

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญในปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ถือว่าเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข และเป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตที่เพิ่มมากขึ้นของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้รายงานอุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วโลกในปี 2551 ว่ามีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นจำนวน 17.3 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 30 จากสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 23.6 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2573 ในจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่ามีมากกว่าร้อยละ 80 พบในประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลางและรายได้ระดับต่ำ (World Health Organization [WHO], 2011) ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ปีละประมาณ 785,000 ราย ซึ่งเท่ากับว่าทุกๆ 25 วินาที จะมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้น 1 ราย และกลับเป็นซ้ำถึงปีละประมาณ 470,000 ราย มีรายงานว่าในปี ค.ศ. 2008 มีอัตราผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดถึง 244.8 ต่อแสนประชากร คิดเป็นร้อยละ 32.8 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด (Roger et al., 2012) ส่วนประเทศไทยพบว่ามีจำนวนผู้ที่ป่วยด้วยโรคหัวใจ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ถึงปี พ.ศ. 2553 เป็นอัตรา 749.54, 793.03 และ 844.82 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ถึงปี พ.ศ. 2553 เป็นอัตรา 29.8, 29.0 และ 28.9 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และเป็นสาเหตุในการเสียชีวิตลำดับที่สามของประเทศ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) และสำหรับรายงานของโรงพยาบาลเชียงใหม่ประจักษ์พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึงปี พ.ศ. 2554 จำนวน 805, 694 และ 786 รายตามลำดับและพบว่าเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึงปี พ.ศ. 2554 คิดเป็นร้อยละ 6.68, 8.27 และ 7.65 ของจำนวนผู้ที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลเชียงใหม่ประจักษ์, 2554) จากรายงานดังกล่าวข้างต้น ยืนยันได้ว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาที่สำคัญยิ่งของระบบสุขภาพ

โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นกลุ่มโรคที่มีพยาธิสภาพต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดทั่วร่างกาย (American Heart Association [AHA], 2011) มักเกิดจากความผิดปกติด้านโครงสร้างและ/หรือความผิดปกติในการทำหน้าที่ในหัวใจ (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2550) ที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคของลิ้นหัวใจ โรคหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบ และโรคหลอดเลือดแดงที่ออกจากหัวใจโป่งพอง พยาธิสภาพจะส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ในร่างกายลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วย เช่น รู้สึกอ่อนเพลียเจ็บหน้าอก หายใจลำบาก หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ซึ่งอาการและอาการแสดงจะค่อยเป็นค่อยไป หรือเกิดขึ้นเฉียบพลันก็ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรค (Samkaew, 2008) จึงเป็นโรคที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม

การรักษาผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถทำได้ทั้งทางอายุรกรรมและศัลยกรรม สำหรับการรักษาทางอายุรกรรมนิยมใช้รักษาโรคที่เกิดจากความผิดปกติด้านการทำงานหัวใจ หัวใจเต้นผิดจังหวะ และการมีภาวะก่อนเลือดอุดตัน ซึ่งเป็นการรักษาเพื่อควบคุมอาการโดยการใช้จ่ายควบคู่กับการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน เป็นต้น ส่วนการรักษาทางศัลยกรรมเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษา ใช้ในกรณีที่รักษาด้วยยาแล้วไม่มีการตอบสนองต่อการรักษาและอาการไม่ดีขึ้นหรือในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านโครงสร้างของหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคของลิ้นหัวใจ โรคหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบ และโรคหลอดเลือดแดงที่ออกจากหัวใจโป่งพอง และมีระดับความรุนแรง (functional classification) ระดับ 3 ขึ้นไป (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2550) มีรายงานว่า การรักษาด้วยการผ่าตัดจะช่วยให้มีอัตราการรอดชีวิตดีกว่าการรักษาด้วยยาไม่ว่าการบีบตัวของหัวใจห้องซ้ายล่างจะดีหรือไม่ก็ตาม (พัชร อ่องจรี, 2550) การรักษาด้วยการผ่าตัดมีวัตถุประสงค์หลักคือ แก้ไขความผิดปกติให้กลับคืนสู่สภาพปกติให้มากที่สุด ซึ่งการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นวิธีการที่นิยมใช้กันมากรูปแบบหนึ่งในปัจจุบัน

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) หมายถึง การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดที่ต้องอาศัยการทำงานของเครื่องหัวใจและปอดเทียม (heart lung machine) ช่วยในการทำหน้าที่ของหัวใจและปอดขณะผ่าตัด โดยขณะผ่าตัดเลือดส่วนใหญ่หรือทั้งหมดไม่ผ่านหัวใจเลย และต้องให้หัวใจหยุดเต้นชั่วคราว (Seifert, 2003) มีการใช้เทคนิคต่างๆ ขณะทำการผ่าตัด คือ การลดอุณหภูมิให้ต่ำลงขณะทำการผ่าตัด (hypothermia) การทำให้หัวใจหยุดเต้น (cardioplegia perfusion technique) และทำให้เลือดเจือจาง (hemodilution technique) เพื่อป้องกันไม่ให้อวัยวะต่างๆ ได้รับความอันตรายจากการผ่าตัด (สุนันทา สกุณฺธิ, 2551; Selnes et al., 2546; Tully, Baker, & Knight, 2551) จุดมุ่งหมายของการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด คือ จัดการกับพยาธิสภาพที่เกิดจากโครงสร้างที่ผิดปกติ

และเพื่อแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับหัวใจและหลอดเลือด เช่น การผ่าตัดเย็บรูรั่วที่ผนังกั้นระหว่างห้องหัวใจ (repair or closed of defect) การผ่าตัดเพื่อซ่อมแซมตกแต่งหรือขยายขอบลิ้นหัวใจ (valvuloplasty or annuloplasty) หรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (valve replacement) การผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงในหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft) การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (heart transplantation) เป็นต้น อย่างไรก็ตาม จากรายงานการศึกษาของ ศรัณยู คริ่งมี (2543) ในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดและอยู่ในระหว่างรอรับการผ่าตัดพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้หัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดสำหรับการมีชีวิต แม้จะเชื่อกันว่าการรักษาโดยการผ่าตัดเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดในการรักษาโรคแต่ก็รับรู้ว่ามีความเสี่ยงสูง การเข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้ป่วยจึงมักมีความกลัวล่วงหน้าและมีความวิตกกังวลสูง

ความวิตกกังวล (anxiety) เป็นกลไกการตอบสนองตามธรรมชาติในบุคคลต่ออันตราย เป็นปฏิกิริยาอัตโนมัติที่แสดงออกเมื่อรู้สึกว่าคุณคุกคาม ซึ่งอาจมีการแสดงออกทั้งทางอารมณ์ความรู้สึกและการแสดงออกทางกาย ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบ ประกอบด้วย ความรู้สึก ความหวาดหวั่น ความเกรงกลัวต่อสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ (unpredictable situation) มีความตึงเครียด ซึ่งการรับรู้ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยอาจเป็นสถานการณ์จริงหรือเกิดการจินตนาการขึ้นมาเองจากความไม่รู้ก็ได้ (Moser et al., 2007) ส่วนการแสดงออกทางร่างกายเป็นการตอบสนองโดยอัตโนมัติต่อความวิตกกังวลประกอบด้วย อาการปวดศีรษะ หน้าแดง ปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้อตึงเครียด เมื่อยล้า นอนไม่หลับ หรืออาการที่รุนแรงมาก เช่น อาการเจ็บหน้าอก ใจเต้น หายใจลำบาก (Smith, Robinson, & Segal, 2011) ความวิตกกังวลมักส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวล มักเป็นปัญหาสำคัญยิ่งในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัยด้วยกัน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีได้หลายประการ เช่น ความรุนแรงในอาการเจ็บอก ความไม่สุขสบาย ระยะเวลาที่รอคอยการผ่าตัด ความรู้สึกไม่แน่นอนในผลลัพธ์หลังการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด การใช้ชีวิตหลังการผ่าตัด (Gallagher & McKinley, 2007) การรับรู้และภาวะฟุ้งฟิง (Gallagher & McKinley, 2009) การจำกัดความสามารถในการทำหน้าที่ในร่างกาย และความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับจากทีมสุขภาพ (Fitzsimons, Parahoo, Richardson, & Stringer, 2003) การให้ความสำคัญกับการลดความวิตกกังวลในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจึงได้รับความสนใจจากบุคลากรด้านสุขภาพมาโดยตลอด

ความวิตกกังวลในระดับสูงอาจมีผลทำให้ความสามารถในการคิดและการตัดสินใจลดลง (Pignay-Demaria, Lespérance, Dermaria, Frasure-Smith, & Perrault, 2003) ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดลดลง (นาตยา พิงสว่าง, 2545; แสงว ปัญญาดี, 2544) มีระดับ

ความปวดที่เพิ่มมากขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นเร็ว ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทำให้บาดแผลหายช้า มีการติดเชื้อได้ง่าย (Bailey, 2010; Scott, 2004; Vaughn, Wichowski, & Bosworth, 2007) ทำให้ระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานมากขึ้น (Guo, East, & Arthur, 2011; Wong, Chang, & Chair, 2010) ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น (Dao et al., 2011; Rymaszewsky, Kiejna, & Hadrys, 2003) ทำให้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม (Viars, 2009) ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาลำบากอีกครั้ง (Oxlad, 2006) และทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงสูงต่ออัตราการเสียชีวิตหลังผ่าตัด (Tully et al., 2008) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพื่อลดผลกระทบที่อาจเป็นอุปสรรคต่อผลการรักษาได้

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ดังการศึกษาของสุรศักดิ์ พุฒินิพนธ์ (2545) ที่ทำการศึกษาวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในการวิจัยที่รายงานไว้ในปี พ.ศ. 2522 ถึง พ.ศ. 2544 ซึ่งพบว่า มีหลายวิธีที่ให้ผลดีต่อการลดความวิตกกังวล เช่น การสอนและการให้ข้อมูล การใช้เทคนิคบำบัดทางการพยาบาลประกอบด้วย การสัมผัส การใช้ดนตรีบำบัด การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ และการใช้แบบหลายวิธีร่วมกัน หลังจากนั้น ก็ได้มีรายงานการศึกษาวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง พบว่ามีการทดลองวิธีการที่หลากหลาย เช่น การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดวิธีการผ่าตัดและผลที่จะตามมา (คงศักดิ์ เตชะวิบูลย์ผล, จิตราภรณ์ ความคำนึง, อดิคุณ ชนกิจ และ เกศชาดา เอื้อไพโรจน์กิจ, 2554; ลีกิจ โหราฤทธิ์, 2551; วิณา ลอยเมฆ, 2549; Ayril, Gicquere, Duhalde, & Bougheny, 2545; Kiyohara et al., 2547) การสอนและสาธิตการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังผ่าตัด (Wong, Chang & Chair, 2010) การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด (สุภาพร เลิศร่วมพัฒนา, 2544) การใช้ดนตรีบำบัด (Arsian, Özer, & Özyurt, 2008; Bringman, Giesecke, Thörne, & Bringman, 2009; Lee, Chao, Yiin, Chiang, & Chano, 2011; Pittman & Kridli, 2011; Shabanloei, Golchin, Esfahani, Dolatkhah, & Rasoulia, 2010) การฟังเพลงเพื่อการผ่อนคลาย (Ko & Lin, 2011) การนวด (Cutshall et al, 2010) การสัมผัสบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัด (สุนีย์ สุธีวีระจร, 2547) การใช้เสียงเพื่อปรับคลื่นสมองในมนุษย์ (Padmanabhan, Hildreth, & Laws, 2005) การใช้แพทย์ทางเลือกโดยการฝังเข็มที่บริเวณหู (Wang, Peloquin, & Kain, 2001) การใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ (Braden, Reichow, & Halm, 2009; Stirling, Raab, Alder, & Robertson, 2007) การกดจุด (Agarwal, Ranjan, Dhiraaj, Kumar, & Singh, 2005) จะเห็นได้ว่าส่วนหนึ่งมีการใช้วิธีการที่แตกต่างออกไปในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งวิธีการที่ใช้มักจะขึ้นอยู่กับโรคในผู้ป่วยและชนิดใน



การผ่าตัด อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวข้างต้น เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่มีความหลากหลาย ไม่ใช่การศึกษาเฉพาะในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดซึ่งมีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงค่อนข้างสูงกว่าการผ่าตัดชนิดอื่นๆ การทบทวนวิธีการที่ใช้ได้ผลดีในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากการสืบค้นข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับรายงานผลการวิจัยที่ศึกษาการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ทำในประเทศไทยและต่างประเทศ ที่มีรายงานไว้ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2541 ถึง พ.ศ. 2555 (ค.ศ. 1998 ถึง ค.ศ. 2012) ในฐานข้อมูล CINAHL, Dissertations Full Text, ProQuest Dissertations and Thesis, OvidSP, Pub Med, ScienceDirect, Science Online, และ Wiley InterScience (Blackwell Synergy) พบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลด้วยวิธีการต่างๆ จำนวน 15 เรื่อง ได้แก่ การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึก และคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (อรุราดี เจริญไชย, 2541) การให้ข้อมูล (information) (Sørlie, Busund, Sexton, Sexton, & Sørlie, 2007) การให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษา การผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (Asilioglu & Celik, 2004; Deyirmenjian, Karam, & Salameh, 2006; Guo et al, 2011; Shuldham, Fleming, & Goodman, 2002) วิธีการดูแลร่วมกัน โดยมีพยาบาลเป็นผู้นำ (Nurse led shared care) (McHugh et al., 2001) การให้คำปรึกษา (ปนัดดา พิทยาภรณ์ และมัลลวีร์ อกุลวัฒน์ศิริ, 2553) การฝึกกายภาพบำบัดร่วมกับการให้ความรู้ (Garbossa, Maldaner, Mortari, Biasi, & Leguisamo, 2009) การใช้ดนตรีบำบัด (Sendelbach, Halm, Doran, Miller, & Gaillard, 2006) การสัมผัสบำบัด (MacIntyre et al., 2008; Moeini, Zare, Hazrati, & Saghaei, 2008) การบำบัดด้วยกระบวนการคิด (Dao et al., 2011) การสร้างจินตภาพโดยใช้เทปบันทึกเสียง (guided imagery audiotape) (Stein et al., 2010) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผ่านกลุ่มสนับสนุน (Parent & Fortin, 2000) ผลในการศึกษาดังกล่าว หลายเรื่องสามารถยืนยันถึงวิธีการปฏิบัติที่ได้ผลดีต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งควรที่จะได้รับการรวบรวมไว้อย่างเป็นระบบเพื่อเป็นข้อเสนอแนะในทางปฏิบัติในวิธีปฏิบัติที่ได้ผลดี (recommendations of best practices)

การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการรวบรวม คัดเลือก ประเมินคุณค่า และสรุปข้อเสนอแนะเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติที่ได้ผลดีที่สุดในด้านต่างๆ ซึ่งได้กระทำอย่างเป็นระบบในทุกขั้นตอน ซึ่งการสรุปข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (Best Practice Information) จะกระทำในกรณีที่ผลการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าวิธีการที่ใช้มีประสิทธิผลที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทั้งทางสถิติ (statistical significance) หรือเป็นวิธีการที่เหมาะสมและมีคุณค่าต่อผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก (clinical significance)

(Joanna Briggs Institute, 2010) ซึ่ง การสืบค้นและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายถือเป็นสมรรถนะหลักอย่างหนึ่งในพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse) ตามประกาศสภาการพยาบาล (2552)

ผู้ศึกษาจึงมีความประสงค์ที่จะทำการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยใช้ขั้นตอนการจัดทำเอกสารสรุปข้อเสนอแนะการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice Information Sheets) ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute, 2010) ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดให้มีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

### คำถามการศึกษา

หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีอะไรบ้าง

### ขอบเขตและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเอกสาร (Document Study) เพื่อทบทวนผลการวิจัยอย่างเป็นระบบจากรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยคัดเลือกงานวิจัยที่ทำทั้งในประเทศไทยและงานวิจัยที่ทำในต่างประเทศที่เป็นภาษาอังกฤษที่รายงานไว้ย้อนหลัง คือระหว่างปี พ.ศ. 2541 ถึง พ.ศ. 2555 (ค.ศ. 1998 ถึง ค.ศ. 2012)

### นิยามศัพท์

การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึง การสรุปความรู้จากเอกสารงานวิจัยโดยอาศัยกระบวนการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบตามที่เสนอโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์

(The Joanna Briggs Institute, 2010) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน การกำหนดปัญหา การสืบค้น และ คัดเลือกงานวิจัย การประเมินคุณค่างานวิจัย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ผล การนำเสนอข้อมูล และการแปลผลข้อมูล

**การลดความวิตกกังวล** หมายถึง วิธีการปฏิบัติที่ได้ผลดีที่ใช้ในกระบวนการดูแลเพื่อลด ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษา การ ผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และการใช้วิธีการต่างๆ โดยในการศึกษานี้การลดความวิตกกังวล เป็นตัวแปรต้นของการศึกษาที่นำมาทบทวน

**ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด** หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ที่ต้องอาศัยการทำงานของเครื่องหัวใจและปอดเทียม (heart lung machine) ช่วยในการทำหน้าที่ ของหัวใจและปอดในขณะที่ผ่าตัดในการศึกษานี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เป็น ประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยที่นำมาทบทวน