

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยคัดเลือกรายงานการศึกษา ที่ทำในประเทศไทยและงานวิจัยที่ทำในต่างประเทศที่เป็นภาษาอังกฤษที่รายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 ถึง พ.ศ. 2555 (ค.ศ. 1998 ถึง ค.ศ. 2012) ผลการสืบค้นข้อมูลพบรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกโดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพการวิจัยจำนวน 15 เรื่อง ผลการศึกษาได้นำเสนอในรูปแบบการบรรยายและตารางประกอบ โดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวน

ส่วนที่ 2 วิธีการลดความวิตกกังวลและผลต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวน

รายงานงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ทำในประเทศไทยและงานวิจัยที่ทำในต่างประเทศที่เป็นภาษาอังกฤษที่รายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 ถึง พ.ศ. 2555 (ค.ศ. 1998 ถึง ค.ศ. 2012) ที่ผ่านการประเมินและคัดเลือกตามเกณฑ์ มี 15 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศจำนวน 14 เรื่อง และเป็นงานวิจัยที่ไม่ตีพิมพ์เผยแพร่ (รายงานวิทยานิพนธ์) ที่ทำการศึกษาในประเทศไทยจำนวน 1 เรื่อง การออกแบบวิจัยส่วนมากเป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (RCTs) จำนวน 10 เรื่อง ที่เหลือเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) จำนวน 5 เรื่อง จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (น้อยกว่า 30) จำนวน 2 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ (เท่ากับหรือมากกว่า 30) จำนวน 13 เรื่อง ดังรายละเอียดที่แสดงไว้ในตารางที่ 4-1

ตารางที่ 4-1

จำนวนของรายงานวิจัย จำแนกตามลักษณะทั่วไปของงานวิจัย ($n=15$)

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย	จำนวน
ลักษณะการเผยแพร่รายงานวิจัย	
ไม่เผยแพร่ (วิทยานิพนธ์)	1
รายงานการวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร	14
แบบการวิจัย	
การวิจัยเชิงทดลอง (RCTs)	10
การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research)	5
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	
กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (น้อยกว่า 30)	2
กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ (เท่ากับหรือมากกว่า 30)	13

ส่วนที่ 2 วิธีการลดความวิตกกังวลและผลต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

รายงานการศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกมีจำนวน 15 เรื่อง เนื่องจากรายงานการวิจัยทั้งหมดมีการออกแบบการศึกษาที่แตกต่างกัน มีการใช้เครื่องมือวัดความวิตกกังวล ระยะเวลา และวิธีการวัดผลลัพธ์ความวิตกกังวลที่หลากหลาย จึงไม่สามารถทำการวิเคราะห์เมตา (meta-analysis) ผู้ศึกษาจึงวิเคราะห์สรุปผลการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นแบบบรรยายสรุปเชิงเนื้อหา (narrative summarization) และตารางประกอบ ซึ่งสามารถจำแนกวิธีการลดความวิตกกังวลออกได้ 4 หมวด คือ หมวดที่ 1 ข้อมูลและสาระความรู้ที่ควรให้แก่ผู้ป่วย หมวดที่ 2 วิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด หมวดที่ 3 เครื่องมือและวิธีรวบรวมผลลัพธ์ และหมวดที่ 4 ผลของการลดความวิตกกังวล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

หมวดที่ 1 ข้อมูลและสาระความรู้ที่ควรให้แก่ผู้ป่วย

รายงานการศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทั้ง 15 เรื่อง พบว่าข้อมูลและสาระความรู้ที่ให้แก่ผู้ป่วยนั้นมีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรค มีเนื้อหาประกอบด้วย โครงสร้างและการทำงานของหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคลิ้นหัวใจ โรคผนังกันหัวใจห้องบนรั่วและโรคผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว รวมทั้งการจัดการปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงที่เพิ่มความรุนแรงของโรค
2. ความรู้เกี่ยวกับการรักษา ประกอบด้วย
 - 2.1 การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ได้แก่ การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การซ่อมแซมผนังกันระหว่างหัวใจ การผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ เส้นเลือดที่นำมาใช้สำหรับการทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ
 - 2.2 ขั้นตอนก่อนได้รับการผ่าตัด กระบวนการหลังผ่าตัด ระยะเวลาการพักฟื้น
 - 2.3 การดูแลทางการรักษา ประกอบด้วย การกลับสู่ภาวะปกติของระบบไหลเวียน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้ยา
3. ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนได้รับการผ่าตัด ประกอบด้วย

3.1 การเตรียมผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดหัวใจ ได้แก่ การรับนอนโรงพยาบาล การติดต่อกับศัลยแพทย์ ทันตแพทย์ วัสดุแพทย์ นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ระยะเวลาการผ่าตัด เวลาตรวจเยี่ยม ยาที่ใช้ในการรักษา การลงนามในใบยินยอมรับการผ่าตัด การใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย

3.2 การออกกำลังกายระบบทางเดินหายใจ การฝึกหายใจเข้าออกลึกๆ ฝึกไอขับเสมหะ การพลิกตะแคงตัว ออกกำลังกายขา การลุกนั่งบนเตียง และการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด

3.3 การตรวจร่างกายก่อนการผ่าตัด ได้แก่ การตรวจเลือดและปัสสาวะ เอกซเรย์ปอด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจรักษาสุขภาพปากฟัน

3.4 การเตรียมความพร้อมกินก่อนผ่าตัด ได้แก่ การเตรียมระบบทางเดินอาหาร การงดน้ำอาหาร การเตรียมผิวหนังบริเวณที่ได้รับการผ่าตัด

3.5 การเตรียมความพร้อมเข้าวันผ่าตัด ได้แก่ ประเมินสัญญาณชีพ เก็บเครื่องประดับ ลบสีทาเล็บ สวมชุดโรงพยาบาล สวมหมวกสำหรับใช้ในห้องผ่าตัด และให้ยาก่อนเข้าห้องผ่าตัดหากมีคำสั่งจากแพทย์ผู้รักษาหรือวัสดุแพทย์

3.6 การรักษาที่ได้รับภายในห้องผ่าตัด และความพร้อมของทีมงานผ่าตัด

3.7 การดูแลในหอผู้ป่วยหนักหลังได้รับการผ่าตัด สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก และเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด ได้แก่ จอภาพติดตามการทำงานของหัวใจ เครื่องช่วยหายใจ การดูดเสมหะ การคาท่อระบายทรวงอก ท่อสายสวนต่างๆ และการเอาท่อระบายต่างๆ ออก การเยี่ยมของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

4. ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในระยะต่างๆ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ขณะได้รับยาแก้ปวดประสาทรอบและยาระงับประสาท และระยะหลังผ่าตัด

4.1 ความรู้สึกขณะฟื้นจากฤทธิ์ยาสลบ สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก

4.2 ความรู้สึกเมื่อได้ยินเสียงของลิ้นหัวใจเทียม และสภาพจิตใจภายหลังผ่าตัด เปลี่ยนลิ้นหัวใจ

4.3 ความปวดและการจัดการอาการปวดภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา

5. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังได้รับการผ่าตัดการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับการผ่าตัด ประกอบด้วย

5.1 การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การทำงานของหัวใจ การสังเกตอาการผิดปกติ และการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

5.2 การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การสังเกตอาการผิดปกติจากการรับประทานยา

5.3 การใช้ชีวิตภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยการส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยง มุ่งเน้นเรื่องสุขภาพ การใช้ชีวิตประจำวัน การเดิน การพักผ่อน และการรับประทาน อาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นซึ่งมีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล

หมวดที่ 2 วิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

รายงานการศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกมีจำนวน 15 เรื่อง เนื่องจากรายงานการวิจัยทั้งหมดมีการออกแบบการศึกษาที่แตกต่างกัน มีการใช้เครื่องมือวัดความวิตกกังวล ระยะเวลาและวิธีการวัดความวิตกกังวลที่หลากหลาย จึงไม่สามารถทำการวิเคราะห์เมตา (meta-analysis) ผู้ศึกษาจึงวิเคราะห์สรุปผลการ ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นแบบบรรยายสรุปเชิงเนื้อหา (narrative summarization) และ ตารางประกอบ ซึ่งสามารถจำแนกวิธีการลดความวิตกกังวลออกได้เป็น 5 หมวด คือ หมวดที่ 1 วิธีการให้ความรู้และข้อมูล หมวดที่ 2 การฝึกทักษะด้านกระบวนการคิด หมวดที่ 3 การใช้เทคนิคบำบัดความวิตกกังวล หมวดที่ 4 การใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ และหมวดที่ 5 การฝึกกายภาพบำบัดร่วมกับการให้ความรู้ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

หมวดที่ 1 วิธีการให้ความรู้และข้อมูล

วิธีการให้ความรู้และข้อมูล หมายถึง วิธีการจัดการที่มุ่งเน้นช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านของการให้ข้อมูลและสาระความรู้ เริ่มต้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สอนและผู้เรียน โดยมีการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงทัศนคติไปในทางที่ดี ส่งเสริมการดูแลตนเองและลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งมีหลายวิธีที่สามารถใช้ได้ผลดี ในการทบทวนครั้งนี้ พบว่ามีงานวิจัยจำนวน 8 เรื่อง ที่ทำการศึกษาวิธีการลดความวิตกกังวลโดยใช้วิธีการให้ความรู้และข้อมูล ประกอบด้วยการศึกษาเชิงทดลอง (RCTs) จำนวน 4 เรื่อง การวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 4 เรื่อง เนื้อหาสาระของข้อมูลและความรู้ที่ให้จะมีความคล้ายคลึงกันในบรรดาการศึกษาเหล่านั้น คือ เน้นเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับ โรค การรักษา วิธีการผ่าตัด การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัด การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เหตุการณ์ที่ต้องประสบภายหลังได้รับการผ่าตัดและอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้ ทั้งนี้ การศึกษาแต่ละเรื่องมีการใช้วิธีการให้ข้อมูลและความรู้ที่แตกต่างกัน มีการวัด

ความวิตกกังวลโดยใช้เครื่องมือวัดและวิธีการรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกัน ผู้ศึกษาจึงวิเคราะห์สรุปผลการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นแบบบรรยายสรุปเชิงเนื้อหา (narrative summarization) และตารางประกอบ ซึ่งสามารถจำแนกวิธีการลดความวิตกกังวลออกได้เป็น 2 รูปแบบ คือ การสอนโดยไม่ใช้สื่อ และการสอนที่ใช้สื่อประกอบ โดยรายละเอียดของแต่ละการศึกษาดังต่อไปนี้

รูปแบบที่ 1 การสอนโดยไม่ใช้สื่อ

การสอนโดยไม่ใช้สื่อ เป็นรูปแบบการสอนด้วยการใช้วาจา การอภิปราย และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ซึ่งในการทบทวนครั้งนี้ พบว่ามีการศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 3 เรื่อง เป็นการศึกษาเชิงทดลองจำนวน 1 เรื่อง และการศึกษากึ่งทดลองจำนวน 2 เรื่อง (ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4-2) เนื้อหาสาระของข้อมูลและความรู้ที่ให้ความคล้ายกัน คือ การผ่าตัดและการฟื้นฟูร่างกาย โดยมีรายละเอียดของแต่ละการศึกษาดังต่อไปนี้

การศึกษาของ แมคฮิวจ์ และคณะ (McHugh et al., 2001) เป็นการศึกษาเชิงทดลอง ศึกษาวิธีการดูแลร่วมกัน โดยมีพยาบาลเป็นผู้นำ (Nurse led shared care) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 98 ราย กลุ่มควบคุมจำนวน 49 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 49 ราย ได้รับการจัดการโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหัวใจเริ่มต้นประเมินความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่คลินิกโรคหัวใจ เพื่อนำข้อมูลที่ได้กำหนดเนื้อหาของโปรแกรมการศึกษาสุขภาพในระยะเวลา 1 เดือน โดยแบ่งเป็นสองระยะ ในระยะแรกได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้ประสานงานที่บ้านของผู้ป่วยเอง และระยะที่สองได้รับความรู้จากทีมพยาบาลโดยทั่วไปในคลินิก เพื่อให้เกิดการดูแลที่หลากหลายในทีมปฏิบัติการดูแล การจัดการกับปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ให้การสนับสนุนและช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับผู้ที่ยังไม่พร้อมจะได้รับคำปรึกษาโดยทั่วไปและข้อมูลพื้นฐาน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหัวใจเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดในโรงพยาบาลและระยะเวลาการพักฟื้น ความยืดหยุ่นของระยะเวลาในแต่ละการดูแลอาจปรับตามความต้องการของผู้ป่วย และจดบันทึกไว้เพื่อติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้ไปสู่เป้าหมายที่ตกลงกันไว้แต่ละช่วงเวลา อีกทั้งผู้ป่วยได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์สำหรับคำแนะนำทั่วไปโดยใช้ระยะเวลา 1 เดือนสำหรับการศึกษา การวัดความวิตกกังวลมีขึ้นทุก 1 สัปดาห์โดยใช้เครื่องมือ the Hospital Anxiety and Depression Scale พบว่าระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) ในทุกระยะของการติดตาม

การศึกษาของ เดเจอร์เมนเจียน และคณะ (Deyirmenjian et al., 2006) เป็นการศึกษา กึ่งทดลอง ศึกษาการให้ความรู้ร่วมกับการสนทนาและพาเยี่ยมชมหน่วยงานผ่าตัดหัวใจ ในผู้ป่วยที่

ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 ราย แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมจำนวน 57 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 53 ราย เริ่มในวันแรกของการเข้ารับการรักษาผู้ป่วยจะได้รับสาระความรู้ที่กล่าวถึงสิ่งที่พบในหน่วยศัลยกรรมหัวใจ ในเรื่องของอุปกรณ์ที่ใช้ เช่น จอภาพติดตามการทำงานของหัวใจ ท่อสวนต่างๆ ท่อระบายทรวงอก เครื่องช่วยหายใจ การเย็บของสมาชิกในครอบครัว อธิบายและสาธิตการออกกำลังกายระบบทางเดินหายใจ ออกกำลังกายขา และการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การจัดการอาการปวด สนับสนุนข้อมูลและตอบคำถาม พาเยี่ยมชมหน่วยงานผ่าตัดหัวใจ วัดความวิตกกังวลโดยใช้เครื่องมือ the Beck Anxiety Inventory (BAI) วันแรกก่อนได้รับความรู้และ 2 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การศึกษาของ ปนัดดา พิทยภรณ์ และ มัลลวีร์ อุดลวัฒน์ศิริ, (2554) การศึกษาถึงทดลองศึกษาการให้คำปรึกษารายบุคคล ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 ราย กลุ่มควบคุมจำนวน 6 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 6 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เข้ารับโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลซึ่งประกอบด้วย การให้คำปรึกษาจำนวน 5 ครั้ง คือ 1) การปฐมนิเทศ สร้างสัมพันธภาพ และเรียนรู้ธรรมชาติของความวิตกกังวล 2-3) สสำรวจความกลัวและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระยะก่อนการผ่าตัด รวมทั้งหาแนวทางการจัดการและป้องกันความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น 4) สสำรวจความกลัวและวิตกกังวลที่ผู้ป่วยคาดว่าจะเกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัดรวมทั้งให้คำปรึกษาแนวทางในการจัดการและป้องกันความวิตกกังวลที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และ 5) การจัดการกับความไม่สบายใจที่เกิดจากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นและยุติการให้คำปรึกษา วัดความวิตกกังวลโดยใช้เครื่องมือ ที่ผู้วิจัยแปลและพัฒนาจาก Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) โดยประเมิน 1 วันก่อนได้รับการผ่าตัด (เมื่อสิ้นสุดให้คำปรึกษา)และภายหลังการผ่าตัด 3 วัน เปรียบเทียบในกลุ่มควบคุมกลุ่มทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมทั้งหลังสิ้นสุดให้คำปรึกษาและภายหลังการผ่าตัด 3 วัน

ตารางที่ 4-2

วิธีการลดความวิตกกังวลโดยวิธีการให้ความรู้และข้อมูลรูปแบบการสอนโดยไม่ใช้สื่อและผลลัพธ์ที่ได้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ผู้วิจัย/แบบการวิจัย	วิธีการให้ข้อมูล	การวัดผลลัพธ์	สรุปผลการศึกษา
McHugh et al., (2001) RCTs	การใช้วิธีการดูแลร่วมกันโดยมีพยาบาลเป็นผู้นำ (Nurse led shared care) เริ่มตั้งแต่ที่คลินิกโรคหัวใจผู้ป่วยจะถูกประเมินความต้องการด้านสุขภาพของโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหัวใจเพื่อนำข้อมูลที่ได้เพื่อนำข้อมูลที่ได้กำหนดเนื้อหาของโปรแกรมการศึกษาสุขภาพในระยะเวลา 1 เดือนโดยแบ่งเป็นสองระยะ โดยในระยะแรกได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้ประสานงานที่บ้านของผู้ป่วยเอง และระยะที่สองได้รับความรู้จากทีมพยาบาลโดยทั่วไปในคลินิก และเพื่อให้เกิดการดูแลที่หลากหลายในทีมปฏิบัติการดูแล การจัดการกับปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยง อยู่บนพื้นฐานของความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านบวกและด้านลบของผู้ป่วย โดยให้การสนับสนุนทางด้านบวก ช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับผู้ที่ยังไม่พร้อมจะได้รับคำปรึกษาโดยทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหัวใจยังให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดในโรงพยาบาลและระยะเวลาการพักฟื้น ความยืดหยุ่นของ	วัดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยใช้เครื่องมือ the Hospital Anxiety and Depression Scale ประเมินทุก 1 สัปดาห์ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 49 ราย และกลุ่มทดลอง 49 รายพบว่าความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมลดลง (p<0.000) ในการวัดผลลัพธ์ทุกสัปดาห์	วิธีการดูแลร่วมกันโดยมีพยาบาลเป็นผู้นำ (Nurse led shared care) สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยรับทราบว่าตนเองต้องได้รับการผ่าตัดและระหว่างรอการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

ผู้วิจัย/แบบการวิจัย	วิธีการให้ข้อมูล	การวัดผลลัพธ์	สรุปผลการศึกษา
<p>Deyirmenjian et al., (2006)</p> <p>การศึกษากึ่งทดลอง</p>	<p>ระยะเวลาปรับตามความต้องการของผู้ป่วย มีการจดบันทึกไว้ เพื่อติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้ไปสู่เป้าหมายที่ตกลงกันไว้แต่ ละช่วงเวลา อีกทั้งผู้ป่วยได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์สำหรับ คำแนะนำทั่วไปในระยะเวลา 1 เดือน</p> <p>การให้ความรู้ร่วมกับการพาเยี่ยมชมหน่วยงานศัลยกรรมหัวใจ ในวันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบ่งเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้กล่าวถึงสิ่งที่พบในหน่วยศัลยกรรมหัวใจ ในเรื่อง ของอุปกรณ์ที่สำหรับผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดได้แก่ จอภาพ ติดตามการทำงานของหัวใจ ท่อสวนต่างๆ ท่อระบายทรวงอก เครื่องช่วยหายใจ การเย็บของสมาชิกในครอบครัว - อธิบายและสาธิตการออกกำลังกายระบบทางเดินหายใจ การ ออกกำลังกาย และภาวะแทรกซ้อนที่เป็นไปได้ การจัดการ อาการปวด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด - สนับสนุนข้อมูลและตอบคำถาม พาเยี่ยมชมหน่วยงานผ่าตัด 	<p>วัดความวิตกกังวลโดยใช้เครื่องมือ the Beck Anxiety Inventory (BAI) วันแรก ก่อนได้รับความรู้และ 2 วันก่อนจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล ในกลุ่มควบคุม 57 รายและกลุ่มทดลอง 53 ราย พบว่า ก่อน ได้รับการผ่าตัดและหลังได้รับการผ่าตัด ระดับความวิตกกังวลในกลุ่มควบคุม ลดลงมากกว่ากลุ่มทดลอง และไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่ม</p>	<p>การให้ความรู้ร่วมกับการพาเยี่ยมชมหน่วยงานศัลยกรรมหัวใจในวันแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและ 24 ชั่วโมงก่อนได้รับการผ่าตัดไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้</p>

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

ผู้วิจัย/แบบการวิจัย	วิธีการให้ข้อมูล	การวัดผลลัพธ์	สรุปผลการศึกษา
	หัวใจ แต่ไม่มีหัวข้อความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหรือการป้องกันโรค		
ปนัดดา พิทยภรณ์ และ มัลลวีร์ อุดลวัฒน์ศิริ, (2554) การศึกษาถึงทดลอง	การให้คำปรึกษารายบุคคลโดยผู้เข้ารับโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลซึ่งประกอบด้วย การให้คำปรึกษาจำนวน 5 ครั้ง คือ 1) การปฐมนิเทศ สร้างสัมพันธภาพ และเรียนรู้ธรรมชาติของความวิตกกังวล 2-3) สำรวจความกลัวความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระยะก่อนการผ่าตัด รวมทั้งหาแนวทางการจัดการและป้องกันความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น 4) สำรวจความกลัวและวิตกกังวลที่ผู้ป่วยคาดว่าจะเกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัด รวมทั้งหาแนวทางในการจัดการและป้องกันความวิตกกังวลที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และ 5) การจัดการกับความไม่สุขสบายที่เกิดจากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นและยุติการให้คำปรึกษา	วัดความวิตกกังวลโดยใช้เครื่องมือ ที่ผู้วิจัย แปลและพัฒนามาจาก Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) โดยประเมิน 1 วัน ก่อนได้รับการผ่าตัด (เมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษา)และภายหลังการผ่าตัด 3 วัน เปรียบเทียบในกลุ่มควบคุม 6 รายและกลุ่มทดลอง 6 ราย พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมทั้งหลังสิ้นสุดให้คำปรึกษาและภายหลังการผ่าตัด 3 วัน	การให้คำปรึกษารายบุคคลในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือดสามารถลดความวิตกกังวลได้

รูปแบบที่ 2 การสอนโดยใช้สื่อประกอบ

การสอนโดยใช้สื่อประกอบ เป็นรูปแบบการสอนที่ผู้สอนผลิตสื่อเพื่อใช้ประกอบการสอน มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้เรียน เกิดการเรียนรู้ ความเข้าใจได้ง่าย มีรูปแบบหลากหลาย ซึ่งในการทบทวนครั้งนี้ พบว่ามีการศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 5 เรื่อง เป็นการศึกษาทดลองจำนวน 4 เรื่อง และการศึกษาเชิงทดลองจำนวน 1 เรื่อง (ดังรายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 4-3) เนื้อหาสาระของข้อมูลและความรู้ที่ให้ความคล้ายกัน คือ การผ่าตัดและการฟื้นฟูร่างกาย โดยมีรายละเอียดของแต่ละการศึกษาดังต่อไปนี้

1. เทปโทรทัศน์และ/วิดีโอ ซึ่งในการทบทวนครั้งนี้ พบว่ามีรายงานการศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 3 เรื่อง เป็นการศึกษาเชิงทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง จำนวน 2 เรื่อง และเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง จำนวน 1 เรื่อง เนื้อหาสาระของข้อมูลและความรู้ที่ให้ความคล้ายคลึงกัน คือ เน้นเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับ การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัด การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เหตุการณ์ที่ต้องประสบภายหลังได้รับการผ่าตัด โดยมีรายละเอียดของแต่ละการศึกษาดังต่อไปนี้

การศึกษาของ อูราวดิ เจริญไชย (2541) เป็นการศึกษาเชิงทดลอง ศึกษาการให้ข้อมูลโดยใช้เทปโทรทัศน์ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ในผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจแบบเปิด ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แบ่งออกเป็น กลุ่มควบคุมจำนวน 15 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 15 ราย โดยใช้ระยะเวลา 2 วันก่อนได้รับการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างจะได้รับชมเทปโทรทัศน์คนละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ความยาว 18 นาที ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความรู้สึกที่อาจประสบ ความรู้สึกผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ขั้นตอนการเตรียมการผ่าตัด สิ่ง que ผู้ป่วยควรปฏิบัติขณะเผชิญกับเหตุการณ์ก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมก่อนผ่าตัด ครั้งที่ 2 ความยาว 19 นาที ประกอบด้วย ความรู้สึกที่อาจประสบจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ความทุกข์ที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด และคำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติในระยะหลังผ่าตัด วัดความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัด State Anxiety: Form X-1 วัดครั้งแรกที่ 48 ชั่วโมงแรกก่อนผ่าตัดเปรียบเทียบกับระยะ 48 และ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เปรียบเทียบกับการประเมินความวิตกกังวลก่อนได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม พบว่า พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในระยะ 48 และ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

การศึกษาของ ซอร์ลีย์ และคณะ (Sorlie et al., 2007) เป็นการศึกษาเชิงทดลอง ศึกษาการให้ข้อมูลรายบุคคลร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านทางวิดีโอ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อทำทาง

เบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 109 ราย แบ่งออกเป็น กลุ่มควบคุมจำนวน 54 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 55 ราย โดยการจัดการเริ่มตั้งแต่วันรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล แบ่งออกเป็นสองส่วน คือ 1) วิดีโอ นาน 12 นาที ที่สร้างขึ้นเพื่อการศึกษาโดยเฉพาะ ที่แสดงให้เห็นถึงสิ่งที่สำคัญที่สุด เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล และภายหลังการดูแล นำเสนอรูปแบบบทสนทนาระหว่างผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและเพื่อนที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลขณะนี้ วัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับการรักษา กระตุ้นความอยากรู้และการแสวงหาข้อมูล ซึ่งสามารถดูได้ทั้งที่บ้านก่อนเข้ารับการรักษาและวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ 2) ข้อมูลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่ออกแบบมาเพื่อสนับสนุนตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนตามสภาพความเป็นจริง การรักษาและการป้องกัน เพื่อให้เกิดการรู้คิด และสามารถให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพใช้ระยะเวลา 40 นาทีจากพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมพิเศษ จำนวน 2 ครั้ง ครั้งแรกในการรับเข้าและครั้งที่สองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นองค์ประกอบดังต่อไปนี้ 1) การพัฒนาความสัมพันธ์ที่น่าเชื่อถือ การรับฟัง สนับสนุนและยืนยันทัศนคติที่ถูกรบกวนภายใน 2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก กังวล หรือสถานการณ์ที่ให้ความสำคัญ 3) ค้นหาอารมณ์และสถานการณ์ปัญหา (ความกลัวภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิต สูญเสียการติดต่อกับครอบครัวและเพื่อน ความรู้สึกสิ้นหวังและหดหู่ กังวลเกี่ยวกับกายภาพและความสามารถในการทำงาน) การสนับสนุนและให้ข้อมูล 4) ให้การสนับสนุนและข้อมูลที่สอดคล้องกับจุดเน้นของผู้ป่วย 5) เพิ่มความสำคัญข้อมูลที่ยังไม่ครอบคลุม และ 6) สร้างแรงจูงใจในการแสวงหาข้อมูล ติดต่อกับผู้ที่ทำการรักษา และแบ่งปันความคิดและความรู้สึกของพวกเขากับครอบครัวและเพื่อน วัดความวิตกกังวลโดยใช้เครื่องมือ the self-report Beck Anxiety Inventory โดยวัดผลลัพธ์ก่อนได้รับการจัดการเปรียบเทียบกับหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสัปดาห์ที่ 2 และ 6 เดือนที่ 6 ในปีที่ 1 และ 2 จากโรงพยาบาลที่พักรักษา พบว่า ระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.046$) หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสัปดาห์ที่ 2 และ 6 เดือนที่ 6 ในปีที่ 1 และ 2 จากโรงพยาบาลที่พักรักษา

การศึกษาของ ชุลดัม และคณะ (Shuldham et al., 2002) เป็นการศึกษาเชิงทดลองศึกษา การให้ความรู้ก่อนผ่าตัดร่วมกับการดูวิดีโอ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นครั้งแรก ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 364 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 168 ราย กลุ่มทดลองจำนวน 188 ราย ในผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ใช้เวลา 4 ชั่วโมงในการเข้ากลุ่ม กลุ่มละประมาณ 10-15 คน ในช่วงระยะเวลาที่รอญาติสามารถเข้ามีส่วนร่วม โดยโปรแกรมการให้ความรู้ประกอบด้วยข้อมูลก่อนได้รับการผ่าตัดและแนวโน้ันการรักษา ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การฟื้นฟูร่างกายและการเข้าพักในหอผู้ป่วยหนัก ความปวดและยาระงับความปวด ใน

บรรยากาศแบบไม่เป็นทางการ มีการตั้งคำถามและตอบคำถามร่วมกับการใช้วิดีโอและการจดบันทึกสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน โดยไม่จำเป็นต้องพาไปเยี่ยมชมหอผู้ป่วยหนัก มีเนื้อหาความครอบคลุมทุกหัวข้อ และในวันที่รับเข้านอนในโรงพยาบาลทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติมีการให้ความรู้แบบ 1 ต่อ 1 จากทีมเจ้าหน้าที่ประกอบด้วย พยาบาล แพทย์ กายภาพบำบัด อาชีวอนามัย เกษษการ และนักโภชนาการ วัดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือวัด the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) โดยวัดผลลัพท์ก่อนทำการสุ่มตัวอย่าง วันที่ 3 สัปดาห์ที่ 6 เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 หลังได้รับการผ่าตัด พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในเรื่องความวิตกกังวล ($P=0.009$) ทุกช่วงระยะเวลาที่ทำการวัดผลลัพท์ มีข้อเสนอแนะจากผู้ทำการศึกษาว่าควรมีการศึกษาความต่อเนื่องของโปรแกรมการศึกษาที่สนับสนุนและอาจใช้วิธีอื่นร่วมด้วย เช่น CD-ROM หรือ อินเทอร์เน็ต

2. การใช้แผ่นพับ (leaflet) ซึ่งในการทบทวนครั้งนี้ พบว่ามีการศึกษาเพียง 1 เรื่อง คือ การศึกษาของ กว้อ และคณะ (Guo et al., 2011) เป็นการศึกษาเชิงทดลอง ศึกษาการให้ความรู้โดยใช้แผ่นพับ ในผู้ป่วยโรคหัวใจในประเทศจีนที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 153 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 77 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 76 ราย โดยผู้ป่วยได้รับแผ่นพับเรื่อง การผ่าตัดหัวใจของคุณ ตั้งแต่รับเข้าในโรงพยาบาล ซึ่งมีสาระความรู้เกี่ยวกับ ข้อมูลเริ่มตั้งแต่รับเข้ามานอนโรงพยาบาล การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และการอยู่ในหอผู้ป่วยหนักหลังการผ่าตัด การฟื้นฟูร่างกายหลังได้รับการผ่าตัด จนกระทั่งการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ร่วมกับวิธีการอธิบายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันระหว่างพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจ ใช้เวลา 15-20 นาทีในระยะเวลา 2 ถึง 3 วันก่อนการผ่าตัด วัดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือวัด the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) โดยการวัดก่อนการสุ่มทดลอง และ 7 วันหลังจากได้รับการผ่าตัด พบว่า ระดับความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

3. การใช้คู่มือ (booklet) ซึ่งในการทบทวนครั้งนี้ พบว่ามีการศึกษาเพียง 1 เรื่อง คือ การศึกษาของ อซิลิโอกลู และเซลิก (Asilioglu & Celik, 2004) เป็นการศึกษาทดลองศึกษาการให้ความรู้โดยการแจกคู่มือความรู้ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจแบบเปิด ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 50 ราย กลุ่มทดลองจำนวน 50 ราย เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ 2-3 ชั่วโมง จะได้รับแจกคู่มือความรู้ เรื่อง “สิ่งที่ต้องรู้ก่อนการผ่าตัดหัวใจ” เนื้อหาประกอบด้วย โครงสร้างและการทำงานของหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ (ปัจจัยเสี่ยงและกลุ่มอาการ) การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด การผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ โรคลิ้นหัวใจ

และการผ่าตัด โรคผนังหัวใจห้องบนรั่ว โรคผนังหัวใจห้องล่างรั่วและการผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดหัวใจ การรับนอนโรงพยาบาล การติดต่อกับศัลยแพทย์ ทันตแพทย์ วิศวกร แพทย์และกับนักกายภาพบำบัดเพื่อสอนการออกกำลังกายก่อนผ่าตัด (ไอและการฝึกหายใจลึกๆ) ไบยินยอมการผ่าตัด เวลาตรวจเยี่ยม ระยะเวลาการผ่าตัด ยา การใช้โทรศัพท์ การตรวจร่างกายก่อนการผ่าตัด การตรวจเลือดและปัสสาวะ เอกซเรย์ปอด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเตรียมความพร้อมคืนก่อนผ่าตัด เตรียมระบบทางเดินอาหาร เตรียมผิวหนัง การเตรียมความพร้อมเข้าวันผ่าตัด ประเมินสัญญาณชีพ เก็บเครื่องประดับ ลบสีทาเล็บ สวมชุดโรงพยาบาล สวมหมวก และให้ยา ก่อนเข้าห้องผ่าตัดหากมีคำสั่งจากแพทย์ การรักษาในห้องผ่าตัด ทีมผ่าตัด การดูแลในหอผู้ป่วยหนักหลังได้รับการผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยศึกษาจากคู่มือด้วยตนเอง และ 1 วันก่อนได้รับการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการสอนโดยใช้เวลา 20-30 นาที สำหรับส่วนที่เหลือจากการศึกษาด้วยตนเอง วัดความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัด STAI Form TK-1 and STAI Form TK-2 ของ Spielberg และคณะ ปี ค.ศ. 1970 ในวันที่ 3 หลังได้รับการผ่าตัดค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความวิตกกังวลหลังการผ่าตัดในกลุ่มควบคุมสูงกว่าในกลุ่มทดลอง แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ถึงแม้ว่าจะแนะนำความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองจะต่ำกว่าก็ตาม

โดยสรุป จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เกี่ยวกับวิธีการให้ข้อมูล จะมีความคล้ายคลึงกันในบรรดาการศึกษาเหล่านี้ คือ เน้นเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับ โรค การรักษา วิธีการผ่าตัด การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัด การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เหตุการณ์ที่ต้องประสบภายหลังได้รับการผ่าตัด และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ การส่งเสริมฟื้นฟูร่างกาย การใช้ชีวิตประจำวัน มีรูปแบบวิธีการที่หลากหลาย ทั้งหมด 8 เรื่อง ประกอบด้วย การสอนโดยการไม่ใช้สื่อจำนวน 3 เรื่อง การสอนโดยการใช้อุปกรณ์ได้แก่ การใช้เทปโทรทัศน์และ/หรือวีดีโอจำนวน 3 เรื่อง การใช้แผ่นพับจำนวน 1 เรื่อง และการใช้คู่มือความรู้จำนวน 1 เรื่อง ผลลัพธ์การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มี 5 เรื่อง ที่ให้ผลลัพธ์สามารถลดความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับเรื่องที่ไม่มีความสำคัญทางสถิตินั้นพบว่าไม่มีความแตกต่างกันของระดับความวิตกกังวลแต่ได้รับความพึงพอใจกับการเรียนการสอนการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด โดยมีข้อเสนอแนะจากผู้ศึกษาว่า ควรมีความต่อเนื่องของโปรแกรมการศึกษาและหาวิธีการจัดการอย่างอื่นเข้ามามีส่วนร่วมเช่น การใช้อินเทอร์เน็ต และซีดี เป็นต้น รวมทั้งต้องมีการประเมินพื้นที่หลังทางด้านสังคมและวัฒนธรรมผู้ป่วยก่อนทุกครั้งเมื่อเริ่มการจัดการ

ตารางที่ 4-3

วิธีการลดความวิตกกังวลโดยวิธีการให้ความรู้และข้อมูลรูปแบบการสอนโดยใช้สื่อและผลลัพธ์ที่ได้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ผู้วิจัย/แบบการวิจัย	วิธีการให้ข้อมูล	การวัดผลลัพธ์	สรุปผลการศึกษา
อุราวดี เจริญไชย (2541) การศึกษากึ่งทดลอง	การให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เปลี่ยนลิ้นหัวใจโดยใช้เทปโทรทัศน์ แบ่งเป็น 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 มีความยาว 18 นาที มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วย ก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ประกอบด้วยขั้นตอนการเตรียมการ ผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด สิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติขณะเผชิญ กับเหตุการณ์ก่อนผ่าตัด ความรู้สึกที่อาจประสบ และความรู้สึก ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ครั้งที่ 2 มีความยาว 19 นาที มีเนื้อหาเกี่ยวกับประสบการณ์ หลังผ่าตัด ประกอบด้วยความรู้สึที่อาจประสบจากประสาท สัมผัสทั้ง 5 อาการที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจประสบจากการผ่าตัด และคำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติในระยะหลังผ่าตัด โดย ให้ข้อมูลในตอนเย็นติดต่อกัน 2 วันก่อนได้รับการผ่าตัด	วัดความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมิน ความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัด State Anxiety: Form X-1 ของ สปีดเบอร์เกอร์ และคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจ โภคาทร และมาลี นิสสัยสุข โดยทั้งสองกลุ่มวัดระดับความ วิตกกังวลก่อนการผ่าตัดและเมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จาก การศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูล เตรียมความพร้อมมีคะแนนความวิตก กังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล เตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01 ในระยะ 48 และ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด	การใช้เทปโทรทัศน์ใน การให้ข้อมูลและความรู้ สามารถลดความวิตก กังวลในผู้ป่วยที่จะได้รับ การผ่าตัดลิ้นหัวใจแบบ เปิดโดยต้องเริ่มให้ข้อมูล ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด

ตารางที่ 4-3 (ต่อ)

ผู้วิจัย/แบบการวิจัย	วิธีการให้ข้อมูล	การวัดผลลัพธ์	สรุปผลการศึกษา
Sorlie et al., (2007) RCTs	<p>การให้ข้อมูลรายบุคคลร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านทางวิดีโอโดยได้รับการจัดการที่แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ 1) วิดีโอ ใช้ระยะเวลา 12 นาที ที่สร้างขึ้นเพื่อการศึกษา โดยใช้นักแสดงเพื่อแสดงให้เห็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล และภายหลังได้รับการดูแล นำเสนอเป็นบทสนทนาระหว่างผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและเพื่อนที่กำลังเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล วัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับการรักษา กระตุ้นความอยากรู้และการแสวงหาข้อมูล ซึ่งสามารถดูได้ที่บ้านก่อนเข้ารับการรักษาและวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ 2) ข้อมูลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่เพื่อสนับสนุนตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนตามสภาพความเป็นจริง การรักษาและการป้องกัน เพื่อให้เกิดการรู้จักและสามารถให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพในเวลา 40 นาทีจากพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมพิเศษเป็นจำนวน 2 ครั้ง ครั้งแรกในการรับเข้าและ</p>	<p>วัดความวิตกกังวลโดยใช้เครื่องมือ self-report Beck Anxiety Inventory โดยวัดผลลัพธ์ก่อนได้รับการจัดการความวิตกกังวลเปรียบเทียบกับภายหลังจำหน่ายโรงพยาบาลสัปดาห์ที่ 2 และ 6 เดือนที่ 6 ในปี 1 และ 2 จากโรงพยาบาลที่พักอยู่ในกลุ่มควบคุม 54 รายและกลุ่มทดลอง 55 ราย พบว่าระดับความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองลดลง ($p=0.046$) ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและดีขึ้นเมื่อระยะเวลาเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ระดับความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</p>	<p>การให้ข้อมูลรายบุคคลร่วมกับวิดีโอที่สร้างมาจากสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจสามารถลดความวิตกกังวลได้ โดยต้องเริ่มให้ข้อมูลตั้งแต่มก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันแรกของการเข้ารับการรักษาและวันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</p>

ตารางที่ 4-3 (ต่อ)

ผู้วิจัย/แบบการวิจัย	วิธีการให้ข้อมูล	การวัดผลลัพธ์	สรุปผลการศึกษา
<p>ครั้งที่สองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยมุ่งเน้นองค์ประกอบดังต่อไปนี้ 1) การพัฒนาความสัมพันธ์ที่น่าเชื่อถือ การรับฟัง สนับสนุนและยืนยันทัศนคติที่ถูกรบกวนภายใน 2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก กังวลหรือสถานการณ์ที่ให้ความสำคัญ 3) ค้นหาอารมณ์และสถานการณ์ปัญหา (ความกลัวภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิต สูญเสียการติดต่อกับครอบครัวและเพื่อน ความรู้สึกสิ้นหวัง และหดหู่ กังวลเกี่ยวกับกายภาพและความสามารถในการทำงาน) การสนับสนุนและให้ข้อมูล 4) ให้การสนับสนุนและข้อมูลที่สอดคล้องกับจุดเน้นของผู้ป่วย 5) เพิ่มความสำคัญข้อมูลที่ยังไม่ครอบคลุม และ 6) สร้างแรงจูงใจในการแสวงหาข้อมูล ติดต่อกับผู้ที่ทำการรักษา และแบ่งปันความคิดและความรู้สึกของพวกเขากับครอบครัวและเพื่อน</p>			

ตารางที่ 4-3 (ต่อ)

ผู้วิจัย/แบบการวิจัย	วิธีการให้ข้อมูล	การวัดผลลัพธ์	สรุปผลการศึกษา
Shuldham et al., (2002) RCTs	การใช้โปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลก่อนได้รับการผ่าตัด ร่วมกับการดูวิดีโอ เริ่มตั้งแต่ก่อนรับเข้านอนในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะใช้เวลา 4 ชั่วโมงในการเข้ากลุ่ม กลุ่มละประมาณ 10-15 คน ในช่วงระยะเวลาที่รอญาติสามารถเข้ามีส่วนร่วม โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลก่อนได้รับการผ่าตัดและ แนวโน้มในการรักษา บังคับส่วนบุคคลได้แก่ การฟื้นฟูร่างกาย และการเข้าพักในหอผู้ป่วยหนัก ความปวดและยาระงับความปวด โดยการจัดการความรู้ประกอบด้วย การดูแลก่อนและ หลังผ่าตัด โรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดหัวใจตีบ และเส้นเลือดที่นำมาใช้ การเข้าพักในโรงพยาบาล กระบวนการรับเข้ามาพักรักษา ขั้นตอนก่อนได้รับการผ่าตัด กระบวนการหลังผ่าตัด การคาดการณ์จำนวนวันนอน การดูแลทางการรักษา การกลับสู่ภาวะปกติของระบบไหลเวียน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้ยา การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย ภายใบบำบัด การฝึกหายใจ การเดิน การพักผ่อน	วัดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือวัด the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) โดยวัดผลลัพธ์ ในวันที่ 3 สัปดาห์ที่ 6 เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 หลังได้รับการผ่าตัดได้ศึกษาในกลุ่มควบคุม 168 รายและกลุ่มทดลอง 188 ราย พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม คือ ความวิตกกังวล (p=0.009)	การใช้โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลก่อนได้รับการผ่าตัด โดยการ ใช้รูปแบบกลุ่มและได้รับความรู้ผ่านทางวิดีโอและการจดบันทึกของผู้ป่วยเองไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้

ตารางที่ 4-3 (ต่อ)

ผู้วิจัย/แบบการวิจัย	วิธีการให้ข้อมูล	การวัดผลลัพธ์	สรุปผลการศึกษา
Guo et al., (2011) RCTs	<p>การออกกำลังกาย รับประทานอาหาร การฟื้นฟูการทำงานของหัวใจ ในบรรยากาศแบบไม่เป็นทางการ มีการตั้งคำถามและตอบคำถามร่วมกับการใช้วิดีโอและการจดบันทึกสำหรับผู้ป่วยแต่ละ โดยไม่จำเป็นต้องพาไปเยี่ยมชมหอผู้ป่วยหนัก เนื้อหาครอบคลุมทุกหัวข้อ ระยะเวลา และมีความหลากหลายของเจ้าหน้าที่ โดย วันที่เข้ารับนอนในโรงพยาบาลทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามปกติมีการให้ความรู้ 1 ต่อ 1 จากทีมเจ้าหน้าที่ประกอบด้วย พยาบาล แพทย์ กายภาพบำบัด อาชีวอนามัย นักโภชนาการ และเภสัชกร</p>	<p>วัดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือวัด the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ศึกษาในกลุ่มควบคุม 77 รายและกลุ่มทดลอง 76 ราย</p>	<p>การใช้แผ่นพับร่วมกับการสอนและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันระหว่างพยาบาลเฉพาะ</p>

ตารางที่ 4-3 (ต่อ)

ผู้วิจัย/แบบการวิจัย	วิธีการให้ข้อมูล	การวัดผลลัพธ์	สรุปผลการศึกษา
	ของการเรียนการสอน ข้อมูลเริ่มตั้งแต่รับเข้ามาอน โรงพยาบาล การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และการอยู่ในหอ ผู้ป่วยหนักหลังการผ่าตัด การฟื้นฟูร่างกายจนกระทั่งการ จำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยวิธีการอธิบายและแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นซึ่งกันและกันใช้เวลา 15-20 นาที ใช้ระยะเวลา 2 ถึง 3 วันก่อนการผ่าตัด	พบว่าระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อ เปรียบเทียบระหว่างก่อนการให้ข้อมูล ความรู้และภายหลังได้รับข้อมูลความรู้ ของทั้งสองกลุ่ม	ทางโรคหัวใจสามารถลด ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ ได้รับการผ่าตัดหัวใจได้ โดยเริ่มให้ข้อมูลความรู้ โดยการแจกแผ่นพับตั้งแต่ รับเข้าอนในโรงพยาบาล และก่อนได้รับการผ่าตัด 2-3 วัน
Asilioglu, K. & Celik, S. S. (2004) RCTs	การให้ความรู้ด้วยวิธีการแจกคู่มือร่วมกับการสอน โดย ภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2-3 ชั่วโมง จะได้รับ การแจกคู่มือ “สิ่งที่ต้องการรู้ก่อนการผ่าตัดหัวใจ” เนื้อหา ประกอบด้วย - โครงสร้างและการทำงานของหัวใจ - โรคหลอดเลือดหัวใจ (ปัจจัยเสี่ยงและกลุ่มอาการ)	วัดความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัด Self- Evaluation Questionnaire STAI Form TK- 1 and STAI Form TK-2 ของ Spielberger และคณะ ปี ค.ศ. 1970 ในวันที่ 3 หลัง ได้รับการผ่าตัด ศึกษาในกลุ่มทดลอง จำนวน 50 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 50	การใช้คู่มือร่วมที่แจกให้ ตั้งแต่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลร่วมกับการ สอนความรู้ก่อนผ่าตัดใน วันก่อนได้รับการผ่าตัด ไม่สามารถลดความ

ตารางที่ 4-3 (ต่อ)

ผู้วิจัย/แบบการวิจัย	วิธีการให้ข้อมูล	การวัดผลลัพธ์	สรุปผลการศึกษา
	<ul style="list-style-type: none"> - การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด - การผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ - โรคลิ้นหัวใจและการผ่าตัด - โรคผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องบนรั่ว โรคผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างรั่ว และการผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดหัวใจ การรับนอนโรงพยาบาล การติดต่อกับศัลยแพทย์ วิชาศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก การตรวจเยี่ยม ยาที่ใช้ในการรักษา การใช้โทรศัพท์ในการติดตาม - การติดต่อกับนักกายภาพบำบัดเพื่อสอนการออกกำลังกายก่อนผ่าตัด การติดต่อกับทันตแพทย์ การลงนามในใบยินยอม การผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด - การตรวจร่างกายก่อนการผ่าตัด การตรวจเลือดและปัสสาวะ เอกซเรย์ปอด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ - การเตรียมความพร้อมคืนก่อนผ่าตัด เตรียมระบบทางเดินอาหาร เตรียมผิวหนัง - การเตรียมความพร้อมเข้าวันผ่าตัด ประเมินสัญญาณชีพ 	<p>การวัดผลลัพธ์</p> <p>รายเปรียบเทียบความวิตกกังวลในวันที่ 3 หลังได้รับการผ่าตัดพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเรื่องของการลดความวิตกกังวลในทั้ง 2 กลุ่ม</p>	<p>สรุปผลการศึกษา</p> <p>วิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับ การผ่าตัดลิ้นหัวใจแบบเปิดได้</p>

ตารางที่ 4-3 (ต่อ)

ผู้วิจัย/แบบการวิจัย	วิธีการให้ข้อมูล	การวัดผลลัพธ์	สรุปผลการศึกษา
<p>เก็บเครื่องประดับ ลบสีทาเล็บ สวมชุดโรงพยาบาล สวมหมวก และให้ยา ก่อนเข้าห้องผ่าตัด หากมีคำสั่ง</p> <ul style="list-style-type: none">- การรักษาในห้องผ่าตัด และทีมผ่าตัด- การดูแลในหอผู้ป่วยหนัก หลังได้รับการผ่าตัด โดยการให้ผู้ป่วยได้ศึกษาจากคู่มือ และในวันที่ 1 ก่อนได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการสอนในส่วนที่เหลือด้วยวาจาโดยใช้เวลา 20-30 นาที			

หมวดที่ 2 การฝึกทักษะด้านกระบวนการคิด

การฝึกทักษะด้านกระบวนการคิด หมายถึง กิจกรรมบริการที่มุ่งให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือให้เกิดทักษะความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อลดความวิตกกังวลได้ ซึ่งในการทบทวนครั้งนี้ พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการฝึกทักษะที่ช่วยลดความวิตกกังวลได้ พบว่ามีการศึกษาการฝึกทักษะด้านกระบวนการคิดเพียง 1 เรื่อง คือ การศึกษาของ เต๋า และคณะ (Dao et al., 2011) เป็นศึกษาเชิงทดลอง ศึกษาการใช้กระบวนการคิดที่เรียกว่า การจัดการความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าโดยใช้ทักษะและความรู้ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 50 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 50 ราย โดยการสร้างรูปแบบโปรแกรมที่เรียกว่า การจัดการความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าโดยใช้ทักษะและความรู้ แบ่งเป็น 2 ครั้ง คือ ครั้งแรกพบกับนักจิตวิทยาในวันแรกของการรับเข้ารักษา และ ครั้งที่ 2 ใช้รูปแบบ วิดีโอครั้งละ 60 นาที ซึ่งประกอบด้วย ครั้งที่ 1 ก่อนการผ่าตัด ศึกษาเกี่ยวกับจิตวิทยาสุขภาพ (โรคหลอดเลือดหัวใจ การผ่าตัด ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล) และคำชี้แจงการบำบัดด้วยกระบวนการคิด (เรียงลำดับปัญหาโดยทั่วไป) ครั้งที่ 2 ก่อนการผ่าตัด ทบทวนจุดมุ่งหมายของพฤติกรรม และการแนะนำกลยุทธ์กระบวนการคิด ครั้งที่ 3 วันที่ 3 หลังผ่าตัด ทบทวนกลยุทธ์กระบวนการคิด ทบทวนสิ่งที่บิดเบือนด้านกระบวนการคิด ให้การสนับสนุนและส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง ครั้งที่ 4 วันที่ 5 หลังผ่าตัด ทบทวนข้อเท็จจริง วางแผนสำหรับการเปลี่ยนแปลง ให้การสนับสนุนและส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง วัดผลลัพธ์ความวิตกกังวลโดยใช้เครื่องมือ State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Trait) ในวันแรกก่อนการจัดการ และวันที่ 3 และ 5 หลังได้รับการผ่าตัด เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าในกลุ่มทดลองความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่าความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งในวันที่ 3 และ 5 หลังได้รับการผ่าตัด

หมวดที่ 3 การใช้เทคนิคบำบัดความวิตกกังวล

การใช้เทคนิคบำบัดความวิตกกังวล หมายถึง กิจกรรมบริการที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย โดยผู้ที่ให้การจัดการในรูปแบบนั้นๆ ต้องได้รับการฝึกตามมาตรฐานในแต่ละด้านจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญโดยตรง เพื่อให้มีรูปแบบการจัดการที่ได้รับมาตรฐาน ซึ่งมีหลายรูปแบบ (ดังรายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 4-4) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การสร้างจินตภาพโดยใช้เทพบันเทิงเสียง เป็นการใช้นิทานหรือเสียงเบบความสนใจร่วมกับกายผ่อนคลาย เทคนิคนี้จะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลเมื่อบุคคลเริ่มรู้สึกผ่อนคลายและสร้างจินตนาการไปยังภาพหรือสถานที่ที่สร้างขึ้นโดยความคิดขึ้นมาแทน (Schwecek, 2003) โดยใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การได้ยิน รับรส สัมผัส ทำทาง และการ

มองเห็น เข้ามาช่วยในกระบวนการสร้างจินตภาพ ซึ่งในการทบทวนครั้งนี้ พบว่ามีการศึกษาการสร้างจินตภาพโดยใช้เทปบันทึกเสียงเพียง 1 เรื่อง คือ การศึกษาของ สไตน์ และคณะ (Stein et al., 2010) เป็นการศึกษาสำรวจ ศึกษาเกี่ยวกับการสร้างจินตภาพโดยใช้เทปบันทึกเสียง และการใช้ดนตรีบำบัด ในผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงหัวใจและหลอดเลือดและซ่อมแซมลิ้นหัวใจ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 ราย โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มจินตภาพจำนวน 20 ราย และกลุ่มดนตรีบำบัดจำนวน 17 ราย โดยสอบถามให้ฟังเทปบันทึกเสียง เรื่อง “ความสำเร็จของการผ่าตัด” ซึ่งประกอบด้วย ข้อเสนอแนะและการปฏิบัติตน ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและจินตนาการถึงประสบการณ์ความสำเร็จจากการผ่าตัด ภายหลังจากฟังการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยจะเข้าสู่จินตนาการของตนเอง เรื่องการดำเนินงานในห้องผ่าตัด รู้สึกปลอดภัยและได้รับการเมตตาจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ในระหว่างขั้นตอนการผ่าตัดมีการสูญเสียเลือดปริมาณเล็กน้อยและการรักษาที่รวดเร็ว และฟังเพลงที่ผ่อนคลายในช่วงระยะเวลานั้น อย่างน้อย 1 ครั้งต่อวัน ในทุกวัน สำหรับ 1 สัปดาห์ก่อนการผ่าตัดและบอกรายงานหากพวกเขาต้องการ การปรึกษาทั่วไปเรื่องการผ่าตัดจะเกิดขึ้นใน 2 ถึง 4 สัปดาห์ก่อนได้รับการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับอนุญาตให้นำไปฟังได้ที่บ้าน และผู้ป่วยจะได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์ ในวันก่อนได้รับการผ่าตัดเพื่อนำเทปและเครื่องเล่นเทปของพวกเขาไปที่โรงพยาบาล วัดผลภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล โดยใช้เครื่องมือ the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) วัดผลลัพธ์โดยประเมินก่อนผ่าตัด และ 1 สัปดาห์ และ 6 เดือนหลังได้รับการผ่าตัด พบว่าในกลุ่มควบคุม กลุ่มจินตภาพ และกลุ่มดนตรีบำบัด ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องการลดความวิตกกังวล ทุกช่วงเวลาที่วัดผลลัพธ์ แต่จากรายงานการศึกษาพบว่าระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดจะเป็นตัวแปรสำคัญต่อระดับความวิตกกังวลหลังผ่าตัดได้

2. การใช้ดนตรีบำบัด เป็นการใช้เสียงเพลงที่มีการเรียบเรียงไว้อย่างเรียบร้อย และมีโครงสร้างและแบบแผนที่ชัดเจน สามารถเบี่ยงเบนความสนใจจากสถานการณ์ที่คุกคาม ทำให้เกิดความสงบผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถลดความวิตกกังวลได้ เป็นการจัดการที่สะดวกไม่ต้องใช้ทักษะในการฝึกฝน และไม่ต้องใช้ระยะเวลามาก ซึ่งในการทบทวนครั้งนี้พบว่ามีการศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 2 เรื่อง การศึกษาเชิงทดลอง 1 เรื่อง และการศึกษานำร่อง 1 เรื่อง โดยมีรายละเอียดของแต่ละการศึกษาดังต่อไปนี้

การศึกษาของ เซนเดลเบช และคณะ (Sendelbach et al., 2006) เป็นการศึกษาเชิงทดลอง ที่ศึกษาการใช้ดนตรีบำบัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 36 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 50 ราย ใช้ระยะเวลาตั้งแต่รับเข้ามานอนเพื่อรอการผ่าตัดไปจนถึงวันที่ 3 หลังได้รับการผ่าตัดโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกชนิดเพลงด้วยตนเอง เพลงผ่อนคลายมากที่สุดประกอบด้วย คลาสสิก (classical) แจ๊ส (jazz) และ ดราม่า

(darmatic) ซึ่งต้องไม่มีความเป็นครามามาก เป็นเพลงบรรเลงที่มีความสอดคล้องกัน และมีคลื่นความถี่ 60-70 ปีท่อนาที จัดทำนอนที่สุขสบาย จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อน และได้รับการชี้แนะการลบสิ่งจิตใจ เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พร้อมกับได้รับเทปบันทึกเสียงพร้อมหูฟัง 2 ครั้งต่อวันในเวลาเช้า (ระหว่าง 08.00 น. และ 10.00 น.) ใช้เวลา 20 นาที ในระยะก่อนผ่าตัด และในเวลาเย็น (ระหว่าง 16.00 น.-21.00 น.) ในวันที่ 1 ถึงวันที่ 3 ระยะหลังผ่าตัด วัดผลลัพธ์ความวิตกกังวลโดยใช้เครื่องมือ the State Personality Inventory ก่อนและหลังได้รับการจัดการ 20 นาที โดยเปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.001$) หลังจากได้รับการจัดการ

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ สไตน์ และคณะ (Stein et al., 2010) ที่ได้ศึกษาการใช้ดนตรีบำบัดร่วมด้วย ซึ่งเป็นการศึกษาถึงทดลอง ศึกษาเกี่ยวกับการสร้างจินตภาพโดยใช้เทปบันทึกเสียง และการใช้ดนตรี ในผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงหัวใจและหลอดเลือดและซ่อมแซมลิ้นหัวใจ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 ราย โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มจินตภาพจำนวน 20 ราย และกลุ่มดนตรีบำบัดจำนวน 17 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 19 ราย โดยกลุ่มดนตรีบำบัด ได้รับฟังเพลงที่ผ่อนคลายในช่วงระยะเวลาอย่างน้อย 1 ครั้งต่อวัน ในทุกวัน สำหรับ 1 สัปดาห์ก่อนการผ่าตัดและบอຍขึ้นหากพวกเขาต้องการ ผู้ป่วยจะได้รับอนุญาตให้นำไปฟังได้ที่บ้าน และผู้ป่วยจะได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์ ในวันก่อนได้รับการผ่าตัดเพื่อนำเทปและเครื่องเล่นเทปของพวกเขาไปที่โรงพยาบาล วัดผลภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลโดยใช้เครื่องมือ the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) วัดผลลัพธ์โดยประเมินก่อนผ่าตัดและ 1 สัปดาห์ และ 6 เดือนหลังได้รับการผ่าตัด พบว่าในกลุ่มควบคุม กลุ่มจินตภาพ และกลุ่มดนตรีบำบัด ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องการลดความวิตกกังวล ทุกช่วงเวลาที่ใช้วัดผลลัพธ์ แต่จากรายงานการศึกษาพบว่าระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดจะเป็นตัวแปรสำคัญต่อระดับความวิตกกังวลหลังผ่าตัดได้

3. การสัมผัสบำบัด เป็นการติดต่อสื่อสารทางกายสัมผัสที่ก่อให้เกิดความรู้สึก หรือการใช้สื่อสาร โดยไม่ต้องใช้วาจา เมื่อนำมาใช้ในกิจกรรมการพยาบาล เป็นการแสดงความหมายของการดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย ความเข้าใจ ให้กำลังใจ และเกิดความมั่นคง หากเป็นการสัมผัสเพื่อรักษาต้องมีความตั้งใจที่จะช่วยเหลือหรือเยียวยานบุคคลที่เจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย คลายความวิตกกังวล ซึ่งในการทบทวนครั้งนี้พบว่ามีการศึกษาวิจัยทั้งสิ้นจำนวน 2 เรื่อง เป็นการศึกษาเชิงทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการศึกษาทดลองทั้ง 2 เรื่อง มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของการสัมผัสที่ปล่อยพลังงานจากผู้สัมผัสไปยังผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดของแต่ละการศึกษาดังนี้

การศึกษาของ แมคอินไทร์ และคณะ (MacIntyre et al., 2008) การศึกษาเชิงทดลอง ศึกษาการใช้สัมผัสบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 93 ราย กลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมจำนวน 94 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 99 ราย ได้รับการดูแลจากผู้ที่ผ่านมาตรฐานการฝึกเรื่องการสัมผัส บำบัด แบ่งเป็น 3 ครั้ง คือ วันก่อนการผ่าตัด ทันทีก่อนการผ่าตัด ใช้เวลา 20 ถึง 60 นาทีต่อครั้ง และ หลังได้รับการผ่าตัด จะใช้เวลา 60 ถึง 90 นาที ประเมินผู้ป่วยก่อนทุกครั้งเริ่มต้นจัดทำให้ผู้ป่วยนอน หายบนเตียง โดยมีการใช้เทคนิคที่หลากหลาย การสัมผัสร่างกายโดยตรงและสัมผัสโดยใช้ พลังงาน วัตถุประสงค์เพื่อวัดความวิตกกังวลโดยใช้เครื่องมือ the State Personality Inventory ก่อนและหลัง ได้รับการจัดการ 20 นาที โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าความวิตก กังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.001$)

การศึกษาของ มออีนิ และคณะ (Moeini et al., 2008) การศึกษาเชิงทดลอง ศึกษาการใช้ สัมผัสบำบัด ในกลุ่มผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ ศึกษาในกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 44 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 22 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 22 ราย การศึกษาเริ่มตั้งแต่วันรับเข้าในโรงพยาบาล ขั้นตอนแรกของการสัมผัสรักษาที่สำคัญที่สุดคือความ ตั้งใจ ขั้นตอนที่สอง เคลื่อนไหวมือไปทั่วร่างกาย ตั้งแต่หัวจรดเท้า มีความลึก 2-6 นิ้วเพื่อหาช่อง พลังงาน หลังจากนั้นจึงเริ่มจัดการโดยการเคลื่อนไหวมืออย่างช้าๆและเท่ากันทั้งสองข้าง ไปทั่ว ร่างกาย ใช้ระยะ 20 นาทีต่อครั้ง วัตถุประสงค์เพื่อวัดความวิตกกังวลโดยใช้เครื่องมือ the Spielberger's Anxiety Inventory 20 นาทีก่อนและหลังการได้รับสัมผัสบำบัด โดยการเปรียบเทียบกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง 22 ราย พบว่าระดับความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเมื่อได้รับการ สัมผัสบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีความแตกต่างกันระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

โดยสรุป จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เกี่ยวกับการใช้เทคนิคบำบัดความวิตกกังวลด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การใช้ สัมผัสบำบัดจำนวน 2 เรื่อง พบว่าได้ผลลัพธ์ที่ดีในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้ดนตรีบำบัดจำนวน 2 เรื่อง ได้ผลลัพธ์ที่ดีในการลด ความวิตกกังวลเพียง 1 เรื่องเท่านั้น แต่มีการศึกษาการสร้างจินตภาพโดยใช้เทปบันทึกเสียง ที่ไม่ สามารถลดความวิตกกังวลได้

ตารางที่ 4-4

วิธีการลดความวิตกกังวลโดยการใช้เทคนิคบำบัดความวิตกกังวลและผลลัพธ์ที่ได้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ผู้วิจัย/แบบการวิจัย	วิธีการใช้เทคนิคบำบัดความวิตกกังวล	การวัดผลลัพธ์	สรุปผลการศึกษา
Stein et al., (2010) การศึกษากึ่งทดลอง	ใช้การสร้างจินตภาพโดยใช้เทปบันทึกเสียง (guided imagery audiotape) โดยกลุ่มจินตภาพกลุ่มดนตรีบำบัดจะได้รับการสอบถามให้ฟังเทปบันทึกเสียง เรื่อง “ความสำเร็จของการผ่าตัด” ซึ่งประกอบด้วยข้อแนะนำและการปฏิบัติตนช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและจินตนาการถึงประสบการณ์ความสำเร็จจากการผ่าตัดภายหลังรับฟังการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยจะเข้าสู่จินตนาการของตัวเองเรื่องการทำงานในห้องผ่าตัด รู้สึกปลอดภัยและได้รับการเมตตาจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ในระหว่างขั้นตอนการผ่าตัดมีการสูญเสียเลือดปริมาณเล็กน้อยและการรักษาที่รวดเร็ว โดยรับฟังเพลงที่ผ่อนคลายในระยะเวลาสั้นๆ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อวัน ในทุกวันสำหรับ 1 สัปดาห์ก่อนการผ่าตัดและบอץขึ้นหากพวกเขาต้องการการปรึกษาทั่วไปเรื่องการผ่าตัดจะเกิดขึ้นใน 2 ถึง 4 สัปดาห์ก่อนได้รับการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการอนุญาตให้นำไปฟังได้ที่บ้านและผู้ป่วยจะได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์ ในวันก่อนได้รับการผ่าตัดเพื่อนำเทปและเครื่องเล่นเทปมาที่โรงพยาบาล	วัดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลโดยใช้เครื่องมือ the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) วัดผลลัพธ์โดยประเมินก่อนผ่าตัด และ 1 สัปดาห์ และ 6 เดือนหลังได้รับการผ่าตัดในกลุ่มควบคุม 19 รายกลุ่มจินตภาพ 20 รายและกลุ่มดนตรีบำบัด 17 ราย ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องการลดความวิตกกังวล ทุกช่วงเวลาที่วัดผลลัพธ์ แต่จากรายงานการศึกษาพบว่าระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดจะเป็นตัวแปรสำคัญต่อระดับความวิตกกังวลหลังผ่าตัดได้	การสร้างจินตภาพโดยใช้เทปบันทึกเสียง (guided imagery audiotape) ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจและการซ่อมแซมลิ้นหัวใจยังไม่สามารถยืนยันผลการลดความวิตกกังวลได้ ต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ตารางที่ 4-4 (ต่อ)

ผู้วิจัย/แบบการวิจัย	วิธีการใช้เทคนิคบำบัดความวิตกกังวล	การวัดผลลัพธ์	สรุปผลการศึกษา
Sendelbach et al., (2006) RCTs	ใช้ดนตรีบำบัดโดยให้ผู้ป่วยเลือกชนิดเพลงที่ผ่อนคลายมากที่สุดประกอบด้วย คลาสสิก(classical) แจ๊ส(jazz) และ ดราม่า(darmatic) ซึ่งจะไม่มีความเป็นดราม่ามาก มีความสอดคล้องกันเป็นเพลงบรรเลงและมีคลื่นความถี่ 60-70 บีทต่อนาที จัดทำนอนที่สบาย จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อน และได้รับการชี้แนะการหลับสบาย เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และได้รับเทปบันทึกเสียงพร้อมหูฟังโดยใช้เวลา 20 นาที 2 ครั้งต่อวันในเวลาเช้า (ระหว่าง 08.00 น. และ 10.00 น.) ในระยะก่อนผ่าตัด และในเวลาเย็น (ระหว่าง 16.00 น.-21.00 น.) ในวันที่ 1 ถึงวันที่ 3 ระยะหลังผ่าตัด	วัดความวิตกกังวลโดยใช้เครื่องมือ the State Personality Inventory ก่อนและหลังได้รับการจัดการ 20 นาทีโดยเปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มควบคุม 36 รายและกลุ่มทดลอง 50 รายพบว่า ระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.001$)	การใช้ดนตรีบำบัดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ สามารถลดความวิตกกังวลได้โดยเริ่มต้นตั้งแต่ในแรกก่อนได้รับการผ่าตัด

ตารางที่ 4-4 (ต่อ)

ผู้วิจัย/แบบการวิจัย	วิธีการใช้เทคนิคบำบัดความวิตกกังวล	การวัดผลลัพธ์	สรุปผลการศึกษา
MacIntyre et al., (2008) RCTs	การใช้สัมผัสบำบัดได้รับการดูแลจากผู้ผ่านมาตรฐานการฝึกเรื่องการสัมผัสบำบัด แบ่งเป็น 3 ครั้ง คือ วันก่อนการผ่าตัด ทันทีก่อนการผ่าตัด และหลังได้รับการผ่าตัดใช้เวลา 20 ถึง 60 นาทีต่อครั้ง และหลังได้รับการผ่าตัดจะใช้เวลา 60 ถึง 90 นาที โดยมีการใช้เทคนิคที่หลากหลายและประเมินผู้ป่วยก่อนทุกครั้งโดยให้ผู้ป่วยนอนหงายบนเตียง มีการสัมผัสร่างกายโดยตรงและสัมผัสโดยใช้พลังงานใช้เทคนิคที่หลากหลายและประเมินผู้ป่วยก่อนทุกครั้งโดยให้ผู้ป่วยนอนหงายบนเตียง มีการสัมผัสร่างกายโดยตรงและสัมผัสโดยใช้พลังงาน	วัดความวิตกกังวลโดยใช้เครื่องมือ the State Trait Anxiety Inventory (STAI) วัดผลลัพธ์วันแรกก่อนได้รับการจัดการและในวันที่ 4 หลังผ่าตัดโดยเปรียบเทียบ กลุ่มควบคุม 97 ราย กลุ่มที่ได้รับการเยี่ยม 94 ราย และกลุ่มที่ได้รับการสัมผัสบำบัด 99 ราย พบว่าระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยม	การใช้สัมผัสบำบัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ สามารถลดความวิตกกังวลได้ซึ่งผู้ให้การบำบัดต้องผ่านการฝึกเรื่องการสัมผัสบำบัดที่ได้มาตรฐาน โดยเริ่มต้นให้การสัมผัสบำบัดตั้งแต่วันที่ก่อนได้รับการผ่าตัด ทันทีก่อนการผ่าตัด และหลังได้รับการผ่าตัด

ตารางที่ 4-4 (ต่อ)

ผู้วิจัย/แบบการวิจัย	วิธีการใช้เทคนิคบำบัดความวิตกกังวล	การวัดผลลัพธ์	สรุปผลการศึกษา
Moeini et al., (2008). RCTs	การใช้สัมผัสบำบัดโดยได้รับการสัมผัสบำบัดจากผู้ทำการศึกษาที่ผ่านมาตรฐานการฝึกเรื่องการสัมผัสบำบัด ขั้นตอนแรกของการสัมผัสรักษาที่สำคัญที่สุดคือความตั้งใจ ขั้นตอนที่สอง เคลื่อนไหวมือไปทั่วร่างกาย ตั้งแต่หัวจรดเท้า มีความลึก 2-6 นิ้วเพื่อหาช่องพลังงาน หลังจากนั้นจึงเริ่มจัดการโดยการเคลื่อนไหวมืออย่างช้าๆและเท่ากันทั้งสองข้าง ไปทั่วร่างกาย มีระยะเวลา 20 นาทีต่อครั้ง	วัดความวิตกกังวลโดยใช้เครื่องมือ the Spielberger's Anxiety Inventory 20 นาทีก่อนและหลังการได้รับสัมผัสบำบัด โดยการเปรียบเทียบกลุ่มควบคุม 22 ราย และกลุ่มทดลอง 22 ราย พบว่าระดับความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเมื่อได้รับการสัมผัสบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)	การใช้สัมผัสบำบัดในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจสามารถลดความวิตกกังวลได้โดยเริ่มต้นทันทีก่อนได้รับการผ่าตัด

หมวดที่ 4 การใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์

หมายถึง รูปแบบกิจกรรมที่ผู้บริการจัดให้มีการรวมกลุ่มของผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายกัน ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และช่วยกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้ ซึ่งในการทบทวนครั้งนี้ พบว่ามีการศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่มเพียง 1 เรื่อง คือ การศึกษาของ แพรนท์ และ โฟร์ทิน (Parent & Fortin, 2000) เป็นการศึกษาเชิงทดลอง ศึกษาเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผ่านกลุ่มสนับสนุน ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงหัวใจและหลอดเลือด ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 57 รายและกลุ่มทดลองจำนวน 53 รายโดยกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับการสอนเกี่ยวกับการประสานงานบนหลักการปฏิบัติสัมพันธ์ และเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรักษา โดยการฝึกทักษะของพวกเขาผ่านการแสดงบทบาทสมมติและฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยภายใต้การกำกับดูแลของผู้ประสานงานวิจัย ทั้งหมด 3 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 คือ 24 ชั่วโมงแรกก่อนผ่าตัด ครั้งที่ 2 วันที่ 5 หลังได้รับการผ่าตัด ครั้งที่ 3 คือ สัปดาห์ที่ 4 หลังผ่าตัด เน้นการสนับสนุนทางอารมณ์การให้ข้อมูลมีเป้าหมาย เพื่อสร้างความมั่นใจ ใ้ช้การทำกิจกรรมและเสริมสร้างการลดปัจจัยเสี่ยงโดยมุ่งเน้นเรื่องสุขภาพและการใช้ชีวิตประจำวันเพื่อมุ่งเน้นการยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นซึ่งมีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล วัดผลความวิตกกังวลโดยใช้เครื่องมือ the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) 4 ครั้ง ได้แก่ 48 และ 24 ชั่วโมงแรกก่อนผ่าตัด อีกครั้งวันที่ 5 และ สัปดาห์ที่ 4 หลังผ่าตัด พบว่าในกลุ่มทดลองความวิตกกังวลลดลงทุกครั้งเมื่อได้รับการจัดการและเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าความวิตกกังวลหลังผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ใน 24 และ 48 ชั่วโมงแรกก่อนผ่าตัด วันที่ 5 และ สัปดาห์ที่ 4 หลังผ่าตัด

หมวดที่ 5 การใช้กายภาพบำบัดร่วมกับการให้ความรู้

การใช้กายภาพบำบัดร่วมกับการให้ความรู้ หมายถึง รูปแบบกิจกรรมที่ผสมผสานการฝึกทักษะกายภาพบำบัด และการให้ความรู้ ซึ่งเป็นวิธีการที่แตกต่างกัน ที่ ตั้งแต่ 1 วิธีขึ้นไป เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลได้ ซึ่งในการทบทวนครั้งนี้ พบว่ามีการศึกษาเพียง 1 เรื่อง คือ การศึกษาของ การ์บอสซา และคณะ (Garbossa et al., 2009) เป็นการศึกษาเชิงทดลองศึกษาการทำกายภาพบำบัด ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจครั้งแรก ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 51 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 27 รายและกลุ่มทดลอง 24 ราย โดยการสร้างแนวปฏิบัติทางกายภาพบำบัดเรื่อง การออกกำลังกายระบบหายใจ โดยประยุกต์ระยะเวลาในการหายใจเข้าและออกให้มีความเหมาะสมกับแต่ละบุคคลใช้วิธีกายภาพบำบัด โดยการประเมินข้อมูลผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด 24 ชั่วโมง มีรายละเอียดข้อมูลดังนี้ ชื่อ อายุ เพศ ความสูง น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย (BMI) การศึกษา ประวัติการผ่าตัดครั้งก่อน การใช้ยาแก้ปวดประสาท โรคพิษสุราเรื้อรัง และการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่หรือหยุด 30 วันก่อนการผ่าตัดถูกแบ่งเป็นผู้สูบบุหรี่ เพื่อเขียนแนวปฏิบัติทางกายภาพบำบัด เรื่องการออกกำลังกายระบบทางเดินหายใจจนถึงระยะหลังได้รับการผ่าตัดและสาธิตการออกกำลังกายระบบทางเดินหายใจ โดยการประยุกต์ให้เกิดความเหมาะสมของระยะเวลาการหายใจเข้าและหายใจออกและการหายใจลึกๆ ซ้ำๆ ผ่านทางจมูก ในอัตราส่วน 1:1, 1:2, 3:1 จนสิ้นสุด และการไอ เพื่อปรับปรุงการทำงานของปอดและหลอดลมการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความสำคัญของกายภาพบำบัด จากนั้นให้ข้อมูลและสาระความรู้แก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การผ่าตัดกระดูกสันกลางหน้าอก การเย็บ การติดตามการทำงานของหัวใจ การใช้ท่อช่วยหายใจ และการไอซึ่งอาการเหล่านี้จะลดลง เนื่องจากเป็นผลมาจากความปวด ยาระงับความรู้สึก การใส่ท่อระบายทรวงอก การหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นที่ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ CABG ได้แก่ เวลาที่เข้าพักในห้องผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ การตรวจเยี่ยมประจำวันงานประจำในโรงพยาบาล การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วัดความวิตกกังวลโดยใช้เครื่องมือ the Beck anxiety Inventory 24 ชั่วโมงแรกก่อนได้รับการผ่าตัดและวันที่ 4 หลังได้รับการผ่าตัด ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าความวิตกกังวลในระยะก่อนการผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$)

หมวดที่ 3 เครื่องมือและวิธีรวบรวมผลลัพ์

รายงานการศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่า มีเครื่องมือการประเมินผลลัพ์ในการลดความวิตกกังวล เนื่องจากรายงานการวิจัยทั้งหมดมีการออกแบบการศึกษาที่แตกต่างกัน มีการใช้เครื่องมือวัดความวิตกกังวล ระยะเวลาและวิธีการวัดความวิตกกังวลที่หลากหลาย โดยมีประเด็นของการวัดผลลัพ์ด้านต่างๆ แบ่งได้เป็น 2 หมวด คือ เครื่องมือวัดผลลัพ์ และวิธีรวบรวมผลลัพ์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

หมวดที่ 1 เครื่องมือวัดผลลัพ์

รายงานการศึกษาการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด 15 เรื่อง จากการทบทวนพบว่ามีการใช้เครื่องมือวัดผลลัพ์ที่หลากหลาย แต่เครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพ์มีความคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ เป็นแบบประเมินตนเอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ (The State-Trait Anxiety Inventory [STAI]) เป็นแบบประเมินตนเอง ใช้วัดความวิตกกังวลที่พัฒนาขึ้นโดยสปีลเบอร์เกอร์ เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดความวิตกกังวลด้วยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แบ่งเป็นการประเมินความวิตกกังวลที่มีความคงที่ในตัวบุคคลหรือความรู้สึกทั่วๆ ไปของบุคคลในทุกสถานการณ์ (trait) และความวิตกกังวลขณะเผชิญในสถานการณ์หนึ่งๆ (state) จากแนวคิดนี้ได้มีผู้นำมาพัฒนาและปรับปรุงให้เหมาะสมตามรูปแบบการนำไปใช้ มีรายงานการวิจัยทั้งหมด 7 เรื่อง ซึ่งบางการศึกษานำมาประยุกต์ใช้เพียงบางส่วน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การศึกษาของ เต้า และคณะ (Dao et al., 2011) ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ (STAI) ประเมินความวิตกกังวลที่มีความคงที่ในตัวบุคคลหรือความรู้สึกทั่วๆ ไป (trait) และความวิตกกังวลขณะเผชิญในสถานการณ์หนึ่งๆ (state) มี 21 ข้อคำถาม มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยมีระดับคะแนน 40 คะแนนเป็นต้นไป ใช้แบ่งระดับผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการวิตกกังวลและประเมินผลลัพ์ที่ได้จากการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงทดลอง ศึกษาการใช้กระบวนการคิดที่เรียกว่า การจัดการความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าโดยใช้ทักษะและความรู้ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ วัดความวิตกกังวลในวันแรกก่อนการจัดการ และวันที่ 3 และ 5 หลังได้รับการผ่าตัด เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าในกลุ่มทดลองความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่าความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งในวันที่ 3 และ 5 หลังได้รับการผ่าตัด

การศึกษาของ แพรนท์ และ โฟร์ทิน (Parent & Fortin, 2000) ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ (STAD) ที่นำมาแปลและประยุกต์ใช้ในประเทศฝรั่งเศส ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถาม มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีระดับความรู้สึกตั้งแต่ 1 ถึง 4 โดย 1 คะแนนมีความวิตกกังวลเล็กน้อย และ 4 คะแนนมีความวิตกกังวลมากที่สุด คะแนนที่ได้จากการประเมินความวิตกกังวลมีตั้งแต่ 20-80 คะแนน เป็นการศึกษาเชิงทดลอง ศึกษาเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผ่านกลุ่มสนับสนุน ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงหัวใจและหลอดเลือดวัดความวิตกกังวล วัดความวิตกกังวลทั้งหมด 4 ครั้ง ได้แก่ 48 และ 24 ชั่วโมงแรกก่อนผ่าตัด อีกครั้งวันที่ 5 และ สัปดาห์ที่ 4 หลังผ่าตัด พบว่าในกลุ่มทดลองความวิตกกังวลลดลงทุกครั้งเมื่อได้รับการจัดการและเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่าความวิตกกังวลหลังผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ใน 24 และ 48 ชั่วโมงแรกก่อนผ่าตัด วันที่ 5 และ สัปดาห์ที่ 4 หลังผ่าตัด

การศึกษาของ อซิลิโอกลู และเซลิก (Asilioglu & Celik 2004) ใช้แบบประเมินตนเอง STAI Form TK-1 and STAI Form TK-2 ของ Spielberger และคณะ ปี ค.ศ. 1970 เป็นการประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมินตนเอง ประกอบด้วย 40 ข้อคำถามแบ่งเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญในสถานการณ์หนึ่งๆ (state) 20 ข้อคำถาม และความรู้สึกทั่วไปของบุคคลในทุกสถานการณ์ (trait) 20 ข้อคำถาม โดยช่วงคะแนน 0-19 ไม่มีความวิตกกังวล ช่วงคะแนน 20-39 มีความวิตกกังวลเล็กน้อย ช่วงคะแนน 40-59 ความวิตกกังวลระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 60-79 ความวิตกกังวลระดับรุนแรง และ 80 คะแนนขึ้นไปอยู่ในระดับตื่นกลัวสุดขีด (panic) เป็นการศึกษาทดลอง ศึกษาการให้ความรู้โดยการแจกคู่มือความรู้ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจแบบเปิด วัดความวิตกกังวลก่อนการได้รับการจัดการ ในวันที่ 3 หลังได้รับการผ่าตัด พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความวิตกกังวลหลังการผ่าตัดในกลุ่มควบคุมสูงกว่าในกลุ่มทดลอง แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ถึงแม้ว่าคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองจะต่ำกว่าก็ตาม

การศึกษาของ แมคอินไทร์ และคณะ (MacIntyre et al., 2008) ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ (STAI) ประกอบด้วย 40 ข้อคำถาม แบ่งเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญในสถานการณ์หนึ่งๆ (state) 20 ข้อคำถาม และความรู้สึกทั่วไปของบุคคลในทุกสถานการณ์ (trait) 20 ข้อ เป็นการศึกษาเชิงทดลอง ศึกษาการใช้สัมผัสนำบัดในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดวัดความวิตกกังวล โดยวัดความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับการจัดการ 20 นาที โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.001$)

การศึกษาของ มออีนี และคณะ (Moeini et al., 2008) ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ (STAI) ประเมินตามความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้ โดยการตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ ประกอบด้วยสองส่วนคือ ส่วนแรกเป็นการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญในสถานการณ์หนึ่งๆหรือแบบสเตรท (state) มี 20 ข้อคำถาม และส่วนที่สองแบบเทรท (trait) ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่มีความคงที่ในตัวบุคคลหรือความรู้สึกทั่วไปของบุคคลในทุกสถานการณ์ มี 20 ข้อคำถาม เป็นการศึกษาเชิงทดลอง ศึกษาการใช้สัมผัสบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ วัดความวิตกกังวล 20 นาทีก่อนและหลังการได้รับสัมผัสบำบัด โดยการเปรียบเทียบกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 22 ราย พบว่าระดับความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเมื่อได้รับการสัมผัสบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การศึกษาของ อูราวดี เจริญไชย (2541) ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ (STAI) ที่ประยุกต์ใช้เครื่องมือ State anxiety: Form X-1 ของสปีลเบอร์เกอร์ และคณะ (1967) และได้แปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี สายฤดี วรกิจ โภคาทร และมาลี นิสสัยสุข เป็นแบบวัดที่ใช้วัดความรู้สึกที่เกิดกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆ หรือในขณะเผชิญเหตุการณ์ (state) เป็นข้อคำถามสั้นๆ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) แบ่งเป็นความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ ความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ การให้คะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะข้อความดังนี้ ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางลบ มากที่สุด (4 คะแนน) ค่อนข้างมาก (3 คะแนน) มีบ้าง (2 คะแนน) ไม่มีเลย (1 คะแนน) และข้อความที่แสดงความรู้สึกทางบวก มากที่สุด (1 คะแนน) ค่อนข้างมาก (2 คะแนน) มีบ้าง (3 คะแนน) ไม่มีเลย (4 คะแนน) เป็นการศึกษาถึงทดลอง ศึกษาการให้ข้อมูลโดยใช้เทปโทรทัศน์ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ วัดความวิตกกังวลครั้งแรกที่ 48 ชั่วโมงแรกก่อนผ่าตัดเปรียบเทียบกับระยะ 48 และ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เปรียบเทียบกับการประเมินความวิตกกังวลก่อนได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม พบว่า พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในระยะ 48 และ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

การศึกษาของ เซนเดลเบช และคณะ (Sendelbach et al., 2006) ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ (STAI) ที่นำมาใช้เพียงส่วนประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเองขณะเผชิญในสถานการณ์หนึ่งๆ (state) โดยวิเคราะห์จากปัจจัยประกอบด้วย ความวิตกกังวล ความโกรธและความอยาก رؤ้อยากเห็น มี 10 ข้อคำถาม ระดับคะแนน 0 (ไม่มีหรือมีเพียงเล็กน้อย) และ 4 (มากที่สุด) ระดับคะแนนที่สูงมีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลที่สูงและมีความสัมพันธ์กับความรู้สึก

ติงเครียด หงุดหงิด และหวาดกลัว เป็นการศึกษาเชิงทดลอง ที่ศึกษาการใช้ดนตรีบำบัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ วัดความวิตกกังวล ก่อนและหลังได้รับการจัดการ 20 นาที โดยเปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.001$) หลังจากได้รับการจัดการ

โดยสรุป พบว่าการวัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบอ์เกอร์ (The State-Trait Anxiety Inventory [STAI]) แบ่งเป็นการประเมินความวิตกกังวลที่มีความคงที่ในตัวบุคคลหรือความรู้สึกทั่วไปของบุคคลในทุกสถานการณ์ (trait) และความวิตกกังวลขณะเผชิญในสถานการณ์หนึ่งๆ (state) จากการทบทวนการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีการศึกษาจำนวน 7 เรื่อง ที่ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบอ์เกอร์ (The State-Trait Anxiety Inventory [STAI]) และ 2 เรื่องที่ใช้เพียงการวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญความวิตกกังวลในสถานการณ์หนึ่งๆ (state) (อุรวาดิ เจริญไชย, 2541; Sendelbach et al., 2549) ซึ่งเป็นวัดผลลัพธ์ในทันทีหลังการจัดการ

2. แบบวัดความวิตกกังวลของเบ็ค (the Beck Anxiety Inventory [BAI]) เป็นเครื่องมือประเมินอาการความวิตกกังวลของบุคคลที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในการวิจัยและการประเมินทางคลินิกเพื่อประเมินระดับความวิตกกังวล ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) แบ่งระดับคะแนนเป็น 0-3 ระดับ 0 หมายถึง ไม่แสดงอาการ และระดับ 3 หมายถึง แสดงอาการอย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษาทบทวนครั้งนี้พบว่ามีรายงานการศึกษา 3 เรื่อง ที่ใช้เครื่องมือแบบวัดความวิตกกังวลของเบ็ค (BAI) วัดผลลัพธ์ (Deyirmenjian et al., 2006; Garbossa et al., 2009; Sørli et al., 2007) พบว่ามีเพียง 1 การศึกษาเท่านั้นที่ให้ผลลัพธ์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในการลดความวิตกกังวล (Deyirmenjian et al., 2006)

3. แบบประเมินความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในโรงพยาบาล (the Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS]) เป็นแบบประเมินตนเองใช้ประเมินความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ที่ถูกสร้างขึ้นมาเฉพาะผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาล และได้มีการใช้กันอย่างแพร่หลายและมีประสิทธิภาพในกลุ่มผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตาย (Stein et al., 2010) มีทั้งหมด 14 ข้อคำถาม ประกอบด้วย ระดับความวิตกกังวล 7 ข้อคำถาม และอาการซึมเศร้า 7 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) คำถามแต่ละข้อมีระดับคะแนน 0-3 โดยแบ่งระดับคะแนนได้ดังนี้ 7 คะแนน ไม่มีความวิตกกังวล 8-10 คะแนน มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง และ 11 คะแนนขึ้นไปมีทั้งความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า จากการศึกษาทบทวนการศึกษาครั้งนี้มีรายงานการศึกษา 4 เรื่อง ที่ใช้เครื่องมือแบบประเมินความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในโรงพยาบาล (HADS) วัดผลลัพธ์ (Guo et al., 2011; McHugh et al., 2001; Shuldham et al., 2002;

Stein et al., 2010) และพบว่า มี 2 การศึกษา (Shuldhum et al., 2002; Stein et al., 2010) ที่ให้ผลลัพธ์ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในการลดความวิตกกังวล

4. แบบวัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Cardiac Anxiety Questionnaire [CAQ]) ที่ผู้วิจัยแปลและพัฒนาพัฒนาขึ้นเพื่อเหมาะสมสำหรับการนำมาใช้ในประเทศไทย ประกอบด้วย 18 ข้อคำถาม โดยมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามมาตราวัดของลิเคอร์ท (Likert) ซึ่งมี 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) มีเพียง 1 การศึกษา คือ การศึกษาของ ปนัดดา พิทยาภรณ์ และ มัลลวีร์ อุดลวัฒน์ศิริ, (2554) เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ ศึกษาการให้คำปรึกษารายบุคคล ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด โดยวัดความวิตกกังวล 1 วันก่อนได้รับการผ่าตัด (เมื่อสิ้นสุดให้คำปรึกษา) และภายหลังการผ่าตัด 3 วัน เปรียบเทียบในกลุ่มควบคุมกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมทั้งหลังสิ้นสุดให้คำปรึกษาและภายหลังการผ่าตัด 3 วัน

โดยสรุป จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เกี่ยวกับเครื่องมือวัดผลลัพธ์ความวิตกกังวลพบว่า เครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์ความวิตกกังวลเป็นแบบประเมินตนเอง ได้แก่ 1) The State-Trait Anxiety inventory (STAI) เป็นแบบประเมินตนเอง ใช้วัดความวิตกกังวลที่พัฒนาขึ้นโดยสปีลเบอร์เกอร์และคณะ เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดความวิตกกังวลด้วยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แบ่งเป็นการประเมินความวิตกกังวลที่มีความคงที่ในตัวบุคคลหรือความรู้สึกทั่วๆ ไปของบุคคลในทุกสถานการณ์ (trait) และความวิตกกังวลขณะเผชิญในสถานการณ์หนึ่งๆ (state) มีรายงานการศึกษาทั้งหมด 7 เรื่อง และมี 2 ใน 7 เรื่องที่นำมาเพียงส่วนประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเองขณะเผชิญในสถานการณ์หนึ่งๆ (state) มาใช้วัดความวิตกกังวล 2) the Beck Anxiety Inventory (BAI) เป็นเครื่องมือที่ประเมินอาการของความวิตกกังวลของบุคคล มีรายงานการศึกษาทั้งหมด 3 เรื่อง 3) the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) เป็นแบบประเมินตนเองใช้ประเมินความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ที่ถูกสร้างขึ้นมาเฉพาะผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาล และได้มีการใช้กันอย่างแพร่หลาย และมีประสิทธิภาพในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีรายงานการศึกษาทั้งหมด 4 เรื่อง และ 4) แบบวัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) ที่ผู้วิจัยแปลและพัฒนาขึ้นเพื่อเหมาะสมสำหรับการนำมาใช้ มีเพียง 1 การศึกษา ซึ่งการใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ในแต่ละเรื่องนั้นผู้ทำการศึกษาได้เลือกใช้ตามความเหมาะสมของแต่ละการศึกษาเพื่อให้เกิดความสะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้ผลลัพธ์ที่ได้เป็นไปตามคำถามการศึกษา

หมวดที่ 2 วิธีรวบรวมผลลัพท์

รายงานการศึกษาการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด 15 เรื่อง จากการทบทวนพบว่ามีการใช้เครื่องมือวัดผลลัพท์ที่หลากหลาย แต่เครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพท์มีความคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ เป็นแบบประเมินตนเองของผู้ป่วย แต่วิธีรวบรวมผลลัพท์มีความแตกต่างกัน ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 วิธี คือ 1) ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยการวิจัยเป็นผู้รวบรวมผลลัพท์จากกลุ่มตัวอย่างโดยตรงจากการทบทวนการศึกษาพบว่าทั้ง 15 เรื่องในครั้งแรกของการประเมินและการติดตามผลลัพท์ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลคือ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยการวิจัยเป็นผู้รวบรวมผลลัพท์ด้วยตนเอง และ 2) ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างประเมินเองที่บ้าน (MacIntyre et al., 2008; Shuldhum et al., 2002; Stein et al., 2010) ซึ่งเป็นการวัดผลลัพท์ระยะยาวหลังผ่าตัดจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

หมวดที่ 4 ผลของการลดความวิตกกังวล

รายงานการศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกมีจำนวน 15 เรื่อง สามารถจำแนกวิธีการลดความวิตกกังวลออกได้เป็น 5 หมวด คือ หมวดที่ 1 วิธีการให้ข้อมูล หมวดที่ 2 การฝึกทักษะด้านกระบวนการคิด หมวดที่ 3 การใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ หมวดที่ 4 การใช้เทคนิคบำบัดความวิตกกังวล และหมวดที่ 5 การใช้กายภาพบำบัดร่วมกับการให้ความรู้ ซึ่งผลของการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ได้มีความแตกต่างกัน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4-5

วิธีการที่ให้ผลลัพธ์ที่ดีในการลดความวิตกกังวล

วิธีปฏิบัติที่ให้ผลดี	ลักษณะสำคัญที่ควรปฏิบัติ	หมายเหตุ
1. การให้ความรู้และข้อมูล		
1.1 การสอนโดยไม่ใช้สื่อ	<ul style="list-style-type: none"> - มีการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ - มีรูปแบบการสื่อสารแบบสองทางระหว่างผู้ให้คำปรึกษาเพื่อเอื้อให้อีกฝ่ายได้สำรวจและทำความเข้าใจถึงสิ่งที่ปัญหาเพื่อแสวงหาหนทางแก้ไขได้ด้วยตนเอง - มีรูปแบบการให้ข้อมูลที่ทำอย่างต่อเนื่องมากกว่า 1 ครั้ง - มีการจัดโปรแกรมที่มีความตรงกับความต้องการของแต่ละบุคคล ส่งเสริมสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ 	<p>สามารถใช้ ได้ผลดีในระยะ ก่อนผ่าตัดและ หลังผ่าตัด รวมทั้งสามารถ ลดความวิตก กังวลได้ใน ระยะยาว</p>
1.2 การสอนที่ใช้สื่อประกอบ	<ul style="list-style-type: none"> - มีเนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย และมีความต่อเนื่องกันเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นๆ ขั้นตอนและกิจกรรมการรักษาพยาบาล - การให้ข้อมูลและการนำเสนอที่มีความเข้าใจง่าย - มีรูปแบบการให้ข้อมูลที่ทำอย่างต่อเนื่องมากกว่า 1 ครั้ง 	<p>สามารถใช้ ได้ผลดีในระยะ ก่อนผ่าตัดและ หลังผ่าตัด รวมทั้งสามารถ ลดความวิตก กังวลได้ใน ระยะยาว</p>
2. การฝึกทักษะด้านกระบวนการคิด	<ul style="list-style-type: none"> - มีความต่อเนื่องของกระบวนการที่ทำให้เกิดทักษะด้านกระบวนการคิด โดยเริ่มตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดและทบทวนวิธีการ 	<p>ใช้ได้ผลดีใน ระยะเผชิญและ ระยะหลังผ่าตัด</p>

ตารางที่ 4-5 (ต่อ)

วิธีปฏิบัติที่ให้ผลดี	ลักษณะสำคัญที่ควรปฏิบัติ	หมายเหตุ
	จุดมุ่งหมายของพฤติกรรม และการแนะนำ กลยุทธ์กระบวนการคิดตั้งแต่ก่อนได้รับ हारผ่าตัดและหลังได้รับการผ่าตัดอย่าง ต่อเนื่อง เพื่อวางแผนสำหรับการ เปลี่ยนแปลง และส่งเสริมสนับสนุนให้ทำ อย่างต่อเนื่อง	สามารถใช้ลด ความวิตกกังวล ในระยะยาวได้
3 การใช้เทคนิคบำบัดความวิตกกังวล		
1. การใช้ดนตรีบำบัด	- ต้องไม่มีความเป็นดรามามาก เป็นเพลง บรรเลงที่มีความสอดคล้องกัน และมีคลื่น ความถี่ 60-70 บีท่อนาที - ผู้ป่วยต้องเป็นผู้เลือกชนิดเพลงด้วยตนเอง - เริ่มตั้งแต่รับเข้ามาอนเพื่อรอการผ่าตัด ไปจนถึงวันที่ 3 หลังได้รับการผ่าตัด และ รับฟังช่วงเวลาเดียวกัน - มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อน	ใช้ได้ผลดีใน ระยะเฉียบพลันและ ระยะหลังผ่าตัด เท่านั้น ไม่ สามารถใช้ลด ความวิตกกังวล ในระยะยาวได้
2. การใช้สัมผัสบำบัด	- ต้องเป็นผู้ที่ผ่านมาตรฐานการฝึกเรื่องการ สัมผัสบำบัด - มีความตั้งใจในการสัมผัสเพื่อการบำบัด	
4. การใช้กระบวนการกลุ่ม สัมพันธ์	- ใช้วิธีการการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผ่านกลุ่มสนับสนุน โดยกลุ่มอาสาสมัครที่ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับการ สอนเกี่ยวกับการประสานงานบนหลักการ ปฏิสัมพันธ์ และมีความรู้เกี่ยวกับโรคและ การรักษา	สามารถใช้ ได้ผลดีในระยะ ก่อนผ่าตัดและ หลังผ่าตัด รวมทั้งลดความ วิตกกังวลได้

ตารางที่ 4-5 (ต่อ)

วิธีปฏิบัติที่ให้ผลดี	ลักษณะสำคัญที่ควรปฏิบัติ	หมายเหตุ
	<ul style="list-style-type: none"> - มีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกก่อนได้รับการผ่าตัด วันที่ 5 หลังได้รับการผ่าตัดและ สัปดาห์ที่ 4 หลังผ่าตัด - เน้นการสนับสนุนทางอารมณ์การให้ข้อมูลมีเป้าหมาย เพื่อสร้างความมั่นใจ - ใ้ซ้การทำกิจกรรมและเสริมสร้างการลดปัจจัยเสี่ยง โดยมุ่งเน้นเรื่องสุขภาพและการใช้ชีวิตประจำวัน - มุ่งเน้นการยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นซึ่งมีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล 	ในระยะยาว
5 การใช้กายภาพบำบัดร่วมกับ การให้ความรู้	<ul style="list-style-type: none"> - มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา การผ่าตัดที่ได้รับ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ภายหลังได้รับการผ่าตัด - มีการตรวจร่างกายในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อ ออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย 	ใช้ได้ดีใน ระยะเฉียบพลันและ ระยะหลังผ่าตัด สามารถใช้ลด ความวิตกกังวล ในระยะยาวได้

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยคัดเลือกรายงานการศึกษา ที่ทำในประเทศไทยและงานวิจัยที่ทำในต่างประเทศที่เป็นภาษาอังกฤษที่รายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 ถึง พ.ศ. 2555 (ค.ศ. 1998 ถึง ค.ศ. 2012) ผลการสืบค้นข้อมูลพบรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและผ่านเกณฑ์การคัดเลือกโดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพการวิจัย 15 เรื่อง ผู้ศึกษาได้อภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

รายงานงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ทำในประเทศไทยและงานวิจัยที่ทำในต่างประเทศที่เป็นภาษาอังกฤษที่รายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 ถึง พ.ศ. 2555 (ค.ศ. 1998 ถึง ค.ศ. 2012) ที่ผ่านการประเมินและคัดเลือกตามเกณฑ์ มี 15 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศจำนวน 14 เรื่อง และเป็นงานวิจัยที่ไม่ตีพิมพ์เผยแพร่ (รายงานวิทยานิพนธ์) ที่ทำการศึกษาในประเทศไทยจำนวน 1 เรื่อง การสืบค้นข้อมูลในครั้งนี้ ผู้ทบทวนใช้คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทาลัยเชียงใหม่ เป็นศูนย์กลางในการสืบค้นข้อมูล ถึงแม้ว่าการสืบค้นจากฐานข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต อาจไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ทั้งหมด อย่างไรก็ตาม การออกแบบวิจัยส่วนมากเป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (RCTs) จำนวน 10 เรื่อง ซึ่งถือว่ามีคุณภาพในเชิงระเบียบวิธีวิจัย ด้านความตรงภายในและความน่าเชื่อถือ (Polit & Hungler, 1999) ที่เหลือเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) จำนวน 5 เรื่อง และหากใช้การแบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ (level of evidence) ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2009) เข้าประเมินพบว่า เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 1-2 เกือบทั้งสิ้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา แบ่งเป็น กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ (เท่ากับหรือมากกว่า 30) จำนวน 13 เรื่อง ถือได้ว่ามีคุณภาพในเชิงระเบียบวิธีวิจัยและทำให้มีความน่าเชื่อถือ ส่วนอีก 2 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (น้อยกว่า 30) เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์ความวิตกกังวลในแต่ละเรื่อง มีการใช้เครื่องมือที่มีคุณภาพทั้งทางด้านความตรงภายในและความเที่ยงที่มีการทดสอบก่อนนำมาใช้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากรายงานการวิจัยทั้งหมดมีการออกแบบการศึกษาที่แตกต่างกัน มีการใช้เครื่องมือวัดความวิตกกังวลระยะเวลา และวิธีการวัดผลลัพธ์ความวิตกกังวลที่หลากหลาย จึงไม่สามารถทำการวิเคราะห์เมตา

(meta-analysis) ผู้ศึกษาจึงวิเคราะห์สรุปผลการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นแบบบรรยายสรุปเชิงเนื้อหา (narrative summarization) ตามคำถามการวิจัยดังนี้

วิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

รายงานการศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เนื่องจากรายงานการวิจัยทั้งหมดมีการออกแบบการศึกษาที่แตกต่างกัน มีการใช้เครื่องมือวัดความวิตกกังวล ระยะเวลา และวิธีการวัดผลลัพธ์ความวิตกกังวลที่หลากหลาย ซึ่งสามารถจำแนกวิธีการลดความวิตกกังวลออกได้เป็น 5 หมวด คือ หมวดที่ 1 วิธีการให้ความรู้และข้อมูล หมวดที่ 2 การฝึกทักษะด้านกระบวนการคิด หมวดที่ 3 การใช้เทคนิคบำบัดความวิตกกังวล หมวดที่ 4 การใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ และหมวดที่ 5 การใช้กายภาพบำบัดร่วมกับการให้ความรู้ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

หมวดที่ 1 การให้วิธีการให้ความรู้และข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ได้ข้อสรุปว่า วิธีการให้ความรู้และข้อมูล เป็นวิธีการจัดการที่มุ่งเน้นช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านของการให้ข้อมูลและสาระความรู้ เริ่มต้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สอนและผู้เรียน โดยมีการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงทัศนคติไปในทางที่ดี ส่งเสริมการดูแลตนเองและลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งเนื้อหาสาระของข้อมูลและความรู้ที่ให้อาจมีความคล้ายคลึงกัน คือ เน้นเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับ โรค การรักษา วิธีการผ่าตัด การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัด การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เหตุการณ์ที่ต้องประสบภายหลังได้รับการผ่าตัดและอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้ โดยมีลักษณะร่วมของวิธีการที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ 1) สาระความรู้มีความครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม 2) มุ่งเน้นการเรียนรู้ การดูแลตนเองและสามารถคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ที่จะได้เผชิญล่วงหน้าตรงกับความเป็นจริง โดยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ และ 3) มีความต่อเนื่อง การติดตาม สนับสนุนการศึกษาตลอดระยะเวลาในการจัดการ ซึ่งวิธีการที่ใช้มีความแตกต่างกัน สามารถแบ่งได้เป็น 2 หมวดหมู่ ได้แก่ การสอนโดยไม่ใช้สื่อเป็นวิธีการสอนด้วยวาจา การอภิปราย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และการสอนโดยใช้สื่อประกอบ เป็นการสอนที่ใช้เทปโทรทัศน์หรือวิดีโอ และแผ่นพับ เพื่อช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ความเข้าใจได้ง่าย ดังการศึกษาของ เอกซ์เคิร์ท (Eckert, 2004) ที่ได้ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า การให้ความรู้ก่อนได้รับการผ่าตัดทำให้ระดับความวิตกกังวลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อิชเชอร์ (Isher, 2010) ที่ได้ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็น

ระบบในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่าการให้ความรู้ก่อนการผ่าตัด ได้ผลลัพธ์เชิงบวกในการลดระดับความวิตกกังวล เมื่อพิจารณาในแง่ระเบียบวิธีการวิจัย พบว่า การศึกษาเหล่านี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองที่มีการออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่าง เข้ารับการทดลองจำนวน 3 เรื่อง และการศึกษาเชิงทดลองจำนวน 2 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ (เท่ากับหรือมากกว่า 30 คน) จำนวน 3 เรื่อง และกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (น้อยกว่า 30 คน) จำนวน 2 เรื่อง ซึ่งถือว่ามีคุณภาพในเชิงระเบียบวิจัย ด้านความตรงภายในและความน่าเชื่อถือ (Polit & Hungler, 1999) เมื่อแบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามเกณฑ์ของ สถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2009) อยู่ในระดับ 1 และ 2 ตามลำดับ ซึ่งการให้ความรู้และข้อมูล เป็นสมรรถนะหนึ่งของพยาบาลที่สำคัญในด้านการดูแลผู้รับบริการ และเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีจึง ควรมีการใช้สื่อเข้ามาประกอบ ได้แก่ เทปโทรทัศน์ วิดีโอ และแผ่นพับ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ง่าย สะดวก และนอกจากนั้นการให้ความรู้ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

หมวดที่ 2 การฝึกทักษะด้านกระบวนการคิด การศึกษาครั้งนี้ได้ข้อสรุปว่า วิธีการฝึก ทักษะด้านกระบวนการคิด เป็นรูปแบบวิธีการที่มุ่งให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยน พฤติกรรม หรือให้เกิดทักษะความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อลดความวิตกกังวลได้ เป็นการจั ดกระทำที่มีความเฉพาะ โดยผู้ที่ให้คำปรึกษาหรือชี้แนะต้องมีความรู้และทักษะที่สามารถช่วยเหลือ ได้ ใช้ระยะเวลาในการจัดการอย่างต่อเนื่อง สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะสั้นและ ในระยะยาวได้ การฝึกทักษะด้านกระบวนการคิดเป็นวิธีการที่ผสมผสานระหว่างการบำบัดทาง ความคิดและพฤติกรรม วิธีการนี้จะช่วยให้ผู้บำบัดปรับมุมมองต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความ วิตกกังวล แล้ววางแผนการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น และใช้ทักษะการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดเหตุการณ์ ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล เมื่อพิจารณาในแง่ระเบียบวิธีการวิจัยพบว่า เป็นการศึกษาเชิงทดลองที่มี การออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง และ กลุ่มตัวอย่างขนาด ใหญ่ ซึ่งถือว่ามีคุณภาพในเชิงระเบียบวิจัย ด้านความตรงภายในและความน่าเชื่อถือ (Polit & Hungler, 1999) เมื่อแบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามเกณฑ์ของ สถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2009) อยู่ในระดับ 1 สามารถนำไปใช้ได้ ในหน่วยงานแต่อาจต้อง นำไปประยุกต์เพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้รับบริการที่มีความแตกต่างกัน

หมวดที่ 3 การใช้เทคนิคบำบัดความวิตกกังวล การศึกษาครั้งนี้ได้ข้อสรุปว่า การใช้ เทคนิคบำบัดความวิตกกังวล เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำมาปฏิบัติเกี่ยวกับการลดความ วิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เป็นกิจกรรมบริการที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรู้สึก ผ่อนคลาย ได้แก่ การใช้ดนตรีบำบัด และสัมผัสบำบัด ถึงแม้จะมีความแตกต่างกันในเรื่องของ เทคนิคและวิธีการ แต่เป็นการจัดกระทำที่มีความเฉพาะผู้ที่ต้องผ่านการอบรมมาเป็นพิเศษ ใช้

ระยะเวลาสั้นในการจัดการ มุ่งเน้นการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะสั้นแต่ยังถือได้ว่าเป็นวิธีการที่ไม่ต่อเนื่องอาจไม่ส่งผลถึงการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะยาวได้ จึงเหมาะสมสำหรับการทำหัตถการที่มีระยะเวลาสั้น มีการใช้วิธีการนี้อย่างแพร่หลายในกลุ่มโรคต่างๆ ได้แก่ ใช้คนตรีบำบัดในผู้ป่วยชายที่ได้รับการผ่าตัดต่อทางเดินปัสสาวะ (Arsian et al., 2008) การใช้คนตรีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Bringman et al., 2009) ใช้คนตรีบำบัดในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดชิ้นเนื้อและระบายไขกระดูก (Shabanloei et al., 2010) ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้สามารถลดความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้มีการศึกษาของ สุนีย์ สุธีวีระจร (2547) ศึกษาเปรียบเทียบผลของสัมผัสบำบัดกับคนตรีบำบัดต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการทั้งสองวิธีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความแตกต่างกันของทั้งสองวิธี และเมื่อพิจารณาในแง่ระเบียบวิธีการวิจัยพบว่าการศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองที่มีการออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง และ กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ทั้งหมด ซึ่งถือว่ามีคุณภาพในเชิงระเบียบวิจัย ด้านความตรงภายในและความน่าเชื่อถือ (Polit & Hungler, 1999) เมื่อแบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามเกณฑ์ของสถาบัน โจแอนนาบริกส์ (JBI, 2009) อยู่ในระดับ 1 สามารถนำไปใช้ได้หน่วยงานแต่อาจต้องดัดแปลงเพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้รับบริการแต่ละคน รวมทั้งการเตรียมความพร้อมเรื่องอุปกรณ์ และสถานที่ซึ่งเอื้อต่อการรับฟัง

หมวดที่ 4 การใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ การศึกษาครั้งนี้ได้ข้อสรุปว่า การใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นรูปแบบกิจกรรมที่ผู้บริการจัดให้มีการรวมกลุ่มของผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายกัน มุ่งเน้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน และช่วยกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการให้ผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและประสบความสำเร็จในการรักษาเข้ามาช่วยในการทำกิจกรรมทำให้เกิดการยอมรับความจำเป็นในการรักษา และเพื่อช่วยลดความวิตกกังวล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วาร์กัส มาเีย และแดนทัส (Vargas, Maia, & Dantas, 2006) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจเป็นครั้งแรกพบว่า ความรู้สึกกลัว วิตกกังวลในระยะแรกจะหายไปเมื่อผู้ป่วยได้พบเห็นเพื่อนร่วมห้องที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจมาแล้ว ทำให้เกิดการยอมรับความจำเป็นในการรักษาและส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลจึงลดลง เมื่อพิจารณาในแง่ระเบียบวิธีการวิจัยพบว่าเป็นการศึกษาเชิงทดลองที่มีการออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง และ กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ทั้งหมด ซึ่งถือว่ามีคุณภาพในเชิงระเบียบวิจัย ด้านความตรงภายในและความน่าเชื่อถือ (Polit & Hungler, 1999) เมื่อแบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2009) อยู่ในระดับ 1 ซึ่งหากพิจารณานำไปใช้ในหน่วยงานต้อง

เตรียมความพร้อมของผู้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการกลุ่มจนเกิดความชำนาญ มีความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน เพื่อข้อมูลที่ไม่มีความคลาดเคลื่อน เป็นการสร้างความเชื่อมั่นและป้องกันการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนที่จะเกิดขึ้น และอาจแก้ไขกระบวนการเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและผู้รับบริการ

หมวดที่ 5 การฝึกกายภาพบำบัดร่วมกับการให้ความรู้ จากการศึกษาครั้งนี้ได้ข้อสรุปว่าการใช้กายภาพบำบัดร่วมกับการให้ความรู้ โดยการประเมินกลุ่มตัวอย่างที่เข้ามารับบริการซึ่งมีความพร้อมและปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน เพื่อนำมากำหนดเป็นรูปแบบ โปรแกรมการบริหารระบบทางเดินหายใจที่มีประสิทธิภาพ พร้อมกับการให้ความรู้ ซึ่งความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมีความสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ และแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการฝึกทักษะ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถฟื้นฟูร่างกายได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดได้ ถึงแม้เพียง 1 การศึกษาแต่เมื่อพิจารณาระเบียบวิธีการวิจัยพบว่า เป็นการศึกษาเชิงทดลองที่มีการออกแบบ โดยมีกลุ่มควบคุม และมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง และ กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ทั้งหมด ซึ่งถือว่ามีคุณภาพในเชิงระเบียบวิจัย ด้านความตรงภายในและความน่าเชื่อถือ (Polit & Hungler, 1999) เมื่อแบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามเกณฑ์ของสถาบัน โจแอนนาบริกส์ (JBI, 2009) อยู่ในระดับ 1 ซึ่งหากพิจารณานำไปใช้ในหน่วยงานต้องเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่เรื่องการบริหารระบบทางเดินหายใจจนเกิดความชำนาญ สำหรับการให้ความรู้และข้อมูลเป็นสมรรถนะหนึ่งของพยาบาลที่สำคัญในด้านการดูแลผู้รับบริการที่ต้องได้รับการฝึกฝนตนเองอยู่ตลอดเวลาจึงถือได้ว่าเป็นวิธีการที่ง่ายในการนำไปใช้เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด

จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า วิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ได้แก่ การให้ความรู้และข้อมูล การฝึกทักษะด้านกระบวนการคิด การใช้เทคนิคบำบัดความวิตกกังวล การใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ และการใช้กายภาพบำบัดร่วมกับวิธีการให้ความรู้ เป็นไปในลักษณะมีความครอบคลุมทุกปัญหา ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ และมีความต่อเนื่องของการช่วยเหลือ ทำให้สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ และวิธีการใช้เทคนิคบำบัดความวิตกกังวลเป็นการลดความวิตกกังวลที่เห็นผลในระยะสั้น ใช้เวลารวดเร็วแต่ในระยะยาวต้องได้รับการติดตามและฝึกฝนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เอง