



Journal of **Thai Stroke Society**

วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย

Volume 24 Number 3 September - December, 2025

Highlights

5

Predictive Factors for Timely Treatment in Patients with Ischemic Stroke:
A Cross-Sectional Study

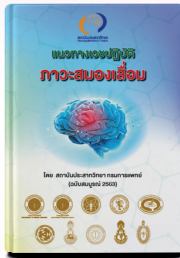
16

Factors Predicting Anxiety in Caregivers of Stroke Patients in the Intensive Care Unit

26

Efficacy of humanistic music therapy for healing patients with post-stroke
depression

Tebonin® forte 120 mg



EGb 761

ได้รับคำแนะนำใน
แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (ฉบับสมบูรณ์ 2563)¹

Thai guideline dementia (CPG) 2020

MCI & DEMENTIA



RECOMMENDATION
DOSE FOR **MCI**²

240 mg/day
or
2 Tab/day



RECOMMENDATION
DOSE FOR **VERTIGO**²

120-240 mg/day
or
1-2 Tab/day

The treatment
duration should be

AT LEAST

8

WEEKS²



RECOMMENDATION
DOSE FOR **TINNITUS**²

120-240 mg/day
or
1-2 Tab/day

Approved Indications:²



- Symptomatic treatment of mild cognitive impairment (MCI)
- Relief of symptoms of mild or moderate dementia and mixed form
- Tinnitus (ringing in the ears) and vertigo (dizziness)
- Peripheral arterial occlusive disease (PAOD)
- Cerebral circulatory insufficiency; Disturbances of cerebral performance due to cerebral circulatory insufficiency
- Peripheral circulatory disorders

References: 1. อารักษ์ โรจนคุณกานต์, เสงี่ยม เยื่อวัน, กิตติ์ ศันตฤทธิศักดิ์, บรรณารักษ์, สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (ฉบับสมบูรณ์ 2563). กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาพลเอส จำกัด; 2564 2. Tebonin forte 120 mg Information for Use (April 2021).

Information for use

Tebonin® forte 120mg Composition: One film-coated tablet contains: 120mg pharmaceutically active component EGb 761®, a dry extract (50:1) from Ginkgo biloba leaves. EGb 761® is quantified to 26.4–32.4mg flavone glycosides, 6.48–7.92mg terpene lactones and contains less than 0.6µg ginkgolic acids per film-coated tablet. **Indications:** • Cerebral circulatory insufficiency. Disturbances of cerebral performance due to cerebral circulatory insufficiency. • Peripheral circulatory disorders. • Tinnitus (ringing in the ears) and vertigo (dizziness). • Peripheral arterial occlusive disease (PAOD). • Relief of symptoms of mild or moderate dementia and mixed form. • Symptomatic treatment of mild cognitive impairment (MCI). **Mode of action:** 1. Improvement of blood circulation and microcirculation by improving the elasticity of red blood cells and vessels. 2. Free radical scavenging that may result in neuroprotection. **Dosage instructions, mode and duration of application:** Unless otherwise prescribed by your physician, Tebonin® forte 120mg tablets should be taken as directed below. You should adhere to the daily dosage instructions, otherwise Tebonin® forte 120mg may not have the desired effect! **Dosage of application:** The normal dosage is 1 tablet of Tebonin® forte 120mg daily. For more intensive use, 1 tablet may be taken twice daily (240 mg per day). The intake of Tebonin® forte 120mg is independent of meals. For the indication of mild cognitive impairment (MCI), 2 tablets may be taken once daily (240mg per day). **Duration:** The treatment duration should be at least 8 weeks. If no improvement occurs after 3 months of treatment, or if the pathological symptoms get worse, consult your doctor. **Contraindications:** Tebonin® forte 120mg should not be used by patients with known hypersensitivity to Ginkgo extracts or to any of the excipients. **Special warnings and Precautions for use:** Tebonin® forte 120mg is not recommended for use in children and adolescents under the age of 18 years due to insufficient investigational data. Single reports indicate the possibility that Ginkgo-containing preparations could increase the bleeding tendency. Clinical studies do not deliver any evidence of an interference with blood coagulation. It cannot be excluded that the application of Ginkgo preparations promotes the occurrence of seizures in epileptic patients. Herbs with rare hereditary galactose intolerance, lactase deficiency or glucose-galactose malabsorption should not take Tebonin® forte 120mg. **Fertility, Pregnancy and Lactation:** There are no or limited amount of data from the use of Tebonin® forte 120mg in pregnant women. As a precautionary measure, it is preferable to avoid the use of Tebonin® forte 120mg during pregnancy. As no sufficient investigations are available, this preparation should not be used during lactation. It is not known whether the extract components are excreted in human milk. Animal studies do not reveal harmful effects of Tebonin® forte 120mg on fertility. **Adverse reactions:** There are no verified data on the frequency of the undesirable effects observed during treatment with Ginkgo biloba-containing preparations, since these undesirable effects have become known through single reports from patients, physicians or pharmacists. According to these reports, the following undesirable effects may occur during treatment with Tebonin® forte 120mg: Gastrointestinal disorders: Mild gastrointestinal disturbances. Skin and subcutaneous tissue disorders: Immune system disorders: Hypersensitivity reactions (reddening, swelling, itching). Nervous system disorders: Headache. Vascular disorders: Bleeding from single organs has been reported. Drug interactions: Specific clinical studies did not show any potentiation of the blood thinning effect of warfarin and aspirin. However, interactions with coagulation inhibiting drugs cannot be completely excluded. **Storage:** Do not store above 30°C. Keep away from children! **Presentation and pack sizes:** 30, 60 film-coated tablets.

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
ความถูกต้องของโฆษณานี้เป็นความรับผิดชอบของผู้โฆษณา
มิได้ดำเนินการโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

TEBONIN® FORTE (120 MG) เทโบนิน ฟอर्ट (120 มก.) Reg. No. 1C 16/59
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ มศ. 2-3686/2567
TH-TEB-112024-001



MENARINI

A. Menarini (Thailand) Ltd.

195 One Bangkok Tower 4, Unit 805-809, 8th Floor, Witthayu Road, Lumpini, Pathumwan, Bangkok, 10330
Tel. +66 2696 8500

วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย

Journal of Thai Stroke Society

ISSN 2697-4266 (print)

ISSN 2673-0227 (online)

วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทยเป็นวารสารตีพิมพ์เผยแพร่ของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย ผ่านการรับรองคุณภาพของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (ศูนย์ TCI) ได้รับคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูลของ TCI และได้ถูกจัดคุณภาพให้เป็น วารสารกลุ่มที่ 2

วัตถุประสงค์	เพื่อเป็นสื่อกลางระหว่างสมาชิก เผยแพร่ข่าวสารกิจกรรมของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย และเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการแก่สมาชิก และแพทย์พยาบาลทั่วไป
ที่อยู่	สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย ชั้น 7 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรี แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง จังหวัดกรุงเทพมหานคร Email: thaistroke@gmail.com
บรรณาธิการ	พญ.นภาศรี ชัยสินอนันต์กุล สังกัดโรงพยาบาลพญาไท 1
ที่ปรึกษาบรรณาธิการ	ศ.พญ.นิจศรี ชาญณรงค์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
กองบรรณาธิการ	พ.ท. นพ.ศักดิ์สิทธิ์ ศักดิ์สูง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า นพ.พงศ์ภัทร วรสายัณห์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นพ.วรุฒม์ สุทธิคณิง โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์
กำหนดออก	ปีละ 3 ฉบับ มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม
พิมพ์ที่	บริษัท จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด 219 แขวงบางแคเหนือ เขตบางแค กรุงเทพฯ 10160 โทร. 0-2809-2281-3 แฟกซ์ 0-2809-2284 E-mail: info@fast-books.com www.fast-books.com

สารจากนายกสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย

เนื่องด้วยสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย จะจัดการประชุมวิชาการประจำปี “Integrating Stroke Care for Better Outcome” กำหนดจัดวันอังคารที่ 20 ถึง วันศุกร์ที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2569 ณ ห้องประชุมใหญ่ ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ (ตึกหน้าเสาธงชาติ) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สมาคมฯ ขอเชิญชวนสมาชิก หรือผู้ปฏิบัติงานสาขาวิชาชีพที่สนใจ ร่วมงานประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย โดยในภาคเช้าวันแรก 20 ม.ค. พ.ศ. 2569 ได้รับการสนับสนุนจาก มูลนิธิศาสตราจารย์ประสพ รัตนกร เป็นงานวิชาการของชมรม Neurosonology ภายใต้สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย และในภาคบ่ายเป็นงานวิชาการของชมรมพยาบาล Thai stroke nurse group ภายใต้สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย และในช่วงบ่ายวันเดียวกัน สมาคมฯ ได้ร่วมกับ The American Society of Neuroimaging จัดสอบเพื่อประกาศนียบัตร Neurosonology certificate ที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ ร.พ. พระมงกุฎเกล้า ส่วนในวันที่ 21 ถึง 23 ม.ค. พ.ศ. 2569 เป็นงาน scientific program ของสมาคมฯ ตามรายละเอียดการลงทะเบียนและโปรแกรมการประชุมปรากฏที่หน้าเว็บไซต์ของสมาคมฯ <https://thaistrokesociety.org/>

สมาคมฯ ได้รับความไว้วางใจจาก Asia Pacific Stroke Organization (APSO) ให้เป็นเจ้าภาพจัดงานประชุมวิชาการประจำปีโรคหลอดเลือดสมอง the Asia Pacific Stroke Conference 2027 (APSC 2027) กำหนดในเบื้องต้นจัดที่กรุงเทพมหานคร ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2570

คณะกรรมการชุดปัจจุบันก็จะกำหนดครบวาระหลังจากงานประชุมใหญ่สามัญประจำปีของสมาคมในเดือน ม.ค. 2569 ต้องถือโอกาสขอบคุณคณะกรรมการบริหารสมาคมชุดปัจจุบันและสมาชิกที่ได้ร่วมงานกันมาอย่างราบรื่นและทำให้กิจกรรมของสมาคมได้ประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และสมาคมขอแสดงความยินดีกับผลการนับคะแนนเลือกตั้งเมื่อ 1 พ.ย. พ.ศ. 2568 สำหรับนายกสมาคมฯ ท่านใหม่ อาจารย์เชษฐา เขียนดวงจันทร์และคณะกรรมการเลือกตั้งทั้ง 8 ท่าน ที่ได้รับความไว้วางใจจากสมาชิก

พ.อ. นพ.เชษฐา อุดมมงคล
นายกสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย

บทบรรณาธิการ

คณะบรรณาธิการวารสารสมาคมชกกล่าวสวัสดิ์ปีใหม่ พ.ศ. 2569 แต่อาจารย์ พี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ ชาวสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทยทุกท่าน ขอให้ทุกท่านมีความสุขมาก ๆ คิดหวังสิ่งใดขอให้สมปรารถนา สุขภาพแข็งแรง ขอให้หน้าหนาวนี้อากาศเย็นสบาย ไม่มี pm 2.5 กันนะคะ

สำหรับเนื้อหาในวารสารฉบับนี้ มีเนื้อหาที่น่าสนใจหลากหลายมุมมอง ขอขอบคุณอาจารย์หลาย ๆ ท่านที่ช่วยเขียนบทความรีวิวเนื้อหาใหม่ ๆ เล่างานวิจัยที่น่าสนใจ และขอขอบคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยทบทวนและประเมินบทความ ทางทีมบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาของวารสารฉบับนี้จะมีประโยชน์กับผู้อ่านไม่มากนักน้อย

สุดท้ายนี้ ขอประชาสัมพันธ์ เรียนเชิญทุกท่านร่วมส่งบทความ งานวิจัย กรณีศึกษาผู้ป่วยที่น่าสนใจ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการร่วมกัน และสามารถติดตามผลงานวารสารผ่านทาง facebook: Thai Stroke Society ได้ค่ะ ขอขอบคุณค่ะ

พญ.นภาศรี ชัยสินอนันต์กุล
บรรณาธิการวารสารโรคหลอดเลือดสมองไทย

สารบัญ

	หน้า
สารจากนายกสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย	2
บทบรรณาธิการ	3
นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)	
Predictive Factors for Timely Treatment in Patients with Ischemic Stroke: A Cross-Sectional Study	5
นางสาวนารีรัตน์ สโมสร, นางวัลย์พร วรพรพงษ์, นายฤษฎ์ เชียงหวิ้อง, นางสาววิรัชญา เทศทอง, นางสาวชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ	
Factors Predicting Anxiety in Caregivers of Stroke Patients in the Intensive Care Unit	16
นางอวยพร พิमान, นายฤษฎ์ เชียงหวิ้อง, นางวัลย์พร วรพรพงษ์, นางสาววิรัชญา เทศทอง, นางสาวชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ	
Efficacy of humanistic music therapy for healing patients with post-stroke depression	26
พ.อ.หญิงอักษร โตบรรเลง	
เล่าเรื่อง Stroke News	34
ข่าวประชาสัมพันธ์สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย	36
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์	37

Predictive Factors for Timely Treatment in Patients with Ischemic Stroke: A Cross-Sectional Study

Nareerat Samosorn, Wanporn Worapornpong**, Harit Sianghwong**,*

*Wipratchaya Thedthong**, Chanandchidadussadee Toonsiri***

**Lang Suan Hospital, Chumphon 86110 Thailand*

***Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi 20130 Thailand*

Abstract

This study aimed to examine the average decision-making time for seeking treatment, and identify the predictive factors for timely treatment among patients with ischemic stroke. The sample comprised 150 patients diagnosed with ischemic stroke who sought treatment at the outpatient department of Langsuan Hospital, Chumphon Province, Thailand, and were selected using simple random sampling. Research instruments included a personal information questionnaire, the Trust in Healthcare Professionals Scale, the Social Support Assessment, the Health Perception Assessment, and the National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) for assessing stroke severity. Data were analyzed using stepwise multiple regression.

Results: revealed that patients took an average of 305.32 minutes ($SD = 231.79$) after symptom onset to arrive at the hospital. Two factors were found to be statistically significant predictors of timely treatment: health perception ($\beta = .456, p < .001$) and stroke severity ($\beta = .415, p < .001$). Together, these factors accounted for 53.6% of the variance in timely treatment ($R^2 = .536, p < .001$).

Implications: Based on these findings, nurses can utilize the results as a framework for developing targeted interventions or programs to reduce delays in seeking treatment, with a particular focus on enhancing patients' health perception and awareness of stroke severity.

Keywords: Ischemic stroke, Timely treatment in ischemic stroke, Health Perception, Stroke Severity (J Thai Stroke Soc. 2025;24(3): 5-15)

Corresponding author: **Wanporn Worapornpong** (Email: wanporn.wo@buu.ac.th)

Received 13 August 2025 Revised 5 October 2025 Accepted 9 October 2025

ปัจจัยทำนายการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

นางสาวนารัตน์ สโมสร*, นางวัลย์พร วรพรพงษ์**, นายฤษฎ์ เชียงหวิ้อง**,

นางสาววิรัชญา เทศทอง**, นางสาวชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ**

*โรงพยาบาลหลังสวน ชุมพร 86110 ประเทศไทย

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี 20130 ประเทศไทย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระยะเวลาเฉลี่ยในการตัดสินใจมารับการรักษา และ ศึกษาปัจจัยทำนาย การมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร จำนวน 150 ราย คัดเลือกด้วยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ สมการถดถอยแบบขั้นต้น

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยใช้เวลามาโรงพยาบาลเฉลี่ย 305.32 นาที ($SD = 231.79$) หลังเริ่มมีอาการ ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการมารับการรักษาทันเวลาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta = .456, p < .001$) และ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = .415, p < .001$) โดยทั้งสองปัจจัยสามารถร่วมทำนายได้คิดเป็นร้อยละ 53.60 ของความแปรปรวนทั้งหมด ($R^2 = .536, p < .001$)

จากผลการศึกษานี้ มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรม/โปรแกรมเพื่อลดความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาโดยเน้นการรับรู้ภาวะสุขภาพและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การมารับการรักษาทันเวลา, การรับรู้ภาวะสุขภาพ, ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (J Thai Stroke Soc. 2025;24(3): 5-15)

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบได้บ่อย เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองมีการตีบหรืออุดตัน และเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลให้เกิดความพิการของร่างกายตามมา¹ จากสถิติของ World Stroke Organization² รายงานว่า ทั่วโลกมีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองถึง 14 ล้านคน และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก และหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเหล่านี้รอดชีวิตก็จะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ³ สำหรับในประเทศไทย สถิติรายงานว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปี 2559 ถึง 2562 เท่ากับ 48.70, 47.80, 47.10 และ 53.0 ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ในปี 2563 ถึง 2565 เท่ากับ 52.80, 58.02 และ 55.50 ตามลำดับ⁴ จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีอัตราการป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี ในปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์มีความก้าวหน้าทำให้อัตราการรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น แต่ถึงรอดชีวิตก็ยังคงหลงเหลือความพิการ ร้อยละ 89⁵ และความพิการนั้นจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งและพยาธิสภาพการขาดเลือดของสมอง¹

จากการศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ร้อยละ 56.4 มารับการรักษาช้ากว่าเวลา 270 นาที⁵ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำไม่ทันในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมง (270 นาที) จากสถิติของโรงพยาบาลหลังสวน พบว่า ในปี 2565 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่เข้ามาทำการรักษาทั้งหมด 235 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด 185 ราย โรคหลอดเลือดสมองแตก 50 ราย ในปี 2566 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 281 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด 247 ราย โรคหลอดเลือดสมองแตก 34 ราย รวมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดทั้งหมด 432 ราย และที่มาการรักษาไม่ทันเวลาภายใน 4.5 ชั่วโมง ในปี 2565 จำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.46 และ ปี 2566 จำนวน 148 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.92 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 390.10

นาที หรือ 6.50 ชั่วโมง ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ และจากการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 4.5 ชั่วโมง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศจีนเพียงร้อยละ 15 เท่านั้นที่มารับการรักษาภายใน 4.5 ชั่วโมง เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมอง⁶

ในปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน มีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก โดยมีเป้าหมายที่สำคัญในการรักษา คือ ลดความพิการ ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Recombinant tissue plasminogen activator [rt-PA]) จากการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลตั้งแต่เริ่มเกิดอาการ จนกระทั่งมีอาการทางระบบประสาทคงอยู่ไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง จะช่วยลดความพิการ และเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตได้⁷ จากการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำอาจจะมีอาการดีขึ้นเกือบเป็นปกติที่ระยะเวลา 3 เดือน ร้อยละ 53 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ อาจจะมีอาการดีขึ้นเกือบเป็นปกติที่ระยะเวลา 3 เดือน เพียงร้อยละ 42⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ชี้ให้เห็นว่า ระยะเวลาที่มีความสัมพันธ์ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ถ้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายในระยะเวลาที่ไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายเป็นปกติ ได้มากกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ และยังสามารถลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และยังเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิต

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดระยะเฉียบพลัน หากได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว และทันทั่วทั้งที่ โดยเฉพาะการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำจะช่วยลดความพิการ เพิ่มโอกาสการรอดชีวิต และผู้ป่วยยังมีคุณภาพชีวิตที่ดี^{1, 2}

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำจะเกิดความพิการ หรือเสียชีวิต และยังส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองในหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ ทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดจะมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกาย อาการพูดไม่ชัดหรือมีภาวะกลืนลำบาก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา และทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดความเครียด และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น³ แต่ถ้าหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ ก็จะช่วยลดความพิการ เพิ่มโอกาสในการรอดชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างใกล้เคียงปกติ⁴

จากการศึกษา และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาที่ทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด พบว่า มีปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลามารับการรักษาอย่างทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ผู้วิจัยจึงคัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และร่วมทำนายระยะเวลามารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นแนวทาง

ในวางแผน กำหนดนโยบาย กำหนดการปฏิบัติการพยาบาล และการสร้างโปรแกรมทางการพยาบาล เพื่อลดปัญหาการมารับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

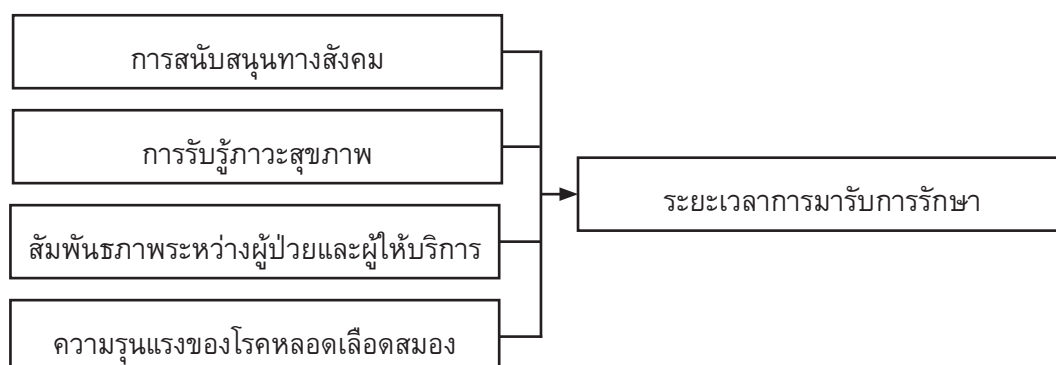
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาเฉลี่ยการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองต่อระยะเวลาการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)⁵ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยเมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ถึงภัยอันตรายหรือภาวะคุกคามที่เกี่ยวกับสุขภาพบุคคลนั้นจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ตอบสนองต่อภาวะคุกคามนั้น จากความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวได้ว่าหากบุคคลเกิดความกลัวหรือเกิดปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ บุคคลนั้นจะจัดการกับปัญหาโดยรีบไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล นอกจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพยังมีอีกหลาย ๆ ปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปออกมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้

ภาพที่ 1. กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพรรณนาเชิงทำนาย (Predictive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระยะเวลาเฉลี่ยการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด และศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ต่อการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ครั้งแรก ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power 3.1.9.4 ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Linear multiple regression: Fixed, R^2 deviation from zero) สำหรับตัวแปรทำนาย 4 ตัว โดยกำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .95 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมาของ กัญจน์นิชา เยียดไธสง และคณะ¹⁰ ที่พบว่า ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองร่วมทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากเกิดอาการในระยะเฉียบพลัน มีค่า R^2 เท่ากับ .114 คำนวณตามสูตร $f^2 = R^2 / (1 - R^2)$ ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .1286682 คำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 150 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้มาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร โดยใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.

2566 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ส่วนบุคคล การพักอาศัย สิทธิการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการมีโรคร่วม
2. แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ (Trust in Physician Scale [TPS]) ของ สุปรียญา พรหมมาลุน และคณะ พัฒนามาจากแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ 11 ข้อ ของ Anderson and Dedrick และแปลเป็นภาษาไทยโดยสุปรียญา พรหมมาลุน และคณะ¹¹ เป็นแบบวัดความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง-ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .90
3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Lortajakul et al.¹² ที่ได้แปลเป็นภาษาไทยมาจากแบบการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENCRICH social support Questionnaire) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาเพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย 7 ข้อ โดยข้อคำถาม 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (ตลอดเวลา-ไม่มีเลย) ส่วนคำถามในข้อ 7 ลักษณะคำถามที่ถามว่าปัจจุบันท่านแต่งงานแล้วหรืออาศัยอยู่กับคู่ของท่าน คำตอบมี 2 ลักษณะคือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยคำตอบในข้อนี้ไม่นำมาคิดคะแนน แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .86
4. แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของ นันทวัลย์ ไชยสวัสดิ์ และสธิร จินดาวงศ์¹³ แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (รับรู้อย่างมากที่สุด-รับรู้ได้น้อยที่สุด) แบบประเมินไปทดลอง

ใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .92

5. แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง The National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) ที่พัฒนาขึ้น และแปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันประสาทวิทยา¹ ประกอบด้วย 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินอาการผู้ป่วย โดยแบ่งความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-4 คะแนน มีความรุนแรงน้อย, 5-15 มีความรุนแรงปานกลาง และ 16-42 มีความรุนแรงมาก แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .92

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์แล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าแผนกและเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อแนะนำตัวก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยและขออนุญาตติดโปสเตอร์เชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ ผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัวผู้วิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย และอธิบายวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บข้อมูลของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ
2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากลงนามในใบยินยอมแล้วผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง และขณะสัมภาษณ์แบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างต้องการ ถอนตัวออกจากงานวิจัย ผู้วิจัยจะยุติการตอบแบบสอบถามทันที และเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จผู้วิจัยจะมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมจรรยาบรรณนักวิจัย โดยผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มกระบวนการ การเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยการวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ รหัสโครงการ CPH-EC-070/2566 21 ธันวาคม พ.ศ. 2566 และผ่านการเห็นชอบและอนุญาตการใช้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลังสวน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามใบชี้แจงการเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยข้อมูลหรือคำตอบทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้เท่านั้น โดยผลวิจัยจะมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และผู้วิจัยจะทำลายเอกสารเกี่ยวกับการวิจัยทั้งหมดภายใน 1 ปี หลังจากทำการเผยแพร่งานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลตัวแปร สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ประกอบด้วย การหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยร่วมทำนายการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดจากปัจจัยที่คิดสรรได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบมีขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ก่อนการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ ได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น

ต้น พบว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ มีความแปรปรวนสม่ำเสมอความสัมพันธ์ของค่าคลาดเคลื่อนไม่แตกต่างกันมาก

(Durbin–Watson อยู่ในช่วง 1.5–2.5) และไม่มีปัญหาความสัมพันธ์เชิงพหุ (VIF < 10, Tolerance > 0.1) จึงถือว่าข้อมูลมีความเหมาะสมต่อการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 1. จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 150$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20–40 ปี	65	43.33
41–59 ปี	85	56.67
$(M = 56.93, SD = 9.20, \text{Min} = 20, \text{Max} = 59)$		
เพศ		
ชาย	87	58.0
หญิง	63	42.0
สถานภาพสมรส		
โสด	43	28.71
คู่	90	60.20
หม้าย/หย่า	17	11.09
ศาสนา		
พุทธ	149	99.33
อิสลาม	1	0.67
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	63	42.50
มัธยมศึกษา	48	32.20
ปริญญาตรี	39	25.30
ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง		
NIHSS 1–4 (ระดับเล็กน้อย)	80	53.33
NIHSS 5–15 (ระดับปานกลาง)	46	30.67
NIHSS 16–42 (ระดับรุนแรง)	24	16.00
$(M = 3.77, SD = 2.154, \text{Min} = 1, \text{Max} = 12)$		

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	86	57.33
เบาหวาน	60	40.00
ไขมันในเลือดสูง	54	36.00
สิทธิการรักษา		
บัตรประกันสุขภาพ	94	62.67
ประกันสังคม	30	20.00
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	26	17.33
ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง		
มี	11	7.20
ไม่มี	139	92.80
ระยะเวลาเฉลี่ยการมารับการรักษา (นาที)	305.32	

จากตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 150 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58 มีอายุเฉลี่ย 56.93 ($SD = 9.20$) สถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.20 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.50 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 32.20 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 62.67 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วน

ใหญ่มีโรคความดันโลหิตเป็นโรคประจำตัว ร้อยละ 57.33 และมีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเล็กน้อย ($M = 3.77$, $SD = 2.154$) มีระยะเวลาการมารับการรักษาเฉลี่ย 305.32 นาที ($SD = 231.79$) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 92.8

ตารางที่ 2. คะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามคะแนน ($n = 150$)

คะแนน	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง	M	SD
การสนับสนุนทางสังคม	0-24	19-24	16.67	3.121
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	10-50	25-40	32.37	3.704
ความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ	20-100	65-85	75.53	5.228
ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	0-42	2-10	3.77	2.154

จากตารางที่ 2. พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 75.53 ($SD = 5.228$) คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปาน

กลาง เท่ากับ 16.67 ($SD = 3.121$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 32.37 ($SD = 3.704$) และมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับเล็กน้อย เท่ากับ 3.77 ($SD = 2.154$)

ปัจจัยที่ร่วมทำนายการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรุนแรงของโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง สามารถร่วมทำนายการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 3. ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ($n = 150$)

ตัวแปรทำนาย	<i>b</i>	SE(<i>b</i>)	β	<i>t</i>	<i>P</i>
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	1.215	.204	.456	5.94	<.001
ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	.830	.153	.415	5.411	<.001

$R^2 = .536$, $R^2_{Adj} = .526$, $F = 54.773$, $p < .001$

จากตารางที่ 3. พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี 2 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยสามารถร่วมทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 53.6 ($R^2 = .536$, $p < .001$) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนาย ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta = .456$) และปัจจัยตัวที่สอง ได้แก่ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = .415$)

การอภิปรายผล

- จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58 มีอายุเฉลี่ย 56.93 จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงตามวัย ทำให้เกิดความเสื่อมในอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบประสาท และระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่ออายุเพิ่มขึ้นจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง¹⁴ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 57.33 จากการศึกษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด พบว่า บุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าบุคคลปกติ¹⁵ และจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น¹⁶ เนื่องจากความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดในร่างกายขาดความยืดหยุ่น ประสิทธิภาพในการขนส่งเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ลดลง จนหลอดเลือดแดงแตกหรือมีการตีบแคบ¹⁷
- ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดส่วนใหญ่มีระยะเวลาการมารับการรักษาเฉลี่ย 305.32 นาที หลังจากเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งช้ากว่า 270 นาที หรือ 4.5 ชั่วโมง ทำให้ไม่ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับ NIHSS มากกว่าหรือเท่ากับ 4¹ จากการศึกษาายังพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดมีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับเล็กน้อย ($M = 3.77$, $SD = 2.154$) โดยอาการของโรคหลอดเลือดสมองในระดับเล็กน้อยทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มีการตัดสินใจมาโรงพยาบาลล่าช้า
- ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวก และสามารถร่วมทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .456$, $p < .001$) หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง จะมีแนวโน้มตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในแบบแผนความเชื่อด้าน

สุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Rosenstock⁹ ที่ระบุว่า การตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและการรับรู้ความเสี่ยงจะกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาอย่างรวดเร็ว ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kim et al.¹⁷ ซึ่งพบว่าผู้ที่สามารถระบุและตระหนักว่าอาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง มีโอกาสมาถึงโรงพยาบาลภายในระยะเวลาที่แนะนำมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้น้อย อีกทั้ง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเรื้อรังมาก่อน เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ซึ่งอาจมีผลให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์และความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพสูงขึ้น ทำให้สามารถสังเกตและประเมินอาการผิดปกติของตนเองได้รวดเร็ว ส่งผลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาโดยไม่ล่าช้า

3.2 ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์เชิงบวกและสามารถร่วมทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .415, p < .001$) สะท้อนว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีอาการรุนแรง เช่น แขนขาอ่อนแรงอย่างมาก พูดไม่ชัด สูญเสียการทรงตัว หรือมีภาวะหมดสติ มักจะตัดสินใจมารับการรักษาเร็วกว่า เนื่องจากอาการดังกล่าวแสดงถึงความผิดปกติร้ายแรงของระบบประสาทและส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันอย่างทันที ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อย เช่น อ่อนแรงเพียงเล็กน้อย หรือมีอาการชาเพียงบางส่วน อาจมองว่าอาการไม่รุนแรงและรอให้อาการดีขึ้นเอง ทำให้เกิดความล่าช้าในการมารับการรักษา ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ กัญจนดิชา เียยดไธสง และคณะ⁸ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะมาถึงโรงพยาบาลเร็วกว่า เนื่องจากการรับรู้ถึงความเร่งด่วนสูง ขณะเดียวกันยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Mellon et al.¹⁹ ในต่างประเทศ ซึ่งพบว่าความรุนแรงของอาการประเมินด้วย National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) โดย NIHSS ที่สูงขึ้นมีความ

สัมพันธ์กับการมาถึงโรงพยาบาลภายในเวลาที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที
2. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดตั้งนโยบายต่าง ๆ ในการณรงค์ให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง
3. ใช้เป็นข้อมูลในการสร้างโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบปัจจัยที่สามารถทำนายการมารับการรักษาอย่างทันท่วงทีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในพื้นที่และบริบททางสังคม-วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน โดยการศึกษาควรครอบคลุมปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้อาจแตกต่างกันไปตามบริบทและกลุ่มประชากร การทำความเข้าใจความแตกต่างเชิงบริบทจะช่วยสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมการแทรกแซงและนโยบายด้านสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อลดความล่าช้าก่อนถึงโรงพยาบาลและปรับปรุงผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เอกสารอ้างอิง

1. Prasat Neurological Institute. Clinical practice guideline for the treatment of ischemic stroke for physicians. Bangkok: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2019.
2. World Health Organization. The top 10 causes of death [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2025 Aug 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
3. American Heart Association; American Stroke Association. An updated definition of stroke for the 21st century: A statement for healthcare professionals. Stroke. 2013;44(7):2064–89.
4. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Data on morbidity and mortality from non-communicable diseases [Internet]. Nonthaburi: DDC; [cited 2025 Oct 2]. Available from: <https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911>

5. Krishnamurthi RV, Ikeda T, Feigin VL. Global, regional and country-specific burden of ischaemic stroke, intracerebral haemorrhage and subarachnoid haemorrhage: A systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *Neuroepidemiology*. 2020;54(2):171–79.
6. Dimitriou P, Tziomalos K, Christou K, Kostaki S, Angelopoulou SM, Papagianni M, et al. Factors associated with delayed presentation at the emergency department in patients with acute ischemic stroke. *Brain Inj*. 2019;33(9):1257–61.
7. Berge E, Whiteley W, Audebert H, De Marchis GM, Fonseca AC, Padiglioni C, Turc G. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke. *Eur Stroke J*. 2021;6(1):I–LXII.
8. Jaywant A, Toglia J, Gunning FM, O'Dell MW. Subgroups defined by the Montreal Cognitive Assessment differ in functional gain during acute inpatient stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*. 2020;101(2):220–26.
9. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health Educ Monogr*. 1974;2(4):354–86.
10. Yiadthaisong K, Wongpiriyayotha A, Khooilung P. Predictive factors of arrival time for treatment among acute stroke patients. *J Nurs Health Care*. 2019;37(1):148–59.
11. Prommaloon S, Wattanakitkileart D, Charoenkitkarn V, Peerapatdit T. Factors influencing insulin adherence in patients with type 2 diabetes. *J Nurs Sci*. 2017;35(1):61–71.
12. Lortajakul C, Yunibhan J, Jitpanya C. The development of a quality-of-life instrument in Thai patients with post-myocardial infarction. *Thai J Nurs Res*. 2011;11(3):166–67.
13. Chaisawat N, Jindawong S. Factors related to self-care among patients with ischemic stroke at Krasaesin Hospital, Songkhla Province. *Princess Naradhiwas Univ J*. 2017;9(1):70–82.
14. Miller CA. *Nursing for wellness in older adults: Theory and practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
15. National Stroke Association. Recovery after stroke: Recurrent stroke [Internet]. 2013 Oct 1 [cited 2025 Aug 13]. Available from: <http://www.stroke.org>
16. Zhang Y, Guo J, Chen S, Liu X, Yao Y, Zhao Y, et al. Association of duration of recognized hypertension and stroke risk. *Stroke*. 2024;55(12):3587–95.
17. Benjamin EJ, Muntner P, Bittencourt MS. Heart disease and stroke statistics 2019 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*. 2019;139(10):e56–528.
18. Kim YS, Park SS, Bae HJ, Cho AH, Cho YJ, Han MK, et al. Stroke awareness decreases prehospital delay after acute ischemic stroke in Korea. *BMC Neurol*. 2011;11:2.
19. Mellon L, Doyle F, Williams D. Stroke warning campaigns: Delivering better patient outcomes? *Int J Stroke*. 2015;10(1):20–27.

Factors Predicting Anxiety in Caregivers of Stroke Patients in the Intensive Care Unit

Uayporn Pimarn*, Harit Sianghwong**, Wanporn Worapornpong**,

Wipratchaya Thedthong**, Chanandchidadussadee Toonsiri**

*Lang Suan Hospital, Chumphon 86110 Thailand

**Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi 20130 Thailand

Abstract

This descriptive research aimed to examine the level of anxiety and its predictive factors, including social support, perceived health status, and stroke severity, among caregivers of stroke patients admitted to the intensive care unit (ICU). The study sample consisted of 138 direct relatives of stroke patients aged 20 years and above, selected through simple random sampling from Lang Suan Hospital, Chumphon Province. The research instruments included a personal information questionnaire, a perceived health status interview, a social support scale, the National Institutes of Health Stroke Scale (Thai version) (stroke severity), and the State-Trait Anxiety Inventory for caregivers (Anxiety)

The findings revealed that 68% of caregivers experienced moderate levels of anxiety. Multiple regression analysis indicated that significant predictors of caregiver anxiety were stroke severity ($\beta = .299, p < .001$), perceived health status ($\beta = -.210, p < .001$), and social support ($\beta = -.185, p < .001$). Together, these variables explained 64.6% of the variance in caregiver anxiety ($R^2 = .646, p < .001$).

Keywords: Stroke, Intensive Care Unit, Caregiver's anxiety, Social support, Stroke Severity (J Thai Stroke Soc. 2025;24(3): 16-25)

Corresponding author: **Harit Sianghwong** (Email: harit.sianghwong@gmail.com)

Received 19 August 2025 Revised 3 September 2025 Accepted 8 September 2025

ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

นางอวยพร ทิมาน*, นายหฤษฎ์ เชียงหวิ้อง**, นางวัลย์พร วรพรพงษ์**, นางสาววิรัชญา เทศทอง**, นางสาวชนัญชิตาคุษฎี ทุลศิริ**

*โรงพยาบาลหลังสวน ชุมพร 86110 ประเทศไทย

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี 20130 ประเทศไทย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวล และปัจจัยทำนาย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ของโรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร จำนวน 138 ราย ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (National Institutes of Health Stroke Scale; NIHSS) และ แบบวัดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย (State-Trait Anxiety Inventory; STAI)

ผลการวิจัย พบว่า ระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 68 ผลการวิเคราะห์เชิงทำนายพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความวิตกกังวลของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = .299, p < .001$), การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta = -.210, p < .001$), การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.185, p < .001$) โดยทั้งสามปัจจัยสามารถร่วมทำนายได้คิดเป็นร้อยละ 64.6 ของความแปรปรวนทั้งหมด ($R^2 = .646, p < .001$)

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, หอผู้ป่วยวิกฤต, ความวิตกกังวล, การสนับสนุนทางสังคม, ระดับความรุนแรง (J Thai Stroke Soc. 2025;24(3): 16-25)

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) โรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุของการตายอันดับต้น ๆ ของโลก และสาเหตุของความพิการหลังจากการรอดชีวิต จากสถิติขององค์การอนามัยโลกรายงานว่า ทุกปีมีผู้ป่วยทั่วโลกป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ในปี 2563 มีคนทั่วโลกป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองถึง 14 ล้านคน และเป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลก 5.5 ล้านคน¹ ส่วนสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน ในปี 2563 มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองถึง 52.8 ต่อประชากรแสนคน² และหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรอดชีวิต โดยส่วนใหญ่ก็จะเกิดความพิการตามมา³ การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่ไม่ติดต่อเป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลัน โดยความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับชนิด รอยโรค และพยาธิสภาพของการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยบางรายมีความรุนแรงของโรคมักจะต้องได้รับการรักษาและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต³

จากภาวะการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต นอกจากจะส่งผลต่อผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ป่วย จากสถิติพบว่าร้อยละ 50 ของญาติหรือผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด และการศึกษาของ Pochard et al. พบว่า ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตหรือฉุกเฉินทำให้ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลสูงถึง ร้อยละ 73 และยังพบว่า ในช่วง 48-72 ชั่วโมงแรกของการได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูง โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือคู่ชีวิตจะมีความวิตกกังวลมากที่สุด⁴

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลเมื่อผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ อาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ระดับความรุนแรงของโรคเมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด ความวิตกกังวล โดยความเครียดนั้นมาจากหลาย ๆ สาเหตุดังที่กล่าวมาข้างต้น^{4, 5} จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่

เกี่ยวข้องพบว่า การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตยังคงมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมและลดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

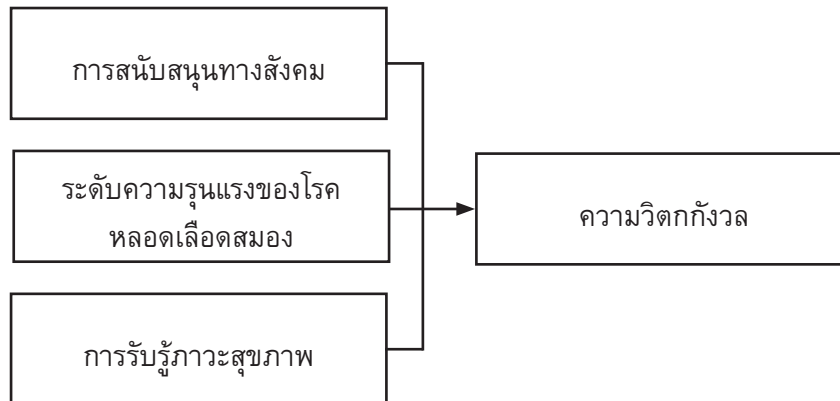
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าแนวคิดของ Spielberger ในปี 1966 ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ขึ้นพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจะเกิดขึ้นตั้งแต่เด็กจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อความวิตกกังวลเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อคนในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด โดยจะทำให้บุคคลเกิดความเครียดต่อสิ่งที่รู้สึกว่าจะไม่ปลอดภัย หรือเกิดการท้อถอยเหตุการณ์ล่วงหน้าได้จากการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ร้อยละ 50 ของญาติหรือผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด⁵ และการศึกษาของ Pochard et al. พบว่า ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตหรือฉุกเฉินทำให้ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลสูงถึง ร้อยละ 73 และยังพบว่า ในช่วง 48-72 ชั่วโมงแรกของการได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูง โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือคู่ชีวิต จะมีความวิตกกังวลมากที่สุด⁴ โดยมีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ ดังภาพที่ 1.

ภาพที่ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพรรณนาเชิงทำนาย (Predictive Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยทำนาย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต ของโรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power 3.1.9.4 ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Linear multiple regression: Fixed, R^2 deviation from zero) การทดสอบปัจจัยทำนายผู้วิจัยได้กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงทำนายจากงานวิจัยที่ผ่านมา ของ ไพรัช ทับสี ที่พบว่า การรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีค่า R^2 เท่ากับ 0.234⁶ คำนวณตามสูตร $f^2 = R^2 / (1 - R^2)$ ได้เท่ากับ .1286682 แล้วนำมาคำนวณหาขนาดอิทธิพล Effect size กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .95 และจำนวนตัวแปร

ต้นเท่ากับ 3 ตัวแปร คำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 138 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ส่วนบุคคล ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับกลุ่มตัวอย่าง
2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเองของ วันดี แยมจันทร์ฉาย ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 1 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ให้ญาติผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินระดับภาวะสุขภาพโดยรวมในปัจจุบันแบบ⁷ สัมภาษณ์นี้ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .94

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Lortajakul et al. ที่ได้แปลเป็นภาษาไทยมาจากแบบการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENCRICH social support Questionnaire) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาเพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย 7 ข้อ โดยข้อคำถาม 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (ตลอดเวลา-ไม่มีเลย) ส่วนคำถามในข้อ 7 ลักษณะคำถามที่ถามว่าปัจจุบันท่านแต่งงานแล้วหรืออาศัยอยู่กับคู่ของท่าน คำตอบมี 2 ลักษณะคือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”⁸ โดยคำตอบในข้อนี้ไม่นำมาคิดคะแนน ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha

coefficient เท่ากับ .86

3. แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาทวิทยา ได้แปลเป็นภาษาไทย โดยใช้ชื่อ National Institutes of Health Stroke Scale, Thai version (NIHSS-T) ประกอบด้วย การประเมิน 11 ด้าน คะแนนรวมเท่ากับ 0-42 คะแนน³ มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.98
4. แบบวัดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย State Anxiety Questionnaire for Relatives of Patients ที่พัฒนาขึ้นโดย Spielberger ในปี 1983 เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาเพื่อประเมินความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ (เกือบไม่มีเลย-เกือบตลอดเวลา) คะแนนรวมเท่ากับ 20-80 คะแนน⁹ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .86

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองและได้ตรวจสอบความชัดเจนและความเหมาะสมของข้อคำถาม แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้ผ่านการเห็นชอบและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยจากเจ้าของเครื่องมือ และผู้วิจัยไม่ได้มีการดัดแปลงหรือมีการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาจากเครื่องมือต้นฉบับ จึงไม่ได้หาความตรงของเนื้อหาซ้ำ
2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ รวมถึงแบบประเมินความวิตกกังวล ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต

โรงพยาบาลหลังสวน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้ระบุไว้ จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ .70¹⁰

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรม จรรยาบรรณนักวิจัย โดยผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มกระบวนการ การเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
2. เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการเก็บข้อมูล โดยมีการแนะนำตัวของผู้วิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย รวมถึงอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ซึ่งการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือการรักษาของแพทย์ พยาบาล โดยข้อมูลหรือคำตอบทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเท่านั้น และเมื่อได้ผลวิจัยจะมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดเวลา ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง และการได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาล
3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และขณะตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างต้องการจะถอนตัวออกจากงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถทำได้ โดย ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ทันที และเอกสารทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับผู้วิจัยจะถูกทำลายทั้งหมดภายใน 1 ปี หลังจากทำการเผยแพร่งานวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ รหัสโครงการ CPH-EC-015/2567 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 และผ่านการเห็นชอบและอนุญาตการใช้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลังสวนในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามใบชี้แจงการเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลตัวแปร การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ประกอบด้วย การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยร่วมทำนายความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จากปัจจัยที่คัดสรรได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบมีขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นเชิงเส้นและมีความแปรปรวนคงที่ การกระจายของข้อมูลเป็นปกติ Durbin-Watson อยู่ในช่วง 1.5-2.5

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 1. จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 138)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-40 ปี	32	23.18
41-60 ปี	87	63.05
60 ปีขึ้นไป	19	13.77
(M=42.63, SD=9.22, Min=20, Max=61)		
เพศ		
ชาย	58	42.01
หญิง	80	57.99
ศาสนา		
พุทธ	136	98.55
อิสลาม	2	1.45

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	42	30.20
มัธยมศึกษาตอนต้น	67	48.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย	8	5.71
ปริญญาตรี	21	15.59
สถานภาพสมรส		
โสด	42	30.70
คู่	68	50.30
หม้าย/หย่า	28	20.00
ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัวต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต		
มี	19	13.80
ไม่มี	119	86.20
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย		
บุตร	86	62.31
บิดา/มารดา	21	15.22
สามี/ภรรยา	19	13.77
อื่น ๆ	12	8.70

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 138 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.99 มีอายุเฉลี่ย 42.63 ($SD = 9.20$) สถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.30 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 48.50 รองลงมาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30.20 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อย

ละ 73.80 และมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.30 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติในครอบครัวเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 86.20 และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 62.31

ตารางที่ 2. คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้จริง ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ($n = 138$)

ระดับคะแนนเฉลี่ย	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง	<i>M</i>	<i>SD</i>
การสนับสนุนทางสังคม	0–24	11–24	15.63	3.221
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	10–50	27–38	32.37	3.704
คะแนนความวิตกกังวล	20–80	40–59	42.36	3.121
ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	0–42	4–15	4.26	2.418
การรับรู้ภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับ ดี ร้อยละ 72				

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 42.36 ($SD = 3.121$) คะแนน มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 15.63 ($SD = 3.221$) มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 72 และมีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เท่ากับ 4.26 ($SD = 2.418$)

ปัจจัยที่ร่วมทำนายความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ตารางที่ 3.)

ตารางที่ 3. ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ($n = 138$)

ตัวแปรทำนาย	<i>b</i>	<i>SE(b)</i>	β	<i>t</i>	<i>P</i>
การสนับสนุนทางสังคม	-.179	0.074	-.185	-2.41	<.001
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.177	0.061	-.210	-2.89	<.001
ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	.374	0.098	.299	3.808	<.001
$R^2 = .646$, $R^2_{Adj} = .636$, $F = 81.648$ $p < .001$					

จากตารางที่ 3. พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = .299$, $p < .001$) ซึ่งหมายความว่า “ระดับความรุนแรงของโรคสูงขึ้น ความวิตกกังวลของผู้ดูแลจะมากขึ้น” การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta = -.210$, $p < .001$) ซึ่งหมายความว่า “การ

รับรู้ภาวะสุขภาพดี ความวิตกกังวลของผู้ดูแลจะลดลง” และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.185$, $p < .001$) ซึ่งหมายความว่า “การสนับสนุนทางสังคมมาก ความวิตกกังวลของผู้ดูแลจะลดลง” โดยทั้งสามตัวแปรสามารถอธิบายความแปรปรวนของความวิตกกังวลได้ร้อยละ 64.6 ($R^2 = .646$, $p < .001$)

การอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 138 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62 มีอายุเฉลี่ย 42.63 ($SD = 9.20$) สถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.3 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 48.50 รองลงมาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30.20 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 73.80 และมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.30 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติในครอบครัวเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 86.20
2. ระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อยู่ในระดับปานกลาง 42.36 ($SD = 3.121$) คะแนนและมีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เท่ากับ 4.26 ($SD = 2.418$) จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้ดูแลจะเกิดความวิตกกังวลเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยอาการของโรคหลอดเลือดสมองเป็นลักษณะของอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และมีระดับความรุนแรงของโรค เมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความวิตกกังวล โดยเฉพาะผู้ป่วยนั้นเป็นบิดา มารดา หรือญาติสายตรง⁵ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรัช ทับสี ที่ได้ศึกษาความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า การรับรู้อาการรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .484, p < .05$)⁶
3. ปัจจัยที่ร่วมทำนายความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถร่วมทำนายความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 3.1 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแล ($\beta = -.185, p < .001$) หมายความว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่ และกำลังใจจากครอบครัว

เพื่อน หรือบุคลากรทางสุขภาพ จะมีระดับความวิตกกังวลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎี Social Support Buffering Hypothesis ที่อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยลดผลกระทบทางลบจากความเครียดและสร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับบุคคล การได้รับข้อมูล คำแนะนำ หรือความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณไม่ได้เผชิญปัญหาเพียงลำพัง และสามารถจัดการกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ดีขึ้น" งานวิจัยของ Cao et al. ในปี 2022 ผลการศึกษา พบว่า ระดับการสนับสนุนทางสังคมที่สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับ "ภาระการดูแล (caregiver burden)" ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดปัญหาความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้¹²

- 3.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีอิทธิพลเชิงลบต่อความวิตกกังวล ($\beta = -.210, p < .001$) กล่าวคือ ผู้ดูแลที่รับรู้ว่าคุณมีสุขภาพร่างกายและจิตใจแข็งแรงจะมีแนวโน้มวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่มีมุมมองว่าคุณมีสุขภาพไม่ดี การรับรู้ว่าคุณมีสุขภาพดีช่วยสร้างความเชื่อมั่นว่ามีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า ในทางตรงกันข้าม หากผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพ จะกังวลว่าสุขภาพตนเองไม่เอื้ออำนวยต่อการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้น งานวิจัยของ Schulz and Sherwood ในปี 2008 ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสหรัฐฯ พบว่า การรับรู้สุขภาพในทางบวกสัมพันธ์กับระดับความเครียดและความวิตกกังวลที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา¹³

- 3.3 ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสามารถร่วมทำนายและมีอิทธิพลทางบวกต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้ร้อยละ 64.60 ($R^2 = .646, p < .001$) โดยปัจจัยมีอิทธิพลในการทำนาย ($\beta = .299$) อาจเนื่องจากอาการของโรคหลอดเลือดสมองเป็น

อาการที่แสดงถึงอาการที่รุนแรงทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง โดยมีอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษา คือ อาการแขนขาอ่อนแรง ร้อยละ 67 และมีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ($M = 4.26$) ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อสังเกตอาการทางระบบประสาท และในบางรายมีข้อบ่งชี้ในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68 รองลงมาเป็นวิตกกังวลมาก ร้อยละ 24 มีการซักถามอาการของผู้ป่วยจาก พยาบาล และเจ้าหน้าที่บ่อยครั้ง ดังนั้นอาจจะสรุปได้ว่า ระดับความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรัช ทับสี⁶

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และการจัดการความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสมหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย
2. พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำผลการวิจัย ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ญาติผู้ป่วยลดความวิตกกังวล และสามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับนโยบายได้องค์ความรู้และข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการวิเคราะห์และวางแผน กำหนดนโยบายด้านสุขภาพในการดูแลญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ของประเทศไทยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตก

กังวลในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนถึงผลกระทบทางจิตใจที่ครอบครัวได้รับจากสถานการณ์การเจ็บป่วยที่รุนแรงและสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยวิกฤต โดยมีปัจจัยสำคัญที่ทำนายระดับความวิตกกังวล ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า หากสามารถพัฒนาวิธีการหรือโปรแกรมที่ช่วยเพิ่มการรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติ เสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม และจัดการกับผลกระทบจากความรุนแรงของโรคได้อย่างเหมาะสม จะช่วยลดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย และเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin VL, Stark BA, Johnson CO, Roth GA, Bisignano C, Abady GG, et al. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol.* 2021;20(10):795–820.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf
3. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
4. Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert PE, Cheval C, Coloigner M, et al; French FAMIREA Study Group. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death: a prospective multicenter study. *J Crit Care.* 2005;20(1):90–96.
5. Spielberger CD. State-Trait Anxiety Inventory for Adults. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1983.
6. ไพรัช ทับสี. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จัหวัดเพชรบุรี. 2562;2(3):1–16.
7. วันดี แยมจันทร์ฉาย. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2538.
8. Lortajakul C, Yunibhand J, Jitpanya C. The development of a quality of life instrument in Thai patients with post-myocardial infarction. *Thai J Nurs Res.* 2011;11(3):166–172.
9. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire). Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1966.
10. บุญใจ ศรีสถิตยธรรมากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเอเอ็นไอ อินเทอร์เน็ต จำกัด; 2553.
11. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull.* 1985;98(2):310–357. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310.
12. Cao LL, Yang J, Liu Y, Zhang Y, Zhang H, Huang Y, et al. A survey of caregiver burden for stroke survivors in non-teaching hospitals in Western China. *Medicine (Baltimore).* 2022;101(50):e31153.
13. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs.* 2008;108(9 Suppl):23–27.

Efficacy of humanistic music therapy for healing patients with post-stroke depression

Col.Aksorn Tobanleng*

**College of Music, Mahidol University, Nakhonpathom 73170 Thailand*

Abstract

The purpose of this study is to examine the efficacy of Humanistic Music Therapy to reduce post-stroke depression. The method is a single-case design (ABAB). The participant is diagnosed with post-stroke depression who was admitted to the rehabilitation medicine ward 5 at Phramongkutklao hospital. The study uses the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) to assess and measure the level of depression. Cortisol hormone levels in saliva using High Performance Liquid Chromatography (HPLC). It employs an ABAB design, alternating between baseline (A) and music therapy (B) phases, including music listening, improvisation, song analysis, music for relaxation. Both phrases occur between 3:00 p.m. to 4:00 p.m. over 12 sessions. Depression scores were reported as graph and compared between baseline and music therapy phases.

The study observed a consistent decline in depression scores during the music therapy period, with the average score decreased from 15.33 at the beginning to 9.33 points at the study's end. Cortisol levels in saliva, a stress marker, decreased significantly from 0.165 to 0.131 µg/dL post-therapy. This reduction suggests a decrease in stress and anxiety, correlating with the decline in depression scores.

In summary, Humanistic Music Therapy has demonstrated its potential to reduce depression in stroke patients. The aesthetic qualities of music have a profound influence, stimulating mood and enabling patients to express their emotions and self-reflection. This process motivates individuals to believe in their own potential and, ultimately, leads them towards a state of pleasure and happiness.

Keywords: Post-Stroke Depression, Music Therapy, Humanistic Music Therapy (J Thai Stroke Soc. 2025;24(3): 26-33)

Corresponding author: **Col.Aksorn Tobanleng** (Email: gaolaoh23@gmail.com)

Received 9 October 2025 Revised 3 December 2025 Accepted 8 December 2025

ประสิทธิผลของดนตรีบำบัดตามแนวมนุษยนิยมในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง

พ.อ.หญิงอักษร โตบรรเลง*

*วิทยาลัยดุริยางคศิลป์ มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม 73170 ประเทศไทย

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของดนตรีบำบัดตามแนวมนุษยนิยม ที่มีต่อการลดภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัย แบบกรณีเดี่ยว (ABAB Single-case designs) ผู้เข้าร่วมวิจัย คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง และเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู 5 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Geriatric Depression Scale 2) วัดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลในน้ำลายด้วย High Performance Liquid Chromatography การทดลองแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะพื้นฐาน 2) ระยะกิจกรรมดนตรีบำบัด ประกอบด้วย การฟังเพลง (Music Listening) การเล่นดนตรีอิสระไปด้วยกัน (Improvisation) การวิเคราะห์เพลง (Song analysis) และดนตรีเพื่อความผ่อนคลาย (Music for relaxation) ใช้ช่วงเวลา 15.00 – 16.00 น. ทุกวันติดต่อกัน รวม 12 ครั้ง

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยมีค่าเฉลี่ย 15.33 คะแนนเมื่อเริ่มระยะกิจกรรมดนตรีบำบัด และมีค่าเฉลี่ย 09.33 คะแนนเมื่อการทดลองเสร็จสิ้น สำหรับระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลในน้ำลาย ก่อนการทดลองวัดได้ 0.165 µg/dL และหลังการทดลองวัดได้ 0.131 µg/dL จะเห็นได้ว่าค่าระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลคะแนนภาวะซึมเศร้า

จึงเห็นได้ว่า ดนตรีบำบัดสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ เพราะความสุนทรีย์ภาพของดนตรีที่ทรงพลัง มีประสิทธิภาพในการกระตุ้นการตอบสนองทางอารมณ์ให้ผู้ป่วยได้ปลดปล่อยอารมณ์ ความคิดของตนเอง เป็นแรงจูงใจให้เห็นศักยภาพในตัวเองอย่างแท้จริง และนำไปสู่ความผาสุกได้

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง, ดนตรีบำบัด, ดนตรีบำบัดตามแนวมนุษยนิยม (J Thai Stroke Soc. 2025;24(3): 26-33)

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง (Post-Stroke Depression : PSD) เป็นความผิดปกติทางด้านอารมณ์ หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านอารมณ์ และจิตใจที่พบได้บ่อยมากที่สุด โดยพบได้บ่อยมากที่สุด ร้อยละ 43.6 ในหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู² ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า จะฟื้นตัวได้ช้ากว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า³ เพราะผู้ป่วยจะขาดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ไม่มีแรงจูงใจในการทำกายภาพบำบัดฟื้นฟู ร่างกายไม่เคลื่อนไหว ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น แผลกดทับ ข้อติด การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เพิ่มความทุพพลภาพ และเพิ่มโอกาสกลับมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ทำให้ต้องรักษาตัวนานขึ้น

ดนตรีบำบัดตามแนวมนุษยนิยม (Humanistic Music Therapy) พัฒนาขึ้นโดย Juliette Alvin ซึ่งเป็นกระบวนการที่นำเอาหลักการ Humanistic theory ของ Carl Rogers และ Abraham Maslow มาเป็นแนวทางการบำบัด ซึ่งหัวใจหลักของการบำบัดก็คือ ให้ความสำคัญกับคุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เชื่อว่ามนุษย์มีความเข้าใจตัวเอง มีศักยภาพที่จะแสวงหาความงอกงามให้ตนเองไปในทางที่ดี นำไปสู่การยอมรับในตนเอง สามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับความเป็นจริงในปัจจุบันได้ และประสบความสำเร็จในชีวิต โดยเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตัวเองอย่างอิสระ

โดยให้ความหมายว่า ดนตรี มีความเป็นตัวตนเช่นเดียวกับ อาตมมันปัจเจกภาพ (selfhood)⁴ เพราะกระบวนการเกิดเสียงต่าง ๆ ในดนตรี เป็นการรังสรรค์ขึ้นจากความคิดของมนุษย์ ประดิษฐ์ประดอยร้อยเรียงโดยมีเนื้อหาสื่อความหมายที่ประกอบไปด้วยประสบการณ์ ประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม บริบททางสังคม วิถีชีวิต วาทกรรมที่เกิดขึ้นในห้วงเวลานั้น ๆ ของแต่ละบุคคล5 การที่ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้ฟังเพลงหรือร้องเพลงที่มีเนื้อหาเชื่อมโยงกับประสบการณ์ และความรู้สึกที่อยู่ภายในตัวตน จึงมีประสิทธิภาพในการกระตุ้นการตอบสนองทางอารมณ์ เป็นการเริ่มต้น และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยได้ปลดปล่อยอารมณ์ และความคิดของตนเองออกจาก

อารมณ์เศร้า หดหู่ วิตกกังวล ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีตัวตนและไร้ค่า ความคิดแง่ลบต่อตนเอง ผ่านดนตรีที่ตนเองมีอิสระในการกำหนด (autonomy) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ถึงสิทธิ และเสรีภาพ ประกอบกับความสมดุลของเสียงในหลายมิติ เช่น ความถี่ (frequency) พื้นที่ (space) และเวลา (time)⁶ เมื่อประสานเข้าด้วยกันทำให้เกิดความสุนทรีย์ (Aestheticity) ที่ทรงพลัง ความงดงามเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ กระตุ้นการหลั่งสื่อประสาทในกลุ่มโมโนเอมีน เช่น สารซีโรโทนิน สารโดปามีน ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์⁷⁻⁸ ทั้งยังทำหน้าที่กระตุ้นการทำงานของหัวใจ และความดันโลหิต จึงส่งเสริมให้ร่างกายเกิดความผ่อนคลาย⁹ ส่งผลให้การผลิตฮอร์โมนคอร์ติซอล จากต่อมไร้ท่อ ในระบบไฮโปทาลามิก พิทูอิทารี อะดรีนอล แอดซิส เป็นปกติ ซึ่งในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า¹⁰

ตามที่กล่าวมาข้างต้น ในต่างประเทศ มีงานวิจัยเรื่องการนำดนตรีบำบัดตามแนวมนุษยนิยมมาใช้เพื่อบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างกว้างขวางสำหรับในประเทศไทย ยังไม่มีงานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่า การใช้ดนตรีบำบัดตามแนวมนุษยนิยมนั้น มีรากฐานมาจากวัฒนธรรมทางตะวันออกที่เก่าแก่ น่าจะเป็นวิธีการที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยเป็นอย่างยิ่ง มีการหาผลสัมฤทธิ์ของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้า ด้านชีวภาพ โดยการหาระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลในน้ำลาย ซึ่งเป็นการตรวจที่ทำได้ง่าย ไม่เป็นอันตรายกับผู้เข้าร่วมวิจัย โดยส่งตัวอย่างน้ำลายตรวจที่ห้องปฏิบัติการด้วยเครื่อง HPLC และสำหรับการประเมินผลทางจิตใจจะใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า TGDS

วิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) แบบกรณีเดียว (Single-case designs) ในรูปแบบ A-B-A-B Design

ผู้เข้าร่วมวิจัย เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 1 คน ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก

ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และรักษาระยะฟื้นฟู 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น PSD ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยผ่านแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) มีคะแนนระหว่าง 13-24 คะแนน 3) ไม่ได้รับยาต้านเศร้า 4) ไม่เป็นผู้ติดสารเสพติด 5) ไม่เป็นโรคทางจิตเวช 6) ไม่มีปัญหาด้านการฟัง การมองเห็น สามารถเคลื่อนไหวแขนหรือขาได้อย่างน้อย 1 ข้าง 7) รู้สึกดี สดชื่นได้เข้าใจ และมีการรับรู้ปกติ โดยผ่านการประเมินด้วยแบบประเมินการรับรู้การเข้าใจ Thai Mental State Exam (TMSE) ตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป 8) สามารถเดินทางมาเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ ถึงแม้ว่าจะได้รับการจำหน่ายกลับบ้านแล้วก็ตาม 9) สามารถเข้าร่วมการวิจัยมากกว่าร้อยละ 80 หรือมากกว่า 11 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม มี 2 ตอน ตอนที่ 1 ข้อคำถามประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานะภาพสมรส รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ดูแล ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาของโรค การรับยาด้านเศร้า ตอนที่ 2 ภูมิหลังด้านดนตรีของผู้ป่วย ข้อคำถามประกอบด้วย ประสบการณ์ด้านดนตรี ประเภทกิจกรรมดนตรีที่ชอบ ประเภทเพลงที่ชอบกิจกรรมยามว่าง
2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) โดยมีต้นแบบมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Geriatric Depression Scale: GDS พัฒนาโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองประเทศไทย (Train the brain forum Thailand) แปลเป็นภาษาไทยโดย อรวรรณ สีทองเงิน¹¹ มีค่าความเที่ยงตรงในเพศหญิงที่ 0.94 สำหรับในเพศชายมีค่าความเที่ยงตรงที่ 0.91 และมีค่าความเที่ยงรวม 0.93 (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของคนไทย¹¹) เป็นการให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง มีคำถาม 30 ข้อ โดยเกณฑ์ให้คะแนนเริ่มจาก 0 จนถึง 1 รวม 30 คะแนน แปลผล 0 จนถึง 12 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า 13 จนถึง 18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 19 จนถึง 24 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate) 25 จนถึง 30 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe)^{12, 13}

เป็นคำถามที่เกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นคำถามในแง่บวก 10 ข้อ และแง่ลบ 20 ข้อ โดยให้ตอบใช่ หรือ ไม่ใช่¹³

3. แบบประเมินการรับรู้ การเข้าใจ (Thai Mental State Exam: TMSE) พัฒนามาจาก Mini Metal State examination : MMSE โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2536) คะแนนรวมเฉลี่ยของการทดสอบสภาพสมองของไทยในผู้สูงอายุได้เท่ากับ 27.38 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.02) คะแนน แบ่งออกเป็น 6 ด้าน 30 คะแนน ประกอบด้วย การรับรู้ (Orientation) 6 คะแนน, การจดจำ (Registration) 3 คะแนน, การเอาใจใส่ (Attention) 5 คะแนน, การคำนวณ (Calculation) 3 คะแนน และภาษา (Language) 10 คะแนน การระลึกได้ (Recall) 3 คะแนน ค่าเกณฑ์ปกติเท่ากับ 23 คะแนนขึ้นไป ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะใช้แบบประเมินการรับรู้ การเข้าใจนี้ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. การวัดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลในน้ำลาย พยาบาลจะแจกหลอด Salivette ให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้เก็บตัวอย่างน้ำลายครั้งที่ 2 และครั้งที่ 14 หลังตื่นนอน ประมาณ 4-5 mL ส่งตัวอย่างน้ำลายตรวจที่ห้องปฏิบัติการ ด้วยวิธีการตรวจวิเคราะห์แบบ Electrochemiluminescence Immunoassay (ECLIA) แบบ Competition Principle โดยใช้เครื่อง High Performance Liquid Chromatography (HPLC)

การเก็บข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู 5 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยเริ่มดำเนินการทำหนังสือไปถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการโครงการวิจัย และขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อให้สำนักงานคณะกรรมการ การพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก พิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสาน งานกับพยาบาล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนิน

การวิจัย ขอความอนุเคราะห์ในการช่วยเหลือ และขอความร่วมมือจากพยาบาล เพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า

การทดลอง

ผู้วิจัยรับหน้าที่เป็นนักดนตรีบำบัด และเป็นผู้นำกิจกรรมดนตรีให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย เป็นผู้ออกแบบกิจกรรมดนตรี เป็นผู้สังเกตการณ์และตัดสินใจในการเลือกใช้กิจกรรมดนตรี ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในขณะนั้น เพื่อให้ตรงกับอารมณ์ ความรู้สึก ความต้องการของผู้ป่วย และเป้าหมายในการบำบัด การดำเนินการทดลอง ในครั้งที่ 1 เป็นการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ในครั้งที่ 2 ถึงครั้งที่ 4 คือ ช่วงระยะเริ่มต้น (Baseline : A) จำนวน 3 ครั้ง และ ช่วงกิจกรรมดนตรีบำบัด (Intervention : B) จำนวน 3 ครั้ง สลับไป-มา (A B A B) โดยใช้ช่วงเวลา 15.00 – 16.00 น. ของทุกวัน รวม 13 ครั้ง และในครั้งที่ 14 จะเป็นการพบผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อขอบคุณและมอบคำตอบแทน การเก็บข้อมูลภาวะซึมเศร้า จะดำเนินการหลังการทดลองทุกครั้ง ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า TGDS ในครั้งที่ 2 – 13 และเก็บตัวอย่างน้ำลาย ในหัวงูเข้าของครั้งที่ 2 และครั้งที่ 14 จำนวน 4-5 ซีซี (mL) ส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการ ด้วยวิธีการตรวจวิเคราะห์ โดยใช้เครื่อง HPLC โดยช่วงกิจกรรมดนตรีบำบัด แบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ 1) ช่วงโหมโรง (Overture) (10 นาที) 2) ช่วงประโคม (Fanfare) (20-30 นาที) 3) ช่วงลา (Coda) (10 นาที) ในการบำบัดแต่ละครั้งจะไม่กำหนดว่าจะใช้กิจกรรมอะไร เพราะต้องขึ้นอยู่กับอารมณ์ ความรู้สึกความต้องการ และความเหมาะสมกับเป้าหมายในการบำบัดเป็นหลัก แต่สำหรับเพลงที่ใช้ในกิจกรรม ผู้เข้าร่วมวิจัยจะเลือกด้วยตนเอง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของ Humanistic Music Therapy มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client Center) โดยเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตัวเองอย่างอิสระ กิจกรรมดนตรีบำบัดที่นำมาใช้ในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย การเล่นดนตรีแบบอิสระ (Improvisation)¹⁴ การฟังเพลง (Music Listening)^{7, 15} การวิเคราะห์เพลง (Song analysis)¹⁶ และการใช้ดนตรีเพื่อความผ่อนคลาย (Music for relaxation)¹⁷

ผลการวิจัย

ผลคะแนนภาวะซึมเศร้า ที่ได้มาจากการทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า TGDS รวมทั้งสิ้น 12 ครั้ง โดยพยาบาลเป็นผู้อ่านคำถาม และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบว่า ใช่หรือไม่ใช่ และพยาบาลจะมารวมคะแนน นำมาวิเคราะห์ ผลการวิเคราะห์คือ ในช่วงระยะเส้นฐาน ที่ 1 (A1) มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า 15.33 คะแนน ในช่วงระยะกิจกรรมดนตรีบำบัด ที่ 1 (B1) มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า 11.66 คะแนน ในช่วงระยะเส้นฐาน ที่ 2 (A2) มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า 11.66 คะแนน และในช่วงระยะกิจกรรมดนตรีบำบัด ที่ 2 (B2) มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า 09.33 คะแนน จากผลคะแนนภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้น เมื่อนำมาเปรียบเทียบคะแนนจากแรกเข้าร่วมโครงการวิจัยซึ่งวัดได้ 19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง เมื่อโครงการวิจัยเริ่มต้น คะแนนลดลงเป็นลำดับจนจบโครงการวิจัย วัดคะแนนภาวะซึมเศร้าได้ 9 คะแนน ถือว่าไม่มีภาวะซึมเศร้าแล้ว

ผลการวัดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลในน้ำลาย พยาบาลจะแจกหลอด Salivette ให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มผู้ป่วย เพื่อเก็บตัวอย่างน้ำลายหลังตื่นนอน ประมาณ 4-5 mL และส่งตัวอย่างน้ำลายไปตรวจที่ห้องปฏิบัติการ โดยใช้เครื่อง High Performance Liquid Chromatograph (HPLC) ซึ่งจะเก็บตัวอย่างน้ำลายในเช้าของ ครั้งที่ 1 และเช้าของครั้งที่ 14 นำมาเปรียบเทียบระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยก่อนการทดลองมีระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล ที่ 0.165 µg/dL และหลังการทดลองมีระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลที่ 0.131 µg/dL มีค่าความต่างที่ 0.034 µg/dL จะเห็นได้ว่า ค่าระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลลดลง มีความสัมพันธ์กับผลคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ลดลงด้วย

การอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยประสิทธิผลของดนตรีบำบัดตามแนวมนุษยนิยมในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้มาจากการทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า TGDS เมื่อนำมาเปรียบเทียบคะแนนจากแรกเข้าร่วมโครงการวิจัยซึ่งวัดได้ 19 คะแนน (ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง) เมื่อโครงการ

วิจัยเริ่มต้น คะแนนลดลงเหลือเพียง 9 คะแนน (ไม่มีภาวะซึมเศร้าแล้ว) และค่าระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลลดลง โดยก่อนการทดลองมีระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลที่ 0.165 $\mu\text{g/dL}$ และหลังการทดลองมีระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลที่ 0.131 $\mu\text{g/dL}$ ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลประสิทธิผลของดนตรีบำบัด ดังมีรายละเอียดดังนี้

การเล่นดนตรีแบบอิสระ (Improvisation) ไม่จำเป็นต้องมีความรู้ด้านดนตรี เพราะเสียงดนตรีที่ออกมาจะไม่ได้อยู่ในรูปของเสียงเพลง หรือทำนองเพลงที่คุ้นเคย ผลการวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ปลดปล่อยอารมณ์ ความรู้สึกของตัวเอง ณ ขณะนั้น (Here and now) เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกลุ่ม ทำให้บรรยากาศอบอุ่น ไว้วางใจ และมั่นใจที่จะดำเนินกิจกรรมดนตรีบำบัดไปด้วยกัน

การฟังเพลง (Music Listening) เสียงเพลงกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ฟังเพลงที่ตนชื่นชอบ เพลงนั้นถูกส่งผ่านเข้าไปในระบบลิมบิก ซึ่งมีศูนย์ควบคุมการให้รางวัลในสมอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจ มีความสุข กระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาท เช่น สารซีโรโทนิน สารโดปามีน ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ กระตุ้นการทำงานของหัวใจ และความดันโลหิต ส่งเสริมให้ร่างกายเกิดความผ่อนคลาย ส่งผลให้การผลิตฮอร์โมนคอร์ติซอลลดลง จากการสังเกตการณ์ สิ่งที่พบในระหว่างดำเนินกิจกรรม คือ รอยยิ้ม เสียงหัวเราะ ซึ่งเป็นสัญญาณทางกายที่แสดงให้เห็นถึงความสุขกาย สบายใจอย่างแท้จริง

การวิเคราะห์เพลง (Song analysis) ดนตรีหรือเนื้อหาของเพลง ซึ่งอาจมีหลายเหตุการณ์เชื่อมโยงกับประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม ประสบการณ์ วิถีชีวิต และความรู้สึกที่อยู่ภายในของผู้เข้าร่วมวิจัย จึงเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ระลึกถึงความหลัง ย้อนกลับไปในช่วงเวลาและสถานที่ที่เก็บเรื่องราวไว้ในเพลง ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยเล่าถึงบรรยากาศของการเล่นดนตรีในสถานที่ต่าง ๆ เล่าถึงเรื่องราวความรัก มิตรภาพระหว่างเพื่อนในสมัยที่ยังเล่นดนตรีอยู่ใน คาเฟ่ย่านปิ่นเกล้า ความสุข ความสำเร็จในอาชีพนักดนตรี สีหน้า ท่าทางแววตา รอยยิ้มที่เป็นสัญลักษณ์เชิงบวกชัดเจน ผู้วิจัยรับรู้และสัมผัสได้ ผู้วิจัยได้สะท้อนให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับรู้ถึงความรู้สึก ความสุข ความสำเร็จในอดีต ซึ่งความหลังที่เต็มไปด้วยความรู้สึกเหล่านั้น จะเป็นพลังใจให้กับผู้เข้า

ร่วมวิจัยได้เป็นอย่างดี แต่ถึงแม้บางช่วงจะเป็นเพลงเศร้าก็สามารถสร้างความสุขได้เช่นกัน และเป็นการเพิ่มความเข้มแข็งทางจิตใจ ให้เกิดความคิดในแง่บวก ๆ ถึงแม้ว่าจะตกอยู่ในสถานการณ์ที่กดดันของปัญหาด้านสุขภาพในปัจจุบัน ก็จะสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้

การใช้ดนตรีเพื่อความผ่อนคลาย (Music for relaxation) เป็นกิจกรรมที่สร้างความผ่อนคลายให้กับผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อได้ฟังเพลงที่ชื่นชอบผสมผสานจังหวะที่สอดคล้องกับอัตราการเต้นของหัวใจ จะทำให้รู้สึกสบาย ส่งเสริมให้ร่างกายผ่อนคลาย การหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลก็จะสมดุล ภาวะซึมเศร้าก็จะลดลงได้ สังเกตได้จาก การหายใจของผู้เข้าร่วมวิจัยที่ยาวขึ้นจากก่อนเริ่มกิจกรรม สีหน้าที่มีรอยยิ้ม เสียงหัวเราะที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นสัญญาณทางกายที่แสดงให้เห็นถึงความสุขกายสบายใจ

บทสรุป

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยมีค่าเฉลี่ย 15.33 คะแนนเมื่อเริ่มระยะกิจกรรมดนตรีบำบัด และมีค่าเฉลี่ย 09.33 คะแนนเมื่อการทดลองเสร็จสิ้น และระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลในน้ำลาย ก่อนการทดลองวัดได้ 0.165 $\mu\text{g/dL}$ และหลังการทดลองวัดได้ 0.131 $\mu\text{g/dL}$ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลคะแนนภาวะซึมเศร้า จึงแสดงให้เห็นว่า ดนตรีบำบัดตามแนวคิดมนุษยนิยม (Humanistic Music Therapy) ที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client Center) ต้องเกิดจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างนักดนตรีบำบัด และผู้ป่วยโดยอาศัยความจริงใจ (Genuine) และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจ แสดงความรู้สึกของตนให้ตรงกับประสบการณ์จริง (Experience) ที่เกิดขึ้น โดยไม่ตัดสิน ยอมรับทางบวกโดยปราศจากเงื่อนไข (Unconditional Positive Regard) เคารพในสิทธิส่วนบุคคล ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเมตตา อดทน และนุ่มนวล อีกทั้งยังต้องคำนึงถึงความปลอดภัย เพราะความสุนทรีย์ภาพของดนตรีที่ทรงพลัง จะมีประสิทธิภาพในการกระตุ้นการตอบสนองทางอารมณ์ ให้ผู้ป่วยได้ปลดปล่อยอารมณ์ ความคิดของตนเอง เป็นแรงจูงใจให้เห็นศักยภาพในตัวเองอย่างแท้จริง และนำไปสู่ความผาสุกได้

องค์ความรู้ใหม่

ในต่างประเทศ มีงานวิจัยเรื่องการนำดนตรีบำบัดมาใช้เพื่อบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างกว้างขวาง สำหรับในประเทศไทย ยังไม่มีงานศึกษาวิจัยการใช้ดนตรีบำบัดตามแนวมนุษยนิยมเพื่อบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่า การใช้ดนตรีบำบัดตามแนวคิดมนุษยนิยมนั้น มีรากฐานมาจากวัฒนธรรมทางตะวันออกที่เก่าแก่ น่าจะเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยเป็นอย่างยิ่ง และการศึกษาครั้งนี้ ยังนำมาผสมผสานกับแนวคิดทฤษฎีชีวภาพทางการแพทย์ เพราะเราไม่อาจปฏิเสธได้ว่าร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่างแน่นแฟ้น โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นโรคเรื้อรังทางกายที่ส่งผลต่อจิตใจ ในงานวิจัยนี้จึงมีการหาผลสัมฤทธิ์ของดนตรีบำบัดด้วยการ วัดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลในน้ำลาย ซึ่งเป็นการตรวจที่ทำได้ง่าย เป็นวิธีการที่ไม่ซับซ้อน สะดวก รวดเร็ว สามารถตรวจได้ทันที ไม่มีผลข้างเคียง ไม่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บตัว ไม่เป็นอันตรายกับผู้ป่วย ผู้วิจัยหวังว่า องค์ความรู้เกี่ยวกับดนตรีบำบัดจะเป็นอีกศาสตร์ทางเลือกที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะเป็นการช่วยให้กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นไปตามเป้าหมาย ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองและกลับเข้าสู่สังคม ใช้ชีวิตได้อย่างปกติ เป็นการลดค่าใช้จ่ายในครอบครัวของผู้ป่วยอีกด้วย

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผศ. ดร.นันทิ์ เขียงชนะ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก, ผศ. ดร.นิอร เตร็ดนชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และ ผศ. ดร.พรพรรณ แก่นอำพรพันธ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องในงานวิจัยนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบคุณ อาจารย์วิพุธ เกษะสุวรรณ อาจารย์ประจำสาขาดนตรีบำบัด ผู้ถ่ายทอดความรู้ด้านดนตรีบำบัด และคอยให้คำปรึกษาตลอดมา

ขอขอบพระคุณ พลตรีธำรงค์ เทียมอุดม ผอ.รพ.ร.ร.6, พ.ท.ธีรยสิทธิ์ นิมมานนท์ อาจารย์ภาค

วิชาพยาบาลวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า รพ.ร.ร.6, พ.ท.ณัฐพล โชคมนตรี อาจารย์ภาควิชาจิตเวช และประสาทวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์ รพ.ร.ร.6 และ ร.อ.วิซชากร ตริสุคนธ์ จิตแพทย์ รพ.ร.ร.6 ที่กรุณาอนุเคราะห์ให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย รวมถึงการให้ความรู้ คำปรึกษา และมอบประสบการณ์ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งมีคุณค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณ พ.อ.หญิง ชุติมา ปว.สังฆา หัวหน้าพยาบาล แผนกพยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ร.ร.6, พ.ท.หญิง เพ็ญภา สมสุขจิรวรรณ หัวหน้าพยาบาล กวฟ.5 รพ.ร.ร.6 และบุคลากร กวฟ.5 ทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่า สำหรับคำแนะนำเมื่อเกิดปัญหาในการดำเนินการวิจัย ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือประสานงาน และอำนวยความสะดวกทุกอย่างเป็นอย่างดี รวมทั้งคำปรึกษาและกำลังใจจนการดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบคุณกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ที่เสียสละเวลาอันมีค่ามาเข้าร่วมกิจกรรมดนตรีบำบัด ประสบการณ์ที่ได้รับจากการวิจัย จะเป็นข้อมูลที่ผู้วิจัยจะนำไปศึกษาต่อยอด ปรับปรุงแก้ไข พัฒนานตนเองและศาสตร์ของดนตรีบำบัด เพื่อประโยชน์ของส่วนร่วมต่อไป

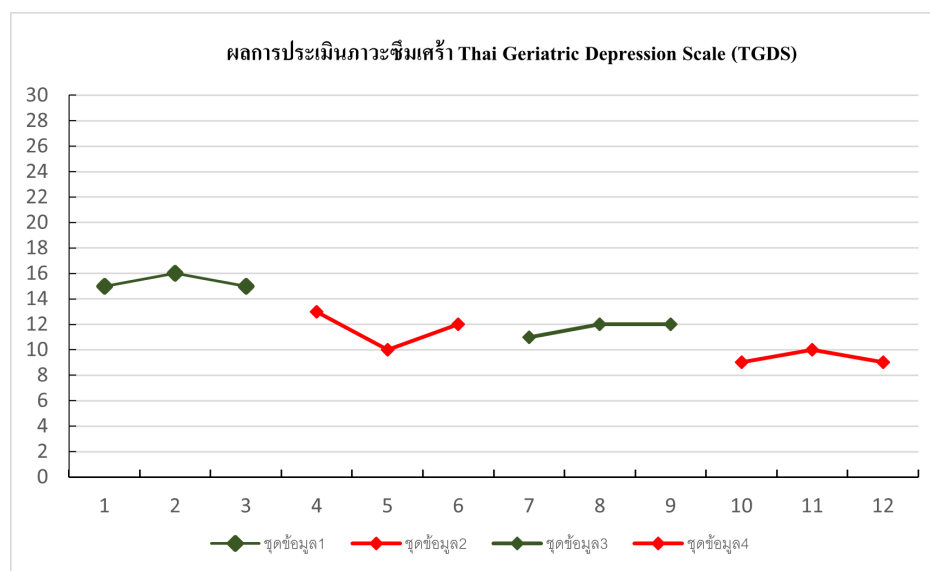
ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบคุณ บิดา มารดา ครอบครัว และ น.ส.ปิยะนุช เพียรรัตน์พิมล ที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจให้ด้วยดีเสมอมา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบให้แก่บุคคลทุกท่านที่ได้กล่าวขอบคุณไปข้างต้นแล้ว

เอกสารอ้างอิง

1. จันทริจรา สีสว่าง, ปุณณวิทย์ ทองแดง. ภาวะซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย สูงอายุ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตต์. 2559;8(2):73-85.
2. ดารุจ อนิวรรณพนธ์. ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2561;63(4):383-418.
3. Gillen R, Tennen H, McKee, TE, Gernert-Dott P, Affleck G. Depressive symptoms and history of depression predict rehabilitation efficiency in stroke patients. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2001;82:1645-1649.
4. Abrams B. Understanding Humanistic Dimensions of Music Therapy: Editorial Introduction. Music Therapy Perspectives. 2018;36(2):139-143.
5. Taylor D.B. The Biomedical foundation of music as therapy (2nd ed.). Eau Claire, WI: Barton Publications.2010.

6. Brattico P. Brattico, E. Vuust P. Global Sensory Qualities and Aesthetic Experience in Music. *Frontiers in Neuroscience*. 2017;11:159.
7. Evers S. & Suhr B. Changes of the neurotransmitter serotonin but not of hormones during short time music perception. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2000;250:144–147.
8. Menon V. Levitt D. J. The rewards of music listening: Response and physiological connectivity of the mesolimbic system. *Neuroimage*. 2005;28(1):175–184.
9. Li C. W. Cheng T. H. Tsai C. G. Music enhances activity in the hypothalamus, brainstem, and anterior cerebellum during script-driven imagery of affective scenes, *Neuropsychologia*. 2019;1–24.
10. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุดนิชย์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยมหิดล. 2548.
11. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของคนไทย. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. *สารศิริราช* 253746(1):1–9.
12. ภูริพงษ์ เจริญแพทย์. ผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการ สันนิบาตทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยพาร์กินสัน. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโท*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. คณะพยาบาลศาสตร์, สาขา วิชาพยาบาลศาสตร์. 2554.
13. ภัทราภาณุจน์ วิภาทนาง, จงจิต เสนหา, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, และยงชัย นิละนนท์. ปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดครั้งแรก. *Journal of Nursing Science*. 2018;36(1):44–56.
14. Silverman M. J. Evaluating Current Trends in Psychiatric Music Therapy: A Descriptive Analysis. *Journal of Music Therapy*. 2007;XUV(4):388–414.
15. Taylor D.B. The Biomedical foundation of music as therapy, (2nd ed.). Eau Claire. WI: Barton Publications. 2010.
16. Suzuki A. I. The Effects of Music Therapy on Mood and Congruent Memory of Elderly Adults with Depressive Symptoms. *Music Therapy Perspectives*. 1998;16:75–80.
17. Zhou, K., Li, X., Liu, M., Dang, S., Wang, D., Xin, X. A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay. *European Journal of Oncology Nursing*. 2015;19:5.

ตารางที่ 1. ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS)



ตารางที่ 2. ผลการวิเคราะห์ฮอริโมนคอร์ติซอลในน้ำลาย

การทดสอบ	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ค่าความต่าง
ฮอริโมนคอร์ติซอล	0.165	0.131	0.034

เล่าเรื่อง Stroke News

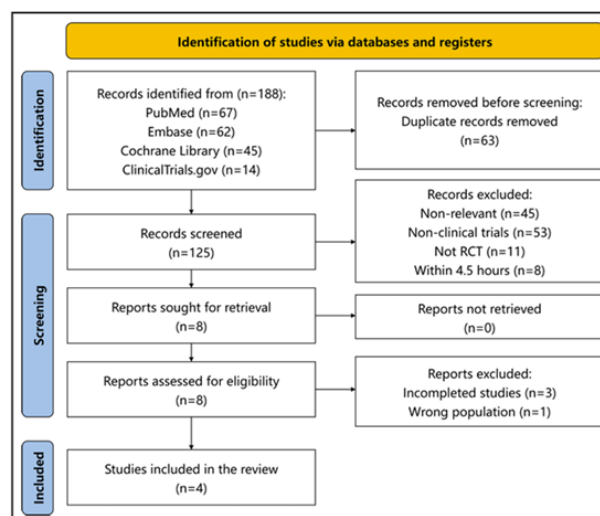
พญ.นภาศรี ชัยสินอนันต์กุล*

*โรงพยาบาลพญาไท 1

สวัสดีค่ะเพื่อน ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ ชาววารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย บทความนี้น่าจะเป็นบทความส่งท้ายในปี 2568 ขอส่งท้ายปีเก่าต้อนรับปีใหม่ด้วยบทความที่น่าสนใจเรื่อง **“Tenecteplase for Acute Ischemic Stroke at 4.5 to 24 Hours: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials”** Stroke. 2026;57:00–00. DOI: 10.1161/STROKEAHA.125.053256 เนื้อเรื่องนี้เกี่ยวกับการให้ยา Tenecteplase (TNK) ในผู้ป่วยสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มีอาการภายใน 4.5 ชั่วโมง ถึง 24 ชั่วโมง

โดยให้ยา TNK หลอดเลือดดำขนาด 0.25 มก./กก. เทียบกับการรักษามาตรฐานหรือยาหลอก ได้รวบรวมการศึกษาทั้งหมดจาก Pubmed 67, Embase 62, Cochrane library 45 และ ClinicalTrials.gov 14 รวมจำนวน 188 การศึกษา และได้ตัดการศึกษาที่ซ้ำกัน, การศึกษาไม่ใช่ RCT หรือ ไม่ใช่การศึกษาทางคลินิก เหลือการศึกษาที่นำมาประเมิน 4 การศึกษา ดังภาพที่ 1. โดยผลลัพธ์หลักคือผลลัพธ์การรักษาคือ mRS 0–1 ที่ 90 วัน รายละเอียดของแต่ละการศึกษา ดังตารางที่ 1.

ภาพที่ 1. แสดงแผนผัง systematic review



ตารางที่ 1. แสดงลักษณะของการศึกษาที่รวบรวม

Study	Phase	Country	No. of sites	Period	Main inclusion criteria	Study groups	N	Age, y	Sex, male (%)	NIHSS score	Baseline infarct core, mL	EVT performed, %
ROSE-TNK, 2023	II	China	14	2021–2022	NIHSS score, 6–25 DWI-FLAIR mismatch	TNK	40	62.68±8.87	77.5	7.50 (6.00–10.75)	0.32 (0.00–2.28)	None
						Standard care	40	62.80±8.56	65.0	7.00 (6.00–8.75)	0.40 (0.09–1.48)	None
TIMELESS, 2024	III	the United States and Canada	112	2019–2022	NIHSS score, ≥5 LVO (ICA, MCA-M1/M2) CT or MRI perfusion-based eligibility screening	TNK	228	72 (62–79)	46.5	12 (8–17)	7.0 (0.0–22.5)	77.2
						Placebo	230	73 (63–82)	46.5	12 (8–18)	5.0 (0.0–15.0)	77.4
TRACE-III, 2024	III	China	58	2022–2023	NIHSS score, 6–25 LVO (ICA, MCA-M1/M2) CT or MRI perfusion-based eligibility screening	TNK	264	67 (58–75)	69.3	11 (7–15)	16.4 (5.7–28.4)	None*
						Standard medical treatment	252	68 (59–76)	66.3	10 (7–14)	14.9 (6.0–29.3)	None*
CHABLIS-T II, 2025	IIb	China	23	2021–2023	LVO (ICA, MCA-M1/M2, ACA-A1/A2) CT perfusion-based eligibility screening	TNK	111	64.2 (10.4)	72.1	9 (5–14)	6.0 (2.0–25.0)	53.2
						Best medical treatment	113	63.6 (11.0)	70.8	9 (6–16)	9.0 (3.0–22.0)	56.6

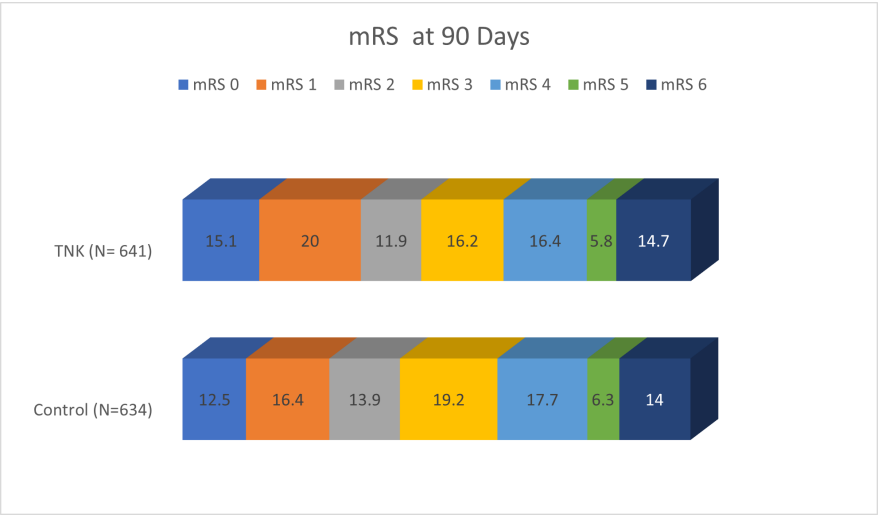
ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา TNK มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีมาก mRS 0-1, OR 1.34 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถเปิดหลอดเลือดได้ดี (Recanalization) OR 3.30 อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ สำหรับเรื่องความปลอดภัย พบว่าอัตราการเกิดเลือดออก และอัตราการเสียชีวิตที่ 90 วัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2. และภาพที่ 2.

ตารางที่ 2. แสดงผลการวิเคราะห์การศึกษา

Outcomes	Odds ratios (95% CI)	P value
Excellent functional outcome	1.34 (1.06 – 1.71)	0.02
Recanalization	3.30 (1.59– 6.84)	0.001
sICH	1.68 (0.80 – 3.52)	0.17
Death within 90 day	1.04 (0.76 – 1.43)	0.81

ภาพที่ 2. แสดงผลลัพธ์ทางคลินิกที่ 90 วัน



จากการทำ meta analysis ของการให้ยา TNK ในผู้ป่วยสมองขาดเลือดที่มีอาการ 4.5 ชั่วโมงถึง 24 ชั่วโมง มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น โดยไม่เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดเลือดออกในสมองหรืออัตราการเสียชีวิต

จากการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยสมองขาดเลือดเฉียบพลันทำให้การรักษา มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น และอาจทำให้ได้ใช้ยา TNK มากขึ้นในอนาคต ในฉบับนี้ขอจบไว้เพียงเท่านี้ พบกันใหม่ในฉบับหน้านะคะ และขอถือโอกาสนี้ Happy New Year 2026 ขอให้ทุกท่านมีความสุข สุขภาพแข็งแรงกันทุกท่านค่ะ

ข่าวประชาสัมพันธ์สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย

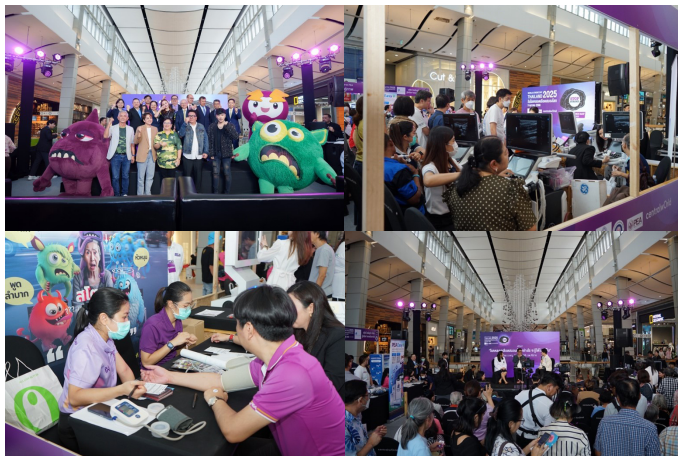
รศ.พญ.สุรวิรัตน์ สุวัชรังกร

เลขาธิการสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย

1. การประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการโรคหลอดเลือดสมองฉบับพลัน ครั้งที่ 4 (4th Tutorial Stroke Course for Neurology Residents and Fellows 2025) สำหรับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ 1 สาขาประสาทวิทยา ได้จัดขึ้นในวันศุกร์ที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2568 ณ ชั้น 10 อาคารพัชรกิติยาภา ห้องประชุมกองกุมาร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า



ภาพที่ 1. การประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการโรคหลอดเลือดสมองฉบับพลัน ครั้งที่ 4 (4th Tutorial Stroke Course for Neurology Residents and Fellows 2025)



ภาพที่ 2. กิจกรรมโรคหลอดเลือดสมองเพื่อประชาชนเนื่องในวัน World Stroke Day 2025

2. กิจกรรมโรคหลอดเลือดสมองเพื่อประชาชนเนื่องในวัน World Stroke Day 2025 โดยสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย ร่วมกับมูลนิธิวิจัยประสาทในพระบรมราชูปถัมภ์ และการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ได้จัดขึ้นในวันศุกร์ที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2568 ณ โซน Eden 3 ชั้น 3 ห้างสรรพสินค้าเซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ

3. งานประชุมวิชาการประจำปี 2569 โดยสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย จะจัดขึ้นในระหว่างวันอังคารที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2569 และ วันศุกร์ที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2569 โดยจัดให้มี Neurosonology Workshop and Integrated Neuroimaging Organized by Professor Prasop Ratanakorn Foundation, Neurosonology Group of Thailand และสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย ในวันอังคารที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2569 ณ ชั้น 10 อาคารพัชรกิติยาภา ห้องประชุมกองกุมาร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ภายในงานจัดให้มีการสอบ ASN (American Society of Neuroimaging) Neurosonology Certification Examination ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดการสมัครสอบได้ที่ <https://www.asnweb.org/i4a/ams/meetings/index.cfm?controller=meetings&action=startRegistration&conferenceID=262®init=1&pageID=4235>

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทยเป็นวารสารวิชาการสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ ดีพิมพ์ เผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานทางวิชาการทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง ครอบคลุมวิทยาศาสตร์พื้นฐาน ระบาดวิทยา การป้องกัน การรักษา จากสาขาวิชาต่าง ๆ อาทิเช่น ประสาทวิทยา ประสาทศัลยศาสตร์ รังสีวินิจฉัยระบบประสาท รังสีร่วมรักษาระบบประสาท เวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นต้น ทั้งนี้ผลงานที่ได้รับการเผยแพร่ต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ Article Processing Charges (APC)

วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทยดำเนินการจัดเก็บค่าธรรมเนียมจำนวน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน) สำหรับผู้พิมพ์ที่ต้องการนำบทความไปใช้ในการขอ/พิจารณาตำแหน่งทางวิชาการ โดยมี การตรวจสอบคุณภาพของบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ 3 ท่าน เป็นไปตามมาตรฐานในการขอ/พิจารณาตำแหน่งทางวิชาการ โดยจะจัดเก็บค่าธรรมเนียมเมื่อเริ่มส่งบทความเพื่อพิจารณา

ทั้งนี้ หากผู้พิมพ์บทความถูกปฏิเสธ หรือยกเลิกในระหว่างพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ ผู้พิมพ์จะไม่สามารถรับค่าธรรมเนียมคืนได้

ประเภทบทความ

1. **บทความวิจัยประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ (original article)*** เป็นบทความรายงานข้อมูลจากการศึกษา หรือวิจัยประเภทต่าง ๆ อาทิเช่น randomized trials, intervention studies, cohort studies, case-control studies, observational studies, diagnostic/prognostic studies เป็นต้น
2. **บทความปริทัศน์ (review article)*** เป็นบทความซึ่งถูกคัดเลือกกว่าเป็นหัวข้อที่มีความสำคัญหรือน่าสนใจ นำมาถูกทบทวนและเรียบเรียงจากหนังสือ การศึกษา งานวิจัย ตลอดจนผลงานตีพิมพ์ประเภทต่าง ๆ
3. **รายงานผู้ป่วย (case report)*** เป็นบทความเสนอรายงานตัวอย่างผู้ป่วยกรณีศึกษาที่มีโรคที่พบได้น้อยหรือเกิดขึ้นใหม่ซึ่งมีความน่าสนใจ
4. **บทความรับเชิญ (invited commentary)** เป็นบทความโดยผู้เชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์ด้านโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้ถูกเชิญโดยกองบรรณาธิการเพื่ออภิปราย แสดงข้อคิดเห็นทางวิชาการ
5. **แนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guideline)** เป็นแนวทางในการวินิจฉัย การดูแลรักษาโรค ซึ่งจัดทำโดยองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องหรือกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรคนั้น เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่มีมาตรฐาน ทั้งนี้อาจมีการปรับปรุงจากแนวทางเวชปฏิบัติเดิมเป็นระยะเพื่อให้มีความทันสมัยและมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทของประเทศ
6. **แถลงการณ์ (scientific statement)** เป็นถ้อยแถลงเชิงวิชาการจากนักวิชาการหรือสมาคมวิชาชีพ
7. **บทความอื่น ๆ** เช่น ประชาสัมพันธ์, ข่าวสารด้านโรคหลอดเลือดสมอง, กิจกรรมของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทยหรือสมาชิก, ตารางการประชุมวิชาการ เป็นต้น

*บทความวิจัยประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทความปริทัศน์ (review article) และรายงานผู้ป่วย (case report) ต้องผ่านการประเมินโดยวิธีการ double-blinded จากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่านต่อบทความ (peer review)

คณะกรรมการบริหารการขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาตีพิมพ์บทความในวารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย ในกรณีได้รับการตอบรับตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์หลักจะได้รับวารสารจำนวน 3 ฉบับ โดยจะจัดส่งให้ผู้นิพนธ์หลักตามที่อยู่ที่ระบุไว้ นอกจากนั้นบทความทั้งหมดจะได้รับการเผยแพร่ทางเว็บไซต์ของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย (<https://thaistrokesociety.org>) และเว็บไซต์ของ ThaiJO (<https://tci-thaijo.org/> หรือ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jtss/index>)

ข้อพิจารณาด้านลิขสิทธิ์ (copyright notice)

ข้อความภายในบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย ตลอดจนความรับผิดชอบด้านเนื้อหาและการตรวจร่างบทความเป็นของผู้นิพนธ์ ไม่เกี่ยวข้องกับกองบรรณาธิการแต่อย่างใด การนำเนื้อหาข้อความหรือข้อคิดเห็นของบทความไปเผยแพร่ ต้องได้รับอนุญาตจากกองบรรณาธิการอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร ผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารเล่มนี้ถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารการเตรียมต้นฉบับ

การเตรียมบทความใช้โปรแกรม Microsoft Word ตัวอักษร Browallia New ขนาด 16 พอยต์ และมีความยาวไม่เกิน 4,500 คำ โดย 4,500 คำ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง, บทคัดย่อ, คำสำคัญ, เนื้อหา, กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี), ผู้สนับสนุนเงินทุน (ถ้ามี), แหล่งที่มาของข้อมูล, เอกสารอ้างอิง, คำอธิบายภาพ, ตารางและภาคผนวก (ถ้ามี เช่น ผู้ทำงานร่วมกันที่ไม่ใช่ผู้เขียน) จำนวนหน้าสูงสุดไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ (กระดาษ A4) โดยสามารถส่งได้ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ผู้นิพนธ์ต้องจัดเตรียมบทความต้นฉบับ (manuscript) ตามข้อกำหนดของบทความแต่ละประเภท ดังรายละเอียดข้างล่างนี้

ประเภทบทความ	ข้อกำหนด	รายละเอียด
บทความวิจัย (original article)	จดหมายปะหน้า (cover letter)	ประกอบด้วย ประเภทบทความ ชื่อและสังกัด ที่ติดต่อ เบอร์โทรศัพท์ และ Email address ของผู้พิมพ์หลัก (corresponding author) ระบุว่าได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของหน่วยงานและผลงานที่ต้องการเผยแพร่ไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน
	หน้าแรก (title page) ภาษาอังกฤษและภาษาไทย	ประกอบด้วย ชื่อบทความ ชื่อและสังกัดผู้พิมพ์ทุกคน ระบุผู้พิมพ์หลัก พร้อมทั้งติดต่อ เบอร์โทรศัพท์และ Email address
	บทคัดย่อ (abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	เป็นข้อความสรุปเนื้อหาบทความวิจัย จำนวนไม่เกิน 250 คำ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย (objective) วิธีวิจัย ผลการวิจัยและบทสรุป
	คำสำคัญ (keywords) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	จำนวน 3-5 คำ
	บทนำ (introduction) วิธีวิจัย (methods) ผลการวิจัย (results) อภิปราย (discussion) บทสรุป (conclusion)	
	องค์ความรู้ใหม่	เป็นบทสรุปของบทความที่แสดงถึงองค์ความรู้ใหม่จากบทความ
	เอกสารอ้างอิง (references)	รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โปรดดูคำอธิบาย “เอกสารอ้างอิง” ด้านล่าง
	ตาราง แผนภูมิหรือภาพประกอบ	แยกออกจากเนื้อหาบทความ โปรดดูคำอธิบาย “ตารางแผนภูมิหรือภาพประกอบ” ด้านล่าง

ประเภทบทความ	ข้อกำหนด	รายละเอียด
บทความวิชาการ (review article)	จดหมายปะหน้า (cover letter)	ประกอบด้วย ประเภทบทความ ชื่อและสังกัด ที่ติดต่อ เบอร์โทรศัพท์และ Email address ของผู้พิมพ์หลัก (corresponding author) ระบุว่าผลงานที่ต้องการเผยแพร่ไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน
	หน้าแรก (title page) ภาษาอังกฤษและภาษาไทย	ประกอบด้วย ชื่อบทความ ชื่อและสังกัดผู้พิมพ์ทุกคน ระบุผู้พิมพ์หลัก พร้อมทั้งติดต่อ เบอร์โทรศัพท์และ Email address
	บทคัดย่อ (abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	เป็นข้อความสรุปเนื้อหาบทความวิชาการ จำนวนไม่เกิน 200 คำ ประกอบด้วย บทนำ เนื้อหาและบทสรุป
	คำสำคัญ (keywords) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	จำนวน 3-5 คำ
	เนื้อหา บทสรุป (conclusion)	
	องค์ความรู้ใหม่	เป็นบทสรุปของบทความที่แสดงถึงองค์ความรู้ใหม่จากบทความ
	เอกสารอ้างอิง (reference)	รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โปรดดูคำอธิบาย “เอกสารอ้างอิง” ด้านล่าง
	ตาราง แผนภูมิหรือ ภาพประกอบ	แยกออกจากเนื้อหาบทความ โปรดดูคำอธิบาย “ตาราง แผนภูมิหรือภาพประกอบ” ด้านล่าง
รายงานผู้ป่วย (case report)	จดหมายปะหน้า (cover letter)	ประกอบด้วย ประเภทบทความ ชื่อและสังกัด ที่ติดต่อ เบอร์โทรศัพท์และ E-mail address ของผู้พิมพ์หลัก (corresponding author) ระบุว่าผลงานที่ต้องการเผยแพร่ไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน
	หน้าแรก (title page) ภาษาอังกฤษและภาษาไทย	ประกอบด้วย ชื่อบทความ ชื่อและสังกัดผู้พิมพ์ทุกคน ระบุผู้พิมพ์หลัก พร้อมทั้งติดต่อ เบอร์โทรศัพท์และ Email address
	บทคัดย่อ (abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	เป็นข้อความสรุปเนื้อหากรณียกรายงานผู้ป่วย จำนวนไม่เกิน 200 คำประกอบด้วย บทนำ เนื้อหาและบทสรุป
	คำสำคัญ (keywords) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	จำนวน 3-5 คำ
	เนื้อหา อภิปราย (discussion) บทสรุป (conclusion)	
	องค์ความรู้ใหม่	เป็นบทสรุปของบทความที่แสดงถึงองค์ความรู้ใหม่จากบทความ
	เอกสารอ้างอิง (reference)	รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โปรดดูคำอธิบาย “เอกสารอ้างอิง” ด้านล่าง
	ตาราง แผนภูมิหรือ ภาพประกอบ	แยกออกจากเนื้อหาบทความ โปรดดูคำอธิบาย “ตารางแผนภูมิหรือภาพประกอบ” ด้านล่าง

ผู้พิมพ์สามารถส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ (online submission) ในวารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทยผ่านทาง website ThaiJO (<https://www.tci-thaijo.org/index.php/jtss/index>) หรือหากมีข้อสงสัย กรุณาติดต่อบรรณาธิการวารสารได้ที่ Email: thaistroke@gmail.com

เอกสารอ้างอิง:

เขียนเอกสารอ้างอิงใน รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) อาทิเช่น

- การอ้างอิงบทความจากวารสาร

รูปแบบ: ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal). ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง :

Dharmasaroja PA, Muengtawepong S, Kommarkg U. Implementation of Telemedicine and Stroke Network in thrombolytic administration: comparison between walk-in and referred patients. Neurocritical care. 2010;13(1):62-6.

- การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและมีบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in a book)

รูปแบบ: ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/ editor(s). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง :

Dharmasaroja PA. Telemedicine and stroke network. In: Dharmasaroja PA, editor. Ischemic Stroke. Bangkok: Jarunsanitwongkanpim; 2012. p. 259-278.

- บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

รูปแบบ: ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/ cited ปี เดือน วันที่]; ปีที่: [หน้า/ about screen]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง :

Dharmasaroja PA, Ratanakorn D, Nidhinandana S, Charernboon T. Comparison of Computerized and Standard Cognitive Test in Thai Memory Clinic. Journal of neurosciences in rural practice [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 12];9(1):140-2.

Available from: <http://europepmc.org/articles/PMC5812140?sessionid=A32C7A09DC3E91E92474AE8>

*กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,) และตามด้วย et al.

**ท่านสามารถศึกษาเพิ่มเติมจากได้ที่

- https://guides.lib.monash.edu/ld.php?content_id=14570618
- <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/administration-and-support-services/library/public/vancouver.pdf>
- <http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf>

ตาราง แผนภูมิและภาพประกอบ:

แยกออกจากเนื้อหาบทความ ควรมีขนาด เนื้อหาเหมาะสม มีความสมบูรณ์ในตัวเอง เข้าใจง่ายและไม่ซับซ้อน

AHA/ASA GUIDELINE

2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack

A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association

5.3. Ischemic Stroke Caused by Small Vessel Disease

Recommendation for Small Vessel Stroke

Referenced studies that support the recommendation are summarized in online [Data Supplement 31](#).

COR	LOE	Recommendation
2b	B-R	1. In patients with ischemic stroke related to small vessel disease, the usefulness of cilostazol for secondary stroke prevention is uncertain. ^{382,384,408–410}



ข้อบ่งใช้¹

- รักษาอาการขาดเลือดที่เกี่ยวข้องกับการอุดตันของหลอดเลือดแดงเรื้อรัง เช่น การเกิดแผล (ulceration) ความเจ็บปวด อาการเย็นตามปลายมือ ปลายเท้า
- ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะเนื้อสมองตายเนื่องจากหลอดเลือดอุดตัน (cerebral infarction) (ไม่รวมถึง cardiogenic cerebral embolism)

References:

- PLETAAL®SR Capsule Package Insert
- Kleindorfer et al. 2021 Guideline for the Secondary Prevention of Ischemic Stroke. *Stroke*. 2021;52:00–00. DOI: 10.1161/STR.0000000000000375. p.e37

PLETAAL®SR Capsule PRESCRIBING INFORMATION:

ACTIVE INGREDIENT: One capsule contains 100 mg of cilostazol. **INDICATION:** 1.Treatment of ischemic symptoms, including ulceration, pain, and coldness of the extremities, in chronic arterial occlusion 2.Prevention of recurrence of cerebral infarction (excluding cardiogenic cerebral embolism). **CONTRAINDICATION:** Patients with congestive heart failure (Condition may be worsened). **IMPORTANT PRECAUTION:** Taking cilostazol with meal has been shown to increase the plasma concentrations of cilostazol, which may be associated with an increased incidence of adverse reactions. **DOSAGE AND ADMINISTRATION:** The usual adult dose of PLETAAL is 200 mg of cilostazol, once daily, by the oral route. This drug is taken on an empty stomach without food. **ADVERSE REACTIONS:** headache/dull headache, tachycardia, palpitation, abdominal pain, diarrhoea, nausea/vomiting, dizziness. **DRUG INTERACTION:** erythromycin, ketoconazole, diltiazemhydrochloride, grapefruit juice. **PACKAGING:** Blister of 10 capsules (press-through packages), 3 blisters per box.

