

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดซึ่งผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความ งานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
 - 1.1 ความหมายของการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
 - 1.2 วัตถุประสงค์ของการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
 - 1.3 ผลกระทบของการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต่อการทำงานของร่างกาย
2. ความวิตกกังวล
 - 2.1 ความหมายของความวิตกกังวล
 - 2.2 ชนิดของความวิตกกังวล
 - 2.3 ปัจจัยส่งเสริมความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
 - 2.4 ผลกระทบของความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
3. วิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
4. หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
 - 4.1 ความหมายของหลักฐานเชิงประจักษ์
 - 4.2 การประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery)

ความหมายของการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) หมายถึง การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดที่ต้องอาศัยการทำงานของเครื่องหัวใจและปอดเทียม (heart lung machine) ช่วยในการทำหน้าที่ของหัวใจและปอด (Extracorporeal circulation) ในขณะที่ทำการผ่าตัดผ่าตัด โดยต้องให้หัวใจหยุดเต้นชั่วคราว

และขณะผ่าตัดเลือดส่วนใหญ่อหรือทั้งหมดไม่ผ่านหัวใจเลย (Finkelmeier, 2000; Seifert, 2003) แต่เลือดยังสามารถไปเลี้ยงอวัยวะส่วนอื่นๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ ทำให้สามารถมองเห็นพยาธิสภาพที่ต้องการแก้ไขได้ชัดเจน เพื่อให้ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัดได้ง่ายและประณีต (รัฐภา แก่นสาร, 2549; อุไร ศรีแก้ว, 2543; Rosdahl & Kowaiski, 2546) ร่วมกับการใช้เทคนิค การลดอุณหภูมิขณะทำการผ่าตัด (hypothermia) การทำให้หัวใจหยุดเต้น (cardioplegia perfusion technique) และทำให้เลือดเจือจาง (hemodilution technique) เพื่อป้องกันไม่ให้อวัยวะต่างๆ ได้รับอันตรายจากการผ่าตัด (สุนันทา สกุศลดี, 2551; Selnes et al., 2546; Tully et al., 2008)

วัตถุประสงค์ของการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

วัตถุประสงค์การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดคือการจัดการกับพยาธิสภาพที่เกิดจากโครงสร้างที่ผิดปกติ และเพื่อแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับหัวใจและหลอดเลือด เช่น การผ่าตัดเย็บรูรั่วที่ผนังกั้นระหว่างห้องหัวใจ (repair or closed of defect) การผ่าตัดเพื่อซ่อมแซมตกแต่งหรือขยายขอบลิ้นหัวใจ (valvuloplasty or annuloplasty) หรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (valve replacement) การผ่าตัดเปิดเพื่อเข้าไปเย็บปิดเส้นเลือด (patient ductus artery closure) การผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงในหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft) และการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (heart transplantation) เป็นต้น (รัฐภา แก่นสาร, 2549; สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.; อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์, 2543; Deelstra & Blue, 2546; Riley, 2550)

ผลกระทบของการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต่อการทำงานของร่างกาย

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ใช้จัดการกับพยาธิสภาพที่เกิดจากโครงสร้างที่ผิดปกติ และเพื่อแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกายจึงนับได้ว่ามีความเสี่ยงสูงทำให้พิการหรือเสียชีวิตได้ ประกอบกับวิธีการผ่าตัดมีความซับซ้อนที่ต้องอาศัยการทำงานของเครื่องหัวใจและปอดเทียม การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และใช้ระยะเวลาในการผ่าตัด จึงมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อชีวิต ส่งผลกระทบต่อหน้าที่การทำงานของร่างกายและทางด้านจิตใจผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ดังนี้

ในระยะก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมักจะมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์มากกว่าปกติ เนื่องจากการที่บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดทางด้าน

ลบมากกว่าทางด้านบวก ในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดมีการรับรู้ที่หัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดสำหรับการมีชีวิต แม้จะเชื่อกันว่าการรักษาโดยการผ่าตัดเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดในการรักษาโรคแต่ก็รับรู้ว่ามีความเสี่ยงสูง การเข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้ป่วยจึงมักมีความกลัวล่วงหน้าและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดจะสูงในระยะก่อนผ่าตัดและจะลดลงหลังการผ่าตัด (ศรัญญา คริ่งมี, 2543; Hoyer et al., 2551) โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลที่พบบ่อย ได้แก่ ความรุนแรงในอาการเจ็บอก ความไม่สุขสบาย ระยะเวลาที่รอคอยการผ่าตัด ความรู้สึกไม่แน่นอนในผลลัพธ์หลังการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด การใช้ชีวิตหลังการผ่าตัด (Gallagher & McKinley, 2007) การรับรู้และภาวะฟุ้งฟิง (Gallagher & McKinley, 2009) การจำกัดความสามารถในการทำหน้าที่ในร่างกาย และความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับจากทีมสุขภาพ (Fitzsimons et al., 2003) ความวิตกกังวลในระดับสูงอาจมีผลทำให้ความสามารถในการคิดและการตัดสินใจลดลง (Pignay-Demaria et al., 2003) ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดลดลง (นาตยา พิงสว่าง, 2545; แสงว ปัญญาดิ, 2544)

ในระยะหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจากวิธีการผ่าตัดใหญ่ที่ต้องอาศัยการทำงานของเครื่องหัวใจและปอดเทียม การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และใช้ระยะเวลานานในการผ่าตัด จึงมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อชีวิต ส่งผลกระทบต่อหน้าที่การทำงานของร่างกายและทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยทั้งในหลังผ่าตัด ดังนี้

1. ด้านร่างกาย

1.1 ระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญและคุกคามชีวิต ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดัชนีที่สำคัญที่แสดงถึงการทำงานของหัวใจ ได้แก่ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาที (cardiac output) โดยมีสาเหตุดังนี้

1.1.1 ปริมาณการไหลเวียนของเลือดลดลง (hypovolemia) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด อาจเกิดการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัดหรือระหว่างผ่าตัด สาเหตุที่พบบ่อยได้แก่ การเสียเลือดหลังผ่าตัด เนื่องจากมีการทำลายปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดขณะใช้เครื่องช่วยหัวใจและปอดเทียม หรือมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ทำให้มีการรั่วซึมของเลือดจากรอยเย็บและหลอดเลือด (Holloway, 2004) การประเมินการเสียเลือดจากแผลผ่าตัดและท่อระบายทรวงอกไม่ควรมากกว่า 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ถ้ามากกว่านี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อก (shock) ได้

1.1.2 ภาวะหัวใจถูกกด (cardiac tamponade) เป็นผลจากการมีเลือดหรือของเหลวอยู่ในช่องทรวงอกและเยื่อหุ้มหัวใจ ทำให้การคลายตัวเพื่อรับเลือดของหัวใจห้องล่างถูกจำกัด และเลือดหรือของเหลวเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ หรือไม่สามารระบายออกได้ทางท่อระบายทรวงอก ทำให้เกิดการคั่งและมีแรงกดต่อหัวใจส่งผลให้หัวใจไม่สามารถขยายตัวรับเลือดที่ไหลกลับคืนเข้าสู่หัวใจ

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รัชญา แก่นสาร, 2549; วิจิตรา กุสุมภ์ และ พวงผกา กรีทอง, 2553; อุษาวดี อัสตรวิเศษ, 2553)

1.1.3 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดประสิทธิภาพ สาเหตุที่สำคัญได้แก่ สภาพเดิมของหัวใจก่อนผ่าตัด และอาจมีสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ ขณะผ่าตัดได้รับอุบัติเหตุหรือมีกัมมันตรังสีต่อกล้ามเนื้อหัวใจ การเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดที่ทำทางเบี่ยง และการหนีบหลอดเลือดแดงเอออร์ตา (cross clamp aorta) (Nowak, 2003) นอกจากนี้ภาวะโป๊สตีเซียมต่ำ หรือภาวะเลือดเป็นกรดมาก ก็มีผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ

1.1.4 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว (atrial fibrillation) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยหลังการผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (รัชญา แก่นสาร, 2006; Fisher, Walsh, & Cross, 2002; Ledoux & Luikart, 2005; Riley, 2007; Sethares, Seifert, & Smith, 2008)

1.2 ระบบหายใจ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดปัญหาในการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ จากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ทำให้ปริมาณออกซิเจนที่ได้รับขณะหายใจเข้าลดลงน้อยกว่าร้อยละ 40 ของปริมาณอากาศทั้งหมด และการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม ส่งผลให้ปอดไม่สามารถขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดถุงลมปอดแฟบในวันแรกหลังผ่าตัดได้ถึงร้อยละ 87 และร้อยละ 30 ในวันต่อมา (อุไร ศรีแก้ว, 2543) เนื่องจากมีการทำลายสารเคลือบ (surfactant) ภายในถุงลมปอดจากภาวะอุณหภูมิตำระหว่างผ่าตัด และการอุดกั้นช่องทางเดินหายใจจากเสมหะจากการใส่ท่อช่วยหายใจในขณะผ่าตัด (Fisher, Walsh, & Cross, 2002; Ledoux & Luikart, 2005; Riley, 2007)

1.3 ระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดซึ่งพบได้น้อย เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับภาวะที่เลือดออกจากหัวใจก่อนที่ลดลงหรือมีภาวะความดันโลหิตต่ำระหว่างการผ่าตัด จึงทำให้เลือดที่ไหลเวียนไปยังไตลดลง เป็นผลให้อัตราการกรองของหน่วยไตลดลง โดยตัวที่บ่งบอกการทำงานน้ำที่ของไตได้แก่ ปริมาณและลักษณะของปัสสาวะ ซึ่งปริมาณปัสสาวะควรออกอย่างน้อย 0.5-1 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อชั่วโมง (Fisher, Walsh, & Cross, 2002; Ledoux & Luikart, 2005; Riley, 2007; Sethares, Seifert, & Smith, 2008)

1.4 ระบบประสาท ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอาจมีอาการทางสมอง เนื่องจากสมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอหรือเกิดลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือดสมอง ซึ่งเกิดจากการหนีบหลอดเลือดแดงเอออร์ตาขณะผ่าตัด (Holloway, 2004) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสน กระสับกระส่าย และในรายที่มีอาการรุนแรงอาจหมดสติและเสียชีวิตได้ (Fisher, Walsh, & Cross, 2002; Ledoux & Luikart, 2005; Riley, 2007; Sethares, Seifert, & Smith, 2008)

1.5 ระบบป้องกันการติดเชื้อ การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดพบได้น้อยประมาณร้อยละ 1-3 ผู้ป่วยยังมีโอกาสติดเชื้อจากการสอดใส่สายยาง หรือท่อระบายต่างๆเข้าไปในร่างกายเพื่อวัดและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงต่างๆ โดยเฉพาะหากมีการใส่สายไว้นานกว่า 7 ชั่วโมง อัตราการติดเชื้อจะสูงขึ้น บริเวณที่มักมีการติดเชื้อ ได้แก่ ระบบหายใจจากการระบายอากาศที่ไม่เพียงพอและการใส่ท่อหลอดลมคอ ระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น (Fisher, Walsh, & Cross, 2002; Ledoux & Luikart, 2005; Riley, 2007; Sethares, Seifert, & Smith, 2008)

1.6 ความปวดหลังผ่าตัดหัวใจ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการผ่าตัดหัวใจทำให้เนื้อเยื่อกล้ามเนื้อ กระดูก กล้ามเนื้อหัวใจ หลอดเลือดได้รับบาดเจ็บหรือถูกทำลาย (Gelinas, 2007) ตำแหน่งที่ปวดในผู้ป่วยผ่าตัดกล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ บริเวณแผลผ่าตัดหน้าอก แผลผ่าตัดแขนหรือขาจากการผ่าตัดเพื่อนำเส้นเลือดมาทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ กล้ามเนื้อบริเวณอก ไหล่หลัง และบริเวณลิ้นปี่ (Mueller et al., 2000) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง 1-2 วันแรกหลังผ่าตัด จะอาการปวดเริ่มลุกลาม วันที่ 7 หลังผ่าตัดและความปวดจะหายไปใช้ระยะเวลาประมาณ 2-3 เดือนหลังผ่าตัดทำให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจผู้ป่วย โดยเฉพาะความปวดหลังผ่าตัดหัวใจที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรบกวนทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วย (สุกัญญา พัทวี, 2541) ความปวดทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างไม่เหมาะสม (Helms & Barone, 2008; Milogrom, Brooks, Bunnell, Wuestefeld, & Beckman, 2004)

2. ด้านจิตใจ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมักมีพฤติกรรมทางจิตที่รวมกันเรียกว่า Postcardiotomy delirium (PCD) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 23 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจ (Cecilia et al., 2008) และ 1 ใน 3 ของจำนวนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทางจิตพบว่ามีประวัติใช้แอลกอฮอล์ก่อนเข้ารับการผ่าตัด (Tan et al., 2009) โดยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เศร้า สับสน สูญเสียความทรงจำ ประสาทหลอน กลัว วิดกกังวล การรับรู้เปลี่ยนแปลงซึ่งเกิดจาก การถูกแยกอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก การขาดการพักผ่อนติดต่อกันหลายวัน และจากการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นจากภาวะวิกฤติที่ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายอย่างกะทันหัน การที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและได้รับการผ่าตัด ผลการรักษาและความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะที่เกิดจากแผลผ่าตัด เป็นต้น

3. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจะต้องได้รับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาหลายวัน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจที่ไม่สามารถ

พบปะพูดคุยกับญาติได้ตามความต้องการของตนเอง ทำให้ต้องหยุดงาน (Viars, 2009) ขาดรายได้ประจำและทำให้มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา และเมื่อกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านผู้ป่วยยังไม่สามารถทำงานได้ตามปกติและต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้บทบาทหน้าที่ในสังคมและครอบครัวลดลง จึงส่งผลกระทบต่อทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดและความวิตกกังวลมากขึ้น

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความเกี่ยวข้องกับหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกายถือได้ว่ามีความเสี่ยงสูง ประกอบกับวิธีการผ่าตัดที่ต้องอาศัยการทำงานของเครื่องหัวใจและปอดเทียม การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และใช้ระยะเวลาในการผ่าตัด จึงมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อชีวิต และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงทั้ง การทำงานของร่างกายและทางด้านจิตใจผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ซึ่งเกิดจากการต้องประสบกับเหตุการณ์หรือกิจกรรมต่างๆที่กระทำต่อผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัว ไม่แน่ใจในความปลอดภัยในชีวิตของตนเองกลัวอันตรายที่เกิดขึ้นกับร่างกาย มีความรู้สึกว่าคุณภาพต่อความมั่นคง ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลก่อนได้รับการผ่าตัดสามารถเกิดได้กับผู้ป่วยทุกคน ดังนั้นทีมให้บริการด้านสุขภาพควรตรวจสอบระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อป้องกันการพัฒนากลายเป็นความวิตกกังวลในระดับที่สูงมากขึ้น (McCann, Fauerbach, & Thombs, 2005) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพื่อลดผลกระทบที่อาจเป็นอุปสรรคต่อผลการรักษาและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ (Gallagher & McKinley, 2009) และทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาซ้ำอีกครั้ง (Oxlad, 2006)

ความวิตกกังวล

ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (anxiety) เป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐานของบุคคลที่สามารถพบในชีวิตประจำวัน (Taylor, 1994) ในอดีตใช้คำว่าโรคประสาท (neurotic) เป็นคำอธิบายถึงผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลผิดปกติ (อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) และมีผู้ให้ความหมายของความวิตกกังวลต่างกัน ดังนี้

โมเซอร์ และคณะ (Moser et al., 2007) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึก ความหวาดหวั่น ความตึงเครียด ความเกรงกลัวต่อสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ (unpredictable situation) ซึ่งอาจเป็นสถานการณ์จริงหรือเกิดการจินตนาการขึ้นมาเองจากความไม่รู้

เพปพลาว (Peplau, 1989) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกไม่สบายใจหวาดกลัว เป็นสัญญาณอันตรายและพลังงานรูปแบบหนึ่งที่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสรีระและพฤติกรรม

สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1976) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกถึงความตึงเครียด หวาดหวั่น กลัวและกังวลของบุคคล จะกระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณค่าหรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองโดยสิ่งคุกคามอาจมีจริงหรืออาจเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า

สมิท และคณะ (Smith et al., 2011) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นกลไกการตอบสนองตามธรรมชาติในบุคคลต่ออันตราย เป็นปฏิกิริยาอัตโนมัติที่แสดงออกเมื่อรู้สึกว่าถูกคุกคาม ซึ่งอาจมีการแสดงออกทั้งทางอารมณ์ความรู้สึกและการแสดงออกทางกาย

เทเลอร์ (Taylor, 1994) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความตึงเครียดทางอารมณ์ หรือมีสิ่งต่างๆมากระตุ้น ทำให้รับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงขึ้น โดยบุคคลนั้นๆ จะต้องมีการตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

วัลลภ ปิยะมโนธรรม (2550) กล่าวว่า ความวิตกกังวล ที่เกิดจากความคิดความกลัวและความประหม่ามักมีผลกระทบกับระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดอาการไม่สบายทางกายร่วมด้วย โดยที่ระบบอวัยวะภายในนั้นก็ไม่มีความคิดปกติ อาทิ เกิดอาการหัวใจสั่นเต้นแรง ตัวสั่น ปวดศีรษะ วิงเวียนคลื่นไส้ แน่นหรือเจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวก เป็นต้น

สภาการพยาบาล (2550) ได้กล่าวไว้ในแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก (clinical nursing practice guideline) ว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถูกคุกคามไม่มีความมั่นคง ไม่มีความปลอดภัย เกิดความกดดัน รู้สึกตึงเครียด กระวนกระวาย ไม่สบายใจ ความสนใจและการรับรู้ข้อมูลใหม่ลดลง ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานมาก

จากที่กล่าวมานั้นพอสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง เป็นปฏิกิริยาตอบสนองโดยอัตโนมัติ ต่อสิ่งเร้าบางอย่างที่มากระตุ้น ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ และมีความรู้สึกว่าถูกคุกคาม ซึ่งอาจมีการแสดงออกทั้งทางอารมณ์ความรู้สึกและการแสดงออกทางกาย โดยมีปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้หลายปัจจัย และมีความแตกต่างกันออกไป

ชนิดของความวิตกกังวล

สปีลเบอร์เกอร์ (Spieberger, 1976) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ชนิด คือ ความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait-Anxiety [A-Trait]) และความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State-Anxiety [A-State]) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. วิตกกังวลแบบแฝง (Trait-Anxiety, A-Trait) คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างคงที่และปรากฏออกมาในลักษณะของบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล และจะเป็นตัวเสริมหรือตัวประกอบของความวิตกกังวลที่เผชิญในแต่ละครั้งที่เกิดขึ้น เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบแฝงค่อนข้างสูงจะรับรู้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรืออันตรายได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแบบแฝงต่ำ

2. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State-Anxiety, A-State) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เฉพาะหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ทำให้เกิดอันตรายมากระตุ้น และพฤติกรรมโต้ตอบจะแสดงออกในช่วงระยะเวลาที่ถูกกระตุ้น ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากอุปนิสัยและประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

ความวิตกกังวลแบบแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญ มีความสัมพันธ์กันในลักษณะเมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในขณะที่เผชิญระดับสูง ระดับความวิตกกังวลแบบแฝงที่มีอยู่ในตัวบุคคลจะเป็นตัวเสริมให้เกิดความวิตกกังวลในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้

ปัจจัยส่งเสริมความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ปัจจัยที่มีผลทำให้ระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดแตกต่างกันมีหลายประการ ดังนี้

1. ประสบการณ์ในอดีตที่ยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติ ผู้ป่วยที่เคยผ่านเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลมาก่อน และเคยใช้วิธีการเผชิญต่อภาวะเครียดและวิตกกังวลอย่างไรและหากได้ผลดี ก็จะนำวิธีการที่เคยปฏิบัติมาแล้วมาปฏิบัติต่อไป เช่นเคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อน ทำให้สามารถเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลได้ดีกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ (Aspinall, 1973) และหากผู้ป่วยมีประสบการณ์ผ่าตัดทางด้านลบก็ส่งผลทำให้ระดับความวิตกกังวลในการผ่าตัดครั้งต่อไปเพิ่มมากขึ้น

2. ระยะเวลาที่รอคอยการผ่าตัด พบว่าหากระยะเวลาที่ยังนานมากขึ้น ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก็จะเพิ่มตามเนื่องมาจากการรับรู้ว่าเป็นอวัยวะที่สำคัญและมีความต้องการรักษาอย่างรวดเร็ว (Gallagher & McKinley, 2007; Navarro-García et al., 2011)

3. ความไม่สุขสบายจากความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ความรุนแรงในอาการเจ็บอกซึ่งหากผู้ป่วยมีระดับความเจ็บปวดที่มาก และมีอาการเจ็บปวดบ่อยครั้งจะส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งอาการหายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดได้ (Gallagher & McKinley, 2007; Fitzsimons et al., 2003)

4. ความรู้สึกไม่แน่นอนในผลลัพธ์หลังการผ่าตัด วิธีการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน การใช้ชีวิตหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการประกอบอาชีพของผู้ป่วยเอง (Gallagher & McKinley, 2007; Fitzsimons et al., 2003)

5. การจำกัดความสามารถในการทำหน้าที่ในร่างกายในด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย และความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับจากทีมสุขภาพ (Fitzsimons et al., 2003) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลหรือทีมการรักษา หากมีสัมพันธภาพระหว่างกันที่ไม่ดี จะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากขึ้น (Aspinall, 1973)

6. การรับรู้และภาวะฟุ้งฟิง หากผู้ป่วยรับรู้ว่ามี ความรุนแรงมากจากการได้รับการผ่าตัด ระดับความวิตกกังวลก็จะเพิ่มสูงขึ้นทั้งในระยะก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด (Aspinall, 1973) และหากบุคลิกผู้ป่วยเป็นคนที่มีความฟุ้งฟิงผู้อื่นสูงมาก ไม่สามารถทำกิจกรรมหรือตัดสินใจได้เองย่อมส่งผลกระทบต่อระดับความวิตกกังวลที่เพิ่มมากขึ้น (Gallagher & McKinley, 2009)

7. อายุ พัฒนาการทางด้านอารมณ์จะมีความแตกต่างกันออกไปตามช่วงอายุ สามารถใช้ประเมินความสมบูรณ์ของจิตใจและอารมณ์ซึ่งมีผลต่อความวิตกกังวล โดยผู้ที่มียุมากกว่าจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องจาก การมีประสบการณ์มากกว่าทำให้การเผชิญปัญหาได้ดีกว่า มีการแก้ไขปัญหามาโดยการใช้เหตุผล และประสบการณ์การในการแก้ไขปัญหามาแล้วส่งผลให้มีความวิตกกังวลต่ำ (Krannich et al., 2007; Contrada et al., 2008; Navarro-García et al., 2011)

8. เพศ โดยเป็นผลมาจากการหลังฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตที่ต่างกัน พบว่าเพศหญิงมีอารมณ์หงุดหงิดวิตกกังวลเมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำลงมาก และจากบุคลิกภาพที่ฟุ้งฟิงมากกว่าเพศชาย (Contrada et al., 2008; Gallagher & McKinley, 2007)

9. ระดับการศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ทำให้บุคคลมีการปรับตัว ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการใช้สติปัญญา มีความสามารถในการหาความรู้ทำให้มีความเข้าใจกับเรื่องที่เผชิญได้ดี และเหมาะสม (Contrada et al., 2008)

จากปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีอยู่ สามารถส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนได้รับการผ่าตัดและระยะหลังได้รับการผ่าตัดแตกต่างกันไป ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีในแต่ละบุคคล

ผลกระทบของความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

บุคคลเมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะมีการตอบสนองต่อความวิตกกังวลซึ่งมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดหัวใจก็เช่นเดียวกัน ผลกระทบจากระดับความวิตกกังวลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ซึ่งจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวลของแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

1. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

1.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ความวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยา โดยเป็นผลมาจากระบบประสาทอัตโนมัติ เมื่อมีความวิตกกังวลอยู่ระดับเล็กน้อยหรือปานกลางระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nerve) จะมีบทบาทมากกว่าทำให้มีอาการหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง หายใจเร็ว ปากแห้ง ตัวสั่น ท้องผูก แต่ถ้ามีความวิตกกังวลในระดับสูงระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (parasympathetic nerve) มีบทบาทมากกว่าซึ่งทำให้หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ ท้องเสีย และปัสสาวะบ่อย เป็นต้น (คาราวรรณ ต๊ะปันทา, 2538)

1.2 การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี ขณะที่มีความวิตกกังวลเกิดขึ้นต่อมพิทูอิทารี (pituitary) ส่วนหน้าจะหลั่งฮอร์โมนแอดรีโนคอร์ติโคโทรพิก (adrenocorticotomus) ให้มีการหลั่งแอดรีโนคอร์ติคอยด์ (adrenocorticoid) 3 ชนิด คือ มินเนอราโลคอร์ติคอยด์ (mineralocorticoid) เพื่อควบคุมสมดุลของ โซเดียม โปแตสเซียม และแคลเซียม กลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoids) มีผลต่อการเผาผลาญอาหารในร่างกายจำพวกโปรตีน ไขมันและน้ำตาลมากขึ้น และแอนโดรเจน (androgen) มีผลต่อระบบกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อตึงตัว และปวดเมื่อยตามร่างกายได้ ส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) จะส่งผ่านปลายประสาทซิมพาเทติกไปยังต่อมหมวกไตชั้นใน (adrenal medulla) หลั่งฮอร์โมนแคทีโคลามีน (catecholamines) ประกอบด้วย อีพิเนฟริน (epinephrine) และนอร์อีพิเนฟริน (norepinephrine) มีผลทำให้เกิดอาการหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทำให้บาดเจ็บแผลหายช้า มีการติดเชื้อได้ง่าย (Bailey, 2010; Scott, 2004; Vaughn et al., 2007)

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ความวิตกกังวลในระดับสูงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ ความรู้สึกกังวลใจ กระวนกระวายใจ

หวาดหวั่น ไม่สบายใจ หงุดหงิดความคิดฟุ้งซ่าน ตึงเครียด อยากหลีกเลี่ยง ไม่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น (ช่อลัดดา พันธุเสนา, 2536) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดลดลง (นาตยา พิงสว่าง, 2545; แสง บุญญาดี, 2544)

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความวิตกกังวลในระดับสูงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ทำให้มีอาการนอนหลับ สมาธิไม่ดี หลงลืมง่าย การรับรู้บกพร่อง ความคิดหมกมุ่น มึนงง (ช่อลัดดา พันธุเสนา, 2536) อาจมีผลทำให้ความสามารถในการคิดและการตัดสินใจลดลง (Pignay-Demaria et al., 2003)

นอกจากนั้น ความวิตกกังวลในระดับสูงทำให้ระดับความปวดในระยะหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น ทำให้ระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานมากขึ้น (Contrada et al., 2008; Guo et al., 2011; Wong et al., 2010) ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นในการรักษาพยาบาล (Dao et al, 2011; Rymaszewsky et al., 2003) ทำให้กลับเข้ามารับการรักษาลูกครั้งมีเพิ่มมากขึ้น (Burg, Benedetto, Posenberg, & Soufer, 2003) เพิ่มอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Tully et al., 2008) และทำให้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพการดูแลสุขภาพได้

การลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

ความวิตกกังวล นับเป็นอารมณ์พื้นฐานและเป็นส่วนหนึ่งของอารมณ์อื่นๆ ที่ก่อให้เกิดทั้งประโยชน์และโทษ ความวิตกกังวลระดับต่ำเป็นตัวกระตุ้นจำเป็นในการดำเนินชีวิต ช่วยให้มีความตั้งใจและมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติต่างๆ ให้สำเร็จลุล่วง ในขณะที่ความวิตกกังวลระดับรุนแรงจะก่อให้เกิดปัญหาเพิ่มมากขึ้นและประสิทธิภาพในตัวบุคคลลดลง สภาพอารมณ์ที่หวั่นไหว ตึงเครียด อึดอัด เหล่านี้ทำให้บุคคลพยายามปรับตัวหลายลักษณะทั้งปกติและผิดปกติ ซึ่งอาจรุนแรงต่อเนื่องกลายเป็นโรคจิต โรคประสาท ดังนั้นการเข้าใจในชนิด ระดับและรูปแบบการแสดงออกของความวิตกกังวล จะช่วยเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถประเมินสภาพวางแผนให้การพยาบาลเพื่อป้องกัน ควบคุมความวิตกกังวล และสามารถให้การช่วยเหลือเพื่อลดระดับความวิตกกังวลเมื่อเกิดความรุนแรงได้ (เขวาลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ และ ลัดดา แสนสีหา, 2550) และวิธีการลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้ (Cochrane Collaboration Consumer network inc, 2002)

1. การลดความวิตกกังวล โดยการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน ปัญหาเฉพาะหน้า หรือปัญหาที่รบกวนในขณะนั้น ซึ่งอาจทำได้หลายวิธีด้วยกัน เช่น ให้การยอมรับต่อการแสดงออกของบุคคล ยอมรับฟังข้อเรียกร้อง ให้ความเห็นอกเห็นใจ และพยายามเข้าใจถึงความวิตกกังวลของบุคคลตลอดจนค้นหาสาเหตุ และหาแนวทางช่วยเหลือแก้ไขต่อไป

2. การลดความวิตกกังวล โดยการลดความรู้อีกอย่างเป็นระบบ (Systemic Desensitization) การลดความวิตกกังวล โดยการเสนอตัวแบบ (Modeling) หรือการลดความวิตกกังวล โดยให้บุคคลเผชิญต่อสิ่งเร้า และให้แรงเสริมในพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น

3. การลดความวิตกกังวล โดยการลดความกดดันที่ก่อตัวมาจากความวิตกกังวล โดยวิธีการต่างๆ เช่น เบี่ยงเบนความสนใจ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ การสัมผัส การใช้ดนตรีบำบัด เป็นต้น

4. การลดความวิตกกังวล โดยการให้ข้อมูล (Giving information) เมื่อมีภาวะจริงเครียด หรือสถานการณ์ที่มาคุกคาม บุคคลจะสามารถปรับตัวเองในการเผชิญชีวิต โดยอาศัยการแปลความหมาย และพิจารณาแนวทางในการตอบสนองจากประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ ซึ่งอาจเป็นไปได้ในลักษณะอย่างเคย หรือคุ้นเคยต่อสถานการณ์นั้นมาก่อน หรือถ้าไม่เคยตกอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ ก็อาจอาศัยความรู้ความเข้าใจ การได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ จนสามารถจินตนาการถึงสถานการณ์เหล่านั้น ได้อย่างถูกต้องตามความเป็นจริง หรือใกล้เคียงสถานการณ์จริงมากที่สุด ถ้าบุคคลไม่คุ้นเคย หรือไม่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ จะทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถเผชิญต่อสถานการณ์คุกคามได้อย่างเหมาะสม จะมีความวิตกกังวล ความหวาดกลัวซึ่งแสดงออกได้อย่างชัดเจนทั้งร่างกายและจิตใจ

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ดังการศึกษาของสุรศักดิ์ พุฒินิชย์ (2545) ที่ทำการศึกษาวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในการวิจัยที่รายงานไว้ในปี พ.ศ. 2522 ถึง พ.ศ. 2544 ซึ่งพบว่า มีหลายวิธีที่ให้ผลดีต่อการลดความวิตกกังวล เช่น การสอนและการให้ข้อมูล การใช้เทคนิคบำบัดทางการพยาบาลประกอบด้วย การสัมผัส การใช้ดนตรีบำบัด การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ และ การใช้แบบหลายวิธีร่วมกัน จะเห็นได้ว่าส่วนหนึ่งมีการใช้วิธีการที่แตกต่างออกไปในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งวิธีการที่ใช้มักจะขึ้นอยู่กับโรคในผู้ป่วยและชนิดในการผ่าตัด อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวข้างต้น เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่มีความหลากหลาย ไม่ใช่การศึกษาเฉพาะในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดซึ่งมีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงค่อนข้างสูงกว่าการผ่าตัดชนิดอื่นๆ การทบทวนวิธีการที่ใช้ได้ผลดีในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการลดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ความหมายของหลักฐานเชิงประจักษ์

มีผู้ให้ความหมายของคำว่า หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence) ไว้อย่างหลากหลาย โดยเฟรนช์ (French, 2002) กล่าวว่า หลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึง ข้อมูล/หลักฐานที่มีรากฐานมาจากการประเมินค่าทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งผู้ให้บริการด้านสุขภาพสามารถเข้าถึง และช่วยในการตัดสินใจนำมาปฏิบัติงานได้ ซึ่งมาจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ผ่านการทดสอบและมีความน่าเชื่อถือ (Rycroft-Malone et al., 2004) สอดคล้องกับ ฟองคำ ติลดสกุลชัย (2551) กล่าวว่า หลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึง ความรู้ ข้อมูล หรือผลงานวิจัยที่มาจากกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่ ความรู้จากงานวิจัย จากประสบการณ์ จากผู้รับบริการ และจากบริบทท้องถิ่น

จากที่กล่าวมานั้นพอสรุปได้ว่า หลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึง ข้อมูล ความรู้ที่ผ่านการทดลองใช้ หรือพิสูจน์ในทางปฏิบัติและได้ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศ สามารถเข้าถึงได้และนำมาปฏิบัติได้โดยมีข้อมูลหรือหลักฐานประกอบการยืนยันว่ามีประสิทธิภาพ

การประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการประเมิน วิเคราะห์ถึงที่มาของหลักฐาน การพัฒนา ระดับความน่าเชื่อถือ ความเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ได้ทางปฏิบัติ ซึ่งเกณฑ์การประเมินคุณค่าของหลักฐาน ได้พัฒนาให้เหมาะสมกับประเภทของหลักฐาน ที่นำมาประเมินคุณค่า โดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2009) ได้แบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ประยุกต์การอ้างอิงการแบ่งระดับคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ และระดับข้อเสนอแนะในการนำสู่การปฏิบัติตามเกณฑ์ของ โดยแบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานอ้างอิง ดังนี้

การแบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2009) ดังนี้

ระดับ 1 หลักฐานอ้างอิงที่ได้จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยที่งานวิจัยทุกเรื่องมีการออกแบบให้มียุทธศาสตร์ควบคุมและกลุ่มทดลองพร้อมทั้งมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Randomize control trail: RCTs) ทั้งหมดมีความเสี่ยงหรือความลำเอียงน้อยมาก

ระดับ 2 หลักฐานอ้างอิงที่ได้จากการทบทวนความรู้จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) มี 2 กลุ่มเปรียบเทียบกันที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

ระดับ 3 หลักฐานอ้างอิงที่ได้จากการสังเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งความรู้หรือความคิดเห็นที่เป็นการค้นพบที่มีความน่าเชื่อถือ โดยแบ่งคุณภาพงานวิจัยออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ระดับ 3-a รายงานการวิจัยที่เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) ที่มี 1 กลุ่มวัดก่อนและหลังเปรียบเทียบกัน หรือเป็นรายงานการวิจัยที่มีหลักฐานอ้างอิงมาจากการศึกษาเปรียบเทียบแบบติดตามผลลัพธ์ไปข้างหน้าเป็นระยะยาวที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุม (Cohort studies)

ระดับ 3-b รายงานการวิจัยที่มีหลักฐานอ้างอิงมาจากการศึกษาที่เป็นกรณีศึกษาเป็นการศึกษาแบบสังเกตติดตามผลลัพธ์ไปข้างหน้าเป็นระยะยาว (Case-controlled studies)

ระดับ 3-c รายงานการวิจัยที่มีหลักฐานอ้างอิงมาจากการศึกษาเชิงสังเกต (Observational studies) ที่ไม่มีกลุ่มควบคุม

ระดับ 4 หลักฐานอ้างอิงที่ได้จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ด้านประสบการณ์ทางคลินิก ผลการศึกษาเชิงพรรณนา หรือรายงานของคณะผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ หรือการออกความคิดเห็นร่วมกัน (Expert opinion)

การแบ่งระดับข้อเสนอแนะในการนำสู่การปฏิบัติของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2009) ซึ่งได้แบ่งระดับข้อเสนอแนะ ดังนี้

ระดับ A หมายถึง ข้อเสนอแนะที่มีเหตุผลสนับสนุนที่ดีมาก ความมีประสิทธิภาพในการแสดงผลลัพธ์อย่างชัดเจน สามารถนำสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานได้ผลดี มีความเหมาะสมด้านการปฏิบัติงาน และมีความง่ายในการนำไปใช้ และเป็นที่ยอมรับเชิงจริยธรรม

ระดับ B หมายถึง ข้อเสนอแนะที่มีเหตุผลสนับสนุนที่ดี มีประสิทธิภาพในการแสดงผลลัพธ์ระดับปานกลาง สามารถนำสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานได้ มีความเหมาะสมด้านการปฏิบัติงาน และมีความง่ายในการนำไปใช้ระดับปานกลาง และสามารถนำไปใช้ได้ในหน่วยงานแต่ต้องมีการเตรียมบุคลากรและอุปกรณ์ การยอมรับเชิงจริยธรรมยังไม่ชัดเจน

ระดับ C หมายถึง ข้อเสนอแนะที่ไม่แนะนำให้นำไปปฏิบัติ

หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มักได้รับการประเมินความวิตกกังวลในรูปแบบมาตรฐานเดิมเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และรูปแบบการจัดการที่ไม่มี ความหลากหลายด้านกลยุทธ์ทำให้การลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจได้ผลลัพธ์ที่ไม่ดี ดังนั้นจึงได้มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติที่ได้ผลดีต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจากการสืบค้นข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับรายงานผลการวิจัยที่ศึกษาการลด ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ทำในประเทศและต่างประเทศดังนี้

อุรวาดิ เจริญไชย (2541) ศึกษาการให้ข้อมูลโดยใช้เทปโทรทัศน์เพื่อลดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำนวนทั้งหมด 30 รายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 รายกลุ่ม ทดลอง 15 ราย โดยกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติกลุ่มทดลอง ให้ผู้ป่วยดูเทปโทรทัศน์เรื่อง ข้อมูลเตรียมความพร้อม สำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ครั้งที่ 1 ความยาว 18 นาที ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความรู้สึกที่อาจประสบ ความรู้สึกจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ขั้นตอน การเตรียมการผ่าตัด สิ่ง que ผู้ป่วยควรปฏิบัติขณะเผชิญกับ เหตุการณ์ก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมก่อนผ่าตัด ครั้งที่ 2 ความยาว 19 นาที ประกอบด้วย ความรู้สึกที่อาจประสบจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ความทุกข์ที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด และคำแนะนำ เกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติในระยะหลังผ่าตัดวัดผลลัพธ์จากการประเมินความวิตกกังวลและความ เจ็บปวดหลังผ่าตัด ในระยะ 48 และ 72 ชั่วโมงแรก พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมี คะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01

กว้อ และคณะ (Guo et al., 2011) ศึกษาการให้ความรู้โดยใช้แผ่นพับ การอธิบายและ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นก่อนการผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจในประเทศจีนที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ จำนวน 153 ราย แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 77 รายกลุ่มทดลอง 76 รายโดยกลุ่มควบคุม ได้รับการ พยาบาลตามปกติโดยได้รับการตรวจเยี่ยมจากศัลยแพทย์และวิสัญญี 1 วันก่อนได้รับการผ่าตัด กลุ่ม ทดลองได้รับการดูแลจากพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจ 2 ถึง 3 วันก่อนการผ่าตัด โดยวิธีการให้แผ่น พับเรื่อง การผ่าตัดหัวใจของคุณ ซึ่งกำหนดขึ้น โดยเฉพาะของการเรียนการสอน ข้อมูลเริ่มตั้งแต่ รับประทานอนโรพยาบาล การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และการอยู่ในหอผู้ป่วยหนักหลังการผ่าตัด การ ฟื้นฟูร่างกายจนกระทั่งการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยวิธีการอธิบายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งกันและกันใช้เวลา 15-20 นาที วัดผลลัพธ์ โดยการวัดก่อนการสุ่มทดลอง และ 7 วันหลังจาก ได้รับการผ่าตัด พบว่า ระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และระดับ

ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่ไม่มีความแตกต่างเรื่องของการปวดหลังผ่าตัด

เต๋า และคณะ (Dao et al., 2011) ศึกษาการบำบัดด้วยกระบวนการคิด โดยใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2007 ถึง เดือนพฤษภาคม 2009 จำนวน 100 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 50 ราย กลุ่มทดลอง 50 ราย โดยกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติกลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัดด้วยกระบวนการคิด ที่ใช้เรียก การจัดการความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าโดยใช้ทักษะและความรู้ โดยแบ่งเป็น 2 ครั้งแรกพบกับนักจิตวิทยาและ 2 ครั้งใช้รูปแบบ วีดีโอครั้งละ 60 นาทีซึ่งประกอบด้วยครั้งที่ 1 ก่อนการผ่าตัด ศึกษาเกี่ยวกับจิตวิทยาสุขภาพ (โรคหลอดเลือดหัวใจ การผ่าตัดภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล) และคำชี้แจงการบำบัดด้วยกระบวนการคิด (เรียงลำดับปัญหาโดยทั่วไป) ครั้งที่ 2 ก่อนการผ่าตัด ทบทวนจุดมุ่งหมายของพฤติกรรม และการแนะนำกลยุทธ์กระบวนการคิดครั้งที่ 3 วันที่ 3 หลังผ่าตัด ทบทวนกลยุทธ์กระบวนการคิด ทบทวนสิ่งที่บิดเบือนด้านกระบวนการคิด ให้การสนับสนุนและส่งเสริมอย่างต่อเนื่องครั้งที่ 4 วันที่ 5 หลังผ่าตัด ทบทวนข้อเท็จจริง วางแผนสำหรับการเปลี่ยนแปลง ให้การสนับสนุนและส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง การวัดผลลัพธ์ วัดระดับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล จำนวนวันนอน และคุณภาพชีวิตพบว่า ระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ระดับภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.006$) จำนวนวันนอนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.049$) ระดับคุณภาพชีวิตไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แพเรนท์ และ โฟร์ทิน (Parent & Fortin, 2000) ศึกษาการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผ่านกลุ่มสนับสนุน โดยใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ในกลุ่มผู้ป่วยชายที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจครั้งแรกจำนวน 110 ราย แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 57 รายกลุ่มทดลอง 53 ราย โดยกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติกลุ่มทดลอง ได้รับการเยี่ยมจากกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับการสอนเกี่ยวกับการประสานงานบนหลักการปฏิสัมพันธ์ และเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรักษา โดยการฝึกทักษะของพวกเขาผ่านการแสดงบทบาทสมมติ และฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยภายใต้การกำกับดูแลของผู้ประสานงานวิจัย ทั้งหมด 3 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 คือ 24 ชั่วโมงแรกก่อนผ่าตัด ครั้งที่ 2 วันที่ 5 หลังได้รับการผ่าตัด ครั้งที่ 3 คือสัปดาห์ที่ 4 หลังผ่าตัด เน้นการสนับสนุนทางอารมณ์การให้ข้อมูลมีเป้าหมาย เพื่อสร้างความมั่นใจ ใ้ช้การทำกิจกรรมและเสริมสร้างการลดปัจจัยเสี่ยงโดยมุ่งเน้นเรื่องสุขภาพและการใช้ชีวิตประจำวันเพื่อบ่งเน้นการยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นซึ่งมีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคลวัดผลลัพธ์ โดยการวัดระดับความวิตกกังวล 4 ครั้ง ได้แก่ 48 และ 24 ชั่วโมงแรกก่อนผ่าตัด อีกครั้งวันที่ 5 และ สัปดาห์ที่ 4 หลัง

ผ่าตัด การรับรู้ความสามารถของตนเองและความสามารถการทำกิจกรรม วัดผลลัพธ์วันที่ 5 และ สัปดาห์ที่ 4 หลังผ่าตัด พบว่า ระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.01$) การรับรู้ความสามารถของตนเองและความสามารถการทำกิจกรรม ได้แก่ การเดิน การขึ้นบันได และการทำกิจกรรมทั่วไป มีระดับสูง

เซนเดลแบค และคณะ (Sendelbach et al., 2006) ศึกษาการใช้ดนตรีบำบัด ในกลุ่มผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจจำนวน 86 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 36 รายกลุ่มทดลอง 50 ราย โดยกลุ่ม ควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติและการนอนพักบนเตียง 20 นาที และไม่มีข้อเสนอแนะสำหรับการผ่อนคลายกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยเลือกชนิดของดนตรีที่ผ่อนคลายมากที่สุดสำหรับพวกเขา: คลาสสิก แจ๊ส และ ดราม่า ซึ่งจะไม่มีความเป็นดรามามาก มีความสอดคล้องกันเป็นเพลงบรรเลง และมีคลื่น ความถี่ 60-70 บีทต่อนาที จัดทำนอนที่สบาย จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อน และได้รับการ ชี้แนะการหลับใจจิตใจ เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และได้รับเทปบันทึกเสียงและหูฟังใช้ ระยะเวลา 20 นาที 2 ครั้งต่อวันในเวลาเช้า (ระหว่าง 08.00 น. และ 10.00 น.) ในระยะก่อนผ่าตัด และ ในเวลาเย็น (ระหว่าง 16.00 น.-21.00 น.) ในวันที่ 1 ถึงวันที่ 3 ระยะหลังผ่าตัดวัดผลลัพธ์โดยการ วัดระดับความวิตกกังวล ความปวด การเต้นของหัวใจและความดันโลหิต ก่อนและหลังการจัดการ 20 นาที พบว่าระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.001$) และความปวด ($p = 0.009$) แต่ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง ความดันโลหิตและการเต้นของหัวใจ

ที่กล่าวมาข้างต้นเป็นเพียงส่วนหนึ่งจากการศึกษา เกี่ยวกับการลดความวิตกกังวล จาก การสืบค้นข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับรายงานผลการวิจัยที่ศึกษาการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับ การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ทำในประเทศและต่างประเทศ ยังพบว่ามีการศึกษาวิจัยในเรื่องเกี่ยวกับ วิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอีกจำนวนหนึ่ง ซึ่งยังไม่เคยทำ การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และรวบรวมวิธีการดูแลไว้อย่างเป็นทางการมาก่อน ขณะที่ปัจจุบัน มีฐานข้อมูลที่เผยแพร่ข้อมูลงานวิจัยเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากทำให้การสืบค้นข้อมูลทำได้ครอบคลุม มากขึ้น จึงสมควรที่จะต้องทำการทบทวนความรู้เพื่อให้ได้ข้อสรุปความรู้เกี่ยวกับการวิธีการ ลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัย และเป็น ประโยชน์การนำไปปฏิบัติทางการพยาบาลได้ต่อไป

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศของการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นการศึกษาเพื่อหาข้อสรุปความรู้เกี่ยวกับข้อปฏิบัติที่เป็นเลิศของการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดหัวใจ โดยอาศัยกระบวนการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบตามที่เสนอโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2010) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการกำหนดปัญหา การสืบค้นและคัดเลือกงานวิจัย การประเมินคุณค่างานวิจัย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ผล การนำเสนอข้อมูลและการแปลผลข้อมูล และการสรุปข้อเสนอแนะการปฏิบัติที่ได้ผลดีเพื่อนำไปใช้ โดยมีการกำหนดคุณสมบัติงานวิจัยที่นำมาศึกษาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นรายงานการวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ทำการวิเคราะห์เพื่อสรุปข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติของการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด