ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

The Effect of Symptom Management Combined with Meditation Program on Postoperative Recovery in Patients after Coronary Artery Bypass Graft Surgery

เรือเอกหญิง พว.ขันธ์แก้ว ลักขณานุกูล* ผศ.ดร.พว.นรลักขณ์ เอื้อกิจ**
LT Khankaew Lukananukul, R.N.,* Noraluk Ua-kit, R.N., Ph.D.**

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ และประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ แบบบันทึกการจัดการอาการ และแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ค่าความตรงตามเนื้อหา และความเที่ยงของแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เท่ากับ .87 และ .85 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การจัดการอาการ การปฏิบัติสมาธิ การฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Abstract

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, a tertiary 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 .85 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.

Keywords : symptom management, meditation, postoperative recovery in patients after coronary artery bypass graft surgery

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในทุกประเทศทั่วโลก จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจในปี ค.ศ. 2012 จำนวน 7.4 ล้านคน[1] และข้อมูลสถิติของ American Heart Association พบว่า ในช่วง ปี ค.ศ. 2009 ถึง 2012 มีชาวอเมริกันป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณ 15.5 ล้านคน[2] สำหรับประเทศไทย ข้อมูลสถิติปี พ.ศ. 2555 – 2557 มีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากร 100,000 คน คิดเป็น 412.70, 427.53 และ 431.91 ตามลำดับ[3] การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft) เป็นวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีประสิทธิภาพและยอมรับมากในปัจจุบัน[4] รายงานข้อมูลสถิติการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจากสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 – 2558 พบมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จาก 4,917, 5,313 และ 5,159 คน/ปี ตามลำดับ[5]

การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีเป้าหมายหลักเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ป้องกันการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน และช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น[4] แต่เนื่องจากการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นการผ่าตัดเปิดช่องอกเพื่อทำทางเดินใหม่ของหลอดเลือดโคโรนารี และในขณะผ่าตัดมีการนำเลือดออกมาไหลเวียนนอกร่างกายด้วยเครื่องหัวใจและปอดเทียม (Cardiopulmonary bypass)[4] จึงส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50 มีปัญหาการฟื้นตัวภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ[6] ทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยมักมีอาการและความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น ปวดแผลผ่าตัด หายใจลำบาก เหนื่อยล้า ความอยากอาหารลดลง มีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ทางด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า ทางด้านสังคม เช่น มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างลดลง ทางด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ พบว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการทำกิจกรรม[7] จากปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมทั้งมีข้อกำจัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูร่างกายไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวจากการพึ่งพา และส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจของประเทศจากการสูญเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาล[8]

การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญของการพยาบาลทางคลินิกและแสดงถึงคุณภาพการพยาบาล[9] ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยควรมีการฟื้นตัวที่ดี คือ มีร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิตตามปกติ กลับสู่สภาวะเดิมหรือใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนการผ่าตัดมากที่สุด[10] แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจต้องประสบกับปัญหาการฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล[11] เนื่องจากปัจจุบันระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลง ทำให้ช่วงเวลาการฟื้นตัวส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่บ้าน และมีเวลาจำกัดในการเตรียมวางแผนจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้รับข้อมูล

ไม่เพียงพอสำหรับการดูแลตนเองโดยเฉพาะเรื่องการจัดการอาการหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล[12] Gallagher, McKinley, Dracup[13] พบว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจต้องกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยพบว่ามีสาเหตุจากปัญหาการฟื้นตัวหลังผ่าตัดถึงร้อยละ 92.3 และ Vaccarino et al[14] พบว่าอาการที่เกิดขึ้นในระยะฟื้นตัว เช่น อาการเจ็บหน้าอก อาการหายใจลำบาก อาการปวดแผล เบื่ออาหาร ส่งผลต่อการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ อายุ[15] เพศ[15,16] โรคร่วม[15,16] ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย[15] ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด[16] อาการทางกาย[16] เช่น อาการเหนื่อยล้า อาการปวดแผล และ Utriyaprasit, Moore[17] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการในระยะฟื้นตัวและการฟื้นตัวทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า อาการในระยะฟื้นตัว ได้แก่ อาการปวดแผล เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้านร่างกาย ($r = .43$, $p < .001$) และสัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้านจิตใจ ($r = .54$, $p < .001$) สอดคล้องกับ วาสนา สุวรรณรัศมี[18] ศึกษาประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการตรวจที่ห้องตรวจโรคหัวใจ พบว่าอาการเหนื่อยมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของร่างกาย อารมณ์ และสังคมโดยรวม ($r = .49$, $p < .01$) ดังนั้นหากผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ก็จะสามารถส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้

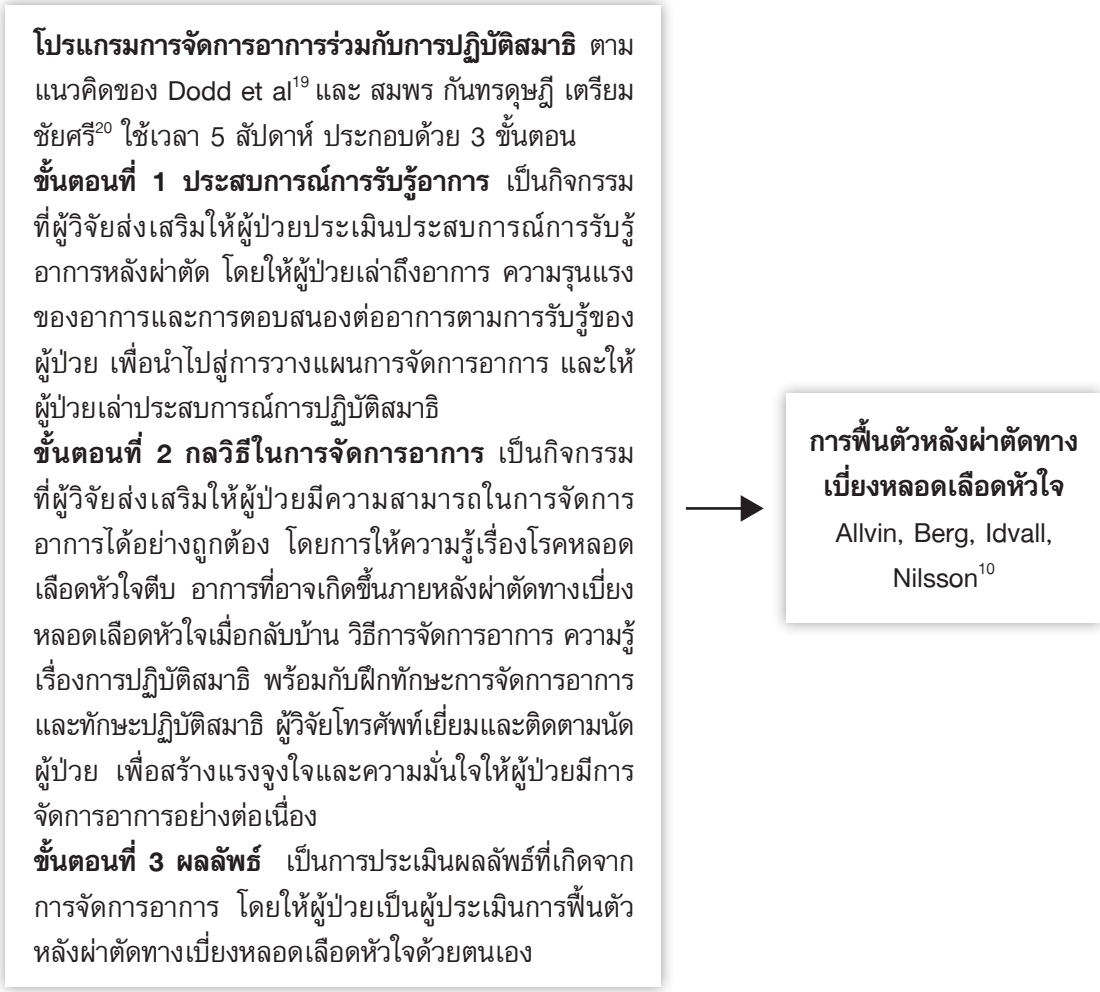
ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดทำโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิขึ้น โดยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al[19] เป็นแนวคิดหลักในการจัดการกับอาการที่กระทบต่อผู้ป่วยเฉพาะบุคคล มีความสัมพันธ์กันระหว่างประสบการณ์การรับรู้อาการ กลวิธีการจัดการอาการ ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ และคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับรูปแบบการปฏิบัติสมาธิของสมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี[20] ที่เป็นการปฏิบัติสมาธิแบบเคลื่อนไหวเพื่อควบคุมการทำงานระบบประสาททั้ง 6 ได้แก่ ตา หู จมูก ปาก สัมผัส และการเคลื่อนไหว เปรียบเสมือนการฟื้นฟูสภาพหัวใจหลังการผ่าตัดที่มีองค์ประกอบของการออกกำลังกายแบบ Aerobic คือ การเคลื่อนไหวของมือและแขนร่วมกับการกำหนดลมหายใจช้าๆ จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ

2. เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi–experimental research) วัดผลก่อนและหลังทดลอง (The pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การฟื้นตัวหลังผ่าตัด หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจถึงการฟื้นหายภายหลังการผ่าตัด ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ตามแนวคิดของ Allvin, Berg, Idvall, Nilsson[10] ได้แก่ 1) ด้านอาการทางกาย หมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกไม่สุขสบายด้านร่างกายลดลง เช่น อาการปวดแผลผ่าตัดลดลง เหนื่อยล้าลดลง 2) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย หมายถึง การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหวของแขนขามีพละกำลัง การทำหน้าที่ของหัวใจเข้าสู่ภาวะปกติ ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก 3) ด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ถึงอารมณ์และความรู้สึกทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวลลดลง ความรู้สึกหดหู่และภาวะซึมเศร้าลดลง 4) ด้านสังคม หมายถึง การรับรู้ถึงการทำหน้าที่ทางสังคม การทำกิจกรรมกับเพื่อนและครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง 5) ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ หมายถึง การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินได้จากแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ดัดแปลงมาจาก Allvin, Ehnfors, Rawal, Svensson, Idvall[21] เป็นข้อคำถามปลายปิดจำนวน 19 ข้อ

2. โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ หมายถึง รูปแบบกิจกรรมการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยจัดกระทำขึ้นอย่างมีแบบแผน ให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจสามารถจัดการอาการในระยะฟื้นตัวด้วยตนเองเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al[19] ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิตามแนวคิดของสมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี[20] โดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล ใช้เวลา 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์การรับรู้อาการ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การรับรู้อาการ ความรุนแรงของอาการและตอบสนองต่ออาการตามการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การวางแผนในการจัดการอาการ

ขั้นตอนที่ 2 กลวิธีในการจัดการอาการ ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความสามารถในการจัดการอาการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การประเมินอาการ

วิธีการจัดการอาการและให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติสมาธิ 2) ฝึกทักษะการจัดการอาการ ได้แก่ การบริหารการหายใจ และทักษะการปฏิบัติสมาธิ 3) ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และการนัดติดตาม

ขั้นตอนที่ 3 ผลลัพธ์ ผู้ป่วยประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดด้วยตนเอง

3. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง บุคคลวัยผู้ใหญ่ อายุ 18 – 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดด้วยการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจข้ามส่วนที่มีการตีบตันเพื่อนำเลือดจากเส้นเลือดแดงใหญ่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อรักษาภาวะตีบตันของหลอดเลือดที่รุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิต ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

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

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีการฟื้นตัวที่ดี อย่างเป็นองค์รวม

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจวัยผู้ใหญ่ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 – 59 ปี หลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรก เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย มีดังนี้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกที่รุนแรงและไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ หัวใจวาย มีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี ระดับความรู้สึกตัวปกติไม่มีความผิดปกติทางด้านกระดูก ข้อ และการเคลื่อนไหว

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หน้ามืด ใจสั่น ชีพจรเต้นผิดจังหวะ หายใจหอบเหนื่อย เป็นต้น โดยผู้วิจัยจะยุติการให้โปรแกรมทันทีและประสานงานเพื่อนำส่งแพทย์ทำการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจทดสอบ ด้วยการกำหนดขนาดอิทธิพลที่ .50 อำนาจทดสอบเท่ากับ .80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ α = .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 22 คน[22] ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากร โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นจัดกลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่างอีก 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง และกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความใกล้เคียงกันให้มากที่สุดด้วยการจับคู่ (matched pairs) ในเรื่องเพศเป็นเพศเดียวกัน[16] อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี[15]

และประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย แตกต่างไม่เกิน 10[15,16]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การวินิจฉัยโรค ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ประวัติการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย

1.2 แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Postoperative Recovery Profiles) ของ Allvin, Ehnfors, Rawal, Svensson, Idvall[21] โดยผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษแปลจากภาษาต้นฉบับ (ภาษาอังกฤษ) เป็นภาษาไทย และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษอีกหนึ่งคนแปลกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาต้นฉบับ (ภาษาอังกฤษ) แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับแนวคิด ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน หลังการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ปรับข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับโรค บริบทของคนไทย มีข้อคำถาม 19 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ เกิดขึ้นเป็นประจำ เกิดขึ้นบ่อยๆ เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง และไม่เคยเกิดขึ้นเลย คะแนนรวมของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีค่าตั้งแต่ 0 – 19 คะแนน การแปลผลคะแนนดังนี้ 19 คะแนน คือ ฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์ 15 – 18 คะแนน คือ ฟื้นตัวเกือบจะสมบูรณ์ 8 – 14 คะแนน คือ ฟื้นตัวบางส่วน 7 คะแนน คือ ฟื้นตัวเล็กน้อย และ < 7 คะแนน คือ ไม่ฟื้นตัว ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .87 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al[19] และแนวคิดการปฏิบัติสมาธิของ สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี[20] เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 5 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วย แผนการสอนเรื่องการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ คู่มือการจัดการอาการและคู่มือการปฏิบัติสมาธิ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบประเมินการจัดการอาการ ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินการจัดการอาการตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al[19] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเป็นการกำกับการทดลองซึ่งเป็นการประเมินการรับรู้อาการและวิธีการจัดการอาการของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามปลายปิดเพื่อประเมินการรับรู้อาการของกลุ่มตัวอย่าง (มีหรือไม่มีอาการ) ส่วนที่ 2 เป็นคำถามปลายเปิดให้กลุ่มตัวอย่างบอกวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ส่วนที่ 3 เป็นคำถามปลายปิดเพื่อประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการอาการ (อาการดีขึ้นหรือเท่าเดิม)

คะแนนรวม 0 – 30 คะแนน การแปลผลคะแนนคำนวณจากข้อที่ตอบว่ามีอาการ ใช้เกณฑ์ประเมินผลมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 ถือว่าผ่านเกณฑ์ คือ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการและมีวิธีการจัดการอาการในระดับดี

3.2 แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิของกฤษณา พุทธวงศ์[23] เพื่อประเมินการปฏิบัติสมาธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกจำนวนครั้งของการปฏิบัติสมาธิ เป็นเวลา 5 สัปดาห์ และประเมินผลจากการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง หากปฏิบัติสมาธิมากกว่าหรือเท่ากับ 5 วันใน 1 สัปดาห์ ถือว่าผ่านเกณฑ์ แบบประเมินการจัดการอาการและแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับแนวคิด โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน หลังจากผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน ผู้ป่วยเข้าใจง่าย ไม่พบข้อขัดข้องในการบันทึก

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (หมายเลขจริยธรรม ID 06-59-22 ว) เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ. 2559

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอน ระหว่างเดือนกรกฎาคม - ตุลาคม 2559 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และเข้าฝึกอบรมการปฏิบัติสมาธิ นำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ต่อคณะกรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในคน ภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตในการทดลองใช้เครื่องมือ และขอเก็บรวบรวมข้อมูล และเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่าน

รายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คน แรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 22 คน หลังเป็นกลุ่มทดลอง โดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. วันที่ 8 ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการทำวิจัย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Pre-test) ใช้เวลา 10 นาที และนัดหมายอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. สัปดาห์ที่ 5 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจตามนัด ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Post-test) และเล่าถึงอาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเมื่อกลับไปอยู่บ้าน พร้อมกับแนะนำวิธีการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ และมอบคู่มือการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิให้กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลา 10 - 15 นาที และผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

กลุ่มทดลอง ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรม 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์การรับรู้อาการ วันที่ 8 ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการทำวิจัย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงประสบการณ์การรับรู้อาการภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Pre-test) ใช้เวลา 10 นาที

ขั้นตอนที่ 2 กลวิธีในการจัดการอาการ

1. วันที่ 9 หลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ ใช้เวลา 40 นาที โดยมีกิจกรรม ดังนี้ ให้ความรู้เรื่องการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ ฝึกทักษะการจัดการอาการ ประกอบด้วย ฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการปฏิบัติสมาธิ วันละ 1 ครั้ง จนกลุ่มตัวอย่างจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมอบคู่มือการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิสำหรับให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนความรู้ด้วยตนเอง

2. ภายหลังกลุ่มตัวอย่างจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ในช่วงวันที่ 2 และวันที่ 4 หลังการจำหน่าย เพื่อสอบถามการปฏิบัติการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ ปัญหา/อุปสรรค พร้อมกับให้กำลังใจและเน้นย้ำประโยชน์ของการปฏิบัติ ใช้เวลา 10 - 15 นาที

3. สัปดาห์ที่ 1 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจตามนัด ผู้วิจัยสอบถามการปฏิบัติการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ ปัญหา/อุปสรรค พร้อมกับทบทวนความรู้และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

4. ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์กลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อสอบถามการปฏิบัติการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ ทบทวนความรู้ ประเมินปัญหาข้อขัดข้อง พร้อมกับให้กำลังใจและเน้นย้ำประโยชน์ของการปฏิบัติ ใช้เวลา 10 - 15 นาที

ขั้นตอนที่ 3 ผลลัพธ์ สัปดาห์ที่ 5 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจตามนัด ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงประสบการณ์การจัดการอาการโดยใช้โปรแกรมและผลลัพธ์จากการปฏิบัติ และตอบแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Post-test) ใช้เวลา 10 - 15 นาที และผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้ ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Dependent t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 59.10 อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 54.36 (SD = 3.89) และ 53.91 (SD = 3.80) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 77.30 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Triple vessel disease คิดเป็นร้อยละ 93.20 สมรรถภาพหัวใจก่อนการผ่าตัดอยู่ในระดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 50.0 ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 46.59 (SD = 10.84) และ 45.68 (SD = 14.16) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 70.50 รองลงมาคือโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 63.60

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด คะแนนการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
Mean	8.64	11.14	8.32	15.91
SD	1.36	1.03	1.12	0.86
Min	5	10	7	14
Max	11	14	10	17
ระดับการฟื้นตัว	บางส่วน	บางส่วน	บางส่วน	เกือบจะสมบูรณ์

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจก่อนการทดลองในกลุ่มควบคุมมีเท่ากับ 8.64 (SD = 1.36) คือ มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจบางส่วน และในกลุ่มทดลองเท่ากับ 8.32 (SD = 1.12) คือ มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจบางส่วน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง Dependent t-test (n=22)

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

*$p < .05$

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยวิธีทางสถิติ Dependent t-test พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเป็นที่น่าสังเกตว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังการทดลองอยู่ในระดับบางส่วนเท่ากับก่อนการทดลอง ในขณะที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังการทดลองอยู่ในระดับเกือบจะสมบูรณ์ สูงกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง Independent t-test (n=22)

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	8.64	1.36	42	.843	0.40
กลุ่มทดลอง	8.32	1.12			
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	11.14	1.03	42	-16.55	0.00*
กลุ่มทดลอง	15.91	0.86			

*p < .05

จากตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นมีความสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al[19] ที่มีแนวคิดหลักในการบรรเทาอาการหรือขจัดอาการที่เกิดขึ้น โดยเป็นการจัดการอาการของผู้ป่วยเฉพาะบุคคล ประกอบด้วย 3 แนวคิดหลักที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการ และคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย จากการ

ทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al[19] เพียงอย่างเดียวไม่สามารถจัดการกับปัญหาการฟื้นตัวด้านจิตใจได้ ผู้วิจัยจึงนำการปฏิบัติสมาธิตามแนวคิดของ สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี[20] มาใช้ในการพัฒนากลวิธีการจัดการกับอาการ เนื่องจากเป็นการปฏิบัติสมาธิเพื่อการผ่อนคลาย เพิ่มพลังชีวิต และเปรียบเสมือนการฟื้นฟูสภาพหัวใจหลังการผ่าตัด เพื่อส่งเสริมให้เกิดการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างครอบคลุมทุกด้าน โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย อาการปวดแผลผ่าตัด เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาบวม เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น หายใจลำบาก วิตกกังวล ซึมเศร้า โดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการได้ด้วยตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถให้ความหมายของอาการ เข้าใจสาเหตุของอาการ และนำไปสู่กลวิธีการจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ความรู้เรื่องการจัดการอาการในแต่ละอาการทั้งอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติสมาธิ พร้อมกับฝึกทักษะการจัดการอาการ ประกอบด้วย ฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และทักษะการปฏิบัติสมาธิ ส่งผลให้บรรเทาอาการหรือความไม่สุขสบายต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจภายหลังการผ่าตัด ส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายและอวัยวะต่างๆ ให้กลับมาทำงานได้ตามปกติ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมและการดำเนินชีวิตตามปกติ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดทำ “คู่มือการจัดการอาการ” และ “คู่มือการปฏิบัติสมาธิ” เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนความรู้ภายหลังออกจากโรงพยาบาล และมีการติดตามเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจที่โรงพยาบาลและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ เพื่อเป็นการทบทวน ประเมินปัญหา/อุปสรรค ให้กำลังใจเพื่อสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจและเน้นย้ำประโยชน์ของการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Zimmerman et al[24] ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการอาการต่ออาการทางกาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย และการมีกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยเพศหญิงหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้โทรศัพท์ให้คำปรึกษาในเรื่อง การประเมินอาการ และการจัดการอาการทุกวัน เป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีอาการทางกายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีกิจกรรมทางกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้น สรุปได้ว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al[19] ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิตามแนวคิดของ สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี[20] สามารถช่วยบรรเทาอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ การฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดี

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ได้ดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al[19] ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิตามแนวคิดของ สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี[20] ประกอบด้วย กิจกรรมการประเมินประสบการณ์

การมีอาการ การให้ความรู้ การฝึกทักษะการจัดการอาการ การปฏิบัติสมาธิ และมีการโทรศัพท์เยี่ยมและติดตามเยี่ยม ส่งผลให้ภายหลังการวิจัยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมก่อนการจำหน่าย ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรค อาการ การรักษา การดูแลแผลผ่าตัด การพักผ่อน การรับประทานอาหาร กิจกรรมที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติ การมาพบแพทย์ตามนัดพร้อมแผ่นพับและเหมือนกันในผู้ป่วยทุกๆ ราย แต่ไม่ได้รับคำแนะนำในเรื่องอาการและการจัดการอาการเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไม่ได้รับการติดตามจากพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ไม่ได้รับการโทรศัพท์เยี่ยมเพื่อประเมินปัญหา/อุปสรรคเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวน้อยกว่ากลุ่มทดลอง เนื่องจากกลุ่มทดลองมีความเข้าใจอาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดและสามารถจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้บรรเทาอาการหรือความไม่สุขสบายต่างๆ หลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมีร่างกายและจิตใจที่ปกติ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด นอกจากนี้การติดตามผู้ป่วยเป็นระยะยังเป็นการสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง และช่วยแก้ไขปัญหาข้อขัดข้องต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ คัทลียา คงเพ็ชร[25] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการที่บ้าน โดยการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการเหนื่อย การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การรับประทานยาและการใช้โทรศัพท์กระตุ้นเตือน พบว่าการจัดการอาการที่บ้านช่วยลดอาการเหนื่อยและส่งเสริมฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในระยะเวลา 2 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ดังนั้น สรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยเมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องอาการ วิธีการจัดการอาการ มีทักษะการจัดการอาการ ร่วมกับการนำการปฏิบัติสมาธิมาใช้เป็นกลยุทธ์ร่วมในการจัดการอาการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในอาการของตนเองที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด และมีวิธีการจัดการอาการอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการฟื้นตัวที่ดีภายหลังการผ่าตัด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยควรพิจารณาแนวทางร่วมกันในการนำโปรแกรมไปใช้ในหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2. จัดทำเอกสาร คู่มือ หรือแผ่นพับ ที่เน้นเกี่ยวกับอาการภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และวิธีจัดการอาการ เพื่อให้ความรู้และให้ผู้ป่วยสามารถนำกลับไปทบทวนภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นกลยุทธ์หนึ่งในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามโปรแกรมและเป็นวิธีประเมินอุปสรรคในการปฏิบัติได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามเพื่อประเมินผลของโปรแกรมในระยะยาว เช่น 3, 6 เดือน เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในแต่ละช่วงเวลา

2. ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่หลังผ่าตัดชนิดอื่นๆ เช่น การผ่าตัดช่องท้อง ผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs): Fact sheet Reviewed September 2016. [Internet]. [cited 2016 October 1]. Available from: http: //www.who.int/ mediacentre/ factsheets/fs317/en/
2. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Executive Summary: Heart Disease and Stroke Statistics--2016 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation 2016;133(4):447-54.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2557. [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2559]. แหล่งที่มา: http://thaincd.com/ information-statistic/non-communicable-disease-data.php.
4. Hillis LD, Smith PK, Anderson JL, Bittl JA, Bridges CR, Byrne JG, et al. 2011 ACCF/ AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation 2011;124(23):2610-42.
5. สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย. สถิติผ่าตัดหัวใจในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 - ปัจจุบัน. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2559]. แหล่งที่มา: http://thaits.org/ new_detail.php? new_id=212.
6. Zimmerman L, Barnason S, Young L, Tu C, Schulz P, Abbott AA. Symptom profiles of coronary artery bypass surgery patients at risk for poor functioning outcomes. J Cardiovasc Nurs 2010;25(4):292-300.
7. Bratt A, Allvin R, Wann-Hansson C. Modifying a generic postoperative recovery profile instrument to an instrument specifically targeting coronary artery bypass grafting. Scand J Caring Sci 2016 Aug 10. doi: 10.1111/scs.12360.

8. Barnason S, Zimmerman L, Nieveen J, Schulz P, Young L. Patient Recovery and Transitions After Hospitalization for Acute Cardiac Events: An Integrative Review. J Cardiovasc Nurs 2012;27(2):175-91.
9. อรพรรณ โตสิงห์. เครื่องมือประเมินการฟื้นตัวของผู้ป่วยศัลยกรรม. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 กันยายน 2558]. แหล่งที่มา: http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/km/index.php/km.
10. Allvin R, Berg K, Idvall E, Nilsson U. Postoperative recovery: a concept analysis. J Adv Nurs 2007;57(5):552-8.
11. Theobald K, McMurray A. Coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful recovery. J Adv Nurs 2004;47(5):483-91.
12. Lapum JL, Fredericks S, Liu L, Yau TM, Retta B, Jones VM, et al. Facilitators and Barriers of Heart Surgery Discharge: Patients' and Nurses' Narrative Accounts. J Cardiovasc Nurs 2016;31(4):350-6.
13. Gallagher R, McKinley S, Dracup K. Post discharge problems in women recovering from coronary artery bypass graft surgery. Aust Crit Care 2004;17(4):160-5.
14. Vaccarino V, Lin ZQ, Kasl SV, Mattera JA, Roumanis SA, Abramson JL, et al. Gender differences in recovery after coronary artery bypass surgery. J Am Coll Cardiol 2003; 41(2):307-14.
15. อรชุมา นากรณ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีเบาหวานเป็นโรคร่วม. วารสารพยาบาลทหารบก 2553;11(1):67-72.
16. Utriyaprasit, K. The relationship between recovery symptoms and functional outcomes in Thai CABG patients. Frances Payne Bolton School of Nursing: Case Western Reserve University; 2001.
17. Utriyaprasit K, Moore S. Recovery symptoms and mood states in Thai CABG patients. J Transcult Nurs. 2005;16(2):97-106.
18. วาสนา สุวรรณรัศมี. ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2556;24(1):2-16.
19. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. J Adv Nurs 2001;33(5):668-76.
20. สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี. การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ. นครปฐม: เพชรเกษม พริ้นติ้ง กรุ๊ป; 2554.
21. Allvin R, Ehnfors M, Rawal N, Svensson E, Idvall E. Development of a questionnaire to measure patient-reported postoperative recovery: content validity and intra-patient reliability. J Eval Clin Pract 2009;15(3):411-9.

22. Burns N, Grove SK. The practice of nurse research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6th ed. St. Loius: Elsevier Saunders; 2009.
23. กฤษณา พุทธวงศ์. ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
24. Zimmerman L, Barnason S, Schulz P, Nieveen J, Miller C, Hertzog M, et al. The Effects of a Symptom Management Intervention on Symptom Evaluation, Physical Functioning, and Physical Activity for Women After Coronary Artery Bypass Surgery. J Cardiovasc Nurs 2007;22(6):493-500.
25. คัทลียา คงเพ็ชร. ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการที่บ้านต่ออาการระยะฟื้นตัว กิจกรรมทางด้านร่างกายและความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังรับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.