

Predictors of Quality of Life during 6-18 Weeks among Patients with Post Coronary Artery Bypass Graft*

Patcharee Jitauraungkoon¹, Napaporn Wanitkun, RN, PhD¹,

Suporn Danaidusadeekul, RN, DNS¹, Teerapong Tocharoenchok, MD²

Abstract

Purpose: To study predictive power of cardiac operative risk, health literacy, patient engagement, perceived person-centered care, and self-management on quality of life during 6-18 weeks among patients with post coronary artery bypass graft surgery.

Design: Predictive design.

Methods: The subjects were 162 patients after 6-18 weeks of coronary artery bypass graft surgery at two tertiary hospitals in Bangkok. Data were collected using 6 questionnaires: demographic data, health literacy, patient health engagement, perceived person-centered care, self-management, and quality of life. Data were analyzed using hierarchical regression analysis.

Main findings: The findings indicated that overall quality of life was good (Mean = .74, SD = .14). Regression analysis demonstrated that gender, self-management, patient engagement, and health literacy, accounted for 39.1% of the variance in quality of life ($p < .05$). Self-management, patient engagement, and health literacy explained the variance of quality of life above and beyond gender approximately 35.1%.

Conclusion and recommendations: Nurses should develop a nursing care plan for patients during 6-18 weeks after CABG by improving their self-management behavior, health literacy, and engagement in their personal healthcare under consideration of their gender differences in order to have good quality of life.

Keyword: quality of life, health literacy, patient engagement, perceived person-centered care, self-management

J Nurs Sci. 2017;35(3):106-119

Corresponding Author: Assistant Professor Napaporn Wanitkun, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand, e-mail: napaporn.wan@mahidol.ac.th

* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, Bangkok, Thailand

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยง หลอดเลือดหัวใจ 6-18 สัปดาห์*

พัชรี จิตเอื้ออังกูร¹ นภาพร วาณิชยกุล, PhD¹ สุพร ฅนัญญกุล, พย.ด.¹ อธิพงศ์ ไทเจริญโชค, พ.บ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของปัจจัยพื้นฐาน ความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจ ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง และการจัดการตนเองในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 6-18 สัปดาห์

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย จำนวน 162 คน ภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 6-18 สัปดาห์ในโรงพยาบาลตติยภูมิ 2 แห่งในกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 6 ชุด ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง การจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น

ผลการวิจัย: พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = .74, SD = .14) ผลการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายพบว่า เพศ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การจัดการตนเอง และความแตกฉานทางสุขภาพ สามารถร่วมทำนาย คุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 39.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และความแตกฉานทางสุขภาพ อธิบายความแปรปรวนเหนือปัจจัยด้านเพศร้อยละ 35.1

สรุปและข้อเสนอแนะ: โรงพยาบาลควรพัฒนาแผนการพยาบาลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี สำหรับผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 6-18 สัปดาห์ ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความแตกฉานทางสุขภาพ มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และมีจัดการสุขภาพด้วยตนเอง โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างเพศ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การจัดการตนเอง การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง

J Nurs Sci. 2017;35(3):106-119

Corresponding Author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์นภาพร วาณิชยกุล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: napaporn.wan@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 จากประชากรทั่วโลก ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2556 มีอัตราผู้เสียชีวิต เฉลี่ยวันละ 150 คน หรือชั่วโมงละ 6 คน¹ การรักษาโดยการผ่าตัดถือเป็นวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีประสิทธิภาพ แต่ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดตั้งแต่ระยะหลังผ่าตัดไปจนถึงระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อกลับบ้านผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญในการจัดการภาวะสุขภาพภายหลังการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด และดำเนินชีวิตให้มีความปลอดภัย การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพจึงเป็นหัวใจสำคัญ พยาบาลเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาสมรรถนะในการจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อกลับบ้าน

แนวคิดของคุณภาพชีวิตในฐานะผลลัพธ์ของการรักษามุ่งประกอบหลายมิติ (multi-dimensional concept) ที่แสดงถึงการรับรู้ของบุคคลในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข เกี่ยวข้องกับสุขภาพกาย สภาวะอารมณ์ จิตใจ การดำเนินชีวิตอย่างอิสระ การพึ่งพาสภาพแวดล้อมและความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง² ภายหลังการทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้สามารถดำเนินชีวิตตามกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติประมาณ 6-12 สัปดาห์³ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบการประเมินคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ตั้งแต่ 6 สัปดาห์ ถึง 4 ปี ในช่วง 4 เดือนแรกหลังการผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตในทุกมิติดีขึ้นกว่าก่อนการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴ ขณะที่ผลการศึกษาค้นคว้าคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัด 6 เดือนไม่สอดคล้องกัน บางการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตยังคงดีขึ้น⁵ ขณะที่บางการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตลดลง⁶ และพบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างคุณภาพชีวิตในระยะต้นและระยะยาว⁵ ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในช่วงระยะต้น 6-18 สัปดาห์ จึงมีความสำคัญในการช่วยปูพื้นฐานให้ผู้ป่วยได้เริ่มการกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติอย่างมีคุณภาพในระยะยาวต่อไป

คุณภาพชีวิตที่ดีหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยจากตัวผู้ป่วย และปัจจัยการบริการที่ได้รับที่ส่งผลต่อการพัฒนาความสามารถในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความเป็นปัจเจกบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับระบบบริการสุขภาพ ก่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะต่างๆ ในการจัดการสุขภาพ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพภายหลังการรักษา จากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านตัวบุคคลที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ สูงอายุทำให้คุณภาพชีวิตทั่วไปลดลง⁷ แต่คุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้น⁸ เพศชายมีคุณภาพชีวิตภายหลังการผ่าตัดดีกว่าเพศหญิง⁵ สถานภาพสมรสคู่และอาศัยอยู่ด้วยกันทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น⁵ ระดับการศึกษาสูงทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น⁹ ในด้านความเจ็บป่วย พบว่าการมีโรคร่วม ได้แก่ โรคปอดเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจล้มเหลว และโรคหัวใจขาดเลือดทำให้คุณภาพชีวิตลดลง⁵ ความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจสูงทำให้คุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดในช่วง 6 เดือน - 3 ปี ลดลง⁹ แต่ Peric และคณะ¹⁰ พบว่าความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัด 6 เดือน ($p > .05$) และยังไม่พบการศึกษาอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตในช่วงก่อน 6 เดือน

ปัจจัยด้านกระบวนการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพเพื่อให้บริการบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยเปลี่ยนบทบาทแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์จากผู้ตัดสินใจหลักเป็นการสนับสนุนการตัดสินใจ โดยการให้ข้อมูลทางเลือกและเคารพการเป็นบุคคล การดูแลจึงมุ่งเน้นการตอบสนองความเฉพาะของแต่ละบุคคล¹¹ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางส่งผลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในหลายกลุ่มการเจ็บป่วย เช่น โรคหัวใจล้มเหลว โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคสมองเสื่อม สำหรับผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับอิทธิพลขนาดเล็ก¹²

ในด้านสมรรถนะการจัดการสุขภาพของผู้ป่วย

ความแตกต่างทางสุขภาพของบุคคล เป็นการสะท้อนทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคลที่จะเข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจ และตัดสินใจนำข้อมูลดังกล่าวไปปฏิบัติเพื่อให้สุขภาพและคุณภาพชีวิตดีขึ้น¹³ ความแตกต่างทางสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด¹⁴ ขณะที่การศึกษาในประเทศไทยไม่พบนัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ¹⁵ แต่พบความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 10-20 สัปดาห์ ($p < .05$) ด้วยระดับอิทธิพลขนาดเล็ก¹²

การจัดการตนเองเป็นการประเมินความสามารถในการตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมที่จะเป็นไปได้ สร้างแรงจูงใจให้สามารถปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย รวมทั้งมีการประเมินติดตามสะท้อนการปฏิบัติเพื่อการปรับการปฏิบัติให้ดีขึ้น การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิต แต่ผลการศึกษานี้ยังไม่สามารถทำนายของการจัดการตนเองกับคุณภาพชีวิตยังมีข้อโต้แย้ง ผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่าการจัดการตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶ นอกจากนี้การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแล ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เพิ่มขึ้น มีความสามารถในการตัดสินใจในการดูแลรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น แต่ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย และพบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังว่าความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายดีขึ้น¹⁷

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าการศึกษปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตค่อนข้างชัดเจน ยังพบความไม่สอดคล้องในเชิงปัจจัยการทำนาย ซึ่งมีความสำคัญในการนำผลการศึกษามาพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแล นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางยังมีน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา

การประเมินผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพการดูแล ผสมผสานกับกรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล โดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (person-centered nursing framework) โดยนำปัจจัยด้านตัวบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งที่มีการศึกษาเชิงความสัมพันธ์และเชิงทำนายมาวิเคราะห์เป็นปัจจัยพื้นฐาน และต้องการศึกษาปัจจัยความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจ ความแตกต่างทางสุขภาพ และการจัดการตนเอง การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง และความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยในการวิเคราะห์อำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตแบบเชิงชั้นที่เหนือข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย และเป็นแนวทางในการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะในการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐาน ความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจ ความแตกต่างทางสุขภาพ การจัดการตนเอง การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง และความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจแบบเปิดในระยะที่ 2 ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยพื้นฐาน ความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจ ความแตกต่างทางสุขภาพ การจัดการตนเอง การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง และความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย มีอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจแบบเปิดในระยะที่ 2 ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจแบบเปิด 6-18

สัปดาห์ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกศัลยกรรมโรคหัวใจ ของโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีการรักษาเฉพาะทางด้านศัลยกรรมโรคหัวใจ 2 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งแรก มีการนัดหมายเพื่อการผ่าตัด 2) มีระดับพุทธิพิสัย (cognitive function) อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยใช้แบบทดสอบด้วยแบบสอบถาม GP-COG มีคะแนนเท่ากับ 9 คะแนน 3) ไม่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ใช้ลิ้นหัวใจเทียม จากวัสดุสังเคราะห์ประเภทโลหะ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power analysis สำหรับสถิติสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ ที่ศึกษาตัวแปรการจัดการตนเองในผู้ป่วยทั่วไป¹⁸ พบว่าการจัดการตนเองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .29, $p < .001$ คำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้จากสูตร $R^2/1-R^2$ เท่ากับ .091 กำหนดอำนาจในการทดสอบ ที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 147 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อทดแทนในส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ และไม่สามารถนำไปวิเคราะห์ได้ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 162 คน

เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม 2559 – มกราคม 2560

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ (The General Practitioner Assessment Of Cognition: GPCOG)¹² เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้เข้าสู่งานวิจัย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติความเจ็บป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา

ในการเจ็บป่วยครั้งนี้ ประวัติการสูบบุหรี่

2.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรคตามรหัส ICD 10 ชนิดของการผ่าตัดตามรหัส ICD 9 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (GFR) ค่าอัตราส่วนร้อยละของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (LVEF) ความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจ (Euroscore) จำนวนหลอดเลือดหัวใจตีบ; ระหว่างผ่าตัด ประกอบด้วย เส้นเลือดที่ใช้ในการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม ระยะเวลา cross clamp time และการได้รับส่วนประกอบของเลือด; หลังผ่าตัด ประกอบด้วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (GFR) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การได้รับ Mechanical circulatory support หลังผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนพักฟื้นที่หอผู้ป่วยวิกฤต จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และจำนวนยาที่ได้รับ (หลังผ่าตัด) ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับเป็นส่วนที่ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต (The Assessment of Quality of Life (AQOL)-8D instrument) พัฒนาโดย Richardson และคณะ¹⁹ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือและแปลเป็นภาษาไทยจากผู้วิจัย โดยกระบวนการแปลแบบย้อนกลับของ Brislin²⁰ มีคำถามทั้งหมด 35 ข้อ ประกอบด้วยมิติด้านร่างกาย 10 ข้อ มิติด้านจิตใจและสังคม 25 ข้อ คะแนนในแต่ละข้อที่ได้มาจะถูกนำมาคำนวณตาม AQoL-8D algorithm และแปลงคะแนนจากเครื่องมือโปรแกรมจะปรับคะแนนรายข้อพร้อมกำหนดน้ำหนักรายด้านรวมเป็นคะแนนเต็ม 1 คะแนน ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ด้านความสอดคล้องของนิยามเครื่องมือเท่ากับ 1.00 ความเข้าใจของข้อคำถามเท่ากับ .98 และความชัดเจนของภาษาเท่ากับ .88 เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความตลกานทางสุขภาพ

(Health Literacy Questionnaire) พัฒนาโดย นภาพร วาณิชยกุล และคณะ²¹ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพจากผู้พัฒนาเครื่องมือ มีองค์ประกอบหลักทั้งหมด 7 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ 4 ข้อ ด้านความสามารถในการรับบริการสุขภาพ 5 ข้อ ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพ 4 ข้อ ด้านครอบครัวสุขภาพ 4 ข้อ ด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 4 ข้อ ด้านการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ 4 ข้อ และด้านความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ 4 ข้อ รวมทั้งหมด 29 ข้อ ข้อคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) มี 11 ระดับ (0-10 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .95

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการจัดการตนเอง Patient Activation Measure (PAM 13) พัฒนาโดย Hibbard และคณะ²² ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้แบบประเมินฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย สิรินันท์ ชูเชิด และคณะ¹² โดยประเมินความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของบุคคลที่จะเข้ามาจัดการภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยตนเอง มีคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ใช้มาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-100 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง Consultation Care Measure (CCM) พัฒนาโดย Little และคณะ²³ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย สิรินันท์ ชูเชิด และคณะ¹² มีคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วยด้านการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการให้ความกระจ่างและเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วย และด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้ป่วย คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 7 ระดับ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 1-7 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย The Patient Health Engagement scale (PHE-scale) พัฒนาโดย Graffigna และคณะ²⁴ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือและแปลเป็นภาษาไทยจากผู้พัฒนาเครื่องมือ ผู้วิจัยแปลโดยกระบวนการแปลแบบย้อนกลับของ Brislin²⁰ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ คะแนนรวมมีค่า 5-20 คะแนน ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ด้านความสอดคล้องของคำตอบของข้อคำถามเท่ากับ 1.00 ความซ้ำซ้อนของข้อคำถามเท่ากับ 1.00 และความชัดเจนของภาษาเท่ากับ .88 เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .73

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เลขที่ Si284/2016 และคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยสถาบันโรคทรวงอก เลขที่ 117/2559 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และผลข้างเคียงในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งสิทธิการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาที่พึงจะได้รับ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น และให้เวลาในการซักถามตอบข้อสงสัยจนกลุ่มตัวอย่างหมดข้อสงสัย และตัดสินใจอย่างอิสระ หากยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะให้ลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตถึงข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยคลังศาสตร์หัวใจและทรวงอกเพื่อรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยแจ้งรายชื่อผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้าและ

ถูกสุ่มเลือกแก่พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิก เพื่อสอบถามความสนใจในการเข้าฟังรายละเอียดการเข้าร่วมวิจัย

3. ผู้วิจัยแนะนำต่อผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือ พร้อมทั้งตอบคำถามต่างๆ ที่ผู้ป่วยสงสัยจนครบถ้วน

4. หลังจากผู้ป่วยแสดงความยินดีตอบรับเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้ระยะเวลาประมาณ 45-60 นาที ในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการอ่านหรือการมองเห็น ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟัง และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกสิ่งที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบลงในแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย พิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความเบ้

3. การวิเคราะห์อำนาจการทำนาย

ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (hierarchical analysis) โดยกำหนดค่ายสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ และทดสอบผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ²⁵ พบว่าตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และมีความสัมพันธ์ระหว่างกันเป็นเชิงเส้นตรง (linearity) โดยประเมินจากลักษณะการกระจายของข้อมูลมีลักษณะเป็นเส้นตรงในแผนภาพการกระจาย (scatter plot) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (homoscedasticity) ความสัมพันธ์กันเอง (multicollinearity) โดยตัวแปรเพศ การทำงาน สถานภาพสมรส การศึกษา การจัดการตนเองของผู้ป่วย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ความแตกฉานทางสุขภาพ และการรับรู้การดูแลบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีค่า Tolerance

เท่ากับ .62, .59, .72, .83, .51, .79, .51 และ .78 ตามลำดับ มีค่า VIF เท่ากับ 1.61, 1.68, 1.39, 1.19, 1.95, 1.26, 1.95 และ 1.28 ตามลำดับ ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีการแจกแจงปกติและเป็นอิสระจากกัน โดย Dubin-Watson = 1.952

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 162 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 77.2) อยู่ในวัยผู้สูงอายุ ร้อยละ 66 ($\bar{X} = 63.12$ ปี, $SD = 10.07$) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 75.3) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ 38.3) ใช้สิทธิข้าราชการและสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการมารับการรักษา (ร้อยละ 40.1 และร้อยละ 37.6) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 43.8) มีรายได้สูงกว่ารายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากรไทย (17,011.64 บาท) (ร้อยละ 53.7) และสูงกว่ามาตรฐานครัวเรือน (26,915 บาท) (ร้อยละ 72.2) เคยสูบบุหรี่ แต่ปัจจุบันเลิกไปแล้วร้อยละ 52.5

2. ข้อมูลการเจ็บป่วยก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่างมีค่าอัตราส่วนร้อยละของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจมากกว่าร้อยละ 50 ร้อยละ 77.2 และร้อยละ 56.8 ตามลำดับ โรคร่วมที่มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจใน 3 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง ไสมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 87.7 ร้อยละ 87.0 ร้อยละ 42.6 ตามลำดับ) ในระยะก่อนผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตีบของหลอดเลือดหัวใจ 3 เส้น ร่วมกับมีการตีบของหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ไปเลี้ยงหัวใจ Left Main Coronary Artery (LM) (ร้อยละ 43.8) มีระดับอัตราการกรองของไต (GFR ml/min/1.73 m²) ที่ระดับ 1 และ 2 (ร้อยละ 70.4) ระยะขณะผ่าตัดใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 282.10 นาที ($SD = 99.38$) ระยะเวลาการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมเฉลี่ย 119.82 นาที ($SD = 50.38$) และระยะเวลาในการหนีบหลอดเลือดเอออร์ตาเฉลี่ย 77.43 นาที ($SD = 42.83$) โดยเกินช่วงระยะเวลา

มาตรฐาน (prolong CPB time > 120 minutes and aortic cross-clamp time > 60 minutes) ร้อยละ 42.6 และร้อยละ 58.0 ตามลำดับ และข้อมูลหลังการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด น้อยกว่า 30 วัน ร้อยละ 99.4 โดยมี 3 อันดับแรก: electrolytes imbalance ร้อยละ 88.9 การเต้นของหัวใจห้องบนผิดปกติแบบสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation) ร้อยละ 41.4 และ respiratory dysfunction ร้อยละ 22.8 และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดมากกว่า 30 วัน ร้อยละ 11.7: pleural effusion ร้อยละ 4.9 ภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดร้อยละ 3.1 การเต้นของหัวใจห้องบนผิดปกติแบบสั่นพลิ้ว และภาวะหัวใจวายร้อยละ 1.9

ตารางที่ 1 ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา (n = 162)

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าต่ำสุด - สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจ	.50 - 18.70	2.19	2.56
ความแตกฉานทางสุขภาพ	5.00 - 10.00	7.91	1.06
การจัดการตนเอง	35.50 - 100	59.49	10.75
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย	9.00 - 20.00	15.90	2.47
การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง	4.00 - 7.00	5.68	.67
คุณภาพชีวิตโดยรวม	.37 - 1.0	.74	.14
– มิติหลักด้านร่างกาย	.31 - .92	.68	.13
– มิติหลักด้านจิตใจและสังคม	.13 - .92	.42	.16

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานต่างๆ กับคุณภาพชีวิต พบว่าขนาดอิทธิพลของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่างๆ อยู่ในระดับเล็ก 25 โดยเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง ($r = .152, p < .05$) ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้อยู่ในสถานภาพสมรสคู่ (โสด หม้าย หรือหย่า) ($r = -.148, p < .05$) ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ($r = .123, p < .05$) และผู้ป่วยที่ยังคงประกอบอาชีพมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ($r = .120, p < .05$) ผลการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของปัจจัยพื้นฐานที่คัดสรร ต่อคุณภาพชีวิต พบว่า เพศ ได้รับเลือกเข้าสมการการทำนายและสามารถทำนายได้ร้อยละ 4

3. ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา (ตารางที่ 1)

คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาในแต่ละมิติ คุณภาพชีวิตมิติหลักด้านร่างกายอยู่ในระดับดีสำหรับมิติหลักด้านจิตใจและสังคมอยู่ในระดับพอใช้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจอยู่ในระดับต่ำ (0.5-2.49%) ความแตกฉานทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ด้านการจัดการตนเองจากการศึกษาของ Hibbard และคณะ²² ช่วงคะแนน 55.3-72.4 อยู่ในระดับที่ 3 ส่วนด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,160)} = 6.615, p < .05$)

ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา พบว่าการจัดการตนเอง ความแตกฉานทางสุขภาพ และความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2 ($r = .483, .443$, และ $.340$ ตามลำดับ, $p < .05$) และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁵ ($r = .220, p < .05$)

5. การวิเคราะห์อำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (hierarchical analysis) (ตารางที่ 2)

โมเดลที่ 1 ปัจจัยพื้นฐาน พบว่าเพศสามารถทำนาย

คุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

โมเดลที่ 2 ปัจจัยที่ศึกษาด้านการบริการ พบว่าเพศ และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง สามารถ ร่วมทำนายคุณภาพชีวิต ร้อยละ 8.9 ($F_{(2,159)} = 7.740$, $p < .05$) และมีอำนาจในการทำนายเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.9 จากโมเดลปัจจัยพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

โมเดลที่ 3 ปัจจัยที่ศึกษาด้านสมรรถนะส่วนบุคคล ผลจากการเลือกตัวแปรโดย stepwise method ได้ 3 โมเดลที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2 และ 3 และพบว่าภายหลังการนำปัจจัย ด้านสมรรถนะส่วนบุคคลเข้าร่วมทำนาย การรับรู้การดูแล

แบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ขณะที่เพศ ยังสามารถทำนายคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทุกโมเดล และโมเดลสุดท้ายของตัวแปรทั้งหมดพบว่า สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติจากโมเดลของปัจจัยพื้นฐาน และการรับรู้การดูแล แบบบุคคลเป็นศูนย์กลางถึงร้อยละ 30.2 ดังตารางที่ 2 (จาก $R^2 = .089$ เป็น $.391$) และความรับผิดชอบต่อสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($\beta = .368$, $t = 5.276$, $p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 อำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 6-18 สัปดาห์ โดยการวิเคราะห์ ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (hierarchical analysis) ($n = 162$)

ปัจจัย	R	R ²	F	p-value	R ²	F	p-value
โมเดลที่ 1: ปัจจัยพื้นฐาน ¹	.199	.040	6.615	.011			
โมเดลที่ 2: การบริการ ²	.298	.089	7.740	.001	.049	1.125	.004
โมเดลที่ 3: สมรรถนะส่วนบุคคล ³	.625	.391	20.043	< .000	.337	13.963	< .050

¹ ตัวแปรต้น: เพศ-เพศชายเปรียบเทียบกับเพศหญิง

² ตัวแปรต้น: เพศ และการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง

³ ตัวแปรต้น: เพศ และการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการตนเอง และ ความแตกฉานทางสุขภาพ

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 6-18 สัปดาห์ โดยการวิเคราะห์ ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical analysis) ($n = 162$)

ปัจจัย	B	SEB	β	t-value	p-value
เพศ ¹	.072	.022	.216	3.299	.001
การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง	.000	.001	.042	.601	.549
การจัดการตนเอง	.032	.014	.196	2.253	.026
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	.011	.002	.368	5.276	< .05
ความแตกฉานทางสุขภาพ	.001	<.001	.311	3.737	< .05

¹ เพศชายเปรียบเทียบกับเพศหญิง

การอภิปรายผล

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด หัวใจในช่วง 6-18 สัปดาห์ ในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สิรินันท์ ชูเชิด และคณะ¹²

อาจอธิบายได้จากระยะเวลาการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ใช้เวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์ ผลผ่าตัดส่วนใหญ่จะ สมานกันเป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรม ต่างๆ ในการดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เห็นได้จากผล

การศึกษาแสดงให้เห็นว่าความเจ็บปวดของร่างกายไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตด้วยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุด ($\bar{X}$.86, SD = .15) นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างยังมีสภาวะทางร่างกายที่ดีก่อนการผ่าตัดช่วยส่งเสริมให้การฟื้นตัวภายหลังการผ่าตัดดี เช่น ร้อยละ 77.2 มีระดับความเสี่ยงในผ่าตัดอยู่ในระดับต่ำ และร้อยละ 56.8 มีอัตราส่วนร้อยละปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (LVEF) ก่อนผ่าตัดดี ในขณะที่คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและสังคมอยู่ในระดับพอใช้ อาจอธิบายได้จากการฟื้นตัวยังอยู่ในระยะการปรับตัวต่อการกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติ ถึงแม้ร่างกายสามารถดำรงกิจกรรมได้แต่จิตใจยังคงกังวลในอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหรือภาวะซึมเศร้าภายหลังการผ่าตัด ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ สิรินันท์ ชูเชิด และคณะ¹² ที่คุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจสูงกว่าร่างกาย อาจเนื่องมาจากมิติการวัดที่แตกต่างกันจากการใช้แบบสอบถามที่ต่างกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าเพศสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ Martin⁵ ที่อธิบายว่าเพศชายมีการฟื้นตัวในด้านอาการปวดที่ลดลงความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ภายหลังการผ่าตัดดีกว่าเพศหญิง รวมทั้งเพศหญิงมีระดับความรุนแรงของโรคก่อนผ่าตัดมากกว่าเพศชาย ส่วนปัจจัยอายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และการประกอบอาชีพ ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ El Rahman, Amin และ El Dayan²⁶ อาจอธิบายได้จากการดำเนินชีวิตในช่วง 6-18 สัปดาห์หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง และได้เรียนรู้การปฏิบัติตัวตามช่วงเวลาที่เหมาะสมจากเจ้าหน้าที่ที่มียุทธศาสตร์ก่อนกลับบ้าน และจากการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส ($R^2 = .473$, $p < .05$) และการประกอบอาชีพ ($R^2 = .320$, $p < .05$) ในขนาดปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจทำให้อำนาจในการทำนายของสถานภาพสมรสและการประกอบอาชีพลดลง ความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจ

ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Peric และคณะ¹⁰ อธิบายได้จากความหมายของคุณภาพชีวิตครอบคลุมมิติของความสามารถของบุคคลที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็น Multidimensional aspects ของทั้งกาย จิตใจ และสังคม ขณะที่ความเสี่ยงในการผ่าตัดหัวใจเป็นมุมมองการประเมินเฉพาะด้านร่างกายที่ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากการผ่าตัด

การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางสามารถทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 6-18 สัปดาห์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ William และคณะ²⁷ ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน สามารถอธิบายได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้การบริการที่มีความเฉพาะต่อลักษณะบริบทของผู้ป่วย ทั้งในด้านการสื่อสาร ด้านสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการให้ความกระจ่างและเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วย และด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถผสมผสานคำแนะนำการปฏิบัติตัวลงในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้การสอนการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้านมากกว่าร้อยละ 70 สามารถปฏิบัติตามได้ อย่างไรก็ตามการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางไม่สามารถรวมทำนายคุณภาพชีวิตกับปัจจัยด้านสมรรถนะการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย อธิบายได้จากระยะเวลาที่มารตรวจติดตามผลการรักษาภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 3 เดือน ทำให้ผู้ป่วยเริ่มมีระยะห่างกับระบบการบริการ ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวผู้ป่วยจะพึ่งพาตนเองและสามารถจัดการภาวะสุขภาพด้วยตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการดำเนินชีวิตนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการจัดการตนเองมากกว่าการได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางนั้นมีความสัมพันธ์กับความแตกต่างทางสุขภาพ ($r = .314$, $p < .05$) การจัดการตนเอง ($r = .437$, $p < .05$) และความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ($r = .218$, $p < .05$) จึงอาจทำให้อำนาจในการทำนายของ

การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางลดลง หรืออาจต้องผ่านตัวกลาง เช่น การจัดการตนเองในการส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ในด้านการจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพและความแตกต่างทางสุขภาพ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 6-18 สัปดาห์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยการจัดการตนเองสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว¹⁶ อธิบายได้จากการที่บุคคลสามารถจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง สามารถเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและประเมินความสามารถตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเต็มความสามารถของตนเองทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง¹⁷ อธิบายได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างเมื่อกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ที่บ้าน ทำให้มีอิสระในการคิด และตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง พัฒนาความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลการศึกษาอำนาจในการทำนายของความแตกต่างทางสุขภาพต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ¹⁴ ที่พบว่าความแตกต่างทางสุขภาพเพียงพที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นในการดูแลสุขภาพ มั่นใจและใช้ข้อมูลในการประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการจัดการสุขภาพ ทำให้สามารถป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ และฟื้นตัวภายหลังการรักษาด้วยตนเองได้เป็นอย่างดี ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จากผลการวิเคราะห์อย่างเป็นขั้นตอนทำให้เห็นว่าสมรรถนะของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด พยาบาลควรให้ความสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน โดยการส่งเสริมการเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพให้เกิดความแตกต่างทางสุขภาพ ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา วิธีการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยได้ร่วมรับผิดชอบ

ในการจัดการสุขภาพตนเอง และพัฒนาให้เกิดพฤติกรรม การจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้ความตระหนักในความแตกต่างของเพศชายและเพศหญิง

ข้อเสนอแนะ

1. การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 6-18 สัปดาห์ ควรคำนึงถึงความแตกต่างของกาย จิตใจ และสังคมบนพื้นฐานของเพศ เช่น อาการปวด การฟื้นตัวทางสรีระ การดำรงบทบาทและกิจกรรมทางสังคม เพื่อให้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วย วิธีการเผชิญและจัดการปัญหาสุขภาพ

2. ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 6-18 สัปดาห์ พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจัดการสุขภาพของตนเอง โดยการเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ร่วมคิดตัดสินใจและค้นหาแนวปฏิบัติในการจัดการสุขภาพของตนเอง พร้อมกับการพัฒนาความแตกต่างทางสุขภาพ โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลต่างๆ และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพได้ เพื่อให้สามารถตัดสินใจเลือกการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและลงมือปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ และพยาบาลต้องติดตามว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการสุขภาพด้วยตนเองเป็นอย่างไร เพื่อให้การสนับสนุนในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติได้

3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีความแตกต่างกันด้วยปัจจัยด้านเพศ ควรศึกษาวิจัยต่อไปถึงลักษณะคุณภาพชีวิตที่แตกต่างและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตภายใต้ความแตกต่างของเพศ

4. ควรศึกษาวิจัยในประเด็นของอำนาจในการทำนายของการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการดูแลผู้ป่วยแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ทั้งในทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต เพื่อให้เข้าใจมิติต่างๆ ของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

References

1. Bureau of Non Communication Diseases, Ministry of Public Health. Population and mortality (I20-I25) per 100,000 population in 2007-2013 by province: county and country overview (including Bangkok). Nonthaburi: Bureau of Non Communication Diseases; 2015. (in Thai).
2. Kawecka-Jaszcz K. Health-related quality of life in cardiovascular patients. New York: Springer; 2013.
3. National Heart Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health. What to expect after coronary artery bypass grafting [Internet]. Bethesda, MD: National Heart, Lung, and Blood Institute; 2012 [cited 2015 Sep 10]. Available from: <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/cabg/after>.
4. Thomson P, Niven CA, Peck DF, Eaves J. Patients' and partners' health-related quality of life before and 4 months after coronary artery bypass grafting surgery. *BMC Nursing*. 2013;12(1):16.
5. Martin LM, Holmes SD, Henry LL, Schlauch KA, Stone LE, Roots A, et al. Health-related quality of life after coronary artery bypass grafting surgery and the role of gender. *Cardiovasc Revasc Med*. 2012;13(6):321-7.
6. Peric V, Borzanovic M, Stolic R, Jovanovic A, Sovtic S, Djikic D, et al. Quality of life in patients related to gender differences before and after coronary artery bypass surgery. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2010;10(2):232-8.
7. Noyez L. Is quality of life post cardiac surgery overestimated? *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:62. doi: 10.1186/1477-7525-12-62. PubMed PMID: 24773766; PubMed Central PMCID: PMC4016622.
8. Muhammad IMSOR, He H-G, Koh K, Thompson DR, Kowitlawakul Y, Wang W. Health-related quality of life and its predictors among outpatients with coronary heart disease in Singapore. *Appl Nurs Res*. 2014;27(3):175-80.
9. 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 Cardiothorac Surg*. 2008;33(1):72-6.
10. Peric V, Borzanovic M, Jovanovic A, Stolic R, Sovtic S, Trajkovic G. The relationship between EuroSCORE preoperative risk prediction and quality of life changes after coronary artery by-pass surgery. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2005;4(6):622-6.
11. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care--ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2011;10(4):248-51.
12. 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. *Journal of Nursing Science*. 2016;34(2):94-106. (in Thai).

13. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health literacy: the solid facts [Internet]. Copenhagen: WHO regional office for Europe; 2013 [cited 2015 Dec 9]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.
14. González-Chica DA, Mnisi Z, Avery J, Duszynski K, Doust J, Tideman P, et al. Effect of health literacy on quality of life amongst patients with ischaemic heart disease in Australian general practice. *PLoS One*. 2016 Mar 4;11(3):e0151079. doi:10.1371/journal.pone.0151079. Pub Med PMID: 26943925; PubMed Central PMCID: PMC4778924.
15. Mounghoung W, Ua-Kit N. Predicting factor of quality of life in valvular heart replacement patients. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2014;25(2):62-76. (in Thai).
16. Musekamp G, Schuler M, Seekatz B, Bengel J, Faller H, Meng K. Does improvement in self-management skills predict improvement in quality of life and depressive symptoms? A prospective study in patients with heart failure up to one year after self-management education. *BMC Cardiovasc Disord*. 2017;17(1):51.
17. Coultas D, Jackson B, Singh K, Bae S. Influence of patient activation and health literacy on quality of life among patients with COPD. *Euro Respir J*. 2014;40 Suppl 56:P1460.
18. Magnezi R, Glasser S, Shalev H, Sheiber A, Reuveni H. Patient activation, depression and quality of life. *Patient Educ Couns*. 2014;94(3):432-7.
19. Richardson J, Iezzoni A, Khan M, Maxwell A. Validity and reliability of the Assessment of Quality of Life (AQoL)-8D multi-attribute utility instrument. *Patient*. 2014;7(1):85-96.
20. Brislin RW. Back-translation for cross-cultural research. *J Cross Cult Psychol*. 1970;1(3):185-216.
21. Wanitkun N, Pattaramongkolrit S, Vichathai C, Bhechrung B, Kloyahem S, Batterham R, et al. Thai health literacy [Internet]. Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI); 2014 [cited 2015 Nov 16]. Available from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3987>. (in Thai).
22. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Serv Res*. 2004;39(4 Pt 1):1005-26.
23. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*. 2001;322(7284):468-72.
24. Graffigna G, Barelli S, Bonanomi A, Lozza E. Measuring patient engagement: development and psychometric properties of the Patient Health

- Engagement (PHE) Scale. *Front Psychol.* 2015 Mar 27;6:274.
doi: 10.3389/fpsyg.2015.00274.
PubMed PMID: 25870566; PubMed Central PMCID: PMC4376060.
25. Spicer J. Making sense of multivariate data analysis. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc; 2005.
26. El Rahman SA, Amin ME, El Dayan A. Assessment of mental health and quality of life in patients with a coronary artery bypass graft. *Egypt J Psychiatry.* 2013;34(1):69-75.
27. Williams JS, Walker RJ, Smalls BL, Hill R, Egede LE. Patient-centered care, glycemic control, diabetes self-care, and quality of life in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Technol Ther.* 2016;18(10):644-9.