ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ นาน 3 เดือน

สิริพร บุตตะพิมพ์*
นภาพร วาณิชย์กุล**
ศิริอร สินธุ***
ชูศักดิ์ เกษมศานต์****

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจ ความแตกฉานทางสุขภาพ ความต้องการการเรียนรู้ การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ และความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจนาน 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจนาน 3 เดือน โดยการสุ่มเลือกจำนวน 116 ราย ที่มาติดตามการรักษา ณ คลินิกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจ ในโรงพยาบาลเฉพาะทางหัวใจและปอดแห่งหนึ่ง เก็บรวบรวมโดยใช้ชุดแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ความเสี่ยงของการผ่าตัดหัวใจ ความแตกฉานทางสุขภาพ ความต้องการการเรียนรู้ การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณด้วยวิธี Enter

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (mean+SD= 86.97±7.9) ตัวแปรทั้ง 5 สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 3 เดือนภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2= .195, $F_{(5,110)}$ = 5.33, p< .001) การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพเท่านั้นที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .38, p< .001) โดยผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพได้ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าในช่วง 3 เดือนภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การศึกษานี้เสนอแนะว่าในการดูแลผู้ป่วย 3 เดือนภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยในการนำข้อมูลที่เป็นประโยชน์ไปใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต

คำสำคัญ : การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ, คุณภาพชีวิต, ความแตกฉานทางสุขภาพ, ความต้องการการเรียนรู้, ความไว้วางใจ

---

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
**** ศัลยแพทย์ กลุ่มงานศัลยศาสตร์ทรวงอก สถาบันโรคทรวงอก

Predictive factors of patients' quality of life three months after post coronary artery bypass graft surgery

Siriporn Buttapim*
Napaporn Wanitkun**
Siriorn Sindhu ***
Choosak Kasemsarn,****

Abstract

This study aimed to determine the predictive power of cardiac operative risk, health literacy, learning needs, communication, and trust in healthcare personnel on quality of life among patients three months after coronary artery bypass graft surgery. The sample was randomly selected one hundred and sixteen patients who attended the outpatient heart surgical clinic three months after the coronary artery bypass graft surgery at a hospital specializing in the heart and lungs. Data were collected by means of a questionnaire package including the details of patients' demographic characteristics, the cardiac operative risk, health literacy, learning needs, communication with health care providers, trust in healthcare personnel, and quality of life. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, and multiple regression analysis by enter method.

Results indicated that the sample had good quality of life (mean+SD= 86.97±7.9). The multiple regression model with all five predictors produced R^2= .195, $F_{(5,110)}$ = 5.33, p< .001. Only communication with healthcare providers was statistically significant predictor (β = 0.39, p< 0.001), indicating that those patients with better communication with health care providers were expected to have better quality of life during three months after coronary artery bypass graft.

This study suggested that healthcare providers should recognize the significance of patients' communicative ability to convey helpful health information for promoting the patients' quality of life during three months after coronary artery bypass graft.

Keywords : coronary artery bypass graft, quality of life, health literacy, learning needs, trust

---

* Thesis of Master of Nursing Science (Adult nursing) Student, Faculty of Nursing, Mahidol University
** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University
** Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University
*** Chief of Department of Cardiothoracic Surgery, Central Chest Institute of Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะได้รับการรักษาที่แตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของโรค การรักษาด้วยการทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft: CABG) เป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงส่งเสริมประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจที่ดีขึ้นภายหลังการผ่าตัด[1] ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีการฟื้นตัวในแต่ละระยะแตกต่างกันและระยะที่ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวของร่างกายในด้านต่างๆ จนสามารถดำเนินชีวิตประจำวันใกล้เคียงกับภาวะปกติ คือระยะหลังการผ่าตัดนาน 3 เดือน[2] ดังนั้นการมองแนวคิดของการดำเนินชีวิตให้มีคุณภาพจึงควรเป็นการมองแบบหลายมิติ (Multidimensional domains of quality of life) ที่มองคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ในการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข เกี่ยวกับสุขภาพกาย สภาวะอารมณ์จิตใจ การดำเนินชีวิตอย่างอิสระ การพึ่งพาสภาพแวดล้อม และความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง[3]

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบการประเมินคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ตั้งแต่ 6 สัปดาห์ ถึง 4 ปี[4] ดังนั้นการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วยนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดที่สามารถป้องกันได้[5]

การให้ข้อมูลตามกระบวนการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult learning process) สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคลเป็นหลัก รวมทั้งการทราบปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วย การส่งเสริมความเชื่อมั่นในตัวบุคคล สามารถเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการเรียนรู้[6] ทำให้เกิดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมตามสภาพร่างกายและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าระดับความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในระยะ 6 เดือนหลังการผ่าตัด CABG[7] ผู้ป่วยที่มีระดับความแตกฉานทางสุขภาพน้อย มีคุณภาพชีวิตที่น้อยกว่าผู้ป่วยมีระดับความแตกฉานทางสุขภาพมากในระยะ 10-20 สัปดาห์หลังการผ่าตัด CABG[6] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพจะส่งเสริมการคิดและการร่วมตัดสินใจในการรักษา มีการดูแลตนเองที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหัวใจมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ความไว้วางใจเป็นหนึ่งในการส่งเสริมการเรียนรู้ของบุคคล การสร้างเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นและความไว้วางใจ[8] ผู้ป่วยที่มีความไว้วางใจในแพทย์ในระดับที่สูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง[9] และผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูหัวใจ[10]

การให้ข้อมูลตามแนวทางความต้องการการเรียนรู้ การให้ข้อมูลที่เหมาะสมแก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของข้อมูลทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ตามสถานการณ์จะส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง[11] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ปัจจัยเชิงการเรียนรู้ของผู้ป่วยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาในประเทศไทยน้อยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจระยะ 3 เดือน

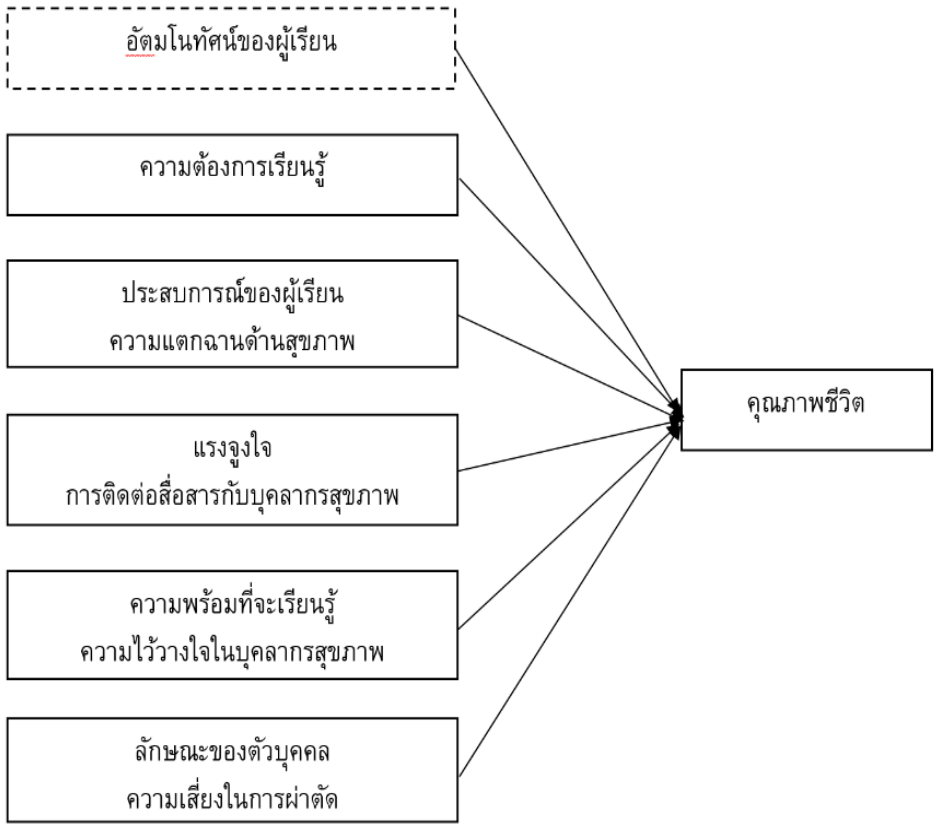
ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ ความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนรู้ ได้แก่ปัจจัยด้านความแตกฉานทางสุขภาพ ความต้องการเรียนรู้ การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ และความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ เพื่อให้เห็นถึงปัจจัยของการให้บริการที่สอดคล้องกับสมรรถนะการเรียนรู้ของบุคคล

และสังคมในประเทศไทย เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจระยะ 3 เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory) ของ Malcome S. Knowles[12] เป็นการให้ความสำคัญสูงสุดในการเรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคลเป็นหลัก เนื่องจากในวัยผู้ใหญ่ได้เติบโตผ่านประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิต ที่นำมาใช้ในการเรียนรู้การปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด ทำให้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลักษณะการเรียนรู้ของผู้ใหญ่มีเงื่อนไขในการเรียนรู้ประกอบด้วย อัตมโนทัศน์ของผู้เรียน (The learner's self-concept) ความต้องการเรียนรู้ (Need to know) บทบาทของประสบการณ์ของผู้เรียน (The role of the learner's experience) ความพร้อมที่จะเรียนรู้ (Readiness to learn) ความสอดคล้องนำไปสู่การเรียนรู้และการแก้ปัญหา (Orientation to learning and problem solving) แรงจูงใจ (Motivation) การเรียนรู้ดังกล่าวอยู่ภายใต้ปัจจัยตัวบุคคล ประกอบด้วยลักษณะของตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเรียนรู้ เช่นอายุ ระดับการศึกษา รวมทั้งระดับภาวะสุขภาพ ในการเข้ารับการผ่าตัด ความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจบ่งบอกถึงระดับความสามารถของร่างกายในการเข้ารับการผ่าตัด เช่น ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจ หรือภาวการณ์ทำงานของไตมีผลในความสามารถในการเรียนรู้การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

ในด้านบทบาทของประสบการณ์ของผู้เรียน (The role of the learner's experience) ความตระหนักในความสำคัญของประสบการณ์ของตนเองในการค้นหาข้อมูล การทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพจนถึงการนำข้อมูลไปใช้ปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ ความสามารถในการประมวลประสบการณ์ที่ผ่านมาแล้วนำมาใช้กับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ถือเป็นความแตกฉานทางสุขภาพของผู้ป่วย การเรียนรู้แบบผู้ใหญ่เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างบุคคลและเกิดการสะท้อนการเรียนรู้แบบสองทางเกิดความรู้แก่บุคคลที่มาแลกเปลี่ยนข้อมูล ต้องมีความพร้อมที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบุคลากรทางสาธารณสุขด้วยความเชื่อมั่น ไว้ใจในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากร ด้วยความสามารถในการสื่อสารกับบุคลากรด้านสุขภาพ และแรงจูงใจในการเรียนรู้มาจากระดับความสามารถที่จะสื่อสารได้อย่างชัดเจน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยดัดแปลงจากทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ของ Malcome S. Knowles[12]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของ ความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจ ความแตกฉานทางสุขภาพ ความต้องการเรียนรู้ การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ และความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจระยะ 3 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

ความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจความแตกฉานทางสุขภาพ ความต้องการเรียนรู้ การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ และความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ มีอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจระยะ 3 เดือนได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย (predictive research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจนาน 3 เดือน อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ติดตามการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจหลังผ่าตัด ของสถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกจากการสุ่มแบบง่าย โดยใช้วิธีการกำหนดลำดับตัวเลข แบบสุ่มด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์ Power analysis ด้วยโปรแกรม G*Power

analysis ใช้ปัจจัยในการทำนายทั้งหมด 5 ตัวแปร ใช้สถิติ Linear multiple regression โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ค่า alpha เท่ากับ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .95 จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจ และคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจระยะ 1 ปี ค่าขนาดอิทธิพลของการทำนายอยู่ในระดับปานกลาง (medium effect size)[13] เท่ากับ .18 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 116 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและแบบสัมภาษณ์ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ภูมิลำเนาปัจจุบัน ประวัติโรคประจำตัว และการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจ (EuroScore) เป็นแบบประเมินมาตรฐานในการประเมินปัจจัยเสี่ยงในการเสียชีวิตจากการผ่าตัดหัวใจพัฒนาโดย Nashef และคณะ[14] ประกอบด้วย 18 ข้อคำถาม เกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย สภาพการทำงานของหัวใจ และลักษณะการผ่าตัด คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ แล้วนำคำตอบมาคำนวณคะแนนเป็นร้อยละของความเสี่ยง โดยร้อยละ 3 ลงไปถือว่ามีความเสี่ยงในการผ่าตัดต่ำ ร้อยละ 3-5 มีความเสี่ยงในการผ่าตัดปานกลาง และร้อยละ 6 หรือมากกว่าถือว่ามีความเสี่ยงสูง แบบประเมินเป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ใช้บันทึกเพื่อประเมินความเสี่ยงในระดับสากล จึงไม่ต้องมีการหาค่าความตรงและความเที่ยงในการศึกษาครั้งนี้

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพประเมินโดยใช้แบบสอบถามความแตกฉานทางสุขภาพ (Health Literacy Questionnaires) พัฒนาโดย นภาพร วาณิชย์กุลและคณะ[15] มีข้อคำถามจำนวน 70 ข้อแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านปัจจัยพื้นฐานมี 8 องค์ประกอบหลัก 32 ข้อคำถาม ด้านปัจจัยสนับสนุนมี 6 องค์ประกอบหลัก 26 ข้อคำถามและด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีโรคเรื้อรังมี 2 องค์ประกอบหลัก 12 ข้อคำถามคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) มี 11 ระดับ (0-10 คะแนน) คะแนนสูงหมายถึงมีความแตกฉานทางสุขภาพระดับสูงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถาม เท่ากับ .95

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความต้องการเรียนรู้ของผู้ป่วย (Learning Need Scale) พัฒนาโดย Gallowey และคณะ ในปี 1993[16] ดัดแปลงร่วมกับแบบประเมินความต้องการเรียนรู้ในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจ (Cardiac Surgery Discharge Questionnaires) พัฒนาโดย Spyropoulos และคณะ17มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) มี 4 ระดับ (0-3 คะแนน) คะแนนสูงหมายถึงความต้องการเรียนรู้ของผู้ป่วย แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย โดยกระบวนการแปลแบบย้อนกลับของ Brislin และคณะ[18] ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) =.88 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถาม เท่ากับ .88

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ (patient–health care provider communication scale) พัฒนาโดย Salt และคณะ[19] มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย โดยกระบวนการแปลแบบย้อนกลับของ Brislin และคณะ[18] ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) =.86 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถาม เท่ากับ .97

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ (The Health Care Relationship

Trust Scale) พัฒนาโดย Bova และคณะ[20] มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยโดยกระบวนการแปลแบบย้อนกลับของ Brislin และคณะ[18] ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) = .85 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .97

ส่วนที่ 7 แบบประเมินผลลัพธ์การเปิดหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary revascularisation outcome questionnaire: CROQ) พัฒนาโดย Schroter และ Lamping[21] ประกอบด้วยข้อคำถามย่อย 49 ข้อ แบ่งเป็นองค์ประกอบ 6 ด้านคือ อาการของผู้ป่วย (Symptom) 7 ข้อคำถาม; การทำงานของร่างกาย (Physical functioning) 8 ข้อคำถาม; การทำงานด้านจิตสังคม (Psychocial functioning) 14 ข้อคำถาม; ด้านการรับรู้ (Cognitive functioning) 3 ข้อคำถาม; ความพึงพอใจ (Satisfaction) 6 ข้อคำถาม; อาการไม่พึงประสงค์ (Adverse effect) 11 ข้อคำถามข้อคำตอบเป็นทั้งแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) และเลือกตอบ แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยโดยกระบวนการแปลแบบย้อนกลับของ Brislin และคณะ[18] ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) = .93 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์) หนังสืออนุมัติหมายเลข หมายเลข IRB-NS 2514/31.0206 และคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัย ศูนย์วิจัยทางคลินิกของสถาบันที่มีการรักษาเฉพาะทางด้านศัลยกรรมโรคหัวใจเลขที่ 080/2557 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์และผลข้างเคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ทุกช่วงเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการวิชาการ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก แพทย์ พยาบาล ณ คลินิกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจ และขออนุมัติในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อ และคัดเลือกกลุ่มประชากรจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วย ณ คลินิกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมหัวใจ ก่อนการเก็บข้อมูล 1 วัน ตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนดไว้ และพบผู้ป่วยในวันที่มาตรวจตามนัดเมื่อพบผู้ป่วยที่คัดเลือกไว้ตามที่กำหนด ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และผลข้างเคียงในการเข้าร่วมการวิจัยรวมทั้งสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาที่พึงจะได้รับ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น และตอบข้อสงสัยจนกลุ่มตัวอย่างหมดข้อสงสัยและตัดสินใจเซ็นชื่อในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างอิสระ

2. หลังจากผู้ป่วยตอบรับเข้าร่วมโครงการและลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้ระยะเวลาประมาณ 60-90 นาที ระหว่างรอพบแพทย์ ในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการอ่านหรือการมองเห็นผู้วิจัยจะเป็น ผู้อ่านให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกสิ่งที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบลงในแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. โดยใช้การแจกแจงหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจ ความแตกฉานทางสุขภาพ ความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วย การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจนาน 3 เดือน

2. วิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณในขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ p< .05 และทดสอบผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ[22] โดยตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และสัมพันธ์ระหว่างกันเป็นเส้นตรง (linearity) จากลักษณะเส้นตรงในแผนภาพการกระจาย (scatter plot) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (homoscedasticity) ความสัมพันธ์กันเอง (multicollinearity) โดยตัวแปรตามมีการแจกแจงปกติและเป็นอิสระต่อกันโดยมีค่า Dubin-Watson = 1.73

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.1 เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.69 อยู่ในวัยสูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) ร้อยละ 76.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.8 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 37.1 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 87.1 ภูมิลำเนาภาคกลาง ร้อยละ 87.1% มีโรคประจำตัว โดยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 64.7 การรักษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ร้อยละ77.6 ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเพียงอย่างเดียว

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจต่ำ (2.02%) หรือร้อยละ 83.62 มีความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจต่ำ มีความแตกฉานทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (mean±SD=8.17±1.04) ความต้องการเรียนรู้ระดับมาก (mean±SD=2.76±.26) กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพสูง (mean±SD=3.74±.23) ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.29 คะแนน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจนาน 3 เดือนพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยที่ 86.97 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา (n=116)

ตัวแปร	ค่าต่ำสุด - สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ความเสี่ยงต่อการผ่าตัดหัวใจ	.55 – 7.8	2.02	1.61
ความแตกฉานทางสุขภาพ	5.26 – 9.75	8.17	1.04
ความต้องการเรียนรู้	1.65 – 3.0	2.76	.26
การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ	1.76 – 4.0	3.74	.23
ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ	2.46 – 5.0	4.29	.45
คุณภาพชีวิต	55.84 – 99.31	86.97	7.90

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

พบว่าคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางบวกสูงสุดกับการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพด้วย (r=.39, p> .01) รองลงมาคือ ความแตกฉานทางสุขภาพ และความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ (r=.21 และ .22, p< .05 และ 0.01 ตามลำดับ) และ ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ มีความสัมพันธ์รายละเอียดดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ระหว่างความเสี่ยงจากการผ่าตัดหัวใจ ความแตกฉานทางสุขภาพ ความต้องการการเรียนรู้ การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 3 เดือนภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (n=116)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการผ่าตัดหัวใจ					
2. ความแตกฉานทางสุขภาพ	-.20*				
3. ความต้องการการเรียนรู้	.15	-.08			
4. การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ	.09	.21*	-.09		
5. ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ	.07	.34**	-.04	.51**	
6. คุณภาพชีวิต	-.13	.21*	-.12	.39**	.22**

*p-value<.05, **P-value<.01

อำนาจการทำนายของความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจ

ความแตกฉานทางสุขภาพ ความต้องการการเรียนรู้ การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ และความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจนาน 3 เดือน ได้ร้อยละ 19.5 (R^2= .195, $F_{(5,110)}$ = 5.33, p< .001) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ พบว่า ปัจจัยการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพเท่านั้นที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p< .001 ด้วยค่าสัมประสิทธ์ถดถอย (βcoefficient) เท่ากับ .38 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุของ ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการผ่าตัด ความแตกฉานทางสุขภาพ ความต้องการการเรียนรู้ การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจนาน 3 เดือน โดยวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) (n=116)

ตัวแปร	B	SE_b	β	t	p-value
ความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจ	-.65	.43	-.13	-1.5	.13
ความแตกฉานทางสุขภาพ	.85	.69	.11	1.24	.22
ความต้องการการเรียนรู้	-.93	1.36	-.059	-.68	.49
การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ	6.57	1.75	.38	3.76	.001*
ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ	-0.09	1.10	-.01	.08	.94

อภิปรายผล

ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจนาน 3 เดือนมีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดี สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี จิตเอื้ออังกูรและสิรินันท์ ชูเชิด[7,23] อธิบายได้ว่าโดยทั่วไปผู้ป่วยใช้เวลาประมาณ 8 สัปดาห์ในการฟื้นตัวให้แผลผ่าตัดหัวใจสมานกันดี ไม่เกิดอาการคุกคามทางหัวใจ และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ดี หลังจาก 8 สัปดาห์เป็นการปรับสภาพความเป็นอยู่สู่การดำเนินชีวิตปกติ นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างมีสภาพร่างกายดีมีความเสี่ยงในการผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ต่ำ การผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดเฉพาะหลอดเลือดหัวใจเท่านั้น และเป็นผู้ป่วยที่แพทย์นัดมาทำการผ่าตัดหัวใจทำให้สามารถเข้าสู่ระบบการเตรียมที่มีการให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะก่อน ขณะและภายหลังการผ่าตัดเพื่อส่งเสริมการฟื้นหาย การสังเกตอาการผิดปกติของตน และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งส่งผลให้ 3 เดือนหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี

การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพทั้งแพทย์และพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญของการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างมีการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพในระดับดี จากการที่โรงพยาบาลมีการจัดรูปแบบการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาเป็นระยะทั้งในระยะก่อนผ่าตัด จนถึงการติดตามระยะกลับบ้าน โดยการโทรศัพท์ให้ข้อมูลการเตรียมตัวเมื่อผู้ป่วยจะเข้ารับการผ่าตัด เมื่อเข้ารับรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีการจัดกลุ่มสื่อสารแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้สอบถามข้อสงสัย ฟังประสบการณ์จากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัดมีการแจ้งแนวทางการดูแลรักษาประจำวันแก่ผู้ป่วย และเมื่อกลับบ้านมีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อพยาบาลเพื่อขอคำแนะนำเมื่อเกิดอาการผิดปกติ การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพที่ดีส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ของผู้ป่วยและส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเองนำไปสู่การปฏิบัติทำให้ผลการศึกษาแสดงการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพและผู้ป่วยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัด[24] ที่ว่าการสื่อสารดังกล่าวเป็นแหล่งประโยชน์สำหรับผู้ป่วยในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับสภาวะการเจ็บป่วยเพื่อให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพโดยรวมในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี จิตเอื้ออังกูรและสิรินันท์ ชูเชิด[7,23] ซึ่งแสดงถึงความสามารถของผู้ป่วยในการค้นหา ทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพและสามารถตัดสินใจนำไปใช้ในการปฏิบัติตัวเพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี อธิบายได้จากโรงพยาบาลมีกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างและญาติได้รับการให้ข้อมูลในการเตรียมตัวผ่าตัด รวมทั้งมีการติดตามผู้ป่วยหลังกลับบ้านอย่างต่อเนื่อง มีช่องทางการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยและญาติเมื่อกลับบ้าน รวมทั้งการมีผู้ดูแล ส่งผลให้ระดับความแตกฉานทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง และพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ownby[25] พบว่า ผู้ป่วยที่มีความแตกฉานทางสุขภาพระดับต่ำ มีคุณภาพชีวิตแย่กว่าผู้ป่วยที่มีระดับความแตกฉานทางสุขภาพสูงกว่า อธิบายได้จากความสามารถของผู้ป่วยในการสืบค้นข้อมูล ทำความเข้าใจ และตัดสินใจนำไปปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริมสุขภาพทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ในการศึกษานี้ความแตกฉานทางสุขภาพไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา หาจักร[26] ทำการศึกษาอิทธิพลของความแตกฉานทางสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าความแตกฉานทางสุขภาพไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพอยู่ในระดับสูง เนื่องจากในขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล จนกระทั่งการมาตรวจตามนัดในระยะ 3 เดือนหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างมีความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ และทีมสุขภาพแสดงถึงความพร้อมในการที่จะเรียนรู้ของผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่[12] มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดที่เชี่ยวชาญ ส่งผลต่อความมั่นใจในการรักษา และเมื่อได้ทราบข้อมูลที่เป็นประโยชน์และน่าเชื่อถือผู้ป่วยจึงเกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจในการได้รับการดูแลจากบุคลากรสุขภาพ ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[27]

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจนาน 3 เดือนและไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจนาน 3 เดือนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่สอดคล้องกับการวิจัยในผู้ป่วยที่อยู่ในโปรแกรมการฟื้นฟูหัวใจ[9,10] สามารถอธิบายได้จากการมีภาวะสหสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังกล่าวข้างต้น

ความต้องการเรียนรู้อยู่ในระดับปานกลาง จากการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความต้องการเรียนรู้ ผู้ที่มีอายุมากขึ้น มีระดับความต้องการเรียนรู้ที่ลดลง เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีผู้คอยดูแลซึ่งส่งผลต่อความต้องการเรียนรู้น้อย[28] การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยสูงอายุ (65.65 ปี) และมีผู้ดูแล รวมทั้งการดำเนินชีวิตในช่วง 3 เดือนด้วยตนเองที่บ้าน ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ทำให้ความต้องการการเรียนรู้น้อยกว่าสิ่งที่ยังไม่มีประสบการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Alkubati และคณะ ที่พบว่าความต้องการการเรียนรู้จะสูงในช่วง 24-48 ชั่วโมงก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน[28] เพราะกำลังกลับไปเผชิญกับสถานการณ์ที่ยังไม่มีประสบการณ์ ความต้องการเรียนรู้จะสามารถส่งเสริมให้บุคคลมีความพร้อมที่จะเรียนรู้ และจดจำความรู้ที่ได้รับ รวมทั้งสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้จริง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี[29]

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้ความต้องการเรียนรู้ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนาย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจนาน 3 เดือนได้ อธิบายได้จากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลคอยให้ความช่วยเหลือดูแล ผู้ป่วยมีการติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพสามารถซักถามเมื่อมีความสงสัย ดังนั้นตัวผู้ป่วยเองอาจไม่เห็นความสำคัญของการเรียนรู้ เพราะการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเกิดจากการดูแลจากผู้ดูแลที่ส่งเสริมให้เกิดการฟื้นตัวที่ดี

ระดับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการผ่าตัดหัวใจที่ต่ำส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการรอดชีวิตจากการผ่าตัดสูง แสดงให้เห็นถึงลักษณะความซับซ้อนของความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงได้จากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจอย่างเดียว และเป็นผู้ป่วยที่นัดมาทำการผ่าตัดผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจนาน 6-18 สัปดาห์[23] อธิบายได้จากคุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบทั้งกาย จิต และสังคม ขณะที่ความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจเป็นเพียงด้านร่างกายเท่านั้น จึงไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในภาพรวม แต่สามารถทำนายได้เฉพาะคุณภาพชีวิตด้านสมรรถนะทางกาย (Functional aspect)[30]

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาพบว่า การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจนาน 3 เดือนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาจึงสามารถนำมาเสนอแนะเป็นแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้ดังนี้

1) จัดทำแนวทางการติดต่อสื่อสารให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติขณะรอรับการตรวจรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอก เป็นการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

2) มีการให้ข้อมูลความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย การป้องกันการเกิดโรค หรือการส่งเสริมสุขภาพ แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายในขณะที่ผู้ป่วยรอรับการตรวจที่คลินิกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) มีการพัฒนารูปแบบการติดต่อสื่อสารส่งเสริมการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

2) มีการพัฒนาสื่อการติดต่อสื่อสารแก่ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เช่น การจัดทำสื่อที่มีรูปภาพประกอบ เพื่อส่งเสริมการจดจำข้อมูลได้ดีขึ้นของผู้ป่วย

References

1. Lal S, Turner L, Powell C, Wilson M, Bannon P. Improvements in left ventricular ejection fraction and quality of life in patients with heart failure who undergo coronary artery bypass surgery. Int J Cardiol. 2016;222:671-3.
2. Rumsfeld JS, MaWhinney S, McCarthy M, Jr., Shroyer AL, VillaNueva CB, O'Brien M, et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality following coronary artery bypass graft surgery. Participants of the department of veterans affairs cooperative study group on processes, structures, and outcomes of care in cardiac surgery. JAMA.1999;281(14):1298-303.
3. Kawecka-Jaszcz K, Klocek M, Tobiasz-Adamczyk B, Bulpitt CJ. Health related quality of life in cardiovascular patients. New York: Springer Science & Business

Media; 2010.

4. Baig K, Harling L, Papanikitas J, Attaran S, Ashrafian H, Casula R, et al. Does coronary artery bypass grafting improve quality of life in elderly patients?. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2013;17(3):542-53.
5. Kulik A. Secondary prevention after coronary artery bypass graft surgery: a primer. Curr Opin Cardiol. 2016;31(6):635-43.
6. Loponen P, Luther M, Nissinen J, Wistbacka JO, Biancari F, Laurikka J, et al. EuroSCORE predicts health-related quality of life after coronary artery bypass grafting. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2008;7(4):564-8.
7. Choocherd S, Wanitkun N, Danaidusadeekul S, Yottasurodom C. Relationships among health literacy, severity of disease, patient engagement, perception of person-centered care and quality of life in patients after coronary artery bypass graft surgery. J Nurs sci. 2016;34(Suppl 1):94 -106. (In Thai).
8. Thom DH, Wong ST, Guzman D, Wu A, Penko J, Miaskowski C, et al. Physician trust in the patient: development and validation of a new measure. Ann Fam Med. 2011;9(2):148-54.
9. Farin E, Meder M. Personality and the physician-patient relationship as predictors of quality of life of cardiac patients after rehabilitation. Health Qual Life Outcomes. 2010;8:100.
10. Weeger S, Farin E. The effect of the patient-physician relationship on health-related quality of life after cardiac rehabilitation. Disabil Rehabilitation. 2017;39(5):468-76.
11. Bachmann-Mettler I, Steurer-Stey C, Senn O, Wang M, Bardheci K, Rosemann T. Case management in oncology rehabilitation (CAMON): the effect of case management on the quality of life in patients with cancer after one year of ambulant rehabilitation. a study protocol for a randomized controlled clinical trial in oncology rehabilitation. Trials. 2011;12:103.
12. Knowles M, Holton E, Swanson R. Adult learner: the definitive classic in adult education and human resource development. 8th ed. ed. Oxon: Routlege; 2015.
13. Colak Z, Segotic I, Uzun S, Mazar M, Ivancan V, Majeric-Kogler V. Health related quality of life following cardiac surgery-correlation with EuroSCORE. Eur J Cardio thorac Surg. 2008;33(1):72-6.
14. Nashef SA, Roques F, Sharples LD, Nilsson J, Smith C, Goldstone AR, et al. EuroSCORE II. Eur J Cardio thorac Surg. 2012;41(4) :734-44
15. Wanitkun N, Pattaramongkolrit S. Health literacy of Thai people. Bangkok: Faculty of Nursing, Mahidol University; 2013. (in Thai).
16. Galloway SC, Bubela N, McKibbon A, McCay E, Ross E, Nagle L. Patient Learning Need Scale: Description and administration guidelines. Unpublished manuscript; 1993.
17. Spyropoulos V, Ampleman S, Miousse C, Purden M. Cardiac surgery discharge questionnaires: meeting information needs of patients and families. Can J Cardiovasc Nurs. 2011;21(1):13-9.
18. Brislin RW. Back-Translation for Cross-

Cultural Research. J Cross Cult Psychol. 1970; 1(3):185-216.

19. Salt E, Crofford LJ, Studts JL, Lightfoot R, Hall LA. Development of a quality of patient-health care provider communication scale from the perspective of patients with rheumatoid arthritis. Chronic Illn. 2013;9 (2):103-15.
20. Bova C, Fennie KP, Watrous E, Dieckhaus K, Williams AB. The health care relationship (HCR) trust scale: development and psychometric evaluation. Res Nurs Health. 2006;29(5):477-88.
21. Schroter S, Lamping DL. Coronary revascularisation outcome questionnaire (CROQ): development and validation of a new, patient based measure of outcome in coronary bypass surgery and angioplasty. Heart. 2004;90(12):1460-6.
22. Spicer J, Making sense of multivariate data analysis Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2005.
23. Jitauraungkoon P, Wanitkun N, Danaidusadeekul S, Tocharoenchok T. Predictors of Quality of Life during 6-18 Weeks among Patients with Post Coronary Artery Bypass Graft. J Nurs Sci.. 2017;35(3):106-19. (In Thai).
24. Ernstmann N, Weissbach L, Herden J, Winter N, Ansmann L. Patient-physician communication and health-related quality of life of patients with localised prostate cancer undergoing radical prostatectomy - a longitudinal multilevel analysis. BJU Int. 2017; 119(3):396-405.
25. Ownby RL, Acevedo A, Jacobs RJ, Caballero J, Waldrop-Valverde D. Quality of life, health status, and health service utilization related to a new measure of health literacy: FLIGHT/ VIDAS. Patient Educ Couns. 2014;96(3) :404-10.
26. Hachuk W. The influence of uncertainty in illness, health literacy, social support on quality of life of patients with heart failure. [Master Thesis of Nursing Science]. Bangkok: Mahidol University; 2012. (in Thai)
27. Ommen O, Janssen C, Neugebauer E, Bouillon B, Rehm K, Rangger C, et al. Trust, social support and patient type-Associations between patients perceived trust, supportive communication and patients preferences in regard to paternalism, clarification and participation of severely injured patients. Patient Educ Couns. 2008;73(2):196-204.
28. Alkubati SA, Al-Zaru IM, Khater W, Ammouri AA. Perceived learning needs of Yemeni patients after coronary artery bypass graft surgery. J Clin Nurs. 2013; 22(7-8):930-8.
29. Myers J, Pellino TA. Developing new ways to address learning needs of adult abdominal organ transplant recipients. Prog Transplant. 2009;19(2):160-6.
30. El Baz N, Middel B, Van Dijk JP, Wesselman DC, Boonstra PW, Reijneveld SA. Euro SCORE predicts poor health-related physical functioning six month postcoronary artery bypass graft surgery. J Cardiovasc Surg. (Torino). 2008;49(5):663-72.