

ผลของการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดต่อคุณภาพชีวิตและความวิตกกังวลในผู้ป่วย ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

สยาม ทวีสมบัติ*

กฤตพัทธ์ ผีกฝน**

อัญชลี สุวรรณศิริเจริญ*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ก่อนและหลังการได้รับข้อมูลก่อนและหลังการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 35 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แผนการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย และแบบวัดความวิตกกังวล มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 และ 0.70 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตและความวิตกกังวล และได้รับข้อมูลการผ่าตัดตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตและความวิตกกังวลซ้ำใน 1 เดือนหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ WILCOXON SIGNED-RANKS TEST

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 29 คนจาก 35 คน เข้าสู่กระบวนการวิจัยโดยสมบูรณ์ หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ย (MEAN= 96.10, S.D. = 3.38) สูงกว่าก่อนการทดลอง (MEAN = 92.86, S.D. = 3.20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.311, P < .001$) ระดับความวิตกกังวลก่อน (MEAN= 7.34, S.D. = 1.67) และหลังการทดลอง (MEAN = 7.03, S.D. = 1.38) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.482$)

การให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดอย่างมีแบบแผนเป็นแนวทางการพยาบาลวิธีหนึ่ง que ควรส่งเสริมให้มีการนำไปใช้เพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

คำสำคัญ: การให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด, ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด, คุณภาพชีวิต, ความวิตกกังวล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

**อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding author; E-mail: krittapat.f@bcnpy.ac.th

Effects of pre and post-operative information program on quality of life and anxiety of patients undergoing open heart surgery, Chiangrai Prachanukroh Hospital

Siam Thaweasombat*

Krittapat Fukfon**

Anchalee Suwansirichareon*

Abstract

This quasi-experimental study, one group with pretest and posttest design, aimed to compare the quality of life and anxiety levels of patients undergoing open heart surgery who received a pre and post-operative information program. Participants were 35 patients undergoing open heart surgery at Chiangrai Prachanukroh Hospital who met the eligibility criteria. Research instruments were the World Health Organization-BREF -THAI and the Thai Hospital Anxiety and Depression Scale with 0.74 and 0.70 Cronbach's alpha coefficients, respectively. The quality of life and anxiety were measured at baseline and at 1 month after the surgery. Data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon signed-ranks test.

Results revealed that 29 of 35 participants completed the study protocol. After the study completion, the participants had significantly higher score on quality of life (Mean = 96.10, S.D. = 3.38) compared with baseline score (Mean= 92.86, S.D. = 3.20) ($Z = -4.311$, $p < .001$). Whereas, there was no significant difference between anxiety levels between before (Mean= 7.34, SD = 1.67) and after (Mean= 7.03, SD = 1.38) the study ($Z = -1.482$).

Providing pre and post-operative information is one of nursing interventions that should be implemented for all open-heart surgery patients so that they would have better quality of life.

Keywords: pre and post-operative information program, open heart surgery, quality of life, anxiety

*Registered Nurse, Department of Nurse Anesthesia, Chiangrai Prachanuckroh Hospital

**Lecturer, Department of Adult and Elderly Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author; E-mail: krittapat.f@bcnpy.ac.th

Received: August 18, 2020 / Revised: July 1, 2021 / Accepted: December 1, 2021

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นของประชากรโลก โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2559 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดถึง 17.9 ล้านคน และ 3 ใน 4 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิต เป็นกลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ในระดับต่ำถึงปานกลาง¹ ประเทศไทยจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2559 – พ.ศ. 2560 อัตราการป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 525 เป็น 660 คนต่อแสนประชากร² และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต รองจากโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอักเสบ โดยพบว่าอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นจาก 27.8 คนต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2557 เป็น 39.4 คนต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2561³

การผ่าตัดหัวใจถือเป็นทางเลือกสุดท้ายในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด⁴ ที่ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁵ จากสถิติของสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีจำนวนเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยหัวใจแบบเปิดทั่วประเทศ จำนวน 5,133 ราย จาก 24 โรงพยาบาลในสังกัดของรัฐบาล เพิ่มขึ้นเป็น 14,599 ราย จาก 48 โรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2562⁶ โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ เป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิที่เปิดให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 เป็นต้นมา จากสถิติของโรงพยาบาล

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2554 - พ.ศ. 2558 พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยหัวใจแบบเปิดมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้น จาก 34 ราย ในปีแรก เป็น 123 ราย ภายในระยะเวลา 5 ปี⁷

แม้ว่าปัจจุบันการผ่าตัดหัวใจจะได้รับการยอมรับว่าเป็นการรักษาที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย^{4,8} แต่การผ่าตัดหัวใจก็ยังถือว่าเป็นเหตุการณ์สำคัญในชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นภาวะคุกคามชีวิตที่กระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย เศรษฐฐานะ ตลอดจนส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว⁹ โดยเฉพาะในช่วงของการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือโดยใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมเพื่อทำหน้าที่แทนหัวใจและปอดเพื่อให้ร่างกายได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ⁴ หลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดจากทีมสุขภาพเนื่องจากต้องใช้เครื่องมือในการช่วยชีวิตขั้นสูง ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ไตวายเฉียบพลัน การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด หรือบางรายอาจจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำ เป็นต้น⁸ นอกจากการผ่าตัดจะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจส่วนใหญ่มักมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง⁹ ถึงระดับสูง^{10, 11} โดยสาเหตุหลักของความวิตกกังวลได้แก่ การรอคอยการผ่าตัดที่ยาวนาน กลัวเสียชีวิตก่อนได้รับการผ่าตัด การไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองในอนาคต กลัวไม่ฟื้นจากการได้รับระงับความรู้สึก และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่ไม่ครบถ้วน เป็นต้น^{11, 12} ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลหากไม่ได้รับการประเมินและการจัดการที่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การ

ผ่าตัดได้ โดยมีการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวล หลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft: CABG) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 6 เดือน ด้วยความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด¹³ โดยปกติจะพบว่าภาวะวิตกกังวลที่มีอยู่ในระยะก่อนผ่าตัดจะลดลงภายหลังการผ่าตัดขึ้นอยู่กับการฟื้นฟูของร่างกาย หากร่างกายและสภาพจิตใจ ฟื้นฟูเป็นปกติดี ความวิตกกังวลก็จะลดลง ในทางตรงกันข้ามที่ผู้ป่วยบางรายความวิตกกังวล อาจจะยังคงอยู่โดยเฉพาะ รายที่มีปัญหาของภาวะ ซึมเศร้าหรืออาการเจ็บป่วยทางกายเล็กน้อยอื่น ๆ ที่จะสร้างความวิตกกังวลกับผู้ป่วยได้¹⁴

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดเปิดหัวใจ ที่ถูกต้องและเหมาะสมกับความต้องการ ทั้งใน ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังผ่าตัด แก่ผู้ป่วยและครอบครัวถือเป็นการตอบสนองความต้องการ การได้รับข้อมูลที่ตรงกับความต้องการ ของผู้ป่วย โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทการ ปฏิบัติตนของผู้ป่วย⁹ สามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้ โดยมีการศึกษาสังเคราะห์งานวิจัยเชิง ทดลองที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้ก่อนการผ่าตัด ต่อผลลัพธ์หลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจพบว่า การให้ความรู้ก่อนผ่าตัดช่วยลดความวิตกกังวลได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵ และการศึกษาใน ประเทศไทยที่พบว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียม ความพร้อมสามารถช่วยลดระดับความวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้¹⁷ โดย ที่ยังไม่พบรายงานวิจัยที่ประเมินผลลัพธ์ด้าน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจแบบ เปิด ภายหลังได้รับข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดที่ เพียงพอ แต่อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยที่ผ่านมา

พบว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลในการผ่าตัดเต้านม การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมได้¹⁶

ผู้วิจัยในบทบาทของพยาบาลวิสัญญี ที่มี บทบาทหน้าที่ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ผ่าตัดหัวใจตั้งแต่ก่อนผ่าตัด และการดูแลต่อเนื่อง จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เห็น ความสำคัญของการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด หัวใจแบบเปิดอย่างเป็นแบบแผนแก่ผู้ป่วยและ ครอบครัวผู้ดูแล ประกอบกับยังไม่มีแนวทางการ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติที่เป็นระบบแบบแผน การให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดมีรายละเอียด แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความ เชี่ยวชาญของพยาบาลวิสัญญีผู้ให้ข้อมูล และเป็น การให้ข้อมูลทางเดียวในระยะเวลาอันสั้น การวิจัย ครั้งนี้จะเป็นการให้ข้อมูลที่เป็นระบบมีแนวทางใน การให้ข้อมูลที่ครอบคลุมในการเตรียมความพร้อม ด้านร่างกาย จิตใจ ขั้นตอนการผ่าตัด การปฏิบัติ ตัวหลังผ่าตัดในระยะแรกหลังออกจากห้องผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง จนกระทั่งจำหน่าย ตลอดจนการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน โดยเป็นการ ให้ข้อมูลที่เน้นการสื่อสารสองทางระหว่างผู้วิจัย และผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การเตรียม ผู้ป่วยให้มีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ลดความวิตกกังวล และที่สำคัญคือช่วยเพิ่ม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจ แบบเปิดให้ดียิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีความ พร้อมการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit) และทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system) ของโอเรม¹⁷ ซึ่ง

กล่าวว่า บุคคลจะไม่สามารถปฏิบัติการช่วยเหลือตัวเองได้ตามความต้องการถ้ามีข้อจำกัดที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และระบบการพยาบาลนั้นจะเป็นตัวเลือกในการให้วิธีการพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพและความต้องการของผู้ป่วย¹⁷ ในการออกแบบกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนั้น ถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ไปจนถึงหลังผ่าตัด ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องประสบกับกลุ่มอาการต่างๆ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่นเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย จนถึงอาการหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่ผู้ป่วยอาจจะมีอาการปวดแผลผ่าตัด หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ หลังผ่าตัด¹⁸ การสนับสนุนข้อมูลตามทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเรม นั้น จึงมีความจำเป็นจะช่วยให้ผู้ป่วยนั้นยังคงศักยภาพในการดูแลตนเองตามความเหมาะสมได้อย่างสูงสุด ดังนั้นการส่งเสริมสนับสนุนให้ความรู้ตามทฤษฎีระบบการพยาบาลโดยการชี้แนะ (guiding) การสนับสนุน (supporting) การสอน (teaching) ที่ครอบคลุมเกี่ยวกับยาที่ต้องรับประทานหรือยาที่ต้องงดรับประทานก่อนการผ่าตัด กิจกรรมที่สามารถทำได้ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด แผนการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในการผ่าตัด การจัดการกับอาการหลังผ่าตัด แหล่งบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยสามารถใช้บริการได้ภายหลังการผ่าตัด โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การลดระดับความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจต่อการเข้ารับการผ่าตัด

หัวใจแบบเปิด และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตและระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดก่อนและหลังการได้รับข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (one-group, pretest and posttest design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างการวิจัยโดยกำหนดให้ Power = 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 กำหนดค่า effect size ในระดับปานกลางหรือ 0.50 นำมาคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 28 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่าง (attrition rate) ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 25 เป็นจำนวนทั้งสิ้น 35 ราย โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ที่มีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด (inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป 2) เป็นผู้ป่วยที่เข้ามานอนโรงพยาบาลก่อนล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วันเพื่อเตรียมการผ่าตัด 3) เป็นผู้ป่วยที่สามารถสื่อสาร

ภาษาไทยได้เข้าใจ และ 4) ยินดีเป็นกลุ่มตัวอย่าง การวิจัย และกำหนดเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างผ่าตัดหรือ หลังผ่าตัด และ 2) ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่มีความพร้อมสำหรับการ ผ่าตัดและต้องรับการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้าน สุขภาพจิตก่อนการผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1.1 แผนการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดหัวใจ แบบเปิด ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหา อุปกรณ์และสื่อประกอบการให้ข้อมูล วิธีการให้ ข้อมูล โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ การดูแลในระยะก่อน ผ่าตัด ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลด้านการผ่าตัด 2) ยาที่ต้องรับประทานต่อหรือต้องงดก่อนการ ผ่าตัด 3) ยาอื่นๆ ที่ไม่ต้องงด 4) การประเมินความ วิตกกังวล 5) การประเมินความต้องการของผู้ป่วย แต่ละราย 6) การเตรียมผู้ป่วยสำหรับการดูแลหลัง ผ่าตัด เช่น การสอน deep breathing exercise, effective cough, การทำ early ambulation 7) อธิบายความปวดที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญและวิธีการ จัดการกับความปวดตลอดจนสภาพร่างกายของ ผู้ป่วยที่จะต้องเผชิญหลังออกจากห้องผ่าตัด ระยะ ผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ จากบุคลากรทางการแพทย์และเครื่องมือที่ทันสมัย ในห้องผ่าตัดและหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทรวงอก จนกระทั่งพ้นขีดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน

1.2 แผนการให้ข้อมูลหลังผ่าตัดหัวใจแบบ เปิด ประกอบด้วย 1) กิจกรรมที่สามารถทำได้ เช่น การเดิน อาบน้ำ การดูแลบาดแผล การรับประทาน อาหาร และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ 2)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำ เช่น การควบคุมความดันโลหิต ควบคุมไขมัน และ การออกกำลังกาย เป็นต้น 3) การให้เบอร์โทรศัพท์ เพื่อขอความช่วยเหลือ แหล่งบริการที่ต้องการ ความช่วยเหลือเช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลใกล้ บ้าน เป็นต้น

การตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ศัลยแพทย์ โรคหัวใจและทรวงอก 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก 2 ท่านได้ค่า Content validity index เท่ากับ 0.92

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด

2.2 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย หรือ WHOQOL – BREF – THAI¹⁹ มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ มี ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบหลายระดับ (Likert scale) ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก 23 ข้อ และทางลบ 3 ข้อ สอบถามคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย คือ การรับรู้สภาพด้าน ร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด เป็นต้น 2) ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพจิตใจของ ตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมี ต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น 3) ด้าน ความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่อง ความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับ

ว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย เป็นต้น และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนเองมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต เป็นต้น โดยมีคะแนนรวมคุณภาพชีวิต ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ที่เครื่องมือ WHOQOL-BREF-THAI กำหนดไว้ ดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.3 แบบประเมินความวิตกกังวล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทย เนื่องจาก HADS เป็นเครื่องมือที่สั้น กะทัดรัด และมีความแม่นยำ และความเชื่อถือได้ในการประเมินความวิตกกังวลอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับ 100% และความจำเพาะ (specificity) ที่ร้อยละ 86 จึงเหมาะแก่การใช้เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในโรงพยาบาล โดยเป็นการคัดกรองเบื้องต้นในทางคลินิก ว่าผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติทางจิตเวชอยู่ในกลุ่มอาการวิตกกังวลหรือกลุ่มอาการซึมเศร้า²⁰ ที่มีข้อคำถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเองในการประเมินความวิตกกังวล จำนวน 7 ข้อ (ข้อ 1, 3, 5, 7, 9, 11 และ 13) การให้คะแนนในแต่ละข้อเป็นแบบเลือกตอบหลายระดับ (Likert scale) มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน การแปลค่าโดยใช้คะแนนรวม แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 3 ระดับ

คะแนน 0 – 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวล/ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช

คะแนน 8 – 10 คะแนน หมายถึง ถือว่ามีภาวะวิตกกังวลแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

คะแนนตั้งแต่ 11 ขึ้นไป หมายถึง ถือว่ามีภาวะวิตกกังวลและเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

เนื่องจากแบบประเมิน WHOQOL – BREF – THAI และแบบประเมิน HADS ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่นิยมกันใช้อย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงไม่ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาของเครื่องมือ แต่ทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 10 คน และนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.74 และ 0.70 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ วันที่ 6 พฤษภาคม 2560 เลขที่ ชร 0032.102/15684 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้เชิญกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนและกระบวนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลา โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับทั้งสิ้น หากกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการ

วิจัย จากนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยซึ่งเป็นวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมหลอดเลือดและทรวงอก เป็นผู้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ในวันแรกก่อนการผ่าตัดที่หอผู้ป่วย ผู้วิจัยแนะนำตัว แจงจุดประสงค์การวิจัยให้ผู้ป่วยรับทราบ แจงสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัย สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เก็บข้อมูลโดยใช้สอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพ แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

2. กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะได้รับการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดตามแผนการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการระยะก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลด้านการผ่าตัด 2) ยาที่ต้องรับประทานต่อหรือต้องงดก่อนการผ่าตัด 3) ยาอื่น ๆ ที่ไม่ต้องงด 4) การประเมินความวิตกกังวล 5) การประเมินความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย 6) การเตรียมผู้ป่วยสำหรับการดูแลหลังผ่าตัด เช่น การสอน deep breathing exercise, effective cough, การทำ early ambulation 7) อธิบายความปวดที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญและวิธีการจัดการกับความปวดตลอดจนสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่จะต้องเผชิญหลังออกจากห้องผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับความช่วยเหลืออย่างเต็มที่จากบุคลากรทางการแพทย์และเครื่องมือที่ทันสมัย

ในห้องผ่าตัดและหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทรวงอก จนกระทั่งพ้นขีดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน และในระยะหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 1) กิจกรรมที่สามารถทำได้ เช่น การเดิน อาบน้ำ การดูแลบาดแผล การรับประทานอาหาร และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะไม่ให้เกิดกลับมาเป็นซ้ำ เช่น การควบคุมความดันโลหิต ควบคุมไขมัน และการออกกำลังกาย เป็นต้น 3) การให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อขอความช่วยเหลือ แหล่งบริการที่ต้องการความช่วยเหลือเช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลใกล้บ้าน และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและญาติซักถาม โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

3. ตอนเช้าของวันผ่าตัด ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยเป็นครั้งที่ 2 เพื่อทบทวนความรู้ด้านการปฏิบัติตัว และทบทวนให้ข้อมูลก่อนและหลังการผ่าตัดตามแผนการให้ข้อมูลอีกครั้ง ในกรณีที่ประเมินโดยการสอบถามแล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการที่จะได้รับการทบทวนข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดอีกครั้ง และตรวจสอบความพร้อมต่อการเข้ารับผ่าตัด โดยใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที

4. ในวันก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 1 วัน ผู้วิจัยเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยเป็นครั้งที่ 3 เพื่อให้ทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้แก่ กิจกรรมที่สามารถทำได้ เช่น การเดิน อาบน้ำ การดูแลบาดแผล การรับประทานอาหาร และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะไม่ให้เกิดกลับมาเป็นซ้ำ เช่น การควบคุมความดันโลหิต ควบคุมไขมัน และการออกกำลังกาย เป็นต้น การให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อขอความช่วยเหลือ แหล่งบริการที่ต้องการ

ความช่วยเหลือเช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลใกล้บ้าน ตามแผนการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

5. ในวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยเป็นครั้งที่ 4 เพื่อทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่สามารถทำได้ เช่น การเดิน อาบน้ำ การดูแลบาดแผล การรับประทานอาหาร และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะไม่ให้เกิดกลับมาเป็นซ้ำ เช่น การควบคุมความดันโลหิต ควบคุมไขมัน และการออกกำลังกาย เป็นต้น การให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อขอความช่วยเหลือ แหล่งบริการที่ต้องการความช่วยเหลือเช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลใกล้บ้าน และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและญาติซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

6. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลังผ่าตัดตามปกติที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมหลอดเลือดและทรวงอก คือ 1 เดือน ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตและประเมินความวิตกกังวล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ภายหลังจากทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีการกระจายตัวแบบไม่เป็นโค้งปกติ โดยมีวิธีการดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและความวิตกกังวลระหว่างก่อนและหลังการศึกษาด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test เนื่องจากการกระจายของตัวแปรไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 35 ราย ที่เข้าสู่กระบวนการวิจัย มีกลุ่มตัวอย่าง 6 รายออกจากโครงการวิจัยเนื่องจากเสียชีวิตภายหลังการผ่าตัด จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 29 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (16 คน) คิดเป็นร้อยละ 55.20 มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป โดยอายุเฉลี่ย 57.79 ปี (S.D. = 11.18) อายุสูงสุด 79 ปี และอายุต่ำสุด 25 ปี การวินิจฉัยโรคพบสาเหตุจากความผิดปกติของลิ้นหัวใจมากที่สุด 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.00 และโรคหลอดเลือดหัวใจ 9 ราย หรือคิดเป็น ร้อยละ 31.00 ชนิดของการผ่าตัด ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดเปิดหัวใจชนิด double valve surgery 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.90 รองลงมาเป็นการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) ร้อยละ 31.00 การผ่าตัด triple valve ร้อยละ 17.20 และ single valve surgery ร้อยละ 13.80 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ การวินิจฉัยโรค และประเภทการผ่าตัด (n=29)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	16	55.17
ชาย	13	44.83
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 40	2	6.90
41 – 50	2	6.90
51 – 60	11	37.90
61 – 70	12	41.40
71 – 80	2	6.90
อายุเฉลี่ย 57.79 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.18 อายุสูงสุด 79 ปี อายุต่ำสุด 25 ปี		
การวินิจฉัยโรค		
Coronary artery disease	9	31.00
Valvular heart disease	20	69.00
ประเภทการผ่าตัด		
CABG	9	31.00
Single valve	4	13.80
Double valve	11	37.90
Triple valve	5	17.20

2. เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตและระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดก่อนและหลังการได้รับข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด ก่อนการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.30 คุณภาพชีวิตในระดับสูง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.70

ภายหลังการศึกษาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.10 และคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.90 และก่อนการศึกษาไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวล ภายหลังการศึกษาพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวล 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.40 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตและความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (N=29)		หลังการทดลอง (N=29)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิต				
คุณภาพชีวิตต่ำ	0	0	0	0
คุณภาพชีวิตปานกลาง	23	79.30	11	37.90
คุณภาพชีวิตสูง	6	20.70	18	62.10
ความวิตกกังวล				
ไม่มีความวิตกกังวล	29	100.00	28	96.60
มีความวิตกกังวล	0	0	1	3.40

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและความวิตกกังวลก่อนและหลังการศึกษาด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-ranks Test (n= 29)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Z	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
คุณภาพชีวิต	92.86	3.20	96.10	3.38	-4.320	0.000
ความวิตกกังวล	7.34	1.67	7.03	1.38	-1.482	0.138

ภายหลังได้รับข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้น (Mean 96.10, S.D. 3.38) กว่าก่อนการศึกษา (Mean 92.86, S.D. 3.20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.320$, $p\text{-value} = 0.000$) ส่วนความวิตกกังวลพบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อน (Mean 7.34, S.D. 1.67) และหลังการทดลอง (Mean 7.03, S.D. 1.38) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.482$, $p\text{-value} = 0.138$) (ตารางที่ 3)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นประสิทธิผลของการพยาบาลโดยการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด

แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในการเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากวิธีการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดที่เหมาะสมและเพียงพอ เป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ดังการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดในระดับมาก^๑ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีแนวทางในการให้ข้อมูลที่ครอบคลุมเรื่องยาที่ต้องรับประทานหรือต้องงดก่อนการผ่าตัด การเลือกใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพที่ผู้ป่วยสามารถใช้บริการกิจกรรมที่สามารถทำได้ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด การ

ดูแลตนเอง แผนการรักษาที่ผู้ป่วยต้องได้รับทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในการผ่าตัดและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและญาติซักถามที่ตรงตามแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองและทฤษฎีระบบการพยาบาลเพื่อการทดแทนที่ผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัย โดยการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเอง โดยการให้ข้อมูล ชี้แนะแนวทาง สอนและสนับสนุน¹⁷ โดยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลที่เป็นโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนา ซักถามสะท้อนความรู้ความเข้าใจอย่างแท้จริง ดังการศึกษาของ สิริพร บุตตะพิมพ์ และคณะ¹⁶ ที่พบว่าการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ วิธีการพยาบาลดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปดูแลตนเองให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดและการดูแลคุณภาพชีวิตตนเองหลังผ่าตัดให้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจและการสนับสนุนด้านจิตสังคมช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดเปิดหัวใจเพื่อทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจที่สูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ¹⁸ และสอดคล้องกับการวิจัยเชิงทดลองในการให้ความรู้เพื่อเตรียมพร้อมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัด CABG ที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความรู้กับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องที่ครอบคลุมเรื่องการผ่าตัด การรักษาในหอผู้ป่วยหนัก การจัดการความเจ็บปวด การฝึกหายใจ การจัดการด้านโภชนาการ และการพบแพทย์ตามนัด ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัด

CABG ที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัด¹⁹

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดก่อนและหลังการได้รับคำแนะนำก่อนและหลังการผ่าตัดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนการผ่าตัดจำนวนทั้งหมด 29 คน หรือร้อยละ 100 ไม่มีความวิตกกังวล ภายหลังจากให้ข้อมูลและหลังผ่าตัดพบว่ามีผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นจำนวน 1 ราย (ตารางที่ 2) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในภาพรวมของจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมดพบว่า ภายหลังจากได้รับคำแนะนำก่อนและหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลลดลงจาก 7.34 ในระยะก่อนการศึกษา เป็น 7.03 ภายหลังจากการศึกษา (ตารางที่ 3) ผลการศึกษาในครั้งนี้ขัดแย้งกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{18, 22-23} เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินระดับความวิตกกังวลในระยะเวลา 1 วันก่อนการผ่าตัด ซึ่งเป็นเวลานัดหมายปกติของโรงพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดในวันรุ่งขึ้น และเป็นข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ ในขณะที่การวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ทำการประเมินระดับความวิตกกังวลตั้งแต่แพทย์มีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด อย่างไรก็ตามพบว่ามีงานวิจัยที่ให้ผลใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ที่รายงานไว้ว่า ผู้ป่วยผ่าตัด CABG ที่ได้รับโปรแกรมการสอนก่อนการผ่าตัดมีระดับความวิตกกังวลในระยะก่อนและหลังการผ่าตัดในระดับที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ผ่านโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการผ่าตัด เนื่องจากความแตกต่างระหว่างบุคคล หรือปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ ที่ทำให้ผู้ป่วยบางคนยินดีที่

จะไม่รับรู้รายละเอียดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย หรือผู้ป่วยบางคนมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นจากการที่มีข้อมูลเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น²⁴

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดของการศึกษาคือการใช้เครื่องมือที่เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลทั่วไป ที่ไม่ได้ใช้เฉพาะกับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจหลอดเลือดหรือผู้ป่วยที่ผ่าตัดด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยก็พบว่าเครื่องมือนี้ได้รับการนำไปใช้อย่างแพร่หลายเนื่องด้วยข้อคำถามที่ง่ายและสั้นและเหมาะสมและมีความไวสูง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทีมสุขภาพควรมีการประเมินระดับระดับคุณภาพชีวิต ความวิตกกังวล และสร้างแนวปฏิบัติการให้ข้อมูลก่อนและหลังการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ และผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทุกคน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลที่มีความถูกต้อง ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระดับระดับคุณภาพชีวิตและความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองกับกลุ่มปกติ โดยกำหนดให้มีการประเมินระดับคุณภาพชีวิตและระดับความวิตกกังวลในช่วงเริ่มแรกของการวางแผนให้ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและติดตามประเมินผลลัพธ์ในระยะยาวเช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เป็นต้น

3. การประเมินความวิตกกังวลในการวิจัยครั้งต่อไป อาจพิจารณาใช้เครื่องมือวัดความวิตกกังวลอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น แบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบอร์กเกอร์ (The State-Trait Anxiety Inventory

[STAI]) แบบวัดความวิตกกังวลของเบ็ค (The Beck Anxiety Inventory [BAI]) หรือแบบวัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจโดยเฉพาะ เช่น Cardiac Anxiety Questionnaire [CAQ]

References

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). [Cited 2020, May 19]. Available from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Division of Non Communicable Diseases. Statistics of non-communicable diseases in 2016-2018' [Cited 2019, March 10]. Available from <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020>
3. Strategic and Planning Division. Public health statistics A.D.2018. Thailand: strategic and planning division. Nontaburi: Ministry of Public Health; 2018, p.145.
4. Suwanakitch P, Suwanlumpha S, Krongphairklang N, et al. Patient's quality of life after open-heart surgery. Srinagarind Med J. 2019; 34: 178-183. (in Thai).
5. Neumann FJ, Sousa-Uva M, Ahlsson A, Alfonso F, Banning AP, Benedetto U, et al. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. Eur Heart J. 2018; 40: 87-165.
6. The Society of Thoracic Surgeons of Thailand. Statistics of Cardiovascular and Thoracic Surgery Patients. [Cited 2019, Decemver 6]. Available from http://thaists.org/news_detail.php?news_id=212

7. Chiangrai Prachanukroh Hospital. CVT Statistics of Chiangrai Prachanukroh Hospital. [Cited 2015, January 12]. Available from <https://www.crhospital.org/home/index1.php?group=10&type=1>
8. Crawford TC, Magruder JT, Grimm JC, et al. Complications after cardiac operations: all are not created equal. *Ann. Thorac. Surg.* 2017; 103: 32-40.
9. Nittayasupaporn S, Kaewnimitchai N and Namjuntra R. The relationship between personal factors, preoperative anxiety and preoperative information needs of open heart surgery patients. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing.* 2014; 25: 2-15. (in Thai).
10. Prado-Olivares J, Chover-Sierra E. Preoperative anxiety in patients undergoing cardiac surgery. *Diseases.* 2019; 7: 46.
11. Hernández-Palazón J, Fuentes-García D, Falcón-Araña L, Roca-Calvo MJ, Burguillos-López S, Doménech-Asensi P, et al. Assessment of preoperative anxiety in cardiac surgery patients lacking a history of anxiety: contributing factors and postoperative morbidity. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2018; 32: 236-44.
12. Tully PJ, Baker RA. Depression, anxiety, and cardiac morbidity outcomes after coronary artery bypass surgery: a contemporary and practical review. *J Geriatr Cardiol.* 2012; 9: 197-208.
13. Oxlad M, Stubberfield J, Stuklis R, Edwards J, Wade TD. Psychological risk factors for cardiac-related hospital readmission within 6 months of coronary artery bypass graft surgery. *J Psychosom Res.* 2006; 61:775-81.
14. Kustrzycki W, Rymaszewska J, Malcher K, Szczepanska-Gieracha J, Biecek P. Risk factors of depressive and anxiety symptoms 8 years after coronary artery bypass grafting. *European J Cardiothorac Surg.* 2012; 41(2); 302–306.
15. Ramesh C, Nayak BS, Pai VB, Patil NT, George A, George LS, et al. Effect of preoperative education on postoperative outcomes among patients undergoing cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. *J Perianesth Nurs.* 2017; 32: 518-529.e512.
16. Kaewubon J. The effective of providing information to quality of life among the breast cancer patients receiving breast surgery. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office* 2020; 4(7);13-27.(in Thai).
17. Orem DE, Taylor SG and Renpenning KM. *Nursing: Concepts of practice.* St. Louis: Mosby; 2001.
18. Buttapim S, Wanitkun N, Sindhu S, et al. Predictive factors of patients' quality of life three months after post coronary artery bypass graft surgery. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing.* 2018; 29: 128-41. (in Thai).
19. Mahatnirunkul S, Tantipiwattanasakul W, Pumpisalchai V. The WHOQOL-BREF. [Cited 24 November 2019]. Available from <https://www.dmh.go.th/test/whoqol/>. (in Thai).
20. Lotrakul M. Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS). [Cited 24 November 2019]. Available from <http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/hads.html> (in Thai).
21. Fumin P, Ran W, Aimin Z, Jiyue S, Jinghong M, Jin A. The effect of perioperative

- psychological intervention on psychological and quality of life in patients with coronary heart disease after CABG. *Biomed. Res.* 2017;Special Issue, S713-S719.
22. Chandrababu R, Nayak BS, Pai VB, N R, George LS, Devi ES, George A. Effects of foot massage and patient education in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: a randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract.* 2020 Aug;40:101215. doi: 10.1016/j.ctcp.2020.101215. Epub 2020 Jun 20. PMID: 32891291
23. Guo P. Preoperative education interventions to reduce anxiety and improve recovery among cardiac surgery patients: a review of randomised controlled trials. *J. Clin. Nurs.* 2015; 24: 34-46.
24. Niknejad R, Mirmohammad-Sadeghi M, Akbari M, Ghadami A. Effects of an orientation tour on preoperative anxiety in candidates for coronary artery bypass grafting: A randomized clinical trial. *ARYA Atheroscler.* 2019 Jul;15(4):154-160. doi: 10.22122/arya.v15i4.1806.PMID: 31819748; PMCID: PMC6884734.
25. Ramesh C, Nayak BS, Pai VB, Patil NT, George A, George LS, Devi ES. Effect of preoperative education on postoperative outcomes among patients undergoing cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. *J Perianesth Nurs.* 2017 Dec;32(6):518-529.e2.doi:10.1016/j.jopan.2016.11.011.
26. Deyirmenjian M, Karam N, Salameh P. Preoperative patient education for open-heart patients: a source of anxiety? *Patient Educ Couns.* 2006 Jul;62(1):111-7. doi: 10.1016/j.pec.2005.06.014.

๓๐๘ ๓๐๘ ๓๐๘ ๓๐๘ ๓๐๘