

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยง
หลอดเลือดหัวใจ



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2559
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT COMBINED WITH MEDITATION
PROGRAM ON POSTOPERATIVE RECOVERY IN PATIENTS AFTER CORONARY
ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY

Lieutenant Khankaew Lukananukul



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ
ต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือด
หัวใจ
โดย เรือเอกหญิงจันทร์แก้ว ลักษณะานุกูล
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิศสมัย อรทัย)

ชั้นแก้ว ลักษณะานุกรล : ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT COMBINED WITH MEDITATION PROGRAM ON POSTOPERATIVE RECOVERY IN PATIENTS AFTER CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 175 หน้า.

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามารวมดี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ และประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ แบบบันทึกการจัดการอาการ และแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิ ค่าความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เท่ากับ .87 และ .83 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777156036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SYMPTOM MANAGEMENT / MEDITATION / POSTOPERATIVE RECOVERY / PATIENTS AFTER CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY

KHANKAEW LUKANANUKUL: THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT COMBINED WITH MEDITATION PROGRAM ON POSTOPERATIVE RECOVERY IN PATIENTS AFTER CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY. ADVISOR: ASST. PROF.NORALUK UA-KIT, Ph.D., 175 pp.

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a symptom management combined with meditation program on postoperative recovery in patients after coronary artery bypass graft surgery. Patients under postoperative coronary artery bypass were recruited from the Surgical Patients' Ward, Ramathibodi Hospital with purposive sampling and were divided into an experimental group (n=22) and a control group (n=22) with matching technique for gender, age, and left ventricular ejection fraction efficiency. The control group was treated with conventional nursing care while the experimental group was treated with the symptom management combined with meditation program. The tools were composed of demographic information, the postoperative recovery profiles, symptom management combined with meditation program, and the symptom management record and meditation record forms. The content validity index and reliability of the postoperative recovery profiles were .87 and .83 respectively. Percentage, mean, standard deviation, and t-test were used to analyze the data. The results revealed that:

1. The mean score of postoperative recovery after treating with symptom management combined with meditation program was significantly higher than that before entering to the program at the significance level of .05.

2. The mean score of postoperative recovery after treating with symptom management combined with meditation program in the experimental group was significantly higher than that in the control group at the significance level of .05.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2016

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะ ตลอดจนการตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องในทุกขั้นตอนการทำวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างสูงจึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิศสมัย อรทัย ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกคณะฯ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขให้เหมาะสมกับงานวิจัย และขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส ที่กรุณาตรวจสอบแก้ไขบทคัดย่อให้ถูกต้องตามหลักไวยากรณ์ภาษาอังกฤษ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ความเมตตากรุณา และประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ตลอดจนประสบการณ์ต่างๆ ที่มีคุณค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา รวมถึงเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกคน ที่ให้ความกรุณาและช่วยอำนวยความสะดวกในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและศัลยกรรมหญิง ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณกองทัพเรือ กรมแพทย์ทหารเรือ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ที่กรุณาสับสนุนทุนการศึกษาและระยะเวลาในการศึกษา ขอขอบคุณบุคลากรหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทุกคน ที่เสียสละเวลาทำงานเพิ่มขึ้นในระหว่างที่ผู้วิจัยลาศึกษา ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกคน ที่คอยเป็นกำลังใจให้ต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ และช่วยเหลือเกื้อกูลกันตลอดมา

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณผู้ที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จในครั้งนี้อย่างดีเยี่ยม บิดามารดาและครอบครัวที่เป็นกำลังใจ คอยดูแลเอาใจใส่ ตลอดจนให้การสนับสนุนเป็นอย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาที่ศึกษา สำหรับคุณค่าและประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บิดามารดา ครอบครัว ครูอาจารย์และผู้มีพระคุณ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
1. โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease).....	13
2. การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ.....	17
3. การฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	25
4. แนวคิดการจัดการอาการ	33
5. การรับรู้อาการ การจัดการอาการ ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ.....	36
6. แนวคิดการปฏิบัติสมาธิ.....	40

7. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	43
8. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44
9. โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ.....	48
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	53
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	54
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล	67
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	73
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	84
สรุปผลการวิจัย.....	89
อภิปรายผลการวิจัย.....	89
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	94
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	94
รายการอ้างอิง	95
ภาคผนวก.....	107
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	108
ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอทดลองใช้เครื่องมือและเก็บ รวบรวมข้อมูลวิจัย จดหมายขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จดหมายขออนุญาตใช้ เครื่องมือวิจัย.....	110
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	120

ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	127
ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัย และตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	154
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	175



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบ เพศ อายุ และประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย	56
ตารางที่ 2	เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การวินิจฉัยโรค ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนการผ่าตัด เทคนิคที่ใช้ในการผ่าตัด จำนวนหลอดเลือดที่ทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายก่อนการผ่าตัด.....	76
ตารางที่ 3	คะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการทดลอง และผลต่างของคะแนนเป็นรายบุคคล ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	80
ตารางที่ 4	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test ($n_1=n_2=22$).....	82
ตารางที่ 5	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$).....	83
ตารางที่ 6	ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ.....	155
ตารางที่ 7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจรายข้อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	158
ตารางที่ 8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	160
ตารางที่ 9	คะแนนและการแปลผลคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง.....	162

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจระหว่าง กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$).....	164
ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจระหว่าง กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$).....	165
ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยรวม และรายด้านระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$).....	166
ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยรวม และรายด้านระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$).....	167
ตารางที่ 14 ผลการทดสอบการแจกแจงของคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดก่อนการทดลองของกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov – Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05.....	168
ตารางที่ 15 ผลการทดสอบการแจกแจงของคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังการทดลองของกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov – Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05.....	169

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001).....	35
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย	51
ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	74
ภาพที่ 4 ระดับคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นรายด้าน ด้านอาการทางกาย ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	170
ภาพที่ 5 ระดับคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นรายด้าน ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลอง.....	171
ภาพที่ 6 ระดับคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นราย ด้านจิตใจ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	172
ภาพที่ 7 ระดับคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นรายด้าน ด้านสังคม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	173
ภาพที่ 8 ระดับคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นรายด้าน ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	174

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในทุกประเทศทั่วโลก และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆของประชากรโลก ข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจในปี ค.ศ. 2012 จำนวน 7.4 ล้านคน (World Health Organization, 2016) และข้อมูลสถิติของ American Heart Association พบว่ามีประชากรชาวอเมริกันป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2009 ถึง 2012 ประมาณ 15.5 ล้านคน (American Heart Association, 2016) สำหรับประเทศไทย มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวน 18,922 คน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2557 ที่มีจำนวนผู้เสียชีวิต 18,079 คน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) และอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ข้อมูลสถิติปี พ.ศ. 2555 – 2557 คิดเป็นอัตรา 427.53, 435.18 และ 407.69 ต่อประชากร 100,000 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจยึดหลักในการรักษาเพื่อให้ออกซิเจนสามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอกับความต้องการ (เกรียงชัย ประสงค์สุกาญจน์, 2553) มีทั้งวิธีการรักษาโดยการใส่ยา การขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลลูนหรือโคโรนารายบาย และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft) (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีประสิทธิภาพและยอมรับมากในปัจจุบัน (Abu-Omar & Taggart, 2014) ข้อมูลจาก American Heart Association พบว่าในปี ค.ศ. 2010 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจสูงถึง 397,000 คน และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น (Mozaffarian et al, 2016) สอดคล้องกับข้อมูลสถิติการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2556 – 2558 พบมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก 4,917, 5,313 และ 5,159 คน/ปี ตามลำดับ (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2558)

การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอต่อความต้องการ ลดอาการเจ็บหน้าอก ป้องกันการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน และช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น (ปุ่นณฤกษ์ ทองเจริญ และ พันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุญสง, 2550; Abu-Omar & Taggart, 2014) แต่เนื่องจากการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นการกระทำต่อเส้นเลือดระหว่างหลอดเลือดเอออร์ตาและหลอดเลือดโคโรนารี และในขณะที่ผ่าตัดมีการนำเลือดออกมาไหลเวียนนอกร่างกายด้วยเครื่องหัวใจและปอดเทียม (Cardiopulmonary bypass) และลดอุณหภูมิกายให้ต่ำลง

(hypothermia) เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของเนื้อเยื่อ และการทำให้เลือดเจือจางลง (hemodilution) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการไหลเวียนของเม็ดเลือดแดง, การปกป้องกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial preservation) และใช้สารต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulation) (สุชญาดา ชุนเสถียร, 2558; Hillis et al, 2011) ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของระบบต่างๆ ของร่างกายเป็นอย่างมาก จึงพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50 มีปัญหาการฟื้นตัวภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Zimmerman et al, 2010; Barnason et al, 2012)

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Postoperative Recovery) (Allvin et al, 2007) เป็นการกลับเข้าสู่สภาวะปกติของร่างกายภายหลังการผ่าตัด การฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดีผู้ป่วยควรมีร่างกายและจิตใจที่มีสภาวะเท่าเดิมหรือใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนการผ่าตัดมากที่สุดครอบคลุม 5 ด้าน (Allvin, Idvall, & Brulin, 2009) ได้แก่ 1) ด้านอาการทางกาย (physical symptoms) เช่น ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลลดลง อาการเหนื่อยล้าลดลง นอนหลับได้เพียงพอ 2) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical function) เช่น ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อได้อย่างอิสระ ปราศจากภาวะแทรกซ้อน 3) ด้านจิตใจ (psychological) เช่น ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี 4) ด้านสังคม (social) เช่น ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างได้ตามปกติ ไม่พึ่งพาผู้อื่น 5) ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ (activity) เช่น ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง (สุวิมล กิมปี, 2555; Allvin et al, 2007) การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเป็นเป้าหมายหลักที่ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้ความสำคัญและกำหนดให้เป็นผลลัพธ์ที่สำคัญของการรักษาพยาบาล (อรพรรณ โตสิงห์, 2552) และยังแสดงถึงผลลัพธ์ทางคลินิกของการให้การดูแลสุขภาพที่แสดงถึงคุณภาพการรักษาพยาบาล (อรชума นากรณ์, 2553)

ปัญหาการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจพบได้ตั้งแต่วะยะแรกหลังผ่าตัดไปจนถึงระยะ 6 เดือนหลังการผ่าตัด (Barnason et al, 2012) จากการศึกษาของ Bratt et al. (2016) พบว่าปัญหาการฟื้นตัวที่พบได้บ่อยในระยะ 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด ได้แก่ ด้านอาการทางกาย เช่น ชาขาบวม (ร้อยละ 96) ปัญหาการนอน (ร้อยละ 83) ปวดไหล่ คอ หลัง (ร้อยละ 79) ปวดแผลผ่าตัด (ร้อยละ 71) อาการหายใจลำบาก (ร้อยละ 71) อาการเหนื่อยล้า (ร้อยละ 63) ความอยากอาหารลดลง (ร้อยละ 54) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น มีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง (ร้อยละ 63) กล้ามเนื้ออ่อนแรง (ร้อยละ 63) การทำหน้าที่ของระบบทางเดินอาหารลดลง (ร้อยละ 71) ด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล (ร้อยละ 83) ซึมเศร้า (ร้อยละ 58) ด้านสังคม เช่น การทำกิจกรรมและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างลดลง (ร้อยละ 58) ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ เช่น ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการทำกิจกรรม (ร้อยละ 67) ระยะ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัดพบปัญหาการฟื้นตัว ได้แก่ ด้านอาการทางกาย เช่น อาการหายใจลำบาก (ร้อยละ 72) ชาและบวมบริเวณขา (ร้อยละ 69) ปวดแผลผ่าตัด (ร้อยละ 55) ปัญหาการนอน (ร้อยละ 52) อาการเหนื่อยล้า (ร้อยละ 42) ด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล

(ร้อยละ 87) ซึมเศร้า (ร้อยละ 86) (Nieveen et al, 2008) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น มีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง (ร้อยละ 31) ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 19 มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Lie et al, 2012) และระยะ 4 สัปดาห์หลังผ่าตัด พบปัญหาการฟื้นตัว ได้แก่ ด้านอาการทางกาย เช่น อาการเหนื่อยล้า (ร้อยละ 53.3) นอนไม่หลับ (ร้อยละ 31.1) อาการหายใจลำบาก (ร้อยละ 24.4) ซาและบวมบริเวณขา (ร้อยละ 24.4) ความอยากอาหารลดลง (ร้อยละ 22.2) ปวดแผลผ่าตัด (ร้อยละ 20) (Zimmerman et al, 2010) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย มีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง (ร้อยละ 23) ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 13 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Lie et al, 2012) และในระยะ 3 เดือนหลังผ่าตัดพบปัญหาการฟื้นตัว ได้แก่ ด้านอาการทางกาย เช่น ความอยากอาหารลดลง (ร้อยละ 85.6) ซา บวมบริเวณขา (ร้อยละ 81.1) หายใจลำบาก (ร้อยละ 71.1) ปวดแผลผ่าตัด (ร้อยละ 75.6) ปัญหาการนอน (ร้อยละ 70) อาการเหนื่อยล้า (ร้อยละ 50) ด้านจิตใจ เช่น ซึมเศร้า (ร้อยละ 83.3) วิตกกังวล (ร้อยละ 67.8) (Nieveen et al, 2008) กิตติพล จิตอาษาหาญ, เพิ่มสุข เอื้ออารี และ นพวรรณ แสงเจริญสุทธิกุล (2554) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 56.4 ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จากปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูร่างกาย ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวจากการพึ่งพา และส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจของประเทศจากการสูญเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ อายุ (อรชุนา นากรณ์, 2553) เพศ (Utriyaprasit, 2001; อรชุนา นากรณ์, 2553) โรคร่วม (Utriyaprasit, 2001; อรชุนา นากรณ์, 2553) ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด (อรชุนา นากรณ์, 2553) อาการในระยะฟื้นตัว (Utriyaprasit, 2001) ความเหนื่อยล้า (ขวัญหทัย ช่างใหญ่, 2556) ความเจ็บปวด (วิภาพร สีเลิศมงคลกุล, 2555) และ Utriyaprasit (2001) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการในระยะฟื้นตัวและการฟื้นตัวทางด้านร่างกายและจิตใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า อาการในระยะฟื้นตัว ได้แก่ อาการปวดแผล อาการเหนื่อยล้า อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้านร่างกายโดยรวม ($r = .43$; $p < .001$) และมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้านจิตใจโดยรวม ($r = .54$; $p < .001$) สอดคล้องกับ วาสนา สุวรรณรัตน์ (2556) ศึกษาประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการและภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการตรวจที่ห้องตรวจโรคหัวใจ พบว่าอาการเหนื่อยมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของร่างกาย อารมณ์ และสังคมโดยรวม

($r = .49$; $p < .01$) นอกจากนี้ Utriyaprasit & Moore (2005) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะอารมณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า อาการในระยะฟื้นตัวมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ($r = .57$; $p < .001$) และภาวะซึมเศร้า ($r = .49$; $p < .001$) ดังนั้นหากผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในระยะฟื้นตัวได้ก็จะสามารถส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในระยะท้าย (late phase) ตามแนวคิดของ Allvin et al. (2007) คือ ระยะ 1 สัปดาห์หลังการผ่าตัด เนื่องจากเป็นช่วงเวลาหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นช่วงที่ยากลำบากของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นอย่างมาก (Theoblad & McMurray, 2004; Doering et al, 2005) เพราะผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในทุกๆด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิตตามปกติ เช่น อาการปวด อาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ วิตกกังวล ซึมเศร้า ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Lie et al, 2012) และสอดคล้องกับสถานะในปัจจุบันที่พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.3 ± 2.1 วัน (พรนภา เสงเจริญสุวรรณ, 2553) หลังจากนั้นผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ทำให้ช่วงเวลาการฟื้นตัวหลังผ่าตัดส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่บ้าน (Lapum et al, 2015) จากการศึกษา Gallagher et al. (2004) พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจะต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยพบว่ามีสาเหตุจากปัญหาการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถึงร้อยละ 92.3 ได้แก่ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร และปวดแผลผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Vaccarino et al. (2003) พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีอัตรากลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพศชายร้อยละ 12.7 เพศหญิงร้อยละ 22 และพบว่าอาการที่เกิดขึ้นในระยะฟื้นตัว เช่น อาการเจ็บหน้าอก อาการหายใจลำบาก อาการปวดแผล เบื่ออาหาร ส่งผลต่อการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากประสบการณ์ปฏิบัติงานของผู้วิจัยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่าการพยาบาลตามปกติเพื่อเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ เป็นการให้คำแนะนำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลในเรื่องการดูแลแผลผ่าตัด การพักผ่อน การรับประทานอาหาร กิจกรรมที่เหมาะสม การออกกำลังกาย พร้อมแผ่นพับและเหมือนกันในผู้ป่วยทุกราย ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมให้ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ทำงานได้ดีขึ้น เพื่อให้มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยเร็วและสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2553) และในปัจจุบันระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มลดลง ทำให้มีเวลาจำกัดในการเตรียมวางแผนจำหน่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาการฟื้นตัวหลังผ่าตัด จากการศึกษาของ Stolic, Mitchell, & Wollin (2010) พบว่าผู้ป่วยหลัง

ผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 44 รู้สึกว่าตนเองได้รับข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการดูแลตนเองในระยะฟื้นตัวเมื่อกลับบ้าน โดยเฉพาะเรื่องการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในระยะฟื้นตัว (Dolansky et al, 2010; Lapum et al, 2015)

จากการศึกษาของ Utriyaprasit, Moore, & Chaiseri (2010) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่าสามารถลดอาการและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย ในระยะเวลา 4 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับ Zimmerman et al. (2007) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และกิจกรรมทางกาย ในระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และกิจกรรมทางกายในระยะ 6 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สะท้อนถึงการฟื้นตัวที่ดีหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และคัทลียา คงเพชร (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการที่บ้าน พบว่าช่วยลดอาการเหนื่อยและส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ การศึกษาของ นิภัตรา บุญลิขิตสวัสดิ์ (2554) การวิเคราะห์ห่อภิมานประสิทธิผลการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้ข้อมูล รองลงมาเป็นการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย และการปฏิบัติการพยาบาลทางสรีระวิทยา งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้เวลาในการทดลอง 1 – 15 วัน ผลของโปรแกรมส่วนใหญ่เป็นการวัดผลลัพธ์ด้านอาการมากที่สุด และพบว่าการปฏิบัติการพยาบาลยังไม่ครอบคลุมผลลัพธ์ด้านสุขภาพในทุกด้านของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

จากการศึกษาข้างต้นจะเห็นว่าการศึกษาการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ผ่านมาเน้นการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อม (Utriyaprasit et al, 2010; คัทลียา คงเพชร, 2553; นิภัตรา บุญลิขิตสวัสดิ์, 2554) นอกจากนี้ยังพบว่าผลของโปรแกรมส่วนใหญ่ส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเพียงด้านใดด้านหนึ่ง ยังไม่มีการศึกษาการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเต็มรูปแบบในทุกมิติ คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิตตามปกติ และจากการพยาบาลตามปกติเพื่อจำหน่ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ ไม่ได้ให้คำแนะนำในเรื่องอาการที่อาจเกิดขึ้นในระยะฟื้นตัวและการจัดการกับอาการเหล่านั้น ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้การช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการของโรคและการลุกลามของโรค การจัดการอาการเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจึงเป็นหน้าที่สำคัญที่พยาบาลต้องเข้าใจถึงสภาพปัญหาและจิตใจของผู้ป่วยแต่ละบุคคลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยน้อยที่สุด และสามารถกลับสู่สภาวะปกติโดยเร็วทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) มีแนวคิดหลักในการจัดการกับอาการที่กระทบต่อผู้ป่วยเฉพาะบุคคล มีความสัมพันธ์กันระหว่างประสบการณ์การรับรู้อาการ กลวิธีการจัดการอาการ ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ และค่านึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพและยึดถือปฏิบัติอย่างต่อเนื่องร่วมกับรูปแบบการปฏิบัติสมาธิของ สมพร กันทรดุขฎี-เตรียมชัยศรี (2554) เนื่องจากเป็นเทคนิคการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหว เพื่อควบคุมการทำงานระบบประสาททั้ง 6 ได้แก่ ตา หู จมูก ปาก สัมผัส และการเคลื่อนไหว (สมพร กันทรดุขฎี-เตรียมชัยศรี, 2554) ซึ่งเปรียบเสมือนการฟื้นฟูสภาพหัวใจหลังการผ่าตัด ที่มีองค์ประกอบทั้งการออกกำลังกายแบบ Aerobic และการดูแลด้านจิตใจ ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการจัดการอาการในระยะฟื้นตัวตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับรูปแบบการปฏิบัติสมาธิของ สมพร กันทรดุขฎี-เตรียมชัยศรี (2554) ซึ่งเป็นการจัดการอาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จะส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดีต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิมีการฟื้นตัวแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีการฟื้นตัวแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ
2. เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Postoperative recovery) เป็นกระบวนการกลับเข้าสู่สภาวะปกติของร่างกายภายหลังการผ่าตัด (Allvin et al, 2007) การฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดีผู้ป่วยควรมีร่างกายและจิตใจที่มีสภาวะเท่าเดิมหรือใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนการผ่าตัดมากที่สุด ครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิตตามปกติ (Utriayaprasit & Moore, 2005; Allvin et al, 2008) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีปัญหาการฟื้นตัว

ภายหลังการผ่าตัดร้อยละ 50 (Zimmerman et al, 2010) ปัญหาการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยง หลอดเลือดหัวใจที่พบได้บ่อย ได้แก่ ด้านร่างกาย เช่น ปวดแผล เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ ด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า ด้านสังคม เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างลดลง ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ เช่น ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ (Gallagher et al, 2004; Theoblad, Worrall-Carter, & McMurray, 2005) ปัญหาการฟื้นตัว เหล่านี้มักจะเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดใหม่ๆ ไปจนถึง 6 เดือนหลังการผ่าตัด วิธีการจัดการกับปัญหา การฟื้นตัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ ไม่ใช้วิธีการใดในการจัดการกับปัญหาการฟื้นตัวที่เกิดขึ้น และใช้ เวลาส่วนใหญ่กับการนอนพักผ่อน (Schulz et al, 2011) ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้เกิดการฟื้นตัวหลัง ผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ดี ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการที่เกิดขึ้น ภายหลังการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิเพื่อ ส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับแนวคิดการปฏิบัติสมาธิของ สมพร กันทรดุขฎี-เตรียมชัยศรี (2554) โดยแนวคิดการจัดการอาการ Dodd et al. (2001) เป็นการบรรเทาอาการหรือขจัดอาการที่เกิดขึ้น โดยเป็นการจัดการอาการของผู้ป่วยเฉพาะบุคคล ประกอบด้วย 3 แนวคิดหลักที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการ ภายหลังการ ผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยมักมีอาการต่างๆ เกิดขึ้น เช่น อาการปวดแผล เหนื่อยล้า นอน ไม่หลับ เบื่ออาหาร วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยทั้งทางด้าน ร่างกายและจิตใจ โดยการให้คำแนะนำเรื่องสาเหตุของอาการ ลักษณะอาการ กลวิธีการจัดการอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในอาการของตนเองที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถ ให้ความหมายของอาการ เข้าใจสาเหตุของอาการ และนำไปสู่กลวิธีการจัดการได้อย่างครอบคลุมและมี ประสิทธิภาพ และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ การบรรเทาอาการ เพิ่มการทำหน้าที่ของร่างกายและ จิตใจที่ดี เมื่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีร่างกายและจิตใจที่ดีก็จะส่งผลต่อการทำ หน้าที่สังคมและการดำเนินชีวิตตามปกติที่ดีด้วย ทำให้เกิดการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ครอบคลุมทุกมิติ คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิตตามปกติ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยหลายงานนำแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ไปใช้เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด แต่พบว่างานวิจัยเหล่านั้นส่งผลให้เกิด การฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางด้านร่างกายเพียงด้านเดียว แต่ไม่ส่งผลให้เกิดการฟื้นตัวหลังผ่าตัดด้านจิตใจ ดังนั้นเพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการฟื้นตัว ผู้วิจัยจึงนำการปฏิบัติสมาธิตามแนวคิดของสมพร กันทรดุขฎี-เตรียมชัยศรี (2554) มาใช้ในการพัฒนาวิธีการจัดการกับอาการ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการ ฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างครอบคลุมทุกด้าน โดยการนำการปฏิบัติสมาธิทำที่ 7

(สมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง) มาปฏิบัติ เป็นเทคนิคการปฏิบัติสมาธิเพื่อการผ่อนคลาย เพิ่มพลังชีวิต นอกจากนี้ยังเปรียบเสมือนการฟื้นฟูสภาพหัวใจหลังการผ่าตัด ที่มีองค์ประกอบทั้งการออกกำลังกายแบบ Aerobic และการดูแลด้านจิตใจ เนื่องจากเป็นการทำงานของจิตประสานกาย ได้แก่ การกำหนดลมหายใจ และการเคลื่อนไหวช้าๆของมือและแขน เพื่อช่วยควบคุมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (Olex, Newberg, & Figueredo, 2013) กระตุ้นให้สมองส่วนหน้าหลังสารสื่อประสาท glutamate ไปกระตุ้น thalamus มีการหลั่งสารสื่อประสาท GABA ส่งผลให้มีการยับยั้งการทำงานของสมองส่วน PSPL และกระตุ้น Hippocampus ในสมองส่วน Limbic ให้ทำงานเพิ่มขึ้น เป็นผลให้ hypothalamus ทำงานเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ทำให้มีการหลั่งสาร β - endorphin จาก Nucleus of hypothalamus ส่งผลทำให้ปวดลดลง และกระตุ้นบริเวณ Lateral Hypothalamus ให้มีการหลั่งสาร Serotonin และ Melatonin ทำให้ผู้ปฏิบัติสมาธิมีอาการดี ลดอาการซึมเศร้า ลดปวด ผ่อนคลาย และนอนหลับได้ดี นอกจากนี้ยังกระตุ้นบริเวณ Ventromedial Hypothalamus ส่งผลให้การทำงานของระบบประสาท Sympathetic ทำงานลดลงและกระตุ้นให้ระบบประสาท Parasympathetic ทำงานเด่นขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง อัตราการหายใจลดลง กล้ามเนื้อเกิดการผ่อนคลาย (Newberg & Iversen, 2003) ทำให้เกิดการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ดังนั้น การนำแนวความคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับแนวความคิดการปฏิบัติสมาธิของ สมพร กันทรคุชฎี-เตรียมชัยศรี (2554) มาใช้ส่งผลให้ช่วยบรรเทาอาการหรือความไม่สบายต่างๆทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจภายหลังการผ่าตัด จะช่วยเพิ่มการทำงานหน้าที่ของร่างกายให้อวัยวะต่างๆของร่างกายสามารถกลับมาทำงานได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีร่างกาย จิตใจที่สามารถทำงานได้อย่างปกติ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรม การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง และการดำเนินชีวิตตามปกติ ส่งผลให้เกิดการฟื้นตัวที่ดีหลังผ่าตัดและสามารถตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) วัดผลก่อนและหลังทดลอง (The pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ประชากร คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 – 59 ปี ได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจครั้งแรก เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ

ตัวแปรตาม คือ การฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจถึงการกลับเข้าสู่สภาวะปกติภายหลังการผ่าตัด การฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดี ผู้ป่วยจะต้องมีร่างกายและจิตใจที่มีสภาวะเท่าเดิมหรือใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนการผ่าตัดมากที่สุด ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ตามแนวคิดของ Allvin et al. (2007) ได้แก่

1. ด้านอาการทางกาย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจถึงการกลับเข้าสู่สภาวะปกติของร่างกาย ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัดลดลง เหนื่อยล้าลดลง นอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ
2. ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจถึงการกลับเข้าสู่สภาวะปกติในการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกาย ได้แก่ การเคลื่อนไหวของแขนขามีพลังกำลัง การทำหน้าที่ของหัวใจเข้าสู่สภาวะปกติไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก
3. ด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจถึงการกลับเข้าสู่สภาวะปกติของอารมณ์และความรู้สึกทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลลดลง ความรู้สึกหดหู่ ภาวะซึมเศร้าลดลง
4. ด้านสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจต่อการกลับเข้าสู่สภาวะปกติของการทำหน้าที่ทางสังคม ได้แก่ การทำกิจกรรมและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง

5. ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจต่อการกลับเข้าสู่สภาวะปกติในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำแต่งตัว การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

ประเมินได้จากแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของ Allvin et al. (2009) จำนวน 19 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 – 19 คะแนน 19 คะแนน หมายถึง ฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างสมบูรณ์, 15 – 18 คะแนน หมายถึง ฟื้นตัวหลังผ่าตัดเกือบจะสมบูรณ์, 8 – 14 คะแนน หมายถึง ฟื้นตัวหลังผ่าตัดบางส่วน, 7 คะแนน หมายถึง ฟื้นตัวหลังผ่าตัดเล็กน้อย และ < 7 คะแนน หมายถึง ไม่ฟื้นตัวหลังผ่าตัด

โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ หมายถึง รูปแบบกิจกรรมการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นอย่างมีแบบแผน ให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจสามารถจัดการอาการในระยะฟื้นตัวด้วยตนเองเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิตามแนวคิดของสมพรกันทรดุขฎี-เตรียมชัยศรี (2554) โดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล ใช้เวลา 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์การรับรู้อาการ ผู้วิจัยพูดคุยประสบการณ์การรับรู้อาการกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การรับรู้อาการ ความรุนแรงของอาการและตอบสนองต่ออาการตามการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การวางแผนในการจัดการอาการ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การปฏิบัติสมาธิ

ขั้นตอนที่ 2 กลวิธีในการจัดการอาการ ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความสามารถในการจัดการอาการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ การให้ความรู้ในการจัดการอาการ การฝึกทักษะการจัดการอาการและการสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจ คือ

1) ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การประเมินอาการที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเมื่อกลับบ้านได้แก่ ปวดแผลผ่าตัด เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาบวม เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น หายใจลำบาก วิตกกังวล ซึมเศร้า และวิธีการจัดการอาการ

2) ความรู้เรื่องการปฏิบัติสมาธิ ได้แก่ หลักในการปฏิบัติสมาธิ ประโยชน์ ข้อควรปฏิบัติ และขั้นตอนการฝึกสมาธิ

3) ฝึกทักษะการจัดการอาการ ให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจฝึกการจัดการอาการ ได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ และทักษะการปฏิบัติสมาธิ

4) ผู้วิจัยสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจในการจัดการอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และการนัดติดตาม

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง บุคคลวัยผู้ใหญ่ อายุ 18 – 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ด้วยการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจข้ามส่วนที่มีการตีบตัน เพื่อนำเลือดจากเส้นเลือดแดงใหญ่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อรักษาภาวะตีบของหลอดเลือดที่รุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิต ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นรายบุคคล ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ซึ่งเป็นการดูแลในด้านการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลแผลผ่าตัด การรับประทานอาหาร กิจกรรมที่เหมาะสม กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การออกกำลังกาย การรับประทานยาและผลข้างเคียง การมาตรวจตามนัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีการฟื้นตัวที่ดี โดยเป็นการพยาบาลที่ใช้แนวคิดการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิเป็นการผสมผสานเพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างเป็นองค์รวม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยสรุปสาระสำคัญและนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดหัวใจ

1.1 ความหมาย

1.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.3 พยาธิสรีรวิทยาโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.4 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.5 การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2.1 เทคนิคการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2.2 ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2.3 ข้อห้ามในการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2.4 ผลกระทบภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2.5 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

3. การฟื้นตัวหลังผ่าตัด

3.1 ความหมายของการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

3.2 องค์ประกอบของการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

3.3 ระยะของการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

3.4 การฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

3.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

3.6 การประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

4. แนวคิดการจัดการอาการ

5. การรับรู้อาการและการจัดการอาการในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

5.1 ประสบการณ์การรับรู้อาการในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

- 5.2 การจัดการอาการในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
- 5.3 การประเมินอาการในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
- 6. แนวคิดการปฏิบัติสมาธิ
 - 6.1 ความหมายของสมาธิและการปฏิบัติสมาธิ
 - 6.2 ผลของการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
 - 6.3 เทคนิคการปฏิบัติสมาธิ
- 7. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
- 8. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 9. โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ

1. โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease)

1.1 ความหมาย

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) หมายถึง โรคที่เกิดจากเป็นความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีการตีบแคบหรืออุดตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอ (Urden, Stray, & Lough, 2014)

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารี ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยมีพยาธิสภาพจากการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หมายถึง โรคที่เกิดจากหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือ อุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย (ปรีชา เอื้อโรจนอังกูร, 2552)

1.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีด้วยกันหลายปัจจัย สามารถแบ่งปัจจัยออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้ (หัสยา ประสิทธิ์ดำรง, 2553; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

1.2.1 ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

1.2.1.1 อายุ อายุมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคและทำให้โรครุนแรงขึ้น อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีอาการชัดเจนหลังอายุ 40 ปี พบว่า 4 ใน 5 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคนี้อายุเกิน 65 ปี

1.2.1.2 เพศ เพศชายมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสูงกว่าเพศหญิงเมื่ออายุเท่ากัน ความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในเพศชายสูงขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 45 ปี ส่วนในเพศหญิงพบสูงขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี

1.2.1.3 พันธุกรรม พบว่า ในครอบครัวที่มีประวัติญาติผู้ชายเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบก่อนอายุ 55 ปี และมีประวัติญาติผู้หญิงเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบก่อนอายุ 65 ปี จะพบความเสี่ยงสูงขึ้นประมาณ 1.3 เท่า

1.2.2 ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้

1.2.2.1 ความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนปกติ 3.7 เท่า ความดันโลหิตสูงทำให้เกิดหลอดเลือดแข็ง

1.2.2.2 ภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่าผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงเกิน 300 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลน้อยกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร 5 เท่า แอลดีแอล (LDL) มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมาก ควรควบคุมแอลดีแอลให้ต่ำกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

1.2.2.3 การสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่จัดประมาณ 20 มวนต่อวันเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบถึง 6.5 เท่า สารนิโคตินจากบุหรี่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ส่วนคาร์บอนไดออกไซด์จะรบกวนการได้รับออกซิเจนของเนื้อเยื่อ และทำให้เกร็ดเลือดเกาะกลุ่มได้ง่าย นอกจากนี้พบว่า การสูบบุหรี่จะทำให้ระดับเฮซดีแอล (HDL) ต่ำลง

1.2.2.4 เบาหวาน ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งเร็วกว่าปกติ ส่งผลให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มมากกว่าคนปกติ 5.7 เท่า

1.2.2.5 ภาวะอ้วน ความอ้วนทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนัก เพื่อสูบน้ำเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อทั่วร่างกายให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ความอ้วนทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินพอดีหรือเกินมาตรฐานเพียงร้อยละ 10 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และพบว่าผู้ที่อ้วนมากเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนปกติ 2-3 เท่า

1.2.2.6 ขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบแอโรบิคเชื่อว่าสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพราะช่วยเพิ่มระดับเฮซดีแอล ลดแอลดีแอล ลดโคเลสเตอรอล ลดไตรกลีเซอไรด์และลดน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้การออกกำลังกายเพิ่มความไวต่ออินซูลิน ช่วยลดความดันโลหิตและลดดัชนีมวลกาย (BMI)

1.2.2.7 ภาวะเครียด ผู้ที่มีภาวะเครียดเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้จากปัจจัยหลายอย่าง เช่น ความเครียดทำให้รับประทานอาหารมากขึ้น ทำให้สูบบุหรี่มากขึ้น ความดันโลหิตสูง

1.3 พยาธิสรีรวิทยาโรคหลอดเลือดหัวใจ

อธิบายการเกิดพยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ดังนี้ (หัสยา ประสิทธิ์ดำรง, 2553)

ในคนปกติผนังหลอดเลือดแดงประกอบด้วย 3 ชั้น tunica intima, tunica media และ tunica adventitia เรียงลำดับจากด้านในสู่ด้านนอก โดยผนังด้านในสุดจะมี endothelial cells อยู่ การทำหน้าที่ผิดปกติของ endothelial cells ที่บวอยู่ในชั้น tunica intima เป็นที่มาของการเกิด atherosclerosis ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

Atherosclerosis เป็นภาวะที่เกิดจากการอักเสบของผนังหลอดเลือดแดง โดยเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันทั้งการอักเสบติดเชื้อแบคทีเรีย หรือมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะ LDL-cholesterol, vasoconstrictor hormones, glycoxidation และ proinflammatory cytokines ที่หลั่งมาจากเนื้อเยื่อไขมัน สารต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดการทำงานของ endothelial cells เพื่อกำจัดสารแปลกปลอม

เมื่อ endothelial cells ถูกกระตุ้นจะเหนี่ยวนำให้ adhesive molecules ทำให้เกิดการเกาะตัวของเซลล์เม็ดเลือดขาว T-lymphocyte และ Mononuclear phagocyte บริเวณผนังด้านในของหลอดเลือดแดงและกระตุ้นให้มีการปล่อยสารที่กระตุ้นให้มี migration ของเซลล์เม็ดเลือดขาวที่เกาะติดที่ผิวของ endothelial cells จะเข้าสู่ชั้นภายในผนังหลอดเลือด (tunica intima) และเปลี่ยนตัวเองเป็น lipid-laden macrophage หรือ foam cell โดย foam cell ที่เกิดขึ้นจะกระตุ้นให้มีการหลั่ง growth factor ต่างๆ ทำให้มีการเพิ่มจำนวนของ smooth muscle cell ในผนังชั้นในของหลอดเลือด และทำให้เกิด smooth muscle cell proliferation จากผนังชั้นกลางมายังผนังชั้นในของหลอดเลือด ร่วมกับมีการเพิ่มจำนวนของ fibroblast และ collagen เกิดเป็น fibrofatty streak นอกจากนี้การเกิด smooth muscle cell proliferation ยังมีผลต่อการหลั่งสารที่เกี่ยวข้องกับ vascular cell death

เมื่อมีการตายของ lipid-laden macrophage ทำให้เกิดการสะสมของ tissue factor ก่อให้เกิดการรวมตัวเป็น lipid-rich necrotic core ของ atherosclerosis plaque และเมื่อมีการสะสมเรื่อยๆ จะทำให้เกิดการตีบของหลอดเลือดแดง หากมีการตีบตันมากกว่าร้อยละ 60 – 70 ของขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือดจะทำให้ขัดขวางการไหลของเลือด ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บหน้าอก

1.4 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถแบ่งเป็นลักษณะต่างๆ ได้ ดังนี้ (สุพจน์ ศรีมหาโชค และ สมนพร บุญยะรัตเวช สองเมือง, 2552)

1.4.1 Chronic stable angina ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเสมือนมีอะไรมาทับ บวกตำแหน่งการเจ็บได้ไม่ชัดเจน บางครั้งร้าวไปที่แขน ไหล่ กรามหรือบริเวณลิ้นปี่ อาการเจ็บหน้าอกมักเป็น 2-3 นาที แต่ในบางครั้งอาจนานกว่านั้นได้ อาการมักสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย ความเครียด และถ้าหยุดพักอาการจะดีขึ้น หรือการได้รับยาอมใต้ลิ้น

1.4.2 Acute coronary syndrome สามารถแบ่งออกเป็น

1.4.2.1 Acute ST-elevation myocardial infarction (STEMI) ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรงกว่าผู้ป่วย Chronic stable angina อาการเจ็บหน้าอกอาจถูกกระตุ้นด้วยการออกกำลังกายหรือเจ็บขณะพักก็ได้ ระยะเวลาการเจ็บจะนานกว่า 20 นาที มีอาการข้างเคียงอื่นๆ เช่น เหงื่อแตก ตัวเย็น คลื่นไส้ อาเจียน เป็นลม อาการเหล่านี้เป็นผลมาจากการอุดตันแบบเฉียบพลันของหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องมีอาการของ Chronic stable angina นำมาก่อน

1.4.2.2 Unstable angina/non – Q wave MI, non – ST elevation MI (NSTEMI) บางครั้งไม่สามารถแยกได้จากผู้ป่วยกลุ่ม Acute ST-elevation myocardial infarction พยาธิวิทยาการเกิดคล้ายกันแต่หลอดเลือดมักจะอุดตันไม่สนิท ยังพอมีเลือดไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนปลายของหลอดเลือดได้บ้างแต่ไม่เพียงพอ

1.4.2.3 Ischemia sudden death ผู้ป่วยมาไม่ถึงโรงพยาบาลโดยเสียชีวิตตั้งแต่อู่ที่บ้านหรือมาเสียชีวิตที่โรงพยาบาลโดยเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง (ventricular tachycardia – VT / ventricular fibrillation – VF)

1.4.3 Prinzmetal angina or variant angina การเจ็บหน้าอกเกิดจากการหดเกร็งของหลอดเลือดหัวใจ (coronary spasm) อาการเจ็บหน้าอกอาจไม่สัมพันธ์หรือสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย การใช้ยาอมใต้ลิ้นสามารถทำให้อาการเจ็บหน้าอกดีขึ้นได้

1.5 การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถทำได้หลายวิธี ในปัจจุบันมี 3 วิธีที่นิยมใช้ ได้แก่ (หัตถยา ประสิทธิภาพสูง, 2553; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

1.5.1 การรักษาทางยา ได้แก่ ยาในกลุ่มไนเตรต ยาด้านเกร็ดเลือด ยาในกลุ่มปิดกั้นเบต้า และยาในกลุ่มปิดกั้นแคลเซียม

1.5.2 การรักษาหลอดเลือดหัวใจตีบผ่านสายสวนโดยใช้บอลูนหรือโครงร่างตาข่าย (Percutaneous coronary intervention; PCI) มักใช้รักษาในรายที่มีการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีเพียงเส้นเดียว เป็นการใช้แรงทางกลศาสตร์ขยายหลอดเลือดด้วยการกดคราบไขมันให้แตกเพื่อขยายหลอดเลือดหลอดเลือดที่มีการอุดตัน

1.5.3 การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft; CABG) เป็นการผ่าตัดทำให้เลือดไหลอ้อมบริเวณที่มีพยาธิสภาพของหลอดเลือด ซึ่งอาจมีเพียง 1 เส้นหรือมากกว่า เพื่อให้เนื้อเยื่อที่อยู่ต่ำกว่าตำแหน่งที่มีการอุดตันได้รับเลือดไปเลี้ยงได้เพียงพอกับความต้องการ

2. การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary arteries bypass surgery: CABG) การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบวิธีหนึ่ง ที่มีประสิทธิภาพสูง เพื่อช่วยให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อย่างเพียงพอกับความต้องการ โดยการต่อหลอดเลือดหัวใจข้ามตำแหน่งที่มีการตีบของหลอดเลือด เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอ ช่วยลดอาการเจ็บหน้าอกได้ดี และลดอัตราการเกิดหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (sudden cardiac death) ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น (ปุลณฤกษ์ ทองเจริญ และ พันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุญส่ง, 2553)

2.1 เทคนิคการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

เทคนิคการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย

2.1.1 วิธีการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีหลายวิธี (ฉัตรอรุณ ริมสุขเจริญชัย, 2556) ได้แก่

2.1.1.1 Conventional CABG หรือ on – pump CABG เป็นการผ่าตัดโดยใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม เพื่อให้หัวใจหยุดนิ่ง สามารถมองเห็นหลอดเลือดหัวใจได้ชัดเจน ไม่มีเลือดท่วม ในขณะที่ทำการเย็บ conduit กับ coronary artery ที่กล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อหวังผล long term patency ที่ดี Conventional CABG เป็นวิธีมาตรฐานและยอมรับกันทั่วไป

2.1.1.2 On-pump breathing heart CABG เป็นการผ่าตัดโดยใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม แต่หัวใจเต้นอยู่ระหว่างการผ่าตัด เป็นวิธีที่ลดภาวะแทรกซ้อนจากการที่หัวใจหยุดเต้น แต่การทำผ่าตัดยากขึ้น ต้องอาศัยประสบการณ์ของศัลยแพทย์ค่อนข้างสูงจึงไม่เป็นที่นิยม

2.1.1.3 Off-pump CABG (OPCAB) เป็นการผ่าตัดหลอดเลือด coronary โดยไม่ใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมและตัดต่อหลอดเลือดโดยขณะที่หัวใจยังเต้นอยู่ ต้องใช้ความชำนาญและประสบการณ์ที่สูงทั้งศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ ปัจจุบันเป็นวิธีที่นิยมมากขึ้น และมีประโยชน์มากในกรณีที่หลอดเลือด aorta มี plaque มากๆ โดยหลีกเลี่ยงการ manipulate aorta ที่อาจก่อให้เกิด plaque embolization ได้

2.1.1.4 less invasive CABG อื่นๆ ได้แก่

- Minimally Invasive Direct Coronary Artery Bypass เป็นการผ่าตัดแบบ left anterior mini – thoracotomy แทนการทำ full median sternotomy สามารถเย็บต่อหลอดเลือดได้เฉพาะ LAD และ diagonal artery และไม่สามารถผ่าตัด right coronary artery และ circumflex artery ได้

- Port-Access Coronary Surgery เป็นการผ่าตัดที่มีแผลขนาดเล็ก

- Totally Endoscopic Coronary Artery Bypass (TECAB)

- Robotic Surgery การผ่าตัดโดยใช้หุ่นยนต์

การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในปัจจุบันที่นิยมทำมากที่สุด คือ Conventional CABG และ Off – pump CABG ในประเทศสหรัฐอเมริกาคาดว่าจะเป็นการผ่าตัดมีการผ่าตัด Off – pump CABG ประมาณ 23% ของการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจทั้งหมด สำหรับประเทศไทย สถิติการผ่าตัดหัวใจ ปี พ.ศ. 2556 – 2558 พบว่ามีการผ่าตัด Conventional CABG 3,314, 3,506 และ 3,525 ราย/ปี ตามลำดับ (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2558)

2.1.2 เส้นเลือดสำหรับทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

เส้นเลือดสำหรับทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มี 2 ชนิด (ชลิต เชียรวิชัย, 2555) ได้แก่

2.1.2.1 เส้นเลือดดำ (Venous Conduit) เป็นเส้นเลือดที่นิยมใช้กันมาก ข้อดีของเส้นเลือดดำ คือ มีความยาว ง่ายต่อการเลาะจากขา และง่ายในการต่อเส้นเลือด ข้อจำกัด คือ มีโอกาสเกิด Vein Graft disease หรือ Atherosclerosis ได้ง่าย เนื่องจากการนำเส้นเลือดดำไปต่อกับเส้นเลือดแดง ความดันในระบบเส้นเลือดแดงจะส่งผลให้เส้นเลือดดำมีการปรับตัวเพื่อตอบสนองกับความดันทำให้เกิด Atherosclerosis พบว่าระยะเวลา 10 ปีหลังผ่าตัดมีโอกาสเกิด Atherosclerosis ประมาณร้อยละ 50

2.1.2.2 เส้นเลือดแดง (Arterial Conduit) มี 3 ชนิด คือ

2.1.2.2.1 Internal Mammary Artery เป็นแขนงของ subclavian artery อยู่ 2 ข้างของ sternum ถือเป็น conduit ที่ดีที่สุด มีการหดตัวของผนังหลอดเลือดน้อย มีอัตราการสามารถใช้งาน (patency rate) ที่ 10 ปี ร้อยละ 80 – 90 (อรสา ภูพุด, 2551)

2.1.2.2.2 Radial Artery เป็นเส้นเลือดที่นิยมใช้มากขึ้นเนื่องจากใช้ได้ง่ายและต่อได้หลายเส้น ความคงทนในระยะยาวอาจจะไม่ดีเท่ากับ Internal Mammary Artery แต่จะดีกว่า Saphenous Vein ข้อจำกัด คือ มีการหดตัวของผนังหลอดเลือดได้ง่าย

2.1.2.2.3 Right Gastroepiploic artery เป็นแขนงของเส้นเลือดของกระเพาะอาหาร (gastroduodenal artery) ซึ่งอยู่บริเวณ Greater Curvature มีข้อจำกัด คือ เส้นเลือดมีขนาดเล็ก และมีการหดตัวของผนังหลอดเลือดได้ง่าย

2.2 ข้อบ่งชี้การทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ข้อบ่งชี้การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจตามคำแนะนำของ American College of Cardiology Foundation and American Heart Association (ACCF/AHA) 2011 Guideline for Coronary Artery Bypass Surgery (Hillis et al, 2011) มีดังนี้

2.2.1 ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีหลักฐานทางการแพทย์ว่าได้ประโยชน์สูงสุด ตามคำแนะนำของ ACCF/AHA 2011 ระดับที่ 1 (Class I recommendation) ได้แก่

2.2.1.1 ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รักษาด้วยวิธีขยายหลอดเลือดหัวใจครั้งแรกไม่สำเร็จและไม่สามารถทำซ้ำได้ ลักษณะทางกายวิภาคของหลอดเลือดหัวใจมีความเหมาะสมต่อการผ่าตัด และมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอยู่นานร่วมกับมีความสัมพันธ์กับการพัก และ/หรือ การไหลเวียนเลือดที่ไม่คงที่ (Level of Evidence: B)

2.2.1.2 มีภาวะแทรกซ้อนจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ ventricular septal rupture, mitral valve insufficiency (Level of Evidence: B)

2.2.1.3 มีภาวะช็อกจากหัวใจ (cardiogenic shock) และมีความเหมาะสมในการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยไม่คำนึงถึงระยะเวลาการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจนถึงการเกิดภาวะช็อกและระยะเวลาการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจนถึงทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Level of Evidence: B)

2.2.1.4 มีภาวะหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ (ventricular arrhythmias) ที่เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ร่วมกับการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเส้น Left Main มากกว่าร้อยละ 50 และ/หรือ มีหลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น (Level of Evidence: C)

การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีหลักฐานทางการแพทย์ว่าได้ประโยชน์ระดับที่ 2a (Class IIa recommendation) ตามคำแนะนำของ ACCF/AHA 2011 ได้แก่ ผู้ป่วยภายหลังการเปิดทางเดินหลอดเลือดหัวใจใหม่และมีอาการเจ็บหน้าอกหรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายใน 48 ชั่วโมง ร่วมกับคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แสดง STEMI (Level of Evidence: B)

2.2.2 ภาวะหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะที่คุกคามต่อชีวิต การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะที่คุกคามต่อชีวิต มีหลักฐานทางการแพทย์ว่าได้ประโยชน์สูงสุด ตามคำแนะนำของ ACCF/AHA 2011 ระดับที่ 1 (Class I recommendation) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือจากภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน หรือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเฉียบพลันแบบ ventricular tachycardia สาเหตุจากหลอดเลือดหัวใจตีบบริเวณ left main มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 และ/หรือ มีการตีบของหลอดเลือดหัวใจมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 จำนวน 1 เส้น, 2 เส้น หรือ 3 เส้น (Level of Evidence: B)

2.2.3 กรณีฉุกเฉินภายหลังการรักษาด้วยวิธีขยายหลอดเลือดหัวใจไม่สำเร็จ การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในกรณีฉุกเฉินภายหลังการรักษาด้วยวิธีขยายหลอดเลือดหัวใจไม่สำเร็จ มีหลักฐานทางการแพทย์ว่าได้ประโยชน์สูงสุด ตามคำแนะนำของ ACCF/AHA 2011 ระดับที่ 1 (Class I recommendation) ได้แก่

2.2.3.1 กล้ามเนื้อหัวใจมีการขาดเลือดเพิ่มขึ้น (Level of Evidence: B)

2.2.3.2 การไหลเวียนเลือดปกติ ไม่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดและไม่เคยผ่าตัดกระดูกอก (sternotomy) (Level of Evidence: B)

การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในกรณีฉุกเฉินภายหลังการรักษาด้วยวิธีขยายหลอดเลือดหัวใจไม่สำเร็จ มีหลักฐานทางการแพทย์ว่าได้ประโยชน์ตามคำแนะนำของ ACCF/AHA 2011 ระดับที่ 2a (Class IIa recommendation) ได้แก่ มีสิ่งแปลกปลอมค้างอยู่ในตำแหน่งที่ทำการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่พบมากคือ มีการหักของ guidewire หรือ stent (Level of Evidence: C) และการไหลเวียนเลือดปกติ มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดและไม่เคยผ่าตัดกระดูกอก (sternotomy) (Level of Evidence: C)

2.3 ข้อห้ามในการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ข้อห้ามสำหรับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (ฉัตรอรุณ ริมสุขเจริญชัย, 2556; wood et al, 2010) มีดังนี้

2.3.1 เส้นเลือดสำหรับใช้เป็น conduit มีขนาดไม่เหมาะสม

2.3.2 เส้นเลือดโรนารีมีการตีบน้อยกว่า 1 – 1.5 มิลลิเมตร

2.3.3 มีภาวะ severe aortic atherosclerosis ร่วมกับมีลักษณะทางกายภาพของเส้นเลือดที่ผิดปกติมาก หรือ กล้ามเนื้อหัวใจมีแผลกระจายไปทั่ว (ธารง จิรจรียาเวช, 2550)

2.3.4 มีภาวะ severe left ventricular failure ร่วมกับความผิดปกติของปอด ไต หลอดเลือด carotid และหลอดเลือดส่วนปลาย ที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงของการผ่าตัด

2.4 ผลกระทบภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ผลกระทบจากการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีดังนี้ (จรัญ สายะสถิตย์, 2555; ปรีชา เอื้อโรจนอังกูร, 2553; Hillis et al, 2011)

2.4.1 ทางด้านร่างกาย

2.4.1.1 เลือดออกจากหัวใจลดลง การเกิดภาวะเลือดที่ออกจากหัวใจเพื่อไปเลี้ยงร่างกายลดลง เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น อายุผู้ป่วย สภาพร่างกายและหัวใจของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ผลการผ่าตัด ระยะเวลาการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมรวมทั้งระยะเวลาที่หัวใจขาดเลือด เป็นต้น

2.4.1.2 กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบได้ประมาณร้อยละ 2.5 – 5.0 ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เกิดจาก kinked, spasm หรือ thrombosis ของ conduits คลื่นไฟฟ้าหัวใจจะพบ ST change มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและ cardiac enzyme สูงขึ้น

2.4.1.3 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ สาเหตุที่พบบ่อยได้แก่ ความเจ็บปวด ภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายและสาเหตุจากพยาธิสภาพของหัวใจ ภาวะ

หัวใจเต้นผิดจังหวะที่พบบ่อย เช่น sinus tachycardia ส่วนใหญ่เกิดจากความเจ็บปวดหลังผ่าตัดและภาวะ hypovolemia, atrial fibrillation หรือ atrial flutter พบได้ร้อยละ 20 – 30 มักเกิดขึ้นประมาณวันที่ 2 – 3 หลังผ่าตัด ในการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจพบได้ประมาณร้อยละ 5 – 40

2.4.1.4 ภาวะหัวใจถูกกด การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นการผ่าตัดที่มีโอกาสเลือดออกสูง ถ้ามีเลือดหรือสารน้ำคั่งอยู่ในช่องเยื่อหุ้มหัวใจในปริมาณมากเกินไปจะกีดขวางการทำงานของหัวใจโดยเฉพาะห้องหัวใจด้านขวา ผู้ป่วยจะมีอาการสำคัญ 3 ประการ คือ ความดันโลหิตต่ำ หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง และฟังเสียงหัวใจได้เบาลง

2.4.1.5 ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด หลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอาจจะมีเลือดออกมากกว่าการผ่าตัดอื่นๆ เนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น จากยาละลายลิ่มเลือดและเกร็ดเลือดที่ผู้ป่วยได้รับก่อนการผ่าตัด (rebound heparin effect) การใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมทำให้มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติและเกร็ดเลือดต่ำ ภาวะ hemodilution และภาวะ hypothermia เป็นต้น

2.4.1.6 ภาวะน้ำท่วมปอด มีสาเหตุเกิดจากสารน้ำที่เข้าไปสะสมในเนื้อเยื่อปอดในขณะที่ผ่าตัดและใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม ซึ่งในขณะที่ใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมเลือดของผู้ป่วยเจือจางลง จึงทำให้สารน้ำบางส่วนจากในหลอดเลือดซึมผ่านออกมาสะสมในเนื้อเยื่อและเซลล์ การใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมเป็นเวลานานจะเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะน้ำท่วมปอดมากขึ้นทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน และภาวะหลอดลมหดเกร็งได้

2.4.1.7 Pulmonary hypertension crisis เป็นภาวะฉุกเฉินที่มีการเพิ่มขึ้นของความดันในเส้นเลือดปัลโมนารี ผู้ป่วยจะมีภาวะพร่องออกซิเจน หลอดลมหดเกร็ง และเลือดออกจากหัวใจลดลง จะมีอาการมากขึ้นเมื่อถูกกระตุ้นจากความเจ็บปวด การดูดเสมหะ เป็นต้น

2.4.1.8 ภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดสมองและระบบประสาท พบอุบัติการณ์การเกิด stroke หลังผ่าตัดเท่ากับร้อยละ 1.4 และในจำนวนนี้ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิต และพบอาการ delirium, cognitive defect ร้อยละ 50 – 70 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก emboli และ cerebral hypo perfusion ระหว่างผ่าตัด

2.4.1.9 ภาวะเลือดไปเลี้ยงไตลดลง สามารถพบได้ประมาณร้อยละ 3.14 และในจำนวนนี้ร้อยละ 0.87 จำเป็นต้องทำการฟอกไต และพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันที่ต้องฟอกไตร้อยละ 1.1 มีโอกาสเสียชีวิตถึงร้อยละ 63.7

2.4.1.10 ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินอาหาร พบร้อยละ 0.6 – 2 เช่น acute mesenteric ischemia with intestinal infarction ซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยโดยสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ร้อยละ 60 – 100 และพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 35 – 60 มีระดับ serum amylase สูงกว่าปกติซึ่งในจำนวนนี้ร้อยละ 0.4 – 3 จะพบภาวะ pancreatitis นอกจากนี้ยังพบภาวะ paralytic ileus เป็นภาวะที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการท้องอืด แน่นท้อง

2.4.1.11 ภาวะไม่สมดุลสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย หลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม ร่างกายของผู้ป่วยจะมี extra-cellular fluid volume เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 – 30 ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ที่พบได้บ่อย เช่น ภาวะโพแทสเซียมสูงหรือต่ำ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้

2.4.1.12 ภาวะการติดเชื้อ อุบัติการณ์การติดเชื้อโรคหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจพบได้ร้อยละ 10 – 20 มีอันตรายสูงและพบอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 11 – 12 ตำแหน่งที่พบได้บ่อยคือ ปอด ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินอาหาร และสายระบายต่างๆ

2.4.2 ทางด้านจิตใจ

นอกจากภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายแล้ว ยังพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจยังมีภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อจิตใจอีกด้วย

2.4.2.1 ความวิตกกังวล ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมักมีความวิตกกังวลในช่วงสัปดาห์แรกภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มากกว่าร้อยละ 40 (Rymaszewska, Kiejna & Hadrys, 2003) เนื่องจากเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต และไม่แน่ใจถึงความแข็งแรงของสภาพร่างกาย (Theoblad & McMurray, 2004) อาการปวดแผลผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ส่งผลต่อการตอบสนองต่อการหายของโรคและอาจเพิ่มอัตราการตาย (Oxlad et al, 2006)

2.4.2.2 ภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย ต้องอาศัยระยะเวลาในการฟื้นฟู ผู้ป่วยจึงมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม ภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบโดยตรงต่อการทำหน้าที่ของเกร็ดเลือด เพิ่มการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด ทำให้เสี่ยงต่อการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารี และกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ รวมทั้งมีผลต่อกระบวนการอักเสบ การหายของแผล (Doering et al, 2005)

2.4.2.3 อารมณ์แปรปรวน หลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจพบว่าผู้ป่วยมีอารมณ์แปรปรวนได้ง่าย เช่น รู้สึกหงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว รู้สึกไม่สดชื่น อารมณ์อ่อนไหว ร้องไห้ง่าย (Moore, 1995) โดยพบว่าในช่วงระยะ 1 เดือนแรกหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยมีอารมณ์แปรปรวนได้ (King & Parrinello, 1988; Moore, 1995) ส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการทำหน้าที่ด้านจิตสังคม (Lapum et al, 2011)

2.5 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูด้านร่างกายให้สามารถทำงานได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับฟื้นฟูด้านจิตใจให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมในสังคม และสามารถกลับไปประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2553)

ระยะที่ 1 ระยะตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Phase I: Inpatient cardiac rehabilitation) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว ป้องกันผลเสียจากการนอนนาน ลดภาวะวิตกกังวล ลดภาวะซึมเศร้า และภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย

ระยะที่ 2 ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลถึงประมาณสองสัปดาห์ (Phase II: Outpatient cardiac rehabilitation) ในระยะนี้มุ่งเน้นให้คงกิจกรรมในระยะแรกไว้และค่อยๆเพิ่มระยะเวลาการทำกิจกรรมให้นานขึ้น เพื่อเตรียมผู้ป่วยเข้าสู่ระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Phase III: Community – initiated phase) เป็นระยะต่อเนื่องจากระยะที่ 2 จนถึง 4 – 6 เดือนโดยประมาณ เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ สภาพร่างกายสมบูรณ์ขึ้น เป้าหมายในระยะนี้ คือการฝึกเพื่อให้ร่างกายมีความทนต่อการออกกำลังกายมากขึ้น และดำรงแบบแผนชีวิต ปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเอาไว้อย่างต่อเนื่องต่อไป

ระยะที่ 4 ระยะคงสภาพ (Phase IV: Community maintenance phase) เป็นระยะที่ต่อเนื่องมาจากระยะที่ 3 ไปจนตลอดชีวิตของผู้ป่วย ระยะนี้ผู้ป่วยส่วนมากมักจะกลับไปทำงาน ประกอบอาชีพ และทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิม

การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้านของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้ (อรสา ภูพุม, 2556)

1. ยา ผู้ป่วยควรทราบเกี่ยวกับชนิด ขนาด เวลารับประทาน ผลข้างเคียง
2. อาหาร ควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย มีคุณค่าอาหารสูงและครบถ้วน ลดอาหารประเภทไขมัน โดยเฉพาะไขมันจากสัตว์ งดอาหารที่มีรสเค็มจัด หวานจัด และเผ็ดจัด
3. การดูแลรอยผ่าตัดบริเวณกระดูกสันอก ผู้ป่วยควรได้รับทราบว่าการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดกระดูกหน้าอกจะถูกแยกและเย็บปิดด้วยวัสดุคล้ายลวด รอยแยกของกระดูกหน้าอกจะสมานและปิดสนิทภายใน 4 – 12 สัปดาห์ ในระหว่างนี้ผู้ป่วยควรดูแลตนเอง ดังนี้
 - 3.1) หลีกเลี่ยงการออกแรงยกของหนักมากกว่า 5 กิโลกรัม และกิจกรรมที่ต้องออกแรงผลักของหนัก เคลื่อนวัตถุหนักๆ เช่น ตู้ เตียง เป็นต้น
 - 3.2) หลีกเลี่ยงการขับรถ ขี่จักรยาน จักรยานยนต์
 - 3.3) ทำความสะอาดรอยแผลผ่าตัดทุกวันอย่างนุ่มนวลด้วยน้ำอุ่นและสบู่อ่อนแล้วซับให้แห้ง ไม่ควรทาโลชั่นหรือยาใดๆ ที่แผล
 - 3.4) สังเกตรอยแผลผ่าตัดเกี่ยวกับอาการบวม แดง ร้อน มีอาการเจ็บตึงแผลเพิ่มขึ้น หรือมีน้ำเลือดหรือหนองออกจากรอยแผล ถ้าพบอาการดังกล่าวควรเข้าพบแพทย์
4. การดูแลขาข้างที่ถูกเลาะหลอดเลือดให้การดูแลแผลผ่าตัดเช่นเดียวกับรอยแผลผ่าตัดบริเวณกลางหน้าอก และตรวจสอบอาการบวมที่ขาทุกวัน ถ้าบวมให้ยกเท้าสูงหรือสวมถุงน่องชนิดยืดหยุ่นหรือพันขาด้วยผ้ายืดเพื่อช่วยลดอาการบวม หากอาการบวมไม่ดีขึ้นควรปรึกษาแพทย์

5. การดูแลอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดบริเวณหน้าอก อาการปวดแผลผ่าตัดอาจยังคงมีอยู่หรือเพิ่มขึ้นขณะหายใจลึก หรือเปลี่ยนท่าทาง และอาจรู้สึกเจ็บมากขึ้นขณะหลับในช่วงเวลากลางคืน สามารถแก้ไขได้โดยการรับประทานยาแก้ปวดก่อนนอนและระหว่างวัน รวมทั้งใช้วิธีผ่อนคลาย เช่น การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ สนทนากับบุคคลต่างๆ หรือออกกำลังกายร่วมด้วย

6. การซั้งน้ำหนัก ควรซั้งน้ำหนักทุกวันในเวลาตรงกัน ก่อนรับประทานอาหารเช้าพร้อมบันทึกไว้ ถ้าพบว่าน้ำหนักเพิ่มมากกว่า 1 กิโลกรัมในวันเดียวกัน ควรมาพบแพทย์

7. กิจกรรมที่ควรกระทำ ในระยะ 2 สัปดาห์แรกที่กลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยควรทำกิจกรรมต่างๆ คล้ายกับทำกิจกรรมขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล หลังจากนั้นค่อยๆ เพิ่มกิจกรรมตามความเหมาะสมตามความสามารถของตนเอง โดยยึดตามข้อแนะนำดังนี้

7.1) การอาบน้ำ ควรหลีกเลี่ยงน้ำอุ่นจัด ถ้าอาบน้ำด้วยฝักบัวหรือตักอาบ ควรนั่งเก้าอี้ขณะอาบน้ำ ถ้าอาบน้ำในอ่างควรมีญาติพาไปลงอ่างให้เรียบร้อยก่อน

7.2) การนอนหลับ ควรนอนหลับได้ประมาณ 8 – 10 ชั่วโมงในเวลากลางคืนและควรนอนพักอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งๆ ละ 20 – 30 นาที ในเวลากลางวัน

7.3) กิจกรรมต่างๆ ควรทำในเวลากลางวัน ไม่ควรทำกิจกรรมหลายอย่างในเวลาเดียวกันและไม่ควรทำกิจกรรมอย่างเร่งรีบ ควรพักหยุดทำกิจกรรม ถ้าผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยระหว่างทำกิจกรรม หรือควรหยุดทำกิจกรรมทันทีที่เริ่มรู้สึกหายใจลำบาก ใจสั่น หรือคล้ายจะเป็นลมหรือเหงื่อออกมากผิดปกติ หรือมีอาการเจ็บหน้าอก

7.4) การเริ่มต้นทำกิจกรรมโดยการเดินจะช่วยให้กล้ามเนื้อกลับสู่สภาพเดิมได้ดีรวมทั้งการทำงานบ้านเบาๆ และการอาบน้ำ การรับประทานอาหารเช้า การออกสังคม

7.5) การขึ้นบันได เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานค่อนข้างมาก ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรเดินช้าๆ และควรหยุดพักเมื่อรู้สึกเหนื่อย หายใจหอบ วิงเวียน

7.6) การปฏิบัติงานในอาชีพตามปกตินั้น อาจพิจารณาให้ทำได้ใน 4 – 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด แต่ควรขึ้นอยู่กับชนิดและประเภทของงาน ระดับความสามารถของร่างกาย

8. การออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ 3 – 5 ครั้งต่อสัปดาห์

9. กิจกรรมทางเพศ ผู้ป่วยเริ่มมีกิจกรรมทางเพศได้ เมื่อผู้ป่วยสามารถเดินขึ้นบันไดอย่างรวดเร็ว 2 ชั้น หรือเดินบนที่ราบ 1,000 เมตร ในเวลา 10 นาที โดยไม่มีอาการเหนื่อย

10. การป้องกันโรคหลอดเลือดตีบ โดยการลดปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุทำให้เกิด เช่น สูบบุหรี่ ความอ้วน ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เป็นต้น

11. อาการเตือนที่ผู้ป่วยควรพบแพทย์ ดังนี้ รู้สึกใจสั่น มึนงง เป็นลม คลำชีพจรพบอัตรา การเต้นผิดปกติและไม่สม่ำเสมอ รู้สึกเจ็บบริเวณหน้าอก อาการเจ็บอาจเจ็บเฉพาะที่ทรวงอกหรือเจ็บร้าวไปยังไหล่ คอ แขน และปวดบวม ขาข้างที่เลาะหลอดเลือดไปใช้หรือขาข้างใดข้างหนึ่ง

12. การมาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อรับการประเมินและติดตามผลการรักษา

3. การฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

3.1 ความหมายของการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ดังนี้
 วิชชุตา สวนดอกมิ่ง (2550) กล่าวว่า การฟื้นตัวหลังผ่าตัด หมายถึง การที่ผู้ป่วยฟื้นหายจากความเจ็บป่วย ร่างกายสามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติภายหลังการผ่าตัด หรือทำหน้าที่ได้ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ปราศจากภาวะแทรกซ้อน

ปวงกมล ฤชณบุตร (2555) กล่าวว่า การฟื้นตัวหลังผ่าตัด หมายถึง การกลับคืนจากภาวะเจ็บป่วยเข้าสู่สภาวะปกติเทียบเท่าหรือใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนผ่าตัดหรือดีที่สุดตามสภาพร่างกายหลังผ่าตัด ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและการดำเนินชีวิตตามปกติ

Wolfer (1973) กล่าวว่า การฟื้นตัวหลังผ่าตัด หมายถึง การฟื้นตัวจากภาวะเจ็บป่วยสู่สภาวะปกติของร่างกายภายหลังการผ่าตัด โดยผ่านกระบวนการซ่อมแซมและกลับเข้าสู่สภาวะปกติของร่างกายทั้งด้านกายภาพ หน้าที่ และด้านจิตใจ

Baker (1989) กล่าวว่า การฟื้นตัวหลังผ่าตัด หมายถึง การที่ร่างกายกลับเข้าสู่สภาวะปกติภายหลังการผ่าตัด เป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันไปตามภาวะสุขภาพเดิมก่อนการเจ็บป่วย สภาพจิตใจ และสังคม

King et al. (1994) กล่าวว่า การฟื้นตัวหลังผ่าตัด หมายถึง การฟื้นตัวจากภาวะความเจ็บป่วยหรือภายหลังการผ่าตัดเพื่อเข้าสู่สภาวะปกติของร่างกาย เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรและประกอบด้วยชีวกายภาพและจิตสังคม และมีปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเข้ามามีผลกระทบ

Allvin et al. (2007) กล่าวว่า การฟื้นตัวหลังผ่าตัด หมายถึง การที่ร่างกายกลับเข้าสู่สภาวะปกติภายหลังการผ่าตัด การฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดี ผู้ป่วยจะต้องมีร่างกายและจิตใจที่มีสภาวะเท่าเดิมหรือใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนการผ่าตัดมากที่สุด ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และการทำกิจกรรม สามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนก่อนการผ่าตัดโดยไม่พึ่งพาผู้ดูแล

Dunckley et al. (2007) กล่าวว่า การฟื้นตัวหลังผ่าตัด หมายถึง การกลับคืนสู่สภาวะปกติของร่างกายภายหลังการเจ็บป่วย การกลับมาทำกิจกรรมได้ตามปกติหรืออาการที่ดีขึ้น

Lopez et al. (2007) กล่าวว่า การฟื้นตัวหลังผ่าตัด หมายถึง การที่ผู้ป่วยเข้าใจในภาวะสุขภาพของตนเองภายหลังการผ่าตัดอย่างเหมาะสม และสามารถประเมินการฟื้นตัวของตนเองได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ภายหลังการผ่าตัด

จากความหมายการฟื้นตัวหลังผ่าตัด สามารถสรุปได้ว่า การฟื้นตัวหลังผ่าตัด หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจถึงการฟื้นหายภายหลังการผ่าตัด ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ อาการทางกาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิตตามปกติ

3.2 องค์ประกอบของการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

Allvin et al. (2009) ได้อธิบายคุณลักษณะของการฟื้นตัวภายหลังได้รับการผ่าตัดไว้ อย่างครอบคลุม ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

3.2.1 ด้านอาการทางกาย (physical symptoms) การกลับสู่สภาวะปกติของร่างกายใน มิติด้านอาการทางกาย ได้แก่ มีความปวดลดลง ความอ่อนล้าลดลง การนอนหลับมีคุณภาพ รับประทานอาหารได้ปกติ

3.2.2 ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical function) การกลับสู่สภาวะปกติของ ระบบร่างกาย ได้แก่ การทำงานของปฏิกิริยาย้อนกลับ กล้ามเนื้อสามารถเคลื่อนไหวอย่างอิสระ อวัยวะต่างๆกลับสู่การทำหน้าที่ สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

3.2.3 ด้านจิตใจ (psychological) การกลับคืนสู่สภาวะปกติด้านจิตใจ และอารมณ์ โดย มีความรู้สึกเป็นสุข สงบ ปราศจากความหดหู่ ความโกรธ ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า รวมถึงการ มีประสบการณ์ที่ดี สามารถเผชิญเหตุการณ์เปลี่ยนผ่านจากภาวะเจ็บป่วยกลับสู่ภาวะสุขภาพดี

3.2.4 ด้านสังคม (social) การกลับสู่การทำหน้าที่ในสังคม ไม่พึ่งพาผู้อื่น รวมถึงการมี ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

3.2.5 ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ (activity) ความสามารถในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างปกติ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การทำงาน การ ขับรถ เป็นต้น

นอกจากนี้ Jonhson et al. (1978) ได้แบ่งองค์ประกอบการฟื้นตัวหลังผ่าตัดออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1) ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดและ ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัดที่รุนแรงที่สุดตลอดวันที่ผ่านมาของผู้ป่วยภายหลังการ ผ่าตัด โดยใช้มาตรวัดความรู้สึกเจ็บปวดและมาตรวัดความรู้สึกทุกข์ทรมาน

2) การใช้ยาแก้ปวดหลังการผ่าตัด หมายถึง จำนวนครั้งของการได้รับยาในกลุ่มของยา แก้ปวดทั้งชนิดฉีดและชนิดรับประทานตามแผนการรักษาของแพทย์

3) การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด หมายถึง จำนวนครั้งของการที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการลุกนั่งบนเตียงเพื่อบริหารแขนขาภายหลังการผ่าตัด การลุกนั่ง เก้าอี้ข้างเตียง การบริหารการหายใจ

4) ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด หมายถึง ภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังการ ผ่าตัด ครบ 72 ชั่วโมง จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ ประเมิน ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินอาหาร และแผลกดทับ

5) จำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัด หมายถึง ระยะเวลาซึ่งนับเป็นวันตั้งแต่วันที่ทำการผ่าตัดจนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้นำองค์ประกอบการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของ Allvin et al. (2009) 5 มิติ มาประยุกต์ใช้ เนื่องจากสามารถประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมอย่างเป็นองค์รวม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าได้มีการนำไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกและข้อ ผ่าตัดช่องท้อง

3.3 ระยะของการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

การฟื้นตัวภายหลังได้รับการผ่าตัด สามารถแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (Allvin et al, 2007)

3.3.1 การฟื้นตัวระยะแรก (Early phase) คือการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่นับตั้งแต่การผ่าตัดเสร็จสิ้นและสิ้นสุดการได้รับยาระงับความรู้สึก หรือในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะฟื้นจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก สติสัมปชัญญะเริ่มกลับคืนมา มีปฏิกิริยาตอบกลับอัตโนมัติ (Reflex) เริ่มหายใจได้เอง แต่อาจยังไม่มีประสิทธิภาพ อาจยังมีความจำเป็นต้องใช้ออกซิเจนหรือดูดเสมหะ สัญญาณชีพคงที่ ผู้ป่วยสามารถเริ่มการเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง ยังต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด (Miller, 2006)

3.3.2 การฟื้นตัวระยะกลาง (Intermediate phase) คือ ช่วงสัปดาห์แรกของการผ่าตัด ร่างกายของผู้ป่วยเริ่มทำงานได้ปกติ มีสติสัมปชัญญะเต็มที่ มีสัญญาณชีพคงที่ ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวและลุกเดินได้ ไม่มีความจำเป็นต้องให้ออกซิเจน หรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เริ่มรับประทานอาหารเหลวหรืออาหารอ่อนได้ ระยะนี้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น มีไข้ ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ แผลติดเชื้อ เป็นต้น

3.3.3 การฟื้นตัวระยะท้าย (Late phase) คือ ช่วงเวลาหลังจากสัปดาห์แรกหลังผ่าตัด ถึง 1 เดือนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพดีแล้ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ เกิดขึ้นรวมถึงแผลผ่าตัดได้รับการตัดไหมหมด และกลับไปพักฟื้นที่บ้านหรือทำงานได้ตามปกติ

นอกจากนี้ Baker (1989) ยังได้แบ่งการฟื้นตัวออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 Passivity ใช้ระยะเวลา 6 วัน – 5 สัปดาห์ (หรือมากกว่า 9 วัน) เป็นช่วงของการพักผ่อนเพื่อการฟื้นตัว ในช่วงนี้ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเหมือนไม่มีแรง ขาดพลัง มีความวิตกกังวลทางด้านร่างกายสูง มีอารมณ์หงุดหงิด เบื่อ กิจกรรมที่ปฏิบัติส่วนใหญ่จะเป็นการรับประทานอาหาร การนอนหลับ การดูแลสุขลักษณะส่วนบุคคล อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์

ระยะที่ 2 Activity resumption ใช้ระยะเวลา 3 – 4 สัปดาห์ เป็นช่วงการเตรียมเพื่อกลับสู่การทำกิจกรรมตามปกติ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างมากขึ้น แต่จะยังมีอาการอ่อนล้า ไม่สุขสบายจากแผลผ่าตัดในขณะที่ทำกิจกรรม

ระยะที่ 3 Stabilization ใช้เวลามากกว่า 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะเริ่มกลับเข้าสู่สภาพเดิมก่อนการเจ็บป่วย มีความอ่อนล้าน้อยลง แต่ยังคงมีความวิตกกังวลเรื่องแผลผ่าตัดและการเคลื่อนไหวร่างกาย จิตใจกลับเข้าสู่ภาวะปกติ สามารถเข้าสังคมได้เป็นปกติ

สรุป การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการฟื้นตัวระยะท้าย (Late phase) ตามแนวคิดของ Allvin et al. (2007) คือ ช่วงเวลาหลังจากผ่าตัดแรกหลังผ่าตัดถึง 1 เดือนหลังผ่าตัด เนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาการฟื้นตัว เช่น อาการปวด อาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือกลับไปทำงานได้ตามปกติ ซึ่งสะท้อนถึงการฟื้นตัวหลังผ่าตัดไม่ดี ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังและอัตราการตายเพิ่มขึ้น

3.4 การฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอต่อความต้องการ ลดอาการเจ็บหน้าอก ป้องกันการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน และช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น (ปุนณฤกษ์ ทองเจริญ และ พันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุญสง, 2550) การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจต้องผ่าตัดเปิดกลางหน้าอก (Sternotomy) เพื่อทำการตัดต่อหลอดเลือดหัวใจและในขณะที่ผ่าตัดมีการนำเลือดออกมาไหลเวียนนอกร่างกายด้วยเครื่องหัวใจและปอดเทียม (Cardiopulmonary bypass) ลดอุณหภูมิกายให้ต่ำลง (hypothermia) เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของเนื้อเยื่อ การทำให้เลือดจางลง (hemodilution) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการไหลเวียนของเม็ดเลือดแดง การปกป้องกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial preservation) ร่วมกับการใช้สารต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulation) (สุชญาดา ขุนเสถียร, 2558; Hillis et al, 2011) ภายหลังจากผ่าตัดผู้ป่วยจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ มีสายระบายเลือดบริเวณหน้าอก มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าอกและแขนหรือขา และต้องนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตประมาณ จึงพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50 มีปัญหาการฟื้นตัวภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Zimmerman et al, 2010) ปัญหาการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจด้านร่างกาย เช่น ปวดแผล เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ ด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า ด้านสังคม เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างลดลง ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ เช่น ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ (Gallagher et al, 2004; Theoblad, Worrall-Carter, & McMurray, 2005) และในปัจจุบันยังพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลง ทำให้ช่วงเวลาการฟื้นตัวส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่บ้าน (Lapum et al, 2015) ทำให้การเตรียมวางแผนจำหน่ายมีเวลาจำกัด ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจต้องเผชิญกับปัญหาการฟื้นตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และเพิ่มอัตราการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลถึงประมาณสองสัปดาห์หลังจำหน่าย ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับ

การส่งเสริมให้ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ทำงานได้ดีขึ้น เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยเร็วและสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ (สมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2553) ดังนั้นพยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

3.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

อายุ จากการศึกษาของ อรชума นากรณ์ (2553) พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะมีการฟื้นตัวไม่ดี ($r = .287, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Allen (1990) พบว่า อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 55 ปีจะสามารถกลับไปทำงานได้ช้ากว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 55 ปี

เพศ จากการศึกษาของ อรชума นากรณ์ (2553) พบว่าเพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ($r = .465, p < .01$) เพศหญิงมีการฟื้นตัวช้ากว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Utriyaprasit (2001) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีอาการไม่สุขสบายทางกายมากกว่าเพศชาย และมีความสามารถด้านร่างกายน้อยกว่าเพศชาย เช่น การลุกเดิน การทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย จากการศึกษาของ อรชума นากรณ์ (2553) พบว่าประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ($r = .435, p < .01$) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายดี ($LVEF \geq 50\%$) จะมีการฟื้นตัวที่ดีหลังผ่าตัด ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายเป็นค่าที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ดังนั้นเมื่อหัวใจสามารถบีบตัวเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้อย่างเพียงพอ ก็จะส่งผลต่อการฟื้นตัวที่ดีหลังผ่าตัด

ภาวะโรคร่วม จากการศึกษาของ อรชума นากรณ์ (2553) พบว่าภาวะโรคร่วมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ($r = -.334, p < .01$)

อาการในระยะฟื้นตัว เป็นการรับรู้อาการตามประสบการณ์ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ อาการปวดแผล อาการเหนื่อยล้า อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ วิดกกังวล เป็นต้น (Artinian & Duggan, 1995) จากการศึกษาของ Utriyaprasit (2001) พบว่า อาการในระยะฟื้นตัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้านร่างกายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยพบว่าอาการในระยะฟื้นตัวมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้านร่างกายโดยรวม ($r = .43; p < .001$) และเมื่อ

พิจารณาเป็นรายด้านพบว่า อาการในระยะฟื้นตัวมีความสัมพันธ์กับดูแลร่างกาย ($r = .42$; $p < .001$) การเคลื่อนไหวร่างกาย ($r = .36$; $p < .001$) และการลุกนั่ง ($r = .35$; $p < .01$) และยังพบว่าอาการในระยะฟื้นตัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้านจิตใจหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยพบว่าความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้านจิตใจ ($r = .54$; $p < .001$) และอาการในระยะฟื้นตัวมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ($r = .57$; $p < .001$) ภาวะซึมเศร้า ($r = .49$; $p < .001$) อารมณ์หงุดหงิด ($r = .35$; $p < .01$) และอาการสับสน ($r = .47$; $p < .001$)

ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ Doering et al. (2005) พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูงจะส่งผลต่อการฟื้นตัวทางด้านจิตใจไม่ดี ($p < .001$) และการฟื้นตัวด้านร่างกายไม่ดี ($p = .007$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chunta (2009) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวทางด้านร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตาย

ระยะเวลาการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม การศึกษาของ Khamsiri (2011) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 62.5 เกิดการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic Inflammatory Response Syndrome) ภายใน 4 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดและพบความสัมพันธ์ระหว่างปฏิกิริยาการอักเสบทั่วร่างกายกับการฟื้นตัวภายใน 12 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ($r = -.28$; $p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Utriyaprasit et al. (2011) พบว่า ระยะเวลาการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ($r = .241$, $p < .05$) เมื่อผู้ป่วยมีระยะเวลาการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมที่นานขึ้นก็จะส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น

ระยะเวลาการหนีบหลอดเลือดเอออดาร์ การศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาในการหนีบหลอดเลือดเอออดาร์กับภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่า การหนีบหลอดเลือดเอออดาร์เพิ่มภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ได้แก่ ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง เพิ่มระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพิ่มภาวะแทรกซ้อนทางไต และเพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ($p < .05$) (Al-Sarraf et al, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุขญาติดา ขุนเสถียร (2556) พบว่า ระยะเวลาการหนีบหลอดเลือดเอออดาร์ มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจใน 24 ชั่วโมงแรก ($r = .23$, $p < .01$)

จำนวนภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่พบภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ แผลผ่าตัดติดเชื้อ การได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ปอดอักเสบ โรคหลอดเลือดสมองภายหลังการผ่าตัด และไตวาย ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลารักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น จากการศึกษาของ พรนภา เสงเจริญสุวรรณ (2553) พบว่า จำนวนภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวก

กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ($r = .544, p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิวรรณ ศิลารัตน์ (2013) พบว่าจำนวนภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ($r = .69, p < .01$)

ชนิดการผ่าตัด ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจบางรายจะพบว่ามี ความผิดปกติอื่น ๆ ร่วมกับการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี เช่น ลิ้นหัวใจตีบ ลิ้นหัวใจรั่ว จึงต้อง ผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการผ่าตัดอื่น จากการศึกษาของ Utriyaprasit et al. (2011) พบว่า ชนิดการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ($r = .258, p < .01$) สอดคล้องกับ การศึกษาของ มะลิวรรณ ศิลารัตน์ (2013) พบว่าชนิดของการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลัง ผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ($r = .22, p < .05$)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ควบคุมปัจจัย โดยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง โดยให้มีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่อง อายุ (อรชума นากรณ์, 2553) เพศ (อรชума นากรณ์, 2553, Utriyaprasit, 2001) และประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (อรชума นากรณ์, 2553) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลการทดลอง เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์ กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และปัจจัยที่สามารถจัดการและปรับเปลี่ยนได้ตาม บทบาทของพยาบาล คือ อาการทางกายและจิตใจ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีการส่งเสริมการจัดการ อาการโดยใช้โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีการฟื้นตัวที่ดี

3.6 การประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยใช้แบบประเมิน ที่หลากหลาย ดังนี้

1. Quality of recovery score 9 (QoR-9) พัฒนาขึ้นโดย Myles et al. (1999) ใช้ ประเมินการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย แบบประเมิน ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ทดสอบค่าความคงที่เท่ากับ .61 ความสอดคล้องภายในเท่ากับ .90 แปลเป็นไทยโดย พนารัตน์ รัตนสุวรรณ และคณะ (2549) ใช้ในการประเมินการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดช่องท้องใน 24 ชั่วโมงแรก

2. Quality of recovery 40 (QoR-40) พัฒนาขึ้นโดย Myles et al. (2000) เพื่อ ประเมินการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เช่น การผ่าตัดช่อง ท้อง สูติรีเวช ผ่าตัดสมอง ผ่าตัดหัวใจ ประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด 5 ด้าน คือ ภาวะทางอารมณ์ ความสุขสบายทางร่างกาย การสนับสนุนด้านจิตใจ ความเป็นอิสระทางกายภาพ และความเจ็บปวด ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ ทดสอบความคงที่เท่ากับ .92 ความสอดคล้องภายในเท่ากับ .93 แปล

เป็นภาษาไทยโดย สิริมนต์ คำริห์ (2553) ใช้ในการประเมินการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

3. the Postdischarge Surgical Recovery Scale (PSR) พัฒนาขึ้นโดย Kleinbeck (2000) เพื่อประเมินการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยการส่องกล้อง เช่น การผ่าตัดลำไส้ การผ่าตัดกระดุกและข้อ สามารถประเมินการฟื้นตัว 5 ด้าน ภาวะสุขภาพ ความอ่อนล้า ความบกพร่องในการทำงาน กิจกรรม และความคาดหวัง ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ มีค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ .91 ทดสอบค่าความคงที่เท่ากับ .90

4. the Surgical Recovery Index (SRI) พัฒนาขึ้นโดย Talamini et al. (2004) เพื่อประเมินการฟื้นตัวในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบส่องกล้องหรือผ่าตัดที่ไม่ใหญ่มาก (minimal invasive) สามารถประเมินมิติของการฟื้นตัวได้ 2 ด้าน คือ ความเจ็บปวด และการทำหน้าที่ตามปกติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในช่วงระยะเวลา 1 – 4 สัปดาห์ ความสอดคล้องภายในเท่ากับ .91

5. the Functional Recovery Index (FRI) พัฒนาขึ้นโดย Wong et al. (2009) เพื่อประเมินการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่หลังจำหน่าย ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ความเจ็บปวด การมีกิจกรรมของขา กิจกรรมทางกายทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ความสอดคล้องภายในเท่ากับ .90 ทดสอบค่าความคงที่เท่ากับ .99

6. the Postoperative Recovery Profile (PRP) พัฒนาโดย Allvin et al. (2009) เพื่อประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เช่น ผ่าตัดสูติรีเวช ผ่าตัดกระดุกและข้อ ผ่าตัดทางเดินปัสสาวะ ผ่าตัดทางเดินอาหาร ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านอาการทางกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 4 ข้อ ด้านสังคม จำนวน 3 ข้อ ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ ใช้ประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดใหม่ๆจนถึง 12 เดือน ทดสอบความคงที่เท่ากับ .85 ความสอดคล้องภายในเท่ากับ .80

7. the Postoperative Quality of recovery Score (PQRS) พัฒนาขึ้นโดย Royse et al. (2010) เพื่อประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ หัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านการตอบสนองต่อความปวด ด้านอารมณ์ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการรู้คิด และด้านทัศนคติ ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ

8. the Surgical Recovery Score (SRS) พัฒนาขึ้นโดย Paddison et al. (2011) เพื่อประเมินการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่หลังการผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ของร่างกาย จิตสังคม/อารมณ์ และการรู้คิด รวม 13 ข้อ ประเมินในช่วงก่อนการผ่าตัด หลังผ่าตัดวันที่ 3, 7, 30 และ 60 ความสอดคล้องภายในเท่ากับ .91

9. Quality of recovery Score 15 (QoR-15) พัฒนาขึ้นโดย Stark, Myles, & Burke (2013) ใช้ประเมินการฟื้นตัวหลังการผ่าตัด เป็นแบบประเมินการฟื้นตัวที่พัฒนามาจากแบบประเมิน Quality of recovery 40 (QoR-40) ใช้ในการประเมินผู้ป่วยหลังได้รับยาดมสลบแบบทั่วร่างกายใน 24 ชั่วโมง แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ แบบประเมินเป็นแบบ visual analogue scale ทดสอบค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ .85 ทดสอบความคงที่เท่ากับ .99

การศึกษาครั้งนี้ดัดแปลงแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจากแบบประเมิน The Postoperative Recovery Profile (PRP) ที่พัฒนาขึ้นโดย Allvin et al. (2009) เพื่อประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เนื่องจากแบบประเมิน The Postoperative Recovery Profile (PRP) สามารถใช้ประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ตั้งแต่หลังผ่าตัดใหม่ๆไปจนถึง 12 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่ต้องประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ตั้งแต่ระยะ 1 สัปดาห์หลังผ่าตัดไปจนถึงระยะ 1 เดือนหลังผ่าตัด ข้อคำถามมีความเหมาะสมทั้งจำนวนข้อและลักษณะข้อคำถามไม่ยาวจนเกินไป ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามไม่นาน ประมาณ 10 – 15 นาที และค่าความเชื่อมั่นมีความเหมาะสม

4. แนวคิดการจัดการอาการ

แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) กล่าวว่า อาการเป็นการรับรู้ถึงประสบการณ์ที่เป็นผลสะท้อนของการเปลี่ยนแปลง การทำหน้าที่ทางจิตสังคมของแต่ละบุคคล อาการและอาการแสดงเป็นตัวบ่งชี้แนวทางการรักษา และเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้พยาบาลเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลต้องเข้าใจสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของอาการ เพื่อเกิดความเข้าใจในอาการของตนเอง และสามารถให้ความหมายของอาการ และความสัมพันธ์ของอาการกับสาเหตุของอาการและจัดการกับอาการได้อย่างเหมาะสม

แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ประกอบด้วย องค์ประกอบหลัก 3 มิติที่มีความสัมพันธ์กัน ดังนี้

1. ประสบการณ์การรับรู้อาการ (Symptom experience) คือ ความคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อการเกิดอาการ ประกอบด้วย การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งมีความสัมพันธ์กันแบบสองทิศทางและมีลักษณะเป็นพลวัตร กล่าวคือ

1.1 การรับรู้อาการ หมายถึง การที่ผู้ป่วยสังเกตได้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งแตกต่างไปจากการที่เคยรู้สึก

1.2 การประเมินอาการ หมายถึง การพิจารณาหรือตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับอาการ เช่น ความรุนแรงของอาการ สาเหตุ ความสามารถในการรักษา และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอาการ

1.3 การตอบสนองต่ออาการ หมายถึง การที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม หลังจากมีอาการเกิดขึ้น

2. กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) การจัดการกับอาการ เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร มีการเปลี่ยนแปลงกลวิธีต่างๆอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องยินยอมในการใช้กลยุทธ์นั้นด้วยองค์ประกอบในกลวิธีการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย ใครเป็นผู้ทำ ทำอะไร ทำอย่างไร ทำเมื่อไหร่ ทำกับใคร ทำที่ไหน ทำมานาน้อยเพียงใด และทำไม

3. ผลลัพธ์ (Outcome) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากกลวิธีการจัดการอาการหรือจากประสบการณ์การมีอาการของแต่ละบุคคล โดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ 8 ปัจจัย คือ 1) สภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) สภาพอารมณ์ 3) ความรุนแรงของอาการ 4) ความสามารถในการดูแลตนเอง 5) การเกิดโรคและปัจจัยการเกิดโรค 6) อัตราตาย 7) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง และ 8) คุณภาพชีวิต โดยผลลัพธ์ทั้งหมดจะมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกันได้

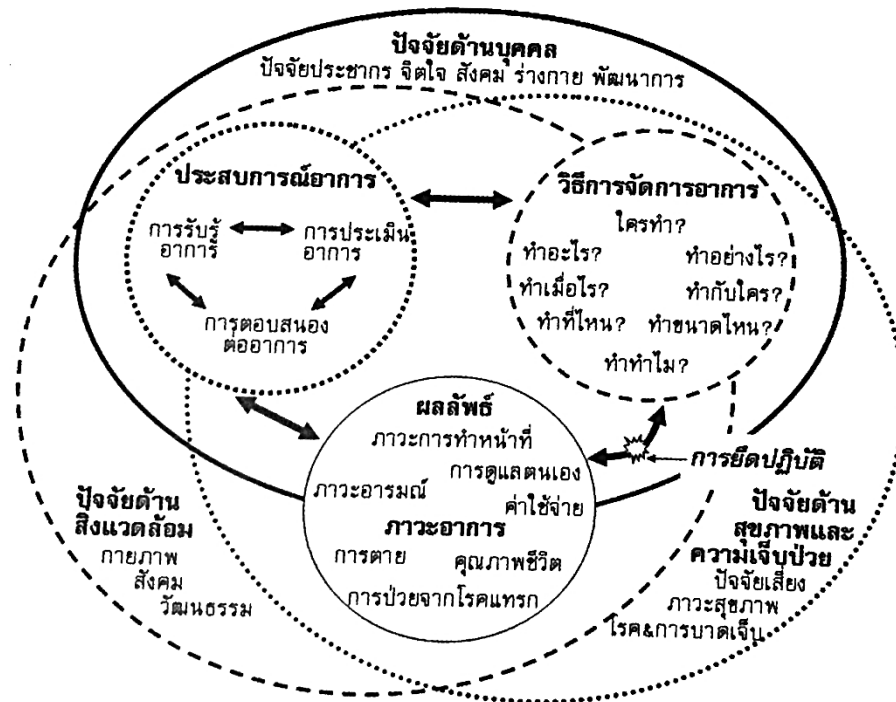
องค์ประกอบหลักทั้ง 3 มิติ มีความสัมพันธ์กันในลักษณะความสัมพันธ์แบบสองทาง หมายถึง องค์ประกอบหนึ่งอาจเป็นทั้งเหตุและผลของอีกองค์ประกอบหนึ่ง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการจัดการอาการ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของอาการ หากได้ผลดีผู้ป่วยจะยึดถือปฏิบัติวิธีนั้นๆต่อไป (Adherence)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ประกอบด้วย

1. ปัจจัยด้านบุคคล (Person domain) เป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลและเป็นการพิจารณาสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังอาการปรากฏ ประกอบด้วย 1) ลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ 2) ลักษณะทางจิตใจ เช่น บุคลิกภาพ ความสามารถทางสติปัญญา 3) ลักษณะทางสังคม เช่น ครอบครัว วัฒนธรรม ศาสนา และ 4) ลักษณะทางสรีรวิทยา เช่น รูปแบบการทำกิจกรรม และการพักผ่อน

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) เป็นลักษณะโดยรวมของบรรยากาศหรือภูมิหลังของสภาพการณ์นั้นๆ ประกอบด้วย 1) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น บ้าน ที่ทำงาน และโรงพยาบาล 2) สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น แหล่งสนับสนุนทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม และ 3) ลักษณะทางวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อ คุณค่า เป็นต้น

3. ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย (Health and illness) เป็นปัจจัยที่มีลักษณะเฉพาะทางสุขภาพ หรือสภาพการเจ็บป่วยของบุคคล ประกอบด้วย 1) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค เช่น พันธุกรรม พฤติกรรม เป็นต้น 2) สภาพสุขภาพ เช่น ความผิดปกติทางสรีระ การทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นต้น และ 3) การเจ็บป่วย ดังแบบจำลองการจัดการอาการในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001)

(ที่มา : วรจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. (2554). การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สงขลา, ชานเมืองการพิมพ์.)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องตามแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) องค์ประกอบที่ 1 ประสบการณ์การรับรู้อาการ โดยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเล่าประสบการณ์การรับรู้อาการของตนเองภายหลังการผ่าตัด และให้ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น การตอบสนองต่ออาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การวางแผนการจัดการอาการ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องตามองค์ประกอบที่ 2 กลวิธีการจัดการกับอาการ โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อาการที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเมื่อกลับบ้านได้แก่ ปวดแผลผ่าตัด เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาบวม เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น หายใจลำบาก วิตกกังวล ซึมเศร้า และวิธีการจัดการอาการ ความรู้เรื่องการปฏิบัติสมาธิ พร้อมกับฝึกทักษะการจัดการอาการและทักษะการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึกง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย มีความสามารถในการจัดการอาการได้อย่างถูกต้อง และเพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้มีการกำหนดกิจกรรมติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และนัดติดตาม เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติ และจัดกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องตามองค์ประกอบที่ 3 ผลลัพธ์ โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นผู้ทำแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดด้วยตนเองภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิเพื่อเป็นการประเมินผลลัพธ์

5. การรับรู้อาการ การจัดการอาการ ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นการผ่าตัดที่กระทำต่อเส้นเลือดระหว่างหลอดเลือดเอออร์ตาและหลอดเลือดโคโรนารี ในขณะที่ผ่าตัดมีการนำเลือดออกมาไหลเวียนนอกร่างกายด้วยเครื่องหัวใจและปอดเทียม (Cardiopulmonary bypass) นอกจากนี้ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลาอย่างน้อย 2 – 3 วัน มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าอก (Sternotomy) และแผลผ่าตัดบริเวณแขนและ/หรือขา ใส่สายระบายทรวงอก ทำให้ผู้ป่วยต้องประสบกับอาการต่างๆ ภายหลังจากการผ่าตัดมากมาย ซึ่งอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดปัญหาการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

5.1 ประสบการณ์การรับรู้อาการในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีการรับรู้อาการ ดังนี้

1) อาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 71 มีอาการหายใจลำบากใน 1 – 2 สัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด (Bratt et al, 2016; Nieveen et al, 2008) ในระยะ 3 – 4 สัปดาห์ลดลงเหลือ ร้อยละ 24 (Zimmerman et al, 2010) และยังคงมีอาการหายใจลำบากไปถึง 6 สัปดาห์ ร้อยละ 20.6 (Schulz et al, 2011)

2) อาการเหนื่อยล้า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 63 มีการรับรู้อาการเหนื่อยล้าในช่วง 1 สัปดาห์หลังการผ่าตัด (Bratt et al, 2016) และร้อยละ 40 – 50 จะยังคงมีการรับรู้อาการเหนื่อยล้าใน 2 – 4 สัปดาห์ (Nieveen et al, 2008; Schulz et al, 2011; Zimmerman et al, 2010) และร้อยละ 26 – 40 มีการรับรู้อาการเหนื่อยล้าไปจนถึง 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด (Zimmerman et al, 2004; Schulz et al, 2011)

3) อาการนอนไม่หลับ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 83 ในช่วง 1 สัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด (Bratt et al, 2016) และร้อยละ 40 – 50 มีอาการนอนไม่หลับในช่วง 2 – 3 สัปดาห์หลังการผ่าตัด (Nieveen et al, 2008; Schulz et al, 2011) และผู้ป่วยถึงร้อยละ 20 – 30 ยังคงมีอาการนอนไม่หลับไปถึงช่วง 6 สัปดาห์หลังการผ่าตัด (Zimmerman et al, 2010; Schulz et al, 2011)

4) อาการปวดแผลผ่าตัด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 71 มีอาการปวดแผลในช่วง 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด (Bratt et al, 2016) และลดลงเหลือร้อยละ 40 – 55 ในช่วง 2 – 4 สัปดาห์ (Nieveen et al, 2008; Schulz et al, 2011) และเหลือร้อยละ 28 ในช่วง 6 สัปดาห์ (Schulz et al, 2011)

5) อาการบวม ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีอาการขาบวมร้อยละ 96 (Bratt et al, 2016) ลดลงเหลือร้อยละ 69 ในช่วง 2 สัปดาห์ (Nieveen et al, 2008) และผู้ป่วยร้อยละ 20 – 30 จะยังคงมีอาการขาบวมไปจน 4 – 6 สัปดาห์หลังการผ่าตัด (Zimmerman et al, 2010; Schulz et al, 2011)

6) ความอยากอาหารลดลง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจถึงร้อยละ 52 – 54 มีอาการเบื่ออาหารในช่วง 1 – 2 สัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด (Bratt et al, 2016; Nieveen et al, 2008) และลดลงเหลือร้อยละ 20 – 30 ในช่วง 3 – 4 สัปดาห์หลังการผ่าตัด และร้อยละ 10 ยังคงมีอาหารเบื่ออาหารในช่วง 6 สัปดาห์ (Schulz et al, 2011)

7) อาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีอาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็วร้อยละ 83 ในช่วง 1 สัปดาห์หลังการผ่าตัดและยังคงมีอาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ถึง 4 – 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด ร้อยละ 10 (Lie et al, 2012; Zimmerman et al, 2010)

8) อาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจพบมีอาการเจ็บหน้าอกในช่วง 4 – 8 สัปดาห์หลังการผ่าตัด โดยเพศชายพบร้อยละ 2.3 เพศหญิงพบร้อยละ 6 (Vaccarino et al, 2003; Zimmerman et al, 2010) และจากการศึกษาของ Utriya-prasit & Moore (2005) พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกช่วง 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด

9) วิตกกังวล ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 83 – 87 มีความวิตกกังวลในช่วง 1 – 2 สัปดาห์หลังการผ่าตัด (Bratt et al, 2016; Nieveen et al, 2008) และมีความวิตกกังวลไปจน 4 – 6 เดือนหลังการผ่าตัดร้อยละ 10 – 20 (Zimmerman et al, 2010)

10) ซึมเศร้า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมากกว่าซึมเศร้า ร้อยละ 58 มีภาวะซึมเศร้าในช่วง 1 สัปดาห์หลังการผ่าตัด (Bratt et al, 2016) และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15 – 25 ในช่วง 3 สัปดาห์หลังการผ่าตัด (Lie et al, 2012; Zimmerman et al, 2010)

5.2 การจัดการอาการในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีการจัดการอาการที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

ปฎิพร บุญพัฒน์กุล (2543) การศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ผลของอาการและวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยจัดการอาการเจ็บหน้าอก ด้วยวิธีรอดูอาการร้อยละ 86 พยายามอดทนร้อยละ 62 กดหน้าอก/ทุบหน้าอกร้อยละ 14 นวดหน้าอกและจับบริเวณหน้าอกร้อยละ 9 เปลี่ยนท่าที่สุขสบายขึ้นร้อยละ 21 หยุดทำกิจกรรมทันที ร้อยละ 57 พยายามหายใจช้าร้อยละ 8 ภาวนาสั่งศักดิ์สิทธิ์ สวดมนต์ ร้อยละ 6

ปฎิญา สงวนพงษ์ (2552) ศึกษากลุ่มอาการ การจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยจัดการกับกลุ่มอาการด้วยวิธีการหยุดกิจกรรมที่ทำทันทีร้อยละ 100 รีบไปโรงพยาบาลทันทีร้อยละ 76 รอดูอาการร้อยละ 70 พยายามอดทนร้อยละ 68 เปลี่ยนท่าที่ทำให้รู้สึกสุขสบายร้อยละ 68 นอนพักร้อยละ 67 ใช้วิธีผ่อนคลายหายใจเข้าออกช้าๆร้อยละ 55 รับประทานยาขยายหลอดเลือดร้อยละ 42.5 รับประทานยาหอมร้อยละ 33 ใช้ยานวดร้อยละ 26 นวด/กด/ทุบ หน้าอกร้อยละ 35 การรับรู้ผลลัพธ์ของการจัดการกลุ่มอาการของ

ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ทรุดลงกว่าเดิมร้อยละ 56.25 อาการคงเดิม ร้อยละ 18.75 และดีขึ้นร้อยละ 25

วาสนา สุวรรณรัตน์ (2556) ศึกษาประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการและ ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการตรวจที่ห้องตรวจโรคหัวใจ พบว่าอาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและรบกวนการดำเนินชีวิต 5 อันดับ ได้แก่ หายใจลำบากเมื่อนอนราบ หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน นอนไม่หลับหรือหลับยาก อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง ส่วนใหญ่วิธีการที่กลุ่มตัวอย่างใช้เพื่อจัดการอาการ ประกอบด้วย การจัดทำ การควบคุมการหายใจ และรับประทานยานอนหลับ

Schulz et al. (2011) ศึกษาการจัดการอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือด หัวใจช่วง 3 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า 1) อาการหายใจลำบากพบร้อยละ 24.9 วิธีการจัดการอาการหายใจลำบาก ได้แก่ การนอนพักร้อยละ 52.7 ไม่ใช้วิธีใดในการจัดการอาการ หายใจลำบากร้อยละ 38 เปลี่ยนท่าเพื่อความสะดวกสบายร้อยละ 3.6 2) อาการเหนื่อยล้าพบร้อยละ 53.8 วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้า ได้แก่ การนอนพักร้อยละ 52.94 ไม่ใช้วิธีใดในการจัดการอาการ 42.01 3) อาการนอนไม่หลับพบร้อยละ 40.3 วิธีการจัดการอาการนอนไม่หลับ ได้แก่ ไม่ใช้วิธีใดในการจัดการอาการนอนไม่หลับร้อยละ 50.56 เปลี่ยนท่าเพื่อความสะดวกสบายร้อยละ 17.97 รับประทานยานอนหลับร้อยละ 14.60 พังดนตรีร้อยละ 6.74 4) อาการปวดแผลผ่าตัดพบร้อยละ 48 วิธีการจัดการอาการปวดแผลผ่าตัด ได้แก่ ไม่ใช้วิธีใดจัดการอาการปวดแผลผ่าตัดร้อยละ 61.32 รับประทานยาแก้ปวด ร้อยละ 24.52 เปลี่ยนท่า/จัดท่านอน เพื่อความสะดวกสบาย ร้อยละ 6.6 การนอนพัก ร้อยละ 3.77 5) อาการบวมพบร้อยละ 30.8 วิธีการจัดการอาการบวม ได้แก่ ไม่มีวิธีการจัดการอาการบวม ร้อยละ 54.41 เปลี่ยนท่าเพื่อความสะดวกสบายร้อยละ 35.29 รับประทานยาร้อยละ 7.35 6) ความอยากอาหารลดลงพบร้อยละ 35.3 วิธีการจัดการอาการ ได้แก่ ไม่ใช้วิธีใดในการจัดการอาการความอยากอาหารลดลงร้อยละ 83.33 หาค่าปรึกษาร้อยละ 14.10

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ไม่มีวิธีการในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำเพื่อจัดการกับอาการในระยะพื้นตัว (Stolic, Mitchell, & Wollin, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Dolansky et al. (2010) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือด หัวใจ ร้อยละ 44 รู้สึกว่าตนเองได้รับข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการดูแลตนเองในระยะพื้นตัวเมื่อกลับบ้าน โดยเฉพาะเรื่องการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในระยะพื้นตัว ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมข้อมูลในเรื่องอาการที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านและวิธีการจัดการอาการ ทำให้ผู้ป่วยมีการพื้นตัวที่ไม่ดี และเพิ่มอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยเฉพาะเรื่องการจัดการ อาการปวดแผลผ่าตัด หายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็วใจสั่น (Gallagher et al, 2004) สอดคล้องกับ

Vaccarino et al. (2003) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เพศชายร้อยละ 12.7 เพศหญิงร้อยละ 22 และพบว่าอาการที่เกิดขึ้นในระยะฟื้นตัว เช่น อาการเจ็บหน้าอก อาการหายใจลำบาก อาการปวดแผล เบื่ออาหาร ส่งผลต่อการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

5.3 การประเมินอาการในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบเครื่องมือในการประเมินอาการ ดังนี้

1. แบบประเมิน Symptom Distress Scale (SDS) ของ McCorkle & Young (1978) ใช้ประเมินอาการในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย 11 อาการ ประเมินอาการในมิติด้านความทุกข์ทรมานและความถี่ของการเกิดอาการ แปลเป็นภาษาไทยโดย สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2539)

2. แบบประเมิน The Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) ของ Portenoy et al. (1994) ใช้ประเมินอาการในผู้ป่วยมะเร็ง เอดส์ ประกอบด้วย 32 อาการใน 4 มิติ ได้แก่ ความชุกของอาการ ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความรู้สึกทุกข์ทรมาน รบกวนการดำเนินชีวิตจากอาการ มีค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ .88 ค่าความคงที่เท่ากับ .87 แปลเป็นภาษาไทยโดย นางลักษณ สุวิสิษฐ์ (Suwisith et al, 2008)

3. แบบประเมิน Symptom inventory ของ Artinian & Duggan (1993) เป็นแบบประเมินความถี่ของการมีอาการ ใช้ประเมินอาการในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ประกอบด้วย 23 อาการ ค่าความคงที่เท่ากับ 0.78 – 0.80 แปลเป็นภาษาไทยโดย เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์ (Utriayaprasit, 2001)

4. แบบประเมิน M.D. Anderson symptom inventory (MDASI) ของ Cleeland et al. (2000) ประกอบด้วยอาการ 26 อาการ เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการที่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต มีค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ .91 – .94 ค่าความคงที่เท่ากับ .82 – .87

5. แบบประเมิน Cardiac Symptom Survey (CSS) ของ Nieveen et al. (2008) เป็นแบบประเมินการรับรู้อาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย 10 อาการ ใช้ประเมินอาการ 2 ด้าน คือ 1) ด้านความรุนแรงและความถี่ของอาการ 2) ด้านการตอบสนองต่ออาการ มีค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ .90 แปลเป็นภาษาไทยโดย จันทนา หล่อตจระกุล (2549)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาอาการและการจัดการอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจให้ครอบคลุมตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) คือ ประสบการณ์การรับรู้อาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ จากการทบทวนเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการพบว่า เครื่องมือส่วนใหญ่เป็นการประเมินเพียงองค์ประกอบประสบการณ์การรับรู้อาการโดยแยกเป็นมิติด้านความถี่ของอาการ ความทุกข์ทรมานของอาการ การตอบสนองต่ออาการ ยังไม่มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการได้ครบทุกองค์ประกอบตามแนวคิดการจัดการ

อาการของ Dodd et al. (2001) ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแบบประเมินการจัดการอาการขึ้นจากการกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบประเมินการจัดการอาการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการประเมินการรับรู้อาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจประกอบด้วย 10 อาการถามผู้ป่วยถึงในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาว่ามีอาการหรือไม่มีอาการ หากตอบว่า มีอาการ ให้ผู้ป่วยประเมินว่าอาการนั้นมีความถี่และรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมมากน้อยเพียงใด ส่วนที่ 2 วิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยเป็นคำถามปลายเปิด ให้ผู้ป่วยบอกถึงวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยที่ปฏิบัติเมื่อมีอาการเกิดขึ้น และส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ ภายหลังจากการจัดการอาการ อาการเหล่านั้นดีขึ้นหรือเท่าเดิม

6. แนวคิดการปฏิบัติสมาธิ

6.1 ความหมายของสมาธิและการปฏิบัติสมาธิ

สมาธิ หมายถึง การฝึกอบรมจิตใจให้สงบแน่วแน่ มั่นคง เพื่อเป็นจิตใจที่สามารถทำงานได้ดี โดยเฉพาะในการพิจารณาให้เกิดปัญญา (สุพล โล่ห์ชิตกุล, 2544)

สมาธิ หมายถึง ความมีใจตั้งมั่น ความตั้งมั่นแห่งจิต การทำให้จิตใจสงบแน่วแน่ ไม่ฟุ้งซ่าน ภาวะที่จิตตั้งเรียบแน่วอยู่ในอารมณ์ คือ สิ่งอันหนึ่งอันเดียว (พระพรหมคุณาภรณ์ ป.อ. ปยุตโต, 2554)

สมาธิ หมายถึง การกำหนดจิตให้แน่วแน่อยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะ เป็นการรับรู้ในปัจจุบันและการรักษาสติให้อยู่กับปัจจุบัน เป็นหลักการทำจิตใจให้เกิดความสงบ แน่วแน่เป็นหนึ่งเดียวไม่ฟุ้งซ่าน (สุชาติ มัชฌิมา, 2554)

สมาธิ หมายถึง ผลจากการกำหนดให้เซลล์ทุกเซลล์ทำงานประสานกันอย่างเป็นองค์รวมจนเกิดภาวะที่ทุกเซลล์ผ่อนคลาย (สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี, 2554)

การปฏิบัติสมาธิ หมายถึง เทคนิคหรือวิธีการกระบวนการที่ใช้จัดระเบียบ กำกับ ควบคุมการทำงานของระบบประสาทสัมผัสทั้ง ตา หู จมูก ลิ้น และสัมผัส เพื่อปรับสมดุลให้ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทอัตโนมัติและระบบประสาทส่วนปลาย และระบบอื่นๆของร่างกายให้มีการทำงานอย่างพอดี (สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี, 2557)

การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ เป็นศาสตร์แห่งความเอื้ออาทรต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของบุคคล โดย รศ.ดร. สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี เป็นผู้คิดค้นและพัฒนา การปฏิบัติสมาธิด้วยตนเอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2519 จนถึงปัจจุบัน และค้นพบนวัตกรรมได้เทคนิคลิขสิทธิ์ SKT ซึ่งย่อมาจากชื่อของ รศ.ดร. สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี ภาษาอังกฤษ คือ

S ย่อมาจาก Somporn, K ย่อมาจาก Kandradudsadi และ T ย่อมาจาก Triumchaisri จำนวน 7 เทคนิค (สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี, 2554) ดังนี้

เทคนิคที่ 1 SKT 1 นิ่งผ่อนคลาย ประสานกายประสานจิต

เทคนิคที่ 2 SKT 2 ยืนผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต

เทคนิคที่ 3 SKT 3 นั่งยืด-เหยียดผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต

เทคนิคที่ 4 SKT 4 ก้าวอย่างของไทย เหยียวยากาย ประสานจิต

เทคนิคที่ 5 SKT 5 ยืดเหยียดอย่างไทย เหยียวยากาย ประสานจิต

เทคนิคที่ 6 SKT 6 สมาธิการเหยียวยาทไทยจินตภาพ

เทคนิคที่ 7 SKT 7 สมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ้ง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ้ง (SKT 7) เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากการปฏิบัติสมาธิโดยกำหนดลมหายใจให้สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวของมือ และแขน นอกจากนี้ยังเปรียบเสมือนการฟื้นฟูสภาพหัวใจที่มีองค์ประกอบทั้งการออกกำลังกาย และการดูแลด้านจิตใจควบคู่กันไป

6.2 ผลของการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การปฏิบัติสมาธิมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง Newberg & Iversen (2003) ศึกษาการทำงานของสมองโดยศึกษาขณะปฏิบัติสมาธิพบว่า สมองด้านหน้าทั้งสองซีกมีการทำงานเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะสมองด้านหน้าซีกขวาจึงส่งผล ดังนี้ (สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี, 2552)

1. ลดอาการปวด การปฏิบัติสมาธิทำให้สมองส่วนหน้า (Prefrontal cortex) ทำงานเพิ่มขึ้นและผลิตสารสื่อประสาท Glutamate สารสื่อประสาท Glutamate จะกระตุ้นบริเวณ Thalamus Reticular nucleus ให้หลั่งสารสื่อประสาท GABA ซึ่งจะมีผลไปยับยั้งการทำงานของสมองส่วน PSPL (Posterior superior parietal lobule) และกระตุ้นให้ Hippocampus ในสมองส่วน Limbic ทำงานเพิ่มขึ้น เป็นผลให้ผู้ปฏิบัติสมาธิเกิดความรู้สึกสงบ และการทำงานของสมองส่วน Limbic มีความสัมพันธ์กับการทำงานของสมองส่วน hypothalamus เป็นอย่างมาก จึงกระตุ้นให้ Nucleus of Hypothalamus หลั่งสารสื่อประสาท β - endorphin ซึ่งมีฤทธิ์ลดอาการปวด ลดความวิตกกังวล นอกจากสมองส่วน lateral hypothalamus จะมีผลในการส่งสัญญาณไปกระตุ้นการทำงานของต่อมไพเนียล ทำให้ผลิต Melatonin เพิ่มขึ้น Melatonin จะกุดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางทำให้ความไวต่ออาการปวดลดลง ผ่อนคลาย และส่งเสริมการนอนหลับ

2. ลดอาการเหนื่อยล้า การปฏิบัติสมาธิทำให้สมองส่วนหน้ามีการทำงานเพิ่มขึ้นและผลิตสารสื่อประสาท Glutamate ซึ่งมีผลในการกระตุ้นสมองส่วน hippocampus ทำให้ลดการตื่นตัว รู้สึกสงบ และกระตุ้นสมองส่วน limbic บริเวณ amygdala ทำให้ลดการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก และเพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ส่งผลให้การเต้นของ

หัวใจลดลง และอัตราหายใจลดลง ลดการเผาผลาญออกซิเจน ทำให้ผู้ที่ปฏิบัติสมาธิมีการผ่อนคลาย ลดอาการเหนื่อยล้า ลดอาการอ่อนเพลีย (Olex et al, 2013)

3. กระตุ้นความอยากอาหาร ลดอาการท้องอืด ลดอาการท้องผูก ผลจากการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเธติกเพิ่มขึ้น ทำให้มีการตอบสนองมายังอวัยวะต่างๆของร่างกาย ทำให้เกิดต่อมน้ำลายมีการผลิตน้ำลายเพิ่มขึ้น กระเพาะอาหารมีการหลั่งน้ำย่อยเพิ่มขึ้น ทำให้กระตุ้นความอยากอาหาร และกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้เล็ก ทำให้ลดอาการท้องอืด ท้องผูก

4. ลดความวิตกกังวล ลดภาวะซึมเศร้า อารมณ์ดี การปฏิบัติสมาธิทำให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติบริเวณด้านข้าง และบริเวณ Midian forebrain bundle โดยตรงทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย ปิติ สุขสบายใจ อารมณ์สุนทรีย์ และเกิดการกระตุ้น lateral hypothalamus บริเวณ Dorsal Raphe ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบเซลล์ของสารสื่อประสาทซีโรโทนิน ให้ผลิตสารสื่อประสาท Serotonin เพิ่มขึ้น ซึ่งการเพิ่มขึ้นของสาร Serotonin ทำให้ผู้ปฏิบัติสมาธิมีอารมณ์ดี ลดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าสาร Serotonin มีผลต่อสารสื่อประสาทอื่นๆ โดยเฉพาะ Dopamine ซึ่งทำให้มีความรู้สึกอิ่มเอิบ (Hölzel et al, 2011)

6.3 เทคนิคการปฏิบัติสมาธิ แนวคิดการปฏิบัติสมาธิของสมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี (2554) ประกอบด้วย

1. หลักในการฝึกสมาธิ ในระหว่างการฝึกต้องผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ สวมเสื้อผ้าหลวมๆ ไม่คาดเข็มขัด ผ่อนคลายร่างกายด้วยการจินตนาการหรือวิธีการผ่อนคลาย โดยมีหลักสำคัญคือ 1) ผสมผสานไทยซึ่งทั้งแบบนั่งและแบบเคลื่อนไหว 2) ฝึกกำหนดลมหายใจ 3) เคลื่อนไหวอย่างมีสมาธิ 4) ค่อยๆ เพิ่มทักษะการฝึกทีละขั้น

2. ข้อควรระวังในการฝึกสมาธิ การฝึกจะต้องตั้งใจและฝึกอย่างต่อเนื่องทุกวันจึงจะได้ผลการฝึกจะต้องให้จดจ่ออยู่ที่พลัง และเฝ้าดูการไหลของพลัง หลังจากการฝึกสามารถทดสอบพลังได้โดยมีความอ่อนจากร่างกาย

3. ขั้นตอนการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งง มีดังนี้

ขั้นที่ 1 ยกมือตรวจสอบการไหลเวียนของเส้นเลือดส่วนปลายด้วยความรู้สึก มือร้อนหรือเย็น มีสัญญาณของการทำงานประสาทส่วนปลายมากน้อยเท่าใด

ขั้นที่ 2 แยกเท้าทั้งสองข้างให้ขนานกับไหล่ ค่อยๆหลับตาลง

ขั้นที่ 3 หลับตา ฝึกหายใจด้วยการหายใจเข้าลึกๆและกลั้นลมหายใจไว้ชั่วครู่ แล้วหายใจออกทางปากยาวๆซ้ำๆ การหายใจเข้าและหายใจออกเช่นนี้ นับเป็นหนึ่งรอบการหายใจ

ขั้นที่ 4 ค่อยๆยกมือ แขน ข้อศอก ทั้งสองข้างอยู่ระดับเอว ข้อศอกไม่ชิดลำตัว หันฝ่ามือทั้งสองข้างเข้าหากันในท่าขนานกัน ห่างกันเล็กน้อย ค่อยๆขยับฝ่ามือออกจากกันให้ห่างกัน

ระดับไหล่พร้อมกับเป่าลมหายใจออกทางปากช้าๆยาวๆ กลั้นลมหายใจไว้ชั่วคราว (นับ 1 2 3) แล้วหายใจเข้าทางจมูกช้าๆลึกๆ พร้อมกับขยับฝ่ามือทั้งสองข้างเข้าหากัน 30 รอบการหายใจ

ขั้นที่ 5 ค่อยๆยกมือและแขนทั้งสองข้างห่างกันระดับไหล่ หายใจเข้าทางจมูกช้าๆลึกๆ พร้อมกับค่อยๆยกมือทั้งสองข้างขึ้นระดับศีรษะ คล้ายการประคองหรืออุ้มแจกันใบใหญ่ กลั้นลมหายใจไว้ชั่วคราว (นับ 1 2 3) แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้าๆยาวๆ พร้อมกับค่อยๆลดมือลงช้าๆ ให้อยู่ระดับเอว 30 รอบการหายใจ

ขั้นที่ 6 ค่อยๆลิ้มด้าขึ้น พร้อมกับตรวจสอบการไหลเวียนของเส้นเลือดส่วยปลายด้วยการจับความรู้สึกร้อนและอุ่นขึ้นของมือทั้ง 2 ข้าง เปรียบเทียบก่อนและหลังฝึก

หมายเหตุ การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งสามารถปฏิบัติได้ทั้งในท่านั่ง ท่านอน และทำยืน แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 5 ครั้ง / สัปดาห์

7. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจะมีการฟื้นตัวที่ดี จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และการทำงาน (สมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2553) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นตัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีการฟื้นตัวที่ดี

1. ด้านการให้ความรู้ (Education) พยาบาลต้องมีทักษะในการให้ความรู้โดยการสอนและแนะนำผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรักษาที่ได้รับ อาการที่เกิดขึ้นในระยะฟื้นตัว โดยให้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงต่างๆ เกี่ยวกับอาการ การจัดการอาการ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกและตัดสินใจตามความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ รวมทั้งชี้แนะให้ผู้ป่วยสังเกตอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ และให้แหล่งประโยชน์ที่ดี เช่น จัดหาคู่มือการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2. ด้านการให้คำปรึกษา (Consultant) พยาบาลต้องมีทักษะในการให้คำปรึกษาโดยต้องมียังองค์ความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อาการที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และการจัดการอาการ พยาบาลสามารถให้คำปรึกษาและแนะนำผู้ป่วยให้ลดความวิตกกังวลและหาแนวทางที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย และทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อประเมินปัญหาและหาวิธีการแก้ไขเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือผลระยะที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

3. ด้านการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowering) พยาบาลควรจะต้องมีทักษะในการสร้างแรงจูงใจภายใน กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการจัดการอาการ และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวที่ดีภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

8. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูหลังผ่าตัด

Utriyaprasit (2001) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่า อาการในระยะฟื้นฟู ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด อาการนอนไม่หลับ ปวดไหล่ คอ หลัง เป็นต้น มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้านร่างกายโดยรวม ($r = .43$; $p < .001$) และการฟื้นตัวด้านจิตใจโดยรวม ($r = .54$; $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ Utriyaprasit & Moore (2005) ยังได้ศึกษาความสัมพันธ์ของอาการในระยะฟื้นฟูและสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่า อาการในระยะฟื้นฟูมีความสัมพันธ์กับสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยพบว่า อาการในระยะฟื้นฟูมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ($r = .57$; $p < .001$) ภาวะซึมเศร้า ($r = .49$; $p < .001$) อารมณ์หงุดหงิด ($r = .35$; $p < .01$) อาการสับสน ($r = .47$; $p < .001$) และสภาวะอารมณ์โดยรวม ($r = .54$; $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในปี ค.ศ. 2010 Utriyaprasit et al. ยังได้ทำการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในรูปแบบของเทปบันทึกเสียงเพื่อใช้จัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 1 เดือนแรกหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การเกิดอาการต่างๆ และคำแนะนำในการจัดการกับอาการ เช่น การฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สามารถลดอาการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหวร่างกาย ในระยะเวลา 4 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อรชุนมา นากรณ์ (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีเบาหวานเป็นโรคร่วม พบว่า ภาวะโรคร่วม ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวในช่วง 7 วันหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และพบว่า อายุ ($r = .287$, $p < .01$) เพศ ($r = .465$, $p < .01$) โรคร่วม ($r = .334$, $p < .01$) และประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย ($r = .286$, $p < .01$) มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในวันที่แพทย์นัดมาตรวจตามนัดเป็นครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ศุทธิยา คงเพชร (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการที่บ้าน เป็นการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการเหนื่อย การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การรับประทานยาและการใช้โทรศัพท์กระตุ้นเตือน พบว่าการจัดการอาการที่บ้านช่วยลดอาการเหนื่อยและส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในระยะเวลา 2 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Moore & Dolansky (2001) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำนวน 180 คน โดยให้ผู้ป่วยฟังเทปบันทึกเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย ประกอบด้วย การบรรยายประสบการณ์การฟื้นตัว ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดการทำแผล ความรู้สึกทางด้านร่างกาย ติดตามการฟื้นตัวเป็นเวลา 4 สัปดาห์ หลังได้รับโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดด้านร่างกายและความรู้สึกแข็งแรงของร่างกายดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดนั้น มีทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย ปัจจัยทางด้านร่างกาย เช่น อาการปวด อาการอ่อนเพลีย และปัจจัยทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล จากปัจจัยดังกล่าว ปัจจัยทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการของโรค และการจัดการกระทำได้ ซึ่งเป็นหน้าที่สำคัญที่พยาบาลจะต้องเข้าใจถึงสภาพปัญหาและจิตใจของผู้ป่วยแต่ละบุคคล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยน้อยที่สุด และสามารถกลับสู่สภาวะปกติโดยเร็วทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และวิธีการส่งเสริมการฟื้นตัวส่วนใหญ่เน้นการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำข้อมูลกลับไปใช้ดูแลตนเองที่บ้าน แต่ยังคงขาดทักษะในการปฏิบัติเพื่อนำไปใช้

8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการ

วาสนา สุวรรณรัตน์ (2556) ศึกษาประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการและภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการตรวจที่ห้องตรวจโรคหัวใจ พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด ได้แก่ หายใจลำบาก หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น หายใจหอบตอนกลางคืน นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย และพบว่าอาการเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่โดยรวม ($r = .49$; $p < .01$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า อาการเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ($r = .48$; $p < .01$) ด้านสภาวะอารมณ์ ($r = .42$; $p < .01$) และด้านสังคม ($r = .38$; $p < .01$)

Zimmerman et al. (2007) ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการอาการต่ออาการทางกาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย และการมีกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยเพศหญิงหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้โทรศัพท์ให้คำปรึกษาในเรื่อง การประเมินอาการ การประเมินอาการ และการจัดการอาการทุกวัน เป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีอาการทางกายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีกิจกรรมทางกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Barnason et al. (2009) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีเบาหวานเป็นโรค

ร่วม โดยใช้โทรศัพท์ให้คำปรึกษาในเรื่องการจัดการอาการ และการติดตามความก้าวหน้าในการมีกิจกรรมทางกาย ทุกวัน เป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีกิจกรรมทางกายและการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมในช่วงเดือนที่ 3 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Schulz et al. (2011) ศึกษาการจัดการอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจช่วง 3 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า 1) วิธีการจัดการอาการหายใจลำบาก ได้แก่ การนอนพักร้อยละ 52.7 ไม่ใช้วิธีใดจัดการอาการหายใจลำบากร้อยละ 38 จัดทำนอน/เปลี่ยนท่าเพื่อความสะดวกสบายร้อยละ 3.6 2) วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้า ได้แก่ การนอนพักผ่อนร้อยละ 52.94 ไม่ใช้วิธีใดในการจัดการอาการ 42.01 3) วิธีการจัดการอาการนอนไม่หลับ ได้แก่ ไม่ใช้วิธีใดจัดการอาการนอนไม่หลับร้อยละ 50.56 เปลี่ยนท่าเพื่อความสะดวกสบายร้อยละ 17.97 รับประทานยานอนหลับร้อยละ 14.60 พังดนตรีร้อยละ 6.74 4) วิธีการจัดการอาการปวดแผลผ่าตัด ได้แก่ ไม่ใช้วิธีใดจัดการอาการปวดแผลผ่าตัดร้อยละ 61.32 รับประทานยาแก้ปวดร้อยละ 24.52 จัดทำนอนเพื่อความสะดวกสบายร้อยละ 6.6 การนอนพักผ่อนร้อยละ 3.77 5) วิธีการจัดการอาการบวม ได้แก่ ไม่มีวิธีการจัดการอาการบวมร้อยละ 54.41 จัดทำนอนเพื่อความสะดวกสบายร้อยละ 35.29 รับประทานยาลดบวมร้อยละ 7.35 6) วิธีการจัดการอาการความอยากอาหารลดลง ได้แก่ ไม่ใช้วิธีใดในการจัดการอาการความอยากอาหารลดลงร้อยละ 83.33 หาค่าปรึกษาร้อยละ 14.10

Zimmerman et al. (2011) ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการอาการต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการอาการ โดยการใช้โทรศัพท์ติดตามอาการ ร่วมกับการสนทนาโดยตรงและการใช้การสนทนาแบบเห็นภาพ (video call) ทุกวัน เป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองมีกิจกรรมทางกายและการทำหน้าที่ด้านร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ว่า อาการต่างที่เกิดขึ้น เช่น หายใจลำบาก หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น หายใจหอบตอนกลางคืน นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ส่งผลต่อการฟื้นตัวโดยรวมของผู้ป่วย และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีวิธีการจัดการอาการที่ถูกต้อง ส่วนใหญ่เมื่อมีอาการเกิดขึ้นจะหยุดทำกิจกรรม นอนพัก และไม่ใช้วิธีการใดๆ จัดการกับอาการ และพบว่า การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการ วิธีการจัดการอาการ และการติดตามอาการ ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สามารถช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวได้

8.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติสมาธิ

มณฑา ทองคำสิง (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้สมาธิต่ออาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการไหลสูงสุดของอากาศ

ขณะหายใจออกหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มทดลองมีอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ศิริภรณ์ ภูผิว (2554) การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการแบบบูรณาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งก่ต่อความเหนื่อยล้าของผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง 4 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการแบบบูรณาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งก่มีความเหนื่อยล้าน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความเหนื่อยล้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

กฤษณา พุทธรังค์ (2554) การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้ระยะเวลาในการทดลอง 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นงนุช จิตรารักษ์ (2558) การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีอาการหายใจลำบากน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มทดลองมีอาการหายใจลำบากน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

Jayadevappa et al. (2007) การศึกษาผลของการปฏิบัติสมาธิต่อความสามารถในการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 23 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปฏิบัติสมาธิวันละ 2 ครั้ง ใช้เวลา 15 – 20 นาที/ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ปฏิบัติสมาธิมีการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .034$) ผู้ป่วยกลุ่มที่ปฏิบัติสมาธิมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมและผู้ป่วยกลุ่มที่ปฏิบัติสมาธิมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$)

Sullivan et al. (2009) การศึกษาผลของโปรแกรมการปฏิบัติสมาธิร่วมกับการให้ข้อมูลสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้และอาการทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 208 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปฏิบัติสมาธิเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ได้แก่ การปฏิบัติสมาธิเพื่อลดความเครียด พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลลดลง ($p = .003$) ภาวะซึมเศร้าลดลง ($p = .05$) มีอาการลดลง ($p = .033$) และมีการดำเนินของโรคที่ดี ($p = .024$) และไม่มีอัตราการเสียชีวิตหรือการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 1 ปี

Triamchaisri, Triamchaisri, & Sresumatchai. (2013) ศึกษาประสิทธิผลการปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาในผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 25 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกปฏิบัติสมาธิ พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมการปฏิบัติสมาธิ มีอาการเหนื่อยล้าลดลง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี นอนหลับได้ดี ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากการทบทวนวรรณกรรม การปฏิบัติสมาธิสามารถนำมาใช้เป็นกลวิธีการจัดการอาการ เพื่อช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจในผู้ป่วยโรคหัวใจได้เป็นอย่างดี เนื่องจากการปฏิบัติสมาธิเป็นการทำงานของจิตประสานกาย จึงช่วยลดอาการและความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายและช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดภายในจิตใจได้เป็นอย่างดี

ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิของ สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี (2554) โดยแนวคิดการจัดการอาการ Dodd et al. (2001) เป็นการบรรเทาอาการหรือขจัดอาการที่เกิดขึ้น โดยเป็นการจัดการอาการของผู้ป่วยเฉพาะบุคคล ประกอบด้วย 3 แนวคิดหลักที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ประสิทธิภาพการมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการ ภายหลังจากการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยมักมีอาการต่างๆ เกิดขึ้น เช่น อาการปวดแผล เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และให้คำแนะนำเรื่องสาเหตุของอาการ ลักษณะอาการ กลวิธีการจัดการอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในอาการของตนเองที่เกิดขึ้นภายหลังจากการผ่าตัด จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถให้ความหมายของอาการ เข้าใจสาเหตุของอาการ และนำไปสู่กลวิธีการจัดการได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ผู้วิจัยจึงนำการปฏิบัติสมาธิตามแนวคิดของสมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี (2554) มาใช้ในการพัฒนาวิธีการจัดการกับอาการ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างครอบคลุมทุกด้าน เนื่องจากการปฏิบัติสมาธิเป็นการทำงานของจิตประสานกาย เพื่อการผ่อนคลาย เพิ่มพลังชีวิต และเปรียบเสมือนการฟื้นฟูสภาพหัวใจ ภายหลังจากการผ่าตัด

9. โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ

โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยเป็นผู้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีการจัดการอาการที่ถูกต้องร่วมกับการการปฏิบัติสมาธิ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการฟื้นตัวที่ดีหลังผ่าตัด โดยกิจกรรมของโปรแกรมได้จากแนวคิดการจัดการอาการ

ของ Dodd et al. (2001) และรูปแบบการปฏิบัติสมาธิของ สมพร กันทรดุขฎี-เตรียมชัยศรี (2554) ใช้เวลาในการศึกษา 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมในวันที่ 8 หลังการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 7.3 ± 2.1 วันและเพื่อให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระยะท้าย (Late phase)

ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์การรับรู้อาการ (เริ่มดำเนินกิจกรรมในวันที่ 8 หลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม) ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 นาที

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย มีการดำเนินการตั้งแต่วันแรกที่พบผู้ป่วยและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งสิ้นสุดโปรแกรม โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองเพื่อสร้างความไว้วางใจและความเชื่อมั่น ผู้วิจัยพูดคุยประสบการณ์การรับรู้อาการกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การรับรู้อาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงของอาการและการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การปฏิบัติสมาธิ

ขั้นตอนที่ 2 กลวิธีในการจัดการอาการ

ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความสามารถในการจัดการอาการได้อย่างถูกต้องเหมาะสมโดยการให้ความรู้ ข้อมูลที่ให้แกผู้ป่วยนั้นได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราเอกสารทางวิชาการ งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เป็นรายบุคคลในการจัดการอาการ การฝึกทักษะการจัดการอาการ และการสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมที่ 1 (เริ่มดำเนินกิจกรรมในวันที่ 9 หลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม) ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 40 นาที

1) ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อาการที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเมื่อกลับบ้านได้แก่ ปวดแผลผ่าตัด เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาบวม เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น หายใจลำบาก วิดกกังวล ซึมเศร้า และวิธีการจัดการอาการ

2) ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติสมาธิ ได้แก่ หลักในการปฏิบัติสมาธิ ประโยชน์ ข้อควรปฏิบัติ และขั้นตอนการฝึกสมาธิ

3) ฝึกทักษะการจัดการอาการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความสามารถในการจัดการอาการได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ประกอบด้วย ทักษะในการจัดการอาการ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การบริหารการหายใจ และทักษะการปฏิบัติสมาธิ และมอบคู่มือการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ

4) ภายหลังจากให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการอาการ ผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติสมาธิอย่างต่อเนื่องที่บ้าน วันละ 2 ครั้งหลังอาหาร และปฏิบัติอย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์

ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมที่ 2 (เริ่มดำเนินกิจกรรมในวันที่ 2 และวันที่ 4 หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 – 15 นาที

ผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วยเพื่อสอบถามการปฏิบัติการจัดการอาการของผู้ป่วย ปัญหา/อุปสรรคในการจัดการอาการ พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและเน้นย้ำประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจในการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมที่ 3 (เริ่มดำเนินกิจกรรมในวันที่ 7 หรือ สัปดาห์ที่ 1 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ณ ห้องตรวจโรคศัลยกรรม) ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 – 15 นาที

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะได้รับการนัดเพื่อมารับการตรวจติดตามอาการในช่วง 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ที่ผู้ป่วยมารับการตรวจยังห้องตรวจโรคศัลยกรรมแผนกผู้ป่วยนอก

ผู้วิจัยพูดคุย สอบถามการปฏิบัติการจัดการอาการของผู้ป่วย ทบทวนความรู้ตามคู่มือการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ ให้ผู้ป่วยปฏิบัติสมาธิให้ผู้วิจัยดู 1 ครั้ง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยให้กำลังใจผู้ป่วยและเน้นย้ำประโยชน์ของการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมที่ 4 (เริ่มดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 – 15 นาที

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 3 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 เพื่อสอบถามการปฏิบัติการจัดการอาการของผู้ป่วย ทบทวนความรู้ตามคู่มือการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ ประเมินปัญหาข้อขัดข้อง พร้อมหาแนวทางแก้ไข เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พูดคุยให้กำลังใจและเน้นย้ำประโยชน์ของการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติของผู้ป่วย

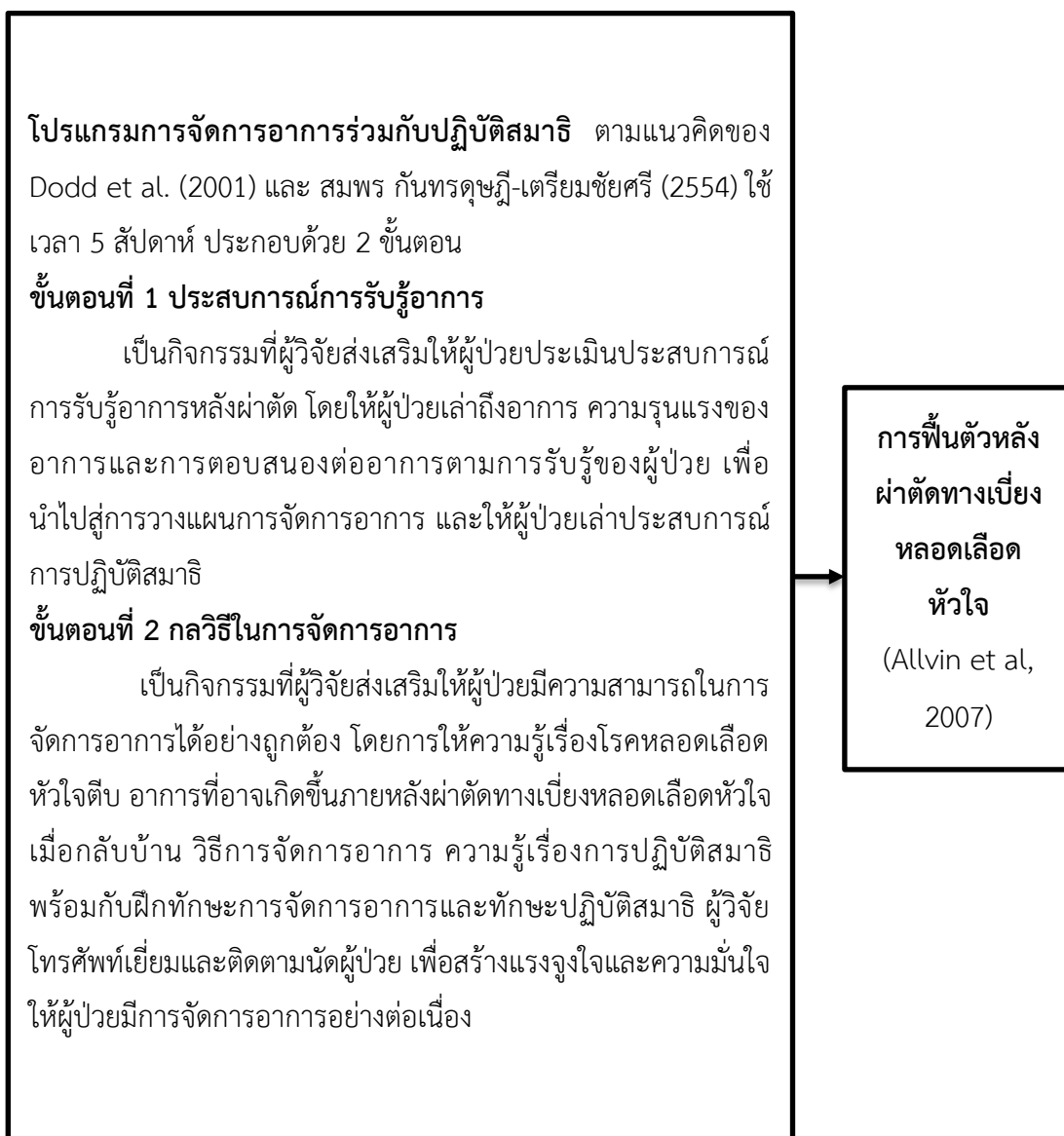
ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ คือ การฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ณ ห้องตรวจโรคศัลยกรรม) ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 – 15 นาที

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจะได้รับการนัดเพื่อติดตามอาการจากแพทย์อีกครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์หรือ 1 เดือน ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 ที่ผู้ป่วยมารับการตรวจยังห้องตรวจโรคศัลยกรรมแผนกผู้ป่วยนอก

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์การจัดการอาการโดยใช้โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิและผลลัพธ์จากการปฏิบัติ และให้ผู้ผู้ป่วยประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจด้วยตนเอง

จากการพัฒนาโปรแกรมดังกล่าว สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ แบบแผนการทดลองเป็นแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest – Posttest Control Group Design) (Polit & Hungler, 2013) โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง
	O ₁		O ₂
	O ₃	X	O ₄
O ₁	หมายถึง		คะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง
O ₂	หมายถึง		คะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง
X	หมายถึง		โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ
O ₃	หมายถึง		คะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ
O ₄	หมายถึง		คะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจด้วยผู้ใหญ่ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 – 59 ปี ได้รับหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรก เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี

1) กำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1.1) มีความสามารถด้านการสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
- 1.2) ระดับความรู้สึกตัวปกติ
- 1.3) ไม่มีความผิดปกติทางด้านกระดูก ข้อ และการเคลื่อนไหว
- 1.4) ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

2) เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หน้ามืด ใจสั่น ซีพจรเต้นผิดจังหวะ หายใจหอบเหนื่อย เป็นต้น โดยผู้วิจัยยุติการให้โปรแกรมทันทีและประสานงานเพื่อนำส่งแพทย์ทำการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ในขณะที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หน้ามืด ใจสั่น ซีพจรเต้นผิดจังหวะ หายใจหอบเหนื่อย สามารถติดตามเยี่ยมได้ทุกรายจนครบระยะเวลาการศึกษา 5 สัปดาห์ ไม่มีการคัดกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองออกจากกลุ่มตัวอย่าง และไม่มีผู้แสดงความจำนงขอออกจากการศึกษา

3) ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ให้มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (matched pairs) เพื่อเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนและเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยพิจารณาองค์ประกอบดังต่อไปนี้

- 3.1) เพศ กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เป็นเพศเดียวกัน (Utriyaprasit, 2001)
- 3.2) อายุ กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีอายุ แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี (อรชุนา นากรณ์, 2553)
- 3.3) ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายก่อนการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ แตกต่างไม่เกิน 10 คะแนน (Utriyaprasit, 2001; อรชุนา นากรณ์, 2553)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง ตามหลักการออกแบบการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงทดลอง ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม คือ ต้องมีขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน (สุวิมล ว่องวาณิช และนางลักษณ์ วิรัชชัย, 2546) สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจทดสอบ (Statistic Power Table) ด้วยการกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ .50 อำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = .05$ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test ในการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (One-tailed test) โดยอ้างอิงขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยของ วิชชุดา สวนดอกผึ้ง (2550) เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุหลังได้รับผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 22 คน (Burns & Grove, 2009) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากร โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างอีก 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความใกล้เคียงกันให้มากที่สุดด้วยการจับคู่ (matched pairs) ในเรื่อง เพศ อายุ และประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย และเพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่างและเป็นอิสระจากกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบก่อนแล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยมีวิธีการดังนี้

กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ

2) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยดูข้อมูลจากทะเบียนประวัติการรักษาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ ตลอดจนขั้นตอนดำเนินการวิจัยเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

3) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Inform Consent Form) ผู้วิจัยจึงจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากทะเบียนประวัติการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ

2) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยดูข้อมูลจากทะเบียนประวัติการรักษาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ขั้นตอนดำเนินการวิจัยเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

3) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Inform Consent Form) ผู้วิจัยจึงจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง

4) ผู้วิจัยจับคู่ (matched pairs) ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความใกล้เคียงกันให้มากที่สุด ในเรื่อง 1) เพศ กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เป็นเพศเดียวกัน (Utriyaprasit, 2001) 2) อายุ กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีอายุ แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี (อรชุนา นากรณ, 2553) 3) ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายก่อนการผ่าตัดแตกต่างกันไม่เกิน 10 คะแนน (Utriyaprasit, 2001; อรชุนา นากรณ, 2553)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการคัดเลือกกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 22 คน หลังจากนั้นจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มทดลองจนครบ 22 คน ในระหว่างดำเนินการคัดเลือกกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้จับคู่กลุ่มตัวอย่าง (matched pairs) เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม ในเรื่อง เพศ อายุ ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายก่อนการผ่าตัด ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 22 คู่ และในระหว่างที่ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองไม่พบว่ามีกลุ่มควบคุมอยู่ในหอผู้ป่วย จึงไม่เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบ เพศ อายุ และประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n = 22)			กลุ่มทดลอง (n = 22)		
	เพศ	อายุ (ปี)	LVEF (%)	เพศ	อายุ (ปี)	LVEF (%)
1.	หญิง	56	50	หญิง	57	45
2.	หญิง	51	70	หญิง	55	75
3.	หญิง	54	50	หญิง	56	45
4.	หญิง	56	50	หญิง	56	45
5.	หญิง	58	40	หญิง	55	45
6.	หญิง	59	45	หญิง	57	40
7.	หญิง	54	35	หญิง	51	35
8.	หญิง	58	55	หญิง	59	60
9.	หญิง	53	60	หญิง	53	65
10.	ชาย	59	30	ชาย	59	25
11.	ชาย	57	35	ชาย	57	30
12.	ชาย	45	40	ชาย	45	45
13.	ชาย	51	55	ชาย	50	65
14.	ชาย	52	60	ชาย	53	65
15.	ชาย	53	50	ชาย	51	55
16.	ชาย	56	60	ชาย	52	60
17.	ชาย	47	35	ชาย	48	30
18.	ชาย	56	35	ชาย	56	30
19.	ชาย	58	55	ชาย	54	60
20.	ชาย	49	55	ชาย	48	50
21.	ชาย	58	40	ชาย	58	40
22.	ชาย	56	35	ชาย	56	25

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้/เดือน โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้กรอกข้อมูลเอง ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค สัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ระดับสมรรถภาพของหัวใจ ก่อนการผ่าตัด เทคนิคที่ใช้ในการผ่าตัด จำนวนหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายก่อนผ่าตัด ข้อมูลส่วนนี้รวบรวมจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยและจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

1.2 แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ผู้วิจัยประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยดัดแปลงมาจากแบบประเมิน Postoperative Recovery Profile (PRP) ที่พัฒนาโดย Allvin et al. (2009) ผู้วิจัยขออนุญาติใช้เครื่องมือและดัดแปลงเครื่องมือจากผู้พัฒนาเครื่องมือ ภายหลังจากได้รับอนุญาติใช้เครื่องมือและดัดแปลงเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยนำแบบประเมิน Postoperative Recovery Profile (PRP) ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แปลจากภาษาต้นฉบับ (ภาษาอังกฤษ) เป็นภาษาไทย และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษอีกหนึ่งคน แปลกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาต้นฉบับ (ภาษาอังกฤษ) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและบริบททางสังคมไทยและนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ข้อคำถามที่ผู้วิจัยดัดแปลง ประกอบด้วย 3 ข้อ ดังนี้

ข้อที่ 2 ฉบับเดิม“ท่านมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน”แก่เป็นข้อที่ 4 ฉบับใหม่“ท่านมีอาการปวดไหล่ คอ หลัง”

ข้อที่ 7 ฉบับเดิม“ระบบทางเดินปัสสาวะ”แก่เป็นข้อที่ 7 ฉบับใหม่“ท่านมีอาการหายใจไม่อิ่มหรือหายใจไม่เต็มปอดภายหลังทำกิจกรรมหรือหลังออกกำลังกาย”

ข้อที่ 10 ฉบับเดิม“เพศสัมพันธ์”แก่เป็นข้อที่ 8 ฉบับใหม่“ท่านมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือ รู้สึกหัวใจเต้นเร็วภายหลังทำกิจกรรมหรือหลังออกกำลังกาย”

ภายหลังการดัดแปลงยังคงข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอาการทางกาย (physical symptoms) จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical function) จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านจิตใจ (psychological) จำนวน 4 ข้อ 4) ด้านสังคม (social) จำนวน 4 ข้อ 5) ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ (activity) จำนวน 2 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วน

ประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ เกิดขึ้นเป็นประจำ เกิดขึ้นบ่อยๆ เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง และไม่เคยเกิดขึ้นเลย

การให้ความหมาย ดังนี้

เกิดขึ้นเป็นประจำ	หมายถึง	อาการหรือความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นกับท่านทุกวันใน 1 สัปดาห์
เกิดขึ้นบ่อยๆ	หมายถึง	อาการหรือความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นกับท่าน 4 – 6 ครั้ง/สัปดาห์
เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง	หมายถึง	อาการหรือความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นกับท่าน 1 – 3 ครั้ง/สัปดาห์
ไม่เคยเกิดขึ้นเลย	หมายถึง	อาการหรือความรู้สึกนั้นไม่เคยเกิดขึ้นกับท่านเลยใน 1 สัปดาห์

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

อาการหรือความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นเป็นประจำ	0	คะแนน
อาการหรือความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นบ่อยๆ	0	คะแนน
อาการหรือความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง	0	คะแนน
อาการหรือความรู้สึกนั้นไม่เคยเกิดขึ้นเลย	1	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ตามเกณฑ์การให้คะแนนของ Allvin et al. (2009)

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของการฟื้นฟูหลังผ่าตัดมีค่าตั้งแต่ 0 – 19 คะแนน

ฟื้นฟูหลังผ่าตัดอย่างสมบูรณ์	19	คะแนน
ฟื้นฟูหลังผ่าตัดเกือบจะสมบูรณ์	15 – 18	คะแนน
ฟื้นฟูหลังผ่าตัดบางส่วน	8 – 14	คะแนน
ฟื้นฟูหลังผ่าตัดเล็กน้อย	7	คะแนน
ไม่ฟื้นฟูหลังผ่าตัด	< 7	คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการฟื้นฟูหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจ 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติสมาธิ 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 คน ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์การตัดสินความตรงตามเนื้อหาตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาและเกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit & Hungler, 2013) จากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .87

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลรามาริบัติ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และใช้เกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มากกว่าหรือเท่ากับ .70 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2555) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) และแนวคิดการปฏิบัติสมาธิของ สมพร กันทรดุขฎี-เตรียมชัยศรี (2554) เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีขั้นตอนดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการปฏิบัติสมาธิของ สมพร กันทรดุขฎี-เตรียมชัยศรี (2554) ร่วมกับศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารวิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2. สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างหลักของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ประกอบด้วย หลักการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการดำเนินการแต่ละขั้นตอน ระยะเวลาดำเนินการ และการประเมินผลของโปรแกรม

3. กำหนดรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรม ประกอบด้วย การให้ความรู้เป็นรายบุคคล การฝึกทักษะการจัดการอาการ และการสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจโดยการโทรศัพท์ เยี่ยมและนัดติดตาม

4. จัดทำเอกสารและสื่อประกอบการใช้โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ในการวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือและสื่อที่ใช้ในการดำเนินการ ดังนี้

4.1 แผนการสอนเรื่องการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาหลักที่สำคัญในเรื่องการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ 1) โรคหลอดเลือด

เลือดหัวใจ 2) อาการที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย อาการปวดแผลผ่าตัด เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาววม เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น หายใจลำบาก วิตกกังวล ซึมเศร้า 3) วิธีการจัดการอาการ 4) การปฏิบัติสมาธิ ได้แก่ ความหมาย ขั้นตอน ประโยชน์ในการปฏิบัติสมาธิ และ 5) สรุป

4.2 แผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (Power Point presentation) เรื่องการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน ประกอบด้วยเนื้อหาเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อาการที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ วิธีการจัดการอาการ และการปฏิบัติสมาธิ

4.3 คู่มือการจัดการอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการกำหนดขอบเขตของเนื้อหา ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเมื่อกลับบ้านประกอบด้วย อาการปวดแผลผ่าตัด เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาววม เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น หายใจลำบาก วิตกกังวล ซึมเศร้า และการจัดการอาการ

4.4 คู่มือการปฏิบัติสมาธิของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการกำหนดขอบเขตของเนื้อหา ประกอบด้วย การปฏิบัติสมาธิ ได้แก่ ความหมาย ขั้นตอน และประโยชน์ในการปฏิบัติสมาธิ

5. ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และการนัดติดตามเยี่ยม สอบถามการปฏิบัติการจัดการอาการ โดยเน้นย้ำการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการ การประเมินอาการ และการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ และเน้นย้ำประโยชน์ของการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง พุดคุยให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย สอบถามปัญหา/อุปสรรค พร้อมหาแนวทางแก้ไข เพื่อสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติตามโปรแกรม

6. ผู้วิจัยกำหนดการประเมินผลการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในสัปดาห์ที่ 5 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างมารับตรวจตามนัดของแพทย์ที่โรงพยาบาล โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์การรับรู้อาการ เริ่มดำเนินกิจกรรมในวันที่ 8 หลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งสิ้นสุดโปรแกรม โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองเพื่อสร้างความไว้วางใจและความเชื่อมั่น ผู้วิจัยพุดคุยกับกลุ่มตัวอย่างถึงประสบการณ์การรับรู้อาการภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์การรับรู้อาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด และให้กลุ่มตัวอย่างประเมิน

ความรุนแรงของอาการและการตอบสนองต่ออาการตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติสมาธิ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 นาที

ขั้นตอนที่ 2 กลวิธีในการจัดการอาการ

ผู้วิจัยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการจัดการอาการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยการให้ความรู้ ข้อมูลที่ให้แก่กลุ่มตัวอย่างนั้นได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราเอกสารทางวิชาการ งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เป็นรายบุคคลในการจัดการอาการ การฝึกทักษะการจัดการอาการ และการสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมในวันที่ 9 หลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม ผู้วิจัยให้ความรู้ ข้อมูลที่ให้แก่กลุ่มตัวอย่างนั้นได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราเอกสารทางวิชาการ งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ การฝึกทักษะการจัดการอาการ ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 40 นาที

กิจกรรมประกอบด้วย

1. ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเมื่อกลับบ้านได้แก่ ปวดแผลผ่าตัด เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาบวม เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น หายใจลำบาก วิตกกังวล ซึมเศร้า และการจัดการอาการ

2. ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติสมาธิ ได้แก่ หลักในการปฏิบัติสมาธิ ประโยชน์ ข้อควรปฏิบัติ และขั้นตอนการฝึกสมาธิ

3. ฝึกทักษะการจัดการอาการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีความสามารถในการจัดการอาการได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ประกอบด้วย ทักษะในการจัดการอาการ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ และทักษะการปฏิบัติสมาธิ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสมาธิให้ดู 1 ครั้ง เพื่อประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติ และมอบคู่มือการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนความรู้ด้วยตนเอง และนำไปปฏิบัติเพื่อการจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ภายหลังให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการอาการ ผู้วิจัยแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสมาธิอย่างต่อเนื่องที่บ้าน วันละ 2 ครั้งหลังอาหาร และปฏิบัติสมาธิอย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์

ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในวันที่ 2 และวันที่ 4 หลังกลุ่มตัวอย่างจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 - 15 นาที

ผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมกลุ่มตัวอย่างเพื่อสอบถามการปฏิบัติการจัดการอาการของกลุ่มตัวอย่าง ปัญหา/อุปสรรคในการจัดการอาการ พุดคุยให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างและเน้นย้ำประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจในการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมที่ 3 ดำเนินกิจกรรมในวันที่ 7 หรือ สัปดาห์ที่ 1 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ณ ห้องตรวจโรคศัลยกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 - 15 นาที

ผู้วิจัยพุดคุย สอบถามการปฏิบัติการจัดการอาการของกลุ่มตัวอย่าง ทบทวนความรู้ตามคู่มือการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสมาธิให้ผู้วิจัยดู 1 ครั้ง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างและเน้นย้ำประโยชน์ของการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมที่ 4 ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 - 15 นาที

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง สัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 3 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 เพื่อสอบถามการปฏิบัติการจัดการอาการของกลุ่มตัวอย่าง ทบทวนความรู้ตามคู่มือการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ ประเมินปัญหาข้อขัดข้อง พร้อมหาแนวทางแก้ไข เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พุดคุยให้กำลังใจและเน้นย้ำประโยชน์ของการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติให้แก่กลุ่มตัวอย่าง

ประเมินผลลัพธ์ คือ การฟื้นตัวหลังผ่าตัด ในสัปดาห์ที่ 5 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ณ ห้องตรวจโรคศัลยกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 - 15 นาที ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงประสบการณ์การจัดการอาการโดยใช้โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิและผลลัพธ์จากการปฏิบัติ และให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจด้วยตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ 1) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 คน 2) อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติสมาธิ 1 คน 3) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 คน

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 คน ได้ทำการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมและระยะเวลาที่ใช้ โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. แผนการสอน

1.1 แผนการสอนเรื่องการจัดการอาการในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เนื้อหาเข้าใจง่าย ไม่ยากจนเกินไป ไม่มีภาษาวิชาการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย ควรสอดแทรกเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย ในเนื้อหาเพื่อเป็นการเน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

1.2 แผนการสอนเรื่องการปฏิบัติสมาธิ เนื้อหาไม่ยากจนเกินไป อ่านเข้าใจง่าย คำศัพท์เทคนิคควรตัดออก หรือบอกความหมายเป็นภาษาไทยให้ชัดเจน

2. คู่มือการจัดการอาการและคู่มือการปฏิบัติสมาธิสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2.1 คู่มือการจัดการอาการ หน้าปกควรเป็นรูปภาพพยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยสื่อถึงการพยาบาล ขนาดตัวหนังสือด้านในเล่มควรปรับขนาดให้ใหญ่ขึ้น รูปเล่มสวยงาม น่าอ่าน

2.2 คู่มือการปฏิบัติสมาธิ รูปเล่มสวยงาม น่าอ่าน

3. แผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (Power Point presentation) เรื่องการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เนื้อหาในแต่ละสไลด์เยอะเกินไป ควรตัดออกให้เหลือหน้าละ 7 – 8 บรรทัด เพิ่มรูปภาพให้มากขึ้นเพื่อความน่าสนใจ ระยะเวลาในการสอนเหมาะสม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขแผนการสอนและสื่อประกอบตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง ก่อนนำไปทดลองใช้

การทดลองใช้

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา เวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม พบว่า ภาษาที่ใช้เข้าใจง่าย ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาได้เป็นอย่างดี เวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมทั้งหมดประมาณ 40 นาที

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบประเมินการจัดการอาการ

ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินการจัดการอาการตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาในเรื่องการจัดการอาการหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นคำถามจำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการประเมินการรับรู้อาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจประกอบด้วย 10 อาการ ส่วนที่ 2 วิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยเป็นคำถามปลายเปิด ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ ภายหลังการจัดการอาการ อาการเหล่านั้นดีขึ้นหรือเท่าเดิม ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นการประเมินการรับรู้อาการ

ตอบ	มีอาการ	ให้	1	คะแนน
ตอบ	ไม่มีอาการ	ให้	0	คะแนน

หมายเหตุ

: หากตอบว่า มีอาการ ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าอาการนั้นมีความถี่และรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมมากน้อยเพียงใด ให้คะแนน 1 – 10 คะแนน (1 หมายถึง อาการนั้นเกิดขึ้นไม่บ่อย/รบกวนการทำกิจกรรมเล็กน้อย 10 หมายถึง อาการนั้นเกิดขึ้นเป็นประจำ/รบกวนการทำกิจกรรมมากที่สุด) ในส่วนของความถี่และการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมไม่นำไปคิดเป็นคะแนนรวม กำหนดขึ้นเพื่อเป็นประโยชน์ในจัดลำดับความสำคัญของการจัดการอาการก่อน – หลัง

: หากตอบว่า ไม่มีอาการ กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องตอบคำถามข้อนี้ในส่วนที่ 2 และ 3

ส่วนที่ 2 วิธีการจัดการอาการ

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจัดการอาการตามโปรแกรมการจัดการอาการ	ให้	1	คะแนน
กลุ่มตัวอย่างไม่ใช้วิธีการจัดการอาการตามโปรแกรมการจัดการอาการ	ให้	0	คะแนน

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์

ตอบ	อาการดีขึ้น	ให้	1	คะแนน
ตอบ	อาการคงเดิม	ให้	0	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน การแปลผลคะแนนคำนวณทั้ง 3 ส่วนรวมกัน โดยคิดคะแนนเฉพาะข้อที่ตอบว่ามีอาการ โดยคิดคะแนนตามวิธีการกำหนดเกณฑ์การตัดสินระดับคุณภาพ จากการศึกษาพิจารณาค่ากลางของคะแนน 4 ระดับ และนำค่ากลางที่ได้มาคำนวณหาค่าร้อยละของแต่ละระดับคะแนน (Best, 1981) ได้ดังนี้

ควรปรับปรุง	หมายถึง	ร้อยละ 0 – 37.49
พอใช้	หมายถึง	ร้อยละ 37.50 – 62.49
ดี	หมายถึง	ร้อยละ 62.50 – 87.49
ดีมาก	หมายถึง	ร้อยละ 87.50 – 100

กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 62.50 ถือว่าผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการและมีวิธีการจัดการอาการในระดับดี

กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 62.50 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง ผู้วิจัยจะทำเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย สอบถามปัญหา/อุปสรรค และทบทวนความรู้เพิ่มเติมในเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างยังขาดความเข้าใจ พร้อมกับเน้นย้ำประโยชน์ของการปฏิบัติและประเมินใหม่จนผ่านเกณฑ์

และเนื่องจากในกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมีอาการที่เกิดขึ้นไม่เท่ากัน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะมีคะแนนเต็มไม่เท่ากัน ผู้วิจัยจึงนำคะแนนที่ได้มาเทียบบัญญัติไตรยางค์ ตัวอย่างต่อไปนี้

ตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคนที่ 1 มีอาการเกิดขึ้นทั้งหมด 4 อาการ หากกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจัดการอาการตามโปรแกรมการจัดการอาการและมีอาการดีขึ้นภายหลังการจัดการอาการ จะได้คะแนนเท่ากับ 12 คะแนน แต่ในสถานการณ์จริงพบว่ากลุ่มตัวอย่างอาจใช้วิธีการจัดการอาการตามโปรแกรมการจัดการอาการแต่อาการไม่ดีขึ้นภายหลังการจัดการอาการ ดังนั้นจึงได้ 10 คะแนน นำมาเทียบบัญญัติไตรยางค์ ได้ดังนี้

$$\frac{100 \times 10}{12} = \text{ร้อยละ } 83.33$$

12

สรุป กลุ่มตัวอย่างคนที่ 1 ได้คะแนนร้อยละ 83.33 ถือว่าผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการและมีวิธีการจัดการอาการในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการจัดการอาการ ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ 1) แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจ 1 คน 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 2 คน 3) อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติสมาธิ 1 คน 4) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 คน ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

แบบประเมินการจัดการอาการควรเพิ่มช่องว่างสำหรับเติมอาการอื่นๆที่อาจเกิดขึ้น นอกเหนือจาก 10 อาการที่กำหนดในแบบประเมิน

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำเครื่องมือที่แก้ไขปรับปรุงแล้วส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบก่อนนำไปทดลองใช้

การทดลองใช้

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการจัดการอาการ ที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปใช้กับผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน ที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาและข้อขัดข้องในการบันทึก พบว่า ภาษาเหมาะสม ผู้ป่วยเข้าใจง่าย และสามารถบันทึกได้สะดวก ไม่ยุ่งยาก

3.2 แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิ

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิของ กฤษณา พุทธรังค์ (2554) เพื่อติดตาม การปฏิบัติสมาธิของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องเวลาเช้าและเย็น ในแต่ละ สัปดาห์ ตามที่ได้ปฏิบัติสมาธิจริง ผู้ป่วยปฏิบัติสมาธิ วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและเย็น ทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 5 สัปดาห์ (สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี, 2554)

เกณฑ์การประเมิน

เท่ากับหรือมากกว่า	5 วันใน 1 สัปดาห์	ถือว่า ผ่านเกณฑ์
น้อยกว่า	5 วันใน 1 สัปดาห์	ถือว่า ไม่ผ่านเกณฑ์

ในกรณีที่ไม่มีผ่านเกณฑ์การประเมิน ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันทบทวนปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้ง หาทางแก้ไขและให้การเสริมแรงแก่ผู้ป่วย และมีการทดลองใหม่จนผ่านเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ 1) แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจ 1 คน 2) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 2 คน 3) อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติสมาธิ 1 คน 4) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 คน

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิเข้าใจง่าย ไม่ยุ่งยาก ควรตัดเกณฑ์การประเมินผลในท้ายเล่มออก เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่กำลังถูกประเมิน

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน จากนั้นนำเครื่องมือที่แก้ไขปรับปรุงแล้วส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบก่อนนำไปทดลองใช้

การทดลองใช้

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิ ที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาและข้อขัดข้องในการบันทึก พบว่าภาษาเหมาะสม ผู้ป่วยเข้าใจง่าย และสามารถบันทึกได้สะดวก ไม่ยุ่งยาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 31 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 30 มิถุนายน พ.ศ. 2559 มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หลังได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อาการในระยะฟื้นตัว วิธีการจัดการอาการ ตลอดจนการฝึกทักษะการปฏิบัติสมาธิ โดยเข้าฝึกอบรมจาก รศ.ดร. สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี อย่างเต็มรูปแบบเป็นระยะเวลา 2 วัน และเป็นผู้ฝึกสอนร่วมกับ รศ.ดร. สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี ให้กับพระภิกษุที่ป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ณ โรงพยาบาลสงฆ์

2. ผู้วิจัยนำหนังสือขอเสนอโครงการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ตัวอย่างเครื่องมือ เสนอต่อคณะกรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดลเพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

3. ภายหลังจากพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตในการทดลองใช้เครื่องมือ และขอเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นทดลอง เริ่มตั้งแต่ 1 กรกฎาคม – 31 ตุลาคม พ.ศ. 2559 มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จากทะเบียนประวัติผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ก่อนเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 1 วัน

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทุกวัน ตั้งแต่เวลา 08.00 – 16.00 น. โดยสอบถามพยาบาลประจำการที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ

3. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากงานวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เพื่อพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจ

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยโดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลัง เป็นกลุ่มทดลอง รวม 44 คน

5. ภายหลังกัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเริ่มทำกิจกรรมที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม เริ่มดำเนินการขั้นทดลองตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2559 มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เริ่มดำเนินกิจกรรมในวันที่ 8 หลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม

1. สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัย และชี้แจงการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมืออธิบายประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการวิจัยในครั้งนี้

2. ผู้วิจัยพูดคุยประสบการณ์การรับรู้อาการกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์การรับรู้อาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ประเมินความรุนแรงของอาการ และการตอบสนองต่ออาการตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Pre-test) โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องสายตาหรือมีความไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยช่วยเหลือโดยการอ่านข้อความตามแบบสอบถามให้ฟัง และบันทึกคำตอบที่ได้ลงในแบบสอบถาม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 นาที

3. ผู้วิจัยอธิบายถึงการพยาบาลก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับประกอบด้วย คำแนะนำ เกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา การปฏิบัติตนภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โภชนาการ การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ การมาพบแพทย์ตามนัด หลังจากนั้นในช่วงสัปดาห์ที่ 1 – 4 ผู้ป่วยดำเนินชีวิตตามปกติภายหลังออกจากโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจตามนัดที่ห้องตรวจโรคศัลยกรรม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจด้วยตัวเอง (Post-test) จากนั้นผู้วิจัยสอบถามอาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเมื่อกลับไปอยู่บ้าน พร้อมกับแนะนำวิธีการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ และมอบคู่มือการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 – 15 นาที

สรุปกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงอาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในช่วงระยะเวลา 1 เดือน พบว่ามีอาการต่างๆเกิดขึ้นหลายอาการ เช่น อาการปวดแผลผ่าตัดบริเวณหน้าอก อาการปวดบริเวณไหล่ คอ และหลัง อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อาการหายใจเร็วตื่น อาการท้องผูก ขาบวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ใช้วิธีใดๆจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น หรือบางส่วนใช้วิธีจัดการกับอาการตามความเชื่อตามประสบการณ์เดิม เช่น เมื่อมีอาการปวดแผลจะรับประทานยาแก้ปวด และใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการนอนหลับพักผ่อน เนื่องจากกังวลและกลัวแผลผ่าตัดปริหรือแยกและกลุ่มตัวอย่างบางส่วนใช้ยาเพื่อการบรรเทาอาการต่างๆ เช่น เมื่อมีอาการนอนไม่หลับ อาการท้องผูก ปวดบริเวณไหล่ คอ หลัง เป็นต้น

กลุ่มทดลอง เริ่มตั้งแต่ดำเนินการขั้นทดลองตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน – 31 ตุลาคม พ.ศ. 2559 มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เริ่มดำเนินกิจกรรมในวันที่ 8 หลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 นาที โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัยและชี้แจงการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือและบอกประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยเพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการวิจัยนี้

2. ผู้วิจัยพูดคุยประสบการณ์การรับรู้อาการหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์การรับรู้อาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ประเมินความรุนแรงของอาการ และการตอบสนองต่ออาการตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Pre-test) โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเรื่องสายตา หรือมีความไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยช่วยเหลือโดยการอ่านข้อความตามแบบสอบถามให้ฟัง และบันทึกคำตอบที่ได้ลงในแบบสอบถาม

สรุปกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงอาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัดบริเวณหน้าอก อาการปวดบริเวณไหล่ คอ และหลัง อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อาการหายใจเร็วตื่น อาการหัวใจเต้นเร็วในช่วงเวลากลางคืน อาการท้องผูก ขาบวม และผู้ป่วยต่างรู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้ รู้สึกไม่แน่ใจว่าอาการจะหายขาดหรือไม่และไม่แน่ใจว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่ผิดปกติหรือไม่ นอกจากนี้ยังรู้สึกวิตกกังวลว่าภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลจะไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในวันที่ 9 หลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยการให้ความรู้ และฝึกทักษะการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 40 นาที โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ให้ความรู้ผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง ที่มีเนื้อหาตามแผนการสอนเรื่องการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยมีหัวข้อดังนี้ 1) โรคหลอดเลือดหัวใจ 2) อาการที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเมื่อกลับบ้าน ประกอบด้วยอาการปวดแผลผ่าตัด เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาบวม เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น หายใจลำบาก วิตกกังวล ซึมเศร้า 3) วิธีการจัดการอาการ 4) การปฏิบัติสมาธิ ได้แก่ ความหมาย ขั้นตอน ประโยชน์ในการปฏิบัติสมาธิ และ 5) สรุป และมอบคู่มือการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิให้กลุ่มตัวอย่างสำหรับทบทวนความรู้ด้วยตนเอง

2. ฝึกทักษะการจัดการอาการ เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการจัดการอาการได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ประกอบด้วย ทักษะในการจัดการอาการ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ และการปฏิบัติสมาธิ และให้ผู้ป่วยปฏิบัติสมาธิให้ดู 1 ครั้งเพื่อประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติ

3. ภายหลังจากให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการอาการ ผู้วิจัยแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสมาธิอย่างต่อเนื่องที่บ้าน วันละ 2 ครั้งหลังอาหาร และปฏิบัติอย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์ พร้อมมอบสมุดบันทึกการปฏิบัติสมาธิและแนะนำวิธีการจดบันทึกลงในตารางบันทึกการปฏิบัติสมาธิ โดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องวันเวลาที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสมาธิจริง

4. หลังการเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยนัดหมายวันและเวลาที่ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมและโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมโดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นฝ่ายนัดหมายวันและเวลาที่สะดวก

สรุปกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างทุกคนให้ความสนใจฟังบรรยายความรู้เป็นอย่างดี และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น พร้อมกับซักถามข้อสงสัยในเรื่องอาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และให้ความสนใจรายละเอียดของวิธีการจัดการอาการต่างๆ เมื่อจบการบรรยายกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อาการที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดทาง

เป็ยงหลอดเล็ดหัวใจและวิธีการจัดการอาการต่างๆ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะในการจัดการอาการ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การบริหารการหายใจ และทักษะการปฏิบัติสมาธิ จากการศึกษาสังเกตพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจเป็นอย่างดี มีความตั้งใจในการฝึกปฏิบัติ และสามารถปฏิบัติสมาธิได้อย่างถูกต้อง การบันทึกการปฏิบัติสมาธิลงในตารางบันทึกการปฏิบัติสมาธิกลุ่มตัวอย่างสามารถบันทึกได้อย่างครบถ้วนและถูกต้อง และการนัดหมายวันและเวลาที่ผู้วิจัยติดตามเยี่ยม กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความยินดีให้ติดตามเยี่ยม โดยแจ้งเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ และวันเวลาที่สะดวก

ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในวันที่ 2 และวันที่ 4 หลังกลุ่มตัวอย่างจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 – 15 นาที

ผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมกลุ่มตัวอย่างเพื่อสอบถามการปฏิบัติการจัดการอาการของกลุ่มตัวอย่าง ปัญหา/อุปสรรคในการจัดการอาการ พุดคุยให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างและเน้นย้ำประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจในการปฏิบัติ

สรุปกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างให้เบอร์โทรศัพท์ที่ถูกต้อง สามารถติดตามเยี่ยมได้ทุกคน ในการโทรศัพท์เยี่ยมแต่ละครั้ง กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการสนทนาและตอบคำถามของผู้วิจัยเป็นอย่างดี กลุ่มตัวอย่างบางรายซักถามข้อสงสัยและขอคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการและการจัดการอาการ กลุ่มตัวอย่างทุกคนปฏิบัติสมาธิอย่างสม่ำเสมอ ภายหลังจากการสนทนางroupตัวอย่างแต่ละคนยินดีให้ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครั้งต่อไปตามวันเวลาที่สะดวก

ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมที่ 3 ดำเนินกิจกรรมในวันที่ 7 หรือ สัปดาห์ที่ 1 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ณ ห้องตรวจโรคศัลยกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 – 15 นาที

ผู้วิจัยพุดคุย สอบถามการปฏิบัติการจัดการอาการของกลุ่มตัวอย่างและทบทวนความรู้ตามคู่มือการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสมาธิให้ผู้วิจัยดู 1 ครั้ง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างและเน้นย้ำประโยชน์ของการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และผู้วิจัยกำกับการทดลองด้วยแบบประเมินการจัดการอาการสัปดาห์ที่ 1 และติดตามการบันทึกการปฏิบัติสมาธิรายสัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่าง

สรุปกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างรับการตรวจติดตามทุกคน กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการสนทนาและตอบคำถามของผู้วิจัยเป็นอย่างดี กลุ่มตัวอย่างบางรายซักถามข้อสงสัยและขอคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการและการจัดการอาการ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสมาธิให้ผู้วิจัยดู 1 ครั้ง มีบางคนที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำและให้ลองปฏิบัติสมาธิซ้ำผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ และผู้วิจัยกำกับการทดลองด้วยแบบประเมินการจัดการอาการในสัปดาห์ที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์ประเมินร้อยละ 62.50 ทุกคน ผู้วิจัยติดตามการบันทึกการปฏิบัติสมาธิรายสัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสมาธิอย่างสม่ำเสมอ วันละ 2 ครั้ง ปฏิบัติ 5 วัน/สัปดาห์ ภายหลังจากการสนทนางroupตัวอย่างแต่ละคนยินดีให้ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครั้งต่อไปตามวันเวลาที่สะดวก

ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมที่ 4 ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 - 15 นาที

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 3 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 เพื่อสอบถามการปฏิบัติการจัดการอาการของกลุ่มตัวอย่าง ทบทวนความรู้ตามคู่มือการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ ประเมินปัญหาข้อขัดข้อง พร้อมหาแนวทางแก้ไข เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พุดคุยให้กำลังใจและเน้นย้ำประโยชน์ของการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยกำกับการทดลองด้วยแบบประเมินการจัดการอาการสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 และติดตามการบันทึกการปฏิบัติสมาธิรายสัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่าง

สรุปกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างให้เบอร์โทรศัพท์ที่ถูกต้อง สามารถติดตามเยี่ยมได้ทุกคน ในการโทรศัพท์เยี่ยมแต่ละครั้ง กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการสนทนาและตอบคำถามของผู้วิจัยเป็นอย่างดี กลุ่มตัวอย่างบางคนซักถามข้อสงสัยและขอคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการและการจัดการอาการ กลุ่มตัวอย่างทุกคนปฏิบัติสมาธิอย่างสม่ำเสมอ ภายหลังจากสนทนากลุ่มตัวอย่างแต่ละคนยินดีให้ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครั้งต่อไปตามวันเวลาที่สะดวก ผู้วิจัยกำกับการทดลองด้วยแบบประเมินการจัดการอาการสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์ประเมินร้อยละ 62.50 ทุกคน และติดตามการบันทึกการปฏิบัติสมาธิรายสัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสมาธิอย่างสม่ำเสมอ วันละ 2 ครั้ง และทำการบันทึกทุกสัปดาห์

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผล

ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ คือ การฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในวันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 5 ที่สิ้นสุดกิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ณ ห้องตรวจโรคศัลยกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 - 15 นาที

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงประสบการณ์การจัดการอาการโดยใช้โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิและผลลัพธ์จากการปฏิบัติ และทบทวนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติสมาธิ โดยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสมาธิให้ดู 1 ครั้ง ผู้วิจัยกำกับการทดลองด้วยแบบประเมินการจัดการอาการสัปดาห์ที่ 5 และเก็บสมุดบันทึกการปฏิบัติสมาธิรายสัปดาห์คืนจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจด้วยตนเอง (Post-test) ผู้วิจัยให้ข้อมูลในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องการความรู้เพิ่มเติม ผู้วิจัยกล่าวปิดการเข้าร่วมโปรแกรม

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากโครงสร้างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2559 ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยเข้าชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ให้นำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการวิจัย โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลและเวลาที่เพียงพอ ในการตัดสินใจอย่างอิสระ ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพการบริการหรือการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับตามสิทธิ และชี้แจงว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม และนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น หากมีการนำเสนอข้อมูลต่างๆของกลุ่มตัวอย่างนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุลที่แท้จริง และเมื่อมีข้อซักถามเกี่ยวกับงานวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในขณะที่ดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยยุติการดำเนินการวิจัยโดยทันที และประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และรายงานแพทย์เพื่อทำการรักษาที่เหมาะสมต่อไป หรือกรณีที่ผู้ป่วยอยู่บ้านผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุดเพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการแจกแจงความถี่ เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด
2. วิเคราะห์ตัวแปรข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติ Chi - Square test และทดสอบค่าการกระจายของข้อมูลการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยใช้สถิติ Kolmogorov - Smirnov Test
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อวิเคราะห์ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อายุ 18 – 59 ปี เข้ารับบริการที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผลการวิจัยนำเสนอ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 3

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 4

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 5

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 2 เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การวินิจฉัยโรคต้นเนื้องอกกาย โรคประจำตัว ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนการผ่าตัด เทคนิคที่ใช้ในการผ่าตัด จำนวนหลอดเลือดที่ทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายก่อนการผ่าตัด

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 22)		รวม (n = 44)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ								
ชาย	13	59.1	13	59.1	26	59.1	.00	1.0
หญิง	9	40.9	9	40.9	18	40.9		
อายุ								
40 – 49	3	13.6	3	13.6	6	13.6	-	1.0*
50 – 59	19	86.4	19	86.4	38	86.4		
	$\bar{X} = 54.36$		$\bar{X} = 53.91$		$\bar{X} = 54.14$			
	SD = 3.89		SD = 3.80		SD = 3.81			
สถานภาพ								
โสด	6	27.3	7	31.8	13	29.5	.10	.74
คู่	16	72.7	15	68.2	31	70.5		
ระดับการศึกษา								
ประถมศึกษา	7	31.8	10	45.5	17	38.6		
มัธยมศึกษา	6	27.3	5	22.7	11	25.0	.87	.64
ปริญญาตรี	9	40.9	7	31.8	16	36.4		
อาชีพ								
เกษตรกร	8	36.4	6	27.3	14	31.8		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	8	36.4	11	50.0	19	43.2	.85	.65
รับราชการ	6	27.3	5	22.7	11	25.0		

* Fisher's Exact Test

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 22)		รวม (n = 44)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้เฉลี่ยของ								
ครอบครัวต่อเดือน								
10,001–15,000 บาท	5	22.7	5	22.7	10	22.7	.51	.91
15,001–20,000 บาท	5	22.7	6	27.3	11	25.0		
20,001–25,000 บาท	7	31.8	5	22.7	12	27.3		
มากกว่า 25,000 บาท	5	22.7	6	27.3	11	25.0		
การวินิจฉัยโรค								
TVD**	21	95.5	20	90.9	41	93.2	-	1.0*
DVD***	1	4.5	2	9.1	3	6.8		
ดัชนีมวลกาย								
18.5 – 22.9 kg/m ²	9	40.9	6	27.3	15	34.1	1.1	.56
23.0 – 24.9 kg/m ²	7	31.8	10	25.5	17	38.6		
25.0 – 29.9 kg/m ²	6	27.3	6	27.3	12	27.3		
\bar{X} = 24.17 SD = 3.62			\bar{X} = 23.99 SD = 2.53		\bar{X} = 24.08 SD = 3.09			
ประวัติโรคประจำตัว								
ไม่มีโรคประจำตัว	3	13.6	2	9.1	5	11.4	-	1.0*
มีโรคประจำตัว****	19	86.4	20	90.9	39	88.6		
เบาหวาน	9	40.9	19	86.4	28	63.6		
หัวใจ	3	13.6	11	50.0	14	31.8		
ความดันโลหิตสูง	16	72.7	15	68.2	31	70.5		
ไขมันในเลือดสูง	13	59.1	15	68.2	28	63.6		
หลอดเลือดสมอง	1	4.5	-	-	1	2.3		
เก๊าท์	4	18.2	1	4.5	5	11.4		
COPD	2	9.1	-	-	2	4.5		

* Fisher's Exact Test, ** TVD = Triple Vessel Disease, *** DVD = Double Vessel Disease

**** โรคประจำตัวมีได้มากกว่า 1 โรค

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 22)		รวม (n = 44)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนการผ่าตัด								
NYHA class 1	3	13.6	7	31.8	10	22.7		
NYHA class 2	13	59.1	9	40.9	22	50.0	2.3	.31
NYHA class 3	6	27.3	6	27.3	12	27.3		
ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายก่อนการผ่าตัด								
น้อยกว่า 30 – 40	9	40.9	8	36.4	17	38.6		
41 – 50	5	22.7	6	27.3	11	25.0	.15	.92
51 – มากกว่า 60	8	36.4	8	36.4	16	36.4		
	$\bar{X} = 46.59$		$\bar{X} = 45.68$		$\bar{X} = 46.14$			
	SD = 10.84		SD = 14.16		SD = 12.47			
เทคนิคการผ่าตัด								
On-pump CABG	14	63.6	16	72.7	30	68.2	.41	.51
Off-pump CABG	8	36.4	6	27.3	14	31.8		
จำนวนเส้นเลือดที่ได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ								
3 เส้น	13	59.1	16	72.7	29	65.9	.91	.34
4 เส้น	9	40.9	6	27.3	15	34.1		

* Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 59.10 อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 54.36 (SD = 3.89) และ 53.91 (SD = 3.80) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 70.50 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.60 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 43.20 โดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,001 – 25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.30 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค Triple vessel disease คิดเป็นร้อยละ 93.20 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะอ้วนระดับที่ 1 ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 23.0 – 24.9 คิดเป็นร้อยละ 38.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 88.60 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 70.50 รองลงมาคือโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 63.60 และมีสมรรถภาพหัวใจก่อนการผ่าตัดอยู่ในระดับที่ 2 (NYHA class 2) คิดเป็นร้อยละ 50.0 และมีประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายอยู่ระหว่างน้อยกว่า 30 – 40 คิดเป็นร้อยละ 38.60 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดแบบ On – pump CABG คิดเป็นร้อยละ 68.20 และส่วนใหญ่ทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำนวน 3 เส้น คิดเป็นร้อยละ 65.90

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 3 คะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการทดลอง และผลต่างของคะแนนเป็นรายบุคคล ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คู่ที่	คะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ					
	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่าง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่าง
1.	10	13	-3	7	16	-9
2.	5	10	-5	7	16	-9
3.	8	10	-2	8	15	-7
4.	7	10	-3	9	16	-7
5.	11	11	0	10	17	-7
6.	9	14	-5	9	17	-8
7.	9	11	-2	9	16	-7
8.	9	11	-2	8	17	-9
9.	8	10	-2	7	14	-7
10.	10	12	-2	10	17	-7
11.	9	11	-2	10	15	-5
12.	10	10	0	9	16	-7
13.	9	11	-2	8	17	-9
14.	8	11	-2	9	17	-8
15.	7	11	-4	8	15	-7
16.	10	11	-1	7	16	-9
17.	9	11	-2	7	15	-8
18.	8	12	-4	7	15	-8
19.	9	12	-3	9	16	-7
20.	8	11	-3	8	16	-8
21.	10	12	-2	10	16	-6
22.	7	10	-3	7	15	-8

ตารางที่ 3 (ต่อ) คะแนนการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการทดลอง เป็นรายบุคคลและผลต่างของคะแนนการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คู่ที่	คะแนนการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ					
	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่าง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่าง
Mean	8.64	11.14	2.50	8.32	15.91	7.59
SD	1.36	1.03	0.33	1.12	0.86	0.26

จากตารางที่ 3 พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจใกล้เคียงกัน กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูหลังผ่าตัดก่อนการทดลองเท่ากับ 8.64 (SD = 1.36) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูหลังผ่าตัดก่อนการทดลองเท่ากับ 8.32 (SD = 1.12) หมายความว่า ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูหลังผ่าตัดอยู่ในระดับบางส่วน

หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหลังการทดลองเท่ากับ 15.91 (SD = 0.86) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหลังการทดลองเท่ากับ 11.14 (SD = 1.03) หมายความว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูหลังผ่าตัดอยู่ในระดับเกือบจะสมบูรณ์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงมีการฟื้นฟูหลังผ่าตัดอยู่ในระดับบางส่วน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test ($n_1=n_2=22$)

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด	\bar{X}	SD	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	8.64	1.36	21		
หลังการทดลอง	11.14	1.03	21	-9.01	0.00
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	8.32	1.12	21		
หลังการทดลอง	15.91	0.86	21	-33.78	0.00

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจก่อนการทดลองสูงกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัด หลังการทดลองเท่ากับ 11.14 (SD = 1.03) หมายความว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเพียงบางส่วน

สำหรับกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัด หลังการทดลองเท่ากับ 15.91 (SD = 0.86) หมายความว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเกือบจะสมบูรณ์

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$)

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด	\bar{X}	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	8.64	1.36	42	.843	0.20
กลุ่มทดลอง	8.32	1.12			
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	11.14	1.03	42	-16.55	0.00
กลุ่มทดลอง	15.91	0.86			

จากตารางที่ 5 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design) โดยกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ
2. เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจวัยผู้ใหญ่ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 – 59 ปี ได้รับหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรก เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 44 คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยมีวิธีการดังนี้

กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ

2) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยดูข้อมูลจากทะเบียนประวัติการรักษาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ ตลอดจนขั้นตอนดำเนินการวิจัยเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

3) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Informed Consent Form) ผู้วิจัยจึงทำการจัดให้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 22 คน

กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากทะเบียนประวัติการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ

2) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยดูข้อมูลจากทะเบียนประวัติการรักษาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มควบคุม (matched pairs) โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มี 1) เพศตรงกัน 2) อายุใกล้เคียงกัน

3) ประสิทธิภาพการบีบตัวของห้องล่างซ้ายใกล้เคียงกันจนได้กลุ่มทดลองครบ 22 คน

3) เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ขั้นตอนดำเนินการวิจัยเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยมี 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

- 2.1 โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ
- 2.2 แผนการสอนเรื่องการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
- 2.3 แผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วยภาพหนึ่งเรื่องการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
- 2.4 คู่มือการจัดการอาการและคู่มือการปฏิบัติสมาธิของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

- 3.1 แบบประเมินการจัดการอาการ
- 3.3 แบบบันทึกการฝึกสมาธิ

การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 30 มิถุนายน พ.ศ. 2559 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและฝึกทักษะการปฏิบัติสมาธิ และเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ภายหลังจากพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตในการทดลองใช้เครื่องมือ และขอเก็บรวบรวมข้อมูล และเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม – 31 ตุลาคม พ.ศ. 2559

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จากทะเบียนประวัติผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ก่อนเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 1 วัน
2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทุกวัน เวลา 08.00 – 16.00 น. โดยสอบถามพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากงานวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจ

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยโดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลัง เป็นกลุ่มทดลอง รวม 44 คน

5. ภายหลังจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเริ่มทำกิจกรรมที่ห่อผู้ป่วยศัลยกรรม โดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม เริ่มตั้งแต่ วันที่ 1 กรกฎาคม – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2559

1. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมวันที่ 8 หลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างถึงประสบการณ์การรับรู้อาการหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Pre-test) โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลา 10 นาที พร้อมกับอธิบายถึงการพยาบาลตามปกติที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ประกอบด้วย คำแนะนำเรื่อง โรค อาการ การรักษา การดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โภชนาการ การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ การมาพบแพทย์ตามนัด และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2. กลุ่มตัวอย่างดำเนินชีวิตตามปกติภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สัปดาห์ที่ 1 – 4

3. กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจตามนัดที่ห้องตรวจโรคศัลยกรรม (สัปดาห์ที่ 5 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจด้วยตัวเอง (Post-test) จากนั้นผู้วิจัยสอบถามอาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเมื่อกลับไปอยู่บ้าน พร้อมกับแนะนำวิธีการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ และมอบคู่มือการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ ใช้เวลา 10 – 15 นาที

กลุ่มทดลอง เริ่มตั้งแต่ วันที่ 1 กันยายน – 31 ตุลาคม พ.ศ. 2559

1. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมวันที่ 8 หลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างถึงประสบการณ์การรับรู้อาการหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Pre-test) โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลา 10 นาที

2. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (วันที่ 9 หลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ) และมอบคู่มือการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิให้กลุ่มตัวอย่าง ฝึกทักษะการจัดการอาการ ประกอบด้วย ทักษะในการจัดการอาการ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ และทักษะการปฏิบัติสมาธิ แนะนำให้กลุ่ม

ตัวอย่างปฏิบัติสมาธิอย่างต่อเนื่องที่บ้าน พร้อมมอบสมุดบันทึกการปฏิบัติสมาธิและแนะนำวิธีการจดบันทึก ใช้เวลา 40 นาที

3. ผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมกลุ่มตัวอย่างเพื่อสอบถามการปฏิบัติการจัดการอาการของกลุ่มตัวอย่าง ปัญหา/อุปสรรคในการจัดการอาการ พุดคุยให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างและเน้นย้ำประโยชน์ของการปฏิบัติ ในวันที่ 2 และวันที่ 4 หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลา 10 – 15 นาที

4. กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจตามนัดในช่วงสัปดาห์ที่ 1 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยสอบถามการจัดการอาการของกลุ่มตัวอย่าง ทบทวนความรู้ตามคู่มือการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยให้กำลังใจและเน้นย้ำประโยชน์ของการปฏิบัติตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยกำกับการทดลองด้วยแบบประเมินการจัดการอาการสัปดาห์ที่ 1 และติดตามการบันทึกการปฏิบัติสมาธิรายสัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลา 10 – 15 นาที

5. ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลา 10 – 15 นาที เพื่อสอบถามการปฏิบัติการจัดการอาการของกลุ่มตัวอย่าง ทบทวนความรู้ตามคู่มือการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ ประเมินปัญหาข้อขัดข้อง และผู้วิจัยกำกับการทดลองด้วยแบบประเมินการจัดการอาการ พร้อมกับติดตามการบันทึกการปฏิบัติสมาธิรายสัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 3 ชั้นประเมินผล

ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ คือ การฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในวันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 5 ที่สิ้นสุดกิจกรรม โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดด้วยตนเอง

กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจตามนัดที่ห้องตรวจโรคศัลยกรรม (สัปดาห์ที่ 5 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงประสบการณ์การจัดการอาการโดยใช้โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิและผลลัพธ์จากการปฏิบัติ ผู้วิจัยกำกับการทดลองด้วยแบบประเมินการจัดการอาการสัปดาห์ที่ 5 และขอเก็บสมุดบันทึกการปฏิบัติสมาธิรายสัปดาห์คืนจากกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจด้วยตนเอง (Post-test) ผู้วิจัยกล่าวปิดการเข้าร่วมโปรแกรม ใช้เวลา 10 – 15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการแจกแจงความถี่ เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

2. วิเคราะห์ตัวแปรข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติ Chi - Square test และทดสอบค่าการกระจายของข้อมูลการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยใช้สถิติ Kolmogorov - Smirnov Test
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ มีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวสูงกว่าก่อนทดลอง ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น สอดคล้องกับ แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ที่เป็นแนวคิดหลักในการจัดการกับอาการที่กระทบต่อผู้ป่วยเฉพาะบุคคล ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 มิติ ที่มีความสัมพันธ์กันแบบสองทาง คือ ประสบการณ์การรับรู้

อาการ (Symptom experience) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และ ผลลัพธ์ (Outcome) และคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพและยึดถือปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมักพบปัญหาการฟื้นตัวตั้งแต่ระยะแรกหลังผ่าตัดไปจนถึง 6 เดือนหลังการผ่าตัด ปัญหาการฟื้นตัวที่พบได้บ่อย ได้แก่ ด้านอาการทางกาย เช่น ซา บวมบริเวณขา ปัญหาการนอน ปวดไหล่ คอ หลัง ปวดแผลผ่าตัด อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า ความอยากอาหารลดลง ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง การทำหน้าที่ของระบบทางเดินอาหารลดลง ด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า ด้านสังคม เช่น มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างลดลง ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ เช่น ต้องพึ่งพาศูนย์อื่นในการทำกิจกรรม พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยการให้คำแนะนำเรื่องสาเหตุของอาการ ลักษณะอาการ กลวิธีการจัดการอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในอาการของตนเองที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถให้ความหมายของอาการ เข้าใจสาเหตุของอาการ และนำไปสู่กลวิธีการจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลอง โดยการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยการให้ความรู้เรื่อง โรคหลอดเลือดหัวใจ อาการที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเมื่อกลับบ้าน ประกอบด้วย อาการปวดแผลผ่าตัด เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซาบวม เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น หายใจลำบาก วิตกกังวล ซึมเศร้า โดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการได้ด้วยตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกายแตกต่างไปจากที่เคยและการตอบสนองของอาการที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถให้ความหมายของอาการ เข้าใจสาเหตุของอาการ ผู้วิจัยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการต่างๆที่เกิดขึ้น โดยการให้ความรู้เรื่อง การจัดการอาการในแต่ละอาการทั้งอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ และนำการปฏิบัติสมาธิของสมพร กันทรคุชฎี-เตรียมชัยศรี (2554) มาใช้ในการพัฒนาวิธีการจัดการกับอาการ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างครอบคลุมทุกด้าน โดยการนำการปฏิบัติสมาธิท่าที่ 7 (สมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งง) มาปฏิบัติ เป็นเทคนิคการปฏิบัติสมาธิเพื่อการผ่อนคลาย เพิ่มพลังชีวิต นอกจากนี้ยังเปรียบเสมือนการฟื้นฟูสภาพหัวใจหลังการผ่าตัด ที่มีองค์ประกอบทั้งการออกกำลังกายแบบ Aerobic และการดูแลด้านจิตใจ เนื่องจากเป็นการทำงานของจิตประสานกาย ได้แก่ การกำหนดลมหายใจ และการเคลื่อนไหวช้าๆของมือและแขน เพื่อช่วยควบคุมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และมีการฝึกทักษะการปฏิบัติให้กับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และสามารถนำไปใช้จัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดทำ “คู่มือการจัดการอาการหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ” และ “คู่มือการปฏิบัติสมาธิ” เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนความรู้ที่ผู้วิจัยให้ไว้ภายหลังออกจากโรงพยาบาล และมีการติดตามเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจที่โรงพยาบาลและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ เพื่อเป็นการทบทวนเนื้อหาเกี่ยวกับอาการและการจัดการอาการ พร้อมกับเน้นย้ำประโยชน์ของการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวที่ผู้วิจัยจัดทำให้กลุ่มทดลอง สามารถช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้ ดังผลการวิจัย ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองอยู่ในระดับการฟื้นตัวบางส่วน และหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัด อยู่ในระดับการฟื้นตัวเกือบสมบูรณ์

ดังเช่นการศึกษาของ Zimmerman et al. (2007) ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการอาการต่ออาการทางกาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย และการมีกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยเพศหญิงหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้โทรศัพท์ให้คำปรึกษาในเรื่อง การประเมินอาการ การประเมินอาการ และการจัดการอาการทุกวัน เป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีอาการทางกายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีกิจกรรมทางกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ Barnason et al. (2009) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีเบาหวาน เป็นโรคร่วม โดยใช้โทรศัพท์ให้คำปรึกษาในเรื่องการจัดการอาการ และการติดตามความก้าวหน้าในการมีกิจกรรมทางกาย ทุกวัน เป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีกิจกรรมทางกายและการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมในช่วงเดือนที่ 3 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Zimmerman et al. (2011) ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการอาการต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการอาการ โดยการใช้โทรศัพท์ติดตามการสนทนาโดยตรงและการใช้การสนทนาแบบเห็นภาพ (video call) ทุกวัน เป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองมีกิจกรรมทางกายและการทำหน้าที่ด้านร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้การศึกษาของ มณฑา ทองดำสิง (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการใช้สมาธิต่ออาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มทดลองมีอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การศึกษาของ กฤษณา พุทธรังค์ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ นงนุช จิตรารักษ์ (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีอาการหายใจลำบากน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มทดลองมีอาการหายใจลำบากน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิตามแนวคิดของสมพร กันทรดุขฎิ-เตรียมชัยศรี (2554) สามารถช่วยบรรเทาอาการต่างๆที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และช่วยเพิ่มกลยุทธ์ในการจัดการอาการทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ การฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดี และการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ แม้ว่าจะศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน แต่มีวัตถุประสงค์เพื่อการบรรเทาอาการของผู้ป่วย ทำให้เห็นถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี เช่นเดียวกับการวิจัยในครั้งนี้พบว่า คะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ได้ดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) โดยประยุกต์ใช้องค์ประกอบหลัก 3 มิติ ที่มีความสัมพันธ์กันแบบสองทาง คือ ประสบการณ์การรับรู้ อาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ ส่งผลให้ภายหลังการวิจัย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งนี้กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมก่อนการจำหน่าย

ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรค อาการ การรักษา การดูแลแผลผ่าตัด การพักผ่อน การรับประทานอาหาร กิจกรรมที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติ การมาพบแพทย์ตามนัด พร้อมแผนพับและเหมือนกันในผู้ป่วยทุกราย และระยะเวลาการให้ข้อมูลที่จำกัด และไม่ได้รับการติดตามจากพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ไม่ได้รับการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ไม่ได้รับคำแนะนำในเรื่องอาการ และการจัดการอาการต่างๆที่อาจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน จะเห็นได้จากการพิจารณาคะแนนเฉลี่ย การฟื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวน้อยกว่ากลุ่มทดลอง

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Utriyaprasit et al. (2010) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยมีรูปแบบกิจกรรมคือ การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในรูปของเทปบันทึกเสียงเพื่อจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 1 เดือนแรกหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การเกิดอาการต่างๆ และคำแนะนำในการจัดการกับอาการ เช่น การฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สามารถลดอาการและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ คัทลียา คงเพชร (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการที่บ้าน เป็นการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการเหนื่อย การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การรับประทานยาและการใช้โทรศัพท์กระตุ้นเตือน พบว่าการจัดการอาการที่บ้านช่วยลดอาการเหนื่อยและส่งเสริมฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในระยะเวลา 2 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ Moore & Dolansky (2001) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน โดยให้ผู้ป่วยฟังเทปบันทึกเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย ประกอบด้วย การบรรยายประสบการณ์การฟื้นตัว ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดการทำแผล ความรู้สึกทางด้านร่างกาย ติดตามการฟื้นตัวเป็นเวลา 4 สัปดาห์ หลังได้รับโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลมีการฟื้นตัวด้านร่างกายและความรู้สึกแข็งแรงของร่างกายดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

จากการวิจัยดังกล่าวข้างต้น เป็นการศึกษาการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจหลังผ่าตัด โดยมีการนำกลยุทธ์ต่างๆในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมาเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรม ดังเช่นการวิจัยครั้งนี้ได้นำกลยุทธ์ในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ไม่ว่าจะเป็น การให้ผู้ป่วยได้ประเมินอาการตามการรับรู้ของตนเอง การให้ความรู้เรื่องอาการ วิธีการจัดการอาการ และการนำวิธีการปฏิบัติสมาธิมาช่วยเสริมวิธีการจัดการอาการ และให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดทักษะและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้ยังมีการแจกกุ่มือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทบทวนที่บ้าน และติดตามเยี่ยมเป็นระยะๆ ทั้งการติดตามเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัดและการติดตาม

เยี่ยมทางโทรศัพท์ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่แตกต่างจากการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จัดอบรมพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อาการต่างๆที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ วิธีการจัดการอาการ และการปฏิบัติสมาธิ เพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยได้

2. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยควรพิจารณาแนวทางร่วมกันในการนำโปรแกรมการจัดการอาการไปใช้ในหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

3. ทำเอกสาร คู่มือ หรือแผ่นพับ เรื่องอาการที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและวิธีจัดการอาการ เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำกลับไปทบทวนที่บ้านภายหลังออกจากโรงพยาบาลได้

4. การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นกลยุทธ์หนึ่งในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ อีกทั้งยังเป็นวิธีประเมินอุปสรรคต่างๆในการปฏิบัติได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินผลของโปรแกรมในระยะยาว เช่น 3, 6 เดือน เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในแต่ละช่วงเวลา เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจะยังคงมีอาการต่างๆยาวไปถึง 6 เดือน

2. ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่หลังผ่าตัดชนิดอื่นๆ เช่น การผ่าตัดช่องท้อง ผ่าตัดทางออร์โธพีดิกส์ เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เป็นต้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กิตติพล จิตอาญา, เพิ่มสุข เอื้ออารี และ นพวรรณ แสงเจริญสุทธิกุล. (2554). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับไปทำงานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพ*, 21(2), 43-49.
- กฤษณา พุทธวงศ์. (2554). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกรียงชัย ประสงค์สุกาญจน์. (2553). ศาสตร์และศิลป์ในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มิตรสัมพันธ์.
- ขวัญหทัย ช่างใหญ่. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างความปวด อาการอ่อนล้า ภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คัทลียา คงเพชร. (2553). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการที่บ้านต่ออาการระยะฟื้นตัว กิจกรรมทางด้านร่างกายและความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังรับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทนา หล่อตจะกุล. (2549). การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไทยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรัญ สายะสถิตย์. (2555). ศัลยศาสตร์โรคหัวใจที่พบบ่อย: *Common Cardiac Surgery*. พิษณุโลก: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. หจก โกลบอลพริ้นท์.
- ฉัตรอรุณ ริมสุขเจริญชัย. (2556). เอกสารประกอบกระบวนวิชาพ.คพ. 502 เรื่อง *Surgery for ischemic heart disease*. สืบค้นจาก: <http://www.med.cmu.ac.th/dept/surgery/เอกสารการประกอบการเรียน/เอกสารปี5/Ischemic%20Heart%20Disease.pdf>, วันที่ 2 ธันวาคม 2558.
- ชลิต เขียววิชัย. (2555). *Preoperative planning: Best graft strategy for CABG*. สืบค้นจาก: http://thaists.org/news_files/news_file_501.pdf, วันที่ 2 ธันวาคม 2558.
- ธำรง จิรจรียาเวช. (2550). *ตำราศัลยศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: ปรีชาธรรมอินเตอร์พริ้นท์.

- นงนุช จิตรารัตน์. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิภัทรา บุญเลิศสวัสดิ์. (2554). ประสิทธิภาพการปฏิบัติกรพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด: การวิเคราะห์ย้อนกลับ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2555). การพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินิติการวัดเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปริญญา สงวนพงษ์. (2552). การศึกษากลุ่มอาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปฏิพร บุญพัฒน์กุล. (2543). การศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ผลของอาการและวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปุกณฤกษ์ ทองเจริญ และ พันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุญส่ง. (2550). *Coronary Artery Bypass Grafting (CABG)*. สืบค้นจาก: http://www.thaiheart.org/images/sub_1296823951/Coronary%Artery%20Bypass%20Grafting.pdf, วันที่ 27 สิงหาคม 2558.
- ปรีชา เอื้อโรจน์อังกูร. (2553). *ศาสตร์และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด: การอบรมระยะสั้น อายุรศาสตร์หัวใจครั้งที่ 2*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มิตรสัมพันธ์.
- ปวงกมล กฤษณบุตร. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พนารัตน์ รัตนสุวรรณ, วิมลรัตน์ กฤษณะประกรกิจ, จุฑาลักษณ์ สุวรรณทินประภา, กาญจนา อุปปัญญา, โฉวดีอ แซ่เซียว, เฉลิมศรี สรสิทธิ์. (2549). ผลการระงับปวดระหว่าง continuous epidural bupivacaine – morphine และ intravenous patient controlled analgesia ต่อระดับคุณภาพการฟื้นตัวใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดช่องท้องส่วนบน, *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 21(4).

- พรนภา เสงเจริญสุวรรณ. (2553). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). (2554). *พจนานุกรมพุทธศาสน์ฉบับประมวลศัพท์*. พิมพ์ครั้งที่ 17, กรุงเทพมหานคร: พระพุทธศาสนาของธรรมสภา.
- มณฑา ทองคำสิง. (2553). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้สมาธิต่ออาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มะลิวรรณ ศิลารัตน์. (2013). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(3), 134 -143.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*, สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วาสนา สุวรรณรัตน์. (2556). ประสพการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการและภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 24(1), 2-16.
- วิชชุดา สานดอกผึ้ง. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยสูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิภาพร ลิเลิศมงคลกุล. (2555). *ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ความเจ็บปวด และการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะฟื้นฟูตัวในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริภรณ์ ภูผิว. (2554). *ผลของโปรแกรมการจัดการแบบบูรณาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งก่อความเหนื่อยล้าของผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี. (2552). *กลไกของการปฏิบัติสมาธิ Mechanism of Meditation*. สืบค้นจาก: [http://thaicamdb.info/Downloads/PDF/8กลไกการปฏิบัติสมาธิ\(อ.สมพร\).pdf](http://thaicamdb.info/Downloads/PDF/8กลไกการปฏิบัติสมาธิ(อ.สมพร).pdf), วันที่ 17 สิงหาคม 2558.
- สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี. (2554). *การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสภาพ*. นครปฐม: เพชรเกษมพรินติ้ง กรุ๊ป จำกัด.

- สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี. (2557). *การปฏิบัติสมาธิ เอสเคที เพื่อการเยียวยา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. พิษณุโลก: โรงพิมพ์ตระกูลไทย.
- สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย. (2558). *สถิติผ่าตัดหัวใจในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 – ปัจจุบัน*. สืบค้นจาก: http://thaists.org/news_detail.php?news_id=212, วันที่ 1 ตุลาคม 2559.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2553). *แนวทางการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ*. สืบค้นจาก: http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/RehabGuideline.pdf, วันที่ 2 ธันวาคม 2558.
- สิริมนต์ ดำริห์. (2553). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดฉุกเฉินต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และคุณภาพการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, วัฒนา น้ำเพชร, อรวรรณ ศรียุคตศุพร และจุฬาทพร ประสงค์สิต. (2539). ความทุกข์จากความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความมีคุณค่าในตนเอง และการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 14(2), 59-72.
- สุชาวดี มัชฌิมา. (2554). *10 วิธีหยุดโรคโดยไม่ใช้ยา*: กรุงเทพฯ: บีเวลล์ สปีเชียล.
- สุพล โล่ห์หิตุกุล. (2544). *ไท่เก๊ก โยคะ สมาธิ อุบายวิธีสู่ความสงบเย็น*: กรุงเทพฯ: หจก. เอมี เทรคตั้ง.
- สุพจน์ ศรีมหาโชตะ และ สมนพร บุญยะรัตเวช สองเมือง. (2553). *ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. ใน ปรีชา เอื้อโรจน์อังกูร, *ศาสตร์และศิลป์ในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มิตรสัมพันธ์.
- สุวิมล กิมปี. (2555). *การฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังผ่าตัด*. สืบค้นจาก: <http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/document/ebook/2012/july12/pages/04.jpg>, วันที่ 18 กันยายน 2558.
- สุวิมล ว่องวานิช และ นางลักษณ์ วิรัชชัย. (2546). *แนวทางการให้คำปรึกษาวิทยานิพนธ์*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ตำราและเอกสารทางวิชาการ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชญาดา ชุนเสถียร. (2558). *การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ*. ใน รัชณี เบญจรัตน์, พิมพ์จิตร กายูจนสินธุ์, ปราณีย์ ทองใส และ สุมิตรา สิ้นธ์ศิริมานะ, *การพยาบาลศัลยศาสตร์วิฤกษ์*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2557*. สืบค้นจาก: <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>, วันที่ 1 ตุลาคม 2559.

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2558. สืบค้นจาก: <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>, วันที่ 1 ตุลาคม 2559.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). จำนวนและอัตราตายโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บ ประจำปีปฏิทิน พ.ศ. 2558 (ข้อมูล ณ 3 ก.พ. 59). สืบค้นจาก: <http://www.thaincd.com/search.php>, วันที่ 1 พฤศจิกายน 2559.
- หัตถยา ประสิทธิ์ดำรง. (2553). พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจ. ใน ปรีชา เอื้อโรจนอังกูร, ศาสตราจารย์และศิลปินในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มิตรสัมพันธ์.
- อรชุนา นากรณ. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีเบาหวานเป็นโรคร่วม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 11(1), 67 – 72.
- อรพรรณ โตสิงห์. (2552). เครื่องมือประเมินการฟื้นตัวของผู้ป่วยศัลยกรรม. สืบค้นจาก: <http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/km/index.php/km>, วันที่ 18 กันยายน 2558.
- อรสา ภูพุด. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด. ในสุจิตรา ล้อมอำนาจลาภ, กาญจนา สิมะจารีก, เพลินตา ทำนอง และ ขวณพิศ ทำนอง, *การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะวิกฤต*. พิมพ์ครั้งที่ 7. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ภาษาอังกฤษ

- Abu-Omar, Y., & Taggart, D. P. (2014). Coronary artery bypass surgery. *Medicine*, 42(9), 527-531.
- Allen, J. K. (1990). Physical and psychosocial outcomes after coronary artery bypass graft surgery: review of the literature. *Heart Lung*, 19(1), 49-55.
- Allvin, R., Berg, K., Idvall, E., & Nilsson, U. (2007). Postoperative recovery: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), 552-558.
- Allvin, R., Ehnfors, M., Rawal, N., & Idvall, E. (2008). Experiences of the postoperative recovery process: an interview study. *The open nursing journal*, 2, 1-7.
- Allvin, R., Ehnfors, M., Rawal, N., Svensson, E., & Idvall, E. (2009). Development of a questionnaire to measure patient-reported postoperative recovery: content validity and intra-patient reliability.(Report). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(3), 411-419.

- Allvin, R., Idvall, E., & Brulin, C. (2009). Postoperative recovery: development of a multi-dimensional questionnaire for assessment of Recovery. Örebro: Örebro: Örebro universitet.
- Al-Sarraf., Thalib, L., Hughes, A., Houlihan, M., Tolan, M., Young, V. (2010). Cross-clamp time is an independent predictor of mortality and morbidity in low and high risk cardiac patients. *International Journal of Surgery*, 9, 104 -109.
- American Heart Association. (2016). Heart Disease and Stroke Statistic-2016 Update. Available: <http://circ.ahjournal.org/content/early/2015/12/16/CIR00000000000000350>, 1 November 2016.
- Artinian, N. T., & Duggan, C. H. (1993). Patterns of concerns and demands experienced by spouses following coronary artery bypass surgery. *Clinical Nursing Research*, 2(3), 278-295.
- Baker, C. A. (1989). Recovery: a phenomenon extending beyond discharge. *Sch Inq Nurs Pract*, 3(3), 181-194.
- Barnason, S., Zimmerman, L., Nieveen, J., Schulz, P., Miller, C., Hertzog, M., & Tu, C. (2009). Influence of a symptom management telehealth intervention on older adults' early recovery outcomes after coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care*, 38(5), 364-376.
- Barnason, S., Zimmerman, L., Nieveen, J., Schulz, P., & Young, L. (2012). Patient Recovery and Transitions After Hospitalization for Acute Cardiac Events: An Integrative Review. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 27(2), 175-191.
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (4th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bratt, A., Allvin, R., & Wann-Hansson, C. (2016). Modifying a generic postoperative recovery profile instrument to an instrument specifically targeting coronary artery bypass grafting. *Scand J Caring Sci*.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nurse research: appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO; Elsevier Saunders.
- Cleeland, C. S., Mendoza, T. R., Wang, X. S., Chou, C., Harle, M. T., Morrissey, M., & Engstrom, M. C. (2000). Assessing symptom distress in cancer patients: the M.D. Anderson Symptom Inventory. *Cancer*, 89(7), 1634-1646.

- Chunta, S. K. (2009). Expectations, Anxiety, Depression, and Physical Health Status as Predictors of Recovery in Open-Heart Surgery Patients. *The Journal of Cardiovascular Nursing, 24*(6), 454-464.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing, 33*(5), 668-676.
- Doering, L. V., Moser, D. K., Lemankiewicz, W., Luper, C., & Khan, S. (2005). Depression, healing, and recovery from coronary artery bypass surgery. *American Journal of Critical Care, 14*(4), 316-324.
- Dolansky, A. M., Xu, M. F., Zullo, A. M., Shishehbor, A. M., Moore, A. S., & Rimm, A. A. (2010). Post-Acute Care Services Received by Older Adults Following a Cardiac Event: A Population-Based Analysis. *The Journal of Cardiovascular Nursing, 25*(4), 342-349.
- Dunckley, M., Ellard, D., Quinn, T., & Barlow, J. (2007). Recovery after coronary artery bypass grafting: patients' and health professionals' views of the hospital experience. *Eur J Cardiovasc Nurs, 6*(3), 200-207.
- Gallagher, R., McKinley, S., & Dracup, K. (2004). Post discharge problems in women recovering from coronary artery bypass graft surgery. *Australian Critical Care, 17*(4), 160-165.
- Hillis, L. D., Smith, P. K., Anderson, J. L., Bittl, J. A., Bridges, C. R., Byrne, J. G., Winniford, M. D. (2011). 2011 ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery. A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Developed in collaboration with the American Association for Thoracic Surgery, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, and Society of Thoracic Surgeons. *Journal of the American College of Cardiology, 58*(24), e652-e735.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 191*(1), 36-43.
- Jayadevappa, R., Johnson, J. C., Bloom, B. S., Nidich, S., Desai, S., Chhatre, S., Schneider, R. (2007). Effectiveness of transcendental meditation on functional

- capacity and quality of life of African Americans with congestive heart failure: a randomized control study. *Ethn Dis*, 17(1), 72-77.
- Jonhson, J.E., Rice, V.H., Fuller, S.S., & Endress, M.P. (1978). Sensory information instruction in a coping strategy and recovery from surgery. *Research in Nursing and Health*. 1(1), 4-17.
- Khamsiri, N. (2011). *The relationship among blood loss, systemic inflammatory response syndrome, blood glucose, pain, and recovery condition in patients following the first 12 hours after open heart surgery*. A thesis for the degree of master of nursing science (adult nursing), Mahidol University.
- King, K. B., & Parrinello, K. A. (1988). Patients perceptions of recovery from coronary artery bypass grafting after discharge from the hospital. *Heart and Lung: Journal of Critical Care*, 17(6 1), 708-715.
- King, K. B., Porter, L. A., & Rowe, M. A. (1994). Functional, social, and emotional outcomes in women and men in the first year following coronary artery bypass surgery. *Journal of Women's Health*, 3(5), 347-354.
- Kleinbeck, S. V. M. (2000). Self-reported at-home postoperative recovery. *Research in Nursing & Health*, 23(6), 461-472.
- Lapum, J., Angus, J. E., Peter, E., & Watt-Watson, J. (2011). Patients' discharge experiences: returning home after open-heart surgery. *Heart Lung*, 40(3), 226-235.
- Lapum, J. L., Fredericks, S., Liu, L., Yau, T. M., Retta, B., Jones, V. M., & Hume, S. (2015). Facilitators and Barriers of Heart Surgery Discharge: Patients' and Nurses' Narrative Accounts. *J Cardiovasc Nurs*.
- Lie, I., Bunch, E. H., Smeby, N. A., Arnesen, H., & Hamilton, G. (2012). Patients' experiences with symptoms and needs in the early rehabilitation phase after coronary artery bypass grafting. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 11(1), 14-24.
- Lopez, V., Sek Ying, C., Poon, C.-Y., & Wai, Y. (2007). Physical, psychological and social recovery patterns after coronary artery bypass graft surgery: A prospective repeated measures questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1304-1315.

- McCorkle, R., & Young, K. (1978). Development of a symptom distress scale. *Cancer Nurs*, 1(5), 373-378.
- Miller, B. (2006). Recovery and the postoperative period. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 7(12), 445-448.
- Moore, S. M. (1995). A comparison of women's and men's symptoms during home recovery after coronary artery bypass surgery. *Heart Lung*, 24(6), 495-501.
- Moore, S. M., & Dolansky, M. A. (2001). Randomized trial of a home recovery intervention following coronary artery bypass surgery. *Res Nurs Health*, 24(2), 93-104.
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., Mackey, R. H. (2016). Executive Summary: Heart Disease and Stroke Statistics--2016 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 133(4), 447-454.
- Myles, P. S., Hunt, J. O., Nightingale, C. E., Fletcher, H., Beh, T., Tanil, D., Ponsford, J. L. (1999). Development and psychometric testing of a quality of recovery score after general anesthesia and surgery in adults. *Anesthesia and analgesia*, 88(1), 83-90.
- Myles, P. S., Weitkamp, B., Jones, K., Melick, J., & Hensen, S. (2000). Validity and reliability of a postoperative quality of recovery score: the QoR-40. *BJA: International Journal of Anaesthesia*, 84(1), 11-15.
- Newberg, A. B., & Iversen, J. (2003). The neural basis of the complex mental task of meditation: neurotransmitter and neurochemical considerations. *Medical Hypotheses*, 61(2), 282-291.
- Nieveen, J. L., Zimmerman, L. M., Barnason, S. A., & Yates, B. C. (2008). Development and content validity testing of the Cardiac Symptom Survey in patients after coronary artery bypass grafting. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 37(1), 17-27.
- Olex, S., Newberg, A., & Figueredo, V. M. (2013). Meditation: Should a cardiologist care? *International Journal of Cardiology*, 168(3), 1805-1810.
- Oxlad, M., Stubberfield, J., Stuklis, R., Edwards, J., & Wade, T. D. (2006). Psychological risk factors for cardiac-related hospital readmission within 6 months of

- coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(6), 775-781.
- Paddison, J. S., Sammour, T., Kahokehr, A., Zargar-Shoshtari, K., & Hill, A. G. (2011). Development and Validation of the Surgical Recovery Scale (SRS). *Journal of Surgical Research*, 167(2), e85-e91.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (2013). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization* (8th Edition). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins.
- Portenoy, R. K., Thaler, H. T., Kornblith, A. B., Lepore, J. M., Friedlander-Klar, H., Kiyasu, E. (1994). The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer*, 30a(9), 1326-1336.
- Royse, C. F., Newman, S., Chung, F., Stygall, J., McKay, R. E., Boldt, J., Wilkinson, D. J. (2010). Development and feasibility of a scale to assess postoperative recovery: the post-operative quality recovery scale. *Anesthesiology*, 113(4), 892-905.
- Rymaszewska, J., Kiejna, A., & Hadrys, T. (2003). Depression and anxiety in coronary artery bypass grafting patients. *Eur Psychiatry*, 18(4), 155-160.
- Schulz, P. S., Zimmerman, L., Pozehl, B., Barnason, S., & Nieveen, J. (2011). Symptom management strategies used by elderly patients after coronary artery bypass surgery. *Applied Nursing Research*, 24(2), 65-73.
- Stark, P. A., Myles, P. S., & Burke, J. A. (2013). Development and psychometric evaluation of a postoperative quality of recovery score: the QoR-15. *Anesthesiology*, 118(6), 1332-1340.
- Stolic, S., Mitchell, M., & Wollin, J. (2010). Nurse-led telephone interventions for people with cardiac disease: a review of the research literature. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 9(4), 203-217.
- Sullivan, M. J., Wood, L., Terry, J., Brantley, J., Charles, A., McGee, V., Cuffe, M. S. (2009). The Support, Education, and Research in Chronic Heart Failure Study (SEARCH): A mindfulness-based psychoeducational intervention improves

- depression and clinical symptoms in patients with chronic heart failure. *American Heart Journal*, 157(1), 84-90.
- Suwisith, N., Hanucharukul, S., Dodd, M., Vorapongsathorn, T., Pongthavorakamol, K., & Asavametha, N. (2008). Symptom cluster and functional status of women with breast cancer. *Thai Journal of Nursing Research*, 12(3), 153-164.
- Talamini, M. A., Stanfield, C. L., Chang, D. C., & Wu, A. W. (2004). The surgical recovery index. *Surgical Endoscopy And Other Interventional Techniques*, 18(4), 596-600.
- Theobald, K., & McMurray, A. (2004). Coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful recovery. *Journal of Advanced Nursing*, 47(5), 483-491.
- Theobald, K., Worrall-Carter, L., & McMurray, A. (2005). Psychosocial issues facilitating recovery post-CABG surgery. *Australian Critical Care*, 18(2), 76-85.
- Triamchaisri S.K, Triamchaisri, S., & Sresumatchai. V. (2013). Biopsychosocial Dimensions and intervention among Cardiovascular patients. *In Sixth ICOH International Conference on Work Environment and Cardiovascular Diseases. Total prevention of Cardiovascular Disease from Social, Organization and Clinical Perspective. Book of abstract*, 173.
- Urden, L.D., Stray, K.M., & Lough, M.E. (2014). *Critical Care Nursing* (7th Ed.). St. Louis: Elsevier Saunders. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- Utriyaprasit, K. (2001). *The relationship between recovery symptoms and functional outcomes in Thai CABG patients*. Frances Payne Bolton School of Nursing: Case Western Reserve University.
- Utriyaprasit, K., & Moore, S. (2005). Recovery symptoms and mood states in Thai CABG patients. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, 16(2), 97-106.
- Utriyaprasit, K., Moore, S. M., & Chaiseri, P. (2010). Recovery after coronary artery bypass surgery: effect of an audiotape information programme. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), 1747-1759.
- Utriyaprasit, K., Hengcenharoensuwan, P., Sindhu, S., & Laksanabunsong, P. (2011). Relationship between selected factors and Length of hospital stay in coronary artery bypass graft patient. *Sriraj Med J*, 63(2), 52 – 57.

- Vaccarino, V., Lin, Z. Q., Kasl, S. V., Mattera, J. A., Roumanis, S. A., Abramson, J. L., & Krumholz, H. M. (2003). Gender differences in recovery after coronary artery bypass surgery. *Journal of the American College of Cardiology*, 41(2), 307-314.
- Wood, S. (2010). *Cardiac Nursing* (6th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wolfer, J.A. (1973). Definition and assessment of surgical patients' welfare and recovery. *Nursing Research*, 22(5), 394-401.
- Wong, J., Tong, D., De Silva, Y., Abrishami, A., & Chung, F. (2009). Development of the functional recovery index for ambulatory surgery and anesthesia. *Anesthesiology*, 110(3), 596-602.
- World Health Organization. (2016). *Cardiovascular diseases (CVDs): Fact sheet* Reviewed September 2016. Available: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>, 1 October 2016.
- Zimmerman, L., Barnason, S., Nieveen, J., & Schmaderer, M. (2004). Symptom management intervention in elderly coronary artery bypass graft patients. *Outcomes Manag*, 8(1), 5-12.
- Zimmerman, L., Barnason, S., Schulz, P., Nieveen, J., Miller, C., Hertzog, M., Tu, C. (2007). The Effects of a Symptom Management Intervention on Symptom Evaluation, Physical Functioning, and Physical Activity for Women After Coronary Artery Bypass Surgery. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(6), 493-500.
- Zimmerman, L., Barnason, S., Young, L., Tu, C., Schulz, P., & Abbott, A. A. (2010). Symptom profiles of coronary artery bypass surgery patients at risk for poor functioning outcomes. *J Cardiovasc Nurs*, 25(4), 292-300.
- Zimmerman, L., Barnason, S., Hertzog, M., Young, L., Nieveen, J., Schulz, P., & Tu, C. (2011). Gender differences in recovery outcomes after an early recovery symptom management intervention. *Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care*, 40(5), 429-439.



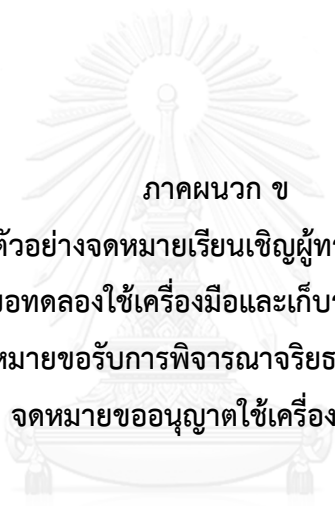
ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่
1. อาจารย์ นายแพทย์จูล น้าชัยศิริ	อาจารย์แพทย์ประจำหน่วย ศัลยกรรมทรวงอก ภาควิชา ศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รองศาสตราจารย์ ดร. เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร. สมพร กันทรดุษฎี – เตรียมชัยศรี	อาจารย์ประจำภาควิชาการ พยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์	อาจารย์สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียน พยาบาลรามาธิบดี คณะ แพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นายวินิตย์ หลงละเลิง	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาล ธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ



ภาคผนวก ข
ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
จดหมายขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/0656

วันที่ ๑๘ เมษายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง ชันธ์แก้ว ลักขณานุกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ นายแพทย์ จุล นำชัยศิริ อาจารย์แพทย์ประจำหน่วยศัลยศาสตร์ทรวงอก ภาควิชาศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

อาจารย์ นายแพทย์ จุล นำชัยศิริ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152
เรือเอกหญิง ชันธ์แก้ว ลักขณานุกุล โทร. 09-1879-3213



ที่ ศธ 0512.11/0๖๕๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๘ เมษายน 2559

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. สมพร กันทรคุชฎี เตริยมชัยศรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง ชันธ์แก้ว ลักษณะานุกูล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญพัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152

เรือเอกหญิง ชันธ์แก้ว ลักษณะานุกูล โทร. 09-1879-3213



ที่ ศธ 0512.11/ 0๒๕๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๕ เมษายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง ชันธ์แก้ว สักขณานุกูล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร. เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152

เรือเอกหญิง ชันธ์แก้ว สักขณานุกูล โทร. 09-1879-3213

ที่ ศธ 0512.11/06๕๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ เมษายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง ชันธ์แก้ว ลักษณะานุกุล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152

เรือเอกหญิง ชันธ์แก้ว ลักษณะานุกุล โทร. 09-1879-3213



ที่ ศธ 0512.11/ ๐๖๕๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ เมษายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง ชันธ์แก้ว ลักขณานุกุล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายวินิตย์ หลงละเลิง ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ กลุ่มงานการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นายวินิตย์ หลงละเลิง

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152

เรือเอกหญิง ชันธ์แก้ว ลักขณานุกุล โทร. 09-1879-3213

ที่ ศธ 0512.11/ 07486



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง ชันธ์แก้ว ลักษณะานุกูล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 – 59 ปี หลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรก เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 74 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ แบบประเมินการจัดการอาการ และแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือเอกหญิง ชันธ์แก้ว ลักษณะานุกูล ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152
เรือเอกหญิง ชันธ์แก้ว ลักษณะานุกูล โทร. 09-1879-3213

ที่ ศธ 0512.11/ 0676



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

4 พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. บันทึกข้อความขออนุมัติทำการศึกษาทดลองในมนุษย์ถึงประธานจริยธรรมการวิจัยในคน 14 ชุด
 2. เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย 14 ชุด
 3. หนังสือยินยอมบอกกล่าวด้วยความเต็มใจ 14 ชุด
 4. แบบฟอร์มการส่งโครงการวิจัยเพื่อการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน 14 ชุด
 5. CD ไฟล์โครงร่างการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง 1 แผ่น

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง ชันธ์แก้ว ลักขณานุกูล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือเอกหญิง ชันธ์แก้ว ลักขณานุกูล เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152
เรือเอกหญิง ชันธ์แก้ว ลักขณานุกูล โทร. 09-1879-3213

rene.allvin@regionorebrolan.se 14/9/58

ถึง สีน

อังกฤษ > ไทย แปลข้อความ ปิดสำหรับ: อังกฤษ x

Dear Ms Khankaew Lukananukul,

I am glad to hear that you are interested of postoperative recovery and the PRP questionnaire. You have my permission to translate the PRP and to modify it into Tai culture.

Attached you will find:

- The PRP questionnaire (Swedish original)
- A translation of the PRP questionnaire into English
- The articles that are part of the development of the PRP

I hope this will be of help in your work with your thesis

Best regards
Renée

Renée Allvin, RNA, MSNc, PhD
Department of Anesthesiology & Intensive Care/Skills Center
Örebro University Hospital
SE- 701 85 Örebro
Sweden
Phn: + 46 19 6020144
E-mail: rene.allvin@regionorebrolan.se
<http://www.regionorebrolan.se/>

Från: Khankaew Lukananukul [mailto:khankaew.l@gmail.com]
Skickat: den 14 september 2015 10:55
Till: Allvin René, USÖ ANIVA opsservice
Ämne:



ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
 โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
 270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
 Tel. (662) 201-1000

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๙/๓๘๐

ชื่อโครงการ EC_590607 ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

เลขที่โครงการ/รหัส ID ๐๖ - ๕๙ - ๒๒ ๖

ชื่อหัวหน้าโครงการ เรือเอกหญิง ชันธ์แก้ว ลักขณานุกุล

สถานที่ศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ
 เจริญดี จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม
 ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา)

วันที่รับรอง ๒๙ มิถุนายน ๒๕๕๙
 ระยะเวลาในการศึกษา ๑๑ เดือน



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
 โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
 270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
 Tel. (662) 201-1000

Documentary Proof of Ethical Clearance
Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

No MURA2016/380

Title of Project EC_590607	The Effect of Symptom Management Combined with Meditation Program on Postoperative Recovery in Patients after Coronary Artery Bypass Graft Surgery
Protocol Number	ID 06 – 59 – 22
Principal Investigator	Lieutenant Khankaew Lukananukul
Educational Institution	Faculty of Nursing Chulalongkorn University

The aforementioned project has been reviewed and approved by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Chairman
Committee on Human Rights Related to
Research Involving Human Subjects


 Prof. Pat Mahachoklertwattana, M.D.

Date of Approval June 29, 2016
Duration of Study 11 Months

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย
หลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ชื่อผู้วิจัย เรือเอกหญิง ชันธ์แก้ว ลักขณานุกุล

สถานที่วิจัย หอผู้ป่วยศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. ชื่อ – นามสกุล เรือเอกหญิง ชันธ์แก้ว ลักขณานุกุล
ที่อยู่(ที่ทำงาน) พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ
โทรศัพท์ 091-8793213

ความเป็นมาของโครงการ

โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยเพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ต้องเผชิญกับปัญหาการฟื้นตัวภายหลังกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น อาการปวด อาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ วิดกกังวล ซึมเศร้า ซึ่งอาการต่างๆที่เกิดขึ้นเหล่านี้ส่งผลต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การทำงาน และยังเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมฟื้นฟูร่างกาย ทำให้การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ลดอาการและความไม่สบายที่เกิดขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด อีกทั้งลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ
2. เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดีเพื่อขออนุญาตจากคณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมคัดเลือกรุ่นตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย บอกวัตถุประสงค์การวิจัย และแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

4. ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้ป่วยจะได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับ 1) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สาเหตุ การรักษา 2) อาการที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเมื่อกลับบ้าน ประกอบด้วย อาการปวดแผลผ่าตัด เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาบวม เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น หายใจลำบาก วิตกกังวล ซึมเศร้า 3) วิธีการจัดการอาการ 4) การปฏิบัติสมาธิ ได้แก่ ความหมาย ขั้นตอน ประโยชน์ในการปฏิบัติสมาธิ ทั้งในเชิงทฤษฎีและทักษะการปฏิบัติ ซึ่งจะได้รับในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม และจะทำการติดตามหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 1 สัปดาห์ (เฉพาะในสัปดาห์ที่ 1 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) และ 1 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 3 สัปดาห์ โดยนัดหมายตามวันและเวลาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสะดวก และติดตามเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 และ 5 และผู้ป่วยจะได้รับการประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

5. ผู้วิจัยได้แจกคู่มือการจัดการอาการและคู่มือการปฏิบัติสมาธิให้กับกลุ่มตัวอย่าง

6. ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วน แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดประมาณ 10 - 15 นาที

7. เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถามและตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถามอีกครั้ง

8. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาคิดคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแต่ละแบบสอบถามแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยโดยตรง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้รับรู้วิธีการจัดการอาการที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวที่ดี

ประโยชน์ต่อส่วนรวมคือ ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการแพทย์และพยาบาล โดยนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนแก้ปัญหาอาการที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตหรือการทำงานประจำวันของผู้ป่วย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดและลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และผลการวิจัยสามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมการสอนผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผลข้างเคียงต่อผู้เข้าร่วมวิจัย คือ หากในขณะดำเนินการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดอันตรายหรือผลอันไม่พึงประสงค์ เช่น เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ หัวใจเต้นผิดปกติหวัหะ ผู้วิจัยจะยุติการดำเนินการวิจัยโดยทันที และจะประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และรายงานแพทย์เพื่อทำการรักษาที่เหมาะสมต่อไป หรือกรณีที่ผู้ป่วยอยู่บ้านผู้วิจัยจะประสานงานกับหน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุดเพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป หรือหากในขณะดำเนินการวิจัยผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกกังวลใจ ไม่สบายใจ สามารถติดต่อผู้วิจัยหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง ตามที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ที่ให้ไว้

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมโครงการจะถูกถอดออกเป็นรหัส รายงานการวิจัยและผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

ถ้าท่านมีปัญหาข้อข้องใจหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อธิการวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โทรศัพท์ 02-2011544

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลัง
ผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ชื่อผู้วิจัย เรือเอกหญิง ชันธ์แก้ว ลักษณะานุกูล

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ ท ร า บ
รายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสียที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้ว
อย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้า
รู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วม
โครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บ
ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การ
เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วย
เหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสียที่
อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 1.2 แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ดัดแปลงจากแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของ Allvin et al. (2009)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

- 2.1 แผนการสอน เรื่อง การจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
- 2.2 power point ประกอบการสอน เรื่องการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
- 2.3 คู่มือการจัดการอาการและคู่มือการปฏิบัติสมาธิของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

- 3.1 แบบประเมินการจัดอาการ
- 3.2 แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิ ประยุกต์จากแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิของ กฤษณา พุทธวงศ์ (2554)

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบบันทึกข้อมูล
วันที่บันทึกข้อมูล.....

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมายถูก (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำในช่องว่าง

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี (นับจำนวนปีเต็ม)
3. สถานภาพสมรส

() 1. โสด	() 2. คู่	() 3. หม้าย
() 4. หย่า	() 5. แยกกันอยู่	
4. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้ศึกษา	() 2. ประถมศึกษา	() 3. มัธยมศึกษา
() 4. อนุปริญญา	() 5. ปริญญาตรี	
() 6. อื่นๆ ระบุ.....		
5. อาชีพ

() 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	() 2. รับจ้าง	() 3. เกษตรกร
() 4. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	() 5. รับราชการ	() 6. รัฐวิสาหกิจ
() 7. อื่นๆ ระบุ.....		
6. รายได้ของครอบครัว (เฉลี่ยต่อเดือน)

() 1. ไม่มีรายได้	() 2. น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน
() 3. 10,001 – 15,000 บาท/เดือน	() 4. 15,001 – 20,000 บาท/เดือน
() 5. 20,001 – 25,000 บาท/เดือน	() 6. มากกว่า 25,000 บาท/เดือน

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (สำหรับผู้วิจัย)

1. การวินิจฉัยโรค.....
2. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท
อัตราการเต้นของหัวใจ.....ครั้ง/นาที
อัตราการหายใจ.....ครั้ง/นาที
3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
BMI.....kg/m²
4. ท่านมีโรคประจำตัวหรือโรคร่วมอะไรบ้าง (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีโรคประจำตัว	<input type="checkbox"/> 2. โรคเบาหวาน
<input type="checkbox"/> 3. โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> 4. โรคความดันโลหิตสูง
<input type="checkbox"/> 5. โรคไขมันในเลือดสูง	<input type="checkbox"/> 6. โรคหลอดเลือดสมอง
<input type="checkbox"/> 7. โรคไต	<input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ ระบุ.....
5. ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนการผ่าตัด

<input type="checkbox"/> 1. ระดับที่ 1 (NYHA class 1)	<input type="checkbox"/> 2. ระดับที่ 2 (NYHA class 2)
<input type="checkbox"/> 3. ระดับที่ 3 (NYHA class 3)	<input type="checkbox"/> 4. ระดับที่ 4 (NYHA class 4)
6. เทคนิคที่ใช้ในการผ่าตัด

<input type="checkbox"/> 1. On – pump CABG	<input type="checkbox"/> 2. On – pump beating heart CABG
<input type="checkbox"/> 3. Off – pump CABG	<input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ.....
7. จำนวนหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ.....เส้น
8. ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายก่อนการผ่าตัด (LVEF).....%

เลขที่แบบสอบถาม

วันที่บันทึกข้อมูล.....

1.2 แบบประเมินการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ไม่เคยเลย	หมายถึง	อาการหรือความรู้สึกนั้นไม่เคยเกิดขึ้นกับท่านเลยใน 1 สัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	อาการหรือความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นกับท่าน 1 – 3 ครั้ง/สัปดาห์
บ่อยๆ	หมายถึง	อาการหรือความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นกับท่าน 4 – 6 ครั้ง/สัปดาห์
เป็นประจำ	หมายถึง	อาการหรือความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นกับท่านทุกวัน

ลำดับ	โปรตรระบุ อาการหรือความรู้สึก ดังต่อไปนี้ เกิดขึ้นบ่อยเพียงใด	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เป็น ประจำ
ด้านอาการทางกาย					
1.	ท่านมีอาการปวดแผลผ่าตัด				
2.	ท่านมีอาการเบื่ออาหาร				
3.	.....			
4.	.....			
5.	.....			
ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย					
6.	ท่านต้องเบ่งถ่ายอุจจาระ หรือ ไข้ยาระบาย				
7.	ท่านมีอาการหายใจไม่อิ่ม หรือ หายใจไม่เต็มปอด ภายหลังจากกิจกรรมหรือหลังออกกำลังกาย				
8.	.....			
9.	.....			
10.	.....			

ลำดับ	โปรตรระบุ อาการหรือความรู้สึก ดังต่อไปนี้ เกิดขึ้นบ่อยเพียงใด	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เป็น ประจำ
ด้านจิตใจ					
11.	ท่านรู้สึกกังวลใจ				
12.	ท่านรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า				
13.	.....			
14.	.....			
ด้านสังคม					
15.	ท่านไม่ชอบทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว หรือบุคคลรอบข้าง				
16.	.....			
17.	.....			
ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ					
18.	ท่านต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการทำ กิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน				
19.	.....			

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ

ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 5 สัปดาห์ มี 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์การรับรู้อาการ (เริ่มดำเนินกิจกรรมในวันที่ 8 หลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม) ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 นาที

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย มีการดำเนินการตั้งแต่วันแรกที่พบผู้ป่วยและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งสิ้นสุดโปรแกรม โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองเพื่อสร้างความไว้วางใจและความเชื่อมั่น ผู้วิจัยพูดคุยประสบการณ์การรับรู้อาการกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การรับรู้อาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงของอาการและการตอบสนองต่ออาการตามการรับรู้ของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การปฏิบัติสมาธิ

ขั้นตอนที่ 2 กลวิธีในการจัดการอาการ

ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความสามารถในการจัดการอาการได้อย่างถูกต้องเหมาะสมโดยการให้ความรู้ ข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยนั้นได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราเอกสารทางวิชาการ งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เป็นรายบุคคลในการจัดการอาการ การฝึกทักษะการจัดการอาการ และการสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 (เริ่มดำเนินกิจกรรมในวันที่ 9 หลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม) ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 40 นาที

1) ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อาการที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเมื่อกลับบ้านได้แก่ ปวดแผลผ่าตัด เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ชาบวม เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น หายใจลำบาก วิตกกังวล ซึมเศร้า และวิธีการจัดการอาการ

2) ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติสมาธิ ได้แก่ หลักในการปฏิบัติสมาธิ ประโยชน์ ข้อควรปฏิบัติ และขั้นตอนการฝึกสมาธิ

3) ฝึกทักษะการจัดการอาการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความสามารถในการจัดการอาการได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ประกอบด้วย ทักษะในการจัดการอาการ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การบริหารการหายใจ และทักษะการปฏิบัติสมาธิ และมอบคู่มือการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ

4) ภายหลังจากให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการอาการ ผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติสมาธิอย่างต่อเนื่องที่บ้าน วันละ 2 ครั้งหลังอาหาร และปฏิบัติอย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์

กิจกรรมที่ 2 (เริ่มดำเนินกิจกรรมในวันที่ 2 และวันที่ 4 หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 – 15 นาที

ผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วยเพื่อสอบถามการปฏิบัติการจัดการอาการของผู้ป่วย ปัญหา/อุปสรรคในการจัดการอาการ พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและเน้นย้ำประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจในการปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 3 (เริ่มดำเนินกิจกรรมในวันที่ 7 หรือ สัปดาห์ที่ 1 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ณ ห้องตรวจโรคศัลยกรรม) ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 – 15 นาที

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะได้รับการนัดเพื่อมารับการตรวจติดตามอาการในช่วง 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ที่ผู้ป่วยมารับการตรวจยังห้องตรวจโรคศัลยกรรมแผนกผู้ป่วยนอก

ผู้วิจัยพุดคุย สอบถามการปฏิบัติการจัดการอาการของผู้ป่วย ทบทวนความรู้ตามคู่มือการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ ให้ผู้ป่วยปฏิบัติสมาธิให้ผู้วิจัยดู 1 ครั้ง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยให้กำลังใจผู้ป่วยและเน้นย้ำประโยชน์ของการปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 4 (เริ่มดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 – 15 นาที

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 3 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 เพื่อสอบถามการปฏิบัติการจัดการอาการของผู้ป่วย ทบทวนความรู้ตามคู่มือการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ ประเมินปัญหาข้อขัดข้อง พร้อมหาแนวทางแก้ไข เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พุดคุยให้กำลังใจและเน้นย้ำประโยชน์ของการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติของผู้ป่วย

ผลลัพธ์ (ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ณ ห้องตรวจโรคศัลยกรรม) ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 – 15 นาที

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจะได้รับการนัดเพื่อติดตามอาการจากแพทย์อีกครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์หรือ 1 เดือน ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 ที่ผู้ป่วยมารับการตรวจยังห้องตรวจโรคศัลยกรรมแผนกผู้ป่วยนอก

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์การจัดการอาการโดยใช้โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิและผลลัพธ์จากการปฏิบัติ และให้ผู้ผู้ป่วยประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจด้วยตนเอง

2.1 แผนการสอน เรื่อง “การจัดการอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและการปฏิบัติสมาธิ”

แผนการสอน เรื่อง การจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ผู้รับการสอน	ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อายุ 18 – 59 ปี
ผู้สอน	เรือเอกหญิง ชันธแก้ว ลักขณานุกุล
ระยะเวลาและสถานที่	
ระบอบก่อนจำหน่าย : 2 ครั้ง	
ครั้งที่ 1 วันที่ 8 หลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี ใช้เวลาประมาณ 10 นาที	
ครั้งที่ 2 วันที่ 9 หลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี ใช้เวลาประมาณ 40 นาที	
ระบอบหลังจำหน่าย : 7 ครั้ง	
ครั้งที่ 1 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ในวันที่ 2 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที	
ครั้งที่ 2 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ในวันที่ 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที	
ครั้งที่ 3 ติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ในสัปดาห์ที่ 1 หลังจำหน่าย ใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที	
ครั้งที่ 4,5 และ 6 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในอาทิตย์ที่ 2, 3 และ 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาทิตย์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที	
ครั้งที่ 7 ติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ในสัปดาห์ที่ 5 หลังจำหน่าย ใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที	

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

1. มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
2. มีความรู้และเข้าใจเรื่องอาการและการจัดการอาการในระยะฟื้นฟูและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง
3. มีความรู้และเข้าใจเรื่องการปฏิบัติสมาธิและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>ครั้งที่ 1 วันที่ 8 หลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (15 นาที)</p>	<p>เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พร้อมทั้งประเมินอาการ การรับรู้ อาการ ตอบสนองต่ออาการ และวิธีการจัดการอาการ เพื่อวางแผนการพยาบาล และประเมินประสิทธิผลการปฏิบัติ</p>	<p>สร้างสัมพันธ์ภาพ สวัสดิ์คีระ ตีฉันทิเรอเอกหญิงจันทร์แก้ว สักขมานุกูล เป็นนัสนิตปรีชญูยาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำการวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับกรปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จึงขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้</p> <p>ท่านเป็นบุคคลที่สามารถเข้าร่วมวิจัยและให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้า โดยการศึกษาครั้งนี้ท่านจะได้รับทราบการพยาบาลตามปกติและไม่ก่อให้เกิดอันตราย โดยจะได้รับการวิจัยทุกครั้งที่ท่านทำวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อาการที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ วิธีการจัดการอาการ และการปฏิบัติสมาธิ</p>	<p>ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพ โดยกล่าวทักทายผู้ป่วยด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส พร้อมทั้งแนะนำตนเองและขอความร่วมมือในการวิจัย</p> <p>ผู้วิจัยที่แจ้งการเข้าร่วมการวิจัยพอสังเขปพร้อมทั้งอาการ การรับรู้ ความรุนแรงของอาการ การตอบสนองของอาการ และวิธีการจัดการอาการ โดยการสังเกตสีหน้าท่าทางและการพูดโต้ตอบกับผู้วิจัย</p> <p>ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกัน การปฏิบัติสมาธิ โดยผู้วิจัยจะได้รับความรู้ในเรื่องอาการ วิธีการจัดการอาการ และมีทักษะการจัดการอาการ</p> <p>ผู้วิจัยนัดหมายผู้ป่วยในครั้งต่อไปในวันพรุ่งนี้เวลา 10.00 น.</p>		<p>-แบบสอบถาม -ข้อมูลส่วนบุคคล -แบบประเมิน -การฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ</p>

ครั้งที่ 2 วันที่ 9 หลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (40 นาที)	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ</p>	<p>โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สาเหตุ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เกิดจากหลอดเลือดมีการสะสมของคราบไขมันเกาะอยู่บนผนังหลอดเลือดจนเกิดการอุดตันหรือตีบตัน ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอ</p> <p>ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้</p> <ol style="list-style-type: none"> อายุ ผู้ชายมักเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเมื่ออายุเกิน 45 ปี ส่วนผู้หญิงมักเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเมื่ออายุเกิน 55 ปี เพศ พบว่าเพศชายเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะชายเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมื่อมีความดันโลหิตสูง ไชมันโนเลือดสูง และเพศหญิงจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้มากขึ้นเมื่อถึงวัยหมดประจำเดือน พันธุกรรม เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ป่วยเป็นโรคหัวใจ เป็นต้น <p>ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้</p>	<p>- ผู้สอนแนะนำตนเองและกล่าวถึงทัศนคติที่สุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส</p> <p>- ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสอนและระยะเวลาของการทำงานกิจกรรม</p> <p>- ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ด้วยการใช้คำถามปลายเปิด เพื่อร่วมสนทนาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เช่น</p> <p>“ท่านทราบหรือไม่ว่าท่านเจ็บป่วยด้วยโรคอะไร”</p> <p>“ท่านทราบหรือไม่ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเกิดจากสาเหตุอะไร และมีปัจจัยเสี่ยงใดบ้างที่ทำให้เกิดโรค”</p>	<p>PowerPoint นำเสนอเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ ตีบ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง</p>	<p>- ประเมินสีหน้าท่าทางของผู้ป่วย ที่แสดงออกถึงความสนใจ ตั้งใจ เช่น การพยักหน้า ชักถามข้อสงสัยต่างๆ - ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเกิดจากสาเหตุปัจจัยเสี่ยงใด</p>	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>1. ความดันโลหิตสูง เนื่องจากความดันโลหิตสูงทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนปกติ</p> <p>2. ภาวะไขมันในเลือดสูง การควบคุมให้ LDL cholesterol ต่ำกว่า 100 mg/dl HDL cholesterol สูงกว่า 45 mg/dl และ total cholesterol ต่ำกว่า 200 mg/dl จะช่วยลดและป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและไขมันอุดตันหลอดเลือดได้</p> <p>3. การสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องงอกออกซึ่งมากชิ้น และอาจคาร์บอนไดออกไซด์จะรบกวนการได้รับออกซิเจนของเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดได้ง่าย</p> <p>4. เบาหวาน ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดเลือด เกิดการอักเสบของเยื่อภายในหลอดเลือด มีการแข็งตัวและหนาตัวขึ้น</p>			

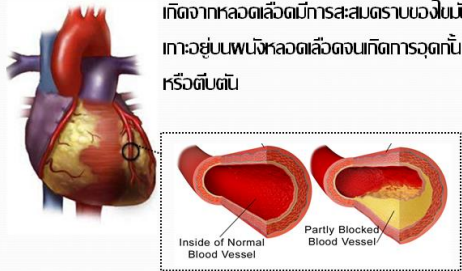
2.2 power point ประกอบการสอน เรื่องการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ
ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยง
หลอดเลือดหัวใจ




โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

เกิดจากหลอดเลือดมีการสะสมไขมันของไขมัน
เกาะอยู่บนผนังหลอดเลือดจนเกิดการอุดตัน
หรือตีบตัน



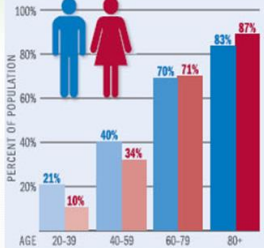
Inside of Normal Blood Vessel Partly Blocked Blood Vessel



ปัจจัยเสี่ยงและการรักษาโรคหัวใจ

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่ หลีกเลี่ยงไม่ได้

- อายุ
- IWGL
- พันธุกรรม



AGE	Male (%)	Female (%)
20-39	21%	10%
40-59	40%	34%
60-79	70%	71%
80+	85%	87%

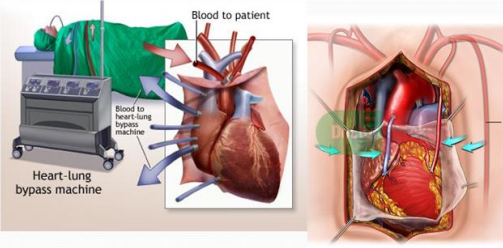
การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ



Internal mammary artery

- รักษาด้วยการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

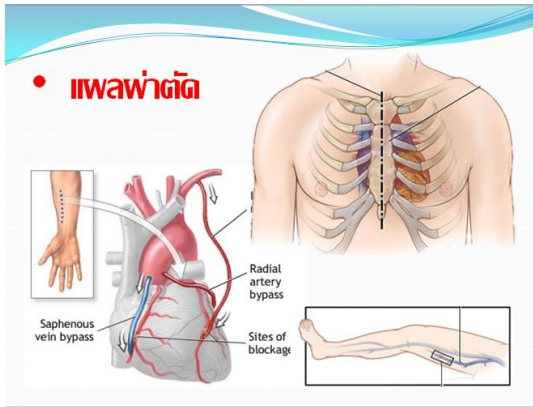
1 ปวดแสบปวดร้อน



Blood to patient

Blood to heart-lung bypass machine

Heart-lung bypass machine



อาการปวดแผลผ่าตัด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Pain	Mild	Moderate	Severe	Very Severe	Worst Pain					
0	1-3	4-6	7-9	10						

- รู้สึกปวดตื้อๆ
- อาจรู้สึกปวดมากขึ้นเมื่อมีการหายใจลึก การไอ การจาม หรือการเคลื่อนไหวร่างกาย
- ปวดแบบเสบริ้น
- รู้สึกเหมือนมีดแทง เจ็บชึ้นๆ
- เชา

การจัดการอาการปวดแผล

- **• ประดองแผลผ่าตัด**บนะลูกนั้งและเดสีอ่บิหฺวร่างกาย
- ใช้หมอนหรือฟ้านุ่มมาก**แผลผ่าตัด**บริเวณทรวงอกบนมือ หรือจาม

การจัดการอาการปวดแผล

- ใช้**ผ้ายึด**สำหรับพันรอบอกเพื่อประดอง**แผลผ่าตัด**
- **ฝึกการพ่นดลสาย** เช่น การกำหนดลมหายใจง การปฏิบัติสมาธิ พ่นดลสายกล่ามเนื้อ
- **รับประทานยาแก้ปวด**

2 เหนื่อยล้า

- **• รู้สึกเหนื่อยง่าย**
- **• รู้สึกไม่มีแรง** ขาดพลังในการทำกิจกรรมต่างๆ
- **• รู้สึกอ่อนเพลีย**
- **• รู้สึกเหมือนกล้ามเนื้ออ่อนแรง**

การจัดการอาการเหนื่อยล้า

- **จัดลำดับการทำกิจกรรม** ปฏิบัติกิจกรรมในช่วงเวลาที่ดีที่สุดของวัน
- **นอนหลับพักผ่อน**
 - 8 - 10 ชั่วโมงในเวลากลางคืน
 - จิบสปีในช่วงกลางวัน 20 - 30 นาที

วัตถุประสงค์ก่อนการฝึกสมาธิ

4. เตือนใจตัวเอง ควบคุมการเคลื่อนไหว ไม่รบกวน

5. ความรู้สึกนึกคิดต้องไม่หนีไปมาตามสิ่งเร้า

ข้างกาย เช่น เสียง กลิ่น การพูดคุยของเด็กรอบข้าง เป็นต้น



ขั้นตอนการปฏิบัติสมาธิ

ขั้นที่ 1 ท่าเตรียม

- **ท่านอน** นอนหงายบนพื้นราบ
- **ท่านั่ง** นั่งบนเก้าอี้ พังพนักเก้าอี้ เท้าทั้งสองข้างสัมผัสพื้น
- **ท่ายืน** ยืนให้ขาทั้งสองข้างแยกออกจากกันระดับไหล่ของหัวไหล่ อาจสวมรองเท้าหรือไม่สวมรองเท้าก็ได้

ขั้นที่ 1 ท่าเตรียม



ขั้นที่ 2 ฝึกการหายใจ

หายใจเข้าทางจมูก



หายใจออกทางปาก



ขั้นที่ 3

หายใจเข้าทางจมูก



หายใจออกทางปาก



ขั้นที่ 4

หายใจเข้าทางจมูก



หายใจออกทางปาก



2.3 คู่มือการจัดการอาการและคู่มือการปฏิบัติสมาธิของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ



**คู่มือการจัดการอาการ
สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ**

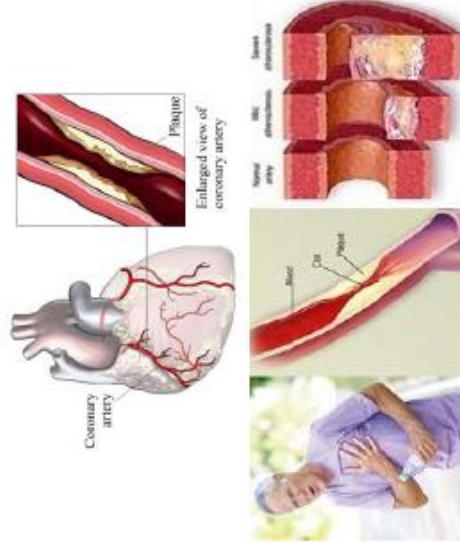
จัดทำโดย เว็อเอกนฉิ่งฉิ่งฉิ่งฉิ่ง ฉิ่งฉิ่งฉิ่งฉิ่ง
นั้ฉิ่งฉิ่งฉิ่งฉิ่ง ฉิ่งฉิ่งฉิ่งฉิ่งฉิ่งฉิ่ง ฉิ่งฉิ่งฉิ่งฉิ่งฉิ่งฉิ่ง
อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.เร่ฉิ่งฉิ่ง ฉิ่งฉิ่ง

ความรู้เรื่อง...โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

2

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เกิดจากหลอดเลือดมีการสะสมของคราบไขมันเกาะอยู่บนผนังหลอดเลือดจนเกิดการอุดตันหรือตีบตัน ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอกับความต้องการ จึงเกิดการขาดเลือดมาเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หายใจหอบเหนื่อย เป็นต้น



ที่มา : http://www.myfunctionia.com/student_view.asp?ID=10344

ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

- อายุ : ผู้ชายมักเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเมื่ออายุเกิน 45 ปี
: ผู้หญิงมักเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเมื่ออายุเกิน 55 ปี
- เพศ : เพศชายเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
มากกว่าเพศหญิง
- พันธุกรรม : พ่อ แม่ พี่ น้อง ป่วยเป็นโรคหัวใจ

ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงได้

- ความดันโลหิตสูง : ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง
- ภาวะไขมันในเลือดสูง : ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง
และไขมันอุดตันหลอดเลือด
- เบาหวาน : ทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อภายในหลอดเลือด
มีการแข็งตัวและหนาตัวขึ้น
- การสูบบุหรี่
- ภาวะอ้วน
- การขาดการออกกำลังกาย
- ความเครียด

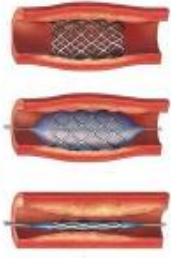


ที่มา : <http://www.healthclick.com>

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

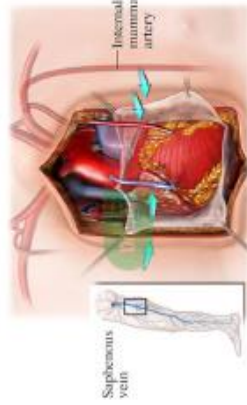
1. รักษาด้วยยา เพื่อลดความต้องการใช้ออกซิเจนที่มากขึ้นของกล้ามเนื้อหัวใจ และเพิ่มการไหลเวียนของหลอดเลือดหัวใจ การใช้อายจะช่วยป้องกันและควบคุมอาการเจ็บหน้าอก

2. รักษาด้วยการใส่บอลลูนหรือขดลวดเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นการทำให้หลอดเลือดหัวใจที่อุดตันขยายออก โดยการใส่บอลลูนหรือขดลวดต่างขยายไว้เพื่อป้องกันการตีบซ้ำ



ที่มา : <http://www.cvcheart.com>

3. รักษาด้วยการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้หลอดเลือดดำที่แขน ขา หรือหลอดเลือดแดงที่ทรวงอกเป็นทางเชื่อมใหม่ข้ามตำแหน่งที่มีการตีบตัน เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงได้เพียงพอกับความต้องการ

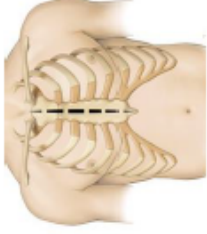


ที่มา : <http://doctortockphoto.com>

1. อาการปวดแผล

ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดอยู่บริเวณกลางทรวงอก ในแนวทรวงอกและแผลผ่าตัดบริเวณแขนหรือขาที่เกิดจากการเคลื่อนเลือดเพื่อใช้แทนหลอดเลือดหัวใจที่ตีบ และในผู้ป่วยที่ใช้หลอดเลือดแดงบริเวณทรวงอกเพื่อทำเป็นบายพาสแทนหลอดเลือดหัวใจที่ตีบ จะพบว่ามีอาการปวดแผลมากกว่าการใช้หลอดเลือดบริเวณแขนหรือขา

ลักษณะอาการปวดแผล



ที่มา : www.bcm.edu/healthcare/care-centers/cardiobronchic

อาการปวดแผลอาจมีลักษณะปวดแบบแสบร้อน เหมือนมดไต่ เจ็บยิบๆ ขา อาการปวดแผลลักษณะนี้มักพบได้ในผู้ป่วยที่ใช้หลอดเลือดแดงบริเวณทรวงอก เป็นบายพาส และอาจรู้สึกปวดแผลผ่าตัดมากขึ้นเมื่อมีการหายใจลึกๆ การไอ การจาม หรือการเคลื่อนไหวร่างกาย

อาการปวดแผลจะค่อยๆลดลงเมื่อกระบวนการหายของแผลเกิดขึ้น ระยะเวลาของอาการปวดแผลมีระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน ขึ้นอยู่กับเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายและแผลที่หายสนิท

ความรู้เรื่อง...การจัดการอาการที่เกิดขึ้น
ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือด



คู่มือการปฏิบัติสมาธิ การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซีกง



จัดทำโดย เรือเอกหญิงจันทร์แก้ว สักขมานุฑุล
นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.นรศักดิ์ เอื้อกิจ

การปฏิบัติสมาธิ

การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวกายไทยซิกง เป็นรูปแบบหนึ่งของ การปฏิบัติสมาธิแบบ SKT ที่พัฒนาขึ้น โดย รศ.ดร. สมพร กันทร ดุษฎี-เตรียมชัยศรี (S;Somporn K.;Kandradudsadi T.;Triumchaisri) เป็นการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวกาย เพื่อควบคุมการทำงานองระบบ ประสาททั้ง 6 ได้แก่ ตา หู จมูก ปาก สัมผัส และการเคลื่อนไหว เพื่อลดสิ่งเร้า และเป็นรูปแบบหนึ่งของการดูแลแบบผสมผสาน คือมีการใช้เทคนิคต่างๆอย่างหลากหลาย ในการสร้างเสริมพลัง ทางด้านบวกต่อการทำงานองร่างกายและจิตใจ และเพื่อปรับ สมดุลให้ระบบต่างๆ ของร่างกายให้มีการทำงานอย่างพอดี

ประโยชน์ของการปฏิบัติสมาธิ

1. บรรเทาอาการปวดแผล การปฏิบัติสมาธิช่วยกระตุ้นให้สมองหลั่งสารสื่อประสาท เอ็นดอร์ฟิน หรือสารแห่งความสุข ช่วยลดอาการปวด ที่มา : <http://www.shutterstock.com>

2. ลดอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย การปฏิบัติสมาธิช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนที่ลดการตื่นตัว ทำให้รู้สึกสงบ ส่งผลให้การตื่นตัวของหัวใจลดลง และการเผาผลาญออกซิเจนลดลง



3. ช่วยให้นอนหลับได้ดี การปฏิบัติสมาธิทำให้จิตใจมีความสุขสงบ ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย และยังกระตุ้นการทำงานองสมองให้หลังสารสื่อประสาทที่มีฤทธิ์คล้ายยานอนหลับ ที่มา : <http://clipart.com>

4. ช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร ลดอาการท้องอืด ท้องผูก การปฏิบัติสมาธิทำให้อวัยวะภายในเกิดการผ่อนคลาย ช่วยให้ลำไส้เคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น ลดอาการท้องอืด ท้องผูก



ประโยชน์ของการปฏิบัติสมาธิ

5. คลายความวิตกกังวล ลดความเครียด
ภาวะซึมเศร้า กระตุ้นการทำงานของสมอง
HAPPY
ส่วนรับรู้ความรู้สึก ทำให้เกิดความรู้สึกลึกซึ้งก่อน
คลาย สุขใจและกระตือรือร้นหลังสารซีโร
โทนินทำให้อารมณ์ดี

6. ส่งเสริมการไหลเวียนเลือดในร่างกาย ลดความดันโลหิต
ช่วยปรับสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้อัตราการ
เต้นของหัวใจลดลง ความดันโลหิตลดลง



หลักในการปฏิบัติสมาธิ

ในการปฏิบัติสมาธิให้ได้ผลดีนั้น ช่วงระหว่างการทำปฏิบัติ
ต้องผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ

1. การปฏิบัติจะต้องตั้งใจและมีอย่างต่อเนื่องทุกวันจึงจะได้
ประโยชน์

2. การฝึกจะต้องจดจ่ออยู่ที่จุดพลัง และเฝ้าดูการไหลของพลัง

3. หลังจากการฝึกสามารถทดสอบพลัง ได้โดยการสังเกตความ
อุ่นของร่างกาย



ที่มา : <http://www.dharma.net>

ข้อควรปฏิบัติก่อนการฝึกสมาธิ

1. สวมเสื้อผ้าหลวมๆ ไม้รัด
2. อุณหภูมิห้องที่ฝึกไม่ร้อนหรือเย็นจนเกินไป



ที่มา : <http://www.safefarborfoods.net>

3. ฝึกในขณะที่ร่างกายไม่หิวหรืออิ่มจนเกินไป
4. เคลื่อนไหวช้าๆ ความคุม

ประสาทสัมผัสการเคลื่อนไหว ไม่เร่งรีบ ต้องระมัดระวังเสมอว่า การฝึกต้องค่อยๆ เป็นค่อยๆ ไป แต่สม่ำเสมอ



5. ความรู้สึกนึกคิดต้องไม่หวั่นไหวไปตามสิ่งรบกวนภายนอก เช่น เสียง กลิ่น การพูดคุยของคนรอบข้าง เป็นต้น

ขั้นตอนการปฏิบัติสมาธิ

ขั้นที่ 1 ท่าเตรียม

การปฏิบัติสมาธิสามารถปฏิบัติได้ทั้งในท่านอน ท่านั่ง และทำยืน ตามที่ผู้ปฏิบัติสะดวก

ท่านอน นอนหงายบนพรมราบ

ท่านั่ง นั่งบนเก้าอี้ พิงพนักเก้าอี้ เอ้าทั้งสองข้างสัมผัสพื้น

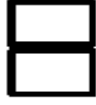
ทำยืน ยืนให้ขาทั้งสองข้างแยกออกจากกันระดับไหล่ของผู้

ฝึก อาจสวมรองเท้าหรือไม่สวมรองเท้าก็ได้

จากนั้นยกมือสองข้างขึ้นมาระดับเอว มือห่างกันระดับลำตัวของผู้ที่ฝึก ตรวจสอบการไหลเวียนของเส้นเลือดสลายไปด้วยความรู้สึกร้อน หรือมีแรงดูมือทั้งสองข้างเข้าหากัน



ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง
3.1 แบบประเมินการจัดการอาการ



แบบประเมินการจัดการอาการ
สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

สัปดาห์ที่ 1 เริ่มวันที่..... ถึงสัปดาห์ที่ 5 วันที่.....

คำชี้แจง แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ประเมินการรับรู้อาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

หมายเหตุ

: หากผู้ป่วยตอบว่า มีอาการ ให้ประเมินว่าอาการนั้นมีความถี่ และรวมความถี่ปฏิบัติกิจกรรมมากน้อยเพียงใด ให้คะแนน (1 หมายถึง อาการเกิดขึ้น น้อย/รวมความถี่ทำกิจกรรมเล็กน้อย 10 หมายถึงอาการเกิดขึ้นเป็นประจำ/รวมความถี่ทำกิจกรรมมากที่สุด)

: หากผู้ป่วยตอบว่า ไม่มีอาการ ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องไม่มีอาการ และไม่ต้องตอบคำถามในส่วนที่ 2 และ 3

ส่วนที่ 2 เมื่อมีอาการเกิดขึ้น ผู้ป่วยมีการปฏิบัติเพื่อบรรเทาอาการเหล่านั้นอย่างไร

ส่วนที่ 3 หลังจากผู้ป่วยจัดการอาการด้วยวิธีการต่างๆแล้ว อาการที่เกิดขึ้น ดีขึ้นหรือคงเดิม ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ดีขึ้นหรือคงเดิม ตามความรู้สึของผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 1

อาการ	การรับรู้อาการ		วิธีการจัดการอาการ	ผลลัพธ์	
	มีอาการ			ดีขึ้น	คงเดิม
	ความถี่ 1 - 10	รบกวนกิจกรรม 1 - 10			
1. ปวดแผล			เมื่อมีอาการเกิดขึ้น ทำนบปรับเปลี่ยนอย่างไร		
2. เหนื่อยล้า					
3. นอนไม่หลับ					
4. เบื่ออาหาร					
5. ปวดไหล่ คอ หลัง					
6. เจ็บหน้าอก					
7. หัวใจเต้นเร็ว					
8. หายใจลำบาก					
9. วิตกกังวล					
10. ซึมเศร้า					
11.					
12.					
13.					



ตารางที่ 6 ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.834	.846	19

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
Symptom 1	.20	.407	30
Symptom 2	.10	.305	30
Symptom 3	.30	.466	30
Symptom 4	.20	.407	30
Symptom 5	.20	.407	30
Function 6	.10	.305	30
Function 7	.20	.407	30
Function 8	.40	.498	30
Function 9	.20	.407	30
Function 10	.10	.305	30
Psycho 11	.30	.466	30
Psycho 12	.90	.305	30
Psycho 13	.90	.305	30
Psycho 14	.90	.305	30
Social 15	.90	.305	30
Social 16	.70	.466	30
Social 17	.90	.305	30
Activity 18	.20	.407	30
Activity 19	.20	.407	30

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Symptom 1	7.70	12.010	.411	.826
Symptom 2	7.80	12.372	.405	.827
Symptom 3	7.60	12.248	.266	.835
Symptom 4	7.70	12.010	.411	.826
Symptom 5	7.70	12.010	.411	.826
Function 6	7.80	12.372	.405	.827
Function 7	7.70	11.390	.648	.814
Function 8	7.50	11.845	.362	.830
Function 9	7.70	12.010	.411	.826
Function 10	7.80	12.372	.405	.827
Psycho 11	7.60	11.628	.469	.823
Psycho 12	7.00	12.000	.587	.820
Psycho 13	7.00	12.000	.587	.820
Psycho 14	7.00	12.000	.587	.820
Social 15	7.00	12.000	.587	.820
Social 16	7.20	11.752	.427	.826
Social 17	7.00	12.621	.286	.831
Activity 18	7.70	12.424	.260	.834
Activity 19	7.70	12.424	.260	.834

Scale Statistics			
Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
7.90	13.334	3.652	19

ตารางที่ 6 ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผลการคำนวณได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 แสดงว่าแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีความเที่ยงในระดับดี



ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของการฟื้นตัวหลัง ผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจรายข้อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทาง เบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	กลุ่มควบคุม (n=22)							
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	\bar{X}	SD	Min	Max	\bar{X}	SD	Min	Max
ด้านอาการทางกาย								
1. ท่านมีอาการปวดแผลผ่าตัด	.05	.21	0	1	.00	.00	0	0
2. ท่านมีอาการเบื่ออาหาร	.23	.43	0	1	.27	.46	0	1
3. ท่านมีอาการอ่อนเพลีย	.23	.43	0	1	.18	.40	0	1
4. ท่านมีอาการปวดไหล่ หลัง ต้นคอ	.05	.51	0	1	.55	.51	0	1
5. ท่านมีอาการนอนไม่หลับ	.27	.46	0	1	.14	.35	0	1
ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย								
6. ท่านต้องเบ่งถ่ายอุจจาระ หรือ ใช้ ยาระบาย	.09	.29	0	1	.18	.40	0	1
7. ท่านมีอาการหายใจไม่อิ่ม หรือ หายใจไม่เต็มปอด ภายหลังจาก กิจกรรมต่างๆหรือออกกำลังกาย	.32	.48	0	1	.86	.35	0	1
8. ท่านมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือ รู้สึกหัวใจเต้นเร็ว ภายหลังจาก กิจกรรมต่างๆหรือออกกำลังกาย	.64	.49	0	1	.95	.21	0	1
9. ท่านเดินได้ระยะทางสั้นๆและ ต้องหยุดพักบ่อยๆ	.23	.43	0	1	.77	.43	0	1
10. ท่านต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการ ลุกนั่ง ยืน หรือ เดิน	.14	.35	0	1	.82	.40	0	1

คะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทาง เบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	กลุ่มควบคุม (n=22)							
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	\bar{X}	SD	Min	Max	\bar{X}	SD	Min	Max
ด้านจิตใจ								
11. ท่านรู้สึกกังวลใจ	.32	.48	0	1	.14	.35	0	1
12. ท่านรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า	.77	.43	0	1	.41	.50	0	1
13. ท่านรู้สึกเหมือนอยู่ตัวคนเดียว	1.0	.00	1	1	1.0	.00	1	1
14. ท่านรู้สึกไม่อยากจะทำอะไร	1.0	.00	1	1	1.0	.00	1	1
ด้านสังคม								
15. ท่านไม่อยากทำกิจกรรมร่วมกับ ครอบครัว หรือบุคคลรอบข้าง	.95	.21	0	1	1.0	.00	1	1
16. ท่านต้องการความช่วยเหลือจาก ครอบครัว หรือเพื่อนอยู่เสมอ	.82	.40	0	1	.64	.49	0	1
17. ท่านรู้สึกอยากอยู่คนเดียวไม่ อยากพูดคุยกับใคร	.95	.21	0	1	1.0	.00	1	1
ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ								
18. ท่านต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการ ทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน	.00	.00	0	0	.27	.46	0	1
19. ท่านดูแลความสะอาดร่างกาย ลดลง เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน หวีผม แต่งตัว	.14	.35	0	1	.91	.29	0	1
รวม	$\bar{X} = 8.64$ SD = 1.36				$\bar{X} = 11.14$ SD = 1.03			

จากตารางที่ 7 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจรายข้อ ของกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจใกล้เคียงกัน โดยพบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองเพียงเล็กน้อย

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของการฟื้นตัวหลัง ผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	กลุ่มทดลอง (n=22)							
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	\bar{X}	SD	Min	Max	\bar{X}	SD	Min	Max
ด้านอาการทางกาย								
1. ท่านมีอาการปวดแผลผ่าตัด	.00	.00	0	0	.14	.35	0	1
2. ท่านมีอาการเบื่ออาหาร	.09	.29	0	1	.59	.50	0	1
3. ท่านมีอาการอ่อนเพลีย	.14	.35	0	1	.68	.48	0	1
4. ท่านมีอาการปวดไหล่ หลัง ต้นคอ	.14	.35	0	1	.77	.42	0	1
5. ท่านมีอาการนอนไม่หลับ	.09	.29	0	1	.55	.51	0	1
ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย								
6. ท่านต้องเบ่งถ่ายอุจจาระ หรือ ใช้ ยาระบาย	.23	.43	0	1	.64	.49	0	1
7. ท่านมีอาการหายใจไม่อิ่ม หรือ หายใจไม่เต็มปอด ภายหลังจาก กิจกรรมต่างๆหรือออกกำลังกาย	.45	.51	0	1	1.0	.00	1	1
8. ท่านมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือ รู้สึกหัวใจเต้นเร็ว ภายหลังจาก กิจกรรมต่างๆหรือออกกำลังกาย	.55	.51	0	1	1.0	.00	1	1
9. ท่านเดินได้ระยะทางสั้นๆและ ต้องหยุดพักบ่อยๆ	.18	.40	0	1	.95	.21	0	1
10. ท่านต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการ ลุกนั่ง ยืน หรือ เดิน	.09	.29	0	1	.82	.40	0	1

คะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	กลุ่มทดลอง (n=22)							
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	\bar{X}	SD	Min	Max	\bar{X}	SD	Min	Max
ด้านจิตใจ								
11. ท่านรู้สึกกังวลใจ	.32	.48	0	1	1.0	.00	1	1
12. ท่านรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า	1.0	.00	1	1	1.0	.00	1	1
13. ท่านรู้สึกเหมือนอยู่ตัวคนเดียว	1.0	.00	1	1	1.0	.00	1	1
14. ท่านรู้สึกไม่อยากจะทำอะไร	1.0	.00	1	1	1.0	.00	1	1
ด้านสังคม								
15. ท่านไม่อยากทำกิจกรรมร่วมกับ ครอบครัว หรือบุคคลรอบข้าง	1.0	.00	1	1	1.0	.00	1	1
16. ท่านต้องการความช่วยเหลือจาก ครอบครัว หรือเพื่อนอยู่เสมอ	.91	.29	0	1	1.0	.00	1	1
17. ท่านรู้สึกอยากอยู่คนเดียวไม่ อยากพูดคุยกับใคร	1.0	.00	1	1	1.0	.00	1	1
ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ								
18. ท่านต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการ ทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน	.05	.21	0	1	.82	.40	0	1
19. ท่านดูแลความสะอาดร่างกาย ลดลง เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน หวีผม แต่งตัว	.09	.29	0	1	.95	.21	0	1
รวม	$\bar{X} = 8.32$ SD = 1.12				$\bar{X} = 15.91$ SD = 0.86			

จากตารางที่ 8 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจรายข้อ ของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน โดยพบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างเห็นได้ชัด

ตารางที่ 9 คะแนนและการแปลผลคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

คู่มือ	คะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุม (n=22)				คะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มทดลอง (n=22)			
	ก่อน	แปลผล	หลัง	แปลผล	ก่อน	แปลผล	หลัง	แปลผล
	ทดลอง		ทดลอง		ทดลอง		ทดลอง	
1.	10	บางส่วน	13	บางส่วน	7	เล็กน้อย	16	เกือบสมบูรณ์
2.	5	ไม่ฟื้นตัว	10	บางส่วน	7	เล็กน้อย	16	เกือบสมบูรณ์
3.	8	บางส่วน	10	บางส่วน	8	บางส่วน	15	เกือบสมบูรณ์
4.	7	เล็กน้อย	10	บางส่วน	9	บางส่วน	16	เกือบสมบูรณ์
5.	11	บางส่วน	11	บางส่วน	10	บางส่วน	17	เกือบสมบูรณ์
6.	9	บางส่วน	14	บางส่วน	9	บางส่วน	17	เกือบสมบูรณ์
7.	9	บางส่วน	11	บางส่วน	9	บางส่วน	16	เกือบสมบูรณ์
8.	9	บางส่วน	11	บางส่วน	8	บางส่วน	17	เกือบสมบูรณ์
9.	8	บางส่วน	10	บางส่วน	7	เล็กน้อย	14	เกือบสมบูรณ์
10.	10	บางส่วน	12	บางส่วน	10	บางส่วน	17	เกือบสมบูรณ์
11.	9	บางส่วน	11	บางส่วน	10	บางส่วน	15	เกือบสมบูรณ์
12.	10	บางส่วน	10	บางส่วน	9	บางส่วน	16	เกือบสมบูรณ์
13.	9	บางส่วน	11	บางส่วน	8	บางส่วน	17	เกือบสมบูรณ์
14.	8	บางส่วน	11	บางส่วน	9	บางส่วน	17	เกือบสมบูรณ์
15.	7	เล็กน้อย	11	บางส่วน	8	บางส่วน	15	เกือบสมบูรณ์
16.	10	บางส่วน	11	บางส่วน	7	เล็กน้อย	16	เกือบสมบูรณ์
17.	9	บางส่วน	11	บางส่วน	7	เล็กน้อย	15	เกือบสมบูรณ์
18.	8	บางส่วน	12	บางส่วน	7	เล็กน้อย	15	เกือบสมบูรณ์
19.	9	บางส่วน	12	บางส่วน	9	บางส่วน	16	เกือบสมบูรณ์
20.	8	บางส่วน	11	บางส่วน	8	บางส่วน	16	เกือบสมบูรณ์
21.	10	บางส่วน	12	บางส่วน	10	บางส่วน	16	เกือบสมบูรณ์
22.	7	เล็กน้อย	10	บางส่วน	7	เล็กน้อย	15	เกือบสมบูรณ์

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มควบคุม มีคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดก่อนการทดลอง อยู่ใน ระดับไม่ฟื้นตัว 1 คน ฟื้นตัวเล็กน้อย 3 คน ฟื้นตัวบางส่วน 18 คน ภายหลังจากทดลองพบว่า มี คะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอยู่ในระดับฟื้นตัวบางส่วนทั้ง 22 คน

กลุ่มทดลอง มีคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดก่อนการทดลอง อยู่ในระดับ ฟื้นตัวเล็กน้อย 7 คน ฟื้นตัวบางส่วน 15 คน ภายหลังจากทดลองพบว่า มีคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอยู่ในระดับฟื้นตัว เกือบสมบูรณ์ทั้ง 22 คน



ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$)

Group Statistics					
	กลุ่ม	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
คะแนนก่อนการทดลอง	ควบคุม	22	8.64	1.364	.291
	ทดลอง	22	8.32	1.129	.241

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
คะแนนก่อนการทดลอง	Equal variances assumed	.16	.69	.84	42	.404	.318	.378	-.444	1.080	
	Equal variances not assumed			.84	40.58	.404	.318	.378	-.445	1.081	

จากตารางที่ 10 พิจารณาค่า sig ใน Levene's Test for Equality of Variances พบว่ามีค่ามากกว่า .05 แสดงว่า ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากัน

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$)

Group Statistics					
	กลุ่ม	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
คะแนนหลังการทดลอง	ควบคุม	22	11.14	1.037	.221
	ทดลอง	22	15.91	.868	.185

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
				95% Confidence Interval of the Difference						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
คะแนนหลังการทดลอง	Equal variances assumed	.15	.69	-16.55	42	.000	-4.77	.28	-5.35	-4.19
	Equal variances not assumed			-16.55	40.733	.000	-4.77	.28	-5.35	-4.19

จากตารางที่ 11 พิจารณาค่า sig ใน Levene's Test for Equality of Variances พบว่ามีค่ามากกว่า .05 แสดงว่า ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากัน

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$)

คะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	df	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
รวมทั้ง 5 ด้าน	8.64	1.35	8.32	1.12	0.84	42	0.20
ด้านอาการทางกาย	1.27	0.88	0.45	0.67	3.46	42	0.30
ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	1.14	0.85	1.50	0.93	-0.34	42	0.36
ด้านจิตใจ	3.09	0.75	3.32	0.47	-1.19	42	0.11
ด้านสังคม	2.73	0.70	2.91	0.29	-1.12	28.14	0.13
ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ	0.14	0.35	0.14	0.35	0.00	42	0.50

จากตารางที่ 12 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ด้านอาการทางกาย ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการดำเนินชีวิตตามปกติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$)

คะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	df	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
รวมทั้ง 5 ด้าน	11.14	1.03	15.91	.86	-16.55	42	.00
ด้านอาการทางกาย	1.14	.83	2.73	.98	-5.78	42	.00
ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	3.55	.91	4.41	.59	-3.73	42	.00
ด้านจิตใจ	2.55	.73	4.00	.00	-9.23	21	.00
ด้านสังคม	2.59	.50	3.00	.00	-3.81	21	.00
ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ	1.18	.50	1.77	.52	-3.80	42	.00

จากตารางที่ 13 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุม

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ด้านอาการทางกาย ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 14 ผลการทดสอบการแจกแจงของคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov – Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test			
		กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
N		22	22
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	8.64	8.32
	Std. Deviation	1.364	1.129
Most Extreme Differences	Absolute	.196	.197
	Positive	.122	.197
	Negative	-.196	-.182
Kolmogorov-Smirnov Z		.919	.922
Asymp. Sig. (2-tailed)		.367	.362

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

จากตารางที่ 14 พบว่า คะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการแจกแจงปกติ

ตารางที่ 15 ผลการทดสอบการแจกแจงของคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov – Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

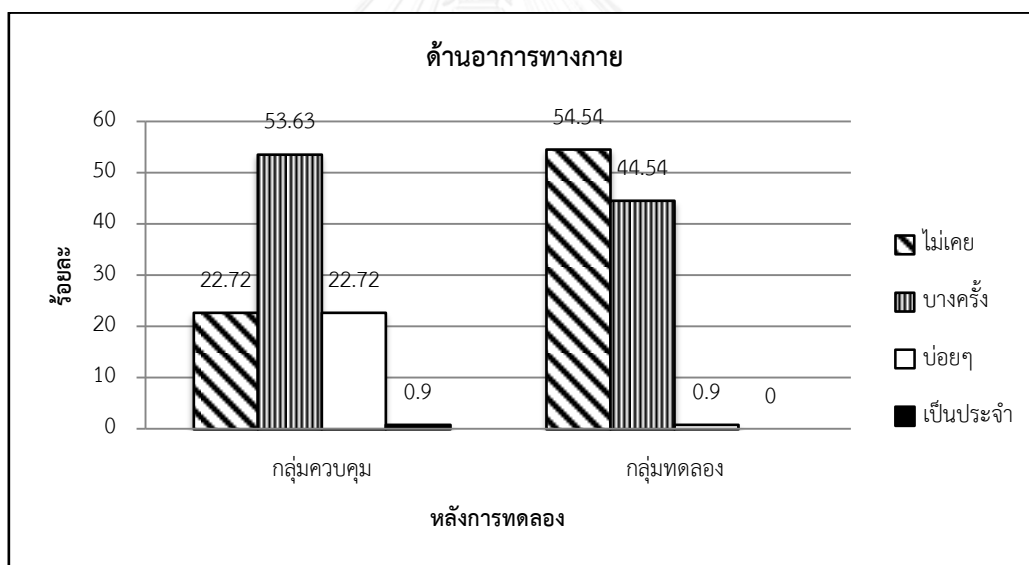
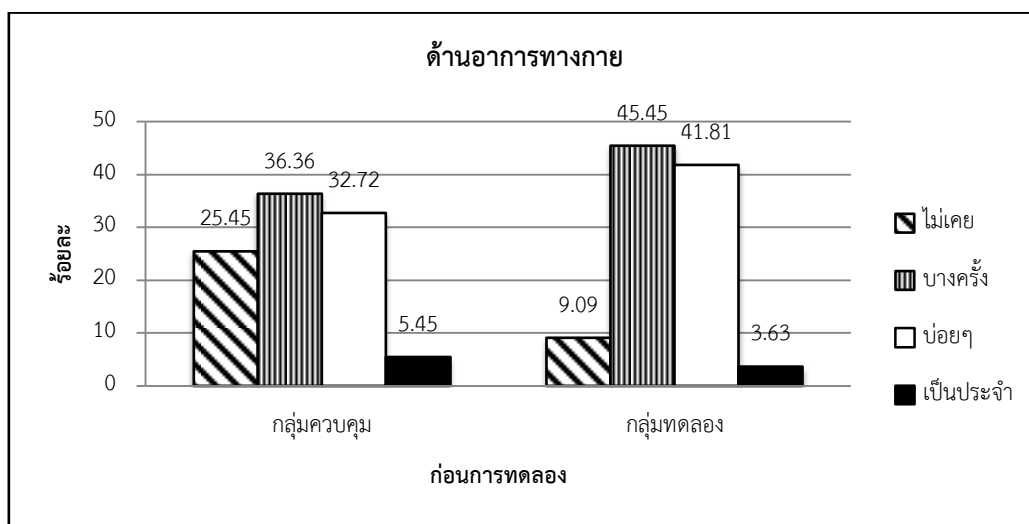
One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test			
		กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
N		22	22
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	11.14	15.91
	Std. Deviation	1.037	.868
Most Extreme Differences	Absolute	.280	.224
	Positive	.280	.186
	Negative	-.175	-.224
Kolmogorov-Smirnov Z		1.311	1.048
Asymp. Sig. (2-tailed)		.064	.222

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

จากตารางที่ 15 พบว่า คะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการแจกแจงปกติ

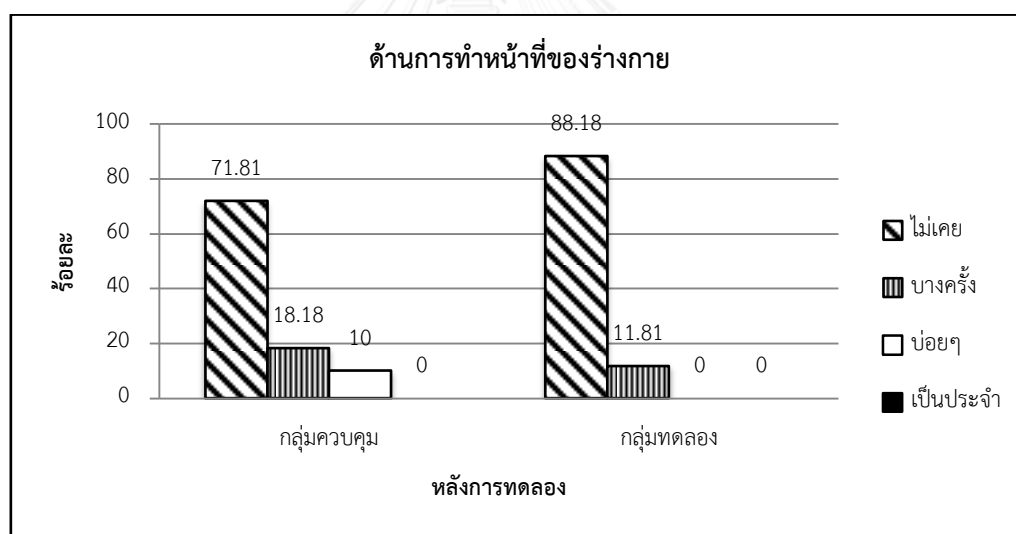
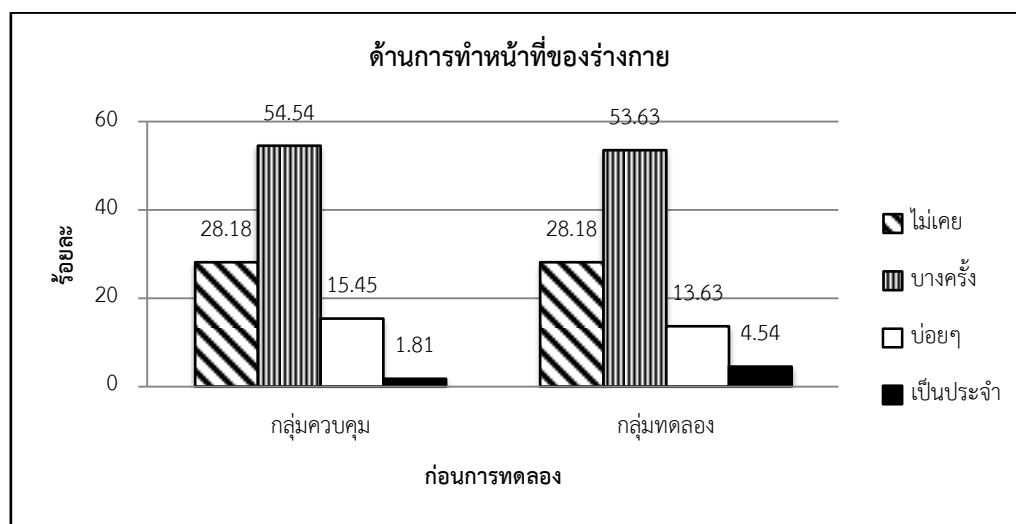
ภาพที่ 4 ระดับคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นรายด้าน ด้านอาการทางกาย ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง



จากภาพที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนการฟื้นตัวด้านอาการทางกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับบางครั้ง ร้อยละ 36.36 รองลงมาคือบ่อยๆ ร้อยละ 32.72 ส่วนกลุ่มทดลองพบว่า มีอาการทางกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับบางครั้ง ร้อยละ 45.45 รองลงมาคือบ่อยๆ ร้อยละ 41.81

หลังการทดลองพบว่า กลุ่มควบคุม มีคะแนนการฟื้นตัวด้านอาการทางกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับบางครั้ง ร้อยละ 53.53 รองลงมาคือบ่อยๆและไม่เคย ร้อยละ 22.72 ส่วนกลุ่มทดลองพบว่า มีอาการทางกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เคย ร้อยละ 54.54 รองลงมาคือบางครั้ง ร้อยละ 44.54

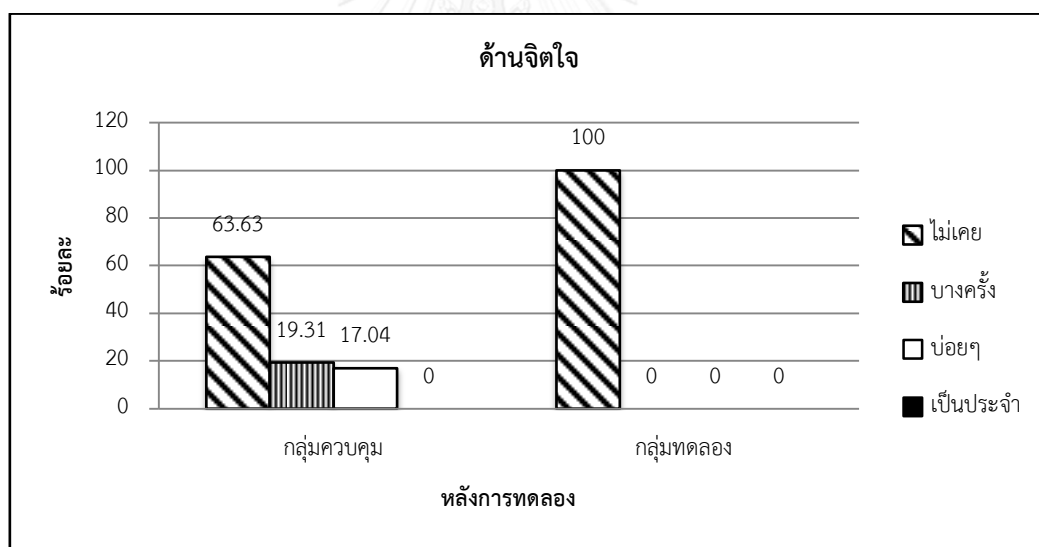
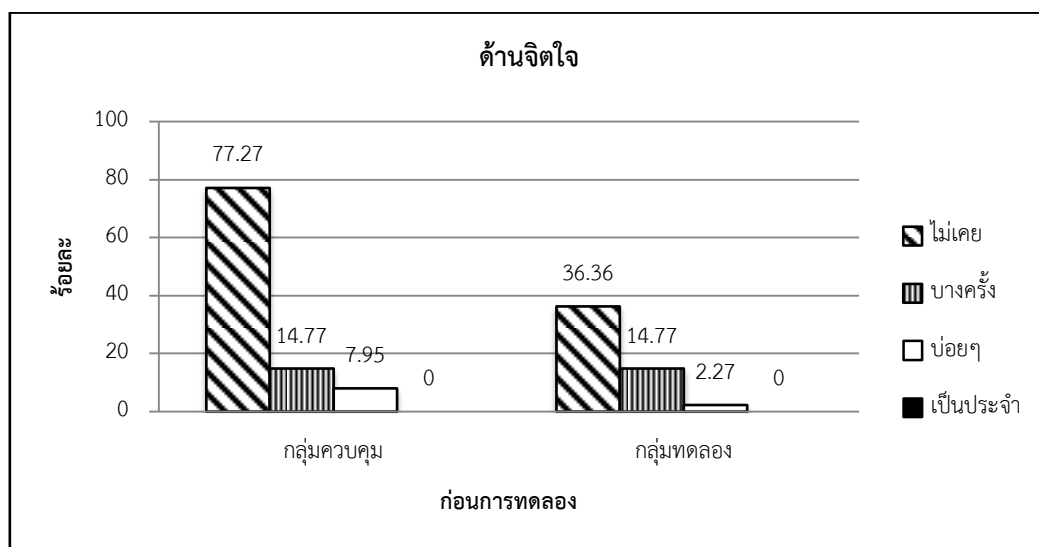
ภาพที่ 5 ระดับคะแนนการพินตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นรายด้าน ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง



จากภาพที่ 5 พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนการพินตัวหลังผ่าตัดด้านการทำหน้าที่ของร่างกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับบางครั้งร้อยละ 54.54 และร้อยละ 53.63 ตามลำดับ รองลงมาคือไม่เคยร้อยละ 28.18

หลังการทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนการพินตัวหลังผ่าตัดด้านการทำหน้าที่ของร่างกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เคยร้อยละ 71.81 และร้อยละ 88.18 ตามลำดับ รองลงมาคือบางครั้งร้อยละ 18.18 และ 11.81 ตามลำดับ

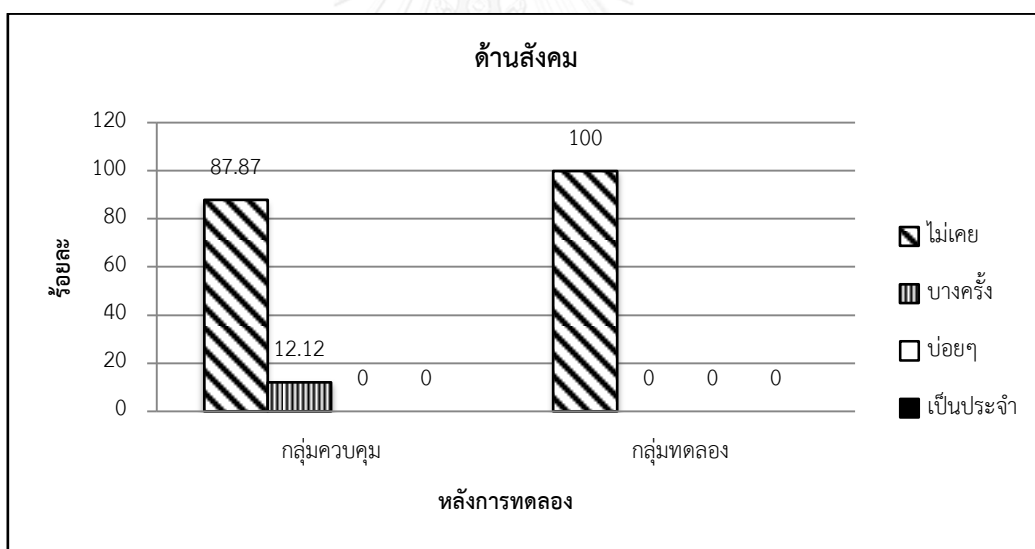
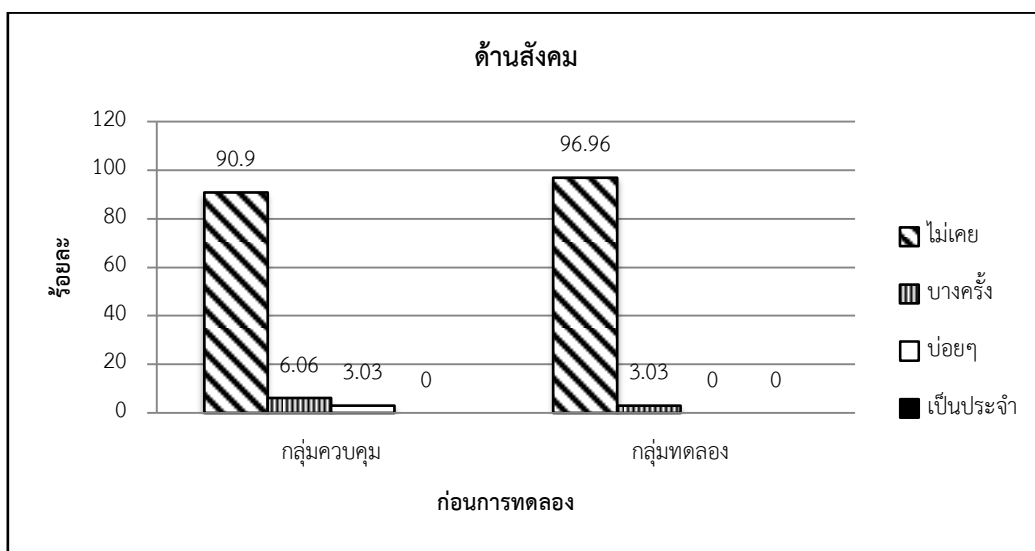
ภาพที่ 6 ระดับคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นราย ด้านจิตใจ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง



จากภาพที่ 6 พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดด้านจิตใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เคย ร้อยละ 72.27 และร้อยละ 36.36 ตามลำดับ รองลงมาคือ บางครั้ง ร้อยละ 14.77

หลังการทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดด้านจิตใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เคยมากที่สุด ร้อยละ 63.63 รองลงมาคือ บางครั้ง ร้อยละ 19.31 ส่วนกลุ่มทดลองพบว่า มีคะแนนการฟื้นตัวด้านจิตใจอยู่ในระดับระดับไม่เคย ร้อยละ 100

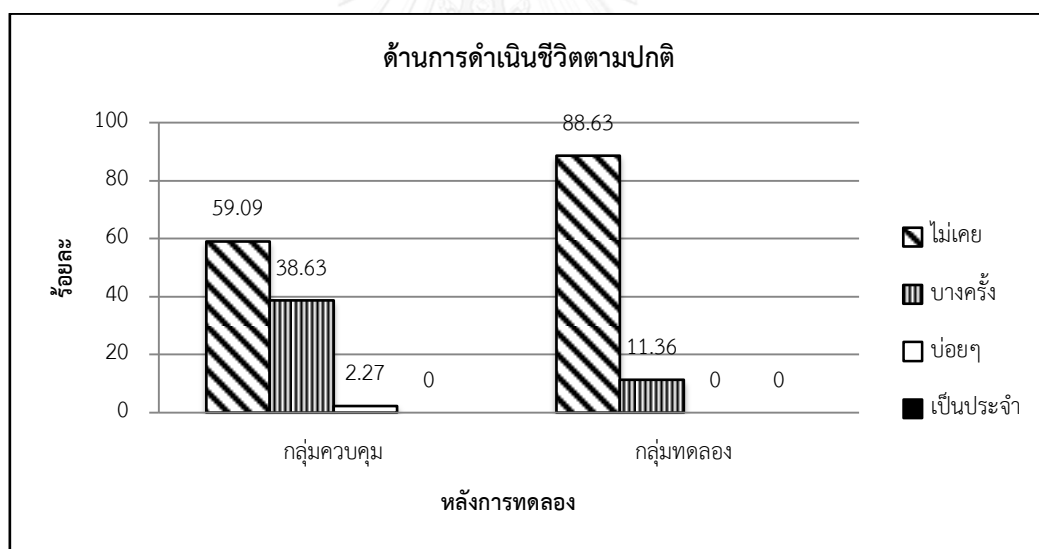
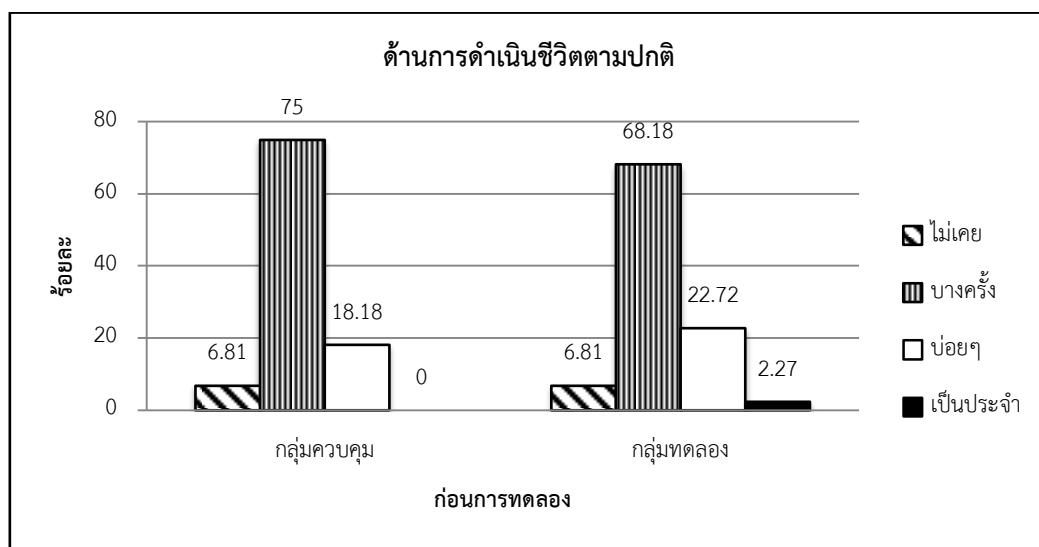
ภาพที่ 7 ระดับคะแนนการพินตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นรายด้าน ด้านสังคม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง



จากภาพที่ 7 พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนการพินตัวหลังผ่าตัดด้านสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เคย ร้อยละ 90.9 และร้อยละ 96.96 ตามลำดับ รองลงมาคือ บางครั้ง ร้อยละ 6.06 และร้อยละ 3.03 ตามลำดับ

หลังการทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนการพินตัวหลังผ่าตัดด้านสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เคยมากที่สุด ร้อยละ 87.87 รองลงมาคือบางครั้ง ร้อยละ 12.12 ส่วนกลุ่มทดลองมีคะแนนการพินตัวด้านสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับระดับไม่เคย ร้อยละ 100

ภาพที่ 8 ระดับคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นรายด้านด้านการดำเนินชีวิตตามปกติก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง



จากภาพที่ 8 พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดด้านการดำเนินชีวิตตามปกติส่วนใหญ่อยู่ในระดับบางครั้งร้อยละ 75.00 และร้อยละ 68.18 ตามลำดับ รองลงมาคือ บ่อยๆ ร้อยละ 18.18 และร้อยละ 22.72 ตามลำดับ

หลังการทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดด้านการดำเนินชีวิตตามปกติส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เคยมากที่สุดร้อยละ 59.09 และร้อยละ 88.63 ตามลำดับ รองลงมาคือ บางครั้ง ร้อยละ 38.63 และ 11.36 ตามลำดับ

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

เรือเอกหญิง ชันซ์แก้ว ลักษณะานุกูล เกิดเมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2527 สำเร็จ การศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ปีการศึกษา 2550 และประกาศนียบัตรหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต คณะ แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ปีการศึกษา 2553 ประวัติการทำงาน พยาบาลฝ่ายบริการ สุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย พ.ศ. 2550 – 2551 และปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม พ.ศ. 2551 – ปัจจุบัน

