

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวล
หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

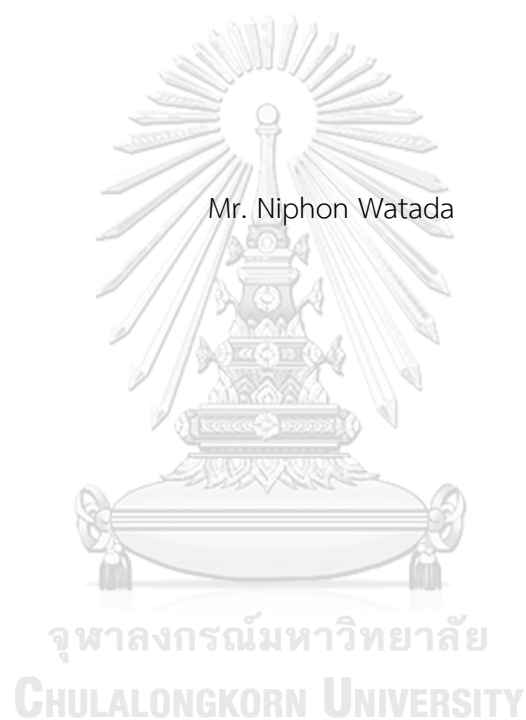


บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF GIVING PLANNED INFORMATION COMBINED WITH MUSIC LISTENING
PROGRAM ON ANXIETY AFTER CARDIAC CATHETERIZATION AMONG ACUTE
MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการ
ฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ
ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
โดย นายนิพนธ์ วาดาดา
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ฝาฉัตรรัตน์)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

นิพนธ์ วาดาดา : ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (EFFECTS OF GIVING PLANNED INFORMATION COMBINED WITH MUSIC LISTENING PROGRAM ON ANXIETY AFTER CARDIAC CATHETERIZATION AMONG ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 168 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก (STEMI) ที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉินครั้งแรก ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา คัดเลือกแบบเจาะจงคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีเป็นเวลา 2 วัน หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ ณ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-1) ของ Spielberger (1983), แบบวัดความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด ของสำนักการพยาบาล (2549) และแบบประเมินความพึงพอใจในการฟังดนตรี ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-1) และแบบวัดความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ .75 และ .93 ส่วนค่าความเที่ยง เท่ากับ .82 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ dependent และ independent t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777347636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: GIVING PLANNED INFORMATION / MUSIC / ANXIETY / CARDIAC CATHETERIZATION

NIPHON WATADA: EFFECTS OF GIVING PLANNED INFORMATION COMBINED WITH MUSIC LISTENING PROGRAM ON ANXIETY AFTER CARDIAC CATHETERIZATION AMONG ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS. ADVISOR: ASST. PROF. NORALUK UA-KIT, Ph.D., 168 pp.

This quasi - experimental pretest - posttest with control group research aimed to study effects of giving planned information combined with music listening program on anxiety after cardiac catheterization among acute myocardial infarction patients. The participants were acute myocardial infarction patients who were received first emergency cardiac catheterization at Maharat Nakhonratchasima hospital, Nakhonratchasima, Thailand. The participants were assigned to the control and experimental groups (22 for each group). The control group was received conventional nursing care, while the experimental group received the giving planned information combined with music listening program. The program was conducted for 2 days after cardiac catheterization at Cardiac Care Unit. Data were collected by using demographic information sheet, The State - Trait Anxiety Inventory form Y-1 (Spielberger, 1983), knowledge questionnaire related to coronary heart disease and one item of musical satisfaction. The content validity index of The State - Trait Anxiety Inventory form Y-1 and knowledge questionnaire related to coronary heart disease were .75 and .93. There reliabilities were .82 and .90, respectively. Dependent and independent t-test statistic were used to analyze the data. The results revealed that :

1. The mean score of anxiety after receiving the giving planned information combined with music listening program was significantly lower than that before receiving the program at the significant level of .05.

2. The mean score of anxiety after receiving the giving planned information combined with music listening program in experimental group was significantly lower than that in the control group at the significant level of .05.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2017

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้นั้น ผู้วิจัยต้องขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้อันมีคุณค่า ให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทาง ช่วยเหลือการทำวิทยานิพนธ์ในทุกขั้นตอนด้วยความเมตตากรุณา เอาใจใส่ และทุ่มเท ตลอดจนเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ภาณิตรีตน์ กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะต่องานวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้อบรมสั่งสอนวิชาความรู้และวิทยาการต่างๆ ตลอดจนมอบประสบการณ์ที่มีคุณค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา รวมทั้งเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ให้ความกรุณาช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกทั้งด้านการเรียนการสอนและการทำวิทยานิพนธ์เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล รองหัวหน้าพยาบาลด้านวิชาการ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่กรุณาช่วยเหลือสนับสนุนตั้งแต่ครั้งการเรียนการสอน ตลอดจนการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ และพยาบาลวิชาชีพ ที่ได้อนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัย และให้ความร่วมมือและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง

ขอกราบขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ได้เมตตากรุณาช่วยเหลือและสนับสนุนผู้วิจัยในทุกด้านเป็นอย่างดีเสมอมา ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพี่น้องจรรยาวัชรุ่น Adult Flexible learning ทุกคนที่ร่วมทุกข์ร่วมสุข ฝ่าฟันอุปสรรคด้วยกันมา ตลอดจนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้กันและกันเสมอมาและตลอดไป

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดาและมารดา พี่ชาย และน้องสาวทั้ง 2 คน ที่อยู่เบื้องหลังคอยเป็นกำลังใจ ดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนในทุกด้านตลอดระยะเวลาที่ศึกษา และที่ขาดไม่ได้ คือ นางสาวกรกานต์ พิงน้ำ บุคคลที่สำคัญในชีวิต ผู้ชักนำและผลักดัน ตลอดจนเป็นกำลังใจสำคัญ และช่วยเหลือผู้วิจัยให้มาสู่จุดนี้ได้ สำหรับประโยชน์ใดๆอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบแต่บิดา มารดา ครูอาจารย์ กลุ่มตัวอย่าง และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคนให้มีความสุขสวัสดิ์ตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	8
คำถามการวิจัย	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย	11
ขอบเขตการวิจัย	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	15
2. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล.....	28
3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ.....	39
4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน	40
5. แนวคิดเกี่ยวกับการฟังดนตรี.....	46
6. การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ	52

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	56
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	61
ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง.....	61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	65
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	68
การดำเนินการทดลอง	70
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	75
การวิเคราะห์ข้อมูล	76
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	78
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	87
สรุปผลการวิจัย.....	87
อภิปรายผลการวิจัย.....	94
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	99
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	99
รายการอ้างอิง	100
ภาคผนวก.....	111
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ	112
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย จดหมาย ขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และจดหมายขอทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บ รวบรวมข้อมูล	114
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมและเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	127
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	135
ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัยและตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	159
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	168

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่ตาม อายุ ระดับการศึกษาและระดับความวิตกกังวล	64
ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) และค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้.....	70
ตารางที่ 3 เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การมีประวัติบุคคลป่วยเป็นโรคหัวใจ ความชอบในการฟังดนตรี เวลาที่ฟังดนตรี แนวเพลงที่ชอบฟัง	79
ตารางที่ 4 คะแนนและระดับความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง.....	83
ตารางที่ 5 ระดับความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง	84
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test (n ₁ =n ₂ =22).....	85
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test (n ₁ =n ₂ =22).....	86
ตารางที่ 8 ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State - Trait Anxiety Inventory Form Y1).....	160
ตารางที่ 9 ค่าความเที่ยงของแบบวัดความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด ทาด้วยสูตร KR-20	162
ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test (n ₁ =n ₂ =22).....	164
ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test (n ₁ =n ₂ =22).....	166

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 สรุปผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจ ที่นำมาประยุกต์ในการศึกษาครั้งนี้.....	46
ภาพที่ 2 กลไกของดนตรีต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท (Updike, 1990:43).....	48
ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	77



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบันของประชากรโลก จากสถิติในปี ค.ศ. 2012 พบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวถึง 7.4 ล้านคน หรือร้อยละ 13.1 (World Health Organization [WHO], 2015) สำหรับประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดรายใหม่เฉลี่ยปีละ 37,000 คน ในปีพ.ศ.2557 พบผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดสูงถึง 264,820 คน และมีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปีโดยที่อัตราการเสียชีวิตต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 - 2558 เท่ากับ ร้อยละ 23.45, 26.91, 27.83 และ 28.92 ตามลำดับ หรือคิดเป็นเสียชีวิตเฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) และจากทะเบียนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Thai Registry in Acute Coronary Syndrome) เก็บข้อมูลระหว่างปี ค.ศ. 2007 - 2008 ในผู้ป่วย 2,007 คน พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก ST-segment elevate myocardial infarction (STEMI) ร้อยละ 55 ชนิด Non ST-segment elevate myocardial infarction (NSTEMI) ร้อยละ 33 และชนิด Unstable angina ร้อยละ 12 โดยผู้ป่วย STEMI ส่วนใหญ่พบในเพศชาย ร้อยละ 75.7 มีอายุเฉลี่ย 60.9 ปี (SD = 13) (Srimahachota et al., 2012) พบอายุน้อยกว่า 45 ปี ร้อยละ 67.3 อายุ 45-54 ร้อยละ 54.9 (Tungsubutra et al., 2007)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจได้รับความเสียหายหรือถูกทำลายจากการขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยง ซึ่งเกิดจากการตีบแคบหรือการอุดตันของเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณนั้นอย่างเฉียบพลัน มีสาเหตุเกิดจากคราบไขมันที่สะสมในผนังหลอดเลือดหัวใจปริแตกและกระตุ้นให้เกิดการรวมตัวของเกร็ดเลือดเป็นลิ่มเลือด ทำให้เกิดการตีบแคบหรืออุดตันบริเวณนั้น (อภิชาติ สุคนธรสรณ์, 2555; สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557) อาการสำคัญที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างเฉียบพลัน เหงื่อออก ใจสั่น หมดสติ และเสียชีวิตเฉียบพลัน ซึ่งโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ 1) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ST Elevate Myocardial Infarction, [STEMI]) โดยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรงเฉียบพลัน เจ็บขณะพักนานมากกว่า 20 นาที หรือรุนแรงมากกว่าเดิม เจ็บร้าวไปบริเวณไหล่ ศอก เหงื่อออก ใจสั่น หมดสติ และเสียชีวิตเฉียบพลัน และ 2) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด Non ST Elevate Myocardial Infarction (NSTEMI) มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกนานมากกว่า 30 นาที อาจเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด NSTEMI หรือถ้าอาการไม่รุนแรงอาจเกิดเพียงภาวะเจ็บแน่นอกไม่คงที่ (Unstable angina) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2553) ซึ่งอาการของโรคกล้ามเนื้อ

หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันดังกล่าวข้างต้นนี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นตั้งแต่มีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การได้รับการรักษาหรือหัตถการสวนหลอดเลือดหัวใจ จนถึงเมื่อเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต (พิมพร สีสาววัฒนกุล, 2546; กรรทีมา ศรีจันทร์, 2552; เอื้อมเดือน นิลพฤษ, 2559) ซึ่งสาเหตุของความวิตกกังวลมีความแตกต่างกันออกไปตามอาการ การวินิจฉัยและการรักษาที่ได้รับ ความวิตกกังวลเมื่อมีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกิดขึ้นเนื่องจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันทันด่วน ไม่คาดการณ์มาก่อน เป็นภาวะวิกฤต ฉุกฉุน ที่คุกคามและเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ป่วยจะรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บแน่นหน้าอก รู้สึกปวดรุนแรง และหายใจไม่ออก (กรรทีมา ศรีจันทร์, 2552; เอื้อมเดือน นิลพฤษ, 2559) รู้สึกกลัว กลัวตายหรือพิการ กลัวตายคนเดียว ไม่มีคนช่วยเหลือ (ชวนพิศ ทำนอง, 2541) ไม่รู้ว่า จะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง ไม่สามารถคาดการณ์และควบคุมได้ และเนื่องจากหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดของร่างกายย่อมส่งผลกระทบต่อความรู้สึกวิตกกังวลมากกว่าอวัยวะอื่นๆ (พิมพร สีสาววัฒนกุล, 2546)

ในส่วนของการวินิจฉัยและการรักษา เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที และการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก (STEMI) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจากการขาดเลือดไปเลี้ยงหัวใจ ด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันโดยเร็วที่สุดภายใน 12 ชั่วโมงหลังเกิดอาการเจ็บหน้าอก แบ่งเป็น 2 วิธี คือ การให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที และการสวนหลอดเลือดหัวใจเพื่อทำการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการทำบอลลูนหรือใส่ขดลวดตาข่าย (Primary percutaneous coronary intervention : PPCI) ภายในเวลา 90 นาทีหลังจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (เกรียงไกร เสงรัมย์, 2555) ซึ่งในแต่ละปีพบว่ามีผู้ป่วยโรค STEMI ที่ต้องเข้ารับการทำ PPCI จำนวนมาก เนื่องจากเป็นวิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ได้รับการยอมรับว่าสามารถช่วยลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตได้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2553) ซึ่งการรักษานี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวลต่อเนื่องมาจากอาการของโรค ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยตามช่องทางด่วนของโรค (fast track) ตั้งแต่การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และเมื่อผู้ป่วยได้รับฟังการวินิจฉัยโรค ย่อมก่อให้เกิดความวิตกกังวลจากการรับรู้ถึงอันตรายของโรค ผลกระทบของโรค ผู้ป่วยจะรู้สึกเกี่ยวกับความเป็นความตาย กลัวตาย กลัวพิการ รู้สึกว่าคุกคามชีวิตและไม่แน่นอนในชีวิต รู้สึกถึงการดำเนินชีวิตที่ต้องเปลี่ยนไป ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (เป็นรักเกิด, 2550; กรรทีมา ศรีจันทร์, 2552; เอื้อมเดือน นิลพฤษ, 2559) ในส่วนของการรักษาหลังการวินิจฉัยโรคจะก่อให้เกิดความวิตกกังวลแตกต่างกันออกไปตามการรักษาที่ได้รับ กรณีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดอย่างเร่งด่วนด้วยการสวนหลอดเลือดหัวใจเพื่อทำการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการทำบอลลูนหรือใส่ขดลวดตาข่ายภายใน 90 นาทีหลังผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล แพทย์จะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นในการสวนหลอดเลือดหัวใจ

และผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการสวนหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการสวนหลอดเลือดหัวใจอย่างรวดเร็วจากแพทย์และพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นการเจาะเลือดและติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้สารน้ำตามแผนการรักษา การงดน้ำและงดอาหาร การทำความสะอาดร่างกายบริเวณที่จะสวนหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งนิยมทำที่หลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ และข้อมือ การประสานงานห้องสวนหลอดเลือดหัวใจ และหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจเพื่อเตรียมความพร้อม การศึกษาของ กรรทิม่า ศรีจันทร์ (2552) พบว่า ประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวตาย มีความคิดเกี่ยวกับความเป็นความตาย กลัวพิการ รู้สึกปวดจากอาการเจ็บหน้าอก ตื่นเต้น รู้สึกกลัวการรักษาที่จะเกิดขึ้นเนื่องจากการสวนหลอดเลือดหัวใจเป็นประสบการณ์ที่ไม่ได้ทันตั้งตัวหรือเตรียมตัวมาก่อนซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วปัจจุบันทันด่วน และรู้สึกอายที่ต้องเปิดเผยร่างกาย มีความเข้าใจว่าการสวนหลอดเลือดหัวใจเป็นการผ่าตัด ต้องดมยาสลบ กลัวไม่ฟื้นจากยาสลบ กลัวการใส่สายสวน กลัวว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจนถึงขั้นเสียชีวิตจากการตรวจสวนหัวใจหรือการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (De Jong-Watt & Arthur, 2005; Caldwell, Arther, Natarajan, & Anand, 2007) รวมทั้งไมทราบรายละเอียด และขั้นตอนระหว่างตรวจสวนหัวใจ (ทองทิพย์ ดำรงวัฒน์ และจรรยา ตันติธรรม, 2539) รู้สึกได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไม่เพียงพอ รู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค (วิรัชรอง นาทองคำ, 2543) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ประสบกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่เกิดอาการของโรค ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีอาการเจ็บหน้าอกและไม่ต้องการการสวนหลอดเลือดหัวใจอย่างเร่งด่วน โดยจะได้รับการรักษาด้วยยาเพื่อบรรเทาอาการปวดจากการเจ็บแน่นหน้าอก และแพทย์จะนัดมาสวนหลอดเลือดหัวใจอีกครั้งหนึ่งทำให้ผู้ป่วยมีเวลาในการเตรียมตัวเตรียมใจที่จะเข้ารับการสวนหลอดเลือดหัวใจ ได้รับการเตรียมตัวล่วงหน้าเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัว มีเวลาในการทำใจยอมรับมาก่อนแล้ว ความวิตกกังวลจึงแตกต่างกับผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการสวนหลอดเลือดหัวใจอย่างเร่งด่วนในทันทีทันใด โดยมีการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่แพทย์นัดมา ฉีดสีหลอดเลือดหัวใจพบว่า ผู้ป่วยสวนใหญ่ยังคงมีความวิตกกังวลในเรื่องอาการเจ็บหน้าอกที่อาจ จะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา (ทองทิพย์ ดำรงวัฒน์ และจรรยา ตันติธรรม, 2539) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนในชีวิต วิธีการทำหัตถการ และกลัวว่าจะเสียชีวิตขณะฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (De Jong-Watt & Arthur, 2005)

ความรู้สึกกระหวังที่ทำการสวนหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการสวนหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้เช่นกัน โดยพบว่า ในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องสวนหลอดเลือดหัวใจนั้น ต้องเผชิญกับสถานที่ใหม่ที่ไม่น่าคุ้นเคย ลักษณะบรรยากาศภายในห้องปลอดเชื้อที่อุณหภูมิหนาวจัด เจ้าหน้าที่ในการรักษาเป็นทีมใหม่ เครื่องมืออุปกรณ์ในการขยายหลอดเลือดหัวใจ เช่น เครื่องเอกซเรย์ความเร็วสูง เครื่องบันทึกภาพ ภาพเคลื่อนไหว เครื่องบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจและ

สัญญาณชีพ อุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ ได้แก่ เครื่องช็อตไฟฟ้าหัวใจ ต้องเผชิญกับวิธีการทำหัตถการการ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ต้องถูกผูกมือและเท้าเพื่อป้องกันไม่ให้เคลื่อนไหวร่างกายมาในบริเวณที่ปราศจากเชื้อ การถูกแยกจากญาติและครอบครัว รู้สึกเจ็บปวดมาก รู้สึกกลัว นึกถึงความตายเนื่องจากหายใจไม่ออก กลัวเทคโนโลยีต่างๆในการรักษา รู้สึกตื่นเต้นกังวล และรู้สึกอายนที่ต้องเปิดเผยร่างกาย และในระหว่างการขยายหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำลง และหัวใจหยุดเต้นกะทันหันได้ (กรรทีมา ศรีจันทร์, 2552)

ภายหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยทุกรายต้องเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU) เพื่อติดตามสัญญาณชีพ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยที่เกิดความวิตกกังวลต่อเนื่องมาตั้งแต่มีอาการเจ็บป่วยและการวินิจฉัยตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน การรักษาด้วยการสวนหลอดเลือดหัวใจที่ห้องสวนหลอดเลือดหัวใจต่อเนื่องมาจนถึงหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจและเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งในระยะนี้สาเหตุความวิตกกังวลที่เกิดจากอาการเจ็บหน้าอกจะหายไปเนื่องจากได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันด้วยการสวนหลอดเลือดหัวใจแล้ว ความวิตกกังวลในระยะหลังสวนหลอดเลือดหัวใจและอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตนี้เกิดขึ้นเนื่องจาก ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานที่แปลกใหม่ เจ้าหน้าที่กลุ่มใหม่ในหอผู้ป่วยวิกฤต การมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ที่ไม่คุ้นเคย เครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ต้องติดตามตัวระโยงระยาง ต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และไม่สามารถงอบริเวณที่สวนหลอดเลือดหัวใจได้ ในปัจจุบันนิยมทำการสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงทั้งบริเวณขาหนีบ (Femoral artery) ทำให้หลังการสวนผู้ป่วยต้องนอนนิ่งๆ ไม่งอเข่าและสะโพกข้างที่หลอดเลือดหัวใจเป็นเวลา 6 - 8 ชั่วโมง และสวนหลอดเลือดแดงบริเวณข้อมือ (Radial artery) ซึ่งต้องใส่อุปกรณ์ห้ามเลือดและห้ามงอหรือเหยียดข้อมือ และต้องพักผ่อนบนเตียงเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเป็นเวลา 24 ชั่วโมง มีการจำกัดกิจกรรมและการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยทำให้ไม่สบาย ต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่ที่มึนงง นอกจากนั้นผู้ป่วยรู้สึกปวดบริเวณที่แทงเข็มสวนหลอดเลือดหัวใจ รู้สึกเมื่อยตามตัว รู้สึกอึดอัดรำคาญใจ ทุกข์ทรมานใจ รู้สึกกลัววิตกกังวลว่าอาการจะกำเริบได้ตลอดเวลา กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย และกังวลที่ทำให้ครอบครัวต้องเป็นห่วง (กรรทีมา ศรีจันทร์, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ Trotter, Gallagher, & Donoghue (2011) พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยวิตกกังวลนั้นเกี่ยวกับความต้องการทราบผลของการสวนหลอดเลือดหัวใจและต้องการทราบโอกาสที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 37 ต้องการทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 31 และวิตกกังวลจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ความไม่สบายจากบริเวณแผลที่ทำการสวนหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 25 นอกจากนี้ยังวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการสวนหลอดเลือดหัวใจของตนเองและการนัดมาสวนหลอดเลือดหัวใจอีกครั้งด้วย (Trotter et al., 2011) และประกอบกับสภาพแวดล้อมไม่คุ้นเคยในหอ

ผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ แสง เสียง สิ่งแวดล้อมและกิจกรรมการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตยังส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจและเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอีกด้วย (Eillott, 1994) และมีการศึกษาพบว่าหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลร้อยละ 32 (Trotter et al., 2011) Lane et al. (2002) ยังศึกษาพบว่าหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยมีความวิตกกังวลร้อยละ 26.1 ถึงแม้ว่าจะลดลงจากก่อนการสวนหลอดเลือดหัวใจที่มีความวิตกกังวลสูงที่สุดก็ตาม (Trotter et al., 2011) ประกอบกับมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตจะเกิดความวิตกกังวลมากใน 24 - 48 ชั่วโมงแรก และมีความวิตกกังวลสูงสุดในชั่วโมงที่ 12 และยังคงอยู่ประมาณ 5 - 7 วัน ถึงแม้ความวิตกกังวลจะลดลงลงก็ตาม (An et al., 2008) โดยส่วนใหญ่จะวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับสูง (O'Brien et al., 2001) หากความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจไม่ได้รับการแก้ไขอาจก่อให้เกิดการกลับมาตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจวาย อัตราตายที่สูงขึ้น การฟื้นตัวที่ไม่ดี และเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต ได้แก่ โรควิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Guzzetta, 1989; Hoffman et al., 2008; Roest et al., 2010)

จึงสรุปได้ว่าความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจเกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มมีอาการ คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอก การได้รับการวินิจฉัย การได้รับการรักษา และต่อเนื่องไปจนถึงหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจและเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต สาเหตุความวิตกกังวลในแต่ละระยะแตกต่างกันออกไป โดยสาเหตุความวิตกกังวลในระยะหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจและเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตแบ่งได้ 2 ประการ คือ 1) ความต้องการข้อมูล โดยเป็นข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและการปฏิบัติตัวเมื่อออกจากโรงพยาบาล และ 2) สิ่งรบกวนต่างๆ ได้แก่ แสง เสียง สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ความไม่สุขสบายบริเวณที่ทำการสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจและผลกระทบต่างๆ จากความวิตกกังวลดังกล่าวยังส่งผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานมากขึ้นทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นมากกว่าอัตราปกติ ซึ่งค่าปกติอยู่ระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที (Gayton & Hall, 2000) เมื่อหัวใจเต้นเร็วกว่าปกติจะส่งผลให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงและอาจเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตามมาได้ (Hoffman et al., 2008)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ เพศต่างกันความวิตกกังวลจะแตกต่างกันด้วย โดยเพศหญิงจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย (An et al., 2000; Moser et al., 2003) อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ โดยพบว่าผู้ที่อายุมากมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Zhao et al., 2008; Kuhl et al., 2009) สถานภาพสมรสที่ต่างกันจะมีความวิตกกังวลที่ต่างกันด้วย โดยผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมี

ความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสดและหย่าร้าง (An et al., 2000) รายได้มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล พบว่าผู้ที่มีรายได้น้อยมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีรายได้สูง (An et al., 2000) และการศึกษาของ Trotter et al. (2011) พบว่าปัจจัยทำนายความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจครั้งแรก ($b = 4.44$) การมีประสบการณ์เจ็บหน้าอกก่อนการสวนหลอดเลือดหัวใจ ($b = 7.63$) และความวิตกกังวลก่อนการสวนหลอดเลือดหัวใจ ($b = .49$) โดยปัจจัยทั้ง 3 ดังกล่าวสามารถร่วมทำนายความวิตกกังวลได้ร้อยละ 37 ($R^2 = .37$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าทำให้ข้อมูลสามารถลดความวิตกกังวล (โสภา พิศจาร, 2550) และดนตรีบำบัดสามารถลดความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจได้อีกด้วย (Bradt, Dileo, and Potvin, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ พบว่า มีการใช้การบำบัดทางการพยาบาลที่หลากหลาย ซึ่งดนตรีบำบัดเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจวิธีหนึ่งซึ่งไม่ต้องทำการฝึกฝนมีความสะดวกในการใช้งานและมีประสิทธิภาพจึงเหมาะสมกับเหตุการณ์หรือสิ่งที่เป็นภาวะวิกฤต ซึ่ง Feroogy et al. (2015) ศึกษาผลของดนตรีต่อความวิตกกังวลและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้ป่วยขณะได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจโดยให้ฟังดนตรีเป็นเวลา 20 - 40 นาที พบว่า ในกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีระดับความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาพบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจำนวน 26 เรื่อง กลุ่มตัวอย่าง 1,369 คน ของ Bradt et al. (2013) เกี่ยวกับการใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการผ่าตัดหรือสวนหลอดเลือดหัวใจ ก่อน ระหว่างและหลังการได้รับหัตถการ พบว่าดนตรีบำบัดสามารถลดความวิตกกังวลลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .004$) โดยส่งผลในระดับปานกลาง คะแนนความวิตกกังวลลดลงเฉลี่ย 5.87 คะแนน และลดอัตราการเต้นของหัวใจลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) และลดได้ดีถ้าผู้ป่วยสามารถเลือกเพลงฟังได้เอง ($p = .001$) จิราพร ชลธิชาชลาลักษณ์ และคณะ (2551) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวล การตอบสนองทางสรีระ และตัวแปรในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย โดยในระยะทดลองผู้ป่วยได้รับฟังดนตรีบำบัดเสียงธรรมชาตินาน 30 นาที จำนวน 1 ครั้ง และในระยะควบคุมไม่ได้ฟังดนตรีบำบัด พบว่า ขณะที่ได้รับฟังดนตรีบำบัดความวิตกกังวล อัตราการหายใจ และค่าความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดงลดลงมากกว่าขณะไม่ได้ฟังดนตรีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสมุทชาติ ดวงบุบผา, สมจิต หนูเจริญกุล และชาญ เกียรติบุญศรี (2551) ศึกษาผลของประสิทธิภาพของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวล การตอบสนองทางสรีระ ความจุปอด และความอึดตัวของออกซิเจนในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย โดยระยะทดลองให้ฟังดนตรีบำบัดเสียงธรรมชาติที่ผู้ป่วย

ได้เลือกไว้ 1 ครั้ง นาน 30 นาที และระยะควบคุมใส่เครื่องหูฟังโดยไม่มีเสียงดนตรีเป็นเวลานาน 30 นาที พบว่า ระยะที่ผู้ป่วยได้ฟังดนตรีบำบัดมีระดับความวิตกกังวล อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันเลือดซิสโตลิก และความดันเลือดแดงเฉลี่ยลดลงมากกว่าระยะควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังพบว่า การให้ข้อมูลสามารถลดความวิตกกังวลได้เช่นกัน อูราวตี เจริญไชย (2541) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึก และคำแนะนำ สิ่งที่ต้องปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนความวิตกกังวลและมีความรู้สึกเจ็บปวดน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 พฤติกรรมการตอบสนองต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ Chan & Cheung (2003) ศึกษาผลของการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการสวนหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยก่อนสวนหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1 ครั้ง เป็นเวลา 30 นาที พบว่า กลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการสวนหลอดเลือดหัวใจหลังการทดลองมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการลดความวิตกกังวลและใช้การบำบัดวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น การให้ข้อมูล การฟังดนตรีหรือดนตรีบำบัด การจินตนาการ การนวด เป็นต้น และจากประสบการณ์การปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ผ่านมาพบว่า การพยาบาลตามปกติในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก (STEMI) หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉินนั้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจและเมื่อออกจากโรงพยาบาลเป็นเพียงการให้ข้อมูลในระยะสั้นๆ ด้วยเวลาที่รวดเร็วอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ประกอบกับปัจจุบันการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลก่อนการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉินในผู้ป่วย STEMI ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลา door to balloon time และอาการเจ็บหน้าอกที่รบกวนผู้ป่วยในขณะที่ให้การพยาบาล และพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจทำบอลลูนหรือใส่ขดลวดตายแบบฉุกเฉินนั้นเกิดความวิตกกังวลขึ้นตั้งแต่เริ่มมีอาการ การได้รับการวินิจฉัยและการรักษา และต่อเนื่องถึงภายหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงดังได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น และการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้การบำบัดเพียงอย่างเดียวไม่ว่าจะเป็นเฉพาะการให้ข้อมูลหรือเฉพาะดนตรีบำบัดสามารถลดความวิตกกังวลได้ในระดับหนึ่ง เช่น ยุพิน สังฆมณี (2555) ศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลเตรียมพร้อมอย่างมีแบบแผนสามารถลดความวิตกกังวลก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้ และการฟังดนตรีสามารถลดความวิตกกังวลได้เช่นเดียวกัน (Bradt et al., 2013)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการให้การพยาบาลโดยผสมผสานการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ร่วมกับการฟังดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

- 1) ความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
- 2) ความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีแตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกถึงความตึงเครียด หวาดหวั่น กลัว และกังวลของบุคคล ซึ่งเกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณคามหรือทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยที่สิ่งเร้านั้นอาจมีอยู่จริงหรือเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า (Spielberger, 1983) แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety) และความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety) โดยที่ความวิตกกังวลขณะเผชิญ เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับสถานการณ์นั้นๆที่เข้ามากระตุ้น ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เกิดจากการเจ็บป่วยที่รุนแรงอาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิต การรักษา/หัตถการที่ได้รับอย่างเร่งด่วนไม่ทันได้เตรียมตัว ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและโอกาสที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และการปฏิบัติตัวเมื่อออกจากโรงพยาบาล ตลอดจนสิ่งรบกวนต่างๆ ได้แก่ แสง เสียง และสิ่งแวดล้อม ในหอผู้ป่วยวิกฤต การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ความไม่สุขสบายบริเวณที่สวนหลอดเลือดหัวใจ และผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งความวิตกกังวลดังกล่าวสามารถลดได้โดยการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรี

การฟังดนตรีเป็นแนวคิดดนตรีบำบัดในผู้ป่วยวิกฤตของ Chlan & Tracy (1999) โดยการเลือกดนตรีมาใช้ในการสนับสนุนภาวะสุขภาพและการมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งเป็นเสียงของเครื่องดนตรีที่มีลักษณะเป็นดนตรีบรรเลง ไม่มีเนื้อร้อง มีอัตราความเร็วใกล้เคียงกับอัตราการเต้นของหัวใจที่ 60 – 80 ครั้งต่อนาที ในจังหวะเหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ในระดับสมอง เป็นเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ และชักจูงให้ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลลดความสนใจไปสู่นดนตรีโดยใช้การฟังได้ นอกจากนี้ดนตรียังทำให้เกิดความผ่อนคลาย ส่งผลให้เกิดความสบายต่อผู้ป่วยซึ่งทำให้ความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจลดลงด้วย โดยที่การฟังดนตรีนั้นผู้ป่วยเป็นผู้เลือกฟังดนตรีเองตามความชอบส่วนตัว และเมื่อผู้ป่วยได้ฟังดนตรีร่างกายจะส่งสัญญาณประสาทที่ได้ยินจากออร์ดิทอรีคลอเท็กซ์ ไปยังสมองส่วนธาลามัสให้หลั่งสาร Corticotropin releasing hormone ซึ่งมีฤทธิ์ในการยับยั้งการทำงานและลดการกระตุ้นของระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง และดนตรียังไปกระตุ้นสมองส่วนลิมบิกซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมพฤติกรรมให้หลั่งสาร Endorphins ซึ่งเป็นสารสื่อสัญญาณประสาทที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ให้รู้สึกมีความสุขจึงมีผลต่อการช่วยลดความวิตกกังวลและลดอัตราการเต้นของหัวใจลงได้ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายและสบายซึ่งจะส่งผลให้ความวิตกกังวลและช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดีขึ้นพร้อมในการรับข้อมูล (Chlan & Tracy, 1999; Thamo, 2001)

ส่วนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนใช้ทฤษฎีการปรับตัวของตนเอง (Self - regulatory models) ของ Laventhal & Johnson (1983) ที่กล่าวว่า เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้ผู้ป่วยใช้หลักการให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก คำแนะนำและสิ่งที่ต้องปฏิบัติ โดยใช้วิธีการสอนผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้ป่วยเกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (schema) ที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (Cognitive structure) จากการได้รับข้อมูลและสามารถแปลความหมายต่อสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างถูกต้อง จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่คุกคามหรือสิ่งที่เผชิญได้ จึงส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง ในการศึกษาครั้งนี้การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวหลังสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ กิจกรรมและการออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับอาการผิดปกติ

การศึกษาที่ผ่านมาของ พิมพร ลีลาวัฒนกุล (2546) ศึกษาผลของดนตรีประเภทผ่อนคลายต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยให้ฟังดนตรีวันละ

2 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที เป็นเวลา 3 วัน พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการฟังดนตรีมีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในวันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ส่วนวันที่ 2 และวันที่ 3 ไม่แตกต่างกัน จิราพร ชลธิชาลาลักษณ์ และคณะ (2551) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวล การตอบสนองทางสรีระ และตัวแปรในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย โดยในระยะเวลาทดลองผู้ป่วยได้รับฟังดนตรีบำบัดเสียงธรรมชาตินาน 30 นาที จำนวน 1 ครั้ง และในระยะควบคุมไม่ได้ฟังดนตรีบำบัด พบว่า ขณะที่ได้รับฟังดนตรีบำบัด ความวิตกกังวล อัตราการหายใจ และความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดงลดลงมากกว่าขณะที่ไม่ได้รับดนตรีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ สุมลชาติ ดวงบุบผา และคณะ (2551) ศึกษาผลของประสิทธิภาพของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวล การตอบสนองทางสรีระ ความจุปอดและความอึดตัวของออกซิเจนในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย โดยระยะเวลาทดลองให้ฟังดนตรีบำบัดเสียงธรรมชาติที่ผู้ป่วยได้เลือกไว้ 1 ครั้ง นาน 30 นาที และระยะควบคุมใส่เครื่องหุฟังโดยไม่มีเสียงดนตรีเป็นเวลานาน 30 นาที พบว่า ระยะที่ผู้ป่วยได้ฟังดนตรีบำบัด มีระดับความวิตกกังวล อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันเลือดซิสโตลิก และความดันเลือดแดงเฉลี่ยลดลงมากกว่าระยะควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนการให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นการให้ข้อมูลเตรียมพร้อมหรือให้ข้อมูลก่อนการสวนหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ Chan & Cheung (2003) ศึกษาผลการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการสวนหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยก่อนสวนหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1 ครั้ง เป็นเวลา 30 นาที พบว่า หลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้มีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจพบว่ามี การให้ข้อมูลค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่เป็นการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมในการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตหรือจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังเช่น ยุพิน สังขะมณี (2555) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความรู้ ความวิตกกังวล และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลตนเองหลังผ่าตัด พบว่า หลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้มากกว่าก่อนให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลหลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลและคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวหลังการทดลองไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงประยุกต์โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี โดยให้ฟังดนตรีก่อนเป็นเวลานาน 30 นาทีเพื่อคลายความวิตกกังวลและเปิดการรับรู้ของผู้ป่วยให้กว้างขึ้น มีการรับรู้ที่ดีขึ้น จากนั้นจึงให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเป็นเวลา 30 นาที ซึ่งการฟังดนตรีและการให้ข้อมูลนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะหลังสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรกที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต และระยะที่ 2 หลังสวนหลอดเลือดหัวใจ 48 ชั่วโมงแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1) ความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) ความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉิน ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ของกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ST-Elevate Myocardial Infarction) ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 - 59 ปี ที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉินครั้งแรก ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี

ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความวิตกกังวล หมายถึง เป็นความรู้สึกถึงความตึงเครียด หวาดหวั่น กลัวและกังวลของบุคคล ซึ่งเกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณคามหรือทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยที่สิ่งเร้านั้นอาจมีอยู่จริงหรือเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า ซึ่งเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญของบุคคล (State Anxiety) ในระยะหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉินและเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการได้รับการรักษาด้วยการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉิน ความต้องการข้อมูล และสิ่งรบกวนในหอผู้ป่วยวิกฤต ประเมินด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) ของ Spielberger (1983) ซึ่งแปลโดย ธาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภชาติ และ ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ

โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี หมายถึง รูปแบบกิจกรรมทางการพยาบาลอย่างเป็นแบบแผนที่จัดให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นรายบุคคล เพื่อลดความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ ใช้แนวคิดดนตรีบำบัดในผู้ป่วยวิกฤตของ Chlan & Tracy (1999) เลือกดนตรีบรรเลงไม่มีเนื้อร้อง จังหวะใกล้เคียงกับอัตราการเต้นของหัวใจที่ 60 – 80 ครั้งต่อนาที ร่วมกับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง และจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ พัฒนาตามทฤษฎีการปรับตัวเอง (Self - regulatory models) ของ Laventhal & Johnson (1983) แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 หลังสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรก ให้ผู้ป่วยเลือกฟังดนตรีตามความชอบ ซึ่งเป็นดนตรีบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้อง มีจังหวะคงที่ 60-80 ครั้ง/นาที ประกอบด้วย เพลงไทยเดิม เพลงไทยสากล เพลงสากล เพลงพื้นบ้าน โดยใช้เครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติผ่านทางชุดหูฟัง จากนั้นให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในระยะที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ข้อมูลที่ให้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และการปฏิบัติตัวหลังสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นรายบุคคล

ระยะที่ 2 หลังสวนหลอดเลือดหัวใจ 48 ชั่วโมงแรก ให้ผู้ป่วยเลือกฟังดนตรีตามความชอบ ซึ่งเป็นดนตรีบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้อง มีจังหวะคงที่ 60-80 ครั้ง/นาที ประกอบด้วย เพลงไทยเดิม เพลงไทยสากล เพลงสากล เพลงพื้นบ้าน โดยใช้เครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติผ่านทางชุดหูฟัง จากนั้นให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ข้อมูลที่ให้เกี่ยวกับคำแนะนำการ

ดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ กิจกรรมและการออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับอาการผิดปกติเป็นรายบุคคล

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤต และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านด้านการรับประทานยา อาหาร การออกกำลังกาย การเลิกบุหรี่ และการมาตรวจตามนัด เป็นการให้ข้อมูลรายบุคคลเสร็จสิ้นที่โรงพยาบาลในช่วงระยะเวลาสั้นๆเท่านั้น

ประโยชน์ที่ได้รับ

นำโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจเพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญและนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

- 1.1 ความหมาย
- 1.2 สาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
- 1.3 พยาธิสรีรวิทยา
- 1.4 อาการและอาการแสดง
- 1.5 การวินิจฉัย
- 1.6 การแบ่งระดับความรุนแรง
- 1.7 การรักษา
- 1.8 ภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

- 2.1 ความหมายความวิตกกังวล
- 2.2 ประเภทความวิตกกังวล
- 2.3 ระดับความวิตกกังวล
- 2.4 ผลของความวิตกกังวล
- 2.5 การประเมินความวิตกกังวล
- 2.6 ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ
- 2.7 ผลกระทบของความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ

4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

- 4.1 ความหมายของการให้ข้อมูล
- 4.2 ทฤษฎีการปรับตัวของตนเอง (Self – regulatory models)
- 4.3 วิธีการให้ข้อมูล
- 4.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการให้ข้อมูลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

- 4.5 ผลของการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวล
5. แนวคิดเกี่ยวกับดนตรีบำบัด
 - 5.1 ความหมายของดนตรีบำบัด
 - 5.2 กลไกของดนตรีบำบัด
 - 5.3 องค์ประกอบของดนตรีบำบัด
 - 5.4 ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวล
 - 5.5 ผลของอิทธิพลการเลือกฟังดนตรีด้วยตนเองและความพึงพอใจในการฟังดนตรี
6. การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

1.1 ความหมาย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction, [AMI]) หรือภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome, [ACS]) หมายถึง กลุ่มอาการของโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease, [IHD]) หรือโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease, [CAD]) ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เป็นภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจได้รับความเสียหายหรือถูกทำลายจากการขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยง ซึ่งเกิดจากการตีบแคบหรือการอุดตันของเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณนั้นอย่างเฉียบพลัน โดยมีสาเหตุเกิดจากคราบไขมันที่สะสมในผนังหลอดเลือดหัวใจปริแตกและกระตุ้นให้เกิดการรวมตัวของเกร็ดเลือดเป็นลิ่มเลือดทำให้เกิดการตีบแคบหรืออุดตันบริเวณนั้น (อภิชาติ สุคนธสรพร, 2555; สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557) อาการสำคัญที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างเฉียบพลัน เหงื่อออก ใจสั่น หหมดสติ และเสียชีวิตเฉียบพลัน ซึ่งโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

- 1) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ST Elevation Myocardial Infarction, [STEMI]) คือ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment ยกขึ้น ≥ 2 มิลลิเมตร อย่างน้อย 2 Leads ที่ต่อเนื่องกันในผู้ชาย หรือยกขึ้น ≥ 1.5 มิลลิเมตรในผู้หญิงที่ Lead V2-V3 และหรือ ยกขึ้น ≥ 1 มิลลิเมตร ที่ต่อเนื่องกันใน chest leads อื่นและ limb leads หรือเกิด Left Bundle Branch Block (LBBB) ขึ้นใหม่ (European Society of Cardiology, 2017) โดยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรงเฉียบพลัน เจ็บขณะพัก นานมากกว่า 20 นาที หรือรุนแรงมากกว่าเดิม เจ็บร้าวไปบริเวณไกลเคียง เหงื่อออก ใจสั่น หหมดสติ และเสียชีวิตเฉียบพลัน

2) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด Non ST Elevate Myocardial Infarction (NSTEMI) คือ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะไม่พบ ST segment ยกสูง แต่จะพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ ST segment depression (กดตัวต่ำลง) และ/หรือพบ T wave inversion ร่วมด้วย หากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกนานมากกว่า 30 นาที อาจเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด NSTEMI หรือถ้าอาการไม่รุนแรงอาจเกิดเพียงภาวะเจ็บเค้นอกไม่คงที่ (Unstable angina)

1.2 สาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ คราบไขมันที่สะสมในผนังหลอดเลือดหัวใจปริแตกและกระตุ้นให้เกิดการรวมตัวของเกร็ดเลือดเป็นลิ่มเลือดอุดตันบริเวณนั้น หรือหลุดลอยไปส่วนปลายเกิดการตีบแคบ โดยมีปัจจัยที่ทำให้เกิดการสะสมของคราบไขมันที่ผนังหลอดเลือดแดงที่หัวใจและเกิดลิ่มเลือดอุดตันจนเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบ่งออกได้ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

1) อายุ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยเมื่ออายุมากขึ้นความเสี่ยงในการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะเพิ่มมากขึ้นด้วย พบว่าส่วนใหญ่ผู้ชายเมื่ออายุมากกว่า 45 ปี และผู้หญิงเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี มักจะเกิดโรคดังกล่าว (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555; กิตติกร นิลมานันต์ และ จารุวรรณ กฤตย์ประชา, 2558)

2) เพศ เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากในเพศหญิงมีระดับฮอร์โมน Estrogen ในระดับที่สูงกว่าเพศชาย ซึ่งฮอร์โมน Estrogen มีผลในการปกป้องหัวใจ (Cardioprotective effects) แต่เมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเพศหญิงจะมีโอกาสเกิดโรคมมากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน (Smeltzer et al., 2010)

3) การมีประวัติบุคคลในครอบครัวหรือสายเลือดเดียวกันป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวหรือสายเลือดเดียวกันป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมมากกว่าบุคคลที่ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวหรือสายเลือดเดียวกันป่วยเป็นโรคดังกล่าวประมาณ 1.5 เท่า ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม (Burnner et al., 2010; Woods et al., 2010; Smeltzer et al., 2010)

1.2.2 ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงได้

1) ภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับการเกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) โดยเฉพาะผู้ที่มีระดับ Total Cholesterol และ LDL - C สูง (Woods et al., 2010) เมื่อไขมันจับที่ผนังด้านในหลอดเลือดหัวใจและสะสมมากขึ้นจนหนาตัวทำให้หลอดเลือดอุดตันหรือไขมันที่สะสมนั้นปริแตกและกระตุ้นให้เกิดการรวมตัวของเกร็ดเลือดเป็นลิ่มเลือดอุดตันบริเวณนั้น

หรือหลุดลอยไปส่วนปลายเกิดการตีบแคบและอุดตัน โดยผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงหมายถึง ผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์มากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับโคเลสเตอรอลมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับไขมันดี (HDL-C) น้อยกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับไขมันเลว (LDL-C) มากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (Smeltzer et al., 2010)

2) ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงเกิดจากหลอดเลือดแดงมีการแข็งตัว เมื่อผนังหลอดเลือดมีความแข็งมากทำให้แรงดันของเลือดต่อผนังหลอดเลือดสูงขึ้นด้วย และเมื่อแรงบีบตัวของหัวใจทำให้ไขมันที่สะสมในผนังหลอดเลือดมีโอกาสเกิดการปริแตกได้ โดยเฉพาะผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานและผู้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี โดยจะถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่อค่าความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555; Woods et al., 2010)

3) การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยสารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่งสาร Catecholamine มากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นแรงขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้น (Griffin, Kapadia, & Rimmerman, 2012) ส่วนสารคาร์บอนไดร็อกไซด์ จะทำให้เกร็ดเลือดเกาะกลุ่มกันได้ง่ายขึ้นด้วย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) และควันบุหรี่ในสิ่งแวดล้อมที่เรียกว่า Environmental Tobacco Smoke (ETS) หรือควันบุหรี่มือสอง (Secondhand Smoke [SHS]) จะก่อให้เกิดการทำลายผนังของหลอดเลือดแดงและเพิ่มการรวมตัวของเกร็ดเลือดเป็นลิ่มเลือดได้ง่ายขึ้น โดยพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า (Woods et al., 2010)

4) เบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติถึง 5.7 เท่า (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) ซึ่งเกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวเร็วกว่าปกติจากการที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะส่งผลให้ผนังเนื้อเยื่อเอนโดทีเรียลของหลอดเลือดเสียหายที่และมีการเกาะของเม็ดเลือดขาวมากขึ้นก่อให้เกิดการอักเสบและหนาตัวของเยื่อภายในผนังหลอดเลือด (เสาวลักษณ์ พรหมพงศา, 2551)

5) ภาวะอ้วน ผู้ที่มีลักษณะอ้วนลงพุงทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้นและมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้นด้วย โดยรอบเอวที่จัดว่าอ้วนลงพุง คือ รอบเอวมมากกว่า 90 เซนติเมตรในผู้ชาย และมากกว่า 80 เซนติเมตรในผู้หญิง และค่าดัชนีมวลกายสำหรับคนไทย และคนไทย คือตั้งแต่ 23 - 24.9 กก./ตร.เมตร ถือว่าน้ำหนักเกิน และถ้ามากกว่า 25 กก./ตร.เมตร ถือว่าอ้วน (สุรพันธ์ สิทธิสุข และชนัท ครุฑกุล, 2551)

6) การขาดการออกกำลังกาย ผู้ที่ขาดการออกกำลังกายจะทำให้การเผาผลาญในร่างกายไม่ดี การไหลเวียนเลือดไม่สะดวกจึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ซึ่งการออกกำลังกายที่สม่ำเสมออย่างน้อยอาทิตย์ละ 3 วัน เวลาในการออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาทีเป็นต้นไป โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบแอโรบิกจะเพิ่มการเผาผลาญในร่างกาย ลดดัชนีมวลกายที่เกิน ลดโคเลสเตอรอลและไขมันเลวลงได้ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (Woods et al., 2010)

7) ความเครียด/ความวิตกกังวล ระดับความวิตกกังวลที่สูงจะมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Woods et al., 2010) ซึ่งความเครียดและความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ส่งผลต่อร่างกายให้หลั่งสารแคททีโคลลามีนมากขึ้นทำให้มีผลต่อหลอดเลือดในร่างกายทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้น และเพิ่มการรวมตัวของเกร็ดเลือด (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของการแข็งตัวของเลือด การสังเคราะห์ไขมันในร่างกายอีกด้วย (Woods et al., 2010)

8) การมีระดับ Homocysteine ในกระแสเลือดสูง เกิดจากการขาดวิตามินบี6 บี12 และกรดโฟลิกที่ช่วยในการเผาผลาญ Homocysteine หรือจากการได้รับมากเกินไปจากอาหารและยาเป็นต้น ซึ่งระดับ Homocysteine ในกระแสเลือดที่สูงมากกว่า 15 มิลลิโมลต่อลิตรนั้นจะทำให้ผนังหลอดเลือดด้านในถูกทำลาย โดยจะเริ่มขรุขระและจะเริ่มมีไขมันสะสมหนาตัวมากขึ้นจนตีบแคบและอุดตันและนำไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

9) การรับประทานยาคุมกำเนิด จะมีผลให้การแข็งตัวของเลือดเร็วกว่าปกติ โดยเฉพาะยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน ซึ่งมีการศึกษาพบว่าผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ที่ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงถึง 4 – 20 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับประทานยาดังกล่าว (Woods et al., 2010)

โดยพบว่าผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 3 ปัจจัยขึ้นไปนั้นจะมีโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากที่สุด (Woods et al., 2010) และพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั่นเอง

1.3 พยาธิสรีรวิทยา

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะเกิดขึ้นเมื่อมีการขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างยาวนานซึ่งจะทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายและตายในที่สุด โดยพบว่ามีสาเหตุมาจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ทำหน้าที่ส่งเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจนั่นเอง และได้มีการศึกษาถึงลักษณะของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพบว่าจะมีอัตราการเกิดโรคในช่วงเช้าของวัน (Willich et al., 1989) ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย เช่น ความตึงตัวของหลอดเลือด สาร catecholamines การแข็งตัวของเลือด ความต้านทานต่อการสลายตัวของเกร็ดเลือด และการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งปัจจัยต่างๆที่กล่าวมานี้เป็นผลจาก β -adrenergic-receptor blockade (Woods et al., 2010) และพบว่าการสะสมของคราบไขมัน (Plaque) ในหลอดเลือดคือสาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งคราบไขมันดังกล่าวเกิดจากการรวมตัวกันและสะสมกันของไขมันในชั้นของหลอดเลือดบริเวณรอยต่อ fibrous cap กับหลอดเลือดปกติเกิดเป็น atheromatous plaque โดยเฉพาะ plaque ที่มีส่วนประกอบของ cholesterol esterase ร่วมกับมีการเพิ่มขึ้นของแมคโครฟาจจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดเลือด ซึ่งแมคโครฟาจจะสร้างสาร metalloproteases enzyme ซึ่งจะย่อยสลาย extracellular matrix ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือดหัวใจลดจำนวนลงและคราบไขมันมีขนาดโตขึ้น เมื่อเกิดการฉีกขาดหรือปริแตกของก้อนไขมัน (plaque rupture) ในผนังหลอดเลือดจากแรงเสียดสีหรือการอักเสบจะกระตุ้นให้เกิดการรวมตัวกันของเกร็ดเลือด (platelet aggregation) และขบวนการแข็งตัวของเลือดเป็นลิ่มเลือดทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจในที่สุด หากเกิดการอุดตันของหลอดเลือดทั้งหมดจะเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (ST elevate myocardial infarction, [STEMI]) หรือเกิดการอุดตันบางส่วนหรือลิ่มเลือดหลุดลอยไปอุดตันหลอดเลือดหัวใจส่วนปลายจะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด non ST elevate myocardial infarction (NSTEMI) ซึ่งการเกิดโรคสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557)

ระยะที่ 1 ระยะไขมันจับตัวเกิดเป็นคราบไขมัน ลักษณะคราบไขมันจะมีสีเหลือง ประกอบด้วย macrophage และกล้ามเนื้อเรียบ smooth muscle cell ก่อตัวสะสมที่ผนังชั้นในของหลอดเลือดแดง (intima) มีการเพิ่มขึ้นของเม็ดเลือดขาวและ macrophage จากการอักเสบ และคราบไขมันที่เพิ่มจำนวนขึ้น แต่ในระยะนี้ไม่ทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือดผิดปกติจึงไม่แสดงอาการ

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่คราบไขมันเกิดการอักเสบและขยายก้อนใหญ่ขึ้น ระยะนี้ smooth muscle cell เข้าไปรวมตัวกับ Foam cell และ Extracellular matrix เกิดการพอกทับ Fatty streak กลายเป็นคราบไขมัน (plaque) ที่มีลักษณะไขมันสีเหลืองเทา ที่ประกอบด้วย collagen และ smooth muscle cell ที่มีการกระตุ้นให้หลั่งสารต่างๆ เช่น Fibrin, Fibrinogen, White Blood Cell, Albumin, Calcium และ Lipoprotein เป็นต้น

ระยะที่ 3 Ruptured plaque/Complication plaque เป็นระยะที่มีการฉีกขาดหรือปริแตกของคราบไขมัน (plaque) ทำให้มีการกระตุ้นการรวมตัวของเกร็ดเลือดและขบวนการแข็งตัวของเลือดเป็นลิ่มเลือดทำให้เกิดการเกาะกลุ่มเป็นร่างแหของหลอดเลือดและกลายเป็นลิ่มเลือดขนาดใหญ่อุดตันหลอดเลือดหัวใจในที่สุด

1.4 อาการและอาการแสดง

อาการแสดงที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบได้บ่อยมีดังนี้ (National Heart, Lung and Blood Institute : NIH, 2015)

1) อาการเจ็บหน้าอก ที่สัมพันธ์กับกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือ อาการเจ็บแน่นอึดอัดเหมือนมีอะไรมาทับหรือรัดบริเวณกลางอก อาจร้าวไปคอ กรามส่วนล่าง ไหล่ แขน 2 ข้าง โดยเฉพาะข้างซ้าย หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ อาจมีอาการใจสั่น หน้ามืด อาเจียน หมดสติร่วมด้วย โดยจะมีอาการเจ็บหน้าอกติดต่อกันนานมากกว่า 20 นาที หรือเมื่อพักแล้วอาการเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้น

2) อาการหายใจลำบาก คือ การรู้สึกถึงการหายใจไม่เต็มปอด หายใจไม่โล่ง หายใจไม่ปกติ มีอาการเหนื่อยง่ายหายใจลำบากทั้งขณะที่พักและขณะออกแรง นอนราบไม่ได้ โอบมีเสมหะเป็นฟอง กระจายกระสาย ซึ่งอาการเหล่านี้แสดงถึงหัวใจห้องซ้ายทำงานได้น้อยลงและมักเกิดร่วมกับการที่ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง ภาวะหัวใจวายหรือช็อก

3) ความดันโลหิตต่ำหรือช็อก คือ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Diastolic Blood Pressure) ต่ำกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท มักมีอาการเขียวคล้ำ ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีพจรเบา การเต้นของหัวใจอาจช้าหรือเร็ว ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดจากการได้รับความเจ็บปวดจากอาการแน่นหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการอย่างเฉียบพลันทำให้ประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจลดลงอย่างรวดเร็ว หรือจากการตายของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวา ที่มักพบร่วมกับการตายของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายส่วน inferior wall รวมทั้งสาเหตุที่เกิดจากภาวะขาดน้ำเนื่องจากผู้ป่วยอาจมีคลื่นไส้ อาเจียน และดื่มน้ำได้น้อย (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557; เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วิชาดุลย์, กนกพร แจ่มสมบูรณ์และคณะ, 2558)

4) มีไข้ใน 24 ชั่วโมงแรก อาจมีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส จากการอักเสบและการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งไข้จะลดลงเมื่อมีการสร้างเส้นใยของเนื้อเยื่อขึ้นมาปกคลุมบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายนั้นภายใน 3 – 7 วัน (เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ, 2558)

5) คลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการที่เกิดจากความเจ็บปวดรุนแรงจากสาเหตุการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ วัน (เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ, 2558)

ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจำนวนหนึ่งจะไม่ปรากฏอาการแต่อย่างใด (silent myocardial ischemia or silent myocardial infarction) ซึ่งจะพบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือดโดยบังเอิญจากการตรวจร่างกายประจำปี เช่น จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีอาการเจ็บเค้นอกที่เป็นลักษณะเฉพาะ (Typical angina pectoris) ตรงตามตำราโดยสมบูรณ์เพียงประมาณร้อยละ 30 (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557) ซึ่งอาการที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือดมีเพิ่มเติมดังนี้

1. เหนื่อยง่ายขณะออกกำลังกาย ผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยในขณะออกกำลังกาย 2 กลุ่มตามระยะเวลาที่ปรากฏอาการต่อเนื่อง คือ อาการเหนื่อยขณะออกกำลังกายที่เกิดขึ้นเฉียบพลันภายใน 1 – 2 สัปดาห์และผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยขณะออกกำลังกายที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรังมากกว่า 3 สัปดาห์ขึ้นไป

2. กลุ่มอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง

2.1. กลุ่มอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดเฉียบพลัน คือ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มาด้วยอาการเหนื่อยซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ แน่นอึดอัด หายใจเข้าไม่เต็มปอดอาจมีอาการเจ็บเค้นอกร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้

2.2. ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นๆ หายๆ มาเป็นเวลานานส่วนหนึ่งจะเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีพยาธิสภาพกระจายกว้างหรือเคยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายขนาดใหญ่ อาการของผู้ป่วยมักมีทั้งอาการที่เกิดจากหัวใจล้มเหลวทั้งซีกซ้ายและซีกขวา เช่น นอนราบไม่ได้ ต้องตื่นขึ้นมากกลางดึก มีตับโต ขาบวม เป็นต้น

3. อาการหมดสติหรือหัวใจหยุดเต้น ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอาจมาด้วยภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดอาการหมดสติหรือหัวใจหยุดเต้นถึงขั้นเสียชีวิต ถ้าหากไม่ได้รับการกู้ชีพที่ทันท่วงที ประมาณครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตมีสาเหตุจากภาวะกล้ามเนื้อขาดเลือดเฉียบพลันเกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล

1.5 การวินิจฉัย

ในปัจจุบันการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะใช้การซักประวัติร่วมกับการตรวจต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยดังต่อไปนี้ (Bender et al., 2011; European Society of Cardiology, 2017)

- 1) อาการเจ็บหน้าอกที่เข้าได้กับกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
- 2) การมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ที่ผิดปกติ แบ่งเป็นดังนี้

2.1) ST Elevate Myocardial Infarction, (STEMI) คือ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment ยกขึ้น ≥ 2 มิลลิเมตร อย่างน้อย 2 Leads ที่ต่อเนื่องกันในผู้ชาย ยกขึ้น ≥ 1.5 มิลลิเมตร ในผู้หญิงที่ Lead V2-V3 และหรือ ยกขึ้น ≥ 1 มิลลิเมตร ที่ต่อเนื่องกันใน chest leads อื่นและ limb leads หรือเกิด Left Bundle Branch Block (LBBB) ขึ้นใหม่ (European Society of Cardiology, 2017)

2.2) Non ST Elevate Myocardial Infarction (NSTEMI) คือ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะไม่พบ ST segment ยกสูง จะพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ ST segment depression และ/หรือ T wave inversion ร่วมด้วย

2.3) ตรวจพบ Q wave ใน lead V1-V3 หรือ Q wave > 0.3 sec. ใน lead I, II, AVL, AVF, V4 – V6 ที่บ่งบอกถึงกล้ามเนื้อหัวใจตาย

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เฉพาะต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยการตรวจ cardiac biomarker ดังนี้

3.1) Creatine kinase (CK) จะมีค่าสูงขึ้นภายใน 4 – 8 ชั่วโมงหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและลดลงอยู่ในระดับปกติภายใน 3 – 4 วัน ซึ่งมีระดับสูงสุดประมาณชั่วโมงที่ 24 หลังมีอาการ โดยเฉพาะค่า CK-MB ที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจแต่ในปัจจุบันใช้ในการตรวจยืนยันโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันน้อยลง

3.2) Cardiac troponin ในปัจจุบัน High Sensitivity troponin (hs-Tn) ทั้ง hs-troponin T และ hs-troponin I มีความไวและจำเพาะสูงต่อการบาดเจ็บของหัวใจ สามารถวินิจฉัยได้อย่างแม่นยำ ซึ่ง hs-troponin T และ hs-troponin I จะมีค่าสูงขึ้นใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและคงอยู่ที่ 7 – 14 วัน และในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกือบทั้งหมดจะใช้ในการวินิจฉัยร่วมกับ CK/CKMB หรือในกรณีที่ค่า CKMB ปกติ ซึ่งในคนปกติ hs-troponin T ไม่ควรเกิน 0.006 ng/ml ส่วน hs-troponin I ไม่ควรเกิน 0.005 ng/ml

4) Imaging Techniques การตรวจแบบ Noninvasive imaging สามารถช่วยในการวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ดังนี้ (Thygesen, Alpert, & White, 2007)

4.1) การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiogram) ใช้กันแพร่หลายในการประเมินการทำงานของหัวใจ การเคลื่อนไหว การบีบตัว ผนังโครงสร้างของหัวใจ และภาวะแทรกซ้อนจากการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

4.2) Magnetic resonance imaging (MRI) เป็นการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าประเมินหลอดเลือดหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจโดยการฉีดสารทึบแสง contrast เข้าหลอดเลือดแล้วถ่ายภาพด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า

1.6 การแบ่งระดับความรุนแรง

ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจสามารถแบ่งได้ตามการจำแนกต่างๆ ดังนี้

1.6.1 จำแนกตามความสามารถในการทำกิจกรรมและอาการแสดง ของสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก (New York Heart Association, [NYHA]) โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ (American Heart Association, 1994) (The Criteria Committee of the New York Heart Association, 1994 cited in Bennett, Riegel, Bitter, & Nichols, 2002)

Functional class I	ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ คือ ถ้ามีกิจกรรมตามปกติ ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น ใจเต้น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก
Functional class II	มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย คือ ถ้ามีกิจกรรมตามปกติ จะมีอาการอ่อนเพลีย หายใจลำบาก ใจสั่น หรือเจ็บแน่นหน้าอกได้ รู้สึกสุขสบายขึ้นเมื่อได้พัก
Functional class III	มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ชัดเจน คือ ถ้ามีกิจกรรมซึ่งน้อยกว่ากิจกรรมตามปกติ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว จะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บแน่นหน้าอกได้ แต่จะดีขึ้นเมื่อได้พัก
Functional class IV	ไม่สามารถทำกิจกรรมได้จะมีอาการเหนื่อยแม้อยู่เฉยหรือขณะพัก

1.6.2 จำแนกตามแนวทางของ Killip Classification เป็นการแบ่งความรุนแรงของโรคตามภาวะหัวใจล้มเหลวที่พบร่วมด้วย โดยแบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้ (Killip & Kimball, 1967)

Class I	ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวาย
Class II	หัวใจวายปานกลางตรวจร่างกายจะพบ หายใจเร็ว ชีพจรเต้นเร็ว ฟังหัวใจได้เสียง S ₃ หลอดเลือดคอโป่งพอง
Class III	ผู้ป่วยจะหายใจหอบ หัวใจเต้นเร็ว อาการแสดงของน้ำท่วมปอด
Class IV	เกิดภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock) หรือความดันโลหิตต่ำ (systolic < 90 mmHg) มีการหดเกร็งของหลอดเลือดส่วนปลายโดยจะมีอาการมือเท้าเย็น เหงื่อออก มีสีม่วง ซึม ปัสสาวะออกน้อย

แพทย์ผู้ทำการสวนหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่นิยมใช้เกณฑ์การจำแนกตามแนวทางของ Killip Classification ในการจำแนกผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตามภาวะหัวใจล้มเหลวที่พบร่วมกันขณะเกิดโรคโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและสวนหลอดเลือดหัวใจ

1.7 การรักษา

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะก่อให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้นเรื่อยๆตามระยะเวลา หากผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วโอกาสรอดชีวิตจะยิ่งมากขึ้น จุดมุ่งหมายในการรักษาคือ 1) ลดอาการปวดและความวิตกกังวล 2) รักษากล้ามเนื้อหัวใจไว้ให้มากที่สุด และ 3) ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดย European Society of Cardiology (ESC) ได้แนะนำการรักษาในปี ค.ศ. 2017 ดังนี้ (European Society of Cardiology, 2017)

1.7.1 การลดอาการปวด, หอบเหนื่อยและความวิตกกังวล (Relief pain, breathlessness, and anxiety) ด้วยวิธีดังนี้

- 1) การให้ยาบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกด้วยยากลุ่ม opioid ได้แก่ Morphine 2 – 4 mg ทางหลอดเลือดดำ
- 2) การให้ออกซิเจนเพื่อบรรเทาอาการหอบเหนื่อยจะให้ต่อเมื่อผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxemia) คือ O_2 saturation <90% หรือ PaO_2 < 60 mmHg. ปัจจุบันไม่แนะนำการให้ออกซิเจน เช่น O_2 caula ในผู้ป่วยที่ O_2 saturation \geq 90% เนื่องจากการศึกษาพบว่า การให้ routine O_2 จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากขึ้นและเป็นผลเสียต่อผู้ป่วยมากขึ้น
- 3) การลดความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยที่เกิดทั้งจากความปวดและการเจ็บป่วยนั้น การทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นโดยเฉพาะจากเจ้าหน้าที่ทั้งแพทย์และพยาบาลจะส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงได้ หรืออาจเลือกใช้ยา benzodiazepine ในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลรุนแรง

1.7.2 การเปิดหลอดเลือดที่มีการอุดตัน (Reperfusion therapy) ให้เร็วที่สุดภายใน 12 ชั่วโมงหลังมีอาการเจ็บหน้าอก แบ่งออกได้ดังนี้ (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557)

- 1) การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Fibrolytic drug) เป็นการรักษาที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้และแตกต่างจากการรักษาด้วยการสวนหลอดเลือดหัวใจ (Primary percutaneous coronary intervention, [PPCI]) หากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมง หลังเกิดอาการเจ็บหน้าอก (Every, Frederick, Robinson, et al., 1999) หากอยู่ในโรงพยาบาลที่ไม่สามารถทำ PPCI ได้ หรือคาดว่าระยะเวลาในการส่งต่อผู้ป่วยไปทำ PPCI นานมากกว่า 90 นาที และผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยยาที่ใช้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ยาที่ออกฤทธิ์จำเพาะต่อไฟบริน (fibrin specific agents) ได้แก่ Alteplase Tenecteplase ซึ่งมีประสิทธิภาพดีกว่า ยาอีกกลุ่มซึ่งนิยมใช้กันมากเนื่องจากราคาถูกกว่า คือ ยาที่ออกฤทธิ์ไม่จำเพาะต่อไฟบริน (fibrin nonspecific agents) ได้แก่ Streptokinase (SK) ในขนาด 1.5 million Unit ผสมใน NSS 100 ml IV drip มากกว่า 1 ชั่วโมง โดยยาจะไปเปลี่ยน plasminogen เป็น plasmin จากกนั้น plasmin จะย่อยสลาย

fibrinogen และ fibrin ใน thrombus ต่อไป (Bender et al., 2011) ในปัจจุบันมีข้อกำหนดในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด โดยผู้ป่วยควรได้รับยาภายใน 30 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยเดินทางมาถึงโรงพยาบาล (door-to-needle time) (Anman et al., 2004) และผู้ป่วยควรได้รับยาต้านเกร็ดเลือดร่วมด้วย ทั้ง ASA และ clopidogrel โดยทำการ Loading ยา clopidogrel จำนวน 300 มิลลิกรัม ในผู้ป่วยรายที่อายุน้อยกว่า 75 ปี และให้ขนาด 75 มิลลิกรัมในผู้ป่วยรายที่อายุมากกว่า 75 ปี โดยที่การให้ยาละลายลิ่มเลือดสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ major bleeding โดยเฉพาะในสมอง, stroke เป็นต้น (Bender et al., 2011)

2) การรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดโคโรนารี (Percutaneous coronary intervention : [PCI]) เป็นการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดโดยสอดใส่สายสวนชนิดพิเศษผ่านทางผิวหนังเข้าสู่หลอดเลือดทาง femoral หรือ radial artery ไปยังหลอดเลือดหัวใจและฉีดสารทึบรังสีเพื่อหาหลอดเลือดที่อุดตัน จากนั้นทำการขยายหรือถ่างขยายหลอดเลือด โดยการใช้ balloon inflaton ให้ลิ่มเลือดแตกออกเป็นชิ้นเล็ก หรือทำการดูดลิ่มเลือดออกมา หรืออาจตัด/สลายลิ่มเลือดออกมาจนสามารถทำการไหลเวียนเลือดได้ (TIMI Flow grade 3) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกภายใน 12 ชั่วโมง ที่รุนแรงหรืออาการเกี่ยวข้องกับหลอดเลือดแดงหัวใจอุดตันหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโดยที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับยาละลายลิ่มเลือดมาก่อน เรียกว่า Primary Percutaneous coronary intervention (PPCI) โดยมาตรฐานกำหนดให้ทำการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (PPCI) ภายในเวลาไม่เกิน 90 นาทีหลังจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (door-to-balloon time) (Anman et al., 2004; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2557) ซึ่งมีการศึกษาพบว่า การขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ถือเป็นการรักษาที่ดีที่สุดหากไม่มีข้อจำกัด เนื่องจากมีประสิทธิผลดีกว่า เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยพบว่าสามารถเปิดหลอดเลือดได้ร้อยละ 90 เมื่อเทียบกับการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ร้อยละ 50 – 55 (Keeley, Boura, & grines, 2003) โดยแบ่งการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้ดังนี้

1) การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน เป็นการใส่สายสวนที่มีลูกโป่งที่สายไปยังตำแหน่งที่มีการตีบตันและอัดแรงดันให้ลูกโป่งขยายออกกดทับคราบไขมันให้แฟบ แต่พบว่ามีโอกาสเกิดการตีบตันของหลอดเลือดหัวใจซ้ำได้

2) การขยายหลอดเลือดด้วยการใส่ขดลวดตาข่าย เป็นการใส่ขดลวดตาข่าย ค้ำยันไว้ในบริเวณที่มีการตีบตัน มี 2 ชนิด คือ ขดลวดตาข่ายแบบไม่เคลือบยา Bare-Metal Stents (BMS) และขดลวดตาข่ายแบบเคลือบยาไว้ Drug Eluting Stents (DES) ซึ่งยาที่เคลือบไว้จะยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์บริเวณขดลวด ที่จะทำให้เกิด restenosis

ตำแหน่งการใส่สายสวนหลอดเลือดเพื่อฉีดสีและขยายหลอดเลือดหัวใจนิยมทำในตำแหน่งหลอดเลือดแดงใหญ่ ดังนี้

1) หลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ (Femoral artery) เป็นตำแหน่งที่นิยมทำการสวนหลอดเลือดหัวใจกันมาก ซึ่งภายหลังเสร็จสิ้นจากการฉีดสีแพทย์จะนำสายตรวจและท่อนำออกจากหลอดเลือดแล้วกดบริเวณที่แทงหลอดเลือดเพื่อให้เลือดหยุดไหลเป็นเวลา 10 - 15 นาที หลังจากนั้นจะมีหมอนทรายหนักวางทับอีก 2 ชั่วโมงผู้ป่วยจำเป็นต้องนอนราบอยู่กับเตียงห้ามสะโพกข้างที่สวนหลอดเลือดหัวใจ ห้ามลุกนั่ง ห้ามเดินเป็นเวลาอีก 4 - 6 ชั่วโมง ส่วนการสวนเพื่อถ่างขยายและใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจจะได้รับยาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันขณะทำการรักษา ทำให้มีโอกาสเกิดเลือดออกง่ายบริเวณที่สวน ดังนั้นเมื่อเสร็จสิ้นการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจบริเวณขาหนีบแพทย์จะนำสายตรวจออกแต่ยังคงท่อเอาไว้เป็นเวลาอีก 4 - 8 ชั่วโมง หลังจากนั้นแพทย์จึงนำท่อออกแล้วกดแผลไว้เพื่อให้เลือดหยุดไหลเป็นเวลา 10 - 15 นาที โดยผู้ป่วยจะต้องนอนอยู่บนเตียงห้ามงอสะโพกข้างที่สวน ห้ามลุกนั่งอีก 6 - 8 ชั่วโมง โดยรวมแล้วผู้ป่วยต้องนอนอยู่บนเตียง ห้ามงอสะโพก ห้ามลุกนั่งเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 10 - 16 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออกเป็นจำนวนมาก เกิดเป็นก้อนเลือด เป็นต้น

2) หลอดเลือดแดงบริเวณข้อมือ (Radial artery) ปัจจุบันการสวนหลอดเลือดหัวใจนิยมทำบริเวณหลอดเลือดแดงตำแหน่งข้อมือด้านนิ้วหัวแม่มือ (Radial artery) มากขึ้นเนื่องจากเป็นหลอดเลือดแดงขนาดเล็กและอยู่ตื้น ซึ่งภายหลังเสร็จสิ้นการสวนหลอดเลือดหัวใจทั้งฉีดสีและถ่างขยายหลอดเลือดสามารถนำทั้งสายตรวจและท่อนำออกได้ทันที จากนั้นกดห้ามเลือดแล้วปิดแผล หรือใส่อุปกรณ์กดห้ามเลือดและป้องกันการงอข้อมือ โดยผู้ป่วยห้ามงอข้อมือข้างที่สวนหลอดเลือดเป็นเวลา 6 - 8 ชั่วโมง และห้ามยกของหนักหรือใช้ข้อมือมากเกินไป ภายใน 24 ชั่วโมง หลังการสวน ซึ่งข้อดีของการสวนหลอดเลือดหัวใจบริเวณนี้ คือ โอกาสที่จะเกิดอันตรายต่อหลอดเลือด ปัญหาการเกิดเลือดออกพบได้น้อยกว่าการสวนบริเวณขาหนีบ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถทำกิจกรรมได้บางส่วนสะดวกกว่าด้วย

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญซึ่งเกิดจากการสวนหลอดเลือดหัวใจเพื่อถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตัน (Woods et al., 2010) ได้แก่

1) หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmia) เช่น Ventricular fibrillation, Ventricular tachycardia, Bradycardia

2) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะคาสวนและภายหลังนำสายสวนออก แบ่งเป็น

- ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรก (Early complication) เช่น Hematoma, Groin bleeding, Retroperitoneal bleeding, เป็นต้น

- ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลัง 24 ชั่วโมง (Late complication) ซึ่งเกิดขึ้นภายใน 1 - 30 วัน หลังสวนหลอดเลือดหัวใจ เช่น Femoral pseudoaneurysm, Arterovenous fistula, Femoral artery thrombosis, Embolism เป็นต้น

- 3) การติดเชื้อจากการสวนหลอดเลือดหัวใจ
- 4) การกลับมาตีบซ้ำ (restenosis) ของหลอดเลือดหัวใจ
- 5) เสียชีวิตกระทันหันจากหัวใจเต้นผิดจังหวะพบได้ร้อยละ 0.1 - 0.45
- 6) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) พบได้ร้อยละ 0.03 - 0.25
- 7) ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

การศึกษาค้นคว้านี้ได้เลือกผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการสวนหลอดเลือดหัวใจเนื่องจากการรักษาที่เร่งด่วน มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหลังสวนหลอดเลือดหัวใจทั้งร่างกายและจิตใจ

1.8 ภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งผู้ป่วย STEMI และ NSTEMI มีดังนี้ (Woods et al., 2010; Bender et al., 2011)

1) ผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างผิดปกติ (ventricular septal defect, [VSD]) ได้แก่ ผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายฉีกขาด, ภาวะลิ้นหัวใจไมตรัลรั่วเฉียบพลัน (acute mitral regurgitation, ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจผิดปกติ (pericarditis)

2) หัวใจเต้นผิดปกติ การขาดเลือดอย่างเฉียบพลันเกิดของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้การทำงานของกระแสไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ เช่น Ventricular tachycardia, AV block, bradycardia

3) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) จากการขาดเลือดไปเลี้ยงหัวใจเป็นเวลานานหรือไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างรวดเร็วจนเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เกิดภาวะหัวใจวายจะมีโอกาสเสียชีวิตถึง 1 ใน 3

4) ภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อย โดยเกิดจากปริมาณเลือดที่หัวใจปั๊มตัวส่งออกของหัวใจห้องล่างซ้ายต่อนาทีลดลง พบได้ถึงร้อยละ 40

2. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

2.1 ความหมายความวิตกกังวล

มีผู้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ ดังนี้

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2537) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัด ไม่สบาย เกรงว่าจะมีสิ่งร้ายหรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตัวเอง

พิมพ์ร ลีละวัฒนากุล (2546) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ หงุดหงิด ตึงเครียด หวาดหวั่น กลัวและกังวล ซึ่งไม่สามารถบอกสาเหตุได้แน่ชัด เกิดจากการประเมินสิ่งเร้าว่าคุณคามหรืออาจเกิดอันตรายต่อตนเอง และกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติให้ทำงานมากขึ้น

ธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์ (2556) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นภาวะทางจิตใจ ความตึงเครียดทางอารมณ์ ไม่สบายใจกับสิ่งที่มาคุกคาม หรือการคาดการณ์ล่วงหน้า ทำให้บุคคลมีปฏิกิริยา โดยการแสดงออกทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์เมื่อเผชิญกับสิ่งคุกคามนั้น

Spielberger (1983) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกถึงความตึงเครียด หวาดหวั่น กลัวและกังวลของบุคคล เกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณคามหรือทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองโดยที่อาจมีอยู่จริงหรือเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า

Peplua (1999) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งคุกคามทางจิตใจที่ทำให้เกิดความเครียดในรูปแบบพลังงาน ที่ไม่สามารถกำหนดหรือสังเกตได้

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลหมายถึง ความรู้สึกถึงความตึงเครียด กลัว กังวลและไม่สบายใจของบุคคล ที่เกิดจากการประเมินหรือคาดคะเนสิ่งเร้าที่ได้รับหรือเข้ามากระทบว่าคุณคามหรือทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองโดยที่อาจมีอยู่จริงหรือเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจ

2.2 ประเภทความวิตกกังวล

Spielberger (1983) ได้แบ่งความวิตกกังวลในเชิงจิตวิทยาออกเป็น 2 ชนิด คือ

1) ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับสถานการณ์นั้นที่เข้ามากระตุ้นให้เกิดความไม่พึงพอใจหรืออยู่ในอันตราย พฤติกรรมการสนองตอบต่อเหตุการณ์ที่เรียกว่าอยู่ในภาวะวิตกกังวล คือ ความไม่สุขสบาย หวั่นวิตก กระวนกระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานมากกว่าปกติ ซึ่งความรุนแรงและความยาวนานของภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับพื้นฐานนิสัยวิตกกังวลที่ประกอบอยู่ในบุคลิกภาพและประสบการณ์ในอดีต

2) ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) เป็นลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลซึ่งปรากฏเป็นส่วนหนึ่งบุคลิกภาพเป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคลซึ่งประกอบอยู่เป็นพื้นฐานอารมณ์ ความวิตกกังวลในลักษณะนี้จะไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งโดยตรง แต่เป็นลักษณะแฝงและจะเป็นตัวเสริมหรือเป็นตัวเพิ่มระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญในแต่ละครั้ง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) ตามแนวคิดของ Spielberger (1983) ในการศึกษาความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉินและเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เกิดจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินและได้รับการรักษาที่เร่งด่วน ความต้องการข้อมูล การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ความไม่สุขสบายบริเวณที่ทำการสวนหลอดเลือดหัวใจ และการที่ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล

2.3 ระดับความวิตกกังวล

ระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระดับ (Peplua, 1999) ดังนี้

1) ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่พบได้ในชีวิตประจำวันทำให้เกิดการตื่นตัว ประสาทสัมผัสทั้ง 5 รับรู้ดีขึ้น ส่งผลให้มีการมองเห็น การได้ยิน สมาธิและความจำของบุคคลดีขึ้น มีการรับรู้ที่รวดเร็ว และสามารถให้ความสนใจเฉพาะเรื่องที่ตนต้องการได้ จึงสามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังมีผลในการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติให้ทำงานมากขึ้น จึงพบการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ อารมณ์ และพฤติกรรมได้เล็กน้อย เช่น ปากแห้ง กล้ามเนื้อตึงตัวขึ้น รุ่มาตาหดตัว มือเท้าเย็น อารมณ์หงุดหงิด สัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลง โดยอัตราการเต้นหัวใจเร็วขึ้น การหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้จะหายไปได้ในเวลารวดเร็ว โดยที่บุคคลสามารถควบคุมและจัดการตนเองได้ หรืออาจต้องให้มีการช่วยเหลือสนับสนุนเพียงเล็กน้อย

2) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (moderate anxiety) เป็นความวิตกกังวลในระดับที่สูงขึ้น ส่งผลให้การรับรู้ของบุคคลแคบลงและเลือกรับรู้เจาะจงในส่วนที่สนใจหรือต้องการเท่านั้น และยังก่อให้เกิดความสามารถในการมองเห็น การได้ยินหรือสัมผัสต่างๆ ลดลงด้วย ถึงแม้ความสามารถในการเรียนรู้และการแก้ปัญหาจะยังคงไม่เปลี่ยนแปลง แต่ประสิทธิภาพในการตัดสินใจและการนึกคิดไม่ได้อยู่ในระดับสูงสุด จึงทำให้ต้องใช้สมาธิมากขึ้นหรืออาศัยการประคับประคองช่วยเหลือสนับสนุนจึงจะสำเร็จลุล่วงสามารถแก้ไขหรือเผชิญปัญหาได้ โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเพิ่มมากขึ้น คือ รู้สึกตึงเครียด ใจสั่น สัญญาณชีพเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นหัวใจเร็วขึ้น มีอาการไม่

สุขสบายทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร ถ่ายปัสสาวะบ่อย เสียงสั่น กระวนกระวาย สีหน้าแสดงออกถึงความสนใจหรือกังวลห่วงใยเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

3) ความวิตกกังวลระดับสูง (severe anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้ทำให้การเรียนรู้และรับรู้แคบลงอย่างมาก เกิดการเลือกสนใจเลือกเฉพาะบางส่วนมากขึ้นและหมกมุ่นครุ่นคิดในรายละเอียดมากเกินไป บุคคลจะตกอยู่ในความกลัวอย่างมากทำให้ความสามารถในการรับรู้และการแก้ปัญหายากขึ้น ทำให้บุคคลบางรายอาจเกิดความสับสนจากการมองบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปหรือบิดเบือนจากความเป็นจริงอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ กระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่ง ย้ำคิดย้ำทำ ความจำหรือสมาธิไม่ดี พูดมากหรือพูดเร็ว เนื้อตัวและเสียงสั่น พฤติกรรมแสดงออกมักจะเป็นลักษณะการตอบโต้อย่างอัตโนมัติเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลนั้น โดยพบอาการแสดงออกทางสรีระที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทมากขึ้น เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง นอนไม่หลับ หัวใจสั่นเร็วและเต้นเร็ว สัญญาณชีพเพิ่มขึ้น ท้องเดิน ท้องผูก เป็นต้น มีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย เปลี่ยนแปลงเร็ว บางรายอาจบกพร่องในบทบาทหน้าที่ทางสังคม

4) ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (panic anxiety) เป็นความวิตกกังวลในภาวะหวาดหวั่นถึงขีดสุด บุคคลไม่สามารถควบคุมหรือช่วยเหลือตนเองได้เลย เกิดการรับรู้แคบมากที่สุดหรือไม่มีเลย สูญเสียการเรียนรู้และไม่สามารถเผชิญหรือแก้ไขปัญหาได้ มีการรับสัมผัสและความคิดผิดไปจากความจริงอย่างมากหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย ทำให้อาจมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนเกิดขึ้นได้ชั่วขณะ และร่างกายเกิดการสะสมพลังงานเป็นอย่างมากจึงทำให้แสดงพฤติกรรมไม่เคຍกระทำหรือแปลกไปจากเดิม เช่น ร้องตะโกน กรีดร้อง ต่อสู้ทำร้ายหรือวิ่งหนีเตลิดไร้จุดหมายแยกตัว ตกตะลึงแน่นิ่ง เป็นต้น และพบการเปลี่ยนแปลงทางสรีระโดยเกิดความสับสนของสัญญาณชีพ การทำงานของอวัยวะต่างๆไม่เป็นระบบ รุ่มาตาขยายกว้าง นอนไม่หลับ พูดสื่อสารไม่รู้เรื่อง อารมณ์หวาดกลัว โกรธ ก้าวร้าวอย่างรุนแรงเป็นอันตรายต่อตัวเองและผู้อื่น และภายหลังอาการสงบมักจะรู้สึกอ่อนเพลียสูญเสียกำลังไปอย่างมากหรืออาจตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าจนคิดทำร้ายตัวเอง

ซึ่งจะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางจะก่อให้เกิดผลในทางสร้างสรรค์ต่อบุคคลโดยจะกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และรับรู้รวมถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่างและสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ส่วนความวิตกกังวลในระดับสูงและรุนแรงนั้นเป็นระดับที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้และรับรู้ได้แคบมากทำให้ ความสามารถในการไขปัญหาหรือสถานการณ์น้อยลงหรือไม่สามารถแก้ไขได้ และมีผลต่อการปรับตัวและการแสดงออกที่ผิดปกติทั้งด้านร่างกายจิตใจ

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ถึงระดับสูงเท่านั้น เนื่องจากผู้ที่มีความวิตกกังวลในระดับรุนแรง (panic anxiety) นั้นผู้ป่วยมีอาการหรือพฤติกรรมแสดงออกที่ควบคุมไม่ได้จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาโดยแพทย์ ส่วนความวิตกกังวลระดับเล็กน้อยนั้นเกิดขึ้นได้ทั่วไปและจะหายไปอย่างรวดเร็ว

2.4 ผลของความวิตกกังวล ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆในร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นผลมาจากการที่สมองส่วนซีรีบริรัมน์จะกระตุ้นต่อมพิทูอิทารีและไฮโปทาลามัส ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้

2.4.1 ผลการเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนอิพิเนพริน, ฮอร์โมนนอร์อิพิเนพริน และอะดรีโนคอร์ติคอลฮอร์โมนออกสู่กระแสเลือดมากขึ้น ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้มีผลต่อการควบคุมความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ โปตัสเซียมและโซเดียมในเลือด และการเผาผลาญอาหารในร่างกายจำพวกไขมัน โปรตีน ในร่างกายเพิ่มมากขึ้นและมีผลต่อการเต้นของหัวใจ (Resbrough & Stein, 2006)

2.4.2 ผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา ระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นส่งผลให้ระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้นให้เกิดการหลั่งสาร catecholamine ออกสู่กระแสเลือดมากขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลง คือ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น การหายใจลึกและเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ประจำเดือน ปัสสาวะบ่อย ปากแห้ง ความอยากอาหารลดลง เหงื่อออกตัวเย็น ผิวหนัง ซีดเย็น ม่านตาขยายใหญ่ กล้ามเนื้อเกร็ง ตัวสั่น (Resbrough & Stein, 2006)

2.4.3 ผลต่อการรับรู้ สมาธิและความจำ เมื่อเกิดความวิตกกังวลเกิดขึ้นความสามารถในการรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ หู ตา จมูก ลิ้น และผิวหนัง จะลดลงตามระดับที่เพิ่มขึ้นของความวิตกกังวล นอกจากนี้ความวิตกกังวลเล็กน้อยจะมีผลให้มีสมาธิและความจำดีขึ้น แต่ความวิตกกังวลในระดับสูงและรุนแรงจะมีสมาธิและความจำลดลง (Peplua, 1999)

2.4.4 ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เป็นผลของความรู้สึกขัดแย้งและไม่แน่ใจที่จะแสดงออกทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ ความรู้สึกอึดอัดใจ กังวล ไม่สบายใจ หวาดหวั่น หงุดหงิด มีความโกรธ อาจมีอาการเศร้า เนื่องจากบุคคลนั้นพยายามที่จะหาทางออกเพื่อผ่อนคลายหรือหลบหนีจากความวิตกกังวล (Peplua, 1999)

2.4.5 ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม บุคคลที่เกิดความวิตกกังวลขึ้นจะแสดงออกทางพฤติกรรมได้ทั้งท่าทางและภาษา ได้แก่ การแสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่าย นั่งเฉย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ก้าวร้าวเอะอะ พุดหรือถามซ้ำในเรื่องเดิม หลับตาหรือกลอกตาไปมา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมซ้ำๆ ไม่ให้ความร่วมมือในการกระทำกิจกรรมต่างๆ หรืออาจมีการใช้สารเสพติด เพื่อให้ตนเองสามารถเผชิญกับความวิตกกังวลนั้นได้

2.5 การประเมินความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลนั้นสามารถส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม การประเมินระดับความวิตกกังวลสามารถประเมินได้หลายวิธี ดังนี้

2.5.1 ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of anxiety) โดยดูจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกายที่เป็นสัญญาณชีพ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต การขยายของรูม่านตา การมีเหงื่อออก (Stuart & Sundeen, 1995) การวัดต้องมีเครื่องมือเฉพาะ เช่น เครื่องวัดอัตราการเต้นของหัวใจ เครื่องวัดชีพจร เป็นต้น (Varcarolis & Halter, 2010)

2.5.2 ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral measure of anxiety) โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงด้านการเคลื่อนไหว ท่าทาง ภาษากาย คำพูด สมาธิ ซึ่งเกิดจากความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกนั้นสะท้อนมาจากอารมณ์ภายใน ได้แก่ แบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมของ Graham & Conley (1971 อ้างถึงใน รัชชก ทองน้ำวน, 2549) จะประเมินลักษณะการแสดงออกทางด้านพฤติกรรม เช่น กัดเล็บหรือกัดปาก มือสั่น เป็นต้น การแสดงออกทางการพูด เช่น พูดเร็วขึ้น พูดตะกุกตะกัก เป็นต้น

2.5.3 การวัดโดยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลตามความรู้สึกที่ตนรับรู้ โดยให้ตอบตามความรู้สึกของตนเองแล้วนำมาประเมินระดับของความวิตกกังวล ที่นิยมใช้กันมาก ได้แก่

2.5.3.1 State-Trait Anxiety Inventory Form Y (STAI Form Y) (1983) พัฒนาขึ้นโดย Spielberger ตั้งแต่ปี ค.ศ.1977 และปรับปรุงแก้ไขใหม่ในปี 1983 แบบวัดนี้จะแยกประเมินความวิตกกังวลเป็น 2 ตอน คือ

1) ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Form Y-1) มีข้อความ 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางบวก 10 ข้อ และข้อความทางลบ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัด Rating scale 4 ระดับ จากไม่มีความรู้สึกนั้นเลยจนถึงมีมากที่สุด คะแนนรวมต่ำสุด 20 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด 80 คะแนน

2) ความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety Form Y-2) มีข้อความ 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางบวก 13 ข้อ และข้อความทางบวก 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัด Rating scale 4 ระดับ จากไม่มีความรู้สึกนั้นเลยจนถึงมีมากที่สุด คะแนนรวมต่ำสุด 20 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด 80 คะแนน

แบบวัดนี้ใช้แพร่หลายในผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Grimm, 1997 อ้างถึงใน สิริวรรณ ชูจตุโร, 2552) หรือในผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยพิมพ์ ลีลา วัฒนากุล (2547) ได้นำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) ของ Spielberger

(1983) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต (2534) ไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่รักษาในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 6 ราย ได้ค่าความเที่ยง .85 และสิริวรรณ ชูจตุโร (2552) นำไปทดสอบกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจำนวน 20 คน ได้ค่าความเที่ยง 0.84

2.5.3.2 Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) พัฒนาขึ้นโดย Zigmon & Snaith (1983 อ้างถึงใน ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตะกุล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช , 2539) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 14 ข้อคำถามใช้ประเมินความวิตกกังวลและความซึมเศร้าอย่างละ 7 ข้อ การให้คะแนนแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 โดยแยกเป็นส่วนของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 21 แบ่งระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตะกุล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) ได้นำแบบ ประเมิน HAD ฉบับภาษาไทยไปทดสอบในผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 60 ราย ได้ค่าความเที่ยง 0.85 สำหรับ anxiety sub-scale และ 0.82 สำหรับ depression sub-scale

2.5.3.3 แบบประเมินความวิตกกังวลแบบมาตรวัดสายตา (Visual analog scale) ของ Gaberson (1991) เป็นแบบสอบถามความรู้สึกที่เป็นเส้นตรงมีความยาว 10 เซนติเมตร กำหนดความวิตกกังวลตั้งแต่ไม่มีเลยที่บริเวณตำแหน่งปลายปิดด้านซ้ายมือ และเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆไปทางขวามือจึงถึงตำแหน่งปลายปิดด้านขวามือจะตรงกับความวิตกกังวลมากที่สุด ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายลงบนเส้นที่แสดงถึงความวิตกกังวลในขณะนั้น โดยมีศึกษาของ อุบล จ้วงพานิช และคณะ (2555) นำไปทดสอบประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัดจำนวน 10 คน ด้วยวิธีทดสอบซ้ำ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.907

เนื่องจากความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจเกิดการเผชิญสิ่งคุกคามต่างๆที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ในขณะนั้น ได้แก่ การเจ็บป่วยที่รุนแรง หัตถการที่ได้รับ ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวเมื่อออกจากโรงพยาบาล การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ความไม่สุขสบายบริเวณที่ทำการสวนหลอดเลือดหัวใจ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย แสง สี เสียงต่างๆในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเข้าได้กับแนวคิดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger (1983) ดังกล่าวข้างต้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) ของ Spielberger (1983) ที่มีการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงและยอมรับได้ มาใช้ในการวัดความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.6 ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ

มีการศึกษาถึงสาเหตุของความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจอย่างหลากหลาย ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉินมีสาเหตุแตกต่างกันไปในแต่ละระยะ คือ ระยะที่มีอาการของโรค ระยะที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษา และระยะหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจและเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ดังนี้

2.6.1 ความหมายของความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความรู้สึกถึงความตึงเครียด หวาดหวั่น กลัวและกังวลของบุคคล ซึ่งเกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณค่าหรือทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยที่สิ่งเร้าที่นั้นอาจมีอยู่จริงหรือเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า ซึ่งเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญของบุคคล (State Anxiety) ในระยะหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉินและเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการได้รับการรักษาด้วยการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉิน ความต้องการข้อมูล และสิ่งรบกวนในหอผู้ป่วยวิกฤต

2.6.2 ลักษณะของความวิตกกังวล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

2.6.2.1 ลักษณะความวิตกกังวลระยะที่มีอาการของโรค คือ ความวิตกกังวลที่เกิดจากอาการเจ็บแน่นหน้าอกจากอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันทันด่วน ไม่คาดการณ์มาก่อน เป็นภาวะวิกฤต ฉุกเฉิน ที่คุกคามและเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ป่วยจะรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บแน่นหน้าอก รู้สึกปวดรุนแรง และรู้สึกหายใจไม่ออก (กรรทิมา ศรีจันทร์, 2552; เอ็มเดือน นิลพฤษ, 2559) รู้สึกกลัว กลัวตายหรือพิการ กลัวตายคนเดียว ไม่มีคนช่วยเหลือ (ชวนพิศ ทำนอง, 2541) ไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเอง ไม่สามารถคาดการณ์และควบคุมได้ และเนื่องจากหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดของร่างกายย่อมส่งผลต่อความรู้สึกวิตกกังวลมากกว่าอวัยวะอื่นๆ (พิมพ์ร ลีลาวัฒนกุล, 2546)

2.6.2.2 ลักษณะความวิตกกังวลระยะที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษา แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

2.6.2.2.1 ความวิตกกังวลระยะที่ได้รับการวินิจฉัย คือ ความวิตกกังวลที่เกิดจากการกระบวนกรขั้นตอนการวินิจฉัยโรคที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วตามช่องทางด่วนของโรค (fast track) ตั้งแต่การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และเมื่อได้รับฟังการวินิจฉัยโรคว่าป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การรับรู้ถึงอันตรายของโรค ผลกระทบของโรค รู้สึกเกี่ยวกับความเป็นความตาย กลัวตาย กลัวพิการ รู้สึกว่าคุณค่าชีวิตและไม่แน่นอนในชีวิต รู้สึกถึงการดำเนินชีวิตที่ต้องเปลี่ยนไป ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (เป็น รักเกิด, 2550; กรรทิมา ศรีจันทร์, 2552; เอ็มเดือน นิลพฤษ, 2559)

2.6.2.2.2 ความวิตกกังวลระยะที่ได้รับการรักษา คือ ความวิตกกังวลจากการรักษาหลังการวินิจฉัยโรคมักก่อให้เกิดความวิตกกังวลแตกต่างกันออกไปตามการรักษาที่ได้รับ แบ่งเป็น

1) การรักษาด้วยการสวนหลอดเลือดหัวใจอย่างเร่งด่วนฉุกเฉินไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ในกรณีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดอย่างเร่งด่วน ด้วยการสวนหลอดเลือดหัวใจเพื่อทำการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการทำบอลลูนหรือใส่ขดลวดตาข่ายภายใน 90 นาทีหลังผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล แพทย์จะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นในการสวนหลอดเลือดหัวใจ และผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการสวนหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการสวนหลอดเลือดหัวใจอย่างรวดเร็วจากแพทย์และพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นการเจาะเลือดและติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้สารน้ำตามแผนการรักษา การงดน้ำและงดอาหาร การทำความสะอาดร่างกายบริเวณที่จะสวนหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งนิยมทำที่หลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบและข้อมือ การประสานงานห้องสวนหลอดเลือดหัวใจ และหอบผู้ป่วยหนักโรคหัวใจเพื่อเตรียมความพร้อม ทำให้มีความรู้สึกกลัวตาย มีความคิดเกี่ยวกับความเป็นความตาย กลัวพิการ รู้สึกปวด ตื่นเต้น รู้สึกกลัวการรักษาที่จะเกิดขึ้นเนื่องจากการสวนหลอดเลือดหัวใจเป็นประสบการณ์ที่ไม่ได้ทันตั้งตัวหรือเตรียมตัวมาก่อน เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วปัจจุบันทันด่วน และรู้สึกอึดอัดที่ต้องเปิดเผยร่างกาย มีความเข้าใจว่าการสวนหลอดเลือดหัวใจเป็นการผ่าตัด ต้องดมยาสลบ กลัวการใส่สายสวน (กรรทิม่า ศรีจันทร์, 2552) รู้สึกได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไม่เพียงพอ รู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค (วิรัชรอง นาทองคำ, 2543) กลัวว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจนถึงขั้นเสียชีวิตจากการสวนหลอดเลือดหัวใจ (De Jong-Watt & Arthur, 2005; Caldwell, Arther, Natarajan, & Anand, 2007) รวมทั้งไม่ทราบรายละเอียดและขั้นตอนระหว่างตรวจสวนหัวใจ (ทองทิพย์ ดำรงวัฒน์ และจรรยา ตันติธรรม, 2539) ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลนี้มีมาอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่เกิดอาการของโรคและการวินิจฉัย

2) การรักษาที่ไม่ใช่การรักษาด้วยการสวนหลอดเลือดหัวใจอย่างเร่งด่วนฉุกเฉิน กรณีโรคกล้ามเนื้อหัวใจที่ไม่ต้องรักษาด้วยการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉิน ซึ่งจะได้รับรักษาด้วยยา การบรรเทาอาการปวดจากการเจ็บแน่นหน้าอก และแพทย์จะทำการนัดมาสวนหลอดเลือดหัวใจอีกครั้งหนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยมีเวลาในการเตรียมตัวเตรียมใจที่จะเข้ารับการสวนหลอดเลือดหัวใจ ได้รับการเตรียมตัวมาล่วงหน้าเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัว มีเวลาในการทำใจยอมรับมาก่อนแล้ว ความวิตกกังวลจึงแตกต่างกับผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับรับการสวนหลอดเลือดหัวใจอย่างเร่งด่วนในทันที โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงมีความวิตกกังวลในเรื่องอาการเจ็บหน้าอกที่อาจจะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา คาดการณ์ไม่ได้ (ทองทิพย์ ดำรงวัฒน์ และจรรยา ตันติธรรม, 2539) มีความวิตก

กังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนในชีวิต วิธีการทำหัตถการ กลัวว่าจะเสียชีวิตขณะฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (De Jong-Watt & Arthur, 2005)

2.6.2.3 ระยะเวลาหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจและเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต คือ ความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจและเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นความวิตกกังวลตั้งแต่มีอาการเจ็บป่วยและการวินิจฉัยตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน การรักษาด้วยการสวนหลอดเลือดหัวใจที่ห้องสวนหลอดเลือดหัวใจต่อเนื่องมาจนถึงหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจและเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากต้องเผชิญกับสถานที่แปลกใหม่ เจ้าหน้าที่กลุ่มใหม่ การมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ที่ไม่คุ้นเคย มีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ต้องติดตามตัวระโยงระยาง ต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและไม่สามารถงอบริเวณที่สวนหลอดเลือดหัวใจ จำกัดกิจกรรมอยู่บนเตียงทำให้ต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพ รู้สึกปวดบริเวณที่สวนหลอดเลือด รู้สึกเมื่อยตามตัว รู้สึกอึดอัดรำคาญใจ ทุกข์ทรมานใจ รู้สึกกลัว วิตกกังวลว่าอาการจะกำเริบได้ตลอดเวลา กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย และกังวลที่ทำให้ครอบครัวต้องเป็นห่วง (กรรพิตมา ศรีจันทร์, 2552) และสิ่งแวดล้อม แสง เสียง กิจกรรมการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตยังส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลอีกด้วย (Eillott, 1994) และวิตกกังวลเกี่ยวกับความต้องการทราบผลของการสวนหลอดเลือดหัวใจและต้องการทราบโอกาสที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ต้องการทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อออกจากโรงพยาบาล และวิตกกังวลจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ความไม่สุขสบายจากบริเวณแผลที่ทำการสวนหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ยังวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการสวนหลอดเลือดหัวใจของตนเองและการนัดมาสวนหลอดเลือดหัวใจอีกครั้งด้วย (Trotter et al., 2011)

2.6.3 สาเหตุความวิตกกังวล จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่าความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจและเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีสาเหตุ 2 ประการ คือ

2.6.3.1 ความต้องการข้อมูล ข้อมูลที่ต้องการนั้นเกี่ยวข้องกับผลของการสวนหลอดเลือดหัวใจและโอกาสที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ยังต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยต้องออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน (Trotter et al., 2011) ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ

1) ระยะเวลาหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรกและพักรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวหลังสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต

2) ระยะเวลาหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ คำแนะนำการดูแลตนเองเมื่อออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ ด้านโภชนาการ กิจกรรม และการออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับอาการผิดปกติ

2.6.3.2 สิ่งรบกวน หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยจะได้รับการรบกวนจากสิ่งต่างๆทั้งภายในและภายนอกตัวผู้ป่วยเอง ดังนี้

2.6.3.2.1 สิ่งรบกวนภายนอก ได้แก่

1) สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ แสงไฟ และเสียงรบกวนจากเครื่องมือและกิจกรรมการพยาบาลและการรักษาต่างๆ เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยรอบตัว ถือเป็นความเสี่ยงสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยของผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้ (Elliot, 1994)

2) การได้รับหัตถการและการรักษา ผู้ป่วยที่ได้รับหัตถการหรือการรักษาที่มีการสอดใส่สายหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าไปในร่างกายเป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลได้ (กรรติมา ศรีจันทร์, 2552; Peterson, 1991)

3) การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและความไม่สุขสบายบริเวณที่ทำการสวนหลอดเลือดหัวใจ โดยหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจนั้นจำเป็นต้องได้รับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงถูกจำกัดการเคลื่อนไหวโดยห้ามงอขาและสะโพกข้างที่ทำการสวนหลอดเลือดหัวใจ การห้ามงอข้อมือหรือการใส่อุปกรณ์ห้ามเลือดและป้องกันการงอข้อมือข้างที่สวนหลอดเลือดหัวใจ และความไม่สุขสบายบริเวณแผลที่ทำการสวนหลอดเลือดหัวใจถือเป็นสิ่งกระตุ้นหนึ่งให้เกิดความวิตกกังวลได้เช่นกัน (กรรติมา ศรีจันทร์, 2552; Trotter et al., 2011)

2.6.3.2.2 สิ่งรบกวนภายใน ได้แก่

1) การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยทางกาย ในภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทางกายอย่างแยกกันไม่ได้ซึ่งทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้ (Gazzetta, 1989; Beasley, Thompson & Davidson, 2003)

2) การเผชิญกับปัจจัยคุกคามและสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง เกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ เกิดความกลัวการเสียชีวิตและความพิการ รู้สึกถึงความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคที่ตนเองเป็นอยู่ การดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อครอบครัว (กรรติมา ศรีจันทร์, 2552; Oka, Bruke, & Floelicher, 1995)

ในการวิจัยครั้งนี้จึงเลือกสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจเกิดความวิตกกังวลที่สามารถจัดการกระทำได้ เพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้แก่ ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับผลของการสวนหลอดเลือดหัวใจและโอกาสที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจรวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยต้องออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน และสาเหตุจากสิ่งรบกวน คือแสง เสียงในหอผู้ป่วยวิกฤต และการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและความไม่สุขสบายบริเวณที่ทำการสวนหลอดเลือดหัวใจ

2.7 ผลกระทบของความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ

ผลกระทบของความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ภาวะแทรกซ้อน และการสูญเสียต่างๆ ตามมาสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ (Guzzetta, 1989; White, 1999; Roest et al., 2010; Trotter et al., 2011; Bradt et al., 2013)

2.7.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย

- 1) เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก การเต้นของหัวใจผิดปกติ และการฟื้นตัวของสุขภาพไม่ดีหากมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงรุนแรง
- 2) ผู้ป่วยไม่สุขสบายมากขึ้น ไม่รวมมือในการรักษาหรือปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน อาจทำให้เกิดก้อนเลือด เลือดออก หรืออันตรายต่อหลอดเลือดบริเวณสวนหลอดเลือดหัวใจ
- 3) มีการกระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากขึ้น การกระตุ้นเป็นเวลานานจะส่งผลต่อการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว ค่าความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากขึ้น และเสียชีวิตได้

2.7.2 ผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านจิตใจ พบว่า หากความวิตกกังวลไม่ได้รับการแก้ไข อาจเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา เช่น โรควิตกกังวล (Anxiety disorder) และภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นต้น

2.7.3 ผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลกับอาการแสดงของความวิตกกังวล จากการนอนโรงพยาบาลนานหรือการพิการทุพพลภาพ ครอบครัวต้องรับภาระในการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

2.7.4 ผลกระทบต่อประเทศชาติ เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจจากต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น และจากการขาดงานหรือไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้

ซึ่งจะเห็นว่าผลกระทบของความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจนั้นส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจตามมาด้วย เนื่องจากการพยาบาลส่วนใหญ่มุ่งเน้นทางด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตใจ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความวิตกกังวลดังกล่าว

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

3.1 เพศ มีผลต่อความวิตกกังวลที่แตกต่างกัน ทองทิพย์ คำรงวัฒน์ และจรรยา ตันติธรรม (2539) ศึกษาพบว่า เพศหญิงมีความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศชายเล็กน้อยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเพศหญิงเกิดความวิตกกังวลได้ง่ายกว่าทั้งจากการเลี้ยงดู หรือเกี่ยวกับการหลังฮอร์โมนในร่างกาย Moser et al. (2003) ศึกษาพบว่า เพศหญิงจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย ($p = .005$) เช่นเดียวกับ An et al. (2004) ศึกษาพบว่า เพศหญิงจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย ($p = .001$)

3.2 อายุ มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ทองทิพย์ คำรงวัฒน์ และจรรยา ตันติธรรม (2539) ศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ คือ ผู้ที่ยิ่งมีอายุมากจะมีความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจน้อย และการศึกษาของ Zhao et al. (2008) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล โดยผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ($p = .003$)

3.3 สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล โดยสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีความวิตกกังวลแตกต่างกันด้วย ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด หย่าร้าง (An et al., 2000)

3.4 รายได้มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล โดยพบว่าผู้ที่มีรายได้น้อยมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีรายได้สูง (An et al., 2000) จากการที่ผู้ที่มีรายได้สูงสามารถใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆในการสนับสนุนการเจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย

3.5 อาการเจ็บหน้าอก พบว่า การมีประสบการณ์เจ็บหน้าอกก่อนได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับการเกิดความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ (Trotter et al., 2011) เนื่องจากอาการเจ็บหน้าอกทำให้บุคคลรับรู้ถึงการเจ็บป่วยที่อันตรายและคุกคามต่อชีวิตตนเอง และส่งผลต่อเนื่องถึงความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ และมีโอกาสเกิดอาการเจ็บหน้าอกได้ตลอดเวลา

3.6 ความวิตกกังวลก่อนการสวนหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ความวิตกกังวลก่อนการสวนหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ (Trotter et al., 2011) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจนั้นจะมีระดับความวิตกกังวลสูงสุดในช่วงก่อนการสวนหลอดเลือดหัวใจถึงแม้ว่าจะเป็นการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบไม่ฉุกเฉินก็ตาม ดังนั้นในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจอย่างเร่งด่วนจึงมีความวิตกกังวลสูงกว่าและส่งผลต่อความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจด้วย

3.7 การได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจครั้งแรก พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิด ความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือด (Trotter et al., 2011) จากการที่ประสบกับเหตุการณ์ไม่ คืบเคยมาก่อน ต่างจากผู้ที่เคยได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจมาแล้วที่พบว่าความวิตกกังวลหลังการ สวนหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าผู้ที่สวนหลอดเลือดหัวใจครั้งแรก

นอกจากนี้ Trotter et al. (2011) ยังศึกษาถึงปัจจัยทำนายในการเกิดความวิตกกังวลหลัง การสวนหลอดเลือดหัวใจ พบว่า อาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวลก่อนการสวนหลอดเลือดหัวใจ และ การได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจครั้งแรกเป็นปัจจัยทำนายความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือด หัวใจ โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 37 ($p < .001$)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำสาเหตุความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังการสวนหลอดเลือด หัวใจ ได้แก่ ความต้องการข้อมูล และสาเหตุจากสิ่งรบกวน มาจัดกระทำโดยให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ร่วมกับการใช้การฟังดนตรีในการเบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งรบกวนนั้น ส่วนพื้นฐาน ได้แก่ อายุ นำมาใช้ในการ Matched pair กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันมากที่สุด เนื่องจากปัจจัย ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลและเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการ ทดลอง

4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

4.1 ความหมายการให้ข้อมูล

Laventhal & Johnson (1983) กล่าวว่า เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้ผู้ป่วยโดย ใช้หลักการให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลที่เกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก และข้อมูลคำแนะนำและสิ่งที่ต้องปฏิบัติ โดยสอนผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะ เผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Lazarus & Folkman (1984 อ้างถึงใน กัลยา สรรพอุดม, 2546) กล่าวว่า การให้ ข้อมูล หมายถึง รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบ ซึ่งจะช่วยเพิ่ม ความรู้สึกในความสามารถควบคุมตนเอง และช่วยลดความรู้สึกทรมานจากจากเหตุการณ์นั้น เป็น การเพิ่มพลังอำนาจให้บุคคลสามารถรับรู้และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง สามารถ วางแผนจัดการกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นกับตนได้

Close (1988) กล่าวว่า การให้ข้อมูล หมายถึง กระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัวหรือชุมชนได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง

วัลภา ผ่องแผ้ว (2553) กล่าวว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน หมายถึง การให้ ข้อมูล รายละเอียด ข้อเท็จจริง และคำแนะนำตามที่ได้วางแผนไว้ ตามความเป็นจริงและความจำเป็น และ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆได้

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน หมายถึง การให้ ข้อมูลที่ได้วางแผนไว้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงที่ต้องประสบ ตามความเป็นจริงซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึง ความสามารถในการควบคุม ตลอดจนสามารถจัดการหรือปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

4.2 ทฤษฎีการปรับตัวของตนเอง (Self – regulatory models)

Leventhal & Johnson (1983) พัฒนาทฤษฎีการปรับตัวของตนเอง (Self - regulatory models) จากการศึกษาในห้องปฏิบัติการและการปฏิบัติการทางคลินิก ร่วมกับศึกษา ทฤษฎีจิตวิทยา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการปรับตัวของตนเองของบุคคลเมื่ออยู่ในเหตุการณ์ ที่คุกคามและเพื่อหาวิธีการช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาการปรับตนเองได้อย่างเหมาะสม เป็นทฤษฎีที่ เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ โดยมีโน้ตหลัก คือ แบบแผนความรู้ความเข้าใจ (schema) ซึ่งเป็น โครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (cognitive structure) ที่มีความซับซ้อนซึ่งได้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา และแบบแผนความรู้ความเข้าใจนี้เป็นแนวทางการจัดเก็บและใช้ข้อมูลข้อมูลอย่างเป็นระบบ เป็นตัวชี้้นำความสนใจของบุคคล และเป็นแนวทางของพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมาย

ตามแนวคิดดังกล่าว เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามโดยไม่เคยมี ประสบการณ์นั้นหรือเป็นเหตุการณ์ใหม่ที่ไม่คุ้นเคยหรือประสบมาก่อน บุคคลจะรับรู้หรือแปล ความหมายเหตุการณ์นั้นโดยไม่มีแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (schema) ที่ถูกต้องทำให้เกิดปฏิกิริยา ตอบสนองทางด้านอารมณ์ (emotional response) ที่รุนแรง เช่น ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด เป็นต้น และในทางตรงกันข้าม หากบุคคลมีประสบการณ์หรือเคยรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่คุกคามหรือ ต้องประสบนั้น บุคคลจะเกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (schema) ที่ถูกต้องได้จากการแปล ความหมายของข้อมูล ทำให้รู้สึกที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ที่คุกคามได้และควบคุมปฏิกิริยา ตอบสนองทางด้านอารมณ์ (emotional response) ที่เกิดขึ้นได้ (Leventhal & Johnson,1983)

โดยการให้ข้อมูลเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้ผู้ป่วยโดยใช้หลักการให้ข้อมูลที่ เฉพาะเจาะจงตรงกับความจำเป็นจริงและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย โดยสอนผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยข้อมูล ดังนี้

- 1) ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล (procedure information) เป็นข้อมูลที่ บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น มีการอธิบายเป็นลำดับขั้นตอน ช่วยให้สามารถควบคุมความรู้ ความ เข้าใจต่อเหตุการณ์แวดล้อม (cognitive control) ที่ผู้ป่วยต้องพบเจอ เช่น ข้อมูลเรื่องโรค แผนการ

รักษา ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจและการพยาบาลที่จะได้รับขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้เหตุการณ์ต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างถูกต้อง

2) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ต้องประสบ (sensory information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น โดยอธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยคนอื่นๆเคยประสบมาแล้วจากสถานการณ์เดียวกัน ซึ่งความรู้สึกนี้จะรับรู้ผ่านประสาททั้ง 5 ได้แก่ การรับรส การสัมผัส การได้กลิ่น การได้ยินเสียง การมองเห็นภาพที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนต่างๆของเหตุการณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ (emotional response) ได้ เช่น แสง สี เสียงรบกวนในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น

3) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญต่อภาวะคุกคาม (coping information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงทฤษฎี วิธีการต่างๆ ที่ควรปฏิบัติอันจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยในสถานะที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามๆ ช่วยทำให้สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ (behavior control) ได้แก่ การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ชนิดของเนื้อหาข้อมูลทั้ง 3 ชนิดในการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนทั้ง 1) ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล ตั้งแต่หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจจนออกจากโรงพยาบาลและการรักษาต่อเนื่อง 2) ข้อมูลความรู้สึกที่ต้องประสบ ได้แก่ สิ่งรบกวนจากสิ่งแวดล้อมทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและกลับไปอยู่บ้าน รวมถึงจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและความไม่สุขสบายบริเวณที่สวนหลอดเลือดหัวใจ และ 3) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญต่อภาวะคุกคามต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและรู้สึกว่าจะสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่คุกคามได้ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงได้

4.3 วิธีการให้ข้อมูล

ในการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของโรคนั้นจะต้องเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับผู้รับข้อมูล โดยมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการให้ความรู้หรือการให้ข้อมูลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งแนวทางการให้ข้อมูล วิธีการ รูปแบบ ความถี่ที่เหมาะสม ที่จะเพิ่มความรู้ในการดูแลตนเอง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของโรคที่ถูกต้อง ดังนี้ (Frederick, Guruge, Sidani, & Wan, 2010)

4.3.1 แนวทางการให้ข้อมูล (approach to education) คือ เนื้อหาข้อมูลความรู้ที่จะใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วย แบ่งเป็น

1) การให้ข้อมูลความรู้ที่จำเพาะแต่ละบุคคล (Individualized) คือ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกหัวข้อที่สนใจ ต้องการจะเรียนรู้หรือคิดว่าเกี่ยวข้องและเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับโรคหรือภาวะสุขภาพของตน

2) การให้ข้อมูลความรู้ที่เป็นมาตรฐานไม่จำเพาะแต่แต่ละบุคคล (Standardized) คือ การให้ข้อมูลที่พยาบาลผู้ดูแลเป็นผู้คัดเลือกหรือระบุหัวข้อหรือเนื้อหาที่คิดว่าจำเป็นและเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยในการดูแลจัดการตนเอง

4.3.2 วิธีการ คือ วิธีและสื่อที่ใช้ในการให้ข้อมูลความรู้ แบ่งเป็น

- 1) การสื่อสารโดยตรงกับพยาบาล มีทั้งแบบเผชิญหน้ากัน (face-to-face) และทางโทรศัพท์ (phone interaction)
- 2) การสื่อสารโดยลายลักษณ์อักษร ได้แก่ คู่มือ เอกสารหรือแผ่นพับให้ความรู้ และแหล่งข้อมูลออนไลน์อื่นๆ
- 3) การสื่อสารโดยวัสดุโสตทัศนูปกรณ์ในรูปแบบ เทปบันทึกเสียง วีดีโอภาพเคลื่อนไหว

4.3.3 รูปแบบ คือ ลักษณะการให้ข้อมูลความรู้ แบ่งเป็น

- 1) การสอนเป็นรายบุคคล เป็นการสอนแบบตัวต่อตัวที่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างละเอียด เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้ที่เหมาะสม และยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านความสามารถ สติปัญญา ความสนใจ ความต้องการ และเพิ่มโอกาสการซักถามข้อสงสัย
- 2) การสอนเป็นกลุ่ม เป็นการให้ข้อมูลที่มีผู้รับข้อมูลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ ระหว่างบุคคลในกลุ่มซึ่งสามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ ความรู้ แนวคิด และการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

4.3.4 ความถี่ในการให้ข้อมูล คือ จำนวนครั้งในการให้ข้อมูล แบ่งเป็นการให้ข้อมูลเพียงครั้งเดียว และให้ข้อมูลมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ พบว่า การให้ข้อมูลความรู้ที่จำเพาะแต่แต่ละบุคคล (Individualized) โดยใช่การผสมผสานสื่อในการให้ข้อมูลทั้งการสื่อสารโดยตรงกับพยาบาล การใช้เอกสารคู่มือและสื่อวีดิทัศน์ ร่วมกับใช้รูปแบบการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลและให้ข้อมูลมากกว่า 1 ครั้ง จะช่วยเพิ่มความรู้ในการดูแลตนเอง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของโรคที่ถูกต้องได้

การให้ข้อมูลเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้มีผู้เสนอแนวทางและข้อควรคำนึงในการให้ข้อมูลดังนี้ (McGregor, Fuller and Lee, 1981; Manley, 1988; Stanik, 1990 อ้างถึงใน จริพรธณ เจริญพร, 2549)

- 1) ประเมินสภาวะอารมณ์ ความพร้อมต่อการรับรู้ ความสามารถที่จะรับข้อมูล ความต้องการข้อมูลและสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้รับข้อมูล
- 2) สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจโดยใช้คำพูดที่สุภาพ ท่าทางแสดงความเป็นมิตร และให้ความสนใจผู้รับข้อมูลมากที่สุด

3) ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย คำสั้นแต่มีความชัดเจน ไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์ เพราะอาจทำให้ผู้รับข้อมูลแปลความหมายผิดเกิดความวิตกกังวลได้และควรให้ข้อมูลที่จำเป็น

4) มีขั้นตอนการให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลได้ซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึก จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัว หลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนต่างๆ ขณะให้ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกการให้ข้อมูลความรู้ที่จำเพาะแต่ละบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการ หรือสนใจซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมและความแตกต่างในการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล โดยใช้การผสมผสานสื่อในการให้ข้อมูลทั้งการสื่อสารโดยตรงกับพยาบาล การใช้เอกสารคู่มือการให้ความรู้ และใช้สื่อเป็นโปรแกรมนำเสนอที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ร่วมกับใช้รูปแบบการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล เนื่องจากเป็นผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤต และจำนวนครั้งให้ข้อมูล 2 ครั้ง ซึ่งเหมาะสมกับเนื้อหาและระยะเวลาในการให้ข้อมูล

4.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการให้ข้อมูลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

4.4.1 ประสพการณ์จากความเจ็บป่วย จากการศึกษาของ Astin et al. (2008) พบว่า ประสพการณ์มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจข้อมูลได้ดีขึ้น และประสพการณ์มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการข้อมูล คือ ยังมีประสพการณ์การเจ็บป่วยมากความต้องการข้อมูลจะยิ่งลดลง (พรทิภา มีสุวรรณ และชนิษฐา นาคะ, 2550)

4.4.2 ระดับการศึกษา ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดต่างกัน (สุดใจ บุรณพุกษา, 2549) และนุสรา มณีโชติสกุลวงศ์, พรณรัตน์ นนทธิ และไพสิฐ มารยาท (2552) พบว่า บุคคลที่มีการศึกษาระดับสูงจะสามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดีเนื่องจากสามารถแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ได้ และ Orem (2001 อ้างถึงใน ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ และคณะ, 2554) พบว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีทักษะในการคิดซึ่งจะช่วยส่งเสริมกระบวนการคิด จดจำ ข้อมูลความรู้ที่ได้รับ

4.4.3 ระยะเวลาในการได้รับข้อมูล จากการศึกษาของแสงเดือน กันทะชู และคณะ (2552) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการรับรู้ข้อมูลในระดับต่ำก่อนออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากได้รับข้อมูลน้อยกว่าความต้องการ และได้รับการดูแลที่ไม่เฉพาะเจาะจงจากทีมสุขภาพ ได้รับคำแนะนำในระยะเวลาสั้นๆ ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็นไม่ครอบคลุม ส่งผลให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยส่วนใหญ่จะให้ข้อมูลวันสุดท้ายก่อนออกจากโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้ว

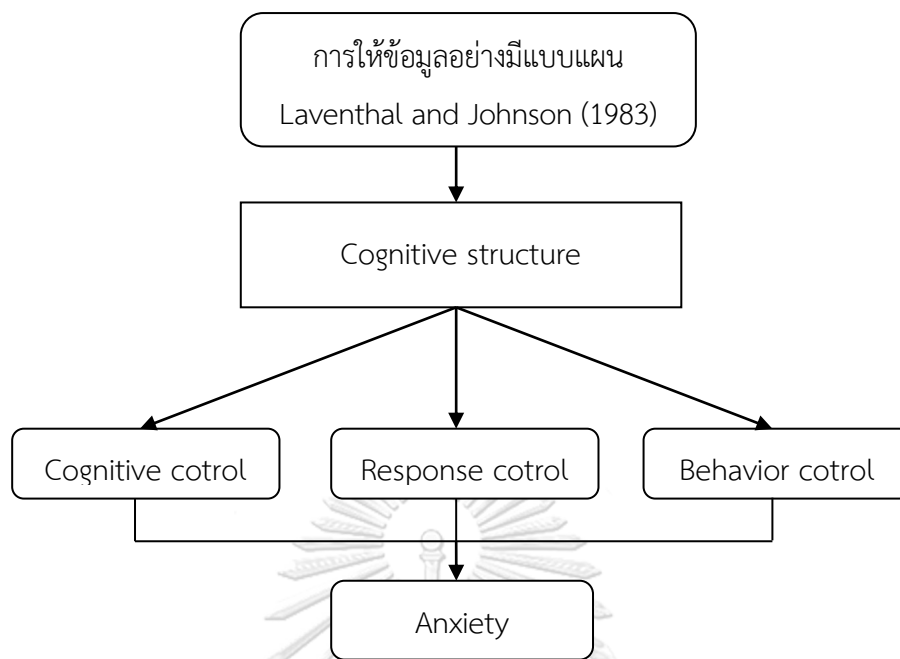
4.4.4 อายุ การศึกษาของ ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ และคณะ (2554) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีการรับรู้ข้อมูลต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุน้อยกว่า และ Orem (2001 อ้างถึงใน ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ และคณะ, 2554) พบว่า ผู้สูงอายุจะระดับพัฒนาการหรือมีประสบการณ์ที่มากกว่าทำให้สามารถเรียนรู้และดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยด้านระดับการศึกษาและอายุมาใช้ในการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (matched pair) ให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุดเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการทดลอง ซึ่งได้นำปัจจัยด้านระยะเวลาในการได้รับข้อมูลไปใช้ในโปรแกรมที่เหมาะสมในระยะเวลา 2 วัน แบ่งข้อมูลที่ให้ออกเป็น 2 ระยะ ตามความเหมาะสมของระยะการเจ็บป่วย คือ ระยะที่ 1 หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรก และระยะที่ 2 หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 48 ชั่วโมงแรก เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวและเตรียมความพร้อมในการจำหน่าย ส่วนปัจจัยด้านประสบการณ์การเจ็บป่วยได้กำหนดในคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาไว้แล้ว คือ ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจครั้งแรก

4.5 ผลของการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวล

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้ผู้ป่วยโดยใช้หลักการให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และส่งผลต่อความวิตกกังวลสรุปได้ดังนี้ (Laventhal & Johnson, 1983)

4.5.1 ผลต่อความวิตกกังวล เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงและความต้องการ ทำให้เกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องซึ่งเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (Cognitive structure) จากการได้รับข้อมูล และสามารถแปลความหมายต่อสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างถูกต้อง ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่คุกคามได้ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง ซึ่งกลไกของการให้ข้อมูลนั้นจะส่งผลต่อความวิตกกังวล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 สรุปผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจ
ที่นำมาประยุกต์ในการศึกษาครั้งนี้

5. แนวคิดเกี่ยวกับการฟังดนตรี

การฟังดนตรีในการบำบัดทางการแพทย์บาลส่วนใหญ่จะให้ดนตรีบำบัดแก่ผู้ป่วยฟัง ดังนั้นจึงขอเสนอแนวคิดการฟังดนตรีที่เกี่ยวกับดนตรีบำบัด ดังนี้

5.1 ความหมายของดนตรีบำบัด

มีผู้ให้ความหมายของดนตรีบำบัดไว้หลากหลายดังนี้

Bunt (1994 อ้างถึงใน Chlan and Tracy, 1999) กล่าวว่า ดนตรีเป็นเครือข่ายการแสดงออกที่ซับซ้อนของเสียง ซึ่งประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ จังหวะ ทำนอง และเสียงประสานที่มีผลต่อทั้งร่างกายและจิตใจ

Munro and Mount (1978 อ้างถึงใน Watkins, 1997) กล่าวว่า ดนตรีบำบัดเป็นการใช้ดนตรีที่มีการควบคุมองค์ประกอบและมีอิทธิพลต่อสุขภาวะของมนุษย์ในการรักษาทั้งด้านสรีรวิทยา พยาธิสรีรวิทยา และอารมณ์ในภาวะที่เจ็บป่วยหรือไม่สมบูรณ์

American Music Therapy Association (2007) กล่าวว่า ดนตรีบำบัด หมายถึง การใช้ดนตรีในการช่วยรักษาทางคลินิกตามลักษณะอาการของผู้ป่วยโดยนักดนตรีบำบัดมืออาชีพ

บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2530) กล่าวว่า ดนตรีบำบัด หมายถึง การนำเอาดนตรีมาประยุกต์ใช้อย่างมีหลักเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์เพื่อช่วยในการบำบัดรักษาภาวะความเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

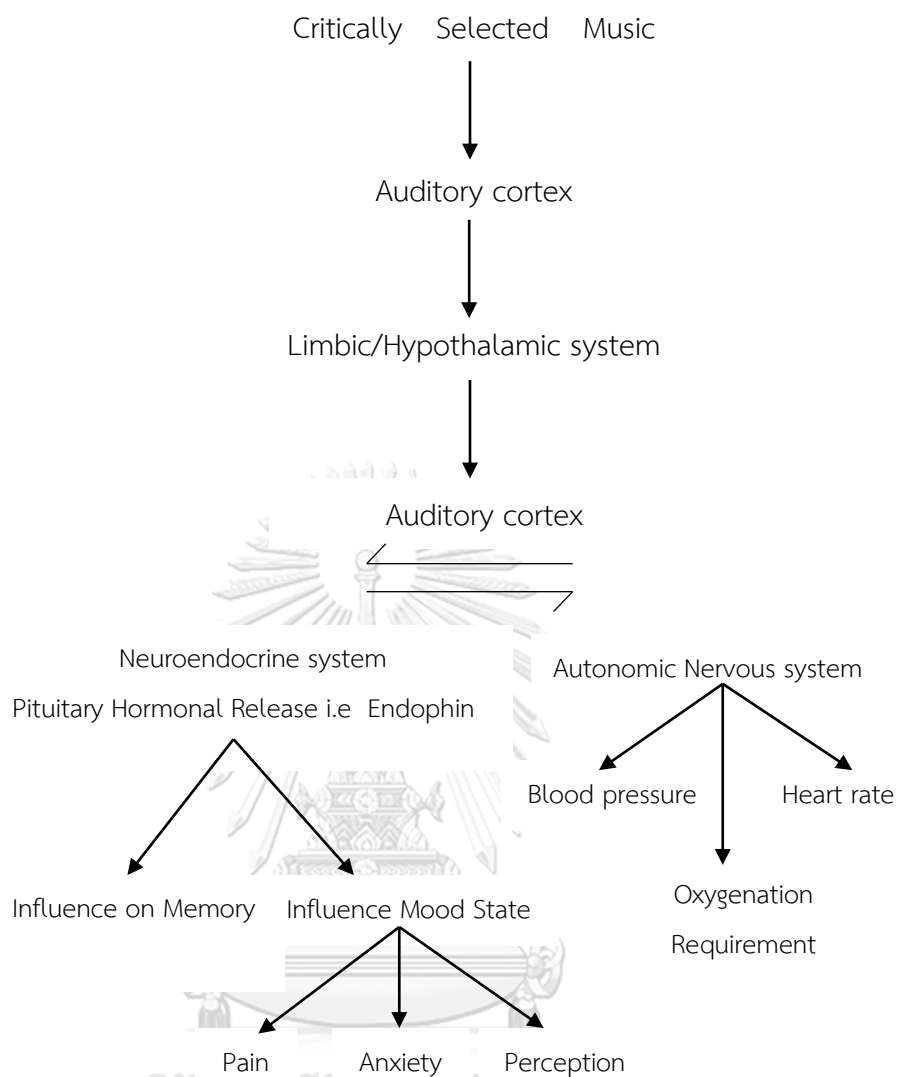
เสาวณีย์ สังข์โสมณ (2541) กล่าวว่า ดนตรีบำบัด เป็นวิชาที่ว่าด้วยการนำดนตรีและองค์ประกอบของดนตรี กิจกรรมการฝึกทักษะทางดนตรีมาประยุกต์ใช้เพื่อเบี่ยงเบนพฤติกรรมและใช้บำบัดร่างกายและจิตใจของมนุษย์ร่วมกับการรักษาแนวอื่น เพื่อให้การรักษาประสบผลสำเร็จเร็วขึ้นโดยอาศัยการกระทำอย่างมีหลักเกณฑ์และมีระเบียบทางวิทยาศาสตร์

บุษกร บิณฑสันต์ (2556) กล่าวว่า ดนตรีบำบัด คือ การใช้ดนตรีและวิธีการทางดนตรีช่วยฟื้นฟู รักษา และพัฒนาด้านอารมณ์ ร่างกาย จิตใจเพื่อให้มีสภาพที่ดีขึ้น

จากความหมายของดนตรีบำบัดที่กล่าวมา สรุปได้ว่า ดนตรีบำบัด หมายถึง การใช้ดนตรีและวิธีการทางดนตรีเพื่อบำบัด รักษา พัฒนาและฟื้นฟูการเจ็บป่วยหรือความไม่สมบูรณ์ของมนุษย์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อย่างมีหลักเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์ที่ชัดเจน

5.2 กลไกของดนตรีบำบัด

กลไกการทำงานของดนตรีสามารถอธิบายได้ดังนี้ การรับรู้หรือการได้ยินเสียงของบุคคลเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้ฟังดนตรีหรือวัชระรับรู้การได้ยินจะส่งสัญญาณประสาทที่ไต่ขึ้นผ่านออร์ดิโทรีคอลลีทเท็กซ์ผ่านไปยังสมองส่วนต่างๆ ดังนี้ 1) สมองส่วน cortical ในกรณีที่บุคคลอยู่ในภาวะที่มีสติสัมปชัญญะดนตรีที่ไต่ขึ้นจะปรับเปลี่ยนอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดที่สมองส่วน cortical นี้ซึ่งจะมีผลต่อจินตนาการ อารมณ์ เซวปัญญา และความจำ ทำให้เกิดความรู้สึกนึกคิด แรงจูงใจ ความสนใจ มีสมาธิ ลดความเครียด ความวิตกกังวล และสภาวะทางอารมณ์อื่นๆ 2) สมองส่วน thalamus ในกรณีที่ไม่วิวสติสัมปชัญญะ ซึ่งสมองส่วน thalamus นี้เป็นสถานีในการถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึก โดยจะหลั่งสาร Corticotropin releasing hormone ไปยับยั้งการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก และยังไปกระตุ้น limbic ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมพฤติกรรมให้หลั่งสาร Endorphins ซึ่งเป็นสารสื่อสัญญาณประสาทที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์จึงมีผลต่อการช่วยลดความวิตกกังวลได้ (Updike, 1990; Chlan & Tracy, 1999; Thamo, 2001) นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความสุขสบายจากการผ่อนคลายอีกด้วย ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กลไกของดนตรีต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท (Uptdike, 1990:43)

5.3 องค์ประกอบของดนตรีบำบัด

การฟังดนตรีมีประโยชน์เพื่อผ่อนคลายความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ มีการศึกษาจำนวนมากที่พบว่าดนตรีที่เลือกสรรแล้วช่วยบรรเทาความเจ็บป่วยได้ ซึ่งประเภทของดนตรีที่ฟังต้องสร้างสรรค์ ก่อให้เกิดความสุขและความหวัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่โรคหัวใจควรหลีกเลี่ยงดนตรีที่มีจังหวะเร็วหรือมีเสียงดังอีกทีก็ซึ่งกระตุ้นให้เกิดอาการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อหัวใจได้ ดนตรีประเภทผ่อนคลาย (Relaxing music) เป็นดนตรีที่มีลักษณะที่ก่อให้เกิดความสงบ (Calm) ผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ และยังลดความวิตกกังวลโดยอาศัยองค์ประกอบและคุณสมบัติดนตรีประเภทผ่อนคลายในการก่อให้เกิดผลการผ่อนคลายต่อผู้รับฟัง (พิมพ์ร ลีละวัฒนากุล, 2546)

5.3.1 จังหวะ (Rhythm) หมายถึง การความสั้นยาวของเสียงในช่วงเวลาหนึ่งที่ทำให้เกิดท่วงทำนองที่สามารถสะท้อนความรู้สึกที่มีความหลากหลาย ซึ่งดนตรีแต่ละชนิดจะมีจังหวะหรือลีลาเฉพาะที่แตกต่างกัน จังหวะเป็นส่วนประกอบสำคัญและเป็นสิ่งแรกของดนตรี และจังหวะดนตรีจะมีอิทธิพลต่อมนุษย์มากที่สุด โดยสามารถกระตุ้นกลไกการทำงานของระบบต่างๆในร่างกายและทำให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ แบ่งได้เป็น 3 จังหวะที่ตรงข้ามกัน คือ 1) จังหวะปกติ (regular) ให้อารมณ์ที่เรียบง่าย รู้สึกสบายตรงข้ามกับจังหวะที่ไม่ปกติไม่สม่ำเสมอ (irregular) 2) จังหวะหนัก (strong) ให้อารมณ์ที่หนักแน่น มั่นคง ส่งงามกับจังหวะเบา (weak) ให้ความรู้สึกที่อ่อนไหวอ่อนแอ ไม่มั่นคง และ 3) จังหวะยาว (long) ให้ความรู้สึกที่เนิ่นช้า กับจังหวะสั้น (short) ให้ความรู้สึกที่รวดเร็วสดใส (บุษกร บิณฑสันต์, 2556) โดยมีการศึกษาลักษณะจังหวะของดนตรีผ่อนคลายจะมีจังหวะที่ช้ามั่นคง สม่ำเสมอ จะทำให้รู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเกิดอารมณ์สงบและช่วยในการผ่อนคลาย (โณมนภา กิตติศัพท์, 2536)

5.3.2 ระดับเสียง (Pitch) หมายถึง ความถี่ของรอบในการสั่นสะเทือนของวัตถุนั้นหรือเสียงสูง ต่ำ ที่มีความถี่เป็นรอบต่อวินาที มีหน่วยเป็นเฮิรตซ์ (บุษกร บิณฑสันต์, 2556) เสียงที่มีความถี่สูง คือ เสียงสูง เสียงที่มีความถี่ต่ำ คือ เสียงต่ำ มนุษย์สามารถรับฟังเสียงที่มีความถี่เริ่มต้นตั้งแต่ 20 – 20,000 เฮิรตซ์ ตามปกติบุคคลจะมีการปรับปฏิกิริยาการแสดงออกให้เข้ากับระดับเสียงของดนตรี ในสังคมทั่วไปเสียงแหลมหรือเสียงสูง (High pitch) จะสัมพันธ์กับปฏิกิริยาที่มีความสดใสร่าเริง ในขณะที่มีระดับต่ำ (Low pitch) จะหมายถึงความมืดมน หมัดหวังหรือซึมเศร้า ดังนั้น เสียงดนตรีประเภทผ่อนคลายควรมีระดับเสียงที่ต่ำหรือทุ้มนุ่มนวลจะทำให้รู้สึกผ่อนคลายและสงบ (เสาวนีย์ สังข์โสภณ, 2541)

5.3.3 ความดังของเสียง (Volume intensity) คือ ปริมาณความเข้มของเสียงที่วัดได้มีหน่วยเป็นเดซิเบล ซึ่งมีผลอย่างมากต่อการฟังดนตรีโดยเสียงเบาๆ นุ่มนวลจะทำให้เกิดความสงบสุขและทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจ การรับฟังดนตรีที่ทำให้เกิดความผ่อนคลายควรรักษาความดังของเสียงอยู่ในช่วง 45-50 เดซิเบล ซึ่งความดังของเสียงในระดับดังกล่าวจะเทียบเท่ากับเสียงฝนตกในระดับกลางๆ และไม่ควรรเกิน 90 เดซิเบล เพราะจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย (ศศิธร พุ่มดวง, 2548; Chlan, 1998) และการรับฟังเสียงที่อยู่ใกล้หูและมีเสียงที่ดังมากอาจเป็นอันตรายต่อเยื่อแก้วหูและเป็นสาเหตุให้หูหนวกได้ (Shealy, 1996 อ้างถึงใน พิมพร ลีละวัฒนากุล, 2546) นอกจากนี้ความดังของเสียงดนตรีสามารถนำมาใช้ประโยชน์โดยช่วยทำให้เกิดสมาธิ กระตุ้นและลดความรู้สึกส่วนลึกของจิตใจให้สงบหรือไม่สงบได้ (โณมนภา กิตติศัพท์, 2536)

5.3.4 ทำนองเพลง (Melody) หมายถึง เสียงดนตรีที่มีความแตกต่างในด้านระดับเสียงสูงเสียงต่ำที่แตกต่างกัน และด้านความยาวของเสียงมาจัดเรียงเรียงให้ดำเนินต่อเนื่องไปตามแนวนอน โดยคำนึงถึงความสั้นยาวของเสียงแต่ละเสียงให้สอดคล้องสัมพันธ์กัน ทำนองเพลงคือ ส่วนขยายความคิดทางเสียงดนตรีที่เปรียบเหมือนคำพูดที่เป็นวลีประโยคนั้นเอง ซึ่งมีส่วนในการเบี่ยงเบน

ความสนใจ (Chlan & Heiderscheit, 2014) โดยผลของทำนองจะช่วยสร้างเสริมให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การระบายความรู้สึกส่วนลึกของจิตใจและเกิดการสร้างสรรค์สัมพันธ์ภาพขึ้นในระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเองหรือช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล (อมรากุล อินโอชานนท์ และคณะ, 2552)

5.3.5 ความเร่งร้าวของจังหวะดนตรี (Tempo) หมายถึง อัตราความเร็วในการเคาะจังหวะสำหรับเพลงนั้นๆ ซึ่งนิยมนับเป็นจำนวนครั้งต่อ 1 นาที โดยทั่วไปใน 1 จังหวะจะมีความเร็วอยู่ระหว่าง 50 - 120 เมโทรโนม ซึ่งใช้เทียบมาตรฐานอธิบายคร่าวๆ โดยประมาณว่าเท่ากับการเต้นของหัวใจมนุษย์ระหว่าง 70 - 80 ครั้งต่อนาที ความช้าเร็วของจังหวะเมื่อนับเทียบจากเครื่องนับจังหวะถ้าเร็วกว่าการเต้นของหัวใจ เรียกว่า จังหวะเร็ว ส่วนจังหวะที่ช้ากว่าการเต้นของหัวใจ เรียกว่า จังหวะช้า โดยที่จังหวะเร็วจะทำให้ผู้ฟังตื่นเต้นหรือเกิดความตึงเครียดได้มากกว่าจังหวะที่ช้า ลักษณะจังหวะดนตรีประเภทผ่อนคลายจะมีจังหวะที่ช้าอยู่ในช่วงประมาณ 60 ครั้งต่อนาที (Hicks, 1992 อ้างถึงใน พิมพร ลีละวัฒนากุล, 2546) หรือ 70 -80 ครั้งต่อนาที (เทียบเท่ากับการเต้นของหัวใจ) จะทำให้มีความรู้สึกสงบ สบาย ผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดได้ (พิมพร ลีละวัฒนากุล, 2546)

5.3.6 การประสานเสียง (Harmony) หมายถึงการผสมประสานของเสียงหลายชนิดที่มีลักษณะแตกต่างกันในช่วงเวลาเดียวกัน โดยมีจังหวะลีลาและท่วงทำนองที่สอดคล้องกลมกลืนกัน ซึ่งการประสานเสียงอาจสร้างความไพเราะหรือระคายหูก็ได้ แล้วแต่การกระทบกันของเสียงนั้นๆ การแยกแยะว่ามีความไพเราะเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับสติปัญญาและการฝึกฝนเรียนรู้ทางการประสานเสียง (Chlan & Heiderscheit, 2014)

5.3.7 ความกังวานของเสียง (Sonority) หมายถึง คุณลักษณะของเสียงที่มาจากแหล่งต้นกำเนิดของเสียงแตกต่างกัน แหล่งกำเนิดเสียงดังกล่าวเป็นได้ทั้งเสียงร้องของมนุษย์และเครื่องดนตรีชนิดต่างๆ ความกังวานเป็นส่วนประกอบที่บอกได้ว่าเสียงนั้นมีความสมบูรณ์ของเสียงที่ได้แต่ละเสียงในแต่ละวลีมากน้อยเพียงใด (โฉมณภา กิตติศัพท์, 2536)

5.3.8 ความรู้สึกด้านดนตรี (Expression of music) เพลงและบทเพลงสามารถแสดงออกซึ่งความรู้สึกและอารมณ์ได้มากมาย ทั้งอารมณ์รัก เศร้า ดีใจ ทุกข์ สุข หรือตลกขบขัน ดนตรีเป็นภาษาของอารมณ์ ซึ่งความรู้สึกด้านดนตรีนับว่าเป็นหัวใจของดนตรีที่ทำให้ผู้ฟังเกิดความเข้าใจ ประทับใจถึงอารมณ์และบรรยากาศของเพลงนั้นๆ (บังอร เครียดชัยภูมิ, 2533)

5.3.9 ทิศทางของเสียงดนตรี (Direction) ขึ้นอยู่กับทิศทางของแหล่งกำเนิดตัวกลางที่เสียงเดินทาง เสียงดนตรีมีการหักเหเดินทางได้เช่นเดียวกับแสงที่ให้เกิดความตึง ความเบาแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังมีเรื่องของเสียงก้อง เสียงสะท้อน เป็นต้น (Chlan & Heiderscheit, 2014)

5.3.10 ลักษณะรูปแบบของดนตรี (Form) เกี่ยวข้องกับส่วน ประกอบของโครงสร้างของดนตรี เพลงหนึ่งๆจะมีรูปแบบดนตรีของการนำเสนอและความสัมพันธ์ของส่วนประกอบดนตรี เช่น การเปลี่ยนแปลงจากทำนองหนึ่งไปอีกทำนองหนึ่ง (Chlan & Heiderscheit, 2014)

สรุปได้ว่า การใช้ดนตรีบำบัดนั้นผู้ใช้จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับดนตรีบำบัดขั้นตอน วิธีการต่างๆเป็นอย่างดี ดังที่มีหลักสูตรเฉพาะเกี่ยวกับดนตรีบำบัด มีนักดนตรีบำบัดที่เป็นอาชีพ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การฟังดนตรีแทนดนตรีบำบัดในโปรแกรม โดยดนตรีที่เลือกใช้มีลักษณะเป็นดนตรีบรรเลง ไม่มีเนื้อร้อง มีจังหวะคงที่ 60-80 ครั้ง/นาที ใกล้เคียงกับอัตราการเต้นของหัวใจ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล และอัตราการเต้นของหัวใจ ประกอบด้วย เพลงไทยเดิม เพลงไทยสากล เพลงไทยลูกทุ่ง เพลงสากล เพลงพื้นบ้าน ด้วยเครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติผ่านทางชุดหูฟัง นาน 30 นาที จำนวน 1 ครั้ง

5.4 ผลของการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวล

ดนตรีนับว่าเป็นหนึ่งในกิจกรรมการพยาบาลซึ่งถูกพิจารณาว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลองค์รวมอย่างแท้จริง การค้นพบทางการวิจัยและทางคลินิกสนับสนุนการใช้ดนตรีอย่างมากในสภาวะทางร่างกายและจิตใจ ยังแสดงออกในรูปการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณด้วย (Gerdner & Buckwalter, 1999) จากกลไกของดนตรีดังกล่าวก่อให้เกิดผลต่อความวิตกกังวลดังนี้

ผลของดนตรีต่อความวิตกกังวล ดนตรีถูกนำมาใช้ประโยชน์ในการลดความวิตกกังวล มีการนำมาใช้อย่างกว้างขวางในหลายสถานการณ์ ในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะรอผ่าตัด หรือในผู้ป่วยวิกฤต เช่น ผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ เป็นต้น Augustin and Hains (1996) (อ้างถึงใน Updike, 1990) พบว่า ดนตรีสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยวิกฤตซึ่งนอนพักในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมได้ ซึ่งกลไกของดนตรีเป็นการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ในระดับสมอง เป็นเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลไปสู่ดนตรีโดยใช้การฟังได้ กลไกการทำงานของดนตรีสามารถต่อความวิตกกังวลอธิบายได้ดังนี้ เมื่อผู้ป่วยได้ฟังดนตรี จะมีการส่งสัญญาณประสาทที่ได้ยินผ่านออร์ติโทรีคลอเท็กซ์และเกิดการปรับเปลี่ยนอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดที่สมองส่วน cortical นี้ ส่งผลในการลดความวิตก และยังไปกระตุ้นสมองส่วน limbic ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมพฤติกรรมให้หลั่งสารจากต่อม pituitary ได้แก่ สาร Endorphins ซึ่งเป็นสารสื่อสัญญาณประสาทที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์หรือสารแห่งความสุขจึงมีผลต่อการลดความวิตกกังวลได้ (Updike, 1990; Chlan & Tracy, 1999; Thamo, 2001)

5.5 ผลของอิทธิพลการเลือกฟังดนตรีด้วยตนเองและความพึงพอใจในการฟังดนตรี

จากการศึกษาของ Bradt et al. (2013) พบว่า ดนตรีบำบัดสามารถลดความวิตกกังวลลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .004$) และลดอัตราการเต้นของหัวใจลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) และจะลดได้ดีถ้าผู้ป่วยสามารถเลือกเพลงฟังได้เอง ($p = .001$) อัญพร มาขำ (2543) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ทักษะคิดหรือระดับความพึงพอใจของบุคคลต่อกิจกรรมต่างๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกิจกรรมนั้นๆ โดยเกิดจากพื้นฐานของการรับรู้ ค่านิยมและประสบการณ์ที่แต่ละบุคคลได้รับ ระดับของความพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อกิจกรรมนั้นๆ สามารถตอบสนองความต้องการแก่บุคคลนั้นได้ และการศึกษาของจิราพร ชลธิชาชลาลักษณ์ และคณะ (2551) และสุมลชาติ ดวงบุผา และคณะ (2551) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่พึงพอใจในการฟังดนตรีบำบัดในระดับสูงส่งผลให้ความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งความพึงพอใจเป็นความรู้สึกทางบวกที่เกิดขึ้นแล้วจะทำให้เกิดความสุข

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยสามารถเลือกเพลงที่ต้องการฟังตามความชอบของตนเองได้ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและเมื่อเกิดความพึงพอใจในการฟังดนตรีความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจก็จะลดลงตามมา ผู้วิจัยจึงใช้แบบประเมินความพึงพอใจในการฟังดนตรีบำบัดเป็นเครื่องมือกำกับการทดลองในการวิจัยครั้งนี้เพื่อยืนยันถึงประสิทธิผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจ

6. การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจนั้นจะต้องดูแลตั้งแต่ก่อน ระหว่าง หลัง การสวนหลอดเลือดหัวใจจนถึงผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน การศึกษาครั้งนี้เน้นการให้การพยาบาลในระยะหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจซึ่งเป็นระยะวิกฤตมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนี้ (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557; เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2558; Woods et al., 2010)

6.1 การพยาบาลก่อนการสวนหลอดเลือดหัวใจ

1) ประเมินผู้ป่วย โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead (ECG) โดยเร็วที่สุดไม่เกิน 10 นาทีหลังผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญแปลผลทันที ประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกด้วย pain scale เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Cardiac marker) และอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ส่งตรวจพิเศษอื่นๆ และประสานงานแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสวนหลอดเลือดหัวใจเพื่อเตรียมความพร้อม

2) เตรียมผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค การรักษา การทำหัตถการ ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นพร้อมกับให้ซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึก และให้ลงชื่อยินยอมทำหัตถการ

3) ประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินสัญญาณชีพ monitor ECG และประเมินการไหลเวียนบริเวณที่จะทำการสวนหลอดเลือดโดยจับชีพจรบริเวณที่จะทำการสวนหลอดเลือด โดยกรณีทำการสวนที่ขาหนีบให้จับชีพจรที่ Dorsalis pedis pulse และ Posterior tibial pulse เพื่อประเมินความรุนแรงของหลอดเลือดอุดตันส่วนปลาย ส่วนกรณีทำการสวนที่ข้อมือให้ทำการทดสอบ Allen's test ก่อน

4) ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากสารทึบรังสี ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายจากการฉีดสารทึบรังสี

5) ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ

6) ดูแลทำความสะอาดร่างกาย โขนขนทำความสะอาดบริเวณที่จะทำการสวนหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ บริเวณขาหนีบ ข้อพับแขน และข้อมือ

7) บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ไม่สูดสบาย ลด preload และการเกิดลิ่มเลือดมากขึ้นตามแผนการรักษา ตามหลัก MONA ดังนี้

M : Morphine คือ การให้ยา Morphine 2 – 4 mg. IV ตามแผนการรักษาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก

O : Oxygen คือ การให้ออกซิเจนเมื่อ O_2 saturation < 90%

N : Nitroglycerine (NTG) คือ การให้ยาอมใต้ลิ้นหากยังมีอาการแน่นหน้าอก กรณีอาการแน่นหน้าอกไม่หายไปสามารถให้ยาทาง NTG IV ได้ แต่ยกเว้นหากความดันโลหิตต่ำและ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ inferior wall

A : Aspirin คือ การให้ยา Aspirin 160 -325 mg. 1 เม็ดเคี้ยว และยา Clopidogrel 75 mg. ทางปากทันที

8) ดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยโดยการประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติและให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลนั้น

6.2 การพยาบาลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (Cardiac Care Unit : CCU)

หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อถ่วงขยายหลอดเลือดที่อุดตันด้วยการทำบอลลูนหรือใส่ขดตาข่ายพบว่ามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 24 ชั่วโมงแรก จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้การพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ดังนี้

1) ดูแลรับผู้ป่วยกลับจากห้องสวนหลอดเลือดหัวใจ ประเมินระดับความรู้สึกตัว จัดให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย หากทำบริเวณที่ขาหนีบให้เหยียดขาตรง ห้ามงอ ห้ามลุกนั่ง 6 – 8 ชั่วโมง กรณีทำบริเวณข้อมือห้ามงอบริเวณที่ทำ 24 ชั่วโมง

2) ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่ และประเมินชีพจรส่วนปลาย dorsalis pedis pulse, posterior tibia pulse, radial pulse ทั้ง 2 ข้างเปรียบเทียบกัน และตรวจ capillary refill

3) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) เพื่อเป็นพื้นฐานเปรียบเทียบกับก่อนทำการสวนหลอดเลือดหัวใจ และ monitor ECG เพื่อติดตามหัวใจเต้นผิดจังหวะที่อาจเกิดขึ้นได้

4) ตรวจสอบบริเวณที่ทำการสวนหลอดเลือดหัวใจ ว่ามีเลือดออกบริเวณแผลเลือดออกใต้ผิวหนัง ก้อนเลือด หลอดเลือดโป่งพอง สังเกตการเปลี่ยนแปลงและรายงานแพทย์ทราบ

5) ประเมินอาการปวดและอาการติดเชื้อบริเวณที่ทำการสวนหลอดเลือด

6) ดูแลให้ได้รับสารน้ำ ยา และออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนี้

- การให้ยาเพื่อส่งเสริมให้หัวใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและลดการทำงานของหัวใจ เช่น ยาลดหรือเพิ่มความดันโลหิต ยากลุ่ม β - blocker และยาอื่น ๆ เช่น ยา ACEI, ยา Statin

- การให้สารน้ำในกรณีที่ไม่ใช่ข้อห้าม

- การให้ออกซิเจนเมื่อ O_2 saturation < 90%

7) สังเกตอาการแพ้สารทึบรังสี เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน คันตามผิวหนัง มีผื่นขึ้น และบันทึกการขับถ่ายปัสสาวะ

8) สังเกตอาการผิดปกติ เช่น chest pain, ความดันโลหิตต่ำ, cardiogenic shock, heart failure, restenosis เป็นต้น

9) ให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ รับรู้การเจ็บป่วยของตนเองและสามารถปฏิบัติตัวขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อออกจากโรงพยาบาลได้ โดยในช่วง 24 ชั่วโมงแรก โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวหลังสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤต

10) ช่วยแพทย์ในการนำอุปกรณ์สายสวนออก โดยการเตรียมอุปกรณ์ เตรียมผู้ป่วย

11) สังเกตอาการเลือดออกหลังนำสายสวนออก แนะนำและเน้นย้ำผู้ป่วยห้ามงอขาอีก 6 ชั่วโมง ตรวจสอบบริเวณที่ทำการสวนหลอดเลือดหัวใจว่ามีเลือดออกบริเวณแผล เลือดออกใต้ผิวหนัง ก้อนเลือด หลอดเลือดโป่งพอง ประเมินและจัดการความปวด

12) ดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ ได้แก่ การประเมินภาวะวิตกกังวล และให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา การปฏิบัติตัว และใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจอื่นร่วมด้วย เช่น การใช้ดนตรีบำบัด การใช้จินตภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ควรดูแลความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของผู้ป่วยด้วย

13) ดูแลลดการทำงานของหัวใจ โดยให้อ่อนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย และให้มีการขับถ่ายอุจจาระปกติ

6.3 การพยาบาลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

หลังจากสวนหลอดเลือดหัวใจและเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในช่วง 24 - 48 ชั่วโมงแรกแล้วนั้น จำเป็นต้องย้ายไปรักษาและสังเกตอาการอย่างต่อเนื่องยังหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตหรือหอผู้ป่วยสามัญ บางรายแพทย์เจ้าของไข้อาจพิจารณาจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การพยาบาลในระยะนี้จึงมีความสำคัญอีกช่วงหนึ่งที่ต้องเนื่องกัน ดังนี้

1) ให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ รับรู้การเจ็บป่วยของตนเองและสามารถปฏิบัติตัวเมื่อออกจากโรงพยาบาลได้ โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 หลังสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรก เริ่มด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวหลังสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต

ระยะที่ 2 หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 48 ชั่วโมงแรก การให้ข้อมูลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ข้อมูลที่ให้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ กิจกรรมและการออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับอาการผิดปกติ

2) ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งทางด้านร่างกายโดยการประเมินอาการผิดปกติต่างๆ เช่น อาการหอบเหนื่อย หัวใจเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก เป็นต้น และประเมินสัญญาณชีพ ส่วนด้านจิตใจ โดยประเมินความวิตกกังวล ประเมินภาวะซึมเศร้า และด้านครอบครัวและสังคมประเมินความพร้อมของครอบครัวและแหล่งสนับสนุนทางสังคม

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการฟังดนตรี

พิมพร ลีลาวัฒนากุล (2546) ศึกษาผลของดนตรีประเภทผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองให้ฟังดนตรีประเภทผ่อนคลายวันละ 2 ครั้ง ช่วงเช้าและช่วงบ่าย ครั้งละ 20 นาที เป็นเวลา 3 วัน โดยวัดความวิตกกังวลก่อนฟังดนตรีในช่วงเช้าและวัดหลังฟังดนตรีช่วงบ่าย พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้ฟังดนตรีมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงในวันที่ 1 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในวันที่ 2 และวันที่ 3 ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

จิราพร ชลธิชาชลาลักษณ์ และคณะ (2551) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวล การตอบสนองทางสรีระ และตัวแปรในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย โดยในระยะทดลองผู้ป่วยจะได้รับฟังดนตรีบำบัดเสียงธรรมชาตินาน 30 นาที จำนวน 1 ครั้ง และในระยะควบคุมจะไม่ได้ฟังดนตรีบำบัด พบว่า ขณะที่ได้รับฟังดนตรีบำบัด ความวิตกกังวล อัตราการหายใจและความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดงลดลงกว่าขณะที่ได้รับดนตรีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุมลชาติ ดวงบุบผา และคณะ (2551) ศึกษาผลของประสิทธิภาพของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวล การตอบสนองทางสรีระ ความจุปอดและความอึดตัวของออกซิเจนในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย โดยระยะทดลองให้ฟังดนตรีบำบัดเสียงธรรมชาติที่ผู้ป่วยได้เลือกไว้ 1 ครั้ง นาน 30 นาที และระยะควบคุมใส่เครื่องหยาฟังโดยไม่มีเสียงดนตรีเป็นเวลานาน 30 นาที พบว่า ระยะที่ผู้ป่วยได้ฟังดนตรีบำบัด มีระดับความวิตกกังวล อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันเลือดซิสโตลิก และความดันเลือดแดงเฉลี่ยลดลงมากกว่าระยะควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

White (1999) ศึกษาผลของดนตรีผ่อนคลายต่อความสมดุลของระบบประสาทหัวใจและความวิตกกังวลหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มทดลองได้รับการฟังดนตรีในความเงียบและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบเป็นเวลา 20 นาที กลุ่มที่ 2 ได้รับให้จัดอยู่ในที่เงียบและสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบไม่มีสิ่งรบกวนเป็นเวลา 20 นาที และกลุ่มที่ 3 ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากนั้นวัดความวิตกกังวลและความสมดุลของระบบประสาทหัวใจจาก อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิตซิสโตลิก และการใช้ออกซิเจน พบว่า ภายหลังจากทดลองจบพื้นที่มีการลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และการใช้ออกซิเจนในกลุ่มที่ 1 ซึ่งได้รับการฟังดนตรีในความเงียบและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบมากกว่ากลุ่มที่ 3 ซึ่งเป็นกลุ่มควบคุมและยังคง

พบการลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจ หลังจากจบการทดลองไปแล้ว 1 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบความแตกต่างของการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และการใช้ออกซิเจนในกลุ่มที่ 2 เมื่อเทียบกับอีก 2 กลุ่ม ส่วนความวิตกกังวลขณะเผชิญลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะกลุ่มที่ 1 เท่านั้น โดยลดลงเมื่อจบการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 ชั่วโมง

Bradt et al. (2013) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการผ่าตัดหรือสวนหลอดเลือดหัวใจ ก่อน ระหว่างและหลังการได้รับหัตถการ พบว่า ดนตรีบำบัดสามารถลดความวิตกกังวลลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .004$) โดยส่งผลในระดับปานกลาง และคะแนนความวิตกกังวลลดลงเฉลี่ย 5.87 คะแนน และลดอัตราการเต้นของหัวใจลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) และจะลดได้ถ้าผู้ป่วยสามารถเลือกเพลงฟังได้เอง ($p = .001$)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการให้ข้อมูล

อุราวดี เจริญไชย (2541) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการความรู้สึกรู้สึก และคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำนวน 30 ราย โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ Laventhal & Johnson (1983) ข้อมูลที่ให้เกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก และคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติก่อนการผ่าตัดผ่านเทปโทรทัศน์ ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Form X-I) ของ spielberger และคณะ แบบวัดความรู้สึกรู้สึกเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของ Johnson และแบบสังเกตพฤติกรรมการตอบสนองต่อความเจ็บปวดประเมินผลหลังผ่าตัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนความวิตกกังวล และมีคะแนนความรู้สึกรู้สึกเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อความเจ็บปวดและคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิภาภัทร ชังขาว (2544) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในการหยาเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจด้วย T-piece แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 16 ราย กลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการฝึกเทคนิคผ่อนคลายโดยการบริหารการหายใจ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form X-I) ของ spielberger และคณะ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินความวิตกกังวลก่อนการทดลอง

และหลังการทดลอง 4 ชั่วโมง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการให้ข้อมูล อย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้เทคนิค ผ่อนคลายมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($p < .001$) และภายหลังการทดลองผู้ป่วยที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายนี้อีกมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p < .01$)

จิราพร ลวดทอง (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ Leventhal & Johnson (1983) กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูลเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพและหัตถการที่จะได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การทำความสะอาดแผล การเย็บแผล การเตรียมตัวผ่าตัด การเข้าเฝือก การคาสายสวนปัสสาวะ และการคาท่อระบายทรวงอก ผ่านภาพพลิกประกอบ จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 5 - 15 นาที ประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนและหลังทดลองด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory Form X1) Spielberger และคณะ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ยุพิน สังฆะมณี (2555) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความรู้ความวิตกกังวล และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 17 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลตนเองหลังผ่าตัดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตัวตนเองของ Leventhal & Johnson (1983) ผ่านสื่อวีดิทัศน์ 2 ครั้งต่อเนื่องกันในวันที่ 5 และ 6 ใช้เวลาประมาณ 17 นาที และ 15 นาที ตามลำดับ ประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนและหลังทดลองด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory Form X1) Spielberger และคณะ และแบบวัดความรู้สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการปรับตัวตนเองของ Leventhal & Johnson (1983) ผลการวิจัยพบว่า หลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้มากกว่าก่อนให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลหลังการทดลองไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเนื่องจากกลุ่มควบคุมอาจได้รับข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพอื่นๆด้วย

วรรณุช ฤทธิธรรม และ สมพร ชินโนรส (2555) ศึกษาผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้องและเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลเตรียมพร้อมโดยประยุกต์ทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal & Johnson (1983) ผ่านสื่อมัลติมีเดีย เป็นเวลา 20 นาทีก่อนผ่าตัด ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger และคณะ และมาตรวัดความปวดด้วยตัวเลข โดยประเมินความวิตกกังวลและประเมินความปวดก่อนการผ่าตัด และหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและมีคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

Chan & Cheung (2003) ศึกษาผลการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการสวนหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยก่อนสวนหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 31 คน โดยกลุ่มทดลองให้ข้อมูลผ่านวิดีโอจำนวน 1 ครั้ง เป็นเวลา 30 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory Form Y1) Spielberger และคณะ พบว่า กลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการสวนหลอดเลือดหัวใจมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาที่เกี่ยวกับการบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลส่วนใหญ่จะเป็นการบำบัดด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น การให้ข้อมูล การฟังดนตรีหรือดนตรีบำบัด การจินตนาการ การนวด เป็นต้น และจากประสบการณ์การปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ผ่านมาพบว่า การพยาบาลตามปกติในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก (STEMI) หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉินนั้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจและเมื่อออกจากโรงพยาบาลเป็นเพียงการให้ข้อมูลในระยะสั้นๆ ด้วยเวลาที่รวดเร็วอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ประกอบกับปัจจุบันการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลก่อนการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉินในผู้ป่วย STEMI ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลา door to balloon time และอาการเจ็บหน้าอกที่รบกวนผู้ป่วยในขณะที่ให้การพยาบาล และพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจทำบอลลูนหรือใส่ขดลวดตายแบบฉุกเฉินนั้นเกิดความวิตกกังวลขึ้นตั้งแต่เริ่มมีอาการ การได้รับการวินิจฉัยและการรักษา และต่อเนื่องถึงหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเนื่องจาก ความรู้สึกทุกข์ทรมานใจ รู้สึกกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองที่เป็นโรคไม่หายขาด อาการอาจกำเริบได้ตลอดเวลา กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย การดำเนินชีวิตประจำวัน และกังวล

เกี่ยวกับครอบครัว ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติตัว การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ความไม่สุขสบายบริเวณที่ทำการสวนหลอดเลือดหัวใจ และวิตกกังวลจากสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการให้การบำบัดเพียงอย่างเดียวไม่ว่าจะเป็นเฉพาะการให้ข้อมูลหรือเฉพาะดนตรีบำบัดสามารถลดความวิตกกังวลได้ในระดับหนึ่ง ประกอบกับเนื่องจากหลังการสวนหลอดเลือดผู้ป่วยจะวิตกกังวลจากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น โดยมีการศึกษาพบว่าการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนสามารถลดความวิตกกังวลได้ (ยุพิน สังฆมณี, 2555) และการฟังดนตรีสามารถลดความวิตกกังวลได้เช่นเดียวกัน (Bradt et al., 2013) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการให้การพยาบาลแบบบูรณาการโดยให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจเพื่อลดความวิตกกังวล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี ตามแนวคิดของ

Laventhal & Johnson (1983) และ Chlan & Tracy (1999)

ระยะที่ 1 หลังสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรก (ในหอผู้ป่วยวิกฤต)

การฟังดนตรี โดยผู้ป่วยเป็นผู้เลือกเพลงเองตามความชอบ เป็นดนตรีบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้อง มีจังหวะ 60-80 ครั้ง/นาที นาน 30 นาที จำนวน 1 ครั้ง

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัว หลังสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นรายบุคคล เวลาประมาณ 30 นาที

ระยะที่ 2 หลังสวนหลอดเลือดหัวใจ 48 ชั่วโมงแรก (ในหอผู้ป่วยวิกฤต)

การฟังดนตรี โดยผู้ป่วยเป็นผู้เลือกเพลงเองตามความชอบ เป็นดนตรีบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้อง มีจังหวะคงที่ 60-80 ครั้ง/นาที นาน 30 นาที จำนวน 1 ครั้ง

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเกี่ยวกับ คำแนะนำการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ กิจกรรมและการออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับอาการผิดปกติ เป็นรายบุคคล เวลาประมาณ 30 นาที

หมายเหตุ ดนตรีที่ใช้ ประกอบด้วยเพลงไทยเดิม เพลงไทยสากล เพลงไทยลูกทุ่ง เพลงสากล เพลงพื้นบ้าน โดยใช้เครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติผ่านทางชุดหูฟัง

ความวิตกกังวล

→ Spielberger (1983)

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – posttest control group design) โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุม	O ₁		O ₂
กลุ่มทดลอง	O ₃	X	O ₄

- O₁ หมายถึง ความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₂ หมายถึง ความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₃ หมายถึง ความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี
- O₄ หมายถึง ความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี
- X หมายถึง โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีและการพยาบาลตามปกติ

ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉิน ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ของกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ST-Elevate Myocardial Infarction) ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 – 59 ปี ที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉินครั้งแรก ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเลือกโดยผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

- 1) กำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้าร่วม ดังนี้
 - 1.1) หลังได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉิน (Emergency) ต้องเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ (CCU)
 - 1.2) มีระดับความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง (Peplau, 1999) ประเมินโดยใช้แบบประเมิน STAI Form Y-1
 - 1.3) หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจไม่มีการผิดปกติ ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย และหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งประเมินจากการสอบถามและสังเกตอาการ และจากคลื่นไฟฟ้าหัวใจโดยเครื่องวัดอัตราการเต้นของหัวใจยี่ห้อ Nihon Kohden
 - 1.4) ไม่มีปัญหาในการได้ยินและการมองเห็น โดยสามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
 - 1.5) ไม่มีประวัติการป่วยหรือมีความผิดปกติทางจิตและได้รับยาลดอาการวิตกกังวลโดยประเมินจากเวชระเบียน
 - 1.6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- 2) เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้
 - 2.1) ขณะทำการทดลองผู้ป่วยมีอาการผิดปกติที่ต้องรับการรักษาเร่งด่วน ได้แก่ หอบเหนื่อย หัวใจเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้ง/นาทีหรือเต้นช้ากว่า 60 ครั้ง/นาที หัวใจเต้นผิดจังหวะ
 - 2.2) ไม่ชอบฟังดนตรี
- 3) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุมก่อน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีก 22 คนหลังเข้ากลุ่มทดลองโดยทำให้มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนซึ่งอาจมีผลกระทบบต่อการวิจัยครั้งนี้ที่ละคู่ โดยให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันในเรื่องดังต่อไปนี้
 - 3.1) อายุ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่างกันไม่เกิน 5 ปี (Zhao et al., 2008)
 - 3.2) ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีระดับการศึกษาเดียวกัน (สุดใจ บุรณพุกษา, 2549) แบ่งเป็น ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า สูงกว่าปริญญาตรี

3.3) ระดับความวิตกกังวล อยู่ในระดับเดียวกันคือ ความวิตกกังวลระดับปานกลางและระดับสูง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยนี้ซึ่งเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเปิดตารางอำนาจทดสอบ (Statistic Power Table) โดยกำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) เท่ากับ 80% กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง .50 อ้างอิงจากงานวิจัยของ พิมพร ลีลาวัฒนกุล (2546) เรื่อง ผลของดนตรีประเภทผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test ในการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (One-tailed test) จากการเปิดตารางได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน (Burns & Grove, 2009) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เสร็จสิ้นก่อน เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่าง และเป็นอิสระจากกลุ่มทดลอง จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่ละคู่ให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ ระดับการศึกษา และระดับความวิตกกังวล จนได้กลุ่มตัวอย่าง 22 คน โดยจัดให้เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ดังนี้

1) ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกเอง ณ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจภายหลังจากผู้ป่วยสวนหลอดเลือดหัวใจเสร็จจากห้องสวนหลอดเลือดหัวใจและนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจอย่างน้อย 30 นาที ในแต่ละวัน โดยคัดเลือก 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมก่อน และ 22 คนหลังจัดเข้ากลุ่มทดลอง

2) จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อายุของกลุ่มควบคุมและทดลองต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีระดับการศึกษาเท่ากันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด แบ่งเป็น ประถมศึกษา มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า สูงกว่าปริญญาตรี และระดับความวิตกกังวล อยู่ในระดับเดียวกันคือ ความวิตกกังวลระดับปานกลางและระดับสูง

3) ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจพร้อมทั้งอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่ตาม อายุ ระดับการศึกษา และระดับความวิตกกังวล

คู่ที่	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	อายุ	ระดับการศึกษา	ระดับความวิตกกังวล	อายุ	ระดับการศึกษา	ระดับความวิตกกังวล
1	47	ประถมศึกษา	ปานกลาง	47	ประถมศึกษา	ปานกลาง
2	56	ปริญญาตรี	ปานกลาง	57	ปริญญาตรี	ปานกลาง
3	40	ปริญญาตรี	ปานกลาง	42	ปริญญาตรี	ปานกลาง
4	40	มัธยมศึกษา	ปานกลาง	39	มัธยมศึกษา	ปานกลาง
5	58	ประถมศึกษา	ปานกลาง	59	ประถมศึกษา	ปานกลาง
6	46	ประถมศึกษา	ปานกลาง	48	ประถมศึกษา	ปานกลาง
7	57	ประถมศึกษา	ปานกลาง	52	ประถมศึกษา	ปานกลาง
8	47	มัธยมศึกษา	ปานกลาง	45	มัธยมศึกษา	ปานกลาง
9	58	ประถมศึกษา	ปานกลาง	56	ประถมศึกษา	ปานกลาง
10	49	ประถมศึกษา	ปานกลาง	53	ประถมศึกษา	ปานกลาง
11	44	มัธยมศึกษา	ปานกลาง	39	มัธยมศึกษา	ปานกลาง
12	53	ประถมศึกษา	ปานกลาง	57	ประถมศึกษา	ปานกลาง
13	42	มัธยมศึกษา	ปานกลาง	44	มัธยมศึกษา	ปานกลาง
14	50	ประถมศึกษา	ปานกลาง	55	ประถมศึกษา	ปานกลาง
15	54	มัธยมศึกษา	ปานกลาง	57	มัธยมศึกษา	ปานกลาง
16	51	ประถมศึกษา	ปานกลาง	48	ประถมศึกษา	ปานกลาง
17	49	มัธยมศึกษา	ปานกลาง	48	มัธยมศึกษา	ปานกลาง
18	33	มัธยมศึกษา	ปานกลาง	29	มัธยมศึกษา	ปานกลาง
19	57	มัธยมศึกษา	ปานกลาง	54	มัธยมศึกษา	ปานกลาง
20	39	มัธยมศึกษา	ปานกลาง	46	มัธยมศึกษา	ปานกลาง
21	47	ประถมศึกษา	ปานกลาง	51	ประถมศึกษา	ปานกลาง
22	50	ปริญญาตรี	ปานกลาง	52	ปริญญาตรี	ปานกลาง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การมีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการฟังดนตรี ได้แก่ ความชอบฟังดนตรี ช่วงเวลาที่ฟังดนตรี และแนวดนตรีที่ชอบ

1.2 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1)

ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) ของ Spielberger (1983) แปลโดย ธาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภชาติ และดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2534) มีข้อคำถาม 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัด Rating scale 4 ระดับ จากไม่มีความรู้สึกเลยถึงมีมากที่สุด คะแนนรวมต่ำสุด 20 คะแนน สูงสุด 80 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางลบ	ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางบวก
มากที่สุด	มากที่สุด
ให้คะแนน 4 คะแนน	ให้คะแนน 1 คะแนน
ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างมาก
ให้คะแนน 3 คะแนน	ให้คะแนน 2 คะแนน
มีบ้าง	มีบ้าง
ให้คะแนน 2 คะแนน	ให้คะแนน 3 คะแนน
ไม่มีเลย	ไม่มีเลย
ให้คะแนน 1 คะแนน	ให้คะแนน 4 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน 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

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี ตามแนวคิด Laventhal & Johnson (1983) และ Chlan & Tracy (1999) มีขั้นตอนพัฒนา ดังนี้

2.1 ศึกษาตำรา เอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนของ Laventhal & Johnson (1983) และแนวคิดเกี่ยวกับดนตรีบำบัดในผู้ป่วยวิกฤตของ Chlan & Tracy (1999) ความรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการสวนหลอดเลือดหัวใจ

2.2 สรุปและกำหนดเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง เหมาะสมและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาลและกลับไปอยู่บ้าน และเกี่ยวกับดนตรีบำบัด

2.2.1 กำหนดขั้นตอนของการทำกิจกรรม ประกอบด้วย ขั้นตอนการประเมินความวิตกกังวล และความรู้เกี่ยวกับโรค ขั้นตอนการฟังดนตรี ขั้นตอนการให้ความรู้ระยะที่ 1 หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรกขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต และระยะที่ 2 หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 48 ชั่วโมงแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.2.2 คัดเลือกเพลงที่มีลักษณะเป็นดนตรีบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้อง มีจังหวะคงที่ 60-80 ครั้งต่อนาที ประเภทประกอบด้วยเพลงไทยเดิม เพลงไทยสากล เพลงไทยลูกทุ่ง เพลงสากล และเพลงพื้นบ้าน โดยแต่ละเพลงได้มีการตรวจนับจังหวะให้อยู่ระหว่าง 60-80 ครั้งต่อนาที

2.2.3 กำหนดเนื้อหาในกิจกรรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ให้ครอบคลุมชนิดข้อมูลทั้ง 3 ชนิด ดังนี้

1) ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล คือ ข้อมูลที่เกี่ยวกับการรักษาและการดูแลที่จะได้รับตั้งแต่หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจจนออกจากโรงพยาบาล เช่น การนำสายสวนหลอดเลือดที่ขาหนีบออก การตรวจสมรรถนะหัวใจ เป็นต้น

2) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ต้องประสบ ผ่านทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 เช่น แสง เสียงรบกวน ความไม่สุขสบายจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เป็นต้น

3) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญต่อภาวะคุกคาม คือ คำแนะนำให้การปฏิบัติตัว การบรรเทาความไม่สุขสบายจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เป็นต้น

2.3 พัฒนาโปรแกรมและวางแผนกิจกรรมในโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี ประกอบไปด้วย

1) แผนการให้ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการปฏิบัติตัว หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยกิจกรรมประกอบไปด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล, ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ต้องประสบ และข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญต่อภาวะคุกคามซึ่งผู้วิจัยได้ทำสื่อการสอนตามโปรแกรมครอบคลุมรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรก การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในระยะที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวหลังสวนหลอดเลือดหัวใจ ขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต

ระยะที่ 2 หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 48 ชั่วโมงแรก การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคำแนะนำการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ กิจกรรมและการออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับอาการผิดปกติ

2) สื่อคอมพิวเตอร์ สร้างขึ้นโดยโปรแกรม power point ซึ่งเป็นเนื้อหาในแผนการสอนความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

3) คู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาคำรา เอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน โดยมอบให้กลุ่มตัวอย่างใช้ในการศึกษาทำความเข้าใจและใช้ไปการปฏิบัติตนทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและกลับไปอยู่บ้าน

4) เครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติพร้อมดนตรีเพื่อคลายความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาคำรา เอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้คัดเลือกเพลงที่มีความเหมาะสมและผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านดนตรีบำบัด ซึ่งเป็นดนตรีบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้อง มีจังหวะคงที่ 60-80 ครั้งต่อนาที ประกอบด้วยเพลงไทยเดิม เพลงไทยสากล เพลงไทยลูกทุ่ง เพลงสากล และเพลงพื้นบ้าน โดยแต่ละเพลงได้มีการตรวจนับจังหวะให้อยู่ระหว่าง 60-80 ครั้งต่อนาที

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบวัดความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นส่วนหนึ่งของแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของสำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2549) ซึ่งเป็นแบบทดสอบชนิดถูกผิด ลักษณะคำถามให้ความหมายทางบวกและทางลบ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และด้านการจัดการอาการผิดปกติ จำนวน 32 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาโดยการปรับลดและรวมบางข้อคำถาม และปรับเปลี่ยนข้อคำถามด้านการปฏิบัติตัวหลังสวน

หลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต และด้านการลดปัจจัยเสี่ยง รวมเป็นทั้งหมด 7 ด้าน จำนวน 45 ข้อ คะแนนรวมเท่ากับ 45 คะแนน ดังนี้

- 1) ด้านความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 13 ข้อ
- 2) ด้านการปฏิบัติตัวหลังสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 5 ข้อ
- 3) ด้านโภชนาการ จำนวน 6 ข้อ
- 4) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ
- 5) ด้านการรับประทานยา จำนวน 4 ข้อ
- 6) ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง จำนวน 4 ข้อ
- 7) ด้านการจัดการอาการผิดปกติ จำนวน 5 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกกำหนดการให้คะแนนคือ ตอบ ใช่ (ถูก) ได้ 1 คะแนน ตอบ ไม่ใช่ (ผิด) ได้ 0 คะแนน ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ กำหนดการให้คะแนนคะแนนคือ ตอบ ใช่ (ผิด) ได้ 0 คะแนน ตอบ ไม่ใช่ (ถูก) ได้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ของถือว่ามีความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจ (Bloom et al., 1971) ในระดับมาก และให้ซักถามในข้อคำถามที่ตอบไม่ถูกเพื่อให้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง กรณีคะแนนความรู้น้อยกว่าร้อยละ 80 ผู้วิจัยให้ความรู้ใหม่และวัดความรู้ใหม่อีกรอบ

3.2 แบบประเมินความพึงพอใจในการฟังดนตรี

เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจในการฟังดนตรีหลังจากฟังดนตรีจบ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยคำถามจำนวน 1 ข้อ คือ พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจการฟังดนตรีให้ผู้ป่วยเลือกตอบ

การแปลผล หากกลุ่มตัวอย่างเลือกตอบพึงพอใจ ถือว่ากลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์ ถ้าหากกลุ่มตัวอย่างตอบไม่พึงพอใจในการฟังดนตรี ให้กลุ่มตัวอย่างนั้นออกจากงานวิจัยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่ ซึ่งการประเมินนี้จะยืนยันถึงประสิทธิผลของดนตรีบำบัดต่อการลดความวิตกกังวล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และเครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ และหลอดเลือด และแบบประเมินความพึงพอใจในการฟังดนตรี ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม

1.2 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และเครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบประเมินความพึงพอใจในการฟังดนตรีให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันร้อยละ 80 (Polit & Beck, 2008) หรือมีความเห็นตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน โดยผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย

1) อายุรแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการสวนหลอดเลือดหัวใจ 1 คน

2) อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ 2 คน

3) พยาบาลวิชาชีพและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ และปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ 1 คน

4) อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านดนตรีบำบัดในผู้ป่วยวิกฤต 1 คน

โดยผลตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังตารางที่ 2 และมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ทรงคุณวุฒิให้แก้ไขข้อคำถามด้านรายได้ โดยให้ระบุเป็นช่วงรายได้ และสอบถามเกี่ยวกับความเพียงพอและไม่เพียงพอของรายได้ที่ได้รับ

2) แบบประเมินความวิตกกังวล ผู้ทรงคุณวุฒิให้ปรับแก้ข้อคำถามที่ 16 ซึ่งซ้ำกับข้อที่ 8 จากคำถามที่ว่า ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจ ปรับเป็น ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจและมีความสุข

จากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 3 คน ณ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรม ความชัดเจนของภาษา กิจกรรม ความเหมาะสมของระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ปัญหาและอุปสรรค ก่อนนำไปใช้จริง

2.การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ และหลอดเลือด ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ณ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร Cronbach' Alpha Coefficient ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 0.70 (Polit & Beck, 2008) ส่วนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ และหลอดเลือดหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร KR-20 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 0.70 (Polit & Beck, 2008) โดยผลตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) และค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้

แบบสอบถาม	ค่า CVI	ค่า Reliability (n=30)
แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1)	.75	.82
แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด	.93	.90

การดำเนินการทดลอง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง 1 กันยายน 2559 – 19 ตุลาคม 2560 โดยแบ่งการดำเนินการทดลองออกเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2559 – 11 พฤษภาคม 2560 มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ในเรื่องการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัยร่วมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง ผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนวิชาการบำบัดทางการพยาบาลจำนวน 3 หน่วยกิต และเข้าอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง ศาสตร์การแพทย์แบบผสมผสานในการดูแลสุขภาพ เป็นเวลา 3 วัน ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับดนตรีบำบัด การใช้ดนตรีซึ่งจัดโดยคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2) เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3) ผู้วิจัยนำหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ ตัวอย่างเครื่องมือ เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

4) ภายหลังจากการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะ

พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ เครื่องมือวิจัย เข้าพบ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุมัติทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

5) หลังจากได้รับการอนุมัติให้ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมาแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือยื่นต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม และหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล สถานที่ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการทดลอง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่วันที่ 15 พฤษภาคม 2560 – 19 ตุลาคม 2560 มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 44 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่าง 22 แรกเป็นกลุ่มควบคุมและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เสร็จสิ้นก่อน หลังจากนั้นทำการ matched pair กลุ่มตัวอย่างด้วยอายุ ระดับการศึกษา และระดับความวิตกกังวลให้ได้จำนวน 22 คู่ และให้เป็นกลุ่มทดลอง โดยดำเนินการคัดเลือกที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจภายหลังจากผู้ป่วยสวนหลอดเลือดหัวใจเสร็จจากห้องสวนหลอดเลือดหัวใจแล้วอย่างน้อย 30 นาทีเป็นต้นไป

2) เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง อธิบายการเข้าร่วมการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ ขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์

3) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และดำเนินกิจกรรมโดยมีรายละเอียดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุม มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ ในช่วงที่ไม่มีมีกิจกรรมการรักษาและการพยาบาลจากแพทย์และพยาบาล สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความวิตกกังวล (Pre-test) ด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ก่อนให้การพยาบาลตามปกติ โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

2) ดูแลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ดังต่อไปนี้ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤตเฉพาะการห้ามงอขาหรือข้อมือข้างที่สวนหลอดเลือดหัวใจ และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านด้านการรับประทานยา อาหาร การออกกำลังกาย การเลิกบุหรี่ และการมาตรวจตามนัด โดยได้รับภายใน 48 ชั่วโมงหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ

3) ประเมินความวิตกกังวล (Post-test) ด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที หลังให้การพยาบาลตามปกติ

4) ผู้วิจัยสอบถามอาการทั่วไป ความรู้สึกวิตกกังวลขณะที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนัก โรคหัวใจและที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และมอบคู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

สรุปกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงความรู้สึกและความวิตกกังวลของตนเองตั้งแต่มีอาการป่วย จนถึงหลังสวนหลอดเลือดหัวใจ และขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตว่ารู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้ ส่วนใหญ่จะวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งในช่วงหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจแรกๆ จากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เสี่ยงรบกวนต่างๆ และวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อต้องออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน เช่น สามารถกลับไปทำงานได้หรือไม่ และการนัดมาตรวจหรือทำการสวนหลอดเลือดหัวใจอีกครั้ง โดยส่วนใหญ่รู้สึกว่าตนเองอาการดีขึ้นไม่มีอาการเจ็บหน้าอก เหมือนหายจากโรค แต่บางรายยังรู้สึกวิตกกังวลเท่าเดิมหรือเพิ่มขึ้นจากการทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และพบว่าเป็นโรคอื่นๆร่วมด้วยในคราวเดียวกัน เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น หรือบางรายที่ทราบว่าผลการตรวจพิเศษด้วยคลื่นความถี่สูงพบประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง ส่วนใหญ่พึงพอใจการได้รับข้อมูลจากพยาบาลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ แต่ให้ความเห็นว่าการให้ข้อมูลนั้นช่วงเวลาสั้นและเร็วเกินไป และไม่กล้าซักถามข้อสงสัยต่างๆ หลังจากได้รับข้อมูล โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจไม่ครบ 48 ชั่วโมง จำนวน 3 ราย เนื่องจากแพทย์ผู้ทำการรักษาพิจารณาย้ายออกไปยังหอผู้ป่วยสามัญและห้องพิเศษก่อนครบ 48 ชั่วโมง

กลุ่มทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

ครั้งที่ 1 หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรก

1) ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ ในช่วงที่ไม่มีกิจกรรมการรักษาและการพยาบาลจากแพทย์และพยาบาล เริ่มสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความวิตกกังวล (Pre-test) ด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยแบบวัดความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

2) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระยะที่ 1 หลังสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรก เริ่มด้วยผู้วิจัยดูแลความสบาย จัดท่าที่เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัว ดูป้ายห้ามรบกวน เพื่อไม่ให้ได้รับการรบกวนขณะฟังดนตรี สอนและสาธิตการใช้เครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติในการฟังดนตรีจนผู้ป่วยใช้ได้เอง และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพลงเองตามความชอบ ผู้วิจัยกำหนดเวลาฟังดนตรีกับกลุ่มตัวอย่าง คือ 30 นาทีและแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างนอนพักผ่อนต่ออีก 10 นาที รวมเวลาทั้งสิ้น 40 นาที

3) จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างฟังดนตรี โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกเพลงเองตามความชอบ ซึ่งเป็นดนตรีบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้อง จังหวะ 60-80 ครั้ง/นาที เป็นเพลงไทยเดิม เพลงไทยสากล เพลงไทยลูกทุ่ง เพลงสากล เพลงพื้นบ้าน ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ผ่านเครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติทางชุดหูฟัง โดยฟังอย่างต่อเนื่องนาน 30 นาที และแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างหลับตาขณะฟังดนตรี

4) เมื่อฟังดนตรี ครบ 30 นาที ให้กลุ่มตัวอย่างพักผ่อนต่ออีก 10 นาที

5) ผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกที่ได้ฟังดนตรี และจัดเตรียมกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

6) ให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในระยะเวลาที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ข้อมูลที่ให้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวหลังสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นรายบุคคล ระยะเวลาประมาณ 30 นาที โดยการบรรยายประกอบโปรแกรม power point ผ่านคอมพิวเตอร์พกพา ร่วมกับแจกคู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

7) ผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกหลังได้รับข้อมูล และสรุปการเข้าร่วมวิจัยครั้งที่ 1 ที่จบลง และนัดหมายการเข้าร่วมวิจัยครั้งที่ 2 ในวันรุ่งขึ้น

สรุปกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี หลังการสร้างสัมพันธภาพกลุ่มตัวอย่างเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งนี้ และให้ความร่วมมือในการทำแบบประเมินต่างๆ ในช่วงของการให้ดนตรี กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจในการฟังดนตรีและให้ความร่วมมือในการฟังดนตรีจนครบระยะเวลาที่กำหนด หลังจากฟังดนตรีจบรู้สึกผ่อนคลาย เพลินเพลิน มีเพลงให้เลือกฟังหลากหลาย ส่วนใหญ่เลือกฟังเพลงลูกทุ่ง เนื่องจากคุ้นเคยและชอบเป็นการส่วนตัว แต่บางรายให้ความเห็นว่ายังใช้เครื่องเล่นเพลงไม่คล่อง ส่วนในช่วงของการให้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมีความสนใจและร่วมแสดงความคิดเห็นที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองในแต่ละเรื่อง เช่น ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค อาการและอาการแสดงของโรคที่เกิดกับตนเอง และให้ความสนใจวิธีเฝ้าระวัง

เกิดโรคและการทำหัตถการ และภาพที่แสดงหลอดเลือดหัวใจของตนเองที่ตีบตันและที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจโดยให้ความเห็นว่า เป็นภาพที่ทำให้เห็นว่าตนเองมีหลอดเลือดหัวใจตีบตันเส้นไหนบ้าง ได้อย่างชัดเจน และทราบการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและการรักษาพยาบาลที่จะได้รับต่อหลังสวนหลอดเลือดหัวใจอย่างละเอียด ถึงแม้ว่าได้รับข้อมูลจากแพทย์เกี่ยวกับโรค การรักษาที่ได้รับ และจากพยาบาลเกี่ยวกับการห้ามงอสะโพก และข้อมูลข้างที่สวนหลอดเลือดหัวใจแล้วก็ตาม และตลอดการให้ข้อมูลมีการซักถามข้อสงสัยต่างๆเป็นระยะ แต่พบว่าในรายที่สวนหลอดเลือดหัวใจบริเวณขาหนีบจะมองคอมพิวเตอร์พกพาที่ใช้เป็นสื่อในการให้ข้อมูลได้ลำบากเล็กน้อยจากการที่ถูกจำกัดไม่ให้ก้มศีรษะหัวเตียงสูงเกิน 30 องศาเพื่อไม่ให้สะโพกงอมากเกินไปช่วงที่ห้ามงอสะโพกในรายที่สวนหลอดเลือดหัวใจบริเวณขาหนีบ และกลุ่มตัวอย่างตอบรับการนัดหมายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไปเป็นอย่างดี

ครั้งที่ 2 หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 48 ชั่วโมงแรก

- 1) ผู้วิจัยกล่าวทักทาย สอบถามอาการทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- 2) ผู้วิจัยดูแลความสุขสบาย จัดท่าที่เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัว ติดป้ายห้ามรบกวน เพื่อไม่ให้ได้รับการรบกวนขณะฟังดนตรี ทบทวนการใช้เครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติในการฟังดนตรี และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพลงเองตามความชอบ ผู้วิจัยกำหนดเวลาฟังดนตรีกับกลุ่มตัวอย่างคือ 30 นาทีและแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างนอนพักผ่อนต่ออีก 10 นาที รวมเวลาทั้งสิ้น 40 นาที
- 3) จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างฟังดนตรี โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกเพลงเองตามความชอบ ซึ่งเป็นดนตรีบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้อง จังหวะ 60-80 ครั้ง/นาที เป็นเพลงไทยเดิม เพลงไทยสากล เพลงไทยลูกทุ่ง เพลงสากล เพลงพื้นบ้าน ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ผ่านเครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติทางชุดหูฟัง โดยฟังอย่างต่อเนื่องนาน 30 นาที และแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างหลับตาขณะที่ฟังดนตรี
- 4) เมื่อฟังดนตรี ครบ 30 นาที ให้กลุ่มตัวอย่างพักผ่อนต่ออีก 10 นาที
- 5) ผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกที่ได้ฟังดนตรี และจัดเตรียมกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในระยะที่ 2
- 6) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระยะที่ 2 หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 48 ชั่วโมงแรก การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ข้อมูลที่ให้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ กิจกรรมและการออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับอาการผิดปกติเป็นรายบุคคล นาน 30 นาที โดยการบรรยายประกอบโปรแกรม power point ผ่านคอมพิวเตอร์พกพาพร้อมกับใช้คู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤต และเมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้ว

7) จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความรู้อยู่ด้วยแบบวัดความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด, ประเมินความพึงพอใจในการฟังดนตรีบำบัด และประเมินความวิตกกังวล (Post-test) ด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ร่วมกับการฟังดนตรีหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

สรุปกิจกรรม ในการพบเพื่อทำกิจกรรมเป็นครั้งที่ 2 มีกลุ่มตัวอย่าง 4 คน ที่แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญก่อนจะครบ 48 ชั่วโมง จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่ กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตามการนัดหมาย ในช่วงการฟังดนตรีผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาที่ฟัง มีบางรายที่จดจำการใช้เครื่องเล่นเพลงไม่ได้ ผู้วิจัยจึงได้สาธิตการใช้อีกครั้ง เมื่อครบกำหนดระยะเวลาการฟังดนตรีจึงให้ข้อมูลในระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อต้องออกจากโรงพยาบาล โดยแลกเปลี่ยนและซักถามข้อสงสัยต่างๆ ให้ความสนใจผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของตนเอง เช่น ระดับน้ำตาล ระดับไขมัน ระดับไตรกลีเซอไรด์ เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการตอบแบบประเมินที่เกี่ยวข้อง ในส่วนการกำกับการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพึงพอใจในการฟังดนตรี และให้ความเห็นว่าทำให้รู้สึกผ่อนคลาย จิตใจสงบ เพลิดเพลิน โดยส่วนใหญ่เลือกฟังเพลงลูกทุ่งมากที่สุด ส่วนแบบวัดความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือดนั้น มีกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ทั้งหมด 18 คน มีกลุ่มตัวอย่าง 4 คน ที่ไม่ผ่านเกณฑ์นั้น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อคำถามในด้านที่ตอบผิดและให้ความรู้ใหม่ในด้านนั้นอีกครั้งและวัดผลใหม่จนผ่านเกณฑ์ทั้งหมด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังให้ความเห็นเกี่ยวกับคู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวขณะอยู่ผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้านว่าสามารถกลับไปทบทวนเมื่อสงสัยและพบพาได้สะดวก มีข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่สามารถนำไปใช้ได้จริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

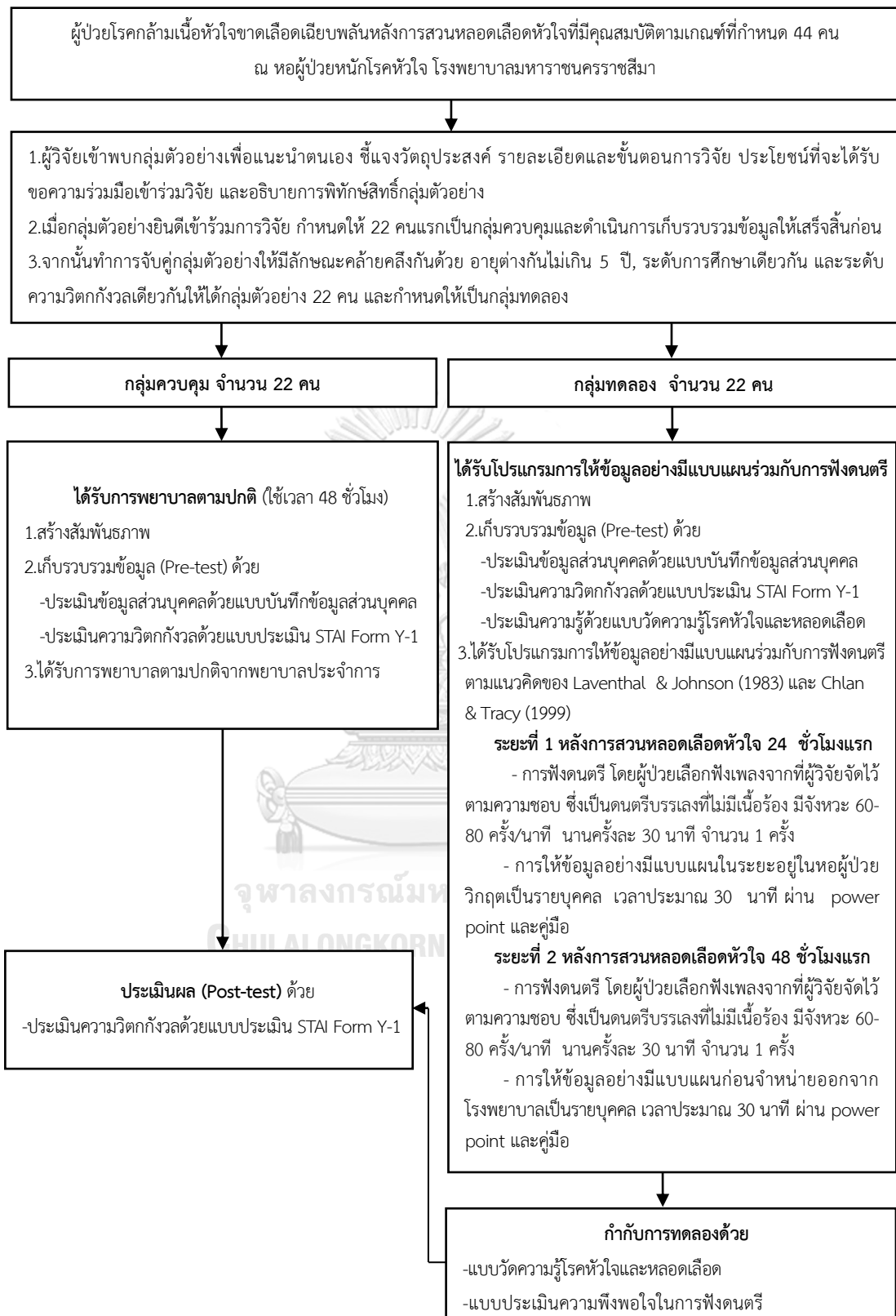
ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อพิจารณาว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยก่อนทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาพิจารณารับรองการวิจัยเมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2560 เลขที่ใบรับรอง 021/2017 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาการวิจัย ขั้นตอนของการวิจัย ประโยชน์จากงานวิจัยที่จะได้รับให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยให้ข้อมูลและเวลาที่เพียงพอในการตัดสินใจอย่างเป็นอิสระที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยนั้นกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ได้ทุกขณะโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลหรือคุณภาพการบริการทั้งสิ้น และเน้นย้ำว่าข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะปกปิดเป็นความลับโดยจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ว่ากรณีใดทั้งสิ้น หากกลุ่มตัวอย่างยินดีที่เข้าร่วมให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงกรณีขณะทำการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายผู้วิจัยจะยุติการดำเนินการวิจัยในทันที และให้การช่วยเหลือประสานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อรายงานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อทำการช่วยเหลือรักษาอย่างทันท่วงที ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ยุติการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่งนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม และก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Dependent t-test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test



ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ST-Elevate Myocardial Infarction) อายุ 18 – 59 ปี ที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉินครั้งแรก เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน โดยคัดเลือกตามแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผลการวิจัยนำเสนอ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังตารางที่ 3

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 4

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองดังตารางที่ 6

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 7

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ST-Elevate Myocardial Infarction)

ตารางที่ 3 เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การมีประวัติบุคคลป่วยเป็นโรคหัวใจ ความชอบในการฟังดนตรี เวลาที่ฟังดนตรี แนวเพลงที่ชอบฟัง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 22)		รวม (n = 44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	19	86.4	19	86.4	38	86.4
หญิง	3	13.6	3	13.6	6	13.6
อายุ	$\bar{X} = 48.5$ SD = 6.89		$\bar{X} = 49$ SD = 7.39		$\bar{X} = 48.75$ SD = 7.06	
ศาสนา						
พุทธ	22	100	22	100	44	100
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	10	45.5	10	45.5	20	45.5
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	9	40.9	9	40.9	18	40.9
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	3	13.6	3	13.6	6	13.6
สถานภาพสมรส						
โสด	2	9.1	4	18.1	6	13.6
คู่	18	81.9	15	68.3	33	75
หม้าย	1	4.5	0	0	1	2.3
หย่าร้าง	0	0	3	13.6	3	6.8
แยกกันอยู่	1	4.5	0	0	1	2.3

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(n = 22)		(n = 22)		(n = 44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
รับราชการ	1	4.5	4	18.1	5	11.4
พนักงานบริษัท	1	4.5	1	4.5	2	4.5
รับจ้าง	8	36.4	6	27.4	14	31.8
เกษตรกรกรรม	6	27.4	6	27.4	12	27.3
แม่บ้าน	1	4.5	0	0	1	2.3
ค้าขาย	3	13.6	4	18.1	7	15.9
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	9.1	1	4.5	3	6.8
รายได้ต่อเดือน (บาท)						
น้อยกว่า 5,000	3	13.6	5	22.7	8	18.2
5,000 – 10,000	9	40.9	9	40.9	18	40.9
10,001 – 15,000	7	31.9	0	0	7	15.9
15,001 – 20,000	1	4.5	4	18.2	5	11.4
มากกว่า 20,000	2	9.1	4	18.2	6	13.6
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	14	63.6	14	63.6	28	63.6
ไม่เพียงพอ	8	36.4	8	36.4	16	36.4
ประวัติโรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	17	77.3	12	54.5	29	65.9
มีโรคประจำตัว	5	22.7	10	45.5	15	34.1
เบาหวาน	0	0	1	10	1	6.7
ความดันโลหิตสูง	3	60	3	30	6	40
ไขมันในเลือดสูง	1	20	1	10	2	13.3

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(n = 22)		(n = 22)		(n = 44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เบาหวานและความดัน- โลหิตสูง	0	0	1	10	1	6.7
ความดันโลหิตสูงและ ไขมันในเลือดสูง	1	20	2	20	3	20
เบาหวานและไขมันในเลือดสูง	0	0	2	20	2	13.3
การสูบบุหรี่						
ไม่สูบ	5	22.7	4	18.2	9	20.5
สูบ	17	77.3	18	81.8	35	79.5
ระยะเวลาที่สูบ (ปี)						
มากกว่า 10 ปี	6	35.3	3	16.7	9	25.7
มากกว่า 20 ปี	11	64.7	15	83.7	26	74.3
ปริมาณที่สูบ/วัน						
น้อยกว่า 1 ซอง	6	35.3	5	27.8	11	31.4
มากกว่า 1 ซอง	11	64.7	13	72.2	24	68.6
การออกกำลังกาย						
ไม่ออกกำลังกาย	19	86.4	19	86.4	38	86.4
ออกกำลังกายเป็นประจำ	3	13.6	3	13.6	6	13.6
มีประวัติคนในครอบครัว ป่วยเป็นโรคหัวใจ						
ไม่มี	19	86.4	15	68.2	34	77.3
มี	3	13.6	7	31.8	10	22.7
ความชอบฟังดนตรี						
ชอบ	22	100	22	100	44	100

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(n = 22)		(n = 22)		(n = 44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงเวลาที่ฟังดนตรี						
ก่อนนอน	1	4.5	0	0	1	2.3
นอนไม่หลับ	1	4.5	1	4.5	2	4.5
เล่นกีฬา	0	0	1	4.5	1	2.3
เครียด/กังวล	3	13.6	8	36.4	11	25
เศร้า	1	4.5	0	0	1	2.3
ทำงาน	15	68.4	9	41	24	54.5
นอนไม่หลับและเครียด	1	4.5	3	13.6	4	9.1
แนวเพลงชอบที่ฟัง						
ไทยสากล	1	4.5	0	0	1	2.3
ไทยลูกทุ่ง	12	54.6	13	59.1	25	56.8
สากล	1	4.5	0	0	1	2.3
พื้นบ้าน(หมอลำ)	0	0	2	9.1	2	4.5
หมอลำและไทยลูกทุ่ง	4	18.2	3	13.6	7	15.9
ไทยสากลและไทยลูกทุ่ง	4	18.2	4	18.2	8	18.2

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 86.4 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 48.75 (SD = 7.06) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 ระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพ คู่ คิดเป็นร้อยละ 75 ประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 31.8 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 5,000 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.9 และรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 63.6 กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 65.9 เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีประวัติสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 79.5 สูบนานมากกว่า 20 ปีคิดเป็นร้อยละ 74.3 และส่วนใหญ่สูบบุหรี่วันละมากกว่า 1 ซอง คิดเป็นร้อยละ 68.6 ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 86.4 ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 77.3 ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหัวใจ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 100 ชอบฟังดนตรี ส่วนใหญ่ชอบฟังดนตรีขณะทำงานมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 54.5 และส่วนใหญ่ชอบฟังดนตรีประเภทลูกทุ่งเป็นร้อยละ 56.8

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนและระดับความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง

คู่ที่	คะแนนความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจ					
	กลุ่มควบคุม (n=22)			กลุ่มทดลอง (n=22)		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่าง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่าง
1	42	40	2	50	37	13
2	50	45	5	43	27	16
3	43	49	-6	49	35	14
4	50	45	5	49	36	13
5	51	47	4	51	33	18
6	49	54	-5	43	35	14
7	51	48	3	46	29	17
8	48	42	6	46	34	12
9	48	46	2	49	37	12
10	45	42	3	41	34	7
11	43	40	3	46	28	18
12	41	47	-6	41	33	8
13	45	43	2	41	30	11
14	51	46	5	50	30	20
15	49	42	7	45	29	16
16	43	47	-4	51	30	20
17	49	44	5	42	25	20
18	47	49	-2	46	40	6
19	47	48	-1	49	46	3
20	49	49	0	47	39	8
21	50	52	-2	51	33	18
22	44	40	4	42	31	11

ตารางที่ 4 (ต่อ) คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ความวิตกกังวล	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
กลุ่มควบคุม	47.05	3.23	ปานกลาง	45.68	3.82	ปานกลาง
กลุ่มทดลอง	46.27	3.58	ปานกลาง	33.23	4.84	เล็กน้อย

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลใกล้เคียงกันและอยู่ในระดับเดียวกัน โดยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 47.05 (SD = 3.23) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 46.27 (SD = 3.85) อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน

หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 33.23 (SD = 4.84) อยู่ในระดับเล็กน้อย ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 45.68 (SD = 3.82) อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 5 ระดับความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ความวิตกกังวล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
ระดับปานกลาง	22	100	22	100
หลังการทดลอง				
ระดับเล็กน้อย	3	13.64	21	95.45
ระดับปานกลาง	19	86.36	1	4.55

จากตารางที่ 5 พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 100 หลังการทดลองกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติส่วนใหญ่ยังคงมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 86.36 ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีเกือบทั้งหมดระดับความวิตกกังวลลดลงอยู่ในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 95.45

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test ($n_1=n_2=22$)

ความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจ	\bar{X}	SD	df	t	p
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	47.05	3.23	21		
หลังการทดลอง	45.68	3.82	21	1.60	.063
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	46.27	3.58	21		
หลังการทดลอง	33.23	4.84	21	11.09	.000

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจหลังการทดลองมีความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจต่ำกว่าก่อนการทดลอง เมื่อนำค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจมาเปรียบเทียบกับกันด้วยสถิติ Dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่าก่อนและหลังการทดลองกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน

ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจก่อนการทดลองเท่ากับ 46.27 (SD = 3.58) และหลังการทดลองมีความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจเท่ากับ 33.23 (SD = 4.84) เมื่อนำค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจมาเปรียบเทียบกับกันด้วยสถิติ Dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลอง

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$)

ความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจ	\bar{X}	SD	df	t	p
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	47.05	3.23	42	1.47	.074
กลุ่มทดลอง	46.27	3.58	42		
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	45.68	3.82	42	9.58	.000
กลุ่มทดลอง	33.23	4.84	42		

จากตารางที่ 7 พบว่า ก่อนการทดลองผลการทดสอบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลองผลการทดสอบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หมายความว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีมีความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the pretest – posttest control group design) โดยกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ST-segment elevation myocardial infarction) ที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉินซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ST-segment elevation myocardial infarction) ที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉินซึ่งได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉิน ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ของกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ST-Elevate Myocardial Infarction) ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 – 59 ปี ที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉินครั้งแรก ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา คัดเลือกแบบเจาะจงคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 44 คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด ณ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยมีวิธีการดังนี้

กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกโดยดูจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

2) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจากผู้ป่วยได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจเสร็จจากห้องสวนหลอดเลือดหัวใจแล้วและเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจเป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาทีขึ้นไป เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว อธิบายการเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาและการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย

3) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form) โดยให้กลุ่มตัวอย่าง 22 แรกเป็นกลุ่มควบคุมและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เสร็จสิ้นก่อน

กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกโดยดูจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

2) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจากผู้ป่วยได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจเสร็จจากห้องสวนหลอดเลือดหัวใจแล้วและเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจเป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาทีขึ้นไป พิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก และจับคู่ที่ละคู่ให้มีความคล้ายคลึงกันกับ

กลุ่มควบคุม (matched pairs) ด้วย 1) อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี (Zhao et al., 2008) 2) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับเดียวกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด (สุดใจ บุรณพฤษา, 2549) 3) ระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับเดียวกันจนได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 22 คน

3) เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว อธิบายการเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาและการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและซักถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 1.2 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

- 2.1 โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี ซึ่งประกอบไปด้วย
 - 2.1.1 แผนการให้ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
 - 2.1.2 สื่อคอมพิวเตอร์ สร้างขึ้นโดยโปรแกรม power point ซึ่งเป็นเนื้อหาในแผนการสอนความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
 - 2.1.3 คู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
 - 2.1.4 เครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติพร้อมดนตรีเพื่อคลายความวิตกกังวล

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

- 3.1 แบบวัดความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด
- 3.2 แบบประเมินความพึงพอใจในการฟังดนตรี

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง เริ่มตั้งแต่ 1 กันยายน พ.ศ. 2559 - 11 พฤษภาคม พ.ศ.

1) ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน การฟังดนตรี และเข้ารับอบรมที่เกี่ยวข้องกับดนตรีบำบัด จากนั้นได้เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาสารคาม นครราชสีมา ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะบดีคณะพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม นครราชสีมา เพื่อขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเข้าพบหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล การใช้สถานที่และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการทดลอง เริ่มตั้งแต่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 – 19 ตุลาคม พ.ศ. 2560

1) ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาสารคาม นครราชสีมา โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดทุกวัน และเก็บข้อมูลเมื่อก่อนตัวอย่างเข้ารับบริการในช่วงเวลา 7.00 น. – 20.00 น.

2) เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยเริ่มสร้างสัมพันธภาพ อธิบายการเข้าร่วมการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัยเพื่อการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย และให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยจนกลุ่มตัวอย่างพอใจ

3) เมื่อก่อนตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียด และลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form) จากนั้นผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง (contamination)

4) ภายหลังจากได้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนแล้ว ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโดยมีรายละเอียดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุม เริ่มตั้งแต่วันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 – 2 กันยายน พ.ศ. 2560

1) ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ ในช่วงที่ไม่มีกิจกรรมการรักษาและการพยาบาลจากแพทย์และพยาบาล สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความวิตกกังวล (Pre-test) ด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ก่อนให้การพยาบาลตามปกติ โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

2) ดูแลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังต่อไปนี้ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ การปฏิบัติตัว

หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤตการห้ามงอขาหรือข้อมือข้างที่สวนหลอดเลือดหัวใจ และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านด้านการรับประทานยา อาหาร การออกกำลังกาย การเลิกบุหรี่ และการมาตรวจตามนัด โดยได้รับภายใน 48 ชั่วโมงหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ

3) ประเมินความวิตกกังวล (Post-test) ด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหลังให้การพยาบาลตามปกติ 48 ชั่วโมง โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที หลังให้การพยาบาลตามปกติ

4) ผู้วิจัยสอบถามอาการทั่วไปขณะที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ และมอบคู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ ขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กลุ่มทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2560 – 19 ตุลาคม พ.ศ. 2560

โดยกลุ่มทดลองแบ่งการทดลองออกเป็น 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรก

1) ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ ในช่วงที่ไม่มีกิจกรรมการรักษาและการพยาบาลจากแพทย์และพยาบาล เริ่มสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความวิตกกังวล (Pre-test) ด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยแบบวัดความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือดโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ก่อนให้โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

2) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระยะที่ 1 หลังสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรก เริ่มด้วยผู้วิจัยดูแลความสบาย จัดท่าที่เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัว ติดป้ายห้ามรบกวน เพื่อไม่ให้ได้รับการรบกวนขณะฟังดนตรี สอนและสาธิตการใช้เครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติในการฟังดนตรีจนผู้ป่วยใช้ได้เอง และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพลงเองตามความชอบ ผู้วิจัยกำหนดเวลาฟังดนตรีกับกลุ่มตัวอย่าง คือ 30 นาทีและแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างนอนพักผ่อนต่ออีก 10 นาที รวมเวลาทั้งสิ้น 40 นาที

3) จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างฟังดนตรี โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกเพลงเองตามความชอบ ซึ่งเป็นดนตรีบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้อง จังหวะ 60-80 ครั้ง/นาที เป็นเพลงไทยเดิม เพลงไทยสากล เพลงไทยลูกทุ่ง เพลงสากล เพลงพื้นบ้าน ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ผ่านเครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติทางชุดหูฟัง โดยฟังอย่างต่อเนื่องนาน 30 นาที และแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างหลับตาขณะที่ฟังดนตรี

4) เมื่อฟังดนตรี ครบ 30 นาที ให้กลุ่มตัวอย่างพักผ่อนต่ออีก 10 นาที

5) ผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกที่ได้ฟังดนตรี และจัดเตรียมกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

6) ให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในระยะเวลาที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ข้อมูลที่ให้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวหลังสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นรายบุคคล เวลาประมาณ 30 นาที โดยการบรรยายประกอบโปรแกรม power point ผ่านคอมพิวเตอร์พกพา ร่วมกับแจกคู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

7) ผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกหลังได้รับข้อมูล และสรุปการเข้าร่วมวิจัยครั้งที่ 1 ที่จบลง และนัดหมายการเข้าร่วมวิจัยครั้งที่ 2 ในวันรุ่งขึ้น

ครั้งที่ 2 หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 48 ชั่วโมงแรก

1) ผู้วิจัยกล่าวทักทาย สอบถามอาการทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2) ผู้วิจัยดูแลความสบาย จัดท่าที่เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัว ติดป้ายห้ามรบกวน เพื่อไม่ให้ได้รับการรบกวนขณะฟังดนตรี ทบทวนการใช้เครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติในการฟังดนตรี และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพลงเองตามความชอบ ผู้วิจัยกำหนดเวลาฟังดนตรีกับกลุ่มตัวอย่าง คือ 30 นาทีและแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างนอนพักผ่อนต่ออีก 10 นาที รวมเวลาทั้งสิ้น 40 นาที

3) จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างฟังดนตรี โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกเพลงเองตามความชอบ ซึ่งเป็นดนตรีบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้อง จังหวะ 60-80 ครั้ง/นาที เป็นเพลงไทยเดิม เพลงไทยสากล เพลงไทยลูกทุ่ง เพลงสากล เพลงพื้นบ้าน ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ผ่านเครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติทางชุดหูฟัง โดยฟังอย่างต่อเนื่องนาน 30 นาที และแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างหลับตาขณะที่ฟังดนตรี

4) เมื่อฟังดนตรี ครบ 30 นาที ให้กลุ่มตัวอย่างพักผ่อนต่ออีก 10 นาที

5) ผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกที่ได้ฟังดนตรี และจัดเตรียมกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในระยะที่ 2

6) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระยะที่ 2 หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 48 ชั่วโมงแรก การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ข้อมูลที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ กิจกรรมและการออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับอาการผิดปกติเป็นรายบุคคล นาน 30 นาที โดยการบรรยายประกอบโปรแกรม power point ผ่านคอมพิวเตอร์พกพา ร่วมกับใช้คู่มือความรู้เกี่ยวกับ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้ว

7) จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความรู้ด้วยแบบวัดความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด, ประเมินความพึงพอใจในการฟังดนตรีบำบัด และประเมินความวิตกกังวล (Post-test) ด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผล

ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ ดังนี้

1) ความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 48 ชั่วโมง โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) ด้วยตนเอง (Post-test)

ผู้วิจัยกำกับการทดลองด้วยประเมินความรู้ด้วยแบบวัดความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด, ประเมินความพึงพอใจในการฟังดนตรีบำบัด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแยกการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงความถี่เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ความวิตกกังวลหลังได้รับการสวนหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้สามารถอธิบายได้ดังนี้

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจจะเกิดความวิตกกังวลจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อสิ่งเร้าต่างๆที่กำลังเผชิญอยู่จริงและที่คาดการณ์ล่วงหน้าว่าคุณคามและเป็นอันตรายต่อตนเอง และไม่สามารถควบคุมสิ่งเร้านั้นได้ตามแนวคิดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) ของ Spielberg (1983) ที่กล่าวว่า ความวิตกกังวลขณะเผชิญ เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับสถานการณ์นั้นๆที่เข้ามากระตุ้น เป็นความรู้สึกถึงความตึงเครียดหวาดหวั่น กลัวและกังวลของบุคคล ซึ่งเกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นว่าคุณคามหรือทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยที่สิ่งเร้าที่อาจมีอยู่จริงหรือเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า โดยพบว่า ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับผลของการสวนหลอดเลือดหัวใจและโอกาสที่ต้องเข้ารับการรักษาตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ รวมไปถึงข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยต้องออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน และสิ่งรบกวน คือ แสง เสียง สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้ป่วยต้องประสบพบเจอ และการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและความไม่สุขสบายบริเวณที่ทำการสวนหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุของความวิตกกังวล (Elliot, 1994; Trotter et al., 2011)

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนที่ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของตนเอง (Self - regulatory models) ของ Laventhal & Johnson (1983) ที่เป็นการให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก คำแนะนำและสิ่งที่จะต้องปฏิบัติ โดยใช้วิธีการสอนผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (schema) ซึ่งเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (Cognitive structure) ที่ถูกต้อง

จากการได้รับข้อมูลและสามารถแปลความหมายต่อสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ทำให้รู้สึกที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ที่คุกคามและควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ (emotional response) ได้จึงส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง ดังเช่นการศึกษาของ ยูพิน สังฆะมณี (2555) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความรู้ ความวิตกกังวล และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal & Johnson (1983) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองหลังให้ข้อมูลเตรียมพร้อมน้อยกว่าก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ดนตรีเป็นเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) และชักจูงให้ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลทั้งจากความต้องการข้อมูลและสิ่งกระตุ้นต่างในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้นลดความสนใจไปสู่ดนตรีโดยใช้การฟัง ตามแนวคิดดนตรีบำบัดในผู้ป่วยวิกฤตของ Chlan & Tracy (1999) ที่เลือกใช้ดนตรีที่มีลักษณะเป็นดนตรีบรรเลง ไม่มีเนื้อร้อง มีอัตราความเร็วใกล้เคียงกับอัตราการเต้นของหัวใจที่ 60 - 80 ครั้งต่อนาทีในจังหวะเหมาะสม ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง ฮอร์โมนต่างๆ ระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง ดังการศึกษาของ จิราพร ชลธิชาชลาลักษณ์ (2551) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวล การตอบสนองทางสรีระ และตัวแปรในการหยาเครื่องช่วยพบว่า ขณะที่ได้รับฟังดนตรีบำบัด ความวิตกกังวล อัตราการหายใจ และความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดงลดลงมากกว่าขณะไม่ได้รับดนตรีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สุมลชาติ ดวงบุบผา และคณะ (2551) ศึกษาผลของประสิทธิภาพของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวล การตอบสนองทางสรีระ ความจุปอด และความอึดตัวของออกซิเจนในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้ฟังดนตรีบำบัด มีระดับความวิตกกังวล อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันเลือดซิสโตลิก และความดันเลือดแดงเฉลี่ยลดลงมากกว่าระยะเวลาควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 Feroogy (2015) ศึกษาผลของดนตรีต่อความวิตกกังวลและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ระดับความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจต่ำกว่าก่อนการสวนหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาไม่แตกต่างกันทางสถิติ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี ในช่วงของการฟังดนตรีนั้นผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดดนตรีบำบัดในผู้ป่วยวิกฤตของ Chlan and Tracy (1999) โดยดนตรีที่ผู้ป่วยฟังผู้วิจัยได้จัดให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตามความชอบอย่างหลากหลาย ประกอบด้วย เพลงไทยเดิม เพลงไทยสากล เพลงไทยลูกทุ่ง เพลงสากล เพลงพื้นบ้าน ซึ่งเป็นดนตรีบรรเลง ไม่มีเนื้อร้อง มีจังหวะคงที่ 60-80 ครั้ง/นาที ใกล้เคียงกับอัตราการเต้นของหัวใจ ใช้เครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติและชุดหูฟัง ระยะเวลาในการฟังนาน 30 นาที จำนวน 1 ครั้ง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลายเปรียบเสมือนการนำผู้ป่วยหนีสิ่งกระตุ้นจากเสียง และสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต นอกจากนี้

ผู้วิจัยยังได้จำกัดปัจจัยอื่นที่จะรบกวนและส่งผลต่อระหว่างดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบที่สุด ปิดม่านให้เป็นส่วนตัว ดัดป้ายห้ามรบกวน และดูแลความสะอาดสุขสบายทั่วไปของผู้ป่วย และได้จัดทำคู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ให้แก่ผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับโรค หลอดเลือดหัวใจเส้นที่ตีบตัน การรักษาที่ได้รับ ปัจจัยเสี่ยงในปัจจุบัน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องและเฉพาะเจาะจงของแต่ละคน ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจได้

ส่วนในช่วงการให้ข้อมูลประยุกต์ทฤษฎีการปรับตัวของตนเอง (Self – regulatory models) ของ Laventhal & Johnson (1983) ในการให้ข้อมูลดังนี้ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับตั้งแต่หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจจนออกจากโรงพยาบาลและการรักษาต่อเนื่อง 2) ข้อมูลความรู้สึกที่ต้องประสบจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ สิ่งรบกวนจากสิ่งแวดล้อมทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและกลับไปอยู่บ้าน รวมถึงจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและความไม่สุขสบายบริเวณที่สวนหลอดเลือดหัวใจ และ 3) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญต่อภาวะคุกคามต่างๆ ซึ่งตรงกับความต้องการข้อมูลที่เป็นสาเหตุความวิตกกังวล ด้วยวิธีการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลแบบตัวต่อตัวซึ่งสามารถให้ข้อมูลได้อย่างละเอียด มีการสร้างสัมพันธ์ระหว่างระหว่างผู้ให้และผู้รับข้อมูล ทำให้กล้าที่จะแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือซักถามในประเด็นที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ โดยโปรแกรมแบ่งเป็น 2 ระยะหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจเพื่อให้เหมาะสมตามระยะการเจ็บป่วยและการรักษา โดยระยะที่ 1 คือ ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ โดยจะให้ข้อมูลความรู้ที่จำเป็นต้องทราบในระยะที่อยู่หอผู้ป่วยวิกฤต เปรียบเสมือนการเตรียมผู้ป่วยเมื่อต้องเข้ามาอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจลดการคาดหวังหรือความเข้าใจผิดๆของผู้ป่วยเดิม ข้อมูลที่ให้ ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวหลังสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ใช้วิธีการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล เวลาประมาณ 30 นาที โดยการบรรยายประกอบโปรแกรม power point ผ่านคอมพิวเตอร์พกพาพร้อมคู่มือความรู้ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น เพื่อให้เกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง

ส่วนระยะที่ 2 คือ ภายใน 48 ชั่วโมงแรกหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ เปรียบเสมือนระยะที่ผู้ป่วยฟื้นตัวและเตรียมความพร้อมเพื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ข้อมูลที่ให้ ได้แก่ การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ในด้านโภชนาการ กิจกรรมและการออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับอาการผิดปกติ ใช้วิธีการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล เวลาประมาณ 30 นาที โดยการบรรยายประกอบโปรแกรม power point ผ่านคอมพิวเตอร์พกพาเพื่อให้เกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง

จากการศึกษาของ ยูพิน สังฆะมณี (2555) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความรู้ ความวิตกกังวล และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ พบว่าหลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้มากกว่าและมีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความรู้ คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวล และคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวหลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันเนื่องจากกลุ่มควบคุมอาจได้รับข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ ด้วย สุมลชาติ ดวงบุผา และคณะ (2551) ศึกษาผลของประสิทธิภาพของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวล การตอบสนองทางสรีระ ความจุปอด และความอึดตัวของออกซิเจนในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า ระยะที่ผู้ป่วยได้ฟังดนตรีบำบัด มีระดับความวิตกกังวล อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันเลือดซิสโตลิก และความดันเลือดแดงเฉลี่ยลดลงมากกว่าระยะควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 Chan (2007) ศึกษาผลของการฟังดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจและได้รับการใส่ C – Clamp พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ค่าความอึดตัวของออกซิเจนปลายนิ้วและความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และ Bradt et al. (2013) เกี่ยวกับการใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการผ่าตัดหรือสวนหลอดเลือดหัวใจ ก่อน ระหว่างและหลังการได้รับหัตถการ พบว่า ดนตรีบำบัดสามารถลดความวิตกกังวลลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .004$) โดยส่งผลในระดับปานกลางและคะแนนความวิตกกังวลลดลงเฉลี่ย 5.87 คะแนน และลดอัตราการเต้นของหัวใจลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) และจะลดได้ดีถ้าผู้ป่วยสามารถเลือกเพลงฟังได้เอง ($p = .001$)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้สามารถอธิบายได้ดังนี้

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองภายหลังจากได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเนื่องจาก โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีเป็นโปรแกรมที่การฟังดนตรีประยุกต์ตามแนวคิดดนตรีบำบัดในผู้ป่วยวิกฤตของ Chlan & Tracy (1999) เป็นเทคนิคการ

เบี่ยงเบนความสนใจ และชักจูงให้ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลทั้งจากความต้องการข้อมูลและสิ่งกระตุ้นต่างในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้นลดความสนใจไปสู่ดนตรีโดยใช้การฟัง นอกจากนี้การให้ความรู้ตามทฤษฎีการปรับตัวของตนเอง (Self - regulatory models) ของ Laventhal & Johnson (1983) สร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่คุกคามหรือสิ่งที่เผชิญได้มีประสิทธิภาพจึงส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง

เมื่อพิจารณากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจแล้วนั้น พบว่า เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤต เฉพาะการห้ามงอขาหรือข้อมือข้างที่สวนหลอดเลือดหัวใจที่จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ และการปฏิบัติตัวทั่วไป ส่วนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จะเกี่ยวกับการรับประทานยา อาหาร การออกกำลังกาย การเลิกบุหรี่ และการมาตรวจตามนัดในภาพรวม เป็นการให้ข้อมูลรายบุคคลเสร็จสิ้นที่โรงพยาบาลในช่วงระยะเวลาสั้นๆเท่านั้น ไม่ลงรายละเอียดที่ชัดเจนของแต่ละบุคคล และมีเพียงแผ่นพับให้ความรู้เท่านั้น ทำให้บุคคลอาจยังไม่เกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ไม่สามารถควบคุมสิ่งเร้าหรือหรือการตอบสนองทางอารมณ์ได้ และจากการที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับข้อมูลตามสาเหตุของความวิตกกังวลอื่นๆ หรือได้รับการจัดการกับสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยจะพบว่าบางรายมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นจากเดิม เช่น จากการรับรู้ว่าคุณต้องผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจากศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอกที่มาตรฐานการ หรือกังวลเมื่อต้องไปทำการตรวจสมรรถนะการบีบตัวของด้วยหัวใจคลื่นสะท้อนความถี่สูง หรือเมื่อทราบผลว่าประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง เป็นต้น โดยภาพรวมภายหลังการทดลองความวิตกกังวลถึงแม้จะลดลงแต่ไม่มากนัก

เช่นเดียวกับ จิราพร ลวดทอง (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 Zengin et al. (2013) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความปวด การตอบสนองทางสรีรวิทยา และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการใส่ port catheter สำหรับให้ยาเคมีบำบัดต่อเนื่องพบว่า กลุ่มทดลองมีความปวด ความวิตกกังวล อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และอัตราการหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 Liu & Petrini (2015) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและสัญญาณชีพของผู้ป่วยที่ผ่าตัดทรวงอกในประเทศจีน พบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวล ความปวด ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 Bradt et al., (2013) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็น

ระบบเกี่ยวกับการใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับการผ่าตัดหรือสวนหลอดเลือดหัวใจ ก่อน ระหว่างและหลังการได้รับหัตถการ พบว่า ดนตรีบำบัดสามารถลดความวิตกกังวลลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .004$) โดยส่งผลในระดับปานกลางและคะแนนความวิตกกังวลลดลงเฉลี่ย 5.87 คะแนน และลดอัตราการเต้นของหัวใจลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) และจะลดได้ดีถ้าผู้ป่วยสามารถเลือกเพลงฟังได้เองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$)

ดังนั้นเมื่อผสมผสานการให้ข้อมูลด้วยการประยุกต์ทฤษฎีการปรับตัวของตนเอง (Self-regulatory models) ของ Laventhal & Johnson (1983) ร่วมกับการฟังดนตรีตามแนวคิดของ Chlan & Tracy (1999) เข้าด้วยกันพบว่าสามารถช่วยลดความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลันได้มากกว่าเมื่อเทียบกับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจเพื่อลดความวิตกกังวล และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
2. จัดอบรมให้ความรู้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการให้ข้อมูล และการฟังดนตรีเพื่อให้เข้าใจลำดับขั้นตอนการให้ข้อมูลและการฟังดนตรี
3. นำการบำบัดด้วยดนตรีซึ่งมีความสะดวก และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วยตามความเหมาะสมและความชอบของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อลดความวิตกกังวล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีอยู่ในรูปแอปพลิเคชันในมือถือ เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความสามารถใช้เทคโนโลยีสามารถเข้าถึงโปรแกรมได้ง่าย
2. ควรมีการนำโปรแกรมให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีไปใช้ในการวัดผลกับตัวแปรอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น ความปวดจากแผลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น
3. ควรมีการนำโปรแกรมให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีไปศึกษาวิจัยในผู้ป่วยวิกฤติโรคอื่น เช่น โรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีการรับรู้หรือการเรียนรู้ผิดปกติ เป็นต้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัลยา สรรพอุดม. (2546). ผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรรทิมมา ศรีจันทร์. (2552). ประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กิตติกร นิลมานันต์ และจารุวรรณ กฤตย์ประชา. (2558). กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด : มิติที่ท้าทายสำหรับการพยาบาล. สงขลา : บริษัท จอยปริ้นท์ จำกัด.
- เกรียงไกร เสงร์ศรี และวิรัช เคหะสุขเจริญ. (2555). การขยายหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ใน เกรียงไกร เสงร์ศรี และกนกพร แจ่มสมบุญ (บรรณาธิการ), มาตรฐานการรักษานักผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (น. 20 – 31). กรุงเทพฯ: บริษัท สุขุมวิท การพิมพ์ จำกัด.
- จรีพรรณ เจริญพร. (2549). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร ชลธิชาชลาลักษณ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, สมจิต หนูเจริญกุล และชาญ เกียรติบุญศรี. (2551). ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวล การตอบสนองทางสรีระ และตัวแปรในการหยาเครื่องช่วยหายใจ. ราชบัณฑิตยบาลสาร, 14(3), 328-436.
- จิราพร ลวดทอง. (2550). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โณมนภา กิตติศัพท์. (2536). ผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวดและความวิตกกังวล ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชวนพิศ ทำนอง. (2541). ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ณัฐชา พัฒนา. (2555). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ดารารรณ ต๊ะปิ่นตา. (2534). การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทองทิพย์ คำรงวัฒน์ และจรรยา ตันติธรรม. (2539). ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ตรวจสวนหัวใจ. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 2(2), 44-52.
- ธนา นิลชัยโกวิท, มาโนช หล่อตะกุล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 18-30.
- ธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์. (2556). ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกวัยผู้ใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นุสรรา มณีโชติสกุลวงศ์, พรรณรัตน์ นนทธิ และไพสิฐ มารยาท. (2552). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กรณีศึกษา อำเภอสรีสัชชาลัย จังหวัดสุโขทัย. *วารสารโรงพยาบาลพิจิตร*, 24(2), 21-32.
- บังอร เครียดชัยภูมิ. (2533). ผลของดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุษกร บินทสันต์. (2556). *ดนตรีบำบัด*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2528). ผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เป็น รักเกิด. (2550). การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 9). ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

- พิมพ์ สีสะวัตมณฑล. (2546). *ผลของดนตรีประเภทมโหรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัชราดุลย์ และกนกพร แจ่มสมบูรณ์, บรรณาธิการ. (2558). *การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ*. กรุงเทพฯ : สุขุมวิทการพิมพ์.
- พรทิศา มีสุวรรณ และชนิษฐา นาคะ. (2550). การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความต้องการข้อมูลและความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดหูดอกจุกในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(2), 185 - 193.
- ยุพิน สังฆะมณี. (2555). *ผลของการให้ข้อมูลเตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความรู้ ความวิตกกังวล และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัชก ทอน้ำวน. (2549). *ศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร*. สารนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วัลลภา ผ่องแผ้ว . (2553). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิรัชรอง นาทองคำ. (2543). *ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิภาภัทร ชังขาว . (2544). *ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในการหยาเครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2553). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด* Retrieved 15 ธันวาคม 2558, from <http://www.thaiheart.org/บทความสาระที่น่าสนใจ/guideline.html>
- สิริวรรณ ชูจตุโร. (2552). *ผลของการสร้างจินตภาพต่อความปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดใจ บุรณพฤชา, (2549). *พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*.

ปริญญาานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สุรพันธ์ สิทธิสุข, (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุงปี 2557*. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.

สุรพันธ์ สิทธิสุข และฉันท คุรุชกุล บรรณาธิการ. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงชั้นปฐมภูมิในประเทศไทย*. สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย. นนทบุรี : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สมลชาติ ดวงบุบผา, สมจิต หนูเจริญกุล และชาญ เกียรติบุญศรี. (2551). ประสิทธิภาพของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวล การตอบสนองทางสรีระ ความจุปอดและความอึดตัวของออกซิเจนในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 14(2), 312-327.

แสงเดือน กันทะขู้, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คะเนิงนิจ พงศ์ถาวรกมล, และฉัตรกนก ทุมวิภาต, (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 27,83-91.

โสภา พิศจาร. (2550). *ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรจะเข้ารับการสวนหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เสาวลักษณ์ พรหมพงศา. (2551). *Atherosclerosis*. ใน สูงชัย อังธรรักษ์, กำธร ลีลามะลิ และยุพิน ไทยพิสุทธิกุล (บรรณาธิการ). *อายุรศาสตร์ = Current concepts and update treatment*. กรุงเทพฯ : ชีตีพรินท์.

เสาวณีย์ สังข์โสภณ. (2541). *ดนตรีเพื่อสุขภาพ 12 วิธีการฟังดนตรีเพื่อคลายเครียด*. กรุงเทพมหานคร: สมชายการพิมพ์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). *จำนวนการตายด้วยสาเหตุสำคัญต่อประชากร 100,000 คน*. Retrieved 15 ธันวาคม 2558, from <http://bps.ops.moph.go.th>

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ*. ใน สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ (บรรณาธิการ), *การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสามเจริญพาณิชย์.

ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, สมจิต หนูเจริญกุล, อรสา พันธุ์ภักดี, รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์, คเนิงนิจ พงศ์ถาวร กมล, และธวัชชัย วรพงศธร. (2554). ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้ความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาล โรคหัวใจและทรวงอก*, 22(2), 44 - 57.

- ศศิธร พุ่มดวง. (2548). ดนตรีบำบัด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 23(3), 185-191.
- อลงกรณ์ อักษรศรี. (2555). ผลของการให้ข้อมูลแบบบูรณาการ-ปรนัยต่อความวิตกกังวลและการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อมรากล อโนโชนนท์, ภัคนพิน กิตติรักษนนท์ และพรธณี ภาณุวัฒน์สุข. (2552). *องค์ความรู้และแนวปฏิบัติ เรื่อง การบูรณาการดนตรีบำบัดในงานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข*. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : ปียอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด
- อัฐพร มาษา. (2543). ความพึงพอใจในงานของตำรวจสายตรวจรถจักรยานยนต์ในสังกัดกองบังคับการตำรวจภูธร จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมวิทยาประยุกต์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อภิชาติ สุขนครสรพ์. (2555). Cardiovascular medicine: the new balance. เชียงใหม่: ทรिक จึงค์. อุบล จ้วงพานิช, จุริพร อุ๋นบุญเรือน, จันทราพร ลุนลุด, ทิพวรรณ ขรรคร และ ภัทรวุฒิ วัฒนศัพท์. (2555). ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัด. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(1), 46-52.
- อุรวาดี เจริญไชย. (2541). ผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึก และคำแนะนำ สิ่งที่ต้องปฏิบัติต่อความวิตกกังวลความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอี่ยมเดือน นิลพฤษ. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาษาอังกฤษ

- An, K., De Jong, M. J., Riegel, B. J., McKinley, S., Garvin, B. J., & Doering, L. V. (2004). A cross-sectional examination of changes in anxiety early after acute myocardial infarction. *Heart & Lung*, 33(20), 75-81.
- Antman, E. M., Anbe, D. T., Armstrong, P. W., Bates, E. R., Green, L. A., & Hand, M., et al., (2004). ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction--executive summary. A report of the American

- College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to revise the 1999 guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction). *Circulation*, 110(5):588-636.
- Astin F., Closs S. J., Mclenachan J., Hunter S., & Priestley C. (2008). The information needs of patients treated with primary angioplasty for heart attack: An exploratory study. *Patient Education and Counseling*. 73, 325 – 332.
- Beasley, M., Thompson, T. & Davidson, J. (2003). Resilience in responses to life stress: The effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34(1);77-95.
- Bennett, J. A., Riegel, B., Bitter, V., & Nichols, J. (2002). Validity and reliability of the NYHA classes for measuring research outcomes in patients with cardiac disease. *Heart & Lung*, 31, 262-270.
- Bender J. R., Russell K. S., Rosenfeld L. E., & Chaudry S. (2011). *Handbook of cardiology*. Oxford University Press, Inc.
- Bradt, J., Dileo, C., & Potvin, N. (2013). Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The Practice of Nursing Research: appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th edn) St. Louis: W. B. Saunders.
- Brunner, L. S., Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2010). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. (12th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins..
- Caldwell, P. H., Arther, H. M., Natarajan, M., & Anand, S. S. (2007). Fears and beliefs of patients regarding cardiac catheterization. *Social science and Medicine*, 65, 1014-1045.
- Chan, M. F. (2007). Effects of music on patients undergoing a C-clamp procedure after percutaneous coronary interventions: A randomized controlled trial. *Heart Lung*, 36(6), 431-439.
- Chan, D. S. K. & Cheung, H. W. (2003). The effects of education on anxiety among Chinese patients with heart disease undergoing cardiac catheterization in Hong Kong, *Contemporary Nurse*, 15(3), 310-320.

- Chlan, L., & Tracy, M. F. (1999). Music therapy in critical care : Indications and guidelines for intervention. *Critical Care Nurse*, 19(3): 35-41.
- Chlan, L., & Heiderscheit, A. (2014). Music intervention. In, Lindquist, R., Snyder, M., & Tracy, M. F. (Ed.), *Complementary & Alternative Therapies in Nursing : Seventh Edition*. Springer Publishing Company.
- Close, A. (1988). Patient education : a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 13, 203- 213 .
- Conover, C., & Boudreau, C. (2003). *Understanding Electrocardiography* (8th ed.). St Louis: Mosby. p. 46.
- Cook, J. D. (1981). The therapeutic use of music : A literature review. *Nursing Forum* 20(3): 253 – 267.
- Cullum, N., Ciliska, D. K., Marks, S., & Haynes, R. B. (2008). An Introduction to evidence-based nursing. In: Cullum, N., Ciliska, D., Haynes, R. B., & Marks, S. (Eds.), *Evidence-Based Nursing: An Introduction*. Oxford, U.K.: Blackwell.
- Davis, C., Vanriper, S., Longstreet, J., & Moscucci, M. (1997). Vascular complications of coronary interventions. *Heart & Lung*, 26(2), 118-127.
- De Jong-Watt, W. J., & Arthur, H. M. (2005). Anxiety and health-related quality of life in patients awaiting elective coronary angiography. *Heart and Lung*, 33,237-248.
- Elliot, D. (1994). The effects of music and muscle relaxation on patient anxiety in a coronary care unit. *Heart Lung* 23: 27-35.
- European Society of Cardiology . (2017). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST- segment elevation. *European Heart Journal*, 00, 1-66.
- Every, N. R., Frederick, P. D., Robinson, M., Sugarman, J., Bowlby, L., & Barron, H. V. (1999). A comparison of the national registry of myocardial infarction 2 with the cooperative cardiovascular project. *J Am Coll Cardiol*, 33:1886 –94.
- Fredericks, S., Guruge, S., Sidani, & Wan, T. (2010). Postoperative patient education: a systematic review. *Clinical Nursing Research*. 19(2),144-164.
- Feroogy, M., Tabrizi, E. M., Hajizadeh, E., & Pishgoo, B. (2015). Effect of music therapy on patient's anxiety and hemodynamic parameters during coronary angioplasty- a randomized controlled trial. *Nurse Midwifery Study*, 4(2), 1-9.

- Gaberson, K. B. (1991). The effect of humorous distraction on preoperative anxiety. *Association of Operating Room Nurse Journal*, 54(6), 1258-1264.
- Griffin, B. P., Kapadia, S. R., & Rimmerman, C. M. (2012). *The Cleveland Clinic cardiology board review*: Wolters Kluwer Health.
- Gryton, A. C., & Hall, J. E. (2000). *Medical physiology*. (10 th ed.) Phiday: Saunders, W. B.
- Guzzetta C. (1989). Effects of relaxation and music therapy on patients in a coronary care unit with presumptive acute myocardial infarction. *Heart Lung*, 18: 609–616.
- Gerdner, L. A., & Buckwalter, K. C. (1999). Music therapy. In *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. (Bulechek, G. M., & Mc Closkey, J. C., 3rd edn.), Saunders, Philadelphia, pp. 451-468.
- Halm, M. A. (2009). Relaxation: a self –care healing modality reduces harmful effects of anxiety. *American Journal of Critical Care*, 18(2),169 – 172.
- Huffman, J. C., Smith, F. A., Blais, M. A., Januzzi, J. L., & Fricchione, G. L. (2008). Anxiety, independent of depressive symptoms, is associated with in-hospital cardiac complications after acute myocardial infarction. *J Psychosom Res*, 65(6):557-63.
- Keeley, E. C., Boura, J. A., & Grines, C. L. (2003). Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet*, 361(9351):13-20.
- Killip, T., & Kimball, J. T. (1967). Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit. A two year experience with 250 patients. *Am J Cardiol*. 20(4): 457–64.
- Kuhl, E. A., Fauerbach, J. A., Bush, D. E., & Ziegelstein, R. C. (2009). Relation of anxiety and adherence to risk-reducing recommendations following myocardial infarction. *Am J Cardiol*, 103(12):1629-34.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D. G., & Lip, G. Y. (2002). The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction. *Br J Health Psychol*,7(1):11-21.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping model*. New York : Spinger.

- Leventhal, H., & Johnson, J. E. 1983 . Laboratory and field experiment of a theory of self - regulation. In *Behavioral Science and Nursing Theory*. pp.189-282. Wooldridge , P.T., et al. (eds), St. Louis: The C.V. Mosby Co.
- Liu, Y., & Petrini, M. A., (2015). Effects of music therapy on pain, anxiety, and vital signs in patients after thoracic surgery. *Complementary Therapies in Medicine*, 21;714–718
- Moser, D. K., Chung, M. L., Mckinley, S., Regel, B., An, K., & Cherington, C. C. (2003). Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment management. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19, 276-288.
- Moser, D. K. (2007). Impact of anxiety on cardiac patient. *American Journal of Critical Care*, 16(4), 361-369.
- National Heart, Lung and Blood Institute, (NIH). (2015). *What Are the Symptoms of a Heart Attack?*. Retrieved 15 กันยายน 2559, from <https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/heartattack/signs>
- O'Brien, J. L., Moser, D. K, Riegel, B., Frazier, S. K., Garvin, B. J., & Kim, K. A. (2001). Comparison of anxiety assessment between clinician and patients with acute myocardial infarction in cardiac Critical care unit. *Am J Crit Care*, 10(2):97-103.
- OKa, R. K., Burke, L. E., & Froelicher, E. S. S. (1995). *Emotional responses and inpatient education*. *Cardiac Nursing* (3rd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- O'Rourke, R.A., Fuster, V. (2001). *Hurst's The Heart* (10 International edition) ed.). McGraw-Hill. Retrieved 15 กันยายน 2559, from <https://th.wikipedia.org/wiki/อัตราหัวใจเต้น>
- Peplau, H. E. (1999). Psychotherapeutic strategies. *Journal of Psychiatric Care*, 35(3), 14-19.
- Petterson M. (1991). Patient anxiety before cardiac catheterization: An intervention study. *Heart & Lung*, 20, 643-647.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assign evidence for nursing practice*, (8th ed.). Philadelphia: Lippincott.

- Resbrough, V. B., & Stien, M. S. (2006). Role of corticotropin releasing factors in anxiety disorder: A translation research perspective. *Hormone and Behavior*, 50(4), 550-561.
- Roest, A. M., Martens, E. J., de Jonge P., & Denollet J. (2010). Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*, 56(1):38-46.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2010). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. (12th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA.
- Srimahachota, S., Boonyaratavej, S., Kanjanavanit, R., Sritara, P., Krittayaphong, R., Kunjara-Na-Ayudhya, R., & Tatsanavivat, P. (2012). Thai registry in acute coronary syndrome (TRACS) An Extension of Thai Acute Coronary Syndrome Registry (TACS) Group: Lower In-Hospital but Still High Mortality at One-Year. *J Med Assoc Thai*, 95(4):508-518.
- Stuart, G.W. & Sundeen, S.J.(1995). Principles and Practice of Psychiatric Nursing. (5th ed.). St.Louise : The C.V.Mosby Co.
- Thygesen, K., Alpert, J. S., & White, H. D. (2007). Universal definition of myocardial infarction. *Circulation*, 116(22),2634-53.
- Tramo, M. T. (2001). Music of the hemispheres. *Science*, 29: 54-58
- Trotter, R., Gallagher, R., & Donoghue, J. (2011). Anxiety in patients undergoing percutaneous coronary interventions. *Heart & Lung*, 40(3), 185-192.
- Tungsubutra, W., Tresukosol, D., Buddhari, W., Boonsom, W., Sanguanwang, S., & Srichaiveth, B. (2007). Acute coronary syndrome in young adults: The Thai ACS registry. *Journal Medical Association Thailand*, 90(1), 81-90.
- Updike, P. (1990). Music therapy results for ICU patients. *Dimensions of Critical Care Nursing* 9(1): 39-45.
- Varcarolis, E. M., & Halter, M. J. (2010). *Foundations of psychiatric mental health nursing : a clinical approach*. (6th ed.). St. Louis, Mo. : Saunders/Elsevier.
- Watkins, G. R. (1997). Music therapy : Propose physiological mechanisms and clinical implications. *Clinical Nursing Specialist*. 11(2):43-50.

- White, R. E., Frasure-Smith N. (1995). Uncertainty and psychological stress after coronary angioplasty and coronary bypass surgery. *Heart & Lung*, 24:19-29.
- White, J. M. (1999). Effects of relaxing music on cardiac autonomic balance and anxiety after acute myocardial infarction. *American Journal of Critical Care* , 8(4):220–30.
- Willich S. N, Linderer T, Wegscheider K, Leizorovicz A, Alamercury I, et al. (1989). Increased morning incidence of myocardial infarction in the ISAM study: absence with prior β -adrenergic blockade. *Circulation* 80: 853–858.
- Woods, S. L., Froelicher, E. S., Motzer, S. U. & Bridges, E. J. (2010). *Cardiac Nursing*. (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization [WHO]. (2015). Fact Sheets on cardiovascular disease. Retrieved 15 ธันวาคม 2558, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>
- Zengi, S., Kabul, S., Al, B., Sarcan, E., Doğan, M., & Yildirim, C. (2013). Effects of music therapy on pain and anxiety in patients undergoing port catheter placement procedure. *Complementary Therapies in Medicine*, 21;89—696
- 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



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งทางวิชาการและสังกัด
1. นายแพทย์บัญชา สุขอนันต์ชัย	นายแพทย์เชี่ยวชาญ หน่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มงานอายุรกรรม และหัวหน้าศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
2. รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ ดร. สุมลชาติ ดวงบุบผา	อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (อายุรศาสตร์) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์ ดร. อติพร สำราญบัว	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาล 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
5. นายวินิตย์ หลงละเลิง	พยาบาลชำนาญการพิเศษและผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูง (สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ



ที่ ศธ 0512.11/

0175



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา

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

เนื่องด้วย นายนิพนธ์ วาดาดา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนายุทธศาสตร์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ บัญชา สุขอนันต์ชัย นายแพทย์เชี่ยวชาญ หน่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มงานอายุรกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นายแพทย์ บัญชา สุขอนันต์ชัย

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152

นายนิพนธ์ วาดาดา โทร. 09-0967-8248

ที่ ศร 0512.11/0175



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นายนิพนธ์ วาดาดา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญญาสกุล อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญญาสกุล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152

ชื่อนิสิต

นายนิพนธ์ วาดาดา โทร. 09-0967-8248

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๑๖5



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นายนิพนธ์ วาดาดา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. สุมลชาติ ดวงบุบผา อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (อายุรศาสตร์) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาข้อนี้สิด

อาจารย์ ดร. สุมลชาติ ดวงบุบผา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152

นายนิพนธ์ วาดาดา โทร. 09-0967-8248

ที่ ศธ 0512.11/ 0175



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

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

เนื่องด้วย นายนิพนธ์ วาดาดา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. อติพร สำราญบัว อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาล 2 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

อาจารย์ ดร. อติพร สำราญบัว

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152

นายนิพนธ์ วาดาดา โทร. 09-0967-8248

ที่ ศธ 0512.11/ ๐195



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

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

เนื่องด้วย นายนิพนธ์ วาดาดา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายวินิตย์ หลงละเลิง พยาบาลชำนาญการพิเศษและ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นายวินิตย์ หลงละเลิง

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152

นายนิพนธ์ วาดาดา โทร. 09-0967-8248



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/ 017๕ วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วย นายนิพนธ์ วาดาดา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบประเมินความวิตกกังวลจากวิทยานิพนธ์ เรื่อง การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ ของนางสาวดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา สาขาจิตวิทยาการศึกษา ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2535) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา และรองศาสตราจารย์ ดร. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152

นายนิพนธ์ วาดาดา โทร. 09-0967-8248

ที่ ศร 0512.11/ 0169



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

เนื่องด้วย นายนิพนธ์ วาดาดา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ และหลอดเลือด จากรายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ ของสำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2549)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152
นายนิพนธ์ วาดาดา โทร. 09-0967-8248



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน หน่วยสารบรรณ คณะจิตวิทยา โทร. 218-1184 โทรสาร 218-1195
 ที่ ศธ 0512.7/ 393 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2560
 เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามที่ นายนิพนธ์ วาดาดา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” และมีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย แบบประเมินความวิตกกังวลจากวิทยานิพนธ์ เรื่อง การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติของนางสาวดารารวรรณ ต๊ะปินตา นั้น

คณะจิตวิทยาพิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และอนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าว เพื่อประโยชน์ในการศึกษา และค้นคว้าต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันยางค์ มณีศรี)

คณบดีคณะจิตวิทยา



ที่ สธ ๐๒๓๐/๓๖๒๘

สำนักการพยาบาล
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดพิษณุโลก

คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขรับที่: 1:02
วันที่: 03 เมษายน 2560 เวลา 13:47

ฝ่ายวิชาการ พบ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานพิษณุโลก
วันที่: 4 เมษายน 2560 เวลา 08:58
เลขรับที่: ๖๖.00291

๑๓ มีนาคม ๒๕๖๐

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณะคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ สธ ๐๕๓๒.๓๓/๐๓๖๘
ลงวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับการขอ
อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟัง
ดนตรีต่อความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ
หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน" โดยให้แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด จากรายงานการวิจัย
เรื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ ของสำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข นั้น

ในกรณีนี้ สำนักการพยาบาล พิจารณาแล้วอนุญาตให้มีสิทธิของคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อนำไปพัฒนา
วิทยานิพนธ์ดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน คณบดี (ผ่านรองคณบดี)

ขอแสดงความนับถือ

เพื่อทราบ

ทราบ

วันที่ 05 เม.ย. 2560 เวลา 13:29

วันที่ 16 พ.ค. 2560 เวลา 16:53

วันที่ 07 เม.ย. 2560 เวลา 12:23

(นางสาวกาญจนา จันทร์ไทย)
ผู้อำนวยการสำนักการพยาบาล

กลุ่มภารกิจพัฒนามาตรฐานและระบบคุณภาพการพยาบาล

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๓๐ ๒๒๙๖

โทรสาร ๐ ๒๕๓๐ ๒๒๙๕, ๐ ๒๕๓๒ ๘๒๖๘

วันที่ 26 พ.ค. 2560 เวลา 10:45

ที่ ศธ 0512.11/ 0174



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ข้อเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด
 3. เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย 1 ชุด
 4. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายนิพนธ์ วาดาดา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายนิพนธ์ วาดาดา เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152
นายนิพนธ์ วาดาดา โทร. 09-0967-8248

ที่ ศธ 0512.11/0173



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

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

เนื่องด้วย นายนิพนธ์ วาดาดา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ST-Elevate Myocardial Infarction) หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 74 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) แบบบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจ แบบวัดความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจ แบบประเมินความพึงพอใจในการฟังดนตรี และโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี แผนการให้ความรู้และคู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายนิพนธ์ วาดาดา ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้นิสิิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152

นายนิพนธ์ วาดาดา โทร. 09-0967-8248



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ...ศูนย์วิจัยและพัฒนาาระบบบริการ...โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา...โทร.๕๗๒๔.....

ที่ นม.๐๐๓๒.๑๐๒/ ๐๐๔..... วันที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๖๐.....

เรื่อง...ขออนุมัติเข้าเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

อ้างถึง หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๑๗๓ ลงวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
แจ้งว่า นายนิพนธ์ วาดาดา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอความ
อนุเคราะห์เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อทำการวิจัยตามโครงร่างที่ได้รับการรับรองจาก
คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่าง
มีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของ
ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” นั้น

ในการนี้ ศูนย์วิจัยและพัฒนาาระบบบริการ ได้ดำเนินการดังนี้

๑. พิจารณาเนื้อหาและประเด็นข้อคำถามเบื้องต้น ไม่มีผลกระทบต่อโรงพยาบาล
๒. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูล คือ กลุ่มงานอายุรกรรม ศูนย์โรคหัวใจ และกลุ่ม
ภารกิจด้านการพยาบาล ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ ทั้งนี้ ผลงานวิจัยได้ผ่านการรับรอง
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จะเป็นพระคุณ

(นายปริญญา สันติชาติงาม)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม สาขาศัลยกรรม)

ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการวิจัย

(นายสมชัย อัสสุตสาคร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

(นายสุรสิทธิ์ จิตงพิทักษ์เลิศ)
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

1.1 พ.ค. 2560





คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
 สำนักงานสนับสนุนการศึกษาวิจัยทางคลินิก: ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 49 ถ.ช้างเผือก ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000
 Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Institutional Review Board (MNRH IRB)
 Clinical Research Support Office: Medical Education Center, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, 49 Chang Phueak Rd.,
 Mueang District, Nakhon Ratchasima Province, 30000, THAILAND. Tel. & Fax. + 66 44 295614-5 E-mail irb@mnrh.in.th

เลขที่ใบรับรอง 021/2017

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

- โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลและ
 อัตราการเต้นของหัวใจหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
- ผู้วิจัย : นายนิพนธ์ วาดาคา
- หน่วยงานที่สังกัด : นิติบัญญัติมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้ผ่านการรับรองในแง่
 จริยธรรม โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และหลักเกณฑ์การปฏิบัติการวิจัยทางคลินิก
 ที่ดี (ICH-GCP) โดยให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

โดยให้ผู้วิจัยรับเงื่อนไขที่เสนอดังต่อไปนี้

1. ให้ส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 6 เดือน
2. ให้แจ้งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนในกรณีที่แก้ไขเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัยหรือ
 หยุดโครงการก่อนกำหนด
3. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงหรือไม่คาดคิด
4. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด
5. รายงานข้อมูลข่าวสารที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนควรได้รับระหว่างดำเนินการวิจัย
6. ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

รับรองวันที่ : 16 มีนาคม 2560

หมดอายุวันที่ : 15 มีนาคม 2561



(นายนิพนธ์ วาดาคา)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน



(นายสมชัย อัสวสุตสาคร)
 ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ชื่อผู้วิจัย นายนิพนธ์ วาดาดา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ถนนช้างเผือก ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 044-235771-2

โทรศัพท์มือถือ 090-9678248 E-mail : niponwatada8802@gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ใช้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีและการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ 2 ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

4. รายละเอียดและขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

4.1 ประชากรในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (ST-Elevate Myocardial Infarction) อายุ 18 – 59 ปี ที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจครั้งแรก ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 44 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 ราย

4.2 การพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย (สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ)

การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤตเฉพาะการห้ามงอขาข้างที่สวนหลอดเลือดหัวใจ และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านเฉพาะการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดเป็นการให้ข้อมูลรายบุคคลเสร็จสิ้นที่โรงพยาบาลเท่านั้น ทั้งระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงแรกหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ

มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ประเมินก่อนได้รับโปรแกรม ดังนี้

- 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามลงในแบบประเมินดังต่อไปนี้
 - 1.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - 1.2) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ
- 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ ด้วยเครื่องวัดอัตราการเต้นของหัวใจยี่ห้อ Nihon Kohden และบันทึกลงในแบบบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจ

ขั้นที่ 2 ให้ข้อมูล ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤตเฉพาะการห้ามงอขาข้างที่สวนหลอดเลือดหัวใจ และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านเฉพาะการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด ในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงแรกหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ

ขั้นที่ 3 ประเมินหลังการพยาบาลตามปกติ

- 1) ผู้วิจัยจะบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจขณะฟังดนตรีทุก 5 นาทีจนครบ 30 นาที ลงในแบบบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจ
- 2) เมื่อครบ 48 ชั่วโมงผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Form Y-1), และได้รับประเมินอัตราเต้นของหัวใจ
- 3) ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับคู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

4.3 โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี (สำหรับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี) ประกอบไปด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 (หลังสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรก) การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในระยะที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ข้อมูลที่ให้ ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวหลังสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล เวลาประมาณ 30 นาที จากนั้นให้ผู้ป่วยฟังดนตรี โดยที่สามารถเลือกเพลงฟังได้เองตามความชอบ ซึ่งเป็นดนตรีบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้อง มีจังหวะคงที่ 60-80 ครั้ง/นาที ประกอบด้วย เพลงไทยเดิม เพลงไทยสากล เพลงไทยลูกทุ่ง เพลงสากล และเพลงพื้นบ้าน ด้วยเครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติผ่านทางชุดหูฟัง นานครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 1 ครั้ง

ระยะที่ 2 (หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 48 ชั่วโมงแรก) การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ข้อมูลที่ให้นั้นเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ กิจกรรมและการออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับอาการผิดปกติ ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล เวลาประมาณ 30 นาที จากนั้นให้ผู้ป่วยฟังดนตรี โดยที่สามารถ

เลือกเพลงฟังได้เองตามความชอบ ซึ่งเป็นดนตรีบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้อง มีจังหวะคงที่ 60-80 ครั้ง/นาที ประกอบด้วย เพลงไทยเดิม เพลงไทยสากล เพลงไทยลูกทุ่ง เพลงสากล และเพลงพื้นบ้าน ด้วยเครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติผ่านทางชุดหูฟัง นานครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 1

โดยโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ประเมินก่อนได้รับโปรแกรม ดังนี้

3) ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามลงในแบบประเมินดังต่อไปนี้

1.3) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.4) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ

1.5) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

4) ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ ด้วยเครื่องวัดอัตราการเต้นของหัวใจยี่ห้อ Nihon Kohden และบันทึกลงในแบบบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจ

ขั้นที่ 2 เตรียมผู้เข้าร่วมวิจัย

ภายหลังประเมินก่อนได้รับโปรแกรมแล้ว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการเตรียมพร้อมเพื่อให้ข้อมูลและฟังดนตรี ทั้งทางด้านร่างกายด้วยการดูแลความสบายทั่วไป จัดท่าที่เหมาะสม เตรียมทางด้านสิ่งแวดล้อมด้วยการปิดม่านให้เป็นส่วนตัว แขนงป้ายห้ามรบกวนและห้ามส่งเสียงดัง

ขั้นที่ 3 ให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

1) ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2) ให้ข้อมูลโดยการบรรยายและอภิปรายประกอบโปรแกรม power point โดยเนื้อหาการบรรยายตามระยะเวลาหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

ระยะที่ 1 (หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรก) ให้ข้อมูลระยะที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต มีเนื้อหา ดังนี้ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษา ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ และการปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรกขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต

ระยะที่ 2 (หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 48 ชั่วโมงแรก) ให้ข้อมูลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื้อหาเกี่ยวกับคำแนะนำการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และด้านการจัดการกับอาการผิดปกติ

ขั้นที่ 4 ให้ฟังดนตรี

1) ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการอธิบายให้เห็นผลดีของการฟังดนตรี สอนและสาธิตการฟังดนตรี และการใช้เครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติผ่านชุดหูฟัง แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงชนิดดนตรี บำบัดที่จัดเตรียมไว้ให้ ได้แก่ ดนตรีบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้อง มีจังหวะคงที่ 60-80 ครั้งต่อนาที เป็นไทยเดิม เพลงไทยสากล เพลงไทยลูกทุ่ง เพลงสากล เพลงท้องถิ่น โดยผู้ป่วยเป็นผู้เลือกเพลงฟังเองตาม

ความชอบ ระยะเวลาในการฟังดนตรีนาน 30 นาที และจำนวนครั้งของการฟังดนตรีผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมเองตามความต้องการ

2) ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจก่อนฟังดนตรีลงในแบบบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจ

3) ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้ฟังดนตรี และจัดวางเครื่องเล่นเพลงในบริเวณที่ใช้งานให้สะดวก

4) ระหว่างฟังดนตรีผู้เข้าร่วมวิจัยควรหลับตา หรือปิดด้วยผ้าปิดตา

5) ในการฟังดนตรีครั้งแรกให้ผู้วิจัยจะเฝ้าสังเกตผู้เข้าร่วมวิจัยในระยะเวลาที่ไม่รบกวน เพื่อสังเกตอาการผิดปกติ และบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจ

ขั้นที่ 5 ประเมินหลังฟังดนตรี

1) ผู้วิจัยจะบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจขณะฟังดนตรีทุก 5 นาทีจนครบ 30 นาที ลงในแบบบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจ

2) เมื่อครบ 30 นาทีที่ฟังดนตรี ผู้เข้าร่วมวิจัยพักผ่อนต่ออีก 10 นาที แล้วจึงประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมิน State Anxiety Form Y-1, ประเมินอัตราเต้นของหัวใจ ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และความพึงพอใจในการฟังดนตรี

5. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมและติดต่อผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาได้ตลอดเวลาที่หมายเลขโทรศัพท์ 090- 9678248 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว และท่านจะได้รับสำเนาของเอกสารฉบับนี้และใบยินยอมด้วยความสมัครใจเก็บไว้ 1 ชุด

6. หากเข้าร่วมการวิจัยมีอาการเปลี่ยนแปลงผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและแจ้งให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบทันที และจะทำการเก็บข้อมูลต่อเมื่อได้รับการเห็นชอบจากแพทย์แล้วเท่านั้น

7. ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในการเข้าร่วมการวิจัย และจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

8. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อทั้งสิ้นต่อการได้รับการบริการในโรงพยาบาล

9. ข้อมูลใดๆ ที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถือเป็นความลับและจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ นอกเหนือจากคณะผู้วิจัย ข้อมูลโดยภาพรวมและสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา อาคารศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ชั้น 2 โทร. 044 – 235226)

หนังสือยินยอมโดยสมัครใจของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ชื่อโครงการวิจัยภาษาอังกฤษ : EFFECTS OF GIVING PLANNED INFORMATION COMBINED WITH LISTENING MUSIC PROGRAM ON ANXIETY AND HEART RATE AFTER CARDIAC CATHETERIZATION AMONG ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี ผู้เข้าร่วมโครงการ/ ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองของ (นาย, นางสาว, ด.ช., ด.ญ.).....อายุ.....ปี (ในกรณีที่อาสาสมัครหรือผู้เข้าร่วมโครงการอายุน้อยกว่า 20 ปีบริบูรณ์หรือยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย)

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการ อธิบายจาก ผู้ให้ข้อมูล ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ รวมทั้งผลข้างเคียงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจและข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการรับการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไปทั้งในปัจจุบันและอนาคต ณ สถานพยาบาลแห่งนี้หรือสถานพยาบาลอื่น และหากเกิดมีอากาศ ข้างเคียงขึ้น ข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อ ผู้วิจัยและบุคคลที่รับผิดชอบโครงการวิจัยนี้ได้หากเกิดกรณีฉุกเฉินขึ้นกับข้าพเจ้า บุคคลนั้นคือ นายนิพนธ์ วาตาดา ที่อยู่ (บ้าน) เลขที่ 9 หมู่ 7 ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30310 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 090-9678248 (สถานที่ทำงาน) หอผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ถนนช้างเผือก ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000 โทรศัพท์ 044-235771-2

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจและหลังจากลงนามแล้ว ข้าพเจ้าจะได้ชี้สำเนาของเอกสารฉบับนี้เก็บไว้ 1 ชุด

ลงนามผู้ยินยอม/ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครอง

(.....)

(วันที่ เดือน พ.ศ.)

ลงนาม ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

(วันที่ เดือน พ.ศ.)

ในฐานะของพยาน ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า

- ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับการอธิบายถึงข้อมูลในเอกสารชี้แจงและเอกสารใบยินยอมอย่างชัดเจน
- ผู้เข้าร่วมโครงการมีโอกาสได้ถามผู้วิจัย เกี่ยวกับโครงการวิจัย
- ผู้เข้าร่วมโครงการได้ยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ

ลงนาม

พยาน

(.....)

(วันที่ เดือน พ.ศ.)

ลงนาม

พยาน

(.....)

(วันที่ เดือน พ.ศ.)

- หมายเหตุ:** (1) ในกรณีที่อาสาสมัครหรือผู้เข้าร่วมโครงการมีอายุน้อยกว่า 20 ปีบริบูรณ์หรือยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย (ผู้เยาว์) จะต้องขอและได้รับความยินยอมจากทั้งผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองของผู้เยาว์ และตัวผู้เยาว์เองด้วย และในกรณีที่ผู้เยาว์เป็นเด็กโตที่สามารถอ่านออก เขียนได้ จะต้องให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมด้วยกันทั้งผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองของผู้เยาว์และตัวผู้เยาว์นั้นด้วย
- (2) พยานต้องไม่ใช่แพทย์ ผู้วิจัย หรือผู้ให้ข้อมูล
- (3) ผู้ให้ข้อมูล/คำอธิบายชัดเจนต้องไม่เป็นแพทย์ผู้รักษาเพื่อป้องกันการเข้าร่วมโครงการด้วยความเกรงใจ
- (4) ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถลงลายมือชื่อ ได้ ให้ใช้การประทับลายมือแทนดังนี้:

<p>ข้าพเจ้าไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในแบบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ</p>	
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>ประทับลายนิ้วมือขวา</p>	<p>ลายมือชื่อผู้อธิบาย</p> <p>(.....)</p> <p>“ขอรับรองว่าเป็นลายนิ้วมือของ.....จริง”</p> <p>ลงชื่อพยาน</p> <p>()</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p> <p>ลงชื่อพยาน</p> <p>()</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 1.2 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

- 2.1 โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี ซึ่งประกอบไปด้วย

2.1.1 แผนการให้ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2.1.2 สื่อคอมพิวเตอร์ สร้างขึ้นโดยโปรแกรม power point ซึ่งเป็นเนื้อหาในแผนการสอนความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2.1.3 คู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

- 2.1.4 เครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติพร้อมดนตรีเพื่อคลายความวิตกกังวล

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

- 3.1 แบบวัดความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด
- 3.2 แบบประเมินความพึงพอใจในการฟังดนตรี

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เลขที่ชุดข้อมูล.....

คำชี้แจง ให้ผู้วิจัยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี (จำนวนเต็มปี)
3. ศาสนา () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่นๆ ระบุ.....
4. ระดับการศึกษา
 - () ไม่ได้ศึกษา () ประถมศึกษา
 - () มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า () ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 - () สูงกว่าปริญญาตรี
5. สถานภาพสมรส
 - () โสด () คู่
 - () หม้าย () หย่าร้าง
 - () แยกกันอยู่
6. อาชีพ
 - () รับราชการ () พนักงานบริษัท
 - () รับจ้าง () เกษตรกรรม
 - () ไม่ได้ประกอบอาชีพ () อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้ต่อเดือน
 - () น้อยกว่า 5,000 บาท () 5,000 – 10,000 บาท
 - () 10,001 – 15,000 บาท () 15,001 – 20,000 บาท () 20,001 ขึ้นไป
 - () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

8. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- () ไม่มี
- () มี ได้แก่ () เบาหวาน () ความดันโลหิตสูง () ไขมันในเลือดสูง
- () อื่นๆระบุ.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

9. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

ไม่สูบบุหรี่

สูบบุหรี่ สูบมานานกี่ปี ระบุ..... วันละกี่ซอง ระบุ.....

10. ท่านออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที หรือไม่

ใช่ ไม่ใช่

11. ท่านมีบุคคลในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ น้อง ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่

ไม่มี มี ระบุ.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการฟังดนตรี

12. ท่านชอบฟังเพลงหรือดนตรีหรือไม่

ชอบ ไม่ชอบ

13. ท่านมักจะฟังดนตรีเมื่อใด ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ

ก่อนนอน นอนไม่หลับ

เล่นกีฬา เครียด/กังวล

เศร้า อื่นๆ ระบุ.....

14. ท่านชอบฟังแนวเพลงใด

ไทยสากล ไทยลูกทุ่ง

สากล เพลงพื้นบ้าน เช่น หมอลำ อื่นๆ ระบุ.....

แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ

[] Pre – test

[] Post – test

วันที่บันทึกข้อมูล.../.../.... เลขที่ชุดข้อมูล.....

คำชี้แจง : ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายเกี่ยวกับตัวท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือของข้อความ โดยข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด จงเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดขณะนี้ และกรณตอบทุกข้อโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

ไม่มีเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกท่านเลยในขณะนี้
มีบ้าง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกท่านในขณะนี้เล็กน้อย
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกท่านในขณะนี้ปานกลาง
มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกท่านในขณะนี้มากที่สุด

ความรู้สึกขณะนี้	ไม่มีเลย	มีบ้าง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคง-ปลอดภัย				
3. ข้าพเจ้าเป็นคนเครียด				
4. ข้าพเจ้ารู้สึกเกร็งและเครียด				
5. ข้าพเจ้ารู้สึกสบายๆ				
6. ข้าพเจ้ารู้สึกอารมณ์เสีย				
7. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลกับสิ่งร้ายที่อาจเกิดขึ้น				
8. ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจ				
9. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นกลัว				
10. ข้าพเจ้ารู้สึกสะดวกสบาย				
11. ข้าพเจ้ารู้สึกเชื่อมั่นในตัวเอง				
12. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นเต้น				
13. ข้าพเจ้ารู้สึกกระสับกระส่าย				
14. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลใจ				
15. ข้าพเจ้ารู้สึกผ่อนคลาย				
16. ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจและมีความสุข				
17. ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวล				
18. ข้าพเจ้ารู้สึกสับสน				
19. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคง				
20. ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นคนน่าคบ				

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด

[] Pre – test

[] Post – test

วันที่ทำ..../..../.... เลขที่

ชุดข้อมูล

คำชี้แจง

โปรดใส่เครื่องหมาย / หน้าข้อความตามความคิดเห็นของท่าน ดังนี้

ถ้าเห็นด้วยกับข้อความนั้นให้ทำเครื่องหมาย / ในช่อง “ใช่”

ถ้าไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นให้ทำเครื่องหมาย / ในช่อง “ไม่ใช่”

ถ้าไม่ทราบให้ทำเครื่องหมาย / ในช่อง “ไม่รู้”

ความรู้ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด			
1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกิดขึ้นจากการขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเฉียบพลันเนื่องจากหลอดเลือดแดงหัวใจตีบแคบหรือตันจากการมีคราบไขมันไปจับ			
2. อาการแน่นหน้าอก เจ็บหน้าอกเหมือนมีอะไรมาทับบริเวณอก หรือเจ็บร้าวบริเวณที่แขน คอ กราม สะบัก ไปที่ไหล่ เป็นอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด			
3. ข้อใดเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด			
3.1 ความดันโลหิตสูง			
3.2 การสูบบุหรี่			
3.3 ภาวะไขมันในเลือดสูงหรือโคเลสเตอรอลในเลือดสูง			
3.4 โรคเบาหวาน			
3.5 การไม่ออกกำลังกาย			
3.6 ภาวะอ้วน			
3.7 ความวิตกกังวล/ความเครียด			
4.			
5.			
6.			
7.			

ความรู้ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
ด้านการปฏิบัติตัวหลังสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต			
1. ห้ามงอเข่าหรือสะโพกข้างที่ทำการสวนหลอดเลือดหัวใจเป็นเวลา 6 - 8 ชั่วโมงหลังจากห้องสวนหัวใจ			
2.....			
3.			
4.			
5.			
ด้านโภชนาการ			
1. ถ้าท่านควบคุมการรับประทานอาหารจะไม่มีผลต่อการลดไขมันในกระแสเลือดและการลดน้ำหนัก			
2. รับประทานอาหารได้ไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์			
3.			
4.			
5. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเรสเตอรอลสูง เช่น กากหมูหนังไก่ทอด อาหารทะเล กะทิ เป็นต้น			
6.			
ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย			
1. ควรหยุดพักต่ออีก 4 - 6 สัปดาห์ หลังออกจากโรงพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย			
2. ผู้ป่วยโรคหัวใจไม่สามารถออกกำลังกายได้			
3.			
4. ใน 1 สัปดาห์ ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง ครั้งละอย่างน้อย 30 นาที			

ความรู้ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
5.			
6.			
7.			
8.			
ด้านการรับประทานยา			
1.ต้องรับประทานยาด้านเกร็ดเลือดตลอดชีวิตถ้าไม่มีข้อห้าม และห้ามหยุดยาเองเพื่อป้องกันหลอดเลือดหัวใจอุดตันซ้ำ			
2.ควรสังเกตอาการข้างเคียงและผิดปกติจากยาเพื่อแจ้งแพทย์ทราบ			
3.			
4.			
ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง			
1.ควรเลิกสูบบุหรี่หรือยาเสพติดขาด			
2. ควรควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายที่ ค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 140/80 mmHg			
3.			
4.			
ด้านการจัดการกับอาการผิดปกติ			
1.			
2. ถ้าเกิดอาการเจ็บหน้าอกควรอมยาใต้ลิ้นทันที			
3.ควรระวังไม่ให้เกิดอาการท้องผูก ไม่เบ่งถ่ายอุจจาระ			
4.อาการปวดแผลเล็กน้อยสามารถบรรเทาด้วยการรับประทานยาแก้ปวดและประคบอุ่น			
5.			

แบบประเมินความพึงพอใจการฟังดนตรี

วันที่ประเมิน.../.../.... เลขที่ชุดข้อมูล.....

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

1. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการได้รับฟังดนตรี

() พึงพอใจ

() ไม่พึงพอใจ

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

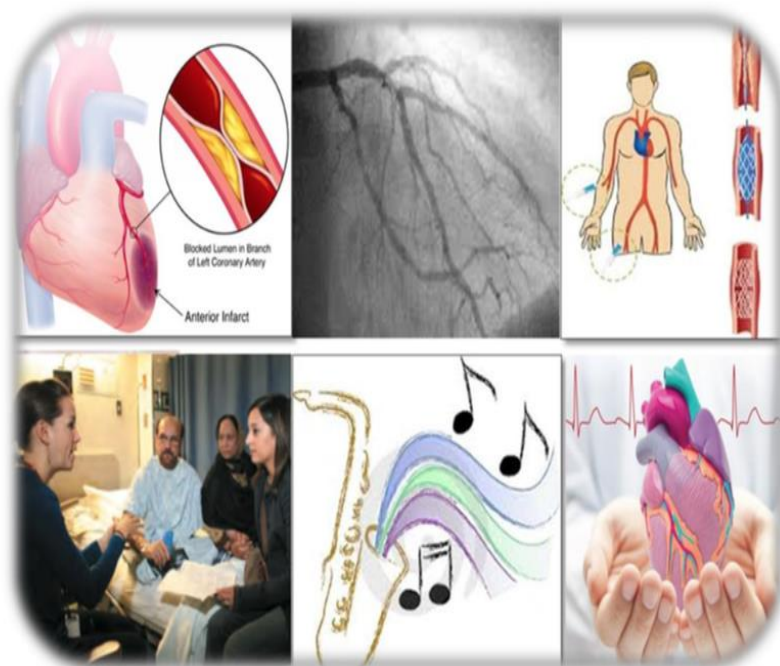
.....

.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี

ต่อความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ
ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน



จัดทำโดย นายนิพนธ์ วาตาดา

(นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต)

ผศ.ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ

(อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์)

คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ประกอบไปด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 (หลังสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรก) การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนใน ระยะที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ข้อมูลที่ให้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ และการปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรกขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤต เป็นรายบุคคล เวลาประมาณ 30 นาที จากนั้นให้ผู้ป่วยฟังดนตรี โดยผู้ป่วยเป็นผู้เลือกเพลงเองตามความชอบซึ่งเป็นดนตรีบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้อง มีจังหวะคงที่ 60-80 ครั้ง/นาที ประกอบด้วยเพลงไทยเดิม เพลงไทยสากล เพลงไทยลูกทุ่ง เพลงสากล เพลงพื้นบ้าน โดยใช้เครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติผ่านทางชุดหูฟังนานครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 1 ครั้ง โดยจำนวนครั้งของการฟังดนตรีตามผู้ป่วยต้องการซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมเอง

ระยะที่ 2 (หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 48 ชั่วโมงแรก) การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ข้อมูลที่ให้เกี่ยวกับ คำแนะนำการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ กิจกรรมและการออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับอาการผิดปกติเป็นรายบุคคล นานครั้งละ 30 นาที จากนั้นให้ผู้ป่วยฟังดนตรี โดยผู้ป่วยเป็นผู้เลือกเพลงเองตามความชอบ ซึ่งเป็นดนตรีบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้อง มีจังหวะคงที่ 60-80 ครั้ง/นาที ประกอบด้วยเพลงไทยเดิม เพลงไทยสากล เพลงไทยลูกทุ่ง เพลงสากล เพลงพื้นบ้าน โดยใช้เครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติผ่านทางชุดหูฟังนานครั้งละ 30 นาที จำนวน 1 ครั้ง

โดยแต่ละระยะมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ประเมินก่อนได้รับโปรแกรม

ภายหลังการสร้างสัมพันธ์ภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และทำการประเมิน ดังต่อไปนี้

- 1) ประเมินข้อมูลส่วนบุคคลด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- 2) ประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ
(State Anxiety Form Y-1)
- 3) ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยแบบวัดความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจ
- 4) บันทึกอัตราการเต้นของหัวใจลงในแบบบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจ

ขั้นที่ 2 เตรียมผู้ป่วย

ภายหลังประเมินผู้ป่วยแล้วให้เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมต่อการให้ข้อมูลและฟังดนตรีบำบัดทางด้านร่างกายด้วยการ ดูแลความสุขสบายทั่วไป จัดท่าที่เหมาะสม เตรียมทางด้านสิ่งแวดล้อมด้วยการปิดม่านให้เป็นส่วนตัว แขนงป้ายห้ามรบกวนและห้ามส่งเสียงดัง

ขั้นที่ 3 ให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

1) แจกคู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2) ให้ข้อมูลโดยการบรรยายและอภิปรายประกอบโปรแกรม power point โดยเนื้อหาการบรรยายตามระยะเวลาหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

ระยะที่ 1 (หลังสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรก) ให้ข้อมูลในระยะที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต มีเนื้อหา ดังนี้ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจและการปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรกขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต

ระยะที่ 2 (หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 48 ชั่วโมงแรก) ให้ข้อมูลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื้อหาเกี่ยวกับคำแนะนำการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านดังนี้ ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกายด้านการรับประทานยาการลดปัจจัยเสี่ยงและด้านการจัดการกับอาการผิดปกติ

ขั้นที่ 4 ให้ฟังดนตรี

1) อธิบายให้เห็นผลดีของการฟังดนตรี สอนและสาธิตการฟังดนตรี และการใช้เครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติผ่านชุดหูฟัง แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงชนิดดนตรีบำบัดที่จัดเตรียมไว้ให้ ได้แก่ ดนตรีบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้อง มีจังหวะคงที่ 60-80 ครั้งต่อนาที เป็นไทยเดิม เพลงไทยสากล เพลงไทยลูกทุ่ง เพลงสากล เพลงท้องถิ่น โดยผู้ป่วยเป็นผู้เลือกเพลงฟังเองตามความชอบระยะเวลาในการฟังดนตรีนาน 30 นาที จำนวน 1 ครั้ง

2) บันทึกอัตราการเต้นของหัวใจก่อนฟังดนตรี รีลิ่งในแบบบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจ

3) ดูแลให้ผู้ป่วยฟังดนตรี จัดวางเครื่องเล่นเพลงในบริเวณที่ใช้งานให้สะดวก

4) ระหว่างฟังดนตรีแนะนำให้ผู้ป่วยหลับตา หรือปิดด้วยผ้าปิดตา

5) ในการฟังดนตรี ครั้งแรกให้ผู้วิจัยเฝ้าสังเกตผู้ป่วยในระยะที่ไม่รบกวนผู้ป่วยเพื่อสังเกตอาการผิดปกติ และบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจ

ขั้นที่ 5 ประเมินหลังฟังดนตรี

1) ผู้วิจัยบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจขณะฟังดนตรีทุก 5 นาทีจนครบ 30 นาที ลงในแบบบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจ

5) เมื่อครบ 30 นาทีที่ฟังดนตรี ให้ผู้ป่วยพักผ่อนต่ออีก 10 นาที แล้วจึงประเมิน ความพึงพอใจในการฟังดนตรี ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้วยแบบวัดความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจ ประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Form Y-1), ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ และบันทึกแบบบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจ

6) กล่าวสรุปเพื่อสิ้นสุดโปรแกรม

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับชนิดชนิดเอสทียก (ST-Elevate Myocardial Infarction) elevation : [STEMI]) และได้รับการรักษาด้วยการการสอดสายสวนหัวใจเข้าทางสายสวนที่แทงเข้าทางหลอดเลือดแดงที่เออร์ตาเข้าสู่หลอดเลือดแดงเออร์ตาจนถึงส่วนต้นของหลอดเลือดหัวใจจากนั้นฉีดสารทึบรังสีพร้อมถ่ายภาพรังสีเพื่อค้นหาการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจและทำการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูนและ/หรือด้วยขดลวดตาข่ายค้ำยันทั้งชนิดเคลือบยาละลายลิ่มเลือดและไม่เคลือบยาละลายลิ่มเลือดและหลังสวนหลอดเลือดหัวใจเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจหรือหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมอย่างน้อย 48 ชั่วโมง

ระยะเวลา

แต่ละระยะใช้เวลา 60 นาที แบ่งเป็นการให้ข้อมูล 30 นาที และการฟังดนตรี 30 นาที

รูปแบบการดำเนิน

ดำเนินการให้ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม power point ประกอบการบรรยายและฟังดนตรีเป็นรายบุคคล

แผนการให้ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือด

เลือดหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

1

แผนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

เรื่อง	โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต
ผู้ให้ข้อมูล	นายนิพนธ์ วาตาตา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้รับข้อมูล	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ
สถานที่	หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาสารคามราชธานี
ระยะเวลาในการให้ข้อมูล	30 นาที
ช่วงเวลาในการให้ข้อมูล	ให้ข้อมูลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรก ในหอผู้ป่วยวิกฤต
วิธีการให้ข้อมูล	ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลโดยใช้โปรแกรม power point ประกอบการบรรยายร่วมกับคู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจและเมื่อกลับบ้าน
วัตถุประสงค์ทั่วไป	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่โรงพยาบาล 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปควบคุมโรค การรักษาที่ได้รับ ความไม่สุขสบายและสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต 3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง

แนวคิด


ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกถึงความตึงเครียด ทวาดหวน กังวลและกังวลของบุคคล เกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณค่าหรือทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองโดยที่อาจมีอยู่จริงหรือเป็นการคาดการณล่วงหน้า แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ความวิตกกังวลขณะเฉย (State Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับสถานการณ์นั้นที่เข้ามากระตุ้น ซึ่งการเจ็บป่วยที่รุนแรงอาจมีอันตรายถึงชีวิต ทัดถุการณ์ที่ได้รับ ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและโอกาสที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและการปฏิบัติตัวเมื่อออกจากโรงพยาบาล สิ่งรบกวนต่างๆ ได้แก่ แสง เสียงในหอผู้ป่วยวิกฤต และการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ความไม่สุขสบายบริเวณที่ทำการสวนหลอดเลือดหัวใจ ส่วนความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety) เป็นลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลซึ่งปรากฏเป็นส่วนหนึ่งบุคลิกภาพ และเป็นตัวเสริมความวิตกกังวลขณะเฉยในแต่ครั้ง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินการสอน	
				เกณฑ์การประเมินผล	ผลการประเมิน
1. ผู้เรียนสามารถบอกความหมายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้	<p>เนื้อหา</p> <p>โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง กลุ่มอาการของโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคหลอดเลือดหัวใจที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน เป็นภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจได้รับความเสียหายหรือถูกทำลายจากการขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยง ซึ่งเกิดจากการตีบแคบหรือการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณนั้นอย่างเฉียบพลัน แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ</p> <p>1) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดสตีทสูง (ST Elevation Myocardial Infarction, [STEMI]) คือ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment ยกขึ้น โดยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรงเฉียบพลัน เจ็บขณะพักนานมากกว่า 20 นาที หรือรุนแรงมากกว่าเดิม เจ็บร้าวไปบริเวณใกล้เคียง เหงื่อออก ใจสั่น หอบหืด และเสียชีวิตเฉียบพลัน</p> <p>2) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด Non ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) คือ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะไม่พบ ST segment ยกสูง โดยจะพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ ST segment depression และ/หรือ T wave inversion ร่วมด้วย</p>	<p>ขั้นตอน (20 นาที)</p> <p>บรรยายแบบมี ส่วนร่วมโดยให้ผู้เรียนอธิบายความหมายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตามที่ผู้ปฎิบัติหัวใจ และกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น</p> <p>กล่าวชื่นชมให้กำลังใจผู้ป่วย</p>	<p>-power point</p> <p>-คู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด</p> <p>เตรียมพลัง การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจและเมื่อกลับไปยังบ้าน</p>	<p>-ผู้เรียนสามารถบอกความหมายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างถูกต้องโดยทำเครื่องหมายถูก-ผิดหน้าข้อความ ในแบบประเมินผลหลังการเรียนรู้ (Post test) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ สำหรับการพยาบาล กระทั่งสาธารณสุข (2549)</p>	

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินการสอน	
				เกณฑ์การประเมินผล	ผลการประเมิน
2. ผู้ป่วยสามารถบอกสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	<p>สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ คราบไขมันที่สะสมในผนังหลอดเลือดหัวใจปริแตกและกระตุ้นให้เกิดการรวมตัวของเกร็ดเลือดเป็นลิ่มเลือดอุดตันบริเวณนั้นหรือหลุดลอยไปส่วนปลายเกิดการตีบแคบ</p> <p>โดยมีปัจจัยที่ทำให้เกิดการสะสมของคราบไขมันที่ผนังหลอดเลือดแดงที่หัวใจแบ่งออกได้ดังนี้</p> <p>ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) อายุ โดยเมื่ออายุมากขึ้นความเสี่ยงในการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะเพิ่มมากขึ้นด้วย ส่วนใหญ่ผู้ชายเมื่ออายุมากกว่า 45 ปี และผู้หญิงเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี มักจะเกิดโรคดังกล่าว 2) เพศ เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากในเพศหญิงมีระดับฮอร์โมน Estrogen ในระดับที่สูงกว่าเพศชาย ซึ่งฮอร์โมน Estrogen มีผลในการปกป้องหัวใจ แต่เมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเพศหญิงจะมีโอกาสเกิดโรคมมากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน 3) การมีประวัติบุคคลในครอบครัวหรือสายเลือดเดียวกันป่วยเป็นโรค ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวหรือสายเลือดเดียวกันป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมมากกว่าบุคคลที่ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวหรือ 	<p>บรรยายแบบมีส่วนร่วมโดยให้ผู้เรียนอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหัวใจขาดเลือด</p> <p>ผู้ช่วยเข้าใจ และกระตุ้นให้เห็นความชัดเจน</p> <p>กล่าวชื่นชมให้กำลังใจผู้ป่วย</p>	<p>-power point</p> <p>-คู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหัวใจขาดเลือด</p> <p>ปฏิบัติงานหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</p>	<p>-ผู้เรียนสามารถบอกสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ถูกต้องโดยทำเครื่องหมายถูก-ผิด หน้าข้อความในแบบ ประเมินผลหลังการเรียนรู้ (Post test) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ สำหรับการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (2549)</p>	

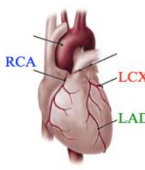
สื่อคอมพิวเตอร์สร้างด้วยโปรแกรม power point เนื้อหาในแผนการสอนความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ ขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน



โดย นายนิพนธ์ วาศาธา (นิติศัลยแพทย์) ศศ.ดร.นรภัทรณ์ เกื้อกิจ (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

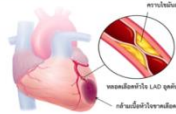
ทำความรู้จักหัวใจของเรา

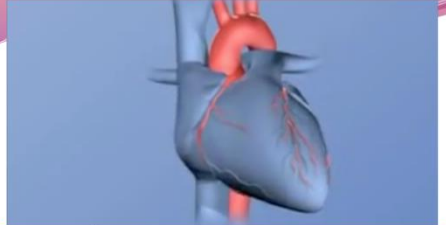


- หัวใจของคนเราเป็นอวัยวะที่สำคัญ มีหน้าที่ในการบีบตัวเพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายตลอดเวลา ซึ่งการบีบตัวนี้เกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจเองได้รับพลังงาน ออกซิเจนจากเลือดที่มาจากเส้นผ่านหลอดเลือดแดงหัวใจ 3 เส้นหลัก คือ
 - 1) Right Coronary Artery (RCA)
 - 2) Left Circumflex Coronary Artery (LCX)
 - 3) Left Anterior Descending Coronary Artery (LAD)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคืออะไร...?

- โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจได้รับความเสียหายหรือถูกทำลายจากการขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยง ซึ่งเกิดจากการตีบแคบหรือการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณนั้นอย่างเฉียบพลัน





- โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ
 1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก (STEMI)
 2. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด Non-STEMI

สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคคืออะไร...?

- สาเหตุเกิดจากคราบไขมันที่สะสมในผนังหลอดเลือดหัวใจปริแตกและกระตุ้นให้เกิดการรวมตัวของเกร็ดเลือดเป็นลิ่มเลือดหรือหลุดลอยไปส่วนปลายทำให้เกิดการตีบแคบหรืออุดตันบริเวณนั้น

ปกติ	
คราบไขมันอุดตัน 80% แต่เลือดยังไหลไปได้	
คราบไขมันปริแตก และกระตุ้นการรวมตัวของเกร็ดเลือด อุดตัน 100% เลือดไหลไม่ได้	

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคคืออะไร...?

ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

- อายุ ชาย ≥ 45 ปี , หญิง ≥ 55 ปี
- เพศ
- มีประวัติบุคคลในครอบครัวหรือสายเลือดเดียวกันป่วยเป็นโรค

ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

- ภาวะไขมันในเลือดสูง
- โรคความดันโลหิตสูง
- สูบบุหรี่
- โรคเบาหวาน
- อ้วน
- ขาดการออกกำลังกาย
- ความวิตกกังวล/เครียด
- รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด

อาการและอาการแสดงของโรค

- อาการที่สำคัญที่สุด คือ **อาการเจ็บแน่นอึดอัดเหมือนมีอะไรมาทับบริเวณกลางอก** นานมากกว่า 20 นาที พักแล้วไม่ดีขึ้น
- อาจ **ร้าวไปคอ หัวไหล่ หลัง แขน** 2 ข้าง โดยเฉพาะข้างซ้าย กรามหรือจุดแน่นใต้ลิ้นปี่คล้ายโรคกรดไหลย้อน
- อาจมีอาการ **ใจสั่น หน้ามืด อาเจียน หมดสติร่วมด้วย**



การรักษา

การรักษาเร่งด่วนต้องทำภายในเวลาไม่เกิน 12 ชั่วโมง หลังมีอาการ เป้าหมายคือเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันให้เร็วที่สุดเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดแบ่งออกเป็น 2 วิธีหลักๆ ดังนี้

1.การให้ยาละลายลิ่มเลือด

คือ การให้ยาที่มีฤทธิ์ในการละลายลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือดหัวใจนั้น ในปัจจุบันมีข้อกำหนดในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด โดยผู้ป่วยควรได้รับยาภายใน 30 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยเดินทางมาถึงโรงพยาบาล

การรักษา

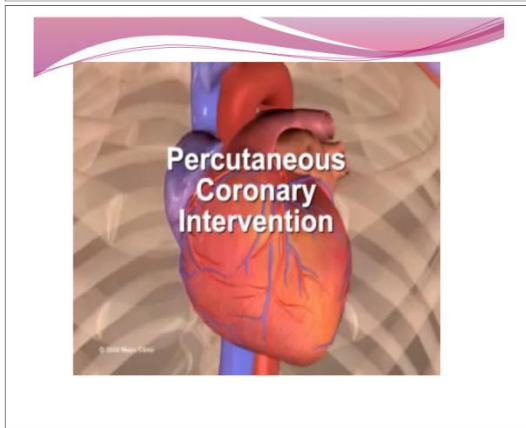
2. การสวนหลอดเลือดหัวใจเพื่อฉีดสตีคหลอดเลือดหัวใจ

คือ การรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือด โดยสอดใส่สายสวนชนิดพิเศษผ่านทางผิวหนังเข้าสู่หลอดเลือดบริเวณขาหนีบ หรือข้อมือ ไปยังหลอดเลือดหัวใจและฉีดสารที่บวมขึ้นเพื่อหาหลอดเลือดที่อุดตัน จากนั้นทำการขยายหรือฉีกขยายหลอดเลือดโดยการ ใช้บอลูน (balloon) ให้ลิ่มเลือดแตกออกเป็นชิ้นเล็ก หรือทำการดูดลิ่มเลือดออกมา หรืออาจตัด/สลายลิ่มเลือดออกมา จนสามารถทำการไหลเวียนเลือดได้

การรักษา

การสวนหลอดเลือดหัวใจ แบ่งเป็น 2 ชนิด ดังนี้

- 1.การขยายหลอดเลือดด้วยบอลูน เป็นการใส่สายสวนที่มีลูกโป่งที่สายไปยังตำแหน่งที่มีการตีตันและอัดแรงดันให้ลูกโป่งขยายออก กดทับคราบไขมันให้แฟบ แต่การตีตันของหลอดเลือดหัวใจซ้ำได้
- 2.การขยายหลอดเลือดด้วยการใส่ขดลวดค้ำยัน เป็นการใส่ขดลวดค้ำยันไว้ในบริเวณที่มีการตีตัน มี 2 ชนิด คือ
 - 2.1 ขดลวดค้ำยันแบบไม่เคลือบยา Bare-Metal Stents (BMS)
 - 2.2 ขดลวดค้ำยันแบบเคลือบยาไว้ Drug Eluting Stents (DES) ซึ่งยาที่เคลือบไว้จะยังมีการแบ่งตัวของเซลล์บริเวณขดลวดที่จะทำให้เกิดการตีตันซ้ำ (restenosis) โดยมาตรฐานกำหนดให้ทำการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (PCI) ภายใน 90 นาทีหลังจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล



ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ

- **ด้านร่างกาย**
 - ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย คือ เกิดก้อนเลือดหรือเลือดออกบริเวณที่ทำการสวนหัวใจ หัวใจเต้นผิดจังหวะ
 - ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้น้อยแต่มีความรุนแรง คือ การกลับมาตีตันซ้ำ ภาวะช็อกจากหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว ไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง แพ้สารที่บวมขึ้น ผนังกล้ามเนื้อหัวใจฉีกขาด ภาวะเส้นหัวใจไมตรัลรั่วเฉียบพลัน ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจฉีกขาด และเสียชีวิต
- **ด้านจิตใจ**
 - ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย คือ ความวิตกกังวล/ภาวะซึมเศร้า

การปฏิบัติตัวเมื่อออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน

การลดปัจจัยเสี่ยง

- เป้าหมายในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค (ต่อ)
- น้ำหนักและรอบเอวเกิน ควรควบคุมค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ระหว่าง 18.5 – 23 ผู้ชาย รอบเอวไม่ควรเกิน 35 นิ้ว หรือ 90 เซนติเมตร ผู้หญิง รอบเอวไม่ควรเกิน 31 นิ้ว หรือ 80 เซนติเมตร
- ขาดการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 5 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 30 – 60 นาที ตามความสามารถของแต่ละบุคคล
- ความวิตกกังวลและความเครียดควรถูกจัดการความวิตกกังวลและความเครียดตามคำแนะนำด้านจัดการอาการผิดปกติ

การปฏิบัติตัวเมื่อออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน

การจัดการกับอาการผิดปกติ

- อาการผิดปกติที่ออกมาพบโดยเร็วหรือก่อนวันนัด ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น เห็นอ่อนเพลียมากขึ้น เป็นลมหมดสติ
- อาการผิดปกติเล็กน้อยที่สามารถเกิดขึ้นได้ หลังจากออกจากโรงพยาบาลอาการผิดปกติเล็กน้อยที่สามารถเกิดขึ้นได้ เช่น อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย ปวดหัวหรือไม่สุขสบายบริเวณที่สวนหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสามารถจัดการได้ด้วย

การปฏิบัติตัวเมื่อออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน

การจัดการกับอาการผิดปกติ

- **การดูแลแผลบริเวณที่สวนหลอดเลือดหัวใจ**
สามารถนำก้อนสแตนท์ที่ปิดแผลออกได้หลังจากออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน 2 – 3 วัน ซึ่งอาจพบความผิดปกติแก่แผลบริเวณนี้ได้ ให้ทำความสะอาดด้วยสำลีชุบน้ำเกลือหรือแอลกอฮอล์เช็ดบริเวณแผลและรอบๆ อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง หรือหลังจากอาบน้ำหรืออาบน้ำเช็ดให้แห้งด้วยผ้าแห้งหรือผ้าสะอาด แล้วปิดด้วยผ้าก๊อซและพลาสเตอร์กันน้ำแผลจะหาย
- สังเกตบริเวณแผลที่สวนหลอดเลือดหัวใจทุกวัน หากมีรอยขื่นขึ้นหรือมีวงขึ้น มีน้ำเหลืองหรือเลือดซึมจากแผล ผู้ศึกษาข้างที่สวนหลอดเลือดหัวใจจาก หรือปวดที่แผลมากให้แจ้งแพทย์ทราบ

การปฏิบัติตัวเมื่อออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน

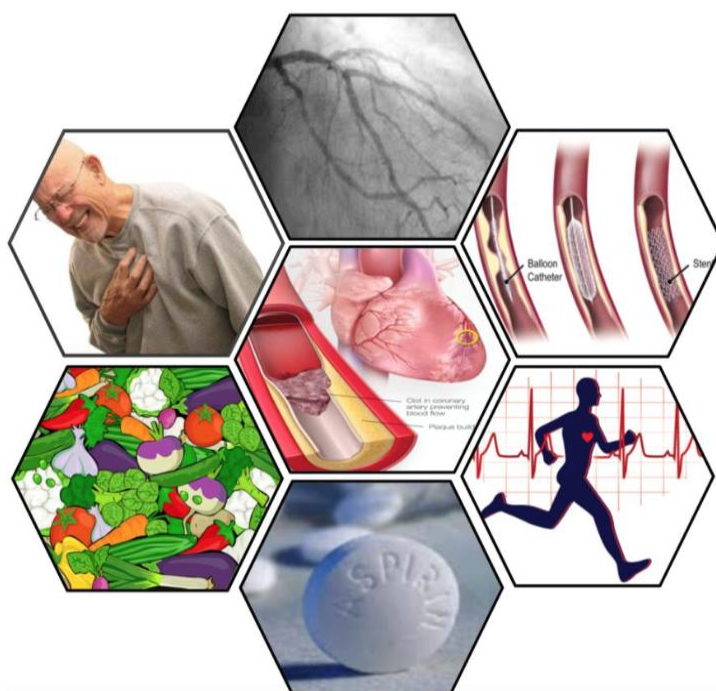
การจัดการกับอาการผิดปกติ

- **การจัดการความวิตกกังวลและความเครียด** ซึ่งมีวิธีในการจัดการความวิตกกังวลและความเครียด ดังนี้
 - หันหาหรือระบุสาเหตุที่เกิดความวิตกกังวลและความเครียดนั้น
 - ออกความวิตกกังวลและความเครียดนั้นด้วยการผ่อนคลายด้วยวิธีต่างๆ ตามความเหมาะสมและความชอบ ได้แก่ การบริหารการหายใจ การออกกำลังกายเพื่อความผ่อนคลาย การฟังดนตรีบำบัด หรือดนตรีที่ชอบ ทำสมาธิ
 - หันหาหรือใช้แหล่งปะโยชน์ที่จะช่วยในการลดความวิตกกังวลและความเครียด เช่น เพื่อน คนในครอบครัว หรือขอรับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล

คู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน



คู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤต
และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน



โดย นายนิพนธ์ วาตาดา
(นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต)
ผศ.ดร.นรลักษณ์ เอือกิจ
(อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์)
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ - นามสกุล
 ที่อยู่ติดต่อได้
 เบอร์โทรศัพท์ อีเมลล์ อื่นๆ

ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบกลับชนิด

โรคร่วมอื่นๆ

มาโรงพยาบาลด้วยอาการ เมื่อวันที่

แพทย์โรคหัวใจชื่อ ทำการสวนหลอดเลือดหัวใจเมื่อวันที่

พบหลอดเลือดหัวใจตีบตันจำนวน เส้น ได้แก่

ทำการถ่ายภาพยาค่าย
 ยาที่ได้รับประทานในปัจจุบัน ได้แก่

คำนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นโรคที่พบ ผู้เสียชีวิตทั่วโลกจำนวนมาก ส่วนในประเทศไทย พบว่าอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและอยู่ในอันดับต้นๆ รองจากอุบัติเหตุและโรคมะเร็ง โดยเสียชีวิตเฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน ถึงแม้ปัจจุบันการรักษาทางกายภาพจะพัฒนาจนลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ แต่หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจเพื่อการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันนั้น ก่อให้เกิดผลกระทบตามมา มาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งผลกระทบดังกล่าวนั้นสามารถป้องกันได้โดยการให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของตน และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้านไปอยู่บ้าน

คู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้านเล่มนี้ประกอบไปด้วยความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและการแสดง การรักษา การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้ท่าน มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

นิพนธ์ วาตาดา

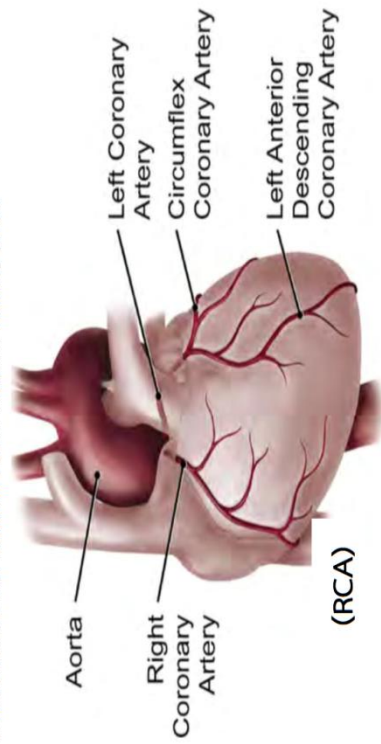
เรื่อง	สารบัญ	หน้า
ทำความเข้าใจของเรา		5
โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคืออะไร		6
สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคคืออะไร		7
อาการและการแสดงของโรคเป็นอย่างไร		9
โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรักษาอย่างไร		10
ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ		11
มีอะไรบ้าง		12
ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจเป็นอย่างไร		13
การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรก		17
ขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต		19
การรักษาต่อเนื่องหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจอย่างไร		21
การปฏิบัติตัวเมื่อออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้านทำอย่างไร		23
ภาคผนวก ก การวัดรอบเอวและคำนวณค่าดัชนีมวลกาย		29
ภาคผนวก ข แบบบันทึกการปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน		30
ภาคผนวก ค ตารางบันทึกการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค		31
ภาคผนวก ง ตารางแสดงปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหาร		32
ภาคผนวก จ วิธีอ่านฉลากโภชนาการ		33

ทำความเข้าใจของเรา

หัวใจของคนเราเป็นอวัยวะที่สำคัญ มีหน้าที่ในการบีบตัวเพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายตลอดเวลา ซึ่งการบีบตัวนี้เกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ และกล้ามเนื้อหัวใจ จะได้รับพลังงานและออกซิเจนจากเลือดที่มาจากหลอดเลือดแดงหัวใจ 3 เส้นหลัก ดังนี้

- 1) Right Coronary Artery (RCA)
- 2) Left Circumflex Coronary Artery (LCA)
- 3) Left Anterior Descending Coronary Artery (LAD)

กล้ามเนื้อหัวใจจำเป็นต้องได้รับเลือดมาเลี้ยงตลอดเวลา หากหลอดเลือดแดงที่นำเลือดมาเลี้ยงหัวใจเกิดการอุดตันจะทำให้เลือดไม่สามารถไหลไปเลี้ยงหัวใจส่วนนั้นได้ จะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตามมา ถ้าหากปล่อยทิ้งไว้จะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายและอาจเสียชีวิตได้



รูปที่ 1 แสดงเส้นเลือดแดงของหัวใจจาก University of Ottawa Heart Institute. (2011). Coronary artery Disease A Guide for Patients and Families.

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคืออะไร.....?

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจได้รับความเสียหายหรือ ถูกทำลายจากการขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยง ซึ่งเกิดจากการตีบแคบหรือการอุดตันของเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณนั้นอย่างเฉียบพลัน เป็นกลุ่มอาการของโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคหัวใจตีบที่จัดขึ้นอย่างเฉียบพลัน



รูปที่ 2 แสดงกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากอุดตันของหลอดเลือดแดง หัวใจที่มาจาก American Heart Association <http://www.heart.org>

อุบัติการณ์การเกิดโรค

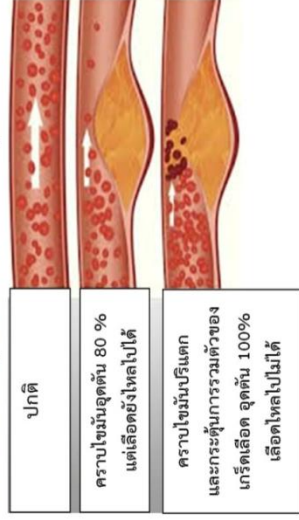
ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วย และพบในอายุน้อยลง จากสถิติในประเทศไทยพบผู้ป่วยประมาณ 25 คนต่อแสนประชากร

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดสตีทก (STEMI)
2. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด Non-STEMI

สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคคืออะไร.....?

สาเหตุเกิดจากคราบไขมันที่สะสมในผนังหลอดเลือดหรือหัวใจปริแตกและกระตุ้นให้เกิดการรวมตัวของเกร็ดเลือดเป็นลิ่มเลือดหรือหลุดลอยไปส่วนปลายทำให้เกิดการตีบแคบหรืออุดตันบริเวณนั้น ดังรูปที่ 3



รูปที่ 3 แสดงการสะสมของคราบไขมันและการปริแตกและกระตุ้นให้เกิดการรวมตัวของเกร็ดเลือดเป็นลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดหัวใจ ภาพจาก <http://images.wisegeek.com>

ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรม แบ่งออกได้ดังนี้

1) ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้



อายุ เมื่ออายุมากขึ้นความเสี่ยงในการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะเพิ่มมากขึ้นด้วย โดยจะเกิดโรคในผู้ที่ยังเมื่ออายุมากกว่า 45 ปี และผู้หญิงเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี



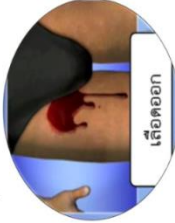
เพศ เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากในเพศหญิงมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในระดับที่สูงกว่าเพศชาย แต่เมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเพศหญิงจะมีโอกาสเกิดโรคมากขึ้น

ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ...มีอะไรบ้าง

ผลกระทบ ที่สำคัญ หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ แบ่งออกเป็นด้านร่างกายและด้านจิตใจ ดังนี้

ด้านร่างกาย

- ภาวะแทรกซ้อน ที่พบได้บ่อย คือ เกิดก้อนเลือดหรือเลือดออกบริเวณที่ทำการสวนหัวใจ หัวใจเต้นผิดจังหวะ
- ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยแต่มีความรุนแรง คือ การกลับมากำตับซ้ำ ภาวะช็อกจากหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว ไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง แพ้สารทึบรังสี ผนังกล้ามเนื้อหัวใจฉีกขาด ภาวะเส้นหัวใจไมตรรั่วเฉียบพลัน ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจฉีกขาด และเสียชีวิต



รูปที่ 4 แสดงภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ ภาพจาก <http://www.imedicalapps.com>

ด้านจิตใจ

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือ **ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า**



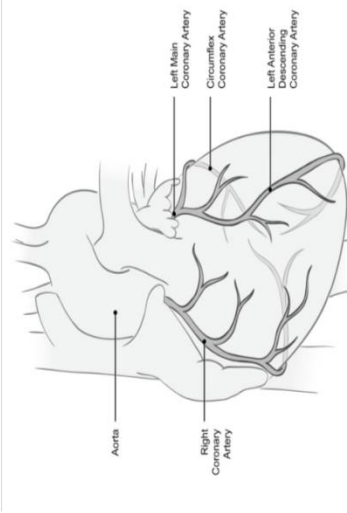
ภาพจาก <http://www.apa.org>

ภาวะแทรกซ้อนหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจบางอย่างสามารถป้องกันและแก้ไขได้

ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ.....เป็นอย่างไร

การสวนหลอดเลือดหัวใจจะทำให้ทราบว่าหัวใจของท่านมีหลอดเลือดหัวใจตีบตันกี่เส้นและได้รับการรักษาด้วยยาหรือการทำการบอลลูนหรือใส่ขดลวดตายชนิดใดบ้าง

จำนวนหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตัน	หลอดเลือดหัวใจที่ตีบตันและได้รับการรักษาที่ได้รับ
1 เส้น	
2 เส้น	
3 เส้น	



ภาพจาก University of Ottawa Heart Institute. (2011). Coronary artery Disease A Guide for Patients and Families

การรักษาคือเมื่อผลของการสวนหลอดเลือดหัวใจ.....อย่างไร (ต่อ)

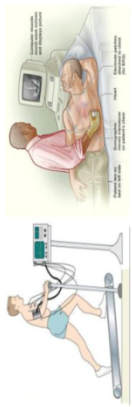
2.การรักษาโดยการไม่ใช้ยา

2.1 การสวนหลอดเลือดหัวใจ กรณีที่การสวนหลอดเลือดหัวใจครั้งแรก พบว่า มีหลอดเลือดหัวใจตีบแคบหลายเส้น และสามารถรักษาด้วยการสวนหลอดเลือดหัวใจเพื่อขยายและใส่ขดลวดค้ำยันได้ นั่นแพทย์จะนัดทำการสวนหลอดเลือดหัวใจอีกครั้ง

2.2 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ กรณีที่พบว่า มีหลอดเลือดหัวใจตีบทั้ง 3 เส้น จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากไม่สามารถรักษาด้วยการสวนหลอดเลือดหัวใจได้ ซึ่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมทรวงอกจะเป็นผู้รักษา

การตรวจอื่นที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของหัวใจ

2.3 การทดสอบสมรรถภาพหัวใจ ผู้ป่วยจะได้รับการทดสอบสมรรถนะการทำงานหัวใจ โดยระยะหลังสวนหลอดเลือดหัวใจและพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลจะได้รับตรวจการทำงานของหัวใจด้วยคลื่นสะท้อนความถี่สูง (Echocardiography) เป็นการตรวจหาความผิดปกติของหัวใจ การทดสอบสมรรถนะการทำงานหัวใจ ทั้งการบีบและคลายตัวของหัวใจ การไหลเวียนของเลือด การทำงานของลิ้นหัวใจ สามารถวัดปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที หรือวัดการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายออกมาเป็นเปอร์เซ็นต์ได้ (Ejection Fraction : EF) และหลังจากโรงพยาบาลจะได้รับคำแนะนำตรวจ ความทนของหัวใจต่อกิจกรรม ทำให้ทราบว่าหัวใจตอบสนองต่อกิจกรรมต่างๆอย่างไร โดยเพิ่มภาระทำงานของหัวใจภายใต้สิ่งที่คุณควบคุม เช่น การออกกำลังกายโดยการวิ่งบนสายพาน หรือใช้การกระตุ้นแล้ววัดอัตราการเต้นของหัวใจและการแปรผันของการเต้นหัวใจ



ภาพจาก <http://www.leagueofgamemakers.com>

การปฏิบัติตัวมีผลออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน.....ทำอย่างไร

เมื่อออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่บ้านแล้วนั้น การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากสาเหตุของการเกิดโรคบางอย่างเกิดจากพฤติกรรมที่สามารถป้องกันและปรับเปลี่ยนได้ และที่สำคัญคือ ป้องกันการกลับมาตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง และด้านการจัดการกับอาการผิดปกติ ซึ่งรายละเอียดในแต่ละด้านมีดังนี้

ด้านโภชนาการ

ด้านโภชนาการหรือการรับประทานอาหาร คือ การที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันควรหลีกเลี่ยงและควรรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ดังนี้

อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงหรือลด

× อาหารที่มีไขมันหรือโคเลสเตอรอลสูง

โดยเฉพาะอาหารที่มีไขมันหรือโคเลสเตอรอลสูงจากสัตว์ ได้แก่ ไข่แดง เครื่องในสัตว์ สมองสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมันหรือหนังสัตว์ เช่น หมูสามชั้น เนื้อติดมัน วากิว หนังกุ้ง เป็นต้น อาหารทะเลบางชนิด เช่น กุ้ง ปลาหมึก หอยนางรม เป็นต้น (ดูปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารได้ในภาคผนวก ง)

× อาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง

อาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูงมีทั้งจากสัตว์และจากพืช โดยจากพืชได้แก่ น้ำมันหมู น้ำมันไก่ จากพืชได้แก่ กะทิ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม และที่สำคัญคือไขมันทรานส์ที่ใช้ทำเบเกอรี่ คุกกี้ เบเกอรี่ บิสกิต พาย พัฟฟ์ ได้แก่ เนยขาว มาร์การีน(เนยเทียม) ครีม เป็นต้น และไขมันทรานส์ที่เกิดจากการปรุงอาหารโดยเฉพาะการทอดในกระทะก้นลึกหรือใช้เวลาในการทอดนานๆ

ปกติร่างกายสามารถสร้างโคเลสเตอรอลได้เองจึงแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลไม่เกินวันละ 300 มก. (ดูปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหาร ได้ภาค ผนวก ง)



ตารางที่ 8 ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State - Trait Anxiety Inventory Form Y1)

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.819	.840	20

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
Anxiety1	2.80	.407	30
Anxiety2	2.27	.640	30
Anxiety3	2.13	.434	30
Anxiety4	2.23	.568	30
Anxiety5	2.73	.450	30
Anxiety6	1.90	.481	30
Anxiety7	2.80	.847	30
Anxiety8	2.50	.509	30
Anxiety9	2.53	.819	30
Anxiety10	2.43	.679	30
Anxiety11	2.30	.535	30
Anxiety12	2.37	.615	30
Anxiety13	2.17	.699	30
Anxiety14	2.33	.606	30
Anxiety15	2.43	.679	30
Anxiety16	2.47	.571	30
Anxiety17	2.80	.714	30
Anxiety18	2.27	.785	30
Anxiety19	2.57	.504	30
Anxiety20	2.33	.479	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
Anxiety1	45.57	30.806	.678	.	.803
Anxiety2	46.10	32.852	.105	.	.826
Anxiety3	46.23	32.599	.251	.	.817
Anxiety4	46.13	31.568	.335	.	.814
Anxiety5	45.63	30.861	.594	.	.804
Anxiety6	46.47	30.464	.629	.	.802
Anxiety7	45.57	28.530	.529	.	.803
Anxiety8	45.87	31.775	.349	.	.813
Anxiety9	45.83	34.557	.124	.	.846
Anxiety10	45.93	31.857	.224	.	.821
Anxiety11	46.07	30.202	.603	.	.802
Anxiety12	46.00	30.000	.543	.	.803
Anxiety13	46.20	32.303	.156	.	.825
Anxiety14	46.03	29.275	.669	.	.797
Anxiety15	45.93	31.926	.215	.	.821
Anxiety16	45.90	30.369	.530	.	.805
Anxiety17	45.57	28.806	.615	.	.798
Anxiety18	46.10	28.438	.595	.	.798
Anxiety19	45.80	30.855	.522	.	.806
Anxiety20	46.03	32.102	.313	.	.815

จากตารางที่ 8 ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State - Trait Anxiety Inventory Form Y1) เท่ากับ 0.84 หมายความว่ามีความเที่ยงอยู่ในระดับดี

สูตร KR-20

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left\{ 1 - \frac{\sum P_q}{S_t^2} \right\}$$

เมื่อ r_{tt} แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ

P แทน สัดส่วนของผู้ที่ตอบถูกในแต่ละข้อ

 q แทน สัดส่วนของผู้ทำผิดในข้อหนึ่งๆ n แทน จำนวนข้อสอบแบบทดสอบ S_t^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

$$\text{คำนวณ } S_t^2 = \frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n}$$

$$\text{แทนค่า } r_{tt} = \frac{45}{(45-1)} \left\{ 1 - \frac{3.34}{26.78} \right\}$$

$$r_{tt} = 0.90$$

สรุปค่า Reliability ของแบบวัดความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด = .90 แสดงว่าค่าความ
เที่ยงอยู่ในระดับดี

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลอง
ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test ($n_1=n_2=22$)

กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

Paired Samples Statistics					
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	คะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง	47.05	22	3.229	.688
	คะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง	45.68	22	3.822	.815

Paired Samples Correlations				
		N	Correlation	Sig.
Pair 1	คะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง & คะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง	22	.364	.096

Paired Samples Test									
		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	คะแนนความวิตกกังวล ก่อนการทดลอง – คะแนนความวิตกกังวล หลังการทดลอง	1.364	4.006	.854	-.413	3.140	1.596	21	.125

กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

Paired Samples Statistics					
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	คะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง	45.36	22	5.169	1.102
	คะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง	33.23	22	4.840	1.032

Paired Samples Correlations				
		N	Correlation	Sig.
Pair 1	คะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง & คะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง	22	.476	.025

Paired Samples Test									
		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	คะแนนความวิตกกังวล ก่อนการทดลอง - คะแนนความวิตกกังวล หลังการทดลอง	12.136	5.130	1.094	9.862	14.411	11.097	21	.000

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$)

ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Group Statistics					
group		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ความวิตกกังวล ก่อนการทดลอง	ควบคุม	22	47.32	3.469	.740
	ทดลอง	22	45.36	5.169	1.102

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower		
		ความวิตก กังวลก่อน การทดลอง	Equal variances assumed	2.126	.152	1.473	42	.148	1.955	1.327	-.724
Equal variances not assumed				1.473	36.729	.149	1.955	1.327	-.735	4.644	

หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Group Statistics					
	Group	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ความวิตกกังวลหลังการทดลอง	ควบคุม	22	45.41	3.487	.743
	ทดลอง	22	33.23	4.840	1.032

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
ความวิตกกังวลหลังการทดลอง	Equal variances assumed	1.226	.275	9.579	42	.000	12.182	1.272	9.615	14.748	
	Equal variances not assumed			9.579	38.174	.000	12.182	1.272	9.608	14.756	

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายนิพนธ์ วาตาดา เกิดวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ.2532 ภูมิลำเนา จังหวัดนครราชสีมา สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ปี พ.ศ. 2554 จากนั้นปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ (RCU) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ปัจจุบันรับราชการตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ และศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (Flexible learning) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY