

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยพื้นฐานอันได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งหมายถึง ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ศาสนา และปัจจัยด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึง ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 100 ราย โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2546 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2547 ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตารางตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
4. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา
5. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง
6. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับคุณภาพชีวิต

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67 มีช่วงอายุระหว่าง 16-72 ปี เฉลี่ย 38.28 ปี (SD = 13.22) มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 67 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 67 การศึกษาเฉลี่ย 6.81 ปี (SD = 4.06) มีรายได้เฉลี่ย 6,522 บาท (SD = 6,375.74) มีสมรรถภาพของหัวใจในระดับที่ 1 ร้อยละ 62 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 84 และมีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเฉลี่ย 15.21 เดือน (SD = 10.02) โดยมีระยะเวลาหลังผ่าตัดสูงสุดเท่ากับ 35 เดือน และต่ำสุดเท่ากับ 1 เดือน ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด (N = 100)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
เพศ		
ชาย	33 (33%)	
หญิง	67 (67%)	
อายุ		38.28 (13.22)
สถานภาพสมรส		
คู่	67 (67%)	
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	33 (33%)	
ศาสนา		
อิสลาม	67 (67%)	
พุทธ	33 (33%)	
ระดับการศึกษา		6.81 (4.06)
รายได้เฉลี่ยครอบครัว/เดือน		6,522.00 (6,375.74)
ระดับสมรรถภาพของหัวใจ		
ระดับที่ 1	62 (62%)	
ระดับที่ 2	38 (38%)	
การเกิดภาวะแทรกซ้อน		
มีภาวะแทรกซ้อน	16 (16%)	
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	84 (84%)	
ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด		15.21 (10.02)

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 5.22 คะแนน (SD = .47) จากคะแนนเต็ม 6 คะแนน โดยมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{X} = 5.35$, SD = .50) รองลงมาคือ ด้านทักษะและความพึงพอใจในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ($\bar{X} = 5.17$, SD = .57) และด้านการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง ($\bar{X} = 5.13$, SD = .69) สำหรับด้านที่ต่ำที่สุดคือ ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ($\bar{X} = 5.11$, SD = .52)

ตาราง 2 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม และรายด้าน (N = 100)

ความสามารถในการดูแลตนเอง	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ด้านความรู้ความเข้าใจ	3.27-6.00	5.35	.50
ด้านการตัดสินใจ	3.80-6.00	5.11	.52
ด้านการตระหนักถึงความสำคัญ	3.00-6.00	5.13	.69
ด้านทักษะและความพึงพอใจ	3.50-6.00	5.17	.57
โดยรวม	3.53-5.98	5.22	.47

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

จากตาราง 3 พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 24.54 คะแนน (SD = 2.94) จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยมีความคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวสูงสุด ($\bar{X} = 26.60$, SD = 3.24) รองลงมาคือ ด้านจิตวิญญาณ ($\bar{X} = 25.07$, SD = 3.50) และด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ($\bar{X} = 24.44$, SD = 3.00) สำหรับด้านที่ต่ำที่สุดคือ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ($\bar{X} = 23.24$, SD = 3.99)

ตาราง 3 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้าน (N = 100)

คุณภาพชีวิต	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย	14.53-29.63	24.44	3.00
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	10.94-30.00	23.24	3.99
ด้านจิตวิญญาณ	16.21-30.00	25.07	3.50
ด้านครอบครัว	16.50-30.00	26.60	3.24
โดยรวม	15.66-29.66	24.54	2.94

ความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = .59, p < .01$) ระดับสมรรถภาพของหัวใจและรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสามารถในการดูแลตนเอง ($r = .28, p < .01$; $r = .27, p < .01$ ตามลำดับ) ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดและระดับสมรรถภาพของหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r = .30, p < .01$; $r = .25, p < .05$ ตามลำดับ) และการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r = -.40, p < .01$) ดังแสดงในตาราง 4

นอกจากนี้จากตารางดังกล่าวยังพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับรายได้ และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับสถานภาพสมรส ($r = .21, p < .05$; $r = -.42, p < .01$ ตามลำดับ) รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับศาสนา ($r = -.24, p < .05$) และการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด ($r = .27, p < .01$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัจจัยพื้นฐานที่เลือกมาศึกษาครั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อกันในระดับสูง

อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเป็นอิสระของปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวในการทำนายค่าความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต (multicollinearity test) และพบว่าทุกตัวเป็นอิสระต่อกัน (ได้ค่า tolerance และค่า variance inflation factor ของความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตเท่ากับ .99, 1.01 และ .99, 1.01 ตามลำดับ) จึงได้นำตัวแปรต่างๆ ดังกล่าวเข้าไปวิเคราะห์ในสมการทำนายความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตได้

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และปัจจัยพื้นฐาน (N = 100)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ความสามารถในการดูแลตนเอง	-							
2. คุณภาพชีวิต	.59**							
3. ระดับการศึกษา	.11	-.04						
4. รายได้	.27**	.16	.21*					
5. สถานภาพสมรส	.18	.12	-.42**	.01				
6. ศาสนา	-.11	-.04	.05	-.24*	-.09			
7. ระดับสมรรถภาพของหัวใจ	.28**	.25*	.17	.09	.11	.02		
8. การเกิดภาวะแทรกซ้อน	.19	-.40**	-.09	-.07	.02	.02	-.18	
9. ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด	.10	.30**	-.07	-.09	-.06	.10	.27**	-.11

* p < .05; ** p < .01

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง

ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) โดยนำค่าคะแนนของตัวแปรในการทำนายทั้งหมดคือ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด เข้าในการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณโดยวิธีดังกล่าวพบว่า มีตัวแปรเพียงสองตัวเท่านั้นที่สามารถทำนายความแปรปรวนของค่าคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองได้คือ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ และรายได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนายเท่ากับ .14 (p < .05) ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองทำนายได้โดยตัวแปรทั้งสอง ร้อยละ 14 โดยระดับสมรรถภาพของหัวใจเป็นตัวแปรที่ทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้มากที่สุดคือ ร้อยละ 8 (p < .05) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง

ตัวแปรที่ศึกษา	ความสามารถในการดูแลตนเอง			t	p
	b	SEb	β		
ระดับสมรรถภาพของหัวใจ	.246	.091	.256	2.705	.008
รายได้	1.796E-05	.000	.245	2.581	.011

df = 97

R = .37

R² = .14

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับคุณภาพชีวิต

ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) โดยนำค่าคะแนนของตัวแปรในการทำนายทั้งหมดคือ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด เข้าในการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณโดยวิธีดังกล่าวพบว่า มีตัวแปรเพียงสองตัวเท่านั้นที่สามารถทำนายความแปรปรวนของค่าคะแนนคุณภาพชีวิตได้ คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนายเท่ากับ .23 ($p < .05$) ซึ่งหมายถึง คุณภาพชีวิตทำนายได้โดยตัวแปรทั้งสองร้อยละ 23 โดยการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นตัวแปรที่ทำนายคุณภาพชีวิตได้มากที่สุดคือ ร้อยละ 16 ($p < .01$) ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับคุณภาพชีวิต

ตัวแปรที่ศึกษา	คุณภาพชีวิต			t	p
	b	SEb	β		
การเกิดภาวะแทรกซ้อน	-2.940	.717	-.368	-4.098	.000
ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด	7.705E-02	.026	.262	2.920	.004

df = 97

R = .48

R² = .23

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากคำถามที่เกี่ยวข้องกับระดับความสามารถในการดูแลตนเองและระดับคุณภาพชีวิต โดยให้ผู้ป่วยแต่ละรายระบุถึงระดับความสามารถในการดูแลตนเองและระดับคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง และไม่ดี พร้อมกับให้ระบุเหตุผลประกอบการประเมินตนเองตามระดับดังกล่าวข้างต้น (ดังรายละเอียดแนวคำถามในภาคผนวก ข) ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเอง

จากจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด มีผู้ป่วยรายงานว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดีมาก 20 ราย ดี 49 ราย ปานกลาง 29 ราย และไม่ดี 2 ราย เหตุผลที่ผู้ป่วยให้ซึ่งสนับสนุนการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดีถึงดีมาก คือ การมีสุขภาพดีและแข็งแรงขึ้น (25 ราย) มีความรู้ในการดูแลตนเองและเอาใจใส่สุขภาพสม่ำเสมอ (21 ราย) และไม่มีปัญหาหลังผ่าตัด (7 ราย) เหตุผลที่ผู้ป่วยซึ่งรายงานว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง คือ รู้สึกวิตกกังวล กลัว และไม่มั่นใจในตนเอง (8 ราย) ยังแข็งแรงไม่เต็มที่ (8 ราย) มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองน้อย (6 ราย) และรายได้ไม่เพียงพอ (5 ราย) นอกจากนี้มีผู้ป่วยซึ่งรายงานว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองยังไม่ดี ได้ให้เหตุผลว่าเป็นเพราะยังแข็งแรงไม่เต็มที่ (2 ราย) (ภาคผนวก ก)

2. คุณภาพชีวิต

จากจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด มีผู้ป่วยรายงานว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตในระดับดีมาก 25 ราย ดี 43 ราย ปานกลาง 28 ราย และไม่ดี 4 ราย เหตุผลที่ผู้ป่วยให้ซึ่งสนับสนุนการประเมินคุณภาพชีวิตในระดับดีถึงดีมาก คือ การมีสุขภาพดี แข็งแรงขึ้น และไม่เหนื่อย (36 ราย) มีครอบครัวอบอุ่น (10 ราย) สามารถทำอะไรได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (5 ราย) และรู้สึกเหมือนคนปกติ (5 ราย) เหตุผลที่ผู้ป่วยซึ่งรายงานว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง คือ รายได้ไม่เพียงพอ (13 ราย) ยังแข็งแรงไม่เต็มที่ (6 ราย) และมีปัญหาในครอบครัว (4 ราย) นอกจากนี้มีผู้ป่วยซึ่งรายงานว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตไม่ดี ได้ให้เหตุผลว่าเป็นเพราะยังไม่แข็งแรง (2 ราย) และไม่มียานทำ (2 ราย) (ภาคผนวก ก)

การอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยพื้นฐาน อันได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งหมายถึง ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ศาสนา และปัจจัยด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึง ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้วิจัยจะอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยตามลำดับดังนี้ คือ (1) ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง และระดับคุณภาพชีวิต (2) ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต และ (3) อำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐานที่ศึกษาต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต

ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 5.22 คะแนน (SD = .47) และความสามารถในการดูแลตนเองรายด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5.11-5.35 คะแนน จากคะแนนเต็ม 6 คะแนน (ตาราง 2) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับที่ดี ซึ่งผลการวิเคราะห์ดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยพบว่ามีผู้ป่วย 69 ราย (ร้อยละ 69) ได้รายงานว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีถึงดีมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ทิรา (2539) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความผาสุก

ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่พบว่า ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

การที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับที่ดี ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีอายุอยู่ระหว่าง 16-72 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 38.28 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ยังไม่มีความเสื่อมถอยตามวัยมากนัก ผู้ป่วยจึงยังสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับโอเร็ม (Orem, 2001) ที่กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับอายุ โดยผู้ป่วยที่อยู่ในวัยเติบโตเต็มที่และมีวุฒิภาวะสมบูรณ์จะมีศักยภาพในการริเริ่ม และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในระดับที่ดี และจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 67) สามารถอธิบายได้ว่าการมีคู่สมรสอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากคู่สมรส ผู้ป่วยจึงมีกำลังใจ มีคู่คิด และมีบุคคลที่คอยช่วยเหลือคำจูนในการดูแลตนเอง ซึ่งในที่นี่มีผู้ป่วยที่ศึกษาจำนวน 4 ราย ได้ให้เหตุผลสนับสนุนถึงการมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับที่ดีถึงดีมากว่าเป็นเพราะได้รับกำลังใจ และการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว จากการศึกษาของอัลเลน (Allen, 1990) พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวจะมีการรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่อยู่เพียงลำพังและจากการศึกษาของสมจิต และคณะ (2544) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มี อิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพลอยู่ระหว่าง 0.16 ถึง 1.62 ประกอบกับการผ่าตัดช่วยให้อาการของโรคหัวใจที่เป็นอยู่ทุเลาลง คือ มีอาการเหนื่อยหอบน้อยลง และสุขสบายมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจในระดับที่ 1 (ร้อยละ 62) และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ร้อยละ 84) ผู้ป่วยจึงสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ทั้งการทำงาน การออกกำลังกาย รวมทั้งสามารถช่วยเหลือตนเองและพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งในที่นี่มีผู้ป่วยที่ศึกษาจำนวน 25 ราย ได้ให้เหตุผลสนับสนุนถึงการมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับที่ดีถึงดีมาก ว่าเป็นเพราะตนเองมีสุขภาพดี และแข็งแรงขึ้นหลังผ่าตัด และอีก 7 ราย เป็นเพราะการไม่มีปัญหาหลังผ่าตัด นอกจากนี้จากการศึกษาของสำราญบัว (Samranbua, 2001) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพโดยองค์รวมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจยังพบว่า ระดับสมรรถภาพของหัวใจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

นอกจากนั้นจากผลการวิเคราะห์ที่พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดดี ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองด้านความรู้ความเข้าใจ

ในการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{X} = 5.35$, $SD = .50$) และมีผู้ป่วยที่ศึกษาจำนวน 21 ราย ได้ให้เหตุผลสนับสนุนถึงการมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดีถึงดีมาก ว่าเป็นเพราะมีความรู้ในการดูแลตนเอง และเอาใจใส่สุขภาพสม่ำเสมอ ซึ่งอธิบายได้ว่าความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมิน วิเคราะห์ สังเคราะห์ และตัดสินใจเลือกกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม (Orem, 2001) ผู้ป่วยจึงมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของภรณ์ (2541) และศิริวัลย์ (2534) ที่พบว่า ความรู้ในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ระดับคุณภาพชีวิต

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 24.54 คะแนน ($SD = 2.94$) และคุณภาพชีวิตรายด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 23.24-26.60 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (ตารางที่ 3) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดี ซึ่งผลการวิเคราะห์ดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต โดยพบว่าผู้ป่วย 68 ราย (ร้อยละ 68) ได้รายงานว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีถึงดีมาก และสอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังผ่าตัด (กุสุมา, 2539; ชัดติยา, 2539; จันทรทิรา, 2539; ณัฐจิตา, 2541; ทิพพาพร, 2541; สมพร และคณะ, 2542; สายฝน, 2540; Dimopoulou, Authi, Michalis, & Tzelepis, 2001; Edel-Gustafsson et al., 1999; Falcoz et al., 2003; Grady et al., 2000; Hunt et al., 2000)

การที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดีดังกล่าวข้างต้น อาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีระดับสมรรถภาพของหัวใจอยู่ในระดับที่ 1 (ร้อยละ 62) และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ร้อยละ 84) จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้นจากอาการของโรคหัวใจที่ทุเลาลง และสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองมากขึ้น (สิริมาศ, 2537) ดังจะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยจำนวน 36 ราย ได้ให้เหตุผลสนับสนุนการประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ว่าเป็นเพราะตนมีสุขภาพดี แข็งแรงขึ้น และไม่เหนื่อย อีก 5 ราย เป็นเพราะสามารถทำอะไรได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และอีก 5 ราย เป็นเพราะรู้สึกเหมือนคนปกติทั่วไป จากการศึกษาของณัฐจิตา (2541) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการพบว่า ระดับสมรรถภาพของหัวใจ และการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจในระดับที่ 1 มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจ

ในระดับที่ 2 ขึ้นไป และผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของเอลบาเกอ อีตาเยบ เอลตอม มาหาดี วิคแบลด และเบอเน (Elbagir, Etayeb, Eltom, Mahadi, Wikblad, & Berne, 2003) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสอดคล้องกับการศึกษาของเบอร์ราสสา และคณะ (Bourassa et al., 2000) ที่พบว่า ผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง และจากการศึกษาของแกรดดี และคณะ (Grady et al., 1999) พบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนหัวใจได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดนาน โดยมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาหลังผ่าตัดเท่ากับ 15.21 เดือน จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ปรับตัวได้ และเกิดการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง ดั่งการศึกษาของจิรประภา (2535) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้ผ่านระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดมานานจะเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และมีประสบการณ์จากการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดน้อยกว่า ซึ่งจากการศึกษาของยูน และคณะ (Yun et al., 1999) พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีระดับคุณภาพชีวิตสูงสุดที่ระยะเวลา 12 เดือนหลังผ่าตัด และจากการศึกษาของโชครอน และคณะ (Chocron et al., 2000) พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจะมีระดับคุณภาพชีวิตคงที่ภายในระยะเวลา 3 ปีแรกหลังผ่าตัด

นอกจากนั้นจากผลการวิเคราะห์ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ศึกษามีอายุอยู่ระหว่าง 16-72 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 38.28 ปี ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ พัฒนาการ ประสบการณ์ การคิด การรับรู้ และการตัดสินใจที่ดี (Vamer & Younger, 1995) ผู้ป่วยจึงสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ค่อนข้างดี และมีรูปแบบในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (ชญาณิช, 2540) อันส่งผลให้มีการรับรู้หรือประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองในระดับที่ดี และจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 67) สามารถอธิบายได้ว่า การมีคู่สมรสซึ่งจัดเป็นบุคคลสำคัญที่ใกล้ชิด ผูกพัน และไว้วางใจได้มากที่สุด จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือ กำลังใจ และการปลอบใจจากคู่สมรส ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ (ฉัตรวัลย์, 2533) ซึ่งอาจช่วยให้ ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยจึงมีการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับที่ดี จากการศึกษาของชัตติยา และคณะ (2540) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนหัวใจพบว่า คู่สมรสมีส่วนสำคัญในการช่วยปรับระดับประคองจิตใจของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหลังผ่าตัดได้ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับที่ดี สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ในการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวสูงสุด ($\bar{X} = 26.60$, $SD = 3.24$) และสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ที่พบว่า มีผู้ป่วยได้รายงานว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีถึงดีมาก 10 ราย จากการที่มีครอบครัวอบอุ่น และอีก 4 ราย ได้รายงานว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตเพียงระดับปานกลางเพราะมีปัญหาในครอบครัว

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต

จากผลการศึกษาค้นคว้าที่พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกใน ระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ($r = .59, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมา ที่พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (กนกพร, 2537; จักรกฤษณ์, 2544; จันทร์ทิรา, 2539; นัยนา, 2535; นิตยา, 2534; รสสุคนธ์ แสงหล้า ชูสิทธิ์ มัลลิกา และประภา, 2544; ลัดดาวัลย์, 2533; วรวรรณ, 2534; วารี, 2541; สนธยา, 2533; Evers et al., 1986; Jaarsma et al., 2000) และสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตที่พบว่า ผู้ป่วย ได้รายงานเหตุผลสนับสนุนการประเมินระดับความสามารถในการดูแลตนเอง และระดับคุณภาพชีวิตในประเด็นที่คล้ายคลึงกัน ดังเช่นข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รายงานระดับความสามารถในการดูแลตนเองและระดับคุณภาพชีวิตในระดับดีถึงดีมาก (จำนวน 25 ราย และ 36 ราย ตามลำดับ) ซึ่งต่างให้เหตุผลสนับสนุนว่าเป็นเพราะตนเองมีสุขภาพดี และแข็งแรงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยซึ่งได้ รายงานความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดีถึงปานกลาง (จำนวน 10 ราย และ 8 ราย ตามลำดับ) ต่างให้เหตุผลสนับสนุนว่าเป็นเพราะยังแข็งแรงไม่เต็มที่

จากข้อสังเกตที่กล่าวมาสนับสนุนข้อเสนอที่ว่า การดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตมีส่วนส่งเสริมซึ่งกันและกัน (Padilla & Grant, 1985) ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่ว่าการดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคุณภาพชีวิต ในขณะที่การรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดีจะเป็นสิ่งกระตุ้นและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

อำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐานที่ศึกษาต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

จากการศึกษาค้นคว้าที่พบว่า ระดับสมรรถภาพของหัวใจ และรายได้ สามารถทำนาย ความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 14 ($R^2 = .14$) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และตัวแปรที่เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดของความสามารถในการดูแลตนเองในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ (ร้อยละ 8) จากผลการวิจัยดังกล่าว อธิบายได้ว่าระดับสมรรถภาพของหัวใจอาจเป็นตัวบ่งชี้ถึงสมรรถภาพของร่างกาย ความรุนแรงของโรค และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย จากการศึกษานี้ของสำราญบัว (Samranbua, 2001) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจพบว่า ระดับสมรรถภาพของหัวใจเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจในระดับที่ 1 จะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจในระดับที่ 2 และจากการศึกษาของพรทิพา (2538) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ภายหลังจากการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจพบว่า ผู้ป่วยภายหลังจากการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจในระดับที่ดี จะสามารถช่วยเหลือตนเอง มีการเรียนรู้ และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจในระดับที่ต่ำกว่า สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองของการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองจากความสามารถทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับระดับสมรรถภาพของหัวใจโดยตรง ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วย 25 ราย ซึ่งรายงานระดับความสามารถในการดูแลตนเองว่าอยู่ในระดับดีถึงดีมาก โดยให้เหตุผลสนับสนุนว่าเป็นเพราะตนมีสุขภาพดี และแข็งแรงขึ้นหลังผ่าตัด และอีก 3 ราย เป็นเพราะหัวใจทำงานดีขึ้น และไม่เหนื่อย

ส่วนตัวทำนายความสามารถในการดูแลตนเองตัวถัดมา คือ รายได้ สามารถอธิบายได้ว่า รายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษาและลักษณะอาชีพของบุคคล ผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต เช่น มีอาหารบริโภคอย่างเพียงพอ มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมและปลอดภัย และเป็นที่ยอมรับในสังคมโดยเฉพาะในสังคมไทย ดังนั้นเมื่อเจ็บป่วยก็สามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกสบาย และสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองระหว่างการเจ็บป่วยได้ (ณัฐริฐิตา, 2541; สายฝน, 2540) โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจซึ่งเป็นโรคเรื้อรังถึงแม้จะทำการรักษาด้วยการผ่าตัดแล้วก็ยังต้องมาติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคไปตลอดชีวิต ดังนั้นรายได้จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวยังสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 ถึง 2542 ซึ่งพบว่ารายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพลอยู่ระหว่าง 0.06 ถึง 1.25 (สมจิต และคณะ, 2544) และสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองที่พบว่า มีผู้ป่วยที่ศึกษาจำนวน 1 ราย ได้ให้เหตุผลซึ่งสนับสนุนถึงการมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี

ถึงดีมาก ว่าเป็นเพราะมีรายได้เพียงพอ และอีก 5 ราย ได้ให้เหตุผลซึ่งสนับสนุนถึงการมีความสามารถในการดูแล ตนเองเพียงระดับปานกลาง ว่าเป็นเพราะมีรายได้ไม่เพียงพอ

อำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐานที่ศึกษาต่อคุณภาพชีวิต

จากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 23 ($R^2 = .23$) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และตัวแปรที่เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดของคุณภาพชีวิตในการศึกษาครั้งนี้คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 16) จากผลการวิจัยดังกล่าว อธิบายได้ว่าการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในผู้ป่วยกลุ่มนี้แม้ว่าจะมีผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น แต่ผู้ป่วยก็ต้องติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะหัวใจวายหลังผ่าตัด และการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจเทียม ซึ่งหากผู้ป่วยรายใดมีภาวะแทรกซ้อนดังที่ได้กล่าวมาเกิดขึ้น ย่อมจะทำให้ผู้ป่วยอยู่อย่างทุกข์ทรมาน เมื่อหน่วยเพราะต้องดำเนินชีวิตภายใต้ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การเกิดภาวะแทรกซ้อนยังเป็นสัญญาณที่บอกรับทราบถึงอาการของโรคซึ่งอาจจะเลวลงได้ในไม่ช้า ผู้ป่วยจึงเกิดความกลัว และรู้สึกวิตกกังวลต่อความไม่แน่นอนในภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตได้ เช่นกัน (ณัฐจิตตา, 2541) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมา ที่พบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (อาภรณ์ และวัลภา, 2541; อัมภาพรณ์ และวิมลรัตน์, 2544; Bostrom et al., 2003; Bourassa et al., 2000; Jho, 2001; Hunt et al., 2000; Poulos, Gertz, Pankratz, & Post-White, 2001; Redekop, Koopmanschap, Stolk, Rutten, Wolffenbuttel, & Niessen, 2002) และสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ห้ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับภาวะสุขภาพที่ดี และการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยจำนวน 36 ราย ที่ได้ประเมินระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีถึงดีมาก โดยให้เหตุผลสนับสนุนว่าเป็นเพราะตนเองมีสุขภาพดี แข็งแรงขึ้น และไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

ส่วนตัวทำนายคุณภาพชีวิตตัวถัดมา คือ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด สามารถอธิบายได้ว่า ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดบ่งชี้ถึงประสพการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งอาจจะมีผลต่อทัศนคติ และการแสดงออกต่อความเจ็บป่วย ตลอดจนการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง ซึ่งระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ และยอมรับสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ดีขึ้น (kotket, 1982) จึงอาจส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิต จากการศึกษานี้ของซมิคท์ และคณะ (Scmidt

et al., 1988) พบว่า ระยะเวลาที่ยาวนานภายหลังการเกิดอาการอัมพาตครึ่งซีกมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดี และมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น และจากการศึกษาของวิลลิตน์ (2532) พบว่า ระยะเวลาที่ยาวนานภายหลังการสูญเสียจะทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ และเพิ่มทักษะในการดูแลตนเอง รวมทั้งสามารถปรับตัว และยอมรับความพิการที่เกิดขึ้นได้ดี

สำหรับระดับสมรรถภาพของหัวใจซึ่งเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .25$) แต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ทั้งนี้เป็นเพราะตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำมาก ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด มีระดับสมรรถภาพของหัวใจในระดับที่ 1 และ 2 ซึ่งเป็นระดับที่ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ จึงอาจเป็นเหตุให้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้ ประเมินระดับคุณภาพชีวิตได้ไม่แตกต่างกัน

โดยสรุปจากผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67) มีอายุเฉลี่ย 38.28 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 67) นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 67) การศึกษาเฉลี่ย 6.81 ปี (SD = 4.06) มีรายได้เฉลี่ย 6,522 บาท (SD = 6375.74) มีสมรรถภาพของหัวใจในระดับที่ 1 (ร้อยละ 62) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ร้อยละ 84) และมีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเฉลี่ย 15.21 เดือน (SD = 10.02) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาค้นคว้าสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องเพศและอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของปริศนา (2543) ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีอายุเฉลี่ย 40.58 ปี ระดับการศึกษา สอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2545) ที่รายงานสถานการณ์ในสังคมไทยว่าบุคคลที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีจำนวนปีการศึกษาเฉลี่ย 7.5 ปี รายได้ ใกล้เคียงกับรายงานภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนที่พบว่าประชากรในภาคใต้มีรายได้เฉลี่ยต่อคนต่อเดือนเท่ากับ 3,305 บาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) นอกจากนี้จากผลการวิจัยที่พบว่าประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 67) อธิบายได้ว่าเป็นไปตามลักษณะของประชากรในเขต 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม (เอกวิทย์, 2540)

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพในเรื่องระดับสมรรถภาพของหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ภายหลังการผ่าตัดหัวใจผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสมรรถภาพของหัวใจอยู่ในระดับที่ 1 (จิรประภา; 2535; ณัฐจิตตา, 2541; ทิพพาพร, 2541; ปริศนา, 2543; เพลินพิศ, 2531; Dimopoulos et al., 2001; Finkemeier et al., 1989) และจากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยที่ศึกษามีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด

เฉลี่ย 15.21 เดือน สอดคล้องกับคำมัธยฐานของระยะเวลาทั้งหมด ตั้งแต่โรงพยาบาลยะลาได้เริ่มทำการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจนถึงปัจจุบัน คือนับจากปี 2544 (ประมาณ 3 ปี)

ในส่วนของผลการวิจัยที่พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ระดับสมรรถภาพของหัวใจและรายได้สามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง และการเกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับสมมติฐานและกรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ไม่พบว่าศาสนาเป็นตัวทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคนส่วนใหญ่ไม่ว่าจะมีพื้นฐานการนับถือศาสนาใดๆ ก็ตาม มักเชื่อว่าหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดของชีวิต ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นที่หัวใจและต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ผู้ป่วยจึงดูแลเอาใจใส่สุขภาพเป็นอย่างดี และสม่ำเสมอเพื่อให้ตนเองปลอดภัย และมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตได้ไม่แตกต่างกันไม่ว่าจะนับถือศาสนาอิสลาม หรือศาสนาอื่นๆ