

ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล*

นรลักษณ์ เอื้อกิจ**

สุชาติ ไชยโรจน์***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยทำนายได้แก่ อายุ ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัด ค่าการบีบตัวของหัวใจ โรคร่วม ความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 18-59 ปี จำนวน 123 คน ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกโรคร่วม แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 58.03, S.D. = 3.90) พฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าการบีบตัวของหัวใจและความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ($r = .678$, $r = .583$ และ $r = .549$ ตามลำดับ) โรคร่วม อายุและระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ($r = -.565$, $r = -.554$ และ $r = -.537$ ตามลำดับ) พฤติกรรมการดูแลตนเอง โรคร่วม ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัด อายุ ค่าการบีบตัวของหัวใจและความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัดสามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 74

ผลการศึกษาทำให้เกิดความเข้าใจในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรู้เรื่องโรค พฤติกรรมการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

คำสำคัญ : ปัจจัยทำนาย, ภาวะสุขภาพ, ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

* พยาบาล หอผู้ป่วยวิกฤต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

Predicting factors of health status among patients after coronary artery bypass graft surgery

Teepatad Chintapanyakun*

Noraluk Ua-Kit**

Suchart Chaiyaroj***

Abstract

The purposes of this predictive research were to study health status and to examine the predictability of predicting factors. Data were collected from 123 patients with coronary artery bypass graft surgery (males and females) aged between 18 and 59 years were recruited from a multistage random sampling in the cardiac clinic at the Ramathibodi Hospital and Phramongkutklo Hospital. The instruments were composed of demographic information, comorbidity, knowledge of the disease and operation, self-care behavior, and the short form-36 health survey (SF-36) questionnaire. Data were analyzed using descriptive and stepwise multiple regression statistics.

Findings indicated that the mean score of the health status in coronary artery bypass graft surgery patients was good (Mean = 58.03, S.D. = 3.90). Self-care behavior, ejection fraction, and knowledge of the disease were positively related to health status in patients with coronary artery bypass graft surgery at the level of .05 ($r = .678$, $r = .583$, and $r = .549$ respectively) and comorbidity, ages, NYHA functional classes were negatively related to health status in patients with coronary artery bypass graft surgery at the level of .05 ($r = -.565$, $r = -.554$, $r = -.537$ respectively) In addition, self-care behavior, comorbidity, NYHA functional classes, ages, ejection fraction, and knowledge of the disease were good predictors with 74% of total variances explained for health status in patients with coronary artery bypass graft.

The results enhanced understanding of how to develop the knowledge and self-care behavior program among patients with coronary artery bypass graft surgery.

Keywords : predicting factors, health status, coronary artery bypass graft surgery

* Registered Nursing in Intensive Care Unit, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

*** Associate Professor, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา^{1,2} จากสถิติของ American Heart Association (AHA) ปี ค.ศ. 2014 พบว่าประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีจำนวนถึง 15.4 ล้านคน นับว่าเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยอันดับหนึ่ง ซึ่งในกลุ่มนี้มีอัตราการตาย 113.6 คนต่อประชากรแสนคน³ สอดคล้องกับสถิติของประเทศไทย พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 -2555 มีอัตราการตายในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากร 100,000 คน คิดเป็นอัตรา 28.9, 31.4 และ 32.9 ราย ตามลำดับ⁴ ร้อยละ 90 มีสาเหตุจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีอุดตันจากการแตกคราบไขมันร่วมกับการมีลิ้มเลือดอุดตันจนเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบส่งผลให้ไม่มีการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ⁵⁻⁶ วิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในปัจจุบันมี 3 วิธีคือ การรักษาด้วยการใช้ยา การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือใส่ขดลวด และการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft: CABG)⁷ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) เป็นวิธีที่นิยมมากที่สุดมีเป้าหมายหลักเพื่อนำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้มากขึ้น บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ป้องกันกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ยังตื้ออยู่ไม่ให้เกิดการสูญเสียมากขึ้น ป้องกันการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน อีกทั้งเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตที่ยาวนานมากขึ้นและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น^{8,9}

ภาวะสุขภาพ (health status) เป็นความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจตามการรับรู้ของตนเอง¹⁰ นั่นก็คือภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจครอบคลุมการประเมินภาวะสุขภาพ 2 ด้านคือ ด้านร่างกาย ประกอบด้วยการทำหน้าที่ของร่างกาย บทบาทถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย การรับรู้เกี่ยวกับอาการปวด ความมีชีวิตชีวา และการรับรู้ภาวะ

สุขภาพโดยทั่วไป และด้านจิตใจ ประกอบด้วยหน้าที่ทางสังคม ภาวะสุขภาพจิต และบทบาทถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์¹⁰⁻¹²

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลกระทบจากการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ ด้านร่างกายผู้ป่วยอาจมีอาการหอบเหนื่อย อาการเจ็บหน้าอก มีปัญหาการนอนหลับ และข้อจำกัดการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย¹³ ต่อมาเมื่อเข้าสู่เดือนที่ 6 ผู้ป่วยบางรายจะมีอาการหอบเหนื่อย อาการเจ็บหน้าอกดีขึ้นและสามารถเคลื่อนไหวและออกกำลังกายได้มากขึ้น¹⁴ แต่การศึกษาของ Kulawong² พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บปวด ความมีชีวิตชีวา การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจไปแล้ว 1 เดือนและ 6 เดือนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อถึงระยะเวลา 1 ปีหลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลับมีอาการเจ็บหน้าอกจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเพิ่มขึ้น¹⁵ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลและได้รับการผ่าตัดซ้ำ ร้อยละ 15-18^{15,16}

ส่วนด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจใน 1 เดือนแรกมีภาวะซึมเศร้าโดยเฉลี่ยร้อยละ 60 และเมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน ภาวะซึมเศร้าลดลงเหลือร้อยละ 40 และยังมีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ร้อยละ 44 นานถึง 9 เดือน อีกทั้งผู้ป่วยมีความวิตกกังวลระดับมาก โดยเฉลี่ยร้อยละ 50 ใน 7 วันแรกหลังผ่าตัด และเมื่อระยะเวลาผ่านไป 2 เดือน ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยจะลดลงเหลือร้อยละ 24 และยังมีระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยอยู่ร้อยละ 22 นานถึง 1 ปี¹⁷ และ Kulawong² ศึกษาพบว่าปัจจัยด้านภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ บทบาทถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์ การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจไป

แล้ว 1 เดือนและ 6 เดือนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่งผลเสียต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวันและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง¹⁴ จากที่กล่าวข้างต้นการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนผ่านของภาวะสุขภาพขณะที่ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยหลังได้รับการผ่าตัด ทำให้ผู้วิจัยรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงมีความสนใจศึกษาภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจไปแล้ว 6-12 เดือน

การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยตามแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis¹⁸ กล่าวว่า การเปลี่ยนผ่านที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย มีผลต่อบุคคล และครอบครัว ในที่นี้ก็คือผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการดูแลรักษาโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นต้องกลับไปพักฟื้นที่บ้าน การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นจะเกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพได้ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยให้มีความรู้ในการดูแลตนเองและสามารถช่วยเหลือตนเองตามบทบาทที่อยู่ภายใต้ข้อจำกัดได้เหมาะสมจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่า อายุ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 55 ปี สามารถกลับมาดำเนินกิจวัตรประจำวันได้เร็วกว่า สามารถกลับไปทำงานได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 55 ปี²¹ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Wu และคณะ²² พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี และที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี มีความสามารถในการ

ดำรงชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัด (NYHA-FC) มีการศึกษาพบว่าระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัดเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ² ค่าการบีบตัวของหัวใจ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ พบว่าค่าการบีบตัวของหัวใจก่อนผ่าตัดสามารถทำนายภาวะสุขภาพด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ²³ และโรคร่วม เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพภายหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และไขมันในเลือดสูง^{24,25} ส่งผลต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกายของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยที่กลับมาอนรรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อยอันเกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้ผู้ต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำ ในส่วนปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ขณะรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาและวิธีการปฏิบัติตัว รวมถึงการให้ข้อมูลที่ไม่ชัดเจน ไม่ต่อเนื่องของพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในเหตุการณ์คุกคามที่จะเกิดขึ้น ทำให้แสดงพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมออกมาส่งผลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย²⁶ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญของผู้ป่วย เป็นผลมาจากผู้ป่วยเมื่อได้รับความรู้มาแล้วสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพ^{8,9} ดังเช่นการศึกษาของ Peterson และคณะ²⁷ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ไม่ปรับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งการปรับพฤติกรรม การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยเฉพาะภาวะสุขภาพด้านร่างกาย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน¹⁸ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยเลือกศึกษาการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ อายุ ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัด (NYHA-FC) ค่าการบีบตัวของหัวใจ และโรคร่วม และเลือกศึกษาเงื่อนไขส่วนบุคคล ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เพื่อเป็นแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้มีความพร้อมในเรื่องความรู้และการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยเชิงทำนายที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน¹⁸ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่ง ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านได้อธิบายการเปลี่ยนแปลงของบุคคลจากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในแต่ละช่วงของชีวิต ถ้าสามารถทำความเข้าใจกับสถานการณ์การเปลี่ยนผ่าน รับรู้ถึงปัจจัยเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านร่วมกับมีการเตรียมตัวที่ดี ย่อมสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่สภาวะใหม่ได้ง่ายและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน¹⁸ ประกอบด้วย ปัจจัย 3 อย่าง คือ 1) การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (health/illness transition) ของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ เป็นต้น และปัจจัยทางด้านสุขภาพ เช่น โรคประจำตัวหรือภาวะโรคร่วม ระดับสมรรถนะของหัวใจ ค่าการบีบตัวของหัวใจ เป็นต้น 2) เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (transition condition) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการ

ส่งเสริมและยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเตรียมความพร้อมและความรู้ (preparation & knowledge) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้สอดคล้องกับบริบทและสามารถฟื้นตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) รูปแบบของการตอบสนอง (patterns of response) สามารถประเมินได้ทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ โดยดัชนีชี้วัดกระบวนการเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี มีความรู้สึกผาสุก มีความสุขสบายและพฤติกรรมที่เป็นปกติอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข ส่วนดัชนีชี้วัดของผลลัพธ์ถือว่าเป็นผลมาจากกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่เสร็จสมบูรณ์แล้วนั่นก็คือภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาผลลัพธ์ของกระบวนการเปลี่ยนผ่านคือ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจไปแล้ว 6-12 เดือน โดยศึกษาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย อายุ ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัด ค่าการบีบตัวของหัวใจ โรคร่วม ความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุ ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัด ค่าการบีบตัวของหัวใจ โรคร่วม ความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัด ค่าการบีบตัวของหัวใจ โรคร่วม ความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด และพฤติกรรมการดูแลตนเองสามารถ

ร่วมทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย (predictive research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลสังกัดของรัฐระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 18-59 ปี ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลสังกัดของรัฐระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G*Power²⁸ กำหนดค่าขนาดอิทธิพลปานกลาง เท่ากับ 0.15 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.90 และกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ระดับ 0.05 เพื่อศึกษาตัวแปรต้น 6 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 123 คน มีคุณสมบัติดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี และได้ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรก 2) ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมาแล้ว 6 เดือน แต่ไม่เกิน 12 เดือน 3) มีความเข้าใจ และสามารถสื่อสารด้วยการพูดและฟังภาษาไทยได้ดี และ 4) ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม 5 ชุด

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้กรอกข้อมูลเอง ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว

ชนิดของการผ่าตัด จำนวนเส้นเลือดที่เบี่ยงเส้นเลือดระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัด ค่าการบีบตัวของหัวใจ ข้อมูลส่วนนี้รวบรวมจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยและจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

2) แบบบันทึกโรคร่วม ผู้วิจัยใช้ของ Charlson Criteria Checklist (CCI) พัฒนาโดย Charlson และคณะ²⁹ แปลเป็นภาษาไทยโดยเกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์³⁰ ผู้วิจัยประเมินจากประวัติของผู้ป่วยหรือเวชระเบียน ได้แก่ ดัชนีค่าน้ำหนักคะแนนของโรคร่วม 19 กลุ่มโรค ซึ่งหลักในการให้คะแนนนั้นจะให้ตามความรุนแรงของโรคคือ 1, 2, 3 หรือ 6 คะแนน และหากผู้ป่วยไม่มีโรคร่วมจะให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน ผลรวมของคะแนนมีค่าตั้งแต่ 0-37 คะแนน โดยมีเกณฑ์แบ่งระดับเป็น 4 ระดับ²⁹ ได้แก่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีโรคร่วม, 1-2 คะแนน หมายถึง มีโรคร่วมน้อย, 3-4 คะแนน หมายถึง มีโรคร่วมปานกลาง และมากกว่า 4 คะแนน หมายถึง มีโรคร่วมมาก ค่า inter-rater reliability มีค่าเท่ากับ 0.96

3) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมร่วมกับดัดแปลงข้อคำถามจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดของรัตนา แตรงอด¹⁹ ได้แก่ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การผ่าตัดรักษา และภาวะแทรกซ้อนและการป้องกัน จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัดสูง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .80 และค่าคูเดอริชาร์ดสัน²⁰ (KR-20) เท่ากับ 0.81

4) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมร่วมกับดัดแปลงข้อคำถามจากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของรัตนา แตรงอด¹⁹ ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วม การป้องกัน ฝ้าระวังและจัดการกับภาวะแทรกซ้อน การรับประทุษร้าย และการจัดการกับผลข้างเคียงของยา การออกกำลัง

กายและกิจกรรมอื่นๆ และการติดตามการรักษาการตรวจ จำนวน 28 ข้อ ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาได้ตัดข้อคำถามทิ้ง 1 ข้อ และเพิ่มข้อคำถามอีก 3 ข้อ จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบ มี 3 ระดับ (ทำเป็นประจำ - ไม่เคยทำ) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 30-90 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.76

5) แบบสอบถามภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ (The Short Form-36 Health Survey: SF-36) เป็นเครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้นโดย Ware & Sherbourne³¹ และได้ปรับปรุงพัฒนาเป็นฉบับที่ 2 (version 2.0 of the SF-36: SF-36v2) โดย Ware, Kosinski, & Dewey¹⁰ แปลเป็นภาษาไทยโดยวัชร เลอฆานกุลและปารณีย์ มีแต่มี³³ มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ครอบคลุมการประเมินสุขภาพ 8 ด้าน โดยแต่ละด้านมีคะแนนด้านละ 100 คะแนน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .83 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.73 การแบ่งคะแนนภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยคำนวณคะแนนแยกเป็นรายด้านรวม 8 ด้าน โดยแต่ละด้านมีคะแนนด้านละ 100 คะแนน แล้วนำคะแนนทั้ง 8 ด้านมารวมกันหาค่าเฉลี่ยเป็น 100 คะแนน ซึ่งเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 2 ระดับ³² ดังนี้ ต่ำกว่าร้อยละ 50 หมายถึง ภาวะสุขภาพไม่ดี และมากกว่าร้อยละ 50 หมายถึง ภาวะสุขภาพดี

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและศึกษาจากแฟ้มประวัติ และฐานระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล เพื่อสำรวจกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ระบุไว้ข้างต้น เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย เมื่อ

กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ละคน โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง 4 ชุด โดยชุดที่ 2 ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเอง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดีในวันที่ 14 กรกฎาคม 2558 และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในวันที่ 29 ตุลาคม 2558 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติบรรยายได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พิจารณาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นของตัวแปรอิสระพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในอยู่ระหว่าง 0.22-0.50 พิจารณาค่า tolerance อยู่ระหว่าง 0-1 VIF < 10 และค่า Durbin-Watson = 1.858 จึงไม่เกิดภาวะ autocorrelation ผลวิเคราะห์เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น²⁸

ผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 65) อายุระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 77.2) (Mean = 53.40, S.D. = 4.79) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.7) ส่วนใหญ่สถานภาพ

สมรสคู่ (ร้อยละ 80.5) ระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 44.7) รองลงมาคือมัธยมศึกษา (ร้อยละ 23.6) และปริญญาโท (ร้อยละ 16.3) ตามลำดับ ส่วนรายได้ครอบครัวต่อเดือน 20,000 บาทขึ้นไปพบมากที่สุด (ร้อยละ 65.9) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ/พนักงานราชการ (ร้อยละ 31.8) รองลงมาคือ ค้าขาย (ร้อยละ 15.4) และรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 13.8) ตามลำดับ ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัดส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ 1 (NYHA-FC class 1) (ร้อยละ 50.4) รองลงมาคือระดับที่ 2 (NYHA-FC class 2) (ร้อยละ 33.3) ชนิดของการผ่าตัดที่ได้รับการผ่าตัดมากที่สุดคือ off pump coronary artery bypass graft (OPCAB) (ร้อยละ 82.1) รองลงมาคือ on pump beating heart (ร้อยละ 9.8) จำนวนเส้นเลือดที่ได้รับการเบี่ยงมากที่สุดคือ 3 เส้น (ร้อยละ 52.8) รองลงมาคือ 4 เส้น (ร้อยละ 44.8) ค่าการบีบตัวของหัวใจก่อนการผ่าตัดมีค่าระหว่าง 51-60% มากที่สุด (ร้อยละ 32.5) รองลงมาคือ 60% ขึ้นไป (ร้อยละ 28.5) (Mean = 54.08, S.D. = 9.94)

คะแนนโรคร่วมของกลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมน้อย (Min-Max = 0-5, Median = 2, Mean = 1.44, S.D. = 1.09) ความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด

และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 25.02, S.D. = 2.46 และ Mean = 80.46, S.D. = 3.56 ตามลำดับ)

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 56.51, S.D. = 2.90 และ Mean = 58.99, S.D. = 3.12 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านทั้ง 8 ด้าน พบว่าด้านความมีชีวิตชีวา มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 67.24, S.D. = 3.58) รองลงมาคือ ด้านภาวะสุขภาพจิตทั่วไป (Mean = 60.72, S.D. = 4.05) และด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (Mean = 60.50, S.D. = 3.37) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Mean = 52.08, S.D. = 5.03) ดังนั้นเมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพทั้งโดยรวมพบว่าอยู่ในระดับดี (Mean = 58.03, S.D. = 3.90) แสดงให้เห็นว่าการศึกษารุ่นนี้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับดี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามรายด้านและโดยรวมของภาวะสุขภาพ (n = 123)

ภาวะสุขภาพ	Mean	S.D.	Min	Max	การแปลผล
ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	56.07	2.10	46.5	57.0	ดี
ด้านบทบาทถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาด้านร่างกาย	56.12	4.07	27.5	56.9	ดี
ด้านบทบาทถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์	55.04	3.65	24.8	55.9	ดี
ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	52.08	5.03	35.0	56.8	ดี
ด้านการรับรู้ความเจ็บปวด	56.48	5.36	37.2	62.1	ดี
ด้านภาวะสุขภาพจิตทั่วไป	60.72	4.05	41.6	64.1	ดี
ด้านความมีชีวิตชีวา	67.24	3.58	55.2	70.8	ดี
ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป	60.50	3.37	50.6	63.9	ดี
ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย	56.51	2.90	42.5	61.1	ดี
ภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ	58.99	3.12	49.9	63.6	ดี
ภาวะสุขภาพโดยรวม	58.03	3.90	39.80	60.94	ดี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .678$) ค่าการบีบตัวของหัวใจและความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .583$ และ $r = .549$ ตามลำดับ) ส่วนโรคร่วม อายุและ

ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.565$, $r = -.554$ และ $r = -.537$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง โรคร่วม ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัด อายุ ค่าการบีบตัวของหัวใจและความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัดสามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 74 ($R^2 = .740$, $p < .05$) ดังตารางที่ 3 และสามารถสร้างสมการเชิงทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$\bar{Z} \text{ ภาวะสุขภาพ} = .297 Z^* \text{พฤติกรรมการดูแลตนเอง} - .158 Z^* \text{โรคร่วม} - .200 Z^* \text{ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัด} - .204 Z^* \text{อายุ} + .214 Z^* \text{ค่าการบีบตัวของหัวใจ} + .189 Z^* \text{ความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด}$$

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์ และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix) (n = 123)

	1	2	3	4	5	6	7
1 ภาวะสุขภาพ	1.000						
2 อายุ	-.554**	1.000					
3 ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัด (NYHA-FC)	-.537**	.242**	1.000				
4 ค่าการบีบตัวของหัวใจ	.583**	-.294**	-.386**	1.000			
5 โรคร่วม	-.565**	.501**	.244**	-.359**	1.000		
6 ความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด	.549**	-.292**	-.278**	.222*	-.420**	1.000	
7 พฤติกรรมการดูแลตนเอง	.678**	-.351**	-.382**	.447**	-.337**	.442**	1.000

**p < .01, *p < .05

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) (n = 123)

Factors	B	β	t	p-value	Tolerance	VIF
(ค่าคงที่)	331.518		11.302	.000		
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	1.606	.297	4.990	.000	.634	1.577
โรคร่วม	-2.781	-.158	-2.656	.009	.634	1.577
ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัด	-4.810	-.200	-3.735	.000	.780	1.282
อายุ	-.819	-.204	-3.616	.000	.705	1.418
โรคร่วม	.415	.214	3.785	.000	.703	1.423
ความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด	1.477	.189	3.359	.001	.710	1.408

Overall F = 54.891 (p = .05), R = .860, R² = .740, Adjusted R² = .726, Durbin-Watson = 1.858

การอภิปรายผล

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี (Mean = 53.40, S.D. = 4.79) ถือว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความสามารถในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ป่วยสูงอายุ (อายุมาก 60 ปี) รวมถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและการฟื้นตัวที่ดีกว่า ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่ดีกว่าผู้ป่วยสูงอายุ อาจ

กล่าวได้ว่าภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี มีภาวะสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี 34 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Kulawong² ได้ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (Mean = 61.75, S.D. = 8.88) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุ ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจภายหลังได้รับการผ่าตัด

ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจไปแล้ว 1 เดือนและ 6 เดือนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ด้านร่างกาย กลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจได้รับการแก้ไขทำให้สามารถบีบเลือดออกจากหัวใจไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ มีอาการหอบเหนื่อยลดลง อาการเจ็บหน้าอกดีขึ้นและสามารถเคลื่อนไหวและออกกำลังกายได้มากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ สามารถทำกิจกรรมที่ออกแรงมากๆ เช่น วิ่งออกกำลังกาย เดินได้ประมาณ 5 กิโลเมตร ทำงานบ้านได้ ไปจ่ายตลาดได้ เป็นต้น¹⁴ ส่วนด้านจิตใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจไปแล้ว ระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจะลดลงอย่างรวดเร็ว เนื่องจากเกิดความมั่นใจในผลลัพธ์ในการรักษา อีกทั้งสามารถออกไปทำกิจกรรมกับครอบครัว ญาติสนิทมิตรสหายได้เหมือนเดิม ทำให้เกิดความพึงพอใจในด้านการทำหน้าที่ทางสังคม^{14,17} จากที่กล่าวมาเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ใช้ความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจให้เป็นประโยชน์ต่อสังคมตามความสามารถของตนเอง

3. การศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าการบีบตัวของหัวใจ ความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด โรคร่วม อายุและระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .678$, $r = .583$, $r = .549$, $r = -.565$, $r = -.554$ และ $r = -.537$ ตามลำดับ) และปัจจัยทั้ง 6 ตัวร่วมทำนาย

ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 74 ($R^2 = .740$, $p < .05$) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางในการทำนายพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีสัมประสิทธิ์การทำนายสูงสุด สามารถพิจารณาเป็นรายตัวแปรได้ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายสูงสุด ($\beta = .297$, $p < .05$) เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพมากที่สุด ($r = .678$, $p < .01$) กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่อง การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายที่เหมาะสม การงดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลที่ได้ให้ข้อมูลตั้งแต่ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมย่อมส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตามมา³⁰ และรัตนดา แดงรอด¹⁹ พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองสามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงแก้ไขภาวะหลอดเลือดแดงต่ำกว่าขาหนีบอุดตันได้ร้อยละ 39.1 ($R^2 = .391$, $p < .01$)

ความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย $\beta = .189$ ($p < .05$) ทั้งนี้เนื่องจากความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ($r = .549$, $p < .01$) กล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัดอยู่ในระดับดี สามารถใช้ความรู้ดังกล่าวไปช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีตามมาในระยะยาว เนื่องจากระหว่างที่ผู้ป่วยพักฟื้นหลังผ่าตัดในโรงพยาบาล จะมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ร่วมวางแผนแนวทางการดูแล

รักษา และพยาบาลจะให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด โดยเน้นเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อคาดหวังว่าผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้เพื่อป้องกันตนเองจากการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่งผลให้คะแนนความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนค่อนข้างสูง จากการศึกษาของ Tawalbeh & Ahmad³⁵ พบว่าการให้โปรแกรมความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่งผลต่อภาวะสุขภาพในการดำรงชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ค่าการบีบตัวของหัวใจ มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย $\beta = .214$ ($p < .05$) ทั้งนี้เนื่องจากการบีบตัวของหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ($r = .583$, $p < .01$) กลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 54.08 ซึ่งมีค่ามากกว่า 50% จึงถือว่าหัวใจมีความสามารถในการบีบตัวดีทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคร่วมก่อนผ่าตัด ที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจน้อยกว่า 40% (heart failure with reduced ejection fraction: HFrEF) หรือมีความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวระยะ B-C ร่วมกับมี NYHA-FC class II-IV จะทำให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดนานกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จากการศึกษาครั้งนี้นักกลุ่มตัวอย่างมีประวัติเป็นหัวใจล้มเหลวก่อนผ่าตัด 1 คน แต่มีค่า EF 55% ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดอยู่ในระดับดี จากการศึกษาของ Nagendran และคณะ²³ พบว่าค่าการบีบตัวของหัวใจส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

อายุ มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย $\beta = -.204$ ($p < .05$) ทั้งนี้เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ($r = -.554$, $p < .01$) กล่าวคืออายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 53.40 ถือว่าอยู่ใน

ในวัยผู้ใหญ่ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยย่อมมีความสามารถในการดำรงชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่อายุมาก อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยร่างกายยังมีความแข็งแรงอยู่สามารถฟื้นตัวจากการเจ็บป่วยได้เร็วกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมาก และมีความสามารถในการฟื้นตัวที่ดีกว่าทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ที่มีอายุน้อยดีกว่าผู้ที่มีอายุมาก² สอดคล้องกับการศึกษาของ Wu และคณะ²² พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี และที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี มีความสามารถในการดำรงชีวิตที่สูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัด มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย $\beta = -.200$ ($p < .05$) ทั้งนี้เนื่องจากระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ($r = -.537$, $p < .01$) การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับที่ 1 และ 2 รวมกันคิดเป็นร้อยละ 83.7 อาจกล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัดต่ำในที่นี้คืออยู่ในระดับดี ภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจะฟื้นตัวจากการผ่าตัดได้เร็วเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจอาจขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวเมื่อได้รับการผ่าตัดแล้วทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้รวดเร็วมีประสิทธิภาพ ทำให้มีภาวะสุขภาพดีและฟื้นตัวเร็ว การศึกษาของอดิพร สำราญบัว²⁰ พบว่าระดับสมรรถภาพของหัวใจและการสนับสนุนทางสังคมร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้ร้อยละ 20.50 ($R^2 = .205$, $p < .01$)

โรคร่วม มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย $\beta = -.158$ ($p < .05$) ทั้งนี้เนื่องจากโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ($r = -.565$, $p < .01$)

ทำให้โรคร่วมของผู้ป่วยมีผลต่อภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้โรคร่วมของผู้ป่วย ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร่วมกับโรคเบาหวาน ร้อยละ 28.5 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร่วมกับความดันโลหิตสูง ร้อยละ 22.8 โรคเบาหวานอย่างเดียว ร้อยละ 17.8 อาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยที่มีเบาหวานเป็นโรคร่วมเพียงอย่างเดียวก็ส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด 24 โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนโรคร่วมอยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 คะแนน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.44 คะแนน (Min-Max = 0-5, Median = 2, Mean = 1.44, S.D. = 1.09) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมน้อย ทำให้การฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเร็วมากขึ้นและทำให้ภาวะสุขภาพดีตามมาสอดคล้องกับการศึกษาของ Barnason และคณะ²¹ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจร่วมกับไม่มีภาวะโรคร่วมจะมีภาวะสุขภาพภายหลังผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้มีความพร้อมในด้านความรู้เรื่องโรค การดูแลตนเอง เมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้นแล้ว ยังเป็นการป้องกันไม่เกิดภาวะหลอดเลือดแดงอุดตันซ้ำ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จากกรอบแนวคิดตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis¹⁸ โดยเฉพาะเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน ควรมีการศึกษาตัวแปรในด้านชุมชน

และสังคม เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม การบริการสุขภาพของชุมชน เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จะทำให้ขยายองค์ความรู้ได้มากขึ้น

3. การศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระยะ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือนหลังผ่าตัด

References

1. Miller KH, Grindel CG. Comparison of symptoms of younger and older patients undergoing coronary artery bypass surgery. Clin Nurs Res. 2004; 13(3): 179-93.
2. Kulawong V. Health status of patients recovering from coronary artery bypass graft. [Master Thesis of Nursing Science]. Bangkok: Mahidol University; 2006. (in Thai).
3. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ. Et al. Heart Disease and Stroke Statistics 2014 Update: A Report From the American Heart Association. JAMA. 2014; 129(3): e28- e239.
4. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Public health statistics B.E. 2556. Bangkok: The war veterans affairs office printing; 2014.
5. Naowapanich S. Caring of patients with acute coronary syndrome (ACS) after percutaneous coronary intervention (PCI). Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol

- University; 2009. (in Thai).
6. Kumagai CK, deWit SC. Medical-surgical nursing concept & practice. 2nd edition. St. Louis: Elsevier Saunders; 2013.
 7. Hardin SR, Kaplow R. Cardiac surgery essentials for critical care nursing. 2nd edition. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers; 2010.
 8. Chaiyaraj S. Coronary artery bypass surgery: CABG. In: Chaiyaraj S, editor. Essentials in Cardiothoracic Surgery. Bangkok: Idea instant printing; 2010. (in Thai).
 9. South T. Coronary artery bypass surgery. Crit Care Nurs Clin N Am. 2011; 23(4): 573-85.
 10. Ware JE, Kosinski M, Dewey JE. Version 2 of the SF-36® Health Survey. Lincoln: Quality Metric Incorporated; 2003.
 11. Lindsay GM, Hanlon P, Smith LN, Wheatley DJ. Assessment of changes in general health status using the short-form 36 questionnaire 1 year following coronary artery bypass grafting. Eur J Cardiothorac Surg. 2000; 18(5): 557-64.
 12. Rumsfeld JS. Health status & clinical practice: when will they meet?. JAHA. 2002; 106(1): 5-7.
 13. Schulz P, Lottman DJ, Barkmeier TL, Zimmerman L, Barnason S, Hertzog M. Medications and associated symptoms/problems after coronary artery bypass surgery. Heart Lung. 2011; 40(2): 130-38.
 14. Hawkes AL, Nowak M, Bidstrup B, Speare R. Outcome of coronary artery bypass graft surgery. Vasc Health Risk Manag. 2006; 2(4): 477-84.
 15. Lindsay GM, Smith LN, Wheatley DJ. The influence of general health status and social support on symptomatic outcome following coronary artery bypass grafting. Heart. 2001; 85(1): 80-6.
 16. Leeper B. Patients having repeat coronary artery bypass graft surgery. Crit Care Nurs Clin N Am. 2007; 19(4): 461-66.
 17. Khoueiry G, Flory M, Rafeh NA, Zgheib MH, Goldman M, Abdallah T, et al. Depression, disability, and quality of life after off-pump coronary artery bypass grafting: A prospective 9-month follow-up study. Heart Lung. 2011; 40(3): 217-25.
 18. Meleis AI. Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer; 2010.
 19. Thangrod R. Factors predicting health status in patients after infrainguinal bypass. [Master Thesis of Nursing Science]. Bangkok: Mahidol University; 2009. (in Thai).
 20. Samranbua A. Factors influencing holistic health of post cardiac valvular replacement patients. [Master Thesis of Nursing Science]. Bangkok: Mahidol University; 2001. (in Thai).
 21. Barnason S, Zimmerman L, Anderson A, Mohr-Burt S, Nieveen J. Functional status outcome of patients with a coronary artery bypass graft over time. Heart Lung. 2000; 29(1): 33-46.
 22. Wu C, Camacho FT, Wechsler AS, Lahey S, Culliford AT, Jordan D, et al. Risk score

- predicting long-term mortality after coronary artery bypass graft surgery. *JAHA*. 2012; 125(20): 2423-30.
23. Nagendran J, Norris CM, Appoo JJ, Ross DB, Nagendran J. Left Ventricular End-Diastolic Pressure Predicts Survival in Coronary Artery Bypass Graft Surgery Patients. *Ann Thorac Surg*. 2014; 97(4): 1343-47.
 24. Nakon O. Factors associated with recovery of diabetic ischemic heart patients following coronary artery bypass grafting. [Master Thesis of Nursing Science]. Bangkok: Mahidol University; 2010. (in Thai).
 25. Mediratta N, Chalmers J, Pullan M, McShane J, Shaw M, Poullis M. In-hospital mortality and long-term survival after coronary artery bypass surgery in young patients. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2013; 43(5): 1014–21.
 26. Sanckamanee Y, Ruisungnoen W. Effects of preparatory information intervention on knowledge, anxiety, and self-care practice among patients underwent coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division*. 2012; 30(1): 15-21. (in Thai).
 27. Peterson JC, Link AR, Jobe JB, Winston GJ, Klimasiewfski EM, Allegrante JP. Developing self-management education in coronary artery disease. *Heart Lung*. 2014; 43(2): 133-9.
 28. Wiratchai N. Guideline of statistics. 2nd edition. Bangkok: Icon printing; 2012. (in Thai).
 29. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, Mackenzie CR. A new method of classifying prognostic co-morbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Disability*. 1987; 40(5): 373-83.
 30. Urtritaprasit K. The relationship between recovery symptom and functional outcome in Thai CABG patients. [Dissertation Doctor of Philosophy]. Ohio: Case Western Reserve University; 2001.
 31. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item short form health survey (SF-36.I. conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992; 30(6): 473-83.
 32. Ware JE. SF-36 health survey update. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000 Dec 15; 25(24):3130-9.
 33. Leurmarnkul W, Meetam P. Properties testing of the Retranslated SF-36 (Thai Version). *Thai Journal of Pharmaceutical Sciences* 2005; 29(1-2): 69-88. (in Thai).
 34. van Domburg RT, Kappetein AP, Bogers AJ. The clinical outcome after coronary bypass surgery: a 30-year follow-up study. *Eur Heart J*. 2009; 30(4): 453-8.
 35. Tawalbeh LI, Ahmad MM. The effect of cardiac education on knowledge and adherence to healthy lifestyle. *Clin Nurs Res*. 2014; 23(3): 245-58.