

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิก
โดยใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิค



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

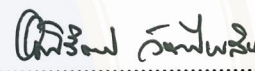
สารนิพนธ์

เรื่อง

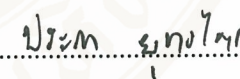
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค
โดยใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิก


.....

นางสาวอรวัตย์ เมฆเคลื้อน
ผู้ศึกษา


.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อติรัตน์ วัฒนไพลิน,
กศ.ด.
อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก


.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไตร,
พย.ด.
อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม


.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล


.....

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,
Ph.D (Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหาร
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

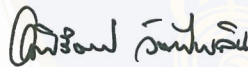
เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการแพ้ในผู้ป่วยโรคแพ้
โดยใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิก

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
วันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554



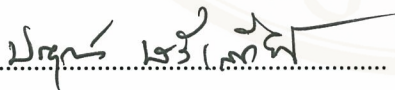
นางสาวอรวลีย์ เมฆเคลื่อน
ผู้ศึกษา



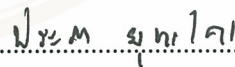
ผู้ช่วยศาสตราจารย์อติรัตน์ วิฒนไพถิน,
กศ.ด.
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรวมน ศรียุคศุทธ,
D.S.N.
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



นายประยุกต์ เสรีเสถียร,
พ.บ.,ว.ว.จิตเวชศาสตร์
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไตร,
พย.ด.
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างยิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติรัตน์ วัฒนไพลิน อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ และอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วมผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภา ยุทธไตร ผู้ซึ่งให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบ ปรับแก้ข้อบกพร่องต่าง ๆ ของการเขียนสารนิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของท่าน ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวณ ศรียุคตศุทธ ประธานสอบสารนิพนธ์ และนายแพทย์ประยุกต์ เสรีเสถียร กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขสารนิพนธ์เพื่อความสมบูรณ์และเหมาะสมของสารนิพนธ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์นายแพทย์วรภัทร รัตอาภา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ช่อทิพย์ สันธนะวนิช และนางสาวอนงค์นุช ศาโสรก ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมตามเนื้อหาของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการทำสารนิพนธ์

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต ที่ให้การสนับสนุนทุนในการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผน ข (ภาคพิเศษ) พร้อมทั้งขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีประจันต์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อนร่วมงาน และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุน และเป็นกำลังใจในการศึกษาจนสำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการศึกษาและเพื่อนร่วมรุ่นการศึกษาทุกท่านที่ให้ความห่วงใย เป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน

ขอขอบคุณครอบครัว ที่ให้การช่วยเหลือ เป็นแรงบันดาลใจ สนับสนุน จนกระทั่งสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

อรวัลย์ เมฆเคลื่อน

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคโดยใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิก

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE TO REDUCE PANIC SYMPTOMS IN PATIENTS WITH PANIC DISORDER BY USING AEROBIC EXERCISE

อรวัลย์ เมฆเคลื่อน 4936679 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด., ประภา ยูทธร ไตร, พย.ด.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคโดยใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิก โดยใช้ขั้นตอนการดำเนินการตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Polit & Beck (2004) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล จากการสืบค้นพบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัย Randomized Controlled Trials (RCTs) จำนวน 4 เรื่องและงานวิจัยเชิงพรรณนาจำนวน 2 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และบูรณาการเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคโดยใช้การออกกำลังกาย นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง และปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลซึ่งสามารถใช้กับผู้ป่วยโรคแพนิคที่มีหรือไม่มีอาการกลัวที่โล่ง (Panic Disorder with or without agoraphobia) ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยา มีสุขภาพแข็งแรงและได้รับการคัดกรองโรคทางกายเป็นอย่างดีว่าไม่มีความเจ็บป่วยทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายแบบแอโรบิก โดยการออกกำลังกายร่วมกันเป็นกลุ่มหรือโดยการออกกำลังกายคนเดียว รูปแบบการออกกำลังกาย ประกอบด้วย 1) ระยะเวลาในการออกกำลังกาย แต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการออกกำลังกาย และความถี่ของการออกกำลังกาย โดยออกกำลังกายแต่ละครั้งใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 15-30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 10 สัปดาห์ 2) ความหนักของการออกกำลังกาย ออกกำลังกายระดับหนักปานกลางถึงหนักมากจนกระทั่งมีอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ร้อยละ 70-90 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (220 - อายุ) โดยเลือกวิธีการออกกำลังกายที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้สะดวก เช่น การขี่จักรยาน การเดิน การวิ่ง การเดินบนสายพาน การเดินแอโรบิก การว่ายน้ำ การออกกำลังกายโดยใช้เครื่องมือ 3) การเสริมแรงจิตใจในการออกกำลังกายเพื่อให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ คือควรมีการศึกษานำร่องเพื่อประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคก่อนนำไปใช้ในหน่วยงาน

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคแพนิค / การออกกำลังกายแบบแอโรบิก / อาการแพนิค / แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE TO REDUCE PANIC SYMPTOMS IN PATIENTS WITH PANIC DISORDER BY USING AEROBIC EXERCISE

ORAWAN MEKKLEUN 4936679 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

**THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D.,
PRAPA YUTTATRI, D.N.S.**

ABSTRACT

This study was aimed at developing a clinical nursing practice guideline (CNPG) for the use of aerobic exercise to reduce panic symptoms in patients with panic disorder. The evidence-based practice model of Polit and Beck (2004) was adopted as the conceptual framework in this study. According to a search of the evidence, 4 randomized controlled trials and 2 descriptive research studies were obtained for analysis and synthesis to assemble the clinical nursing practice guidelines (CNPG). The CNPG was then submitted to expert committee for content validity, correction, and suggestions. This CNPG was deemed appropriate for use with patients with panic disorder with and without agoraphobia who currently are being treated by pharmacotherapy, are healthy, and have passed the physical screening and where it can be ensured that no physical impairment exists that would have an adverse effect from aerobic exercise. The exercise was planned for either group or individual. The exercise program is comprised of : 1) the duration of each exercise, number of exercises, and frequency of exercise; for which the duration is 15-30 minutes, 3 times a week for at least 10 weeks continuously; 2) intensity of exercise, for which the aerobic exercise was designed to exert moderate to high intensity until the heartbeat reaches 70-90% of maximum heart beat (220-age) by choosing the appropriate type of aerobic exercise, e.g., bicycling, walking, jogging, belt running, aerobic dance, swimming, equipment-exercise; 3) encouragement: the patient should get encouragement to continue the exercise program from a therapist regularly. The suggestion for implementation of this CNPG is to conduct a pilot study to assess the CNPG implementation process and the panic symptom reduction results prior to the actual implementation.

**KEY WORDS: PATIENTS WITH PANIC DISORDER / AEROBIC EXERCISE /
PANIC SYMPTOMS / CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE**

133 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข	5
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	6
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	7
2.1 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา	7
1. ผู้ป่วยโรคแพนิก	7
2. การออกกำลังกาย	12
3. หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อลดอาการแพนิก	15
4. กรอบแนวคิดในการศึกษา	17
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการศึกษา	19
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	35
สรุปการศึกษา	35
ข้อเสนอแนะ	36
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	38
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	52
รายการอ้างอิง	65
ภาคผนวก	75
ประวัติผู้ศึกษา	133

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Significance of the Study)

โรคแพนิค (Panic disorder) ที่มีหรือไม่มีอาการกลัวที่โล่ง (with or without agoraphobia) อยู่ในกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดโรคหนึ่ง ผู้ป่วยที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคแพนิคจะมีอาการ ใจเต้น ใจเต้นแรง หรือหัวใจเต้นเร็วมาก เหงื่อแตก ตัวสั่น หายใจไม่อิ่มหรือหายใจขัด รู้สึกอึดอัด เจ็บหน้าอก คลื่นไส้หรือไม่สบายในท้อง มึนงง ปวดศีรษะ หรือเป็นลม derealization หรือ depersonalization กลัวควบคุมตัวเองไม่ได้ กลัวว่าตนเองกำลังจะตาย โดยมีอาการตั้งแต่ 4 อาการขึ้นไปอย่างรวดเร็วและถึงระดับสูงสุดในระยะเวลา 10 นาที และผู้ป่วยมีอาการซ้ำอย่างน้อย 2 ครั้ง อาการไม่ได้เกิดจากผลจากการใช้สารเสพติดหรือการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย (American Psychiatric Association, 2005) ผู้ป่วยโรคแพนิคส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลฝ่ายกาย โดยเฉพาะห้องฉุกเฉิน เนื่องจากผู้ป่วยเข้าใจว่าตนเองมีอาการแสดงด้านร่างกาย (Goldberg, Posner, & Zimmerman, 2007; Smits, Powers, Berry, & Otto, 2007)

โรคแพนิคถึงแม้จะมีความชุกในระยะเวลา 12 เดือนร้อยละ 0.5-3.1 และความชุกในช่วงชีวิตร้อยละ 0.5-4.7 (Michael, Zetsche, & Margraf, 2007) จากการศึกษาโดยติดตามผู้ป่วยโรคแพนิคที่มีหรือไม่มีอาการกลัวที่โล่งจำนวน 235 คน ที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นระยะเวลา 3 ปี พบว่าความน่าจะเป็นของการกลับเป็นซ้ำ (Recurrence) ในผู้ป่วยโรคแพนิค (0.35) แตกต่างกับผู้ป่วยโรคแพนิคที่มีอาการกลัวที่โล่ง (0.52) ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคแพนิคจำนวน 100 คน มีความน่าจะเป็นในการกลับเป็นซ้ำถึง 35 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่สูง (Francis et al., 2007) และสอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคแพนิคย้อนหลังไปเป็นระยะเวลา 2 ปีในชุมชนขนาดใหญ่ (large community-based survey) ของประเทศเนเธอร์แลนด์พบว่าผู้ป่วยโรคแพนิคร้อยละ 43.3 ยังมีอาการโรคแพนิคในระยะเวลา 1 ปี (Batelaan et al., 2010) ซึ่งทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา จากการศึกษาของประเทศไต้หวันพบว่า ผู้ป่วยโรคแพนิคหลังได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคแพนิคมีอาการแพนิคที่ต้องมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินและมีค่าใช้จ่ายประมาณ 1,500 ดอลลาร์ไต้หวันคิดเป็นเงินบาทไทยประมาณ 1,483.86 บาท (1 ดอลลาร์ไต้หวัน คิดเป็นเงินบาทไทยเท่ากับ 0.99 บาท) แต่

หลังจากได้รับการดูแลรักษาจากแผนกจิตเวชพบว่าเมื่ออัตราการรับบริการที่แผนกฉุกเฉินลดลงและมีค่าใช้จ่ายลดลงเหลือประมาณ 1,047 ดอลลาร์ได้หวั่นคิดเป็นเงินบาทไทยประมาณ 1,035.73 บาท (Chen, Lin, & Lee, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์พบว่าผู้ป่วยโรคแพนิคมีค่าใช้จ่ายในการรักษาแบบเดิม (care-as-usual) แตกต่างจากค่าใช้จ่ายในการรักษาแบบใหม่คือได้รับการดูแลเพิ่มเติมในเรื่องการให้จิตศึกษาเกี่ยวกับอาการแพนิค การเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต การจัดการความเครียด ทักษะการผ่อนคลาย การปรับแบบแผนทางความคิด interoceptive exposure และ in vivo exposure เปรียบเทียบในระยะเวลา 6 เดือนพบว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบเดิมมีค่าใช้จ่ายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Smit et al., 2009)

ในปัจจุบันยังไม่พบสาเหตุของโรคแพนิคที่ชัดเจน แต่พบว่า มีปัจจัยร่วมกันที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคแพนิค (Peter, Michelle, & Murray, 2006) ได้แก่ 1) ความอ่อนแอทางพันธุกรรม (Genetic susceptibility) ในปัจจุบันมีความพยายามในการศึกษาเกี่ยวกับความอ่อนแอทางพันธุกรรม (vulnerability) ของผู้ป่วยโรคแพนิคเช่นเดียวกันกับผู้ป่วยทางจิตเวชโรคอื่นๆ แต่อย่างไรก็ดียังไม่พบเส้นทางการเกิด (pathways) โรคแพนิคจากความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ชัดเจน 2) กระบวนการชีวเคมีในสมอง (Neurobiological process) (Peter, Michelle, & Murray, 2006) มีการศึกษาพบว่า กาแฟ, isoproterenol, yohimbine, คาร์บอนไดออกไซด์, cholecystokinin (CCK) และ hyperosmolar sodium lactate ทำให้เกิดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคแต่ไม่ทำให้เกิดอาการในกลุ่มควบคุม และพบว่าผู้ป่วยโรคแพนิคมีขนาด amygdala และ temporal lobe ลดลง มีจำนวน creatine และการเผาผลาญ phosphocreatine ใน temporal lobe ส่วนกลางต่ำ มีการเผาผลาญน้ำตาลในสมองที่ amygdala, hippocampus, thalamus, และ brain stem ลดลง และมีการไหลเวียนของเลือดบริเวณ orbitofrontal ลดลง 3) กระบวนการจิตพยาธิสภาพ (Psychopathological process) ผู้ป่วยโรคแพนิคมีความไวของร่างกายที่มีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ ความไวต่อความวิตกกังวล (anxiety sensitivity) ซึ่งเกิดจากการมีประสบการณ์ที่เลวร้ายหรือรุนแรงในชีวิต หรือได้รับการเสริมแรงจากพ่อแม่ต่อการให้ความสนใจกับอาการทางกาย และต้นแบบจากพ่อแม่ที่มีปฏิกิริยาความทุกข์ต่อปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย (bodily sensations) และการวางเงื่อนไขความกลัวต่อปฏิกิริยาทางด้านร่างกายเมื่อมีความวิตกกังวล (interoceptive conditioning) ได้แก่ ความกลัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายขณะมีความวิตกกังวลซึ่งอาจทำให้เกิดอาการแพนิค และความกลัวต่ออาการแพนิคเป็นวัฏจักรซ้ำๆ ให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเพิ่มมากขึ้น

การป่วยเป็นโรคแพนิคส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมเศรษฐกิจ กล่าวคือ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายต่างๆ เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หายใจไม่สะดวก กลัวควบคุมตัวเองไม่ได้ กลัวว่าตนเองกำลังจะตาย ต้องมารับบริการซ้ำๆ ด้วย

อาการเหล่านี้ที่แพนทูกูเลน (Smits, Powers, Berry, & Otto, 2007) โรคแพนิกมีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ และยังส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานลดลง ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและประกอบอาชีพได้ตามปกติอาจทำให้ผู้ป่วยตกงานส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม (Barrera & Norton, 2009) และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูง (Francis et al., 2007) ส่งผลต่อการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ (Chen, Lin, & Lee, 2009) สังคมและประเทศชาติต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการไม่หายขาดมีอาการเป็นซ้ำๆ ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากการขาดงานทำให้ทำงานได้น้อยลงหรือทำงานผิดพลาดบ่อยๆ เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น

โรงพยาบาลศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรีซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง และเป็นโรงพยาบาลที่รักษาโรคทางฝ่ายกาย และพบว่าผู้รับบริการยังมารับบริการด้วยปัญหาสุขภาพจิตด้วย ปัญหาสุขภาพจิตที่ผู้ป่วยมารับบริการเป็นอันดับหนึ่ง คือ กลุ่มโรควิตกกังวล และมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ คือมีจำนวนผู้ป่วย 168 รายในปีงบประมาณ 2548 จำนวน 241 ราย ในปีงบประมาณ 2549 จำนวน 263 ราย ในปีงบประมาณ 2550 จำนวน 286 ในปีงบประมาณ 2551 และ จำนวน 326 ราย ในปีงบประมาณ 2552 ตามลำดับ และในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคแพนิกจำนวน 4 , 8 , 11 , 12 และ 18 รายตามลำดับ และจากการปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินพบว่าผู้ป่วยโรคแพนิกมักมารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินนอกเวลาราชการด้วยอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม มึนงงศีรษะ หายใจเร็วหอบถี่ มือเท้าชา รู้สึกเหมือนตัวเองกำลังจะตาย หายใจไม่ได้ บางรายคิดว่าตนเองเป็นโรคร้ายแรง เช่น โรคหัวใจ ซึ่งจากการตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติด้านร่างกาย ผู้ป่วยมักมารับบริการซ้ำๆ ด้วยอาการดังกล่าว และบางรายต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยและญาติกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและไม่เข้าใจอาการเจ็บป่วยของตนกลัวว่าจะเป็นโรคที่รุนแรง และจากการทบทวนการวินิจฉัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคแพนิก จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายบุคคลพบว่า ผู้ป่วยบอกต้องมาพบแพทย์เป็นประจำเนื่องจากขาดยาไม่ได้ เมื่อหยุดรับประทานยาแล้วผู้ป่วยมีอาการขึ้นมาอีกคือ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ปวดท้ายทอย หายใจไม่อิ่ม ใจสั่น ตกใจง่าย มึนงงศีรษะ มือเท้าชา รู้สึกหงุดหงิด ผู้ป่วยไม่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตน ไม่เข้าใจพยาธิสภาพของโรค ไม่มีความมั่นใจว่าอาการของโรคแพนิกสามารถควบคุมได้ หรือสามารถบรรเทาได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องใช้ยาเกินความจำเป็น

ที่ผ่านมาผู้ป่วยโรคแพนิกส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลศรีประจันต์จะได้รับการรักษาจากแพทย์ทั่วไปโดยให้การรักษาตามอาการร่วมกับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม Benzodiazepine ได้แก่ Diazepam, Lorazepam, Alprazolam ยาด้านเศร้าในกลุ่ม SSRIs ได้แก่ Fluoxetine และยาด้านเศร้า

กลุ่ม Tricyclic ได้แก่ amitriptyline ร่วมกับการให้การปรึกษาขั้นพื้นฐานโดยพยาบาล และผู้ป่วย บางรายได้รับแต่ยาเพียงอย่างเดียวไม่ได้รับการให้การปรึกษา ซึ่งเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยตามความรู้ และประสบการณ์ของแพทย์และพยาบาลแต่ละคน ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน ซึ่งพบว่า ยังให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ ประกอบกับการรักษาด้านจิตสังคมที่นอกเหนือไปจากการใช้ ยานี้จำเป็นต้องใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะเรื่อง จึงจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้ลดอาการแพนิค ได้ จึงพบว่าผู้ป่วยมีอาการเป็นๆ หายๆ วนเวียนเข้ารับการรักษายู่เป็นประจำ ไม่สามารถควบคุม อาการแพนิคได้ด้วยตนเอง ผลที่ตามมาผู้ป่วยต้องใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานาน เนื่องจากการใช้ยา กลุ่ม Benzodiazepine มีผลข้างเคียงค่อนข้างมากคือ ทำให้เกิดอาการง่วงซึม อาการมึนงงสับสน ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ใช้นานๆ ทำให้ผู้ป่วยติดยา และมีผลต่อความจำ ทำให้หลงลืมได้ทั้งใน ความจำระยะสั้นและความจำระยะยาว (de Hass et al., 2008; Goldberg, Posner, & Zimmerman, 2007; Varcariolis, Cason, & Shoemaker, 2006) และยังพบว่าผู้ป่วยมารับยากรณีเป็นผู้ป่วยนอกแต่ละ ครั้งมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 358 บาท และกรณีเป็นผู้ป่วยในแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 2,576 บาท และใน แต่ละคนมารับบริการซ้ำกรณีเป็นผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 8 ครั้งต่อปี กรณีเป็นผู้ป่วยใน 3 ครั้งต่อปี ทำให้ โรงพยาบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายที่มากขึ้นในการดูแลรักษาผู้ป่วย ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคแพนิค น่าจะใช้ทางเลือกอื่นร่วมกับการรักษาด้วยยา เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการรักษา

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคแพนิคในปัจจุบันสามารถแบ่งออกได้เป็นการรักษา ด้วยยาและการรักษาโดยไม่ใช้ยา การรักษาโดยการให้ยา ปัจจุบันนิยมให้ยาด้านเศร้าในกลุ่ม SSRIs ได้แก่ Fluoxetine, fluvoxamine, sertraline, paroxetine, citalopram และ escitalopram ซึ่งได้ผลดีเมื่อ เปรียบเทียบกับยาหลอก และยาด้านเศร้าในกลุ่มดั้งเดิม ได้แก่ imipramine, desipramine, clomipramine, nortriptyline และ amitriptyline การให้ยาในกลุ่ม benzodiazepines ได้ผลดีในการ รักษาโรคแพนิคในระยะแรก เพื่อรอให้ยาด้านเศร้าออกฤทธิ์ และไม่ควรรักษาในกลุ่ม benzodiazepines ในระยะยาวเนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อติดยา การรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การบำบัดทางด้านจิตใจและพฤติกรรม (psychological-behavioral treatment) การบำบัดทางการรู้คิด และพฤติกรรมเป็นวิธีการที่ได้ผลในการรักษาผู้ป่วยโรคแพนิค การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม อยู่บนพื้นฐานของการวางเงื่อนไข (interoceptive conditioning) และทฤษฎีการรู้คิด ประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคแพนิค การแก้ไขความเข้าใจผิดเกี่ยวกับอาการแพนิค การปรับเปลี่ยน ความเชื่อที่บิดเบือน การเผชิญกับความกลัวการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อพิสูจน์ความกลัวที่เกิดจากการประเมินปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย (bodily sensations) ไม่ถูกต้อง และการฝึกการหายใจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความวิตกกังวลและอาการแพนิค และการบำบัด ร่วมกันโดยใช้ยาด้านเศร้าและจิตบำบัด จากการศึกษาพบว่าการบำบัดร่วมกันโดยใช้ยาด้านเศร้าและ

จิตบำบัดมีประสิทธิภาพดีกว่าการรักษาด้วยยาต้านเศร้าเพียงอย่างเดียวในระยะเฉียบพลัน และพบว่าในระยะหยุดยา การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีผลในการบำบัดนานกว่าการรักษาด้วยยา (Peter, Michelle, & Murray, 2006) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการรักษาด้วยวิธีการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมร่วมกับการรักษาด้วยยาจะได้ผลดีที่สุด สามารถลดอัตราการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคแพนิค แต่เป็นวิธีที่สามารถให้การรักษาได้เฉพาะในสถานบริการที่มีบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม และการช่วยเหลือด้วยวิธีนี้ต้องใช้ระยะเวลานาน (Smits, Powers, Berry, & Otto, 2007) ผู้ป่วยต้องมาพบผู้บำบัดในช่วงระยะเวลาของการบำบัดอาจทำให้สูญเสียเวลา และทำให้สูญเสียรายได้เนื่องจากอาจต้องหยุดงานเพื่อมารับการบำบัด

ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานคลินิกสุขภาพใจและห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินตระหนักถึงความสำคัญในการแก้ไขปัญหาทางคลินิกที่พบในหน่วยงานคือปัญหาผู้ป่วยโรคแพนิคที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งจะได้รับยาคลายกังวลเพียงอย่างเดียวทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาค้างเป็นประจำและต้องพึ่งพาการใช้ยา จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค โดยใช้การออกกำลังกายซึ่งผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้านหรือออกกำลังกายเป็นกลุ่มกับเพื่อน ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการแพนิคครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนงานวิจัยหรือแนวปฏิบัติที่ใช้การออกกำลังกายเพื่อลดอาการแพนิคจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิคมีประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคแพนิค (Salmon, 2001) และยังพบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิค และการใช้ Cognitive Behavioral Therapy สามารถลดความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน (Salmon, 2001) แต่การใช้ Cognitive Behavioral Therapy ผู้บำบัดต้องได้รับการอบรมเฉพาะจึงจะสามารถนำมาใช้ได้ ส่วนการบำบัดโดยใช้การออกกำลังกายสามารถทำได้ง่ายและสะดวกกว่าการใช้ Cognitive Behavioral Therapy (Smits, Powers, Berry, & Otto, 2007) และช่วยให้ประหยัดค่าใช้จ่ายสำหรับหน่วยงาน

1.2 ประเด็นปัญหาหลักในการศึกษา (Main Issues)

การบำบัดช่วยเหลือผู้ป่วยโรคแพนิคมีเป้าหมายสำคัญคือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดอาการแพนิคและลดอัตราการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วย จากการปฏิบัติที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคแพนิคที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ได้รับยาคลายกังวลร่วมกับการให้บริการปรึกษา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยยังต้องมารับยาคลายกังวลอย่างต่อเนื่องซึ่งยาคลายกังวลอาจมีผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยทำให้ทำให้เกิดอาการง่วงซึม มีนงงสับสน ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย มีผลต่อความจำ ทำให้หลงลืมได้ทั้งในความจำระยะสั้นและความจำระยะยาว การรับประทานยาคลายกังวลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานอาจทำให้เกิดการพึ่งพา

และทำให้ติดยาได้ และผู้ป่วยไม่มีความรู้และทักษะในการจัดการหรือบรรเทาอาการแพนิคได้ด้วยตนเอง

ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและคลินิกสุขภาพใจจึงมีความสนใจในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคโดยใช้การออกกำลังกายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมและบรรเทาอาการแพนิคได้ด้วยตนเองโดยการออกกำลังกายไม่ต้องพึ่งยาคลายกังวลหรือรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เพื่อให้เหมาะกับบริบทของหน่วยงานซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Purposes of the Study)

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคโดยใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิก

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefits / Outcomes)

1. ผู้ป่วยโรคแพนิคได้รับการบำบัดช่วยเหลือโดยใช้การออกกำลังกายเพื่อลดอาการแพนิค
2. ผู้ป่วยโรคแพนิคสามารถลดการรักษาด้วยยา และมีความพึงพอใจบริการที่ได้รับ
3. พยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับใช้กับผู้ป่วยโรคแพนิคเป็นรูปแบบเดียวกัน
4. หน่วยงานและโรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งจะช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรม แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (Review of Conceptual / Theories)

การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาวิธีการหรือแนวทางปฏิบัติ เพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคโดยใช้การออกกำลังกาย โดยมีหัวข้อการทบทวนมีดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคแพนิค
 - 1.1 อุบัติการณ์ อาการและการวินิจฉัยโรคแพนิค
 - 1.2 สาเหตุโรคแพนิคและการดำเนินโรค
 - 1.3 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคแพนิค
2. การออกกำลังกาย
 - 2.1 ความหมายของการออกกำลังกาย
 - 2.2 ประเภทของการออกกำลังกาย
 - 2.3 หลักสำคัญของการออกกำลังกาย
3. หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค
4. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. ผู้ป่วยโรคแพนิค

ผู้ป่วยโรคแพนิคส่วนใหญ่มารับการรักษาซ้ำๆ ที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลฝ่ายกาย ด้วยอาการใจสั่น ใจเต้นรัว หรืออัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น เหงื่อแตก ตัวสั่น รู้สึกเหมือนหายใจไม่สุด (หายใจตื้น) หรือหายใจไม่ออก รู้สึกอึดอัดเหมือนอะไรจุกอยู่ที่คอ เจ็บหรือแน่นหน้าอก คลื่นไส้หรือแน่นอึดอัดท้อง รู้สึกมึนงง โคลงเคลง วูบ หรือเป็นลม รู้สึกเหมือนสิ่งแวดล้อมแปลกไป ไม่เป็นจริง (derealization) หรือรู้สึกเหมือนตัวเองเปลี่ยนไป (depersonalization) กลัวว่าจะควบคุมตัวเองไม่ได้ หรือกลัวว่าจะเป็นบ้า กลัวว่าตนเองกำลังจะตาย

- 1.1 อุบัติการณ์ อาการ และการวินิจฉัยโรคแพนิค

องค์การอนามัยโลกได้สำรวจภาวะสุขภาพจิตโดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาที่มีมาตรฐาน ใน 28 ประเทศทั่วโลกพบว่า โรคแพนิคมีความชุกช่วงชีวิตเท่ากับ 0.5-4.7 และมีความชุกใน

ระยะเวลา 12 เดือนเท่ากับ 0.5-3.1 (Michael, Zetsche, & Margraf, 2007) และจากการศึกษาความชุกของโรคแพนิคในทวีปยุโรปโดย Goodwin et al.(2005) พบว่ามีความชุกในระยะเวลา 12 เดือนเท่ากับร้อยละ 1.8 และความชุกของโรคแพนิคในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าความชุกช่วงชีวิตและความชุกในระยะเวลา 12 เดือนเท่ากับ ร้อยละ 5.1 และ 2.1 (Grant et al., 2006) ซึ่งมีความชุกแตกต่างกันระหว่างเชื้อชาติ กล่าวคือ ชาวอเมริกันผิวขาวมีความชุกช่วงชีวิตของโรคแพนิคสูงสุดร้อยละ 5 รองลงมาคือ ชาวลาตินอเมริกันมีความชุกช่วงชีวิตของโรคแพนิคเท่ากับร้อยละ 4 ชาวแอฟริกันอเมริกันมีความชุกช่วงชีวิตของโรคแพนิคเท่ากับร้อยละ 3.8 และชาวเอเชียอเมริกันมีความชุกช่วงชีวิตของโรคแพนิคน้อยที่สุดเท่ากับร้อยละ 2 ซึ่งการศึกษาความชุกของโรคแพนิคในทวีปเอเชีย พบว่ามีความชุกของโรคแพนิคในประเทศญี่ปุ่นเท่ากับร้อยละ 5.0 (Kaiya, Umekage, Harada, Okazaki, & Sasaki, 2005) เขตปกครองพิเศษฮ่องกงมีความชุกของโรคแพนิคในระยะเวลา 6 เดือนเท่ากับร้อยละ 3.89 (Lee, Tsang, & Kwok, 2005) ส่วนการศึกษาความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทยในปีพ.ศ. 2546 พบว่า โรคแพนิคมีความชุก ณ ปัจจุบันเท่ากับ 0.38 ซึ่งเป็นลำดับที่ 9 ของโรคจิตเวช (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2546) ซึ่งมีความชุกน้อยกว่าการศึกษาความชุกช่วงชีวิตของความผิดปกติทางจิตในประเทศไทยในปี 2541 (อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภักคนพิณ กิตติรักษนนท์ และ วรวรรณ จุฑา, 2544) ที่พบว่าโรคแพนิคมีความชุกช่วงชีวิตเท่ากับร้อยละ 1

การวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวลชนิด Panic disorder (PD) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2005; มาโนชัย หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) คือมีอาการ Panic attack ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน เกิดขึ้นอยู่ซ้ำๆ (recurrent unexpected panic attack) คำว่า อาการแพนิค หมายถึง ช่วงระยะเวลาหนึ่งที่มีความกลัวหรือรู้สึกไม่สบายอย่างรุนแรง โดยมีอาการต่อไปนี้ 4 อาการ หรือมากกว่า เกิดขึ้นแบบทันทีทันใดและรุนแรงที่สุดภายในเวลา 10 นาที

1. ใจสั่น ใจเต้นรัว หรืออัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น
2. เหงื่อแตก
3. ตัวสั่น
4. รู้สึกเหมือนหายใจไม่สุด (หายใจตื้น) หรือหายใจไม่ออก
5. รู้สึกอึดอัดเหมือนอะไรจุกอยู่ที่คอ
6. เจ็บหรือแน่นหน้าอก
7. คลื่นไส้หรือแน่นอึดอัดท้อง
8. รู้สึกมึนงง โคลงเคลง วูบ หรือเป็นลม
9. รู้สึกเหมือนสิ่งแวดล้อมแปลกไป ไม่เป็นจริง (derealization) หรือรู้สึกเหมือนตัวเองเปลี่ยนไป (depersonalization)

10. กลัวว่าจะควบคุมตัวเองไม่ได้ หรือกลัวว่าจะเป็นบ้า

11. กลัวว่าจะตาย

12. ซา (รู้สึกเป็นเหน็บหรือเสียวแปลบ)

13. หनावสันหรือร้อนวูบวาบ

มีอาการ panic attack หนึ่งครั้ง ซึ่งจะต้องตามมาด้วยอาการต่อไปนี้เป็นเวลาหนึ่งเดือนหรือมากกว่า

1. กิดคำนึง (concern) ต่อเนื่องว่าตัวเองจะเกิดอาการ panic attack ขึ้นอีก

2. ไม่สบายใจเกี่ยวกับผลเสียหรือผลที่จะตามมาจากการมี panic attack เช่น คิดว่าจะควบคุมตัวเองไม่ได้ จะเป็นหัวใจวาย หรือจะเป็นบ้า

3. มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอย่างมากที่สัมพันธ์กับการเกิด panic attack

อาการ panic attack ไม่ได้เป็นผลโดยตรงจากสารหรือยา หรือไม่ได้เกิดจากโรคทางอายุรกรรมใดๆ (เช่น hyperthyroidism) และอาการ Panic attack นั้นไม่สามารถอธิบายได้ด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ

ผู้ป่วยบางรายอาจมี agoraphobia ร่วมด้วยคือ กลัวการอยู่ในสถานที่ซึ่งคนอาจเกิดอาการ panic attack ขึ้นมาแล้วจะไม่ได้รับการช่วยเหลือ หรือจะหนีไปไหนไม่ได้

Martinez, Garakani, Kaufmann, Aaronson, & Gorman (2010) ได้ศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคแพนิคขณะมีอาการของระบบประสาทอัตโนมัติกับกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดีพบว่าผู้ป่วยโรคแพนิคมีอัตราการเต้นของหัวใจสูงกว่า มีความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate variability) ต่ำกว่า มีความดันโลหิต diastolic สูงกว่าผู้ที่มีสุขภาพดีขณะพัก แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคแพนิคมีการกระตุ้นทางประสาทอัตโนมัติ (autonomic arousal) สูงกว่าผู้ที่มีสุขภาพดีในขณะที่พัก

1.2 สาเหตุโรคแพนิคและการดำเนินโรค

สาเหตุของโรคแพนิคในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานที่ชี้ชัดว่าปัจจัยใดเป็นสาเหตุของโรคแพนิค แต่อย่างไรก็ดีสามารถอธิบายปัจจัยที่เป็นสาเหตุร่วมกันที่ทำให้เกิดโรคแพนิค ดังนี้

1) ความอ่อนแอทางพันธุกรรม (Genetic susceptibility) (Peter, Michelle, & Murray, 2006) ในปัจจุบันมีความพยายามในการศึกษาเกี่ยวกับความอ่อนแอทางพันธุกรรม (vulnerability) ของผู้ป่วยโรคแพนิคเช่นเดียวกันกับผู้ป่วยทางจิตเวชโรคอื่นๆ แต่อย่างไรก็ดียังไม่พบเส้นทางการเกิด (pathways) โรคแพนิคจากความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ชัดเจน เช่น พบว่าโรคแพนิคมีความสัมพันธ์กับ locus q32-33 บนโครโมโซมที่ 13 หรือ quantitative trait loci กับโครโมโซมที่ 11p ที่ตำแหน่ง cholecystokinin-B (CCK-B) receptor gene ระดับของ cholecystokinin (CCK) ที่เป็น

ตัวกระตุ้นให้เกิดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค และ ความผิดปกติที่ adenosine 2A receptor gene ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวและความวิตกกังวลกับยีน (gene) ในระบบชีวเคมีในสมอง (neurotransmitter) ยังให้ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกัน แต่การศึกษาเกี่ยวกับความผิดปกติของยีน (gene) ที่ 22q11 catechol-o-methyltransferase ซึ่งเป็นตัวควบคุมการเผาผลาญของ norepinephrine มีความสอดคล้องกัน

2) กระบวนการชีวเคมีในสมอง (Neurobiological process) (Peter, Michelle, & Murray, 2006) มีการศึกษาพบว่า กาแฟ isoproterenol yohimbine คาร์บอนไดออกไซด์ cholecystokinin (CCK) และ hyperosmolar sodium lactate ทำให้เกิดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคแต่ไม่ทำให้เกิดอาการในกลุ่มควบคุม และพบว่าผู้ป่วยโรคแพนิคมีขนาด amygdala และ temporal lobe ลดลง มีจำนวน creatine และการเผาผลาญ phosphocreatine ใน temporal lobe ส่วนกลางต่ำ มีการเผาผลาญน้ำตาลในสมองที่ amygdala, hippocampus, thalamus, และ brain stem ลดลง และมีการไหลเวียนของเลือดบริเวณ orbitofrontal ลดลง

3) กระบวนการจิตพยาธิสภาพ (Psychopathological process) (Peter, Michelle, & Murray, 2006)

ปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตสังคม ปัจจัยหลักของโรคแพนิค คือความไวของร่างกายที่มีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ ความไวต่อความวิตกกังวล (anxiety sensitivity) ซึ่งสามารถทำนายการเกิดอาการแพนิคในวัยรุ่น นักศึกษามหาวิทยาลัยและกลุ่มตัวอย่างในชุมชนได้ อย่างไรก็ตามความไวต่อความวิตกกังวลมีความแปรปรวนร่วมกับการเกิดอาการแพนิคน้อยกว่าบุคลิกแบบ neuroticism และความไวต่อการมีอารมณ์ทางลบ ความไวต่อความวิตกกังวลเกิดจากการมีประสบการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต (เช่น การเจ็บป่วยหรือการได้รับอันตรายอย่างรุนแรง) การมีประสบการณ์ที่รุนแรง (เช่น ประสบกับความตายหรือการเจ็บป่วยที่รุนแรงของสมาชิกในครอบครัว) หรือการเสริมแรงจากพ่อแม่ต่อการให้ความสนใจกับอาการทางกาย และต้นแบบจากพ่อแม่ที่มีปฏิกิริยาความทุกข์ต่อปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย (bodily sensations) ขณะเดียวกันการเกิดอาการแพนิคเป็นการเพิ่มความไวต่อความวิตกกังวลด้วยเช่นกัน

อาการแพนิคที่เกิดขึ้นหลังจากอาการแพนิคครั้งแรก เกิดจากความกลัวที่มาจาก 2 ปัจจัย คือ 1) การวางเงื่อนไขไขความกลัว (interoceptive conditioning) ความกลัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายขณะมีความวิตกกังวล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเพียงเล็กน้อยอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวต่ออาการแพนิค และความกลัวต่ออาการแพนิคเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเพิ่มมากขึ้น 2) การประเมินปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย (bodily sensations) ไม่ถูกต้อง (เช่น กำลังใกล้ตาย หรือไม่สามารถควบคุมตัวเองได้) ซึ่งเป็นการวางเงื่อนไขที่กระตุ้นให้เกิดอาการแพนิค

การดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคแพนิคจากการศึกษาของ Francis et al. (2007) ที่ติดตามผู้ป่วยโรคแพนิคที่มีหรือไม่มีอาการกลัวที่โล่งจำนวน 235 คน ที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นระยะเวลา 3 ปี พบว่า ความน่าจะเป็นของการฟื้นตัว (Recovery) ในผู้ป่วยโรคแพนิค (0.75) สูงกว่า ผู้ป่วยโรคแพนิคที่มีอาการกลัวที่โล่ง (0.22) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) และความน่าจะเป็นของการกลับเป็นซ้ำ (Recurrence) ในผู้ป่วยโรคแพนิค (0.35) แตกต่างกับผู้ป่วยโรคแพนิคที่มีอาการกลัวที่โล่ง (0.52) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคแพนิคจำนวน 100 คนมีความน่าจะเป็นในการกลับเป็นซ้ำถึง 35 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่สูง และสอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคแพนิคย้อนหลังไปเป็นระยะเวลา 2 ปีในชุมชนขนาดใหญ่ (large community-based survey) ของประเทศเนเธอร์แลนด์พบว่าผู้ป่วยโรคแพนิคร้อยละ 43.3 ยังมีอาการโรคแพนิคในระยะเวลา 1 ปี (Batelaan et al., 2010)

แม้ในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนว่าปัจจัยใดเป็นสาเหตุของโรคแพนิคแต่ก็พอจะอธิบายปัจจัยที่เป็นสาเหตุร่วมกันที่ทำให้เกิดโรคแพนิคคือ ความอ่อนแอทางพันธุกรรมซึ่งยังไม่พบเส้นทางการเกิด (pathways) โรคแพนิคจากความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ชัดเจน ส่วนกระบวนการทางชีวเคมีในสมองพบว่าสารที่ทำให้เกิดอาการแพนิคได้แก่ กาแฟ isoproterenol yohimbine คาร์บอนไดออกไซด์ และ CCK และกระบวนการจิตพยาธิสภาพที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคแพนิคพบว่า ผู้ที่มีความไวต่อความวิตกกังวล (anxiety sensitivity) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคแพนิค และการวางเงื่อนไขอาการกลัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเมื่อมีความวิตกกังวล และพบว่าผู้ป่วยโรคแพนิคมีการกลับเป็นซ้ำค่อนข้างสูง

1.3 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคแพนิค

การรักษาผู้ป่วยโรคแพนิคสามารถแบ่งออกได้เป็นการรักษาด้วยยาและการรักษา โดยไม่ใช้ยา

1) การรักษาโดยใช้ยา ปัจจุบันนิยมใช้ยาด้านเศร้าในกลุ่ม SSRIs ได้แก่ Fluoxetine, fluvoxamine, sertraline, paroxetine, citalopram และ escitalopram ซึ่งได้ผลดีเมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก การใช้ยาด้านเศร้าในกลุ่มดั้งเดิมจะมีอาการข้างเคียงสูงแต่มีราคาถูกลงและมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับยาด้านเศร้ากลุ่มใหม่ ได้แก่ imipramine, desipramine, clomipramine, nortriptyline และ amitriptyline การใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepines ได้ผลดีในการรักษาโรคแพนิค อย่างรวดเร็วในระยะแรก (ภายใน 1 วัน ถึง 1 สัปดาห์) เพื่อรอให้ยาด้านเศร้าออกฤทธิ์ ควรลดขนาดลงและไม่ควรใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepines ในระยะยาวเนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อติดยา (Peter, Michelle, & Murray, 2006)

2) การบำบัดทางด้านจิตใจและพฤติกรรม (psychological-behavioral treatment) การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมเป็นจิตบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคแพนิคที่ได้ผล การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมอยู่บนพื้นฐานของการวางเงื่อนไข (interoceptive conditioning) และทฤษฎีการรู้คิด ประกอบด้วยทำให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคแพนิค การแก้ไขความเข้าใจผิดเกี่ยวกับอาการแพนิค การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่บิดเบือน การเผชิญกับความกลัวการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อพิสูจน์ความกลัวที่เกิดจากการประเมินปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย (bodily sensations) ไม่ถูกต้อง และการฝึกการหายใจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความวิตกกังวลและอาการแพนิค ส่วนจิตบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคแพนิคที่ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างชัดเจนได้แก่ การบำบัดเพื่อให้เกิดการตระหนักในตนเอง (insight-oriented therapy) การฝึกการผ่อนคลายโดยไม่เผชิญกับสถานการณ์ การจัดการความเครียด การสะกดจิต และ eye-movement desensitisation and reprocessing therapy (Peter, Michelle, & Murray, 2006)

3) การบำบัดร่วมกันโดยใช้ยาต้านเศร้าและจิตบำบัด จากการศึกษาพบว่าการบำบัดร่วมกันโดยใช้ยาต้านเศร้าและจิตบำบัดมีประสิทธิภาพดีกว่าการรักษาด้วยยาต้านเศร้าเพียงอย่างเดียวในระยะเฉียบพลัน และพบว่าในระยะหยุดยา การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีผลในการบำบัดนานกว่าการรักษาด้วยยา (Peter, Michelle, & Murray, 2006)

2. การออกกำลังกาย

2.1 ความหมายของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย หมายถึงการกระทำใดๆ ที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อสุขภาพ เพื่อความสนุกสนาน และเพื่อสังคม โดยใช้กิจกรรมง่ายๆ หรือมีกฎ กติกาการแข่งขันต่างๆ (การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2545)

การออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวออกแรงหรือการออกกำลังกายสะสมอย่างน้อยวันละ 30 นาที (อาจทำเป็นช่วงๆ ละ 8-10 นาที) เกือบทุกวัน สัปดาห์ละประมาณ 5 วัน ด้วยความหนักปานกลาง โดยรู้สึกเหนื่อย หายใจเร็วขึ้น ได้แก่ เดิน วิ่งเหยาะๆ ขี่จักรยาน บริหารร่างกาย ว่ายน้ำ กระโดดเชือก รำมวยจีน หรือเล่นกีฬาอื่นๆ (คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ของกระทรวงสาธารณสุข, 2545)

การออกกำลังกายโดยสรุปจึงหมายถึง การที่บุคคลได้มีการเคลื่อนไหวออกแรงร่างกายมากกว่าการเคลื่อนไหวปกติในชีวิตประจำวันเพื่อส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกายและส่งผลให้การดำรงชีวิตเป็นไปอย่างมีความสุขสนุกสนาน

2.2 ประเภทของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพนั้นสามารถแบ่งประเภทของการออกกำลังกายได้ 5 ประเภท ดังต่อไปนี้ (บันเทิง เกิดปรานศ์, 2541)

1) การออกกำลังกายแบบเกร็งกล้ามเนื้อแบบอยู่กับที่ที่ไม่มีการเคลื่อนไหว (Isometric exercise) จะไม่มีการเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนที่ของร่างกาย เช่น การบีบกำวัตถุ การยืนต้นเสาหรือกำแพง

2) การออกกำลังกายแบบยืด หดตัวของกล้ามเนื้อ (Isotonic exercise) เป็นการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายขณะที่ออกกำลังกายเช่น การวิดพื้น การยกน้ำหนัก การดึงข้อ

3) การออกกำลังกายแบบทำให้กล้ามเนื้อทำงานเป็นไปอย่างสม่ำเสมอ ตลอดการเคลื่อนไหว (Isokinetic exercise) เช่น การขี่จักรยานอยู่กับที่ การก้าวขึ้นลงบันได หรือการใช้เครื่องมือทางชีวกลศาสตร์

4) การออกกำลังกายแบบไม่ต้องใช้ออกซิเจนในระหว่างการเคลื่อนไหว (Anaerobic exercise) เช่น วิ่ง 100 เมตร กระโดดสูง ฟันแหลน หรือขว้างจักร เป็นต้น ส่วนใหญ่แล้วปฏิบัติกันในหมู่นักกีฬาที่ทำการฝึกซ้อมหรือแข่งขัน

5) การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (Aerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่มีการหายใจเข้า หายใจออกในระหว่างที่มีการเคลื่อนไหว เช่น การวิ่ง การเดินเร็ว การว่ายน้ำ เป็นต้น ซึ่งนิยมในการออกกำลังกายสำหรับบุคคลทั่วไป

2.3 หลักสำคัญของการออกกำลังกาย

สมาคมกีฬาเวชศาสตร์ของสหรัฐอเมริกา (American College of Sport Medicine อ้างในการกีฬาแห่งประเทศไทย, 2545) ได้กล่าวว่า หลักสำคัญของการออกกำลังกายที่สำคัญคือ FITT ได้แก่ ความบ่อย (Frequency) ความหนัก (Intensity) ความนาน (Time) และชนิด (Type)

1) ความบ่อย (Frequency) การออกกำลังกายเพียงสัปดาห์ละ 3-5 วัน วันละครั้งหรือวันเว้นวันก็นับว่าเป็นการออกกำลังกายที่เพียงพอ

2) ความหนัก (Intensity) คำนึงถึงความหนักของการออกกำลังกายที่เพียงพอในแต่ละครั้งคือ

2.1 การมีเหงื่อออกทั่วร่างกาย และมีอาการเหนื่อยหอบ แต่ยังคงพูดคุยกับเพื่อนๆ ได้นั้นถือว่าเป็นหนักพอดี ซึ่งบ่งชี้ถึงสมรรถภาพความทนทานของหัวใจ ปอด และระบบไหลเวียนโลหิต ถ้าออกกำลังกายเพียงแค่น้อย แต่ไม่มีอาการหอบแสดงถึงความหนักที่น้อยเกินไปและถ้าเหนื่อยจนพูดไม่ออกก็แสดงถึงการออกกำลังกายที่หนักมากเกินไป ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อร่างกายได้

2.2 การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ การออกกำลังกายจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจจะสูงขึ้นกว่าขณะที่ไม่ได้ออกกำลังกาย ดังนั้น จึงต้องกำหนดอัตราการเต้นของหัวใจไว้ เรียกว่า “เป้าหมายอัตราการเต้นของหัวใจ” (Target Heart Rate=THR) ซึ่งในแต่ละคนจะไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับอายุ และวัตถุประสงค์ของการออกกำลังกาย ดังเช่น ผู้ที่เริ่มออกกำลังกายเป้าหมายอัตราการเต้นของหัวใจควรเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 55-65 ของอัตราการเต้นหัวใจปกติ สำหรับผู้ที่เคยออกกำลังกายมาแล้ว และต้องการเพิ่มสมรรถภาพความทนทานของปอดและหัวใจให้ดียิ่งขึ้น เป้าหมายอัตราการเต้นของหัวใจควรเพิ่มเป็นร้อยละ 65-85 ของอัตราการเต้นของหัวใจปกติ แต่เป้าหมายอัตราการเต้นหัวใจไม่ควรเพิ่มมากเกินไปกว่านี้ เพราะอาจจะเป็นอันตรายต่อระบบการทำงานของหัวใจและสุขภาพได้

3) ความนาน (Time) การออกกำลังกายแต่ละครั้งควรใช้เวลาอย่างน้อยประมาณ 30-60 นาที โดยให้แบ่งระยะเวลาของการฝึกออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้

3.1 ช่วงอบอุ่นร่างกาย (Warming -up) คือการทำให้ร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้น โดยใช้เวลาประมาณ 5 นาที ก่อนการออกกำลังกายเพื่อช่วยป้องกันการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อ อันตรายที่เกิดจากการดึงตัวของกล้ามเนื้อและเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ลดการเกิดการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ (Arrhythmia) ระหว่างการออกกำลังกาย

3.2 ช่วงเข้มข้นของการออกกำลังกาย (Endurance exercise) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มเป้าหมายอัตราการเต้นของหัวใจ (THR) ให้ขึ้นถึงที่ต้องการประมาณร้อยละ 60-80 ซึ่งเท่ากับการออกกำลังกายระดับกลาง (Moderate exercise) จากนั้นให้ฝึกติดต่อกันไปอีกนานประมาณ 15-30 นาที เพื่อให้ร่างกายได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่จากการออกกำลังกาย

3.3 ช่วงผ่อนคลาย (Cooling down) คือการพยายามให้อวัยวะส่วนปลายคือมือและเท้า เคลื่อนไหวตลอดเวลาด้วยการเดินช้าๆ หรือการวิ่งช้าๆ ประมาณ 5-10 นาที เพื่อลดระดับการเต้นของหัวใจให้น้อยกว่า 100 ครั้งต่อนาที ช่วงนี้มีความสำคัญต่อร่างกายคือช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ ป้องกันการเกิดการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ ลดระดับความดันโลหิต ลดอุณหภูมิ และลดกรดแลคติกในกล้ามเนื้อ ป้องกันการปวดศีรษะเนื่องจากความตึงเครียดของกล้ามเนื้อและช่วยรักษาระดับการไหลเวียนของเลือดที่ไปสู่กล้ามเนื้อ

4. ชนิด (Type) ระยะเวลาของการฝึกทั้ง 3 ช่วงเวลาที่ได้กล่าวมาแล้วขึ้นอยู่กับรูปแบบหรือกิจกรรมของการออกกำลังกาย เช่นการเดินเร็วต้องใช้เวลาานกว่าการวิ่งเหยาะ และการวิ่งเหยาะใช้เวลาานกว่าการกระโดดเชือกและขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายว่าสมรรถภาพดีพอหรือไม่

3. หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค

จากการทบทวนวรรณกรรมจากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีประโยชน์ต่อร่างกายและจิตใจ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ทำให้ความวิตกกังวลลดลง โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบแอโรบิกจะมีผลเป็น anxiolytic effect สามารถลดความวิตกกังวลได้ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลต่อการทำงานของสารสื่อประสาททำให้มีการเพิ่มปริมาณของสารสื่อประสาท Cathcholamine ได้แก่ norepinephrine และเพิ่มการหลั่ง β -endorphine สารนี้มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟินทำให้จิตใจรู้สึกเคลิ้ม มีความสุข และเพิ่มการหลั่ง atrial natriuretic peptide (ANP) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่มีผลช่วยลดความวิตกกังวล และสามารถลดการหลั่งของ CCK-4 ซึ่งเป็นสารที่กระตุ้นให้เกิดอาการ panic attack (Strohle, Feller, Strasburger, Heinz, & Dimeo, 2006) การออกกำลังกายแบบแอโรบิกในระยะสั้นจึงมีผลในการลดอาการแพนิคในผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี (Strohle et al., 2005) และในผู้ป่วยโรคแพนิค (Esquivel et al., 2002) นอกจากนี้ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกในผู้ป่วยโรคแพนิคยังมีผลในการบำบัดเช่นเดียวกับการบำบัดด้วยวิธี exposure therapy (Mark, 1999) จากการศึกษาผู้ป่วยโรคแพนิคในประเทศญี่ปุ่นจำนวน 800 คน โดยสัมภาษณ์เกี่ยวกับการเกิดอาการแพนิคในผู้ป่วยที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและผู้ป่วยที่ไม่ชอบออกกำลังกายพบว่า ผู้ป่วยโรคแพนิคที่ไม่ชอบการออกกำลังกายมีอาการแพนิคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kaiya, Umekage, Harada, Okazaki, & Sasaki, 2005) การออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีประโยชน์และมีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ป่วยโรคแพนิค เนื่องจากเป็นการบำบัดที่ทำได้ง่าย สะดวก ขึ้นตอนไม่ยุ่งยาก ใช้ระยะเวลาสั้น เหมาะกับการบำบัดผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิและเป็นโรงพยาบาลทางฝ่ายกาย (Smits, Powers, Berry, & Otto, 2007)

ทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวปฏิบัติในการบำบัดผู้ป่วยโรคแพนิคโดยการออกกำลังกายมีขั้นตอนดังนี้ (Smits, Powers, Berry, & Otto, 2007)

1. ขั้นตอนก่อนเข้ารับการบำบัดด้วยการออกกำลังกาย

1.1 ประเมินและตรวจร่างกาย เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคหัวใจ และปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับระดับของการออกกำลังกายที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคทางกายร่วมด้วย

1.2 ประเมินความเหมาะสมของขั้นตอนการออกกำลังกายให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ใช้การเดิน การวิ่ง รวมทั้งตกลงเกี่ยวกับสถานที่ที่ผู้ป่วยสะดวกในการที่จะใช้ออกกำลังกาย เช่น ที่บ้าน ที่โรงพยาบาล หรือสถานที่ออกกำลังกาย

2. ขั้นตอนการบำบัดรักษา

2.1 ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน เช่น Anxiety Sensitivity Index (ASI)

2.2 ให้จิตศึกษาเกี่ยวกับโรคแพนิก และความกลัวเกี่ยวกับความวิตกกังวลที่ส่งผลต่อร่างกาย และอธิบายถึงวิธีการที่จะควบคุมอาการแพนิก

2.3 อธิบายถึงผลของการออกกำลังกายที่จะสามารถช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับผลของความวิตกกังวลที่ส่งผลต่อร่างกาย

2.4 ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ในการออกกำลังกาย

2.5 ขณะออกกำลังกายให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญและเน้นจุดสนใจที่การเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจและให้ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับผลลัพธ์และความรู้สึกนี้

2.6 หลังออกกำลังกายให้ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับว่าคุณได้ประสบการณ์อะไรบ้างในการออกกำลังกาย และขณะออกกำลังกายมีอาการที่ส่งผลต่อร่างกายอย่างไรบ้าง

3. การเลือกวิธีการและระดับของการออกกำลังกาย

3.1 ขั้นตอนและวิธีการออกกำลังกายใช้ตาม American College of Sports Medicine

3.2 การออกกำลังกายต้องใช้ระดับหนักปานกลางถึงหนักมาก ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินและตรวจร่างกายจากแพทย์แล้วว่าสามารถออกกำลังกายในระดับนี้ได้ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินระดับอัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกาย โดยไม่ว่าจะออกกำลังกายด้วยการเดินเร็วหรือ การวิ่ง ความเร็วจะต้องทำให้อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในระดับ 60-90 % ซึ่งคิดจากสูตร (220- อายุ) X (0.60 หรือ 0.90)

3.3 แต่ละครั้งใช้เวลา 30 นาที ทำสัปดาห์ละ 2-4 ครั้ง

3.4 ผู้นำบัดอาจจัดโปรแกรมการออกกำลังกายเองหรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายก็ได้

4. ขั้นตอนในการทำให้การบำบัดเกิดความต่อเนื่อง

4.1 การออกกำลังกายควรเริ่มจากระดับหนักน้อยๆ ก่อน และความถี่ของการออกกำลังกายผู้ป่วยสามารถยอมรับและปฏิบัติได้จริง

4.2 อภิปรายเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสนับสนุน เช่น อาจใช้การเดินร่วมกัน หรือ มีคู่ออกกำลังกายร่วมกัน

4.3 อภิปรายเกี่ยวกับการได้รับรางวัล เช่น แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับการฝึกฝนในเรื่องของการออกกำลังกาย

4.4 วางแผนเกี่ยวกับการแก้ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้แรงจูงใจในการออกกำลังกายลดลง โดยใช้ Cognitive restructuring

4. กรอบแนวคิดในการศึกษา (Conceptual Framework of the Study)

โรคแพนิคมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม (Genetic susceptibility) ซึ่งยังไม่พบเส้นทางการเกิด (pathways) โรคแพนิคจากความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ชัดเจน จากการศึกษพบว่าโรคแพนิคมีความสัมพันธ์กับ locus q32-33 บนโครโมโซมที่ 13 หรือ quantitative trait loci กับโครโมโซมที่ 11p ที่ตำแหน่ง cholecystokinin-B(CCK-B) receptor gene ระดับของ cholecystokinin (CCK) ที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค และความผิดปกติที่ adenosine 2A receptor gene ปัจจัยเสี่ยงทางชีวเคมีในสมอง (Neurobiological process) (Peter, Michelle, & Murray, 2006) มีการศึกษาพบว่า กาแฟ isoproterenol, yohimbine คาร์บอนไดออกไซด์ และ CCK hyperosmolar sodium lactate ทำให้เกิดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคแต่ไม่ทำให้เกิดอาการในกลุ่มควบคุม และพบว่าผู้ป่วยโรคแพนิคมีขนาด amygdala และ temporal lobe ลดลง มีจำนวน creatine และการเผาผลาญ phosphocreatine ใน temporal lobe ส่วนกลางต่ำ มีการเผาผลาญน้ำตาลในสมองที่ amygdala, hippocampus, thalamus, และ brain stem ลดลง และมีการไหลเวียนของเลือดบริเวณ orbitofrontal ลดลง ปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตสังคม (Psychopathological process) ของโรคแพนิคปัจจัยหลักคือความไวของร่างกายที่มีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ ความไวต่อความวิตกกังวล (anxiety sensitivity) และความไวต่อการมีอารมณ์ทางลบ ความไวต่อความวิตกกังวลเกิดจากการมีประสบการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต การมีประสบการณ์ที่รุนแรง หรือแรงเสริมจากพ่อแม่ต่อการให้ความสนใจกับอาการทางกาย และต้นแบบจากพ่อแม่ที่มีปฏิกิริยาความทุกข์ต่อปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย (bodily sensations) ขณะเดียวกันการเกิดอาการแพนิคเป็นการเพิ่มความไวต่อความวิตกกังวลด้วยเช่นกัน อาการแพนิคที่เกิดขึ้นหลังจากอาการแพนิคครั้งแรก เกิดจากความกลัวที่มาจาก 2 ปัจจัยคือ 1) การวางเงื่อนไขความกลัว (interoceptive conditioning) ความกลัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายขณะมีความวิตกกังวล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเพียงเล็กน้อยอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวต่ออาการแพนิค และความกลัวต่ออาการแพนิคเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเพิ่มมากขึ้น 2) การประเมินปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย (bodily sensations) ไม่ถูกต้อง (เช่น กำลังใกล้ตาย หรือไม่สามารถควบคุมตัวเองได้) ซึ่งเป็นกรวางเงื่อนไขที่กระตุ้นให้เกิดอาการแพนิค (Peter, Michelle, & Murray, 2006)

การรักษาโรคแพนิคในปัจจุบันจึงมีทั้งการรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy) และการรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non – pharmacotherapy) การรักษาด้วยยานิยมใช้ยาต้านเศร้าในกลุ่ม SSRIs และยาต้านเศร้าในกลุ่มดั้งเดิมซึ่งมีอาการข้างเคียงสูงแต่มีราคาถูกกว่าและมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับยาต้านเศร้ากลุ่มใหม่ และการใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepines ในการรักษาในระยะแรก (ภายใน 1 วัน ถึง 1 สัปดาห์) และการรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non – pharmacotherapy) ได้แก่การบำบัดทางด้านจิตใจ

และพฤติกรรม (psychological-behavioral treatment) ซึ่งการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมเป็นวิธีการที่ให้ผลในการรักษาผู้ป่วยโรคแพนิคโดยให้การบำบัด 10-15 ครั้ง และให้ผลในระยะยาว ประกอบด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคแพนิค การบริหารจัดการตนเอง (self monitoring) การแก้ไขความเชื่อผิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลและอาการแพนิค การเผชิญกับความกลัวการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อพิสูจน์ความกลัวที่เกิดจากการประเมินปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย (bodily sensations) ไม่ถูกต้อง และการฝึกการหายใจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความวิตกกังวลและอาการแพนิค ซึ่งผู้ให้การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมต้องได้รับการฝึกทักษะการบำบัดและมีประสบการณ์การบำบัด (American Psychotic Association, 2009; Peter, Michelle, & Murray, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การออกกำลังกายเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาโรคแพนิคที่สามารถลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคได้ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ทำให้ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลลดลง โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบแอโรบิกจะมีผลเป็น anxiolytic effect สามารถลดความวิตกกังวลได้ (Salmon, 2001) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลต่อการทำงานของสารสื่อประสาททำให้มีการเพิ่มปริมาณของสารสื่อประสาท Cathcholamine ได้แก่ norepinephine และเพิ่มการหลั่ง β -endophine ให้จิตใจรู้สึกเคลิ้มมีความสุข (Ernst, Olson, Pinel, Lam, & Christie, 2006) Hinkelmann et al. (2010) ได้ศึกษาโดยการทดลองพบว่า การเกิดอาการแพนิคมีผลมาจากสาร CCK-4 (Cholecystokinintetrapeptide) และการออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีผลเป็น anxiolytic เนื่องจากการหลั่ง atrial natriuretic peptide (ANP) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สามารถหลั่งออกมาเมื่อมีการออกกำลังกายและมีผลช่วยลดความวิตกกังวล และสามารถลดการหลั่งของ CCK-4 ซึ่งเป็นสารที่กระตุ้นให้เกิดอาการ panic attack (Strohle, Feller, Strasburger, Heinz, & Dimeo, 2006) ทำให้ผู้ป่วยโรคแพนิคที่มีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสามารถตอบสนองต่ออาการทางร่างกายได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย (Salmon, 2001) นอกจากนี้ การออกกำลังกายยังเป็น interoceptive exposure โดยการให้ผู้ป่วยเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่คล้ายกับปฏิกิริยาของร่างกายเมื่อมีความวิตกกังวล เช่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว และเหงื่อออก เพื่อแก้ไขการวางเงื่อนไขความกลัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายขณะมีความกังวล (interoceptive conditioning) (Smits, Powers, Berry, & Otto, 2007; Streeter et al., 2007)

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการศึกษา

3.1 การเลือกรูปแบบการดำเนินการ (Selected Model for Implementation)

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การออกกำลังกายเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค ผู้ศึกษาใช้ขั้นตอนการดำเนินโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ โพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2004) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากเป็นวิธีการที่มีลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน ง่ายต่อการนำไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ และการประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ว่าควรนำไปใช้ หรือพัฒนาให้เหมาะสมกับการนำไปใช้จริงได้หรือไม่อย่างไร ซึ่งมีขั้นตอน (Polit & Beck, 2004) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a topic or problem)

เป็นขั้นตอนของการระบุปัญหาที่ต้องการศึกษา โดยการระบุปัญหามี 2 วิธีคือ

1. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงาน (Problem-focused triggers) คือ พิจารณาปัญหาจากสิ่งที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานในคลินิกตามปกติ หรือเกิดขึ้นในบริบทของการประเมินคุณภาพหรือการพัฒนาการปฏิบัติงาน ถ้าประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่บุคลากรส่วนใหญ่ในหน่วยงานประสบและสอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงาน จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

2. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่ได้จากการทบทวนองค์ความรู้ (Knowledge-focused triggers) คือ พิจารณาปัญหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยต่างๆ ที่มีอยู่หรือจากมาตรฐานแนวทางการปฏิบัติงานในระดับประเทศ ว่าปัญหานั้นมีความสำคัญและสอดคล้องกับการปฏิบัติงานในคลินิกหรือไม่

โดยการคัดเลือกหัวข้อหรือปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข ต้องมีความสำคัญมากเพียงพอสำหรับหน่วยงานที่จะเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ มีผลกระทบต่อคนจำนวนมาก สอดคล้องกับแผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าหน่วยงานและทีมสหวิชาชีพ มีความมุ่งมั่นและความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and Evaluating Evidence)

การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นขั้นตอนของการสืบค้นเพื่อรวบรวมงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา ในขั้นตอนนี้ถ้าพบว่าหลักฐานจากงานวิจัยมากพอ ให้นำไปประเมินคุณภาพของหลักฐาน วิเคราะห์สังเคราะห์และพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ โดยบูรณาการข้อมูลเพื่อสรุปเป็นองค์ความรู้ในการแก้ปัญหา โดยองค์ความรู้ได้มาจากข้อค้นพบของงานวิจัยแต่ละเรื่องที่มีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน และเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพและความเข้มแข็ง สามารถประยุกต์ใช้กับบริบททางคลินิก มีความคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ แต่หากพบว่าหลักฐานงานวิจัยยังไม่เพียงพอ ให้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ เช่น ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ทฤษฎีและองค์ความรู้ที่ดีที่สุดในการปฏิบัติในปัจจุบันมาใช้ร่วมด้วย

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential)

การประเมินแนวโน้มของความเป็นไปได้ ที่จะนำข้อเสนอแนะที่ได้จากการสรุปและบูรณาการข้อมูลจากงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ ซึ่งมีมิติของการประเมิน 3 มิติหลัก คือ

1) Transferability หมายถึง การเทียบเคียงความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้การปฏิบัติในสถานการณ์จริง เป็นการประเมินว่าข้อเสนอแนะหรือแนวปฏิบัติที่ได้มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่ กลุ่มประชากรในหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการนำข้อเสนอไปใช้หรือไม่ ประสิทธิภาพในการดูแลของหน่วยงานในหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยมีความแตกต่างหรือคล้ายคลึงกับประชากรของหน่วยงานที่จะนำข้อเสนอไปใช้หรือไม่ และการนำข้อเสนอไปใช้จะสามารถประเมินประสิทธิผลได้หรือไม่

2) Feasibility หมายถึง ความเป็นไปได้ในเชิงสภาพแวดล้อม ทรัพยากรเกื้อหนุน และบุคลากรภายในหน่วยงาน จะต้องประเมินถึงความเป็นอิสระของพยาบาลในการที่จะเริ่มหรือเลิกใช้ข้อเสนอแนะ ต้องมีการประเมินว่าข้อเสนอแนะรบกวนการทำงานของบุคลากรหรือไม่ ฝ่ายบริหารมีการสนับสนุนให้นำข้อเสนอแนะมาใช้ในหน่วยงานหรือไม่ รวมทั้งประเมินบรรยากาศในองค์กรว่าส่งเสริมต่อการนำข้อเสนอไปใช้อย่างไร จะต้องประเมินความเห็นชอบของบุคลากรอื่นๆ ว่ามีความสนใจและสนับสนุนหรือต่อต้านการนำข้อเสนอไปใช้ และหากมีการนำข้อเสนอไปใช้จะเกิดความขัดแย้งภายในหน่วยงานหรือไม่

นอกจากนี้ ถ้าข้อเสนอจำเป็นที่จะต้องมีการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติมตามแนวปฏิบัติ ต้องประเมินว่าสามารถฝึกทักษะบุคลากรในหน่วยงานโดยฝึกเอง หรือต้องเชิญบุคลากรภายนอกมาช่วยฝึก มีความยากลำบากมากน้อยเพียงใด หากมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก

สะดวกอื่นๆ ต้องประเมินว่าหน่วยงานมีความพร้อม ในการจัดหาอุปกรณ์หรือไม่ มีเครื่องมือในการ ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสมหรือไม่

3) Cost – benefit ratio หมายถึง การนำข้อเสนอไปใช้ จะต้องมีการประเมินสัดส่วน ระหว่างประโยชน์ที่ได้รับ กับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น กล่าวคือ จะต้องมีการประเมินความเสี่ยง และ ผลประโยชน์ที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นหากนำข้อเสนอไปใช้ จะต้องมีการประเมินค่าใช้จ่ายสำหรับ วัสดุอุปกรณ์จากการนำข้อเสนอไปใช้ทั้งระยะสั้นและระยะยาว และต้องประเมินได้ว่าหากไม่ได้ใช้ ข้อเสนอคือยังคงปฏิบัติแบบเดิม จะเกิดความเสี่ยงอย่างไร จากนั้นทีมงานหรือผู้ศึกษาจะต้อง พิจารณาผลจากการศึกษานำร่องก่อนว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ ที่จะนำวิธีปฏิบัติตามโครงการนำ ร่องนั้นไปเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในองค์กร ถ้าไม่เหมาะสมให้ย้อนกลับไปประเมินวิธีการ และ กระบวนการที่นำแนวปฏิบัตินั้นมาทดลองใช้ ว่ามีปัญหาอะไรและควรแก้ไขอย่างไร หากการปฏิบัติ นั้นเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้จริงให้ลงมือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในองค์กร และ ประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นว่าเหมาะสมหรือไม่ ถ้าผลการตัดสินใจบอกว่าไม่เหมาะสมด้วย เหตุผลต่างๆ เช่น สิ้นเปลืองทรัพยากร ไม่คุ้มค่า ขาดคน ให้ย้อนกลับไปในขั้นตอนของการสืบค้น ใหม่อีกเพื่อแก้ไข แต่ถ้าพิจารณาแล้วพบว่ามีความเหมาะสม หากลวิธีในการทำให้การเปลี่ยนแปลงนั้น เกิดความยั่งยืนและเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในองค์กรต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา การนำนวัตกรรมไปใช้ในการปฏิบัติ และการประเมินนวัตกรรม

(Developing, Implementing, and Evaluating the Innovation)

ขั้นตอนการพัฒนาเพื่อนำนวัตกรรมไปใช้ปฏิบัติจริง และประเมินนวัตกรรม โดย

1. การวางแผนการประเมินนวัตกรรม เช่น การระบุผลลัพธ์ที่ต้องการ ระบุวิธีการ ระยะเวลา และความถี่ของการประเมินผลลัพธ์
2. การรวบรวมข้อมูลพื้นฐานตามผลลัพธ์ที่กำหนด ก่อนการนำนวัตกรรมมาใช้
3. เขียนแนวปฏิบัติที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างชัดเจน ใช้ภาษาที่ ผู้อ่านเข้าใจได้ง่าย อาจใช้แผนแสดงขั้นตอนของงาน (flow chart) ช่วย
4. ประชาสัมพันธ์ และฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้แนวปฏิบัติ
5. ทดลองใช้แนวปฏิบัติในหน่วยงานจริง กับกลุ่มเป้าหมายจำนวนหนึ่งก่อน
6. ประเมินผลกระบวนการและผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ว่าแนวปฏิบัติ ได้รับการยอมรับหรือไม่ สามารถปฏิบัติตามหรือมีปัญหาในการปฏิบัติอย่างไร และผลลัพธ์เป็น อย่างไร

3.2 การประยุกต์รูปแบบการดำเนินการสำหรับการศึกษาและกระบวนการศึกษา

(Modified frame work for the study and the study process)

ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ขั้นตอนการดำเนินการ โครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Polit & Beck (2004) มาใช้ในการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิก โดยใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิก ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a topic or problem)

การระบุประเด็นปัญหาที่ต้องการ มีแนวทางในการระบุปัญหาจาก 2 แนวทาง ได้แก่

1. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงาน (Problem-focused triggers)

จากสถานการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง และเป็นโรงพยาบาลที่รักษาโรคทางฝ้ายกาย พบว่านอกจากผู้รับบริการจะมารับการรักษาด้วยโรคทางด้านร่างกายแล้ว ยังมารับบริการด้วยปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิตที่ผู้ป่วยมารับบริการเป็นอันดับหนึ่ง คือ กลุ่มโรควิตกกังวล และมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ คือมีจำนวนผู้ป่วย 168 รายในปีงบประมาณ 2548 จำนวน 241 ราย ในปีงบประมาณ 2549 จำนวน 263 ราย ในปีงบประมาณ 2550 จำนวน 286 ในปีงบประมาณ 2551 และ จำนวน 326 ราย ในปีงบประมาณ 2552 ตามลำดับ และในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคแพนิก จำนวน 4 , 8 , 11 , 12 และ 18 ราย ตามลำดับ จากการปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินพบว่าผู้ป่วยมักมารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินนอกเวลาราชการด้วยอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม มึนงงศีรษะ หายใจเร็วหอบถี่ มือเท้าชา รู้สึกเหมือนตัวเองกำลังจะตาย หายใจไม่ได้ บางรายคิดว่าตนเองเป็นโรคร้ายแรง เช่น โรคหัวใจ ซึ่งจากการตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติด้านร่างกาย ผู้ป่วยมักมารับบริการซ้ำๆ ด้วยอาการดังกล่าว และบางรายต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยและญาติกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและไม่เข้าใจอาการเจ็บป่วยของตนกลัวว่าจะเป็นโรคที่รุนแรง และจากการทบทวนการวินิจฉัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคแพนิก จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายบุคคลพบว่า ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์เป็นประจำเนื่องจากขาดยาไม่ได้ เมื่อหยุดรับประทานยาแล้วผู้ป่วยมีอาการขึ้นมาอีกคือ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ปวดท้ายทอย หายใจไม่อิ่ม ใจเต้น ตกใจง่าย มึนงงศีรษะ มือเท้าชา รู้สึกหงุดหงิด ผู้ป่วยไม่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตน ไม่เข้าใจพยาธิสภาพของโรค ไม่มีความมั่นใจว่าอาการของโรคแพนิกสามารถควบคุมได้หรือสามารถบรรเทาได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องใช้ยาเกินความจำเป็น ดังนั้น การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคแพนิกน่าจะใช้ทางเลือกอื่นร่วมกับการรักษาด้วยยา เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการรักษา

การรักษาผู้ป่วยโรคแพนิคที่ผ่านมาของโรงพยาบาลศรีประจันต์ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาจากแพทย์ทั่วไปโดยการรักษาตามอาการร่วมกับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม Benzodiazepine ได้แก่ Diazepam , Lorazepam, Alprazolam ยาต้านเศร้าในกลุ่ม SSRIs ได้แก่ Fluoxetine ยาต้านเศร้ากลุ่ม Tricyclic ได้แก่ amitriptyline และให้การปรึกษาขั้นพื้นฐานโดยพยาบาล ซึ่งพบว่ายังให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ ประกอบกับการรักษาด้านจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพนอกเหนือไปจากการใช้ยาได้แก่ การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม (Peter, Michelle, & Murray, 2006) นั้นจำเป็นต้องใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะเรื่อง จึงจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้ลดอาการแพนิคได้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการเป็นๆ หายๆ วนเวียนเข้ารับการรักษาอยู่เป็นประจำ ไม่สามารถควบคุมอาการแพนิคได้ด้วยตนเอง ผลที่ตามมาผู้ป่วยต้องใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานาน พบว่า ผู้ป่วยมารับยากรณีเป็นผู้ป่วยนอกแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 358 บาท และกรณีเป็นผู้ป่วยในแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 2,576 บาท และในแต่ละคนมารับบริการซ้ำกรณีเป็นผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 8 ครั้งต่อปี กรณีเป็นผู้ป่วยใน 3 ครั้งต่อปี ทำให้โรงพยาบาลต้องสูญเสียค่าค่าใช้จ่ายที่มากขึ้นในการดูแลรักษาผู้ป่วย

2. สิ่งกระตุ้นจากการทบทวนองค์ความรู้ (Knowledge-focused triggers)

2.1 การทบทวนแนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับโรคแพนิค พบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุร่วมกันที่ทำให้เกิดโรคแพนิค มีดังนี้

1) ความอ่อนแอทางพันธุกรรม (Genetic susceptibility) (Peter, Michelle, & Murray, 2006) ในปัจจุบันมีความพยายามในการศึกษาเกี่ยวกับความอ่อนแอทางพันธุกรรม (vulnerability) ของผู้ป่วยโรคแพนิคเช่นเดียวกับผู้ป่วยทางจิตเวชโรคอื่นๆ แต่อย่างไรก็ดียังไม่พบเส้นทางการเกิด (pathways) โรคแพนิคจากความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ชัดเจน เช่น พบว่าโรคแพนิคมีความสัมพันธ์กับ locus q32-33 บนโครโมโซมที่ 13 หรือ quantitative trait loci กับโครโมโซมที่ 11p ที่ตำแหน่ง cholecystokinin-B(CCK-B) receptor gene ระดับของ cholecystokinin (CCK) ที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค และ ความผิดปกติที่ adenosine 2A receptor gene ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวและความวิตกกังวลกับฮีน (gene) ในระบบชีวเคมีในสมอง (neurotransmitter) ยังให้ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกัน แต่การศึกษาเกี่ยวกับความผิดปกติของฮีน (gene) ที่ 22q11 catechol-o-methyltransferase ซึ่งเป็นตัวควบคุมการเผาผลาญของ norepinephrine มีความสอดคล้องกัน

2) กระบวนการชีวเคมีในสมอง (Neurobiological process) (Peter, Michelle, & Murray, 2006) มีการศึกษาพบว่า กาแฟ isoproterenol yohimbine คาร์บอนไดออกไซด์ cholecystokinin (CCK) และ hyperosmolar sodium lactate ทำให้เกิดอาการ

แพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิกแต่ไม่ทำให้เกิดอาการในกลุ่มควบคุม และพบว่าผู้ป่วยโรคแพนิกมีขนาด amygdala และ temporal lobe ลดลง มีจำนวน creatine และการเผาผลาญ phosphocreatine ใน temporal lobe ส่วนกลางต่ำ มีการเผาผลาญน้ำตาลในสมองที่ amygdala, hippocampus, thalamus, และ brain stem ลดลง และมีการไหลเวียนของเลือดบริเวณ orbitofrontal ลดลง

3) กระบวนการจิตพยาธิสภาพ (Psychopathological process)

(Peter, Michelle, & Murray, 2006)

ปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตสังคม ปัจจัยหลักของโรคแพนิก คือความไวของร่างกายที่มีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ ความไวต่อความวิตกกังวล (anxiety sensitivity) ซึ่งสามารถทำนายการเกิดอาการแพนิกในวัยรุ่น นักศึกษามหาวิทยาลัยและกลุ่มตัวอย่างในชุมชนได้ อย่างไรก็ตามความไวต่อความวิตกกังวลมีความแปรปรวนร่วมกับการเกิดอาการแพนิกน้อยกว่าบุคลิกแบบ neuroticism และ ความไวต่อการมีอารมณ์ทางลบ ความไวต่อความวิตกกังวลเกิดจากการมีประสบการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต (เช่น การเจ็บป่วยหรือการได้รับอันตรายอย่างรุนแรง) การมีประสบการณ์ที่รุนแรง (เช่น ประสบกับความตายหรือการเจ็บป่วยที่รุนแรงของสมาชิกในครอบครัว) หรือการเสริมแรงจากพ่อแม่ต่อการให้ความสนใจกับอาการทางกาย และต้นแบบจากพ่อแม่ที่มีปฏิกิริยาความทุกข์ต่อปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย (bodily sensations) ขณะเดียวกันการเกิดอาการแพนิกเป็นการเพิ่มความไวต่อความวิตกกังวลด้วยเช่นกัน

อาการแพนิกที่เกิดขึ้นหลังจากอาการแพนิกครั้งแรก เกิดจากความกลัวที่มาจาก 2 ปัจจัยคือ 1) การวางเงื่อนไขความกลัว (interoceptive conditioning) ความกลัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายขณะมีความวิตกกังวล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเพียงเล็กน้อยอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวต่ออาการแพนิก และความกลัวต่ออาการแพนิกเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเพิ่มมากขึ้น 2) การประเมินปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย (bodily sensations) ไม่ถูกต้อง (เช่น กำลังใกล้ตาย หรือไม่สามารถควบคุมตัวเองได้) ซึ่งเป็นการวางเงื่อนไขที่กระตุ้นให้เกิดอาการแพนิก

2.2 การทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดช่วยเหลือผู้ป่วยโรคแพนิก

การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคแพนิกที่ได้ผลในปัจจุบัน

1) การรักษาโดยการใช้ยา ปัจจุบันนิยมใช้ยาด้านเศร้าในกลุ่ม SSRIs ได้แก่ Fluoxetine, Fluvoxamine, Sertraline, Paroxetine, Citalopram และ Escitalopram ซึ่งได้ผลดีเมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก การใช้ยาด้านเศร้าในกลุ่มดั้งเดิมจะมีอาการข้างเคียงสูงแต่มีราคาถูกลงและมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับยาด้านเศร้ากลุ่มใหม่ ได้แก่ Imipramine, Desipramine, Clomipramine,

Nortriptyline และ Amitriptyline การใช้ยาในกลุ่ม Benzodiazepines ได้ผลดีในการรักษาโรคแพนิคอย่างรวดเร็วในระยะแรก (ภายใน 1 วัน ถึง 1 สัปดาห์) เพื่อรอให้ยาต้านเศร้าออกฤทธิ์ ควรลดขนาดลงและไม่ควรใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepines ในระยะยาวเนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อติดยา (Peter, Michelle, & Murray, 2006)

2) การบำบัดทางด้านจิตใจและพฤติกรรม (psychological-behavioral treatment) การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมเป็นจิตบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคแพนิคที่ได้ผลการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมอยู่บนพื้นฐานของการวางเงื่อนไข (interoceptive conditioning) และทฤษฎีการรู้คิด ประกอบด้วยทำให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคแพนิค การแก้ไขความเข้าใจผิดเกี่ยวกับอาการแพนิค การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่บิดเบือน การเผชิญกับความกลัวการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อพิสูจน์ความกลัวที่เกิดจากการประเมินปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย (bodily sensations) ไม่ถูกต้อง และการฝึกการหายใจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความวิตกกังวลและอาการแพนิค ส่วนจิตบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคแพนิคที่ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างชัดเจน ได้แก่ การบำบัดเพื่อให้เกิดการตระหนักในตนเอง (insight-oriented therapy) การฝึกการผ่อนคลายโดยไม่เผชิญกับสถานการณ์ การจัดการความเครียด การสะกดจิต และ eye-movement desensitisation and reprocessing therapy (Peter, Michelle, & Murray, 2006)

3) การบำบัดร่วมกันโดยใช้ยาต้านเศร้าและจิตบำบัด จากการ ศึกษาพบว่า การบำบัดร่วมกันโดยใช้ยาต้านเศร้า และจิตบำบัดมีประสิทธิภาพดีกว่าการรักษาด้วยยาต้านเศร้าเพียงอย่างเดียวในระยะเฉียบพลัน และพบว่าในระยะหายขาด การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีผลในการบำบัดนานกว่าการรักษาด้วยยา (Peter, Michelle, & Murray, 2006)

และจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาวิธีการบำบัดช่วยเหลือผู้ป่วยโรคแพนิคพบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิคสามารถลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคได้ (Smits, Powers, Berry, & Otto, 2007; Brooks et al., 1998; Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009; Wedekind et al., 2010) และพบว่าผู้ป่วยโรคแพนิคที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีอัตราการเกิดอาการแพนิคน้อยกว่าผู้ป่วยโรคแพนิคที่ไม่ออกกำลังกาย (Goodwin, 2003; Jasper & Michael, 2006) ในการพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ผู้ศึกษาสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาล เพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคโดยใช้การออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมและบรรเทาอาการแพนิคได้ด้วยตนเองโดยใช้ยาคลายกังวลอย่างต่อเนื่องลดลง เพื่อให้เหมาะกับบริบทของหน่วยงาน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and Evaluating Evidence)

1. แนวทางการสืบค้น (Searching Strategy)

เพื่อให้ได้งานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษา ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (PICO Framework) (Craig & Smyth, 2005) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้น ดังนี้

- 1.1 Population: Key word ที่ใช้คือ Panic Disorder
- 1.2 Intervention: Key word ที่ใช้คือ Exercise , Aerobic exercise , Physical activity
- 1.3 Comparison Intervention: ไม่มีการเปรียบเทียบวิธีการบำบัด
- 1.4 Outcome: Key word ที่ใช้คือ Panic symptoms

2. กำหนดฐานข้อมูลในการสืบค้น

ผู้ศึกษาได้สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยสืบค้นจากระบบฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้

- 2.1 ฐานข้อมูลแนวปฏิบัติของสถาบันต่างๆ ได้แก่ [www. guidelines.gov](http://www.guidelines.gov)
- 2.2 ฐานข้อมูลที่เป็นบททบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ได้แก่ www.Cochrane.org, www.Joannabriggs.edu.au
- 2.3 ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ Blackwell Synergy, BMJ Journals Online, CINAHL, Ovid, ProQuest Nursing & Allied Health Source, PubMed, ScienceDirect
- 2.4 การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (Reference list) ของบทความหรืองานวิจัย
- 2.5 Hand search งานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคแพนิค

3. เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion Criteria)

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ และ/หรือเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง สำหรับการศึกษาระยะที่ และนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคโดยใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิก มีดังนี้

- 3.1 เป็นงานวิจัยที่เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ตรงกับประเด็นปัญหา

3.2 เป็นงานวิจัย Randomized control trial (RCT) และ Quasi-experimental และงานวิจัยเชิงพรรณนา ที่ตรงกับประเด็นปัญหา หรือแนวปฏิบัติทางคลินิก

3.3 เป็นงานวิจัยที่ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 - ค.ศ. 2010

3.4 เป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

4. สรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ (Assessment of Included Studies)

จากการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ผลการสืบค้นพบงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาในการนำมาสร้างแนวปฏิบัติ การพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค ที่เป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ทั้งหมด จำนวน 6 เรื่องดังนี้

1. Brooks, A., Bandelow, B., Pekrun, G., George, A., Meyer, T., Bartmann, U., et al. (1998). Comparison of aerobic Exercise , Clomipramine, and Placebo in the treatment of Panic Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(5), 603-609.
2. Esquivel, G., Diaz-Galvis, J., Schruers, K., Berlanga, C., Lara-Munoz, C., & Griez, E. (2008). Acute exercise reduces the effects of a 35% CO₂ challenge in patients with panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 217-220.
3. Goodwin, R. D. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. *Preventive Medicine*, 36(6), 698-703.
4. Jasper, A. J. S., & Michael, J. Z. (2006). Emotional vulnerability as a function of physical activity among individuals with panic disorder. *Depression and Anxiety*, 23(2), 102-106.
5. Strohle, A., Graetz, B., Scheel, M., Wittmann, A., Feller, C., Heinz, A., et al. (2009). The acute antipanic and anxiolytic activity of aerobic exercise in patients with panic disorder and healthy control subjects. *Journal of Psychiatric Research*, 43(12), 1013-1017.
6. Wedekind, D., Brooks, A., Weiss, N., Engel, K., Neubert, K., & Bandelow, B. (2010). A randomized, controlled trial of aerobic exercise in combination with paroxetine in the treatment of panic disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*.

รายละเอียดของผังการสืบค้นงานวิจัยแสดงไว้ในภาคผนวก ค

เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาประเมินความน่าเชื่อถือของงานวิจัยที่สืบค้นได้จำนวนทั้งหมด 6 เรื่อง โดยใช้เกณฑ์การประเมินของ Melnyk & Fineout - Overholt (2005) โดยมีการแบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

- Level I หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Systematic review หรือ meta-analysis ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่มาจากงานวิจัย RCTs หรือเป็นหลักฐานจาก Guidelines ที่ได้มาจาก Systematic review ที่มาจากงานวิจัย RCTs
- Level II หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยอย่างน้อยหนึ่งเรื่องที่เป็นงานวิจัย RCTs
- Level III หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
- Level IV หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case control และ Cohort study ที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดี
- Level V หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของงานวิจัยแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ
- Level VI หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ
- Level VII หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้มาจากความคิดเห็นหรือทัศนะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

เมื่อนำงานวิจัยที่สืบค้นได้ มาประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk & Fineout- Overholt (2005) แล้วพบว่า เป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized Control Trial (Level II) จำนวน 4 เรื่อง และเป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (Level VI) จำนวน 2 เรื่อง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้และระดับคุณภาพงานวิจัย

อันดับ	ชื่อผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	ระดับงานวิจัย
1	Broocks, A., Bandelow, B., Pekrun, G., George, A., Meyer, T., Bartmann, U., et al. (1998). Comparison of aerobic Exercise, Clomipramine, and Placebo in the treatment of Panic Disorder. <i>American Journal of Psychiatry</i> , 155(5), 603-609.	Randomized controlled trail Level II
2	Esquivel, G., Diaz-Galvis, J., Schruers, K., Berlanga, C., Lara-Munoz, C., & Griez, E. (2008). Acute exercise reduces the effects of a 35% CO ₂ challenge in patients with panic disorder. <i>Journal of Affective Disorders</i> , 107(1-3), 217-220.	Randomized controlled trail Level II
3	Strohle, A., Graetz, B., Scheel, M., Wittmann, A., Feller, C., Heinz, A., et al. (2009). The acute antipanic and anxiolytic activity of aerobic exercise in patients with panic disorder and healthy control subjects. <i>Journal of Psychiatric Research</i> , 43(12), 1013-1017.	Randomized controlled trail Level II
4	Wedekind, D., Broocks, A., Weiss, N., Engel, K., Neubert, K., & Bandelow, B. (2010). A randomized, controlled trial of aerobic exercise in combination with paroxetine in the treatment of panic disorder. <i>The World Journal of Biological Psychiatry</i>	Randomized controlled trail Level II
5	Goodwin, R. D. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. <i>Preventive Medicine</i> , 36(6), 698-703.	Level VI
6	Jasper, A. J. S., & Michael, J. Z. (2006). Emotional vulnerability as a function of physical activity among individuals with panic disorder. <i>Depression and Anxiety</i> , 23(2), 102-106.	Level VI

ผู้ศึกษาวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง โดยการอ่าน วิเคราะห์ และสกัดเนื้อหาตาราง ตามลำดับหัวข้อดังนี้ 1) วัตถุประสงค์การวิจัย 2) ทวนการวิจัย 3) สมมุติฐานงานวิจัย 4) สถานที่ในการศึกษาวิจัย 5) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย 6) เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ 7) การบำบัด (intervention) 8) ระเบียบวิธีวิจัย 9) ระดับของงานวิจัย 10) ผลการวิจัย 11) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 12) คุณภาพงานวิจัย 13) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ 14) การสรุปเพื่อนำไปใช้ พบว่าเนื้อหาตรงประเด็นกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข และมีจำนวนงานวิจัยเพียงพอ จึงนำมาวิเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียดอีกครั้งเพื่อสกัดข้อมูลและความรู้มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ดังแสดงในภาคผนวก ก

วิธีประเมินความตรงของแนวปฏิบัติ

ผู้ศึกษานำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ได้แก่

1. จิตแพทย์ ที่มีความชำนาญในการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวล จำนวน 1 ท่าน
2. อาจารย์พยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 ท่าน
3. พยาบาลที่ได้รับวุฒิบัตรการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต

และจิตเวช (APN) จำนวน 1 ท่าน

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แล้ว ผู้ศึกษานำข้อเสนอแนะนั้นมาปรับปรุง แก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ถูกต้อง ชัดเจน และสามารถนำไปใช้ได้จริง

สรุปสาระที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

สรุปข้อเสนอแนะที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยและนำมาสกัดแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค โดยใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิก ดังนี้

การบำบัดโดยการออกกำลังกาย เพื่อลดอาการแพนิคมีความเชื่อว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสามารถลดการหลั่งของ CCK-4 (Cholecystokinintetrapeptide) ซึ่งเป็นสารที่กระตุ้นให้เกิดการการแพนิค และการออกกำลังกายแบบแอโรบิกยังเป็นการบำบัดที่ทำให้เกิด interoceptive exposure ซึ่งเป็นการทดลองทางพฤติกรรมตามแนวความคิดการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมที่ฝึกให้ผู้ป่วยเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่คล้ายกับปฏิกิริยาของร่างกายเมื่อมีความวิตกกังวล เพื่อแก้ไขการวางเงื่อนไขความกลัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายขณะมีความกังวล การบำบัดผู้ป่วยโรคแพนิคด้วยการใช้ร่วมกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสามารถลดอาการแพนิคและลดการ

กลับเป็นซ้ำได้ในระยะยาวกว่าการบำบัดด้วยการรับประทานยาเพียงอย่างเดียว [(Brooks et al., 1998; Strohle et al., 2009; Wedekind et al., 2010) Level II]

1. ลักษณะของผู้ป่วยโรคแพนิคสำหรับแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อลดอาการแพนิคโดยการออกกำลังกาย ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคแพนิคที่มีหรือไม่มีอาการกลัวที่โล่ง (Panic Disorder with or without agoraphobia) มีสุขภาพแข็งแรงไม่มีความเจ็บป่วยทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น โรคของระบบทางเดินหายใจ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เข้าใจวัตถุประสงค์ของการบำบัด และยินดีเข้าร่วมการบำบัดโดยการออกกำลังกาย [(Brooks et al., 1998; Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009; Wedekind et al., 2010) Level II] [(Renee D. Goodwin, 2003; Jasper & Michael, 2006) Level VI]

ผู้ป่วยโรคแพนิคที่ได้รับการออกกำลังกาย เพื่อลดอาการแพนิคควรได้รับการประเมินความสามารถในการออกกำลังกายและคัดกรองการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายจากแพทย์ [(Brooks et al., 1998; Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009; Wedekind et al., 2010) Level II] [(Jasper & Michael, 2006) Level VI]

2. การลดอาการแพนิคโดยการออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคแพนิคสามารถออกกำลังกายโดยการออกกำลังกายร่วมกันเป็นกลุ่ม [(Brooks et al., 1998) Level II] หรือออกกำลังกายคนเดียว [(Brooks et al., 1998; Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009 ; Wedekind et al., 2010) Level II] [(Jasper & Michael, 2006) Level VI]

2.1 ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการออกกำลังกาย (duration of exercise) และความถี่ของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายแต่ละครั้งใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 30 นาที หรือมากกว่านี้ เริ่มจากการอบอุ่นร่างกายเป็นระยะเวลา 3-4 นาที ต่อมาออกกำลังกายระดับหนักปานกลางถึงหนักมากจนครบระยะเวลา 30 นาที [(Brooks et al., 1998; Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009 ; Wedekind et al., 2010) Level II][(Jasper & Michael, 2006) Level VI] และควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ต่อเนื่องนานอย่างน้อย 10 สัปดาห์เพื่อลดอาการแพนิค [(Brooks et al., 1998; Wedekind et al., 2010) Level II]

2.2 ความหนักของการออกกำลังกาย (intensity of exercise) การออกกำลังกายใช้วิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกหนักปานกลางถึงหนักมาก ที่อัตราการเต้นของหัวใจของแต่ละคนที่ร้อยละ 70 - 90 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (220-อายุ) [(Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009; Wedekind et al., 2010) Level II] โดยเลือกวิธีการออกกำลังกายที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้สะดวก และเพิ่มระยะเวลาหรือระยะทางในการออกกำลังกายโดยเพิ่มทีละน้อยจนผู้ป่วย

สามารถออกกำลังกายแบบแอโรบิกได้ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 30 นาที เช่น การขี่จักรยาน (Bicycle Ergometer) การเดิน การวิ่ง การเดินบนสายพาน เต้นแอโรบิก ว่ายน้ำ ออกกำลังกายโดยใช้เครื่องมือ [(Brooks et al., 1998; Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009; Wedekind et al., 2010) Level II] [(Jasper & Michael, 2006) Level VI]

2.3 ผู้ป่วยแพนิคที่ใช้แนวปฏิบัติ เพื่อลดอาการแพนิคโดยการออกกำลังกาย ควรได้รับการเสริมแรงใจในการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น ผู้บำบัดติดตามและนิเทศการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยออกกำลังกายร่วมกันเป็นกลุ่ม ผู้บำบัดออกกำลังกายร่วมกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยบันทึกการออกกำลังกายและทบทวนบันทึกการออกกำลังกายในแต่ละวัน การสอบถามปัญหาที่เกิดจากการออกกำลังกายและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย [(Brooks et al., 1998; Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009; Wedekind et al., 2010) Level II]

3. การประเมินอาการวิตกกังวลและอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค ควรประเมินอาการแพนิคภายหลังจากที่ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างน้อย 10 สัปดาห์ ผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถใช้เครื่องมือประเมินอาการวิตกกังวลและอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคที่มีมาตรฐานได้รับการประเมินความตรงตามเนื้อหาและมีค่าความเที่ยงในการวัดที่เหมาะสมได้แก่

3.1 แบบประเมินอาการแพนิค Acute Panic Inventory (API) (Dillon et al., 1987) มีจำนวนคำถาม 17 ข้อ ให้ผู้ป่วยตอบบนมาตรวัดลิเกิตท์ (0 คะแนน=ไม่มีอาการ ถึง 4 คะแนน = มากที่สุด) [(Strohle et al., 2009) Level II]

3.2 แบบประเมินความวิตกกังวล Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA; Hamilton, 1969) วัดความรุนแรงของอาการวิตกกังวลซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการศึกษาวิจัยและการบำบัดเพื่อลดอาการวิตกกังวลประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ให้ผู้ป่วยตอบบนมาตรวัดลิเกิตท์ (0 คะแนน= ไม่มีอาการ ถึง 4 คะแนน = มากที่สุด) คะแนนอยู่ระหว่าง 0-56 คะแนน การแปลผล คะแนนน้อยกว่า 17 หมายถึงมีความวิตกกังวลระดับน้อย คะแนน 18 - 24 หมายถึงมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง คะแนน 25 - 30 หมายถึงมีความวิตกกังวลระดับสูง [(Brooks et al., 1998) Level II]

อย่างไรก็ดีในปัจจุบันยังไม่มีแบบประเมินอาการแพนิค Acute Panic Inventory (API) (Dillon et al., 1987) ฉบับภาษาไทยใช้ ดังนั้นแบบประเมินความวิตกกังวล Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA; Hamilton, 1969) ฉบับภาษาไทยจึงเป็นแบบประเมินอาการวิตกกังวลที่มีความเหมาะสม สะดวกในการใช้สำหรับแนวปฏิบัติเพื่อลดอาการแพนิคโดยการออกกำลังกายในผู้ป่วยแพนิค

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินศักยภาพและความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential)

1) Clinical Relevance มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกของโรงพยาบาลศรีประจันต์มากและงานวิจัยสามารถนำไปใช้ได้กับการปฏิบัติงานที่หน่วยงาน เนื่องจากปัจจุบันผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีประจันต์ในปีงบประมาณ 2548 - 2552 และปัญหาสุขภาพจิตที่พบเป็นอันดับหนึ่งคือ กลุ่มโรควิตกกังวล และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยมีจำนวนผู้ป่วย 168 , 241 , 263 , 286 และ 326 ราย ตามลำดับ มีจำนวนผู้ป่วยโรคแพนิคจำนวน 4 , 8 , 11 , 12 และ 18 รายตามลำดับ พบว่าส่วนใหญ่ที่มารับบริการซ้ำๆ เป็นผู้ป่วยโรคแพนิค โดยรับบริการกรณีเป็นผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 8 ครั้งต่อปี กรณีเป็นผู้ป่วยในเฉลี่ย 3 ครั้งต่อปี มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 1 ปี ถึง 5 ปีขึ้นไป

2) Scientific merit งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือระดับสูง คือ มีงานวิจัยระดับ 2 จำนวน 4 เรื่อง งานวิจัยระดับ 6 จำนวน 2 เรื่อง และการกำหนดวัตถุประสงค์มีความสอดคล้องกับการออกแบบการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคแพนิค สามารถนำมาปฏิบัติได้ รูปแบบการบำบัดมีความชัดเจน ไม่ยุ่งยาก การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับของการวัด การนำเสนอข้อมูลมีความเหมาะสมกับผลที่ได้จากการวิจัย มีความหมายและความสำคัญทางคลินิก

3) Implementation Potential

3.1 การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability of the finding) มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน คือกลุ่มประชากรในหลักฐานงานวิจัย มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มประชากรในหน่วยงานคือ ผู้ป่วยโรคแพนิค ซึ่งโรงพยาบาลศรีประจันต์มีจำนวนผู้ป่วยโรคแพนิคที่มารับบริการซ้ำๆ และรูปแบบการบำบัดสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคแพนิคในโรงพยาบาลศรีประจันต์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ความพึงพอใจของผู้ป่วย และประโยชน์สูงสุดที่ผู้ป่วยจะได้รับ

3.2 ความเป็นไปได้ในการนำวิธีการนั้นๆ ไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลจิตเวชในคลินิกสุขภาพใจของโรงพยาบาลศรีประจันต์มีสิทธิโดยชอบตามกฎหมาย และขอบเขตของการปฏิบัติ และสามารถยกเลิกวิธีการปฏิบัติตามหัวข้อนั้นๆ ได้ หากวิธีปฏิบัตินั้น ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยในหน่วยงาน ซึ่งพยาบาลสามารถจะเป็นผู้ปฏิบัติได้ เพียงแต่พยาบาลที่รับผิดชอบควรมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับงานที่ปฏิบัติอย่างดีจะสามารถทำให้ผลการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลสามารถนำไปใช้ได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก สามารถให้ผู้ป่วยเรียนรู้และปฏิบัติได้ด้วย

ตนเอง และไม่น่าจะรบกวนวิธีการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม ไม่ต้องใช้วัสดุอุปกรณ์ใดเพิ่มมากขึ้น หน่วยงานมีความพร้อมเนื่องจากมีบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะในการปฏิบัติงาน

3.3 ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) เนื่องจากแนวทางในการปฏิบัติเดิมไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ส่งผลต่อการติดตามอาการต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ และระยะเวลาการดำเนินโรคนานขึ้นส่งผลให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง หากสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ศึกษามาใช้ภายในหน่วยงาน จะช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้

ขั้นตอนที่ 4 วางแผนการพัฒนา เพื่อนำนวัตกรรมไปใช้ในการปฏิบัติ (Developing, Implementing, and Evaluating the Innovation)

ขั้นตอนการวางแผนการพัฒนาเพื่อนำไปทดลองใช้ และประเมินผลนวัตกรรม สิ่งที่คุณศึกษาวางแผนที่จะนำผลการศึกษาค้นคว้าไปปฏิบัติต่อไปเมื่อสำเร็จการศึกษาดังนี้

1. ชี้แจงและขอความร่วมมือกับผู้บริหารในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคโดยใช้การออกกำลังกายไปใช้ในหน่วยงาน
2. ประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อปรึกษา กำหนดความเป็นไปได้ในการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคในหน่วยงาน
3. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย
4. ฝึกพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการใช้แนวปฏิบัติฯ และประชาสัมพันธ์
5. ทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ ในหน่วยงานที่กำหนด
6. ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคทั้งกระบวนการใช้และผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยโรคแพนิค

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การออกกำลังกายเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค (Panic Disorder : PD) โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2004) 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การคัดเลือกหัวข้อหรือกำหนดปัญหา (Selecting a topic or problem) จากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีประจันต์พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการแพนิคที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีประจันต์มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548 มีจำนวน 4 ราย ปีงบประมาณ 2549 มีจำนวน 8 ราย ปีงบประมาณ 2550 มีจำนวน 11 ราย ปีงบประมาณ 2551 มีจำนวน 12 ราย ปีงบประมาณ 2552 มีจำนวน 18 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยแพนิคแต่ละรายมารับบริการซ้ำๆ กรณีเป็นผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 8 ครั้งต่อปีกรณีเป็นผู้ป่วยใน 3 ครั้งต่อปี มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 1ปี ถึง 5 ปีขึ้นไป ขณะที่แพทย์ของหน่วยงานให้การรักษาโดยให้ยาคลายกังวลและยังไม่มีรูปแบบการบำบัดเพื่อลดอาการแพนิคโดยไม่ใช้ยาในผู้ป่วยโรคแพนิคที่ชัดเจน และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิกมารลดอาการแพนิคของผู้ป่วยโรคแพนิคได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and Evaluating Evidence) จากกระบวนข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และการสืบค้นด้วยมือ พบงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เกี่ยวข้องกับการบำบัดด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิกผู้ป่วยโรคแพนิค จำนวน 6 เรื่อง เมื่อประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามการจัดลำดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) พบว่าเป็นงานวิจัยระดับ Randomized Controlled Trials (RCTs) ที่เป็นงานวิจัยเดี่ยว จำนวน 4 เรื่อง และเป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา จำนวน 2 เรื่อง ผู้ศึกษาได้นำงานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และบูรณาการเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค นำไปตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิกในการลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค ใช้บำบัดผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคแพนิคที่มีหรือไม่มี

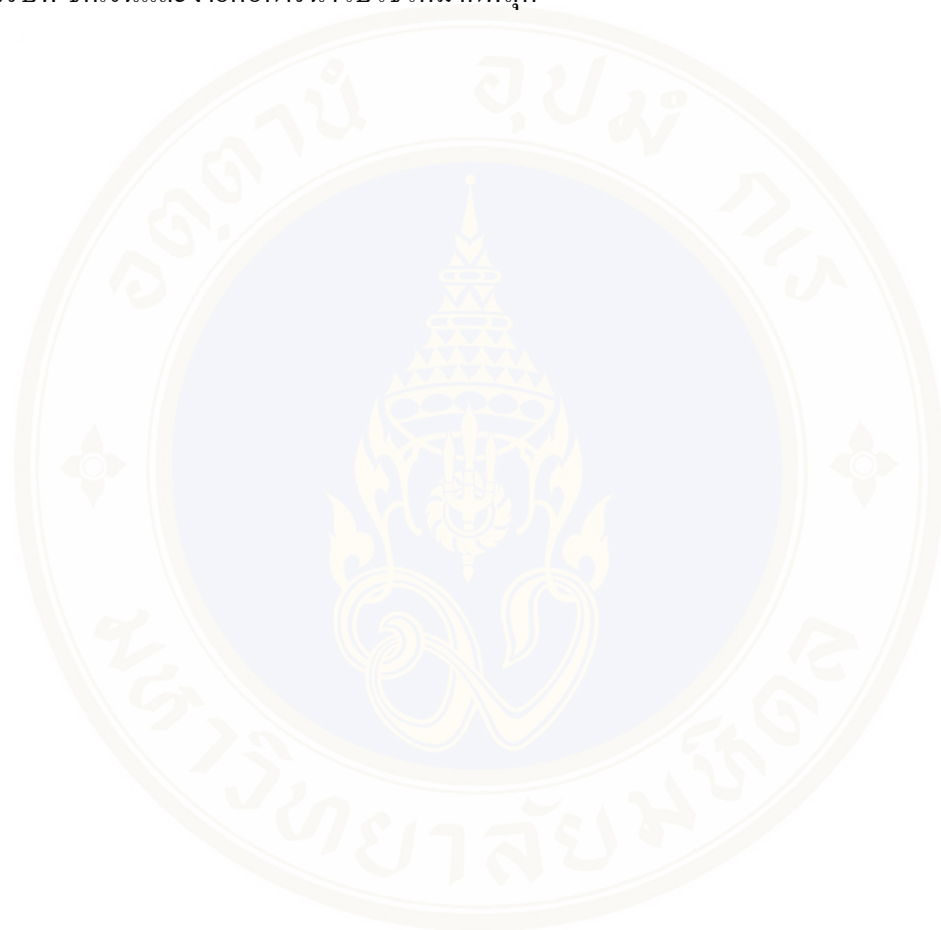
มีอาการกั้วที่โล่ง ที่มีอายุระหว่าง 18-50 ปี เป็นการบำบัดโดยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายร่วมกันเป็นกลุ่มหรือออกกำลังกายคนเดียว แต่ละครั้งใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาทีอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ 3) การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential) มีความเป็นไปได้สูงในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิกไปใช้ที่คลินิกสุขภาพใจ โรงพยาบาลศรีประจันต์ เนื่องจากผู้ป่วยโรคแพนิกที่มารับบริการมีความคล้ายคลึงกับประชากรเป้าหมายของแนวปฏิบัติฯ มีความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์ 4) พัฒนาการนำไปใช้ และประเมินนวัตกรรม (Developing, Implementing, and Evaluating the Innovation) ผู้ศึกษาได้วางแผนการใช้และประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิกโดยนำรูปแบบของแนวปฏิบัติไปทดสอบใช้โดยการ ทำ pilot study และประเมินผลกระบวนการและผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ข้อเสนอแนะ

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อลดอาการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิก คือ

1. โปรแกรมการบำบัดเพื่อลดอาการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิกโดยใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิคควรมีการคัดกรองโรคทางกายก่อนให้การบำบัด และควรได้รับคำแนะนำวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เลือกวิธีการออกกำลังกายและระดับการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการออกกำลังกาย และควรอยู่ภายใต้การนิเทศของผู้บำบัดในระยะแรกของการออกกำลังกาย
2. ควรมีการติดตาม ประเมิน และส่งเสริมแรงจูงใจในการออกกำลังกายของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และสามารถวัดผลได้จริง
3. ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกายต่อเนื่องต่อไป ภายหลังจากการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการแพนิก
4. ควรมีการเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปยังบุคลากรในทีมสุขภาพและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภายในองค์กรและภายนอกองค์กร โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง การประชุมวิชาการ การลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางวิชาการ และเผยแพร่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และมีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้เพื่อให้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป

5. เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยเพียง 6 เรื่อง และยังไม่เคยนำมาปรับใช้ในเมืองไทยมาก่อน จึงควรดำเนินการโครงการนำร่อง หรือทำเพื่อประเมินผลลัพธ์ ความคุ้มค่าคุ้มทุน รวมทั้งสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และปรับปรุงเขียนแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เหมาะสมกับบริบท ชัดเจนและง่ายต่อการนำไปใช้ให้มากที่สุด



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค โดยใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิก

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE TO REDUCE PANIC SYMPTOMS IN PATIENTS WITH PANIC DISORDER BY USING AEROBIC EXERCISE

อรวลัย เมฆเคลื่อน 4936679 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด., ประภา ยุทธไตร, พย.ด.

บทสรุปแบบสมบูรณ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคแพนิค (Panic disorder) ที่มีหรือไม่มีอาการกลัวที่โล่ง (with or without agoraphobia) อยู่ในกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดโรคหนึ่ง ผู้ป่วยที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคแพนิคจะมีอาการ ใจสั่น ใจเต้นแรง หรือหัวใจเต้นเร็วมาก เหงื่อแตก ตัวสั่น หายใจไม่อิ่มหรือหายใจขัด รู้สึกอึดอัด เจ็บหน้าอก คลื่นไส้หรือไม่สบายในท้อง มึนงง ปวดศีรษะ หรือเป็นลม derealization หรือ depersonalization กลัวควบคุมตัวเองไม่ได้ กลัวว่าตนเองกำลังจะตาย โดยมีอาการตั้งแต่ 4 อาการขึ้นไปอย่างรวดเร็วและถึงระดับสูงสุดในระยะเวลา 10 นาที และผู้ป่วยมีอาการซ้ำอย่างน้อย 2 ครั้ง อาการไม่ได้เกิดจากผลจากการใช้สารเสพติดหรือการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย (American Psychiatric Association, 2005) ผู้ป่วยโรคแพนิคส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลฝ่ายกาย โดยเฉพาะห้องฉุกเฉิน เนื่องจากผู้ป่วยเข้าใจว่าตนเองมีอาการแสดงด้านร่างกาย (Goldberg, Posner, & Zimmerman, 2007; Smits, Powers, Berry, & Otto, 2007)

โรคแพนิคถึงแม้จะมีความชุกในระยะเวลา 12 เดือนร้อยละ 0.5-3.1 และความชุกในช่วงชีวิตร้อยละ 0.5-4.7 (Michael, Zetsche, & Margraf, 2007) จากการศึกษาโดยติดตามผู้ป่วยโรคแพนิคที่มีหรือไม่มีอาการกลัวที่โล่งจำนวน 235 คน ที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นระยะเวลา 3 ปี พบว่าความน่าจะเป็นของการกลับเป็นซ้ำ (Recurrence) ในผู้ป่วยโรคแพนิค (0.35) แตกต่างกับผู้ป่วย

โรคแพนิคที่มีอาการกลัวที่โล่ง (0.52) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคแพนิคจำนวน 100 คน มีความน่าจะเป็นในการกลับเป็นซ้ำถึง 35 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่สูง (Francis et al., 2007) และสอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคแพนิคย้อนหลังไปเป็นระยะเวลา 2 ปีในชุมชนขนาดใหญ่ (large community-based survey) ของประเทศเนเธอร์แลนด์พบว่าผู้ป่วยโรคแพนิคร้อยละ 43.3 ยังมีอาการโรคแพนิคในระยะเวลา 1 ปี (Batelaan et al., 2010) สำหรับสถานการณ์ของโรงพยาบาลศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรีซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง และเป็นโรงพยาบาลที่รักษาโรคทางฝ่ายกาย พบว่าปัญหาสุขภาพจิตที่ผู้ป่วยมารับบริการเป็นอันดับหนึ่ง คือ กลุ่มโรควิตกกังวล และมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ คือมีจำนวนผู้ป่วย 168 รายในปีงบประมาณ 2548 จำนวน 241 ราย ในปีงบประมาณ 2549 จำนวน 263 ราย ในปีงบประมาณ 2550 จำนวน 286 ในปีงบประมาณ 2551 และจำนวน 326 ราย ในปีงบประมาณ 2552 ตามลำดับ และในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคแพนิค จำนวน 4 , 8 , 11 , 12 และ 18 รายตามลำดับ

การป่วยเป็นโรคแพนิคส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมเศรษฐกิจ กล่าวคือทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายต่างๆ เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หายใจไม่สะดวก กลัวควบคุมตัวเองไม่ได้ กลัวว่าตนเองกำลังจะตาย ต้องมารับบริการซ้ำๆ ด้วยอาการเหล่านี้ที่แผนกฉุกเฉิน (Smits, Powers, Berry, & Otto, 2007) โรคแพนิคมีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ และยังส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานลดลง ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและประกอบอาชีพได้ตามปกติอาจทำให้ผู้ป่วยตกงาน ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม (Barrera & Norton, 2009) และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูง (Francis et al., 2007) ส่งผลต่อการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา (Chen, Lin, & Lee, 2009) สังคมและประเทศชาติต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการไม่หายขาดมีอาการเป็นซ้ำๆ ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากการขาดงานทำให้ทำงานได้น้อยลงหรือทำงานผิดพลาดบ่อยๆ เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคแพนิคในปัจจุบันสามารถแบ่งออกได้เป็นการรักษาด้วยยาและการรักษาโดยไม่ใช้ยา การรักษาโดยการใช้ยา ปัจจุบันนิยมใช้ยาต้านเศร้าในกลุ่ม SSRIs ได้แก่ Fluoxetine, Fluvoxamine, Sertraline, Paroxetine, Citalopram และ Escitalopram และยาต้านเศร้าในกลุ่มดั้งเดิม ได้แก่ Imipramine, Desipramine, Clomipramine, Nortriptyline และ Amitriptyline การใช้ยาในกลุ่ม Benzodiazepines ได้ผลดีในการรักษาโรคแพนิคในระยะแรก เพื่อบรรเทาอาการวิตกกังวลออกฤทธิ์ และไม่ควรรักษาในกลุ่ม Benzodiazepines ในระยะยาวเนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อติดยา การรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การบำบัดทางด้านจิตใจและพฤติกรรม (psychological-behavioral treatment) การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมเป็นวิธีการที่ได้ผลในการรักษาผู้ป่วย

โรคแพนิก จากการศึกษาพบว่าการบำบัดร่วมกันโดยใช้ยาต้านเศร้าและจิตบำบัดมีประสิทธิภาพดีกว่าการรักษาด้วยยาต้านเศร้าเพียงอย่างเดียวในระยะเฉียบพลัน และพบว่าในระยะหายขาด การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีผลในการบำบัดนานกว่าการรักษาด้วยยา (Peter, Michelle, & Murray, 2006) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการรักษาด้วยวิธีการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมร่วมกับการรักษาด้วยยาจะได้ผลดีที่สุด สามารถลดอัตราการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคแพนิก แต่เป็นวิธีที่สามารถให้การรักษาได้เฉพาะในสถานบริการ ที่มีบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม และการช่วยเหลือด้วยวิธีนี้ต้องใช้ระยะเวลานาน (Smits, Powers, Berry, & Otto, 2007) ผู้ป่วยต้องมาพบผู้บำบัดในช่วงระยะเวลาของการบำบัดอาจทำให้สูญเสียเวลา และทำให้สูญเสียรายได้เนื่องจากอาจต้องหยุดงานเพื่อมารับการบำบัด

จากข้อมูลและเหตุผลที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลเพื่อลดอาการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิกโดยใช้การออกกำลังกาย ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลเพื่อลดอาการแพนิกครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนงานวิจัยหรือแนวปฏิบัติที่ใช้การออกกำลังกายเพื่อลดอาการแพนิก ที่มาจากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคแพนิก (Salmon, 2001) และยังพบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิก และการใช้ Cognitive Behavioral Therapy สามารถลดความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน (Salmon, 2001) แต่การใช้ Cognitive Behavioral Therapy ผู้บำบัดต้องได้รับการอบรมเฉพาะจึงจะสามารถนำมาใช้ได้ ส่วนการบำบัดโดยใช้การออกกำลังกายสามารถทำได้ง่ายและสะดวกกว่าการใช้ Cognitive Behavioral Therapy เนื่องจากผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้านหรือออกกำลังกายเป็นกลุ่มกับเพื่อน (Smits, Powers, Berry, & Otto, 2007) ซึ่งสามารถลดอาการแพนิกและช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคแพนิกที่มีอาการซ้ำ

2. วัตถุประสงค์ในการศึกษา (Purposes of the study)

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิก โดยใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิก

3. วิธีดำเนินการศึกษา

วิธีการในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิกในการลดอาการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิก ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิด หลักการและวิธีการใช้ผลงานวิชาการทางการพยาบาลของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2004) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ซึ่งมีขั้นตอนในการใช้ผลงานวิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกหัวข้อหรือกำหนดปัญหา (Selecting a topic or problem)

เป็นระยะของการค้นหาปัญหาที่ได้มาจากหลักฐาน 2 ทาง คือ

1.1 สิ่งกระตุ้นที่เกิดจากปัญหาการปฏิบัติงาน (Problem-focused triggers)

จากสถานการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง และเป็นโรงพยาบาลที่รักษาโรคทางฝ่ายกาย พบว่านอกจากผู้รับบริการจะมารับการรักษาด้วยโรคทางด้านร่างกาย แล้วยังมารับบริการด้วยปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิตที่ผู้ป่วยมารับบริการเป็นอันดับหนึ่ง คือ กลุ่มโรควิตกกังวล และมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ คือมีจำนวนผู้ป่วย 168 รายในปีงบประมาณ 2548 จำนวน 241 ราย ในปีงบประมาณ 2549 จำนวน 263 ราย ในปีงบประมาณ 2550 จำนวน 286 ในปีงบประมาณ 2551 และ จำนวน 326 ราย ในปีงบประมาณ 2552 ตามลำดับ และในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคแพนิค จำนวน 4 , 8 , 11 , 12 และ 18 รายตามลำดับ จากการปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินพบว่าผู้ป่วยมักมารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินนอกเวลาราชการด้วยอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม มึนงงศีรษะ หายใจเร็วหอบถี่ มือเท้าชา รู้สึกเหมือนตัวเองกำลังจะตาย หายใจไม่ได้ บางรายคิดว่าตนเองเป็นโรคร้ายแรง เช่น โรคหัวใจ ซึ่งจากการตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติด้านร่างกาย ผู้ป่วยมักมารับบริการซ้ำๆ ด้วยอาการดังกล่าว และบางรายต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยและญาติกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและไม่เข้าใจอาการเจ็บป่วยของตนกลัวว่าจะเป็นโรคที่รุนแรง และจากการทบทวนการวินิจฉัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคแพนิค จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายบุคคลพบว่า ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์เป็นประจำเนื่องจากขาดยาไม่ได้ เมื่อหยุดรับประทานยาแล้วผู้ป่วยมีอาการขึ้นมาอีกคือ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ปวดท้ายทอย หายใจไม่อิ่ม ใจสั่น ตกใจง่าย มึนงงศีรษะ มือเท้าชา รู้สึกหงุดหงิด ผู้ป่วยไม่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตน ไม่เข้าใจพยาธิสภาพของโรค ไม่มีความมั่นใจว่าอาการของโรคแพนิคสามารถควบคุมได้หรือสามารถบรรเทาได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องใช้ยาเกินความจำเป็น ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคแพนิคน่าจะใช้ทางเลือกอื่นร่วมกับการรักษาด้วยยา เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการรักษา

การรักษาผู้ป่วยโรคแพนิคที่ผ่านมาของโรงพยาบาลศรีประจันต์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาจากแพทย์ทั่วไปโดยการรักษาตามอาการร่วมกับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม Benzodiazepine ได้แก่ Diazepam , Lorazepam, Alprazolam ยาด้านเศร้าในกลุ่ม SSRIs ได้แก่ Fluoxetine ยาด้านเศร้ากลุ่ม Tricyclic ได้แก่ amitriptyline และให้การปรึกษาขั้นพื้นฐานโดยพยาบาล ซึ่งพบว่ายังให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ ประกอบกับการรักษาด้านจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพนอกเหนือไปจากการใช้ยา ได้แก่ การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม (Peter, Michelle, & Murray, 2006) นั้น จำเป็นต้องใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะเรื่องจึงจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้ลดอาการแพนิคได้ จึง

ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ วนเวียนเข้ารับการรักษายู่เป็นประจำ ไม่สามารถควบคุมอาการแพนิคได้ด้วยตนเอง ผลที่ตามมาผู้ป่วยต้องใช้จ่ายติดต่อกันเป็นเวลานาน พบว่าผู้ป่วยมารับยากรณีเป็นผู้ป่วยนอกแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 358 บาท และกรณีเป็นผู้ป่วยในแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 2,576 บาท และในแต่ละคนมารับบริการซ้ำกรณีเป็นผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 8 ครั้งต่อปี กรณีเป็นผู้ป่วยใน 3 ครั้งต่อปี (โรงพยาบาลศรีประจันต์, 2552) ทำให้โรงพยาบาลต้องสูญเสียค่าค่าใช้จ่ายที่มากขึ้นในการดูแลรักษาผู้ป่วย

1.2 สิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการทบทวนความรู้ (Knowledge-focused triggers)

การทบทวนแนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับโรคแพนิค พบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุร่วมกันที่ทำให้เกิดโรคแพนิค มีดังนี้

1) ความอ่อนแอทางพันธุกรรม (Genetic susceptibility) (Peter, Michelle, & Murray, 2006) ในปัจจุบันมีความพยายามในการศึกษาเกี่ยวกับความอ่อนแอทางพันธุกรรม (vulnerability) ของผู้ป่วยโรคแพนิคเช่นเดียวกันกับผู้ป่วยทางจิตเวชโรคอื่นๆ แต่อย่างไรก็ดียังไม่พบเส้นทางการเกิด (pathways) โรคแพนิคจากความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ชัดเจน เช่น พบว่าโรคแพนิคมีความสัมพันธ์กับ locus q32-33 บนโครโมโซมที่ 13 หรือ quantitative trait loci กับโครโมโซมที่ 11p ที่ตำแหน่ง cholecystokinin-B(CCK-B) receptor gene ระดับของ cholecystokinin (CCK) ที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค และ ความผิดปกติที่ adenosine 2A receptor gene ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวและความวิตกกังวลกับยีน (gene) ในระบบชีวเคมีในสมอง (neurotransmitter) ยังให้ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกัน แต่การศึกษาเกี่ยวกับความผิดปกติของยีน (gene) ที่ 22q11 catechol-o-methyltransferase ซึ่งเป็นตัวควบคุมการเผาผลาญของ norepinephrine มีความสอดคล้องกัน

2) กระบวนการชีวเคมีในสมอง (Neurobiological process) (Peter, Michelle, & Murray, 2006) มีการศึกษาพบว่า กาแฟ isoproterenol yohimbine คาร์บอนไดออกไซด์ cholecystokinin (CCK) และ hyperosmolar sodium lactate ทำให้เกิดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคแต่ไม่ทำให้เกิดอาการในกลุ่มควบคุม และพบว่าผู้ป่วยโรคแพนิคมีขนาด amygdala และ temporal lobe ลดลง มีจำนวน creatine และการเผาผลาญ phosphocreatine ใน temporal lobe ส่วนกลางต่ำ มีการเผาผลาญน้ำตาลในสมองที่ amygdala, hippocampus, thalamus, และ brain stem ลดลง และมีการไหลเวียนของเลือดบริเวณ orbitofrontal ลดลง

3) กระบวนการจิตพยาธิสภาพ (Psychopathological process) (Peter, Michelle, & Murray, 2006)

ปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตสังคม ปัจจัยหลักของโรคแพนิคคือความไวของร่างกายที่มีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ ความไวต่อความวิตกกังวล (anxiety sensitivity) ซึ่งสามารถทำนายการเกิดอาการแพนิคในวัยรุ่น นักศึกษามหาวิทยาลัยและกลุ่มตัวอย่างในชุมชนได้ อย่างไรก็ตามความไวต่อความวิตกกังวลมีความแปรปรวนร่วมกับการเกิดอาการแพนิคน้อยกว่าบุคลิกแบบ neuroticism และความไวต่อการมีอารมณ์ทางลบ ความไวต่อความวิตกกังวลเกิดจากการมีประสบการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต (เช่น การเจ็บป่วยหรือการได้รับอันตรายอย่างรุนแรง) การมีประสบการณ์ที่รุนแรง (เช่น ประสบกับความตายหรือการเจ็บป่วยที่รุนแรงของสมาชิกในครอบครัว) หรือการเสริมแรงจากพ่อแม่ต่อการให้ความสนใจกับอาการทางกาย และต้นแบบจากพ่อแม่ที่มีปฏิกิริยาความทุกข์ต่อปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย (bodily sensations) ขณะเดียวกันการเกิดอาการแพนิคเป็นการเพิ่มความไวต่อความวิตกกังวลด้วยเช่นกัน

อาการแพนิคที่เกิดขึ้นหลังจากอาการแพนิคครั้งแรก เกิดจากความกลัวที่มาจาก 2 ปัจจัยคือ 1) การวางเงื่อนไขไขความกลัว (interoceptive conditioning) ความกลัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายขณะมีความวิตกกังวล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเพียงเล็กน้อยอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวต่ออาการแพนิค และความกลัวต่ออาการแพนิคเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเพิ่มมากขึ้น 2) การประเมินปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย (bodily sensations) ไม่ถูกต้อง (เช่น กำลังใกล้ตาย หรือไม่สามารถควบคุมตัวเองได้) ซึ่งเป็นการวางเงื่อนไขที่กระตุ้นให้เกิดอาการแพนิค

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and Evaluating Evidence)

เมื่อสามารถสรุปปัญหาอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคแล้วขั้นตอนต่อไปผู้ศึกษาได้กำหนดกรอบเพื่อทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์ทางคลินิกเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ตั้งคำถามทางคลินิกและกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ของ PICO (Craig & Smyth, 2002; Melnyk & Fineout-Overholt, 2005 อ้างใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

1.1 ตั้งประเด็นคำถามทางคลินิก

การตั้งคำถามทางคลินิกโดยมีคำถามทางคลินิกดังนี้ ตั้งประเด็นคำถามทางคลินิกคือ “การออกกำลังกายสามารถลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคได้หรือไม่”

1.2 การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ กรอบแนวคิดที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาได้ใช้ PICO (Craig & Smyth, 2002; Melnyk & Fineout-Overholt, 2005 อ้างใน ฟองคำ ตีลกสกุลชัย, 2549)

P (Population) หมายถึง Patients with Panic Disorder

I (Intervention) หมายถึง Exercise, Aerobic exercise, Physical activity

C (Comparison Intervention) หมายถึง ไม่มี

O (Outcome) หมายถึง Panic symptoms

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่

P (Population) : Panic Disorder

I (Intervention) : Exercise , Aerobic exercise, Physical activity

C (Comparison Intervention) : None

O (Outcome) : Panic symptoms , Panic

2. การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1 กำหนดเกณฑ์การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

- หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือ การวิเคราะห์ห่อภิมานงานวิจัย (Meta-analysis) จากงานวิจัย RCTs ที่ตรงกับประเด็นปัญหา หรือ แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based clinical practice guideline) ที่เป็นการทบทวนงานวิจัย RCTs อย่างเป็นระบบ (Systematic review) และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากงานวิจัยแบบ Randomized controlled trial

- หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เผยแพร่ในระยะเวลา 15 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 ถึง ค.ศ. 2010

- เป็นรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 กำหนดแหล่งการสืบค้นงานวิจัย

สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษจากระบบฐานข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้

- ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติทางคลินิกของสถาบันต่างๆ ได้แก่ www.guideline.gov

- ฐานข้อมูลที่รวบรวมการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ได้แก่ www.cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au

- ฐานข้อมูลอื่นๆ ที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ CINAHL, Ovid, PubMed, HighWire, ScienceDirect, Blackwell-Synergy, ProQuest Nursing & Allied Health Source
- จากเอกสารอ้างอิงของบทความ/งานวิจัย ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

ผลการสืบค้น

ผลการสืบค้นพบงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาในการนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิกได้ทั้งหมดจำนวน 6 เรื่อง ดังนี้

รายละเอียดของผังการสืบค้นงานวิจัยแสดงไว้ในภาคผนวก ค

เกณฑ์ประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด จะถูกนำมาประเมินความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คุณภาพและความเข้มแข็ง ระดับความน่าเชื่อถือ และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ/ดำเนินการ โดยใช้เกณฑ์การประเมินของ Polit and Beck (2004) และเกณฑ์การประเมินของ Melnyk & Fineout Overholt (2005) เพื่อคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ และตรงกับประเด็นปัญหา แล้วจึงวิเคราะห์และสังเคราะห์ต่อไป

วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง โดยการอ่าน วิเคราะห์ สังเคราะห์ และสกัดเนื้อหาลงตาราง ตามลำดับหัวข้อ คือ 1) วัตถุประสงค์การวิจัย 2) ทฤษฎี 3) สมมุติฐานงานวิจัย 4) สถานที่ในการศึกษาวิจัย 5) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย 6) เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ 7) การบำบัด (Intervention) 8) ระเบียบวิธีวิจัย 9) ระดับของงานวิจัย 10) ผลการวิจัย 11) การสรุปเพื่อนำไปใช้ 12) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 13) การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ 14) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ พบว่าเนื้อหาตรงประเด็นกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข และมีจำนวนงานวิจัยที่เพียงพอ จึงนำมาวิเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียดอีกครั้งเพื่อสกัดข้อมูลและความรู้มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

การตรวจสอบความแม่นยำตรงของแนวปฏิบัติ โดยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้น ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่

1. แพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวช จำนวน 1 ท่าน
2. อาจารย์พยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 ท่าน

3. พยาบาลที่ได้รับวุฒิบัตรการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชจำนวน 1 ท่าน

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ผู้ศึกษานำข้อเสนอแนะนั้นมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ถูกต้องชัดเจนและสามารถนำไปใช้ได้จริง

4. สรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้

ผลการสืบค้น พบหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 6 เรื่อง เป็นงานวิจัยระดับ Randomized Controlled Trials (RCTs) ที่เป็นงานวิจัยเดี่ยว จำนวน 4 เรื่อง และเป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา จำนวน 2 เรื่อง ดังนี้

อันดับ	ชื่อผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	ระดับงานวิจัย
1	Broocks, A., Bandelow, B., Pekrun, G., George, A., Meyer, T., Bartmann, U., et al. (1998). Comparison of aerobic Exercise , Clomipramine, and Placebo in the threatment of Panic Disorder. <i>American Journal of Psychiatry</i> , 155(5), 603-609.	Randomized controlled trail Level II
2	Esquivel, G., Diaz-Galvis, J., Schruers, K., Berlanga, C., Lara-Munoz, C., & Griez, E. (2008). Acute exercise reduces the effects of a 35% CO2 challenge in patients with panic disorder. <i>Journal of Affective Disorders</i> , 107(1-3), 217-220.	Randomized controlled trail Level II
3	Strohle, A., Graetz, B., Scheel, M., Wittmann, A., Feller, C., Heinz, A., et al. (2009). The acute antipanic and anxiolytic activity of aerobic exercise in patients with panic disorder and healthy control subjects. <i>Journal of Psychiatric Research</i> , 43(12), 1013-1017.	Randomized controlled trail Level II

อันดับ	ชื่อผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	ระดับงานวิจัย
4	Wedekind, D., Broocks, A., Weiss, N., Engel, K., Neubert, K., & Bandelow, B. (2010). A randomized, controlled trial of aerobic exercise in combination with paroxetine in the treatment of panic disorder. <i>The World Journal of Biological Psychiatry</i>	Randomized controlled trail Level II
5	Goodwin, R. D. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. <i>Preventive Medicine, 36(6)</i> , 698-703.	Level VI
6	Jasper, A. J. S., & Michael, J. Z. (2006). Emotional vulnerability as a function of physical activity among individuals with panic disorder. <i>Depression and Anxiety, 23(2)</i> , 102-106.	Level VI

5. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวปฏิบัติ (Recommendation)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำมาสังเคราะห์เพื่อสร้างแนวปฏิบัติได้
ข้อเสนอแนะดังนี้

**แนวปฏิบัติทางการแพทย์ทางคลินิกเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค โดยใช้การ
ออกกำลังกาย ข้อเสนอแนะจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์**

การบำบัดโดยการออกกำลังกาย เพื่อลดอาการแพนิคมีความเชื่อว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสามารถลดการหลั่งของ CCK-4 (Cholecystokinintetrapeptide) ซึ่งเป็นสารที่กระตุ้นให้เกิดอาการแพนิค และการออกกำลังกายแบบแอโรบิกยังเป็นการบำบัดที่ทำให้เกิด interoceptive exposure ซึ่งเป็นการทดลองทางพฤติกรรมตามแนวคิดการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมที่ฝึกให้ผู้ป่วยเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่คล้ายกับปฏิกิริยาของร่างกายเมื่อมีความวิตกกังวล เพื่อแก้ไขการวางเงื่อนไขความกลัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายขณะมีความกังวล การบำบัดผู้ป่วยโรคแพนิคด้วยการใช้ร่วมกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสามารถลดอาการแพนิค และลดการกลับเป็นซ้ำได้ในระยะยาวกว่าการบำบัดด้วยการรับประทานยาเพียงอย่างเดียว [(Brooks et al., 1998; Strohle et al., 2009; Wedekind et al., 2010) Level II]

1. ลักษณะของผู้ป่วยโรคแพนิคสำหรับแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อลดอาการแพนิคโดยการออกกำลังกาย ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคแพนิคที่มีหรือไม่มีอาการกลัวที่โล่ง (Panic Disorder with or without agoraphobia) มีสุขภาพแข็งแรงไม่มีความเจ็บป่วย

ทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายแบบแอโรบิค เช่น โรคของระบบทางเดินหายใจ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เข้าใจวัตถุประสงค์ของการบำบัด และยินดีเข้าร่วมการบำบัดโดยการออกกำลังกาย [(Brooks et al., 1998; Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009; Wedekind et al., 2010) Level II] [(Renee D. Goodwin, 2003; Jasper & Michael, 2006) Level VI]

ผู้ป่วยโรคแพนิกที่ได้รับการออกกำลังกาย เพื่อลดอาการแพนิกควรได้รับการประเมินความสามารถในการออกกำลังกายและคัดกรองการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายจากแพทย์ [(Brooks et al., 1998; Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009; Wedekind et al., 2010) Level II] [(Jasper & Michael, 2006) Level VI]

2. การลดอาการแพนิกโดยการออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคแพนิกสามารถออกกำลังกายโดยการออกกำลังกายร่วมกันเป็นกลุ่ม [(Brooks et al., 1998) Level II] หรือออกกำลังกายคนเดียว [(Brooks et al., 1998; Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009 ; Wedekind et al., 2010) Level II] [(Jasper & Michael, 2006) Level VI]

2.1 ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการออกกำลังกาย (duration of exercise) และความถี่ของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายแต่ละครั้งใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 30 นาที หรือมากกว่านี้ เริ่มจากการอบอุ่นร่างกายเป็นระยะเวลา 3-4 นาที ต่อมาออกกำลังกายระดับหนักปานกลางถึงหนักมากจนครบระยะเวลา 30 นาที [(Brooks et al., 1998; Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009 ; Wedekind et al., 2010) Level II][(Jasper & Michael, 2006) Level VI] และควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ต่อเนื่องนานอย่างน้อย 10 สัปดาห์เพื่อลดอาการแพนิก [(Brooks et al., 1998; Wedekind et al., 2010) Level II]

2.2 ความหนักของการออกกำลังกาย (intensity of exercise) การออกกำลังกายใช้วิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิคหนักปานกลางถึงหนักมาก ที่อัตราการเต้นของหัวใจของแต่ละคนที่ร้อยละ 70 - 90 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (220-อายุ) [(Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009; Wedekind et al., 2010) Level II] โดยเลือกวิธีการออกกำลังกายที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้สะดวก และเพิ่มระยะเวลาหรือระยะทางในการออกกำลังกาย โดยเพิ่มทีละน้อยจนผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายแบบแอโรบิคได้ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 30 นาที เช่น การขี่จักรยาน (Bicycle Ergometer) การเดิน การวิ่ง การเดินบนสายพาน เต้นแอโรบิค ว่ายน้ำ ออกกำลังกายโดยใช้เครื่องมือ [(Brooks et al., 1998; Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009; Wedekind et al., 2010) Level II] [(Jasper & Michael, 2006) Level VI]

2.3 ผู้ป่วยแพนิกที่ใช้แนวปฏิบัติ เพื่อลดอาการแพนิกโดยการออกกำลังกาย ควรได้รับการเสริมแรงจิตใจในการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น

ผู้บำบัดติดตามและนิเทศการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยออกกำลังกายร่วมกันเป็นกลุ่ม ผู้บำบัดออกกำลังกายร่วมกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยบันทึกการออกกำลังกายและทบทวนบันทึกการออกกำลังกายในแต่ละวัน การสอบถามปัญหาที่เกิดจากการออกกำลังกายและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย [(Brooks et al., 1998; Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009; Wedekind et al., 2010) Level II]

3. การประเมินอาการวิตกกังวลและอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค ควรประเมินอาการแพนิคภายหลังจากที่ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างน้อย 10 สัปดาห์ ผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถใช้เครื่องมือประเมินอาการวิตกกังวลและอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคที่มีมาตรฐานได้รับการประเมินความตรงตามเนื้อหาและมีค่าความเที่ยงในการวัดที่เหมาะสมได้แก่

3.1 แบบประเมินอาการแพนิค Acute Panic Inventory (API) (Dillon et al., 1987) มีจำนวนคำถาม 17 ข้อ ให้ผู้ป่วยตอบบนมาตรวัดลิเกิตท์ (0 คะแนน=ไม่ มีอาการ ถึง 4 คะแนน = มากที่สุด) [(Strohle et al., 2009) Level II]

3.2 แบบประเมินความวิตกกังวล Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA; Hamilton, 1969) วัดความรุนแรงของอาการวิตกกังวลซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการศึกษาวิจัยและการบำบัดเพื่อลดอาการวิตกกังวลประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ให้ผู้ป่วยตอบบนมาตรวัดลิเกิตท์ (0 คะแนน = ไม่มีอาการ ถึง 4 คะแนน = มากที่สุด) คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 56 คะแนน การแปลผล คะแนนน้อยกว่า 17 หมายถึงมีความวิตกกังวลระดับน้อย คะแนน 18 - 24 หมายถึงมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง คะแนน 25 - 30 หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับสูง [(Brooks et al., 1998) Level II]

อย่างไรก็ดีในปัจจุบันยังไม่มีแบบประเมินอาการแพนิค Acute Panic Inventory (API) (Dillon et al., 1987) ฉบับภาษาไทยใช้ ดังนั้นแบบประเมินความวิตกกังวล Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA; Hamilton, 1969) ฉบับภาษาไทยจึงเป็นแบบประเมินอาการวิตกกังวลที่มีความเหมาะสม สะดวกในการใช้สำหรับแนวปฏิบัติ เพื่อลดอาการแพนิคโดยการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคแพนิค

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential)

จากแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ผู้ศึกษานำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาประเมินความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคแพนิค โดยมีประเด็นในการประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ดังนี้

1. การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability of the finding) มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน คือกลุ่มประชากรในหลักฐานงานวิจัย มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มประชากรในหน่วยงานคือ ผู้ป่วยโรคแพนิก ซึ่งโรงพยาบาลศรีประจันต์มีจำนวนผู้ป่วยโรคแพนิกที่มารับบริการซ้ำๆ และรูปแบบการบำบัดสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรควิตกกังวลในโรงพยาบาลศรีประจันต์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ความพึงพอใจของผู้ป่วย และประโยชน์สูงสุดที่ผู้ป่วยจะได้รับ

2. ความเป็นไปได้ในการนำวิธีการนั้นๆ ไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลจิตเวชในคลินิกสุขภาพใจของโรงพยาบาลศรีประจันต์มีสิทธิโดยชอบตามกฎหมาย และขอบเขตของการปฏิบัติ และสามารถยกเลิกวิธีการปฏิบัติตามหัวข้อนั้นๆ ได้ หากวิธีปฏิบัตินั้น ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยในหน่วยงาน ซึ่งพยาบาลสามารถจะเป็นผู้ปฏิบัติได้ เพียงแต่พยาบาลที่รับผิดชอบควรมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับงานที่ปฏิบัติอย่างคิจะสามารถทำให้ผลการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลสามารถนำไปใช้ได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก สามารถให้ผู้ป่วยเรียนรู้และปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และไม่จำเป็นต้องรบกวนวิธีการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม ไม่ต้องใช้วัสดุอุปกรณ์ใดเพิ่มมากขึ้น หน่วยงานมีความพร้อมเนื่องจากมีบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะในการปฏิบัติงาน

3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) เนื่องจากแนวทางการปฏิบัติเดิมไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ส่งผลต่อการติดตามอาการต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ และระยะเวลาการดำเนินโรคนานขึ้นส่งผลให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง หากสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ศึกษามาใช้ภายในหน่วยงานจะช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนาการนำไปใช้ และประเมินนวัตกรรม (Developing, Implementing, and Evaluating the Innovation)

ขั้นตอนการวางแผนการพัฒนา เพื่อการนำไปทดลองใช้ และประเมินผลนวัตกรรม สิ่งที่ผู้ศึกษาวางแผนที่จะนำผลการศึกษารั้งนี้ไปปฏิบัติต่อไปเมื่อสำเร็จการศึกษามีดังนี้

1. ชี้แจงและขอความร่วมมือกับผู้บริหารในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน
2. ประชุมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อปรึกษา กำหนดความเป็นไปได้ในการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพื่อลดอาการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิกในหน่วยงาน
3. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพื่อลดอาการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิกที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย

4. ฝึกพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการใช้แนวปฏิบัติฯ และประชาสัมพันธ์
5. ทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ ในหน่วยงานที่กำหนด
6. ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคทั้งกระบวนการใช้และผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยโรคแพนิค

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นนี้ยังไม่มีศึกษานำร่อง ผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องศึกษาที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ ดังนี้

1. โปรแกรมการบำบัดเพื่อลดแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคโดยใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิกควรมีการคัดกรองโรคทางกายก่อนให้การบำบัด และควรได้รับคำแนะนำวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เลือกวิธีการออกกำลังกายและระดับการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการออกกำลังกาย และควรอยู่ภายใต้การนิเทศของผู้บำบัดในระยะแรกของการออกกำลังกาย
2. ควรมีการติดตาม ประเมิน และส่งเสริมแรงจูงใจในการออกกำลังกายของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และสามารถวัดผลได้จริง
3. ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกายต่อเนื่องต่อไป ภายหลังจากการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ 3 ครั้ง ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการแพนิค
4. ควรมีการเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปยังบุคลากรในทีมสุขภาพและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภายในองค์กรและภายนอกองค์กร โดยวิธีการต่างๆ เช่น การประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง การประชุมวิชาการ การลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางวิชาการ และเผยแพร่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และมีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้เพื่อให้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป
5. เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยเพียง 6 เรื่อง และยังไม่เคยนำมาปรับใช้ในเมืองไทยมาก่อน จึงควรดำเนินการโครงการนำร่อง หรือทำเพื่อประเมินผลลัพธ์ ความคุ้มค่าคุ้มทุน รวมทั้งสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และปรับปรุงเขียนแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทชัดเจนและง่ายต่อการนำไปใช้ให้มากที่สุด

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE
TO REDUCE PANIC SYMPTOMS IN PATIENTS WITH PANIC DISORDER
BY USING AEROBIC EXERCISE

ORAWAN MEKKLEUN 4936679 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ATIRAT WATTANAPAILIN,
Ed.D., PRAPA YUTTATRI, D.N.S.

EXTENDED SUMMARY

1. Background and Significance of Problem

Panic disorder with or without agoraphobia is one type of Anxiety Disorder group which is one of the most found psychotic disease. Patient who was diagnosed with panic disorder experienced extreme or rapid heartbeat, perspiration, trembling, shortness of breath, or dyspnea, dizziness, chest pain, nausea, headache, faint, derealization, or depersonalization, fear of uncontrollable, and fear of dying. Person with panic disorder experienced at least 4 symptoms rapidly and reached at its peak magnitude within 10 minutes and had at least 2 recurrences provided that the symptoms were not caused by narcotic use or physiological illness (American Psychiatric Association, 2005). Most patients with panic disorder visited Emergency Room of the hospital since they thought they were experiencing psychological symptom (Goldberg, Posner, & Zimmerman, 2007; Smits, Powers, Berry, & Otto, 2007)

Panic disorder had 12 months prevalence 0.5-3.1 and lifetime prevalence 0.5-4.7 (Michael, Zetsche, & Margraf, 2007). According to a follow up study on 235 patients with panic disorder with or without agoraphobia in a primary care unit for 3 years, it was found that the recurrence probability of patients with panic disorder

(0.35). differed from agoraphobia (0.52) without statistical significance. The chance of recurrence of 35 patients in 100 patients was quite high (Francis et al., 2007). This finding was in accordance with large community based survey study in the Netherlands which reported the PD symptoms still remained on 1 years period in 43.3% of patient (Batelaan et al., 2010). For the situation of the setting in this study, i.e., Sriprajan hospital, Suphanburi province which was a 60 beds capacity community hospital provided treatment majority for physiological disease, it was found that the most found mental health problem among the clients were anxiety disorder group which continuously increased. There were 168 patients with anxiety disorder in fiscal year 2005, 241 in the year 2006, 263 in the year 2007, 286 in the year 2008, and 328 in the year 2009. Among these there were 4, 8, 11, 12, and 18 patient with panic disorder, respectively.

Panic disorder affected patient, family and socioeconomic, i.e., patients suffered physiological symptom such as chest pain, trembling, dyspnea, uncontrollable fear, and fear of dying which they had to visit emergency department repetitively (Smits, Powers, Berry, & Otto, 2007). Panic disorder had chronic longitudinal course caused patients suffering, boring, and desperate which finally affected their occupational job efficacy and activity of daily living until they had to quit the job which then impacted more in their family and social relationship (Barrera & Norton, 2009), had high rate of recurrence (Francis et al., 2007). Consecutively, the panic disorder cause high cost of medical treatment (Chen, Lin, & Lee, 2009) due to its chronic and recurrence nature as well as the economic loss due to the inability to do their occupational job.

Panic disorder therapy nowadays can be divided to pharmacological therapy and non-pharmacological therapy. The pharmacological therapy of person with panic disorder is the use of SSRI antidepressant such as Fluoxetine, Fluvoxamine, Sertraline, Paroxetine, Citalopram, and Escitalopram including the older generation antidepressant such as Imipramine, Sesipramine, Clomipramine, Nortriptyline and Amitriptyline. Benzodiazepines administration gave positive outcome in person with early panic disorder during waiting for the effect of antidepressant, however, it is not recommended to use Benzodiazepine for a long time since patient can get addicted to drug. Non-pharmacotherapy for person with panic disorder comprises of

Psychological-Behavioral such as cognitive behavioral therapy (CBT) which has been found effective in treating person with panic disorder. The study found that the combination of SSRI and psychotherapy yielded better therapeutic outcome than antidepressant therapy alone in acute episode. Moreover, during SSRI discontinuing period, Cognitive Behavioral Therapy gave last longer result than pharmacotherapy (Peter, Michelle, & Murry, 2006). According to literature review, the combination of pharmacotherapy and cognitive behavioral therapy gave the best result and reduce the rate of relapse among person with panic disorder, however, this therapy was able to carry out in the health care institute with well trained CBT therapist and took long time (Smits, Power, Berry & Otto, 2007). Patients had to attend the CBT course on the appointment which lost their time and income.

According to the abovementioned, investigator was convinced to develop Clinical Nursing Practice Guideline (CNPg) for the use of aerobic exercise to reduce panic symptoms in patient with panic disorder. Investigator conducted literature review on the use of aerobic exercise to reduce panic symptoms and found that aerobic exercise were effective in patient with panic disorder care (Salmon, 2001). Moreover, it was found that the efficacy on reducing anxiety by the use of aerobic exercise did not differ from Cognitive Behavioral Therapy (Salmon, 2001). However, cognitive behavioral therapist required intensive training while aerobic exercise can be done independently by the patients at home by themselves or with their friends (Smits, Powers, Berry, & Otto, 2007) which can also reduce panic symptoms effectively as well as help saving health care expense in patient with relapse panic disorder care.

2. Purpose of the study

To develop Clinical Nursing Practice Guideline for the use of aerobic exercise to reduce panic symptoms in patient with panic disorder

3. Methodology

In developing CNPG for the use of aerobic exercise to reduce panic symptoms in patient with panic disorder, investigator adopted Polit & Beck (2004)

evidence based practice as conceptual framework of this study which can be detailed as follows;

Step 1: Selecting a topic or problem

This is the range of problem searching from 2 types of problem triggers;

1.1 Problem focused-trigger

The problem focused-trigger was determined from Si prachan hospital, Suphanburi province, the setting of this study. Sripajan hospital was a 60 beds community hospital and provided mainly physiological treatment service. In addition to physiological disease, some client of the hospital also had mental health problem which the numbers of patients with anxiety disorder symptoms group was the highest and continuously increased, i.e. 168 in fiscal year 2005, 241 in 2006, 263 in 2007, 286 in 2008, and 326 in 2009, respectively. Among these, the number of patient with panic disorder was 4, 8, 11, 12, and 18, respectively. According to Emergency Room report, the patient with panic disorder was often sent to ER with chest tight, dyspnea, dizziness, rapid breathing, and numbness in extremities, and feel of dying some thought that they had life threatening disease such as heart disease but the diagnosing indicated the patients were physiologically healthy. Patients often re-visited ER with the same problem and some had to be admitted since the patients and relatives worried about the illness and did not understand their symptoms. According to patient's interview, patients had to see the physician since they could not discontinue their medication. The symptoms relapse after medication discontinuing was insomnia, headache, dyspnea, easily frightened, dizziness, numbness in extremity. Patients did not understand about their illness and its pathology and were not sure whether the panic disorder symptoms could be controlled or alleviated by means of self-care without solely relied on pharmacotherapy. Thus the complementary therapy should be studied and used in adjuvant with pharmacotherapy in order to achieve highest satisfactory therapy outcome.

Most of panic disorder therapy in Si prachan hospital was carried out by physician by means of symptomatic treatment in combination with Benzodiazepine prescription, i.e., Diazepan, Lorazepan, Alprazolam including consulting from nurse. However, the outcome of therapy showed that the panic disorder care in the hospital

needed improvement. The effective psychosocial therapy such as Cognitive Behavioral Therapy (Peter, Michelle, & Murray, 2006) required specialized therapist. Thus the patient with panic disorder often re-visited the hospital due to their relapse and unable to control their panic symptoms. As a result, the patient continued their medication for a long time. The patient with panic disorder visited Out-Patient Department of the hospital spent THB 358 per visit for their medical expense and THB 2,576 per hospitalization in in-patient department. The average rate of out-patient department re-visit was 8 times per person per year and 3 times per person per year at in-patient department. The hospital spent considerable amount of budget for panic disorder care.

1.2 Knowledge-focused triggers

According to the review of concept and theory related to panic disorder, it was found that the co-factor related to panic disorder were as follows;

1) Genetic susceptibility (Peter, Michelle, & Murray, 2006) in present the study on genetic vulnerability in patient with panic disorder received much attention as same as the other psychotic disease. However, the clear pathway of genetic variation on panic disorder has not been identified. For instance, panic disorder was found to be related to locus q 32-33 on 13th Chromosome or the quantitative trait loci on 11p Chromosome at cholecystokinini – B (CCK-B) receptor gene which the level of Ccholecystokinin (CCK) triggers panic symptom in patient with panic disorder as well as the irregularity in adenosine 2A receptor gene. The neurobiological study on the relationship between fear/anxiety and genetic still had contradictive result, but the study on the irregularity of 22q11 catechol-o-methyltransferase gene which regulate norepinephrine metabolism had a concordance result.

2) Neurobiological process (Peter, Michelle, & Murry, 2006) according to the study hyperosmolar sodium lactate stimulate panic symptom in patient with panic disorder but did not stimulate panic symptom in controlled group. The substance which induces this mechanism was caffeine, isoproterenao, yohimbine, carbon dioxide, and CCK. The neurobiological study of patient with panic disorder focused on amygdale since the patient with panic disorder had decreased size of amygdala and temporal lobe and also had low level of creatine to metabolize phosphocreatine in temporal lobe as well as lower level of the glucose metabolism in amygdale,

hippocampus, thalamus, and brain stem including decreased blood circulation in orbitofrontal.

3) Psychopathological process (Peter, Michelle, & Murray, 2006)
Psychosocial risk factors: a main risk factor of panic disorder was the specific sensitivity to body stimuli, i.e., anxiety sensitivity which was a predictor of panic disorder onset in teenager, university student, and samples in community. However, anxiety sensitivity had a lower covariance with panic disorder onset compared with neuroticism personality, negative emotion sensitivity, anxiety sensitivity to critical life experience (near dead or severe illness experience of family member) or parent reinforcement physical symptom concerns and the model of parent on the negative reaction to bodily sensation, in the mean time, panic symptoms also increased anxiety sensitivity.

The relapse of panic disorder were caused by 2 factors, i.e., 1) interoceptive conditioning: fear of physiological change during anxiety which small physiological change during anxiety triggers the patient fear of panic symptoms and that fear stimulates panic disorder by increasing physiological change. 2) False bodily sensation such as feel of dying or uncontrollable which also trigger panic disorder

Step 2: Assembling and Evaluating Evidence

After summarizing the problem in patient with panic disorder, the next step was to identify evidence searching and review framework in order to develop Clinical Nursing Practice guideline to reduce panic symptom in patient with panic disorder as follows;

1. Identify clinical question and searching keyword for evidence searching using PICO framework (Craig & Smyth, 2002; Melnyk & Fineout-Overholt, 2005; cited in Fongkhum Tiloksakulchai, 2006):

1.1 Identifying clinical question

The clinical question in this study was “Can exercise reduce panic symptoms in patient with panic disorder?”

1.2 Searching and evaluating evidence

Investigator adopted PICO ((Craig & Smyth, 2002; Melnyk & Fineout-Overholt, 2005; cited in Fongkhum Tiloksakulchai, 2006) framework for evidence searching

P (Population): Patient with panic disorder

I (Intervention) : Exercise, Aerobic exercise, physical activity

C (Comparison intervention) : None

O (Outcome) : Panic symptom

The searching keywords were identified as follows;

P (Population): Panic disorder

I (Intervention) : Exercise, Aerobic exercise, physical activity

C (Comparison intervention) : None

O (Outcome) : Panic symptom, panic

2. Searching and evaluating the evidence

2.1 Identify evidence searching criteria

- The evidence from systematic review, meta-analysis of RCT research, or Evidence-based clinical nursing practice guideline from systematic review of RCT research and evidences obtained from RCT

- The evidences published since 1996 till 2010 for 15 years

- Full text evidences both Thai and English

2.2 Identify searching resources

The evidence from research evidence in both Thai and English from the following database:

- Clinical practice guideline from www.guideline.gov

- Systematic review database from www.cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au

- Other database of research, evidence based nursing, and health science literature, i.e., CINAHL, Ovid, PubMed, HighWire, ScienceDirect, Blackwell-Synergy, ProQuest Nursing & Allied Health Source

- Article/ research paper from Faculty of Nursing science library, and Faculty of Medicine library, Siriraj hospital.

Evidence searching result

According to evidence searching, 6 evidences were obtained for development of Clinical Nursing Practice Guideline (CNPG) for the use of exercise to reduce panic in patient with panic disorder as follows

The details of evidence searching diagram is shown in Appendix C

Evidence assessing criteria

All evidences were assessed in terms of clinical relevance, quality, strength, reliability, and implementation potential, using Polit and Beck (2004) and Melnyk & Fineout – Overholt (2005) to select the qualified and fit-for-purpose evidences for further analysis and synthesis.

The obtained evidences were read, analyzed, synthesized, and extracted the data into table comprising of the following heading item 1) Purpose of research, 2) Funding, 3) Research hypothesis, 4) Research setting 5) Research population and sample, 6) Research outcome assessing instrument, 7) Intervention, 8) methodology, 9) Level of research, 10) Research result, 11) recommendation, 12) Clinical relevance, 13) Scientific merit, 14) Implementation potential. The obtained evidences were found to be adequate and suitable for the clinical problem of study, thus, insight analysis was then carried out to extract the recommendation for developing the CNPG.

The developed CNPG was submitted to expert committee to verify the content validity and linguistic appropriateness. The expert committee comprised of

1. One psychiatrist
2. Mental health and psychiatric nursing science lecturer
3. Advance practitioner nurse specialized in Mental health and psychiatric nursing

Investigator took the expert's comment and opinion from content validity to improve the CNPG together with advisor in order to get clear and concise CNPG for further implementation.

4. Summary of Evidence

Among the 6 obtained evidences, 4 were Randomized Controlled Trials and 2 were descriptive research, all of them were individual research,

No.	Researcher/ Title/ Publisher	Level
1	Broocks, A., Bandelow, B., Pekrun, G., George, A., Meyer, T., Bartmann, U., et al. (1998). Comparison of aerobic Exercise, Clomipramine, and Placebo in the treatment of Panic Disorder. <i>American Journal of Psychiatry</i> , 155(5),603-609.	Randomized controlled trail Level II
2	Esquivel, G., Diaz-Galvis, J., Schruers, K., Berlanga, C., Lara-Munoz, C., & Griez, E. (2008). Acute exercise reduces the effects of a 35% CO2 challenge in patients with panic disorder. <i>Journal of Affective Disorders</i> , 107(1-3), 217-220.	Randomized controlled trail Level II
3	Strohle, A., Graetz, B., Scheel, M., Wittmann, A., Feller, C., Heinz, A., et al. (2009). The acute antipanic and anxiolytic activity of aerobic exercise in patients with panic disorder and healthy control subjects. <i>Journal of Psychiatric Research</i> , 43(12), 1013-1017.	Randomized controlled trail Level II
4	Wedekind, D., Broocks, A., Weiss, N., Engel, K., Neubert, K., & Bandelow, B. (2010). A randomized, controlled trial of aerobic exercise in combination with paroxetine in the treatment of panic disorder. <i>The World Journal of Biological Psychiatry</i>	Randomized controlled trail Level II
5	Goodwin, R. D. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. <i>Preventive Medicine</i> , 36(6), 698-703.	Level VI
6	Jasper, A. J. S., & Michael, J. Z. (2006). Emotional vulnerability as a function of physical activity among individuals with panic disorder. <i>Depression and Anxiety</i> , 23(2), 102-106.	Level VI

5. Recommendation of CNPG

According to evidence searching, evaluating and study, the recommendation for establishing the CNPG was as follows;

CNPG for the use of exercise to reduce panic symptoms in patient with panic disorder: Evidence-based recommendation

It was believed that aerobic exercise had effect in reducing CCK-4 (Cholecystokinintetrapeptide) production which is a panic mediator. In addition,

aerobic exercise also created interoceptive exposure according to cognitive behavioral therapy which trained the patients to cope with the experimental physiological change which was similar to the physiological change when panic occur in order to treat the interoceptive fear when anxiety occurs, the panic therapy by means of pharmacotherapy in adjuvant with aerobic exercise was found to reduce panic symptoms and its relapse in longer term than pharmacotherapy only [(Brooks et al.,1998; Strohle et al.,2009; Wedekind et al., 2010) Level II]

1. Characteristics of patient with panic disorder

The characteristics of patient with panic disorder who were appropriate to use this CNPG were patient diagnosed with panic disorder with or without agoraphobia, having pharmacotherapy for panic control, were screened physiological healthy without any pathology which would have adverse effect by exercise such as respiratory disease, cardiac and circulation system understand the objective of intervention and volunteer to participate the exercise intervention [(Brooks et al.,1998; Esquivel et al.,2008; Strohle et al.,2009; Wedekind et al., 2010) Level II] [(Renee D. Goodwin, 2003 ; Jasper & Michael, 2006) Level VI].

Patient with panic disorder who perform exercise to reduce panic disorder should get exercise performance assessment and exercise affected physical screening from physician [(Brooks et al.,1998; Esquivel et al., 2008; Strohle et al.,2009; Wedekind et al., 2010) Level II] [(Renee D. Goodwin, 2003; Jasper & Michael, 2006) Level VI].

2. Exercise intervention to reduce panic disorder

Patient with panic disorder can perform exercise to reduce panic symptom by means of group exercise [(Brooks et al.,1998) Level II,)] or individual exercise [(Brooks et al.,1998; Esquivel et al.,2008; Strohle et al., 2009; Wedekind et al., 2010) Level II,)] [(Jasper & Michael, 2006) Level VI]

2.1 Duration, numbers and frequency of exercise to reduce panic symptoms in patient with panic disorder were as follows;

Each aerobic exercise took 15-30 minutes duration or more started from warming up for 3-4 minutes, then moderate and high intensity exercise till reaching 30 minutes [(Brooks et al., 1998; Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009 ; Wedekind et al., 2010) Level II][(Jasper & Michael, 2006) Level VI]. The appropriate

exercise frequency was 3 times a week for at least 10 weeks to reduce panic symptoms [(Brooks et al., 1998; Wedekind et al., 2010) Level II]

2.2 Intensity of exercise: aerobic exercise provided moderate and high intensity exercise which the heart beat is at 70-90% of maximum heartbeat (220-age) [(Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009; Wedekind et al., 2010) Level II,]. The appropriate style of exercise can be chosen and can start from light and short exercise then gradually increasing till reach the optimal level of exercise which is at least 15-30 minutes of aerobic exercise such as bicycling, walking, jogging, belt running, aerobic dance and gym equipment exercise [(Brooks et al., 1998; Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009; Wedekind et al., 2010) Level II] [(Jasper & Michael, 2006) Level VI]

2.3 Patient with panic disorder who use this CNPG should be motivated to do aerobic exercise regularly, e.g., therapist regularly followed up patient's exercise, patient performed group exercise, or therapist performed exercise with patient, in addition, therapist should advise patient record their daily exercise including inquire the patient's problem on exercise and encourage patient to continue exercise [(Brooks et al., 1998; Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009; Wedekind et al., 2010) Level II]

3. Anxiety and panic symptom assessment in patient with panic disorder: The assessment of outcome should be carried out after 10 weeks of intervention exercise performed by patient. CNPG practitioner can use standardized and validated anxiety and panic symptom assessing instruments which are listed below;

3.1 Acute Panic Inventory (API) (Dillon et al., 1987) a questionnaire comprised of 17 questions which the patient responded on Likert's Scale (0-4 scores start from no symptom to severely having the symptom) [(Strohle et al., 2009) Level II]

3.2 Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA; Hamilton, 1969) assessed the severity of anxiety and panic symptoms by means of 14 questions which patients responds on Likert's scale (0 = not symptoms to 4= severely high), the score ranges between 0-56. The total score less than 17 signified low level of anxiety, the score 18-24 signified moderate level of anxiety and the score 25-30 signified high level of anxiety [(Brooks et al., 1998) Level II]

However, there has been no Thai version of Acute Panic Inventory (API) (Dillon et al., 1987) thus Thai version of Hamilton anxiety Rating Scale (HAMA; Hamilton, 1969) is more appropriate for outcome assessment of this CNPG.

Step 3: Assessing the implementation potential

The implementation potential of the developed CNPG for the use of exercise to reduce panic symptoms in patient with panic disorder was assessed for its implementation potential as follows;

1. Transferability of finding: The CNPG was appropriate with the setting, i.e., the population in evidences was similar to the population of the setting, i.e., patient with panic disorder which Si prachan hospital had a number of patients with relapse panic disorder, the intervention from CNPG was able to implement for patient with panic disorder depending on their will, satisfaction and benefit..

2. Feasibility of implementation: Psychiatric nurse in Mental Health Clinic of Si prachan hospital retained legal right to practice this CNPG including identify the scope of practice and even terminate the practice if they found the CNPG inappropriate to use in the setting. Nurses can be CNPG practitioner after they were educated and trained on this CNPG. The outcome assessing instrument was simple and easy to use. The intervention is simple and does not interfere with the existing nursing practice. The setting is ready to implement this CNPG since the qualified personnel are available.

3. Cost-Benefit ratio: in the past there is no exact intervention and follow up patterns for reducing panic symptoms in patient with panic disorder, as a result, patients suffered frequent relapse and longer longitudinal course of panic disorder, which increase their medical expense and decrease their quality of life. Implementing this CNPG in the setting could reduce the abovementioned problem.

Step 4: Developing, Implementing and Evaluating the innovation

Investigator established an implementation plan to be completed as follows;

1. Introduce the CNPG to the setting management team and ask for cooperation in implementation.

2. Organize a meeting to make a plan for pilot study of CNPG for the use of exercise to reduce panic symptom in patient with panic disorder.
3. Developed clear and concise evidence based CNPG for the use of exercise to reduce panic symptom in patient with panic disorder.
4. Train nurse and relevant health care personnel to practice CNPG and do public relation and publication of CNPG.
5. Perform pilot study in the setting.
6. Perform assessment on CNPG pilot study process and panic symptom outcome.

Suggestion

Since the pilot study had not been carried out, the follow suggestion was made for the sake of further CNPG implementation

1. The patients who are willing to use aerobic exercise program to reduce panic symptoms should have physical screening before starting the program and should be educated on the principle of exercise, choosing the right type and intensity of exercise in order to prevent injury from exercise. The exercise should be under supervise of therapist in the early period of exercise.
2. The follow up assessment and encouragement in continuing exercise should be carried out regularly
3. Therapist should encourage patient to continue exercise after intervention session exercise at least 3 times a week for 10 weeks to prevent relapse of panic disorder.
4. The CNPG for the use of aerobic exercise to reduce panic symptoms in patient with panic disorder should be communicated to internal and external health care personnel and health care institute by means of staff meeting, academic conference, publish in academic journal and electronic database, including knowledge exchange and transfer to continuously improve the CNPG.
5. Since this study was confined within the analysis and synthesis of evidences from 6 research papers and never been implemented in Thailand. The pilot study should be carried out to assess the outcome, cost-benefit ration, including the satisfaction of health care personnel and patients in order to improve the CNPG in appropriate with the context of the setting.

รายการอ้างอิง

- การกีฬาแห่งประเทศไทย. (2545). *แผนพัฒนากีฬาแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2545-2549)*. การกีฬาแห่งประเทศไทย สำนักนายกรัฐมนตรีย.
- บันเทิง เกิดปรางค์. (2541). *การเสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- ปราโมทย์ สุคนิชย์ และพิเชษฐ อุดมรัตน์. (2544). *แนวทางการรักษาโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมาโนชย์ หล่อตระกูล. (2540). *คู่มือการวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคจิตกักขัง*. กรุงเทพฯ: เอสซีพรินท์.
- ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ (Evidence-based Nursing: Principle and Method) (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: ฟรี-วัน.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ. (2547). ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี 2546. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12(3), 177-188.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ. (2546). *การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต: การศึกษา* ระดับประเทศ ปี 2546. กรุงเทพฯ: บริษัท วงศ์กมล จำกัด.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์. (2544). *โรคต้นตระกูล*. สงขลา: อัดลายด์เพรส จำกัด.
- มาโนชย์ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- เรืองศักดิ์ ศิริพล. (2542). *การออกกำลังกายกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด*. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. โรงพยาบาลศรีประจันต์. (2552). *รายงานประจำปี โรงพยาบาลศรีประจันต์*.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2546). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2545). *การพยาบาลจิตเวช*. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภัคนพิน กิตติรักษนนท์ และวรวรรณ จุฑา. (2544). *ระบาดวิทยาของความคิดปกติทางจิตของประชาชนไทย*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 46.

- American Psychiatric Association. (2005). *Diagnostic criteria from DSM-IV-TR™*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Antai-Otong, D. (2003). *Psychiatric Nursing: Biological & Behavioral Concepts*. Texas: Thomson delmar learning.
- Antony, M. M., Ledley, D. R., Liss, A., & Swinson, R. P. (2006). Responses to symptom induction exercises in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 85-98.
- Asnaani, A., Richey, J. A., Dimaite, R., Hinton, D. E., & Hofmann, S. G. (2010). A cross-ethnic comparison of lifetime prevalence rates of anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(8), 551-555.
- Batelaan, N., de Graaf, R., Penninx, B., van Balkom, A., Vollebergh, W., & Beekman, A. (2010). The 2-year prognosis of panic episodes in the general population. *Psychological Medicine*, 40(1), 147.
- Broman-Fulks, J. J., Berman, M. E., Rabian, B. A., & Webster, M. J. (2004). Effects of aerobic exercise on anxiety sensitivity. *Behaviour Research and Therapy*, 42(2), 125-136.
- Broman-Fulks, J. J., & Storey, K. M. (2008). Evaluation of a brief aerobic exercise intervention for high anxiety sensitivity. *Anxiety Stress Coping*, 21(2), 117-128.
- Broocks, A., Bandelow, B., Pekrun, G., George, A., Meyer, T., Bartmann, U., et al. (1998). Comparison of Aerobic Exercise, Clomipramine, and Placebo in the Treatment of Panic Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(5), 603-609.
- Broocks, A., Meyer, T., Opitz, M., Bartmann, U., Hillmer-Vogel, U., George, A., et al. (2003). 5-HT1A responsivity in patients with panic disorder before and after treatment with aerobic exercise, clomipramine or placebo. *European Neuropsychopharmacology*, 13(3), 153-164.
- Callaghan, P. (2004). Exercise: a neglected intervention in mental health care? *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 11(4), 476-483.
- Chen, Y.-H., Chen, S.-F., Lin, H.-C., & Lee, H.-C. (2009). Healthcare utilization patterns before and after contact with psychiatrist care for panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 119(1-3), 172-176.

- Chow, Y. W., & Tsang, H. W. (2007). Biopsychosocial effects of qigong as a mindful exercise for people with anxiety disorders: a speculative review. *Journal of Alternative & Complementary Medicine, 13*(8), 831-839.
- Choy, Y. M. (2008). Treatment Planning for Panic Disorder: Evidence-Based Treatments. *Psychiatric Times, 25*(2), 40.
- Daniela, E., Cornelius, S. I., Thomas, B., Anette, F., Axel, K.-B., Michaela, E., et al. (2007). Evaluation of the CCK-4 model as a challenge paradigm in a population of healthy volunteers within a proof-of-concept study. *Psychopharmacology, 192*(4), 479.
- de Haas, S. L., Franson, K. L., Schmitt, J. A., Cohen, A. F., Fau, J. B., Dubruc, C., et al. (2008). The pharmacokinetic and pharmacodynamic effects of SL65.1498, a GABA-A $\alpha_{2,3}$ selective agonist, in comparison with lorazepam in healthy volunteers. *Journal of Psychopharmacology*
- Diana, K., Stephane, T., James, E. S., & Jacques, B. (2005). Central Cholecystokinin Activity in Irritable Bowel Syndrome, Panic Disorder, and Healthy Controls. *Psychosomatic Medicine, 67*(4), 590.
- Diana, R., Arne, A., Par, S., & Nils, L. (2002). Anxiogenic effects of the CCK[sub B] agonist pentagastrin in humans and dose-dependent increase in plasma C-peptide levels. *Psychopharmacology, 161*(4), 396.
- Diana, R., Arne, A., Par, S., & Nils, L. (2003). Pentagastrin test for anxiety - psychophysiology and personality. *Psychopharmacology, 166*(2), 139.
- Dratcu, L. (2001). Physical exercise: an adjunctive treatment for panic disorder? *European Psychiatry, 16*(6), 372-374.
- Duley, A. R., Hillman, C. H., Coombes, S., & Janelle, C. M. (2007). Sensorimotor gating and anxiety: Prepulse inhibition following acute exercise. *International Journal of Psychophysiology, 64*(2), 157-164.
- Duman, R. S. (2005). Neurotrophic factors and regulation of mood: role of exercise, diet and metabolism. *Neurobiology of Aging, 26 Suppl 1*, 88-93.
- Elbourne, K. E., & Chen, J. (2007). The continuum model of obligatory exercise: A preliminary investigation. *Journal of Psychosomatic Research, 62*(1), 73-80.

- Ernst, C., Olson, A. K., Pineda, J. P., Lam, R. W., & Christie, B. R. (2006). Antidepressant effects of exercise: evidence for an adult-neurogenesis hypothesis? *Journal of psychiatry & Neuroscience, 31*(2), 84-92.
- Eser, D., Uhr, M., Leicht, G., Asmus, M., Langer, A., Schule, C., et al. (2010). Glyoxalase-I mRNA expression and CCK-4 induced panic attacks. *Journal of Psychiatric Research, In Press, Corrected Proof*, (Epub ahead of print).
- Esquivel, G., Diaz-Galvis, J., Schruers, K., Berlanga, C., Lara-Munoz, C., & Griez, E. (2008). Acute exercise reduces the effects of a 35% CO₂ challenge in patients with panic disorder. *Journal of Affective Disorders, 107*(1-3), 217-220.
- Fava, L., & Morton, J. (2009). Causal modeling of panic disorder theories. *Clinical Psychology Review, 29*(7), 623-637.
- Francis, J. L., Weisberg, R. B., Dyck, I. R., Culpepper, L., Smith, K., Orlando Edelen, M., et al. (2007). Characteristics and Course of Panic Disorder and Panic Disorder With Agoraphobia in Primary Care Patients. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 9*(3), 173-179.
- Goldberg, R. J., Posner, D., & Zimmerman, M. (2007). Anxiety Disorder: Diagnosis and management. In R. J. Goldberg (Ed.), *Practical Guide to the Care of the Psychiatric Patient* (3 ed.). Rhode Island: Mosby.
- Gonda, X., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, G., & Rihmer, Z. (2007). Prediction and prevention of suicide in patients with unipolar depression and anxiety. *Annals of General Psychiatry, 6*, 23.
- Goodwin, R. D. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. *Preventive Medicine, 36*(6), 698-703.
- Goodwin, R. D., Faravelli, C., Rosi, S., Cosci, F., Truglia, E., de Graaf, R., et al. (2005). The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *European Neuropsychopharmacol, 15*(4), 435-443.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Smith, S., et al. (2006). The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry, 67*(3), 363-374.

- Heldt, E., Kipper, L., Blaya, C., Salum, G. A., Hirakata, V. N., Otto, M. W., et al. (2010). Predictors of relapse in the second follow-up year post cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria* (Epub ahead of print).
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *158*(10), 1568-1578.
- Hinkelmann, K., Yassouridis, A., Mass, R., Tenge, H., Kellner, M., Jahn, H., et al. (2010). CCK-4: Psychophysiological conditioning elicits features of spontaneous panic attacks. *Journal of Psychiatric Research, In Press, Corrected Proof*, (Epub ahead of print).
- Hirschfeld, R. M. (2001). The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, *3*(6), 244-254.
- Jasper, A. J. S., & Michael, J. Z. (2006). Emotional vulnerability as a function of physical activity among individuals with panic disorder. *Depression and Anxiety*, *23*(2), 102-106.
- Kaiya, H., Umekage, T., Harada, S. I., Okazaki, Y., & Sasaki, T. (2005). Factors associated with the development of panic attack and panic disorder: Survey in the Japanese population. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *59*(2), 177-182.
- Kessler, R. C. (2007). The global burden of anxiety and mood disorders: putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) findings into perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, *68 Suppl 2*, 10-19.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K., & Walters, E. E. (2006). The Epidemiology of Panic Attacks, Panic Disorder, and Agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *63*(4), 415-424.
- Kessler, R. C., & Wang, P. S. (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annual Review of Public Health*, *29*, 115-129.
- Knapen, J., Vermeersch, J., Van Coppenolle, H., Cuykx, V., Pieters, G., & Peuskens, J. (2007). The physical self-concept in patients with depressive and anxiety disorders. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, *14*(1), 30-35.
- Konnopka, A., Leichsenring, F., Leibing, E., & Konig, H.-H. (2009). Cost-of-illness studies and cost-effectiveness analyses in anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *114*(1-3), 14-31.

- Lavoie, K. L., Fleet, R. P., Laurin, C., Arsenault, A., Miller, S. B., & Bacon, S. L. (2004). Heart rate variability in coronary artery disease patients with and without panic disorder. *Psychiatry Research, 128*(3), 289-299.
- Lee, S., Tsang, A., & Kwok, K. (2005). A community-based telephone survey of panic disorder in Hong Kong. *Depression and Anxiety, 22*(2), 77-83.
- Marchand, A., Roberge, P., Primiano, S., & Germain, V. (2009). A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: A two-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(8), 1139-1147.
- Martinez, J. M., Garakani, A., Kaufmann, H., Aaronson, C. J., & Gorman, J. M. (2010). Heart rate and blood pressure changes during autonomic nervous system challenge in panic disorder patients. *Psychosomatic Medicine, 72*(5), 442-449.
- Martinsen, E. W., Raglin, J. S., Hoffart, A., & Friis, S. (1998). Tolerance to Intensive Exercise and High Levels of Lactate in Panic Disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 12*(4), 333-342.
- McEwen, B. S. (2008). Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European Journal of Pharmacology, 583*(2-3), 174-185.
- Merom, D., Phongsavan, P., Wagner, R., Chey, T., Marnane, C., Steel, Z., et al. (2008). Promoting walking as an adjunct intervention to group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders--a pilot group randomized trial. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(6), 959-968.
- Meyer, T., & Broocks, A. (2000). Therapeutic impact of exercise on psychiatric diseases: guidelines for exercise testing and prescription. *The Journal of Sports Medicine, 30*(4), 269-279.
- Michael, T., & Margraf, J. (2004). Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry, 3*(4), 2-6.
- Michael, T., Zetsche, U., & Margraf, J. r. (2007). Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry, 6*(4), 136-142.
- Murphy, S. E., Downham, C., Cowen, P. J., & Harmer, C. J. (2008). Direct effects of diazepam on emotional processing in healthy volunteers. *Psychopharmacology (Berl), 199*(4), 503-513.

- Nardi, A. E., Valenga, A. M., Lopes, F. L., Nascimento, I., Veras, A. B., Freire, R. C., et al. (2006). Psychopathological profile of 35% CO₂ challenge test-induced panic attacks: a comparison with spontaneous panic attacks. *Comprehensive Psychiatry*, 47(3), 209-214.
- National Guideline Clearinghouse. (2003). Anxiety disorders. singapore: National Medical Research Council.
- Onghena, P., Knapen, J., Fox, K. R., Probst, M., van Coppenolle, H., & Pieters, G. (2003). Assessing the additional impact of fitness training in depressed psychiatric patients receiving multifaceted treatment: a replicated single-subject design. *Disability & Rehabilitation*, 25(24), 1344-1353.
- Per, C., Susanna, B., Sara, B., Monica, B., & et al. (2006). Remote Treatment of Panic Disorder: A Randomized Trial of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy Supplemented With Telephone Calls. *The American Journal of Psychiatry*, 163(12), 2119.
- Peter, P. R.-B., Michelle, G. C., & Murray, B. S. (2006). Panic disorder. *The Lancet*, 368(9540), 1023.
- Polit, D. F., & Beck, C. K. (2004). *Nursing Research: Principles and Method* (4 ed.). Philadelphia: Lippicott Williams&Wilkins.
- Psychology; Cholecystokinin sulfated octapeptide induces a panic- like response in rats. (2005). *Obesity, Fitness & Wellness Week*, 1185.
- Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clinical Psychology Review*, 21(1), 33-61.
- Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., de Graaf, R., Asmundson, G. J., ten Have, M., et al. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: A population-based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry*, 62(11), 1249-1257.
- Sareen, J., Jacobi, F., Cox, B. J., Belik, S. L., Clara, I., & Stein, M. B. (2006). Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 166(19), 2109-2116.
- Schmidt, N. B., Meade Eggleston, A., Trakowski, J. H., & Smith, J. D. (2005). Does coping predict CO₂-induced panic in patients with panic disorder? *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1311-1319.

- Schmidt, N. B., & Trakowski, J. (2004). Interoceptive assessment and exposure in panic disorder: A descriptive study. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*(1), 81-92.
- Shives, L. R. (2005). *Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing* (6 ed.). Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins.
- Smit, F., Willemse, G., Meulenbeek, P., Koopmanschap, M., van Balkom, A., Spinhoven, P., et al. (2009). Preventing panic disorder: cost-effectiveness analysis alongside a pragmatic randomised trial. *Cost Effectiveness and Resource Allocation 7*, 8.
- Smits, J. A. J., Powers, M. B., Berry, A. C., & Otto, M. W. (2007). Translating Empirically Supported Strategies Into Accessible Interventions: The Potential Utility of Exercise for the Treatment of Panic Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*(4), 364-374.
- Streeter, C. C., Jensen, J. E., Perlmutter, R. M., Cabral, H. J., Tian, H., Terhune, D. B., et al. (2007). Yoga asana sessions increase brain GABA levels: A pilot study. *Journal of Alternative & Complementary Medicine, 13*(4), 419-426.
- Strohle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission, 116*(6), 777-784.
- Strohle, A., Feller, C., Onken, M., Godemann, F., Heinz, A., & Dimeo, F. (2005). The acute antipanic activity of aerobic exercise. *The American Journal of Psychiatry, 162*(12), 2376-2378.
- Strohle, A., Feller, C., Strasburger, C. J., Heinz, A., & Dimeo, F. (2006). Anxiety modulation by the heart? Aerobic exercise and atrial natriuretic peptide. *Psychoneuroendocrinology, 31*(9), 1127-1130.
- Strohle, A., Graetz, B., Scheel, M., Wittmann, A., Feller, C., Heinz, A., et al. (2009). The acute antipanic and anxiolytic activity of aerobic exercise in patients with panic disorder and healthy control subjects. *Journal of Psychiatric Research, 43*(12), 1013-1017.
- Strohle, A., Stoy, M., Graetz, B., Scheel, M., Wittmann, A., Gallinat, J. r., et al. (2010). Acute exercise ameliorates reduced brain-derived neurotrophic factor in patients with panic disorder. *Psychoneuroendocrinology, 35*(3), 364-368.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (8 ed.). Philadelphia: Elsevier Mosby.

- Udomrat, P. (2000). Panic disorder in Thailand: a report on the secondary data analysis. *Journal of Medicine Association in Thailand*, 83(10), 1158-1166.
- University of Sao Paulo; Cholecystokinin sulfated octapeptide induces a panic-like response in rats. (2005). *Biotech Week*, 1042.
- van de Vliet, P., Onghena, P., Knapen, J., Fox, K. R., Probst, M., van Coppenolle, H., et al. (2003). Assessing the additional impact of fitness training in depressed psychiatric patients receiving multifaceted treatment: a replicated single-subject design. *Disability and Rehabilitation*, 25(24), 1344-1353.
- van Duinen, M., Rickelt, J., & Griez, E. (2008). Validation of the electronic Visual Analogue Scale of Anxiety. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(4), 1045-1047.
- Varcarolis, E. M., Cason, V. B., & Shoemaker, N. C. (2006). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing* (5 ed.). Philadelphia: Saunders
- Victor, A. M., Bernat, D. H., Bernstein, G. A., & Layne, A. E. (2007). Effects of parent and family characteristics on treatment outcome of anxious children. *Journal Anxiety Disorder*, 21(6), 835-848.
- Videbeck, S. L. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing* (3 ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Wedekind, D., Broocks, A., Weiss, N., Engel, K., Neubert, K., & Bandelow, B. (2010). A randomized, controlled trial of aerobic exercise in combination with paroxetine in the treatment of panic disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*.
- Wollburg, E., Meuret, A. E., Conrad, A., Roth, W. T., & Kim, S. (2008). Psychophysiological reactions to two levels of voluntary hyperventilation in panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(5), 886-898.
- World Health Organization. (2006). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10 Revision ed. Vol. 1A). Geneva: World Health Organization.
- Yates, W. R. (2009). Phenomenology and epidemiology of panic disorder. *Annals of Clinical Psychiatry* 21(2), 95-102.

- Zwanzger, P., Eser, D., Volkel, N., Baghai, T. C., Moller, H. J., Rupprecht, R., et al. (2007). Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) on panic attacks induced by cholecystokinin-tetrapeptide (CCK-4). *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 10(2), 285-289.





ภาคผนวก ก

แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. **ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล:** แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิก โดยใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิก

2. **แหล่งอ้างอิงทางบรรณานุกรม:**

อรวัดย์ เมฆเคลื่อน, อติรัตน์ วัฒนไพลิน และ ประภา ยุทธไตร (2010). แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิก โดยใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิก. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

3. **ขอบเขตการนำแนวปฏิบัติไปใช้:**

3.1 **กลุ่มโรค / กลุ่มอาการ :** โรคแพนิก

3.2 **ประเภทของแนวปฏิบัติ:** การบำบัด

3.3 **กลุ่มบุคคลที่ใช้แนวปฏิบัติ:** พยาบาลจิตเวช / พยาบาลวิชาชีพ

3.4 **วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ**

ตอบคำถามเกี่ยวกับวิธีการในการออกกำลังกาย เพื่อลดอาการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิกโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

3.5 **ประชากรเป้าหมาย:** ผู้ป่วยโรคแพนิกอายุระหว่าง 18 - 50 ปี

3.6 **ผลลัพธ์หลักที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ:** ผู้ป่วยโรคแพนิกมีอาการแพนิกลดลงจากการออกกำลังกาย

4. **วิธีดำเนินการ:**

4.1 **ตั้งประเด็นคำถามทางคลินิก:**

ตั้งประเด็นคำถามทางคลินิกคือ “วิธีการออกกำลังกายอย่างไรสามารถลดอาการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิกได้”

4.2 **การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์**

4.2.1 **สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้**

กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น โดยใช้กรอบแนวคิด PICO (Melnik & Fineout-

Overholt , 2005)

P (Population) หมายถึง Patients with Panic Disorder

I (Intervention) หมายถึง Exercise , Aerobic exercise , Physical activity

C (Comparison Intervention) หมายถึง ไม่มี

O (Outcome) หมายถึง Panic symptoms

- การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

1. สืบค้นจากฐานข้อมูล electronic

- ฐานข้อมูลที่รวบรวมการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) หรือ การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta- analysis) จากงานวิจัย Randomized Controlled Trails (RCT) ที่ตรงกับประเด็นปัญหา จากฐานข้อมูล [www. Joannabriggs.edu.au](http://www.Joannabriggs.edu.au) , www. Cochrane.org

- ฐานข้อมูลแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based clinical practice guideline) จากระบบฐานข้อมูล www. guidelines.gov

- ฐานข้อมูลที่รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัยอื่นๆ จากระบบฐานข้อมูล Blackwell Synergy, CINAHL, Science Direct, OVID, PubMed, ProQuest, High Wire โดยใช้คำค้น

P (Population) : Panic Disorder

I (Intervention) : Exercise , Aerobic exercise, Physical activity

C (Comparison Intervention) : None

O (Outcome) : Panic symptoms

2. การสืบค้นด้วยมือโดยการสืบค้นวารสารที่ตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรค

แพนิก ได้แก่ British Journal of Psychiatry , American Journal of psychiatry , Journal of Nervous and mental disease , Journal of psychosocial Nursing

- กำหนดเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิก ผู้ศึกษาได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยดังนี้

- เป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

- ครอบคลุมงานวิจัยในระยะเวลา 15 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ.1996-2010

- เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทย

- ผลการสืบค้น

ผลการสืบค้นพบงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาในการนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิกได้ทั้งหมดจำนวน 6 เรื่อง ดังนี้

1. Broocks, A., Bandelow, B., Pekrun, G., George, A., Meyer, T., Bartmann, U., et al. (1998). Comparison of aerobic Exercise, Clomipramine, and Placebo in the treatment of Panic Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(5), 603-609.
2. Esquivel, G., Diaz-Galvis, J., Schruers, K., Berlanga, C., Lara-Munoz, C., & Griez, E. (2008). Acute exercise reduces the effects of a 35% CO2 challenge in patients with panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 217-220.
3. Goodwin, R. D. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. *Preventive Medicine*, 36(6), 698-703.
4. Jasper, A. J. S., & Michael, J. Z. (2006). Emotional vulnerability as a function of physical activity among individuals with panic disorder. *Depression and Anxiety*, 23(2), 102-106.
5. Strohle, A., Graetz, B., Scheel, M., Wittmann, A., Feller, C., Heinz, A., et al. (2009). The acute antipanic and anxiolytic activity of aerobic exercise in patients with panic disorder and healthy control subjects. *Journal of Psychiatric Research*, 43(12), 1013-1017.
6. Wedekind, D., Broocks, A., Weiss, N., Engel, K., Neubert, K., & Bandelow, B. (2010). A randomized, controlled trial of aerobic exercise in combination with paroxetine in the treatment of panic disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*.

4.2.2 เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาประเมินความน่าเชื่อถือของงานวิจัยที่สืบค้นได้จำนวนทั้งหมด 6 เรื่อง โดยใช้เกณฑ์การประเมินของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) โดยมีการแบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

Level I หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Systematic review หรือ meta-analysis ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่มาจากงานวิจัย RCTs หรือเป็นหลักฐานจาก Guidelines ที่ได้มาจาก Systematic review ที่มาจากงานวิจัย RCTs

Level II หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยอย่างน้อยหนึ่งเรื่องที่เป็นงานวิจัย RCTs

Level III หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Level IV หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case control และ Cohort study ที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดี

Level V หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของงานวิจัยแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VII หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากความคิดเห็นหรือทัศนะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

เมื่อนำงานวิจัยที่สืบค้นได้มาประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) แล้วพบว่าเป็งานวิจัยที่เป็น Randomized Control Trial (Level II) จำนวน 4 เรื่อง คือ

1. Brooks, A., Bandelow, B., Pekrun, G., George, A., Meyer, T., Bartmann, U., et al. (1998). Comparison of aerobic Exercise , Clomipramine, and Placebo in the threatment of Panic Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(5), 603-609.
2. Esquivel, G., Diaz-Galvis, J., Schruers, K., Berlanga, C., Lara-Munoz, C., & Griez, E. (2008). Acute exercise reduces the effects of a 35% CO2 challenge in patients with panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 217-220.
3. Strohle, A., Graetz, B., Scheel, M., Wittmann, A., Feller, C., Heinz, A., et al. (2009). The acute antipanic and anxiolytic activity of aerobic exercise in patients with panic disorder and healthy control subjects. *Journal of Psychiatric Research*, 43(12), 1013-1017.
4. Wedekind, D., Brooks, A., Weiss, N., Engel, K., Neubert, K., & Bandelow, B. (2010). A randomized, controlled trial of aerobic exercise in combination with paroxetine in the treatment of panic disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*.

และเป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (Level VI) จำนวน 2 เรื่อง คือ

1. Goodwin, R. D. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. *Preventive Medicine*, 36(6), 698-703.
2. Jasper, A. J. S., & Michael, J. Z. (2006). Emotional vulnerability as a function of physical activity among individuals with panic disorder. *Depression and Anxiety*, 23(2), 102-106.

4.3 วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษานำงานวิจัยทั้ง 6 เรื่องมา อ่าน วิเคราะห์ และสกัดเนื้อหาตาราง ตามลำดับหัวข้อ ดังนี้ 1) วัตถุประสงค์การวิจัย 2) ทวนการวิจัย 3) สมมุติฐานงานวิจัย 4) สถานที่ในการศึกษาวิจัย 5) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย 6) เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ 7) การบำบัด (intervention) 8) ระเบียบวิธีวิจัย 9) ระดับของงานวิจัย 10) ผลการวิจัย 11) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 12) คุณภาพงานวิจัย 13) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ 14) การสรุปเพื่อนำไปใช้

4.4 ข้อสรุปจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาได้อ่าน วิเคราะห์ สกัดเนื้อหาตาราง ประเมินความน่าเชื่อถือ ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหา คุณภาพงานวิจัย แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ บูรณาการข้อสรุปของงานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง นำข้อสรุปไปตรวจสอบความถูกต้องจากอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปเขียนเป็นข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค

4.5 การตรวจสอบความแม่นยำของแนวปฏิบัติ

ผู้ศึกษานำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวชจำนวน 1 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 ท่าน 3) พยาบาลที่ได้รับวุฒิบัตรการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

5. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

การบำบัด โดยการออกกำลังกายเพื่อลดอาการแพนิคมีความเชื่อว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสามารถลดการหลั่งของ CCK-4 (Cholecystokinintetrapeptide) ซึ่งเป็นสารที่กระตุ้นให้เกิดการการแพนิค และการออกกำลังกายแบบแอโรบิคยังเป็นการบำบัดที่ทำให้เกิด interoceptive exposure ซึ่งเป็นการทดลองทางพฤติกรรมตามแนวคิดการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมที่ฝึกให้ผู้ป่วยเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่คล้ายกับปฏิกิริยาของร่างกายเมื่อมีความวิตกกังวล เพื่อแก้ไขการวางเงื่อนไขความกลัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายขณะมีความกังวล การบำบัดผู้ป่วยโรคแพนิคด้วยการใช้ยาร่วมกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสามารถลดอาการแพนิคและลดการกลับเป็นซ้ำได้ในระยะยาวกว่าการบำบัดด้วยการรับประทานยาเพียงอย่างเดียว [(Brooks et al., 1998; Strohle et al., 2009; Wedekind et al., 2010) Level II]

1. ลักษณะของผู้ป่วยโรคแพนิคสำหรับแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อลดอาการแพนิค โดยการออกกำลังกาย ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคแพนิคที่มีหรือไม่มีอาการกลัวที่โล่ง (Panic Disorder with or without agoraphobia) มีสุขภาพแข็งแรงไม่มีความเจ็บป่วยทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น โรคของระบบทางเดินหายใจ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เข้าใจวัตถุประสงค์ของการบำบัด และยินดีเข้าร่วมการบำบัดโดยการออกกำลังกาย [(Brooks et al., 1998; Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009; Wedekind et al., 2010) Level II] [(Renee D. Goodwin, 2003; Jasper & Michael, 2006) Level VI]

ผู้ป่วยโรคแพนิคที่ได้รับการออกกำลังกายเพื่อลดอาการแพนิคควรได้รับการประเมินความสามารถในการออกกำลังกายและคัดกรองการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายจากแพทย์ [(Brooks et al., 1998; Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009; Wedekind et al., 2010) Level II] [(Jasper & Michael, 2006) Level VI]

2. การลดอาการแพนิคโดยการออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคแพนิคสามารถออกกำลังกายโดยการออกกำลังกายร่วมกันเป็นกลุ่ม [(Brooks et al., 1998) Level II,)] หรือออกกำลังกายคนเดียว [(Brooks et al., 1998; Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009 ; Wedekind et al., 2010) Level II] [(Jasper & Michael, 2006) Level VI]

2.1 ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการออกกำลังกาย (duration of exercise) และความถี่ของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายแต่ละครั้งใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 30 นาที หรือมากกว่านี้ เริ่มจากการอบอุ่นร่างกายเป็นระยะเวลา 3-4 นาที ต่อมาออกกำลังกายระดับหนักปานกลางถึงหนักมากจนครบระยะเวลา 30 นาที [(Brooks et al., 1998; Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009 ; Wedekind et al., 2010) Level II] [(Jasper & Michael, 2006) Level VI] และควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ต่อเนื่องนานอย่างน้อย 10 สัปดาห์เพื่อลดอาการแพนิค [(Brooks et al., 1998; Wedekind et al., 2010) Level II]

2.2 ความหนักของการออกกำลังกาย (intensity of exercise) การออกกำลังกายใช้วิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกหนักปานกลางถึงหนักมากที่อัตราการเต้นของหัวใจของแต่ละคนที่ร้อยละ 70 - 90 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (220-อายุ) [(Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009; Wedekind et al., 2010) Level II] โดยเลือกวิธีการออกกำลังกายที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้สะดวก และเพิ่มระยะเวลาหรือระยะทางในการออกกำลังกายโดยเพิ่มทีละน้อยจนผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายแบบแอโรบิกได้ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 30 นาที เช่น การขี่จักรยาน (Bicycle Ergometer) การเดิน การวิ่ง การเดินบนสายพาน เต้นแอโรบิก ว่ายน้ำ ออกกำลังกายโดยใช้เครื่องมือ

[(Brooks et al., 1998; Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009; Wedekind et al., 2010) Level II]
[(Jasper & Michael, 2006) Level VI]

2.3 ผู้ป่วยแพนิคที่ใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดอาการแพนิคโดยการออกกำลังกาย ควรได้รับการเสริมแรงใจในการออกกำลังกายเพื่อให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น ผู้บำบัดติดตามและนิเทศการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยออกกำลังกายร่วมกันเป็นกลุ่ม ผู้บำบัดออกกำลังกายร่วมกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยบันทึกการออกกำลังกายและทบทวนบันทึกการออกกำลังกายในแต่ละวัน การสอบถามปัญหาที่เกิดจากการออกกำลังกายและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย [(Brooks et al., 1998; Esquivel et al., 2008; Strohle et al., 2009; Wedekind et al., 2010) Level II]

3. การประเมินอาการวิตกกังวลและอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค ควรประเมิน อาการแพนิคภายหลังจากที่ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างน้อย 10 สัปดาห์ ผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถใช้เครื่องมือประเมินอาการวิตกกังวลและอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคที่มีมาตรฐานได้รับการประเมินความตรงตามเนื้อหาและมีค่าความเที่ยงในการวัดที่เหมาะสมได้แก่

3.1 แบบประเมินอาการแพนิค Acute Panic Inventory (API) (Dillon et al., 1987) มีจำนวนคำถาม 17 ข้อ ให้ผู้ป่วยตอบบนมาตรวัดลิเกิตท์ (0 คะแนน=ไม่ มีอาการ ถึง 4 คะแนน = มากที่สุด) [(Strohle et al., 2009) Level II]

3.2 แบบประเมินความวิตกกังวล Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA; Hamilton, 1969) วัดความรุนแรงของอาการวิตกกังวลซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการศึกษาวิจัยและการบำบัดเพื่อลดอาการวิตกกังวลประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ให้ผู้ป่วยตอบบนมาตรวัดลิเกิตท์ (0 คะแนน= ไม่มีอาการ ถึง 4 คะแนน = มากที่สุด) คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 56 คะแนน การแปลผล คะแนนน้อยกว่า 17 หมายถึงมีความวิตกกังวลระดับน้อย คะแนน 18 - 24 หมายถึงมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง คะแนน 25 - 30 หมายถึงมีความวิตกกังวลระดับสูง [(Brooks et al., 1998) Level II]

อย่างไรก็ดีในปัจจุบันยังไม่มีแบบประเมินอาการแพนิค Acute Panic Inventory (API) (Dillon et al., 1987) ฉบับภาษาไทยใช้ ดังนั้นแบบประเมินความวิตกกังวล Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA; Hamilton, 1969) ฉบับภาษาไทยจึงเป็นแบบประเมินอาการวิตกกังวลที่มีความเหมาะสม สะดวกในการใช้สำหรับแนวปฏิบัติเพื่อลดอาการแพนิคโดยการออกกำลังกายในผู้ป่วยแพนิค

6. หลักฐานที่ใช้สนับสนุนข้อเสนอแนะ:

ปรากฏอยู่ในตารางสัปดาห์วิจัย ภาคผนวก ง หัวข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้

7. ประโยชน์และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการนำข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติไปใช้:

7.1 ประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ

7.1.1 ผู้ป่วยโรคแพนิคที่มีอาการวิตกกังวล และอาการแพนิคสามารถใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิกหนักปานกลางถึงหนักมากที่ระดับการเต้นของหัวใจร้อยละ 70-90 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดในผู้ป่วยแต่ละคน (220 - อายุ) เพื่อส่งเสริมหรือบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยยา หรือจัดการกับอาการวิตกกังวลและอาการแพนิคด้วยตนเอง หรือใช้เป็นการป้องกันอาการวิตกกังวลและอาการแพนิคกำเริบและเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคแพนิค

7.1.2 ผู้ป่วยและญาติมีความพอใจต่อการใช้รูปแบบของการออกกำลังกาย เพื่อบำบัดอาการวิตกกังวลและอาการแพนิค

7.1.3 โรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติกรพยาบาลทางคลินิกในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคแพนิคที่มีอาการวิตกกังวลและอาการแพนิคออกกำลังกายเพื่อลดอาการวิตกกังวลและอาการแพนิค

7.2 อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้แนวทางปฏิบัติ:

7.2.1 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการออกกำลังกายเรื่องนี้ ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ แต่ผู้ป่วยโรคแพนิคที่จะใช้การออกกำลังกายเพื่อลดอาการวิตกกังวลและอาการแพนิค ควรได้รับการประเมินความสามารถในการออกกำลังกายก่อนเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายที่ไม่สามารถออกกำลังกายแบบแอโรบิกได้

7.2.2 ผู้ป่วยควรได้รับความรู้และคำแนะนำวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เลือกวิธีการออกกำลังกายและระดับการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อป้องกันอันตรายหรือได้รับบาดเจ็บขณะออกกำลังกาย และผู้ป่วยควรอยู่ภายใต้การนิเทศของผู้บำบัดในระยะแรกของการออกกำลังกาย

8. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิก:

การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน (นักร้อง) มีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

1. วางแผนนำแนวปฏิบัติไปใช้โดย เขียนและนำเสนอโครงการต่อผู้บังคับบัญชา ประกอบด้วยหลักการและเหตุผล ผลที่คาดว่าจะได้รับ จำนวนผู้ป่วยโรคแพนิคที่จะเข้าร่วมโครงการ การออกกำลังกายเพื่อลดอาการแพนิค ระยะเวลาการดำเนินโครงการ การประเมินผลโครงการ และงบประมาณที่จะใช้ในการดำเนินการ

2. พัฒนาและเขียนแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและสะดวกในการใช้งาน

3. เลือกและพัฒนาเครื่องมือในการประเมินอาการแพนิคที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแพนิคของโรงพยาบาลศรีประจันต์ และเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับอาการแพนิคในผู้ป่วย

4. ประชาสัมพันธ์และฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้การออกกำลังกาย เพื่อลดอาการแพนิค

5. ทดสอบการออกกำลังกายกับผู้ป่วยโรคแพนิคในหน่วยงาน

6. ประเมินผลโครงการนาร่องในรูปของกระบวนการและผลลัพธ์

9. ข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติ:

9.1 วัน เดือน ปี ที่สร้าง:

3 กุมภาพันธ์ 2554

9.2 ผู้สร้าง:

นางสาวอรวัดย์ เมฆเคลื่อน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิรัตน์ วัฒนไพลิน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภา ยุทธไตร

9.3 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ:

- อาจารย์นายแพทย์วรภัทร รัตอาภา จิตแพทย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ช่อทิพย์ สันธนะวนิช อาจารย์ภาควิชาสุขภาพจิตและ
การพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- นางสาวอนงค์นุช ศาโสรก พยาบาลที่ได้รับวุฒิบัตรการปฏิบัติการพยาบาล
ขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลศรีธัญญา

9.4 แหล่งเงินทุน

งบประมาณส่วนตัว

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จิตแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตกักขัง

- นายแพทย์วรภัทร รัตอาภา

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ สันธนะวนิช

อาจารย์ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

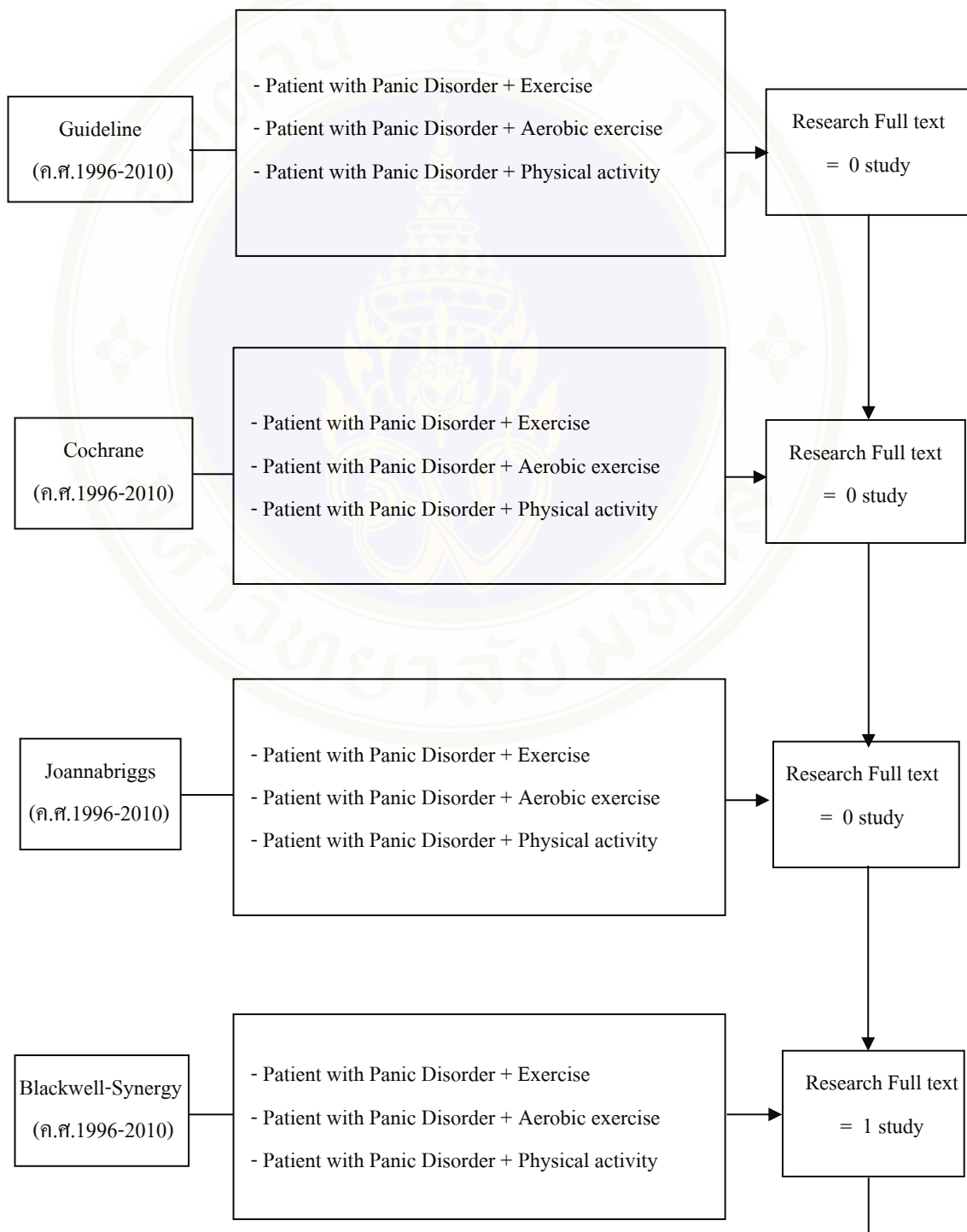
พยาบาลที่ได้รับวุฒิบัตรการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต

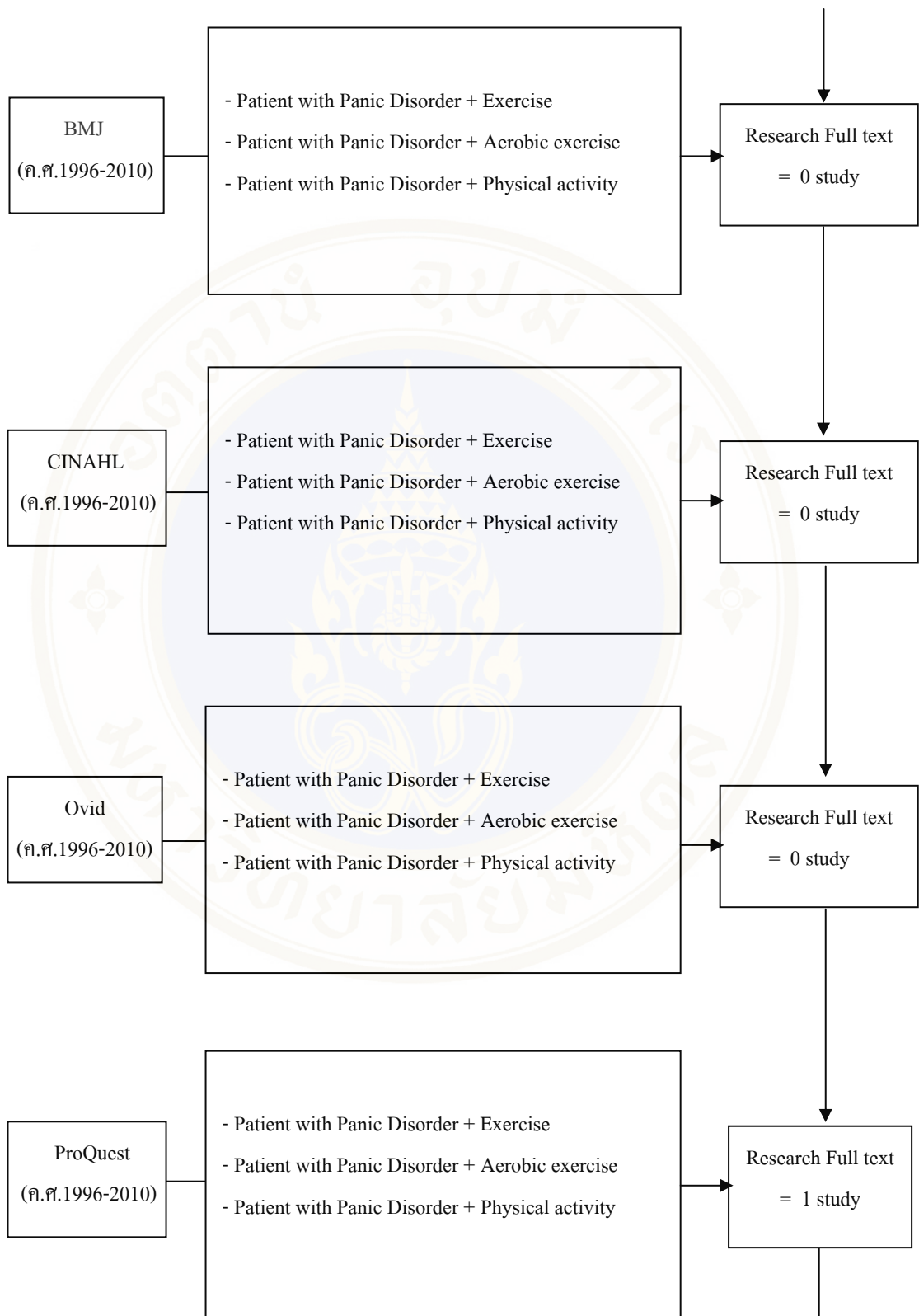
- นางสาวอนงค์นุช ศาโสรก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

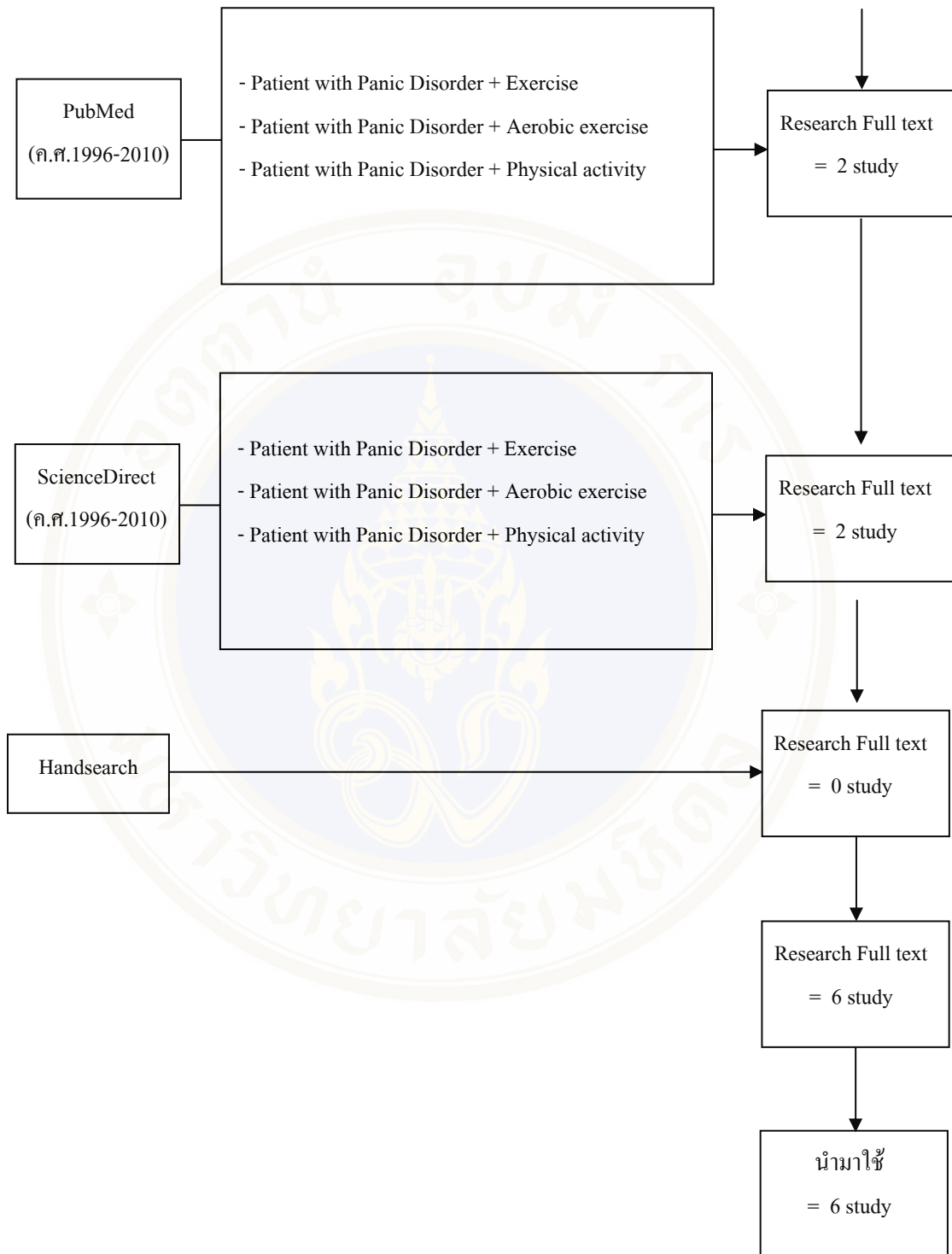
กลุ่มงานจิตเวช

โรงพยาบาลศรีธัญญา

ภาคผนวก ก ผังการสืบค้นงานวิจัย







ภาคผนวก ง
ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

ชื่อเรื่อง : Comparison of aerobic Exercise , Clomipramine, and Placebo in the treatment of Panic Disorder

ผู้วิจัย : Brooks, A., Bandelow, B., Pekrun, G., George, A., Meyer, T., Bartmann, U., et al,(1998).

แหล่งที่พิมพ์ : American Journal of Psychiatry,155(5),603-609.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการบำบัดผู้ป่วย Panic Disorder ด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก การบำบัดด้วยยา Clomipramine และการให้ยาหลอก
ทุน	Public grant from the Volkswagen Foundation
สมมุติฐานงานวิจัย	การออกกำลังกายแบบแอโรบิกสามารถใช้บำบัดผู้ป่วย Panic Disorder
Setting งานวิจัย	แผนกจิตเวชที่บำบัดรักษาผู้ป่วย โรควิตกกังวล ของมหาวิทยาลัย Gottingen ประเทศเยอรมันนี
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย Panic Disorder จำนวน 49 คน ถูกส่งมาจากแผนกจิตเวช โดยผู้เข้าร่วมวิจัยเช่นตียินยอมเข้าร่วมวิจัยหลังจากได้รับการอธิบายขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย ผู้ป่วย 2 คนออกจากการวิจัยก่อนเริ่มการวิจัย และอีก 1 คน มีอาการดีขึ้นแล้ว เหลือผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 46 คน ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองที่ได้รับการออกกำลังกายจำนวน 16 คน และอีก 30 คน ได้รับการสุ่มโดยฝ่ายเภสัชกรรมของโรงพยาบาลให้เข้ากลุ่มได้รับยา Clomipramine 15 คน และได้รับยาหลอก 15 คน

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)</p>	<p>เกณฑ์ การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Panic disorder with or without agoraphobia โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM –III-R และ ICD-10 2. อายุ 18-50 ปี 3. ผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับการตรวจร่างกายและพบว่า มีสุขภาพแข็งแรง คือตรวจ EKG ตรวจทางห้องปฏิบัติการ(ตรวจการทำงานของตับ ไต ตับอ่อน) ตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์(Thyroid function) และ ตรวจเลือด (Hematological) <p>เกณฑ์ การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตั้งครรภ์ 2. ต้องให้นมบุตร 3. มีภาวะเจ็บป่วยทางร่างกาย 4. เป็น Bipolar effective disorder, severe Major Depressive Disorder 5. มีอาการทางจิต 6. ติดสารเสพติด เช่น alcohol ,benzodiazepine 7. เป็น Anorexia หรือ Bulimia nervosa 8. น้ำหนักตัวน้อยกว่า 80 % ของ ideal body weight 9. ออกกำลังกายแบบ Aerobic Exercise เช่นเดียวกับการบำบัดเป็นประจำ
<p>เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์</p>	<p>กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินก่อนการบำบัด และระหว่างการทำบำบัดในสัปดาห์ที่ 2, 4 , 6 , 8 และ 10</p> <p>เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์หลักมีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA;Hamilton,1969) 2. Clinical Global Impression score (observe rating) (CGI;NIMH,1976) <p>ประกอบด้วย 13 ข้อ , 0-4 Likert rating scale , 5 ลักษณะความถี่และความรุนแรงแบ่งเป็นการประเมิน 5 กลุ่มอาการคือ Panic attack , agoraphobia , anticipatory anxiety, disability</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)</p>	<p>และ health – related concerns</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Panic and Agoraphobia Scale Score (observe rating) (PAS-O,Bandelow,1995,1999) 4. Panic and Agoraphobia Scale Score (Patient rating) (PAS-P,Bandelow,1995,1999) <p>เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์เครื่องมือดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beck Anxiety Inventory score 2. Fear Questionnaire score 3. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale score 4. Beck Depression Inventory score 5. Clinical Global Impression score (Patient rating) <p>สถิติที่ใช้คือ</p> <p>ใช้สถิติวิเคราะห์ Repeated measures ANOVA เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม 3 กลุ่ม และทดสอบความแตกต่างของการบำบัดในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8 และ 10 โดยใช้ความแปรปรวนของข้อมูลพื้นฐานเป็น covariate และถ้าผลการวิเคราะห์พบความมีนัยสำคัญทางสถิติผู้วิจัยจะทดสอบ post hoc โดยใช้ Bonferroni-Holm</p>
<p>การบำบัด (intervention)</p>	<p>- กลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกาย</p> <p>ระยะเวลาการบำบัด 10 สัปดาห์ ผู้บำบัดรู้สถานภาพของกลุ่มออกกำลังกายและกลุ่มรับประทานยาแต่ไม่รู้ว่ากลุ่มใดได้รับยาจริง กลุ่มใดได้รับยาหลอก</p> <p>ผู้ป่วยทุกคนในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการออกกำลังกายจะต้องฝึกการออกกำลังกายตามขั้นตอนทั่วไปเกี่ยวกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีประสิทธิภาพโดยผู้ป่วยทุกคนได้รับมอบหมายให้หาเส้นทางเดินเป็นระยะทาง 4 ไมล์ (1 ไมล์ = 1.6097 กิโลเมตร) อาจเป็นเส้นทางในสวนสาธารณะ หรือในป่าที่สามารถเดินทางจากบ้านไปได้สะดวก ผู้ป่วยได้รับมอบหมายให้เดินตามเส้นทางที่กำหนดเป็นระยะทาง 4 ไมล์</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>การบำบัด (intervention) (ต่อ)</p>	<p>ในสัปดาห์แรก สัปดาห์ละ 3-4 ครั้งอาจเดินคนเดียวหรือมีเพื่อนร่วมออกกำลังกายด้วยก็ได้</p> <p>สัปดาห์ที่ 2 ให้ผู้ป่วยเริ่มออกกำลังกายด้วยการวิ่งระยะทางสั้น ๆ ใช้เวลา 2-4 นาที และเดินออกกำลังกายต่อจนครบ 4 ไมล์และเริ่มวิ่งให้นานขึ้น</p> <p>อีก 4 สัปดาห์ต่อมาให้ผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยการวิ่งเป็นระยะทางเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนในที่สุดสามารถวิ่งได้ตลอดระยะทาง 4 ไมล์โดยไม่พักหรือถ้าผู้ป่วยไม่สามารถวิ่งได้ตลอดระยะทาง 4 ไมล์ผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นให้เดินจนครบระยะทาง 4 ไมล์อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง</p> <p>ผู้ฝึกจะพบกับผู้ป่วยในกลุ่มทดลองทุกคนสัปดาห์ละครั้งเพื่อวิ่งไปด้วยกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มได้รับยา Clomipramine จะได้รับยา Clomipramine 37.5 mg/capsule โดยรับประทานวันละ 1 capsule ในสัปดาห์แรก และวันละ 2 capsule ในสัปดาห์ที่ 2 ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป รับประทานวันละ 3 capsule จนครบ 10 สัปดาห์ - กลุ่มได้รับการบำบัดด้วยยาหลอก โดยให้รับประทานยาวันละ 1 capsule ในสัปดาห์แรก และวันละ 2 capsule ในสัปดาห์ที่ 2 และตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไปรับประทานวันละ 3 capsule จนครบ 10 สัปดาห์เช่นเดียวกับกลุ่มได้รับยา Clomipramine <p>ผู้บำบัดจะพบกับผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มสัปดาห์ละครั้งใน 6 สัปดาห์แรกเพื่อทบทวนบันทึกการออกกำลังกายในแต่ละวันโดยผู้บำบัดมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเฉพาะในเรื่องการเจ็บป่วยในอดีต เหตุการณ์สำคัญในปัจจุบัน อาการ panic attack ในสัปดาห์ที่ผ่านมา อาการข้างเคียงของยา ปัญหาที่เกิดจากการออกกำลังกาย และให้กำลังใจทั่ว ๆ ไปแก่ผู้ป่วยโดยหลีกเลี่ยงการใช้เทคนิคการบำบัดการรู้คิดหรือการเผชิญ(specific cognitive or exposure techniques)</p> <p>ต่อจากนั้นผู้บำบัดพบผู้ป่วย 2 สัปดาห์ครั้ง</p>
<p>ระเบียบวิธีวิจัย</p>	<p>Randomized control trial (RCT)</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
ระดับของงานวิจัย	หลักฐานเชิงประจักษ์ Level II
ผลการวิจัย	<p>กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มมีอายุ การกระจายของเพศ หรือระยะเวลาการเจ็บป่วยและข้อมูลพื้นฐานการประเมินทางจิตวิทยาก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ</p> <p>ผลการวิจัยพบว่า</p> <p>ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายจำนวน 1 คนออกจากอาการกำเริบในสัปดาห์แรก โดยให้เหตุผลว่าการออกกำลังกายไม่ใช่วิธีที่ต้องการและเหมาะสมในการลดปัญหาความวิตกกังวลของตนเอง</p> <p>ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายจำนวน 2 คนและผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับยาหลอกจำนวน 4 คนลาออกจากการบำบัดระหว่างสัปดาห์ที่ 6 – 8 เนื่องจากรู้สึกว่าการบำบัดไม่ดีขึ้น</p> <p>ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายจำนวน 2 คนไม่สามารถออกกำลังกายต่อเนื่องได้เนื่องจากมีความเจ็บป่วย(ที่ไม่ได้เกิดจากการออกกำลังกาย)</p> <p>ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า</p> <p>ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายมีอัตราการออกจากอาการกำเริบร้อยละ 31 คงเหลือผู้ป่วยในกลุ่มที่นำข้อมูลมาวิเคราะห์จำนวน 11 คน</p> <p>ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับยาหลอกมีอัตราการออกจากอาการกำเริบร้อยละ 27 คงเหลือผู้ป่วยในกลุ่มที่นำข้อมูลมาวิเคราะห์จำนวน 11 คน</p> <p>ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับยา clomipramine ไม่มีการออกจากอาการกำเริบ คงเหลือผู้ป่วยในกลุ่มที่นำข้อมูลมาวิเคราะห์จำนวน 15 คน</p> <p>การออกกำลังกายมีประสิทธิภาพมากกว่ายาหลอกในทุกตัวแปร ยกเว้นการออกกำลังกายมีผลต่อคะแนน panic และ agoraphobia <u>จากการรายงานตนเอง</u> ในสัปดาห์สุดท้าย</p> <p>ยา clomipramine มีประสิทธิภาพมากกว่ายาหลอกในคะแนน Clinical Global Impression <u>จากการสังเกต</u> และคะแนนpanic และ agoraphobia <u>จากการรายงานตนเอง</u></p>

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	<p>กลุ่มที่ได้รับยา clomipramine มีคะแนนความวิตกกังวล คะแนน panic และ agoraphobia <u>จากการสังเกต</u>และ<u>จากการรายงาน</u> <u>ตนเอง</u> และคะแนน Clinical Global Impression จากการสังเกตต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับยาหลอกในสัปดาห์ที่ 4 และเพิ่มมากขึ้นในสัปดาห์ที่ 6, 8 และ 10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $p < 0.01$, $p < 0.05$, $p < 0.01$)</p> <p>กลุ่มที่ได้รับยา clomipramine มีคะแนน Clinical Global Impression จากการสังเกตต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกาย ใน สัปดาห์ที่ 4, 6, 8 และ 10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$, $p < 0.05$) และมีคะแนนpanic และ agoraphobia <u>จากการสังเกต</u> และ<u>จากการ</u> <u>รายงานตนเอง</u>ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกาย ในสัปดาห์ที่ 6 และ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$, $p < 0.05$) ขณะที่คะแนน panic และ agoraphobia <u>จากการสังเกต</u> และ<u>จากการรายงานตนเอง</u> แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกาย ในสัปดาห์ที่ 10 อย่างไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ</p> <p>กลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายมีคะแนน panic และ agoraphobia <u>จากการสังเกต</u>ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอกในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05</p> <p>กลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายมีคะแนน panic และ agoraphobia <u>จากการรายงานตนเอง</u>ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอกใน สัปดาห์ที่ 10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05</p>
ความสอดคล้องกับ ประเด็นปัญหาทางคลินิก	<ul style="list-style-type: none"> - งานวิจัยสอดคล้องในการแก้ปัญหาทางคลินิกคือวิธีการออกกำลัง กายแบบแอโรบิคสามารถช่วยลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคได้ - งานวิจัยช่วยพยาบาลในการตัดสินใจใช้วิธีการออกกำลังกายแบบแอ โรบิคในการลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค - พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการให้การบำบัดโดยใช้วิธีการออกกำลังกาย แบบแอโรบิคมาใช้ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคแพนิค
คุณภาพงานวิจัย	<ul style="list-style-type: none"> - งานวิจัยตีพิมพ์ในวารสาร American Journal of Psychiatry ซึ่งเป็น วารสารที่มีชื่อเสียงและน่าเชื่อถือ - เป็นงานวิจัยระดับ 2 ที่มีการจัดระเบียบวิจัยอย่างดีมีการสุ่มเข้ากลุ่ม

หัวข้อ	รายละเอียด
คุณภาพงานวิจัย (ต่อ)	<p>ทดลองและกลุ่มควบคุม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัยปฏิบัติงานเกี่ยวกับแผนก/สถาบันด้านสุขภาพจิตโดยตรง - ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษา ตัวแปรที่สำคัญในการวิจัยเรื่องของอาการวิตกกังวลและอาการแพนิค มีการบอกกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคแพนิค - งานวิจัยนี้มีการระบุปัญหา และเหตุผล ที่ทำให้ต้องทำวิจัยคือจากการศึกษาพบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสามารถช่วยบำบัดผู้ป่วยโรคแพนิค - มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัยชัดเจนคือต้องการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการบำบัดผู้ป่วยโรคแพนิค ด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิค การบำบัดด้วยยา Clomipramine และการให้ยาหลอก และตั้งสมมุติฐานงานวิจัยคือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสามารถใช้บำบัดผู้ป่วยโรคแพนิค - มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการบำบัดผู้ป่วยโรคแพนิคเพื่อลดอาการแพนิคโดยใช้การออกกำลังกาย - มีการระบุกลุ่มตัวอย่าง วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอ - งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ - มีการใช้เครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือในการวัดตรงกับผลลัพธ์หลักในการวิจัยในการประเมินอาการวิตกกังวลและอาการแพนิค - งานวิจัยนี้มีการใช้สถิติที่เหมาะสมคือใช้สถิติวิเคราะห์ Repeated measures ANOVA เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม 3 กลุ่ม และทดสอบความแตกต่างของการบำบัดในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8 และ 10 โดยใช้ความแปรปรวนของข้อมูลพื้นฐานเป็น covariate และถ้าผลการวิเคราะห์พบความมีนัยสำคัญทางสถิติผู้วิจัยจะทดสอบ post hoc โดยใช้ Bonferroni-Holm - ผลการวิจัยตอบคำถามงานวิจัยในกลุ่มประชากร คือการใช้วิธีการ

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>คุณภาพงานวิจัย (ต่อ)</p>	<p>ออกกำลังกายสามารถลดอาการแพนิกได้</p> <p>- มีการสรุปอ้างอิงกลุ่มประชากร มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัยโดยการเสนอแนะระยะเวลาการออกกำลังกายจำนวน 10 สัปดาห์อาจน้อยเกินไปและการออกกำลังกายในช่วงสัปดาห์แรกทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทรมานจากการเกิดอาการแพนิก ต้องใช้ระยะเวลาเพิ่มมากขึ้นในการบำบัดผู้ป่วย</p>
<p>แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) พยาบาลสามารถนำแนวทางการบำบัดโดยใช้วิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพื่อลดอาการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิกไปใช้กับผู้ป่วยโรคแพนิกที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพใจของโรงพยาบาลศรีประจันต์ได้เนื่องจากคุณสมบัติของผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยมีความใกล้เคียงกับผู้มารับบริการ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลสามารถนำรูปแบบการบำบัดช่วยเหลือผู้ป่วยโรคแพนิก โดยใช้วิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกมาใช้ได้ เพราะอยู่ในขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องน่าจะให้ความร่วมมือ เพราะเป็นสิ่งที่ประ โยชน์ต่อผู้ป่วยและหน่วยงานมีวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถปฏิบัติได้จริงโดยทำควบคู่ไปกับการประจำ ระยะเวลาในการบำบัดไม่มากจนเกินไปคือใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์ 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) โปรแกรมนี้ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายต่อผู้ป่วยและยังเป็น ประโยชน์ ต่อผู้ป่วยทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถช่วยลด อาการแพนิกของผู้ป่วยโรคแพนิกได้ ซึ่งมีความคุ้มค่าในการนำ โปรแกรมมาใช้เนื่องจากแนวทางในการปฏิบัติเดิมไม่มีรูปแบบที่ ชัดเจน ยังไม่มีการดูแลต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาด้วยอาการ เดิม ๆ ซ้ำ ๆ ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา หากสามารถนำแนว ปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ศึกษามาใช้ภายในหน่วยงานจะช่วยลดปัญหา ดังกล่าวได้

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	<p>1. การออกกำลังกายแบบแอโรบิกโดยการวิ่งติดต่อกันเป็นระยะทาง 4 ไมล์ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งสามารถลดอาการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิกที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM –III- R และ ICD-10 มีอายุระหว่าง 18-50 ปี ได้</p> <p> แต่พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการออกกำลังกายมีอัตราการออกจากการบำบัดสูงถึงร้อยละ 31 ผู้ที่นำการออกกำลังกายไปใช้ในการบำบัดเพื่อลดอาการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิกจึงควร</p> <ul style="list-style-type: none"> - เลือกวิธีการออกกำลังกายที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้สะดวก (ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเลือกเส้นทางในการวิ่งที่สามารถเดินทางจากบ้านไปได้สะดวก) - เพิ่มระยะเวลาหรือระยะทางในการออกกำลังกายโดยเพิ่มทีละน้อยจนผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายแบบแอโรบิกได้ (ในงานวิจัยนี้ให้ผู้ป่วยเริ่มออกกำลังกายด้วยการวิ่งระยะทางสั้น ๆ ใช้เวลา 2-4 นาที สลับกับเดินจนครบระยะทาง 4 ไมล์และวิ่งให้นานขึ้น จนในที่สุดสามารถวิ่งได้ตลอดระยะทาง 4 ไมล์โดยไม่พัก) - ใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อเสริมแรงจูงใจในการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยโรคแพนิก (ในงานวิจัยนี้ผู้บำบัดจะพบกับผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง สัปดาห์ละครั้งเพื่อวิ่งไปด้วยกัน) <p>2. การประเมินผลลัพธ์</p> <p> สามารถใช้เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์มี ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hamilton Anxiety Rating Scale 2) Clinical Global Impression score (observe rating) 3) Panic and Agoraphobia Scale Score (observe rating) 4) Panic and Agoraphobia Scale Score (Patient rating)

ชื่อเรื่อง : Acute exercise reduces the effects of a 35% CO2 challenge in patients with panic disorder.

ผู้วิจัย : Esquivel, G., Diaz-Galvis, J., Schruers, K., Berlanga, C., Lara-Munoz, C., & Griez, E,(2008).

แหล่งที่พิมพ์ : Journal of Affective Disorders, 107(1-3), 217-220.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อประเมินผลการต่อต้านอาการแพนิคของการออกกำลังกายโดยประเมินจาก 35% CO2ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการแพนิค
ทุน	-
สมมุติฐานงานวิจัย	ไม่มี
Setting งานวิจัย	ประเทศแม็กซิโก
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	<p>กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย Panic Disorder ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ที่มีหรือไม่มีอาการกลัวที่โล่งที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์อย่างน้อยจำนวน 2 คนจากการสัมภาษณ์ทางจิตเวชอย่างมีโครงสร้าง จำนวน 18 คน เป็นผู้ป่วยหญิงจำนวน 11 คนและผู้ป่วยชายจำนวน 7 คน มีอายุเฉลี่ย 29.6 ปี (SD=8.2) ผู้ป่วยทุกคนไม่มีความเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรงซึ่งเป็นข้อจำกัดต่อการออกกำลังกาย</p> <p>เกณฑ์ การคัดเข้า (inclusion criteria)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Panic Disorder with or without agoraphobia ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV 2. ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์อย่างน้อยจำนวน 2 คนจากการสัมภาษณ์ทางจิตเวชอย่างมีโครงสร้าง <p>เกณฑ์ การคัดออก (exclusion criteria)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยที่เคยได้รับยารักษาอาการทางจิต 2. ผู้ป่วยมีอาการป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนอย่างรุนแรง (Severe Mood Disorder) 3. มีความผิดปกติทางจิตหรือใช้สารเสพติด 4. มีอาการป่วยทางจิตตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM IV axis I

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	<p>5. นักกีฬาและผู้ที้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งหรือมากกว่า</p> <p>งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ และผู้ป่วยทุกรายลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยภายหลังจากได้รับการอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยจนเข้าใจแล้วและกลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายในระดับหนักปานกลางถึงหนักมาก (moderate / hard exercise) จำนวน 10 คน และได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน</p>
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	<p>เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์มีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Panic Symptom List (PSL) ใช้เพื่อประเมินอาการแพนิค 2. Visual Analogue Anxiety Scale (VAAS) ใช้เพื่อประเมินอาการแพนิคตามการรับรู้ของผู้ป่วย (subjective anxiety) 3. การเจาะเลือดที่ปลายนิ้วเพื่อหาระดับ Lactate ในเลือดโดยใช้ Accutrend portable lactate analyzer,Roche Diagnostics <p>ผู้วิจัยดำเนินการและประเมินผู้ป่วยตามลำดับดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ก่อนการออกกำลังกายเจาะเลือดปลายนิ้วผู้ป่วยเพื่อหาระดับ Lactate ในเลือด 2. ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายระดับหนักปานกลางถึงหนักมาก 3. ก่อนสิ้นสุดการออกกำลังกายเจาะเลือดปลายนิ้วผู้ป่วยเพื่อหาระดับ Lactate ในเลือด 4. ระยะเวลาหลังออกกำลังกาย ประเมินระดับความวิตกกังวลด้วย PSL และ VAAS 5. ให้ผู้ป่วยสูดดม 35% CO₂ / 65% O₂ 6. ประเมินอาการแพนิคและระดับความวิตกกังวลด้วย PSL และ VAAS เพื่อประเมิน reactivity to CO₂ <p>สถิติที่ใช้คือ</p> <p>ใช้สถิติ t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน และใช้สถิติ Mann-Whitney U-test เพื่อทดสอบความแตกต่างในกลุ่มเดียวกันและใช้สถิติ Fisher 's Exact test ในการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (intervention)	<p><u>กลุ่มทดลอง</u></p> <p>ได้รับการออกกำลังกายในระดับหนักปานกลางถึงหนักมาก (moderate / hard exercise) โดยใช้แนวทางการออกกำลังกายที่ปรับปรุงมาจาก Astrand-Ryhmung bicycle ergometer protocol (Astrand and Ryhmung, 1954) โดยให้ผู้ป่วยขี่จักรยาน(Bicycle Ergometer)</p> <p>การออกกำลังกายเริ่มต้นโดยให้ผู้ป่วยอบอุ่นร่างกายเป็นเวลา 3 นาที ด้วยการขี่จักรยานที่ความหนัก 100 วัตต์สำหรับผู้หญิง และ 150 วัตต์สำหรับผู้ชาย ที่ 70 รอบต่อนาที (70 rpm) และเพิ่มความหนักของจักรยานขึ้นอีก 25 ถึง 100 วัตต์ทุก ๆ นาทีจนกระทั่งผู้ป่วย มีอัตราการเต้นของหัวใจร้อยละ 80-90 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (220-อายุ) และให้ผู้ป่วยขี่จักรยานในระดับนี้ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 15 นาทีหรือจนผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อย</p> <p><u>กลุ่มควบคุม</u></p> <p>ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมออกกำลังกายโดยขี่จักรยานในลักษณะเดียวกันแต่ใช้ความหนักที่ 1 วัตต์ต่อกิโลกรัมในอัตรา 20 ถึง 70 รอบต่อนาที (rpm)</p> <p>ภายหลังจากออกกำลังกายผู้วิจัยจะขอร้องให้ผู้ป่วนั่งผ่อนคลายในเก้าอี้ที่มีพนักพิง</p>
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized control trial (RCT)
ระดับของงานวิจัย	หลักฐานเชิงประจักษ์ Level II
ผลการวิจัย	<p>อายุของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง (จำนวน 10 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติรวมทั้งเพศและโรคร่วมมีความคล้ายคลึงกันของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย 2 โรค (จำนวน 11 คน มีระดับโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย 3 โรคมีจำนวน 1 คน เป็นโรควิตกกังวลต่อสังคม จำนวน 1 คนเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป ก่อนการทดลองผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับ Lactate ในเลือด ระดับความวิตกกังวลจากแบบประเมิน PSL และแบบประเมิน</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	<p>VAAS แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ</p> <p>ผลการทดลองพบว่า</p> <p>การออกกำลังกายหนักปานกลางถึงหนักมากทำให้ระดับ Lactate เพิ่มขึ้นกว่าการออกกำลังกายเบา ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(9.56 mmol/L, SD=5.1; 3.08 mmol/L, SD=0.98; p<0.05)</p> <p>การออกกำลังกายหนักปานกลางถึงหนักมากลดอาการ neurovegetative symptoms ใน Panic Symptom List (PSL) ได้มากกว่าการออกกำลังกายเบา ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean=13.9, SD=6.9; mean=4.8, SD=4.1; p=0.008)</p> <p>อย่างไรก็ดีพบว่ากลุ่มทดลองที่ออกกำลังกายหนักปานกลางถึงหนักมากมีอาการวิตกกังวลตามการรับรู้ของผู้ป่วย (subjective anxiety) ภายหลังจากออกกำลังกายแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ออกกำลังกายเบา ๆ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (mean = 21.1, SD=20.7; mean=16.3, SD=22.9; p=0.39)</p> <p>หลังจากให้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มสูดดม 35%CO₂ / 65%O₂ ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ออกกำลังกายหนักปานกลางถึงหนักมากมีปฏิกิริยาของอาการแพนิคน้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ออกกำลังกายเบา ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งแบบประเมิน PSL และ VAAS (PSL mean= -1.5, SD=10.4 ; mean=7.7, SD=6.2; p<0.01) (VAAS mean=9.0, SD=15.4 ; mean=36.2, SD=17.9;p<0.01)</p> <p>ภายหลังจากสูดดม 35%CO₂ / 65%O₂ กลุ่มทดลองที่ออกกำลังกายหนักปานกลางถึงหนักมากมีจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการแพนิคน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ออกกำลังกายเบา ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จำนวน 1 คนจาก 10 คนในกลุ่มทดลอง และจำนวน 5 คนจากจำนวน 8 คนในกลุ่มควบคุม ; p<0.05)</p>
<p>ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก</p>	<ul style="list-style-type: none"> - งานวิจัยสอดคล้องในการแก้ปัญหาทางคลินิกคือการใช้วิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิคในระดับหนักปานกลางถึงหนักมากสามารถช่วยลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค - งานวิจัยช่วยพยาบาลในการตัดสินใจใช้วิธีการออกกำลังกายแบบ

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (ต่อ)</p>	<p>แอโรบิกในระดับหนักปานกลางถึงหนักมากเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค</p> <ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการให้การบำบัดโดยใช้วิธีการออกกำลังกายมาใช้ปฏิบัติกรพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคแพนิค
<p>คุณภาพงานวิจัย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - งานวิจัยตีพิมพ์ในวารสาร Journal of Affective Disorders ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงและน่าเชื่อถือ - เป็นงานวิจัยระดับ 2 ที่มีการจัดระเบียบวิจัยอย่างดีมีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - ผู้วิจัยปฏิบัติงานเกี่ยวกับแผนก/สถาบันด้านสุขภาพจิตโดยตรงและเกี่ยวข้องโดยตรงของ Academic Anxiety Center , Department of Psychiatry and Neuropsychology , Maastricht University , Maastricht, The Nertherlands - ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษา ตัวแปรที่สำคัญในการวิจัยเรื่องของอาการวิตกกังวลและอาการแพนิค มีการบอกกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคแพนิค - งานวิจัยนี้มีการระบุปัญหา และเหตุผล ที่ทำให้ต้องทำวิจัยคือจากการศึกษาพบว่ากรออกกำลังกายระดับหนักปานกลางถึงหนักมากสามารถช่วยบำบัดผู้ป่วยโรคแพนิค และต้องการศึกษากลไกของการออกกำลังกายที่มีผลต่อการบำบัดผู้ป่วยด้วยว่าสามารถช่วยลดอาการวิตกกังวลและอาการแพนิคได้อย่างไร - มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัยคือเพื่อประเมินผลการต่อต้านอาการแพนิคของการออกกำลังกายโดยประเมินจาก 35% CO2 ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการแพนิค - มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวางทั้งในส่วนที่สนับสนุนวรรณกรรมที่ทบทวนถูกต้อง และทันสมัย และมีการสรุปการทบทวนวรรณกรรม - มีการระบุกลุ่มตัวอย่าง วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีการระบุว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวน

หัวข้อ	รายละเอียด
คุณภาพงานวิจัย (ต่อ)	<p>น้อยเกินไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ - มีการใช้เครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือในการวัดตรงกับผลลัพธ์หลักในการวิจัยในการประเมินอาการวิตกกังวลและอาการแพนิค Panic Symptom List (PSL) - งานวิจัยนี้มีการใช้สถิติ Mann-Whitney U-test เพื่อทดสอบความแตกต่างในกลุ่มเดียวกันและใช้สถิติ Fisher's Exact test ในการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองซึ่งเป็นสถิติที่เหมาะสมกับการจัดการกับตัวแปร - ผลการวิจัยตอบคำถามงานวิจัยในกลุ่มประชากร คือการใช้วิธีการออกกำลังกายสามารถลดอาการวิตกกังวลและอาการแพนิคได้ - มีการสรุปอ้างอิงกลุ่มประชากร มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัยโดยการเสนอแนะว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย และข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ปฏิบัติคืออาจประยุกต์การออกกำลังกายโดยการวิ่ง และการใช้การออกกำลังกายระดับหนักปานกลางถึงหนักมากเพียงครั้งเดียวอาจไม่เพียงพอในการบำบัดผู้ป่วยโรคแพนิคอาจต้องใช้วิธีการอื่นร่วมด้วย
แนวโน้มนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) พยาบาลสามารถนำแนวทางการบำบัดโดยใช้วิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพื่อลดอาการแพนิคไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคแพนิคในคลินิกสุขภาพใจของโรงพยาบาลได้ เนื่องจากคุณสมบัติของผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยมีความใกล้เคียงกับผู้มารับบริการ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลสามารถนำรูปแบบการบำบัดช่วยเหลือผู้ป่วยโรคแพนิคโดยใช้วิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกในระดับหนักปานกลางถึงหนักมากโดยการปั่นจักรยาน (Bicycle Ergometer) ซึ่งทางโรงพยาบาลมีเครื่องออกกำลังกายชนิดนี้อยู่แล้วไปใช้ได้เพราะอยู่ใน

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>แนวโน้มนำไปใช้ได้ ในการปฏิบัติ (ต่อ)</p>	<p>ขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องน่าจะให้ความร่วมมือ เพราะเป็นสิ่งที่ประ โยชน์ต่อผู้ป่วยและหน่วยงาน เป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถปฏิบัติได้จริง โดยทำควบคู่ไปกับงานประจำ ระยะเวลาในการบำบัดไม่มาก</p> <p>3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio)</p> <p>การบำบัดด้วยวิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกในระดับหนักปานกลางถึงหนักมากนี้ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายต่อผู้ป่วย และยังเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถช่วยลดอาการแพนิกของผู้ป่วยโรคแพนิกได้ ซึ่งมีความคุ้มค่าในการนำโปรแกรมมาใช้เนื่องจากแนวทางในการปฏิบัติเดิมไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ยังไม่มีการดูแลต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาด้วยอาการเดิม ๆ ซ้ำ ๆ ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา หากสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ศึกษามาใช้ภายในหน่วยงานจะช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้ และเนื่องจากทางโรงพยาบาลมีเครื่องออกกำลังกายชนิดนี้อยู่แล้ว จึงไม่จำเป็นต้องใช้งบประมาณเพิ่ม</p>
<p>การสรุปเพื่อนำไปใช้</p>	<p>1. การออกกำลังกายแบบแอโรบิกระดับหนักปานกลางถึงหนักมาก โดยการขี่จักรยาน (Bicycle Ergometer) เริ่มโดยการอบอุ่นร่างกายเป็นเวลา 3 นาทีด้วยการขี่จักรยานที่ความหนัก 100 วัตต์สำหรับผู้หญิงและ 150 วัตต์สำหรับผู้ชาย ที่ 70 รอบต่อนาที (70 rpm) เพิ่มความหนักของจักรยานขึ้นอีก 25 ถึง 100 วัตต์ทุก ๆ นาทีจนกระทั่งผู้ป่วยมีอัตราการเต้นของหัวใจร้อยละ 80-90 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (220-อายุ) ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 15 นาทีหรือจนผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อย สามารถลดอาการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิกที่มีหรือไม่มีอาการกลัวที่โล่ง (Panic disorder with or without agoraphobia) ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีความผิดปกติทางจิตหรือใช้สารเสพติด ไม่ป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนอย่างรุนแรง ได้</p> <p>2. เครื่องมือที่สามารถนำไปใช้ประเมินการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิกคือแบบประเมินอาการแพนิก Panic Symptom List (PSL)</p>

ชื่อเรื่อง : The acute antipanic and anxiolytic activity of aerobic exercise in patients with panic disorder and healthy control subjects

ผู้วิจัย : Strohle, A., Graetz, B., Scheel, M., Wittmann, A., Feller, C., Heinz, A., et al. (2009).

แหล่งที่พิมพ์ : Journal of Psychiatric Research ,43(12), 1013-1017.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายในผู้ป่วย Panic Disorder กับผู้ที่มีสุขภาพดีก่อนให้ cholecystokinin tetrapeptide (CCK-4) โดยเปรียบเทียบผลของ CCK-4 ในการกระตุ้นให้เกิดอาการทางกายและอาการวิตกกังวลในกลุ่มที่ออกกำลังกายและไม่ออกกำลังกายก่อนได้รับ CCK-4
ทุน	-
สมมุติฐานงานวิจัย	-
Setting งานวิจัย	ในห้องทดลอง
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	<p>ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรค Panic Disorder ที่ไม่มีโรคร่วม จำนวน 12 คน (ผู้หญิงจำนวน 9 คน ผู้ชายจำนวน 3 คน อายุเฉลี่ย 31.9 ปี SD= 2.2) มีคะแนนจากการประเมินอาการแพนิคและอาการกลัวที่โล่งแจ้ง (agoraphobia) แสดงว่ามีอาการรุนแรงระดับปานกลาง (Mean = 24.2, SD = 4.7)</p> <p>มีคะแนนอาการซึมเศร้าระดับน้อยจากแบบประเมิน Beck depression scale = 13.2 (SD = 2.7) มีคะแนนอาการวิตกกังวลระดับปานกลางจากแบบประเมิน Beck anxiety scale = 23.5 (SD= 6.5) และมีคะแนนความรุนแรงของอาการกลัวที่โล่งแจ้ง = 1.7 ในองค์ประกอบ alone และ = 1.4 ในองค์ประกอบ accompanied</p> <p>ก่อนเข้าร่วมการศึกษา ผู้ป่วยทุกคนไม่ได้รับยารักษาอาการทางจิตอย่างน้อย 10 วัน และไม่ได้รับยารักษาอาการซึมเศร้าในระยะ 1 ปี</p> <p>ผู้เข้าร่วมการทดลองที่มีสุขภาพดี จำนวน 12 คน มีอายุและเพศใกล้เคียงกับผู้ป่วย (อายุเฉลี่ย 30.8 ปี SD= 2.5) ที่ไม่มีประวัติการ</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)</p>	<p>เจ็บป่วยทางจิตของตนเองและครอบครัว</p> <p>ผู้เข้าร่วมการทดลองทุกคนได้รับการตรวจทางการแพทย์เพื่อค้นหาการเจ็บป่วยทางกาย การได้รับยา แบบแผนการดำเนินชีวิตที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในครั้งนี้</p> <p>งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ และผู้ป่วยทุกรายลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยภายหลังจากได้รับการอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยจนเข้าใจแล้ว</p>
<p>เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์</p>	<p>ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมการทดลองได้รับการทดสอบด้วยการเดินบนสายพาน (treadmill spiroergometry) เพื่อระบุระดับการใช้ออกซิเจนสูงสุดก่อนเข้าร่วมการวิจัย(ค่าเฉลี่ย VO2max: ในผู้ป่วย = 38.1 (SD = 1.7) และค่าเฉลี่ยในกลุ่มควบคุม = 39.7 (SD = 1.7) ml/kg/min ผู้ที่เข้าร่วมการทดลองทุกคนไม่มีอาการแสดงของโรคหัวใจผิดปกติและได้รับข้อมูลว่าการวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทดสอบผลของการออกกำลังกายต่ออาการที่ถูกกระตุ้น โดย CCK-4</p> <p>ประเมินอาการแพนิกด้วย Acute Panic Inventory (API) (Dillon et al., 1987) โดยดำเนินการดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินเมื่อเวลา 10.00 น เพื่อเป็นค่าคะแนนพื้นฐาน - ให้ผู้ป่วยได้รับการพักอย่างเงียบ ๆ หรือการออกกำลังกาย - ประเมินเมื่อเวลา 10.55 น. หลังการพักอย่างเงียบ ๆ หรือการออกกำลังกาย - นีด CCK-4 - ประเมินเมื่อเวลา 11.05 น. หลังได้รับการฉีด CCK-4 <p>การระบุว่าผู้ป่วยมีอาการแพนิก (panic attack) เมื่อคะแนนมากกว่า 20 คะแนนและเพิ่มขึ้นจากคะแนน API ก่อนฉีด CCK-4 14 คะแนน ร่วมกับการยืนยันจากจิตแพทย์ที่ได้รับการฝึกหัด</p> <p>สถิติที่ใช้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ใช้สถิติวิเคราะห์ McNemar paired Chi Square test เพื่อทดสอบความแตกต่างของการบำบัด - ใช้สถิติวิเคราะห์ Chi Square test เพื่อทดสอบความแตกต่างของการ

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	<p>เกิดอาการแพนิคในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับ CCK-4</p> <p>- ใช้สถิติวิเคราะห์ multivariate analysis of variance (MANOVA) with repeated-measures เพื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนน API scores ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและถ้าผลการวิเคราะห์พบความมีนัยสำคัญทางสถิติผู้วิจัยจะทดสอบ post hoc โดยใช้ Bonferroni-Holm</p>
การบำบัด (intervention)	<p>ผู้เข้าร่วมการทดลองทุกคนได้รับการศึกษา 2 ครั้งใน 2 วัน ผู้เข้าร่วมการทดลองนอนบนเตียงในห้องที่ไม่มีเสียงตั้งแต่เวลา 9.30 น. ถึง 12.00 น.</p> <p>ผู้เข้าร่วมการทดลองได้รับการสุ่มให้รับ “การพักผ่อนเงียบ ๆ” หรือ “การออกกำลังกาย” ในแต่ละวัน โดยวันแรกได้รับ 1 เงื่อนไขและได้รับอีก 1 เงื่อนไขในวันที่ 2</p> <p>การออกกำลังกายด้วยการเดินบนสายพานเป็นระยะเวลา 30 นาทีที่อัตราการเต้นของหัวใจเป็นร้อยละ 70 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดตั้งแต่เวลา 10.20 น. ถึง 10.50 น.</p> <p>ผู้เข้าร่วมการทดลองแต่ละรายได้รับการฉีด CCK-4 จำนวน 25 ไมโครกรัมในผู้ป่วยแพนิคและจำนวน 50 ไมโครกรัมในผู้ที่มีสุขภาพดี โดยเจือจางในน้ำเกลือ 0.9% จำนวน 2 มิลลิลิตร</p>
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized control trial (RCT)
ระดับของงานวิจัย	หลักฐานเชิงประจักษ์ Level II
ผลการวิจัย	<p>กลุ่มที่ได้รับการพักผ่อนเงียบ ๆ มีอาการแพนิค (panic attack) บ่อยครั้งกว่ากลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$)</p> <p>ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยและร้อยละ 50 ของกลุ่มควบคุมที่มีสุขภาพดี มีอาการแพนิค (panic attack) ภายหลังจากได้รับการพักผ่อนอย่างเงียบ ๆ ขณะที่ร้อยละ 33.3 ของผู้ป่วย และร้อยละ 8.3 ของกลุ่มควบคุมที่มีสุขภาพดี มีอาการแพนิค (panic attack) จากการกระตุ้นโดย CCK-4</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	และพบว่าผลของกลุ่ม (group effects) การออกกำลังกายมีผลต่อคะแนนอาการแพนิค (คะแนนAPI) อาการวิตกกังวล และอาการทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.004, 0.003, 0.015)
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	<ul style="list-style-type: none"> - งานวิจัยสอดคล้องในการแก้ปัญหาทางคลินิกคือวิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสามารถช่วยลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคได้ - งานวิจัยช่วยพยาบาลในการตัดสินใจใช้วิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิคในการลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค - พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการให้การบำบัดโดยใช้วิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิคมาใช้ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคแพนิค
คุณภาพงานวิจัย	<ul style="list-style-type: none"> - งานวิจัยตีพิมพ์ในวารสาร Journal of Psychiatric Research ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงและน่าเชื่อถือ - เป็นงานวิจัยระดับ 2 ที่มีการจัดระเบียบวิจัยอย่างดีมีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - ผู้วิจัยปฏิบัติงานเกี่ยวกับแผนก/สถาบันด้านสุขภาพจิตโดยตรง Department of Psychiatry and Psychotherapy, Campus Charité Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Germany. - ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษา ตัวแปรที่สำคัญในการวิจัยเรื่องของอาการวิตกกังวลและอาการแพนิค มีการบอกกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคแพนิค - งานวิจัยนี้มีการระบุปัญหา และเหตุผล ที่ทำให้ต้องทำวิจัยคือจากการศึกษาพบว่าวิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสามารถช่วยลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคได้อย่างไร - มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัยคือเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคแพนิคกับผู้ที่มิสุขภาพดีก่อนให้ cholecystokinin tetrapeptide (CCK-4) โดยเปรียบเทียบผลของ CCK-4 ในการกระตุ้นให้เกิดอาการทางกายและอาการวิตกกังวลในกลุ่มที่ออกกำลังกายและไม่ออกกำลังกายก่อนได้รับ CCK-4 - มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการบำบัดผู้ป่วยโรคแพนิคเพื่อลดอาการวิตกกังวลและอาการแพนิคโดยใช้การ

หัวข้อ	รายละเอียด
คุณภาพงานวิจัย (ต่อ)	<p>ออกกำลังกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการระบุกลุ่มตัวอย่าง วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง - งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ - มีการใช้เครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือในการวัดตรงกับผลลัพธ์หลักในการวิจัย - งานวิจัยนี้มีการใช้สถิติที่เหมาะสมคือใช้สถิติวิเคราะห์ multivariate analysis of variance (MANOVA) with repeated-measures เพื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนน API scores ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและถ้าผลการวิเคราะห์พบความมีนัยสำคัญทางสถิติผู้วิจัยจะทดสอบ post hoc โดยใช้ Bonferroni-Holm - ผลการวิจัยตอบคำถามงานวิจัยในกลุ่มประชากร คือการใช้วิธีการออกกำลังกายสามารถลดอาการแพนิคได้
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) พยาบาลสามารถนำแนวทางการบำบัดโดยใช้วิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคไปใช้กับผู้ป่วยโรคแพนิคที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพใจของโรงพยาบาลศรีประจันต์ได้เนื่องจากคุณสมบัติของผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยมีความใกล้เคียงกับผู้มารับบริการ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลสามารถนำรูปแบบการบำบัดช่วยเหลือผู้ป่วยโรคแพนิค โดยใช้วิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกโดยการเดินบนสายพาน (treadmill spiroergometry) ซึ่งทางโรงพยาบาลมีเครื่องออกกำลังกายชนิดนี้อยู่แล้วไปใช้ได้เพราะอยู่ในขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องน่าจะให้ความร่วมมือเพราะเป็นสิ่งที่ประโยชน์ต่อผู้ป่วยและหน่วยงาน เป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถปฏิบัติ

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>แนวโน้มนำไปใช้ได้ ในการปฏิบัติ (ต่อ)</p>	<p>ได้จริงโดยทำควบคู่ไปกับงานประจำ ระยะเวลาในการบำบัดไม่มาก</p> <p>3. ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio)</p> <p>โปรแกรมนี้ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายต่อผู้ป่วยและยังเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถช่วยลดอาการแพนิคของผู้ป่วยโรคแพนิคได้ ซึ่งมีความคุ้มค่าในการนำโปรแกรมมาใช้เนื่องจากแนวทางในการปฏิบัติเดิมไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ยังไม่มีการดูแลต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาด้วยอาการเดิม ๆ ซ้ำ ๆ ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา หากสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ศึกษามาใช้ภายในหน่วยงานจะช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้</p>
<p>การสรุปเพื่อนำไปใช้</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การออกกำลังกายแบบแอโรบิคด้วยการเดินบนสายพาน เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 30 นาที สามารถลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคที่มีหรือไม่มีอาการกลัวที่โล่ง (Panic disorder with or without agoraphobia) ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่มีการเจ็บป่วยทางกาย ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตได้ 2. การประเมินผลลัพธ์ <p>สามารถใช้เครื่องมือในการ ประเมินอาการแพนิคด้วย Acute Panic Inventory (API) (Dillon et al., 1987)</p>

ชื่อเรื่อง : A randomized controlled trial of aerobic exercise in combination with paroxetine in the treatment of panic disorder.

ผู้วิจัย : Wedekind, D., Brooks, A., Weiss, N., Engel, K., Neubert, K., & Bandelow, B. (2010).

แหล่งที่พิมพ์ : The World Journal of Biological Psychiatry.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยา ร่วมกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคแพนิค
ทุน	-
สมมุติฐานงานวิจัย	การรักษาด้วยยา paroxetine ร่วมกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาด้วยยาหรือการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว
Setting งานวิจัย	งานจิตเวชศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก ของUniversities of Göttingen and Lübeck ประเทศ Germany
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคแพนิค โดยเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV (APA 1994) และ ICD-10 (WHO 1991) - มีอายุ 18 - 55 ปี - มีอาการแพนิคระดับรุนแรงปานกลางขึ้นไป (คะแนนแพนิคและกลัวที่โล่งแจ้ง (Panic and Agoraphobia Scale) จากการสังเกตอย่างน้อย 18 คะแนนและมีคะแนนClinical Global Impression Scale อย่างน้อย 4 คะแนน) เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ ให้นมบุตร - มีความเจ็บป่วยทางกาย และโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคย้ำคิดย้ำทำ post-traumatic stress disorder โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง มีอาการทางจิต ใช้สารเสพติด มีความคิดฆ่าตัวตาย โรค

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)</p>	<p>ลมชัก anorexia หรือ bulimia nervosa มีน้ำหนักตัวต่ำกว่า 80 % ของน้ำหนักตัวที่ต้องการ ออกกำลังกายแบบแอโรบิกอยู่แล้วอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>ผู้ป่วยทุกรายได้รับการตรวจร่างกาย ECG การทดสอบทางห้องปฏิบัติการ (renal, hepatic, pancreatic, hematological, and thyroid function)</p> <p>ผู้ป่วยจำนวน 95 คนมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ และมีผู้ป่วยจำนวน 75 คนยินยอมเข้าร่วมการวิจัย [เป็นผู้ป่วยอายุระหว่าง 19 ปี ถึง 52 ปี (อายุเฉลี่ย 31.9 ± 8.1 ปี) และเป็นผู้ป่วยหญิงจำนวน 42 คน (70%)] (เหตุผลที่ไม่เข้าร่วมการวิจัยคือ 1. ความเป็นไปได้ที่จะได้รับยาหลอก 2. ความเป็นไปได้ที่จะได้รับผลทางลบจากการรักษาด้วยยา 3. ความจำเป็นที่จะต้องออกกำลังกายหรือผ่อนคลายอย่างสม่ำเสมอ)</p> <p>ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างสองครั้ง</p> <p>ครั้งที่ 1 สุ่มผู้ป่วยทุก 6 คนเข้ากลุ่มที่ได้รับยา paroxetine จำนวน 3 คน (ผู้ป่วยจำนวน 29 คนได้รับยาครบ) หรือ กลุ่มที่ได้รับยาหลอกจำนวน 3 คน (ผู้ป่วยจำนวน 31 คนได้รับยาครบ) โดยเภสัชกรของโรงพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ประเมินไม่รู้ว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มใด</p> <p>ครั้งที่ 2 สุ่มผู้ป่วยทุก 6 คนเข้ากลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายจำนวน 3 คน (ผู้ป่วยจำนวน 31 คนได้รับการออกกำลังกายครบ) หรือ กลุ่มที่ได้รับการผ่อนคลายจำนวน 3 คน (ผู้ป่วยจำนวน 29 คนได้รับการผ่อนคลายครบ)</p>
<p>เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์</p>	<p>กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินก่อนการบำบัด และเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1, 2, 4, 6, 8 และ 10 โดยใช้เครื่องมือในการประเมิน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Panic and Agoraphobia Scale Score (clinician-rated) (P & A_c) 2. Clinical Global Impression score (observe rating) (CGI; NIMH,1976) 3. Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA;

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)</p>	<p>Hamilton,1959)ประกอบไปด้วย 13 ข้อ , 0-4 Likert rating scale , 5 ลักษณะความถี่และความรุนแรงแบ่งเป็นการประเมิน 5 กลุ่มอาการคือ Panic attack , agoraphobia , anticipatory anxiety, disability และ health – related concerns</p> <p>4. Panic and Agoraphobia Scale Score (Patient rating) (P & A_p ; Bandelow,1995)</p> <p>5. Patients’ Clinical Impression (PGI)</p> <p>6. Clinical Global Impression score (patient-rated)</p> <p>กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินก่อนการบำบัด และในสัปดาห์ที่ 6 และ 10 โดยใช้เครื่องมือในการประเมิน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beck Anxiety Inventory (BAI)(Beck et al. 1988) 2. Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al. 1961) 3. Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) (Montgomery and Åsberg 1979) <p>ผู้วิจัยใช้ P & A_c และ CGI ในการประเมินผลลัพธ์หลัก โดยผู้ประเมินที่ไม่รู้สถานภาพของกลุ่มตัวอย่างว่าอยู่ในกลุ่มใด</p> <p>การประเมินการปฏิบัติตามแผนการออกกำลังกายหรือการผ่อนคลายใช้มาตรวัด Likert (0 = ไม่ปฏิบัติตามแผนการบำบัด ; 1 = ปฏิบัติตามแผนการบำบัดต่ำ ; 2 = ปฏิบัติตามแผนการบำบัดปานกลาง ; 3= ปฏิบัติตามแผนการบำบัดดี)</p> <p>สถิติที่ใช้คือ</p> <p>ใช้สถิติวิเคราะห์ Repeated measures ANCOVA โดยใช้คะแนนก่อนการบำบัดเป็นตัว covariate เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม 4 กลุ่ม และทดสอบความแตกต่างใน 7 จุดเวลา (ก่อนการบำบัด เมื่อสิ้นสุดการบำบัดในสัปดาห์ที่ 1, 2, 4 , 6 , 8 และ 10) และถ้าผลการวิเคราะห์พบความมีนัยสำคัญทางสถิติผู้วิจัยจะทดสอบ post hoc โดยใช้ค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>การบำบัด (intervention)</p>	<p>ผู้บำบัด ผู้ฝึกหัดและผู้ประเมินรู้สถานภาพของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม มีผู้บำบัดเพียง 1 คนเป็นผู้ประเมินที่ไม่รู้สถานภาพของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม</p> <p>กลุ่มที่ 1 ได้รับยา paroxetine 20 mg. วันละ 1 เม็ด ในสองสัปดาห์แรก และวันละ 2 เม็ดในสัปดาห์ที่ 3- 10 ร่วมกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นระยะเวลา 45 นาทีสัปดาห์ละ 3 ครั้ง</p> <p>กลุ่มที่ 2 ได้รับยา paroxetine 20 mg. วันละ 1 เม็ด ในสองสัปดาห์แรก และวันละ 2 เม็ดในสัปดาห์ที่ 3- 10 ร่วมกับการผ่อนคลาย(Relaxation)</p> <p>กลุ่มที่ 3 ได้รับยาหลอก (placebo) ร่วมกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นระยะเวลา 45 นาทีสัปดาห์ละ 3 ครั้ง</p> <p>กลุ่มที่ 4 ได้รับยาหลอก (placebo) ร่วมกับการผ่อนคลาย (Relaxation)</p> <p>การออกกำลังกายปฏิบัติตามแผนการออกกำลังกายแบบแอโรบิกของ Ströhle, et al.(2005) ซึ่งเป็นการออกกำลังกายด้วยการเดินหรือวิ่งที่ทำให้หัวใจเต้นเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 70 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดติดต่อกันเป็นระยะเวลา 45 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยหาเส้นทางในสวนสาธารณะหรือป่าใกล้บ้านที่สะดวกในการเดินทางไปออกกำลังกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ในสัปดาห์แรกให้ผู้ป่วยเดินอย่างเดียวโดยเดินร่วมกับเพื่อนด้วยก็ได้ - ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้ป่วยเริ่มวิ่งติดต่อกันเป็นระยะเวลาสั้น ๆ (2-4 นาที) - ในสัปดาห์ต่อไปให้ผู้ผู้ป่วยพยายามวิ่งโดยใช้เวลานานขึ้นในสัปดาห์ที่ 7-10 ผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นให้วิ่งตลอดระยะเวลา 45 นาทีโดยไม่พัก - ผู้วิจัยจะประเมินความอดทน (endurance capacity) และการปฏิบัติตามแผนการออกกำลังกายโดยการทดสอบ Cooper (ให้ผู้ผู้ป่วยวิ่งตามปกติเป็นระยะเวลาติดต่อกันนานกว่า 12 นาที) ก่อนรับการ

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (intervention) (ต่อ)	<p>บำบัด ในสัปดาห์ที่ 6 และ สัปดาห์ที่ 10</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ฝึกจะฝึกออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกับผู้ป่วยในกลุ่ม ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ที่ห้องออกกำลังกาย <p>การผ่อนคลายเป็นการให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามการผ่อนคลายตาม Autogenic Training ของ Schultz (1932) วันละ 1 ครั้งและเพิ่มระยะเวลาขึ้นเรื่อยๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ฝึกจะพบกับผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้งเพื่อฝึกวิธีการผ่อนคลาย - ผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นให้หาเวลาในแต่ละวันเพื่อปฏิบัติตามการผ่อนคลายตามที่ได้เรียนรู้เป็นระยะเวลา 5 นาทีและเพิ่มขึ้นเป็นระยะเวลา 20 นาทีเมื่อสิ้นสุดการทดลอง <p>ผู้ป่วยทุกคนจะต้องบันทึกกิจกรรมในแต่ละวัน และพบกับผู้ฝึกสัปดาห์ละ 1 ครั้งเพื่อตรวจสอบการปฏิบัติตามแผนการบำบัด</p> <p>ผู้บำบัดมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยทุกกลุ่มเฉพาะในเรื่องการเจ็บป่วยในอดีต เหตุการณ์สำคัญในปัจจุบัน อาการ panic attack ในสัปดาห์ที่ผ่านมา อาการข้างเคียงของยา ปัญหาที่เกิดจากการออกกำลังกายหรือการผ่อนคลาย โดยสนทนากับผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์และสนทนากับผู้ป่วย 1 ครั้ง ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 4-10</p>
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized control trial (RCT)
ระดับของงานวิจัย	หลักฐานเชิงประจักษ์ Level II
ผลการวิจัย	<p>ผู้ป่วยทั้ง 75 คนมีอัตราการออกจากงานวิจัยร้อยละ 20 และมีจำนวนต่ำที่สุดในกลุ่มที่ได้รับยาหลอกร่วมกับการผ่อนคลาย และการออกจากงานวิจัยไม่ได้เกิดจากผลในทางลบของการบำบัด</p> <p>กลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่มที่ได้รับการบำบัดครบมีคุณสมบัติแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติก่อนการบำบัด ด้านเพศ (โดยมีจำนวนเพศหญิงในกลุ่มที่ได้รับยา paroxetine ร่วมกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิคร้อยละ 60 กลุ่มที่ได้รับยา paroxetine ร่วมกับการผ่อนคลายร้อยละ 54 กลุ่มที่ได้รับยาหลอกร่วมกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิคร้อยละ 73 กลุ่มที่ได้รับยาหลอกร่วมกับการผ่อนคลาย</p>

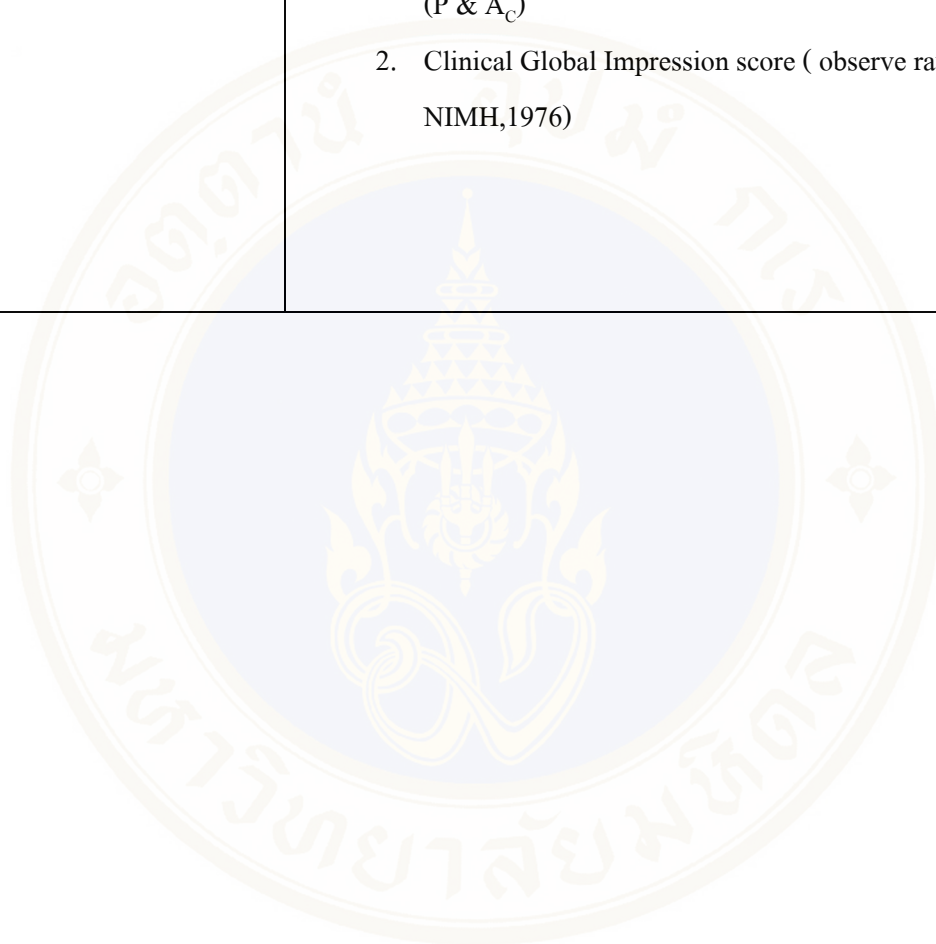
หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	<p>ร้อยละ 88 ; $p=0.69$) ด้านอายุ (โดยกลุ่มที่ได้รับยา paroxetine ร่วมกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีอายุเฉลี่ย = 31.3 ± 9.1 กลุ่มที่ได้รับยา paroxetine ร่วมกับการผ่อนคลายมีอายุเฉลี่ย = 36.0 ± 9.7 กลุ่มที่ได้รับยาหลอกร่วมกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีอายุเฉลี่ย = 29.8 ± 7.8 กลุ่มที่ได้รับยาหลอกร่วมกับการผ่อนคลายมีอายุเฉลี่ย = 30.3 ± 5.8)</p> <p>ผลการวิจัยพบว่า</p> <p>ผลลัพธ์หลัก</p> <p>ผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่มมีคะแนนอาการแพนิคและอาการกลัวที่โล่ง (P & A_c) ก่อนการบำบัดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่ม (กลุ่มที่ได้รับยา paroxetine ร่วมกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิก กลุ่มที่ได้รับยา paroxetine ร่วมกับการผ่อนคลาย กลุ่มที่ได้รับยาหลอกร่วมกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิก และกลุ่มที่ได้รับยาหลอกร่วมกับการผ่อนคลาย) มีอาการแพนิคและอาการกลัวที่โล่ง (P & A_c) ดีขึ้นจากก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$)</p> <p>อย่างไรก็ดีผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่มมีคะแนนอาการแพนิคและอาการกลัวที่โล่ง (P & A_c) หลังการบำบัดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.07$)</p> <p>ผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่มมีคะแนน CGI ก่อนการบำบัดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่ม (กลุ่มที่ได้รับยา paroxetine ร่วมกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิก กลุ่มที่ได้รับยา paroxetine ร่วมกับการผ่อนคลาย กลุ่มที่ได้รับยาหลอกร่วมกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิก และกลุ่มที่ได้รับยาหลอกร่วมกับการผ่อนคลาย) มีคะแนน CGI ดีขึ้นจากก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$)</p> <p>และพบว่าหลังการบำบัดกลุ่มที่ได้รับยา paroxetine ร่วมกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีคะแนน CGI แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับยาหลอกร่วมกับการผ่อนคลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	(p<0.05) และกลุ่มที่ได้รับยา paroxetine ร่วมกับการผ่อนคลายมีคะแนน CGI แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับยาหลอกร่วมกับการผ่อนคลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	<ul style="list-style-type: none"> - งานวิจัยสอดคล้องในการแก้ปัญหาทางคลินิกคือวิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสามารถช่วยลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคได้ - งานวิจัยช่วยพยาบาลในการตัดสินใจใช้วิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิคในการลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิค - พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการให้การบำบัดโดยใช้วิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิคมาใช้ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคแพนิค
คุณภาพงานวิจัย	<ul style="list-style-type: none"> - งานวิจัยตีพิมพ์ในวารสาร The World Journal of Biological Psychiatry ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงและน่าเชื่อถือ - เป็นงานวิจัยระดับ 2 ที่มีการจัดระเบียบวิจัยอย่างดีมีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - ผู้วิจัยปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพจิตโดยตรง - ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษาคือการวิจัยแบบกึ่งทดลองที่มีการสุ่ม (Randomized control trial) ตัวแปรที่สำคัญในการวิจัยคือการรักษา รูปแบบต่าง ๆ เพื่อบำบัดผู้ป่วยโรคแพนิค มีการบอกกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคแพนิค - งานวิจัยนี้มีการระบุปัญหา และเหตุผล ที่ทำให้ต้องทำวิจัยคือการศึกษาพบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสามารถช่วยบำบัดผู้ป่วยโรคแพนิค - มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัยชัดเจนคือเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการรักษาด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคแพนิคและตั้งสมมุติฐานงานวิจัยคือการรักษาด้วยยา paroxetine ร่วมกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาด้วยยาหรือการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว - มีการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวางเพื่อสนับสนุนว่าวิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสามารถบำบัดผู้ป่วยโรคแพนิคเพื่อลดอาการแพนิคได้ วรรณกรรมที่ทบทวน

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>คุณภาพงานวิจัย (ต่อ)</p>	<p>ถูกต้อง และทันสมัย และมีการสรุปการทบทวนวรรณกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการระบุกลุ่มตัวอย่าง วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอ - งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ - มีการใช้เครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือในการวัดตรงกับผลลัพธ์หลักในการวิจัยในการประเมินอาการแพนิก - ใช้สถิติวิเคราะห์ Repeated measures ANCOVA เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม และทดสอบความแตกต่างก่อนการบำบัดและระหว่างการบำบัดและสิ้นสุดการบำบัด โดยใช้ความแปรปรวนของข้อมูลพื้นฐานเป็น covariate ซึ่งเป็นสถิติที่เหมาะสมกับการจัดการกับตัวแปร - ผลการวิจัยตอบคำถามงานวิจัยในกลุ่มประชากร คือการใช้วิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสามารถลดอาการแพนิกได้ - มีการสรุปอ้างอิงกลุ่มประชากร มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัยคือไม่สามารถควบคุมการรู้สถานะภาพของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิคและการผ่อนคลาย
<p>แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) พยาบาลสามารถนำแนวทางการบำบัดโดยใช้วิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิคเพื่อลดอาการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิกไปใช้กับผู้ป่วยโรคแพนิกที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพใจของโรงพยาบาลศรีประจันต์ได้เนื่องจากคุณสมบัติของผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยมีความใกล้เคียงกับผู้มารับบริการ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลสามารถนำรูปแบบการบำบัดช่วยเหลือผู้ป่วยโรคแพนิกโดยใช้วิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกมาใช้ได้ เพราะอยู่ในขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องน่าจะให้ความร่วมมือ

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	<p>เพราะเป็นสิ่งที่ประ โยชน์ต่อผู้ป่วยและหน่วยงานมีวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถปฏิบัติได้จริงโดยทำควบคู่ไปกับงานประจำระยะเวลาในการบำบัดไม่มากจนเกินไปคือใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์</p> <p>3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio)</p> <p>โปรแกรมนี้ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายต่อผู้ป่วยและยังเป็นประโยชน์ ต่อผู้ป่วยทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถช่วยลดอาการแพนิคของผู้ป่วยโรคแพนิคได้ ซึ่งมีความคุ้มค่าในการนำโปรแกรมมาใช้เนื่องจากแนวทางในการปฏิบัติเดิมไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ยังไม่มีการดูแลต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาด้วยอาการเดิม ๆ ซ้ำ ๆ ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา หากสามารถนำแนวปฏิบัติกรพยาบาลที่ได้ศึกษามาใช้ภายในหน่วยงานจะช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้</p>
การสรุปเพื่อนำไปใช้	<p>1. การออกกำลังกายแบบแอโรบิคด้วยการเดินหรือวิ่งที่ทำให้หัวใจเต้นเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 70 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดติดต่อกันเป็นระยะเวลา 45 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยหาเส้นทางในสวนสาธารณะหรือป่าใกล้บ้านที่สะดวกในการเดินทางไปออกกำลังกายสามารถลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV (APA 1994) และ ICD-10 (WHO 1991) มีอายุ 18 - 55 ปี โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - เลือกวิธีการออกกำลังกายที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้สะดวก (ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเลือกเส้นทางในการวิ่งที่สามารถเดินทางจากบ้านไปได้สะดวก) - เพิ่มระยะเวลาหรือระยะทางในการออกกำลังกายโดยเพิ่มทีละน้อยจนผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายแบบแอโรบิคได้ (ในงานวิจัยนี้ให้ผู้ป่วยเริ่มออกกำลังกายด้วยการวิ่งระยะทางสั้น ๆ ใช้เวลา 2-4 นาที สลับกับเดินจนสามารถวิ่งได้ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 45 นาทีโดยไม่พัก) - ใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อเสริมแรงจูงใจในการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยโรคแพนิค(ในงานวิจัยนี้ผู้บำบัดจะพบกับผู้ป่วยสัปดาห์ละครั้งเพื่อออกกำลังกายไปด้วยกัน)

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	2. การประเมินผลลัพธ์ สามารถใช้เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์มี ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. Panic and Agoraphobia Scale Score (clinician-rated) (P & A_c) 2. Clinical Global Impression score (observe rating) (CGI; NIMH,1976)



ชื่อเรื่อง : Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States.

ผู้วิจัย : Goodwin, R. D. (2003).

แหล่งที่พิมพ์ : Preventive Medicine, 36(6), 698-703.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอกับการลดอัตราการความผิดปกติทางจิตในผู้ใหญ่ในชุมชน 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอกับความผิดปกติทางจิตเป็นอิสระจากตัวแปรด้านประชากรและปัญหาสุขภาพด้านร่างกายหรือไม่ 3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของจำนวนครั้งของการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอกับการเจ็บป่วยทางจิตในแต่ละโรค
ทุน	-
สมมุติฐานงานวิจัย	การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถลดอัตราการเจ็บป่วยทางจิตในปัจจุบัน
Setting งานวิจัย	-
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	<p>กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มโดยอาศัยความน่าจะเป็นในการโรคร่วมระดับชาติ (The National Comorbidity) ระหว่างเดือนกันยายน ปีค.ศ. 1990 – เดือนกุมภาพันธ์ ปีค.ศ. 1992 จำนวน 5,877 คน อายุระหว่าง 15-54 ปี ซึ่งมีอัตราการตอบกลับร้อยละ 82.4 โดยมีจุดมุ่งหมายหลักในการศึกษาอัตราการป่วยเป็นโรคร่วมและความสัมพันธ์ของการเจ็บป่วยทางจิตในผู้ใหญ่ในชุมชน</p> <p>กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ได้รับการสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างเพื่อคัดกรองโรคทางจิตเวชตามเกณฑ์การวินิจฉัย World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview โดยผู้สัมภาษณ์ที่ได้รับการฝึกแล้วและไม่ใช่แพทย์ โดยได้รับการตรวจสอบความแม่นยำและความน่าเชื่อถือของการวินิจฉัย</p>

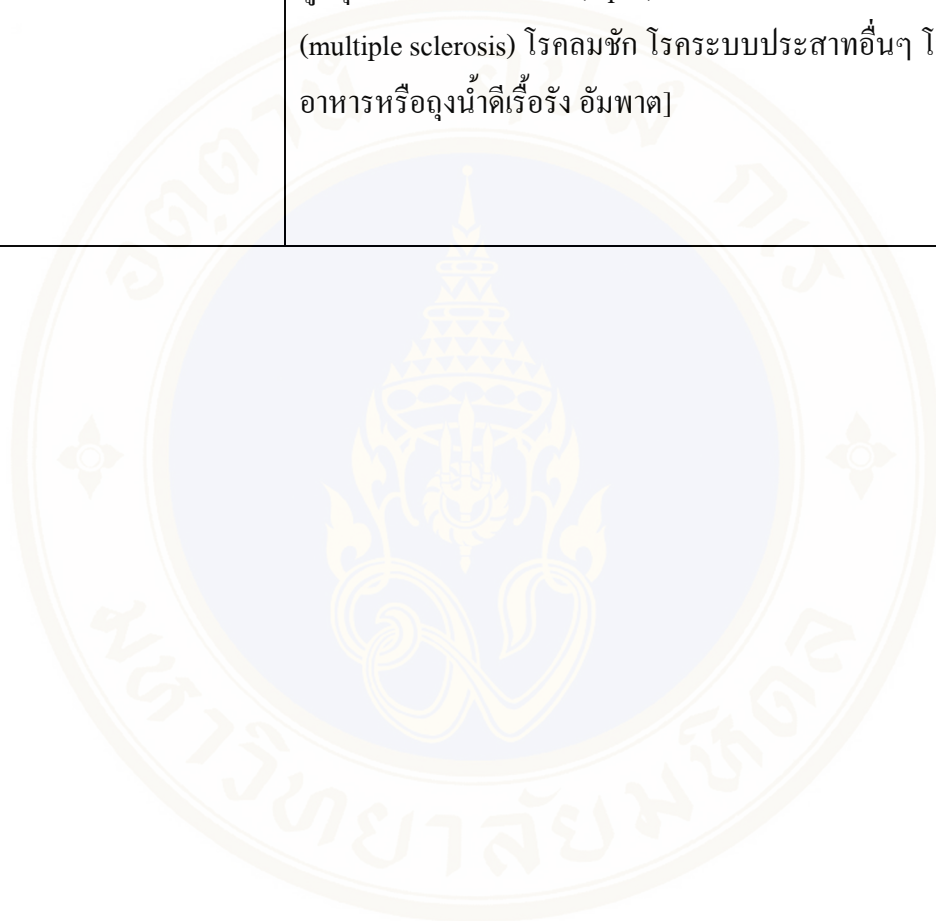
หัวข้อ	รายละเอียด
<p>กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)</p>	<p>เกณฑ์การคัดเข้า</p> <p>การเจ็บป่วยทางจิตประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) โรควิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorder) โรคกลัวที่โล่ง (agoraphobia) โรคกลัวเฉพาะอย่าง (specific phobia) โรคกลัวสังคม (social phobia) โรคแพนิก (panic attacks) โรคประสาทซึมเศร้า (dysthymia) ติดสุรา หรือใช้สารเสพติด (alcohol dependence and substance dependence) ในระยะเวลา 12 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ <p>การเจ็บป่วยทางกายประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรคข้ออักเสบรุนแรง (severe arthritis) โรครูมาตอยด์ (rheumatism) มีปัญหาทางกระดูกและข้อ (bone or joint problems) โรคหอบหืดรุนแรง (severe asthma) หลอดลมอักเสบ (bronchitis) โรคปอดเรื้อรัง (emphysema) วัณโรคปอด (tuberculosis) หรือมีปัญหาเกี่ยวกับปอด โรคเอดส์ (AIDS) โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) โรคเบาหวาน (diabetes) โรคหัวใจ (heart attack or other serious heart trouble) โรคไส้เลื่อน (severe hernia or rupture) โรคตับหรือโรคไตที่มีอาการรุนแรง (severe kidney or liver disease) โรคระบบภูมิคุ้มกันทำงานผิดปกติ (lupus) ไทรอยด์ (thyroid disease) โรคปลอกประสาทอักเสบ (multiple sclerosis) โรคลมชัก (epilepsy) โรคระบบประสาท อื่น ๆ โรคกระเพาะอาหารหรือถุงน้ำดีเรื้อรัง (chronic stomach or gall bladder trouble) โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ในระยะเวลา 12 เดือนก่อนการสัมภาษณ์
<p>เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์</p>	<p>การสำรวจการออกกำลังกายโดยการสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ความถี่ของการออกกำลังกายทั้งในการทำงานหรือในการพักผ่อน โดยให้เลือกตอบว่า ออกกำลังกายสม่ำเสมอ (regularly) ออกกำลังกายบ้างบางครั้ง (occasionally) ออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง (rarely) ไม่ออกกำลังกายเลย (never) ผู้วิจัยระบุกลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกาย (physical activity) หมายถึงผู้ที่ตอบว่า ออกกำลังกายสม่ำเสมอ (regularly) และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ออกกำลังกาย</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	<p>กาย หมายถึงผู้ที่ตอบ ออกกำลังกายบ้างบางครั้ง (occasionally) ออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง (rarely) ไม่ออกกำลังกายเลย (never)</p> <p>สถิติที่ใช้คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> -ใช้สถิติ F-test ในการวิเคราะห์ความแตกต่างของลักษณะทางประชากรและการเจ็บป่วยทางจิตระหว่างผู้ที่ออกกำลังกาย และผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 -ใช้สถิติ Multiple regression ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอกับการเจ็บป่วยทางจิตในปัจจุบัน โดยการตัดอิทธิพลของอายุ เชื้อชาติ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษารายได้ การเจ็บป่วยทางกาย -ใช้สถิติ Kendall's tau-b ในการระบุความสัมพันธ์ของจำนวนครั้งของการออกกำลังกายและการเจ็บป่วยทางจิต
การบำบัด (intervention)	-
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยเชิงสำรวจ
ระดับของงานวิจัย	Level VI
ผลการวิจัย	<p>กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการระบุว่าเป็นผู้ที่ออกกำลังกายมีจำนวนร้อยละ 60.3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีอายุระหว่าง 15-54 ปี</p> <p>กลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและไม่ออกกำลังกายมีลักษณะทางประชากร (เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส อายุ รายได้) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ</p> <p>กลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีการศึกษาน้อย</p> <p>กลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีอัตราการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า อาการกลัวที่โล่ง อาการแพนิค โรควิตกกังวลทั่วไป โรคกลัวเฉพาะอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p < 0.004$, $p < 0.0001$, $p < 0.001$, $p < 0.0001$)</p>
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	- งานวิจัยนี้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายในคลินิก คือผู้ป่วยโรคแพนิคที่ออกกำลังกายมีการป่วยของอาการแพนิคน้อยกว่าผู้ป่วยโรคแพนิคที่ไม่ได้ออกกำลังกาย

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (ต่อ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - งานวิจัยช่วยพยาบาลในการตัดสินใจใช้วิธีการออกกำลังกายในการลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคได้ - พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการให้การสนับสนุนการใช้วิธีการออกกำลังกายมาใช้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคแพนิค
<p>การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์</p>	<ul style="list-style-type: none"> - งานวิจัยตีพิมพ์ในวารสาร Preventive Medicine ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงและน่าเชื่อถือ - เป็นงานวิจัยระดับ 6 ที่มีการจัดระเบียบวิจัยอย่างดี - ผู้วิจัยปฏิบัติงานเกี่ยวกับทางด้านระบาดวิทยา - ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษา ตัวแปรที่สำคัญในการวิจัยเรื่องการออกกำลังกายและการเจ็บป่วยทางจิต มีการบอกกลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่ป่วยทางจิต - งานวิจัยนี้มีการระบุปัญหา และเหตุผล ที่ทำให้ต้องทำวิจัยคือการศึกษาวินิจฉัยพบว่าการออกกำลังกายสามารถส่งผลดีต่อด้านสุขภาพจิต สุขภาพร่างกาย โดยเฉพาะสามารถลดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าได้ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ของการออกกำลังกายกับการกลับป่วยซ้ำของผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต - มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัยชัดเจน - มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการบำบัดช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตโดยใช้การออกกำลังกาย - มีการระบุกลุ่มตัวอย่าง วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน - งานวิจัยนี้มีการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย - ผลการวิจัย บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัยคือทดสอบการใช้วิธีการออกกำลังกายสามารถลดอาการป่วยซ้ำของผู้ที่ป่วยทางจิตได้ - มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัยคือใช้คำถามในเรื่องการออกกำลังกายกว้างเกินไปในการระบุความถี่ของการออกกำลังกาย ชนิดของการออกกำลังกาย และไม่ได้ใช้เครื่องมือในการวัดทางจิตวิทยา

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	<p>1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) พยาบาลสามารถนำแนวทางการบำบัดโดยใช้วิธีการออกกำลังกายเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคไปใช้กับผู้ป่วยโรคแพนิคที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพใจของโรงพยาบาลศรีประจันต์ได้เนื่องจากพบว่าวิธีการออกกำลังกายสามารถลดการป่วยซ้ำของอาการแพนิคและอาการกลัวที่โล่งได้และเนื่องจากคุณสมบัติของผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยมีความใกล้เคียงกับผู้มารับบริการ</p> <p>2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลสามารถนำรูปแบบการบำบัดช่วยเหลือผู้ป่วยโรคแพนิค โดยใช้วิธีการออกกำลังกายมาใช้ได้ เพราะอยู่ในขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องน่าจะให้ความร่วมมือเพราะเป็นสิ่งที่ประโยชน์ต่อผู้ป่วยและหน่วยงานมีวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนสามารถปฏิบัติได้จริงโดยทำควบคู่ไปกับงานประจำ</p> <p>3. ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) โปรแกรมนี้ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายต่อผู้ป่วยและยังเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถช่วยลดอาการแพนิคของผู้ป่วยโรคแพนิคได้ ซึ่งมีความคุ้มค่าในการนำโปรแกรมมาใช้เนื่องจากแนวทางในการปฏิบัติเดิมไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ยังไม่มีการดูแลต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยกลับมาปรึกษาด้วยอาการเดิม ๆ ซ้ำ ๆ ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา หากสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ศึกษามาใช้ภายในหน่วยงานจะช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้</p>
การสรุปเพื่อนำไปใช้	<p>ผู้ป่วยโรคแพนิคที่มีหรือไม่มีอาการกลัวที่โล่ง (Panic disorder with or without agoraphobia) ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การ World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview อายุระหว่าง 15-54 ปี ที่ไม่มีความเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรง ใช้ออกเสปรนแรง โรครูมาตอยด์ มีปัญหาทางกระดูกและข้อ โรคหอบหืดรุนแรง หลอดลมอักเสบ โรคปอดเรื้อรัง วัณโรคปอด หรือมี</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	<p>ปัญหาเกี่ยวกับปอด โรคเอดส์ โรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคไตเสื่อม โรคตับหรือโรคไตที่มีอาการรุนแรง โรคระบบภูมิคุ้มกันทำงานผิดปกติ (lupus) ไทรอยด์ โรคปลอกประสาทอักเสบ (multiple sclerosis) โรคลมชัก โรคระบบประสาทอื่นๆ โรคกระเพาะอาหารหรือถุงน้ำดีเรื้อรัง อัมพาต]</p>



ชื่อเรื่อง : Emotional vulnerability as a function of physical activity among individuals with panic disorder

ผู้วิจัย : Jasper, A. J. S., & Michael, J. Z. (2006).

แหล่งที่พิมพ์ : Depression and Anxiety, 23(2), 102-106.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เป็นการศึกษาเบื้องต้นเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการไม่ออกกำลังกาย (physical inactivity) และความแปรปรวนทางอารมณ์ในผู้ป่วยโรคแพนิค
ทุน	-
สมมุติฐานงานวิจัย	บุคคลที่มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่ออกกำลังกาย (physical inactivity) จะมีระดับความไวต่อความวิตกกังวลสูงกว่าและมีความรุนแรงของอาการแพนิคสูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลที่มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่กระตือรือร้น (active lifestyles)
Setting งานวิจัย	-
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	<p>กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่อายุ 39 คน (ผู้หญิงร้อยละ 69) จากชุมชน Burlington และ Vermont ได้มาโดยการประกาศเชิญชวนเข้าร่วมวิจัยการมีอาการแพนิคและโรคแพนิคในหนังสือพิมพ์และประกาศชุมชน</p> <p>ผู้ที่เห็นประกาศและมีความสนใจจำนวน 51 คนระบุว่าตนเองมีปัญหาทางสุขภาพจิตและติดต่อกลับมา ในจำนวนนี้เมื่อได้รับการคัดกรองทางโทรศัพท์ที่ได้รับการคัดออกจำนวน 12 คน เนื่องจากในปัจจุบันไม่มีปัญหาโรคแพนิคอย่างชัดเจน</p> <p>กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อคัดกรองโรควิตกกังวลตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV (ADIS-IV; DiNardo et al., 1994) โดยแพทย์ที่ได้รับการฝึกหัดแล้ว</p> <p>เกณฑ์การคัดเข้า</p> <p>-ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าป่วยเป็นโรคแพนิค (มีหรือไม่มีอาการ agoraphobia)</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)</p>	<p>เกณฑ์การคัดออก</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปัจจุบันมีความคิดฆ่าตัวตาย - มีความเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรง (โรคหัวใจ โรคลมชัก และโรคหอบหืดหรือโรคทางเดินหายใจที่รุนแรง) - มีความสามารถทางสติปัญญาจำกัด - ไม่สามารถเซ็นยินยอมการเข้าร่วมวิจัยได้ <p>กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มีอายุ 18-45 ปี (อายุเฉลี่ย 25.86 ปี SD =8.77) ส่วนใหญ่เป็นชาวคอเคเซียน (ร้อยละ 92) มีอาการป่วยด้วยโรคแพนิคเฉลี่ย 3.9 ปี (SD = 4.9) ในจำนวนนี้ผู้ป่วยจำนวน 29 คนได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรค วิตกกังวลทั่วไป (จำนวน 12 คน) โรคกลัวที่เฉพาะเจาะจง (จำนวน 6 คน) โรคกลัวสังคม (จำนวน 6 คน) posttraumatic stress disorder (จำนวน 3 คน) โรควิตกกังวล (not otherwise specified)(จำนวน 2 คน) โรคย้ำคิดย้ำทำ (จำนวน 1 คน) ร่วมด้วย กลุ่มตัวอย่างจำนวนครึ่งหนึ่งได้รับยา 1 ชนิด หรือมากกว่า เพื่อรักษาปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจ</p> <p>ผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดกรองคุณสมบัติทางโทรศัพท์มาที่ห้อง Lab ให้กลุ่มตัวอย่าง เซ็นต์ยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย และได้รับการสัมภาษณ์โดยแพทย์ผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการฝึกหัดแล้ว</p> <p>กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การสัมภาษณ์ตอบแบบสอบถามให้รายงานตนเอง และได้รับเงิน 40 เหรียญ</p> <p>การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก University of Vermont Institutional Review Board</p>
<p>เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์</p>	<p>การสำรวจการออกกำลังกายโดยใช้ Exercise Health Survey (EHS; Zvolensky, 2002) ซึ่งประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ จำนวนประเภท และระดับการออกกำลังกาย (physical activity) โดยถามว่ากลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายเฉลี่ยกี่วันในหนึ่งสัปดาห์ และออกกำลังกายแต่ละครั้งเป็นระยะเวลาเท่าไร (น้อยกว่า 20 นาที 20-29 นาที 30-39 นาที 40-49 นาที หรือมากกว่า 50 นาที) และให้กลุ่มตัวอย่าง</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	<p>ระบุประเภทของการออกกำลังกายว่าเป็นการออกกำลังกายแบบ aerobic หรือการออกกำลังกายแบบ nonaerobic ผู้วิจัยระบุกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ออกกำลังกาย (physical inactivity) โดยใช้คะแนนการออกกำลังกาย 0 ครั้งต่อสัปดาห์</p> <p>ความรุนแรงของอาการแพนิคโดยใช้ Panic Disorder Severity Scale (PDSS; Shear et al., 1997) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างที่ใช้กับผู้ป่วยโรคแพนิค โดยสัมภาษณ์เกี่ยวกับความถี่ ความรุนแรง และการคาดทำนายอาการวิตกกังวล (anticipatory anxiety) การหลีกเลี่ยงสถานการณ์และการกระตุ้นให้เกิดอาการแพนิค (avoidance of sensations and situations) ความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมและการประกอบอาชีพ</p> <p>ความไวต่ออาการวิตกกังวลโดยใช้ Anxiety Sensitivity Index (ASI; Reiss et al., 1986) ซึ่งประกอบด้วยอาการ 3 ประเภท คือ ความไวต่ออาการทางกาย ความไวต่อการขาดความสามารถด้านจิตใจ ความไวต่ออาการด้านสังคม มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อให้ผู้ผู้ป่วยตอบบนมาตรวัดลิเกิร์ต (0 คะแนน = มีอาการเพียงเล็กน้อย ถึง 4 คะแนน = มากที่สุด) เกี่ยวกับความกลัวสิ่งที่เกิดตามมาจากอาการวิตกกังวล</p>
การบำบัด (intervention)	-
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยเชิงสำรวจ
ระดับของงานวิจัย	Level VI
ผลการวิจัย	<p>กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 39 คน</p> <p>กลุ่มตัวอย่างได้รับการระบุว่าเป็นผู้ไม่ออกกำลังกาย (physical inactivity) จำนวน 13 คน (ร้อยละ 33)</p> <p>กลุ่มตัวอย่างที่ปัจจุบันออกกำลังกายแบบ aerobic จำนวน 24 คน (เดิน วิ่ง เต้นแอโรบิก ว่ายน้ำ ออกกำลังกายโดยใช้เครื่องมือ) เป็นผู้ที่ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 73 และออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง</p> <p>กลุ่มตัวอย่างได้รับการระบุว่าเป็นผู้ไม่ออกกำลังกายและกลุ่มตัวอย่างที่ปัจจุบันออกกำลังกายมีลักษณะทางประชากรไม่แตกต่างกัน</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	<p>(ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคแพนิค การมีโรคร่วมทางจิตเวชและทางกาย การใช้ยา)</p> <p>กลุ่มตัวอย่างได้รับการระบุว่าเป็นผู้ไม่ออกกำลังกายมีคะแนนความรุนแรงของอาการแพนิค) และมีระดับความไวต่ออาการวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ปัจจุบันออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $p < 0.01$)</p>
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	<ul style="list-style-type: none"> - งานวิจัยนี้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายในคลินิก คือผู้ป่วยโรคแพนิคที่ออกกำลังกายแบบแอโรบิคติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ที่มีความรุนแรงของอาการแพนิคน้อยกว่าผู้ป่วยโรคแพนิคที่ไม่ออกกำลังกาย - งานวิจัยช่วยพยาบาลในการตัดสินใจใช้วิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิคในการลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคได้ - พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการให้การสนับสนุนการใช้วิธีการออกกำลังกายมาใช้ปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยโรคแพนิค
คุณภาพงานวิจัย	<ul style="list-style-type: none"> - งานวิจัยตีพิมพ์ในวารสาร Journal of Depression and Anxiety ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงและน่าเชื่อถือ - เป็นงานวิจัยระดับ 6 ที่มีการจัดระเบียบวิจัยอย่างดี - ผู้วิจัยปฏิบัติงานเกี่ยวกับแผนก/สถาบันด้านสุขภาพจิตโดยตรงและเกี่ยวข้องโดยตรง - ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษา ตัวแปรที่สำคัญในการวิจัยเรื่องของอาการวิตกกังวลและอาการแพนิค มีการบอกกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคแพนิค - งานวิจัยนี้มีการระบุปัญหา และเหตุผล ที่ทำให้ต้องทำวิจัยคือ ต้องการศึกษเปรียบเทียบการลดอาการวิตกกังวลและอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคที่ออกกำลังกายและไม่ได้ออกกำลังกาย - มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัยคือเป็นการศึกษาเบื้องต้นเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการไม่ออกกำลังกาย (physical inactivity) และความแปรปรวนทางอารมณ์ในผู้ป่วยโรคแพนิค - มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการบำบัด

หัวข้อ	รายละเอียด
คุณภาพงานวิจัย (ต่อ)	<p>ผู้ป่วยโรคแพนิคเพื่อลดอาการวิตกกังวลและอาการแพนิคโดยใช้การออกกำลังกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการระบุกลุ่มตัวอย่าง วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน - งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก University of Vermont Institutional Review Board - มีการใช้เครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือในการวัดตรงกับผลลัพธ์หลักในการวิจัยในการประเมินอาการวิตกกังวลและอาการแพนิค คือ ประเมินความรุนแรงของอาการแพนิคโดยใช้ Panic Disorder Severity Scale ประเมินความไวต่ออาการวิตกกังวลโดยใช้ Anxiety Sensitivity Index - งานวิจัยนี้มีการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย - ผลการวิจัย บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัยคือทดสอบการใช้วิธีการออกกำลังกายสามารถลดอาการวิตกกังวลและอาการแพนิคได้ - มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย มีการสรุปอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายและข้อเสนอแนะในการบำบัดผู้ป่วยโรคแพนิคโดยใช้การออกกำลังกาย โดยเสนอแนะในเรื่องความสัมพันธ์ของความรุนแรงของอาการแพนิคและการออกกำลังกายว่าความรุนแรงของอาการแพนิคอาจมีผลต่อการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคแพนิค
แนวโน้มนำไปใช้ได้ในทางปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) พยาบาลสามารถนำแนวทางการบำบัดโดยใช้วิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพื่อลดอาการแพนิคในผู้ป่วยโรคแพนิคไปใช้กับผู้ป่วยโรคแพนิคที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพใจของโรงพยาบาลศรีประจันต์ได้เนื่องจากคุณสมบัติของผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยมีความใกล้เคียงกับผู้มารับบริการ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลสามารถนำรูปแบบการบำบัดช่วยเหลือผู้ป่วยโรค

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>แนวโน้มนำไปใช้ ได้ในการศึกษาปฏิบัติ (ต่อ)</p>	<p>แพนิก โดยใช้วิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกมาใช้ได้ เพราะอยู่ในขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องน่าจะให้ความร่วมมือ เพราะเป็นสิ่งที่ประ โยชน์ต่อผู้ป่วยและหน่วยงานมีวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถปฏิบัติได้จริงโดยทำควบคู่ไปกับงานประจำ</p> <p>3. ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio)</p> <p>โปรแกรมนี้ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายต่อผู้ป่วยและยังเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถช่วยลดอาการแพนิกของผู้ป่วยโรคแพนิกได้ ซึ่งมีความคุ้มค่าในการนำโปรแกรมมาใช้เนื่องจากแนวทางในการปฏิบัติเดิมไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ยังไม่มีการดูแลต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาด้วยอาการเดิม ๆ ซ้ำ ๆ ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา หากสามารถนำแนวปฏิบัติการศึกษาที่ได้ศึกษามาใช้ภายในหน่วยงานจะช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้</p>
<p>การสรุปเพื่อนำไปใช้</p>	<p>1. ผู้ป่วยโรคแพนิกที่มีหรือไม่มีอาการกลัวที่โล่ง (Panic disorder with or without agoraphobia) ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV อายุระหว่าง 18-45 ปี ที่ไม่มีความเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรง (โรคหัวใจ โรคลมชัก และโรคหอบหืดหรือโรคทางเดินหายใจที่รุนแรง) ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ที่ออกกำลังกายแบบแอโรบิกติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์มีความรุนแรงของอาการแพนิกน้อยกว่าผู้ป่วยโรคแพนิกที่ไม่ออกกำลังกาย</p> <p>2. เครื่องมือที่สามารถนำไปใช้ประเมินการแพนิกในผู้ป่วยโรคแพนิกคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ประเมินความรุนแรงของอาการแพนิก โดยใช้ Panic Disorder Severity Scale (PDSS; Shear et al.,1997) 2) ประเมินความไวต่ออาการวิตกกังวลโดยใช้ Anxiety Sensitivity Index (ASI; Reiss et al.,1986)

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล	นางสาวอรวรรณ์ เมฆเคลื่อน
วัน เดือน ปีเกิด	11 มิถุนายน 2517 อายุ 36 ปี
สถานที่เกิด	จังหวัดสุพรรณบุรี ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครุงเทพ, 2538 จังหวัดกรุงเทพฯ พยาบาลศาสตร์ ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครุงเทพ, 2544 จังหวัดกรุงเทพฯ พยาบาลศาสตร์บัณฑิต
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 87 หมู่ 3 ตำบลบ้านกร่าง อำเภอศรีประจันต์ สุพรรณบุรี 72140 โทรศัพท์ 03-5582246
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลศรีประจันต์ 218 หมู่ 1 ตำบลวังน้ำซับ อำเภอศรีประจันต์ สุพรรณบุรี 72140 โทรศัพท์ 03-5581749-50 ต่อ 201-202 มือถือ 086- 1660249 E-Mail address: orawan_yuk@hotmail.com