลาประมาณ 30 นาที ดังนี้

กลุ่มทดลองที่ 1 ผู้ป่วยที่ผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแผล การรับประทานยา กิจกรรมและการออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดปัจจัยเสี่ยงและการจัดการกับอาการผิดปกติ และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม จากนั้นให้เลือกฟังเพลงตามแนวเพลงที่ชอบ นานอย่างน้อย 20 นาที

กลุ่มทดลองที่ 2 ผู้ป่วยที่ผลการสวนหัวใจปกติ ให้ความรู้เรื่องการดูแลแผล การรับประทานยา กิจกรรมและการออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับอาการผิดปกติ และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม จากนั้นให้เลือกฟังเพลงตามแนวเพลงที่ชอบ นานอย่างน้อย 20 นาที

พบกันครั้งที่ 4 ก่อนกลับบ้าน สอบถามข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบเพิ่มเติม ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่เคยให้ ให้ผู้ป่วยเลือกฟังเพลงตามแนวเพลงที่ชอบ นานอย่างน้อย 20 นาที

หมายเหตุ ให้ผู้ป่วยเลือกฟังเพลงตามแนวความชอบ เพลงที่เมื่อฟังแล้วรู้สึกมีความสุขและสบายใจ โดยมีผู้วิจัยร่วมเลือกเพลงไปด้วยเพื่อดูความเหมาะสมก่อนนำไปใช้ ผ่านแอปพลิเคชันฟังเพลงออนไลน์ โดยฟังผ่านหูฟังชนิดครอบหู

ความวิตกกังวล

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบอนุกรมเวลาที่มีกลุ่มควบคุมและมีการให้สิ่งทดลองซ้ำ (Control group time series with multiple replication design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มทดลอง 1 คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ (ผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ) ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี

กลุ่มทดลอง 2 คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ (ผลการสวนหัวใจปกติ หรือผิดปกติเล็กน้อย ไม่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ) ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี

กลุ่มควบคุม	O ₁		O ₂		O ₃		O ₄		O ₅
กลุ่มทดลอง 1	O ₆	x	O ₇	x	O ₈	x	O ₉	x	O ₁₀
กลุ่มทดลอง 2	O ₁₁	x	O ₁₂	x	O ₁₃	x	O ₁₄	x	O ₁₅

- O₁ หมายถึง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด วันที่แพทย์แจ้งให้สวนหัวใจ ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₂ หมายถึง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด วันที่แพทย์แจ้งให้สวนหัวใจ ช่วงหลังได้รับบัตร์นัดสวนหัวใจ หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₃ หมายถึง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดก่อนสวนหัวใจ 1 วัน หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₄ หมายถึง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังสวนหัวใจ ตอนเย็น หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₅ หมายถึง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดก่อนกลับบ้าน หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₆ หมายถึง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (ผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ) วันที่แพทย์แจ้งให้สวนหัวใจ ก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ แบบนัดหมายล่วงหน้า

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ารับการสวนหัวใจครั้งแรก แบบนัดหมายล่วงหน้า ณ โรงพยาบาลตำรวจ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตามสะดวก (Convenience sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) มีดังนี้

- 1) ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ โดยผู้วิจัยประเมินจากความสามารถในการจดจำบุคคล เวลา และสถานที่
- 2) ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาทด้านการได้ยิน หรือโรคเกี่ยวกับการได้ยินและโรคเกี่ยวกับหู
- 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และถูกนัดมาสวนหัวใจครั้งแรก
- 4) ไม่มีอาการป่วยทางจิตเวชและได้รับการรักษาอาการวิตกกังวลโดยประเมินจากเวชระเบียน
- 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย
- 6) ผู้ป่วยชอบฟังดนตรี

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) มีดังนี้

1) ขณะทำการทดลองผู้ป่วยมีอาการผิดปกติที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน ได้แก่ หอบเหนื่อย มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้ง/นาที หรือเต้นช้ากว่า 50 ครั้ง/นาที หรืออยู่ในภาวะวิกฤติ

- 2) ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบทั้ง 4 ครั้ง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power โดยกำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 ซึ่งเป็นระดับมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ (Burns & Grove, 2009; D.F. Polit & Beck, 2014; รัตน์ศิริ ทาโต, 2561) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = .05$ และกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ขนาดใหญ่ ที่ .40 Cohen (1988) และแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยจำนวน 66 คน ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 66 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 22 คน และกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 22 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ถ้าระหว่างดำเนินการวิจัยพบว่าการคัดออกของกลุ่ม

ตัวอย่างเนื่องจากไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ ผู้วิจัยจะดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มจนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ในระเบียบการวิจัย โดยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่จะส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่าง โดยให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ดังนี้

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดและแพทย์นัดให้เข้ารับการสวนหัวใจ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตามสะดวก (Convenience sampling) หากมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นทั้ง 8 ข้อและยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะเลือกดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จก่อน จำนวน 22 คน หลังจากนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 2 กลุ่มพร้อมกัน จำนวนกลุ่มละ 22 คน ตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ในระเบียบการวิจัย

เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน ผู้วิจัยใช้วิธีการจับคู่ (Matched pair) โดยให้กลุ่มทดลองมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุมมากที่สุดในแต่ละคู่ (Mann, 2001) เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนด้านอายุ เพศ และระดับการศึกษาที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจ (Delewi et al., 2017) ผู้วิจัยจึงกำหนด ดังนี้

- 1) เพศ เป็นเพศเดียวกัน เนื่องจากเพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย (Delewi et al., 2017)
- 2) อายุ กลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมต่างกันไม่เกิน 5 ปี เนื่องจากพบว่าผู้ที่อายุน้อยจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่อายุมากกว่า (Delewi et al., 2017)
- 3) ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน แตกต่างกันไม่เกิน 1 ระดับ จะส่งผลต่อความวิตกกังวลค่อนข้างน้อย (Delewi et al., 2017)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจครั้งแรก เฉพาะการทำหัตถการที่หลอดเลือดที่ขาหนีบ (Femoral artery) ส่วนผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลอยู่เดิม ผู้วิจัยไม่เลือกเข้ามาศึกษาในครั้งนี้ เพื่อป้องกันผลการศึกษาคคลาดเคลื่อน อีกทั้งผลการสวนหัวใจที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลหลังสวนหัวใจนั้น ผู้วิจัยจึงได้แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองที่ 1 ผลการสวนหัวใจผิดปกติ ต้องได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และกลุ่มทดลองที่ 2 มีผลการสวนหัวใจปกติหรือผิดปกติเล็กน้อย ไม่ได้รับการขยายหลอดเลือด

ตารางที่ 2 คุณสมบัติของกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 เมื่อได้รับการจับคู่ (Matched pairs) ตามปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา

คู่ ที่	กลุ่มควบคุม (n=22)			กลุ่มทดลองที่ 1 (n=22)			กลุ่มทดลองที่ 2 (n=22)		
	เพศ	อายุ	ระดับ การศึกษา	เพศ	อายุ	ระดับ การศึกษา	เพศ	อายุ	ระดับ การศึกษา
1	ช	59	ปริญญาตรี	ช	59	ปริญญาตรี	ช	59	ปริญญาตรี
2	ช	59	ปริญญาตรี	ช	59	ปริญญาตรี	ช	59	ปริญญาโท
3	ช	59	มัธยมศึกษา	ช	59	มัธยมศึกษา	ช	59	มัธยมศึกษา
4	ช	54	ปริญญาตรี	ช	51	อนุปริญญา	ช	50	ปริญญาตรี
5	ญ	56	ประถมศึกษา	ญ	54	มัธยมศึกษา	ญ	53	ประถมศึกษา
6	ญ	56	ประถมศึกษา	ญ	59	ประถมศึกษา	ญ	59	ประถมศึกษา
7	ช	59	ประถมศึกษา	ช	57	มัธยมศึกษา	ช	59	ประถมศึกษา
8	ช	58	ปริญญาตรี	ช	58	ปริญญาตรี	ช	59	ปริญญาตรี
9	ญ	59	ประถมศึกษา	ญ	58	ประถมศึกษา	ญ	59	ประถมศึกษา
10	ช	58	ปริญญาตรี	ช	56	ปริญญาตรี	ช	58	ปริญญาตรี
11	ช	54	ปริญญาตรี	ช	51	ปริญญาตรี	ช	55	ปริญญาตรี
12	ช	58	อนุปริญญา	ช	55	ปริญญาตรี	ช	53	ปริญญาตรี
13	ช	57	มัธยมศึกษา	ช	59	มัธยมศึกษา	ช	54	มัธยมศึกษา
14	ช	58	มัธยมศึกษา	ช	58	มัธยมศึกษา	ช	53	มัธยมศึกษา
15	ช	47	ปริญญาตรี	ช	43	ปริญญาตรี	ช	45	ปริญญาตรี
16	ญ	54	ปริญญาตรี	ญ	57	ปริญญาตรี	ญ	58	ปริญญาตรี
17	ช	57	ปริญญาตรี	ช	56	ปริญญาตรี	ช	59	ปริญญาตรี
18	ญ	59	ปริญญาตรี	ญ	57	ปริญญาตรี	ญ	55	ปริญญาตรี
19	ช	59	ปริญญาตรี	ช	59	ปริญญาโท	ช	59	ปริญญาตรี
20	ช	59	ปริญญาตรี	ช	58	ปริญญาตรี	ช	58	ปริญญาตรี
21	ช	50	อนุปริญญา	ช	53	ปริญญาตรี	ช	50	ปริญญาตรี
22	ช	57	มัธยมศึกษา	ช	57	มัธยมศึกษา	ช	59	มัธยมศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้าร่วมการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ วิธีการลดความวิตกกังวล และส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพเกี่ยวกับดนตรี ได้แก่ ความชอบฟังดนตรี ระดับความชอบดนตรีในภาพรวม ความบ่อยของการฟังดนตรี และแนวเพลงที่ชื่นชอบ

1.2 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1)

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) ของ Spielberger (1983) ฉบับภาษาไทย แปลโดย ธาตรี นนธศักดิ์, จิน แบร์, และสมโภช เอี่ยมสุภาชิต ใน ดารารวรรณ ต๊ะปินตา (2534) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 และข้อคำถามทางลบจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัด Ranging scale 4 ระดับ จากไม่มีความรู้สึกเลยถึงมีมากที่สุด คะแนนรวมต่ำสุด 20 คะแนน และสูงสุด 80 คะแนน มีการแปลผลคะแนนแบ่งระดับความวิตกกังวลได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนนระหว่าง 20-40 คะแนน	หมายถึง	มีความวิตกกังวลเล็กน้อย
คะแนนระหว่าง 41-60 คะแนน	หมายถึง	มีความวิตกกังวลปานกลาง
คะแนนระหว่าง 61-70 คะแนน	หมายถึง	มีความวิตกกังวลสูง
คะแนนระหว่าง 71-80 คะแนน	หมายถึง	มีความวิตกกังวลรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและการใช้ภาษาที่เหมาะสม ปรับปรุงแก้ไขภาษาของข้อคำถามในบางข้อตามคำแนะนำ

2) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) ที่ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน ความครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษาและการจัดลำดับความต่อเนื่องของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการสวนหัวใจ 1 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านดนตรีบำบัด (นักดนตรีบำบัด) 1 คน

3) ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยกำหนดเกณฑ์การตัดสินความตรงตามเนื้อหาตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ หรือ CVI เท่ากับหรือมากกว่า .80 (Polit & Beck, 2008) จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้ให้คำแนะนำในการปรับแก้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ สรุปได้ดังนี้

- 1) ปรับเปลี่ยนภาษาส่วนของข้อความให้มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้งานยิ่งขึ้น
- 2) เพิ่มข้อความในส่วนของดนตรีให้มากขึ้น ให้เพิ่มเป็นส่วนที่ 2 ประสพการณ์เกี่ยวกับดนตรี

ผู้วิจัยนำคำแนะนำที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและปรับแก้เนื้อหาของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลตามคำแนะนำ

1.2 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1)

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านลงความเห็นที่สามารถนำไปใช้ได้เนื่องจากเป็นแบบประเมินมาตรฐาน แต่ให้ระมัดระวังในการใช้วัดความวิตกกังวลในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน เนื่องจากประเมินในสถานการณ์ที่ต่างกันและมีการวัดหลายครั้ง ค่าวนาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญได้เท่ากับ 1.00

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว มาตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน

30 คน ที่คลินิกโรคหัวใจ หน่วยตรวจหัวใจด้วยเครื่องมือพิเศษ โรงพยาบาลตำรวจ และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.85

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดทำให้กับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ แบบวางแผนล่วงหน้า ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมการให้ข้อมูลโดยการประยุกต์ใช้ตามแนวคิดของ Leventhal and Johnson (1983) และกิจกรรมการฟังดนตรี โดยมีขั้นตอนการพัฒนาดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ แบบนัดหมายล่วงหน้า

2. ศึกษาทบทวนวรรณกรรม ค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เกี่ยวกับการให้ข้อมูลและดนตรีบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ

3. สรุปและกำหนดเนื้อหาที่มีความสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาเพื่อให้ความถูกต้อง เหมาะสม และจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน และข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวล

4. สร้างโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวล สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ แบบนัดหมายล่วงหน้า พร้อมปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อกำหนดโครงสร้าง วัตถุประสงค์ เนื้อหาสาระ กลุ่มเป้าหมาย วิธีดำเนินการ และการประเมินผลร่วมกับการจัดทำคู่มือประกอบการดำเนินโปรแกรมพร้อมแผนการให้ข้อมูล โดยกำหนดเนื้อหา กิจกรรมการให้ข้อมูลผู้ป่วย ประยุกต์ตามแนวคิดของ Leventhal and Johnson (1983) ร่วมกับการนำกิจกรรมการฟังดนตรีเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความวิตกกังวลลดลง แนวทางการให้ข้อมูล มีดังต่อไปนี้

- 1) ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคาม ที่ส่งผลต่อสภาวะอารมณ์หรือความรู้สึก เป็นข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ โดยมีการอธิบายเป็นลำดับขั้นตอน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจต่อเหตุการณ์นั้นและมีการรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นได้อย่างถูกต้องตามความเป็นจริง สามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสม (Cognitive control) เมื่อแพทย์แจ้งให้ผู้ป่วยเข้ารับการสวนหัวใจ การสวนหัวใจเปรียบเสมือนเป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ส่งผลต่ออารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย จึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดยาสวนหัวใจ ซึ่งประกอบด้วย ความหมายของการฉีดยาสวนหัวใจและการขยายหลอดเลือด ขั้นตอนการฉีดยาสวนหัวใจพอสังเขปและระยะเวลาการฉีดยาสวนหัวใจ ภาวะแทรกซ้อน ความรู้สึกจากประสาทสัมผัสที่อาจเกิดขึ้นขณะสวน

หัวใจ เช่น อาการแน่นหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ร่วมกับการประเมินสภาวะอารมณ์หรือความรู้สึกที่สัมพันธ์กับสิ่งคุกคามหรือเหตุการณ์ที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ เช่น ความรู้สึกกลัว วิดกกังวล เมื่อผู้ป่วยบอกได้ว่าตนเองมีความรู้สึกอย่างไรและสามารถควบคุมตนเองได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปฏิกิริยาการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional response) ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย และให้ผู้ป่วยฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายเพื่อลดความวิตกกังวลหรือสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้น

2) ข้อมูลองค์ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบที่เชื่อมโยงกับเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคาม รวมถึงประโยชน์ของกิจกรรมที่จะช่วยในการจัดการกับเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคาม คือ การให้ข้อมูลที่บ่งบอกถึงสาเหตุของเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ โดยการอธิบายเป็นลำดับขั้นตอน ให้ผู้ป่วยเกิดภาพความรู้ ความเข้าใจเหตุการณ์แวดล้อมที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ได้แก่ การข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วย กายวิภาคศาสตร์หลอดเลือดหัวใจ ความหมาย สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา และผลกระทบจากโรคหัวใจขาดเลือด รวมถึงกิจกรรมการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายที่สามารถช่วยนำมลดความวิตกกังวลร่วมได้ด้วย

3) แนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญหรือสิ่งคุกคาม เป็นการให้ข้อมูลที่บอกถึงทฤษฎีและวิธีการต่างๆ ที่ควรปฏิบัติ ซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วยในสภาวะที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคามต่างๆ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุม (Behavioral control) หรือเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญนั้น จะส่งผลต่อสภาวะอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลลดลง ดังนั้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการฉีดสีสวนหัวใจ ตลอดจนเมื่อกลับบ้าน ร่วมกับกิจกรรมการฟังดนตรีเพื่อผ่อนคลาย สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมของสภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคาม

4) ความมั่นใจและแรงจูงใจที่จะช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จในการเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคาม ได้แก่ การพูดคุยเสริมแรงทางบวก การให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสถานการณ์การเข้ารับการฉีดสีสวนหัวใจได้อย่างเหมาะสม การโทรติดตามผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ ในช่วงเวลาการรอคอยเข้าสวนหัวใจเพื่อสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างรอเข้ารับการฉีดสีสวนหัวใจ และการติดตามเยี่ยมให้กำลังใจขณะอยู่หอผู้ป่วย รวมถึงการชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามคำแนะนำ เป็นต้น นอกจากนี้กิจกรรมการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายยังสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง ตั้งแต่ในระยะก่อนสวนหัวใจ หลังสวนหัวใจ และเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมของสภาพจิตใจและอารมณ์ที่ดี ซึ่งโดยรวมจะส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง และทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญได้อย่างเหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกฟังเพลงที่ชอบตามแนวเพลงที่ชื่นชอบได้ด้วยตนเอง

5. เอกสารคู่มือและสื่อประกอบการดำเนินโปรแกรม สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนกิจกรรมการให้ข้อมูล ดังนี้

5.1) คู่มือพยาบาล สำหรับสำหรับให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษา สอนหัวใจและการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย

5.2) คู่มือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษา สอนหัวใจ และการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย สำหรับมอบให้กลุ่มตัวอย่างได้นำไปใช้ศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด และการปฏิบัติตัวเมื่อต้องสวนหัวใจ ตั้งแต่ระยะก่อนสวนหัวใจ และหลังสวนหัวใจทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

5.3) สื่อการนำเสนอภาพนิ่ง โปรแกรม Power point presentation มีเนื้อหา สอดคล้องกับคู่มือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษา สอนหัวใจ ได้แก่ ข้อมูลเรื่องโรคกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือด การสวนหัวใจ สภาพแวดล้อมในห้องสวนหัวใจ การเตรียมตัวก่อนและหลังการสวน หัวใจ และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา สอนหัวใจ รวมถึงวิธีการฟังเพลงเพื่อ ผ่อนคลาย

5.4) อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการฟังดนตรี ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้สำหรับผู้ป่วย ได้แก่

- iPad รุ่น 11 pro ใช้สำหรับเล่นเพลง
- หูฟังบลูทูธชนิดครอบหู ยี่ห้อ Moshi รุ่น MS - 23
- แอปพลิเคชันฟังเพลงออนไลน์ Spotify สำหรับฟังเพลง โดยผู้วิจัยพิจารณา เลือกจากแอปพลิเคชันที่มีเพลงให้เลือกหลากหลายแนวเพลง และมีเพลงให้เลือกเยอะ ใช้งานง่าย โดยผู้วิจัยได้สมัครเป็นสมาชิกรายเดือน เพื่อไม่ให้มีโฆษณาบกวนในระหว่างการฟังดนตรี เพื่อยืดหยุ่น ให้ผู้ป่วยได้เลือกฟังเพลงตามความต้องการและตามแนวเพลงที่ชื่นชอบ ได้แก่ เพลงไทยเดิม เพลง พื้นบ้าน เพลงลูกกรุง เพลงลูกทุ่ง เพลงเพื่อชีวิต เพลงไทยสมัยนิยม และเพลงสากลแนวคลาสสิก แนวร็อก แนวป๊อป แนวฮิปฮอป และแนวเพลงอื่นๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์และการใช้ภาษาที่เหมาะสม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

2) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีที่ผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ ปรึกษา พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน ความครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษาและ การจัดทำข้อความต่อเนื่องของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการ

สวนหัวใจ 1 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านดนตรีบำบัด (นักดนตรีบำบัด) 1 คน

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

จากการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้เสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

2.1 คู่มือดำเนินโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

- 1) แนะนำให้ปรับแก้รูปภาพและภาษาในคู่มือตามคำแนะนำให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น
- 2) ควรระมัดระวังการเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลอง เนื่องจากกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 มีภาวะความวิตกกังวลที่แตกต่างกันไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้
- 3) การดำเนินโปรแกรม ในการพบกันครั้งแรกแนะนำให้อาจจะยังไม่ให้ผู้ป่วยฟังดนตรี หรือให้ผู้ป่วยทดลองฟังเพลง 1 เพลง แล้วประเมินความรู้สึกหลังฟังเพลง เนื่องจากมีปัจจัยเรื่องเวลา สถานที่ ซึ่งส่งผลต่อความร่วมมือของผู้ป่วย ควรเป็นการประเมินเกี่ยวกับประสบการณ์ด้านดนตรีเพื่อดูความชอบในเบื้องต้น แต่หากมีความพร้อมของสถานที่สามารถทำได้
- 4) ขั้นตอนการฟังเพลง ควรอธิบายรายละเอียดของการจัดสิ่งแวดล้อม ระหว่างฟังดนตรี เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเป็นส่วนตัว รวมถึงการควบคุมสิ่งแวดล้อมไม่ให้ผู้ป่วยถูกรบกวนในระหว่างฟังเพลง ระบุตำแหน่งการนั่งของผู้วิจัยและผู้ป่วยให้ชัดเจนมากขึ้น และควรวาดรูปแผนผังการจัดพื้นที่สำหรับฟังเพลงลงในคู่มือ
- 5) แนะนำให้ระบุชี้ห้อยกับรุ่นของหูฟังที่ใช้ในการฟังเพลงลงในคู่มือด้วย เนื่องจากมีความสำคัญในเรื่องของคุณภาพเสียง
- 6) ควรเขียนอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับกติกาในระหว่างฟังเพลงลงในคู่มือด้วย เช่น การปิดแจ้งเตือนมือถือในระหว่างฟังเพลงเพื่อป้องกันการรบกวน หรือแม้แต่วิธีการปรับระดับเสียงและการหยุดเล่นเพลงก็ควรอธิบายให้ละเอียดมากขึ้นว่าทำอย่างไร และควรจัดระยะเวลาการฟังเพลงให้ยืดหยุ่นกับความต้องการของผู้ป่วยด้วย
- 7) ไม่แนะนำให้ชี้หน้าด้วยการจัดรายการเพลงให้ผู้ป่วยเลือก “เพราะไม่มีเพลงไหนเป็นเพลงบำบัด เพลงที่เพราะคือเพลงที่ผู้ป่วยชอบ ดนตรีบำบัดคือกระบวนการ ไม่ใช่ดนตรี” ควรสอนผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย สอนการฟังอย่างตั้งใจ (active listening) โดยสอนการค้นหาเพลงและเลือกเพลงที่ต้องการฟังจากแอปพลิเคชันฟังเพลงออนไลน์ ในการวิจัยนี้ควรเลือกใช้เพียง 1 แอปพลิเคชัน และควรลงทะเบียนสมัครใช้งานแบบมีค่าใช้จ่าย เพื่อป้องกันไม่ให้มีโฆษณา รบกวนในขณะที่ฟังเพลงในอุปกรณ์ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้ ให้ผู้ป่วยเลือกจัดรายการเพลงที่ชื่นชอบด้วย

ตนเอง แต่หากผู้ป่วยต้องการหยุดฟังเพลงก่อนเวลาที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ผู้วิจัยควรเขียนระบุแนวทางในการจัดการสถานการณ์ที่เกิดขึ้นด้วย

2.2 คู่มือพยาบาลในการให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ และการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย สรุปลงสาระสำคัญได้ดังนี้

1) รูปแบบและเนื้อหาในคู่มือเป็นวิชาการมากเกินไป ควรปรับให้สอดคล้องกับรูปแบบของคู่มือผู้ป่วย ปรับปรุงรูปภาพให้ชัดเจนสอดคล้องกับเนื้อหาพร้อมระบุที่มา ถ้าสามารถถ่ายทำเองได้จะดีมาก รายการอ้างอิงในคู่มือไม่ควรเกิน 5 รายการ

2) เพิ่มเติมเนื้อหาในส่วนของ การปฏิบัติตัวหลังสวนหัวใจ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามคำแนะนำ และปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมและเข้าใจง่าย

3) ควรปรับเนื้อหาการปฏิบัติตัวหลังฉีดสีสวนหัวใจเป็น 2 ส่วน คือ 1) สำหรับผู้ป่วยที่มีผลการสวนหัวใจปกติ และ 2) ผู้ป่วยที่มีผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2.3 คู่มือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ และการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย

1) รูปแบบคู่มือชัดเจนดี ภาษาเข้าใจง่าย แต่ควรใช้รายการอ้างอิงที่เป็นฉบับภาษาไทย เพราะเป็นคู่มือของผู้ป่วย แต่ควรปรับปรุงภาพถ่ายพร้อมระบุที่มาของรูปและบอกว่าแสดงอะไร

2) ควรปรับเนื้อหาการปฏิบัติตัวหลังฉีดสีสวนหัวใจเป็น 2 ส่วน คือ 1) สำหรับผู้ป่วยที่มีผลการสวนหัวใจปกติ และ 2) ผู้ป่วยที่มีผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

3) ควรเพิ่มเติมและปรับปรุงเนื้อหา แก้ไขภาษาตามคำแนะนำ

4) ดนตรีบำบัด ควรอธิบายกลไกของดนตรีบำบัดให้เข้าใจง่ายมากขึ้น

5) ปรับคู่มือให้สอดคล้องกับคู่มือพยาบาล

6) ชื่อคู่มือควรเปลี่ยนจากประโยชน์ของการฟังดนตรีเป็น “การฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย” เพราะเป็นการใช้ภาษาทางบวก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่เครียดเกินไป

2.4 โปรแกรมนำเสนอภาพนิ่ง Power point presentation

1) ควรนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างประมาณ 3 ราย เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหาและเวลาก่อนนำไปใช้จริง

2) ควรปรับเนื้อหาการปฏิบัติตัวหลังฉีดสีสวนหัวใจเป็น 2 ส่วน คือ 1) สำหรับผู้ป่วยที่มีผลการสวนหัวใจปกติ และ 2) ผู้ป่วยที่มีผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2.5 อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการฟังดนตรี

1) iPad รุ่น 11 pro ใช้สำหรับเล่นเพลง มีความเหมาะสมดี

2) หูฟังบลูทูธชนิดครอบหู ยี่ห้อ Moshi รุ่น MS 123 ถ้ามีงบประมาณสนับสนุนควรเปลี่ยนหูฟังเป็นรุ่นที่มีคุณภาพเสียงที่ดีมากยิ่งขึ้น

การทดลองใช้

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ที่เข้ารับการสวนหัวใจที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับการปรับปรุงและแก้ไข ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจ แบบนัดหมายล่วงหน้า จำนวน 3 ราย ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกหัวใจ หน่วยตรวจหัวใจด้วยเครื่องมือพิเศษ โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาและระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม ในการทดลองใช้โปรแกรม พบว่า ช่วงเวลาในการดำเนินกิจกรรมมีการใช้ระยะเวลาที่สั้นกว่าช่วงเวลาที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ในตอนแรก จึงปรับแก้ไขช่วงเวลาในการดำเนินโปรแกรมให้เหมาะสมมากขึ้น

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจ เป็นส่วนหนึ่งของแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของสำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2549) เป็นแบบทดสอบชนิดถูกผิด ลักษณะคำถามให้ความหมายทางบวกและทางลบ ประกอบด้วยคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย ความรู้เรื่องยา และการจัดการอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 32 ข้อ ผู้วิจัยนำมาพัฒนาให้เหมาะสมในการศึกษาครั้งนี้ โดยการปรับลดและรวมบางข้อคำถาม และปรับเพิ่มด้านการดูแลแผล การปฏิบัติตัวก่อนและหลังสวนหัวใจ และการลดปัจจัยเสี่ยง เพื่อใช้ประเมินความรู้ก่อนและหลังการให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ ภายหลังจากพัฒนา ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้านการฉีดสีสวนหัวใจ ด้านการเตรียมตัวก่อนสวนหัวใจ ด้านการปฏิบัติตัวหลังสวนหัวใจ ด้านการดูแลแผล ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านความรู้เรื่องยา ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง และด้านการจัดการอาการผิดปกติ รวมทั้งหมดจำนวน 42 ข้อ คะแนนรวมเท่ากับ 42 คะแนน ดังนี้

- 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 3 ข้อ
- 2) ความรู้เกี่ยวกับการฉีดสีสวนหัวใจ จำนวน 3 ข้อ
- 3) ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนสวนหัวใจ จำนวน 3 ข้อ
- 4) ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังสวนหัวใจ จำนวน 3 ข้อ
- 5) ความรู้เรื่องการดูแลแผล จำนวน 5 ข้อ
- 6) ความรู้เรื่องโภชนาการ จำนวน 5 ข้อ
- 7) ความรู้ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ
- 8) ความรู้ด้านความรู้เรื่องยา จำนวน 5 ข้อ
- 9) ความรู้ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง จำนวน 5 ข้อ
- 10) ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 5 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้ ข้อคำถามมีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 3 คำตอบ เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ ข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน ข้อที่ตอบผิดและไม่ทราบได้ 0 คะแนน

การแปลผล หากกลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากกว่าร้อยละ 80 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการสวนหัวใจ แต่หากกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 80 ผู้วิจัยจะอธิบายซ้ำในส่วนที่ผู้ปวยยังไม่เข้าใจ และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติม และวัดความรู้ใหม่ในข้อที่ตอบผิดอีกรอบจนกว่าผู้ปวยจะผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจ แบบบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจและความดันโลหิต เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและการใช้ภาษาที่เหมาะสม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

2) จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจ และแบบบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจและความดันโลหิตที่ผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน ความครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษาและการจัดลำดับความต่อเนื่องของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการสวนหัวใจ 1 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านดนตรีบำบัด (นักดนตรีบำบัด) 1 คน

3) ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจ ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาแก้ไขตามคำแนะนำ และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยกำหนดเกณฑ์การตัดสินความตรงตามเนื้อหาตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ หรือ CVI เท่ากับหรือมากกว่า .80 (Polit & Beck, 2008) จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

3.1 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจ

ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้คำแนะนำในการปรับปรุงภาษาและแก้ไขข้อคำถามให้มีความเหมาะสม และชัดเจนมากยิ่งขึ้น และจากการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสัมภาษณ์ ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจได้ค่าเท่ากับ 0.95

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจ ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว มาตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์โดยใช้สูตร Kuder Richardson ด้วยวิธี KR 20 ค่าที่ยอมรับได้เท่ากับหรือมากกว่า .70 (D. F. Polit & Beck, 2008) ซึ่งค่าที่คำนวณได้คือ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2565 – 31 ตุลาคม 2565 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการทดลอง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาเตรียมการทดลอง

1) การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมด้านความรู้ โดยการศึกษาค้นคว้าและทบทวนเอกสารและงานวิจัยจากตำรา เอกสารวิชาการเกี่ยวกับการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดและการสวนหัวใจ และการฟังดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เข้าอบรมเกี่ยวกับการใช้ดนตรีบำบัดเบื้องต้นกับนักดนตรีบำบัดเป็นระยะเวลา 4 ชั่วโมง ณ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

2) ผู้วิจัยขอหนังสือขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ เครื่องมือวิจัย เสนอต่อ นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

3) หลังจากได้รับอนุมัติให้ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยจากนายแพทย์ใหญ่ โรงพยาบาลตำรวจแล้ว ผู้วิจัยประสานงานนำหนังสือยื่นต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย ขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

4) ผู้วิจัยขอหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิจัย เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร ไปยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

5) ภายหลังจากการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ เครื่องมือวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูล

6) หลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากนายแพทย์ใหญ่ โรงพยาบาลตำรวจแล้ว ผู้วิจัยประสานงานนำหนังสือยื่นต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าหอผู้ป่วยใน และหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ แบบนัดหมายล่วงหน้า โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตามสะดวก (Convenience sampling) ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเลือกเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คนให้ครบก่อน แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 กลุ่มละ 22 คนพร้อมกันจนครบ โดยมีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

พบกันครั้งที่ 1 หลังจากแพทย์แจ้งให้ผู้ป่วยตรวจสวนหัวใจ คลินิกโรคหัวใจ ใช้เวลา 20 นาที

1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง หลังจากผู้ป่วยตรวจกับแพทย์เสร็จ และมารับนัดหมายที่หน่วยสวนหัวใจ ก่อนรับนัดหมาย ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

2) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

3) หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่คลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจ และหน่วยตรวจสวนหัวใจและรับบัตรนัดสวนหัวใจเรียบร้อยแล้ว

4) ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1)

พบกันครั้งที่ 2 วันนัดนอนโรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วยทั่วไป ใช้เวลา 15 นาที

1) กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการบนหอผู้ป่วยในการเตรียมตัว เช่น แนะนำการปฏิบัติตัว และการเตรียมผิวหนังบริเวณข้อพับแขนหรือขาหนีบ

2) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) ด้วยตนเอง หลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติ

พบกันครั้งที่ 3 หลังสวนหัวใจ ตอนเย็น ณ หอผู้ป่วยในทั่วไป ใช้เวลา 15 นาที

1) กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ในการสังเกตอาการใกล้ขีด โดยประเมินสัญญาณชีพ ประเมินตำแหน่งที่ใส่สายสวน ประเมินภาวะเลือดไหลหรือมีก้อนเลือดใต้ผิวหนัง คลำชีพจรส่วนปลายของตำแหน่งที่ใส่สายสวนหลอดเลือด และการดูแลอื่นๆ ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังสวนหัวใจ

2) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) ครั้งที่ 4 ด้วยตนเอง หลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติ

พบกันครั้งที่ 4 ก่อนกลับบ้าน ณ หอผู้ป่วยทั่วไป ใช้เวลา 15 นาที

1) ในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน โดยการอธิบายและให้ความรู้จากพยาบาลประจำการในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

2) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) ด้วยตนเอง หลังจากนั้นกล่าวขอบคุณและปิดโครงการวิจัย

3) หลังจากปิดโครงการวิจัย ผู้วิจัยมอบคู่มือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการฉีดสตีเวนหัวใจและการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายให้ผู้ป่วย และให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับบ้านแก่ผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อมูลที่ต้องการ

กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 มีการดำเนินการ ดังนี้

พบกันครั้งที่ 1 หลังจากแพทย์แจ้งให้ผู้ป่วยเข้าสวนหัวใจ ณ คลินิกโรคหัวใจ ใช้เวลา 30 นาที

1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง หลังจากผู้ป่วยตรวจกับแพทย์ที่คลินิกโรคหัวใจเสร็จเรียบร้อยแล้ว และมารับนัดหมายที่หน่วยสวนหัวใจ ก่อนรับนัดหมาย ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

2) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1)

3) ประเมินความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจ ครั้งที่ 1

4) จัดเตรียมสถานที่ โดยขอใช้ห้องนัดหมาย ณ หน่วยสวนหัวใจ ที่ไม่มีคนพลุกพล่าน และเป็นส่วนตัว จัดทำนั่งให้ผู้ป่วยเว้นระยะห่างอย่างเหมาะสมและมีฉากกั้นระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

5) สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบ และสิ่งที่มีความกังวลหรือมีข้อสงสัย

6) ให้ข้อมูลผ่านโปรแกรมนำเสนอภาพนิ่ง (power point presentation) ใช้ระยะเวลาประมาณ 20-25 นาที ร่วมกับแจกคู่มือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการฉีดสีสวนหัวใจ ดังนี้

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการฉีดสีสวนหัวใจ ประกอบด้วย กายวิภาคศาสตร์หลอดเลือดหัวใจ ความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา

ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดสีสวนหัวใจ ประกอบด้วย ความหมาย ขั้นตอนและวิธีการฉีดสีสวนหัวใจพอสังเขปและระยะเวลาการฉีดสีสวนหัวใจ ความรู้สึกจากประสาทสัมผัสที่อาจเกิดขึ้นขณะทำการหัตถการ เช่น อาการแน่นหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมห้องสวนหัวใจ หอผู้ป่วยวิกฤติและผลกระทบจากการฉีดสีสวนหัวใจ

ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น การเตรียมเอกสารเบิกค่าใช้จ่ายตามสิทธิ์ การเตรียมของใช้ส่วนตัวเพื่อนอนโรงพยาบาล การเตรียมญาติสายตรงมาในวันสวนหัวใจ

7) การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม พร้อมอธิบายเพิ่มเติมให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ แล้วให้ผู้ป่วยนั่งพักประมาณ 10-15 นาทีก่อนเริ่มขั้นตอนการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย

8) ดูแลสถานที่ สภาพแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการฟังดนตรีมากที่สุด เพื่อป้องกันการรบกวนขณะฟังเพลง โดยการปิดประตูหรือกั้นม่านและแขวนป้ายห้ามรบกวน และหรีไฟให้มีดลงหากสามารถทำได้ โดยผู้วิจัยจะนั่งหันหน้าไปทางเดียวกับผู้ป่วย

9) อธิบายแนวทางการปฏิบัติในการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย เช่น การให้ผู้ผู้ป่วยปิดการแจ้งเตือนมือถือในระหว่างฟังเพลง เมื่อฟังเพลงจบแล้วหรือต้องการหยุดฟังเพลงให้ผู้ผู้ป่วยยกมือขึ้นเพื่อส่งสัญญาณบอกผู้วิจัย

10) แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่สุขสบาย และผ่อนคลายมากที่สุดระหว่างฟังเพลง

11) อธิบายขั้นตอนการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย

12) แนะนำการใช้แอปพลิเคชันฟังเพลงออนไลน์ Spotify Music ในอุปกรณ์ IPAD pro 11 และวิธีการเลือกเพลงตามแนวเพลงที่ผู้ป่วยชอบ โดยมีผู้วิจัยร่วมเลือกเพลงด้วยเพื่อประเมินความเหมาะสมของเพลงที่นำมาใช้ โดยสร้างเป็นรายการเพลงส่วนตัวของผู้ป่วย ในครั้งนี้ให้เลือกเพลงที่ชื่นชอบไว้ 6-7 เพลง

13) แนะนำการใช้งานหูฟังบลูทูธชนิดครอบหูที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผูควบคุมระดับเสียงเพลง และกดหยุดเพลงได้ด้วยตนเอง

14) แนะนำให้ผู้ป่วยหลับตา ผ่อนคลาย และหายใจเข้าออกช้าๆ ในระหว่างฟังเพลง เพื่อป้องกันการถูกรบกวนจากแสงสว่างหรือแสงไฟด้านนอกที่อาจรบกวนสมาธิของผู้ป่วยได้ โดยมีผู้วิจัยนั่งอยู่ด้านข้าง อย่างเงียบๆ

15) ในระหว่างฟังเพลงผู้วิจัยจะคอยสังเกตสีหน้า ท่าทางของผู้ป่วยเป็นระยะ ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการหยุดฟังเพลงและไม่ต้องฟังเพลงต่อจนจบเพลงให้ผู้ป่วยส่งสัญญาณให้ผู้วิจัยทราบโดยการยกมือขึ้น และกดหยุดเล่นเพลงได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะสอบถามถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการหยุดฟังเพลง และให้ความช่วยเหลือในกรณีที่ผู้ป่วยร้องขอ รวมทั้งสอบถามถึงความต้องการในการฟังเพลงต่อจนจบหรือเปลี่ยนเพลงใหม่เมื่อผู้ป่วยต้องการ หากผู้ป่วยไม่ต้องการฟังเพลงต่อ ผู้วิจัยจะยุติการฟังเพลงต่อในครั้งนี้

16) เมื่อฟังเพลงจบ ผู้วิจัยจะพูดคุยสอบถามความรู้สึกจากการฟังเพลงครั้งนี้ ให้กำลังใจ เสริมแรงทางบวก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษา และแนะนำให้ผู้ป่วยลองนำวิธีการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายไปใช้เมื่ออยู่บ้านอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และจดบันทึกความรู้สึกหลังจากการฟังเพลงลงในแบบบันทึกท้ายเล่มในสมุดคู่มือผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยเลือกเพลงตามแนวเพลงที่ผู้ป่วยชอบร่วมกับผู้วิจัยอย่างน้อย 6 เพลง โดยเป็นเพลงที่ผู้ป่วยได้ฟังแล้วมีความสุขและสบายใจเมื่อได้ฟังสำหรับฟังในการพบกันครั้งหน้า

17) ประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Form Y-1) ฉบับภาษาไทย ครั้งที่ 2

18) กล่าวขอบคุณ แจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับการโทรติดตามสอบถามอาการผู้ป่วยในทุก 2 สัปดาห์ก่อนสวนหัวใจ เพื่อสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น สอบถามเกี่ยวกับเรื่องที่สงสัยและวิตกกังวล พร้อมช่วยเหลือให้คำชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการ

19) แจ้งนัดหมายครั้งต่อไป วันนัดนอนโรงพยาบาล และแจ้งเกี่ยวกับการโทรติดตามอาการทุก 2 สัปดาห์ก่อนถึงวันนัดสวนหัวใจ

สรุปกิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความสนใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรม มีความสนใจและตั้งใจฟังมากในขณะที่ผู้วิจัยให้ข้อมูล เนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์การเข้าสวนหัวใจมาก่อน มีผู้ป่วยจำนวนมากที่เคยมีประสบการณ์จากบุคคลใกล้ชิด เช่น การรับฟังประสบการณ์จากเพื่อนหรือเครือญาติเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและการสวนหัวใจ เมื่อผู้วิจัยให้ผู้ป่วยประเมินความรู้ โดยตอบแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจ 42 ข้อ ก่อนเริ่มการให้ข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและการสวนหัวใจ เนื่องจากไม่มีผู้ผ่านเกณฑ์การทดสอบเลย ตลอดการให้ข้อมูลในครั้งนี้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและมีการ

โต้ตอบระหว่างการให้ข้อมูลดีมาก ส่วนใหญ่เสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดงของตนเองที่ตรงกับข้อมูลที่ผู้วิจัยนำเสนอ เมื่อผู้วิจัยให้ข้อมูลเสร็จสิ้น และสอบถามเกี่ยวกับการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยชอบฟังเพลงอยู่เป็นประจำ แต่ฟังในลักษณะเปิดเพลงฟังแบบทั่วไป ไม่ได้ตั้งใจฟังเป็นพิเศษ เมื่อได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสนใจและอยากทดลองลองนำไปใช้ด้วยตนเอง และเมื่อให้ผู้ป่วยฟังเพลงที่ชื่นชอบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่ารู้สึกผ่อนคลายดี เมื่อจบการให้ข้อมูลและการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย ผู้วิจัยมอบคู่มือสำหรับผู้ป่วยไว้ทบทวนความรู้ขณะอยู่บ้านในช่วงรอเข้ารับการรักษาหัวใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่กล่าวขอบคุณ และบอกว่าดีมากเพราะจะได้เอาไว้อ่านทบทวนอีกครั้ง และขอบคุณที่มาให้ข้อมูลทำให้เข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและการสวนหัวใจมากขึ้น รู้สึกกังวลลดลงมากกว่าตอนที่ยังไม่ทราบข้อมูล

พบกันครั้งที่ 2 ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน คือวันนัดมานอนโรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วยในทั่วไป ระยะเวลา 40 นาที

1) กล่าวทักทาย สอบถามอาการทั่วไป รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่ผู้ป่วยเผชิญ และสอบถามเกี่ยวกับการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายเมื่ออยู่บ้าน สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการ ทราบเพิ่มเติม ทบทวนเนื้อหาครั้งที่ผ่านามาเพื่อทวนความจำและเชื่อมโยงเนื้อหาในครั้งนี้

2) จัดเตรียมสถานที่ให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการรบกวนจากสภาพแวดล้อมภายนอก โดยการกั้นม่านหรือปิดประตู และแขวนป้ายห้ามรบกวน

3) ให้ข้อมูลโดยการอธิบายเป็นลำดับขั้นตอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังสวนหัวใจ ขณะอยู่โรงพยาบาล การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นหลังสวนหัวใจ ผ่านโปรแกรมนำเสนอภาพนิ่ง (power point presentation) ใช้ระยะเวลาประมาณ 20 นาที ร่วมกับแนะนำให้อ่านทบทวนในคู่มือความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาหัวใจแก่ผู้ป่วยเล่มเดิม

4) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย พร้อมอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ

5) ให้ผู้ป่วยพัก 10-15 นาทีก่อนเริ่มขั้นตอนต่อไป

6) แนะนำการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย และสอบถามความต้องการในการฟังเพลงตามแนวเพลงที่ผู้ป่วยชอบ

7) ดูแลสถานที่การฟังเพลงให้เหมาะสมอีกครั้ง เพื่อป้องกันการรบกวนขณะฟังเพลง โดยการปิดประตูหรือกั้นม่านและแขวนป้ายห้ามรบกวน ผู้วิจัยนั่งอยู่ข้างเตียงผู้ป่วยและหันหน้าไปทางเดียวกับผู้ป่วย

8) อธิบายแนวทางการปฏิบัติระหว่างการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย เช่น การปิดแจ้งเตือนมือถือในระหว่างฟังเพลง เมื่อฟังเพลงจบแล้วหรือต้องการหยุดฟังเพลงให้ผู้ป่วยยกมือขึ้นเพื่อส่งสัญญาณบอกผู้วิจัย

9) แนะนำให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายและผ่อนคลายมากที่สุดในช่วงฟังเพลง

10) แนะนำให้ผู้ป่วยฟังเพลงตามแนวเพลงที่ผู้ป่วยชอบอย่างน้อย 6 เพลง ซึ่งจะมีระยะเวลาเล่นเพลงต่อเนื่องนานมากกว่า 20 นาที โดยใช้แอปพลิเคชันฟังเพลงออนไลน์ Spotify Music ใน IPAD pro 11 ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้

11) แนะนำการใช้งานหูฟังบลูทูธชนิดครอบหูที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมระดับเสียงเพลง และกดหยุดเพลงได้ด้วยตนเอง

12) แนะนำให้ผู้ป่วยหลับตา ผ่อนคลาย และหายใจเข้าออกช้าๆ ขณะฟังเพลง เพื่อป้องกันการถูกรบกวนจากแสงสว่างหรือแสงไฟด้านนอกเมื่อไม่สามารถหรีไฟหรือปิดไฟได้ เพราะอาจรบกวนสมาธิของผู้ป่วยขณะฟังเพลง และให้ผู้ป่วยฟังเพลงนานต่อเนื่องอย่างน้อย 20 นาที

13) ในช่วงระหว่างฟังเพลงผู้วิจัยจะคอยสังเกตสีหน้า ท่าทางของผู้ป่วยเป็นระยะ ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการหยุดฟังเพลงและไม่ต้องการฟังเพลงต่อจนครบ 20 นาที ให้ผู้ป่วยส่งสัญญาณให้ผู้วิจัยทราบโดยการยกมือขึ้น และกดหยุดเล่นเพลงได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะสอบถามถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการหยุดฟังเพลง และให้ความช่วยเหลือในกรณีที่ผู้ป่วยร้องขอ รวมทั้งสอบถามถึงความต้องการในการฟังเพลงต่อจนครบ 20 นาทีเมื่อผู้ป่วยพร้อม หากผู้ป่วยไม่ต้องการฟังเพลงต่อ ผู้วิจัยจะยุติการฟังเพลงในครั้งนี้

14) สอบถามความรู้สึกผู้ป่วยหลังฟังเพลงจบพร้อมกับสังเกตสีหน้า และท่าทางของผู้ป่วย พร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจเสริมแรงทางบวก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษา

15) ประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Form Y-1) ฉบับภาษาไทย ครั้งที่ 3

16) ให้ผู้ป่วยเลือกเพลงตามแนวเพลงที่ผู้ป่วยชอบร่วมกับผู้วิจัยอย่างน้อย 6 เพลง โดยเป็นเพลงที่ผู้ป่วยได้ฟังแล้วมีความสุขและสบายใจเมื่อได้ฟังสำหรับฟังในการพบกันครั้งหน้า

17) กล่าวขอบคุณและแจ้งนัดหมายการพบกันครั้งหน้า ช่วงเย็น หลังสวนหัวใจ

สรุปกิจกรรมครั้งที่ 2 ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในช่วงการให้ข้อมูลดีมาก เมื่อสอบถามพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่กลับไปอ่านบททวนเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและการสวนหัวใจจากคู่มือที่ได้รับ บางคนสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรักษาในระยะยาว เมื่อเสร็จสิ้นการให้ข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี และฟังเพลงครบ 20 นาทีทุกราย หลังฟังเพลงจบผู้วิจัยสอบถามความรู้สึก พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกผ่อนคลาย คลายเครียดดี รู้สึกความวิตกกังวลหรือความว้าวุ่นใจลดลง

พบกันครั้งที่ 3 หลังการสวนหัวใจ ตอนเย็น ณ หอผู้ป่วยในทั่วไป ใช้เวลา 40 นาที

1) กล่าวทักทาย สอบถามอาการทั่วไปและผลการสวนหัวใจ

2) จัดเตรียมสถานที่ให้เหมาะสม กั้นม่านหรือปิดประตู แขนวนป้ายห้ามรบกวน

3) สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการทราบเพิ่มเติม และสิ่งที่มีความกังวลหรือสงสัย ทบทวนเนื้อหาครั้งที่ผ่านมาเรื่องการปฏิบัติตัวภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังสวนหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วย ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านโดยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ดังนี้

กลุ่มทดลองที่ 1 ผู้ป่วยที่ผลการฉีดสีสวนหัวใจผิดปกติ ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง เช่น การขยายหลอดเลือดหัวใจ ให้ข้อมูลการดูแลแผลหลังสวนหัวใจ การรับประทานยา การ รับประทานอาหาร กิจกรรมและการออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการอาการผิดปกติ และอาการที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

กลุ่มทดลองที่ 2 ผู้ป่วยที่ผลการฉีดสีสวนหัวใจปกติหรือผิดปกติเล็กน้อย ไม่ได้รับการ ขยายหลอดเลือดหัวใจ ให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหัวใจ ได้แก่ การดูแลแผล หลังสวนหัวใจ การรับประทานยา (ถ้ามี) การรับประทานอาหาร กิจกรรมและการออกกำลังกาย และ การลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือด และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

4) ให้ข้อมูลผ่านโปรแกรมนำเสนอภาพนิ่ง (power point presentation) ใช้ระยะเวลา ประมาณ 20-30 นาที เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามในส่วนที่ไม่เข้าใจ ร่วมกับแนะนำให้ผู้ป่วยอ่านคู่มือ ความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ หมวดการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

5) การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม พร้อมอธิบายเพิ่มเติมให้ผู้ป่วยเกิดความ เข้าใจ แล้วให้ผู้ป่วยนั่งพักประมาณ 10-15 นาทีก่อนเริ่มขั้นตอนการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย

6) แนะนำการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย และสอบถามความต้องการในการฟังเพลงตามแนว เพลงที่ผู้ป่วยชอบ

7) ดูแลสถานที่การฟังเพลงให้เหมาะสมอีกครั้ง เพื่อป้องกันการรบกวนขณะฟังเพลง ปิด ประตูหรือกั้นม่านและแขวนป้ายห้ามรบกวน โดยผู้วิจัยจะนั่งอยู่ข้างเตียงหันหน้าไปทางเดียวกับผู้ป่วย

8) อธิบายแนวทางการปฏิบัติระหว่างการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย เช่น ปิดการแจ้งเตือนมือถือ ในระหว่างฟังเพลง เมื่อฟังเพลงจบแล้วหรือต้องการหยุดฟังเพลงให้ผู้ป่วยยกมือขึ้นเพื่อส่งสัญญาณ บอกผู้วิจัย

9) แนะนำให้ผู้ปวยนอนในท่าที่สุขสบายและผ่อนคลายมากที่สุดในช่วงฟังเพลง

10) แนะนำให้ผู้ปวยฟังเพลงตามแนวเพลงที่ผู้ปวยชอบอย่างน้อย 6 เพลง ซึ่งจะมีระยะเวลา เล่นเพลงต่อเนื่องนานมากกว่า 20 นาที โดยใช้แอปพลิเคชันฟังเพลงออนไลน์ Spotify Music ใน IPAD pro 11 ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้

11) แนะนำการใช้งานหูฟังบลูทูธชนิดครอบหูที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้ โดยให้ผู้ปวยเป็นผู้ ควบคุมระดับเสียงเพลง และกดหยุดเพลงได้ด้วยตนเอง

12) แนะนำให้ผู้ป่วยหลับตา และผ่อนคลายขณะฟังเพลง เพื่อป้องกันการถูกรบกวนจากแสงสว่างหรือแสงไฟด้านนอกเมื่อไม่สามารถหรีไฟหรือปิดไฟได้ เพราะอาการรบกวนสมาธิของผู้ป่วยขณะฟังเพลง และให้ผู้ป่วยฟังเพลงนานต่อเนื่องอย่างน้อย 20 นาที

13) ในระหว่างฟังเพลงผู้วิจัยจะคอยสังเกตสีหน้า ท่าทางของผู้ป่วยเป็นระยะ ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการหยุดฟังเพลงและไม่ต้องการฟังเพลงต่อจนครบ 20 นาที ให้ผู้ป่วยส่งสัญญาณให้ผู้วิจัยทราบ โดยการยกมือขึ้น และกดหยุดเล่นเพลงได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะสอบถามถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการหยุดฟังเพลง และให้ความช่วยเหลือในกรณีที่ผู้ป่วยร้องขอ รวมทั้งสอบถามถึงความต้องการในการฟังเพลงต่อจนครบ 20 นาทีเมื่อผู้ป่วยพร้อม หากผู้ป่วยไม่ต้องการฟังเพลงต่อ ผู้วิจัยจะยุติการฟังเพลงครั้งนี้

14) สอบถามความรู้สึกผู้ป่วยหลังฟังดนตรีจบ พร้อมกับสังเกตสีหน้า และท่าทางของผู้ป่วย พร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจเสริมแรงทางบวก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษา

15) ประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Form Y-1) ฉบับภาษาไทย ครั้งที่ 4

16) ให้ผู้ป่วยเลือกเพลงตามแนวเพลงที่ผู้ป่วยชอบร่วมกับผู้วิจัยอย่างน้อย 6 เพลง โดยเป็นเพลงที่ผู้ป่วยได้ฟังแล้วมีความสุขและสบายใจเมื่อได้ฟังสำหรับฟังในการพบกันครั้งหน้า

17) กล่าวขอบคุณและแจ้งนัดหมายการพบกันครั้งหน้า ก่อนกลับบ้าน

สรุปกิจกรรมครั้งที่ 3 ผู้ป่วยมีความสนใจและให้ความร่วมมือระหว่างการให้ข้อมูลดี ส่วนใหญ่สอบถามเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ ที่สามารถทำได้เมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายดีมาก บางคนหลับไปในระหว่างฟังเพลง แต่ไม่นานมากนัก นานมากที่สุดคือประมาณ 40 นาที ส่วนใหญ่ในรายที่หลับไปผู้วิจัยจะรอให้ผู้ป่วยตื่นเอง และประเมินความรู้สึกด้วยแบบวัดความวิตกกังวล ส่วนใหญ่ในครั้งนี้อยู่ที่ทั้งกลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 บอกว่าความกังวลลดลงไปมาก และรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น เนื่องจากได้ทราบผลตรวจและแนวทางการรักษาโรค

พบกันครั้งที่ 4 ก่อนกลับบ้าน ณ หอผู้ป่วยทั่วไป ใช้เวลา 40 นาที

1) กล่าวทักทาย สอบถามอาการทั่วไป

2) จัดเตรียมสถานที่ให้เหมาะสม กั้นม่านหรือปิดประตู แขนงป้ายห้ามรบกวน

3) ทบทวนเนื้อหาครั้งที่ผ่านามาเพื่อทวนความจำ และสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการทราบเพิ่มเติม สิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่เคยให้ไปในครั้งที่ผ่านมา และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ ใช้เวลาประมาณ 15- 20 นาที

4) ผู้วิจัยกำกับการทดลอง ด้วยการประเมินความรู้ด้วยแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจ จำนวน 42 ข้อ คิดเป็น 42 คะแนน หากผู้ป่วยตอบคำถามได้น้อยกว่าร้อยละ 80 ผู้วิจัยจะอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังสงสัยและไม่เข้าใจ และให้ทดสอบซ้ำจนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

- 5) ให้ผู้ป่วยพัก 10-15 นาทีก่อนเริ่มขั้นตอนต่อไป
- 6) แนะนำการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย และสอบถามความต้องการในการฟังเพลงตามแนวเพลงที่ผู้ป่วยชอบ
- 7) ดูแลสถานที่การฟังเพลงให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการรบกวนขณะฟังเพลง โดยการปิดประตูหรือกั้นม่านและแขวนป้ายห้ามรบกวน โดยผู้วิจัยจะนั่งอยู่ข้างเตียงหันหน้าไปทางเดียวกับผู้ป่วย
- 8) อธิบายแนวทางการปฏิบัติระหว่างการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย เช่น การปิดการแจ้งเตือนมือถือในระหว่างฟังเพลง เมื่อฟังเพลงจบหรือต้องการหยุดฟังเพลงให้ผู้ป่วยยกมือขึ้นเพื่อส่งสัญญาณบอกผู้วิจัย
- 9) แนะนำให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สุขสบายและผ่อนคลายมากที่สุดในช่วงฟังเพลง
- 10) แนะนำให้ผู้ป่วยฟังเพลงตามแนวเพลงที่ผู้ป่วยชอบอย่างน้อย 6 เพลง ซึ่งจะมีระยะเวลาเล่นเพลงต่อเนื่องนานมากกว่า 20 นาที โดยใช้แอปพลิเคชันฟังเพลงออนไลน์ Spotify Music ใน IPAD pro 11 ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้
- 11) แนะนำการใช้หูฟัง แบบครอบหูที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมระดับเสียงเพลง และกดหยุดเพลงได้ด้วยตนเอง
- 12) แนะนำให้ผู้ป่วยหลับตา และผ่อนคลายขณะฟังเพลง เพื่อป้องกันการถูกรบกวนจากแสงสว่างหรือแสงไฟด้านนอกเมื่อไม่สามารถหรีไฟหรือปิดไฟได้ เพราะอาจรบกวนสมาธิของผู้ป่วยขณะฟังเพลง และให้ผู้ป่วยฟังเพลงต่อเนื่องอย่างน้อย 20 นาที
- 13) ในระหว่างฟังเพลงผู้วิจัยจะคอยสังเกตสีหน้า ท่าทางของผู้ป่วยเป็นระยะ ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการหยุดฟังเพลงและไม่ต้องการฟังเพลงต่อจนครบ 20 นาที ให้ผู้ป่วยส่งสัญญาณให้ผู้วิจัยทราบโดยการยกมือขึ้น และกดหยุดเล่นเพลงได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยสอบถามถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการหยุดฟังเพลง และให้ความช่วยเหลือในกรณีที่ผู้ป่วยร้องขอ รวมทั้งสอบถามถึงความต้องการในการฟังเพลงต่อจนครบ 20 นาทีเมื่อผู้ป่วยพร้อม หากผู้ป่วยไม่ต้องการฟังเพลงต่อ ผู้วิจัยจะยุติการฟังเพลงต่อในครั้งนี้
- 14) สอบถามความรู้สึกผู้ป่วยหลังฟังดนตรีจบ พร้อมกับสังเกตสีหน้า และท่าทางของผู้ป่วย พร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจเสริมแรงทางบวก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษา
- 15) ประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Form Y-1) ฉบับภาษาไทย ครั้งที่ 5

สรุปกิจกรรมครั้งที่ 4 ผู้ป่วยให้ความสนใจเกี่ยวกับการให้ข้อมูลดี บางรายสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังสงสัย เช่น เรื่องการรับประทานยาและเรื่องอาหารที่ควรงด กำกับกการทดลองโดยการให้ผู้ป่วยตอบแบบแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจ 42 ข้อ เพื่อประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 1 จำนวน 18 คน กลุ่มทดลอง 2 จำนวน 20 คน ตอบคำถามผ่านเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80 กลุ่มทดลอง 1 มีผู้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน

4 คน และกลุ่มทดลอง 2 มีผู้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 2 คน ผู้วิจัยให้ข้อมูลซ้ำในเรื่องที่ตอบคำถามผิด และให้ทดสอบซ้ำในส่วนที่ตอบผิด พบว่า ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามผ่านเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80 ได้ครบทุกคน เมื่อผู้วิจัยแนะนำกิจกรรมการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีมาก ระหว่างดำเนินกิจกรรมการฟังเพลง ผู้ป่วยทุกรายฟังเพลงนานอย่างน้อย 20 นาที ส่วนใหญ่บอกว่าชื่นชอบการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย เพราะฟังแล้วสบายใจดี คลายเครียดได้ดี

ขั้นตอนที่ 3 ระยะเวลาหลังการทดลอง

ผู้วิจัยกล่าวสรุปปิดโปรแกรม แจ้งยุติการเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ และขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษา สำหรับกลุ่มควบคุมเมื่อจบโครงการวิจัย ผู้วิจัยมอบคู่มือสำหรับผู้ป่วยให้ไว้ เพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านด้วย

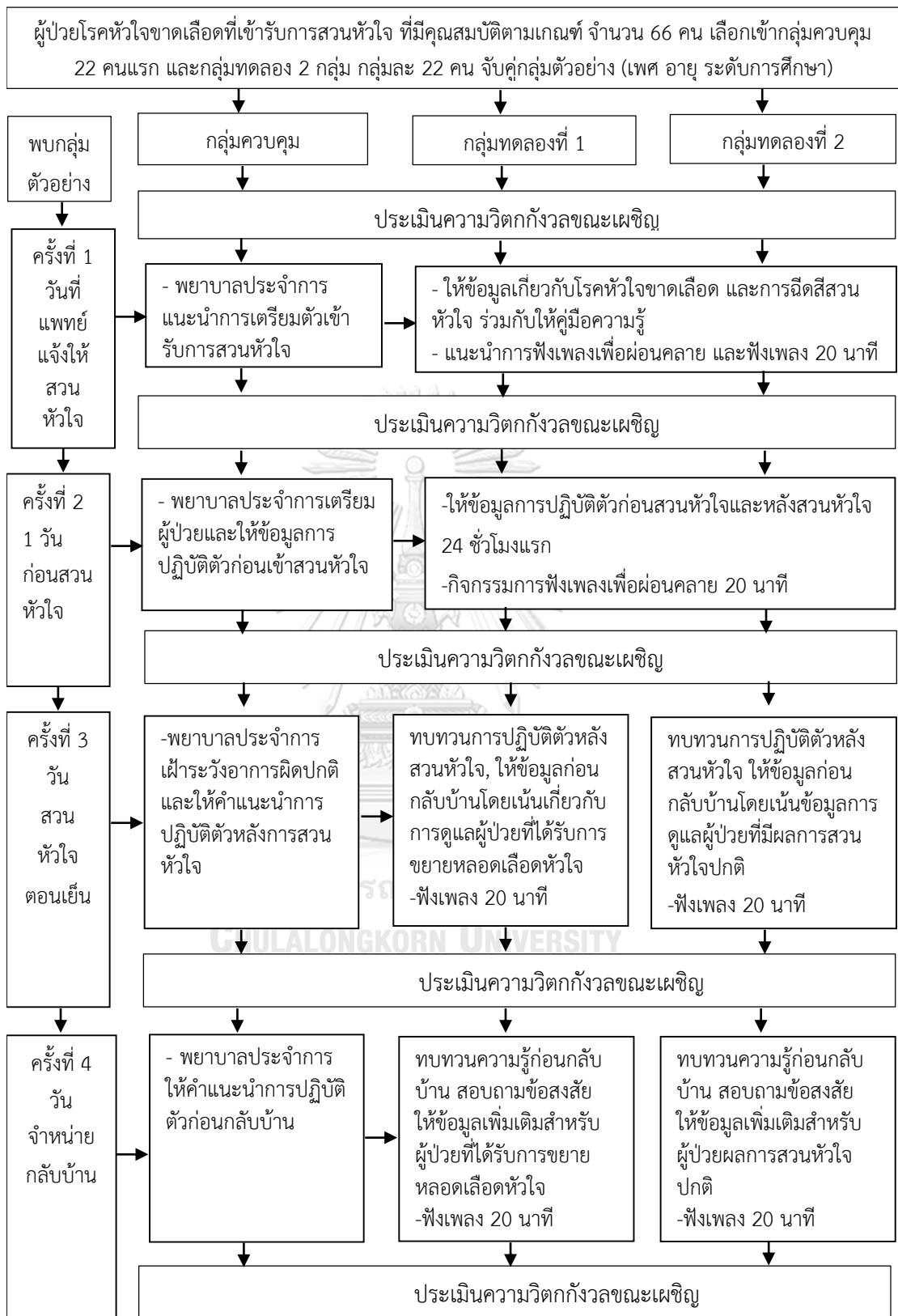
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยการเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ หนังสือรับรองเลขที่ วจ.49/2565 รหัสโครงการวิจัย Oh57/65 ระยะเวลารับรอง 1 ปี ตั้งแต่ วันที่ 15 มิถุนายน 2565 – 15 มิถุนายน 2566 เมื่อผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากนายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจให้ดำเนินการเข้าเก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย โดยไม่มีผลต่อการได้รับการบริการทางการแพทย์หรือการรักษา ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไปเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมวิจัย โดยระหว่างการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ได้ทันที โดยไม่มีผลต่อการรักษาและการพยาบาลที่ได้รับ สำหรับกลุ่มควบคุมผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงให้ทราบว่า จะได้รับการพยาบาลตามปกติทุกประการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

1. จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างและประสบการณ์เกี่ยวกับดนตรี
2. แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลในช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน ของกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2
3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 ในช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนความวิตกกังวลรายกลุ่ม (กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2) ในช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA)
5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจและก่อนกลับบ้านเป็นรายคู่ ภายในกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA)
6. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้านเป็นรายคู่ ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง 1, และกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง 2 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงซ้อนของ Bonferroni



ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ control group time series with multiple replication designs เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการทำให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลภายในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีแต่ละช่วงเวลา และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีแต่ละช่วงเวลา ตั้งแต่ระยะก่อนสวนหัวใจและหลังสวนหัวใจตลอดจนกลับบ้าน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ารับการสวนหัวใจครั้งแรก แบบนัดหมายล่วงหน้า ณ โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 66 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 22 คน ได้แก่ กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ 1 (ผลการสวนหัวใจผิดปกติและได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ) และกลุ่มทดลองที่ 2 (ผลการสวนหัวใจปกติ) จะได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจ กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันมากที่สุดโดยวิธีการจับคู่ (Matched pairs) ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

1. จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างและประสบการณ์เกี่ยวกับดนตรี
2. แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลในช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน ของกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2
3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 ในช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนความวิตกกังวลรายกลุ่ม (กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2) ในช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวน

หัวใจ และก่อนกลับบ้าน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA)

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบำบัดนวดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจและก่อนกลับบ้านเป็นรายคู่ ภายในกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA)

6. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบำบัดนวดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้านเป็นรายคู่ ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง 1, และกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง 2 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงซ้อนของ Bonferroni

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ และวิธีเผชิญความเครียด

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง 1	กลุ่มทดลอง 2
	(n=22)	(n=22)	(n=22)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ	$\bar{X} = 56.59$ SD = 3.14	$\bar{X} = 56.05$ SD = 3.82	$\bar{X} = 56.23$ SD = 3.97
เพศ			
ชาย	17 (77.3)	18 (81.8)	15 (68.2)
หญิง	5 (22.7)	4 (18.2)	7 (31.8)
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	4 (18.2)	2 (9.1)	4 (18.2)
มัธยมศึกษา	4 (18.2)	5 (27.3)	3 (13.6)
อนุปริญญา	2 (9.1)	1 (4.5)	-
ปริญญาตรี	12 (54.5)	12 (54.5)	14 (63.6)
สูงกว่าปริญญาตรี	-	1 (4.5)	1 (4.5)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง 1	กลุ่มทดลอง 2
	(n=22)	(n=22)	(n=22)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
สถานภาพสมรส			
โสด	4 (18.2)	5 (22.7)	2 (9.1)
สมรส/คู่	17 (77.3)	17 (77.3)	17 (77.3)
แยกกันอยู่	-	-	2 (9.1)
หย่าร้าง	1 (4.5)	-	1 (4.5)
อาชีพ			
รับราชการ	5 (22.7)	12 (54.5)	5 (22.7)
พนักงานเอกชน	2 (9.1)	1 (4.5)	4 (18.2)
เกษตรกรกรรม	1 (4.5)	-	-
ค้าขาย	3 (13.6)	3 (13.6)	2 (9.1)
รับจ้าง	5 (22.7)	2 (9.1)	3 (13.6)
ธุรกิจส่วนตัว	3 (13.6)	1 (4.5)	2 (9.1)
ว่างงาน	2 (9.1)	3 (13.6)	4 (18.2)
อื่นๆ (เกษียณอายุ, นักบวช)	1 (4.5)	-	2 (9.1)
รายได้ต่อเดือน			
น้อยกว่า 5,000 บาท	4 (18.2)	3 (13.6)	3 (13.6)
5,001 – 10,000 บาท	2 (9.1)	1 (4.5)	3 (13.6)
10,001 – 15,000 บาท	2 (9.1)	2 (9.1)	1 (4.5)
15,001 – 20,000 บาท	3 (13.6)	-	-
20,001 – 30,000 บาท	2 (9.1)	4 (18.2)	4 (18.2)
มากกว่า 30,000 บาท	9 (40.9)	12 (54.5)	11 (50.0)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง 1	กลุ่มทดลอง 2
	(n=22)	(n=22)	(n=22)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
โรคประจำตัว			
ไม่มีโรคประจำตัว	5 (22.7)	8 (36.4)	7 (31.8)
เบาหวาน	8 (36.4)	7 (31.8)	12 (54.5)
ความดันโลหิตสูง	11 (50.0)	10 (45.5)	14 (63.6)
ไขมันในเลือดสูง	13 (59.1)	11 (50.0)	7 (31.8)
อื่นๆ (ไตวาย, เก๊าท์)	4 (18.2)	5 (22.7)	9 (40.9)
ประวัติสูบบุหรี่			
ไม่สูบ	18 (81.8)	16 (72.7)	17 (77.3)
เคยสูบ แต่เลิกสูบแล้ว	1 (4.5)	1 (4.5)	-
สูบ	3 (13.6)	5 (22.7)	5 (22.7)
ปริมาณที่สูบ/วัน			
น้อยกว่า 10 มวน	-	4 (80.0)	-
มากกว่า 10 มวน	3 (100)	1 (20.0)	5 (100)
ระยะเวลาที่สูบ (ปี)			
น้อยกว่า 10 ปี	-	2 (40.0)	-
10-20 ปี	-	-	1 (20.0)
มากกว่า 20 ปี	3 (100)	3 (60.0)	4 (80.0)
วิธีการเผชิญความเครียด			
ฟังเพลง	15 (68.2)	19 (86.4)	16 (72.7)
พูดคุย/ปรึกษา	3 (13.6)	3 (13.6)	1 (4.5)
สูบบุหรี่	4 (18.2)	2 (9.1)	2 (9.1)
ดื่มแอลกอฮอล์	2 (9.1)	1 (4.5)	-
ท่องเที่ยว	-	2 (9.1)	-
อื่นๆ (ดูทีวี, สวดมนต์)	4 (18.2)	1 (4.5)	5 (22.7)

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 56.59 (SD = 3.14) เป็นเพศชายมากที่สุดจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 77.3 เพศหญิงจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 22.7 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุดจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 77.3 ประกอบอาชีพรับราชการ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 22.7 และรับจ้างจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 22.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาทจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 40.9 มีโรคประจำตัวเป็นไขมันในเลือดสูงจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 59.1 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 ไม่สูบบุหรี่จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 81.8 มีวิธีการเผชิญความเครียดคือการฟังเพลงจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 68.2

กลุ่มทดลอง 1 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 56.05 (SD = 3.82) เป็นเพศชายมากที่สุดจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 81.8 เพศหญิงจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุดจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 77.3 ประกอบอาชีพรับราชการมากที่สุดจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาทจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 ส่วนใหญ่เป็นโรคไขมันในเลือดสูง 11 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 ไม่สูบบุหรี่จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 72.7 มีวิธีการเผชิญความเครียดคือการฟังเพลงจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 86.4

กลุ่มทดลอง 2 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 56.23 (SD = 3.97) เป็นเพศชายมากที่สุดจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 68.2 เพศหญิงจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 31.8 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุดจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 63.6 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 77.3 ประกอบอาชีพรับราชการมากที่สุดจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 22.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาทจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 63.6 รองลงมาเป็นโรคเบาหวานจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 ไม่สูบบุหรี่จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 77.3 มีวิธีการเผชิญความเครียดคือการฟังเพลงจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 72.7

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์เกี่ยวกับดนตรี

ตารางที่ 4 แสดงความชอบฟังเพลง ระดับความชอบดนตรี ความถี่ในการฟังเพลง แนวเพลงที่ชอบ

ประสบการณ์ เกี่ยวกับดนตรี	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง 1	กลุ่มทดลอง 2
	(n=22)	(n=22)	(n=22)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความชอบฟังเพลง			
ชอบ	22 (100)	22 (100)	22 (100)
ระดับความชอบดนตรี	$\bar{X} = 8.09$ SD = 1.34 (มาก)	$\bar{X} = 7.64$ SD = 0.79 (ปานกลาง)	$\bar{X} = 8.05$ SD = 1.13 (มาก)
ความถี่ในการฟังเพลง			
ฟังทุกวัน	18 (81.8)	15 (68.2)	21 (95.5)
ฟัง 2-3 ครั้ง/สัปดาห์	4 (18.2)	7 (31.8)	1 (4.5)
แนวเพลงที่ชอบ			
ไทยเดิม	-	1 (4.5)	-
ไทยลูกกรุง	6 (27.3)	6 (27.3)	8 (36.4)
ไทยลูกทุ่ง	7 (31.8)	5 (22.7)	9 (40.9)
ไทยเพื่อชีวิต	4 (18.2)	3 (13.6)	5 (22.7)
ไทยสมัยนิยม	6 (27.3)	4 (18.2)	5 (22.7)
สากล POP	1 (4.5)	3 (13.6)	-
สากล JAZZ	-	-	3 (13.6)
สากล R&B	-	4 (18.2)	-
แนวเพลงอื่นๆ (เพลงสวดมนต์)	1 (4.5)	-	-

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มควบคุมทั้งหมดชอบฟังเพลงจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีความชอบดนตรีอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.09 (SD = 1.34) ส่วนใหญ่ฟังเพลงทุกวัน จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 81.8 แนวเพลงที่ชอบมากที่สุด คือ เพลงไทยลูกทุ่ง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 31.8 รองลงมาคือเพลงไทยลูกกรุง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 27.3 และเพลงไทยสมัยนิยม จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 27.3

กลุ่มทดลอง 1 ทุกคนชอบฟังเพลง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีความชอบดนตรีอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.64 (SD = 0.79) ส่วนใหญ่ฟังเพลงทุกวัน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 68.2 แนวเพลงที่ชอบฟังมากที่สุดคือเพลงไทยลูกกรุง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 27.3 รองลงมาคือเพลงไทยลูกทุ่ง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 22.7

กลุ่มทดลอง 2 ทุกคนชอบฟังเพลง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีความชอบดนตรีอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.05 (SD = 1.13) ส่วนใหญ่ฟังเพลงทุกวัน จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 95.5 แนวเพลงที่ชอบฟังมากที่สุดคือเพลงไทยลูกทุ่ง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 40.9 รองลงมาคือเพลงไทยลูกกรุง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 36.4

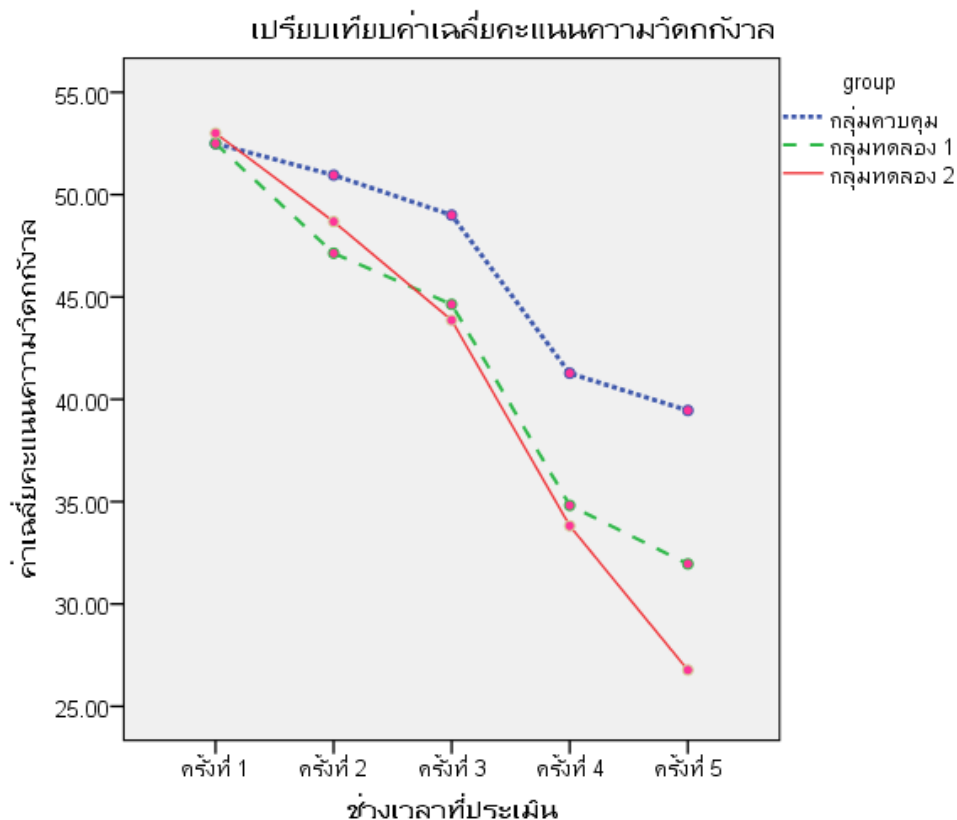
ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวล ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน ของกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2

ช่วงเวลา	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง 1 (n=22)		กลุ่มทดลอง 2 (n=22)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
ก่อนทดลอง	52.50	6.43	52.50	5.38	53.00	5.29
หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ	50.95	6.61	47.14	5.67	48.68	5.23
ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน	49.00	6.25	44.64	4.80	43.86	4.97
หลังสวนหัวใจ	41.27	5.90	34.82	5.75	33.81	4.93
ก่อนกลับบ้าน	39.45	6.77	31.95	4.54	26.77	3.68

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลสูงที่สุดช่วงก่อนทดลอง เท่ากับ 52.50 (SD = 6.43), หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ เท่ากับ 50.95 (SD = 6.61), ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน เท่ากับ 49.00 (SD = 6.25), หลังสวนหัวใจ เท่ากับ 41.27 (SD = 5.90) และก่อนกลับบ้าน เท่ากับ 39.45 (SD = 6.77) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงตามลำดับ

กลุ่มทดลอง 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลสูงที่สุดช่วงก่อนทดลอง เท่ากับ 52.50 (SD = 5.38), หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ เท่ากับ 47.14 (SD = 5.67), ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน เท่ากับ 44.64 (SD = 4.80), หลังสวนหัวใจ เท่ากับ 34.82 (SD = 5.75) และก่อนกลับบ้าน เท่ากับ 31.95 (SD = 4.54) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงตามลำดับ

กลุ่มทดลอง 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลสูงที่สุดช่วงก่อนทดลอง เท่ากับ 53.00 (SD = 5.29), หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ เท่ากับ 48.68 (SD = 5.23), ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน เท่ากับ 43.86 (SD = 4.97), หลังสวนหัวใจ เท่ากับ 33.81 (SD = 4.93) และก่อนกลับบ้าน เท่ากับ 26.77 (SD = 3.68) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงตามลำดับ



ภาพที่ 4 กราฟแสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 ตามช่วงเวลาตั้งแต่ก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน

จากกราฟในภาพที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 มีแนวโน้มลดลงทั้ง 3 เส้น แสดงว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของแต่ละกลุ่มลดลงตามระยะเวลาที่ผ่านมา และกราฟทั้งสามเส้นไม่ขนานกัน แสดงว่า อัตราการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลทั้ง 3 กลุ่มแตกต่างกัน โดยเห็นความชัดเจนในครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ที่ลักษณะกราฟลดลงในแนวตั้ง แต่ครั้งที่ 4 และครั้งที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มมีระดับความวิตกกังวลลดลงแตกต่างกันอย่างชัดเจน

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบำบัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F ^a	P-value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม (Group)	1826.842	2	913.42	8.42	.001*
ความคลาดเคลื่อน	6833.764	63	108.47		
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลาที่ประเมิน (Time)	18608.988	2.17	8568.19	413.62	.000*
กลุ่ม x ช่วงเวลาที่ประเมิน	1185.794	4.34	272.99	13.18	.000*
ความคลาดเคลื่อน	2834.418	136.83	20.71		

*P-value<.05, SS = Sum Square; df = degree of freedom; MS = Mean square

^a = Greenhouse-Geisser correction was used

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับความแปรปรวนร่วม โดยใช้ Mauchly's Test of Sphericity พบว่า ค่าสถิติ Mauchly's W = .212 และค่า sig = <.001 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า $\alpha = .05$ สรุปได้ว่า ความแปรปรวนร่วม ไม่เป็น compound symmetry ดังนั้น จึงเลือกการทดสอบของ Greenhouse-Geisser (Greenhouse-Geisser Epsilon = .543) ที่มีการปรับค่าแล้ว เพื่อลดความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 (Type I error) (แสดงดังตาราง 13 ภาคผนวก ฉ)

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแต่ละช่วงเวลาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 8.42, p < .001$) และพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและช่วงเวลาประเมิน ($F = 13.18, p < .001$) จึงต้องทดสอบเปรียบเทียบรายกลุ่มในแต่ละช่วงเวลาดังตารางที่ 7 และ ตารางที่ 8 และเปรียบเทียบรายช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ 1, กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ 2 ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลรายกลุ่ม (กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2) ในช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F ^a	p-value
กลุ่มควบคุม (n=22)					
เวลา	3057.182	2.33	13.9.23	66.10	.000
ความคลาดเคลื่อน	971.218	49.04	19.81		
กลุ่มทดลอง 1					
เวลา	6508.782	2.10	3099.63	139.41	.000
ความคลาดเคลื่อน	980.418	44.10	22.23		
กลุ่มทดลอง 2					
เวลา	10228.818	1.84	5564.60	243.33	.000
ความคลาดเคลื่อน	882.782	38.60	22.87		

*p-value<.05,

SS = Sum Square; df = degree of freedom; MS = Mean square

^a = Greenhouse-Geisser correction was used to reduce type I error

ตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเปรียบเทียบรายกลุ่ม ในช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 66.10, 139.41$ และ $243.33, p < .001$) แสดงว่า ในแต่ละกลุ่มมีช่วงเวลาอย่างน้อย 1 คู่ที่มีความแตกต่างกัน แต่ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าเป็นความแตกต่างระหว่างช่วงเวลาใดบ้าง จึงต้องวิเคราะห์รายคู่ต่อไป

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบำบัดรณรงค์สวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้านเป็นรายคู่ ภายในกลุ่มควบคุม, กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA

กลุ่ม	(I) ช่วงเวลา	(J) ช่วงเวลา	ผลการวิเคราะห์รายคู่		
			MD (I-J)	SE	p-value
กลุ่มควบคุม					
ก่อนทดลอง		หลังรับบำบัดรณรงค์สวนหัวใจ	1.54	.70	.389
		ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน	3.50*	.95	.013
		หลังสวนหัวใจ	11.23*	1.34	.000
		ก่อนกลับบ้าน	13.04*	1.34	.000
หลังรับบำบัดรณรงค์สวนหัวใจ		ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน	1.95*	.52	.012
		หลังสวนหัวใจ	9.68*	1.10	.000
		ก่อนกลับบ้าน	11.50*	1.15	.000
ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน		หลังสวนหัวใจ	7.73*	.94	.000
		ก่อนกลับบ้าน	9.54*	1.03	.000
หลังสวนหัวใจ		ก่อนกลับบ้าน	1.82	.88	.518
กลุ่มทดลอง 1					
ก่อนทดลอง		หลังรับบำบัดรณรงค์สวนหัวใจ	5.36*	.59	.000
		ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน	7.86*	.67	.000
		หลังสวนหัวใจ	17.68*	1.33	.000
		ก่อนกลับบ้าน	20.54*	1.10	.000
หลังรับบำบัดรณรงค์สวนหัวใจ		ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน	2.50*	.66	.010
		หลังสวนหัวใจ	12.32*	1.33	.000
		ก่อนกลับบ้าน	15.18*	1.07	.000
ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน		หลังสวนหัวใจ	9.82*	1.34	.000
		ก่อนกลับบ้าน	12.68*	.95	.000
หลังสวนหัวใจ		ก่อนกลับบ้าน	2.86*	.88	.039

*P < .05

ตารางที่ 8 (ต่อ)

กลุ่ม	(I) ช่วงเวลา	(J) ช่วงเวลา	ผลการวิเคราะห์รายคู่		
			MD (I-J)	SE	p-value
กลุ่มทดลอง 2					
ก่อนทดลอง		หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ	4.32*	.47	.000
		ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน	9.14*	.71	.000
		หลังสวนหัวใจ	19.18*	1.25	.000
		ก่อนกลับบ้าน	26.23*	1.17	.000
หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ		ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน	4.82*	.52	.000
		หลังสวนหัวใจ	14.86*	1.25	.000
		ก่อนกลับบ้าน	21.91*	1.14	.000
ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน		หลังสวนหัวใจ	10.04*	1.11	.000
		ก่อนกลับบ้าน	17.09*	1.01	.000
หลังสวนหัวใจ		ก่อนกลับบ้าน	7.04*	.70	.000

*P < .05

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระหว่างก่อนการทดลองกับหลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, หลังสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้านไม่แตกต่างกันทางสถิติ

กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลภายในกลุ่มแตกต่างกันในทุกช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับฟังดนตรีที่ให้กับกลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน ลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงต่ำสุดในวันก่อนกลับบ้าน, หลังสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจและก่อนทดลองตามลำดับ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้านเป็นรายคู่ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ 1, กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ 2 ด้วยวิธีของ Bonferroni

ช่วงเวลา	กลุ่ม	ตารางสรุปการวิเคราะห์รายคู่			
		MD	SE	p-value	
ครั้งที่ 1 ก่อนทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง 1	.00	1.72	1.000
		กลุ่มทดลอง 2	-.50	1.72	1.000
ครั้งที่ 2 หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง 1	3.81	1.77	.104
		กลุ่มทดลอง 2	2.27	1.77	.611
ครั้งที่ 3 ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง 1	4.36*	1.62	.027
		กลุ่มทดลอง 2	5.13*	1.62	.007
ครั้งที่ 4 หลังสวนหัวใจ	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง 1	6.45*	1.67	.001
		กลุ่มทดลอง 2	7.45*	1.67	.000
ครั้งที่ 5 ก่อนกลับบ้าน	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง 1	7.50*	1.56	.000
		กลุ่มทดลอง 2	12.68*	1.56	.000

*P < .05

จากตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจแต่ละช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองที่ 2 เป็นรายคู่ (ผลการวิเคราะห์เพิ่มเติมแสดงดังตารางที่ 14 ภาคผนวก ฉ)

ก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันทางสถิติ (MD=0.00, SE=1.72, P=1.00 และ MD=-.50, SE=1.72, P=1.00)

หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี พบว่า กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันทางสถิติ (MD=3.81, SE=1.77, P=.104 และ MD=2.27, SE=1.77, P=.611)

ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง 1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (MD=4.36, SE=1.62, P=.027) ความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (MD=5.13, SE=1.62, P=.007)

หลังสวนหัวใจ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง 1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($MD=6.45$, $SE=1.67$, $P=.001$) ความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($MD=7.45$, $SE=1.67$, $P<.001$)

ก่อนกลับบ้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง 1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($MD=7.50$, $SE=1.56$, $P<.001$) ความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($MD=12.68$, $SE=1.56$, $P<.001$)



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบอนุกรมเวลามีกลุ่มควบคุมและมีการให้สิ่งทดลองซ้ำ (Control group time series with multiple replication design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี (ผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ) ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน

2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี (ผลการสวนหัวใจปกติ) ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน

3. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี (ผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ) กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน

4. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี (ผลการสวนหัวใจปกติ) และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ (ผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ) ที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน แตกต่างกัน

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ (ผลการสวนหัวใจปกติ) ที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน แตกต่างกัน

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ (ผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ) ที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ (ผลการสวนหัวใจปกติ) ที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและมีแผนการนัดหมายเพื่อเข้ารับการสวนหัวใจ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 18-59 ปี ที่มีแผนการนัดหมายเพื่อเข้ารับการสวนหัวใจครั้งแรก ณ โรงพยาบาลตำรวจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งเป็นสามกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองสองกลุ่มและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตามสะดวก (Convenience sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมวิจัย โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม จำนวน 22 คน ให้แล้วเสร็จก่อน หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 2 กลุ่มพร้อมกัน จำนวนกลุ่มละ 22 คน รวมเป็น 66 คน ณ หน่วยสวนหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ ดังนี้

กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหลังจากที่แพทย์ตรวจผู้ป่วยเสร็จเรียบร้อยและส่งผู้ป่วยมาทำนัดสวนหัวใจที่หน่วยสวนหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยซักถามประวัติการเจ็บป่วยร่วมกับดูประวัติการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบตามที่กำหนด ผู้วิจัยขออนุญาตแนะนำตัวและขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลา

2) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Inform Consent Form)

กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการจับคู่ (Matched pair) ในแต่ละลำดับของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุมมากที่สุดในแต่ละคู่ ในเรื่อง เพศ อายุ และระดับการศึกษา ทั้งนี้เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนด้านอายุ เพศ และระดับการศึกษา ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจ โดยจากผลการศึกษาของ Delewi et al. (2017) พบว่า ผู้ที่อายุน้อยจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่อายุมาก เพศหญิงมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย และผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า

2) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหลังจากที่แพทย์ตรวจผู้ป่วยเสร็จเรียบร้อยและส่งผู้ป่วยมาทำนัดสวนหัวใจที่หน่วยสวนหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยซักถามประวัติการเจ็บป่วยร่วมกับดูประวัติการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบตามที่กำหนด ผู้วิจัยขออนุญาตแนะนำตัวและขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลา

3) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Inform Consent Form)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ

ชุดที่ 2 เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่

2.1 คู่มือโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี

2.2 คู่มือพยาบาลในการให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ และการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย

2.3 คู่มือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจและการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย

2.4 โปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (Power point presentation)

2.5 อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการฟังดนตรี

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจ

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2565 – 30 ตุลาคม 2565 โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง

1) ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมด้านความรู้ โดยการศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดและการสวนหัวใจ และการฟังดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เข้าอบรมเกี่ยวกับการใช้ดนตรีบำบัดเบื้องต้นกับนักดนตรีบำบัดเป็นระยะเวลา 4 ชั่วโมง ณ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

2) ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

3) ผู้วิจัยขอหนังสือขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อนายแพทย์ใหญ่ โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

4) หลังจากได้รับอนุมัติให้ทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยประสานงานนำหนังสือยื่นต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

5) ผู้วิจัยขอหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

6) ภายหลังจากการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูล

7) หลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากนายแพทย์ใหญ่ โรงพยาบาลตำรวจแล้ว ผู้วิจัยประสานงานนำหนังสือยื่นต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าหอผู้ป่วยใน และหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

1) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ต้องเข้ารับการสวนหัวใจครั้งแรก โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหลังจากแพทย์ตรวจผู้ป่วยเสร็จเรียบร้อยแล้วส่งมานัดหมายเพื่อเข้ารับการสวนหัวใจ

2) เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพและอธิบายวัตถุประสงค์ แนวทางการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงการเข้าร่วมวิจัย เพื่อพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มควบคุม

พบกันครั้งที่ 1 หลังจากแพทย์แจ้งให้ผู้ป่วยเข้าตรวจสวนหัวใจ ณ คลินิกโรคหัวใจ

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ถูกส่งตัวมานัดหมายเข้ารับการสวนหัวใจหลังจากพบแพทย์เสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำ การเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการสวนหัวใจ และได้รับบัตรนัดหมายเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญอีกครั้ง

พบกันครั้งที่ 2 ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน คือวันที่นัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อรอสวนหัวใจ ณ หอผู้ป่วยทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการบนหอผู้ป่วย เช่น แนะนำการปฏิบัติตัวในการเข้าสวนหัวใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญด้วยตนเอง

พบกันครั้งที่ 3 หลังสวนหัวใจ ตอนเย็น ณ หอผู้ป่วยในทั่วไป

กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้ป่วยช่วงที่ไม่มีกิจกรรมการพยาบาลแล้ว และให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ

พบกันครั้งที่ 4 ก่อนกลับบ้าน ณ หอผู้ป่วยในทั่วไป

หลังจากพยาบาลประจำการอธิบายและให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ หลังจากนั้นกล่าวขอบคุณและปิดโครงการวิจัย ผู้วิจัยมอบคู่มือและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดให้ผู้ป่วยไว้ศึกษา

กลุ่มทดลอง

พบกันครั้งที่ 1 หลังจากแพทย์แจ้งให้ผู้ป่วยเข้าสวนหัวใจ ณ แผนกผู้ป่วยนอก แล้วส่งผู้ป่วยมารับนัดหมายที่หน่วยสวนหัวใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ แล้วให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วยกายวิภาคศาสตร์หลอดเลือดหัวใจ ความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา ความหมายการฉีดสีสวนหัวใจ ขั้นตอนและวิธีการฉีดสีสวนหัวใจพอสังเขปและระยะเวลาการฉีดสีสวนหัวใจ ความรู้สึกจากประสาทสัมผัสที่อาจเกิดขึ้นขณะทำการสวนหัวใจ และผลกระทบจากการฉีดสีสวนหัวใจ รวมถึงการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับ

การรักษาในโรงพยาบาล และการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย หลังให้ข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกฟังเพลงตามความชอบนานอย่างน้อย 20 นาที เมื่อฟังเพลงจบ ประเมินความวิตกกังวล ครั้งที่ 2 แล้วให้คู่มือสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจ แนะนำวิธีการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายเมื่อกลับบ้าน โดยให้ฟังอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง แต่แต่ละครั้งนานอย่างน้อย 20 นาที แล้วบันทึกความรู้สึกหลังฟังเพลงจบในท้ายเล่มของคู่มือ โทรติดตามอาการทุก 2 สัปดาห์เพื่อสอบถามอาการ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะรอสวนหัวใจ

พบกันครั้งที่ 2 ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน คือวันที่นัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อรอสวนหัวใจ ณ หอผู้ป่วยในทั่วไป

ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนสวนหัวใจและหลังสวนหัวใจขณะอยู่โรงพยาบาล การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นหลังสวนหัวใจ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเลือกฟังเพลงที่ชื่นชอบต่อเนื่อง นานอย่างน้อย 20 นาที จากนั้นประเมินความวิตกกังวล ครั้งที่ 3

พบกันครั้งที่ 3 หลังสวนหัวใจ ตอนเย็น ณ หอผู้ป่วยทั่วไป

ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับอาการทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ต้องการทราบเพิ่มเติม และสิ่งที่มีความกังวลหรือสงสัย ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ดังนี้

กลุ่มทดลองที่ 1 ผู้ป่วยที่ผลการฉีดสีสวนหัวใจผิดปกติ ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง เช่น การขยายหลอดเลือดหัวใจหรือการรับประทานยา ให้ข้อมูลการดูแลแผลหลังสวนหัวใจ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร กิจกรรมและการออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการอาการผิดปกติและอาการที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

กลุ่มทดลองที่ 2 ผู้ป่วยที่ผลการฉีดสีสวนหัวใจปกติหรือผิดปกติเล็กน้อย ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหัวใจ ได้แก่ การดูแลแผลหลังสวนหัวใจ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร กิจกรรมและการออกกำลังกาย และการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือด และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเลือกฟังเพลงที่ชื่นชอบต่อเนื่อง นานอย่างน้อย 20 นาที แล้วประเมินความวิตกกังวล ครั้งที่ 4

พบกันครั้งที่ 4 ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ณ หอผู้ป่วยทั่วไป

ผู้วิจัยกล่าวทักทาย สอบถามข้อมูลที่ต้องการทราบเพิ่มเติม และอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังสงสัยและไม่เข้าใจ แนะนำการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย ดูแลให้นอนในท่าที่สุขสบายและผ่อนคลาย ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกฟังเพลงที่ชื่นชอบต่อเนื่อง นานอย่างน้อย 20 นาที แล้วประเมินความวิตกกังวล ครั้งที่ 5

ขั้นตอนที่ 3 ระยะเวลาหลังการทดลอง

ผู้วิจัยกล่าวสรุปปิดโปรแกรม แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนรับทราบถึงการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง และขอบคุณทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างและประสบการณ์เกี่ยวกับดนตรี
2. แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลในช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน ของกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2
3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 ในช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนความวิตกกังวลรายกลุ่ม (กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2) ในช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA)
5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจและก่อนกลับบ้านเป็นรายคู่ ภายในกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA)
6. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้านเป็นรายคู่ ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง 1, และกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง 2 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงซ้อนของ Bonferroni

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เพื่อการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ สรุปผลการวิจัย ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจกลุ่มทดลอง 1 ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจและก่อนกลับบ้านแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจกลุ่มทดลอง 2 ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจและก่อนกลับบ้านแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจกลุ่มทดลอง 1 ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจและก่อนกลับบ้านแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจกลุ่มทดลอง 2 ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจและก่อนกลับบ้านแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ (ผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ) ที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี ในช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน แตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ กลุ่มทดลอง 1 ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจและก่อนกลับบ้านแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และเมื่อเปรียบเทียบช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้านเป็นรายคู่ ภายในกลุ่มทดลอง 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง 1 แตกต่างกันทุกช่วงเวลา ($p < .05$)

ผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจมีความวิตกกังวลขณะเผชิญเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากสถานการณ์การสวนหัวใจ แต่ความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไปในแต่ละช่วงเวลาของการเข้าสวนหัวใจ โดยความ

วิตกกังวลจะสูงที่สุดในระยะก่อนสวนหัวใจ ตั้งแต่วันที่แพทย์แจ้งนัดสวนหัวใจ หลังจากผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี ในช่วงหลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน พบว่าความวิตกกังวลลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและค่อยๆ ลดลงตามช่วงเวลาดังกล่าวตามลำดับ Spielberger et al. (1983) กล่าวว่า ความวิตกกังวลขณะเผชิญ เป็นความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กลัว และกังวลของบุคคล ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณคามหรืออาจเป็นอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งที่คุกคามนั้นอาจมีจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า การสวนหัวใจเป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของชีวิต เมื่อผู้ป่วยทราบว่าต้องเข้ารับการสวนหัวใจจึงมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นจากการคาดการณ์เหตุการณ์การสวนหัวใจล่วงหน้าถึงปัญหาต่างๆ ซึ่งอาจไม่ได้เกิดขึ้นจริง เช่น วิตกกังวลว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจ กลัวต้องตายและไม่ฟื้นหลังสวนหัวใจ เป็นต้น เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสวนหัวใจ (Farkhondeh Sharif, Najafi Kalyani, Ahmadi, & Iman, 2018) ความวิตกกังวลจะลดลงในระยะหลังสวนหัวใจ และเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน (Delewi et al., 2017) และจะยังไม่หายไปแม้ว่าหลังจำหน่ายกลับบ้านไปแล้ว (Gu et al., 2016) การได้รับข้อมูลที่จำเป็น ตรงกับความต้องการ และตรงกับสภาพความเป็นจริงจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (คมคาย สุวรรณพงศ์ และคณะ, 2565)

โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีที่นำทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal and Johnson (1983) ซึ่งมโนทัศน์หลักคือแบบแผนความรู้ความเข้าใจมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลผู้ป่วย โดยมีการให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ผู้ป่วยสามารถสอบถามข้อมูลที่สงสัยหรือข้อมูลที่ต้องการทราบเพิ่มเติมได้ การได้รับทราบข้อมูลอย่างเฉพาะเจาะจงและตรงกับความต้องการทำให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและการสวนหัวใจได้ดี และมีความวิตกกังวลลดลง โดยมีแนวทางการให้ข้อมูล 4 ด้าน คือ 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคาม ซึ่งส่งผลต่อสภาวะด้านอารมณ์หรือความรู้สึก เช่น การสวนหัวใจที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น และการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายที่สามารถลดความวิตกกังวล 2) ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบที่เชื่อมโยงกับเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคาม คือ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและประโยชน์ของกิจกรรมการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายในการช่วยลดความวิตกกังวล 3) ข้อมูลแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับภัยคุกคาม คือ แนวทางการปฏิบัติตัวตั้งแต่ระยะก่อนสวนหัวใจไปจนถึงก่อนกลับบ้าน ร่วมกับการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย ซึ่งดนตรีสามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้ และ 4) ข้อมูลที่สร้างความมั่นใจ แรงจูงใจที่ทำให้บุคคลประสบความสำเร็จในการจัดการภัยคุกคาม ร่วมกับการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากเสียงดนตรีมีผลต่อสมองของมนุษย์ โดยเฉพาะสมองส่วนระบบลิมบิก (limbic system) ส่งผลต่อความเครียดและความวิตกกังวลให้ลดลง (Khalifa et al., 2003) โดยเฉพาะการได้ฟังเพลงตามแนวดนตรีที่ผู้ฟังชื่นชอบและมี

ประสบการณ์ที่ดีที่สุดต่อบทเพลงที่ได้ฟัง จะทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการลดความวิตกกังวล (Priddy, Watt, Romero-Sanchiz, Lively, & Stewart, 2021) ในการศึกษาที่ผู้วิจัยจึงให้ผู้ป่วยได้เลือกฟังเพลงตามความชอบด้วยตนเองร่วมกับผู้วิจัยช่วยประเมินความเหมาะสมของบทเพลงที่นำมาใช้ และจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลประสบการณ์เกี่ยวกับดนตรี พบว่า ผู้ป่วยมีแนวดนตรีที่ชื่นชอบแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าการให้อิสระในการเลือกเพลงตามแนวดนตรีที่ผู้ป่วยชอบโดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการเลือกเพลง จะทำให้ผู้ป่วยได้ฟังเพลงที่ตนเองต้องการฟัง ซึ่งเป็นบทเพลงที่ผู้ป่วยมีความทรงจำที่ดีและมีความสุขเมื่อได้ฟังเพลงที่เลือกไว้ในแต่ละช่วงเวลา ดังต่อไปนี้

ช่วงก่อนทดลอง คือช่วงเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามปกติในการให้ข้อมูลการเตรียมตัวก่อนสวนหัวใจและก่อนการดำเนินโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี ในวันที่แพทย์แจ้งให้ผู้ป่วยเข้าสวนหัวใจ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการสวนหัวใจเป็นหัตถการที่ต้องทำกับหัวใจซึ่งเป็นอวัยวะสำคัญของร่างกาย เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและการสวนหัวใจ และจากผลการประเมินความรู้ด้วยแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ 1 ทุกคนมีคะแนนประเมินช่วงก่อนทดลองต่ำกว่าร้อยละ 80 และมีผู้ป่วยจำนวน 5 คนที่มีคะแนนทดสอบต่ำกว่าร้อยละ 50 จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและการสวนหัวใจ

หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 1 จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด การสวนหัวใจ การเตรียมตัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อเข้าสวนหัวใจและประโยชน์ของกิจกรรมการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย ร่วมกับการได้รับคู่มือความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาหัวใจที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด การสวนหัวใจ และการปฏิบัติตัวในระยะต่างๆ ของการสวนหัวใจและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านร่วมกับวิธีการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย ซึ่งผู้ป่วยสามารถสแกน QR code เพื่อบันทึกเก็บไว้อ่านจากมือถือได้ด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้ฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายหลังการให้ข้อมูลเสร็จสิ้น โดยผู้ป่วยสามารถเลือกฟังเพลงตามแนวเพลงที่ตนเองที่ชื่นชอบนานอย่างน้อย 20 นาที และสามารถนำวิธีการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายไปใช้ในชีวิตประจำวันด้วยตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่องได้ ผู้ป่วยจะได้รับการโทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการทุก 2 สัปดาห์ เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น และสนับสนุนข้อมูลในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจอย่างถูกต้อง สามารถเผชิญเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้มีความวิตกกังวลแตกต่างจากช่วงก่อนทดลองโดยความวิตกกังวลลดลงมากกว่าก่อนทดลอง แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง

ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 1 จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการสวนหัวใจและการปฏิบัติตัวหลังการสวนหัวใจขณะอยู่โรงพยาบาล ทั้งในกรณีที่ผลการสวนหัวใจผิดปกติ ต้องขยายหลอดเลือดหัวใจและมีผลการสวนหัวใจปกติหรือผิดปกติเล็กน้อย (หลอดเลือดตีบน้อยกว่าร้อยละ 50 ของรูหลอดเลือด) ร่วมกับการทบทวนข้อมูลที่ได้รับในครั้งที่ผ่านมาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยหรือข้อมูลที่ต้องการเพิ่มเติม จากนั้นเริ่มกิจกรรมการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายโดยให้ผู้ป่วยเลือกฟังเพลงตามความชอบอย่างน้อย 20 นาที ในช่วงเวลานี้ดนตรีจะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากความวิตกกังวลเรื่องต่างๆ และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย มีความสุขและมีความวิตกกังวลลดลงแตกต่างจากก่อนทดลองและหลังรับบำบัดนัดสวนหัวใจ โดยยังมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง

หลังสวนหัวใจ หลังสวนหัวใจผู้ป่วยยังต้องนอนราบ ไม่งอขาข้างที่ถอดสายสวนหลอดเลือดบริเวณขาหนีบออกอย่างน้อย 6 ชั่วโมง จึงอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สุขสบายและมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น ผู้ป่วยที่กลุ่มทดลอง 1 จะได้รับการทบทวนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังสวนหัวใจ และได้รับคำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลแผลหลังสวนหัวใจ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร กิจกรรมและการออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการอาการผิดปกติและอาการที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ร่วมกับการฟังดนตรีเพื่อผ่อนคลายหลังการให้ข้อมูล โดยในช่วงนี้ดนตรีจะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และช่วยให้จิตใจผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลได้ดียิ่งขึ้น โดยกลุ่มทดลอง 1 มีความวิตกกังวลช่วงหลังสวนหัวใจแตกต่างจากก่อนทดลอง, หลังรับบำบัดนัดสวนหัวใจและก่อนสวนหัวใจ 1 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงอยู่ในระดับเล็กน้อย

ก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 1 จะได้รับการสรุปทบทวนเนื้อหาสาระสำคัญของข้อมูลที่เคยได้รับ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม ร่วมกับนำกิจกรรมการฟังดนตรีเพื่อผ่อนคลายมาใช้ โดยให้ผู้ป่วยฟังเพลงตามแนวความชอบอย่างน้อย 20 นาทีหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการให้ข้อมูลเหมือนครั้งที่ผ่านมา การดำเนินการในแต่ละช่วงเวลาดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยมีภาพความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและการสวนหัวใจ และจากการประเมินความรู้ด้วยแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมพบว่า มีผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 จำนวน 18 คน ส่วนอีก 4 คนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยให้ข้อมูลในส่วนที่ผู้ป่วยยังขาดความเข้าใจ และให้ผู้ป่วยประเมินซ้ำจนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 จึงสามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี สามารถช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ แบบนัดหมายล่วงหน้าได้ ผู้ป่วยจึงมีความวิตกกังวลช่วงหลังรับบำบัดนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน แตกต่างจากก่อนทดลอง และความ

วิตกกังวลแตกต่างกันทุกช่วงเวลา โดยความวิตกกังวลลดลงมากที่สุดในช่วงก่อนกลับบ้าน, หลังสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจและก่อนทดลอง ตามลำดับ และในครั้งนี้อ่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย

สอดคล้องกับการศึกษาของ คมคาย สุวรรณพงศ์ และคณะ (2565) ที่ศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนสวนหัวใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสิมา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนสวนหัวใจมีความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) Farkhondeh Sharif et al. (2018) ศึกษาผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายต่อความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจ โดยโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ก่อนและหลังการสวนหัวใจ ร่วมกับให้สมุดคู่มือความรู้และการโทรติดตามอาการ 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายมีความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าหลังสวนหัวใจ 1 เดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และยุพิน สังฆะมณี และวาสนา รวยสูงเนิน (2555) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความรู้ ความวิตกกังวลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า หลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลลดลงน้อยกว่าก่อนให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นิพนธ์ วาดาดา และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 Bradt et al. (2013) ศึกษาการใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการผ่าตัดหรือสวนหัวใจ ในระยะก่อนสวนหัวใจ ระหว่างสวนหัวใจ และหลังการสวนหัวใจ โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าดนตรีบำบัดสามารถลดความวิตกกังวลได้ ($p = .004$) และลดอัตราการเต้นของหัวใจลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ (ผลการสวนหัวใจปกติ) ที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน แตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจกลุ่มทดลอง 2 ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจและก่อนกลับบ้านแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตาม

สมมติฐานข้อที่ 2 และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่ของแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มทดลอง 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง 2 แตกต่างกันทุกช่วงเวลา ($p < .05$)

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้าสวนหัวใจกลุ่มทดลอง 2 เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากสถานการณ์การสวนหัวใจเช่นเดียวกับกับกลุ่มทดลอง 1 และผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 2 จะได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง 1 โดยในกลุ่มทดลอง 2 จะมีความแตกต่างในรายละเอียดของการให้ข้อมูลในช่วงหลังสวนหัวใจและก่อนกลับบ้านเพียงเล็กน้อยเนื่องจากกลุ่มทดลอง 2 มีผลการสวนหัวใจปกติ (หลุดเลือดตึบน้อยกว่าร้อยละ 50 ของรูหลุดเลือด) ไม่ได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจเพิ่มเติม แต่กลุ่มทดลอง 2 ยังมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในอนาคต ผู้ป่วยจึงยังมีความวิตกกังวลอยู่อย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง 1 ดังนั้นการให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดจึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดที่ถูกต้อง จะทำให้เกิดภาพความคิด ความเข้าใจทำให้เผชิญกับเหตุการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งการได้ฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายก็จะช่วยลดความวิตกกังวลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนี้

ช่วงก่อนทดลอง วันที่แพทย์แจ้งให้สวนหัวใจ ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสูงกว่าช่วงเวลาอื่นๆ และจากการประเมินความรู้ก่อนการให้ข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 20 คน มีคะแนนทดสอบต่ำกว่าร้อยละ 80 และมีผู้ป่วยจำนวน 6 คนที่มีคะแนนทดสอบต่ำกว่าร้อยละ 50 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและการสวนหัวใจอย่างถูกต้อง

หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ ในวันที่แพทย์แจ้งให้สวนหัวใจ ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด การสวนหัวใจ การเตรียมตัวเข้ารับการสวนหัวใจร่วมกับการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย โดยมีรายละเอียดของเนื้อหากิจกรรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง 1 ในช่วงนี้ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีความแตกต่างจากช่วงก่อนทดลอง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลที่ต้องการ จนเกิดความรู้ความเข้าใจจะส่งผลให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญผลลดลง ร่วมกับการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายจึงช่วยส่งเสริมให้ความวิตกกังวลลดลงได้ดีมากขึ้น

ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน คือวันนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการสวนหัวใจ ขั้นตอนการสวนหัวใจพอสังเขป ร่วมกับการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายที่ผู้ป่วยสามารถเลือกฟังเพลงที่ตนเองชื่นชอบได้โดยมีผู้วิจัยร่วมในการเลือกเพลง เพื่อประเมินความเหมาะสมของดนตรี การได้รับข้อมูลจนเกิดภาพความรู้ความเข้าใจ และการฟังดนตรีตามความชอบ จะช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงมากยิ่งขึ้น แม้ว่าในครั้งนี้อาการวิตกกังวลจะอยู่ระดับปานกลาง

แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในครั้งนี้นี้แตกต่างจากก่อนทดลองและหลังรับบำบัดนัดสวนหัวใจ โดยลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่าช่วงหลังรับบำบัดนัดสวนหัวใจ แสดงว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการสวนหัวใจร่วมกับการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายในระยะนี้ สามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้ดียิ่งขึ้น

หลังสวนหัวใจ ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 2 มีความวิตกกังวลลดลงเป็นอย่างมาก ความวิตกกังวลโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างจากก่อนทดลอง, หลังรับบำบัดนัดสวนหัวใจ, และก่อนสวนหัวใจ 1 วัน โดยความวิตกกังวลจะลดลง ตามลำดับ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 2 ได้ทราบผลการสวนหัวใจว่ามีผลปกติ ไม่ต้องเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจเพิ่มเติม แต่ยังคงมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในอนาคตได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงยังมีความวิตกกังวลอยู่ในครั้งนี้ ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านเพื่อวางแผนจำหน่าย โดยมีรายละเอียดของเนื้อหา ข้อมูลแตกต่างจากกลุ่มทดลอง 1 ในบางเรื่อง เช่น รายละเอียดเรื่องการใช้ยา กิจกรรมและการออกกำลังกาย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 2 นี้จะมีความแตกต่างกับผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ 1 การให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพและเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับได้รับฟังเพลงเพื่อความผ่อนคลายอย่างน้อย 20 นาที เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อีกทั้งการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายยังช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ เช่น อาการปวดหลังจากการนอนนานเนื่องจากการถูกจำกัดกิจกรรม หรือแม้แต่การปวดแผลตำแหน่งที่เคยใส่สายสวนหลอดเลือด เป็นต้น แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีในช่วงหลังสวนหัวใจ สามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้

ก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 2 จะได้รับการทบทวนเนื้อหาที่เคยได้รับข้อมูลเรื่องโรคหัวใจขาดเลือด การสวนหัวใจ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังสวนหัวใจตลอดจนเมื่อกลับบ้าน วิธีการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเรื่องที่ยังมีความสงสัยและข้อมูลที่ต้องการทราบเพิ่มเติม จากนั้นประเมินความรู้หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีด้วยแบบสัมภาษณ์ความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 20 คน มีคะแนนทดสอบผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 และอีก 2 คนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ได้รับข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่เข้าใจ และเมื่อประเมินซ้ำพบว่าผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ทั้ง 2 คน และพบว่าในครั้งนี้นี้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงอยู่ในระดับเล็กน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างจากก่อนทดลอง, หลังรับบำบัดนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน และหลังสวนหัวใจ โดยความวิตกกังวลจะลดลง ตามลำดับ แสดงว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีสามารถช่วยลดความวิตกกังวลในระยะก่อนกลับบ้านได้

สอดคล้องกับการศึกษาของ จำเนียร พัฒนจักร และวาสนา รวยสูงเนิน (2561) ศึกษาผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ ต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือในการตรวจ โดยให้ข้อมูลครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดการตรวจรักษา ข้อมูลบ่งถึงความรู้สึที่ต่องuest ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ และข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด ผ่านทางวิดีโอ ความยาว 13 นาที ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงหลังได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม ($P < 0.001$) ดารณี ไตรวกุล และรัตนา ใจเสาวดี (2561) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์ ในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจจำนวน 60 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวลหลังการได้รับข้อมูลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) พิมพ์ ลีละวัฒนากุล (2546) ศึกษาผลของดนตรีประเภทผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองจะได้ฟังดนตรีประเภทผ่อนคลายจากผู้วิจัยวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที เป็นเวลา 3 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ วัดความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัดของสปิลเบอร์เกอร์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้ฟังดนตรีประเภทผ่อนคลาย มีความวิตกกังวลขณะเผชิญ ในการทดลองวันที่ 1 ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่มีความแตกต่างกันในการทดลองวันที่ 2 และการทดลองวันที่ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ (ผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ) ที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี ช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ (ผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ) ที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 แต่ช่วงก่อนทดลอง และหลังรับบัตรนัดสวนหัวใจพบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ อธิบายได้ดังนี้

เนื่องจากการสวนหัวใจเป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย และเป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น ความวิตกกังวลขณะเผชิญที่เกิดขึ้นจึงสูงกว่าความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นตามปกติในชีวิตประจำวันทั่วไป ซึ่งการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอาจจะยังไม่เพียงพอในการช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ การได้รับข้อมูลอย่างเฉพาะเจาะจงและตรงกับความต้องการจนเกิดภาพความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและการสวนหัวใจสามารถช่วยลดความวิตกกังวลและทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามได้อย่างมีประสิทธิภาพ การฟังเพลงเพื่อ

ผ่อนคลายตามความชอบสามารถช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลได้ดีเช่นกัน ดังนั้น เมื่อนำแนวคิดการให้ข้อมูลมาใช้ร่วมกับการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายจึงช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจได้ดีมากกว่าการใช้วิธีการใด วิธีหนึ่ง ดังนี้

ก่อนทดลอง เป็นช่วงเวลาหลังจากแพทย์แจ้งให้ผู้ป่วยเข้าสวนหัวใจ เมื่อผู้ป่วยรับทราบว่าจะต้องเข้ารับการสวนหัวใจจะเกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญเกิดขึ้น ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มทดลอง 1 อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน และค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของทั้งสองกลุ่มในช่วงก่อนทดลองไม่แตกต่างกันทางสถิติ

หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ วันที่แพทย์แจ้งให้สวนหัวใจ ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 1 จะได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี ที่มีรูปแบบและแนวทางการให้ข้อมูลที่ชัดเจน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดภาพความรู้ ความเข้าใจ สามารถลำดับเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้ตามสภาพความเป็นจริง ร่วมกับการได้รับการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายนานอย่างน้อย 20 นาที จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 1 มีความวิตกกังวลลดลง ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวมาอนโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการสวนหัวใจจากพยาบาลประจำการ ณ หน่วยสวนหัวใจและหลอดเลือดและได้รับแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับการสวนหัวใจ แต่การให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและการสวนหัวใจจากเจ้าหน้าที่ยังมีจำกัดและแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องเวลาและภาระงานที่รับผิดชอบ และไม่มีการติดตามอาการผู้ป่วยหลังจากที่ได้รับบัตรนัดจนก่อนถึงวันนัดสวนหัวใจ จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ และทั้งสองกลุ่มยังมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกิจกรรมการให้ข้อมูลและการฟังดนตรีในครั้งนี้จัดขึ้นที่หน่วยสวนหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งมีข้อจำกัดในเรื่องสถานที่ที่ค่อนข้างไม่เป็นส่วนตัว เนื่องจากเป็นห้องสำหรับนัดหมายและมีการจัดเก็บเอกสาร เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์บางชนิด ทำให้มีเจ้าหน้าที่เดินเข้าออกค่อนข้างบ่อย และเนื่องจากสถานการณ์โรคติดเชื้อโควิดจึงทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนห้องสำหรับจัดกิจกรรมได้

ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน คือวันนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 1 จะได้รับข้อมูลที่มีแบบแผนการให้ข้อมูลอย่างชัดเจน ร่วมกับการติดตามผู้ป่วยมาตั้งแต่ในช่วงหลังแพทย์แจ้งให้สวนหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและกระบวนการสวนหัวใจอย่างถูกต้อง และได้รับการฟังเพลงเพื่อความผ่อนคลายหลังการให้ข้อมูล โดยเลือกฟังจากเพลงที่ตนเองชอบ นานอย่างน้อย 20 นาที ทำให้ประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลดีขึ้น แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลโดยรวมในครั้งนี้อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตัวเข้าสวนหัวใจจากพยาบาลประจำการในแต่ละหอผู้ป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ของพยาบาลผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากยังไม่มีรูปแบบหรือแผนการให้

ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยบางรายได้รับข้อมูลไม่ครอบคลุมและเกิดความคลุมเครือไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและการสวนหัวใจ ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลโดยรวมในครั้งนี้อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง 1 แต่กลุ่มทดลอง 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลรวมกับการฟังดนตรีสามารถนำมาใช้เพื่อลดความวิตกกังวลได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่มีเพียงการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว

หลังสวนหัวใจ กลุ่มทดลอง 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลอง 1 จะได้รับการทบทวนข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังสวนหัวใจ และได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านเพื่อวางแผนจำหน่าย ร่วมกับการฟังดนตรีเพื่อผ่อนคลาย หลังการให้ข้อมูล เพื่อช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และช่วยให้จิตใจผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลได้ดียิ่งขึ้น ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะได้รับการเฝ้าระวังอาการผิดปกติต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นและได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวหลังสวนหัวใจเพื่อป้องกันเลือดออกบริเวณแผล และอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งให้พยาบาลทราบทันที ในช่วงนี้ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงอยู่ในระดับเล็กน้อย ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ยังมีและมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลรวมกับการฟังดนตรีมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลได้มากกว่าการพยาบาลตามปกติ

ก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 1 จะได้รับการทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด การสวนหัวใจ การปฏิบัติตัวในช่วงก่อนและหลังการสวนหัวใจและเมื่อกลับบ้าน และได้รับการประเมินความรู้ความเข้าใจด้วยแบบสัมภาษณ์ความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจ โดยผู้ป่วยต้องผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 80 และได้รับการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย ตามแนวดนตรีที่ชื่นชอบนานอย่างน้อย 20 นาทีหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการให้ข้อมูล ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจะได้รับคำแนะนำการเตรียมตัวก่อนกลับบ้านจากพยาบาลประจำการในแต่ละหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ ซึ่งผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจจะเข้าพักรักษาตัวกระจายอยู่ตามหอผู้ป่วยทั่วไปที่มีอัตราเตียงว่าง ทำให้รายละเอียดของการได้รับข้อมูลขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่แต่ละคน เนื่องจากยังไม่มีรูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดที่เป็นแนวทางการปฏิบัติ ในครั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงอยู่ในระดับเล็กน้อย แต่กลุ่มทดลอง 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลรวมกับการฟังดนตรีมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลได้มากกว่าการพยาบาลตามปกติ

สอดคล้องกับการศึกษาของ Samira E. Aboalizm et al. (2016) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนเข้าสวนหัวใจ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมโดยการให้ความรู้ก่อนและหลังสวนหัวใจ ร่วมกับแผนพับความรู้ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมมีความวิตกกังวลในวันสวนหัวใจและหลังสวนหัวใจลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($p < .001$) นิพนธ์ วาตาดา (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีเป็นเวลา 2 วัน หลังสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) Forooghi et al. (2015) ศึกษาผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและสัญญาณชีพของผู้ป่วยที่เข้าสวนหัวใจ กลุ่มทดลองได้รับการฟังดนตรี 20-40 นาที ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการใช้ดนตรีบำบัดมีความวิตกกังวลหลังสวนหัวใจลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p < .001$) และลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p = .014$)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ (ผลการสวนหัวใจปกติ) ที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีช่วงก่อนทดลอง, หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ (ผลการสวนหัวใจปกติ) ที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี ช่วงก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังการสวนหัวใจ และก่อนกลับบ้าน แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 แต่ช่วงก่อนทดลอง และหลังรับบัตรนัดสวนหัวใจพบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ อธิบายได้ดังนี้

ก่อนทดลอง ช่วงหลังจากแพทย์แจ้งให้ผู้ป่วยเข้าสวนหัวใจ ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถานการณ์การสวนหัวใจ ซึ่งในช่วงนี้ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 2 อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน และไม่แตกต่างกันทางสถิติ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความวิตกกังวลก่อนทดลองไม่แตกต่างกัน

หลังรับบัตรนัดสวนหัวใจ วันที่แพทย์แจ้งให้สวนหัวใจ ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 2 จะได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี ที่มีรูปแบบและแนวทางการให้ข้อมูลที่ชัดเจน เช่นเดียวกันกับผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 1 ร่วมกับการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายอย่างน้อย 20 นาที จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 2 มีความวิตกกังวลลดลง ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการสวนหัวใจจากพยาบาลประจำการ ณ หน่วยสวนหัวใจและหลอดเลือดและ

ได้รับแผนผังความรู้เกี่ยวกับการสวนหัวใจ แต่การให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด และการสวนหัวใจจากเจ้าหน้าที่ยังมีจำกัดและแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องเวลาและภาระงานที่รับผิดชอบ และไม่มีการติดตามอาการผู้ป่วยหลังจากที่ได้รับบัตรนัดจนก่อนถึงวันนัดสวนหัวใจ จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกันในทางสถิติ และทั้งสองกลุ่มยังมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกิจกรรมการให้ข้อมูลและการฟังดนตรีในครั้งนี้จัดขึ้นที่หน่วยสวนหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งมีข้อจำกัดในเรื่องสถานที่ที่ค่อนข้างไม่เป็นส่วนตัว เนื่องจากเป็นห้องสำหรับนัดหมายและมีการจัดเก็บเอกสาร เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์บางชนิด ทำให้มีเจ้าหน้าที่เดินเข้าออกค่อนข้างบ่อย และเนื่องจากสถานการณ์โรคติดเชื้อโควิดจึงทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนห้องสำหรับจัดกิจกรรมได้

ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน คือวันนัดนอนโรงพยาบาล กลุ่มทดลอง 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 2 จะได้รับข้อมูลที่มีแบบแผนการให้ข้อมูล การติดตามผู้ป่วย และได้รับการฟังเพลงเพื่อความผ่อนคลายหลังการให้ข้อมูล เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง 1 ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตัวเข้าสวนหัวใจจากพยาบาลประจำการในแต่ละหอผู้ป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ของพยาบาลผู้ให้ข้อมูล ในครั้งนี้กลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุมยังมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง แต่กลุ่มทดลอง 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีสามารถนำมาใช้เพื่อลดความวิตกกังวลได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่มีเพียงการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว

หลังสวนหัวใจ ตอนเย็น กลุ่มทดลอง 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลอง 2 มีผลการสวนหัวใจปกติ ไม่ต้องรับการขยายหลอดเลือดหัวใจจึงทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง ร่วมกับการได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านเพื่อวางแผนจำหน่ายโดยมุ่งเน้นไปที่เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในอนาคต ร่วมกับการฟังดนตรีเพื่อผ่อนคลายหลังการให้ข้อมูล เพื่อช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เพื่อลดความวิตกกังวลได้ดียิ่งขึ้น ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะได้รับการเฝ้าระวังอาการผิดปกติต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นและได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวหลังสวนหัวใจเพื่อป้องกันเลือดออกบริเวณแผล ในช่วงนี้ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมากอยู่ในระดับเล็กน้อย ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ยังมีและมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง

แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลได้มากกว่าการพยาบาลตามปกติ และผลการสวนหัวใจมีผลต่อระดับความวิตกกังวลร่วมด้วย

ก่อนกลับบ้าน กลุ่มทดลอง 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 2 จะได้รับการทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด การสวนหัวใจ การปฏิบัติตัวในช่วงก่อนและหลังการสวนหัวใจตลอดจนเมื่อกลับบ้าน โดยมุ่งเน้นไปที่เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจ และจะได้รับการประเมินรู้ความเข้าใจด้วยแบบสัมภาษณ์ความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจ และได้รับการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย ตามแนวดนตรีที่ชื่นชอบนานอย่างน้อย 20 นาที ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจะได้รับคำแนะนำการเตรียมตัวก่อนกลับบ้านจากพยาบาลประจำการในแต่ละหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ ซึ่งผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจจะเข้าพักรักษาตัวกระจายอยู่ตามหอผู้ป่วยทั่วไปที่มีอัตราเตียงว่าง ทำให้รายละเอียดของการได้รับข้อมูลขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่แต่ละคน ในครั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 2 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงอยู่ในระดับเล็กน้อย แต่กลุ่มทดลอง 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลได้มากกว่าการพยาบาลตามปกติ

สอดคล้องกับการศึกษาของ หยาดพิรุณ กุณโสง (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตนเองของ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 Dogan and Senturan (2012) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มกลุ่มละ 100 คน กลุ่มทดลองได้รับฟังดนตรี กลุ่มควบคุมไม่ได้ฟัง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟังดนตรีมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

สรุป โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีมีแนวทางการให้ข้อมูลและการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนต่างๆ อย่างชัดเจน แนวทางการให้ข้อมูลที่ประยุกต์จากทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal and Johnson (1983) ที่มีมีโนทัศน์หลักคือแบบแผนความรู้ความเข้าใจ สามารถทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและมีความพร้อมในการเผชิญกับสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในส่วนของการฟังดนตรี ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจและลดความวิตกกังวลลงได้ อีกทั้งผู้ป่วยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองเพื่อสร้างความผ่อนคลายและลดความวิตกกังวลในช่วงเวลาอื่นๆได้ด้วย เนื่องจากมีขั้นตอนและวิธีการที่ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า

โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีสามารถช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจได้ดีกว่าการให้การพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานที่รับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจไว้ในความดูแล สามารถนำโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี ไปใช้เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะที่แพทย์แจ้งให้สวนหัวใจ, ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน, หลังสวนหัวใจและก่อนกลับบ้าน ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจและผู้ที่ผลการสวนหัวใจปกติ เพื่อลดความวิตกกังวลและยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาอย่างถูกต้องด้วย โดยปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานที่นำไปใช้

2. ด้านการบริหารการพยาบาล ควรมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจในแต่ละช่วงเวลาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการจัดอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะหลังสวนหัวใจโดยติดตามต่อในระยะหลังจำหน่าย

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีในรูปแบบออนไลน์เพิ่มเติม

3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ ที่ถูกนัดเข้าทำหัตถการตรวจพิเศษต่างๆ และมีความวิตกกังวลสูง

4. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดสถานที่ หรือมีมูมนดนตรีสำหรับผู้ป่วยที่รอสวนหัวใจขณะอยู่ในห้องสวนหัวใจ

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2563*. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
- กอบกุล บุญปราศรัย. (2546). *พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- เกรียงไกร เสงร์ศรี. (2558). โรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารการแพทย์*, 6-15.
- ขวัญเมือง สอนดา. (2558). *ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการสวนหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คมคาย สุวรรณพงศ์, เพ็ญกลดา ตันทุลกนกรัษต์ และสุบงกต สุขจิตต์. (2565). *ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนการสวนหัวใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสีห์มา*. *วารสารพยาบาลสภาการชาตไทย*, 15(1), 77-96.
- จรรยา ตันดิธรรม. (2547). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บพิธการพิมพ์.
- จำเนียร พัฒนจักร และวาสนา รวยสูงเนิน. (2561). *ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ ต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือในการตรวจ*. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 41(3), 10-19.
- ชอลดา พันธุ์เสนา. (2536). *การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินติ้งกรุ๊ป.
- ดารณี ไตรวกุล และรัตนา ใจเสาร์ดี. (2561). *การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์*. *วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์*, 9(1), 23-38.
- ดาราพรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2534). *การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ตฤณ เสาทองกลาง และรุ่งระวี นาวิเจริญ. (2560). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน*. *วารสารแพทยนาวิ*, 44(1), 69-89.
- ทรงฤทธิ์ ศรีสารคาม. (2559). *ดนตรีบำบัด*. สัมภาษณ์: นนทบุรี.

- ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). *การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41, 18-30.
- นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์. (2548). *ผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในการผ่าตัดและความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องไขสันหลัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. คณะพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา เพ็ญศิริรักษา. (2554). *การเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด: แนวคิดและการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์.
- นิพนธ์ วาตาดา และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2562). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 25(1), 6-24.
- บุษกร บิณฑสันต์. (2553). *ดนตรีบำบัด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพมหานคร.
- ปราณี ทุไฟเราะ และคณะ. (2553). *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1*. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- พรพรรณ แก่นอำพรพันธ์. (2563). *เส้นทางสู่ดนตรีบำบัดในประเทศไทย*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรณิ เสถียรโชค. (2536). *โรคหัวใจขาดเลือด*. ใน สมชาย โลจายะ และคณะ (บรรณาธิการ), ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด (หน้า 424-448). กรุงเทพฯ: เวชสาร.
- พิมพ์ร ลีละวัฒนากุล. (2546). *ผลของดนตรีประเภทผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุพิน สังฆะมณี และวาสนา รวยสูงเนิน. (2555). *ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความรู้ ความวิตกกังวลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ*. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 30(1), 15-21.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนา เพิ่มเพ็ชร์ และเบญจมาพรรณ บุตรศรีภู. (2559). *ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด*. วารสารพยาบาลทหารบก, 17(3), 34-43.

- เรณู โกศิยานนท์. (2540). *ดนตรีคือภาษา*. กรุงเทพฯ: องค์การค้ำครุสภา.
- วชิราภรณ์ สุ่มนวงศ์ อาภรณ์ ตีนาน สงวน ธาณี สมสมัย รัตนกริฑากุล และชัชวาล วัตนะกุล. (2558). *การลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ระยะที่ 2)*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์. 250-288.
- ศศิธร ชุมดวง. (2548). *ดนตรีบำบัด*. สงขลานครินทร์เวชสาร, 23(3), 185-191.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2564). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง พ.ศ.2564*. สมุทรปราการ: เนคสเทป ดีไซน์.
- สายันต์ บุญใบ. (2560). *ดนตรีบำบัด*. วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์, 4(1), 18-34.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2562). *จำนวนและอัตราการตายโรคไม่ติดต่อ ปี 2559-2560 (ความดันโลหิตสูง,เบาหวาน,หัวใจขาดเลือด,หลอดเลือดสมอง,หลอดเลือดอักเสบ ถุงลมโป่งพอง)*. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020>. [10 สิงหาคม 2562]
- สุมลชาติ ดวงบุบผา สมจิต หนูเจริญ และชาญ เกียรติบุญศรี. (2551). *ประสิทธิภาพของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวล การตอบสนองทางสรีระ ความจุปอดและความอึดตัวของออกซิเจนในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 14(3), 312-327.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข และฉันท ครุฑกุล. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สุวนีย์ ตันติพัฒนานันท์. (2522). *หลักการพยาบาลจิตเวช*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เสาวนีย์ สังข์โสภณ. (2541). *ดนตรีเพื่อสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: สมชายการพิมพ์.
- เสาวนีย์ สังข์โสภณ. (2545). *โครงการดนตรีบำบัด*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หยาดพิรุณ กุณโสง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2564). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด*. วารสารเกื้อการุณย์, 28(1), 20-32.
- อภิชาติ สุนทรสรรพ. (2555). *Cardiovascular medicine : the new balance*. เชียงใหม่: ทริคอิงค์.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อังคณา มั่นสนธิ. (2548). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุรวาทิ เจริญไชย. (2541). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึก และคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ ต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภาษาอังกฤษ

- Aazami, S., Jaafarpour, M., & Mozafari, M. (2016). Exploring expectations and needs of patients undergoing angioplasty. *Journal of Vascular Nursing*, 34(3), 93-99. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jvn.2016.04.003>
- Aggarwal, A., Srivastava, S., & Velmurugan, M. (2016). Newer perspectives of coronary artery disease in young. *World J Cardiol*, 8(12), 728-734. doi:10.4330/wjc.v8.i12.728
- Alvin, J. (1966). *Music therapy*. London: John Barker Publishers Ltd.
- Alvin, J. (1975). *Music Therapy*. London: Hutchinson.
- Australian Music Therapy Association. (2016). What is Music Therapy? Available from <https://www.austmta.org.au/about-us/what-is-mt/>. [MAY 9, 2021]
- Basar, C., Bešli, F., Keçebaş, M., Kayapınar, O., & Turker, Y. (2015). The effect of audio-visual education prior to coronary angiography on the state anxiety. *Anxiety*, 13, 14.
- Basnet, T. B., Xu, C., Mallah, M. A., Indayati, W., Shi, C., Xu, J., & Gu, A. (2019). Association of smoking with coronary artery disease in Nepalese populations: a case control study. *Toxicol Res (Camb)*, 8(5), 677-685. doi:10.1039/c9tx00083f
- Bradt, J., Dileo, C., & Shim, M. (2013). Music interventions for preoperative anxiety. *The Cochrane database of systematic reviews*(6), Cd006908. doi:10.1002/14651858.CD006908.pub2
- British Association for Music Therapy. (2021). What is Music Therapy? ? Available from <https://www.bamt.org/music-therapy/what-is-music-therapy>. [MAY 7, 2021]

- Brown JC, Gerhardt TE, Kwon E. Risk Factors For Coronary Artery Disease. [Updated 2022 Jun 5]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554410/>
- Brunner, L. S., Smeltzer, S. C. O. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2010). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing*: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Bruscia, K. E. (1998). *Defining Music Therapy*. Gilsum, NH: Barcelona.
- Buckwalter K, Hartsock J, & Gaffney J. (1985). Music therapy. In Bulechek GM & McCloskey JC (Eds.), *Nursing interventions: treatments for nursing diagnoses* (pp. 58-74). Philadelphia: Saunders.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, & generation of evidence* (6 ed.). St.Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Buzatto, L. L., & Zanei, S. S. (2010). Patients' anxiety before cardiac catheterization. *Einstein (Sao Paulo)*, 8(4), 483-487. doi:10.1590/s1679-45082010rw1517
- Campeau L. (1976). Grading of angina pectoris. *Circulation*, 54, 522-523.
- Canadian Association for Music Therapy. (2016). What is music therapy? ? Available from <https://www.musictherapy.ca/about-camt-music-therapy/about-music-therapy/>. [November, 11 2019]
- Castro, M. N., Vigo, D. E., Gustafson, D. R., Vila-Pérez, I., Massaro, P., García, C., . . . Ladrón-de-Guevara, M. S. (2017). Acute and six-month depression-related abnormalities in the sleep-wake rhythm of cardiac autonomic activity in survivors of acute coronary syndromes. *Personalized Medicine in Psychiatry*, 4-6, 13-18. doi:10.1016/j.pmip.2017.06.001
- Celano, C. M., Daunis, D. J., Lokko, H. N., Campbell, K. A., & Huffman, J. C. (2016). Anxiety Disorders and Cardiovascular Disease. *Current psychiatry reports*, 18(11), 101-101. doi:10.1007/s11920-016-0739-5
- Chang, H.-K., Peng, T.-C., Wang, J.-H., & Lai, H.-L. (2011). Psychophysiological Responses to Sedative Music in Patients Awaiting Cardiac Catheterization Examination: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(5), E11-E18. doi:10.1097/JCN.0b013e3181fb711b

- Chisholm, M. (1988). Anxiety. In C. K. Beck, R. P. Rowlinson, & S. R. Williams (Eds.), *Mental health psychiatric nursing: A holistic life cycle approach* (pp. 203-227). St.Louis: C.V.Mosby.
- Cook, J. B. (1981). The therapy use music: a literature review. *Nursing Forum*, 20(30), 252-266.
- Corones, K., Coyer, F. M., & Theobald, K. A. (2009). Exploring the information needs of patients who have undergone PCI. *British Journal of Cardiac Nursing*, 4(3), 123-130.
- De Jong-Watt, W. J., & Arthur, H. M. (2004). Anxiety and health-related quality of life in patients awaiting elective coronary angiography. *Heart & Lung*, 33(4), 237-248. doi:<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2004.03.006>
- Delewi, R., Vlastra, W., Rohling, W. J., Wagenaar, T. C., Zwemstra, M., Meesterman, M. G., . . . Henriques, J. P. S. (2017). Anxiety levels of patients undergoing coronary procedures in the catheterization laboratory. *International Journal of Cardiology*, 228, 926-930. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.11.043>
- Denise, G., & Tony, W. (2007). *Receptive Methods in Music Therapy : Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Dogan, M., & Senturan, L. (2012). The effect of music therapy on the level of anxiety in the patients undergoing coronary angiography. *Open Journal of Nursing*, 02, 165-169. doi:10.4236/ojn.2012.23025
- Ebrahimi, R., & Tan, W. (2018). Role of Music for Conscious Sedation During Invasive Cardiac Catheterization. *The American Journal of Cardiology*, 122(6), 1095-1097. doi:<https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2018.05.039>
- Edlin G, Golanty E, & Brow K M. (2002). *Health and wellness* (7 Ed.). Jones and Bartlett: Massachusetts.
- Emerson R. (1995). Alteration in blood flow. In Copstead L.C. (Ed.), *Perspectives on pathology*. Philadelphia: W.B.Saunders.
- Ercan, S., Unal, A., Altunbas, G., Kaya, H., Davutoglu, V., Yuce, M., & Ozer, O. (2013). Anxiety Score as a Risk Factor for Radial Artery Vasospasm During Radial Interventions: A Pilot Study. *Angiology*, 65(1), 67-70.

doi:10.1177/0003319713488931

- Fehder, W. P. (1999). Alterations in immune response associated with anxiety in surgical patients. *CRNA : the clinical forum for nurse anesthetists*, 10, 124-129.
- Felix, M. M. D. S., Ferreira, M. B. G., Oliveira, L. F. d., Barichello, E., Pires, P. d. S., & Barbosa, M. H. (2018). Guided imagery relaxation therapy on preoperative anxiety: a randomized clinical trial. *Revista latino-americana de enfermagem*, 26, e3101-e3101. doi:10.1590/1518-8345.2850.3101
- Finegold, J. A., Asaria, P., & Francis, D. P. (2013). Mortality from ischaemic heart disease by country, region, and age: Statistics from World Health Organisation and United Nations. *International Journal of Cardiology*, 168(2), 934-945. doi:https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2012.10.046
- Fioranelli, M., Bottaccioli, A. G., Bottaccioli, F., Bianchi, M., Rovesti, M., & Rocca, M. G. (2018). Stress and Inflammation in Coronary Artery Disease: A Review Psychoneuroendocrineimmunology- Based. *Front Immunol*, 9, 2031. doi:10.3389/fimmu.2018.02031
- Forooghy, M., Mottahedian Tabrizi, E., Hajizadeh, E., & Pishgoo, B. (2015). Effect of Music Therapy on Patients' Anxiety and Hemodynamic Parameters During Coronary Angioplasty: A Randomized Controlled Trial. *Nursing and midwifery studies*, 4(2), e25800-e25800. doi:10.17795/nmsjournal25800
- Garberson, K. B. (1991). The Effect of humorous distraction on preoperative anxiety. *AORN Journal*, 54(6), 1258-1264.
- Graham, L. E., & Conley, E. M. (1971). Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients. *Nursing Research*, 20(2), 113-122.
- Gu, G., Zhou, Y., Zhang, Y., & Cui, W. (2016). Increased prevalence of anxiety and depression symptoms in patients with coronary artery disease before and after percutaneous coronary intervention treatment. *BMC Psychiatry*, 16(1), 259. doi:10.1186/s12888-016-0972-9
- Guzzetta, C. E., & Forsyth, G. L. (1979). Nursing diagnosis pilot study: Psychophysiological stress. *Advance in Nursing Science*, 21(1), 27-43.
- Hajar, R. (2017). Risk Factors for Coronary Artery Disease: Historical Perspectives. *Heart Views*, 18(3), 109-114. doi:10.4103/heartviews.Heartviews_106_17

- Harkness, K., Morrow, L., Smith, K., Kiczula, M., & Arthur, H. M. (2003). The effect of early education on patient anxiety while waiting for elective cardiac catheterization. *Eur J Cardiovasc Nurs, 2*(2), 113-121. doi:10.1016/s1474-5151(03)00027-6
- Henry, L. L. (1995). Music therapy: A nursing intervention for the control of pain and anxiety in the I.C.U.: A review of the research literature. *Dimensions of Critical Care Nursing, 14*(6), 295-293.294.
- Hildegard E. Peplau. (1952). *Interpersonal Relation in Nursing*. New York: G.P. Putnam's Sons.
- Huber C. (2009). Safety after cardiac catheterization. *The American Journal of Nursing, 109*(8), 57-58.
- Jaarsma, T., Kastermans, M., Deissen, T., & Philipsen, H. (1995). Problems of cardiac patients in early recovery. *Journal of Advanced Nursing, 21*(1), 21-27.
- Jayakar, J. P., & Alter, D. A. (2017). Music for anxiety reduction in patients undergoing cardiac catheterization: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 28*, 122-130. doi:https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.05.011
- Johnson, B. S. (1993). *Psychiatric-mental health nursing: Adaptation and growth*. Philadelphia: W. B. Saunder.
- Johnston, K., & Rohaly-Davis, J. (1996). An introduction to music therapy: Helping the oncology patient in the I.C.U. *Critical care Nursing Quarterly, 18*(4), 54-60.
- Kantor-Martynuska, J. (2015). EMOTIONAL RESPONSES TO MUSIC AND THEIR MUSICAL, INDIVIDUAL, AND SITUATIONAL FACTORS: AN INTEGRATIVE APPROACH. *Studia Psychologiczne, 53*, 30-45. doi:10.2478/V10167-010-0118-7
- Katz, J. R. (1997). Back to Basics: providing effective patient teaching. *Am J Nurs, 97*(5), 33-36.
- Khalifa, s., Bella, S. D., Roy, M., Peretz, I., & Lupien, S. J. (2003). Effect of relaxing music on salivary cortisol level after psychological stress. *Annals of the New York Academy of sciences, 999*, 374-376.
- Kinney, M. R., Packa, D. R., Andreoli, K. G., & Zipes, D. P. (1991). *Comprehensive cardiac* (7 ed.). St. Louis: Mosby.

- Koelsch, S., Fritz, T., v. Cramon, D. Y., Müller, K., & Friederici, A. D. (2006). Investigating emotion with music: An fMRI study. *27(3)*, 239-250. doi:<https://doi.org/10.1002/hbm.20180>
- Leon, B. M., & Maddox, T. M. (2015). Diabetes and cardiovascular disease: Epidemiology, biological mechanisms, treatment recommendations and future research. *World J Diabetes*, *6(13)*, 1246-1258. doi:10.4239/wjd.v6.i13.1246
- Leventhal, H., & Johnson, J. E. (1983). Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In P.J. Wooldridge, M.H. Schmitt, J.K. Skipper, & R. C. Leonard (Eds.), *Behavioral Science and Nursing Theory* (pp. 189-282). St. Louis: Mosby.
- Libby P. (2002). Inflammation in atherosclerosis. *Nature*, *420(6917)*, 868-874.
- Libby P. (2007). The vascular biology of arterosclerosis. In e. Libby P (Ed.), *Braunwald's heart disease: A textbook of cardiovascular medicine* (8 ed., pp. 985-1002).
- Libby P, & Theroux P. (2005). Pathophysiology of Coronary Artery Disease. *Circulation*, *111(25)*, 3481-3488.
- Linda L. Chlan, & Annie Heiderschuit. (2014). Music Intervention. In Ruth Lindquist, Mariah Snyder, & Mary Fran Tracy (Eds.), *Complementary & Alternative Therapies in Nursing* (7 ed., pp. 99-116). New York: Springer Publishing Company.
- Luckmann, J., & Sorensen, K. C. (1987). *Medical-Surgical nursing: A psychopsysiologic approach* (3 ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Lukkarinen, H. (2005). Methodological triangulation showed the poorest quality of life in the youngest people following treatment of coronary artery disease: a longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, *42(6)*, 619-627.
- Manley, K. (1988). The needs and support of relatives. *Nursing*, *3(2)*: 19-21. .
- Ma, Y., Peng, D., Liu, C., Huang, C., & Luo, J. (2017). Serum high concentrations of homocysteine and low levels of folic acid and vitamin B12 are significantly correlated with the categories of coronary artery diseases. *BMC Cardiovascular Disorders*, *17(1)*, 37. doi:10.1186/s12872-017-0475-8
- Martinez-Sellés, H., Martínez-Sellés, D., & Martínez-Sellés, M. (2021). Sex, Lies, and Coronary Artery Disease. *J Clin Med*, *10(14)*. doi:10.3390/jcm10143114

- McGovern P.G. et al. (1996). Recent trends in acute coronary heart disease: Mortality, morbidity, medical care and risk factor. *The New England Journal of Medicine*, 334(14), 884-890.
- McGregor, E. A., Fuller, C., & Lee, M. (1981). Care and relatives in ICU. *Nursing Time*, 77(34), 1477-1478.
- Meira Altino, D., Nogueira-Martins, L. A., Batistão Gonçalves, M. A., Leite de Barros, A. L. B., & de Lima Lopes, J. (2018). Impact of anxiety and depression on morbidity and mortality of patients with coronary syndrome. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6), 3048-3053. doi:10.1590/0034-7167-2017-0420
- Morrison-Valfre, M. (2005). Managing Anxiety. In M. Morrison-valfre (Ed.), *Foundations of mental health care*. St. Louis: Mosby Elsevier.
- Munk, P. S., Isaksen, K., Brønnick, K., Kurz, M. W., Butt, N., & Larsen, A. I. (2012). Symptoms of anxiety and depression after percutaneous coronary intervention are associated with decreased heart rate variability, impaired endothelial function and increased inflammation. *International Journal of Cardiology*, 158(1), 173-176. doi:10.1016/j.ijcard.2012.04.085
- Otaki, Y., Gransar, H., Berman, D. S., Cheng, V. Y., Dey, D., Lin, F. Y., . . . Min, J. K. (2013). Impact of Family History of Coronary Artery Disease in Young Individuals (from the CONFIRM Registry). *The American Journal of Cardiology*, 111(8), 1081-1086. doi:<https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2012.12.042>
- Peng, S., Ying, B., Chen, Y., & Sun, X. (2015). Effects of massage on the anxiety of patients receiving percutaneous coronary intervention. *Psychiatr Danub*, 27(1), 44-49.
- Peretz, I., & Zatorre, R. J. (2005). Brain Organization for Music Processing. 56(1), 89-114. doi:10.1146/annurev.psych.56.091103.070225
- Podolsky E. (1954). Introduction and music and mental health. In Podolsky E (Ed.), *Music therapy* (pp. 3-23). New York: Philosophical Library.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing reseach: Principles and methods* (8 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, T. B. (2014). *Nursing research: Principles and medthods* (8 ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

- Pourafkari, L., Ghaffari, S., Shahamfar, J., Tokhmechian, L., & Nader, N. D. (2016). The psychological effects of cardiac rehabilitation after coronary revascularization. *Turk Kardiyol Dern Ars*, 44(3), 228-236. doi:10.5543/tkda.2015.56846
- Pridy, C. B., Watt, M. C., Romero-Sanchiz, P., Lively, C. J., & Stewart, S. H. (2021). Reasons for Listening to Music Vary by Listeners' Anxiety Sensitivity Levels. *J Music Ther*, 58(4), 463-492. doi:10.1093/jmt/thab014
- Rejeh, N., Heravi-Karimooi, M., Tadrissi, S. D., Jahani, A., Vaismoradi, M., & Jordan, S. (2016). The impact of listening to pleasant natural sounds on anxiety and physiologic parameters in patients undergoing coronary angiography: A pragmatic quasi-randomized-controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 25, 42-51. doi:https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.08.001
- Riegel, B. (1966). Myocardial infarction. In J. M. Clochesy, C. Breu, S. Cardin, A. A. Whittaker, & E. B. Rudy (Eds.), *Critical Care Nursing* (2 ed., pp. 354-379). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Rippe J. M, Angelopoulos T. J, & Zukley L. (2007). Lifestyle Medicine Strategies for Risk Factors Reduction and Treatment of Coronary Heart Disease: Part II. *American Journal Lifestyle Medicine*, 1(2), 79-90.
- Rodgers, J. L., Jones, J., Bolleddu, S. I., Vanthenapalli, S., Rodgers, L. E., Shah, K., . . . Panguluri, S. K. (2019). Cardiovascular Risks Associated with Gender and Aging. *J Cardiovasc Dev Dis*, 6(2). doi:10.3390/jcdd6020019
- Sacks, O. (2006). The power of music. *Brain*, 129(10), 2528-2532. doi:10.1093/brain/awl234
- %J Brain
- Sahar Adham Ali. (2015). Determination The Level of Anxiety Among Patients Scheduled for Diagnostic Cardiac Catheterization. *Journal of Babylon University/Pure and Applied Sciences*, 23(2), 891-898.
- Salari, A., Rouhi Balasi, L., Ashouri, A., Moaddab, F., Zaersabet, F., & Nourisaeed, A. (2018). Medication Adherence and its Related Factors in Patients Undergoing Coronary Artery Angioplasty. *Journal of caring sciences*, 7(4), 213-218. doi:10.15171/jcs.2018.032

- Samira E. Aboalizm, Nahid F. El Gahsh, & Samah E. Masry. (2016). Effect of Early Nursing Preparation on Anxiety Among Patients Undergoing Cardiac Catheterization. *American Journal of Nursing Science*, 5(5), 221-231.
- Saperston, B. (1999). Music-based individualised relaxation training in medical settings. In C. Dileo (Ed.), *MusicTherapy and Medicine: Theoretical and Clinical Applications*. Silver Spring, MD: American Music Therapy Association.
- Schoen F.J., & Cotran R.S. (1999). Blood vessels. In Cotran R.S., Kumar v., & Collins T. (Eds.), *Robbin: Pathologic basic of disease* (6 ed., Vol. Philadelphia, pp. 493-541): W.B.Saunders.
- Seaward, B. L. (1999). *Managing stress: principles and streategies for health and wellbeing*. London: Jones & Bartlett.
- Selph, A. K. (1999). Cardiac problems. In G. A. Harkness & J. R. Dincher (Eds.), *Medical surgical nursing: Total patient care* (10 ed., pp. 625-713). St.Louis: Mosby.
- Shaheen, N., Muhammad, D., Habibullah, G., & Khattak, I. U. (2022). Association between knowledge and anxiety level among patients undergoing coronary angiography in tertiary care hospital of Peshawar. *CRITICAL CARE INNOVATIONS JOURNAL*, 5(1), 15-23.
- Sharif, F., Moshkelgosha, F., Molazem, Z., Najafi Kalyani, M., & Vossughi, M. (2014). The effects of discharge plan on stress, anxiety and depression in patients undergoing percutaneous transluminal coronary angioplasty: a randomized controlled trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 2(2), 60-68.
- Sharif, F., Najafi Kalyani, M., Ahmadi, F., & Iman, M. T. (2018). In the shadow of perceived threat: The live experience of Iranian patients candidate for undergoing coronary angiography. *Journal of Vascular Nursing*, 36(3), 140-144. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jvn.2018.04.004>
- Shen, X., Zhu, X., Wu, Y., Zhou, Y., Yang, L., Wang, Y., . . . Zhao, Q. (2018). Effects of a psychological intervention programme on mental stress, coping style and immune function in percutaneous coronary intervention patients. *PloS One*, 13(1), e0187745. doi:10.1371/journal.pone.0187745
- Skipper, J. K., & Leonard, R. C. (1975). *Social interaction and patient care*. Philadelphia: Lippincott.

- Smelzer SC, Bare BG, Hinkle JL, & Cheever KH. (2007). *Brunner & Suddarth's Textbook of medical-surgical nursing* (11 Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Solanki, M. S., Zafar, M., & Rastogi, R. (2013). Music as a therapy: Role in psychiatry. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(3), 193-199.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2012.12.001>
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 – Y2)* (Vol. IV).
- Spielberger, C. D., & Guerrero, R. D. (1983). *Cross-Cultural Anxiety*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Spielberger, C. D., & Sydeman, S. J. (1994). State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. . In I. M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 292-321). Hillsdale, NJ, USA: L. Erlbaum Associates.
- Stanik, J. A. (1990). Caring for the family of the critically ill surgical patient. *Critical Care Nurse*, 10(1), 43-47.
- Stuart, G. W., & Sundeen, S. J. (1987). *Principles and Practice of Psychiatric nursing*. St. Louis: The C.V. Mosby.
- Synter, M. (1992). *Independent nursing intervention* (2 ed.). U.S.A.: Delmar publishers Inc.
- Tagney J, & Lackie D. (2005). Bed-rest post-femoral artery sheath removal - what is safe practice? A clinical audit. *Nursing in Critical Care*, 10(4), 167-173.
- Tavakol, M., Ashraf, S., & Brener, S. J. (2012). Risks and complications of coronary angiography: a comprehensive review. *Global journal of health science*, 4(1), 65-93. doi:10.5539/gjhs.v4n1p65
- Trotter, R., Gallagher, R., & Donoghue, J. (2011). Anxiety in patients undergoing percutaneous coronary interventions. *Heart & Lung*, 40(3), 185-192.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2010.05.054>
- Updike, P. (1990). Music Therapy Results for ICU Patients. 9(1), 39-45.
- Uzun, S., Vural, H., Uzun, M., & Yokusoglu, M. (2008). State and trait anxiety levels before coronary angiography. *J Clin Nurs*, 17(5), 602-607. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02018.x

- van Melle, J. P., de Jonge, P., van den Berg, M. P., Pot, H. J., & van Veldhuisen, D. J. (2006). Treatment of Depression in Acute Coronary Syndromes with Selective Serotonin Reuptake Inhibitors. *Drugs*, *66*(16), 2095-2107. doi:10.2165/00003495-200666160-00005
- Watkins, G. R. (1997). Music Therapy: Proposed Physiological Mechanisms and Clinical Implications. *Clinical Nurse Specialist*, *11*(2).
- Weber, T., Lang, I., Zweiker, R., Horn, S., Wenzel, R. R., Watschinger, B., . . . Metzler, B. (2016). Hypertension and coronary artery disease: epidemiology, physiology, effects of treatment, and recommendations : A joint scientific statement from the Austrian Society of Cardiology and the Austrian Society of Hypertension. *Wien Klin Wochenschr*, *128*(13-14), 467-479. doi:10.1007/s00508-016-0998-5
- White, J. M. (1992). Music therapy: an intervention to reduce anxiety in the myocardial infarction patient. *Clin Nurse Spec*, *6*(2), 58-63.
- White, J. M. (2001). Music as intervention: A notable endeavor to improve patient outcome. *Nursing Clinics of North American*, *36*(1), 83-92.
- Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- World Federation of Music Therapy. (2011). Definition of Music Therapy. Retrieved from <https://wfmt.info/tag/definition/>. [MAY 7, 2021]
- World Health Organization. (2019). The top 10 causes of death. Retrieved November 7, 2021 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Wu, K. L., Chen, S. R., Ko, W. C., Kuo, S. Y., Chen, P. L., Su, H. F., & Chang, W. Y. (2014). The effectiveness of an accessibility-enhanced multimedia informational educational programme in reducing anxiety and increasing satisfaction of patients undergoing cardiac catheterisation. *J Clin Nurs*, *23*(13-14), 2063-2073. doi:10.1111/jocn.12469
- Zamanifar, S., Bagheri-Saveh, M. I., Nezakati, A., Mohammadi, R., Seidi, J. J. J. o. M., & Life. (2020). The Effect of Music Therapy and Aromatherapy with Chamomile-Lavender

Essential Oil on the Anxiety of Clinical Nurses: A Randomized and Double-Blind Clinical Trial. *13*, 87 - 93.

Zhao, Z., Luo, L., Wang, J., & Su, Y. (2008). Depression and anxiety before and after percutaneous coronary intervention and their relationship to age. *Journal of Geriatric Cardiology*, *5*(4), 203-206.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY





นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	6077348936
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวสุพรรณารัตน์ รินสาธ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่ นอกเวลาราชการ)
ประธานกรรมการสอบ	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันทไทยทวีกุล
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	รองศาสตราจารย์ ดร. ธีระ สิ้นเดชารักษ์
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลรวมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ
	THE EFFECT OF GIVING INFORMATION COMBINED WITH MUSIC LISTENING PROGRAM ON ANXIETY AMONG PATIENTS UNDERGOING CORONARY CATHETERIZATION
ครั้งที่อนุมัติ	2/2562
ระดับ	ปริญญาโท

amw *Men*



ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. ผศ.ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ	อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. พันตำรวจเอกหญิง ปัทมา พิระพันธ์	หัวหน้าแผนกผู้ป่วยวิกฤติหัวใจ (CCU) โรงพยาบาลเทพารินทร์
3. นายวินิตย์ หลงละเลิง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษและผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูง (สาขาอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
4. นางสาวดาราร วงษ์กวน	พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 หอผู้ป่วยซีซียู (CCU) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
5. นางสาวเนตรชนก สิงห์เห	นักวิชาการอาชีวบำบัด (ดนตรีบำบัด) ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 E-mail:fonbox@chula.ac.th

ที่ อว 64.11/01248

วันที่

21 ธันวาคม 2563

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ

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

เนื่องด้วย นางสาวสุพรรณารัตน์ รินสาธ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยวิกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

สุรศักดิ์ ศรีนัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ศรีนัย)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยวิกุล โทร. 02-218-1364
นางสาวสุพรรณารัตน์ รินสาธ โทร. 09-1739-2248



ที่ อว 64.11/ 01247

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

21 ธันวาคม 2563

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพธารินทร์

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

เนื่องด้วย นางสาวสุพรรณารัตน์ รินสาธ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฐ นันไทยทวิกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พันตำรวจเอกหญิง ปัทมา พิระพันธ์ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยวิกฤติหัวใจ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรี নয়)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

พันตำรวจเอกหญิง ปัทมา พิระพันธ์

โทร. 02-218-1131, 08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชาณัฐ นันไทยทวิกุล โทร. 02-218-1164

นางสาวสุพรรณารัตน์ รินสาธ โทร. 09-1739-2248



ที่ อว 64.11/01249

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

21 ธันวาคม 2563

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุพรรณารัตน์ รินสาธิต นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยวิกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญ นายวินิตย์ หลงละเลิง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยกรรมศาสตร์) กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นายวินิตย์ หลงละเลิง

โทร. 02-218-1131, 08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยวิกุล โทร. 02-218-1164

นางสาวสุพรรณารัตน์ รินสาธิต โทร. 09-1739-2248

ที่ อว 64.11/00134



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

19 กุมภาพันธ์ 2564

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

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

เนื่องด้วย นางสาวสุพรรณารัตน์ รินสาธร์ นิลิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทวีกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวดาราร วงษ์กวน พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 หรือผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิลิต

นางสาวดาราร วงษ์กวน

โทร. 02-218-1131, 08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล โทร. 02-218-1164

นางสาวสุพรรณารัตน์ รินสาธร์ โทร. 09-1739-2248

E-mail: 6077348936@student.chula.ac.th



ที่ อว 64.11/ 01246

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

21 ธันวาคม 2563

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางสาวสุพรรณารัตน์ รินสาธิต นิลิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทริกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญ นางสาวเนตรชนก สิงห์เห นักวิชาการอาชีวบำบัด (ดนตรีบำบัด) ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

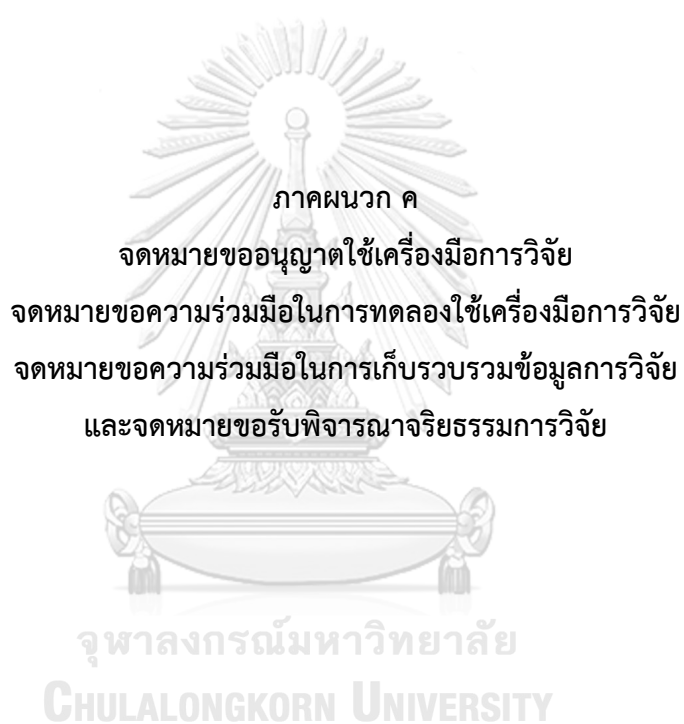
สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิลิต

นางสาวเนตรชนก สิงห์เห

โทร. 02-218-1131, 08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทริกุล โทร. 02-218-1164

นางสาวสุพรรณารัตน์ รินสาธิต โทร. 09-1739-2248





บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 E-mail:fonbox@chula.ac.th
 ที่ อว 64.11/ 1197 วันที่ 30 พฤศจิกายน 2563
 เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วย นางสาวสุพรรณารัตน์ รินสาธร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี ต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินความวิตกกังวล จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ ของ นางสาวดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา สาขาจิตวิทยาการศึกษา ภาควิชาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2535) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา และรองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ดอร์นิต)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทวีกุล โทร. 02-218-1364
 นางสาวสุพรรณารัตน์ รินสาธร์ โทร. 09-1739-2248

ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบฟอร์มขอใช้มาตรการ

① เรียน คณบดี คณะจิตวิทยา

ข้าพเจ้านางสาวสุพรรณวรัตน์ วินัสธร.....

นิสิตนักศึกษา เลขประจำตัว.....6077348936..... ระดับการศึกษา ปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก

คณะ.....พยาบาลศาสตร์.....มหาวิทยาลัย.....จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....

อาจารย์ที่ปรึกษา.....ผศ.รตต.หญิง ดร. ปชานัญญ์ นันทไทยกุล.....

อาจารย์ คณะ.....มหาวิทยาลัย.....

ผู้สนใจ หน่วยงาน.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....74 หมู่ 12.....ถนน.....พหลโยธิน.....ซอย.....-.....ตำบล/แขวง.....ห้วยโป่ง.....

อำเภอ/เขต.....โคกสำโรง.....จังหวัด.....ลพบุรี.....รหัสไปรษณีย์.....15120.....

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....091-7392248.....อีเมล.....6077348936@student.chula.ac.th.....

มีความประสงค์จะขอใช้มาตรการ

ชื่อมาตรการ.....แบบประเมินความวิตกกังวล.....ชื่อผู้พัฒนามาตรการ.....นางสาวดาวารวณ ต๊ะปิ่นตา.....

จากวิทยานิพนธ์/งานวิจัยเรื่อง.....การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิด.....

ร่วมกับการฝึกสติ.....

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาของผู้พัฒนามาตรการ (ในกรณีที่มาจากวิทยานิพนธ์ โปรดระบุชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ของผู้พัฒนา.....

มาตรการ).....รศ.ดร. ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา และ รศ.ดร. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต.....ปี พ.ศ.2535.....

วัตถุประสงค์ของการใช้งาน โครงการทางจิตวิทยา การวิจัย วิทยานิพนธ์

การเรียนการสอน อื่น ๆ โปรดระบุ.....

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ลงนามผู้ขอใช้มาตรการ.....
วันที่ 22 / ๑.ค. / 2563

<p>② อาจารย์ที่ปรึกษาของผู้ขอใช้มาตรการ (ในกรณีที่ผู้ขอใช้มาตรการเป็นนิสิตนักศึกษา)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม..... วันที่ 22 / ๑.ค. / 2563</p>	<p>③ ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยาตรวจสอบ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> สมควรดำเนินการ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สมควรดำเนินการ เพราะ.....</p> <p>ลงนาม..... วันที่ 19 / 1 / 64</p>
<p>④ อาจารย์ที่ปรึกษาของผู้พัฒนามาตรการ (ในกรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์) / เจ้าของผลงาน (ในกรณีที่เป็นงานวิจัย)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> อนุญาต (ตาม e-ทออี) (ตอบกลับ)</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่อนุญาต เพราะ.....</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม..... วันที่ 20 / 1 / 64</p>	<p>⑤ คณบดี คณะจิตวิทยา</p> <p>อนุมัติ</p> <p><input type="checkbox"/> อนุมัติ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม..... วันที่ 20 ม.ค. 2564 เวลา 15:54</p>

 **Psy assess** <psyassesscu@gmail.com>
to isompoch ▾

เรียน อาจารย์สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต

เนื่องด้วยนางสาว สุพรรณารัตน์ รินสาร นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์ในการขอใช้แบบประเมินความวิตกกังวล จากงาน
ดา โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา และรองศาสตราจารย์ ดร. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาทางวิจัยตามเอกสารแนบ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและให้ความอนุเคราะห์เพื่ออนุญาตให้นางสาวสุพรรณารัตน์ได้นำมาตรวจวัดไปใช้เพื่อการศึกษาและจัดทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ
ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยา
คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2 Attachments



 **sompoch iamsupisit**
to me ▾

🇹🇭 Thai ▾ > English ▾ Translate message

อนุญาต ครับ

Sent from my iPhone

On 18 Jan BE 2564, at 14:25, Psy assess <psyassesscu@gmail.com> wrote:



สัญญาขอใช้มาตรการทางจิตวิทยา

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้น ณ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งอยู่ที่อาคารบรมราชชนนีศรีศดพระชน ชั้น 7 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 22 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563

ระหว่าง คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณระพี สุทธิวรรณ ตำแหน่ง คณบดีคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งต่อไปในสัญญาฉบับนี้ จะเรียกว่า "ผู้อนุมัติให้ใช้มาตรการวัด" ฝ่ายหนึ่งกับ (นาย/นาง/นางสาว) นางสาวสุพรรณรัตน์ รินสาร เลขประจำตัวนิสิต 6077348936

ระดับปริญญาโท คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.รต.หญิง ดร. ปชานันท์ นินไทยวิกุล เข้าศึกษาเมื่อปีการศึกษา 2560

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ เลขประจำตัวประจำตัวประชาชน 1102001357122

ที่อยู่ปัจจุบัน 74 หมู่ 12 พหลโยธิน แขวง/ตำบล ท้ายโป่ง

เขต/อำเภอ โกลน้ำเือง จังหวัด ลพบุรี รหัสไปรษณีย์ 15120

หมายเลขโทรศัพท์ 0917392248 ซึ่งต่อไปในสัญญานี้ จะเรียกว่า "ผู้ขอใช้มาตรการทางจิตวิทยา" อีกฝ่ายหนึ่ง มีความประสงค์จะขอใช้มาตรการวัด ชื่อมาตรการ แบบประเมินความวิตกกังวล

ชื่อผู้พัฒนามาตรการ นางสาวดารารัตน์ ต๊ะปิ่นตา

จากวิทยานิพนธ์/งานวิจัยเรื่อง การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิด ร่วมกับการฝึกสติ

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาของผู้พัฒนามาตรการ (ในการนี้ที่มาจากวิทยานิพนธ์ โปรดระบุชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ของผู้พัฒนา มาตรการ) รศ.ดร.ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา และ รศ.ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต ปี พ.ศ. 2535

วัตถุประสงค์ของการใช้งาน โครงการทางจิตวิทยา การวิจัย วิทยานิพนธ์ การเรียนการสอน

อื่น ๆ โปรดระบุ

ผู้ขอใช้มาตรการทางจิตวิทยายินยอมตามข้อตกลง ดังนี้

1. มาตรการทางจิตวิทยาเป็นลิขสิทธิ์ของคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ขอใช้มาตรการทางจิตวิทยาได้รับต้นฉบับและ/หรือไฟล์ต้นฉบับของมาตรการวัดและวิธีคิดคะแนน และยินดีปฏิบัติตามข้อตกลงในสัญญา ดังนี้
 - 2.1 ผู้ขอใช้มาตรการทางจิตวิทยาจะต้องนำมาตรการทางจิตวิทยานี้ไปใช้เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น
 - 2.2 การอนุญาตให้ใช้มาตรการวัดอนุญาตเฉพาะครั้งนี้เท่านั้นที่ขอมา

2.3 ผู้ใช้อีเมลมาตราวัดทางจิตวิทยาจะไม่เปิดเผยหรือนำมาตราวัดทางจิตวิทยานี้ไปใช้ประโยชน์ต่อ ไม่ว่าจะนำไปใช้ประโยชน์ทางตรงหรือทางอ้อม เพื่อประโยชน์ของตนเองหรือผู้อื่น นำไปใช้ในเชิงพาณิชย์ หรือนำไปใช้เพื่อการอื่นใด ซึ่งข้อมูลหรือเอกสารใดๆ ไม่ว่าจะเป็นที่พิมพ์หรือจัดเก็บในรูปแบบใด

2.4 ผู้ใช้อีเมลมาตราวัดทางจิตวิทยาจะต้องระบุรายการอ้างอิงของมาตราวัดนี้ที่ได้รับอนุญาตจากคณะจิตวิทยาให้ถูกต้องในรายงานการวิจัยและ/หรือวิทยานิพนธ์ ตลอดจนการตีพิมพ์ผลงานลงในเอกสารใดๆ ที่นำมาตราวัดนี้ไปใช้ และส่งสำเนาหรือไฟล์ .pdf มาทางอีเมล โดยแจ้งให้ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรทุกครั้ง

2.5 หลังจากนำมาตราวัดนี้ไปใช้ในการเก็บข้อมูลและรวบรวมข้อมูลสำหรับวิทยานิพนธ์และ/หรืองานวิจัยในครั้งนั้นเสร็จสิ้นแล้ว เพื่อให้คณะจิตวิทยามีข้อมูลเกี่ยวกับมาตราวัดที่นำไปใช้และไว้ใช้ประโยชน์ในการศึกษามาตราวัดนี้ต่อไป ผู้ใช้อีเมลมาตราวัดทางจิตวิทยาจะต้องส่งรายงาน 1 เล่ม ในรูปแบบของไฟล์ word และรูปเล่ม 1 ฉบับ ที่ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยา ประกอบด้วย

2.5.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ได้นำมาตราวัดนี้ไปใช้

2.5.2 การหาคคุณภาพของเครื่องมือ ความเที่ยงและความตรง (หากมี)

2.6 การอ้างอิงมาตราวัดทางจิตวิทยานี้ในเล่ม ส่วนของภาคผนวก อนุญาตให้ผู้ใช้อีเมลมาตราวัดทางจิตวิทยานำมาตราวัดฉบับเต็มไปใส่ในเล่มวิทยานิพนธ์และ/หรืองานวิจัย อนุญาตให้ใส่เพียงตัวอย่างเป็นข้อ ๆ ด้านละไม่เกิน 3 ข้อ

3. การระงับการใช้อีเมลมาตราวัดทางจิตวิทยา จะระงับเมื่อ

3.1 ผู้ใช้อีเมลมาตราวัดทางจิตวิทยาไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงในสัญญาฉบับนี้ ตามข้อ 1- ข้อ 3 โดยไม่มีเหตุอันสมควร และไม่แจ้งให้ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร

3.2 คณะกรรมการบริหารศูนย์ประเมินทางจิตวิทยาพิจารณาเห็นสมควรให้ระงับ

4. คณะจะไม่รับผิดชอบการละเมิดลิขสิทธิ์ที่ทางปัญญา และคณะจะดำเนินการตามกฎหมายต่อไปจนถึงที่สุด

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้นเป็น 3 ฉบับ มีข้อความตรงกันทุกประการ ต้นฉบับเก็บที่ผู้ขอใช้มาตรวัดทางจิตวิทยา คู่ฉบับ 1 ฉบับ เก็บที่ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยา คู่ฉบับอีก 1 ฉบับ ให้อาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตนักศึกษา

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้นโดยตลอดแล้ว และยินดีจะปฏิบัติตามทุกประการ หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงที่ให้ไว้ ข้าพเจ้ายินดีให้คณะจิตวิทยาดำเนินการระงับการอนุญาตให้ใช้มาตรวัดทางจิตวิทยาได้

ลงนาม สุกฤษ ธีระพร ผู้ขอใช้มาตรวัด
(นางสาวสุพรรณาวรัตน์ ธีระพร)
วันที่ 22 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563

ลงนาม ช. ธีระพร
อาจารย์ที่ปรึกษาของผู้ใช้มาตรวัด
(ผศ.ดร.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันท์ไทยทวีกุล)
วันที่ 22 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563
(กรณีนำไปใช้ในวิทยานิพนธ์)

ลงนาม คณบดี
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณระพี สุทธิวรรณ)
วันที่ 20 มกราคม 2564 พ.ศ. _____



ที่ อว 64.11/ 1198

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 พฤศจิกายน 2563

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เนื่องด้วย นางสาวสุพรรณารัตน์ รินสาธ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยวิกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด จากรายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ ของสำนักงานการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2549)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุศักดิ์ ตรีนัย)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 02-218-1131, 08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยวิกุล โทร. 02-218-1364
นางสาวสุพรรณารัตน์ รินสาธ โทร. 09-1739-2248

ที่ สธ ๐๒๐๔/๑๖



กองการพยาบาล
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๑ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ อว ๖๔๑๑/๑๑๙๘ ลงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด จากรายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ ของสำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2549) รายละเอียดตามแจ้งแล้ว นั้น

ในการนี้ กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ยินดีอนุญาตให้นางสาวสุพรรณารัตน์ รินสาร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด จากรายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางศิริมา สิละวงค์)
ผู้อำนวยการกองการพยาบาล

กลุ่มภารกิจอำนวยการ

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๖๒๖๔

โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๖๒๙๕, ๐ ๒๕๙๑ ๘๒๖๘



โรงพยาบาลตำรวจ	
รับที่	3174
วันที่	11 มิ.ย. 65
เวลา	09:30

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๕๓๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรพรช ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕

กลุ่มงานพยาบาล รพ.ตร.
เลขรับ..... 2877
วันที่..... ๑๗ พ.ค. ๒๕๖๕
เวลา..... 11:31 น.

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (ส.๘) โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุพรรณารัตน์ รินสาธร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทวีกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ อายุระหว่าง ๑๘ - ๕๙ ปี ที่เข้ารับการสวนหัวใจครั้งแรก แบบนัดหมายล่วงหน้า จำนวน ๓๐ คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ คู่มือโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี คู่มือพยาบาลในการให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ และการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย คู่มือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจและการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย โปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (Power point presentation) อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการฟังดนตรี แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจ แบบบันทึกชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตก่อนและหลังการฟังดนตรี ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุพรรณารัตน์ รินสาธร์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

หัวหน้ากลุ่มงาน..... จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เพื่อโปรดทราบ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

ขอแสดงความนับถือ

พ.ต.อ. 
(กฤษฎพงษ์ กฤษณสุวรรณ)
ผกก.ภ.พ.บ.อ.รพ.ตร.

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อูทิศ)
รองคณบดี

๑๗ พ.ค. 2565

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๕๗๕๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๖๘

ชื่อนิสิต

นางสาวสุพรรณารัตน์ รินสาธร์ โทร. ๐๙-๑๗๓๙-๒๒๔๘



ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๖๔๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิจัย จำนวน ๑ ชุด
๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร (Information Sheet) จำนวน ๑ ชุด
๓. ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form) จำนวน ๑ ชุด
๔. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุพรรณรัตน์ รินสาธ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยวิกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุพรรณรัตน์ รินสาธ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยวิกุล โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๖๔
ชื่อนิสิต นางสาวสุพรรณรัตน์ รินสาธ โทร. ๐๙๑-๗๓๙-๒๒๔๘



ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๗๗๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตวรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ ๘) โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุพรรณรัตน์ รินสาธ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยวิกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ขอความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง ๑๘-๕๙ ปี ที่เข้ารับการสวนหัวใจแบบนัดหมายล่วงหน้า จำนวน ๖๖ คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ คู่มือโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี คู่มือพยาบาลในการให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจและการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย คู่มือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจและการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย โปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (Power point presentation) อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการฟังดนตรี แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจ และแบบบันทึกชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตก่อนและหลังการฟังดนตรี ทั้งนี้ผลิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุพรรณรัตน์ รินสาธ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยวิกุล โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๖๔

ขอผลิต

นางสาวสุพรรณรัตน์ รินสาธ โทร. ๐๙-๑๗๓๙-๒๒๔๘

ที่ ตช ๐๐๓๖.๘/๑๕๗๑



โรงพยาบาลตำรวจ
๔๔๒/๑ ถนนพระราม ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

๕ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ยินดีให้สัตยาบันการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณะบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามหนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๗๗๑
ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๕ เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้สัตยาบันการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย นั้น

กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ มีความยินดีให้ นางสาว สุพรรณารัตน์ รินสาร
นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนา
วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วย
โรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ” เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๕
ถึงวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๕

ขอแสดงความนับถือ

พลตำรวจตรี พชพ.พ.พ.

(ทวีศิลป์ เวชวิธานณ์)

รองนายแพทย์ใหญ่ (สบ ๗)

ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์ใหญ่ (สบ ๘)

กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ

โทร/โทรสาร ๐-๒๒๐๗-๖๑๗๗



ที่ตช๐๐๓๖.๑๙๓(วจ)/๗๐๕



โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๙๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

มี ๗ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอส่งใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์ (ครั้งที่ ๑)

เรียน ผู้อำนวยการคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ยว ๖๔๑๑/๐๐๖๔๑ ลงวันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

ด้วย นางสาว สุพรรณมาจัตน์ รินสาธ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ยื่นโครงการวิจัยแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ รพ.ตร. เพื่อพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์ครั้งที่ ๑ เรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ (THE EFFECT OF GIVING INFORMATION COMBINED WITH MUSIC LISTENING PROGRAM ON ANXIETY AMONG PATIENTS UNDERGOING CORONARY CATHETERIZATION) นั้น

คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาเมื่อวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๕ มีความเห็นให้ "รับรอง" โครงการวิจัยข้างต้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

- | | |
|----------------------------|--|
| ๑. รหัสโครงการวิจัย: | Oh๓๑/๖๕ |
| ๒. วันที่รับรอง: | ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๕ (ระยะเวลาอนุมัติ ๑ ปี) |
| ๓. วันที่สิ้นสุดการรับรอง: | ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๖ |
| ๔. การต่ออายุการรับรอง: | ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖ (รายละเอียดตาม QR code ด้านล่าง) |

***เฉพาะกรณีการเก็บข้อมูลไม่ยังไม่สิ้นสุด**

๕. เมื่อโครงการวิจัยสิ้นสุด โปรดรายงานสิ้นสุดการศึกษา โดยแนบข้อมูลงานวิจัยทั้งฉบับสมบูรณ์ และบทคัดย่อไปยังห้องสมุดกลาง รพ.ตร. ในรูปแบบที่ไฟล์ PDF หรือไฟล์ วิดีโอที่ E-mail: librarypgh@gmail.com (รายละเอียดตาม QR code ด้านล่าง)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

ขอแสดงความนับถือ

พล.ต.หญิง

(ธนินทร สมนึก)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลตำรวจ

ขอต่ออายุ



รายงานสิ้นสุดการศึกษา



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

โทร. ๐ ๒๒๐๗ ๖๐๐๐ ต่อ ๖๓๓๗

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ itpgh@gmail.com

หนังสือรับรองเลขที่
วจ.49/2565



โรงพยาบาลตำรวจสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
492/1 ถนนพระรามที่ 1 เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร 10330

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์
(คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ)

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ (THE EFFECT OF GIVING INFORMATION COMBINED WITH MUSIC LISTENING PROGRAM ON ANXIETY AMONG PATIENTS UNDERGOING CORONARY CATHETERIZATION)
รหัสโครงการวิจัย	Oh57/65
หัวหน้าโครงการฯ	นางสาว สุพรรณรัตน์ รินสาร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (โทร 09 1739 2248, 09 7002 4555)
ผู้ประสานงาน	ไม่มี
ระยะเวลารับรอง	รับรองครั้งที่ 1 ระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่ วันที่ 15 มิถุนายน 2565 ถึง 15 มิถุนายน 2566 *โปรดรายงานความก้าวหน้าและต่ออายุการรับรองภายใน วันที่ 14 กรกฎาคม 2566
การพิจารณา	การพิจารณาทบทวนแบบเต็มขั้นตอน (Full Board Review)

ที่	เอกสารที่รับรอง	ฉบับที่	วันที่
1	แบบเสนอโครงการวิจัย	1	15 มิถุนายน 2565
2	เอกสารชี้แจงข้อมูลผู้ร่วมโครงการวิจัย	1	15 มิถุนายน 2565
3	แบบสัมภาษณ์/แบบสอบถาม	1	15 มิถุนายน 2565
4	หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	1	15 มิถุนายน 2565
5	ประวัติผู้วิจัย	1	15 มิถุนายน 2565

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยโดยยึดหลักของ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, The Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) Guidelines และ The International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP) ได้พิจารณารับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ ให้ดำเนินการวิจัยตามโครงการข้างต้นได้

ร้อยตำรวจเอก

(อัฐิรัฐ จันทร์พานิชเจริญ)

เภสัชกร (สบ 1) กลุ่มงานเภสัชกรรม /

เลขานุการ คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลตำรวจ

พลตำรวจตรีหญิง

(ธนิทร สมนึก)

นายแพทย์ (สบ 6) โรงพยาบาลตำรวจ /
ประธาน คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลตำรวจ

เริ่มใช้ 1 ตุลาคม 2564

PGH-EC 06

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร (Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวสุพรรณารัตน์ รินสาธ นิสิตสาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
หมายเลขโทรศัพท์	0917392248

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ถูกนัดหมายให้เข้ารับการสวนหัวใจ ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการสวนหัวใจตั้งแต่ก่อนสวนหัวใจไปจนกระทั่งหลังสวนหัวใจ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการสวนหัวใจที่ถูกต้อง จากการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอหรือไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้น โครงการวิจัยนี้จึงเป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางในการให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ถูกนัดหมายเข้ารับการสวนหัวใจร่วมกับการใช้วิธีการฟังดนตรีเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

1. ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่ได้รับการนัดหมายให้เข้ารับการสวนหัวใจในโรงพยาบาลตำรวจ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารชี้แจงการเข้าร่วมโครงการวิจัยฉบับนี้อย่างละเอียดและสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่ท่านสงสัยได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ

3. วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี (มีผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ) ตามจุดเวลาในระยะก่อนและหลังสวนหัวใจ

3.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี (มีผลการสวนหัวใจปกติ) ตามจุดเวลาในระยะก่อนและหลังสวนหัวใจ

เริ่มใช้ 1 ตุลาคม 2564

PGH-EC 06

3.3 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี (ผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ) กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตามจุดเวลาในระยะก่อนและหลังสวนหัวใจ

3.4 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี (ผลการสวนหัวใจปกติ) และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติตามจุดเวลาในระยะก่อนและหลังสวนหัวใจ

4. ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย

4.1 ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ถูกนัดหมายเข้ารับการสวนหัวใจในโรงพยาบาลตำรวจ เลือกกลุ่มตัวอย่างจะเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุม จำนวน 22 คน จะได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 22 คน กลุ่มทดลองที่ 1 คือ กลุ่มที่ได้รับการสวนหัวใจและขยายหลอดเลือด กลุ่มทดลองที่ 2 คือ กลุ่มที่มีผลการสวนหัวใจปกติ ทั้งสองกลุ่มจะได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีเช่นเดียวกัน แต่ละคนใช้ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยทั้งหมด 4 ครั้ง โดยแบ่งเป็นระยะก่อนสวนหัวใจ 2 ครั้ง และหลังสวนหัวใจ 2 ครั้ง

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 20 ข้อ และแบบวัดความวิตกกังวลจำนวน 20 ข้อ

4.3 ขั้นตอนการวิจัย

กลุ่มควบคุม มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

พบกันครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบผู้ป่วย ณ คลินิกโรคหัวใจ หลังจากแพทย์นัดหมายผู้ป่วยเข้าตรวจสวนหัวใจ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ครั้งที่ 1 และหลังจากเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหน่วยให้คำแนะนำการเตรียมตัวมาอนโรงพยาบาลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ครั้งที่ 2

พบกันครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาล ขณะพักอยู่หอผู้ป่วยในทั่วไปก่อนสวนหัวใจ 1 วัน หลังการผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการในการเตรียมตัว และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังสวนหัวใจ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ครั้งที่ 3

พบกันครั้งที่ 3 หลังสวนหัวใจ ตอนเย็น ณ หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ/หอผู้ป่วยในทั่วไป ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ในการสังเกตอาการใกล้ชิด โดยการประเมินสัญญาณชีพ ประเมินตำแหน่งที่ใส่สายสวน ประเมินภาวะเลือดไหลหรือมีก้อนเลือดใต้ผิวหนัง การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังสวนหัวใจ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ครั้งที่ 4

พบกันครั้งที่ 4 ก่อนกลับบ้าน ณ หอผู้ป่วยทั่วไป หลังจากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้านจากพยาบาลประจำการในเรื่องต่างๆ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ครั้งที่ 5 หลังจากนั้นก็กล่าวขอบคุณและปิดโครงการวิจัย

เริ่มใช้ 1 ตุลาคม 2564

PGH-EC 06

กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

พบกันครั้งที่ 1 ณ คลินิกโรคหัวใจ หลังจากแพทย์นัดหมายให้ผู้ป่วยเข้าสวนหัวใจ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ครั้งที่ 1 และแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจ จากนั้นผู้วิจัยจะสอบถามข้อมูลที่ต้องการทราบแล้วจึงดำเนินการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วย ภายวิภาคศาสตร์หลอดเลือดหัวใจ ความหมาย ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดสีสวนหัวใจ ประกอบด้วย ความหมาย ขั้นตอนและวิธีการฉีดสีสวนหัวใจพอสังเขปและระยะเวลาการฉีดสีสวนหัวใจภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกาย และผลกระทบต่อด้านจิตใจจากการฉีดสีสวนหัวใจ ความรู้สึจากประสาทสัมผัสที่อาจเกิดขึ้นขณะสวนหัวใจ เช่น อาการแน่นหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นหลังสวนหัวใจ สภาพแวดล้อมห้องสวนหัวใจและหอผู้ป่วยวิกฤติ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และวิธีการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย โดยใช้เวลาในการให้ข้อมูลนานประมาณ 20-25 นาที จากนั้นให้ผู้ป่วยลองเลือกเพลงและฟังเพลงตามแนวเพลงที่ชอบ 1 เพลง จากแอปพลิเคชันฟังเพลงออนไลน์ในอุปกรณ์ IPAD pro 11 และฟังผ่านหูฟังชนิดครอบหูที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้ จากนั้นผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ครั้งที่ 2 ร่วมกับมอบคู่มือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาฉีดสีสวนหัวใจแก่ผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะโทรติดตามสอบถามอาการผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ก่อนถึงวันนัดสวนหัวใจ เพื่อสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการเผชิญปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ

พบกันครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาล 1 วันก่อนเข้าสวนหัวใจ ขณะพักอยู่หอผู้ป่วยทั่วไปเพื่อเตรียมตัวเข้าสวนหัวใจ ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังสวนหัวใจขณะอยู่โรงพยาบาล โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นแนะนำวิธีการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายโดยให้ผู้ป่วยเลือกฟังเพลงด้วยตนเองจากแนวเพลงที่ชอบ ที่เคยฟังแล้วรู้สึกสบายใจหรือมีความสุข โดยให้เลือกเพลงไว้อย่างน้อย 6 เพลง และให้ผู้ผู้ป่วยฟังเพลงต่อเนื่องนานอย่างน้อย 20 นาที หลังฟังเพลงจบ ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ครั้งที่ 3

พบกันครั้งที่ 3 หลังการสวนหัวใจ ช่วงเย็น ณ หอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ/หอผู้ป่วยทั่วไปสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการทราบเพิ่มเติม ทบทวนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังสวนหัวใจ และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ดังนี้ กลุ่มทดลองที่ 1 (ผู้ป่วยที่ผลการสวนหัวใจผิดปกติ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ) จะได้รับการให้ข้อมูลเรื่องการดูแลแผลหลังสวนหัวใจ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร กิจกรรมและการออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการอาการผิดปกติและอาการที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ส่วนกลุ่มทดลองที่ 2 (ผลการสวนหัวใจปกติ) จะได้รับการให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วย เรื่องการดูแลแผลหลังสวนหัวใจ การรับประทานยา การรับประทานยา(ถ้ามี) กิจกรรมและการออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือด และการจัดการกับอาการผิดปกติ โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 20 นาที แนะนำวิธีการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายเช่นเดียวกับการพบกันครั้งที่สอง โดยให้ผู้ผู้ป่วยเลือกฟังเพลงด้วยตนเองจากแนวเพลงที่ชอบ ที่เคยฟังแล้วรู้สึกสบายใจหรือมีความสุข ให้เลือกเพลงไว้อย่างน้อย 6 เพลง จากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยฟังเพลงต่อเนื่องนานอย่างน้อย 20 นาที หลังฟังเพลงจบ ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ครั้งที่ 4

เริ่มใช้ 1 ตุลาคม 2564

PGH-EC 06

พบกันครั้งที่ 4 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ณ หอผู้ป่วยทั่วไป สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบเพิ่มเติม ข้อมูลที่ยังสงสัย และอธิบายเพิ่มเติมให้ผู้ป่วยเข้าใจ โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นประเมินความรู้อารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด และการสวนหัวใจ หากพบว่าผู้ป่วยยังมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ ผู้วิจัยจะอธิบายซ้ำในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ จากนั้นแนะนำวิธีการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายเช่นเดียวกับการพบกันครั้งที่ผ่านมา โดยให้ผู้ป่วยเลือกฟังเพลงด้วยตนเองจากแนวเพลงที่ชื่นชอบ ที่เคยฟังแล้วรู้สึกสบายใจหรือมีความสุข ให้เลือกเพลงไว้อย่างน้อย 6 เพลง จากนั้นให้ผู้ป่วยฟังเพลงต่อเนื่องนานอย่างน้อย 20 นาที หลังฟังเพลงจบ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ครั้งที่ 5 กล่าวสรุปปิดโครงการวิจัยและขอบคุณผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา

5. โครงการวิจัยนี้ไม่มีค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมในการวิจัย แต่คาดว่าโปรแกรมการให้ออกกำลังกายกับการฟังดนตรีนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ได้ดียิ่งขึ้น สามารถช่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการสวนหัวใจของผู้เข้าร่วมวิจัยได้บ้าง และคาดว่าผลจากการศึกษานี้ จะสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ ร่วมกับการใช้กิจกรรมการฟังดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจได้

6. โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้ระยะเวลาในการวิจัยโดยประมาณครั้งละ 40 นาที จำนวน 4 ครั้ง

7. ผู้วิจัยคาดว่าความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้มีค่อนข้างน้อย เพียงแต่ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องสละเวลาในการเข้าร่วมงานวิจัยนี้นานครั้งละ 40 นาที เป็นเวลา 4 วัน แต่หากพบว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นในระหว่างดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยจะยุติกิจกรรมที่กำลังดำเนินการทันที แล้วนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งพบแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

8. ข้อมูลในการวิจัยที่ระบุถึงผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกถอดเป็นรหัส ผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม จะไม่มีชื่อและที่อยู่ผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

9. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของผู้เข้าร่วมวิจัย

10. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ผู้วิจัย นางสาวสุพรรณารัตน์ รินสาธร์ ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11 ถนนพระราม 1 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์มือถือ 091-7392248

เริ่มใช้ 1 ตุลาคม 2564 PGH-EC 07-04

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด
ที่เข้ารับการสวนหัวใจ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุพรรณรัตน์ รินสาธ

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย.....อายุ.....เลขที่เวชระเบียน.....

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้ว
อย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่า
ถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับ
ตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้า
ต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะ
เกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(ผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่
ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการ
ให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย



ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 1.2 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ

ชุดที่ 2 เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่

- 2.1 คู่มือโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี
- 2.2 คู่มือพยาบาลในการให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ และการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย
- 2.3 คู่มือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจและการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย
- 2.4 โปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (Power point presentation)
- 2.5 อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการฟังดนตรี

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

- 3.1 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจ
- 3.2 แบบบันทึกชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตก่อนและหลังการฟังดนตรี

เลขที่...../.....

ครั้งที่.....

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล**

คำชี้แจง: ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. อายุปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. ระดับการศึกษาสูงสุด

() ไม่ได้ศึกษา	() ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษาตอนต้น	() มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
() อนุปริญญา/ปวส.	() ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
() สูงกว่าปริญญาตรี	
4. สถานภาพสมรส

() โสด	() สมรส/คู่
() หม้าย	() แยกกันอยู่
() หย่าร้าง	
5. อาชีพ

() รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	() พนักงานบริษัท
() เกษตรกรรม	() ค้าขาย
() รับจ้างทั่วไป	() ธุรกิจส่วนตัว
()ว่างงาน	() อื่นๆ.....
6. รายได้ต่อเดือน

() น้อยกว่า 5,000 บาท	() 5,001 – 10,000 บาท
() 10,001 – 15,000 บาท	() 15,001 – 20,000 บาท
() 20,001 – 30,000 บาท	() มากกว่า 30,000 บาท
7. โรคประจำตัว

() ไม่มี	
() มี ได้แก่	

- () เบาหวาน () ความดันโลหิตสูง
 () ไชมันโนเลือดสูง () อื่นๆ ระบุ.....

8. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

- () ไม่สูบ () สูบ จำนวน.....มวน/วัน นาน.....ปี
 () เคยสูบ แต่ตอนนี้เลิกแล้ว นาน.....ปี

9. เวลาเผชิญความเครียด/วิตกกังวล ท่านใช้วิธีการใดเพื่อลดความวิตกกังวล

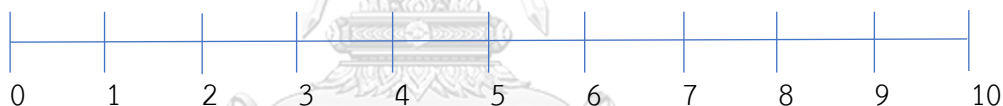
- () ฟังเพลง () นวด
 () พูดคุยกับคนอื่น () ดื่มแอลกอฮอล์
 () สูบบุหรี่ () ท่องเที่ยว
 () นั่งสมาธิ () อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ประสพการณ์เกี่ยวกับดนตรี

11. ท่านชอบฟังเพลงไหม

- () ชอบ () ไม่ชอบ
 () เฉยๆ

12. ระดับความชอบดนตรีของท่านในภาพรวม



13. ท่านฟังเพลงบ่อยแค่ไหน

- () ฟังทุกวัน () ฟัง 2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์
 () ฟัง 2-3 ครั้งต่อเดือน () ฟังเดือนละครั้งหรือน้อยกว่า

14. แนวเพลงที่ท่านชื่นชอบ ฟังแล้วรู้สึกผ่อนคลายมากที่สุด คือประเภทใด

- () เพลงไทย () เพลงพื้นบ้าน
 () เพลงไทยเดิม () เพลงลูกทุ่ง
 () เพลงลูกกรุง () เพลงไทยสมัยนิยม
 () เพลงเพื่อชีวิต
 () เพลงสากล
 () Classic () POP
 () JAZZ () R&B
 () Rock () Hip Hop
 () แนวเพลงอื่นๆ ระบุ.....

เลขที่...../.....

ครั้งที่.....

1.2 แบบวัดความวิตกกังวล

คำชี้แจง : ข้อความด้านล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายเกี่ยวกับตัวท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ดังนั้นโปรดอย่าใช้เวลาในการพิจารณาคำตอบข้อหนึ่งข้อใดนานเกินควร แต่จงเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าบรรยายความรู้สึกของท่านในขณะนี้ได้ชัดเจนที่สุด

- ไม่มีเลย** หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกท่านเลยในขณะนี้
- มีบ้าง** หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกท่านในขณะนี้เพียงเล็กน้อย
- ค่อนข้างมาก** หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกท่านในขณะนี้ปานกลาง
- มากที่สุด** หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกท่านในขณะนี้มากที่สุด

ข้อความ	ไม่มีเลย	มีบ้าง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคง-ปลอดภัย				
3. ข้าพเจ้าเป็นคนเครียด				
.....				
.....				
.....				
20.				

ชุดที่ 2 เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟัง

: ต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด
ที่เข้ารับการสวนหัวใจ แบบนัดหมายล่วงหน้า



จัดทำโดย

นางสาวสุพรรณรัตน์ รินสาธ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผศ.ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฐ นันไทยทวีกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ดำเนินการ

นางสาวสุพรรณรัตน์ รินสาร ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ถูกนัดหมายเข้ารับการสวนหัวใจ

สถานที่

โรงพยาบาลตำรวจ ณ คลินิกหัวใจ หน่วยสวนหัวใจ และหอผู้ป่วยในทั่วไป

ระยะเวลาการดำเนินการ

ครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลาประมาณ 50 นาที แบ่งเป็นการให้ข้อมูลประมาณ 30 นาที
และการฟังดนตรีนาน 20 นาที

ครั้งที่ 2 ใช้ระยะเวลาประมาณ 40 นาที แบ่งเป็นการให้ข้อมูลประมาณ 20 นาที
และการฟังดนตรีนาน 20 นาที

ครั้งที่ 3 ใช้ระยะเวลาประมาณ 40 นาที แบ่งเป็นการให้ข้อมูลประมาณ 20 นาที
และการฟังดนตรีนาน 20 นาที

ครั้งที่ 4 ใช้ระยะเวลาประมาณ 40 นาที แบ่งเป็นการติดตามเยี่ยม ประเมินความเข้าใจและ
ให้ข้อมูลเพิ่มเติม 20 นาที และการฟังดนตรีนาน 20 นาที

ช่วงเวลาในการดำเนินการ

ผู้วิจัยจะดำเนินกิจกรรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยว่างจากการทำ
กิจกรรมการพยาบาลตามปกติ และไม่อยู่ระหว่างการตรวจเยี่ยมของแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ โดย
ได้กำหนดช่วงเวลาในการพบผู้ป่วย ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่แพทย์แจ้งให้สวนหัวใจ

ครั้งที่ 2 วันนอนโรงพยาบาล ก่อนสวนหัวใจ

ครั้งที่ 3 หลังการสวนหัวใจ ตอนเย็น

ครั้งที่ 4 ก่อนกลับบ้าน

รูปแบบการดำเนินการ

ดำเนินกิจกรรมให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล บรรยายประกอบโปรแกรมนำเสนอภาพนิ่ง (Power
point presentation) และเลือกฟังดนตรีจากแอปพลิเคชันฟังเพลงออนไลน์ จากอุปกรณ์ IPAD รุ่น
11 PRO และฟังผ่านหูฟังชนิดครอบหู ยี่ห้อ Moshi รุ่น MS - 23

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจมีความวิตกกังวลลดลง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและการสวนหัวใจ

สามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังการสวนหัวใจจนกระทั่งเมื่อกลับบ้านได้อย่างเหมาะสม

แนวคิด

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการสวนหัวใจ หมายถึง ความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กลัวและกังวลของบุคคล เกี่ยวกับการเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ การสวนหัวใจเป็นการตรวจที่มีความพิเศษและจำเพาะ ต้องได้รับการเตรียมตัวเหมือนการเข้ารับการผ่าตัด ผู้ป่วยจำนวนมากขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการสวนหัวใจ บางรายเข้าใจว่าการสวนหัวใจคือการผ่าตัด ทำให้มีความวิตกกังวลขึ้นจากการคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ต่างๆ ที่ต้องเผชิญ จากลักษณะดังกล่าวจึงจัดว่าเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety)

โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ

เป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการช่วยลดความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจ ตั้งแต่ก่อนสวนหัวใจไปจนกระทั่งกลับบ้าน โดยมีรายละเอียดในการดำเนินโปรแกรม ดังนี้

- ครั้งที่ 1 วันที่แพทย์แจ้งให้ผู้ป่วยเข้ารับการสวนหัวใจ
- ครั้งที่ 2 วันนอนโรงพยาบาล ก่อนสวนหัวใจ
- ครั้งที่ 3 หลังสวนหัวใจ ตอนเย็น
- ครั้งที่ 4 ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

พบกันครั้งที่ 1

วันที่แพทย์แจ้งให้สวนหัวใจ ณ คลินิกหัวใจ

ขั้นที่ 1 ประเมินก่อนได้รับโปรแกรม

- 1) ผู้วิจัยกล่าวทักทาย สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย
- 2) ประเมินข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- 3) ประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Form Y-1) ฉบับภาษาไทย ครั้งที่ 1
- 4) ประเมินความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจ ครั้งที่ 1

ขั้นที่ 2 การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ข้อมูล

- 1) จัดเตรียมสถานที่ให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงบริเวณที่มีคนพลุกพล่าน หากเป็นห้องให้คำปรึกษาให้ปิดประตู แฉนวนป้ายห้ามรบกวน หรือหากไม่มีห้องให้ใช้ฉากกั้นเพื่อความส่วนตัวและฉนวนป้ายห้ามรบกวน จัดทำนั่งให้ผู้ป่วยเว้นระยะห่างอย่างเหมาะสม

ขั้นที่ 3 การให้ข้อมูล

- 1) สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการทราบ และสิ่งที่มีความกังวลหรือสงสัย
- 2) ให้ข้อมูลผู้ป่วยโดยมีรายละเอียดเนื้อหาตามคู่มือการให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาหัวใจ สำหรับพยาบาล ประกอบด้วยเรื่องดังต่อไปนี้
 - 2.1) ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วย กายวิภาคศาสตร์หลอดเลือดหัวใจ ความหมาย สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา
 - 2.2) ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดสีสวนหัวใจ ประกอบด้วย ความหมายของการฉีดสีสวนหัวใจและการขยายหลอดเลือดหัวใจ ขั้นตอนและระยะเวลาการสวนหัวใจพอสังเขป สภาพแวดล้อมห้องสวนหัวใจและหอผู้ป่วยวิกฤติ ความรู้สึจากประสาทสัมผัสที่อาจเกิดขึ้นขณะทำหัตถการและคำแนะนำการปฏิบัติตัว
 - 2.3) ให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเอกสารและสิ่งของที่ต้องเตรียมมาในวันนัดเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น เอกสารเบิกค่าใช้จ่ายตามสิทธิ์ ของใช้ส่วนตัวเพื่อนอนโรงพยาบาล การเตรียมญาติสายตรงมาในวันสวนหัวใจ

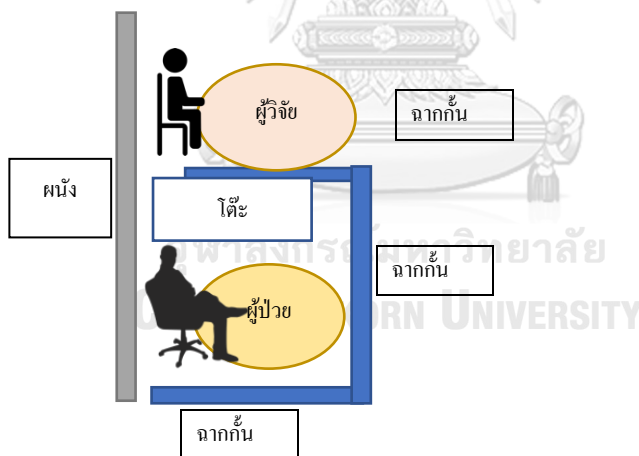
- 2.4) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการฟังดนตรีเพื่อความผ่อนคลาย
- 3) แจกคู่มือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการฉีดสตีเวนหัวใจแก่ผู้ป่วย สำหรับให้ผู้ป่วยอ่านทบทวนเพื่อทำความเข้าใจเมื่อกลับบ้าน

ขั้นที่ 4 การประเมินหลังการให้ข้อมูล

- 1) สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อสงสัยและข้อมูลที่ต้องการทราบเพิ่มเติม พร้อมอธิบายเพิ่มเติมให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ
- 2) ให้ผู้ป่วยนั่งพักประมาณ 10-15 นาทีก่อนเริ่มขั้นต่อไป

ขั้นที่ 5 การเตรียมผู้ป่วยก่อนฟังดนตรี

- 1) พุดคุยสอบถามเกี่ยวกับแนวเพลงหรือศิลปินที่ผู้ป่วยชื่นชอบ
- 2) จัดเตรียมสถานที่การฟังเพลงให้เหมาะสม หากมีห้องให้คำปรึกษาให้ปิดประตู แฉวนป้ายห้ามรบกวน หลีกเลียงบริเวณที่มีเสียงดังหรือคนพลุกพล่าน กรณีไม่มีห้องให้ใช้ฉากกั้นพื้นที่เพื่อความเป็นส่วนตัวและแฉวนป้ายห้ามรบกวน เพื่อป้องกันการรบกวนขณะให้ผู้ป่วยฟังเพลง เพิ่มฉากกั้นระหว่างที่นั่งของผู้วิจัยและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ดังภาพด้านล่างนี้



- 3) อธิบายแนวทางการปฏิบัติระหว่างการฟังเพลงเพื่อความผ่อนคลาย โดยแนะนำให้ผู้ป่วยปิดการแจ้งเตือนมือถือชั่วคราวในระหว่างการฟังเพลง เพื่อป้องกันการรบกวนในขณะที่ฟังเพลง และเมื่อฟังเพลงจบแล้วหรือต้องการหยุดฟังเพลงให้ผู้ป่วยยกมือขึ้นเพื่อส่งสัญญาณบอกผู้วิจัย
- 4) แนะนำให้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่สุขสบายและผ่อนคลายมากที่สุดในช่วงฟังเพลง

ขั้นที่ 6 การฟังดนตรี

- 1) ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอน “การฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย”
- 2) แนะนำการใช้แอปพลิเคชันฟังเพลงออนไลน์ ในอุปกรณ์ IPAD pro 11 เช่น Spotify Music และวิธีการเลือกเพลงตามแนวเพลงที่ผู้ป่วยชอบ เป็นเพลงที่ได้ฟังแล้วจะมีความสุข สบายใจและผ่อนคลาย โดยสร้างเป็นรายการเพลงส่วนตัวของผู้ป่วย
- 3) แนะนำการใช้หูฟัง แบบครอบหู ยี่ห้อ Moshi รุ่น MS – 23 ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมระดับเสียงเพลงได้ด้วยตนเอง และหยุดเพลงได้ด้วยตนเอง
- 4) แนะนำให้ผู้ป่วยหลับตา ผ่อนคลาย และหายใจเข้าออกช้าๆ ขณะฟังเพลง เพื่อป้องกันการถูกรบกวนจากแสงสว่างหรือแสงไฟด้านนอกที่อาจรบกวนสมาธิของผู้ป่วยได้ โดยมีผู้วิจัยนั่งอยู่ด้านข้างฉากกั้นอย่างเงียบๆ
- 5) แนะนำให้ผู้ป่วยฟังเพลงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 20 นาที โดยในระหว่างฟังเพลงผู้วิจัยจะคอยสังเกตสีหน้า ท่าทางของผู้ป่วยเป็นระยะ หากพบว่าระหว่างฟังเพลงผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย ไม่สุขสบายและไม่ต้องการฟังเพลงต่อ ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยหยุดฟังเพลงทันทีและพร้อมให้ความช่วยเหลือ

ขั้นที่ 7 ประเมินหลังการฟังดนตรี

- 1) สอบถามความรู้สึก พร้อมกับสังเกตสีหน้าและท่าทางของผู้ป่วยหลังจากฟังเพลงจบ
- 2) แนะนำให้ผู้ป่วยนำวิธีการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายไปใช้เมื่ออยู่บ้านอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และบันทึกความรู้สึกหลังจากการฟังเพลงในแบบบันทึกท้ายเล่มในสมุดคู่มือผู้ป่วย พร้อมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยจดรายชื่อเพลงตามแนวเพลงที่ผู้ป่วยชอบเก็บไว้อย่างน้อย 6 เพลง สำหรับฟังในการพบกันครั้งหน้า

ขั้นที่ 8 ขั้นสรุป

- 1) ประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Form Y-1) ฉบับภาษาไทย ครั้งที่ 2
- 2) กล่าวขอบคุณ แจ้งผู้ป่วยถึงการโทรติดตามอาการผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ก่อนเข้าฉีดสีสวนหัวใจ เพื่อสอบถามถึงอาการ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น สอบถามเกี่ยวกับเรื่องที่สงสัยหรือสิ่งที่ทำให้กังวลไม่สบายใจ พร้อมช่วยเหลือให้คำชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการ และสอบถามเกี่ยวกับการฟังดนตรีเพื่อผ่อนคลายไปใช้
- 3) แจ้งนัดหมายครั้งต่อไป วันนั้นนอนโรงพยาบาล และให้ผู้ป่วยนำสมุดคู่มือผู้ป่วยมาด้วย

พบกันครั้งที่ 2

วันนัดมานอนโรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วยทั่วไป

ขั้นที่ 1 การประเมินก่อนเริ่มโปรแกรม

- 1) ผู้วิจัยกล่าวทักทาย สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย
- 2) สอบถามอาการทั่วไป รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่ผู้ป่วยเผชิญ สอบถามเกี่ยวกับการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายเมื่ออยู่บ้านและดูบันทึกความรู้สึกเมื่อฟังเพลงจบของผู้ป่วยในบันทึก

ขั้นที่ 2 การเตรียมผู้ป่วย

- 1) จัดเตรียมสถานที่ให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการรบกวนจากสภาพแวดล้อมภายนอก กันม่านหรือปิดประตู และแขวนป้ายห้ามรบกวน

ขั้นที่ 3 การให้ข้อมูล

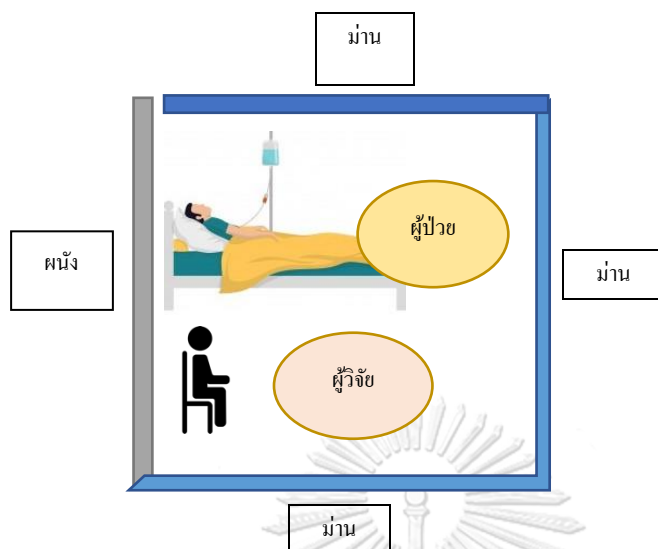
- 1) สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการทราบเพิ่มเติม และสิ่งที่มีความกังวลหรือสงสัย
- 2) ให้ข้อมูลผู้ป่วยโดยมีรายละเอียดเนื้อหาตามคู่มือการให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาในหัวใจ สำหรับพยาบาล ประกอบด้วยเรื่องดังต่อไปนี้
 - 2.1) การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการสวนหัวใจขณะอยู่โรงพยาบาล
 - 2.2) การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นหลังสวนหัวใจ
- 3) แนะนำการทบทวนเนื้อหาในคู่มือความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาในหัวใจเล่มเดิม

ขั้นที่ 4 การประเมินหลังการให้ข้อมูล

- 1) สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งที่ยังสงสัยและข้อมูลที่ต้องการทราบเพิ่มเติม พร้อมอธิบายเพิ่มเติมให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ
- 2) ให้ผู้ป่วยพัก 10-15 นาทีก่อนเริ่มขั้นตอนต่อไป

ขั้นที่ 5 การเตรียมผู้ป่วยก่อนฟังดนตรี

- 1) แนะนำการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย
- 2) สอบถามความต้องการในการฟังเพลงตามแนวเพลงที่ผู้ป่วยชอบ
- 3) จัดเตรียมสถานที่การฟังเพลงให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการรบกวนขณะฟังเพลง โดยการปิดประตูหรือกันม่านและแขวนป้ายห้ามรบกวน โดยผู้วิจัยจะนั่งอยู่ข้างเตียงหันหน้าไปทางเดียวกับผู้ป่วย ดังภาพด้านล่างนี้



- 4) อธิบายแนวทางการปฏิบัติในการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย โดยแนะนำให้ผู้ป่วยปิดการแจ้งเตือนมือถือชั่วคราวในระหว่างการฟังเพลง เพื่อป้องกันการรบกวนในขณะที่ฟังเพลง
- 5) แนะนำให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายและผ่อนคลายมากที่สุดในช่วงฟังเพลง

ขั้นที่ 6 การฟังดนตรี

- 1) ทบทวนเกี่ยวกับวิธีการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย
- 2) แนะนำให้ผู้ป่วยเลือกฟังเพลงที่เมื่อได้ฟังแล้วรู้สึกมีความสุข สบายใจและผ่อนคลาย โดยใช้แอปพลิเคชันฟังเพลงออนไลน์ Spotify Music ใน IPAD pro 11 ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมให้
- 3) แนะนำการใช้หูฟัง แบบครอบหู ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้ โดยผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมระดับเสียงเพลง และกดหยุดเพลงได้ด้วยตนเอง
- 4) แนะนำให้ผู้ป่วยหลับตา ผ่อนคลายและหายใจเข้าออกช้าๆขณะฟังเพลง เพื่อป้องกันการถูกรบกวนจากแสงสว่างหรือแสงไฟด้านนอกเมื่อไม่สามารถหรีไฟหรือปิดไฟได้ เพราะอาจรบกวนสมาธิของผู้ป่วยขณะฟังเพลง และให้ผู้ป่วยฟังเพลงนานต่อเนื่องอย่างน้อย 20 นาที
- 5) ในระหว่างฟังเพลงผู้วิจัยจะคอยสังเกตสีหน้า ท่าทางของผู้ป่วยเป็นระยะ ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการหยุดฟังเพลงและไม่ต้องการฟังเพลงต่อจนครบ 20 นาที ให้ผู้ป่วยส่งสัญญาณให้ผู้วิจัยทราบโดยการยกมือขึ้น และกดหยุดเล่นเพลงได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะสอบถามถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการหยุดฟังเพลง และให้ความช่วยเหลือในกรณีที่ผู้ป่วยร้องขอรวมทั้งสอบถามถึงความต้องการในการฟังเพลงต่อจนครบ 20 นาทีเมื่อผู้ป่วยพร้อม หากผู้ป่วยไม่ต้องการฟังเพลงต่อ ผู้วิจัยจะยุติการฟังเพลงต่อในครั้งนี้

ขั้นที่ 7 ประเมินหลังการฟังดนตรี

- 1) สอบถามความรู้สึกผู้ป่วยหลังฟังเพลงจบพร้อมกับสังเกตสีหน้า และท่าทางของผู้ป่วย พร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจเสริมแรงทางบวก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษา

ขั้นที่ 8 ขั้นสรุป

- 1) ประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Form Y-1) ฉบับภาษาไทย ครั้งที่ 3
- 2) แนะนำให้ผู้ป่วยเลือกเพลงตามแนวเพลงที่ผู้ป่วยชอบ เป็นเพลงที่เมื่อได้ฟังแล้วรู้สึกมีความสุข สบายใจและผ่อนคลาย อย่างน้อย 6 เพลง เพื่อฟังในการพบกันครั้งต่อไป
- 3) กล่าวขอบคุณและแจ้งนัดหมายการพบกันครั้งหน้า ช่วงเย็น หลังสวนหัวใจ

พบกันครั้งที่ 3

ช่วงเย็น หลังสวนหัวใจ

ขั้นที่ 1 ประเมินก่อนได้รับโปรแกรม

- 1) ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วย สอบถามอาการทั่วไปและผลการสวนหัวใจ

ขั้นที่ 2 การเตรียมผู้ป่วย

- 1) จัดเตรียมสถานที่ให้เหมาะสม กันม่านหรือปิดประตู แขนงป้ายห้ามรบกวน

ขั้นที่ 3 การให้ข้อมูล

- 1) สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการทราบเพิ่มเติม และสิ่งที่มีความกังวลหรือสงสัย
- 2) ให้ข้อมูลผู้ป่วยโดยมีรายละเอียดเนื้อหาตามคู่มือการให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการฉีดสวนหัวใจ สำหรับพยาบาล ดังนี้

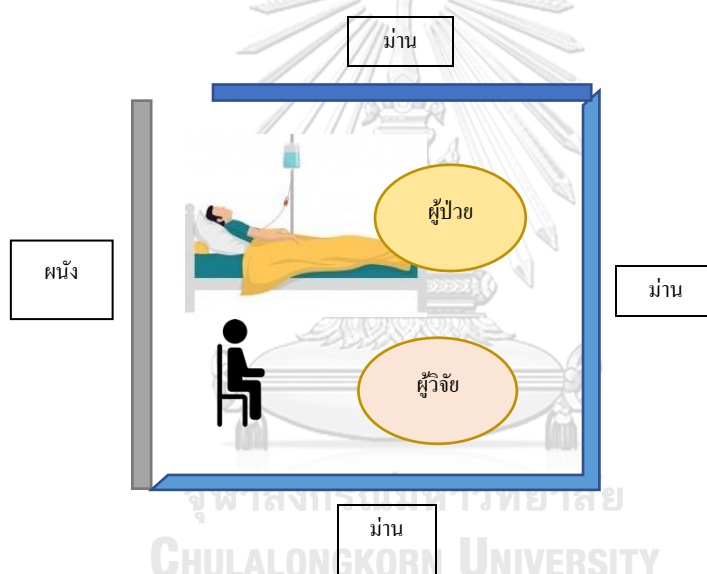
กลุ่มทดลองที่ 1 ผู้ป่วยที่มีผลการสวนหัวใจผิดปกติ จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง เช่น การขยายหลอดเลือดหัวใจหรือการรักษาด้วยยา ให้ข้อมูลเรื่องการดูแลแผล การรับประทานยา การรับประทานอาหาร กิจกรรมและการออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับอาการผิดปกติและอาการที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

กลุ่มทดลองที่ 2 ผู้ป่วยที่ผลการสวนหัวใจปกติ ให้ข้อมูลเรื่องการดูแลแผล การรับประทานยา การรับประทานอาหาร กิจกรรมและการออกกำลังกาย และการลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจขาดเลือด

- 3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย หรือสิ่งที่ไม่เข้าใจ พร้อมอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ
- 4) แนะนำผู้ป่วยศึกษาคู่มีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการสวนหัวใจเล่มเดิม หมวดยการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน
- 5) ให้ผู้ป่วยพัก 10-15 นาทีก่อนเริ่มขั้นตอนต่อไป

ขั้นที่ 4 การเตรียมผู้ป่วยก่อนฟังดนตรี

- 1) แนะนำการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย
- 2) สอบถามความต้องการในการฟังเพลงตามแนวเพลงที่ผู้ป่วยชอบ
- 3) จัดเตรียมสถานที่การฟังเพลงให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการรบกวนขณะฟังเพลง โดยการปิดประตูหรือกั้นม่านและแขวนป้ายห้ามรบกวน โดยผู้วิจัยจะนั่งอยู่ข้างเตียงหันหน้าไปทางเดียวกับผู้ป่วย ดังภาพด้านล่างนี้



- 4) อธิบายแนวทางการปฏิบัติในการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย เช่น การให้ผู้ผู้ป่วยปิดการแจ้งเตือนมือถือในระหว่างฟังเพลง เมื่อฟังเพลงจบแล้วหรือต้องการหยุดฟังเพลงให้ผู้ผู้ป่วยยกมือขึ้นเพื่อส่งสัญญาณบอกผู้วิจัย
- 5) แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายและผ่อนคลายมากที่สุดในช่วงฟังเพลง

ขั้นที่ 5 การฟังดนตรี

- 1) ทวนซ้ำเกี่ยวกับการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย
- 2) แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยเลือกฟังเพลงตามแนวเพลงที่ผู้ป่วยชอบอย่างน้อย 6 เพลง เป็นเพลงที่ได้ฟังแล้วจะมีความสุข สบายใจและผ่อนคลาย โดยใช้แอปพลิเคชันฟังเพลงออนไลน์ Spotify Music ใน IPAD pro 11 ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้

- 3) แนะนำการใช้งานหูฟังบลูทูธชนิดครอบหูที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมระดับเสียงเพลง และกดหยุดเพลงได้ด้วยตนเอง
- 4) แนะนำให้ผู้ป่วยหลับตา และผ่อนคลายขณะฟังเพลง เพื่อป้องกันการถูกรบกวนจากแสงสว่างหรือแสงไฟด้านนอกเมื่อไม่สามารถหรีไฟหรือปิดไฟได้ เพราะอาจรบกวนสมาธิของผู้ป่วยขณะฟังเพลง และให้ผู้ป่วยฟังเพลงนานต่อเนื่องอย่างน้อย 20 นาที
- 5) ในระหว่างฟังเพลงผู้วิจัยจะคอยสังเกตสีหน้า ท่าทางของผู้ป่วยเป็นระยะ ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการหยุดฟังเพลงและไม่ต้องฟังเพลงต่อจนครบ 20 นาที ให้ผู้ป่วยส่งสัญญาณให้ผู้วิจัยทราบโดยการยกมือขึ้น และกดหยุดเล่นเพลงได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะสอบถามถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการหยุดฟังเพลง และให้ความช่วยเหลือในกรณีที่ผู้ป่วยร้องขอ รวมทั้งสอบถามถึงความต้องการในการฟังเพลงต่อจนครบ 20 นาทีเมื่อผู้ป่วยพร้อม หากผู้ป่วยไม่ต้องการฟังเพลงต่อ ผู้วิจัยจะยุติการฟังเพลงต่อในครั้งนี้

ขั้นที่ 6 ประเมินหลังการฟังดนตรี

- 1) สอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยหลังฟังดนตรีจบ พร้อมกับสังเกตสีหน้า และท่าทางของผู้ป่วย พร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจเสริมแรงทางบวก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษา

ขั้นที่ 7 ขั้นสรุป

- 4) ประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Form Y-1) ฉบับภาษาไทย ครั้งที่ 4
- 5) แนะนำให้ผู้ป่วยเลือกเพลงตามแนวเพลงที่ผู้ป่วยชอบ เป็นเพลงที่เมื่อได้ฟังแล้วรู้สึกมีความสุข สบายใจและผ่อนคลาย อย่างน้อย 6 เพลง เพื่อฟังในการพบกันครั้งต่อไป
- 6) กล่าวขอบคุณและแจ้งนัดหมายการพบกันครั้งหน้า ก่อนกลับบ้าน

พบกันครั้งที่ 4

ก่อนกลับบ้าน ณ หอผู้ป่วยทั่วไป

ขั้นที่ 1 ประเมินก่อนได้รับโปรแกรม

- 1) ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วย สอบถามอาการทั่วไป

ขั้นที่ 2 การเตรียมผู้ป่วย

- 1) จัดเตรียมสถานที่ให้เหมาะสม กันม่านหรือปิดประตู แฉวนป้ายห้ามรบกวน

ขั้นที่ 3 การให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

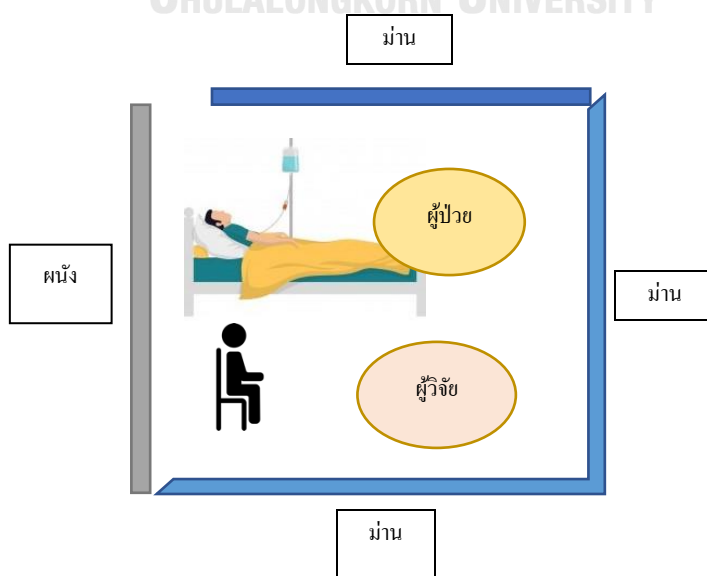
- 1) สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการทราบเพิ่มเติม สิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่เคยให้ไปในครั้งที่ผ่านมา และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ

ขั้นที่ 4 การประเมินหลังการให้ข้อมูล

- 1) ประเมินความรู้ด้วยแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจ หัวข้อที่ 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด 2. ความรู้เกี่ยวกับการฉีดสีสวนหัวใจ 3. ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนสวนหัวใจ 4. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังสวนหัวใจ 5. ความรู้เรื่องการดูแลแผล 6. ความรู้เรื่องโภชนาการ 7. ความรู้เรื่องกิจกรรมและการออกกำลังกาย 8. ความรู้เรื่องยา 9. ความรู้เรื่องการลดปัจจัยเสี่ยง 10. ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งหมดจำนวน 42 ข้อ คิดเป็น 42 คะแนน
- 2) หากผู้ป่วยตอบคำถามได้น้อยกว่าร้อยละ 80 ผู้วิจัยจะอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังสงสัยและไม่เข้าใจ
- 3) ให้ผู้ป่วยพัก 10-15 นาทีก่อนเริ่มขั้นตอนต่อไป

ขั้นที่ 5 การเตรียมผู้ป่วยก่อนฟังดนตรี

- 1) แนะนำการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย
- 2) สอบถามความต้องการในการฟังเพลงตามแนวเพลงที่ผู้ป่วยชอบ
- 3) จัดเตรียมสถานที่ฟังเพลงให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการรบกวนขณะฟังเพลง โดยการปิดประตูหรือกั้นม่านและแขวนป้ายห้ามรบกวน โดยผู้วิจัยจะนั่งอยู่ข้างเตียงหันหน้าไปทางเดียวกับผู้ป่วย ดังภาพด้านล่างนี้



- 4) อธิบายการปฏิบัติระหว่างการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย เช่น การให้ผู้ป่วยปิดการแจ้งเตือนมือถือในระหว่างฟังเพลง เมื่อฟังเพลงจบแล้วหรือต้องการหยุดฟังเพลงให้ผู้ช่วยยกมือขึ้นเพื่อส่งสัญญาณบอกผู้วิจัย
- 5) แนะนำให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สุขสบายและผ่อนคลายมากที่สุดในช่วงฟังเพลง

ขั้นที่ 6 การฟังดนตรี

- 1) ทวนซ้ำเกี่ยวกับการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย
- 2) แนะนำให้ผู้ป่วยเลือกเพลงตามแนวเพลงที่ผู้ป่วยชอบอย่างน้อย 6 เพลง เป็นเพลงที่ได้ฟังแล้วจะมีความสุข สบายใจและผ่อนคลาย ซึ่งจะมีระยะเวลาเล่นเพลงต่อเนื่องนานมากกว่า 20 นาที โดยใช้แอปพลิเคชันฟังเพลงออนไลน์ Spotify Music ใน IPAD pro 11 ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้
- 3) แนะนำการใช้หูฟัง แบบครอบหูที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมระดับเสียงเพลง และกดหยุดเพลงได้ด้วยตนเอง
- 4) แนะนำให้ผู้ป่วยหลับตา และผ่อนคลายขณะฟังเพลง เพื่อป้องกันการถูกรบกวนจากแสงสว่างหรือแสงไฟด้านนอกเมื่อไม่สามารถหรีไฟหรือปิดไฟได้ เพราะอาจรบกวนสมาธิของผู้ป่วยขณะฟังเพลง และให้ผู้ป่วยฟังเพลงต่อเนื่องอย่างน้อย 20 นาที
- 5) ในระหว่างฟังเพลงผู้วิจัยจะคอยสังเกตสีหน้า ท่าทางของผู้ป่วยเป็นระยะ ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการหยุดฟังเพลงและไม่ต้องการฟังเพลงต่อจนครบ 20 นาที ให้ผู้ป่วยส่งสัญญาณให้ผู้วิจัยทราบโดยการยกมือขึ้น และกดหยุดเล่นเพลงได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะสอบถามถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการหยุดฟังเพลง และให้ความช่วยเหลือในกรณีที่ผู้ป่วยร้องขอรวมทั้งสอบถามถึงความต้องการในการฟังเพลงต่อจนครบ 20 นาทีเมื่อผู้ป่วยพร้อม หากผู้ป่วยไม่ต้องการฟังเพลงต่อ ผู้วิจัยจะยุติการฟังเพลงต่อในครั้งนี้

ขั้นที่ 7 ประเมินหลังการฟังดนตรี

เมื่อฟังเพลงจบ ผู้วิจัยจะพูดคุยสอบถามความรู้สึกจากการฟังเพลงครั้งนี้ สอบถามความรู้สึกผู้ป่วยหลังฟังดนตรีจบ พร้อมกับสังเกตสีหน้า และท่าทางของผู้ป่วย พร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจเสริมแรงทางบวก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษา

ขั้นที่ 8 ขั้นสรุป

- 1) ประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Form Y-1) ฉบับภาษาไทย ครั้งที่ 5
- 2) กล่าวขอบคุณ และกล่าวสรุปเพื่อสิ้นสุดโปรแกรม

2.2 คู่มือพยาบาล สำหรับให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการฉีดสียวนหัวใจ และการฟังดนตรีเพื่อผ่อนคลาย

คู่มือพยาบาล
สำหรับให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด
ที่เข้ารับการฉีดสียวนหัวใจ
และการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย



จัดทำโดย

นางสาวสุพรรณารัตน์ รินสาร

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผศ.ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.3 คู่มือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการฉีดสีย้อมหัวใจและการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย

คู่มือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

ที่เข้ารับการฉีดสีย้อมหัวใจ

และการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย



แสกนข้อมูลที่นี่

จัดทำโดย

นางสาวสุพรรณารัตน์ รินสาร

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผศ.ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานัญญู นันไทยทวีกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.4 โปรแกรมนำเสนอภาพนิ่ง Power point presentation

ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด
ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ชื่อภาษาไทย: ผ.สมชาย วัฒนศิริ
ชื่อภาษาอังกฤษ: Mr. Somchai Wattanasri
ตำแหน่ง: อาจารย์ประจำภาควิชาพยาธิวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1

กายวิภาคศาสตร์หลอดเลือดหัวใจ

หลอดเลือดหัวใจมีต้นกำเนิดที่เสียด้านบนของหัวใจ มีเส้นเลือดออก 3 เส้น ได้แก่

- 1. เส้นซ้าย (Left coronary artery)
- 2. เส้นขวา (Right coronary artery)
- 3. เส้นไขว้ (Circumflex coronary artery)

2

โรคหัวใจขาดเลือดคืออะไร?

โรคหัวใจขาดเลือด หมายถึง โรคของหลอดเลือดที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ไขมันอุดตันในหลอดเลือด หรือการอักเสบของหลอดเลือด เป็นต้น

3

อาการของโรคหัวใจขาดเลือด

- 1. อาการเจ็บหน้าอก
- 2. อาการเหนื่อยง่าย
- 3. อาการใจสั่น
- 4. อาการเวียนศีรษะ

โรคหัวใจขาดเลือดอาจมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบตันหรืออุดตัน

4

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

- 1. พันธุกรรม
- 2. อายุ
- 3. เพศ

5

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้

- 1. การสูบบุหรี่
- 2. การดื่มแอลกอฮอล์
- 3. ความดันโลหิตสูง
- 4. ไขมันในเลือดสูง
- 5. โรคเบาหวาน
- 6. ความเครียด

6



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University
Princess of the Kingdom

การเตรียมตัวก่อนฉีดสิวหน้าหัวใจ

จัดทำโดย
น.ส.ศุภรดาภรณ์ ชินลาภกิจ
นิสิตสัตตบัณฑิต สาขาสัตตบัณฑิต
สาขาวิชาสัตตบัณฑิต
น.ส.ดร.สมหญิง ตระกูลใหญ่ นิสิตมหาดเล็ก
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ทางชี้แจงสู่วิวหน้าหัวใจในบทความ น.ส. พญ.สุจิตต์ศิลป์

1

การเตรียมตัวก่อนฉีดสิวหน้าหัวใจ

1. งดรับประทานอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนเข้าห้องสวนหัวใจ

2. ถอดฟันปลอม ใส่เสื้อแขนสั้นและถอดเข็มฉีดยาที่เกี่ยวกับยา

3. เข็มกับปัสสาวะก่อนเข้าห้องสวนหัวใจ




2

การเตรียมตัวก่อนฉีดสิวหน้าหัวใจ

4. เจ้าหน้าที่จะเปลี่ยนชุดที่ใส่ที่รายนำทางตลอดเกือบตัว

5. การโกนขนหน้าขาและขาข้างล่างตั้งแต่บริเวณสะดือถึงข้อมือทั้งสองข้างให้สั้นลง เช่น ขาขนสั้นหรือข้อมือสั้นลง

6. ถัดไปขอซื้อชุดความถูกต้องของการตรวจผู้ป่วยชาย และปรับรมแผ่นแผ่นใส่ถุงความแรงของซีพีพีประมาณน้ำหนัก 2 ข้าง



3

สภาพแวดล้อมห้องฉีดสิวหน้าหัวใจ

ภายในห้องสวนหัวใจ จะมีอุปกรณ์และเครื่องใช้ต่างชนิดที่มีมาตรฐานสูงและทันสมัยที่สุด รวมถึงการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่



4

ระยะเวลาในการฉีดสิวหน้าหัวใจ

ระยะเวลาในการฉีดสิวหน้าหัวใจโดยเฉลี่ยแล้วห้องสวนหัวใจจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที - 1 ชั่วโมง

ความรู้สึกขณะฉีดสิวหน้าหัวใจ

ขณะที่ใส่สายสวนเข้าไปในหลอดเลือดส่วนปลายหลอดเลือดมีสายสวนจะรู้สึกตื้อแน่นหน้าอกอย่างแรงๆ บางครั้งอาจมีอาการคลื่นไส้ เว้นแต่ใส่สายได้เมื่อมีอาการคลื่นไส้จะสั่งการสลายให้จึงเพิกเฉยทันที



5

การปฏิบัติตัวหลังสวนหัวใจ

ขณะอยู่ในโรงพยาบาล

หลังจากพบแพทย์ตามแผนหลอดเลือดส่วนปลาย จะสังเกตความผิดปกติเกี่ยวกับหลอดเลือด และภาวะแทรกซ้อนตามแผนและประมาณ 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันเลือดออก

1. ห้ามยั้งแอมเรบ ไม่ขอชาซ้ำให้ได้ภายในหลอดเลือด

สามารถขยับเขยื้อนแขนขาได้หลังจากออกจากห้องสวนหัวใจ 6 ชั่วโมง ขณะเดินได้ต่อเนื่อง 24 ชม.



6



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University
Princess of the Kingdom

ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ที่เข้ารับการรักษาด้วยยา

คำแนะนำการปฏิบัติตัวเบื้องต้น

จัดทำโดย
น.ส.ศุภมาสวดี งามนาค
นิสิตปริญญาตรี สาขาพยาบาลวิชาชีพ
ชั้นปีที่ ๕ ปีการศึกษา
๒๕๖๕.๑ (๖) ร.๖ สาขาวิชา
พยาบาลวิชาชีพ ชั้นปีที่ ๕
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1



1. การดูแลแผล



- ❑ ไม่ใช้ยาทาแผล 2-3 วันแรกหลังจากแผลหายแล้ว ยกเว้นยาฆ่าเชื้อเฉพาะที่
- ❑ หากแผลมีไข้หรือมีอาการอื่น ควรรีบปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลที่ดูแล

2




2. คำแนะนำเรื่องยา

การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด

- ❑ ยาต้านเกล็ดเลือด ควรรับประทานตามคำสั่งแพทย์ ห้ามขาดยา เพราะอาจทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดได้
- ** ห้ามรับประทานยาแก้ปวดแอสไพริน หรือยาแก้ปวดชนิดอื่น เพราะจะทำให้เลือดออกง่ายขึ้น
- ** ห้ามรับประทานยาสมุนไพรหรือยาเสริมสุขภาพ เพราะอาจมีผลข้างเคียงได้
- ** ห้ามรับประทานยาสมุนไพรหรือยาเสริมสุขภาพ เพราะอาจมีผลข้างเคียงได้



3



2. คำแนะนำเรื่องยา

ยาแก้ปวดแอสไพรินชนิดเม็ด 500 มิลลิกรัม (Aspirin 500 mg tablets)

- ❑ เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกหรือมีอาการอื่นที่ผิดปกติ ควรรีบปรึกษาแพทย์ทันที ห้ามรับประทานยาแก้ปวดแอสไพรินชนิดเม็ด 500 มิลลิกรัม
- ❑ ห้ามรับประทานยาแก้ปวดแอสไพรินชนิดเม็ด 500 มิลลิกรัม
- ** ห้ามรับประทานยาแก้ปวดแอสไพรินชนิดเม็ด 500 มิลลิกรัม



4



3. การรับประทานอาหาร

การควบคุมอาหารช่วยควบคุม น้ำหนัก ลดระดับไขมันในเลือด ควบคุม ความดันโลหิต และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้



ควรเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ และลดการบริโภคอาหารหวานจัด เติมน้ำตาล เติมน้ำมัน

5



3. การรับประทานอาหาร

1. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันหรือคอเลสเตอรอลสูง

- ❑ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน เนย ไขมันสัตว์
- ❑ การเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน เนย ไขมันสัตว์ ควรรับประทานในปริมาณที่พอเหมาะ



6

2.5 อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการฟังดนตรี ได้แก่

- 1) iPad รุ่น 11 PRO



- 2) หูฟังบลูทูธชนิดครอบหู ยี่ห้อ Moshi รุ่น MS 23



ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ใช้สำหรับประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังสวนหัวใจ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 42 ข้อ รวมทั้งหมด 42 คะแนน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความตามความคิดเห็นของท่าน

ถ้าเห็นด้วยกับข้อความนั้นให้ขีด ✓ ในช่อง “ใช่”

ถ้าไม่เห็นด้วยให้ขีด ✓ ในช่อง “ไม่ใช่”

ถ้าไม่ทราบให้ขีด ✓ ในช่อง “ไม่รู้”

ความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด 1. โรคหลอดเลือดหัวใจเกิดขึ้นจากการมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ เนื่องจากหลอดเลือดหัวใจตีบ แคบ หรือตัน มีคราบไขมันและเนื้อเยื่อสะสมทำให้หลอดเลือดหนาตัวขึ้น			
2.			
3.			
2. ความรู้เกี่ยวกับการฉีดสีสวนหัวใจ 1. แนวทางการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดหรือหลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตันในปัจจุบัน มีวิธีเดียวคือการฉีดสีสวนหลอดเลือดหัวใจและขยายหลอดเลือด			
2.			
3.			
3. ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนสวนหัวใจ 1. ก่อนสวนหัวใจไม่จำเป็นต้องหยุดยาใดๆ เช่น ยาเบาหวานและยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด			
2.			
3.			
4. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังสวนหัวใจ 1. หลังจากถอดท่อนำสายสวนบริเวณขาหนีบออก จำเป็นต้องนอนราบห้ามงอขาข้างที่ทำนาน 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันเลือดออก			

ความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
2.			
3. เมื่อรู้สึกปวดซอกอก แน่นหน้าอก หรือใจสั่นเล็กน้อย เป็นอาการปกติหลังสวนหัวใจ ไม่ต้องทำอะไร			
5. ความรู้เรื่องการดูแลแผล			
1. ดูแลไม่ให้แผลเปียกน้ำ 3 วันแรกหรือจนกว่าแผลจะหาย			
2.			
3.			
4.			
5.			
6. ความรู้เรื่องโภชนาการ			
1. อาหารมันนอกจากจะทำให้อ้วนแล้วยังทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบได้			
2.			
3.			
4.			
5.			
7. ความรู้เรื่องกิจกรรมและการออกกำลังกาย			
1. หลีกเลี่ยงการขับรถ และการเดินขึ้นลงบันได ใน 72 ชม.แรกหลังสวนหลอดเลือดหัวใจ			
2.			
3.			
4.			
5.			
8. ความรู้เรื่องยา			
1. ผู้ป่วยที่ได้รับยาขยายหลอดเลือดเพื่อลดความดันโลหิต ควรระมัดระวังเรื่องความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าทางที่รวดเร็วเกินไป เพราะอาจทำให้หน้ามืดเป็นลมได้			
2.			
3.			

ความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
4.			
5.			
9. ความรู้เรื่องการลดปัจจัยเสี่ยง			
1. การควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยที่มี BMI เกินเกณฑ์มาตรฐานหรือ อ้วน ต้องควบคุมด้วยวิธีการควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว			
2.			
3. การงดสูบบุหรี่ ไม่ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาด เลือด			
4.			
5.			
10. ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ			
1. หากมีอาการผิดปกติเหล่านี้ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย มาก เหนื่อยผิดปกติ ใจสั่นมากผิดปกติ จะต้องมาพบแพทย์ก่อนโดยไม่ต้อง รอให้ถึงวันนัด			
2.			
3.			
4.			
5.			



ตารางที่ 10 แสดงค่าความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory Form Y-1)

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.847	.876	20

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ	3.27	1.081	30
2. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคง-ปลอดภัย	3.67	.479	30
3. ข้าพเจ้าเป็นคนเครียด	3.07	.785	30
4.	3.67	.479	30
5.	3.73	.450	30
6.	3.87	.346	30
7.	3.20	.664	30
8.	3.53	.507	30
9.	3.80	.407	30
10.	3.53	.629	30
11.	3.67	.606	30
12.	3.87	.346	30
13.	3.93	.254	30
14.	3.87	.346	30
15.	3.73	.450	30
16.	3.87	.346	30
17.	3.47	.507	30
18.	3.93	.254	30
19.	3.60	.498	30
20.	3.53	.629	30

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ	69.53	28.257	.010	.	.883
2. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคง-ปลอดภัย	69.13	26.602	.548	.	.835
3. ข้าพเจ้าเป็นคนเครียด	69.73	26.133	.348	.	.847
4.	69.13	25.085	.881	.	.822
5.	69.07	25.995	.730	.	.829
6.	68.93	28.754	.181	.	.848
7.	69.60	24.386	.719	.	.824
8.	69.27	25.857	.665	.	.830
9.	69.00	26.207	.762	.	.829
10.	69.27	25.168	.631	.	.830
11.	69.13	28.257	.143	.	.853
12.	68.93	29.168	.069	.	.851
13.	68.87	28.671	.298	.	.845
14.	68.93	27.237	.606	.	.836
15.	69.07	25.720	.794	.	.826
16.	68.93	27.237	.606	.	.836
17.	69.33	27.126	.409	.	.841
18.	68.87	30.051	-.205	.	.855
19.	69.20	25.131	.834	.	.823
20.	69.27	26.547	.402	.	.841

จากตารางที่ 10 ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory Form Y-1) เท่ากับ .85 หมายความว่าแบบประเมินนี้มีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี

สูตรการคำนวณหาค่าความคงที่ภายใน KR 20

$$r_{tt} = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ

- r_{tt} = ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ
 k = จำนวนข้อคำถาม
 p = สัดส่วนของข้อที่ตอบถูกในแต่ละข้อคำถาม
 q = สัดส่วนของข้อที่ตอบผิดในแต่ละข้อคำถาม (1-p)
 S_t^2 = ความแปรปรวนของแบบทดสอบทั้งฉบับ

คำนวณหาค่าความแปรปรวน

$$S_t^2 = \frac{n \sum x^2 - (\sum x)^2}{n^2}$$

$$= \frac{30(39989) - (1087)^2}{(30)^2}$$

$$= 20.11$$

แทนค่า

$$r_{tt} = \frac{42}{(42-1)} \left[1 - \frac{4.60}{20.11} \right]$$

$$= 0.80$$

สรุป ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสวนหัวใจเท่ากับ 0.80 หมายความว่า แบบประเมินนี้มีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี

ตารางที่ 12 คะแนนทดสอบความรู้ก่อนและหลังการให้ข้อมูลของกลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2

คะแนนทดสอบ					
กลุ่มทดลอง 1			กลุ่มทดลอง 2		
ลำดับ	ก่อนทดลอง คะแนน (ร้อยละ)	หลังทดลอง คะแนน (ร้อยละ)	ลำดับ	ก่อนทดลอง คะแนน (ร้อยละ)	หลังทดลอง คะแนน (ร้อยละ)
คนที่ 1	18 (42.86)	40 (95.24)	คนที่ 1	25 (59.52)	34 (80.95)
คนที่ 2	18 (42.86)	35 (83.33)	คนที่ 2	30 (71.43)	35 (83.33)
คนที่ 3	32 (76.19)	33 (78.57)	คนที่ 3	17 (40.48)	40 (95.24)
คนที่ 4	19 (45.24)	34 (80.95)	คนที่ 4	25 (59.52)	40 (95.24)
คนที่ 5	28 (66.67)	39 (92.86)	คนที่ 5	19 (45.24)	39 (92.86)
คนที่ 6	24 (57.14)	32 (76.19)	คนที่ 6	25 (59.52)	42 (100)
คนที่ 7	32 (76.19)	35 (83.33)	คนที่ 7	20 (47.62)	35 (83.33)
คนที่ 8	21 (50)	35 (83.33)	คนที่ 8	24 (57.14)	33 (78.57)
คนที่ 9	29 (69.5)	35 (83.33)	คนที่ 9	18 (42.86)	35 (83.33)
คนที่ 10	26 (61.90)	40 (95.24)	คนที่ 10	19 (45.24)	34 (80.95)
คนที่ 11	28 (66.67)	38 (90.48)	คนที่ 11	25 (59.52)	35 (83.33)
คนที่ 12	28 (66.67)	42 (100)	คนที่ 12	30 (71.43)	32 (76.19)
คนที่ 13	31 (73.81)	42 (100)	คนที่ 13	34 (80.95)	35 (83.33)
คนที่ 14	33 (78.57)	35 (83.33)	คนที่ 14	32 (76.19)	40 (95.24)
คนที่ 15	27 (64.29)	35 (83.33)	คนที่ 15	28 (66.67)	39 (92.86)
คนที่ 16	32 (76.19)	40 (95.24)	คนที่ 16	18 (42.86)	35 (83.33)
คนที่ 17	29 (69.05)	35 (83.33)	คนที่ 17	35 (83.33)	35 (83.33)
คนที่ 18	32 (76.19)	33 (78.57)	คนที่ 18	32 (76.19)	38 (90.48)
คนที่ 19	30 (71.43)	34 (80.95)	คนที่ 19	32 (76.19)	34 (80.95)
คนที่ 20	18 (42.86)	39 (92.86)	คนที่ 20	29 (69.05)	35 (83.33)
คนที่ 21	18 (42.86)	32 (76.19)	คนที่ 21	28 (66.67)	34 (80.95)
คนที่ 22	32 (76.19)	35 (83.33)	คนที่ 22	32 (76.19)	35 (83.33)

ตารางที่ 13 แสดงการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์ Repeated measure ANOVA โดยใช้ Mauchly's Test of Sphericity

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: MEASURE_1

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
Time	.212	95.207	9	.000	.543	.581	.250

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. Design: Intercept + group

Within Subjects Design: Time

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลรายช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 ด้วยวิธีของ Bonferroni

ช่วงเวลา	กลุ่ม	ตารางสรุปการวิเคราะห์รายคู่			
		MD	SE	p-value	
ก่อนทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง 1	.00	1.72	1.000
		กลุ่มทดลอง 2	-.50	1.72	1.000
	กลุ่มทดลอง 1	กลุ่มควบคุม	.00	1.72	1.00
		กลุ่มทดลอง 2	-.05	1.72	1.00
	กลุ่มทดลอง 2	กลุ่มควบคุม	.50	1.72	1.00
		กลุ่มทดลอง 1	.50	1.72	1.00
หลังรับบำบัดนวดสวนหัวใจ	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง 1	3.81	1.77	.104
		กลุ่มทดลอง 2	2.27	1.77	.611
	กลุ่มทดลอง 1	กลุ่มควบคุม	-3.82	1.77	.104
		กลุ่มทดลอง 2	-1.55	1.77	1.000
	กลุ่มทดลอง 2	กลุ่มควบคุม	-2.27	1.77	.611
		กลุ่มทดลอง 1	1.55	1.77	1.000

ช่วงเวลา	กลุ่ม	ตารางสรุปการวิเคราะห์รายคู่			
		MD	SE	p-value	
ก่อนสวนหัวใจ 1 วัน	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง 1	4.36*	1.62	.027
		กลุ่มทดลอง 2	5.13*	1.62	.007
	กลุ่มทดลอง 1	กลุ่มควบคุม	-4.36	1.62	.027
		กลุ่มทดลอง 2	.77	1.62	1.000
	กลุ่มทดลอง 2	กลุ่มควบคุม	-5.14	1.62	.007
		กลุ่มทดลอง 1	-.77	1.62	1.000
หลังสวนหัวใจ	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง 1	6.45*	1.67	.001
		กลุ่มทดลอง 2	7.45*	1.67	.000
	กลุ่มทดลอง 1	กลุ่มควบคุม	-6.45	1.67	.001
		กลุ่มทดลอง 2	1.00	1.67	1.000
	กลุ่มทดลอง 2	กลุ่มควบคุม	-7.45	1.67	.000
		กลุ่มทดลอง 1	-1.00	1.67	1.000
ก่อนกลับบ้าน	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง 1	7.50*	1.56	.000
		กลุ่มทดลอง 2	12.68*	1.56	.000
	กลุ่มทดลอง 1	กลุ่มควบคุม	-7.50	1.56	.000
		กลุ่มทดลอง 2	5.18	1.56	.004
	กลุ่มทดลอง 2	กลุ่มควบคุม	-12.68	1.56	.000
		กลุ่มทดลอง 1	-5.18	1.56	.004

*P < .05

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวสุพรรณารัตน์ รินสาร
วัน เดือน ปี เกิด	27 มิถุนายน 2533
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ที่อยู่ปัจจุบัน	92 หมู่ 9 บ้านสอง ตำบลอาจสามารถ อำเภोजังหวัดร้อยเอ็ด



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY