

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*

Sirinan Choocherd¹, Napaporn Wanitkun, RN, PhD¹, Suporn Danaidusadeekul, RN, DSN¹, Chaiwut Yottasurodom, MD²

Abstract

Purpose: The objective of this study was to examine the 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 (CABG).

Design: A descriptive correlation design.

Methods: The sample consisted of 94 patients who attended a heart surgery clinic for a second follow-up appointment after CABG at the Central Chest Institute. Data were collected by interviewing through a set of questionnaires consisting of socio-demographic data and clinical profile, Health Literacy Questionnaire, Patient Activation Measure, Consultation Care Measure and Medical Outcome Survey Short-Form 36. Data were analyzed by descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

Main findings: The findings indicated that quality of life was good ($M = 75.36$, $SD = 12.48$), severity of disease from Cardiac Power Index average was at 0.58 Watts/m^2 , health literacy, patient engagement and perception of person-centered care were at a high level ($M = 7.87, 70.17, 5.32$ respectively). Health literacy and perception of person-centered care were statistically related to quality of life among patients after 10-20 weeks of post CABG. ($r = .214$; $r = .226$, $p < .05$, respectively).

Conclusion and recommendations: Nurses should promote health literacy of patients by developing a system to disseminate knowledge and advice on self-care practices before hospital discharge, together with the development of quality of the service system by utilizing person-centered care to patients after coronary artery bypass graft surgery based on the patients' perceptions.

Keywords: coronary artery bypass graft surgery, quality of life, health literacy, perception of person-centered care

J Nurs Sci. 2016;34 Suppl 1:94-106

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

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Central Chest Institute of Thailand, Nonthaburi, Thailand

ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างทางสุขภาพ ความรุนแรงของโรค ความรับผิดชอบของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคล เป็นศูนย์กลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ*

สิรินันท์ บูเชิด¹ นภาพร วาณิชย์กุล, PhD¹ สุพร ณัยณุกษกุล, พย.ด.¹ ชัยวุฒิ ยศศาสโรดม, พ.บ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างทางสุขภาพ ความรุนแรงของโรค ความรับผิดชอบของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์

วิธีดำเนินงานวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาครั้งที่ 2 ภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 94 ราย ที่คลินิกศัลยกรรมโรคหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความแตกต่างทางสุขภาพ แบบสอบถามความรับผิดชอบของผู้ป่วย แบบสอบถามการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ($M = 75.36, SD = 12.48$) ความรุนแรงของโรคตามค่า Cardiac Power Index เฉลี่ย 0.58 Watts/m^2 ความแตกต่างทางสุขภาพ ความรับผิดชอบของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางอยู่ในระดับสูง ($M = 7.87, 70.17, 5.32$ ตามลำดับ) ความแตกต่างทางสุขภาพและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในช่วง 10-20 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .214; r = .226, p < .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: โรงพยาบาลควรส่งเสริมความแตกต่างทางสุขภาพของผู้ป่วยด้วยการพัฒนาระบบการให้ความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนจำหน่าย ร่วมกับพัฒนาคุณภาพระบบการบริการโดยนำรูปแบบการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยประเมินผลการดูแลจากการรับรู้ของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ คุณภาพชีวิต ความแตกต่างทางสุขภาพ การรับรู้การดูแลแบบบุคคล เป็นศูนย์กลาง

J Nurs Sci. 2016;34 Suppl 1:94-106

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

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² สถาบันโรคทรวงอก

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ โดยร้อยละ 80 ของผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นประชากรของกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา รวมถึงประเทศไทย พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก 21.19 ในปี พ.ศ. 2551 เป็น 23.45 ในปี พ.ศ. 2555¹ ปัจจุบันพบว่าการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยการผ่าตัดมีจำนวนเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2555 ประเทศไทยพบการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจถึงร้อยละ 42.09 ของจำนวนผู้ป่วยที่รักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจทั้งหมด² การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจช่วยลดอัตราการตาย เพิ่มอัตราการรอดชีวิต ลดอาการเจ็บแน่นหน้าอก และเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาวของผู้ป่วย³⁻⁴ อย่างไรก็ตามการผ่าตัดก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายขณะผ่าตัด ภาวะไตเสื่อม และการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ดังนั้นการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวกลับไปดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านไปดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ ปราศจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น

การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด และผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพนั้น ตัวผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่จะแสดงบทบาทในการดูแลจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง นอกเหนือจากบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ในการดูแลและเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย พบว่ามีทั้งปัจจัยด้านโครงสร้างและปัจจัยด้านกระบวนการดูแลในด้านโครงสร้าง ผู้ป่วยแต่ละคนมีลักษณะปัจจัยพื้นฐานและสมรรถนะในการดูแลสุขภาพของตนเองแตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยปัจจัยพื้นฐานเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลและส่งผล

ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับความแตกต่างในด้านความรุนแรงของโรค ซึ่งสามารถประเมินได้จากอาการของผู้ป่วย และประเมินจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจด้วยค่า Cardiac Power Index (CPI) โดยพบว่าความรุนแรงของโรคหัวใจที่ประเมินจากค่า CPI สามารถทำนายอัตราการตายของผู้ป่วยภายหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจได้⁵ ในด้านสมรรถนะในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยพบว่า สมรรถนะเกี่ยวกับความแตกต่างทางสุขภาพในการค้นหา การอ่าน เขียน และการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิต⁶

สำหรับปัจจัยด้านกระบวนการดูแล รูปแบบการดูแล ส่งผลต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย การนำรูปแบบการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมาใช้ในการให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่วง 3 เดือนแรกหลังจำหน่าย และเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้านได้⁷ เช่นเดียวกับปัจจัยด้านสัมพันธภาพในการดูแลระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย โดยพบว่าความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา และแสดงออกถึงการจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ คือ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้น คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ⁸

ภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยโดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์ฟื้นตัวหลังการผ่าตัด สำหรับกระบวนการหายของแผลผ่าตัด ผู้ป่วยต้องมาติดตามการรักษาครั้งแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ เพื่อประเมินการหายของแผลผ่าตัด หลังจากนั้นผู้ป่วยเข้าสู่ระยะการฟื้นตัวกลับคืนสู่การดำเนินชีวิตตามปกติ และมาติดตามการรักษาครั้งที่ 2 ระหว่าง 10-20 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สะท้อนความสามารถในการดำเนินชีวิตตามปกติ⁹ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังผ่าตัด ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในช่วง 10-20 สัปดาห์ ในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลในด้านโครงสร้างที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ คือ ความแตกต่างทางสุขภาพ และความรุนแรงของโรคที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลโดยใช้ค่าพารามิเตอร์ Cardiac Power Index และปัจจัยด้านการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางร่วมกับความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลจัดการภาวะสุขภาพตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย และเป็นแนวทางในการดูแล ป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างทางสุขภาพ ความรุนแรงของโรค ความรับผิดชอบของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในช่วง 10-20 สัปดาห์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์ประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ¹⁰ ที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และมาติดตามการตรวจรักษาภายหลังผ่าตัดในช่วง 10-20 สัปดาห์ ที่คลินิกศัลยกรรมโรคหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มเลือกแบบง่ายโดยโปรแกรมกำหนดเลขสุ่มคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ ผ่านการประเมินการรับรู้โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย ไม่มี

การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ใช้ลิ้นหัวใจเทียมจากวัสดุสังเคราะห์ประเภทโลหะรวม เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม 2558 ถึงเดือน สิงหาคม 2558

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power analysis จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบค่าขนาดอิทธิพลของปัจจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง Polit และ Beck¹¹ กำหนดให้ใช้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง (.30) อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 และความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 97 ราย ผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลผิดปกติ (outliner) ที่ต้องตัดออกจากการวิเคราะห์ จำนวน 3 ราย เหลือกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยทั้งสิ้น 94 ราย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination; TMSE)¹² ประเมินการรับรู้ คัดกรองผู้ป่วยที่ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้เข้าสู่การวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วย และการรักษา ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สิทธิการรักษา ข้อมูลก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับ ความดันโลหิตและชีพจร น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับค่าครีเอตินินในเลือด จำนวนหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลการฉีดสีกายภาพเอ็กซเรย์หลอดเลือดหัวใจ ปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจกลางซ้าย ค่าอัตราส่วนร้อยละของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ ความเสี่ยงจากการผ่าตัด (EuroSCORE) ข้อมูลหลังผ่าตัดเกี่ยวกับระยะเวลาการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม ระยะเวลาการผ่าตัด รูปแบบของการผ่าตัด เส้นเลือดที่ใช้ในการทำผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนพักฟื้นที่หอผู้ป่วย

วิกฤต จำนวนวันนอนโรงพยาบาล

2.2 แบบประเมินความรุนแรงของโรค ใช้การประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจด้วยการคำนวณหาค่า Cardiac Power Index¹³ ค่าที่สูงกว่าแสดงถึงประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจดีกว่า ความรุนแรงของโรคน้อยกว่า

$$\text{Cardiac Power Index} = [\text{MAP} \times (\text{EDV} - \text{ESV}) \times \text{HR} \times 0.0022] / \text{Body Surface Area}$$

2.3 แบบสอบถามความแตกฉานทางสุขภาพ ใช้แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพที่พัฒนาโดย นภาพร วาณิชกุล และคณะ¹⁴ ประกอบด้วย 68 ข้อคำถาม แบ่งเป็นด้านปัจจัยพื้นฐาน 8 องค์ประกอบ (ด้านการรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ ด้านการสนับสนุนสุขภาพในชุมชน ด้านความสามารถในการรับบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพ ด้านครอบครัวสุขภาพ ด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ) มี 34 ข้อคำถาม ด้านปัจจัยสนับสนุน 6 องค์ประกอบ (ด้านความสามารถในการเดินทาง ด้านความสามารถในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ด้านความเครียด ด้านการใช้ยา ด้านสมุนไพรและอาหารเสริม) มี 26 ข้อคำถาม และด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีโรคเรื้อรัง 2 องค์ประกอบ (ด้านปัจจัยแลกเปลี่ยนประสพการณ์ ความรู้กับผู้ป่วยอื่นๆ ด้านความสามารถในการสังเกตการเปลี่ยนแปลงตัวเอง) มี 8 ข้อคำถาม ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Likert scale) 11 ระดับ ระหว่าง 0 ถึง 10 แบ่งเป็นระดับคะแนน 10 ระดับ ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ .97

2.4 แบบสอบถามความรับผิดชอบของผู้ป่วย ใช้แบบประเมินความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของบุคคลที่จะเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบจัดการภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยตนเอง (Patient Activation Measure: PAM 13) พัฒนาโดย Hibbard และคณะ¹⁵ ได้รับอนุญาตให้แปลเป็นภาษาไทย โดยผู้วิจัยดำเนินการตามหลักการแปลอย่างเป็น

ระบบ ประเมินดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าเท่ากับ .92 ประกอบด้วย 13 ข้อคำถาม ใช้มาตราส่วนประเมินค่า (Likert scale) 4 ระดับ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-100 คะแนน แบ่งเป็นระดับของการแสดงออกในการดูแลจัดการภาวะสุขภาพตนเอง ได้ 4 ระดับ คือ ระดับที่ 1 (คะแนน ≤ 47) ระดับที่ 2 (คะแนน 47.1 - 55.1) ระดับที่ 3 (คะแนน 55.2 - 67.0) และระดับที่ 4 (คะแนน ≥ 67.1) ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ .78

2.5 แบบสอบถามการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ใช้แบบประเมินการรับรู้การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง Consultation Care Measure (CCM) พัฒนาโดย Little และคณะ¹⁶ ได้รับอนุญาตให้แปลเป็นภาษาไทย โดยผู้วิจัยดำเนินการตามหลักการแปลอย่างเป็นระบบ ประเมินดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าเท่ากับ .90 ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม แบ่งเป็นด้านการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธ์ภาพ จำนวน 11 ข้อ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล จำนวน 3 ข้อ ด้านการให้คำแนะนำและเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วย จำนวน 3 ข้อ ด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้ป่วย จำนวน 2 ข้อ ใช้มาตราส่วนประเมินค่า (Likert scale) 7 ระดับ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 1-7 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ .97

2.6 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ใช้แบบสำรวจสุขภาพทั่วไป SF36 (Medical Outcome Survey Short-Form 36) ฉบับภาษาไทยของ รณชัย คงสกนธ์ และชัชวาล ศิลปกิจ¹⁷ ได้รับอนุญาตให้ใช้จากผู้พัฒนาเครื่องมือแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ ใน 8 มิติ คือ มิติความสามารถในการทำงานของร่างกายจำนวน 10 ข้อ มิติความเจ็บปวดของร่างกายจำนวน 2 ข้อ มิติบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกายจำนวน 4 ข้อ มิติบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์จำนวน 3 ข้อ มิติบทบาททางสังคมจำนวน 2 ข้อ มิติสุขภาพจิตจำนวน 5 ข้อ มิติการมีพลังในตนเองจำนวน 4 ข้อ มิติการรับรู้ต่อสุขภาพทั่วไปจำนวน 5 ข้อ ร่วมกับการประเมิน

การรับรู้สภาวะสุขภาพในปัจจุบันจำนวน 1 ข้อ ใช้มาตราส่วนประเมินค่า (Likert scale) 2-6 ระดับ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-100 คะแนน ในการศึกษาค้างนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No.IRB-NS2015/276.1803) และคณะกรรมการการจริยธรรมเพื่อการวิจัย ศูนย์วิจัยทางคลินิก สถาบันโรคทรวงอก กระบวนการหาอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยหลังจากได้รับการชี้แจงข้อมูลทั้งหมด และมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา การไม่เข้าร่วมการวิจัยและการถอนตัวออกจากการวิจัย จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาที่จะได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลได้ ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์และพยาบาลที่คลินิกศัลยกรรมโรคหัวใจ อาคาร 8 ชั้น 3 สถาบันโรคทรวงอก เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยโดย 1 วันก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกในงานวิจัย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่งานวิจัยด้วยวิธีการสุ่มเลือกโดยใช้โปรแกรมกำหนดเลขสุ่ม วันเก็บข้อมูลผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกศัลยกรรมโรคหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก บริเวณสถานที่รอเรียกตรวจ ภายหลังจากพยาบาลประจำคลินิกแนะนำโครงการวิจัยและผู้ป่วยยินดีเข้ารับการชี้แจงโครงการ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษารายละเอียด ขั้นตอนของการวิจัย แนวทางการพิทักษ์สิทธิ และขอคำยินยอมและลงนามยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 45-60 นาที ขณะรอพบแพทย์ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเกี่ยวกับการอ่านหรือการมองเห็นผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้ผู้ป่วยฟังและให้ผู้ป่วยเลือกตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วยและการรักษา วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่และร้อยละ หาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่และร้อยละ หาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแปร

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรศึกษาวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 94 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ 46.2 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) (M = 68.07 ปี, SD = 8) เพศชาย ร้อยละ 62.8 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.1 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 71.3 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากรไทย (13,202 บาท) ใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพในการรักษา ร้อยละ 63.8

2. ข้อมูลการเจ็บป่วยก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด แสดงในตารางที่ 1 ก่อนการผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.9 มีการตีบของหลอดเลือดหัวใจ 3 เส้น ร่วมกับการตีบของหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ไปเลี้ยงหัวใจ และร้อยละ 58.5 มีค่าอัตราส่วนร้อยละปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจ (LVEF) มากกว่าร้อยละ 50 ความเสี่ยงในการผ่าตัดประเมินโดย EuroSCORE ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ คิดเป็นร้อยละ 71.3 ภาวะโรคร่วมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบใน 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ร้อยละ 97.9, 94.7, 41.5 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถควบคุมโรคร่วมได้ก่อนการรับการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 65.2, 85.4, และ 53.8 ตามลำดับ หลังการผ่าตัด พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเพียงร้อยละ 10.6

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลการเจ็บป่วย (n = 94)

ข้อมูลการเจ็บป่วย		จำนวน	ร้อยละ
การตีบของหลอดเลือดหัวใจ	Single of occlusion	4	4.3
	Complex of occlusion	90	95.7
	Double vessel disease	9	9.6
	Triple vessel disease	81	86.2
	Triple vessel disease with LM	55	67.9
	Triple vessel disease without LM	26	32.1
การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricular Ejection Fraction)	ปกติ (>50%)	55	58.5
	ต่ำเล็กน้อย (30-50%)	34	36.2
	ต่ำ (<30%)	5	5.3
อัตราเสี่ยงในการผ่าตัดEuroSCORE ¹	ความเสี่ยงน้อย (0-3)	16	17
	ความเสี่ยงปานกลาง (4-6)	51	54.3
	ความเสี่ยงสูง (>7)	27	28.7
โรคร่วม	โรคความดันโลหิตสูง	92	97.9
	คุมได้ (SBp<140; DBp<90 mmHg)	60	65.2
	คุมไม่ได้	32	34
	โรคไขมันในเลือดสูง	89	94.7
	คุมได้ (Triglyceride<200 mg/dL)	76	85.4
	คุมไม่ได้	13	14.6
	โรคเบาหวาน	39	41.5
	คุมได้ (FBS<126 mg%)	21	53.8
	คุมไม่ได้	18	46.2
	โรคหลอดเลือดสมอง	2	2.1
	โรคไตวายเรื้อรัง	2	2.1
ภาวะแทรกซ้อน	ไม่เกิด	84	89.4
	เกิด	10	10.6

ขณะผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการใช้เครื่องปอด และหัวใจเทียมอยู่ในช่วงเวลามาตรฐาน คือ น้อยกว่า 120 นาที (M = 102.72 นาที, SD = 45.26) จำนวนวันนอนที่หอผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย 2.67 วัน (SD = 1.33) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 28.05 วัน (SD = 12.08) ดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลหลังผ่าตัด (n = 94)

	Mean	SD
ระยะเวลาการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม	102.72	45.26
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Length of hospital stay)	28.05	12.08
จำนวนวันนอนที่หอผู้ป่วยวิกฤต (Length of ICU stay)	2.67	1.33

3. คุณภาพชีวิตภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในช่วง 10-20 สัปดาห์อยู่ในระดับสูง (M = 75.63, SD = 12.48) (ตารางที่ 3) ทั้งคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (M = 67.44, SD = 14.68) และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (M = 83.29, SD = 15.67) โดยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีคะแนนสูงสุดในมิติความเจ็บปวดของร่างกาย (M = 82.58, SD = 17.31) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีคะแนนสูงสุดในมิติบทบาททางสังคม (M = 89.23, SD = 16.96) ความแตกฉานทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 7.87, SD = 1.2) พบองค์ประกอบย่อยของความแตกฉานทางสุขภาพด้านปัจจัยสนับสนุนในองค์ประกอบด้านการใช้จ่ายมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (M = 8.80, SD = 1.36) เมื่อประเมินตามรายด้าน พบว่า ด้านปัจจัยพื้นฐานในองค์ประกอบการรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (M = 8.76, SD = 1.60) ด้านปัจจัยสนับสนุน พบพฤติกรรมด้านการใช้จ่าย

มีคะแนนสูงสุด (M = 8.80, SD = 1.36) และด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีโรคเรื้อรัง พบพฤติกรรมความสามารถด้านการสังเกตการเปลี่ยนแปลงตัวเองสูงสุด (M = 8.47, SD = 1.36) ความรุนแรงของโรคประเมินจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ด้วยค่าพารามิเตอร์ Cardiac Power Index (CPI) อยู่ในระดับปานกลาง ค่า CPI เฉลี่ย .58 Watts/m² (SD = .21) ความรับผิดชอบของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงที่สุด (M = 70.17, SD = 11.18) และรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางในระดับค่อนข้างสูง (M = 5.32, SD = .80) แยกเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธ์ภาพ และด้านการให้ความกระจ่างและเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วยมีระดับคะแนนที่ใกล้เคียงกัน (M = 5.49, 5.42, 5.41 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรที่ศึกษา (n = 94)

	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- ความแตกฉานทางสุขภาพ	0-10	7.87	1.20
- ความรุนแรงของโรค	.18-1.33	.58	.21
- ความรับผิดชอบของผู้ป่วย	31.70-100	70.17	11.18
- การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง	1-7	5.32	.80
- คุณภาพชีวิตภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	35.63-97.50	75.63	12.48

4. การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางและความแตกฉานทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในช่วง 10-20 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .226 และ .214) p < .05 ตามลำดับ) ความรุนแรงของโรคและความรับผิดชอบของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทาง

เบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในช่วง 10-20 สัปดาห์ ความรับผิดชอบของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความแตกฉานทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .482, p < .01) ความรับผิดชอบของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .255, p < .05) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างทางสุขภาพ ความรุนแรงของโรค ความรับผิดชอบของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางกับคุณภาพชีวิตภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในช่วง 10-20 สัปดาห์ (n = 94)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความแตกต่างทางสุขภาพ	1				
2. ความรุนแรงของโรค	.109 ^{ns}	1			
3. ความรับผิดชอบของผู้ป่วย	.482*	.029 ^{ns}	1		
4. การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง	.175 ^{ns}	.115 ^{ns}	.255*	1	
5. คุณภาพชีวิต	.214	-.062 ^{ns}	.107 ^{ns}	.226*	1

*p-value < .05, ns = non significance

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มามีติดตามการรักษาหลังการผ่าตัดในช่วง 10-20 สัปดาห์ มีคุณภาพชีวิตทางสุขภาพ (health-related quality of life) อยู่ในเกณฑ์ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ อาจอธิบายได้จากกระบวนการหายของแผลโดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดลดลงสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย โดยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่างที่ดีที่สุดอยู่ในมิติความเจ็บปวดของร่างกาย แสดงให้เห็นว่าความเจ็บปวดของร่างกายไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตตามที่ผู้ป่วยต้องการ ผู้ป่วยสามารถกลับมาปฏิบัติหน้าที่ตามปกติโดยไม่หักโหมเกินไป ในช่วง 10 -20 สัปดาห์ แตกต่างจากการศึกษาของ Rantanen และคณะ¹⁸ ที่ศึกษาในช่วงภายหลังผ่าตัด 4 สัปดาห์ซึ่งกระบวนการหายของแผลยังไม่ดี ยังมีอาการเจ็บปวด คุณภาพชีวิตด้านร่างกายในมิติความเจ็บปวดจึงต่ำ นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างยังมีปัจจัยสนับสนุนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังการผ่าตัด เช่น ระดับความเสี่ยงในการผ่าตัดทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง สมรรถนะของหัวใจก่อนผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 58.5 ด้วยค่าอัตราส่วนร้อยละปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (LVEF) มากกว่าร้อยละ 50 และมีเพียงร้อยละ 5 ที่มีสมรรถนะของหัวใจต่ำกว่าก่อนผ่าตัด (LVEF

< 30%) และระยะเวลาการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมโดยเฉลี่ยอยู่ในช่วงเวลามาตรฐาน น้อยกว่า 120 นาที^{3,4,9,18} ด้วยปัจจัยพื้นฐานที่ดีดังกล่าวช่วยให้หัวใจมีการฟื้นตัวได้ดีทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติได้ดี มีความรู้สึกเป็นสุข ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยน้อยและรู้สึกมีพลังในการปฏิบัติงานในบทบาทต่างๆ ได้ดีมาก คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่างจึงอยู่ในเกณฑ์ดีมากและสูงกว่าคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงกว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกายหลังการผ่าตัดจนถึง 6 เดือน¹⁹

ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในช่วง 10-20 สัปดาห์หลังการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความแตกต่างทางสุขภาพและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (p < .05) จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ศึกษา ผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจต้องได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ในวันก่อนผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน ด้วยสื่อการสอนแบบกลุ่มและรายบุคคล ร่วมกับกระบวนการซักถาม ตอบข้อสงสัยโดยพยาบาลและทีมกายภาพบำบัด การสื่อสารข้อมูลสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและนำไปสู่การปฏิบัติตนที่เหมาะสมทั้งในระยะก่อนและหลัง ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก ความแตกต่างทางสุขภาพของบุคคลเป็นการสะท้อนทักษะทางปัญญา (cognitive skill) และ

ทักษะทางสังคม (social skill) ของบุคคลที่จะสร้างแรงจูงใจให้ตนเองสามารถเข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจ และตัดสินใจนำข้อมูลดังกล่าวไปปฏิบัติเพื่อทำให้สุขภาพและคุณภาพชีวิตดีขึ้น²⁰ ซึ่งสอดคล้องกับผลศึกษาครั้งนี้ ที่แสดงความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับคุณภาพชีวิตภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในช่วง 10-20 สัปดาห์ สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการรับรู้ข้อมูล เข้าใจสิ่งที่ต้องปฏิบัติและลงมือปฏิบัติตามความรู้และทักษะการปฏิบัติที่ได้เรียนรู้มาอย่างดี สามารถกลับไปดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางสุขภาพน้อยกว่า ซึ่งต่างจากการศึกษาของ วิศรา ม่วงช่วง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ²¹ ที่พบว่าความแตกต่างทางสุขภาพในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ด้วยแบบประเมิน Test of Function Health Literacy in Adult: TOFHLA ของ Parker และคณะ ที่ประเมินความสามารถในการอ่านและเขียน ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งยังขาดมุมมองการตัดสินใจ นำความเข้าใจข้อมูลสู่การปฏิบัติ²² ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ว่า มีความรู้แต่ไม่ปฏิบัติ ย่อมไม่เกิดผลต่อสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้การประเมินความแตกต่างทางสุขภาพได้ใช้แบบประเมินที่มีมิติของความสามารถในการตัดสินใจ นำข้อมูลไปใช้จัดการสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงพบความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในช่วง 10-20 สัปดาห์ ($r = .226, p < .05$) ตามคำจำกัดความของการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง อาจเนื่องมาจากเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงปัญหาของกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ความเจ็บป่วย และความต้องการของบุคคลได้รับการแก้ไข สภาพจิตใจ และสภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น มีความพึงพอใจในระบบบริการ จึงอาจส่งผลให้การรับรู้ผลกระทบที่เกิดจากการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจลดลง คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจึงอยู่ในระดับสูง สอดคล้อง

กับการศึกษาก่อนหน้า^{16,23} ที่พบว่าการรับรู้การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วย ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางผ่านกระบวนการและองค์ประกอบของการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ทั้งในด้านการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการให้ความกระจ่างและเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วย และด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้ป่วย แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง อาทิเช่น ปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้รับการแก้ไข กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระบบบริการ การรับรู้ถึงผลกระทบของการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่รบกวนการดำเนินชีวิตจึงลดลง คุณภาพชีวิตภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้น จึงทำให้พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางกับคุณภาพชีวิตภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบก่อนทำผ่าตัดที่ประเมินด้วย Cardiac Power Index ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในช่วง 10-20 สัปดาห์ สามารถอธิบายได้จากค่า CPI เป็นค่าที่ประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจก่อนการผ่าตัด ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่ค่อนข้างดี (มากกว่า 0.34 Watts/m^2)¹³ สะท้อนการทำงานของร่างกาย Peric และคณะ²⁴ พบความสัมพันธ์ของความรุนแรงของโรคกับคุณภาพชีวิตที่ประเมินด้านร่างกายเพียงด้านเดียว

ความรับผิดชอบของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 10-20 สัปดาห์ อาจอธิบายได้ว่าช่วงเวลาดังกล่าวอยู่ในระยะแรกภายหลังจำหน่าย การรับรู้และการตัดสินใจของผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพยังขึ้นอยู่กับการดูแลของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า²⁵ ที่พบว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้มาจากการคิดและตัดสินใจใน

การจัดการภาวะการเจ็บป่วยด้วยตนเองเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ จึงอาจส่งผลทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ของความรับผิดชอบของผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ พบความสัมพันธ์ระหว่างความรับผิดชอบของผู้ป่วยกับความแตกฉานทางสุขภาพ ($r = .482, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า^{8,26} อาจเนื่องมาจากการได้รับการให้ความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดส่งผลให้ความสามารถในการดูแลจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองภายหลังจำหน่ายเพิ่มขึ้น⁸ กลุ่มตัวอย่างสามารถนำความรู้และคำแนะนำที่ได้ไปใช้ในการค้นหาข้อมูลและดูแลสุขภาพตนเองได้²⁶ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเองและมีความแตกฉานทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นภายหลังจำหน่าย นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างความรับผิดชอบของผู้ป่วยกับการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ($r = .255, p < .05$) อาจเนื่องมาจากการเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย เป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง คือ การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต้องกระทำภายใต้กระบวนการ การสร้างสัมพันธ์ภาพในการดูแลระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล การเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและตอบสนองในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการภายใต้การให้คุณค่าและเคารพในสิทธิความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรให้ความสำคัญและพัฒนากิจการให้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางผ่านกระบวนการด้านการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธ์ภาพ ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการให้ความกระจ่างและเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วย และด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้ป่วย และให้ความสนใจตระหนักถึงความแตกฉานทางสุขภาพของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อให้ทราบแนวทางการหาข้อมูลสุขภาพที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและนำไปใช้เมื่อกลับบ้านได้

2. ควรมีการศึกษาความสามารถในการทำนายของความแตกฉานทางสุขภาพ และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตร่วมกับความสัมพันธ์ของความแตกฉานทางสุขภาพและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางกับผลลัพธ์ทางสุขภาพในด้านคลินิก และผลลัพธ์ทางสุขภาพในการฟื้นตัวระยะอื่น

References

1. Bureau of Non Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Number and rate of death by cardiovascular disease per hundred thousand people in 2001-2014 [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Non Communicable Disease; 2010 [cited 2014 Jun 13]. Available from: <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>. (in Thai).
2. The Society of Thoracic Surgeons of Thailand. Statistic of heart surgery in Thailand in 2001-2014 [Internet]. 2005 [cited 2014 Jun 13]. Available from: http://thaists.org/news_detail.php?news_id=212. (in Thai).
3. 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(16):1-15.
4. Kurfirst V, Mokracek A, Krupauerov M, Canádyová J, Bulava A, Pešl L, et al. Health-related quality of life after cardiac surgery – the effects of age, preoperative conditions and postoperative complications. J Cardiothorac Surg. 2014;9(46):1-8.
5. Popovic B, Fay R, Popovic AC, Levy B.

- Cardiac power index, mean arterial pressure, and Simplified Acute Physiology Score II are strong predictors of survival and response to revascularization in cardiogenic shock. *Shock*. 2014;42(1):22-6.
6. Connell AMO, DeWalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Baker DW, Schillinger D, et al. Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. *J Gen intern Med*. 2011;26(9):979-86.
 7. Fredericks S, Yau T. Educational intervention reduces complications and rehospitalizations after heart surgery. *West J Nurs Res*. 2013;35(10):1251-65.
 8. 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.
 9. Rumsfeld JS, Ho PM, Magid DJ, McCarthy Jr M, Shroyer ALW, MaWhinney S, et al. Predictors of health-related quality of life after coronary artery bypass surgery. *Ann Thorac Surg*. 2004;77(5):1508-13.
 10. World Health Organization. Incidence of heart attack or fatal coronary heart disease by age, sex, and race [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited 2014 Oct 10]. Available from: https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_449846.pdf.
 11. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia: Lippincott; 2008.
 12. Train The Brain Forum (Thailand). Thai Mental State Examination (TMSE). *Siriraj Hospital Gazette*. 1993;45(6):359-74. (in Thai).
 13. Hall SG, Garcia J, Larson DF, Smith R. Cardiac power index: staging heart failure for mechanical circulatory support. *Perfusion*. 2012;27(6):456-61.
 14. Wanitkun N, Pattaramongkolrit S, Vichathai C, Bhechrung B, Kloyahem S, Batterham R, et al. Thai health literacy. Nonthaburi: Health System Research Institute; 2014. Available from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3987>. (in Thai).
 15. 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):1005-26.
 16. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*. 2001;323(7318):908-11.
 17. Kongsakon R, Silpakit C. Thai version of the medical outcome study 36 items short form health survey: an instrument for measuring clinical results in mental disorder patients. *Ramathibodi Medical Journal*. 2000;23(1):8-19. (in Thai).
 18. Rantanen A, Kaunonen M, Sintonen H, Koivisto AM, Astedt-Kurki P, Tarkka MT. Factors associated with health-related quality of life in patients and significant

- others one month after coronary artery bypass grafting. *J Clin Nurs*. 2008;17(13):1742-53.
19. Gjeilo KH, Wahba A, Klepstad P, Lydersen S, Stenseth R. Recovery patterns and health-related quality of life in older patients undergoing cardiac surgery: a prospective study. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2012;11(3):322-30.
20. WHO regional office for Europe. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: WHO regional office for Europe; 2013.
21. 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).
22. Al Sayah F, Williams B, Johnson JA. Measuring health literacy in individuals with diabetes: a systematic review and evaluation of available measures. *Health Educ Behav*. 2013;40(1):42-55.
23. Mallinger JB, Griggs JJ, Shields CG. Patient-centered care and breast cancer survivors' satisfaction with information. *Patient Educ Couns*. 2005;57(3):342-9.
24. Peric VM, Borzanovic MD, Stolic RV, Jovanovic AN, Sovtic SR. Severity of angina as a predictor of quality of life changes six months after coronary artery bypass surgery. *Ann Thorac Surg*. 2006;81(6):2115-20.
25. Natarajan A, Samadian S, Clark S. Coronary artery bypass surgery in elderly people. *Postgrad Med J*. 2007;83(977):154-8.
26. Nijman J, Hendriks M, Brabers A, Jong JD, Rademakers J. Patient activation and health literacy as predictors of health information use in a general sample of Dutch health care consumers. *J Health Commun*. 2014;19(8):1-15.