

## ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวล หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

นิพนธ์ วาตาดา, พย.ม.<sup>1</sup>  
นรลักษณ์ เอื้อกิจ, ปร.ค.<sup>2</sup>

(Received: November 29, 2017; Revised: January 4, 2018; Accepted: March 19, 2018)

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก (STEMI) ที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉินครั้งแรก ณ โรงพยาบาลมหาสารนครราชสีมา คัดเลือกแบบเจาะจงคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีเป็นเวลา 2 วันหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ ณ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-1) ของ Spielberg (1983), แบบวัดความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือดของสำนักงานพยาบาล (2549) และแบบประเมินความพึงพอใจในการฟังดนตรี ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-1) และแบบวัดความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ .75 และ .93 ส่วนค่าความเที่ยง เท่ากับ .82 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ dependent และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความพึงพอใจในการฟังดนตรีพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีทั้งหมด ร้อยละ 100 พึงพอใจต่อการฟังดนตรีในครั้งนี้ และ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82 ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 19.18

**คำสำคัญ :** การให้ข้อมูล, ดนตรี, ความวิตกกังวล, การสวนหลอดเลือดหัวใจ

<sup>1</sup>นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>2</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## Effects of Giving Planned Information Combined with Music Listening Program on Anxiety After Cardiac Catheterization Among Acute Myocardial Infarction Patients

*Niphon Watada, M.N.S.<sup>1</sup>*

*Noraluk Ua-kit, Ph.D.<sup>2</sup>*

(Received: November 29, 2017; Revised: January 4, 2018; Accepted: March 19, 2018)

### Abstract

This quasi - experimental pre - posttest study using a control group aimed to study the effects of giving planned information combined with a music listening program on anxiety after cardiac catheterization among acute myocardial infarction patients. The participants were acute myocardial infarction patients who received their first emergency cardiac catheterization at Maharat Nakhon Ratchasima hospital. The participants were assigned to a control and experimental groups (22 for each group). The control group received conventional nursing care, while the experimental group received the planned information combined with the music listening program. The program was conducted for 2 days after cardiac catheterization at the Cardiac Care Unit. Data were collected by using the demographic questionnaire, The State - Trait Anxiety Inventory Form Y-1 (Spielberger, 1983), a 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 the knowledge questionnaire related to coronary heart disease were .75 and .93, respectively. Their reliabilities were .82 and .90, respectively. Dependent and independent t-test statistics were used to analyze the data.

The results revealed that the mean score of anxiety after receiving the giving of planned information combined with the music listening program was significantly lower than that before receiving the program ( $p < .05$ ). The mean score of anxiety after receiving the giving of planned information combined with the music listening program in the experimental group was significantly lower than that in the control group ( $p < .05$ ).

All of the participants who received the giving of planned information combined with the music listening program satisfied a music listening. Knowledge related to coronary heart disease revealed that 18 persons or 81.82 % of the participants passed 80 % criterion and 4 persons or 19.18 % did not pass.

**Keywords :** giving information, music, anxiety, cardiac catheterization

---

<sup>1</sup>Master of Nursing Science degree student (Adult Nursing) Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

<sup>2</sup>Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

## บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโลกจากสถิติในปี ค.ศ. 2012 พบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวถึง 7.4 ล้านคน หรือร้อยละ 13.1 (World Health Organization [WHO], 2015) สำหรับประเทศไทยพบว่าแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปีโดยที่อัตราการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2555 - 2558 เท่ากับ ร้อยละ 23.45, 26.91, 27.83 และ 28.92 ตามลำดับ หรือคิดเป็นเสียชีวิตเฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) และพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก ST-segment elevate myocardial infarction (STEMI) ร้อยละ 55 เป็นชนิด Non ST-segment elevate myocardial infarction (NSTEMI) ร้อยละ 33 และชนิด Unstable angina ร้อยละ 12 (Srimahachota et al., 2012)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจได้รับความเสียหาย หรือถูกทำลายจากการขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงซึ่งเกิดจากการตีบแคบหรือการอุดตันของเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณนั้นอย่างเฉียบพลัน (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557) อาการสำคัญที่พบได้บ่อย ได้แก่ เจ็บแน่นหน้าอกอย่างเฉียบพลัน เหงื่อออก ใจสั่น หมดสติ และเสียชีวิตเฉียบพลัน แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ 1) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก (STEMI) และ 2) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2553) ซึ่งอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันดังกล่าวข้างต้นยังก่อให้เกิด

ผลกระทบทางด้านจิตใจ คือ ความวิตกกังวลที่เริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่มีอาการของโรคที่เกิดขึ้นกะทันหัน ต่อเนื่องมาด้วยการวินิจฉัยและการรักษา จนกระทั่งอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งสาเหตุของความวิตกกังวลนั้นมีความแตกต่างกันออกไปตามอาการ การวินิจฉัย และการรักษาที่ได้รับ

ความวิตกกังวลเริ่มต้นเมื่อมีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเนื่องจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันทันด่วน เป็นภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายต่อชีวิต (กรรทิมมา ศรีจันทร์, 2552; เอี่ยมเดือน นิลพฤษย์, 2559)

ในส่วนของ การวินิจฉัยและการรักษา เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันที และการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก (STEMI) นั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจากการขาดเลือดไปเลี้ยงหัวใจ ด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันโดยเร็วที่สุดภายใน 12 ชั่วโมงหลังเกิดอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งการสวนหลอดเลือดหัวใจเพื่อทำการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการทำบอลลูนหรือใส่ขดลวดตาข่าย (Primary percutaneous coronary intervention : PPCI) ภายในเวลา 90 นาทีหลังจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (เกรียงไกร เสงร์ศรี, 2555) เป็นวิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐานและได้รับการยอมรับว่าสามารถช่วยลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตได้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2553) ซึ่งการรักษาดังกล่าวก่อให้เกิดความวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยตามช่องทางด่วนของโรค (fast track) ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และเมื่อผู้ป่วยได้รับฟังการวินิจฉัย

โรคย่อมก่อให้เกิดความวิตกกังวลจากการรับรู้ถึงอันตรายของโรค ผลกระทบของโรค (เป็น รักเกิด, 2550; กรรทิม่า ศรีจันทร์, 2552; เอี่ยมเดือน นิลพฤษย์, 2559) ในส่วนของการรักษากรณีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดอย่างเร่งด่วนด้วยการสวนหลอดเลือดหัวใจเพื่อทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการทำการบอลลูนหรือใส่ขดลวดตายภายใน 90 นาทีหลังผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล นั้นย่อมส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นกับผู้ป่วยได้ ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ไม่ต้องได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจอย่างเร่งด่วนฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยมีเวลาในการเตรียมใจที่จะเข้ารับการรักษาสวนหลอดเลือดหัวใจในวันข้างหน้า

ภายหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจฉุกเฉินผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต้องเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (Cardiac Care Unit:CCU) เพื่อติดตามสัญญาณชีพ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างใกล้ชิด ซึ่งในระยะนี้ความวิตกกังวลเกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและวิตกกังวลว่าอาการจะกำเริบได้ตลอดเวลา กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและกังวลที่ทำให้ครอบครัวต้องเป็นห่วง (กรรทิม่า ศรีจันทร์, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ Trotter, Gallagher, & Donoghue (2011) พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยวิตกกังวลนั้นเกี่ยวกับความต้องการทราบผลของการสวนหลอดเลือดหัวใจ และต้องการทราบโอกาสที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 37 ต้องการทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 31 และวิตกกังวล

จากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ความไม่สุขสบายจากบริเวณแผลที่ทำการสวนหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 25 นอกจากนี้ยังวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการสวนหลอดเลือดหัวใจของตนเองและการนัดมาสวนหลอดเลือดหัวใจอีกครั้งด้วย และประกอบกับสภาพแวดล้อมไม่คุ้นเคยในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ แสง เสียง สิ่งแวดล้อมและกิจกรรมการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตยังส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจและเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอีกด้วย (Eillott, 1994) และจากบททวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรก ถึงร้อยละ 26.1 - 32 (Lane, Carroll, Ring, Beevers, & Lip, 2002; Trotter et al., 2011) โดยส่วนใหญ่จะวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับสูง (O'Brien, Moser, Riegel, Frazier, Garvin, & Kim, 2001) และหากความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจไม่ได้รับการแก้ไขจากก่อให้เกิดการกลับมาตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจวาย อัตราตายที่สูงขึ้น การฟื้นตัวที่ไม่ดี และเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้แก่ โรควิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Guzzetta, 1989; Hoffman, Smith, Blais, Januzzi, & Fricchione, 2008; Roest, Martens, de Jonge, & Denollet, 2010)

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนใช้ทฤษฎีการปรับตัวของตนเอง (Self-regulatory models) ของ Laventhal & Johnson (1983) ที่กล่าวว่า เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้ผู้ป่วย ใช้หลักการให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก คำแนะนำและสิ่งที่ต้องปฏิบัติ

โดยใช้วิธีการสอนผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้ป่วยเกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (schema) ที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (Cognitive structure) จากการได้รับข้อมูลและสามารถแปลความหมายต่อสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างถูกต้อง จะทำให้นักศึกษาเกิดความรู้อย่างที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ที่คุกคามหรือสิ่งที่เผชิญได้ จึงส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง ยุพิน สังฆะมณี (2555) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความรู้ ความวิตกกังวล และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจพบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองหลังให้ข้อมูลเตรียมพร้อมน้อยกว่าก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Bradt, Dileo, & Potvin (2013) เกี่ยวกับการใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการผ่าตัดหรือสวนหลอดเลือดหัวใจ ก่อน ระหว่างและหลังการได้รับหัตถการ พบว่า ดนตรีบำบัดสามารถลดความวิตกกังวลลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .004$ ) และจะลดได้ดีถ้าผู้ป่วยเลือกเพลงฟังได้เอง ( $p = .001$ )

ปัจจุบันการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลก่อนการสวนหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วย STEMI ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลา door to balloon time และอาการเจ็บหน้าอกที่รบกวนผู้ป่วย และหลังการสวนหลอดเลือดผู้ป่วยจะวิตกกังวลจากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการผสมผสานการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีเพื่อ

ลดความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

## วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนใช้ทฤษฎีการปรับตัวของตนเอง (Self-regulatory models) ของ Laventhal & Johnson

(1983) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้ผู้ป่วย โดยใช้หลักการให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง และจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ 1) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวิธีการ 2) ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก 3) คำแนะนำ และสิ่งที่ต้องปฏิบัติ โดยใช้วิธีการสอนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้ป่วยเกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ จากการได้รับข้อมูลและสามารถแปลความหมายต่อสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างถูกต้อง จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่คุกคามหรือสิ่งที่เผชิญได้

ผสมผสานการฟังดนตรีซึ่งใช้แนวคิดดนตรีบำบัดในผู้ป่วยวิกฤตของ Chlan & Tracy (1999) โดยการเลือกดนตรีมาใช้ในการสนับสนุนภาวะสุขภาพและการมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งเป็นเสียงของเครื่องดนตรีที่มีลักษณะเป็นดนตรีบรรเลง ไม่มีเนื้อร้อง มีอัตราความเร็วใกล้เคียงกับอัตราการเต้นของหัวใจที่ 60-80 ครั้งต่อนาที ในจังหวะเหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ในระดับสมอง เป็นเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ และชักจูงให้ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลลดความสนใจไปสู่ดนตรีโดยใช้การฟังได้ นอกจากนี้ดนตรียังทำให้เกิดความผ่อนคลาย ส่งผลให้เกิดความสุขสบายต่อผู้ป่วยซึ่งทำให้ความวิตกกังวลลดลงด้วย โดยได้พัฒนาเป็นโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี โดยมีรายละเอียดของโปรแกรมแบ่งออกเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 หลังสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรก ให้ผู้ป่วยเลือกฟังดนตรีตามความชอบก่อนเพื่อลดความวิตกกังวลและเปิดการรับรู้ของผู้ป่วยให้กว้างขึ้น ซึ่งเป็นดนตรีบรรเลงที่ไม่มี

เนื้อร้อง มีจังหวะคงที่ 60-80 ครั้ง/นาที ประกอบด้วย เพลงไทยเดิม เพลงไทยสากล เพลงสากล เพลงพื้นบ้าน โดยใช้เครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติผ่านทางชุดหูฟัง จากนั้นให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในระยะเวลาที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ข้อมูลที่ให้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และการปฏิบัติตัวหลังสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นรายบุคคล

ระยะที่ 2 หลังสวนหลอดเลือดหัวใจ 48 ชั่วโมงแรก ให้ผู้ป่วยฟังดนตรีเช่นเดียวกับระยะที่ 1 จากนั้นให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยข้อมูลที่ให้เกี่ยวกับคำแนะนำการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ กิจกรรมและการออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับอาการผิดปกติเป็นรายบุคคล

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (the pretest – posttest control group design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉิน ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ของกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ

ขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ST-Elevate Myocardial Infarction) เพศชายและหญิงอายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉินครั้งแรก ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเปิดตารางอำนาจทดสอบ (Statistic Power Table) โดยกำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) เท่ากับ 80% กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง .50 อ้างอิงจากงานวิจัยของ พิมพร ลีลาวัฒน์กุล (2546) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test ในการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (One-tailed test) จากการเปิดตารางได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน (Burns & Grove, 2009) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าได้แก่ 1) หลังได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจต้องเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ (CCU) 2) มีระดับความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง 3) หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจไม่มีการผิดปกติได้แก่ อาการเจ็บหน้าอกหอบเหนื่อย และหัวใจเต้นผิดจังหวะ 4) ไม่มีปัญหาในการได้ยินและการมองเห็น สามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 5) ไม่มีประวัติการป่วยหรือมีความผิดปกติทางจิตและร่ายาลดอาการวิตกกังวลและ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) ขณะทำการทดลองมีอาการผิดปกติที่ต้องรับการรักษาเร่งด่วน ได้แก่ หอบเหนื่อย หัวใจเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที หัวใจเต้นผิดจังหวะ, มีอาการปวดรุนแรง และไม่ชอบฟังดนตรี

3) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เสร็จสิ้นก่อนเพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่างและเป็นอิสระจากกลุ่มทดลอง จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่ละคู่ให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องต่อไปนี้ 1) อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี 2) ระดับการศึกษาเท่ากันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด และ 3) ระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับเดียวกันคือ ความวิตกกังวลระดับปานกลางหรือระดับสูง จนได้กลุ่มตัวอย่าง 22 คน โดยจัดให้เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2560 เลขที่ใบรับรอง 021/2017

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

#### 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการฟังดนตรี

#### 1.2 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1)

แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-1) ของ Spielberger (1983)

แปลโดย ชาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เขียมสุภาภิต และคารา วรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) มีข้อคำถาม 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 และข้อคำถามทางลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัด Rating scale 4 ระดับ จากไม่มีความรู้สึกเลยถึงมีมากที่สุด คะแนนรวมต่ำสุด 20 คะแนน สูงสุด 80 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

20-40 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลเล็กน้อย

41-60 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลปานกลาง

61-70 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลสูง

71-80 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลรุนแรง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่

### 2.1 โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมี

แบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีตามแนวคิด Laven-thal & Johnson (1983) และ Chlan & Tracy (1999) ประกอบไปด้วย

1) แผนการให้ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยกิจกรรมประกอบไปด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล, ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ต้องประสบ และ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญต่อภาวะคุกคามซึ่งผู้วิจัยได้ทำสื่อการสอนตามโปรแกรมครอบคลุมรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 หลังสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรก การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในระยะเวลาที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ข้อมูลที่ให้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสาเหตุ

และปัจจัยการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวหลังสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต

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

2) สื่อคอมพิวเตอร์ สร้างขึ้นโดยโปรแกรม power point ซึ่งเป็นเนื้อหาในแผนการสอน

3) คู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น

4) เครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติพร้อมดนตรี ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกเพลงที่มีความเหมาะสมและผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านดนตรีบำบัด ซึ่งเป็นดนตรีบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้อง โดยเพลงแต่ละเพลงได้มีการตรวจนับจังหวะให้คงที่อยู่ระหว่าง 60-80 ครั้งต่อนาที ประกอบด้วยเพลงไทยเดิม เพลงไทยสากล เพลงไทยลูกทุ่ง เพลงสากล และเพลงพื้นบ้าน

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลองประกอบด้วย

3.1 แบบวัดความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นส่วนหนึ่งของแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของสำนักงานการพยาบาล



กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2549) ซึ่งเป็นแบบทดสอบชนิดถูกผิดลักษณะคำถามให้ความหมายทางบวกและทางลบประกอบด้วย 5 ด้านได้แก่ 1) ความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจ 2) ด้านโภชนาการ 3) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย 4) ด้านการรับประทานยา และ 5) ด้านการจัดการอาการผิดปกติจำนวน 32 ข้อใหญ่ 41 ข้อย่อยซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาโดยการปรับเพิ่มข้อคำถามด้านการปฏิบัติตัวหลังสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและด้านการลดปัจจัยเสี่ยงรวมเป็นทั้งหมด 7 ด้านจำนวน 45 ข้อคะแนนรวมเท่ากับ 45 คะแนนดังนี้

1) ด้านความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 13 ข้อ 2) ด้านการปฏิบัติตัวหลังสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 5 ข้อ 3) ด้านโภชนาการจำนวน 6 ข้อ 4) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกายจำนวน 8 ข้อ 5) ด้านการรับประทานยาจำนวน 4 ข้อ 6) ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง จำนวน 4 ข้อ และ 7) ด้านการจัดการอาการผิดปกติจำนวน 5 ข้อ

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

การแปลผลคะแนน โดยคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ของถือว่ามีความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจ (Bloom et al., 1971) ในระดับมาก และให้ชกถามในข้อคำถามที่ตอบไม่ถูกเพื่อให้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง กรณีที่คะแนนความรู้น้อยกว่าร้อยละ 80 จะให้ความรู้ใหม่และวัดความรู้อีกรอบ

### 3.2 แบบประเมินความพึงพอใจในการฟังดนตรี

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยคำถามจำนวน 1 ข้อ คือ พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจการฟังดนตรีให้ผู้ป่วยเลือกตอบ

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

##### การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี, แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและแบบประเมินความพึงพอใจในการฟังดนตรีให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย

อายุรแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการสวนหลอดเลือดหัวใจ 1 คน, อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ 2 คน, พยาบาลวิชาชีพและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการสวนหลอดเลือดหัวใจ 1 คน, อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านดนตรีบำบัดในผู้ป่วยวิกฤต 1 คน

โดยผลตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-1) ค่า CVI = .75 และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจค่า CVI = .93

##### การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความวิตกกังวล

ขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ณ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา แล้วนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) ใช้สูตร Cronbach'Alpha Coefficient โดยได้ค่า Reliability.82 ส่วนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่า Reliability .90

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนักในทุกๆ วัน และเก็บข้อมูลเมื่อมีกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด
- 2) เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ อธิบายการเข้าร่วมการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย
- 3) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมและเก็บรวบรวมข้อมูลก่อน และจับคู่กลุ่มตัวอย่างด้วย อายุ เพศ ระดับความวิตกกังวล ให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 44 คน
- 4) ภายหลังจากได้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมโดยมีรายละเอียดในกลุ่ม

ควบคุมและกลุ่มทดลองดังนี้

### กลุ่มควบคุม

- 1) ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ ในช่วงที่ไม่มีกิจกรรมการรักษาและการพยาบาลจากแพทย์และพยาบาล เริ่มจากสร้างสัมพันธภาพและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความวิตกกังวล (Pre-test) ด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองก่อนให้การพยาบาลตามปกติ
- 2) ดูแลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โดยได้รับภายใน 48 ชั่วโมงหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ
- 3) ประเมินความวิตกกังวล (Post-test) ด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหลังให้การพยาบาลตามปกติ 48 ชั่วโมง
- 4) ผู้วิจัยมอบคู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

### กลุ่มทดลอง

- โดยกลุ่มทดลองแบ่งการทดลองออกเป็น 2 ครั้ง ดังนี้
- ครั้งที่ 1** หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรก
- 1) ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ ในช่วงที่ไม่มีกิจกรรมการรักษาและการพยาบาลจากแพทย์และพยาบาล เริ่มจากสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง

และขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความวิตกกังวล (Pre-test) ด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-1) ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยแบบวัดความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองก่อนให้โปรแกรม

2) ผู้วิจัยดูแลความสุขสบาย จัดทำที่เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัว คิดป้ายห้ามรบกวน เพื่อไม่ให้ได้รับการรบกวนขณะฟังดนตรี สอนและสาธิตการใช้เครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติในการฟังดนตรี และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพลงเองตามความชอบ ผู้วิจัยกำหนดเวลาฟังดนตรีกับกลุ่มตัวอย่าง คือ 30 นาที และแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างนอนพักผ่อนต่ออีก 10 นาที รวมเวลาทั้งสิ้น 40 นาที

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

4) เมื่อครบ 30 นาทีที่กลุ่มตัวอย่างฟังดนตรี ให้ผู้ป่วยพักผ่อนต่ออีก 10 นาที

5) ผู้วิจัยจัดเตรียมผู้ป่วยในการให้ข้อมูล

6) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระยะที่ 1 หลังสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรกเริ่มด้วยการให้

ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในระยะที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ข้อมูลที่ให้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวหลังสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นรายบุคคล เวลาประมาณ 30 นาทีโดยการบรรยายประกอบโปรแกรม power point ผ่านคอมพิวเตอร์ พกพาร่วมกับแจกคู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤต และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

7) ผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกที่ได้ฟังดนตรีสรุปการเข้าร่วมวิจัยครั้งที่ 1 ที่จบลง และนัดหมายการเข้าร่วมวิจัยครั้งที่ 2 ในวันรุ่งขึ้น

ครั้งที่ 2 หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 48 ชั่วโมงแรก

1) ผู้วิจัยกล่าวทักทาย สอบถามอาการทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2) ผู้วิจัยดูแลความสุขสบาย จัดทำที่เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัว คิดป้ายห้ามรบกวน เพื่อไม่ให้ได้รับการรบกวนขณะฟังดนตรี ทบทวนการใช้เครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติในการฟังดนตรี และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพลงเองตามความชอบ ผู้วิจัยกำหนดเวลาฟังดนตรีกับกลุ่มตัวอย่าง คือ 30 นาทีและแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างนอนพักผ่อนต่ออีก 10 นาที รวมเวลาทั้งสิ้น 40 นาที

3) จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างฟังดนตรี โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกเพลงเองตามความชอบ ซึ่งเป็นดนตรีบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้อง จังหวะ 60-80 ครั้ง/

นาทึ เป็นเพลงไทยเดิม เพลงไทยสากล เพลงไทยลูกทุ่ง เพลงสากล เพลงพื้นบ้าน ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ผ่านเครื่องเล่นเพลงอัตโนมัติทางชุดหูฟัง โดยฟังอย่างต่อเนื่องนาน 30 นาที และแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างหลับตาขณะฟังดนตรี

4) เมื่อครบ 30 นาทีที่ฟังดนตรี ให้กลุ่มตัวอย่างพักผ่อนต่ออีก 10 นาที

5) ผู้วิจัยเตรียมกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูล

6) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระยะที่ 2 หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ 48 ชั่วโมงแรก การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ข้อมูลที่ให้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ กิจกรรมและการออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับอาการผิดปกติเป็นรายบุคคล นาน 30 นาที เช่นเดียวกับระยะที่ 1

7) จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความรู้ด้วยแบบวัดความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจ, ประเมินความพึงพอใจในการฟังดนตรีบำบัด และประเมินความวิตกกังวล (Post-test) ด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ด้วยสถิติ dependent และ independent t-test

## ผลการวิจัย

### ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 86.4 อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 48.5(SD=6.89) และ 49(SD= 7.39) ตามลำดับระดับการศึกษาประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 45.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็น ร้อยละ 75 ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 31.8 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 5,000 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40. กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 65.9 เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 40 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 100 ชอบฟังดนตรี ส่วนใหญ่ชอบฟังดนตรีขณะทำงานมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 54.5 ฟังดนตรีเมื่อรู้สึกเครียด/ กังวลรองลงมาร้อยละ 25 และส่วนใหญ่ชอบฟังแนวดนตรีประเภทลูกทุ่งเป็นร้อยละ 56.8

**เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล หลังสวนหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง**

พบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจก่อนการทดลองเท่ากับ 47.05 (SD = 3.23) และหลังการทดลองมีความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจเท่ากับ 45.68 (SD =3.82) ซึ่งลดลงกว่าก่อนการทดลอง เมื่อนำค่า

เฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจ มาเปรียบเทียบกับด้วยสถิติ Dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจก่อนการทดลองเท่ากับ 46.27(SD = 3.58) และ

หลังการทดลองมีความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจเท่ากับ 33.23(SD = 4.84) ซึ่งลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง เมื่อนำค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจมาเปรียบเทียบกับด้วยสถิติ Dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Dependent t-test ( $n_1=n_2=22$ )

ความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจ	M	SD	df	t	p
<b>กลุ่มควบคุม</b>					
ก่อนการทดลอง	47.05	3.23	21	1.60	.063
หลังการทดลอง	45.68	3.82	21		
<b>กลุ่มทดลอง</b>					
ก่อนการทดลอง	46.27	3.58	21	11.09	.000*
หลังการทดลอง	33.23	4.84	21		

\*  $p<.05$

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า ก่อนการทดลองผลการทดสอบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลองผลการทดสอบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจระหว่าง

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หมายความว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีมีความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test( $n_1 = n_2 = 22$ )

ความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจ	M	SD	df	t	P
<b>ก่อนการทดลอง</b>					
กลุ่มควบคุม	47.05	3.23	42	1.47	.074
กลุ่มทดลอง	46.27	3.58	42		
<b>หลังการทดลอง</b>					
กลุ่มควบคุม	45.68	3.82	42	9.58	.000*
กลุ่มทดลอง	33.23	4.84	42		

\*  $p < .05$

ส่วนความพึงพอใจในการฟังดนตรีพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีทั้งหมด ร้อยละ 100 พึงพอใจต่อการฟังดนตรีในครั้งนี้ และให้ความเห็นว่าทำให้รู้สึกผ่อนคลายจิตใจสงบ เพลิดเพลิน โดยส่วนใหญ่เลือกฟังเพลงลูกทุ่งมากที่สุด ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82 ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 19.18 โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อคำถามในด้านที่ตอบผิดและให้ความรู้ใหม่ในด้านนั้นอีกครั้งและวัดผลใหม่จนผ่านเกณฑ์ทั้งหมด

### การอภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังได้รับการสวนหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ดังนี้

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ทั้งนี้เนื่องจากความวิตกกังวลขณะเผชิญดังกล่าวนี้เกิดจากความต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยขั้นตอนการดูแลและการปฏิบัติตัว นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ แสง เสียงในหอผู้ป่วยวิกฤต การเจ็บป่วยที่วิกฤตฉุกเฉินซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต การรักษาที่เร่งด่วน หัตถการรักษาที่ได้รับ หรือข้อจำกัดบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษาที่ได้รับ เช่น การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ความไม่สุขสบายบริเวณที่สวนหลอดเลือดหัวใจนั้นเป็นสิ่งร้ายหรือสิ่งกระตุ้นผู้ป่วยว่าคุกคามและเป็นอันตรายไม่สามารถควบคุมสิ่งเร้านั้นได้ สอดคล้องกับแนวคิดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) ของ Spielberger (1983) เมื่อได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี ซึ่งการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนใช้ทฤษฎีการปรับตัวของตนเอง (Self – regulatory models) ของ

Laventhal & Johnson (1983) ที่เป็นการให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก คำแนะนำและสิ่งที่ต้องปฏิบัติ โดยใช้วิธีการสอนผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (Cognitive structure) จากการได้รับข้อมูลและสามารถแปลความหมายต่อสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างถูกต้อง ทำให้บุคคลเกิดความรูสึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่คุกคามหรือสิ่งที่เผชิญได้จึงส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง นอกจากนี้ดนตรีเป็นเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจและชักจูงให้ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลทั้งจากความต้องการข้อมูลและสิ่งกระตุ้นต่างในห่อผู้ป่วยวิกฤตนั้นลดความสนใจไปสู่ดนตรีโดยใช้การฟัง เกิดการหลังสารสื่อสัญญาณประสาทที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ให้รูสึกมีความสุขจึงมีผลต่อการช่วยลดความวิตกกังวล ตามแนวคิดดนตรีบำบัดในผู้ป่วยวิกฤตของ Chlan & Tracy (1999)

สอดคล้องกับการศึกษาของ ยูพิน สังฆะมณี (2555) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความรู้ ความวิตกกังวล และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตนเองของ Laventhal & Johnson (1983) พบว่า ความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองหลังให้ข้อมูลเตรียมพร้อมน้อยกว่าก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสุเมลชาติ ดวงบุบผา, สมจิต หนูเจริญกุล, และ ชาญ เกียรติบุญศรี(2551) ศึกษาผลของประสิทธิภาพของดนตรี

บำบัดต่อความวิตกกังวล การตอบสนองทางสรีระ ความจุปอดและความอึดตัวของออกซิเจนในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า ระยะที่ผู้ป่วยได้ฟังดนตรีบำบัด มีระดับความวิตกกังวล อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันเลือดซิสโตลิก และความดันเลือดแดงเฉลี่ยลดลงมากกว่าระยะควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ**

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ดังนี้ ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการปรับตัวของตนเอง (Self – regulatory models) ของ Laventhal & Johnson (1983) สร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่คุกคามหรือสิ่งที่เผชิญได้มีประสิทธิภาพจึงส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง นอกจากนี้การฟังดนตรีตามแนวคิดดนตรีบำบัดในผู้ป่วยวิกฤตของ Chlan & Tracy (1999) เป็นเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) และชักจูงให้ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลทั้งจากความต้องการข้อมูลและสิ่งกระตุ้นต่างในห่อผู้ป่วย

วิกฤตนั้นลดความสนใจไปสู่คนตรีโดยใช้การฟัง ทำให้ความวิตกกังวลลดลงอีกทางหนึ่ง

เมื่อพิจารณากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หลังการสวนหลอดเลือดเป็นการให้ข้อมูลรายบุคคลเสร็จสิ้นที่โรงพยาบาลในช่วงระยะเวลาสั้นๆ บุคคลอาจยังไม่เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และจากการที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับข้อมูลตามสาเหตุของความวิตกกังวลอื่นๆ หรือได้รับการจัดการกับสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตภายหลังการทดลองความวิตกกังวลถึงแม้จะลดลงจากเดิมแต่ไม่มากนัก

ด้งการศึกษาของ Bradt, Dileo, & Potvin (2013) เกี่ยวกับการใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า คนตรีบำบัดสามารถลดความวิตกกังวลลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .004$ ) โดยส่งผลในระดับปานกลางและคะแนนความวิตกกังวลลดลงเฉลี่ย 5.87 คะแนน และจะลดได้ดีถ้าผู้ป่วยสามารถเลือกเพลงฟังได้เอง

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจเพื่อลดความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

2. จัดอบรมให้ความรู้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่ออ

มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการให้ข้อมูลและการฟังดนตรี

3. นำการบำบัดด้วยดนตรีซึ่งมีความสะดวก และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลไปใช้ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อลดความวิตกกังวล

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีอยู่ในรูปแอปพลิเคชันในมือถือเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความสามารถใช้เทคโนโลยีสามารถเข้าถึงโปรแกรมได้ง่าย

2. ควรมีการนำโปรแกรมให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีไปใช้ในการวัดผลกับตัวแปรอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น ความปวด ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

3. ควรมีการนำโปรแกรมให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีไปศึกษาวิจัยในผู้ป่วยวิกฤติโรคอื่น เช่น โรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีการรับรู้หรือการเรียนรู้ผิดปกติ เป็นต้น

## เอกสารอ้างอิง

กรรทิตา ศรีจันทร์. (2552). *ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

เกรียงไกร เสงรัมย์, และวิรัช เกษะสุขเจริญ. (2555). การขยายหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ใน เกรียงไกร เสงรัมย์และคณะกนกพร



- แจ่มสมบุญ (บรรณาธิการ), *มาตรฐานการรักษามือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน* (น. 20 - 31). กรุงเทพฯ: บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.
- ดารารรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2534). *การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เป็น รักเกิด. (2550). *การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน* (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท บัณฑิตวิทยาลัย สงขลานครินทร์).
- พิมพ์ร ลีลาวัฒนกุล. (2546). *ผลของดนตรีประเภทผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย* (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท บัณฑิตวิทยาลัย เชียงใหม่).
- ยุพิน สังฆะมณี. (2555). *ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความรู้ความวิตกกังวลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ* (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท บัณฑิตวิทยาลัย ขอนแก่น).
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2553). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด*. เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2558, จาก <http://www.thaiheart.org/บทความสาระที่น่าสนใจ/guideline.html>
- สุรพันธ์ สิทธิสุข, (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยฉบับปรับปรุงปี 2557*. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สุมลชาติ ดวงบุบผา, สมจิต หนูเจริญกุล, และชาญ เกียรติบุญศรี. (2551). *ประสิทธิภาพของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวล การตอบสนองทางสรีระ ความจุปอดและความอึดตัวของออกซิเจนในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*. *รามาศิษดีพยาบาลสาร*, 14(2), 312-327.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *จำนวนการตายด้วยสาเหตุสำคัญต่อประชากร 100,000 คน*. เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2560, จาก <http://bps.ops.moph.go.th>
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ*. ใน สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ (บรรณาธิการ), *การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสามเจริญพาณิชย์.
- เอี่ยมเดือน นิลพฤษย์. (2559). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน* (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท บัณฑิตวิทยาลัย). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Bloom, B. S. et al. (1971). *Hand book on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw Hill.

- 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 ed). St. Louis: W. B. Saunders.
- 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.
- Chlan, L., & Tracy, M. F. (1999). Music therapy in critical care : Indications and guidelines for intervention. *Critical Care Nurse*, 19(3): 35-41.
- Cullum, N., Ciliska, D. K., Marks, S., & Haynes, B. (2008). An Introduction to Evidence-Based Nursing. In : N. Cullum, D. Ciliska, R.B. Haynes, & S. Marks (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.
- Elliot, D. (1994). The effects of music and muscle relaxation on patient anxiety in a coronary care unit. *Heart & Lung* 23: 27-35.
- Gryton, A. C., & Hall, J. E. (2000). *Medical physiology*. (10 th ed.) Phiday: W. B. Saunders.
- 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.
- 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. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(6), 557-63.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D. G., & Lip, G. Y. (2002). The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*, 7(1), 11-21.
- 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:
- 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. *American Journal of Critical Care*, 10(2),97-103.
- Roest, A. M., Martens, E. J., de Jonge P., & Denollet J.(2010). Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 56(1), 38-46.
- 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. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 95(4),508-518.
- Trotter, R., Gallagher, R., & Donoghue, J. (2011). Anxiety in patients undergoing percutaneous coronary interventions. *Heart & Lung*, 40(3), 185-192.
- World Health Organization [WHO]. (2015). Fact Sheets on cardiovascular disease. Retrieved December 15, 2015, from [http:// www.who. int/mediacentre/ factsheets/fs317/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html)