

ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย
และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วย
ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

**Relationships Between Received Information, Perceived Severity of Illness
and Perceived Activity Performance in Patient
Undergone Open Heart Surgery**

อภรรัตน์ อินจัน

Apornrat Injan

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science
Prince of Songkla University**

2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

๗


เลขที่	RD 598 ๐44 25๖3 ๑.2
ชื่อเรื่อง	ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
วันที่	2.9.0.8 2553

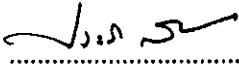
(1)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
ผู้เขียน นางสาวอภรรัตน์ อินจัน
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

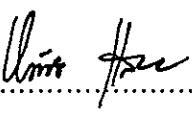
คณะกรรมการสอบ

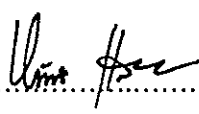

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชณิษฐา นาคะ)

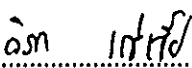

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ประสิทธิ์ สังข์วัฒนา)


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชณิษฐา นาคะ)



.....
(ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์)


.....กรรมการ
(ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เจี๋ย)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ช่อลดดา พันธุเสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.เกริกชัย ทองหนู)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ผู้เขียน นางสาวอภรรัตน์ อินจัน

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ปีการศึกษา 2552

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยใช้ทฤษฎีการปรับตนเอง (Johnson, 1999) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ 2 แห่ง จำนวน 103 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดหัวใจ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามการได้รับข้อมูล และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.89 และ 0.86 ตามลำดับ และทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยการประเมินซ้ำได้ค่าความสอดคล้องตรงกันเท่ากับ 1.0 ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสหสัมพันธ์แบบตำแหน่งของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 2.4$, $SD = 0.37$) มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 5.8$, $SD = 1.03$) และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 20.3$, $SD = 6.3$)

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.39$, $p < .01$ และ $r_s = .40$, $p < .01$ ตามลำดับ) และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.68$, $p < .01$)

ผลการศึกษานี้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามความจริง และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

Thesis Title Relationships Between Received Information, Perceived Severity of Illness and Perceived Activity Performance in Patient Undergone Open Heart Surgery

Author Miss Apornrat Injan

Major Program Nursing Science (Adult Nursing)

Academic Year 2009

ABSTRACT

This descriptive study aimed to determine the level of received information, perceived severity of illness and perceived activity performance in patient undergoing open heart surgery, and the relationships between all variables. One-hundred and three subjects who had undergone open heart surgery were purposively selected from 2 central hospitals in the South of Thailand. The instruments comprised a received information assessment form, and perceived severity of illness and perceived activity performance questionnaires. The instruments were examined by 3 experts for content validity and the received information assessment form and perceived activity performance questionnaire tested for reliability using Cronbach's alpha coefficients yielding the values of 0.89 and 0.86 respectively. The test-retest reliability was used for the perceived severity of illness questionnaire with a value of 1.0. Data were analyzed using frequency, mean, standard deviation and Spearman rank correlation coefficient. The results revealed that:

1. The subjects described their received information at a high level ($\bar{X} = 2.4$, $SD = 0.37$) and perceived the severity of illness at moderate level ($\bar{X} = 5.8$, $SD = 1.03$), and had a high level of perceived activity performance ($\bar{X} = 20.3$, $SD = 6.3$).

2. Received information had a significant negative relationship at a moderate level with perceived severity of illness ($r_s = -.39, p < .01$) and a significant positive relationship at a moderate level with perceived activity performance ($r_s = .40, p < .01$). In addition, there was a statistically significant negative relationship at a high level between perceived severity of illness and perceived activity performance ($r_s = -.68, p < .01$).

The results could be used to improve the quality of information provided for decreasing the perceived severity of illness and increasing the activity performance in patients undergoing open heart surgery.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ และ ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์ ที่กรุณาเสาะเวลาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ รวมถึงข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่มาโดยตลอด รวมทั้งให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบ โครงร่างวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงเนื้อหาของเครื่องมือ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ทำให้วิทยานิพนธ์มีความถูกต้องสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณาบดีคณะแพทยศาสตร์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาล และขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำการหอผู้ป่วยศัลยกรรม ที่ได้ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลา และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คุณประสพสุข อินทรักษา หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และพี่ๆ น้องๆ ประจำหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ทุกท่านที่เสียสละทำงานเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้วิจัย ได้มาเรียน และเป็นกำลังใจให้เสมอมา

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ น้องชาย และหลานๆ ที่เป็นแรงใจและดูแลเอาใจใส่ ขอขอบคุณเพื่อนๆ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตร่วมรุ่นทุกท่าน และกัลยาณมิตรทั้งที่เอยนามและไม่เอยนามที่ให้ความช่วยเหลือ เป็นกำลังใจให้ตลอดมาจนประสบผลสำเร็จในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

อภรรัตน์ อินจัน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
ABSTRACT	(5)
กิตติกรรมประกาศ	(7)
สารบัญ	(8)
รายการตาราง	(11)
รายการภาพประกอบ	(12)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
คำถามการวิจัย	4
กรอบแนวคิด	4
สมมติฐานการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์	7
ขอบเขตของการวิจัย	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	8
แนวคิดการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด	9
ข้อบ่งชี้การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด	9
วิธีการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด	11
ผลกระทบในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด	12
การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด	16
การประยุกต์ใช้แนวคิดการปรับตนเองในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด	19
การได้รับข้อมูล	20
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	25
ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด	27
	(8)

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด	32
ปัจจัยด้านผู้ป่วย	32
ปัจจัยด้านการดูแลรักษา	33
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการสนับสนุน	34
ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด	34
สรุปผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	38
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	40
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล	42
การวิเคราะห์ข้อมูล	43
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	45
ผลการวิจัย	45
อภิปรายผล	54
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	62
สรุปผลการวิจัย	62
ข้อจำกัดในการวิจัย	63
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	63
บรรณานุกรม	65
ภาคผนวก	77
ก ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่ม	78
ข การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	82

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ค เครื่องมือในการวิจัย	84
ง การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติความสัมพันธ์.....	94
จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	96
ประวัติผู้เขียน	97

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 การเปลี่ยนแปลงคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด.....	40
2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	46
3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย.....	48
4 การประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในวันที่ 5.....	50
5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการได้รับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	52
6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ของกลุ่มตัวอย่าง.....	52
7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ของกลุ่มตัวอย่าง	53
8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของ การเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด หัวใจแบบเปิด	54
ก 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการได้รับข้อมูลจำแนกเป็นรายชื่อ เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย	78
ก 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำแนกเป็นรายชื่อ	80
ก 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบตำแหน่งของสเปียร์แมนระหว่าง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม กับความปวด สมรรถภาพการทำงานของหัวใจ และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด...	81
ก 4 จำนวนและร้อยละของปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในวันที่ 5.....	81

รายการภาพประกอบ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อแก้ไขความผิดปกติทางพยาธิสรีระภาพ ปัจจุบันมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด້วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเพิ่มมากขึ้น คังสถิติมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด້วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2550 และ 2551 จำนวน 9,653 และ 9,875 รายตามลำดับ (สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2550-2551) ในภาคใต้การรักษาด້วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เพียง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลยะลา แต่พบสถิติการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์มากที่สุด ทั้งในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีรายงานผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 , 2549 และ 2550 จำนวน 219, 309 และ 345 รายตามลำดับ (สมุคพะเบียนผู้ป่วยของหอภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2548-2550)

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของผนังหัวใจ ลิ้นหัวใจ หลอดเลือดหัวใจ เนื้องอกของหัวใจและหลอดเลือดแดงใหญ่บริเวณทรวงอก (อัจฉรา, 2543) โดยพบว่าก่อนเข้ารับการผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 2 (ชิตินา, 2551) หลังผ่าตัดการทำหน้าที่ของหัวใจมักดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ณัฐจิตา, 2541; ชิตินา, 2551; สมพร, ยุพาพิน, และกุสุมา, 2542; สายฝน, 2540; Dimopoulou, Authi, Michalis, & Tzelepis, 2001; Edell-Gustafsson & Hetta, 1999; Falcoz et al., 2003; Grady et al., 2000; Hunt, Hendrata, & Myles, 2000) ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว มีสุขภาพดี แข็งแรงขึ้น ไม่เหน็ดเหนื่อย สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และรู้สึกเหมือนคนปกติ (ธิวาสา, 2547)

อย่างไรก็ตามสมรรถภาพการทำงานของหัวใจภายหลังการผ่าตัดในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรก อาจไม่ดีขึ้นในทันที เนื่องจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดส่งผลกระทบต่อระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด ได้แก่ ประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง สาเหตุจากการตายหรือการได้รับบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหัวใจขณะทำการผ่าตัด (อภิรักษ์, 2551; อัจฉรา, 2543) ภาวะปอดแฟบและปอดอักเสบจากการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม (อัจฉรา) การคาท้อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างน้อย 8-12 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (ศิริจันทร์, 2547)

ความปวดแผลผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าหายใจอย่างเต็มที่ (สุคักัญญา, 2541) แต่ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมควรเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ประมาณวันที่ 5 ภายหลังจากผ่าตัด ผู้ป่วยควรได้รับการส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพิ่มขึ้น ได้แก่ กิจกรรมประจำวันส่วนบุคคล กิจกรรมฟื้นฟูสภาพ และกิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (วรรณต, 2548; อัจฉรา, กนกพร, ฐาปนีย์, และวิไลลักษณ์, 2543) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุภายหลังผ่าตัดหัวใจมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมภายหลังผ่าตัดได้ในระดับสูงร้อยละ 98 (ศิริรัตน์, 2545) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการอ่อนเพลียเหนื่อยง่าย บางรายมีอาการเจ็บหน้าอก ปวดตึงบริเวณแผล จึงทำให้ไม่กล้าทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก (จิราพร, 2546)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปัจจัยบางประการที่สำคัญคือ การได้รับข้อมูล และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย สอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulatory theory) (Johnson, 1999; Roynolds & Alonzo, 2000) ซึ่งกล่าวว่าการได้รับข้อมูลช่วยให้บุคคลมีการพัฒนารูปแบบทางความคิด นำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติ การได้รับข้อมูลที่ตีผลให้บุคคลสร้างภาพอนาคตในทางบวก รับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นหากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่ถูกต้อง ครบถ้วน ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก ข้อมูลคำแนะนำในสิ่งที่ต้องปฏิบัติ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความคิดเห็นที่ดีต่อการผ่าตัด ทำให้รับรู้ความรุนแรงและผลกระทบจากการผ่าตัดได้ถูกต้องตามความเป็นจริง และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้เหมาะสม ในขณะที่ผู้ป่วยที่รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในทางลบ จะมีความคิดเห็นว่าการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้ จึงขาดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่รุนแรงมักไม่กล้าทำอะไรเพราะกลัวการเสียชีวิต (เป็น, 2550) และผู้ป่วยที่เชื่อว่าโรคหัวใจส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยต้องอยู่กับข้อจำกัดต่างๆ การทำกิจกรรมต่างๆ ที่ออกแรงมากทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอกได้ จึงทำให้ภายหลังการเจ็บป่วยผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง (ศรีบุญญา, 2545)

ในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีการให้คำแนะนำและให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด ด้วยโปรแกรมการให้ข้อมูลเป็นลำดับขั้นตอน มีการให้ข้อมูลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีสื่อการให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (อุรวาดิ, 2541) จากการศึกษาของศรีประภา (2551) พบว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ วิธีการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ

การฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังผ่าตัด และวิธีการจัดการความปวดอยู่ในระดับมาก ทำให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด เพราะฉะนั้นหากผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนผ่าตัดจะสามารถวางแผนและปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดได้ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การได้รับข้อมูล และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้แก่ การศึกษาของรัสมิ (2548) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง และการศึกษาของสายรุ่ง (2547) ศึกษาในผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรังพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกาย ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของอาการไม่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง ส่วนในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจพบว่ามีการศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยสูงอายุภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจของศิริรัตน์ (2545) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หลังผ่าตัด วันที่ 7 อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 98 และความหวังมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย ความเศร้ามีความสัมพันธ์ในทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม การศึกษาดังกล่าวแสดงถึงความสัมพันธ์ของการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ แต่ยังไม่มียางานการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด และความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดภายหลังผ่าตัดวันที่ 5 เพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษา ระดับการได้รับข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
2. ศึกษา ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
3. ศึกษา ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

คำถามการวิจัย

1. การได้รับข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอยู่ในระดับใด
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอยู่ในระดับใด
3. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอยู่ในระดับใด
4. การได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความสัมพันธ์กันมากน้อยเพียงใด

กรอบแนวคิด

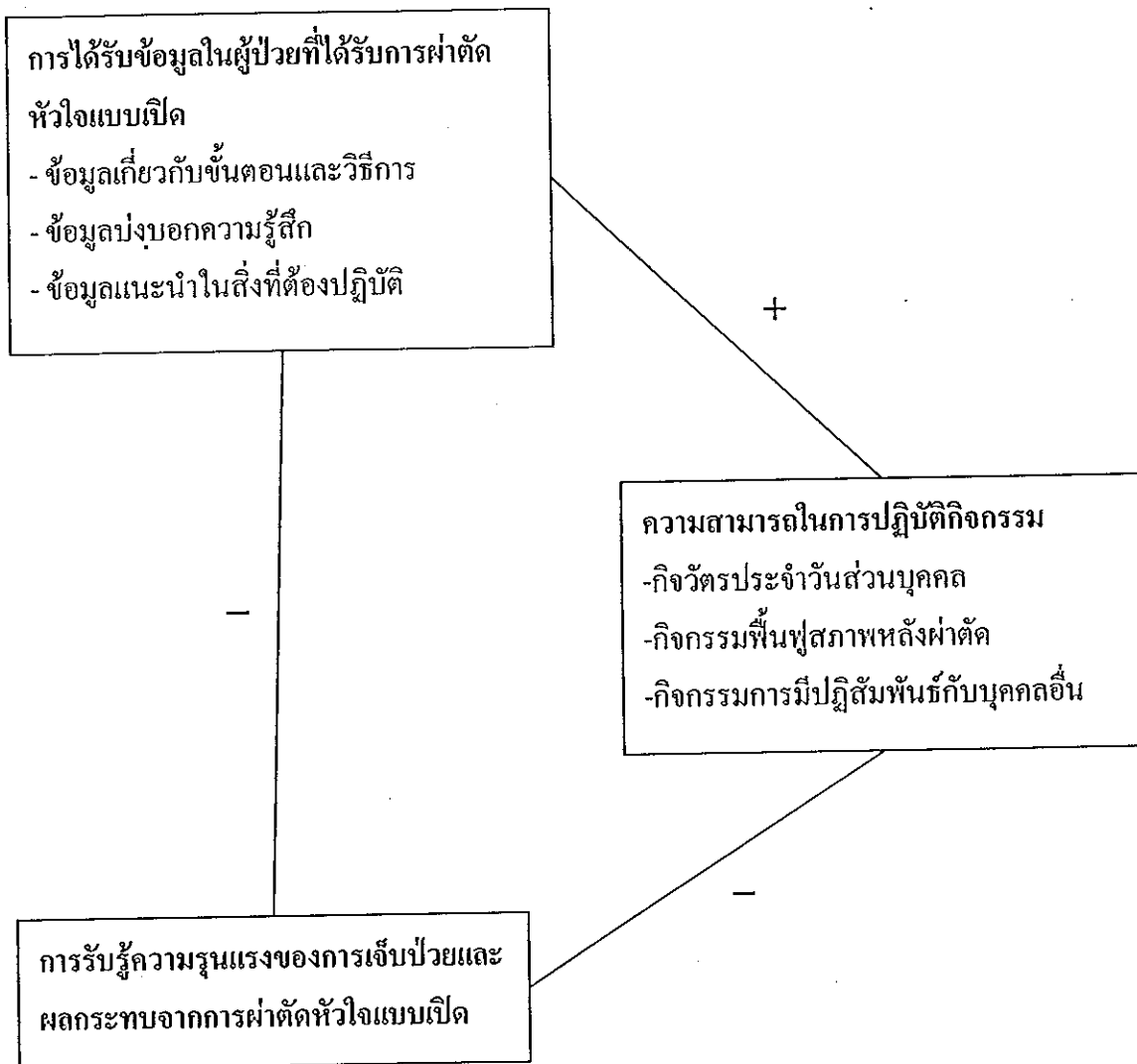
การศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulatory theory) (Johnson, 1999; Roynolds & Alonzo, 2000) เป็นแนวทางในการศึกษาการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยอธิบายได้ว่า

การรับรู้การเจ็บป่วยทำให้นักคลสร้างภาพแห่งความคิด (schema) ถึงสิ่งที่คุกคามสุขภาพ และการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยมีโครงสร้างที่เป็นรูปแบบ และโครงสร้างดังกล่าวมีพื้นฐานมาจากประสบการณ์ก่อนมีการเจ็บป่วย และข้อมูลที่ได้จากสังคม ดังนั้นการรับรู้การเจ็บป่วยจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย การได้รับข้อมูลช่วยให้นักคลมีการพัฒนารูปแบบทางความคิด นำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติ การได้รับข้อมูลที่ดีมีผลให้นักคลสร้างภาพอนาคตในทางบวก รับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่ถูกต้อง ครบถ้วน ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก ข้อมูลแนะนำสิ่งที่ต้องปฏิบัติ (ประณีต, 2547) จะมีความคิดเห็นที่ดีหรือความคิดเห็นทางบวกกับการผ่าตัด ทำให้รับรู้ความรุนแรงและผลกระทบจากการผ่าตัด ได้ถูกต้องตามความเป็นจริง และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้เหมาะสม

ในขณะที่ผู้ป่วยที่รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดน้อยมีแนวโน้มจะรับรู้การผ่าตัดในทางลบ มีความคิดเห็นว่าการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้ จะขาดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าหลังผ่าตัดวันที่ 5 ผู้ป่วยจะฟื้นสภาพ และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ กิจกรรมประจำวันส่วนบุคคล กิจกรรมฟื้นฟูสภาพ และกิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ (วรมนต, 2548; อัจฉรา, 2543; อัจฉรา, กนภพร, ฐาปนีย์, และวิไลลักษณ์, 2543) จึงสรุปได้ว่าการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่เพียงพอ จะช่วยให้ผู้ป่วยสร้างภาพแห่งความคิดที่เป็นจริง สามารถนำไปวางแผนและปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดได้ดี ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดไม่เพียงพอ จะสร้างภาพแห่งความคิดไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้รับรู้ความรุนแรงและผลกระทบจากการผ่าตัดในระดับสูง และปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดได้น้อย (ภาพ 1)

สมมติฐานการวิจัย

1. การได้รับข้อมูล มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
3. การได้รับข้อมูล มีความสัมพันธ์ในทางลบกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด



ภาพ 1 กรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

นิยามศัพท์

การได้รับข้อมูล หมายถึง ระดับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก และข้อมูลแนะนำในสิ่งที่ต้องปฏิบัติตามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยได้รับตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงวันที่ 5 หลังผ่าตัด ประเมินจากแบบสอบถามการได้รับข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามการได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดของศิริประภา (2551)

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หมายถึง ระดับความรุนแรง และผลกระทบจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดตามการรับรู้ของผู้ป่วย ประเมินด้วยแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดวันที่ 5 หลังผ่าตัด ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ประกอบด้วย กิจกรรมประจำวันส่วนบุคคล กิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และกิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดหัวใจของศิริรัตน์ (2545)

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหลังผ่าตัดวันที่ 5

ความสำคัญของการวิจัย

เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด การทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดสาระสำคัญและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องครอบคลุมตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
 - 1.1 ข้อบ่งชี้การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
 - 1.2 วิธีการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
 - 1.3 ผลกระทบในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
 - 1.4 การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
2. การประยุกต์ใช้แนวคิดการปรับตนเองในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
 - 2.1 การได้รับข้อมูล
 - 2.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย
 - 2.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
 - 3.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย
 - 3.2 ปัจจัยด้านการดูแลรักษา
 - 3.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการสนับสนุน
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

แนวคิดการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) เป็นการผ่าตัดหัวใจหรือหลอดเลือดใหญ่ที่อยู่ใกล้หัวใจ ในขณะที่หัวใจไม่ได้ทำหน้าที่ในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย เพื่อแก้ไขสถานะการไหลเวียนโลหิตที่ผิดปกติ แก้ไขความพิการภายในหัวใจและหลอดเลือด ช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติสามารถดำรงชีวิตต่อไปหรือเพื่อประคับประคองช่วยให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้นพอประทังชีวิตอยู่ได้ (ชวนพิศ และเพลินดา, 2545) ปัจจุบันการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและทุพพลภาพลดลง เพิ่มคุณภาพชีวิตทำให้มีชีวิที่ยืนยาวขึ้น (Engoren, Engoren, Steckel, Neihardt & Buderer, 2002) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีชีวิตภายหลังผ่าตัดตั้งแต่ 5 - 10 ปี และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เปลี่ยนลิ้นหัวใจมีชีวิต 10 - 20 ปี (Urden, Stacy & Lough, 2006) นอกจากนี้ความก้าวหน้าของวิธีการผ่าตัดยังลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จากการศึกษาวิธีการผ่าตัดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยการหนีบหลอดเลือดเอออร์ตาแบบครั้งเดียวสามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดสมองน้อยกว่าการผ่าตัดโดยการหนีบบางส่วนหลอดเลือดเอออร์ตา (Tsang et al., 2003)

ข้อบ่งชี้การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมักทำในรายที่มีความผิดปกติของผนังหัวใจ ลิ้นหัวใจ หลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากของหัวใจและหลอดเลือดแดงใหญ่บริเวณทรวงอก หรือต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (อัจฉรา, 2543) สามารถแบ่งกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางยาแล้วไม่สามารถแก้ไขอาการได้หรือมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกแบบคงที่และรุนแรงแม้อยู่ในขณะพักหรือออกแรงเล็กน้อยก็มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจลดลง โดยพบว่าผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจในระดับ 2 ขึ้นไป (ชิตติมา, 2551) หรือมีประวัติลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด มีภาวะหัวใจวาย หรือมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภาวะช็อกจากหัวใจ มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดร่วมกับปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง มีอาการได้แก่หน้ามืดเป็นลมบ่อย ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น ปอดบวมน้ำ (ฉัตรกนก, 2548; ชวนพิศ และเพลินดา, 2545) นอกจากนี้ผู้ป่วยในกลุ่มโรคหัวใจพิการ

แต่กำเนิด ได้แก่ มีรูรั่วที่ผนังกันเอเดรียม (Atrial Septal Defect: ASD) หรือมีรูรั่วที่ผนังกันเวนทริคูล (Ventricular Septal Defect: VSD) และมีเลือดคั่งวงจรไปปอดมากกว่า 1.5 ต่อ 1 เท่าขึ้นไป หรือเคยมีประวัติการติดเชื้อมีเชื้อหุ้มหัวใจมาก่อนจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเช่นกัน (อรสา, 2551)

2. ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่สามารถเลือกวิธีการรักษาโดยวิธีอื่นได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีด้านซ้าย มากกว่าร้อยละ 50 ของขนาดรูหลอดเลือด พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเสียชีวิตสูงจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หากไม่ได้รับการแก้ไขมีโอกาสเกิดภาวะช็อคจากหัวใจสูงถึงร้อยละ 80 (Gol et al., 2000) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจสามารถช่วยลดอัตราการตายได้มากกว่าการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน โดยมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 28.30 และ 63.30 ตามลำดับ นอกจากนี้ผลการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะช็อคจากหัวใจจำนวน 60 ราย พบว่าการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจทำให้ผู้ป่วยเกิดลิ้นเลือดอุดตันหลอดเลือดจำนวน 5 ราย และการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนจำนวน 20 ราย (Eimsophon & Chotimaiwattarakul, 2006) นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยที่มีการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ 3 เส้นพร้อมกันร่วมกับมีภาวะการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายไม่มีประสิทธิภาพ หรือมีภาวะหัวใจวายจากหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานล้มเหลวจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเช่นกัน เนื่องจากการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนสามารถแก้ไขการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจได้ครั้งละหนึ่งเส้น ซึ่งแตกต่างจากการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจที่สามารถแก้ไขความผิดปกติของหลอดเลือดที่มีการอุดตันได้ครั้งละหลายเส้น และหลอดเลือดที่นำมาใช้ในการทำทางเบี่ยงหลอดเลือดบริเวณที่มีการอุดตันมีอัตราการใช้งานได้นานกว่าการถ่ายขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนที่ร่วมกับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือด (Urden, Stacy & Lough, 2006; Perrin, 2006) และผู้ป่วยในกลุ่มนี้เนื่องจากของหัวใจทั้งนี้เนื่องจากในระยะแรกและระยะที่สอง จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดทันทีที่วินิจฉัยได้ชัดเจน เพราะอาจทำให้เกิดการอุดตันของลิ้นเลือดในหัวใจหรือการอุดตันที่ลิ้นหัวใจทำให้มีการอุดตันการไหลเวียนเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยแบบเฉียบพลันได้ (อรสา, 2551)

3. ผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จล้มเหลวในการรักษาโดยวิธีอื่น ได้แก่ หลังทำการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน และมีภาวะแทรกซ้อน เช่น มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือมีอาการเจ็บหน้าอกที่ยาวนาน (Perrin, 2006) หรือผู้ป่วยที่หลังทำการถ่ายขยายรูติบของลิ้นหัวใจไม่ตรัส

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นการผ่าตัดเปิดทรวงอกบริเวณกลางกระดูกหน้าอก เพื่อสามารถดูพยาธิสภาพของหัวใจหรือหลอดเลือดใหญ่ได้ชัดเจนทำให้การผ่าตัดมีประสิทธิภาพ (Khonsari & Sintek, 2003) โดยใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมช่วยในระหว่างการผ่าตัด โดยให้เลือดที่ไหลกลับจากส่วนต่างๆ ของร่างกายไหลเวียนออกนอกหัวใจและปอด โดยนำเลือดดำของผู้ป่วยออกมาพอกที่ปอดเทียม เมื่อพอกเสร็จแล้วใช้หัวใจเทียมหรือหัวใจเทียมปั๊มเลือดแดงเข้าไปในร่างกายของผู้ป่วยเพื่อให้เลือดแดงไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายผู้ป่วย ขณะที่ทำการผ่าตัดหัวใจหรือหลอดเลือดของผู้ป่วยจะต้องหยุดการไหลเวียนเลือดเข้าไปในหัวใจและทำให้หัวใจหยุดเต้นระหว่างนั้นจะต้องป้องกันกล้ามเนื้อหัวใจไม่ให้เกิดบาดเจ็บโดยการใส่สารละลายที่มีความเข้มข้นสูงเพื่อป้องกันการบวมของเซลล์ หลังจากนั้นศัลยแพทย์ทำการซ่อมแซมพยาธิสภาพของหัวใจหรือหลอดเลือด จะปล่อยให้หัวใจของผู้ป่วยเต้น และค่อยๆ เอาเลือดกลับเข้าสู่หัวใจและทำการแยกเครื่องปอดและหัวใจเทียมออกจากผู้ป่วย (อังธรา, 2543; อรสา, 2551; อภิรักษ์, 2551)

เครื่องปอดและหัวใจเทียมเป็นเครื่องที่ให้ออกซิเจนและทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดนอกหัวใจและปอดเกิดการแพร่ผ่าน (diffusion) ของเลือดที่มีออกซิเจนอย่างเพียงพอไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญทั่วร่างกายในขณะที่ทำการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Gibbon, 2002) การไหลเวียนของเลือดออกนอกหัวใจและปอดประกอบด้วยโครงสร้างที่สำคัญ 3 ส่วนคือ ปั๊ม (mechanical pump) ทำหน้าที่แทนหัวใจ ตัวให้ออกซิเจนพร้อมอ่างจุเลือด (oxygenator with reservoir) ทำหน้าที่แทนปอดและวงจรท่อกลวงพลาสติก (plastic circuitry) ทำหน้าที่แทนหลอดเลือดแดงใหญ่ โดยท่อกลวงพลาสติกสอดผ่านเข้าทางหัวใจห้องบนขวา รับเลือดจากชุดที่เรียวนาคาวา และอินฟีเรียวนาคาวา ผ่านเข้าเครื่องปอดเทียมเพื่อพอกเลือดทำให้เลือดมีค่าออกซิเจนสูงและคาร์บอนไดออกไซด์ต่ำไหลผ่านไปยังวงจรปั๊มเพื่อสูบเลือดให้ไหลผ่านท่อกลวงพลาสติกที่สอดเข้าทางหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตา ส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายและส่วนหนึ่งส่งไปยังหลอดเลือดแดงโคโรนารีเพื่อเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ในระหว่างการใส่เครื่องปอดและหัวใจเทียมปริมาณเลือดทั้งหมดจะไหลอย่างต่อเนื่องระหว่างวงจรเครื่องมือและร่างกายผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงกลไกดังกล่าวจำเป็นต้องมีเทคนิคพิเศษอื่นร่วมด้วยเพื่อคงสถานะการไหลเวียนเลือดในร่างกาย (ชวนพิศ และเพลินดา, 2545; อังธรา, 2543; Gibbon, 2002; Dinordo, 1998; Perrin, 2006; Urden, Stacy & Lough, 2006) ได้แก่ เทคนิคการปรับลดอุณหภูมิกายให้ต่ำ (hypothermia) การทำให้เลือดเจือจาง (hemodilutional) และการให้สารต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulation) ร่วมด้วยเสมอ (อังธรา, 2543; อรสา, 2551; อภิรักษ์, 2551)

ผลกระทบในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ในระยะยาวผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้แก่ มีชีวิตที่ยืนยาว คุณภาพชีวิตดีขึ้น เช่น มีสุขภาพดี แข็งแรง ไม่เหนื่อย สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และรู้สึกเหมือนคนปกติ (ธิวาส, 2547) การผ่าตัดช่วยให้อาการของโรคที่เป็นอยู่ทุเลาลง คือ มีอาการหอบเหนื่อยน้อยลง และสุขสบายมากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ภายหลังผ่าตัดมีระดับสมรรถภาพของหัวใจในระดับ 1 ร้อยละ 62 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดร้อยละ 84 ผู้ป่วยจึงสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ทั้งการทำงาน การออกกำลังกาย รวมทั้งสามารถช่วยเหลือตนเองและพึ่งพาตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังผ่าตัดหัวใจ (ณัฐจิตา, 2541; ธิติมา, 2551; สมพร, บุพาพิน และกุสุมา, 2542; สายฝน, 2540; Dimopoulou, Authi, Michalis, & Tzelepis, 2001; Edell-Gustafsson & Hetta, 1999; Falcoz et al., 2003; Grady et al., 2000; Hunt, Hendrata, & Myles, 2000) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีระดับคุณภาพชีวิตสูงสุดที่ระยะเวลา 12 เดือนหลังผ่าตัด (Yun et al., 1999) และมีระดับคุณภาพชีวิตคงที่ภายในระยะเวลา 3 ปีหลังผ่าตัด (Chocron et al., 2000) แต่ในระยะสั้นภายหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดดังนี้

1. กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและได้รับบาดเจ็บหรือการบวมของกล้ามเนื้อหัวใจ (อภิรักษ์, 2551) มักเกิดรุนแรงมากที่สุดบริเวณใต้เยื่อหุ้มด้านในของกล้ามเนื้อหัวใจ (subendocardial) ซึ่งมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่รุนแรงก่อนผ่าตัด เทคนิคการป้องกันกล้ามเนื้อหัวใจระหว่างผ่าตัด และระยะเวลาที่ต้องหยุดหัวใจจากการขาดเลือดไปเลี้ยงระหว่างใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม (ประดิษฐ์ชัย, พรหมพร, และสุวรรณ, 2542) เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจสามารถทนต่อการขาดเลือดไปเลี้ยงได้ถึง 60 นาที โดยไม่เกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อ แต่ถ้าหัวใจหยุดเดินนานขึ้นจะเกิดภาวะกรดต่อเนื้อเยื่ออาจเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจได้ (อัจฉรา, 2543) ผู้ป่วยมีอาการหัวใจเต้นผิดปกติ โดยเฉพาะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหัวใจห้องบนเต้นพริ้ว (atrial fibrillation) ซึ่งพบได้ร้อยละ 32.3 ของผู้ป่วยที่ผ่าตัด (Mathew et al., 2004) ความดันโลหิตต่ำ ปัสสาวะออกน้อย (อัจฉรา; อภิรักษ์)
2. การหายใจผิดปกติจากกลไกการทำงานและการแลกเปลี่ยนออกซิเจนของปอดเปลี่ยนแปลงหลังใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมในระหว่างการผ่าตัด เนื่องจากไม่มีการระบายอากาศของปอดขณะใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมทำให้ถุงลมไม่ขยายตัว การสร้างสารเคลือบผิวของถุงลมหยุดชะงัก เกิดภาวะถุงลมแฟบ เสมหะคั่งค้าง และไม่มีการกำซาบของเลือดในปอดเลือดจะผ่านระบบไหลเวียนโลหิตฝอย (microcirculation) โดยตรง ทำให้ผนังหลอดเลือดฝอยแตกและอาจเกิดการรวมตัวของลิ่มเลือดเล็กๆ ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดทางลัดเลือดในปอด (pulmonary shunting) การบวมระหว่างเนื้อเยื่อ (interstitial edema) และการขาดออกซิเจน (anoxia) (อัจฉรา, 2543) ดังนั้น

ระยะ 6-18 ชั่วโมงแรกภายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ นอกจากนี้อาการปวดแผลผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าหายใจอย่างเต็มที่ (ศุภกัญญา, 2543) ทำให้เกิดปอดแฟบและปอดอักเสบได้ โดยผู้ที่มีการปวดแผลมากมักจะเกิดภาวะปอดแฟบได้สูง (Watt-Watson, Stevens, Garfinkel, Streiner, & Gallop, 2000)

3. การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ทำให้เกิดภาวะตกเลือดภายหลังการผ่าตัด ซึ่งเป็นภาวะที่มีปริมาณเลือดที่ออกมาผิดปกติคือ 400 มิลลิลิตร ใน 1 ชั่วโมง หรือ 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ติดต่อกัน 2 ชั่วโมง หรือ 100 มิลลิลิตรต่อ 1 ชั่วโมง ติดต่อกัน 4 ชั่วโมง (อรสา, 2551; อัจฉรา, 2543) สาเหตุเนื่องจากการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมเป็นการดึงเลือดออกมานอกร่างกายของผู้ป่วย จะต้องสัมผัสกับพื้นผิวที่ไม่ใช่เนื้อเยื่อทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือด จึงจำเป็นต้องใช้เฮปารินในขนาดสูงขณะใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมเพื่อป้องกันการแข็งตัวของเลือด (อิทธิรักษ์, 2551) ภายหลังผ่าตัดทำให้มีผลต่อการแข็งตัวของเลือดจากภาวะเฮปารินรีบาวน์ (Heparin rebound) ซึ่งเป็นภาวะที่สาร เฮปารินส่วนที่ดูดซึมเข้าไปในเนื้อเยื่อได้กลับคืนเข้าสู่กระแสเลือด นอกจากนี้ในระยะหลังผ่าตัด จะพบว่าปริมาณของเกร็ดเลือดลดลง และการทำหน้าที่ของเกร็ดเลือดเสียหายที่เนื่องจากการใช้เฮปารินและกระบวนการทำให้เลือดเจือจางระหว่างการใส่เครื่องปอดและหัวใจเทียม โดยพบว่าปริมาณเกร็ดเลือดลดลงต่ำสุดได้ตั้งแต่เริ่มผ่าตัดเปิดกลางหน้าอกจนถึงหลังผ่าตัดวันแรก (Laga, Bollen, Arnout, Hoylaerts, & Meyns, 2005) ซึ่งจะกลับสู่ภาวะปกติภายใน 3-5 วันหลังผ่าตัด (ชวนพิศ และเพลินตา, 2545) ส่งผลกระทบทำให้มีปริมาณการไหลเวียนเลือดลดลง และเกิดภาวะช็อคจากการไหลเวียนเลือดไม่เพียงพอได้ (อัจฉรา)

4. ภูมิคุ้มกันลดลง เกิดการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมจะกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองต่อการอักเสบ (inflammatory response) ทั่วร่างกาย เมื่อเลือดสัมผัสกับผิวของระบบเครื่องปอดและหัวใจเทียมจะไปกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้ปล่อยสารแอนติบอดีไปเพิ่มความสามารถในการให้สารน้ำซึมผ่าน (permeability) ของหลอดเลือดฝอยทำให้ผู้ป่วยบวมน้ำ (ประดิษฐ์ชัย, พรหมพร, และสุวรรณ, 2542)

5. ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมทำให้ระดับอินซูลิน และระดับกลูโคสในเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้โปรตีนซึมจากนอกเซลล์เข้าในเซลล์ ระดับโปรตีนซึมในเลือดจึงต่ำ (ประดิษฐ์ชัย, พรหมพร, และสุวรรณ, 2542) นอกจากนี้ภายหลังผ่าตัด ร่างกายมีการสูญเสียโปรตีนซึมจากปัสสาวะออกมาก (อัจฉรา, 2543)

6. การทำงานของไตลดลง การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดพบได้น้อย (อิทธิรักษ์, 2551) และมักเกี่ยวข้องกับภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจก่อนที่ลดลง หรือมีภาวะความดันโลหิตต่ำระหว่างการผ่าตัด จึงทำให้เลือดที่ไหลเวียนไปยังไตลดลง เป็นผลให้

อัตราการกรองของหน่วยไตลดลง (Henke & Eigsti, 2003) นอกจากนี้การใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมเป็นเวลานานยังทำให้เกิดการแตกสลายของเม็ดเลือดแดง ทำให้มีการขับฮีโมโกลบินออกทางปัสสาวะ (อัจฉรา, 2543; Hudak et al., 1998) โดยตัวที่บ่งบอกหน้าที่การทำงานของไต ได้แก่ ปริมาณและลักษณะของปัสสาวะซึ่งปริมาณควรออกอย่างน้อย 0.5-1 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อชั่วโมง (Bojar, 1999) ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายหลังผ่าตัดคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสียหายที่ก่อนการผ่าตัด (renal insufficiency) และระยะเวลาที่ใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมนาน (อภิรักษ์)

7. อาการคลื่นไส้ อาเจียน เนื่องจากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงลำไส้ ตับ ตับอ่อนไม่เพียงพอกับความต้องการในระหว่างการผ่าตัด อาจเกิดลำไส้บวม ตับอ่อนอักเสบหรือระดับเอนไซม์ของตับสูงขึ้น (อภิรักษ์, 2551)

8. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอาจมีอาการทางสมอง เนื่องจากเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้ไม่เพียงพอ หรือเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดในสมอง ซึ่งเกิดจากการหนีบหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในขณะที่ผ่าตัด (Holloway, 2004) ทำให้ผู้ป่วยแสดงอาการสับสน กระสับกระส่าย และในรายที่มีอาการรุนแรงอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้ (Vaage, Jensen, & Ericsson, 2000) เนื่องจากผลของการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ หรือเกิดการอุดตันหลอดเลือดจากฟองอากาศหรือสารขนาดเล็ก (อภิรักษ์, 2551; อัจฉรา, 2543) หากใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมนาน 1 ชั่วโมง มีโอกาสเกิดภาวะเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอร้อยละ 10 ถ้าใช้นาน 2 ชั่วโมง จะเพิ่มเป็นร้อยละ 25 โดยอาการดังกล่าวจะเป็นปกติใน 1-4 สัปดาห์ (ประดิษฐ์ชัย, พรหมพร, และ สุวรรณ, 2542) นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอาจพบเส้นประสาทเพลกซัสที่แขน ได้รับบาดเจ็บได้ร้อยละ 5-25 ซึ่งเกิดจากการดึงรั้งของกระดูกสันออกระหว่างผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการแขนขาอ่อนแรงหลังผ่าตัดได้ (Chong, Clarke, Dimitri, & Lip, 2003; Nowak, 2003)

9. ความวิตกกังวล ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจะมีความวิตกกังวลเป็นระยะๆ ตั้งแต่ระยะที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ ซึ่งต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าต้องรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด มีปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เช่น กลัวการดมยาสลบ กลัวความปวดหลังการผ่าตัด กลัวตาย กลัวถูกเลื่อนผ่าตัด (Smeltzer & Bare, 2004) ในระยะก่อนผ่าตัดความวิตกกังวลจะแสดงออกมาในรูปของความกลัว พบได้บ่อยว่าผู้ป่วยมักกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ กลัวความปวดหลังผ่าตัด กลัวตายเนื่องจากการผ่าตัด หรือกลัวความผิดพลาดในระหว่างผ่าตัดกลัวไม่ฟื้นจากยาสลบ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังกลัวว่าจะปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องหลังผ่าตัดหัวใจ

แบบเปิด (ศรัญญา, 2545) หากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดสูงทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดลดลง เนื่องจากความวิตกกังวลในระดับสูงทำให้การรับรู้ลดลง

10. ความปวด ภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดพบว่าผู้ป่วยมีความปวดแผลผ่าตัดอย่าง เลียบหลังและรุนแรงในระยะ 1-3 วันหลังผ่าตัด (ศุคกัญญา, 2541) เนื่องจากเนื้อเยื่อของร่างกาย ได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด จากการศึกษาความปวด ตำแหน่งและความรุนแรงของความปวดหลัง ผ่าตัดหัวใจ พบว่าความรุนแรงของความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีระดับความรุนแรง มากที่สุดในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังผ่าตัด ซึ่งจะมีความปวดมากกว่า 1 ตำแหน่ง โดยบริเวณที่มี ความปวดมากที่สุดคือ บริเวณแผลผ่าตัดกระดูกสันหลังถึงร้อยละ 92 (ศุคกัญญา, 2541; Mueller et al., 2000; Yorke, Wallis, & Mclean, 2004) รองลงมาคือ บริเวณหลังและไหล่ พบร้อยละ 51 (Yorke et al., 2004) ความปวดหลังผ่าตัดจะลดลงในวันที่ 3 และวันที่ 7 หลังผ่าตัด (Mueller et al.) ผู้ป่วยมี อาการปวดแผลมากเมื่อต้องเปลี่ยนท่าบนเตียง ลูกจากเตียง ความปวดทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเคลื่อนไหว ร่างกาย ไม่กล้าไอ ขับเสมหะ และหายใจแบบตื้นๆ เนื่องจากแผลผ่าตัดอยู่บริเวณทรวงอกบริเวณ กล้ามเนื้อช่วยหายใจ (ศุคกัญญา) ความปวดส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการหายใจและการไอบ มากที่สุด รองลงมาคือการเดินทาง การทำกิจกรรมทั่วไป รบกวนสภาวะอารมณ์ การนอนหลับ โดยการ รบกวนอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Watt-Watson et al., 2004)

11. อาการเหนื่อยล้า เป็นอีกอาการหนึ่งที่พบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ แบบเปิด พบว่าภาวะโภชนาการ ความปวด สิ่งแวดล้อม และการรบกวนการนอนหลับ รวมทั้งการ เปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เป็นปัจจัยให้เกิดความเหนื่อยล้า

12. อาการนอนไม่หลับ พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหออภิบาล ผู้ป่วยวิกฤตจะมีประสบการณ์รบกวนการนอนหลับ (Bucher & Melander, 1999) ส่วนใหญ่เกิด จากความเครียด ความปวด ความไม่สุขสบาย กิจกรรมการพยาบาล รวมทั้งเสียงและแสงรบกวน (Redeker, & Hedges, 2002; Honkus, 2003) สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการนอนหลับในผู้ป่วย ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอนหลับทำให้ปริมาณการนอนหลับ ใน 1 วันลดลง และพบว่าในคืนที่ 2 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีการตื่นในเวลากลางคืนมากที่สุด (Redeker, & Hedges; Redeker, Ruggiero & Heddes, 2004)

13. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมี ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง เป็นผลกระทบโดยตรงจากการผ่าตัดและการใช้ เครื่องปอดและหัวใจเทียม ส่งผลต่อการทำงานของหัวใจและปอด ทำให้ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจและการแลกเปลี่ยนแก๊สของปอดลดลง (Lapier, 2007) และจากสภาพร่างกายและอารมณ์ ของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ไม่สุขสบาย ปวด

แผลผ่าตัด การนอนหลับไม่เพียงพอ มีความวิตกกังวล ส่งผลต่อการเริ่มปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย หลังผ่าตัด (Anderson, Feleke, & Perski, 1999; Edell-Gustafsson, Hetta, Aren & Hamrin, 1997)

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นกระบวนการทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกประเภท โดยไม่จำกัดเฉพาะแต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพการทำงานของหัวใจจนผู้ป่วยสามารถทำงานได้ในระดับที่เหมาะสม ร่วมกับฟื้นฟูสภาวะทางจิตใจ อารมณ์ ให้สัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมในสังคมและการทำงาน เพื่อประโยชน์ในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ ลดอัตราการตายและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค (คูใจ, 2539) ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้ให้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ว่าจะรักษาด้วยยาหรือผ่านการผ่าตัด รวมทั้งผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ ควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทุกคน เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจะมีอัตราการตายลดลงร้อยละ 25 เทียบกับผู้ที่ไม่ได้ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเมื่อติดตามเป็นระยะเวลา 3 ปี (วรรณต, 2548; สุพรรณณี, 2540)

วัตถุประสงค์ของการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว ลดระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล สามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้น ได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจซ้ำ เพื่อส่งเสริมการปรับตัวทางสังคมและทำให้มีสุขภาพจิตดี ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำรงชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะโรคหัวใจของผู้ป่วยแต่ละบุคคล (คูใจ, 2539; วรรณต, 2548; วาสนี, 2543; อัจฉรา, 2543; Rosebrough, 1998)

ตามหลักการการฟื้นฟูสภาพหัวใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (อัจฉรา, 2543; Rosebrough, 1998) สามารถแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ขณะเป็นผู้ป่วยใน (phase I : inpatient) ระยะนี้เริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะนี้ประกอบด้วย การให้ความรู้และการกำหนดกิจกรรมการออกกำลังกาย เป้าหมายของการฟื้นฟูในระยะนี้คือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพโดยออกกำลังกายในระดับเบาได้เร็ว ป้องกันผลเสียจากการนอนพักนาน (คูใจ, 2539; วรรณต, 2548) มีรายงานว่าผู้ที่นอนพักตลอดเวลานาน 20 วัน พบว่ามีปริมาณการไหลเวียนของเลือดออกจากหัวใจ ต่อหน้าที่ลดลง และมีระดับการแลกเปลี่ยนแก๊สของถุงลมลดลงร้อยละ 27 (วรรณต, 2548) นอกจากนี้การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยยังช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเครียด การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการช่วยเหลือตนเอง ผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาซับซ้อนสามารถฟื้นฟูสภาพได้ตั้งแต่วันที่ผ่าตัดวันแรก ยกเว้นผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบไหลเวียนมากๆ หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดที่

ควบคุมไม่ได้ ต้องรอกจนกว่าสภาวะดังกล่าวดีขึ้นก่อน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักต้องอยู่ในโรงพยาบาลนาน เพิ่มความสามารถในการทำงานได้ช้า (คูใจ; วรรณต; สุพรรณิ, 2540) ตามหลักการฟื้นฟูสภาพหลัง ผ่าตัดหัวใจ ระยะที่ 1 (วรรณต, 2548; อัจฉรา, 2543; อัจฉรา, กนกพร, ฐาปนีย์, และวิไลลักษณ์, 2543) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขณะที่ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง ระดับกำลังที่ใช้ (MET level) คือ 1.0 ถึง 1.5
กิจวัตรประจำวันมีผู้ช่วยทำให้

- การฟื้นฟูสภาพเน้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ 10 ครั้ง ในเวลากลางวันทุก 1-2 ชั่วโมง และในเวลากลางคืนทุก 2-4 ชั่วโมง

- กระดกข้อเท้าขึ้นลง 10 ครั้ง ทุกชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้คือ ทำกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคลบนเตียงหรือใช้เก้าอี้ได้บ้าง โดยมีผู้อื่นช่วยเหลือ กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพทำทุกอย่างเหมือนขั้นตอนแรก โดยเพิ่มการออกกำลังกายแขนขา ระดับกำลังที่ใช้ (MET level) คือ 1.0 ถึง 1.5

- นั่งห้อยขาข้างเดียว เขยี่ยขาให้เข้าตรง ยกขึ้นลง ข้างละ 10 ครั้ง วันละ 2 เวลา

- นั่งห้อยขาข้างเดียวยกเข่าขึ้นชิดอกขึ้นลงข้างละ 10 ครั้ง วันละ 2 เวลา

- ยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ หมุนไหล่ทั้ง 2 ข้าง ทำท่าละ 10 ครั้ง วันละ 2 เวลา

- ลงนั่งเก้าอี้ข้างเดียวที่มีที่เท้าแขนและมีพนักพิง นาน 15 นาที วันละ 2 เวลา

ขั้นตอนที่ 3 ทำทุกอย่างเหมือนขั้นตอนที่ 1-2 ระดับกำลังที่ใช้ (MET level) คือ 1.0 ถึง 2.0
กิจวัตรประจำวันส่วนบุคคลทำได้เองเป็นส่วนใหญ่ โดยสามารถเช็ดหน้า เช็ดตัวด้านหลัง ส่วนด้านหลังและขาให้เจ้าหน้าที่หรือญาติช่วยทำให้ การขยับถ่ายใช้เก้าอี้นั่งถ่ายข้างเดียว

- ออกกำลังกายแขนและขาเหมือนขั้นตอนที่ 2

- เดินเกาะขอบเตียง 1 รอบ วันละ 2 เวลา

ขั้นตอนที่ 4 ทำทุกอย่างเหมือนขั้นตอน 1-3 ระดับกำลังที่ใช้ (MET level) คือ 1.5 ถึง 2.0
สามารถยืนประกอบกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคลได้ตามความสามารถโดยไม่ต้องช่วยเหลือ

- ลงนั่งข้างเตียงนาน 30 นาที วันละ 3 ครั้ง

- เดินระยะทาง 30 เมตร วันละ 2 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 5 ทำทุกอย่างเหมือนขั้นตอนที่ 1-4 ระดับกำลังที่ใช้ (MET level) คือ 1.5 ถึง 2.0

- ลงนั่งเก้าอี้ข้างเตียงนาน 30 – 45 นาที วันละ 2 ครั้ง

- เดินเพิ่มขึ้นใช้ระยะทาง 50 เมตร ใช้ความเร็วตามสบาย วันละ 2 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 6 ทำทุกอย่างเหมือนขั้นตอนที่ 1-5 ระดับกำลังที่ใช้ (MET level) คือ 2.0 ถึง 4.0

- ยืนประกอบกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคลในห้องน้ำได้เอง

- ลงนั่งเก้าอี้นาน 30-45 นาที วันละ 2-3 ครั้ง
- เดินเพิ่มระยะทางเป็น 100 เมตร วันละ 1 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 7 ทำทุกอย่างเหมือนขั้นตอนที่ 1-6 ระดับกำลังที่ใช้ (MET level) คือ 4.0 ถึง 5.0

- ทำกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคลได้ทุกอย่าง
- เดินระยะทาง 100 เมตร ฝึกลงบันได โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้ชำนาญดูแล
- เดิน ไกลขึ้น และเดินขึ้นลงบันได

ในขณะที่ผู้ป่วยออกกำลังกาย บุคลากรในทีมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จะต้องคอยดูแลชี้แนะ พูดคุยให้กำลังใจ และให้ความรู้ร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ รวมทั้งได้เฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจเกิดในขณะทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ

2. ขณะเป็นผู้ป่วยนอกระยะแรก (phase II : immediate outpatient) เป็นระยะเริ่มหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีช่วงเวลาประมาณ 10 สัปดาห์ ระยะนี้ประกอบไปด้วยการฝึกออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของโรคหัวใจ ระยะนี้ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดของบุคลากรในทีมการฟื้นฟูสภาพหัวใจ โดยควรมีการตรวจ ประเมิน เฝ้าระวัง ติดตามดูแล และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

3. ขณะเป็นผู้ป่วยนอกระยะต่อมา (phase III : intermediate outpatient) เป็นช่วงเวลาที่ต่อจากระยะที่ 2 กินเวลาประมาณ 4-6 เดือน เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ สภาพร่างกายสมบูรณ์ขึ้น ไม่จำเป็นต้องติดตามเฝ้าระวังและประเมินอาการอย่างใกล้ชิดเหมือนระยะที่ 2 จุดเน้นของระยะนี้คือฝึกให้ร่างกายมีความอดทนต่อการออกกำลังกายมากขึ้น ดำรงแบบแผนชีวิตและปรับพฤติกรรมที่ดีขึ้นนั้น ไว้อย่างต่อเนื่องต่อไป

4. ระยะดำรงสภาพ (phase IV : maintenance outpatient) เป็นช่วงเวลาที่ต่อมาจากระยะที่ 3 ต่อเนื่องไปตลอดชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการสรุปสมรรถนะของร่างกาย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี และได้รับแนวทางในการดำเนินชีวิต โดยอาศัยคำชี้แนะเพียงเล็กน้อยจากบุคลากรในทีมการฟื้นฟูสภาพหัวใจ

การประยุกต์ใช้แนวคิดการปรับตนเองในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulatory theory) (Johnson, 1999; Roynolds & Alonzo, 2000) นำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด อธิบายได้ว่าการรับรู้การเจ็บป่วยทำให้นักคลสร้างภาพแห่งความคิด (schema) ถึงสิ่งที่คุกคามสุขภาพ และการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยมีโครงสร้างที่เป็นรูปแบบและ โครงสร้างดังกล่าวมีพื้นฐานมาจากประสบการณ์ก่อนมีการเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้จากสังคม การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย การได้รับข้อมูลช่วยให้บุคคลมีการพัฒนารูปแบบทางความคิด นำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติ การได้รับข้อมูลที่ตีมีผลให้บุคคลสร้างภาพอนาคตในทางบวก รับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม

ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้แก่ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด ที่ถูกต้อง ครบถ้วน ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก ข้อมูลแนะนำในสิ่งที่ต้องปฏิบัติ ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มีการให้คำแนะนำและข้อมูลก่อนผ่าตัด ซึ่งพบว่ามีโปรแกรมการให้ข้อมูลเป็นลำดับขั้นตอน มีการให้ข้อมูลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยผู้ป่วยได้รับข้อมูลทั้งจากศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์และพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด เจ้าหน้าที่กายภาพบำบัดและฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดหัวใจ เทคนิคการแพทย์ ควบคุมเครื่องปอดและหัวใจเทียม พยาบาลประจำหน่วยหัวใจและทรวงอก พยาบาลประจำหอผู้ป่วย และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจซึ่งนอนในหอผู้ป่วยเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีสื่อการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เช่น คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เนื่องจากคู่มือเป็นสื่อที่ช่วยในการทบทวนและกระตุ้นเตือนความทรงจำ ภายหลังการได้รับข้อมูล (นที, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของปรีดา (2547) ซึ่งใช้คู่มือเป็นสื่อในการสอนผู้ป่วยเพื่อจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวช นอกจากนี้ยังมีสื่อวิดีโอเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจและการดูแลตนเอง เนื่องจากวิดีโอเป็นภาพเคลื่อนไหวและมีเสียงประกอบที่ใกล้เคียงความจริง เหมาะสำหรับการใช้ในการชักจูงใจ สร้างทัศนคติ ฝึกทักษะในการปฏิบัติต่างๆ (นที, 2541) งานวิจัยที่นำสื่อวิดีโอมาใช้เพื่อให้ข้อมูลผู้ป่วยได้แก่ การศึกษาของอูราวดี (2541) ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล ความปวด และความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัด

การได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดเห็นที่ดีกับการผ่าตัด ทำให้รับรู้ความรุนแรงและผลกระทบจากการผ่าตัดได้ถูกต้องตามความเป็นจริง และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้เหมาะสม ได้แก่ กิจกรรมประจำวันส่วนบุคคล กิจกรรมฟื้นฟูสภาพ และกิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ในขณะที่ผู้ป่วยที่รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในทางลบ มีความคิดเห็นว่าการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้ จะขาดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ผลกระทบที่รุนแรงของการเจ็บป่วย จะไม่กล้าทำอะไรเพราะกลัวว่าจะทำให้เสียชีวิต (เป็น, 2550) และผู้ป่วยที่เชื่อว่าโรคหัวใจส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยต้องอยู่กับข้อจำกัดต่างๆ การทำกิจกรรมต่างๆ ที่ออกแรงมากทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอกได้ จึงทำให้ภายหลังการเจ็บป่วยผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง (ศรัญญา, 2545) การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่เพียงพอ ทำให้รับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของการผ่าตัดในระดับต่ำ และสามารถปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดได้มาก

การได้รับข้อมูล

การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ปราศจากความคลุมเครือ ช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคาม เนื่องจากบุคคลสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้สอดคล้องกับประสบการณ์ที่ได้รับจริง และเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามบุคคลจะเกิดภาพรวมของความคิด สามารถพิจารณาเลือกแนวทางการเผชิญกับความรู้สึกลำบากได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (Johnson, 1999; Reynolds, & Alonzo, 2000) การได้รับข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีหลายประเภท แต่ละประเภทมีผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้รับข้อมูล 3 ประเภทดังนี้ (ชวนพิศ และเพลินตา, 2545; ประณีต, 2547; ศรีประภา, 2550; อูราวดี, 2541; Tazbir & Kerestes, 2005)

1. ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการ (procedural information) เป็นข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนของเหตุการณ์และวิธีปฏิบัติในแต่ละขั้นตอน สภาวะแวดล้อมของเหตุการณ์ที่บุคคลต้องประสบ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต้องการข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ดังนี้

1.1 การอธิบายเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การรักษา การผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด การใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม การทำงานของลิ้นหัวใจเทียมและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เนื่องจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำเป็นต้องใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม ผู้ป่วยต้องได้รับ

การอธิบายผลกระทบจากการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกาย (ชวณพิศ และเพลินตา, 2545; อูราวดี, 2541; Tazbir & Kerestes, 2005)

1.2 สภาพผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด การคาท่อช่วยหายใจเพื่อใช้เครื่องช่วยหายใจ ท่อระบายต่างๆ ได้แก่ ท่อระบายทรวงอก สายสวนปัสสาวะ ท่อระบายลมและน้ำย่อยจากกระเพาะอาหาร การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่คอ แขน การคาสายสวนทางหลอดเลือดแดง และคำเพื่อแสดงสัญญาณชีพแบบต่อเนื่อง และสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เสียงดังที่เกิดจากการปฏิบัติงานและสัญญาณการร้องเตือนของอุปกรณ์ต่างๆ เนื่องจากภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก (intensive care unit : I.C.U) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการผ่าตัดมากที่สุด (Tazbir & Kerestes, 2005)

1.3 การฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดหัวใจ ได้แก่ การหายใจเข้า-ออกลึกๆ การไอขับเสมหะ การออกกำลังกายแขนขา การลุกนั่งบนเตียง การเดินออกกำลังกาย (Tazbir & Kerestes, 2005)

1.4 ลักษณะของแผลผ่าตัดที่พบเห็นหลังผ่าตัด ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีแผลยาวบริเวณกลางหน้าอกประมาณ 15-20 เซนติเมตร เย็บปิดด้วยไหมละลายและมีท่อระบายเลือดออกจากแผลในช่องอก พยาบาลจะทำการรีดเอาเลือดออกจากแผลทางท่อระบายทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการคั่งค้างของเลือดและช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดี (อูราวดี, 2541)

1.5 การเอาท่อช่วยหายใจ ท่อระบายจากทรวงอก และสายสวนปัสสาวะ ออกจากภายหลังผ่าตัด หากผู้ป่วยสามารถหายใจได้ด้วยตัวเองและมีระดับสัญญาณชีพคงที่ ผู้ป่วยจะได้รับการเอาท่อช่วยหายใจออกและได้รับออกซิเจนแบบหน้ากากออกซิเจนชั่วคราว การเอาท่อระบายจากทรวงอกออกจากภายหลังผ่าตัดวันที่ 2-3 หากแพทย์ประเมินปริมาณสิ่งคัดหลั่งหลังจากท่อระบายมีปริมาณลดลงและออกในปริมาณน้อย แพทย์จะพิจารณาเอาท่อระบายออก ส่วนสายสวนปัสสาวะเมื่อมีระดับสัญญาณชีพคงที่ไม่มีอาการจำเป็นต้องประเมินปริมาณสารน้ำเข้าออกในร่างกายแล้ว แพทย์จะพิจารณาเอาสายสวนปัสสาวะออก (Tazbir & Kerestes, 2005)

1.6 การปฏิบัติกิจกรรมภายหลังผ่าตัดหัวใจ ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย

2. ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (sensory information) เป็นข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่ต้องประสบจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การมองเห็นภาพ การรับรส การสัมผัส การได้กลิ่น และการได้ยินเสียง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต้องการข้อมูลบ่งบอกความรู้สึกดังนี้

2.1 ความรู้สึกเมื่อทราบว่าเป็นโรคหัวใจ และต้องรับการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้ป่วยรู้สึกกลัวการผ่าตัด กลัวไม่ฟื้นจากยาสลบ กลัวปวดแผลผ่าตัด กลัวไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ปกติภายหลังผ่าตัด กลัวภาพลักษณ์เปลี่ยน กลัวความล้มเหลวในการผ่าตัด กลัวการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องหลังผ่าตัด (ศรีบุญญา, 2545; อุราวดี, 2541)

2.2 ความรู้สึกเมื่อฟื้นจากฤทธิ์ของยาสลบ ผู้ป่วยจะรู้สึกมึนงง สับสน เวียนศีรษะ ได้ยินเสียงเรียกชื่อผู้ป่วยจากแพทย์ พยาบาล และญาติ แต่ยังไม่สามารถลืมตาหรือมองสบตาได้ ยังไม่สามารถทำตามคำบอกของเจ้าหน้าที่ได้ รู้สึกยกแขนขาไม่ได้ รู้สึกหนักๆ หรือ ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ผู้ป่วยจะมีอาการเหล่านี้ประมาณ 1-3 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยยังมีฤทธิ์ของยาสลบ หลังจากหมดฤทธิ์ยาสลบแล้วผู้ป่วยก็สามารถเคลื่อนไหวแขนขาได้ตามปกติ และสามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ (อุราวดี, 2541)

2.3 ความรู้สึกต่อสภาพแวดล้อมหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยหนักและความรู้สึกต่อสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด ภายหลังผ่าตัด 1-2 ชั่วโมง ผู้ป่วยฟื้นจากฤทธิ์ยาสลบและได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยอาจรู้สึกตกใจกับสภาพตนเองภายหลังผ่าตัดที่มีสายและท่อระบายต่างๆ มากมาย ได้แก่ ท่อช่วยหายใจทางหลอดลมเพื่อใช้เครื่องช่วยหายใจ การคาท่อระบายต่างๆ การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่คอและแขน เมื่อผู้ป่วยฟื้นจากฤทธิ์ยาสลบรู้สึกเจ็บคอ รู้สึกคอแห้งและอึดอัดจากการคาท่อช่วยหายใจ การคาท่อช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยพูดไม่มีเสียงทำให้รู้สึกอึดอัดในการติดต่อสื่อสาร ผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารได้ด้วยการเขียนหรือพูดซ้ำๆ ซักๆ เพื่อพยาบาลสามารถอ่านริมฝีปากได้ เพื่อบอกความต้องการแก่เจ้าหน้าที่หรือญาติ ผู้ป่วยได้ยินเสียงสัญญาณเตือนจากเครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์อื่นเป็นช่วงๆ

2.4 ความรู้สึกขณะได้รับการดูแลห่มหะ ผู้ป่วยได้รับการดูแลห่มหะทางท่อช่วยหายใจเมื่อมีเสมหะและไอขับออกเองไม่ได้เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวก โลงขึ้น ผู้ป่วยอาจรู้สึกเจ็บคอหรือระคายคอ ระหว่างใส่สายดูแลห่มหะ (เกศินี, 2547) ภายหลังดูแลห่มหะผู้ป่วยจะรู้สึกหายใจได้สะดวกขึ้นและไม่รู้สึกเจ็บ ในระหว่างการคาท่อช่วยหายใจผู้ป่วยได้รับการทำความสะอาดปากฟันตามปกติแต่อาจรู้สึกไม่สะดวกหรืออึดอัดจากการแปรงฟันในขณะที่มีท่อช่วยหายใจในช่องปากทำให้ทำความสะอาดปากฟันได้ไม่ทั่วถึง

2.5 ความรู้สึกเมื่อเห็นแผลผ่าตัด ผู้ป่วยอาจรู้สึกตกใจเมื่อเห็นแผลที่มีความยาวมากบริเวณกลางอก ลักษณะแผลด้านในเย็บปิดด้วยไหมละลาย ส่วนด้านนอกเย็บปิดด้วยแม็กแบบถ้ำๆ เมื่อผิวหนังบริเวณแผลติดดีแล้วแพทย์จะทำการเอาแม็กออกให้ ขณะที่แพทย์เอาแม็กออกผู้ป่วยอาจรู้สึกปวดเล็กน้อย หลังจากนั้นผู้ป่วยจะไม่รู้สึกปวดเลย (อุราวดี, 2541)

2.6 ความรู้สึกปวดแผลผ่าตัดใน 1-3 วันแรก ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกปวดแผลในระดับปานกลางถึงรุนแรงมากบริเวณแผลและบริเวณที่คาท่อต่างๆ ผู้ป่วยอาจรู้สึกปวดแบบตื้อๆ แน่นๆ เหมือนมีอะไรมากกดทับ หรือปวดแบบแปล็บๆ และจะรู้สึกปวดมากเมื่อเคลื่อนไหวร่างกาย ไอ ขับเสมหะ และหายใจเข้า-ออกลึกๆ เมื่อผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดทำให้ความรู้สึกของผู้ป่วยดีขึ้น ยาแก้ปวดอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเคลิ้มๆ ง่วงๆ และอาจหลับได้หลังจากได้รับยา (อุราวัตติ, 2541)

2.7 ความรู้สึกเมื่อเอาท่อระบายทรวงอกออก ในระยะ 2-3 วันหลังผ่าตัด แพทย์จะทำการเอาท่อระบายออก ขณะดึงท่อออก ผู้ป่วยจะรู้สึกปวดหน่วงๆ หรือปวดเส็บ หลังจากนั้นอาการปวดจะลดลงหรือไม่ปวดเลย

2.8 ความรู้สึกจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดเมื่อต้องนอนบนเตียงแคบๆ และมีท่อระบายต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่สะดวกและไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกายเนื่องจากกลัวท่อหลุด กลัวเป็นอันตราย หรือกลัวกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด กลัวแผลแยก นอกจากนี้อาการปวดแผลทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยอาจรู้สึกเมื่อยเนื้อเมื่อยตัวจากการนอนท่าเดียวนานๆ

2.9 ความรู้สึกขณะคาท่อช่วยหายใจทางหลอดลมเพื่อใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการคาท่อช่วยหายใจภายหลังผ่าตัด ขณะคาท่อช่วยหายใจผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บระคายคอ คอแห้ง ปวดมากขณะดูดเสมหะหรือท่อช่วยหายใจเลื่อนเข้าเลื่อนออกขณะที่มีกิจกรรมการพยาบาลและตอนที่ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย หรือกลืนน้ำลายทำให้ไม่สามารถกลืนน้ำลายได้ ต้องให้พยาบาลดูดน้ำลายให้ อาการคอแห้งจะทุเลาลงเมื่ออมน้ำแข็งหรือจิบน้ำ (เกศินี, 2547)

3. ข้อมูลแนะนำในสิ่งที่ต้องปฏิบัติ (behavioral information) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลควรปฏิบัติและทักษะในการเผชิญต่อสถานการณ์ที่มาคุกคาม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต้องการข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติดังนี้

3.1 การหายใจลึกและการ ไออย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจะต้องรู้วิธีการหายใจลึกเพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดี เนื่องจากบริเวณของการผ่าตัดหัวใจมีผลต่อการทำงานของปอดและหัวใจ และจากการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมขณะผ่าตัด ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือต่อโดยใส่เครื่องช่วยหายใจระยะหนึ่ง หลังจากถอดเครื่องช่วยหายใจแล้วผู้ป่วยต้องหายใจลึก เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัว โดยเฉพาะชายปอดเพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ (atelectasis) และการติดเชื้อทางเดินหายใจ

3.2 การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ โดยการเขียน หรือพูดซ้ำๆ เพื่อให้บุคคลอื่นสามารถอ่านริมฝีปากผู้ป่วยได้ขณะที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ

3.3 การเคลื่อนไหวร่างกาย หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายเนื่องจากอาการปวดแผล การคาท่อและสายระบายต่างๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกอึดอัด ไม่สะดวกในการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยจะได้รับการเปลี่ยนท่าโดยมีพยาบาลหรือญาติช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัว และขณะเปลี่ยนท่าผู้ป่วยต้องเอามือหรือหมอนประคองประคองแผลและทำตัวผ่อนคลายไม่เกร็ง เพื่อบรรเทาอาการปวด ผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนท่านอนโดยการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หลังผ่าตัด การพลิกตะแคงตัวช่วยลดเสมหะที่คั่งค้างในหลอดลม ทำให้สามารถไอขับเสมหะออกมาได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ การเกิดลิ้นเลือดอุดตัน และลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดเมื่อยจากการนอนท่าเดียวนานๆ

3.4 การจัดการความปวด ผู้ป่วยควรมีความสามารถในการประเมินระดับความปวดของตนเอง ได้อย่างถูกต้อง และสามารถบอกระดับความปวด ได้อย่างถูกต้องแก่พยาบาล เพื่อได้รับยาแก้ปวด ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสามารถขอยาแก้ปวดจากพยาบาลได้ นอกจากนี้การไอขับเสมหะและพลิกตะแคงตัวอย่างถูกวิธีสามารถบรรเทาอาการปวดได้

3.5 การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด เนื่องจากบริเวณที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มีผลต่อการทำงานของปอดและหัวใจ การใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือต่อโดยใส่เครื่องช่วยหายใจระยะหนึ่ง หลังจากถอดเครื่องช่วยหายใจแล้วผู้ป่วยต้องหายใจลึกๆ และไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวโดยเฉพาะชายปอดเพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ และการติดเชื้อทางเดินหายใจ ผู้ป่วยจะต้องรู้วิธีการหายใจลึกๆ และไอขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดี นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องออกกำลังกายแขนขาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน

3.6 การปฏิบัติกิจกรรม ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหวร่างกาย ในระยะ 1-3 วันแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมจากพยาบาลหรือญาติทั้งหมดหรือบางส่วนขึ้นอยู่กับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย หลังจากผ่าตัดวันที่ 4-5 ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตัวเอง

3.7 การใช้เทคนิคผ่อนคลายต่างๆ ได้แก่ การทำสมาธิ การทำจิตใจให้สงบ การหายใจช้าๆ ลึกๆ การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความวิตกกังวลทั้งก่อน ขณะและหลังผ่าตัด นอกจากนี้ภายหลังจากผ่าตัดผู้ป่วยมีความปวดแผลในระดับมาก ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการฝึกการใช้เทคนิคผ่อนคลายต่างๆ ก่อนผ่าตัดเพื่อช่วยบรรเทาความวิตกกังวลและความปวด

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นความคิดและความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอันตรายของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง จัดเป็นการเปลี่ยนแปลงในวงจรต่อเนื่อง และเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่แสดงถึงการเคลื่อนระดับ หรือการเปลี่ยนแปลงจากการมีสุขภาพดีไปสู่ด้านตรงกันข้าม ยิ่งรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากขึ้นเท่าใดย่อมส่งผลต่อความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต และคุณภาพชีวิตของบุคคลมากขึ้นตามไปด้วย (Timmerch, 1997) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับระดับความมากน้อยของความทุกข์ทรมาน และความยากลำบากในการดำเนินชีวิตอันสืบเนื่องมาจากโรคหรือความผิดปกติ (Almeida, 1996) เป็นความเข้าใจและความเชื่อของความเลวร้ายของสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ปรากฏขึ้นจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ ซึ่งเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและมีผลต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย และเป็นเรื่องตรงกันข้ามกับการรับรู้ถึงความผาสุก (Timmerch) สามารถอธิบายถึงปริมาณการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย และสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจ สังคม และอารมณ์ (Stein et al., 1987 cited in Yu, 1999) เป็นความรู้สึกและความเข้าใจของบุคคลต่อความเลวร้ายของสถานการณ์ที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย ซึ่งก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (ธนินญา, 2545) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีสาเหตุจากการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองเปลี่ยนแปลงไปโดยรู้สึกว่าร่างกายไม่แข็งแรงเหมือนเดิม และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ต้องการการดูแลมากขึ้นกว่าเดิม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีระดับที่แตกต่างกัน ประเมินได้จากอาการแสดงของโรค และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม เช่น การรับรู้ถึงความรู้สึกไม่สุขสบาย และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (จิณพัศ, 2548)

โดยสรุปแล้ว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นความคิดและความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอันตราย ความทุกข์ทรมาน ความเลวร้ายของสถานการณ์หรือเหตุการณ์ ปริมาณการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติ ความรุนแรงของอาการ ภาวะแทรกซ้อนของโรค โอกาสเสียชีวิต และโอกาสหายด้วยการผ่าตัด การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปจากการมีสุขภาพดีไปสู่ด้านตรงกันข้าม ซึ่งก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และคุณภาพชีวิต การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีระดับที่แตกต่างกัน ประเมินได้จากอาการแสดงของโรค และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม

ผู้ป่วยโรคหัวใจรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจส่งผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านวิถีชีวิตเป็นอย่างมาก ภายหลังจากเจ็บป่วยผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองอ่อนแอลง เจ็บป่วยง่ายและมีการฟื้นฟูสภาพหลังเจ็บป่วยยากกว่าคนอื่น ผู้ป่วยมีการหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก หากปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม เช่น พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมกับภาวะของโรค หรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ หักโหมต้องออกแรงมาก (ศรัญญา, 2545) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต เป็นเรื่องร้ายแรง และสามารถทำให้เสียชีวิตได้ (ปฏิพร, 2543; เป็น, 2550; สุนีย์, 2540) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นแล้วรุนแรงรักษาไม่หาย ต้องรักษาตลอดชีวิต (ชวนพิศ, 2541) ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหรือทำหน้าที่ของตนเองได้ ทำให้มีผลต่อภาวะการเงินและเศรษฐกิจ (สุนีย์) ทำให้บุคคลสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง และเชื่อว่าตนไร้ความสามารถ (Astin & Jones, 2006; King, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเป็น (2550) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าเป็นโรคมีผลกระทบที่รุนแรงจะไม่กล้าทำอะไรเพราะกลัวจะเสียชีวิต ภายหลังจากเจ็บป่วยผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง โดยเฉพาะเรื่องของการทำงาน การเข้าสังคมและการออกกำลังกาย ส่งผลให้เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง การรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหัวใจรับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย แม้จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ตลอดเวลาอาการก็ยังไม่ดีขึ้น ยังต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยจึงเชื่อว่าการรักษาที่ช่วยให้หายจากโรคได้คือการรักษาด้วยการผ่าตัด และให้ความหมายของการผ่าตัดหัวใจเป็นการรักษาที่เสี่ยงต่อชีวิต (ศรัญญา, 2545)

การผ่าตัดหัวใจเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีทางเลือกหรือวิธีการรักษาใดที่จะช่วยรักษาชีวิตของผู้ป่วยได้แล้ว เพราะมีประสบการณ์รักษาด้วยวิธีอื่นมาแล้ว ไม่ว่าจะเป็นการรักษาทางยาเพื่อควบคุมอาการและไม่สามารถควบคุมได้ หรือการไปรับการรักษาทางเลือกวิธีต่างๆ อีกทั้งได้รับข้อมูลจากแพทย์ว่าเป็นการรักษาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากความทุกข์ทรมานต่างๆ ได้ จึงคาดหวังว่าการรักษานี้ต้องช่วยให้ตนมีอาการดีขึ้น ช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น และช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการทำให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น (กาญจนา, 2538; ศรัญญา, 2545) เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย (กาญจนา) การให้ความหมายของการผ่าตัดหัวใจจึงเป็นการรักษาที่เสี่ยงต่อชีวิต แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ผลประโยชน์อย่างมากของการผ่าตัด แต่การผ่าตัดที่ได้กระทำต่ออวัยวะสำคัญต่อการใช้ชีวิตก็ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรู้สึกเสี่ยงต่อชีวิต ประกอบกับประสบการณ์วิกฤตทางหัวใจทำให้เกิดความกลัวความผิดพลาดอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของตนระหว่างการดำเนินการผ่าตัดอยู่ และเป็นการผ่าตัดที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคพิเศษต่างๆ และผู้เชี่ยวชาญมากมาย (ศรัญญา) ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็น

การรักษาที่อันตรายและอาจเสี่ยงต่อชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยจึงรับรู้ว่าการเจ็บป่วยและการผ่าตัดหัวใจเป็นช่วงเวลาที่ตนเจ็บป่วยรุนแรง (นิภัตสรณ์, 2549)

เครื่องมือประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีหลากหลายชนิด เช่น เครื่องมือวัดแบบมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้นตรงจาก 0-100 (numeric analog scale) ซึ่งใช้ในการศึกษาของสมพร (2541) ทำการศึกษาในผู้สูงอายุเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญานของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล นอกจากนี้มีเครื่องมือวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่าให้เลือกระดับการรับรู้ความรุนแรง ที่ใช้ในการศึกษาของธัญญา (2542) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากเครื่องมือดังกล่าวยังไม่มีความครอบคลุมในการประเมินการรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ไม่สะดวกในการประเมินเนื่องจากข้อคำถามมีปริมาณมาก และมีลักษณะคำถามเน้นไปทางด้านจิตใจ และจิตวิญญานในผู้ป่วยมะเร็ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้เครื่องมือที่ได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมการรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของการเจ็บป่วยดังกล่าวข้างต้น ได้ข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ เพื่อความเหมาะสมและครอบคลุมในการประเมินการรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง เป็นแนวนอนที่มีความยาว 10 เซนติเมตร โดยบนเส้นตรงจะกำหนดค่าการรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ปลายด้านซ้ายสุดของเส้นตรงแทนค่าคะแนนเท่ากับ 0 มีความหมายว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่มีความรุนแรงเลย ปลายด้านขวาสุดของเส้นตรงแทนค่าคะแนนเท่ากับ 10 มีความหมายว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้มีความรุนแรงมากที่สุด

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเป็นทักษะ และเป็นความสามารถในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันของบุคคล ซึ่งเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นขั้นพื้นฐานและกระทำอยู่เป็นประจำในแต่ละวัน เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Craren & Hirmler, 2000; Nakagawa-Kogan, 1996) โดยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (อัจฉรา, 2543; Smeltzer & Bare, 2004) มีดังนี้

ในระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเริ่มมีการฟื้นจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและยังคงมีการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย (Anderson, Feleke & Perski, 1999; Edell-Gustafsson, Hetta,

Aren & Hamrin, 1997) และมีอาการปวดบริเวณแผลผ่าตัดและบริเวณกึ่งกลางใต้กระดูกสันอก (สุคตัญญา, 2543) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดได้ด้วยตนเอง (Anderson et al., 1999; Edell-Gustafsson et al., 1997) และถูกจำกัดกิจกรรมอยู่บนเตียง เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางหลอดลมและใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อให้ได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และมีท่อหรือสายระบายต่างๆ ออกจากร่างกาย ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิดรวมทั้งการสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยการประเมินการทำหน้าที่ของหัวใจ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ค่าความดันของหลอดเลือดดำส่วนกลาง เป็นต้น และการประเมินการทำหน้าที่ของไต ในระยะนี้ผู้ป่วยต้องได้รับการพักผ่อนเต็มที่ โดยได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ จากพยาบาล กิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ได้แก่ การหายใจเข้า-ออกลึกๆ กำมือสลับแบมือ และกระดกปลายเท้าขึ้นสลับกดปลายเท้าลง และการพลิกตะแคงตัว โดยภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการถอดท่อช่วยหายใจเมื่อมีสัญญาณชีพคงที่ และสามารถหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ

วันที่ 1 หลังผ่าตัด สัญญาณชีพเริ่มมีความคงที่มากขึ้นและไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แต่ต้องได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิด โดยผู้ป่วยยังคงถูกจำกัดกิจกรรมบนเตียง เนื่องจากยังคงใส่ท่อช่วยหายใจและมีท่อหรือสายระบายต่าง ๆ ซึ่งเมื่อถอดท่อช่วยหายใจแล้วผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับพยาบาลได้มากขึ้น เช่น ทำความสะอาดร่างกาย พลิกตะแคงตัว และออกกำลังภายในท่านอนและท่านั่งบนเตียง กระดกข้อมือและข้อเท้าขึ้นลงทุกชั่วโมง เป็นต้น ในระยะนี้ผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดแผลผ่าตัดซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการจัดการกับอาการปวดโดยใช้ยาแก้ปวด

วันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดแผลผ่าตัด สามารถเอาท่อหรือสายระบายบางชนิดออกได้แต่ยังคงมีบางชนิดคาอยู่ ในระยะนี้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้มากขึ้น แต่กิจวัตรประจำวันส่วนบุคคลยังต้องได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลหรือญาติอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพได้มากขึ้น โดยสามารถออกกำลังกายแขนขา นั่งบนเตียง นั่งห้อยขาบนเตียง โดยมีเก้าอี้รองเท้าทั้ง 2 ข้าง กิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ แต่ยังมีอาการเหนื่อยเล็กน้อยในระหว่างการสนทนา

วันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดแผลผ่าตัด แต่ระดับความรุนแรงลดลงจากเดิม สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้มากขึ้น โดยสามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำความสะดวกร่างกาย โดยสามารถเช็ดหน้า เช็ดตัวด้านหน้า ส่วนด้านหลังและขาให้เจ้าหน้าที่หรือญาติช่วยทำให้ การขับถ่ายใช้เก้าอี้นั่งถ่ายข้างเตียง สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตัวเอง กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพสามารถนั่งเก้าอี้ข้างเตียงในระยะเวลาสั้นๆ และเดินเกาะขอบเตียง 1 รอบ วันละ 2 เวลาได้ตาม

ความสามารถของแต่ละบุคคล กิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นสามารถทำได้มากขึ้น อาการเหนื่อยขณะสนทนาลดลง

วันที่ 4 หลังผ่าตัด สามารถขึ้นประกอบกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคลได้ตามความสามารถโดยไม่ต้องได้รับการช่วยเหลือ ลงนั่งข้างเตียงนาน 30 นาที วันละ 3 ครั้ง เดินระยะทาง 50 เมตร วันละ 2 ครั้ง กิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นสามารถสนทนากับบุคคลอื่นได้ดี ไม่มีอาการเหนื่อย

วันที่ 5 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้มากขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคลได้เอง ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกายและการขับถ่ายในห้องน้ำได้เอง การรับประทานอาหาร กิจกรรมฟื้นฟูสภาพ ลงนั่งเก้าอี้ข้างเตียงนาน 30-45 นาที วันละ 2-3 ครั้ง เดินเพิ่มระยะทางเป็น 100 เมตร วันละ 2 ครั้ง กิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นสามารถปฏิบัติได้ดี เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสัญญาณชีพคงที่ ไม่คาทอระบาย ไม่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือไม่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจน ความปวดอยู่ในระดับเล็กน้อย

ในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในวันที่ 5 หลังผ่าตัด เนื่องจากเป็นระยะเวลาที่ร่างกายของผู้ป่วยมีการปรับการทำหน้าที่เข้าสู่ภาวะปกติ ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรม ได้แก่ การคาทอช่วยหายใจ ทอระบายและสายสวนต่างๆ การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจน นอกจากนี้ระดับความปวดในวันที่ 5 อยู่ในระดับเล็กน้อย จากการศึกษาของลลิตา (2547) พบว่าสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจวันที่ 5 ไม่ได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ร้อยละ 100 ต่างจากวันที่ 2 หลังผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำร้อยละ 20 ระดับความสุขสบายในวันที่ 2 อยู่ในระดับปานกลางและระดับความสุขสบายในวันที่ 5 อยู่ในระดับมาก

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม

เป็นการประเมินความสามารถทางด้านร่างกาย หรือความสามารถในการทำงานของร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินในปัจจุบันมีอยู่หลายชนิดสามารถเลือกพิจารณาใช้กับกลุ่มของผู้ป่วยต่างๆ ได้ตามความเหมาะสม ดังนี้

1. ดัชนีแคทซ์เอ็ดดีแอล (The Katz Index of ADL) เป็นเครื่องมือที่มีลักษณะเป็นแบบประเมินด้วยตนเอง หรือใช้เป็นแบบสังเกตในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งมีกิจกรรมที่วัดทั้งหมด 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย และการรับประทานอาหาร มีการให้คะแนนเป็น 2 ลักษณะ คือ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง และ

ต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือ ซึ่งเครื่องมือนี้นิยมใช้ในการประเมินผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963)

2. ดัชนีบาร์ธเอลเดิ้ลแอล (The Barthel ADL Index) สร้างโดยมาร์โฮนีและบาร์เทล (Mahoney & Barthel, 1965) มีลักษณะเป็นแบบประเมินด้วยตนเอง มีกิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การเคลื่อนย้ายตนเองขึ้นลงเตียง การอาบน้ำ การแต่งตัว การขึ้นลงบันได การเดิน การใช้ห้องสุขาหรือหม้อนอน การควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ โดยในแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความต้องการการช่วยเหลือในกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งแบบวัดนี้มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20 คะแนน คะแนนมากแสดงถึงระดับความต้องการการช่วยเหลือที่น้อย

3. มาตรการวัดเอดีแอลของลอว์ตันและโบรดี (The Instrumental Activity of Daily Living Scale) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยลอว์ตันและโบรดี (Lawton & Brody, 1969) มีลักษณะเป็นแบบประเมินตนเอง มีกิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม ได้แก่ ความสามารถในการใช้โทรศัพท์ การจับจ่ายซื้อของ การเตรียมอาหาร กิจกรรมงานบ้าน การซักผ้า การเดินทาง การรับประทานยา และการจัดการเรื่องเงิน โดยวัดเป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง และแบ่งคะแนนสำหรับเพศชายและเพศหญิงด้วย โดยเพศชายจะไม่มีในส่วนของ การเตรียมอาหาร กิจกรรมงานบ้าน และการซักผ้า

4. แบบประเมินเอดีแอลของแกรนเซอร์ อัลเบรช และฮามิลตัน (The PULSES profile) พัฒนาโดยแกรนเซอร์ อัลเบรช และฮามิลตัน (Granger, Albrecht & Hamilton, 1979) โดย PULSES ย่อมาจาก Physical condition, Upper limbs (self-care), Lower limbs (mobility), Sensory components, Excretory function, และ Support factors มีลักษณะเป็นแบบสังเกตที่ผู้ประเมินใช้ในการสังเกตความสามารถในการประกอบกิจกรรมทางด้านร่างกายโดยทั่วๆ ไปที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพ และปัจจัยทางด้านจิตสังคม มีการให้คะแนนตั้งแต่ 1-4 โดยความสามารถที่ทำได้ด้วยตนเองมีค่าคะแนนเป็น 1 จนถึงความสามารถที่ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากขึ้นตามลำดับมีค่าเป็น 4 หากคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 16 แสดงถึงการไร้ซึ่งความสามารถในระดับรุนแรง นิยมในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้น หรือกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ และการทำงานของร่างกาย

5. แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของพรสวรรค์ (2544) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (Perception of Functional Ability Scale : PFAS) ซึ่งสร้างโดยนาคากาวา-โคแกน (Nakagawa-Kogan, 1996) ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ แบ่งเป็น 5 หมวด

ได้แก่ หมวดกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล 5 ข้อ หมวดกิจกรรมในบ้าน 5 ข้อ หมวดกิจกรรมเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ 4 ข้อ หมวดกิจกรรมความสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม 5 ข้อ และหมวดกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ 4 ข้อ มีการวัดระดับคะแนนเป็นมาตรวัดด้วยสายตา (visual analog scale) ซึ่งลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอนที่มีความยาว 10 เซนติเมตร โดยบนเส้นตรงจะกำหนดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง ตั้งแต่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ด้วยตนเองได้เลย แทนค่าคะแนนเป็น 0 ไปจนถึงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้มากที่สุดที่มีค่าคะแนนเป็น 100 สำหรับคุณภาพของเครื่องมือ ได้นำมาคำนวณหาค่าความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ (inter-rater agreement) และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้ค่าเท่ากับ .85 และ .81 ตามลำดับ และได้นำไปทดสอบหาความเที่ยงโดยวิธีหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ของแบบประเมิน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .96

6. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจของศิริรัตน์ (2545) เป็นเครื่องมือประเมินที่ครอบคลุมกิจกรรม 3 หมวด รวม 16 ข้อ ได้แก่ หมวดกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล 8 ข้อ หมวดกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด 6 ข้อ และหมวดกิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อมในหอผู้ป่วย 2 ข้อ มีการวัดระดับคะแนนเป็นมาตรวัดด้วยสายตา (visual analog scale) ซึ่งลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอนที่มีความยาว 10 เซนติเมตร โดยบนเส้นตรงจะกำหนดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง ตั้งแต่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ด้วยตนเองได้เลย แทนค่าคะแนนเป็น 0 ไปจนถึงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้มากที่สุดที่มีค่าคะแนนเป็น 10 สำหรับคุณภาพของเครื่องมือ ได้นำมาคำนวณหาค่าความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ (inter-rater agreement) และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้ค่าเท่ากับ .84 และ .85 ตามลำดับ และได้นำไปทดสอบหาความเที่ยงโดยวิธีหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ของแบบประเมิน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำนวน 13 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .80

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจของศิริรัตน์ (2545) โดยการตัดข้อคำถามที่มีความคล้ายคลึงกันออกและปรับค่าคะแนนจากมาตรวัดด้วยสายตาเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) เพื่อให้มีความครอบคลุมและง่ายในการประเมิน เพื่อนำมาใช้ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในวันที่ 5 โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็น 3 หมวด รวม 13 ข้อ ได้แก่

หมวดกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล 6 ข้อ หมวดกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด-6 ข้อ และหมวดกิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 1 ข้อ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มีดังนี้

ปัจจัยด้านผู้ป่วย

1. สภาพการเจ็บป่วยด้านร่างกายของผู้ป่วย หากก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ น้อย จากสมรรถภาพการทำงานของหัวใจลดลง ส่งผลให้ภายหลังผ่าตัดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ น้อยด้วย สามารถแบ่งสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตามความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและอาการแสดงของโรคหัวใจตามสมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกัน (American Heart Association, 1994) ดังนี้

ระดับ 1 สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้โดยไม่มีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยเจ็บหน้าอก

ระดับ 2 มีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยหรือเจ็บหน้าอกเมื่อทำกิจกรรมทั่วไป แต่ในขณะที่พักไม่มีอาการดังกล่าว

ระดับ 3 มีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยหรือเจ็บหน้าอกเมื่อทำกิจกรรมเบาๆ ที่น้อยกว่ากิจกรรมธรรมดา

ระดับ 4 มีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยหรือเจ็บหน้าอกในขณะที่พัก โดยไม่ทำกิจกรรมใดๆ

2. อายุ พบว่าผู้สูงอายุภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ น้อยกว่าผู้ป่วยผู้ใหญ่ ทำให้อัตราการตายและอัตราการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดนานกว่าในวัยผู้ใหญ่ (Engoren, Steckel, Neihardt, & Buderer, 2002)

3. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นการรักษาที่อันตรายและเสี่ยงต่อชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยจึงรับรู้ว่าการเจ็บป่วยและการผ่าตัดหัวใจเป็นช่วงเวลาที่ยากลำบาก (นิถัสสรณ์, 2549) หากภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยรับรู้ว่าการผ่าตัดมีความรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้ จะทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าปฏิบัติกิจกรรมภายหลังผ่าตัดเพราะกลัวการเสียชีวิต

4. ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดหัวใจมักเกิดจากการได้รับบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหัวใจในขณะที่ผ่าตัด ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจถูกกด และภาวะเลือดออกมากจากการศึกษาพบว่าภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะพบบ่อยที่สุดร้อยละ 32.3 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (Mathew et al., 2004) ส่วนภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ปอดแฟบ ปอดอักเสบ ส่วนใหญ่เกิดจากการหายใจ และการไอ ไม่มีประสิทธิภาพภายหลังผ่าตัด ซึ่งเกิดจากการปวดแผล หากผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเกิดภาวะแทรกซ้อนจะทำให้ร่างกายไม่มีความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ภายหลังผ่าตัด

5. ความปวด พบว่าความปวดภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่กล้าไอ ไม่กล้าหายใจลึก เนื่องจากมีแผลผ่าตัดบริเวณกลางหน้าอกทำให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ (สุดกัญญา, 2541; Watt-Watson, Stevens, Katz, Costello, Raid, & David, 2004) ดังนั้นความปวดจึงเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมภายหลังผ่าตัด

ปัจจัยด้านการดูแลรักษา

1. การใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม มีรายงานการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเวลาที่ใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมในขณะที่ทำการผ่าตัดนานจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางสมอง โดยอาจเกิดจากการกำซาบเลือดของสมองไม่เพียงพอระหว่างผ่าตัด เกิดลิ้มเลือดเล็กๆ จากหัวใจไปอุดตันหลอดเลือดสมอง (Bojar, 1999) อาการทางสมองพบได้ประมาณวันที่ 3 จนถึง 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด ซึ่งเกิดจากสมองบวมจากการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม (Ahlgren, Lundqvist, Nordlund, Aren, & Rutberg, 2003; Bokeriia, Golukhova, Polunina, Davydov, & Begachev, 2005) อาการทางสมองที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อความสามารถในการฟื้นฟูสภาพ นอกจากนี้หากขณะผ่าตัดแพทย์ใช้เวลาในการผ่าตัดนานอาจทำให้ผิวหนัง เนื้อเยื่อ ได้รับอันตรายเพิ่มขึ้นและมีการหลังสารเคมีต่างๆ เพิ่มขึ้นจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ การหลังสารเคมีจะกระตุ้นปลายประสาทความรู้สึกทำให้เกิดความปวดมากขึ้น เวลาในการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยเฉลี่ยใช้เวลาประมาณ 177-219 นาที (ลลิตา, 2547; แหวดาว, 2551)

2. สภาพผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด เนื่องการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความเสี่ยงต่อชีวิตสูง ดังนั้นภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด และได้รับการเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องทั้งในระยะ 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หรือหลังจากนั้น หากผู้ป่วยยังมีความผิดปกติของสัญญาณชีพ ผู้ป่วยอาจมีความจำเป็นในการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่องแม้ภายหลังออกจากหออภิบาลผู้ป่วยแล้วก็ตาม การคาทอระบายทรวงอก การคาสาขสวนปัสสาวะ การได้รับสารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดดำ

ซึ่งเป็นผลจากการผ่าตัด อาจเป็นข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายและเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยลดลง

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการสนับสนุน

1. สภาพแวดล้อมหลังการผ่าตัด มีผลรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยทั้งด้านแบบแผนและปริมาณ ตลอดจนการกระตุ้นประสาทสัมผัสที่มีความสัมพันธ์กับเสียงของเครื่องมือและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ การได้รับสิ่งเร้ามากหรือสิ่งเร้าที่ไม่มีความหมาย และการที่ไม่สามารถแยกเวลากลางวันหรือกลางคืน ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีและปริมาณการนอนหลับไม่เพียงพอ (Pritchard, 1991) ทำให้อ่อนเพลีย การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช้า

2. การสนับสนุนทางสังคม หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส บุตร หรือหลาน และบุคลากรทางการแพทย์เป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (หทัยรัตน์, 2547) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรังมีการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลมากที่สุดร้อยละ 59.35 รองลงมาจากบุตรร้อยละ 19.90 และมีกิจกรรมทางกายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (สายรุ่ง, 2547)

ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยใช้กรอบแนวคิดการปรับตนเอง (Johnson, 1999; Reynolds, & Alonzo, 2000) สรุปได้ว่าหากผู้ป่วยได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดเพียงพอกับความ ต้องการ ทำให้ผู้ป่วยคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นสอดคล้องกับความเป็นจริงมีผลทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมได้มากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด แต่มีการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน ได้แก่ การศึกษาของรัศมี (2548) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรม

การดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ยังมีการศึกษาของเกษร (2549) เกี่ยวกับการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า การได้รับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางและมีพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของพุทธชาติ (2548) เกี่ยวกับการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลอยู่ในระดับปานกลางและมีพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน นอกจากนี้มีการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจหลอดเลือดทางรังสี (คะเน็งนิง, สิริรัตน์, และพรรณี, 2544) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการข้อมูลในระดับสูง และความต้องการข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความเป็นห่วง และความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของอิสราวรรณ (2545) ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการข้อมูลเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล พฤติกรรมการดูแลตนเอง

นอกจากนี้มีการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การศึกษาที่ใกล้เคียงของศิริพร (2541) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง ($r = 0.53, p < 0.001$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของจิณพัฑ (2548) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม ($r = -.60, p < .01$) นอกจากนี้การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยยังมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ($r = -.30, p < .01$) และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (สมพร, 2541; ธนิญา, 2545) การศึกษาในผู้ป่วยหูคองมุกพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลหรือการได้รับข้อมูล (พรทิวา และชนิษฐา, 2550) การรับรู้ความรุนแรงของอาการไม่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง (สายรุ่ง, 2547) หากผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับน้อย ทำให้มีการประเมินตนเองว่าจะสามารถทำงานอะไรได้บ้างและจะปรับวิธีการทำงานอย่างไร (จิณพัฑ, 2548) การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพมีส่วนในการกำหนดแนวโน้มในการทำกิจกรรมใดๆ เพื่อให้ภาวะสุขภาพของตนดีขึ้น การรับรู้ในเรื่องหนึ่งอย่างถูกต้องตรงตามความเป็นจริงจะสามารถทำให้บุคคลประพฤติปฏิบัติเรื่องนั้น ได้อย่าง

ถูกต้องสอดคล้องกับเหตุผลอันจะช่วยให้เกิดความพึงพอใจในสิ่งที่ตนเองมีหรือเป็นอยู่ (ศิริพร, 2541)

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นการผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติภายในหัวใจและหลอดเลือด ผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง มักพบว่าผู้ป่วยยังมีอาการอ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย และมีอาการปวดแผลผ่าตัดในระดับสูง ในระยะนี้ผู้ป่วยมักถูกจำกัดกิจกรรมอยู่บนเตียง เนื่องจากอยู่ในระยะเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ โดยเฉพาะการทำงานของหัวใจอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดได้ด้วยตนเอง และยังคงพึ่งพานุคนคนอื่น

อย่างไรก็ตาม การฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความสำคัญ โดยทั่วไปผู้ป่วยควรมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในวันที่ 5 หลังผ่าตัด ได้แก่ กิจกรรมประจำวันส่วนบุคคล กิจกรรมฟื้นฟูสภาพ และกิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น อาจมีความสามารถที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะ ปัจจัยเกี่ยวกับการได้รับข้อมูล และการรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของการเจ็บป่วย ตามทฤษฎีการปรับตนเองอธิบายได้ว่า การได้รับข้อมูล เป็นข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง ถูกต้อง ครบถ้วน ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ ขั้นตอนและวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก ข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำในสิ่งที่ต้องปฏิบัติ เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับไปประกอบการตัดสินใจและวางแผนการปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง และสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ที่มีการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำนวน 2 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ที่มีการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำนวน 2 แห่ง เนื่องจากมีจำนวนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำนวนมาก ซึ่งเป็นตัวแทนของประชากรได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน (elective case)
3. นอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดไม่น้อยกว่า 5 วัน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ โพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1999) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น เท่ากับร้อยละ 95 ($\alpha < .05$) อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 และเลือกขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.25 ซึ่งคำนวณจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับการปรับตัวของผู้ป่วย โรคลิ้นหัวใจของสิริพร (2541) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ($r = 0.50, p < .001$) จากนั้นนำค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรมาเปิดตาราง ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 126 ราย แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างไม่ครบตามจำนวนที่คาดการณ์ไว้ การศึกษาครั้งนี้จึงใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 103 ราย โดยเป็นข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์แห่งแรกจำนวน 61 ราย และแห่งที่ 2 จำนวน 42 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (ภาคผนวก ค) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน การจ่ายค่ารักษาพยาบาล

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด ระยะเวลาในการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม ประสบการณ์การผ่าตัดในอดีต ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนและหลังผ่าตัด วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ผ่าตัด ระยะเวลาอนในหอผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด ระยะเวลาในการคาท่อช่วยหายใจ ระยะเวลาอนในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สภาพผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดวันที่ 5 ได้แก่ การคาท่อระบาย การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การบำบัดด้วยออกซิเจน สัญญาณชีพ ระดับความปวดหลังผ่าตัด และการนอนหลับ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งดัดแปลงจาก ศรีประภา (2551) โดยการตัดข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องกับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมออก จากเดิมมีข้อคำถาม 32 ข้อ ตัดออก 19 ข้อ ในหมวดข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการ ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก และเพิ่มข้อคำถามที่มีความเฉพาะเจาะจงในการประเมินมากขึ้น 11 ข้อ จึงได้แบบสอบถามที่ข้อคำถาม 22 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการ จำนวน 6 ข้อ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก จำนวน 9 ข้อ และข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำสิ่งที่ต้องปฏิบัติ จำนวน 7 ข้อ

ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยแบ่งการได้รับข้อมูลออกเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 3 และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนและความหมาย

- | | |
|---|------------------------------------|
| 0 | หมายถึง ไม่ได้รับข้อมูลเลย |
| 1 | หมายถึง ได้รับข้อมูลในระดับน้อย |
| 2 | หมายถึง ได้รับข้อมูลในระดับปานกลาง |
| 3 | หมายถึง ได้รับข้อมูลในระดับมาก |

การแปลผลคะแนน

โดยผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยเป็นรายด้าน จากนั้นจึงนำค่าเฉลี่ยมาแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้สูตรภาคพื้น ดังนี้

0.00 – 1.00	หมายถึง ได้รับข้อมูลในระดับน้อย
1.01 – 2.00	หมายถึง ได้รับข้อมูลในระดับปานกลาง
2.01 – 3.00	หมายถึง ได้รับข้อมูลในระดับมาก

2.2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 4 ข้อ เป็นมาตรวัดด้วยตัวเลข (numeric analog scale) ลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอนที่มีความยาว 10 เซนติเมตร บนเส้นตรงจะกำหนดค่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ปลายด้านซ้ายสุดของเส้นตรงแทนคะแนนเท่ากับ 0 มีความหมายว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่มีความรุนแรงเลย ปลายด้านขวาสุดของเส้นตรงแทนคะแนน เท่ากับ 10 มีความหมายว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้มีความรุนแรงมากที่สุด การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้สูตรภาคพื้น ดังนี้

0.00 - 3.99	คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับต่ำ
4.00 - 6.99	คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับปานกลาง
7.00 - 10.00	คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับสูง

2.3 แบบสอบถามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมหลังผ่าตัดหัวใจของศิริรัตน์ (2545) โดยการตัดข้อคำถามที่มีความคล้ายคลึงกันออก 3 ข้อ และปรับค่าคะแนนจากมาตรวัดสายตาเป็นระดับมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) เพื่อให้มีความครอบคลุมและง่ายในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในวันที่ 5 โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็น 3 หมวด รวม 13 ข้อ ได้แก่ หมวดกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล 6 ข้อ หมวดกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด 6 ข้อ และ หมวดกิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 1 ข้อ

ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) กำหนดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองออกเป็น 3 และ 4 ระดับ ตามลักษณะคำถามและคำตอบที่มีการให้คะแนนแต่ละข้อแตกต่างกัน ตั้งแต่ 0 ถึง 2 และ 0 ถึง 3 ดังรายละเอียดในภาคผนวก ง

การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้อันตรภาคชั้น ดังตาราง 1

ตาราง 1

การแปลผลคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดแบ่งเป็น 3 ระดับ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม	คะแนน	ระดับ		
		น้อย	ปานกลาง	สูง
กิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล	12	0 - 4	5 - 8	9 - 12
การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด	14	0 - 4.66	4.67 - 9.33	9.34 - 14
การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	2	0 - 0.66	0.67 - 1.33	1.34 - 2
โดยรวม	28	0 - 9.33	9.34 - 18.67	18.68 - 28

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำแบบทดสอบการได้รับข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดใน ระยะหลังผ่าตัด แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และแบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบ ซึ่งประกอบด้วยศัลยแพทย์หัวใจหลอดเลือดและทรวงอก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านศัลยกรรม 1 ท่าน พยาบาลประจำการที่มีประสบการณ์และมีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยตรง 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความสอดคล้องของเนื้อหากับกรอบแนวคิด ความชัดเจนของภาษา ความเหมาะสมกับการนำมาใช้กับผู้ป่วย จากนั้นนำมาทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 20 ราย ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดสอบความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการได้รับข้อมูลการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และแบบสอบถามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม เท่ากับ 0.89 และ 0.86 ตามลำดับ

ส่วนแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยผู้วิจัยนำไปทดสอบซ้ำ (test-retest) กับผู้ป่วย 10 ราย โดยใช้ระยะเวลาห่างกัน 24 ชั่วโมง ได้ค่าความสอดคล้องตรงกันเท่ากับ 1.0

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยขอความยินยอมในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจ้งวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยให้แก่ผู้ป่วยทุกรายได้ทราบ และต้องได้รับความยินยอมในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยทุกรายก่อนการเก็บข้อมูล โดยการให้คำยินยอมจากผู้ป่วยอาจทำเป็นลายลักษณ์อักษรหรือด้วยวาจา จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ การเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถกระทำได้โดยการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหลังผ่าตัดวันที่ 5 ตามความเป็นจริง การเลือกเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใดๆ ต่อแผนการรักษาเดิมที่มีต่อผู้ป่วยทั้งสิ้น การเลือกเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ผู้ป่วยเป็นผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจด้วยตนเอง และแม้ว่าผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อแผนการรักษาใดๆ ของผู้ป่วยทั้งสิ้น และหากผู้ร่วมวิจัยมีอาการทั้งทางร่างกาย และจิตใจไม่พร้อมให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะหยุดการเก็บข้อมูลชั่วคราวเพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยได้พักและจะเก็บข้อมูลใหม่เมื่อผู้ร่วมวิจัยมีความพร้อมในการให้ข้อมูลต่อไป ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้ให้คำอธิบายถึงข้อมูลของผู้ป่วยทั้งหมดที่เกี่ยวกับงานวิจัยนี้ตามความเป็นจริงอย่างเปิดเผย ตามที่ผู้ป่วยต้องการตลอดระยะเวลาของการเข้าร่วมการวิจัย เก็บรักษาข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ และนำข้อมูลไปใช้ในการอภิปรายผลในภาพรวมโดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยสำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผู้วิจัยให้ที่อยู่แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อสอบถามได้หากผู้ป่วยเกิดปัญหาหรือข้อสงสัยใดๆ ที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัย โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว เสนอต่อคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการทำวิจัย

2. ขออนุญาตแนะนำตัวจากคณบดี จากคณะพยาบาลศาสตร์ ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งติดตามผลการอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงาน

3. ภายหลังได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษา เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. เตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานแผนกหอผู้ป่วย ศัลยกรรมที่รับดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยมีขั้นตอนดังนี้

4.1 คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยที่มีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 2 ปี และประจำการในแผนกหอผู้ป่วยศัลยกรรมที่รับดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

4.2 ผู้วิจัยพบผู้ช่วยวิจัย และพูดคุยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และแนวทางในการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล วิธีการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยหลังผ่าตัด แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันทั้งผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

ขั้นดำเนินการ

1. สํารวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งได้รับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน โดยมีคุณสมบัติตามที่กำหนด
2. แนะนำตนเองกับผู้ป่วยที่ห่อผู้ป่วยศัลยกรรม ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดวันที่ 5 เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ พร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา และการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย
3. เมื่อผู้ป่วยยินยอมให้ผู้วิจัยศึกษา ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยขอให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม โดยให้ข้อมูลหรือแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ป่วย หลังจากที่ถูกกลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดหัวใจแล้วในระยะ 5 วันหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการตอบแบบสอบถาม
4. ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้รออนุญาตบริเวณใกล้เคียงที่ไม่รบกวนการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วย และกลุ่มตัวอย่างสามารถขอคำอธิบายในการตอบแบบสอบถามได้เมื่อมีข้อสงสัยในระหว่างการตอบแบบสอบถาม หรือผู้วิจัยสามารถอ่านแบบสอบถามให้ฟังได้ถ้าผู้ป่วยต้องการ หากกลุ่มตัวอย่างไม่พร้อมที่จะตอบแบบสอบถามสามารถหยุดตอบแบบสอบถาม และรายงานว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการตอบแบบสอบถามต่อไป หรือกลุ่มตัวอย่างขอยกเลิกการตอบแบบสอบถามก็ได้
5. สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้อ่านคำถามในแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟัง โดยปราศจากการชี้นำเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแล้วบันทึกคำตอบของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสอบถามตามความเป็นจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและประมวลผล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ตามประเภทของข้อมูล
2. วิเคราะห์ข้อมูลการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยภายหลังจากผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยการใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนโดยรวมและรายด้าน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม จากการตรวจสอบโดยใช้สถิติทดสอบ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่าข้อมูลทั้งหมดมีการแจกแจงไม่ปกติ ดังแสดงในภาคผนวก ง ดังนั้นในการตรวจสอบความสัมพันธ์จึงใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบตำแหน่งของสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient)

โดยแบ่งระดับความสัมพันธ์ได้ดังนี้ (Cohen, 1987)

ค่า r	ความสัมพันธ์
0.10 – 0.30	ระดับต่ำ
0.31 – 0.50	ระดับปานกลาง
0.51 – 1.00	ระดับสูง

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 103 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม จากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ที่มีการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจ จำนวน 2 แห่ง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2553 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้เสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง
2. การได้รับข้อมูลการผ่าตัดหัวใจ
3. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย
4. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
5. ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 76.70) อายุเฉลี่ย 51 ปี (ระหว่าง 20-74 ปี) โดยมีอายุระหว่าง 51-60 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 39.80) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 90.30) และมีการศึกษาระดับประถมศึกษาศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 60.20) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 79.60) กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 55.30) มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 37.90) โดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 71.80) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 77.70) (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($N = 103$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	79	76.70
หญิง	24	23.30
อายุ ($\bar{x} = 51$, $SD = 13.5$, $Max = 74$, $Min = 20$)		
20-30 ปี	13	12.60
31-40 ปี	7	6.80
41-50 ปี	19	18.50
51-60 ปี	41	39.80
60-70 ปี	19	18.40
70 ปีขึ้นไป	4	3.90
ศาสนา		
พุทธ	93	90.30
อิสลาม	10	9.70
สถานภาพสมรส		
โสด	16	15.50
คู่	82	79.60
หม้าย	5	4.90
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	6.80
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	22	21.40
รับจ้างทั่วไป	15	14.50
เกษตรกร/ประมง	39	37.90
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	20	19.40

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	62	60.20
มัธยมศึกษา	29	28.20
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	9	8.70
สูงกว่าปริญญาตรี	3	2.90
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน (\bar{X} = 13,380 บาท, SD = 11,540, Max = 50,000, Min = 3,000)		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	29	28.20
5,001-10,000บาท	23	22.30
10,001-20,000บาท	32	31.00
20,001-30,000บาท	11	10.70
30,000 บาทขึ้นไป	8	7.80
บทบาทในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	57	55.30
สมาชิก	46	44.70
การจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
สิทธิบัตรประกันสุขภาพ	80	77.70
เบิกค่ารักษาพยาบาล	23	22.30
ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
ไม่เคย	48	46.60
เคย	55	53.40
ประวัติการผ่าตัดใหญ่		
ไม่เคย	87	84.50
เคย	16	15.50

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.40) มีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.50) ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน การวินิจฉัยโรคประกอบด้วย โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ (ร้อยละ 48.50) โรคลิ้นหัวใจผิดปกติ (ร้อยละ 44.70) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (ร้อยละ 5.80) ระยะเวลาการเป็นโรคหัวใจเฉลี่ย 4.90 ปี และกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาเป็นโรคนาน 0-1 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 42.70) จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยสัปดาห์ก่อนผ่าตัดเฉลี่ย 2.80 วัน (ระหว่าง 1-17 วัน) และระยะเวลา นอน 2 วันก่อนผ่าตัดมากที่สุด (ร้อยละ 35.00) ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ย 249 นาที (Max = 480, Min = 92) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.10 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และผู้ป่วย ร้อยละ 26.20 เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหลังผ่าตัดมากที่สุด (ตาราง 3)

ตาราง 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย ($N = 103$)

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	50	48.50
โรคลิ้นหัวใจผิดปกติ	46	44.70
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	6	5.80
หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง	1	1.00
ระยะเวลาการเป็นโรคหัวใจ ($\bar{x} = 4.9$, $SD = 6.2$, $Max = 28$ ปี, $Min = 0$ ปี)		
น้อยกว่า 1 ปี	44	42.70
1-5 ปี	29	28.20
6-10 ปี	21	20.40
11-15 ปี	2	1.90
16-20 ปี	2	1.90
มากกว่า 20 ปี	5	4.90

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนวันนอนก่อนผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม		
(\bar{x} = 2.8, SD = 2.4, Max = 17, Min = 1)		
1 วัน	22	21.40
2 วัน	36	35.00
3 วัน	27	26.20
มากกว่า 4 วัน	18	17.40
ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (\bar{x} = 249, SD = 82, Max = 480, Min = 92)		
น้อยกว่า 180 นาที	20	19.40
181 – 240 นาที	28	27.20
241 – 300 นาที	33	32.10
301 – 360 นาที	16	15.50
301 – 360 นาที	6	5.80
ระยะเวลาใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม		
(\bar{x} = 118, SD = 52, Max = 278, Min = 36)		
น้อยกว่า 60 นาที	20	19.40
61 – 120 นาที	28	27.2
121 – 180 นาที	33	32.10
181 – 240 นาที	16	15.50
มากกว่า 240 นาที	6	5.80
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด		
ไม่มี	64	62.10
หัวใจเต้นผิดจังหวะ	27	26.20
ปอดแฟบ	10	9.70
ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ	2	1.90

การประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในวันที่ 5 พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย (ร้อยละ 50.50) มีระดับความปวดขณะพักเป็น 0 โดยมีระดับความปวดขณะพักเฉลี่ย 2.90 คะแนน มีความปวดระดับมากขณะมีกิจกรรมจำนวนร้อยละ 41.70 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.80 คะแนน มีการพักผ่อนนอนหลับเพียงพอร้อยละ 70.90 ไม่มีการคาทอระบายต่างๆ ร้อยละ 84.50 ไม่ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ ร้อยละ 87.40 ผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นต้องได้รับออกซิเจน (ร้อยละ 68.00) และมีสัญญาณชีพปกติ ร้อยละ 71.80 ผู้ป่วยมีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจก่อนผ่าตัดหัวใจอยู่ในระดับ 1 มากที่สุด (ร้อยละ 61.20) และหลังผ่าตัดหัวใจระดับสมรรถภาพอยู่ในระดับ 3 (ร้อยละ 87.40) (ตาราง 4)

ตาราง 4

การประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในวันที่ 5 (N = 103)

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจก่อนผ่าตัดหัวใจ		
ระดับ I	63	61.20
ระดับ II	31	30.10
ระดับ III	7	6.80
ระดับ IV	2	1.90
ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจหลังผ่าตัดหัวใจหลังผ่าตัดวันที่ 5		
ระดับ II	5	4.80
ระดับ III	90	87.40
ระดับ IV	8	7.80
ระดับความปวดขณะพัก ($\bar{x} = 2.9$, $SD = 3.2$, $max = 9$, $min = 0$)		
ไม่ปวดเลย (0 คะแนน)	52	50.50
ปวดเล็กน้อย (1-3 คะแนน)	7	6.80
ปวดปานกลาง (4-6 คะแนน)	21	20.40
ปวดมาก (7-10 คะแนน)	23	22.30
ระดับความปวดขณะมีกิจกรรม ($\bar{x} = 5.8$, $SD = 3$, $max = 10$, $min = 1$)		
ปวดเล็กน้อย (1-3 คะแนน)	31	30.30
ปวดปานกลาง (4-6 คะแนน)	29	30.00
ปวดมาก (7-10 คะแนน)	43	41.70

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
การพักผ่อนนอนหลับ		
เพียงพอ.	73	70.90
ไม่เพียงพอ	30	29.10
การคาทอระบายทรวงอก		
ไม่มี	87	84.50
มี	16	15.50
การได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ		
ไม่มี	90	87.40
มี	13	12.60
การได้รับออกซิเจน		
ไม่มี	70	68.00
มี	33	32.00
สัญญาณชีพ		
ปกติ	73	71.80
ผิดปกติ	30	29.20

ส่วนที่ 2 การได้รับข้อมูลการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 2.4$, $SD = 0.37$) (ตาราง 5) เมื่อจำแนกการได้รับข้อมูลตามรายด้าน พบว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลด้านขั้นตอนและวิธีการมากที่สุด ($\bar{x} = 2.7$, $SD = 0.32$) เมื่อพิจารณาการได้รับข้อมูลรายข้อพบว่าข้อที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลมากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะและสภาพทั่วไปของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ($\bar{x} = 2.98$, $SD = 0.20$) การอธิบายเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การรักษา การผ่าตัดหัวใจ ($\bar{x} = 2.90$, $SD = 0.30$) และการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดหัวใจ ($\bar{x} = 2.74$, $SD = 0.4$) และข้อที่ผู้ป่วยได้รับน้อยที่สุด 3 อันดับสุดท้าย ได้แก่ การใช้เทคนิคก่อนคลายต่างๆ ($\bar{x} = 1.76$, $SD = 1.00$) ความรู้สึกเครียด วิตกกังวล เมื่อต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัด ($\bar{x} = 2.11$, $SD = 0.86$) ความรู้สึกจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ($\bar{x} = 2.19$, $SD = 0.83$) นอกจากนี้

พบว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่างๆ ซึ่งเป็นข้อมูลข้อเดียวที่ผู้ป่วยได้รับในระดับปานกลาง ดังแสดงรายละเอียดในภาคผนวกตาราง ก1

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (N=103)

การได้รับข้อมูล	Mean	SD	ระดับ
ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการ	2.70	0.32	มาก
ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก	2.30	0.60	มาก
ข้อมูลแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ	2.40	0.51	มาก
โดยรวม	2.40	0.37	มาก

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 5.8, SD = 1.03$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้ป่วยรับรู้โรคหัวใจที่ต้องได้รับการผ่าตัดมีความรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้ และการเจ็บป่วยหรืออาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดหัวใจก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับสูง แต่รับรู้โรคหัวใจสามารถรักษาให้หายได้ด้วยการผ่าตัดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ (ตาราง 6)

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (N=103)

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	Mean	SD	ระดับ
1. โรคหัวใจที่ต้องได้รับการผ่าตัดมีความรุนแรงฯ	7.70	1.48	สูง
2. โรคหัวใจสามารถรักษาให้หายได้ด้วยการผ่าตัด	1.59	1.02	ต่ำ
3. หลังผ่าตัดหัวใจใหม่ๆ สภาพร่างกายอ่อนแอลง	6.69	1.95	ปานกลาง
4. การเจ็บป่วยหรืออาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดฯ	7.40	1.77	สูง
โดยรวม	5.80	1.03	ปานกลาง

ส่วนที่ 4 ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยรวมในระดับสูง ($\bar{x} = 20.3$, $SD = 6.3$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคลและ กิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 9.3$, $SD = 2.6$ และ $\bar{x} = 1.8$, $SD = 0.35$ ตามลำดับ) ยกเว้นด้านกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 9.1$, $SD = 3.6$) (ตาราง 7)

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ($N=103$)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม	คะแนนเต็ม	Mean	SD	ระดับ
กิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล	12	9.30	2.60	สูง
กิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด	14	9.10	3.60	ปานกลาง
กิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	2	1.80	0.35	สูง
โดยรวม	28	20.30	6.30	สูง

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ผลการศึกษาพบว่า การได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.39$, $p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .40$, $p < .01$) และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.68$, $p < .01$) (ตาราง 8)

ตาราง 8

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบตำแหน่งของสเปียร์แมน ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ($N = 103$)

ตัวแปร	1	2	3
1. การได้รับข้อมูล	1.00		
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	-.39**	1.00	
3. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม	.40**	-.68**	1.00

** $p < .01$

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้วิจัยได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ระดับการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดโดยรวมในระดับมาก เนื่องจากโรงพยาบาลมีระบบการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและเป็นสหสาขาวิชาชีพ โดยผู้ป่วยได้รับข้อมูลทั้งจาก ศัลยแพทย์ วิศวศัลยแพทย์และพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด เจ้าหน้าที่กายภาพบำบัดและฟื้นฟูสภาพ หลังผ่าตัดหัวใจ เทคนิคการแพทย์ควบคุมเครื่องปอดและหัวใจเทียม พยาบาลประจำหน่วยหัวใจ และทรวงอก พยาบาลประจำหอผู้ป่วย และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจซึ่งนอนในหอผู้ป่วยเดียวกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับข้อมูลจากสื่อการสอนอื่นๆ ได้แก่ คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เนื่องจากคู่มือเป็นสื่อที่ช่วยในการทบทวนและกระตุ้นเตือนความทรงจำภายหลังการได้รับข้อมูล (นที, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของปรีดา (2547) ซึ่งใช้คู่มือเป็นสื่อในการสอนผู้ป่วยเพื่อจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวช นอกจากนี้ยังมีสื่อวิดีโอเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจและการดูแลตนเอง เนื่องจากวิดีโอเป็นภาพเคลื่อนไหวและมีเสียงประกอบที่ใกล้เคียงความจริง เหมาะสำหรับการใช้ในการชักจูงใจ สร้างทัศนคติ ฝึกทักษะในการปฏิบัติ

ต่างๆ (นที, 2541) งานวิจัยที่นำสื่อวีดิโอมาใช้เพื่อให้ข้อมูลผู้ป่วยได้แก่ การศึกษาของอูราวดิ (2541) ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล ความปวด และความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัด ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยนอนในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมก่อนผ่าตัด 2-3 วัน ทำให้มีเวลาเตรียมพร้อมก่อนผ่าตัด การให้ข้อมูลต่างๆ ควรให้ในขณะนี้เนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีความสนใจต่อการผ่าตัด (Smeltzer & Bare, 2004) นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจนานเฉลี่ย 4.60 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของบุญฤดี (2542) ที่ศึกษาการเผชิญความเครียดและความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นโรคหัวใจนาน 5 ปี และรอผ่าตัดนานเฉลี่ย 1-6 เดือน ทำให้ผู้ป่วยมีเวลาเตรียมตัวนาน เพื่อให้เกิดความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด โดยการหาข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดจึงทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระดับมาก

ผลการศึกษาระดับการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของรัตใจ (2548) พบว่า ผู้ป่วยได้รับข้อมูลขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดทั้งโดยรวมและรายด้านในระดับมาก การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศรีประภา (2551) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ เพื่อศึกษาการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะทำการศึกษาในบริบทโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาถึงการได้รับข้อมูลรายข้อ พบว่าการได้รับข้อมูลทุกข้ออยู่ในระดับมาก และผู้ป่วยได้ข้อมูลมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ (1) ลักษณะและสภาพทั่วไปของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ เช่น การมีท่อระบายทรวงอก การมีท่อช่วยหายใจเพื่อใช้เครื่องช่วยหายใจ การคาสายสวนทั้งหมดเลือดแดงและดำ การคาสายสวนปัสสาวะ และการนอนพักรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย (2) การอธิบายเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การรักษา การผ่าตัดหัวใจ ได้แก่ การใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม ระยะเวลาในการผ่าตัด การทำงานของลิ้นหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ปอดแฟบ อาการปวดแผลผ่าตัด และ (3) การฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดหัวใจ ได้แก่ การหายใจเข้า-ออกลึกๆ การไอขับเสมหะ การออกกำลังกายแขนขา การพลิกตะแคงตัว และการลุกนั่งบนเตียง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรีประภา (2551) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลด้านขั้นตอนวิธีการและข้อมูลด้านการแนะนำสิ่งที่ต้องปฏิบัติในระดับมาก โดยเฉพาะรายละเอียดเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษา การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ได้แก่ วิธีการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงการได้รับข้อมูลรายข้อที่ผู้ป่วยได้รับน้อยที่สุด พบว่าเป็นข้อมูลเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติ คือ การใช้เทคนิคผ่อนคลายต่างๆ ได้แก่ การทำสมาธิ การหายใจช้าๆ ลึกๆ ทั้งนี้เนื่องจากเทคนิคดังกล่าวต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงทำให้เกิดความมั่นใจในการให้ข้อมูล และสามารถถ่ายทอดให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้

2. ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง 2 ข้อ ระดับปานกลางและต่ำอย่างละ 1 ข้อ โดยข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับสูงคือ โรคหัวใจที่ต้องได้รับการผ่าตัดมีความรุนแรง ถึงขั้นเสียชีวิตได้ และการเจ็บป่วยหรืออาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดหัวใจก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และข้อคำถามที่ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลางคือ หลังผ่าตัดหัวใจใหม่ๆ สภาพร่างกายอ่อนแอ ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับต่ำคือ ผู้ป่วยเชื่อว่าโรคหัวใจสามารถรักษาให้หายได้ด้วยการผ่าตัด สามารถอธิบายโดยพิจารณาเป็นรายข้อได้ดังนี้

โรคหัวใจที่ต้องได้รับการผ่าตัดมีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง เนื่องจากเป็นที่เข้าใจกันทั่วไปว่าหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญ เมื่อเป็นโรครก็มิโอกาสเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะเมื่อต้องได้รับการผ่าตัด โอกาสเสียชีวิตยิ่งมากขึ้น นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจมักมีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้ลดลงกว่าเดิม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสมรรถภาพการทำงานของหัวใจก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับ 1-2 และหลังผ่าตัดอยู่ในระดับ 3 (ตาราง 4) ผู้ป่วยจึงรู้สึกว่าการผ่าตัดหัวใจครั้งนี้มีความรุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวุธย์ (2552) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรับรู้ว่าโรคหัวใจเป็นโรครุนแรง เนื่องจากมีอาการหนัก ทำให้เจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง หายใจลำบากเหมือนใจจะขาด มีอาการเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันทันทีทันใด และทำให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชวนพิศ (2541) และวิรงรอง (2543) พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจว่าเป็นโรครุนแรง มีอาการหนักและทำให้เสียชีวิตได้ง่าย และจากการศึกษาของเป็น (2550) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน รับรู้ว่าโรครมีผลกระทบที่รุนแรง

โรคหัวใจสามารถรักษาให้หายได้ด้วยการผ่าตัด เป็นเรื่อง que ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยมั่นใจว่าการผ่าตัดสามารถช่วยรักษาชีวิตและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการโรคหัวใจได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศรีบุญญา (2545) พบว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการรักษาที่ช่วยให้หายจากโรคได้คือการรักษาด้วยการผ่าตัด แม้ผู้ป่วยให้ความหมายของการผ่าตัดหัวใจว่าเป็นการรักษาที่เสี่ยงต่อชีวิต แต่การผ่าตัดหัวใจเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด เพราะผู้ป่วยรับรู้ว่าไม่มีทางไหนหรือวิธีการรักษาใดที่สามารถช่วยรักษาชีวิตได้อีก เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเท่านั้น ได้แก่ มีการอุดตันของหลอดเลือดแดง

โคโรนาไวรัสจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 ของขนาดรูหลอดเลือด พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเสียชีวิตสูงจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หากไม่ได้รับการแก้ไขมีโอกาสดังกล่าวที่ออกจากหัวใจสูงถึงร้อยละ 80 (Gol et al., 2000) และหรือมีการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ 3 เส้นพร้อมกันร่วมกับมีการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายไม่มีประสิทธิภาพ (Urden, Stacy & Lough, 2006) หรือผู้ป่วยบางรายเคยมีประสบการณ์รักษาด้วยวิธีอื่นมาแล้ว ได้แก่ การรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการแต่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือได้รับการรักษาทางเลือกว่าด้วยวิธีต่างๆ แล้วประสบความสำเร็จล้มเหลว เช่น เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำการฉีดยาหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูน ได้แก่ มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือมีอาการเจ็บหน้าอกที่ยาวนาน (Perrin, 2006) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากแพทย์ว่าการผ่าตัดหัวใจเป็นการรักษาที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากความทุกข์ทรมานต่างๆ ได้ จึงคาดหวังว่าการรักษานี้ต้องช่วยให้ตนมีอาการดีขึ้น ช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น และช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการทำให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ (กาญจนา, 2538; ศรีบุญญา, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวัดย์ (2552) พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าจะปัจจุบันมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพสูงสามารถช่วยรักษาให้รอดชีวิตได้

หลังผ่าตัดหัวใจใหม่ๆ สภาพร่างกายอ่อนแอลง จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการประเมินสภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในวันที่ 5 พบว่าเป็นวันที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น โดยผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมลดลง ได้แก่ ความปวดอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ไม่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย มีระดับสัญญาณชีพปกติ มีการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของลลิตา (2547) พบว่าในวันที่ 5 หลังผ่าตัดหัวใจผู้ป่วยไม่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำร้อยละ 100 และมีระดับความสบายอยู่ในระดับมาก โดยพบว่าผู้ป่วยมีระดับความสบายหลังผ่าตัดในวันที่ 5 มากกว่าวันที่ 2 หลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้ พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้ป่วยร้อยละ 41.70 มีระดับความปวดขณะมีกิจกรรมในระดับมากโดยมีระดับคะแนนความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 5.80 คะแนน เนื่องจากระยะนี้เป็นระยะการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดซึ่งผู้ป่วยต้องมีกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา (2541) พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดแผลมากเมื่อต้องเปลี่ยนท่า การลุกจากเตียง ซึ่งความปวดทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่กล้าไอขับเสมหะ และหายใจแบบตื้นๆ เนื่องจากแผลผ่าตัดอยู่บริเวณทรวงอกซึ่งเป็นบริเวณกล้ามเนื้อช่วยหายใจ ผู้ป่วยจึงรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตมีความทุกข์ทรมานมากจากอาการปวด และจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.4)

รู้สึกทรมานมากที่สุดเมื่อมีอาการ ไอแห้งๆ จากการระคายเคืองในลำคอจากใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยให้ความรู้สึกที่เวลาไอเหมือนชั่วหัวใจหลุดออกจากอก (ภาคผนวก ตาราง ก 4)

3. ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคลและกิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในระดับสูง แต่สามารถปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากในวันที่ 5 หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้ป่วยมีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 3 และพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจหลังผ่าตัดวันที่ 5 ($r_s = -.21, p < .01$) อธิบายได้ว่าหากผู้ป่วยมีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจสูงทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดลดลง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจกรรมเบาๆ ที่น้อยกว่ากิจกรรมธรรมดาได้ โดยไม่มีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยหรือเจ็บหน้าอก ลักษณะของกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมฟื้นฟูสภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

จากการประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในวันที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งไม่มีความปวดขณะพัก และร้อยละ 60.30 มีความปวดขณะมีกิจกรรมในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ยกเว้นผู้ป่วยมีความปวดอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับระดับความปวดภายหลังผ่าตัด ($r_s = -.65, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุดกัญญา (2541) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจมีอาการปวดแผลมากเมื่อต้องเปลี่ยนท่าบนเตียง ลูกจากเตียง ความปวดทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่กล้าไอขับเสมหะ และหายใจแบบตื้นๆ เนื่องจากแผลผ่าตัดอยู่บริเวณทรวงอกซึ่งเป็นบริเวณกล้ามเนื้อช่วยหายใจ และพบว่าร้อยละ 70.90 มีการพักผ่อนนอนหลับเพียงพอทำให้ไม่เกิดอาการเหนื่อย อ่อนล้าจากการนอนไม่หลับ และร้อยละ 84.50 , 87.40 และร้อยละ 68 กลุ่มตัวอย่างไม่คาท่อระบาย ไม่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และไม่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนตามลำดับ ทำให้ไม่มีอุปสรรคหรือข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย

ผู้ป่วยร้อยละ 64 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเป็นภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะมากที่สุด (ร้อยละ 26.20) และร้อยละ 71.80 มีระดับสัญญาณชีพปกติจากการศึกษารั้ครั้งนี้พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปาน

กลางกับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ($r_s = -.39, p < .01$) เนื่องจากภายหลังผ่าตัดหัวใจ หากผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากการผ่าตัดต่อหัวใจคือทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และได้รับบาดเจ็บ (อภิรักษ์, 2551) ผู้ป่วยอาจมีอาการหัวใจเต้นผิดปกติ โดยเฉพาะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว (atrial fibrillation) ซึ่งพบได้ร้อยละ 32.3 ของผู้ป่วยที่ผ่าตัด (Mathew et al., 2004) และมีภาวะความดันโลหิตต่ำ (อัจฉรา, 2543; อภิรักษ์, 2551) ส่งผลให้สภาพร่างกายของผู้ป่วยไม่พร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ภายหลังผ่าตัดหัวใจหัวใจแบบเปิด. อย่างไรก็ตามการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในวันที่ 5 ส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ (2545) ที่ศึกษาความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจวันที่ 7 พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 98

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

4.1 การได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ($r_s = -.39, p < .01$) แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมาก ทำให้การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยลดลง ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ว่า การได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่าง ได้รับข้อมูลในระดับมากทั้งข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก และข้อมูลแนะนำในสิ่งที่ต้องปฏิบัติก่อนผ่าตัดอย่างเพียงพอ ทำให้สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเผชิญได้ชัดเจน มีความสอดคล้องหรือคล้ายคลึงกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นจริง ไม่มีความคลุมเครือ ข้อมูลที่ได้รับจึงไม่ก่อให้เกิดการกระตุ้นความคิดและอารมณ์ในทางลบ ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลมากจึงรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับต่ำ (Johnson, 1999; Reynolds & Alonzo, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (ธนัญญา, 2545; สมพร, 2541)

4.2 การได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ($r_s = .4, p < .01$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมาก ทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดหัวใจในระดับสูง ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ว่า การได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และสอดคล้องกับ

ทฤษฎีการปรับตนเอง(Johnson, 1999; Roynolds, & Alonzo, 2000) ซึ่งอธิบายว่าการได้รับข้อมูลช่วยให้บุคคลมีการพัฒนารูปแบบทางความคิด นำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติ และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่ถูกต้อง ครบถ้วน จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดได้เหมาะสม เนื่องจากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในระดับมาก โดยเฉพาะข้อมูลแนะนำสิ่งที่จะต้องปฏิบัติ การฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดหัวใจ ได้แก่ การหายใจเข้า-ออกลึกๆ การไอขับเสมหะ การออกกำลังกายแขนขา การพลิกตะแคงตัว และการลุกนั่งบนเตียงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมได้มากขึ้น

4.3 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดหัวใจ ($r_s = -.68, p < .01$) ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ว่าระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ มีผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดหัวใจอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตนเอง (Johnson, 1999; Roynolds & Alonzo, 2000) เห็นว่าการรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย หากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดรับรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดในทางลบ มีความคิดเห็นว่าการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้ จะขาดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของเบ็น (2550) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยมีผลกระทบที่รุนแรงทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าปฏิบัติกิจกรรมเพราะกลัวทำให้เสียชีวิต และจากการศึกษาของปฏิพร (2543) ที่ศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ผลของอาการและวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร้อยละ 44 รับรู้ว่าการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ ทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่ออาการนั้นโดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองหลังจากการเกิดอาการ ทำให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ในด้านการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง

การศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของสายรุ้ง (2547) เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของอาการ และกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีอาการที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่อยู่ใน

ระยะฟื้นฟูสภาพร่างกาย และได้รับผลกระทบจากการผ่าตัดเป็นการเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลันเป็นผลกระทบระยะสั้น ได้แก่ มีความปวดขณะมีกิจกรรมในระดับปานกลาง สมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 3 การฟื้นฟูสภาพของร่างกายยังไม่สมบูรณ์ ระดับการรับรู้ความรุนแรงโดยรวมของผู้ป่วยจึงอยู่ในระดับปานกลาง แต่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดรับรู้ว่าการผ่าตัดหัวใจสามารถทำให้หายจากโรคหัวใจได้ จึงทำให้ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจึงอยู่ในระดับสูง ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง ย่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมได้มากขึ้น

ผลการศึกษานี้สามารถสนับสนุนทฤษฎีการปรับตนเอง ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากผู้ป่วยได้รับข้อมูลอยู่ในระดับมาก ทำให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์เหตุการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้สอดคล้องหรือคล้ายคลึงกับเหตุการณ์จริง ผู้ป่วยจึงรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบจากการผ่าตัดตามจริง ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้ระดับสูง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาระดับการได้รับข้อมูล การรับรู้ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม หลังการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลศูนย์ที่มีการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในภาคใต้ 2 แห่ง จำนวน 103 ราย ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2553 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล 2) แบบสอบถามการได้รับข้อมูลการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดของศรีประภา (2551) 3) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และ 4) แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมหลังผ่าตัดหัวใจของศิริรัตน์ (2545) แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม เท่ากับ 0.89 และ 0.86 ตามลำดับ และแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หาความเที่ยง โดยการประเมินซ้ำ กับผู้ป่วย 10 ราย ได้ค่าความสอดคล้องตรงกันเท่ากับ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 5 หลังการผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะตอบแบบสอบถาม ทำการประมวลผลข้อมูล โดยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบตำแหน่งของสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีระดับการได้รับข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ($r_s = -.39, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .40, p < .01$) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.68, p < .01$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้มีข้อคำถามหลายข้อคำถาม และแบบสอบถามมีหลายรูปแบบอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสับสนในการตอบข้อคำถาม

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางเพื่อประโยชน์ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล และการวิจัยทางการพยาบาล ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่างๆ น้อยที่สุด ดังนั้นบุคลากรทางการพยาบาลควรเพิ่มการแนะนำวิธีปฏิบัติตัวต่างๆ โดยเฉพาะการฝึกเทคนิคผ่อนคลายจากความกลัวและความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด

2. กลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งยังมีความปวดขณะพักในระดับปานกลางถึงมาก (ร้อยละ 42.70) สะท้อนถึงการจัดการความปวดอาจจะยังไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจมีผลต่อการทำกิจกรรมและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด จึงควรนำไปปรับปรุงในการดูแลผู้ป่วย

ด้านวิจัยทางการแพทย์

1. ควรมีการศึกษาผลของรูปแบบ/วิธีการให้ข้อมูลต่อการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดหัวใจ
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ความปวด การได้รับยาลดปวดที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

บรรณานุกรม

- เกศินี สมศรี.(2547). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เกษร ตามศักดิ์ . (2549). การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กาญจนา สิมะจาริก. (2538). การศึกษาการรับรู้ประสบการณ์ในหอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- คะนิงนิจ พงศ์ถาวรภมร, สิริรัตน์ แตรชัยสุดา, และพรณี สมจิตประเสริฐ. (2544). ความเป็นห่วงความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจหลอดเลือดทางรังสี. วารสารสภาการพยาบาล, 16 ,หน้า 84-97
- จรี ชูติธาดา. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไมตรัล ที่คลินิกโรคหัวใจและความดันในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิราพร ศรีทน. (2546). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จีณพัฑฒ์ ตำราญราษฎร์. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนจากคู่สมรส การปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชวนพิศ ทำนอง. (2541). ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- ชวนพิศ ทำนอง, และเพลินดา สิริปการ. (2545). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด และหลอดเลือดส่วนปลาย. ขอนแก่น: ขอนแก่นพับลิชชิง.
- ฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2548). โรคหัวใจที่พบบ่อยทางเวชปฏิบัติ. ใน วรมนต บำรุงสุข (บรรณาธิการ), การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ: โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี, (หน้า 10-49). กรุงเทพมหานคร: แอลพีเอสกรุ๊ป.
- ณัฐธิดา เพชรประไพ. (2541). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- คุจใจ ชัยวานิชศิริ. (2539). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหัวใจ. ใน เสก อักษรานุเคราะห์ (บรรณาธิการ), เวชศาสตร์ฟื้นฟู (พิมพ์ครั้งที่ 3, เล่มที่ 2), (หน้า 865-900). กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับลิชชิง.
- ชนิญา น้อยเพียง. (2545). การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และสัตยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชิติมา สามแก้ว. (2551). คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธิวสา ถีวชนะ. (2547). ปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นที เกื้อกูลกิจการ. (2541). การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นิภัตสรณ์ บุญญาสันติ. (2549). การสร้างเครื่องมือเพื่อวัดความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระหว่างการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- บุญลี ศรีสุวรรณาสกุล. (2542). การเผชิญความเครียดจากความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- บุษรา ราชรักษ์. (2549). สัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- ปฎิพร บุญยพัฒน์กุล. (2543). การศึกษานี้เกี่ยวกับประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ผลของอาการและวิธีจัดการกับอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2548). การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร. สร้างสื่อ.
- ประณีต ส่องวัฒนา. (2547). การให้ข้อมูลและคำปรึกษาผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. เอกสารการประชุมวิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 1 เรื่อง ก้าวทันยุคกับการดูแลผู้ป่วยทางศัลยศาสตร์. สงขลา: ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, พรหมพร เพชรยูงทอง, และสุวรรณา ยะโสธาริน. (2542). ผลของการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมต่อร่างกาย. ใน สันต์ ใจยอดศิลป์ และดำรงศ ตรีสุโกศล (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยวิกฤต โรคหัวใจ, (หน้า 139-143). กรุงเทพมหานคร:
- ปริดา บุญญสุวรรณ. (2547). ผลการสอนการจัดการความปวดก่อนการผ่าตัดต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดของห้องนรีเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เป็น รักเกิด. (2550). การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พุทธชาติ สมณา. (2548). การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านหลวง จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรทิศา มีสุวรรณ, และ ขนิษฐา นาคะ. (2550). การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความต้องการข้อมูล และความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร, 26(2), 185-193.
- พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. (2544). ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- รัคใจ เวชประสิทธิ์. (2548). *สิ่งเร้าความเครียด การได้รับข้อมูล ระยะเวลาการรอผ่าตัด และความเครียดของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รัศมี สิทธิพันธ์. (2548). *ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี*. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- ลลิตา นพคุณ. (2547). *ความสุขสบายในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรมนต์ บำรุงสุข. (2548). *บทบาทขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ. ใน วรมนต์ บำรุงสุข (บรรณาธิการ), การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ: โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี, (หน้า 68-75). กรุงเทพมหานคร: แอลพีเพรสกรุ๊ป.*
- วาสนีย์ เมธาประภาพร. (2543). *การพยาบาลผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพที่มีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด. ใน จงจิตต์ ญาณกุล, ปรีดาภรณ์ สีปากดี, และประชิด ศราษพันธุ์ (บรรณาธิการ), ภาวะวิกฤตในหออภิบาล การบำบัดรักษาพยาบาล (เล่ม 2), (หน้า 292-309). กรุงเทพมหานคร:*
- วิรัชรอง นาทองคำ. (2543). *ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิลาวัลย์ แก้วอ่อน. (2552). *การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้รับเพื่อการดูแลตนเองหลังเกิดการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่ได้รับหัตถการหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- แววดาว กำเจ็ย. (2551). *ผลของดนตรีต่อการลดปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ ทรวงอก และหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรัญญา ครั่งมี. (2545). *การรับรู้และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร. (2547). ผลของโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ศิริรัตน์ วิจิตตระกูลถาวร. (2545). ความหวังภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร แก้วพิบูล. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรีประภา จันทร์มีศรี. (2551). ความต้องการและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมุดตะเบียนสถิติผู้ป่วยหอบหืดผู้ป่วยศัลยกรรม . (2548-2550). โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลา. อัดสำเนา.
- สมพร ชิน โนรส, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และกุสุมา คุณวัฒน์สัมฤทธิ์. (2542). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วารสารพยาบาล, 5, 201-213.
- สมพร รัตนพันธ์. (2541). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย. (2550). สถิติการผ่าตัดหัวใจประจำปี พ.ศ. 2550-2551. กรุงเทพมหานคร. อัดสำเนา.
- สายฝน จีบใจ. (2540). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดตีบ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สายรุ้ง บัวระพา. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ศุภกัญญา พัทวี. (2541). การรับรู้ประสบการณ์ความปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- สุนีย์ เอี่ยมศิริบุญกุล. (2540). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สุพรรณณี จรุงจิตอารี. (2540). ภาพภาพบำบัดโรคทางเดินหายใจและโรคหัวใจ. กรุงเทพมหานคร: ลิฟวิ่ง ทรานส์ มีเดีย.
- หทัยรัตน์ เวชมนัส. (2547). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อังฉรา เตชอุทธิพิทักษ์. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในระบบหัวใจและหลอดเลือด (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ลิฟวิ่ง ทรานส์ มีเดีย.
- อังฉรา เตชอุทธิพิทักษ์, กนกพร แจ่มสมบุญ, ฐาปณีย์ น้ำเพชร, และวิไลลักษณ์ จันทวง. (2543). มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. กรุงเทพมหานคร. ลิฟวิ่ง ทรานส์ มีเดีย.
- อังฉรา สุนทรธรรม. (2543). การฟื้นฟูสภาพหัวใจ. ใน อภิชาติ สุนทรธรรม (บรรณาธิการ). *โรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารี* (หน้า 635-705). เชียงใหม่. ไอเด้นตีตี้กรุ๊ป.
- อภิรักษ์ เชมภูแผ่พันธ์. (2551). การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. ใน บดินทร์ ขวัญนิมิตร (บรรณาธิการ), *เวชบำบัดวิกฤตสงฆสถานครินทร์* (หน้า 117-137). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- อรสา ภูพุด. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด. ใน เพลินตา สิริปการ, สุจิตรา ลิ่มอำนวยลาภ, กาญจนา สิมะจารีก, และชวณพิศ ทำนอง (บรรณาธิการ), *การปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ผู้ใหญ่ระยะวิกฤต* (หน้า 213-236). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- อิสราวรรณ สนธิภมาศ. (2545). ความต้องการข้อมูลเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุรวาดิ เจริญไชย. (2541). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการความรู้สึกและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Ahlgren, E., Lundqvist, A., Nordlund, A., Aren, C., & Rutberg, H. (2003). Neurocognitive impairment and driving performance after coronary artery bypass surgery. *European Journal Cardio-Thoracic surgery*, 23, 334-340.

- Almeida, R. (1996). *Severity of illness versus severity of disease: Definition and application*. Retrieved October 11, 1996, from <http://bibl.liu.se/liupub/disp/disp96/tek454s.htm>.
- Anderson, G., Feleke, E., & Perski, A. (1999). Patient-percieved quality of life after coronary bypass surgery: Experienced problems and reactions to supportive care one year after the operation. *Scandinavian Journal Caring Science*, 13, 11-17.
- Astin, F., & Jones, K. (2006). Change in patients illness representations before and after elective percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Heart and Lung*, 35, 293-300.
- Bojar, R. M. (1999). *Manual of preoperative care in cardiac surgery* (3rd ed.). London: Blackwell Science.
- Bokeriia, L. A., Golukhova, E. Z., Polunina, A. G., Davydov, D. M., & Begachev, A. V. (2005). Neural correlates of cognitive dysfunction after cardiac surgery. *Brain Research Reviews*, 50, 266-274.
- Bucher, L., & Melander, S. (1999). *Critical care nursing*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- American Heart association . (1994). *Classification of functional capacity and objective assesment of patient with diseases of the heart*. Retrieved June 14, 2010, from <http://www.amaricanheart.org>
- Chocron, S., Etievent, J-P., Viel, J-F., Dussaucy, A., Clement, F., Kaili, D., et al. (2000). Preoperative quality of life as a predictive factor of 3-year survival after open heart operation [Electronic version]. *The Annals of Thoracic Surgery*, 69, 722-727.
- Cohen, J. (1987). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Chong, A. Y., Clarke, C. E., Dimitri, W. R., & Lip, G. Y. (2003). Brachial plexus injury as an unusual complication of coronary artery bypass graft surgery [Electronic version]. *Postgraduate Medical Journal*, 79, 84-86.
- Craren, E. C., & Hirle, C. S. (2000). *Fundamentals of nursing: Human health and functional* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Dinardo, J. A. (Ed.). (1998). Management of Cardiopulmonary Bypass. *Anesthesia for Cardiac Surgery* (2rd ed.)(pp. 227-319). New Jersey: Appleton & Lange.

- Dimopoulou, I., Anthi, A., Michalis, A., & Tzelepis, G. E. (2001). Functional status and quality of life in long-term survivors of cardiac arrest after cardiac surgery. *Critical Care Medicine, 29*, 1-8.
- Edell-Gustafsson, U. M., & Hetta, J. E. (1999). Sleep and quality of life assessment in patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Journal of Advanced Nursing, 29*, 1213-1220.
- Edell-Gustafsson, U. M., Hetta, J. E., Aren, G. B. & Hamrin, E. K. (1997). Measurement of sleep and quality of life before and after coronary artery bypass grafting: A pilot study. *Intensive Journal Nursing Practice, 3*, 39-46.
- Eimsophon, S., & Chotinawattarakul, C. (2006). Association of the in-hospital mortality after acute coronary syndrome with cardiogenic shock and patient characteristics, treatment strategies. *Thai Heart Journal, 19*, 25-30.
- Engoren, M., Engoren, C. A., Steckel, D., Neihardt, J., & Buderer, N. F. (2002). Cost, outcome, and functional status in octogenarians and septuagenarians after cardiac surgery. *Chest Journal, 122*, 1309-1315.
- Falcoz, P. E., Chocron, S., Stoica, L., Kaili, D., Puyraveau, M., Mercier, M., et al. (2003). Open heart surgery: One-year self-assessment of quality of life and functional outcome [Electronic version]. *The Annals of Thoracic Surgery, 76*, 1598-1604.
- Gibbon, J. H. (2002). Basic Cardiac Procedures. In P. C. Seifert (Ed.), *Cardiac Surgery* (pp. 213-257). Philadelphia. Mosby.
- Gol, M. K., Ozsoyler, I., Sener, E., Goksel, S., Saritas, A., Tasdemir, O., et al. (2000). Is left main coronary artery stenosis a risk factor for early mortality in coronary artery surgery. *Journal Cardiovascular Surgery, 15*, 217-222.
- Grady, K. L., Mattea, A., Ormaza, S., Todd, B., Dressler, D., & Piccione, W. (2000). Improvement in quality of life outcome 2 weeks after left ventricular assist device implantation [Electronic version]. *The Journal of Heart and Lung Transplantation, 20*, 657-69.
- Granger, C. V., Albrecht, G. L., & Hamilton, B. B. (1979). Outcome of comprehensive medical rehabilitation: Measurement by PULSES profile and the Barthel Index. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation, 60*, 145-154.

- Henke, K., & Eigsti, J. (2003). After cardiopulmonary bypass: Watching for complication [Electronic Version]. *Nursing*, 33(3), 32cc1-32cc4.
- Holloway, N. M. (2004). *Medical-Surgical care planning* (4th ed.). Philadelphia: Williams & Wilkins Lippincott.
- Honkus, V. L. (2003). Sleep deprivation in critical care units. *Critical Care Nursing Quarterly*, 26, 179-189.
- Hudak, C. M., Gallo, B. M., & Morton, P. G. (1998). Acute myocardial infarction. In *Critical care nursing: A holistic approach* (7th ed., 367-392). Philadelphia: Lippincott.
- Hunt, J. O., Hendrata, M. V., & Myles, P.S. (2000). Quality of life 12 months after coronary artery bypass graft surgery. *Heart and Lung*, 29, 401-410.
- Ivarsson, B., Larsson, S., Luhrs, C., & Sjoberf, T. (2005). Extended written pre-operative information about possible complications at cardiac surgery-do the patient want to know? *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 28, 407-414.
- Johnson, J. E. (1999). Self-regulation theory and coping with physical illness. *Research in Nursing & Health*, 22, 435-448.
- Khonsari, S., Sintek, C. F. (2003). *Cardiac Surgery Safeguards and Pitfalls in Operative Technique* (3rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Company.
- Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.W., & Jaffe, M. (1963). Studies of illness in the aged: The index of ADL, a standardized measure of biological and psychological function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 9914-9919.
- King, R. (2002). Illness attributions and myocardial infarction: The influence of gender and socio-economic circumstances on illness beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 37, 431-438.
- Laga, S., Bollen, H., Arnout, J., Hoylaerts, M., & Meyns, B. (2005). Heparin influences human platelet behavior in cardiac surgery with or without cardiopulmonary bypass. *Artificial Organs*, 29, 541-546.
- Lapier, T. K. (2007). Functional status of patient during subacute recovery from coronary artery bypass surgery. *Heart and Lung*, 36, 114-123.
- Lowton, M. D., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Journal of Gerontology*, 9, 179-186.

- Mahoney, F. L., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, *14*, 61-65.
- Mathew, J. P., Fontes, M. L., & Tudor, L. C., Ramsay, P., Duke, P., Mazer, C. D., et al. (2004). A multicenter risk index for atrial fibrillation after cardiac surgery. *American Medical Association Journal*, *291*, 1720-1729.
- Mccormick, K. M., Naimark, B. J., & Tate, R. B. (2006). Uncertainty, symptom distress, anxiety, and function status on patients awaiting coronary artery bypass surgery. *Heart and Lung*, *35*, 34-45.
- Mueller, X. M., Tinguely, F., Tevaearai, H. T., Revelly, J. P., Chiolero, R., & Segesser, L. K. (2000). Pain location, distribution, and intensity after cardiac surgery. *Chest*, *111*, 391-396.
- Nakagawa-Kogan, H. (1996). Challenging the boundaries of psychosocial nursing: Using the brain to manage the body. In A. McBride & J. Austin (Eds.), *Psychiatric-mental health nursing: Integrating the behavioral and biological sciences* (pp. 30-51). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Nowak, S. M. (2003). Nursing care of patients undergoing cardiovascular surgery. In L.S. Williams, & P. D. Hopper (Eds.), *Understanding medical-surgical nursing* (pp 343-362). Philadelphia: F. A. Davis.
- Perrin, K. O. (2006). Intervention for critically ill clients with coronary artery disease. In D. D. Ignatavicius, & M. L. Workmam (Eds.), *Medical-surgical nursing critical thinking for collaborative care* (4th ed.)(pp 789-815). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: J.B. Lippicott.
- Prichard, M. J. (1991). *Care of the critical ill patient*. New York: Springer-verlag.
- Redeker, N., & Hedges, C. (2002). Sleep during hospitalization and recovery after cardiac surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *17*, 56-58.
- Redeker, N. S., Ruggiero, J., & Hedges, C. (2004). Patterns and predictors of sleep pattern disturbance after cardiac surgery. *Research in Nursing and Health*, *27*, 217-224.
- Reynolds, N. R., & Alonzo, A. A. (2000). Self-regulation the commonsense model of illness representation. In V. H. Rice (Ed), *Hand book of stress , coping, and healt: Implication for nursing research, theory* (pp 483-493). Philadelphia: V. W.Lippicott.

- Rosebrough, A. (1998). Cardiac Rehabilitation. In P. A. Chin, D. N. Finocchiaro, A. Rosebrough (Eds.), *Rehabilitation Nursing Practice* (pp 413-429). Philadelphia: McGRAW-HILL.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B.G. (2004). Management of patients with coronary vascular disorders. In Smeltzer, S. C., & Bare, B.G (Eds.). *Brunner & Suddarth's Text book of Medical-surgical nursing* (9th ed.)(pp.713-762). Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins.
- Sparpy, N. L., Galbralth, M., & Jones, P. S. (2000). Factors related to recovery in coronary artery bypass graft surgery patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 19, 40-45.
- Tazbir, J. & Keresztes, P. (2005). Management of clients with functional cardiac disorders. In J. M. Black, & J. H. Hawks (Eds.). *Medical-surgical nursing: Clinical management for Positive outcomes* (7th ed.)(pp 1627-1669). Missouri: Elsevier Inc.
- Timmerch, T. C. (1997). *Health services cyclopedia dictionary*. Boston: Jones and Bartlett.
- Tsang, J. C., Morin, J. F., Tchervenkov, C. I., Platt, R. W., Sampalis, J., & Shum-Tim, D. (2003). Single aortic clamp versus partial occluding clamp technique for cerebral protection during coronary artery bypass: A randomized prosective trial. *Journal Cardiovascular Surgery*, 18, 158-163.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2006). Cardiovascular therapeutic management. *Theilan's critical care nursing diagnosis and management* (4th ed.)(pp. 439-949). Philadelphia: Mosby Inc.
- Vaage, J., Jensen, U., & Ericsson, A. (2000). Neurologic injury in cardiac surgery. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 34, 550-557.
- Watt-Watson, J., Stevens, B., Katz, J., Costello, J., Reid, GJ., David, T. (2004). Impact of preoperative education on pain outcome after coronary artery bypass graft surgery. *Pain*, 109, 73-85.
- Watt-Watson, J., Stevens, B., Garfinkel, P., Streiner, D., & Gallop, R. (2000). Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcome for their postoperative cardiac patients. *Journal Advance Nursing*, 36, 535-545.
- Welsby, I. J., Guerrero, E. B., Atwell, D., White, W. D., Newman, M. F., Smith, P. K., et al. (2002). The association of complication type with mortality and prolonged stay after cardiac surgery with cardiopulmonary bypass. *Journal Anesthesia & Analgesia*, 94, 1072-1078.

- Whitten, C. W., Hill, G. E., Ivy, R., Greilich, P. E. & Lipton, J. M. (1998). Dose the duration of cardiopulmonary bypass or aortic cross-clamp, in the absence of blood and/or blood product administration, influence the IL-6 response to cardiac surgery. *Journal Anesthesia & Analgesia*, 86, 28-33.
- Yorke, J., Wallis, M., & Mclean, B. (2004). Patients' perceptions of pain management after Cardiac surgery in an Australian critical care unit. *Heart & Lung*, 33, 33-41.
- Yu, L. (1999). *Severity of illness and self-care behavior among asthmatic patients*. Master of Nursing Science in Medical and Surgical Nursing, Graduate school, Chiang Mai University. Chang Mai.
- Yun, K. L., Sintek, C. F., Fletcher, A. D., Pfeffer, T. A., Kochamba, G. S., Mahrer, P. R., et al. (1999). Time related quality of life after elective cardiac operation [Electronic version]. *The Annals of Thoracic Surgery*, 68, 1314-1320.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง ก 1

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับข้อมูลจำแนกเป็นรายชื่อเรียงลำดับจากมากไปน้อย ($N = 103$)

การได้รับข้อมูล	Mean	SD	ระดับ
1. ลักษณะและสภาพทั่วไปของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ	2.98	0.19	มาก
2. การอธิบายเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การรักษา การผ่าตัดหัวใจ	2.90	0.29	มาก
3. การฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดหัวใจ	2.74	0.46	มาก
4. การหายใจลึกและการไออย่างมีประสิทธิภาพ	2.73	0.48	มาก
5. การเคลื่อนไหวร่างกายขณะอยู่บนเตียง การออกกำลังกายบนเตียง การลุกนั่ง การเดิน ภายหลังผ่าตัดหัวใจ	2.65	0.59	มาก
6. การจัดการความปวดภายหลังผ่าตัดหัวใจ	2.60	0.54	มาก
7. วิธีปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดหัวใจ	2.60	0.54	มาก
8. การคาทอช่วยหายใจหรือท่อระบายภายหลังผ่าตัดหัวใจ	2.56	0.62	มาก
9. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายหลังผ่าตัดหัวใจ	2.56	0.59	มาก
10. ความรู้สึกปวดแผลผ่าตัด	2.51	0.65	มาก
11. ความรู้สึกเมื่อฟื้นจากฤทธิ์ของยาสลบ	2.49	0.75	มาก
12. ลักษณะของแผลผ่าตัดบริเวณกลางอกและหรือบริเวณขา การสังเกตสิ่งผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด	2.47	0.65	มาก
13. ความรู้สึกต่อสภาพแวดล้อมหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยหนักและความรู้สึกต่อสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด	2.41	0.77	มาก
14. ความรู้สึกขณะได้รับการดูแลห่มหะ	2.40	0.72	มาก
15. การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น	2.35	0.85	มาก
16. ความรู้สึกขณะคาทอหลอดลมเพื่อใช้เครื่องช่วยหายใจ	2.31	0.79	มาก
17. วิธีปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายหลังผ่าตัดหัวใจ	2.30	0.73	มาก
18. ความรู้สึกเมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกาย การทำกิจกรรมต่างๆ	2.27	0.88	มาก

ตาราง ก 1 (ต่อ)

การได้รับข้อมูล	Mean	S.D	ระดับ
19. ความรู้สึกจากการคาบอระบายทรวงอก	2.27	0.81	มาก
20. ความรู้สึกจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว	2.19	0.83	มาก
21. ความรู้สึกเครียด วิตกกังวล เมื่อต้องรับการรักษา	2.11	0.85	มาก
22. การใช้เทคนิคผ่อนคลายต่างๆ	1.76	0.85	ปานกลาง

การแปลผลค่าคะแนน โดยใช้ค่าเฉลี่ยมาเป็นเกณฑ์ในการแปลผล และแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามอันตรภาคชั้น ดังนี้

0.00 – 1.00	หมายถึง	ได้รับข้อมูลในระดับน้อย
1.01 – 2.00	หมายถึง	ได้รับข้อมูลในระดับปานกลาง
2.01 – 3.00	หมายถึง	ได้รับข้อมูลในระดับมาก

ตาราง ก 2

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
(N = 103)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม	คะแนน เต็ม	Mean	SD	ระดับ
หมวดกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล				
1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า	2	1.70	0.46	มาก
2. หยิบจับแก้วน้ำหรือสิ่งของที่โต๊ะข้างเตียง	2	1.63	0.50	มาก
3. บ้วนปาก แปรงฟัน ถ้างหรือเช็ดหน้า หวีผม	2	1.66	0.51	มาก
4. เช็ดตัวที่เตียงหรือในห้องน้ำ	2	1.47	0.52	มาก
5. เปลี่ยนหรือสวมใส่เสื้อผ้า	2	1.46	0.51	มาก
6. การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน สามารถล้างหรือชำระตนเองหลังการขับถ่าย	2	1.80	0.59	มาก
หมวดกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด				
7. หายใจเข้าลึก ๆ และหายใจออกช้า ๆ 5-15 ครั้ง ใน 1 นาที	3	1.80	0.72	มาก
8. ไอเพื่อขับเสมหะ	3	2.62	0.71	มาก
9. ออกกำลังกายแขนขาบนเตียงท่าละ 10-15 ครั้ง (หมุนข้อเท้า กระดกปลายเท้าขึ้นลง หมุนคอและไหล่ ยกแขนตรงที่ละข้าง เขยิบขวา) ใช้เวลา 15-20 นาที	2	1.58	0.55	มาก
10. ลุกจากเตียง ไปยังเก้าอี้ข้างเตียงหรือเดินรอบเตียง	2	1.25	0.75	มาก
11. เดินในหอผู้ป่วยเพื่อออกกำลังกาย	2	1.04	0.88	มาก
12. เดินไปนอกหอผู้ป่วย	2	0.84	0.98	ปาน กลาง
หมวดกิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล				
13. สนทนากับบุคคลอื่น	2	1.85	0.35	มาก

ตาราง ก 3

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบตำแหน่งของสเปียร์แมนระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม กับความปวด สมรรถภาพการทำงานของหัวใจ และภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ($N = 103$)

ตัวแปร	ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม
1. ความปวดหลังผ่าตัด	-.65**
2. สมรรถภาพการทำงานของหัวใจ	-.21**
3. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	-.39**

** $p < .01$

ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความปวดหลังผ่าตัด สมรรถภาพการทำงานของหัวใจ และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.65, -.21$ และ $-.39$ ตามลำดับ, $p < .01$) (ตาราง ก3)

ตาราง ก 4

จำนวนและร้อยละของปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดวันที่ 5

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน	จำนวน	ร้อยละ
1. อาการไอแห้งๆ หลังจากใส่ท่อช่วยหายใจ	53	51.45
2. อาการนอนไม่หลับ สาเหตุจากนอนท่าเดียวนาน ปวดแผล	30	29.10
3. สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ได้แก่ เสียงดัง แสงไฟสว่าง ร้อน	65	63.10

ภาคผนวก ข

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

ดิฉัน นางสาวอภรรัตน์ อินจัน เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพื่อนำผลจากการศึกษาครั้งนี้ไปพัฒนาการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เพื่อรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้ตามความเป็นจริง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดได้ตามความเหมาะสม ท่านจึงเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการศึกษานี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยดังกล่าว โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 30-60 นาที และเมื่อท่านตอบตกลงดิฉันขออนุญาตในการศึกษาเพิ่มประวัติข้อมูลของท่าน ข้อมูลที่ได้จะไม่ระบุชื่อของท่าน โดยระบุเป็นรหัสเพื่อใช้ในการติดตามข้อมูล และจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษาหรือการให้การพยาบาลต่อท่าน ท่านสามารถออกจากกรวิจัยได้ทันที โดยไม่ต้องมีคำอธิบายใดๆ และไม่มีผลต่อการรักษาของท่าน หากมีข้อสงสัยท่านสามารถสอบถามได้โดยตรงที่เบอร์โทรศัพท์ 0848545959

ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือและได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

.....
(.....)

ผู้ร่วมวิจัย

.....
(นางสาวอภรรัตน์ อินจัน)

วิจัย

ภาคผนวก ข (ต่อ)

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย (ผู้ช่วยวิจัย)

ดิฉัน นาง /นางสาว..... เป็นผู้ช่วยวิจัย กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง การได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพื่อนำผลจากการศึกษาครั้งนี้ไปพัฒนาการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เพื่อรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้ตามความเป็นจริง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดได้ตามความเหมาะสม ท่านจึงเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการศึกษานี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยดังกล่าว โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 - 60 นาที และเมื่อท่านตอบตกลงดิฉันขออนุญาตในการศึกษาเพิ่มประวัติข้อมูลของท่าน ข้อมูลที่ได้จะไม่ระบุชื่อของท่าน โดยระบุเป็นรหัสเพื่อใช้ในการติดตามข้อมูล และจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถตอบรับหรือปฏิเสธ จะไม่มีผลต่อการรักษาหรือการให้การรักษาต่อท่าน ท่านสามารถออกจากกรวิจัยได้ทันที โดยไม่ต้องมีคำอธิบายใดๆ และไม่มีผลต่อการรักษาของท่าน ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือและได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

.....

(.....)

ผู้ร่วมวิจัย

.....

(.....)

ผู้ช่วยวิจัย

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้วิจัยการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

เลขที่ของข้อมูล.....

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามต่อไปนี้อย่างครบถ้วนทุกข้อ และให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัด

หัวใจแบบเปิด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ.....ปี

2. เพศ

1. หญิง

2. ชาย

3. สถานภาพสมรส

1. โสด

2. สมรสและอยู่ร่วมกัน

3. สมรสแต่แยกกันอยู่

4. หม้าย

5. หย่าร้าง

4. ศาสนา

1. พุทธ

2. คริสต์

3. อิสลาม

4. อื่น ๆ ระบุ.....

5. ระดับการศึกษา ระบุ.....

6. อาชีพปัจจุบัน

1. รับราชการ/พนักงานบริษัท

2. ค้าขาย ระบุ.....

3. รับจ้าง ระบุ.....

4. เกษตรกรรม ระบุ.....

5. ไม่ได้ประกอบอาชีพ

6. อื่น ระบุ.....

7. บทบาทในครอบครัว

1. หัวหน้า

2. แม่บ้าน

3. สมาชิก

8. รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน) ระบุโดยประมาณ.....บาท

9. การจ่ายค่ารักษาพยาบาล

1. ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ [บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า , บัตรประกันสุขภาพ (500 บาท), บัตรผู้สูงอายุ , บัตรสวัสดิการประชาชนผู้มีรายได้น้อย , บัตรพระบรมราชานุเคราะห์]

2. เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ (ต้นสังกัด , ประกันสังคม , บริษัท , ประกันชีวิต)

3. จ่ายเองทั้งหมด

4. อื่น ๆ ระบุ.....

10. ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1. ไม่เคย

2. เคย ระบุ.....ครั้ง

11. ประวัติการได้รับการผ่าตัดใหญ่

1. ไม่เคย

2. เคย ระบุ.....ครั้ง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล

1. วันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล.....
2. การวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัด.....
3. เป็นโรคหัวใจมานาน.....ปี
4. การผ่าตัดที่ได้รับ
 1. Coronary artery bypass graft
 2. Valvular surgery
 3. Adult congenital heart surgery
5. วันที่ได้รับการผ่าตัด.....เวลาที่ออกจากห้องผ่าตัด.....
6. จำนวนวันที่นอนในหอผู้ป่วยศัลยกรรมก่อนผ่าตัด.....
7. ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด.....ชั่วโมง
8. ระยะเวลาที่ใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม.....นาที
9. ระยะเวลาที่หนีบหลอดเลือดแดงใหญ่.....นาที
10. ภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังผ่าตัด 1. ไม่มี 2. มี

a. Bleeding	b. Arrhythmia	c. Renal failure
d. Atelectasis	e. Pneumonia	f. Wound infection
11. ระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจ.....ชั่วโมง
12. ระยะเวลาที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วย.....ชั่วโมง.
13. ระดับ Functional heart class ก่อนผ่าตัด..... หลังผ่าตัด.....
14. วันที่ออกจากโรงพยาบาล.....
15. สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 5
 1. ระดับความปวดขณะพัก.....ระดับความปวดขณะมีกิจกรรม.....
 2. การพักผ่อนนอนหลับเพียงพอหรือไม่.....ระยะเวลา กลางวัน.....ชั่วโมง
กลางคืน.....ชั่วโมง
 3. การคาท่อระบายต่างๆ 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....
 4. ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ 1. ไม่มี 2. มี.....
 5. BP.....PR..... RR..... O2 sat.....

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลการผ่าตัดของท่านขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อความ และทำเครื่องหมาย X ในช่องของแต่ละข้อ ซึ่งอยู่ทางด้านขวามือของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับที่ได้รับข้อมูลของท่าน

การได้รับข้อมูล	ไม่มีเลย (0)	มีน้อย (1)	มีปานกลาง (2)	มีมาก (3)
1. ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการ 1.การอธิบายเกี่ยวกับ โรค พยาธิสภาพ การรักษา การผ่าตัดหัวใจ ได้แก่ การใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม ระยะเวลาในการผ่าตัด การทำงานของลิ้นหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ปอดแฟบ อาการปวดแผลผ่าตัด				
1.2 ลักษณะและสภาพทั่วไปของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ เช่น การมีท่อระบายทรวงอก การมีท่อช่วยหายใจเพื่อใช้เครื่องช่วยหายใจ การคาสายสวนทางหลอดเลือดแดงและดำ การคาสายสวนปัสสาวะ การนอนพักรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย				
1.3 การฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดหัวใจ ได้แก่ การหายใจเข้า-ออกลึก ๆ การไอขับเสมหะ การออกกำลังกายแขนขา การพลิกตะแคงตัว และการลุกนั่งบนเตียง				
1.4 ลักษณะของแผลผ่าตัดบริเวณกลางอกและหรือบริเวณขา การสังเกตสิ่งผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด เช่น มีปวด บวม แดง ร้อน เลือดออกมาก				
1.5 การคาท่อช่วยหายใจหรือท่อระบายภายหลังผ่าตัดหัวใจ การปฏิบัติตัวขณะคาท่อ ระยะเวลาและการเอาออก				
1.6 การปฏิบัติกิจกรรมภายหลังผ่าตัดหัวใจ ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย				

การได้รับข้อมูล	ไม่มีเลย (0)	มีน้อย (1)	มีปานกลาง (2)	มีมาก (3)
2. ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก				
2.1 ความรู้สึกเครียด วิตกกังวล เมื่อต้องรับการรักษา โดยการผ่าตัดหัวใจ				
2.2 ความรู้สึกเมื่อฟื้นจากฤทธิ์ของยาสลบ ได้แก่ มึนงง สับสน เวียนศีรษะ ตีมนตาไม่ขึ้น ยกแขนขาไม่ได้ คลื่นไส้อาเจียน				
2.3 ความรู้สึกต่อสภาพแวดล้อมหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยหนัก และความรู้สึกต่อสภาพของผู้ป่วยเองหลังผ่าตัด ได้แก่ ตกใจ กลัวจากมีท่อระบายต่าง ๆ และท่อช่วยหายใจ พุดไม่มีเสียง				
2.4 ความรู้สึกขณะได้รับการดูแลหะ ได้แก่ เจ็บคอ ระคายคอ หายใจไม่ออก อึดอัด				
2.5 ความรู้สึกปวดแผลผ่าตัด				
2.6 ความรู้สึกจากการคาท่อระบายทรวงอก				
2.7 ความรู้สึกจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว อึดอัด ไม่สะดวก ไม่กล้าเคลื่อนไหว กลัวท่อหลุด กลัวกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด กลัวแผลแยก เมื่อยเนื้อเมื่อยตัว				
2.8 ความรู้สึกขณะคาท่อหลอดลมเพื่อใช้เครื่องช่วยหายใจ เจ็บคอ ระคายคอ คอแห้ง คลื่นน้ำลายลำบาก				
2.9 ความรู้สึกเมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกาย การทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายหลังผ่าตัดหัวใจ ได้แก่ อาการปวดตึงแผล เหนื่อยหอบ เพลีย ใจสั่น				

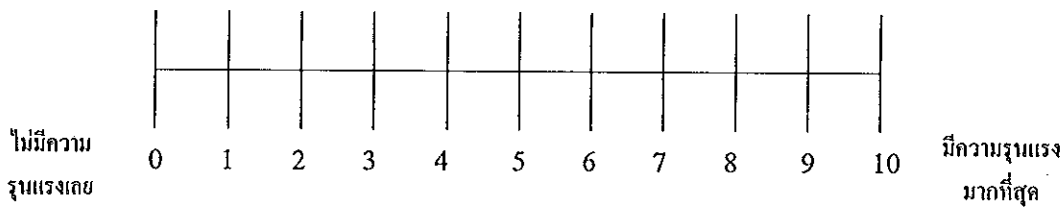
การได้รับข้อมูล	ไม่มีเลย (0)	มีน้อย (1)	มีปานกลาง (2)	มีมาก (3)
3. ข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำสิ่งที่ต้องปฏิบัติ				
3.1 การหายใจลึกและการไออย่างมีประสิทธิภาพ คือ การหายใจเข้าลึกๆ ทางจมูกแล้วหายใจออกช้าๆ ทางปาก การหายใจเข้าลึก ๆ กลั้นหายใจ แล้วไอออกมาแรงๆ				
3.2 การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น พูดได้น้อยเนื่องจากมีอาการเหนื่อย เพลีย สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่น โดยการ เขียน หรือพูดช้า ๆ				
3.3 การเคลื่อนไหวร่างกายขณะอยู่บนเตียง การออกกำลังกายบนเตียง การลุกนั่ง การเดิน ภายหลังผ่าตัดหัวใจ				
3.4 การจัดการความปวดภายหลังผ่าตัดหัวใจ ได้แก่ การประเมินระดับความปวดและบอกระดับความปวดได้ถูกต้อง วิธีการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ การร้องขอยาลดปวด การหายใจและไออย่างถูกวิธีเพื่อลดปวด การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างถูกวิธี				
3.5 การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดหัวใจได้แก่ วิธีการหายใจลึกๆ และไอขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายแขนขา การลุกเดิน				
3.6 การปฏิบัติกิจกรรมภายหลังผ่าตัดหัวใจ การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหวร่างกาย				
3.7 การใช้เทคนิคผ่อนคลายต่างๆ ได้แก่ การทำสมาธิ การหายใจช้า ๆ ลึก ๆ การสวดมนต์				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของการเจ็บป่วย

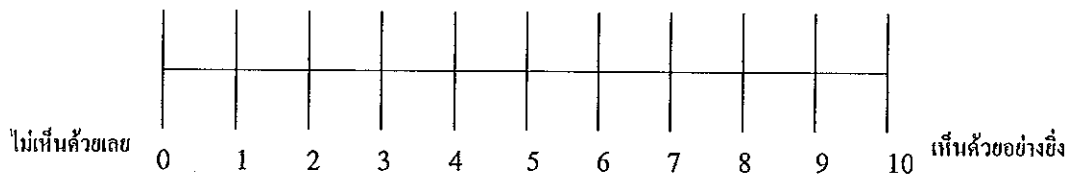
คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ท่านกำลังเผชิญอยู่ในขณะนี้ว่ามีความรุนแรงในระดับใด โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็น 4 ข้อ

ขอให้ท่านโปรดประเมินว่าในขณะที่ท่านรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของท่านอยู่ในระดับใด โดยทำเครื่องหมาย (X) ทับลงบนเส้นตรงซึ่งแทนระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของท่าน ปลายด้านซ้ายสุดของเส้นตรงแทนคะแนนเท่ากับ 0 มีความหมายว่าท่านไม่เห็นด้วยหรือคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่มีความรุนแรงกับท่านเลย ปลายด้านขวาสุดของเส้นตรงแทนคะแนน เท่ากับ 10 มีความหมายว่าท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งหรือคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้มีความรุนแรงกับท่านมากที่สุด

1. ท่านคิดว่าโรคหัวใจที่ต้องได้รับการผ่าตัดของท่านมีความรุนแรง ทำให้เสียชีวิตได้มากน้อยเพียงใด



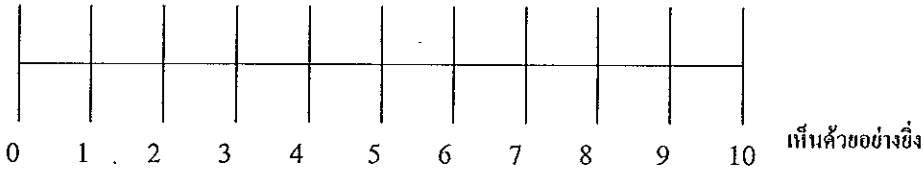
2. ท่านคิดว่าโรคหัวใจที่ท่านเป็นสามารถรักษาให้หายได้ด้วยการผ่าตัดมากน้อยเพียงใด



3. ท่านคิดว่าหลังผ่าตัดหัวใจใหม่ๆ สภาพร่างกายของท่านอ่อนแอลงมากน้อยเพียงใด



4. ท่านคิดว่าอาการเจ็บป่วยหรืออาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดหัวใจของท่านก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ท่าน



ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

คำชี้แจง โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของท่านมากที่สุด โดยการทำเครื่องหมาย X ลงในช่องว่างหน้าตัวเลือกในแต่ละกิจกรรม

หมวดกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล

1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า
 - () 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้
 - () 1 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาคบุคคลอื่นบ้าง
 - () 2 คะแนน หมายถึง สามารถกระทำได้ด้วยตัวเอง
2. หยิบจับแก้วน้ำหรือสิ่งของที่โต๊ะข้างเตียง
 - () 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้
 - () 1 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาคบุคคลอื่นบ้าง
 - () 2 คะแนน หมายถึง สามารถกระทำได้ด้วยตัวเอง
3. บ้วนปาก แปรงฟัน ถ้างหรือเช็ดหน้า หวีผม
 - () 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้
 - () 1 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาคบุคคลอื่นบ้าง
 - () 2 คะแนน หมายถึง สามารถกระทำได้ด้วยตัวเอง
4. เช็ดตัวที่เตียงหรือในห้องน้ำ
 - () 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้
 - () 1 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาคบุคคลอื่นบ้าง
 - () 2 คะแนน หมายถึง สามารถกระทำได้ด้วยตัวเอง

5. เปลี่ยนหรือสวมใส่เสื้อผ้า
- () 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้
 - () 1 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาคบุคคลอื่นบ้าง
 - () 2 คะแนน หมายถึง สามารถกระทำได้ด้วยตัวเอง
6. การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน สามารถล้างหรือชำระตนเองหลังการขับถ่าย
- () 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้
 - () 1 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาคบุคคลอื่นบ้าง
 - () 2 คะแนน หมายถึง สามารถกระทำได้ด้วยตัวเอง

หมวดกิจกรรกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

7. หายใจเข้าลึก ๆ และหายใจออกช้า ๆ 5-15 ครั้ง ใน 1 นาที
- () 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้
 - () 1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติทุก 4-5 ชั่วโมง
 - () 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติทุก 2-3 ชั่วโมง
 - () 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติทุก 1 ชั่วโมง
8. ไอเพื่อขับเสมหะ
- () 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้
 - () 1 คะแนน หมายถึง ไอได้แต่พยาบาลต้องช่วยดูดในปากหรือในคอ
 - () 2 คะแนน หมายถึง กระทำได้เองแต่เหนื่อยมาก
 - () 3 คะแนน หมายถึง กระทำได้เองไม่เหนื่อย
9. ออกกำลังกายแขนขาบนเตียงท่าละ 10-15 ครั้ง (หมุนข้อเท้า กระดกปลายเท้าขึ้นลง หมุนคอและไหล่ ยกแขนตรงที่ละข้าง เขยียดขา) ใช้เวลา 15-20 นาที
- () 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้
 - () 1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติวันละ 1 ครั้ง
 - () 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติวันละ 2 ครั้ง
10. ลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้ข้างเตียงหรือเดินรอบเตียง
- () 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้
 - () 1 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาคบุคคลอื่นบ้าง
 - () 2 คะแนน หมายถึง สามารถกระทำได้ด้วยตัวเอง

11. เดินในหอผู้ป่วยเพื่อออกกำลังกาย
- () 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้
 - () 1 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นบ้าง
 - () 2 คะแนน หมายถึง สามารถกระทำได้ด้วยตัวเอง
12. เดิน ไปนอกหอผู้ป่วย
- () 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้
 - () 1 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นบ้าง
 - () 2 คะแนน หมายถึง สามารถกระทำได้ด้วยตัวเอง

หมวดกิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในหอผู้ป่วย

13. สันทนาการกับบุคคลอื่น
- () 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้
 - () 1 คะแนน หมายถึง กระทำได้มีเหน็ดเหนื่อยเล็กน้อย
 - () 2 คะแนน หมายถึง กระทำได้ไม่เหน็ดเหนื่อย

ภาคผนวก ง

การทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้น (ประกาย, 2548)

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีระดับการวัดมาตราช่วง (interval scale) และมาตราอัตราส่วน (ratio scale) โดยมีตัวแปรศึกษาทั้งหมด 3 ตัวแปร คือ การได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

2. ทดสอบการแจกแจงปกติ (normality) ทดสอบการแจกแจงแบบปกติโดยวิธี Kolmogorov-Sminov test

Kolmogorov-Sminov statistic		df	Sig
การได้รับข้อมูล	0.092	103	.000
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	0.178	103	.000
ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม	0.214	103	.032

สมมติฐานการทดสอบ

Ho : ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ

H1 : ข้อมูล ไม่ได้มีการแจกแจงปกติ

ผลการทดสอบ $p < 0.05$ ขอมรับ H1 หมายถึงข้อมูลไม่ได้แจกแจงปกติ

นอกจากนี้ได้ทดสอบ normality ด้วยการคำนวณ skewness/standard error และ kurtosis/standard error ของทุกตัวแปร ค่าที่ได้ต้องอยู่ในช่วง $z \pm 1.96$ ซึ่งค่า skewness ของตัวแปร การได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด คือ -0.138, -0.382 และ -0.039 ตามลำดับ มีค่า standard error คือ 0.223 ดังนั้นค่าที่คำนวณได้เท่ากับ -0.618, -0.382 และ -0.174 ตามลำดับ ส่วนค่า kurtosis ของการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด คือ -1.221, -0.717 และ -1.607 ตามลำดับ มีค่า standard error คือ 0.472 ดังนั้นค่าที่คำนวณได้

คือ -2.587, -1.519 และ -3.40 ตามลำดับ จากการคำนวณพบว่า ค่า kurtosis/standard error ของค่า kurtosis ของ การได้รับข้อมูล และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมไม่แจกแจงตามปกติ

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงเลือกใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้ง 3 ตัว ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบตำแหน่งของสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient)

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์วรวิทย์ จิตติถาวร

อาจารย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. รองศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่งวัฒนา

อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

3. คุณประสพสุข อินทร์กษา

หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (SICU) โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล

นางสาวอภรรัตน์ อินจัน

รหัสประจำตัวนักศึกษา

4910420035

วุฒิการศึกษา

วุฒิ

สถาบัน

ปีที่สำเร็จการศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2541

(พยาบาลและผดุงครรภ์)

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ 6

หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (SICU) โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2541 – ปัจจุบัน