



ผลของโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือของผู้ป่วยในการตรวจสวนหัวใจ

อัมศยา โพรพันธ์* ทิพา ต่อสกุลแก้ว ปร.ด.** ศากุล ช่างไม้ ปร.ด.***

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

บทคัดย่อ

วันรับบทความ: 21 มิถุนายน 2564

วันแก้ไขบทความ: 30 พฤศจิกายน 2564

วันตอบรับบทความ: 2 ธันวาคม 2564

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือของผู้ป่วยในการตรวจสวนหัวใจ

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจแบบนั้ดล่งหน้าในโรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 66 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 33 ราย และกลุ่มทดลอง 33 ราย โดยคัดเลือกแบบสะดวกตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทร กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินความร่วมมือ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.72 และ 0.76 ตามลำดับ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในผู้ป่วยที่รับการตรวจสวนหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาสถิติ repeated measures ANOVA สถิติ chi-square และสถิติ independent t-test

ผลการวิจัย: พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมในระยะก่อนการตรวจสวนหัวใจและขณะรอการตรวจสวนหัวใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,64} = 8.42, p < 0.05$) และคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการตรวจสวนหัวใจของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.60, p < 0.05$)

สรุป: พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรนี้ไปใช้เพิ่มเติมจากการพยาบาลตามปกติเพื่อเพิ่มคุณภาพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจ

คำสำคัญ: การดูแลแบบเอื้ออาทร ความวิตกกังวล ความร่วมมือ การตรวจสวนหัวใจ



บทความวิจัย

Research Article

The effects of caring generosity program on anxiety and patient cooperation in coronary angiography

Unsaya Photipun* Tipa Toskulkao PhD** Sakul Changmai PhD***

*Student in master of nursing science, faculty of nursing, Christian University

**Assistant professor, Major advisor, Faculty of Nursing, Christian University

***Assistant professor, coadvisor, faculty of nursing, Christian University

Abstract

Received: June 21, 2021

Revised: November 30, 2021

Accepted: December 2, 2021

Objectives: The purpose of the study was to examine the effects of a caring generosity program on anxiety and patient cooperation in coronary angiography.

Materials and Methods: This study was a quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest design. The sample comprised 66 patients undergoing elective coronary angiography at Nakhonpathom hospital and were conveniently selected according to the specific criteria. They were assigned into the experimental group and the control group and each group consisted of 33 participants. The experimental group received the caring generosity program, and the control group received the usual nursing care. Data were collected using questionnaires for demographic data, anxiety and cooperation. The Cronbach's alpha coefficient of the anxiety and cooperation questionnaires were 0.72 and 0.76, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics, repeated measures ANOVA, chi-square and independent t- test.

Results: The result revealed that after receiving the program, the experimental group had significantly lower mean scores in anxiety than those in the control group at the time before and during waiting for coronary angiography ($F_{1,64} = 8.42, p < 0.05$). The experimental group had significantly higher mean score of cooperation in coronary angiography than that in the control group ($t = -8.60, p < 0.05$).

Conclusions: The research findings of this study indicated that the caring generosity program could be applied to decrease anxiety and increase patient cooperation. Hence, nurses should add this program to the usual nursing care in order to promote better quality of nursing care for the patients undergoing elective coronary angiography.

Keywords: caring generosity program, anxiety, cooperation, coronary angiography

บทนำ

โรคหัวใจ เป็นภัยเงียบที่คุกคามสุขภาพ ความเป็นอยู่ของประชากรในปัจจุบัน จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปี ค.ศ. 2020 พบว่า กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรทั่วโลก¹ สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลของกรมควบคุมโรคไม่ติดต่อพบว่า ในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 80 เสียชีวิตด้วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งโรคนี้เป็นสาเหตุของการสูญเสียประชากรไทยวัยทำงานอันดับต้น ๆ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากร ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร แต่หากผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาได้ทันทั่วที่จะทำให้อัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น²

ในปัจจุบันการตรวจวินิจฉัยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นวิธีมาตรฐาน คือ การตรวจสวนหัวใจด้วยการฉีดสารทึบรังสี (coronary angiography) ซึ่งหมายถึง การวินิจฉัยโรคทางหัวใจ โดยการใส่สายสวนขนาดเล็กเข้าไปในห้องหัวใจผ่านรูเข็มขนาดเล็กเพื่อตรวจลักษณะของหลอดเลือดโดยการฉีดสารทึบรังสี³ แม้ว่าการตรวจสวนหัวใจจะเป็นวิธีมาตรฐานและทันสมัย แต่ยังพบว่า ขั้นตอนการตรวจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและวิตกกังวลได้ถึงร้อยละ 82⁴ ผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) สูงกว่าระยะหลังการตรวจสวนหัวใจ⁵ ระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นขณะที่เผชิญกับการตรวจสวนหัวใจจะส่งผลต่อระบบสรีรวิทยาของร่างกาย ได้แก่ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ขาดสมาธิ กระสับกระส่าย หงุดหงิด ทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจที่มีภาวะดังกล่าวให้ความร่วมมือลดลง การไม่ให้ความร่วมมือขณะตรวจ ส่งผลให้เพิ่มระยะเวลาและ

ความยากในการตรวจ หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งความร่วมมือนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การรักษาประสบผลสำเร็จ⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยหลากหลายในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล และทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือ เช่น การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรี⁷ การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการสวนหัวใจ⁸ และการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจ⁹ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า ทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson KM¹⁰ ยังเป็นอีกวิธีที่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลและทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือได้ ซึ่งมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹¹ ผู้ป่วยที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์¹² และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว¹³

การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นการผสมผสานระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลกับการดูแลเอาใจใส่ความรู้สึกที่ดี สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครบถ้วนแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสามารถพัฒนาให้เกิดความไว้วางใจ การให้ความร่วมมือ ความนับถือ และความเห็นอกเห็นใจ แต่จากการศึกษายังไม่พบนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจประยุกต์การดูแลแบบเอื้ออาทรมาใช้ในผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจ เพื่อลดความวิตกกังวลและให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Swanson KM¹⁰ ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมหลัก 5 ด้าน คือ 1) การรู้จักในฐานะบุคคลหนึ่ง (knowing) 2) การเฝ้าดูแลอยู่เสมอ (being with) 3) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ (doing for) 4) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (enabling) และ 5) การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธา (maintaining belief)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยในการตรวจสอบหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือของผู้ป่วยในการตรวจสอบหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยในการตรวจสอบหัวใจกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

2. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการตรวจสอบหัวใจกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การตรวจสอบหัวใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและความวิตกกังวล ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา การลดความวิตกกังวล จึงเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยผ่านพ้นการตรวจสอบหัวใจไปได้ด้วยดี ซึ่งการดูแลแบบ

เอื้ออาทรจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม ส่งผลกระทบท่อร่างกายและจิตใจ ทำให้การฟื้นหายจากโรคเร็วขึ้น ระยะเวลาการรักษาลดลง ผู้ป่วยรู้สึกกลัว วิตกกังวลและเครียดลดลง Swanson KM¹⁰ ได้นำแนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรต่อมนุษย์ของวัตสัน ซึ่งเป็นแนวคิดทฤษฎีระดับกลางมาพัฒนาเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ โดยจำแนกได้เป็นกิจกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรที่ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) การรู้จักในฐานะบุคคลหนึ่ง (knowing) 2) การเฝ้าดูแลอยู่เสมอ (being with) 3) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ (doing for) 4) การสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยมีความสามารถ (enabling) และ 5) การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธา (maintaining belief) ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของ Swanson KM¹⁰ มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยแบ่งเป็นก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก่อนการตรวจสอบหัวใจ ขณะรอการตรวจสอบหัวใจ และหลังการตรวจสอบหัวใจ

โปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน

1. ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

- สร้างสัมพันธภาพ (maintaining belief)
- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาที่เกี่ยวข้อง ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวการเข้ารับการตรวจสอบหัวใจและมอบคู่มือ (enabling)
- นัดหมายโทรศัพท์เยี่ยมและโทรศัพท์ซักถามเป็นระยะ (being with)

2. ก่อนการตรวจสอบหัวใจ

- ตรวจเยี่ยมและเก็บข้อมูลประวัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (knowing)
- เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความวิตกกังวลและซักถาม (knowing)
- ทบทวนความรู้ตามคู่มือ และให้ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเมื่ออยู่ในห้องสวนหัวใจ โดยใช้วีดิทัศน์ (enabling)

3. ขณะรอการตรวจสอบหัวใจ

- อยู่เป็นเพื่อนและให้กำลังใจ (being with)

4. หลังการตรวจสอบหัวใจ

- ให้การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ (doing for)
- ตรวจเยี่ยมผู้ผู้ป่วยและแนะนำการปฏิบัติตัว การมาตรวจตามนัด การรับประทานยา และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ (enabling)

ผู้ป่วยตรวจสอบหัวใจ

- ความวิตกกังวล
- ความร่วมมือ

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยประยุกต์จากทฤษฎีการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของ Swanson KM¹⁰

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาหัวใจแบบนั้ดล่่วงหน้าในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ระหว่างเดือนสิงหาคม 2562 ถึงมกราคม 2563

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power¹⁴ การประมาณค่าของขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันมากที่สุด การศึกษาคั้งนี้ใช้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบที่ 0.80 ได้จำนวนตัวอย่าง 26 รายต่อกลุ่ม ผู้วิจัยปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มในกรณีมีผู้สูญหายหรือขอยุติการเข้าร่วมวิจัย โดยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 20¹⁵ จึงได้จำนวนตัวอย่างกลุ่มละ 33 ราย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดังนี้

1. เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาหัวใจแบบนั้ดล่่วงหน้า โดยการรักษาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลก่อนวันนัด 1 วัน สามารถพูดคุยสื่อสารได้ เข้าใจภาษาไทย ไม่เป็นผู้พิการทางสายตา

2. เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (exclusion criteria) เป็นผู้ที่แพทย์พิจารณางดทำการตรวจสอบหัวใจจากการมีข้อห้าม (contraindications) เช่น มีเลือดออกผิดปกติ หัวใจล้มเหลวแบบนอนราบไม่ได้ มีอาการแสดงของการติดเชื้อ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจาก

ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจจำนวน 5 ท่าน หลังการปรับแก้เครื่องมือให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ประวัติโรคประจำตัว ประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร ประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.2 แบบประเมินความวิตกกังวล ใช้แบบมาตรวัดความวิตกกังวล โดยการประเมินค่าด้วยสายตา (visual analogue scale for anxiety) ของ Hornblow AR, Kidson MA¹⁶ มีลักษณะเป็นเส้นยาว 10 เซนติเมตร มีช่วงคะแนนจาก 0 ถึง 10 โดยตำแหน่ง 0 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกวิตกกังวล และตำแหน่ง 10 หมายถึง มีความรู้สึกวิตกกังวลมากที่สุด ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.72

1.3 แบบประเมินความร่วมมือ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย ความร่วมมือก่อนการตรวจสอบหัวใจ ขณะรอตรวจสอบหัวใจ และหลังการตรวจสอบหัวใจ ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเท่ากับ 0.96 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.76

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการดูแลแบบอื้ออาทรผู้ป่วยในการตรวจสอบหัวใจ ประกอบด้วย 1) แผนการสอนโรคหลอดเลือดหัวใจและการตรวจสอบหัวใจ 2) คู่มือสำหรับผู้ป่วยเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและการตรวจสอบหัวใจ และ 3) วิดีทัศน์ประกอบการสอนเรื่อง โรคหลอดเลือด

หัวใจและการตรวจสอบหัวใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจสอบหัวใจ การปฏิบัติตัวทั้งก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังการตรวจสอบหัวใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสอบหัวใจ โดยเริ่มจากการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ หากกลุ่ม

ตัวอย่างแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสองกลุ่ม ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 33 รายให้แล้วเสร็จ จากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองทั้ง 33 ราย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด



แผนภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียนเลขที่ น.22/2561 ผู้วิจัยนำหนังสือรับรองจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลนครปฐม ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลนครปฐมเลขที่ 021/2019 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล แบบสอบถามจะไม่มีภาระระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง โดยในการเผยแพร่ข้อมูลจะทำในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อในการรายงานผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard Deviation) และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ข้อมูลที่เป็นนามบัญญัติ (nominal scale) มาตรฐานจัดลำดับ (ordinal scale) โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก่อนตรวจสวนหัวใจ ขณะรอการตรวจสวนหัวใจ และหลังการตรวจสวนหัวใจ กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ repeated measures ANOVA

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ independent t- test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 69.70 มีอายุเฉลี่ย 59 ปี (SD = 9.79) สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 66.70 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 42.40 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 45.50 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย (BMI) 26.48 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (SD = 5.02) ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 81.80 มีประวัติโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 72.70 ทั้งหมดไม่มีประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 45.50 ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 63.60 และมีประวัติเคยนอนโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 78.80 สำหรับกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 63.60 มีอายุเฉลี่ย 56.88 ปี (SD = 8.55) สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 69.70 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 42.40 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 39.40 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย (BMI) 25.86 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (SD = 3.21) ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 63.60 มีประวัติโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 54.50 ไม่มีประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร คิดเป็นร้อยละ 97 มีประวัติสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 36.40 มีประวัติดื่มสุราและไม่ดื่มสุราเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 39.40 และมีประวัติเคยนอนโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 60.60 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูล

ส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองด้วยสถิติ chi-square และสถิติ Fisher's exact test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$)

2. ความวิตกกังวล ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจ สอนหัวใจ ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกลุ่มควบคุม เท่ากับ 7.29 (SD = 0.70) กลุ่มทดลองเท่ากับ 7.20 (SD = 0.58) ก่อนการตรวจ สอนหัวใจกลุ่มควบคุมเท่ากับ 6.54 (SD = 0.76) กลุ่มทดลองเท่ากับ 6.08 (SD = 0.62) ขณะรอการตรวจสอนหัวใจกลุ่มควบคุมเท่ากับ 6.46 (SD = 0.89) กลุ่มทดลองเท่ากับ 5.75 (SD = 0.70)

หลังการตรวจสอนหัวใจกลุ่มควบคุมเท่ากับ 2.59 (SD = 0.77) กลุ่มทดลอง 2.37 (SD = 0.61) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มและช่วงเวลาในการประเมินความวิตกกังวลมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันต่อความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,64} = 3.97, p < 0.01$) และมีความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในแต่ละช่วงเวลาในการประเมินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,64} = 918.85, p < 0.00$) และระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,64} = 8.42, p = 0.00$) โดยใช้สถิติ repeated measures ANOVA ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสอนหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง (n=66)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	9.07	1	9.07	8.42	0.00
ความคลาดเคลื่อน	68.94	64	1.08		
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลาในการประเมิน	870.01	2.73	318.32	918.85	0.00
กลุ่ม x ช่วงเวลาในการประเมิน	3.76	2.73	1.38	3.97	0.01
ความคลาดเคลื่อน	60.60	174.92	0.35		

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของแต่ละช่วงเวลาและแต่ละกลุ่มเป็นรายคู่โดยใช้วิธี Bonferroni พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและหลังการตรวจสอนหัวใจกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$)

ก่อนการตรวจสอนหัวใจและขณะรอการตรวจสอนหัวใจกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจ ก่อนเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล ก่อนการตรวจสวนหัวใจ ขณะรอการตรวจสวนหัวใจและหลังการตรวจสวนหัวใจระหว่าง กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ช่วงเวลาประเมิน	คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล		
	กลุ่มควบคุม (n=33)	กลุ่มทดลอง (n=33)	
ก่อนเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล	7.29	7.20	0.09
ก่อนการตรวจสวนหัวใจ	6.54	6.08	0.46*
ขณะรอการตรวจสวนหัวใจ	6.46	5.75	0.71*
หลังการตรวจสวนหัวใจ	2.59	2.37	0.22

*p < 0.05

3. ความร่วมมือ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 4.03 (SD = 1.65) กลุ่มทดลองเท่ากับ 7.12 (SD = 1.24) เมื่อเปรียบเทียบ (p < 0.05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

กลุ่ม	คะแนนความร่วมมือ				df	t	p - value
	minimum	maximum	$\bar{X}$	SD			
กลุ่มควบคุม (n=33)	2	8	4.03	1.65	64	-8.60	0.00
กลุ่มทดลอง (n=33)	4	8	7.12	1.24			

เมื่อเปรียบเทียบร้อยละความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่างโดยจำแนกเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มทดลองให้ความร่วมมือมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) ทุกข้อ ดังตารางที่ 4 โดยกลุ่มทดลองให้ความร่วมมือมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 จำนวน 3 ข้อ คือ การหยุดยา

บางชนิดตามแผนการรักษา เช่น ยาละลายลิ่มเลือด (warfarin) การจัดเตรียมเอกสาร เช่น บัตรประชาชน ใบส่งตัว หรือผลการตรวจอื่นมา และการงดน้ำงดอาหาร 6-8 ชั่วโมงก่อนตรวจ รองลงมา คือ การนำยาโรคประจำตัวมาในวันเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 90.90

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบร้อยละความร่วมมือของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจโดยจำแนกเป็นรายข้อ

ความร่วมมือ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		χ^2	p - value
	(n =33)		(n =33)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. มารับการตรวจตรงตามเวลานัด	15	45.5	25	75.8	5.21	0.02
2. นำยารักษาโรคประจำตัวมา	21	63.6	30	90.9	6.99	0.01
3. หยุดยาบางชนิดตามแผนการรักษา เช่น ยาละลายลิ่มเลือด (warfarin)	18	54.5	33	100	19.41	0.00
4. จัดเตรียมเอกสาร เช่น บัตรประชาชน ใบส่งตัว หรือผลการตรวจอื่นมา	11	33.3	33	100	33.00	0.00
5. งดน้ำและอาหาร 6 - 8 ชั่วโมงก่อนตรวจ	23	69.7	33	100	11.79	0.00
6. ปัสสาวะและใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ก่อนไปตรวจ	18	54.5	26	78.8	4.36	0.04
7. สามารถอยู่ในท่านอนหงายเหยียดแขน และขาตรงบนเตียงตรวจได้	12	36.4	26	78.8	12.16	0.00
8. นอนพักบนเตียงเหยียดขาข้างที่แทง เข็มใส่สายสวนไม่ลุกนั่ง อย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมง หรือในกรณีทำที่ข้อมือ ผู้ป่วยงดใช้ข้อมือข้างที่ทำ	16	48.5	29	87.9	11.80	0.00

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวคือ คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยในการตรวจสวนหัวใจกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson KM¹⁰ อธิบายได้ว่า กิจกรรมที่ผู้วิจัยให้แก่ผู้ป่วยตั้งแต่เข้าสู่ระบบนัดเพื่อเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ มีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจและมั่นใจว่าจะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเผชิญกับการตรวจสวนหัวใจนี้ไปได้ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการตรวจสวนหัวใจโดยการมอบคู่มือ โทรศัพท์

ติดตามเป็นระยะ และอธิบายทวนซ้ำขั้นตอนการเตรียมตัวในการเข้ารับการตรวจเมื่อใกล้ถึงวันนัด ในช่วงก่อนการตรวจสวนหัวใจ ผู้วิจัยมีการตรวจเยี่ยมเพื่อเก็บข้อมูลประวัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและระบายความวิตกกังวล ทบทวนความรู้ตามคู่มือ และให้ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในห้องตรวจสวนหัวใจโดยใช้วิธีทัศนั ษะรอกการตรวจสวนหัวใจผู้วิจัยอยู่เป็นเพื่อนและให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยวช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ และหลังการตรวจสวนหัวใจมีการประเมินสัญญาณชีพ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติ

ตัวของผู้ป่วยที่เหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การมาตรวจตามนัดการรับประทานยาและการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ โดยใช้คู่มือประกอบ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นสามารถลดความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ กวีตแก้วและคณะ¹² ที่ศึกษาการพยาบาลตามทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson KM¹⁰ ในผู้ป่วยที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์และภรรยาดี บุตรคุณ¹³ ที่ศึกษาในผู้ป่วย ที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว นอกจากนี้ยังพบว่า กิจกรรมการให้ข้อมูลความรู้ดังกล่าวแก่ผู้ป่วยเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (enabling) ซึ่งเป็นหนึ่งในกิจกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson KM¹⁰ ที่สามารถลดความวิตกกังวลได้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมณฑล หนูจูน¹⁷ ที่ทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูล เป็นหนึ่งวิธีที่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจได้ นิพนธ์ วาตวาคา⁷ ที่ศึกษาการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยหลังการตรวจสวนหัวใจ จำเนียร พัฒนจักร, วาสนา รวยสูงเนิน⁹ ที่ศึกษาการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจ และ Basar C, et al.¹⁸ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโสตทัศนูปกรณ์ (วิดีโอ) ที่ให้แก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจ

แต่จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า หลังการตรวจสวนหัวใจกลุ่มทดลองและควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) อาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มพ้นจากภาวะคุกคามจากการตรวจสวนหัวใจ เปรียบเสมือนสิ่งกระตุ้นต่อความวิตกกังวลได้ยุติลงแล้ว ทำให้ความวิตกกังวลลดลงและไม่มี ความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ

จำเนียร พัฒนจักร, วาสนา รวยสูงเนิน⁹ ที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจต่อความวิตกกังวลในการตรวจ

การศึกษานี้ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 กล่าวคือ ความร่วมมือของผู้ป่วยในการตรวจสวนหัวใจของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.60, p < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบร้อยละความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่างโดยจำแนกเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มทดลองให้ความร่วมมือมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทุกข้อ (ดังตารางที่ 4) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมความพร้อมจากผู้วิจัยโดยใช้กิจกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson KM¹⁰ ตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องโดยใช้คู่มือประกอบ ซึ่งเป็นคู่มือที่อ่านและสามารถเข้าใจได้ง่าย มีรูปภาพประกอบ มีการทวนซ้ำการปฏิบัติตัวโดยผู้วิจัย มีโทรศัพท์เชื่อมกลุ่มทดลอง เมื่อถึงวันนัดเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ ร่วมกับการใช้วีดิทัศน์ทำให้กลุ่มทดลองเห็นภาพที่ชัดเจน และสามารถปฏิบัติตัวให้ความร่วมมือได้ถูกต้องผ่านพ้นการทำหัตถการได้อย่างปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของเจษฎา ศรีบุญเลิศ¹⁹ ที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความร่วมมือในผู้ป่วยมะเร็งระดับขณะตรวจรักษาโดยให้ยาเคมีบำบัด บุญธิดา ลิมาพงษ์ภาส และคณะ²⁰ ที่ศึกษาผลของการสอน โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง จำเนียร พัฒนจักร, วาสนา รวยสูงเนิน⁹ ที่ศึกษาความร่วมมือของผู้ป่วยจากการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจ

สวนหัวใจ และศศิธร สุทธิสนธิ²¹ ที่ศึกษาความร่วมมือของผู้ป่วยผ่าตัดต่อเนื้อตาจากการเตรียมความพร้อมโดยใช้แนวคิดการบรรลุจุดมุ่งหมาย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

พยาบาลควรนำโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรไปปรับใช้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจและผู้ป่วยที่เข้ารับทำหัตถการอื่น ๆ ตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนการทำหัตถการ ขณะทำหัตถการ และหลังการทำหัตถการจนถึงวันจำหน่ายเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสารที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ มีการเฝ้าติดตามดูแลอยู่เสมอ ให้ข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวกับการรักษา อยู่เป็นเพื่อนและให้กำลังใจช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วย การได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ทุกท่านที่ได้ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยดีตลอดมา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐมที่ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในทุกทางเพื่อการศึกษา และที่สำคัญขอกราบขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านเป็นอย่างยิ่งที่เป็นผู้ให้ข้อมูลซึ่งเปรียบเสมือนครูของผู้วิจัยทำให้ได้เรียนรู้ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Top 10 causes of death in 2019 [Internet]. 2020 [cited 2020 May 23] Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/causes-of-death/GHO/causes-of-death>.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ประเด็นสารณรงค์วันหัวใจโลก ปี พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.พ. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/>.
3. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2557.
4. Jamshidi N, Abbaszadeh A, Kalyani MN, Sharif F. Effectiveness of video information on coronary angiography patients' outcomes. Collegian 2013; 20: 153-9.
5. Moradi T, Adib-Hajbaghery M. The effect of a multi-modal preparation package on anxiety in patients undergoing coronary angiography. Int Cardio vasc Res J 2015; 9: 10-6.
6. Merriweather N, Sulzbach-Hoke LM. Managing risk of complications at femoral vascular access sites in percutaneous coronary intervention. Crit Care Nurse 2012; 32: 16-29.

7. นิพนธ์ วาดาดา. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
8. พิรารรรถ โต่งจันทร์, อำภาพร นามวงศ์พรหม, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์. ความวิตกกังวลความพึงพอใจและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการสวนหัวใจ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2557.
9. จำเนียร พัฒนจักร, วาสนา รวยสูงเนิน. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือในการตรวจ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2561; 41: 10-9.
10. Swanson KM. Empirical development of a middle range of a middle range theory of caring. Nursing research 1990; 40: 161-6.
11. อัญชลี ไชยวงศ์น้อย. ผลของการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อการทำกิจวัตรประจำวันและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
12. สุภาภรณ์ กวัดแกว่ง, เขวลักษณ์ เสรีเสถียร, วรรณฯ พาหุวัฒนกร,ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลต่อความวิตกกังวลของสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา. วารสารสภาการพยาบาล 2557; 29: 55-66.
13. ภัทราวดี บุตรคุณ. ผลของโปรแกรมสแกนสันต่อความวิตกกังวลและการรับรู้พฤติกรรม การดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว [วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2561.
14. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral and biomedical sciences. Behav Res Methods 2007; 39: 175-91.
15. อรุณ จิรวินน์กุล. การออกแบบแบบสอบถามสำหรับงานวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา; 2556.
16. Hornblow AR, Kidson MA. The visual analogue scale for anxiety: a validation study. Aust N Z J Psychiatry 1976; 10: 339-41.
17. สุมณฑล หมูจุน.การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปฏิบัติที่เป็นเลิศของวิธีการดูแลด้านจิตใจสำหรับผู้ที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
18. Basar C, Besli F, Kecebas M, Kayapinar O, Turker Y. The effect of audio-visual education prior to coronary angiography on the state anxiety. Clini Case Rep Rev 2015; 1: 176-8.

19. เจษฎา ศรีบุญเลิศ_ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือในผู้ป่วยมะเร็งตับขณะตรวจรักษา โดยให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
20. บุญธิดา ลิมาพงษ์ภาส, กาญจนา โกกิละนันท์, นงเยาว์ ธิติไพศาล, มนัสนันท์ ศิริสกุลเวโรจน์, วรรัตน์ แยมโสภิ, ณภัทร ไวปรินทะ, และคณะ. ผลของการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติตนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2558; 9: 1-7.
21. ศศิธรสุทธิสนธิ. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดเพื่อบรรลุมุ่งหมายต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือในการผ่าตัดต่อเนื้องอกที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2561.