

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยพื้นฐาน อันได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งหมายถึง ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ศาสนา และปัจจัยด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึง ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมซึ่งครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

1. การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
2. แนวคิดการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
4. ปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery)

การผ่าตัดหัวใจ (heart surgery) เป็นการรักษาโดยหัตถการศัลยกรรมที่มุ่งแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นภายในหัวใจ หลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจ หรือหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจเพื่อทำให้ระบบการไหลเวียน และการทำงานของหัวใจดีขึ้น (อุไร, 2543) โดยสามารถแบ่งการผ่าตัดหัวใจตามวิธีการผ่าตัดได้เป็น 2 ชนิด คือ การผ่าตัดหัวใจแบบปิด และการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

1. การผ่าตัดหัวใจแบบปิด (close heart surgery) เป็นการผ่าตัดหัวใจชนิดที่ไม่ต้องใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมเข้าช่วย โดยที่ในขณะที่ทำการผ่าตัดการไหลเวียนของเลือดผ่านหัวใจและปอดเป็นปกติ ซึ่งการผ่าตัดชนิดนี้ส่วนใหญ่จะทำภายนอกหัวใจ เช่น การขยายหรือถ่างลิ้นหัวใจ การตัดหรือเย็บผูกพี ดี เอ (กัมพล, 2536; รัชฎา, 2542; อัจฉรา, 2540; อุไร, 2543; Rosdahl & Kowalski, 2003)

2. การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) เป็นการผ่าตัดหัวใจโดยใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม (heart lung machine) ช่วยทำหน้าที่แทนปอดและหัวใจขณะผ่าตัด ทำให้สามารถมองเห็นพยาธิสภาพที่ต้องการแก้ไขได้ชัดเจน เนื่องจากเลือดส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดจะไม่ผ่านหัวใจ และต้องทำให้หัวใจหยุดเต้นเพื่อให้ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัดได้อย่างประณีตและ

สะดวก โดยที่ในขณะที่ผ่าตัดอวัยวะส่วนอื่นๆ ของร่างกายได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ (กัมพล, 2536; รัชฎา, 2542; อัจฉรา, 2540; อุไร, 2543; Rosdahl & Kowalski, 2003)

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความก้าวหน้าขึ้นมากนับจากอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปี ค.ศ. 1954 เมื่อกิบบอน (John H Gibbon) ประสบความสำเร็จในการประดิษฐ์เครื่องปอดและหัวใจเทียม (Coleman, Lavieri, & Gross, 1993; Shumacker, 2000; Thompson & Davis, 2000) ซึ่งช่วยให้การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดกระทำได้ประสบผลสำเร็จมากขึ้น เนื่องจากเครื่องปอดและหัวใจเทียมมีส่วนสำคัญในการทำหน้าที่แทนหัวใจและปอด ช่วยควบคุมระบบไหลเวียนและการแลกเปลี่ยนก๊าซ โดยมีการเบี่ยงเบนระบบไหลเวียนไม่ให้ผ่านหัวใจและปอด ขณะผ่าตัด (cardiopulmonary bypass) หรือเรียกได้ว่าเป็นระบบไหลเวียนเลือดนอกร่างกาย (extracorporeal circulation) ทำให้ระหว่างการผ่าตัดมีเลือดไปเลี้ยงสมอง และอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย รวมทั้งกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเพียงพอ (อัจฉรา, 2540; Hudak, Gallo, & Morton, 1998; Ledoux, 2000; Seifert, 1999)

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจะเริ่มจากศัลยแพทย์ทำการผ่าตัดเปิดทรวงอกด้านหน้าตรงกลางอก และหยุดการไหลเวียนเลือดเข้าสู่หัวใจโดยใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมทำหน้าที่แทน หัวใจและปอด และทำให้หัวใจหยุดเต้นในระยะคลายตัว โดยการให้สารละลายที่มีโปแตสเซียมคลอไรด์สูง (cardioplegic solution) และในระหว่างที่หัวใจหยุดเต้นนั้น กล้ามเนื้อหัวใจจะได้รับการป้องกันอันตรายเพื่อไม่ให้เกิดการเสื่อมสลายของเซลล์โดยการลดอุณหภูมิของกล้ามเนื้อหัวใจให้อยู่ที่ 10-15 องศาเซลเซียสและควบคุมสมดุลกรดต่างให้อยู่ที่ PH 7.4-7.8 และเมื่อได้ทำการแก้ไขความผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้ว ก่อนการเย็บปิดแผลศัลยแพทย์จะใส่ท่อระบายทรวงอกไว้ 2 ท่อ โดยให้ปลายของท่อหนึ่งอยู่ในชั้นเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial drain) และปลายอีกท่อหนึ่งอยู่ชั้นนอกเยื่อหุ้มหัวใจ (mediastinal drain) เพื่อระบายเลือดและสิ่งคัดหลั่งที่คั่งค้างอยู่ภายหลังจากการผ่าตัดออกมา (กัมพล, 2536; Movsowitz, Levine, Hilgenberg, & Isselbacher, 2000)

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในปัจจุบัน ได้รับการปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพดีขึ้นทุกๆ ด้าน โดยเริ่มจากการวินิจฉัยที่ถูกต้องก่อนผ่าตัด การมีศัลยแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญในการผ่าตัดโรคหัวใจ วิวัฒนาการของเครื่องปอดและหัวใจเทียม การใช้ยาระงับความรู้สึก ตลอดจนทีมงานที่ชำนาญในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ทำให้การผ่าตัดหัวใจเพื่อแก้ไขพยาธิสภาพและระบบไหลเวียนสามารถกระทำได้เพิ่มมากขึ้น (Edell-gustafsson, Hetta, & Aren, 1999) โรคหัวใจที่สามารถรักษาได้โดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีดังนี้ (รัชฎา, 2542; สมบูรณ์ และกัลยาณิกิติ, 2538; อัจฉรา, 2540; Deelstra & Blue, 2003)

1. โรคลิ้นหัวใจพิการ (valvular heart disease) สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ชนิดที่เป็นมาแต่กำเนิด (congenital valvular heart disease) และชนิดที่เกิดขึ้นภายหลัง (acquired valvular heart disease) การผ่าตัดอาจจะทำเพื่อซ่อมแซมตกแต่งหรือขยายขอบลิ้นหัวใจ (valvuloplasty or annuloplasty) เพื่อพยายามรักษาลิ้นหัวใจเดิมไว้ แต่ถ้าลิ้นหัวใจมีพยาธิสภาพมากก็ต้องพิจารณาทำการเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (valve replacement) โดยใช้ลิ้นหัวใจเทียม ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ ลิ้นหัวใจเทียมที่สร้างขึ้นจากโลหะหรือพลาสติก (prosthetic valve) และลิ้นหัวใจที่ทำมาจากเนื้อเยื่อ (biological tissue valve)

2. โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (coronary artery disease) เป็นโรคที่มีการตีบแคบหรือมีการหดตัวของหลอดเลือดแดงโคโรนารี จนทำให้ปริมาณเลือดไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง การผ่าตัดจะทำเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ขาดเลือดโดยการผ่าตัดต่อหลอดเลือดแดงโคโรนารี (coronary artery bypass graft: CABG)

3. โรคหัวใจประเภทอื่นๆ ได้แก่ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease) เช่น โรคผนังกันห้องหัวใจบนหรือล่างรั่ว (atrial septal defect or ventricular septal defect) โรคหัวใจพิการในเด็กทั้งชนิดเขียวและไม่เขียว (acyanotic or cyanotic heart disease) ซึ่งจะทำให้การผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติทางกายวิภาคและการไหลเวียนเลือด หรือผ่าตัดเย็บรูรั่วที่ผนังกันระหว่างห้องหัวใจ (repair or closed of defect)

4. โรคหัวใจระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นระยะที่กล้ามเนื้อหัวใจหมดสภาพในการทำงานไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายอย่างเพียงพอ โดยการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (heart transplantation)

ผลกระทบของการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ค่อนข้างซับซ้อนและจำเป็นต้องใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมร่วมด้วย (อัจฉรา, 2540) การผ่าตัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของร่างกายเป็นอย่างมาก ซึ่งรวมถึงระบบต่างๆ เช่น ระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด ระบบการหายใจ ระบบประสาท ระบบการทำงานของไต ระบบป้องกันการติดเชื้อของร่างกาย และยังมีส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย (สุจิตร์ และณัฐนันท์, 2540; Ledoux, 2000; Nowak, 2003; Reeves, Roux, & Lockhart, 1999) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด คือ เกิดภาวะปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง (low cardiac output) จากปริมาณเลือดไหลเวียนลดลง (hypovolemia) (Scherer, 1991) ภาวะหัวใจถูกกด (cardiac tamponade) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดประสิทธิภาพ และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ชนิดหัวใจห้องบนพลิ้ว (atrial fibrillation) (Ledoux, 2000; Nowak, 2003)

1.1 ปริมาณเลือดไหลเวียนลดลง เกิดจากการสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดและได้รับการทดแทนไม่เพียงพอ หรือเป็นผลจากการควบคุมอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยให้ต่ำกว่าปกติได้ไม่ดีพอ ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายมีการขยายตัว สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ การเสียเลือดหลังผ่าตัดจากปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดถูกทำลายขณะใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม และผลจากการใช้สารยับยั้งการแข็งตัวของเลือด (heparin) ในระหว่างการผ่าตัด โดยมีการสะสมของสารน้ำบริเวณช่องว่างระหว่างเซลล์ขณะผ่าตัด และมีการซึมกลับเข้าสู่ระบบไหลเวียน (ไพบูลย์ และกิตติชัย, 2543; Holloway, 2004; Hudak et al., 1998; Ledoux, 2000; Marshall, 1991; Nowak, 2003) หรือมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อทำให้มีการรั่วซึมของเลือดจากรอยเย็บและหลอดเลือด รวมทั้งการเสียเลือดบริเวณแผลผ่าตัดที่กระดูกสันอก (Gregersen & McGregor, 1986; Holloway, 2004; Hudak et al., 1998; Nowak, 2003) ซึ่งปริมาณเลือดที่ออกจากท่อระบายทรวงอกไม่ควรมากกว่า 200 มล./ชม. หรือถ้ามีเลือดออกในอัตราที่มากกว่า 3 มล./กก./ชม. ติดต่อกันเป็นเวลาหลายชั่วโมง แสดงว่ามีเลือดออกมากผิดปกติ (Hudak et al., 1998; O' Brien & Alexander, 1992)

1.2 ภาวะหัวใจถูกกด เป็นภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหัวใจที่พบบ่อย มักเกิดในระยะแรกหลังผ่าตัด เป็นผลจากการมีเลือดออกในช่องทรวงอกและช่องเยื่อหุ้มหัวใจ และไม่สามารถระบายออกทางช่องทรวงอกได้ดีพอ ทำให้เกิดการคั่งและมีแรงกดต่อหัวใจ ส่งผลให้หัวใจไม่สามารถขยายตัวรับเลือดที่ไหลกลับคืนเข้าสู่หัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Coleman et al., 1993; Holloway, 2004; Hudak et al., 1998; Ledoux, 2000; Marshall, 1991; Nowak, 2003) นอกจากนี้ภาวะหัวใจถูกกดยังเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ต้องผ่าตัดซ้ำอีกครั้ง ภายหลังการผ่าตัดครั้งแรกไปได้นาน โดยเฉพาะในรายที่มีการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Pennington, 1989)

1.3 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดประสิทธิภาพ สาเหตุที่สำคัญได้แก่ พยาธิสภาพเดิมของหัวใจก่อนผ่าตัด และอาจมีสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ ขณะผ่าตัดได้รับอุบัติเหตุหรือมีภัยอันตรายต่อกล้ามเนื้อหัวใจ การเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดที่ทำทางเบี่ยง และการหนีบหลอดเลือดแดงเอออร์ตา (cross cramp aorta) (Nowak, 2003) นอกจากนี้ภาวะโปแตสเซียมต่ำหรือภาวะเลือดเป็นกรดมากก็มีผลกระทบต่อการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจด้วย (Coleman et al., 1993)

1.4 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว (atrial fibrillation) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยหลังการผ่าตัดหัวใจ (Kern, 2004; Murphy, Ascione, Caputo, & Angelini, 2003) คือพบได้ประมาณร้อยละ 33-65 (Henke & Eigsti, 2003) และยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น และมีอัตราการตายหลังผ่าตัดสูงขึ้น (Crystal,

Connolly, Sleik, Ginger, & Yusuf, 2002; Daoud, 2004; Funk, Richards, Desjardins, Bebon, & Wilcox, 2003; Guarnieri, Nolan, Gottlieb, Dudek, & Lowry, 1999; Kern, 2004; Kowey, 1999; Ledoux, 2000; Luke & Muench, 2003; Mathew et al., 2004; Murphy et al., 2003; Stamou et al., 2001) โดยเฉพาะการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจพบได้มากที่สุดถึงร้อยละ 30-40 และพบมากใน 2-3 วันแรกหลังการผ่าตัด (Kern, 2004; Podrid, 1999; Tamis-Holland et al., 2000; Tsikouris, Kluger, Song, & White, 2001)

2. ระบบหายใจ ภายหลังจากการผ่าตัดจะพบภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจได้บ่อยเนื่องจากในระหว่างการผ่าตัดปอดไม่ได้ขยายตัวอย่างต่อเนื่อง จากการไหลเวียนเลือดออกนอกร่างกายขณะใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม จากการได้รับยาสลบเป็นเวลานาน (พงศภา, 2535; รัชฎา, 2542; สุพร, 2534; Alat, Yuksel, Buket, Nalbantgil, & Askar, 2001; Henke & Eigsti, 2003; Holloway, 2004; Hudak et al., 1998; Oster, Sladen, & Berkowitz, 2000) และจากความรู้สึกรีดแผลผ่าตัดทำให้ไม่กล้าหายใจอย่างเต็มที่ (อัจฉรา, 2540; Nowak, 2003; Seifert, 1999) จึงทำให้เกิดปอดแฟบและปอดบวมได้ โดยผู้ป่วยที่มีอาการปวดแผลผ่าตัดมากมักจะเกิดภาวะปอดแฟบได้สูง (Watt-Watson, Stevens, Garfinkel, Streiner, & Gallop, 2000)

3. ระบบประสาท ภายหลังจากการผ่าตัดอาจพบอาการทางสมองได้ โดยเฉพาะการเกิดหลอดเลือดสมองตีบ (Selness, Goldsborough, Borowicz, & Mckhann, 1999) เนื่องจากสมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ หรือเกิดลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือดสมอง ซึ่งเกิดขึ้นจากการหนีบหลอดเลือดแดงเอออร์ตา (cross cramp aorta) ขณะผ่าตัด (Holloway, 2004) และเกิดจากการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม (รัชฎา, 2542; อุไร, 2543; Cook, 2000; Hudak et al., 1998; Vaage, Jensen, & Ericsson, 2000) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสน กระสับกระส่าย และในรายที่มีอาการรุนแรงอาจพบว่าถึงกับหมดสติและเสียชีวิตได้ (Vaage et al., 2000) จากการศึกษาของแมคคาน และคณะ (Mckhann et al., 2002) พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมักเกิดหลอดเลือดสมองตีบ (stroke) ได้ร้อยละ 2.7 และเกิดเนื้อสมองซ้ำ (encephalopathy) ได้ร้อยละ 6.9 นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอาจพบเส้นประสาทเพลกซัสที่แขนได้รับบาดเจ็บ (brachial plexus injury) ได้ร้อยละ 5-25 ซึ่งเกิดจากการดึงรั้งของกระดูกสันอกในระหว่างการผ่าตัด (sternal retraction) ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการแขนอ่อนแรงหลังผ่าตัดได้ (Chong, Clarke, Dimitri, & Lip, 2003; Hudak et al., 1998; Nowak, 2003)

4. ระบบการทำงานของไต การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดคือ พบได้ประมาณร้อยละ 42 โดยเฉพาะในการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ใจพบได้มากที่สุดถึงร้อยละ 54 (Tuttle, Worrall, Dahlstrom, Nandagopal, Kausz, & Davis, 2003) การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันมีความเกี่ยวข้องกับปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที่ลดลง ระหว่างการผ่าตัดหากมีภาวะความดันต่ำจะทำให้เลือดที่ไหลเวียนไปยังไตลดลง เป็นผลให้อัตราการกรองของหน่วยไตลดลง (Gilchrist, Robertson, Webb, & Wright, 1992; Henke & Eigsti, 2003; Seifert, 1999) นอกจากนี้การใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมเป็นเวลานานยังทำให้เกิดการแตกสลายของเม็ดเลือดแดง ทำให้มีการขับฮีโมโกลบินออกทางปัสสาวะ (ประดิษฐ์ชัยพร้อมพร และสุวรรณ, 2540; อัจฉรา, 2540; Hudak et al., 1998; Ledoux, 2000) นอกจากนี้จากการศึกษาของซวน และคณะ (Suen et al., 1988) ยังพบว่าภาวะหัวใจวาย การเจ็บป่วยด้วยโรคไตและโรคเบาหวานก่อนผ่าตัด ภาวะความดันต่ำหลังผ่าตัด (systolic น้อยกว่า 90 mmHg) และระยะเวลาในการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมที่นานกว่า 140 นาที เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังการผ่าตัดหัวใจได้

5. ระบบป้องกันการติดเชื้อของร่างกาย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอาจเกิดการติดเชื้อได้จากการใส่สายหรือเครื่องมือเข้าไปในร่างกาย เพื่อวัดและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ภายหลังการผ่าตัด หรืออาจเกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ซึ่งหากเกิดการติดเชื้อขึ้นผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ (Troutman, Hussey, Hynan, & Lucisano, 2001) โดยผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจะมีโอกาสติดเชื้อสูงขึ้นหากมีการใส่สายหรือเครื่องมือคาไว้นานกว่า 7 ชั่วโมง (O'Brien & Alexander, 1992) จากการศึกษาของโคชลี และคณะ (Kohli et al., 2003) พบว่า การสอดใส่สายต่างๆ ทางหลอดเลือดแดงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำนายการติดเชื้อได้ ซึ่งบริเวณที่มักพบการติดเชื้อได้แก่ แผลผ่าตัด ปอด ทางเดินปัสสาวะ และในกระแสโลหิต (กาญจนา, 2538; Arabia, Copeland, Larson, & Smith, 2000; Maltas, 2003) นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจติดเชื้อจากการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมระหว่างการผ่าตัด ทำให้มีไข้และตรวจพบจำนวนเม็ดเลือดขาวในกระแสโลหิตสูงขึ้นกว่าปกติ (Nowak, 2003; Sablotzki, Muhiling, Dehne, Zickmann, Silber, & Friedrich 2001) จากการศึกษาของ แฮนแนน และคณะ (Hannan et al., 2003) พบว่า สาเหตุหลักของการกลับเข้ารับการรักษาพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจคือ การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ซึ่งพบได้ร้อยละ 28 จากการศึกษาของซาเวทและเกรบ (Savage & Grap, 1999) พบว่า การติดเชื้อของแผลผ่าตัดเป็นปัญหาหลักของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

6. ผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะขณะอยู่ในหอผู้ป่วยหนักได้ง่ายกว่าผู้ป่วยประเภทอื่น

(Prichard, 1991) จากการศึกษาของโบฮาซิค และคณะ (Bohachick et al., 1992) พบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนหัวใจมีปัญหาการปรับตัวด้านจิตสังคม และร้อยละ 11 มีปัญหาในเรื่องอารมณ์เปลี่ยนแปลง และจากการศึกษาของกู๊ดแมน (Goodman, 1997) พบว่า ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจมีอาการซึมเศร้า เพิกเฉย และมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายอาจสูญเสียความทรงจำ กลัวการเคลื่อนไหว และมองเห็นภาพหลอนได้ (Nowak, 2003)

จากผลกระทบของการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดด้านร่างกายและจิตใจดังที่ได้กล่าวมา ย่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้การผ่าตัดดังกล่าวยังอาจก่อให้เกิดผลกระทบในระยะยาวต่อผู้ป่วย โดยก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ดังนี้

1. อาการอ่อนเพลีย เป็นผลมาจากการยับยั้งการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) และระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (parasympathetic) บางส่วน ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีและปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ผลจากการเสียเลือด และจากภาวะขาดสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย และความสามารถของกล้ามเนื้อทั่วร่างกายลดลง อาการอ่อนเพลียพบได้แม้ผู้ป่วยจะไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยอาการจะคงอยู่นานภายหลังการผ่าตัดประมาณ 1 เดือน (Christensen, Bexdix, & Kchlet, 1982) จากการศึกษาของคิง และพาริเนลโล (King & Parrinello, 1988) พบว่าผู้ป่วยที่ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระยะ 1 สัปดาห์แรก หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีอาการอ่อนเพลียถึงร้อยละ 94 และจะลดลงเหลือร้อยละ 50 ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ นอกจากนี้อาการอ่อนเพลียของร่างกายหลังผ่าตัดยังส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต สภาพร่างกายและอารมณ์ในระยะหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการกลับไปปฏิบัติกิจกรรมในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัด (ศิริรัตน์, 2545)

2. อาการปวดจากแผลผ่าตัด เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับท่านอนในขณะทำการผ่าตัด และการใส่ท่อระบายทรวงอก (Hudak et al., 1998) จากการศึกษาของเฮย์ (Heye, 1991) ในผู้ป่วยทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจพบว่า ผู้ป่วยจะมีอาการปวดบริเวณกระดูกสันอก แขน ขา ผนังหน้าอกด้านซ้ายและขวา กล้ามเนื้อไหล่ และคอ ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากการนอนหงายราบ ศีรษะหงน และแขนทั้ง 2 ข้าง ตีองกางออกเป็นเวลานาน ในขณะทำการผ่าตัด และจากการศึกษาของกู๊ดแมน (Goodman, 1997) พบว่า อาการปวดในผู้ป่วยทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจพบได้ที่บริเวณกระดูกสันอก ขา รวมทั้งคอ ไหล่ ข้อศอก และกระดูกสันอก

กบ และยังพบว่าอาการปวดมีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย และมีส่วนสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดในระยะ 1 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร สุภัญญา และวิเศษ (2543) ที่พบว่าอาการปวดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของบอสตรอม แซน ลันเบอร์ค และฟรายลัน (Bostrom, Sandh, Lundberg, & Fridlund, 2003) ที่พบว่าอาการปวดมีผลกระทบต่อด้านลบต่อคุณภาพชีวิต เช่นกัน

3. ปัญหาของระบบทางเดินอาหาร ที่พบได้บ่อยคือ ความรู้สึกอยากอาหารลดลง รับประทานอาหารได้น้อยลง และมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Goodman, 1997; Grap, Savage, & Ball, 1996) ซึ่งอาจเป็นผลจากการได้รับยาระงับความรู้สึกและยาคลายกล้ามเนื้อในขณะผ่าตัด ส่งผลให้การบีบรัดตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง (Sabourin & Funk, 1999) จากการศึกษาของเกรป และคณะ (Grap et al., 1996) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจขณะอยู่โรงพยาบาลมีความรู้สึกอยากอาหารลดลง ร้อยละ 57 รับประทานอาหารได้น้อยลง ร้อยละ 37 และมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 34 และพบว่าในระยะ 6 สัปดาห์แรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากอาหารลดลง ร้อยละ 19 รับประทานอาหารได้น้อยลง ร้อยละ 19 และมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 10 จากการศึกษาของคิง และพาริเนลโล (King & Parrinello, 1988) พบว่า ผู้ป่วยที่ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระยะ 1 สัปดาห์แรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีปัญหาของระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 53 และจากการศึกษาของจาาร์สมา และคณะ (Jaarsma et al., 1995) พบว่า ผู้ป่วยที่ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเมื่อกลับไปอยู่บ้านมีความอยากอาหารลดลง ร้อยละ 27 จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายและอ่อนเพลียจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายและอารมณ์ในการทำกิจกรรมต่างๆ ในระยะพักฟื้นได้ (ศิริรัตน์, 2545)

4. การรบกวนการนอนหลับ เป็นปัญหาหลักของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Redeker & Hedges, 2002; Ruggiero, Redeker, & Cochrane, 2000) ซึ่งจะพบได้ประมาณร้อยละ 12 (Savage & Grap, 1999) ปัญหาที่พบคือ การรบกวนการนอนหลับจากการได้ยินเสียงการทำงานของลิ้นหัวใจเทียมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Lee, 2000) และจากอาการปวดโดยสาเหตุสำคัญของอาการปวดคือ การปวดแผลผ่าตัดที่กระดูกสันอก (Goodman, 1997) จากการศึกษาของคิง และพาริเนลโล (King & Parrinello, 1988) พบว่าผู้ป่วยหลังทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 50 มีปัญหาเรื่องการพักผ่อนนอนหลับจากความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด และความวิตกกังวล การศึกษาของอีเดล-กัสตาฟสัน และคณะ (Edell-gustafsson et al., 1999) พบว่าผู้ป่วย

หลังทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจนอนหลับในตอนกลางคืนได้น้อยลง โดยจะนอนหลับในตอนกลางวันมากขึ้น และจากการศึกษาของฮันท์ เฮนดราตา และมายเลส (Hunt, Hendrata, & Myles, 2000) พบว่า การรบกวนการนอนหลับเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจต่ำลง สอดคล้องกับการศึกษาของอีเดล-กัสตาฟสัน และเฮตตา (Edell-gustafsson & Hetta, 2001) ที่พบว่า การนอนหลับไม่สนิท หลับๆ ตื่นๆ เป็นปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง เช่นกัน

5. ความตึงเครียดทางอารมณ์ เป็นปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นได้หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เนื่องจากคนทั่วไปถือว่าหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญในร่างกายและเป็นศูนย์รวมของชีวิต ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและต้องได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกกลัว และมีความวิตกกังวล (กาญจนา, 2538) จากการศึกษาของจิระประภา (2535) พบว่าผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจะหงุดหงิด อุนเฉียวง่ายกว่าก่อนการผ่าตัด การศึกษาของคิง และพาริเนลโล (King & Parrinello, 1988) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 50 มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีความวิตกกังวล หงุดหงิด คับข้องใจ ท้อแท้ จนถึงภาวะซึมเศร้าตามมา ซึ่งจะพบได้ค่อนข้างสูงในระยะ 3 สัปดาห์แรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยจะพบมากในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย หรือมีความคาดหวังในผลของการผ่าตัดสูง ซึ่งจากการศึกษาของบลูเมนทอล และคณะ (Blumenthal et al., 2003) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 38 มีภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด โดยจัดเป็นภาวะซึมเศร้าในระดับไม่รุนแรง ร้อยละ 26 และในระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 12 ส่วนการศึกษาของเดวี (Davies, 2000) พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจจะมีความวิตกกังวล และรู้สึกซึมเศร้าในระยะ 1 สัปดาห์แรกหลังจำหน่ายมากกว่า 6 สัปดาห์หลังจำหน่าย ซึ่งหากผู้ป่วยเกิดความซึมเศร้าขึ้นก็จะส่งผลต่อแรงจูงใจและความสนใจในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองลดลง (ศิริรัตน์, 2545) และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำลงเช่นกัน (Edell-gustafsson & Hetta, 2001; Jho, 2001)

แนวคิดการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง (self-care)

การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถทำหน้าที่ด้วยตนเองในการดูแลรักษาสุขภาพอนามัย เพื่อบำรุงชีวิตที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีความเป็นอยู่อันดี สามารถป้องกันตนเองจากโรคภัยไข้เจ็บ และป้องกันอันตรายจากการบาดเจ็บทั้งปวง (อัมภวรรณ, 2543)

โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการทำหน้าที่อย่างจงใจและมีเป้าหมาย เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองประกอบด้วย 2 ระยะ ดังนี้ คือ

ระยะที่ 1 ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ

เป็นระยะที่บุคคลมีการแสวงหาข้อมูลหรือความรู้เพื่อการพิจารณา และการตัดสินใจดูแลตนเอง บุคคลจะพิจารณาความหมายของสิ่งต่างๆ ตามความรู้เกี่ยวกับตนเอง และสถานการณ์ที่ต้องการกระทำ ดังนั้นบุคคลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอกตนเองจึงจะสามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ ตลอดจนใคร่ครวญว่าสิ่งใดสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ ได้เพื่อการตัดสินใจเลือกกระทำ

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ

เป็นระยะที่บุคคลดำเนินกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยมีการตั้งเป้าหมายของการกระทำ เพื่อที่จะสามารถกำหนดกิจกรรมที่จะกระทำเพื่อไปสู่เป้าหมายได้ ภายหลังจากการลงมือกระทำแล้วบุคคลจะมีการประเมินการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ

โอเร็ม (Orem, 2001) ได้แบ่งกิจกรรมการดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (self-care requisites) ออกเป็น 3 ด้านใหญ่ๆ คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites) และการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ (health deviation)

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล กิจกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มนี้ จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการของบุคคล จุดประสงค์ของการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

- 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ
- 1.6 ส่งเสริมการอยู่อย่างปกติสุข

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต ตลอดจนเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือ

เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการเช่น การสูญเสียคู่ชีวิตหรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการของบุคคล จุดประสงค์ของการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 ป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก

2.2.1 การขาดการศึกษา

2.2.2 ปัญหาการปรับตัวทางสังคม

2.2.3 การสูญเสียญาติมิตร

2.2.4 ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ

2.2.5 การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต

2.2.6 ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย และการตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติจากโรคหรือความเจ็บป่วย และจากกระบวนการตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มีดังนี้ คือ

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้ สนใจในการดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ถึงขีดสุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ และรู้จักการตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง

เมื่อการดูแลตนเองทั้ง 3 ประเภท ได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลจะบรรลุเป้าประสงค์ของการดูแลตนเอง คือ การรอดชีวิต การคงไว้ซึ่งความผิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่บุคคล การได้รับสนับสนุนในเรื่องพัฒนาการตามความสามารถของบุคคล การป้องกันการบาดเจ็บและพยาธิสภาพ การส่งเสริมให้มีการปรับหรือควบคุมผลจากการบาดเจ็บจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น การส่งเสริมรักษาและควบคุมพยาธิสภาพ ตลอดจนการส่งเสริมสวัสดิภาพหรือคุณภาพชีวิต

การดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะแรกต้องพักอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก เนื่องจากต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และเมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติหลังผ่าตัดไปแล้ว ผู้ป่วยยังคงต้องใช้เวลากลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับสภาวะร่างกายหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (พรทิพา, 2538; ปริศนา, 2543; สุวิมล ประนอม ศิริอร และวิเชียร, 2542) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สรุปแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ดังนี้

1. การได้รับอากาศหายใจที่เพียงพอ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอาจมีอาการอ่อนเพลียเหนื่อยง่ายได้ เมื่อทำกิจกรรมมากเกินไปเกินความสามารถของหัวใจ ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับอากาศที่บริสุทธิ์เพียงพอ งดการสูบบุหรี่ อยู่ในที่อากาศถ่ายเทดี และควรมีความสามารถในการสังเกต และประเมินการหายใจที่ผิดปกติ ตลอดจนสามารถบริหารการหายใจเพื่อเพิ่มสมรรถภาพในการทำงานของปอดให้มีประสิทธิภาพ (จันทร์ทิรา, 2539; สมพันธ์, 2541; Hudak et al., 1998)

2. การดูแลให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ และได้รับน้ำในปริมาณที่เหมาะสม ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอาจมีปัญหาเรื่องภาวะน้ำเกินได้จากภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งจำเป็นต้องรับประทานยาขับปัสสาวะ (จันทร์ทิรา, 2539) งดอาหารเค็ม อาหารหมักดอง (สมพันธ์, 2541; Ignatavicius, Workman, & Mishler, 1995) ควรประเมินน้ำหนักตัวเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง เพราะน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 0.5 กิโลกรัมต่อวัน จะเป็นตัวบ่งชี้ว่าอาจเกิดภาวะบวม

ขึ้นแล้ว และในผู้ป่วยที่ได้รับยาขับปัสสาวะและมีอาการกระหายน้ำ ไม่ควรดื่มน้ำเกินวันละ 64 ออนซ์ หรือเท่ากับ 1,920 มิลลิลิตร (Haugh & Ballenger, 1999 อ้างตาม ปริศนา, 2543) นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีคลอเรสเตอรอลและไขมันสูง เช่น อาหารจำพวกเครื่องในสัตว์ แกงกะทิ เพื่อไม่ให้หัวใจทำงานหนักเกินไป และป้องกันการเกิดไขมันอุดตันในเส้นเลือด (อัจฉรา และคณะ, 2543)

3. การดูแลให้มีการขับถ่าย และกำจัดของเสียตามปกติ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ควรสังเกตการถ่ายปัสสาวะ ทั้งจำนวนและสี เนื่องจากการได้รับยาขับปัสสาวะ ควรระมัดระวังอาการท้องผูก ซึ่งเป็นอาการที่ผู้ป่วยประสบมากที่สุด (King & Perrinello, 1988) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องรับประทานอาหารที่มีกากใยเพียงพอ เช่น ผัก และผลไม้ เพื่อช่วยให้การขับถ่ายอุจจาระเป็นไปตามปกติ (ปริศนา, 2543; สมพันธ์, 2541) นอกจากนี้ผู้ป่วยควรฝึกให้มีการขับถ่ายเป็นเวลาเป็นประจำทุกวัน หากยังมีอาการท้องผูก และมีความจำเป็นต้องอาศัยยาระบายก็ควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ (อัจฉรา และคณะ, 2543)

4. การรักษาสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมต่างๆ และการพักผ่อน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต้องดูแลตนเองให้อ่อนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การนอนหลับพักผ่อนเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ (Ignatavicius et al., 1995) โดยการนอนหลับสนิทช่วงกลางคืนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ และควรพักระหว่างการทำกิจกรรมเมื่อรู้สึกเหนื่อย หายใจลำบาก มีอาการใจสั่น หรือมีเหงื่อออกมาก โดยในระยะแรกผู้ป่วยควรออกกำลังกายด้วยการเดินช้าๆ และหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ออกแรงมากอย่างทันทีทันใด ซึ่งอาจเป็นเหตุให้เกิดอาการเหนื่อย และทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น กิจกรรมเหล่านี้ได้แก่ การวิ่ง แข่งขัน ปีนปาย และการนั่งท่าเดียวนานกว่า 2 ชั่วโมง (จิรประภา, 2535) นอกจากนี้ในช่วง 6-8 สัปดาห์ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการออกแรงยกของที่หนักกว่า 4.5 กิโลกรัม เพื่อให้แผลที่หน้าอกมีการฟื้นตัวเร็ว (สมพันธ์, 2541)

5. การดูแลให้เกิดความสมดุลระหว่างการมีเวลาส่วนตัวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดควรมีเวลาส่วนตัว แต่ต้องมีการพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่นๆ ในสังคมตามความเหมาะสม ไม่เก็บตัวมากเกินไป หรือพบปะบุคคลอื่นจนเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ (สมพันธ์, 2541) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำและความช่วยเหลือในด้านต่างๆ และการมีส่วนร่วมในสังคมจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่า ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินบทบาทในครอบครัวและสังคมอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การเป็นที่ยอมรับในสังคมจะก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และเป็นแรงจูงใจที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดี (จิรประภา, 2535)

6. การดูแลเพื่อป้องกันอันตรายต่อชีวิต ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ควรดูแลตนเอง โดยหลีกเลี่ยง และป้องกันตนเองจากอันตรายต่างๆ ทั้งภายในและภายนอก เช่น หลีกเลี่ยงการ สูบบุหรี่ยิง ดการดื่มสุรา ชา กาแฟ หลีกเลี่ยงการอยู่ที่แออัด มีมลภาวะ เช่น โรงภาพยนตร์ในดคลับ หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่มีการติดเชื้อ โดยเฉพาะการติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น หวัด วัณโรค (จันทร์ทิวา, 2539) และหลีกเลี่ยงที่จะอยู่ในที่อากาศร้อนเป็นเวลานานๆ โดยเฉพาะในผู้ ป่วยเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่กินยารวาร์ฟาริน (wafarin) เพราะจะทำให้ระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือด เพิ่มขึ้น (Christopherson & Froelicher, 1990 อ้างตาม ปรีศนา, 2543) และอาจเป็นเหตุให้เกิด ภาวะเลือดออกได้ง่ายขึ้น

7. การดูแลให้มีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต้องมีความรู้ในการ ดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสังเกตภาวะผิดปกติ และการแสวงหาสถานที่รักษา พยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยจะต้องจัดการกับปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ที่อาจ เกิดขึ้นจากการเจ็บปวดขณะที่มีการเสียดสีของกระดูกสันอก ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ เนื่องจากกลัวการปฏิเสธจากคู่สมรส และเป็นเหตุให้สภาพจิตใจเสื่อมลงได้ ดังนั้นการสนับสนุน ให้คงไว้ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้อง และปลอดภัย จะสร้างความมั่นใจในตัวผู้ป่วยได้ (จันทร์ทิวา, 2539; ปรีศนา, 2543; สมพันธ์, 2541)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำเป็นต้องมีการเรียนรู้เพื่อการดูแลตนเอง และปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองที่บ้านได้สอดคล้องกับการรักษาที่ได้รับและสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองดังกล่าว จำเป็นต้องใช้ความสามารถในการดูแลตนเองที่มีอยู่

ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency)

ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ ก็คือ ความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นความสามารถอันซับซ้อนของบุคคลที่จะตอบสนอง ความต้องการการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งกระบวนการของชีวิต (life processes) โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการให้ดำเนินไปถึงขีดสูงสุด ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (Orem, 2001) ซึ่งโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง มี 3 ระดับ โดยความสามารถแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของความสามารถในขั้นที่สูงขึ้นไป ซึ่งรายละเอียดของแต่ละระดับมีดังต่อไปนี้ (สมจิต, 2537)

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundation capabilities and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (deliberate action) ซึ่งไม่ได้เฉพาะเจาะจงเพียงการกระทำเพื่อการดูแลตนเองเท่านั้น การที่บุคคลมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ต่างกัน เนื่องจากบุคคลมีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้แตกต่างกัน ปัจจัยที่ทำให้ความสามารถและคุณสมบัติของแต่ละบุคคลแตกต่างกันประกอบด้วยกรรมพันธุ์ และสภาพร่างกาย สภาวะอารมณ์ สังคมและองค์กร วัฒนธรรม และประสบการณ์ในชีวิต ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง นิสัยประจำตัว ความตั้งใจ ความเข้าใจในตนเอง ความหวังใยในตนเอง การยอมรับตนเอง และรวมทั้งระบบการจัดลำดับความสำคัญต่างๆ และการรู้จักแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) เป็นตัวกลางที่เชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์อย่างเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมายเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป ประกอบด้วย

2.1 ความสนใจเอาใจใส่ตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายในและภายนอก รวมถึงปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 แรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง คือ มีเป้าหมายเพื่อดำรงชีวิต สุขภาพและความผาสุก

2.6 ทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 ความสามารถในการแสวงหาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองจากผู้ที่มีความเหมาะสมและเชื่อถือได้ และสามารถจดจำนำความรู้นั้นมาลงมือปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง

2.8 ทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการทำการติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 ความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน

3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในการดูแลตนเองขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

3.1 การคาดการณ์ (estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์องค์ประกอบในการดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ตลอดจนการปรับการดูแลตนเอง

3.2 การปรับเปลี่ยน (transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถกระทำหรือไม่ควรกระทำ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

3.3 การลงมือปฏิบัติ (productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเป็นการประเมินเพื่อให้ทราบถึงศักยภาพของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ทั้งนี้การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองตามทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มนั้น ความสามารถของเครื่องมือในการวัดความสามารถในการดูแลตนเองให้เห็นเป็นรูปธรรมมีความสำคัญเนื่องจากจะเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Young, Taylor, & Mclaulhin-Renpenning, 2001) เครื่องมือที่วัดความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่

1. The Exercise of Self-Care Agency (ESCA) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยเคอร์นีย์ และเฟลสเซอร์ (Kearney & Fleischer, 1979) ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ประกอบด้วยคำถามจำนวน 43 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่าลิเคิต ซึ่งครอบคลุม 5 มิติ คือ ความรู้สึกกับผิชอบในการดูแลตนเอง แรงจูงใจในการดูแลตนเอง การใช้สติปัญญาในการดูแลตนเอง การให้คุณค่ากับสุขภาพ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ซึ่งจากการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของไอเซนเบิร์ก (Isenberg cited in Gast et al., 1989) ตามทฤษฎีของโอเร็ม พบว่าแบบประเมินชุดนี้มีข้อคำถามเพียง 10 ข้อ จาก 43 ข้อ ที่

เป็นการวัดความสามารถในการดูแลตนเอง และมี 7 ข้อ ที่ยังไม่ชัดเจนว่าเป็นการวัดความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองในระดับใด

2. The Denyes Self-Care Agency Instrument (DSCAI) สร้างขึ้นโดยเดนิส เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากแนวคิดการดูแลตนเองในระยะแรก ที่ยังไม่ได้แจ่มแจ้งพลังความสามารถ 10 ประการในการดูแลตนเองไว้ เมื่อแยกองค์ประกอบของพลังความสามารถพบว่า มีองค์ประกอบเพียง 6 ด้านที่ใกล้เคียงกับพลังความสามารถ 10 ประการของโอเร็ม ประกอบด้วยคำถามจำนวน 35 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่าลิเคิต เช่นเดียวกัน

3. The Denyes Self-Care Practice Instrument สร้างขึ้นโดยเดนิส ใช้วัดการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ประกอบด้วยคำถามจำนวน 22 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราวัดโดยมีค่าตั้งแต่ 0-100 คะแนน

4. The Perceived Self-Care Agency (PSCA) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยแฮนสัน และบิกเคิล (Hanson & Bickel, 1985) ใช้วัดพลังความสามารถ 10 ประการ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 48 ข้อ ลักษณะคะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิต 6 ระดับ

5. The Appraisal of Self-Care Agency (ASA) เป็นเครื่องมือที่เอเวอร์ส (Evers, 1989) และกลุ่มนักวิจัยชาวเนเธอร์แลนด์สร้างขึ้นเพื่อใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยมองว่าความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง เกิดจากการที่บุคคลมีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน คำถามในแบบประเมินจึงผสมผสานกันทั้งการวัดพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (Gast et al., 1989) แบบประเมินประกอบด้วยคำถามจำนวน 24 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่าลิเคิต 5 ระดับ แบบประเมินมี 2 ชุด คือแบบประเมินที่ประเมินด้วยตนเองและประเมินโดยบุคคลอื่น

6. The Self-As-Carer Inventory (SCI) เป็นเครื่องมือที่เกเดน และเทลเลอร์ (Geden & Taylor, 1991) ได้พัฒนาและปรับเปลี่ยนมาจาก Perceived Self-Care Agency (PSCA) และเป็นเครื่องมือที่ถูกนำมาใช้บ่อยในการวัดความสามารถในการดูแลตนเอง เนื้อหาในข้อคำถาม มีความชัดเจน ตรงประเด็น และแสดงถึงความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน และพลังความสามารถ 10 ประการ แบบประเมินชุดนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 40 ข้อ 4 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง 2) ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง 3) ด้านการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง และ 4) ด้านทักษะและความพึงพอใจในการดูแลตนเอง ลักษณะเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่าลิเคิต 6 ระดับ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของอิสระมาลัย (Isaramalai, 2002) ในฉบับภาษาไทย (Self-As-Carer Inventory Thai Version: SCIT) ซึ่งพัฒนาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ (Self-As-Carer Inventory: SCI) ของเกเดน และเทเลอร์ (Geden & Taylor, 1991) และได้ทดสอบกับผู้ป่วยเบาหวาน ผู้สูงอายุ และผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี โดยมีค่าความเที่ยงจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) อยู่ระหว่าง .94-.96 แบบประเมินชุดนี้ยังคงประกอบด้วยคำถามจำนวน 40 ข้อ ใน 4 ด้าน เช่นเดียวกับต้นฉบับ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าแบบประเมินชุดนี้จะสามารถประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้อย่างถูกต้อง และตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ได้รับการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง และมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่ศึกษา

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นค่าที่ได้รับการกล่าวถึงและได้รับความสนใจอย่างมาก (ชัตติยา, 2539) คุณภาพชีวิตที่ดี เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาต้องการให้เกิดขึ้นแม้จะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย ทั้งนี้เพราะคุณภาพชีวิตเป็นจุดหมายปลายทางในการดำเนินชีวิตของคน (สายฝน, 2540) ดังจะเห็นได้จากการดำเนินงานทุกประเภทที่เกี่ยวกับการพัฒนาจะมีจุดหมายปลายทางหรือความหวังอันสูงสุดคือ การมุ่งพัฒนาประชากรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สำหรับงานบริการพยาบาล คุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นเป้าหมายหลัก เนื่องจากคุณค่าของการให้การพยาบาลไม่ได้ตัดสินเฉพาะการมีชีวิตรอดและความสามารถมีชีวิตยืนยาวของผู้รับบริการเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับว่าจะทำอย่างไรให้ชีวิตของผู้รับบริการนั้นมีคุณภาพ ซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพในการให้บริการอย่างแท้จริง (ชัตติยา, 2539; ชัตติยา และคณะ, 2540; จริยาวัตร, 2537; พงษ์รัตน์, 2537) ดังที่ พาติลลา และแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญในการประเมินผลการพยาบาล

ความหมายคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นค่านามธรรมที่มีความหมายกว้างและซับซ้อน การให้ความหมายคุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ตามแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละศาสตร์สาขานั้นๆ (สายฝน, 2540) และจากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า การประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลแต่ละคน มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา อาชีพ สังคม ศาสนา วัฒนธรรม สภาพแวดล้อม และประสบการณ์ในชีวิตแต่ละบุคคล (Ferrans & Powers, 1993) ดังนั้นจึงเป็นการยากที่จะให้ความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิตได้อย่างชัดเจนและแน่นอน อย่างไรก็ตาม

พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมาย “คุณภาพชีวิต” ว่าประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ “คุณภาพ” และ “ชีวิต” คุณภาพ หมายถึง ลักษณะที่ดีเด่นของบุคคล หรือสิ่งของ ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้นคุณภาพชีวิต จึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

โอเร็ม (Orem, 2001) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความผาสุกในสภาวะที่เป็นอยู่ของบุคคล ซึ่งปรากฏให้รับรู้ได้จากประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความยินดี และความสุขในด้านต่างๆ อันได้แก่ ด้านจิตวิญญาณ ด้านความมุ่งมั่นในชีวิต และด้านความเป็นบุคคล คุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความสำเร็จ และแหล่งประโยชน์ในชีวิต บุคคลสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ แม้จะมีความผิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย พาดิลา และคณะ (Padilla et al., 1983) ให้ความหมายว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ทักษะติดต่อสุขภาพ ความพึงพอใจชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม ส่วนชาน (Zhan, 1992) ให้ความหมายว่า เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ในชีวิต รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ สำหรับเฟอร์แรนส์ และพาวเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1985, 1992, 1993) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกผาสุกซึ่งเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ในแต่ละองค์ประกอบซึ่งมีความสำคัญต่อบุคคลตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ และเป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้นๆ

จากความหมายต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมา ผู้วิจัยจึงได้สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ระดับการรับรู้ของบุคคลต่อสภาพการณ์และภาวะที่ปรากฏอยู่จริง ซึ่งแสดงออกในรูปความพึงพอใจในชีวิต ในแต่ละองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อบุคคล และเป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้นๆ

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบด้วยกันซึ่งแต่ละองค์ประกอบก็มีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไปตามทักษะของแต่ละบุคคล เฉกเช่นเดียวกับการให้ความหมายคุณภาพชีวิต ดังนั้นในการแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจึงมีความแตกต่างกันดังตัวอย่างต่อไปนี้

ฟลานาแกน (Flanagan, 1982) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การมีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกายได้แก่ การมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุได้แก่ มีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก
2. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร ก็ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย
3. การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น
4. การมีพัฒนาการทางบุคลิกภาพ และความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้ ความเข้าใจในตนเอง การมีงานทำที่น่าสนใจและได้รับผลตอบแทนที่ดี ตลอดจนการได้แสดงออกในทางสร้างสรรค์
5. การมีสันถนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี เล่นกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่นๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

พาดิลลา และแกรีน (Padilla & Grant, 1985) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าประกอบไปด้วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความผาสุกทางด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย

ส่วนชาน (Zhan, 1992) แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วๆ ไป เป็นความรู้สึกพึงพอใจในทุกๆ ด้านของชีวิต ซึ่งบุคคลจะรับรู้โดยองค์รวมถึงความแตกต่าง โดยการเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่เป็นอยู่กับสิ่งที่คาดหวังในโลกแห่งความเป็นจริง หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่บุคคลตั้งเอาไว้ ซึ่งเป็นกระบวนการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงภายใต้เงื่อนไขภายนอก โดยขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ลักษณะนิสัย สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของบุคคล
2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับตัวเองโดยรวม หรือรายด้านในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยเกิดจากการรับรู้ปฏิกริยาของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น เป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่และเปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยาก
3. ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ หมายถึง สุขภาพที่ปราศจากโรคและความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และความสามารถในการเคลื่อนไหว

4. ด้านเศรษฐกิจและสังคม คือสถานภาพทางสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผาสุกด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกมั่นคงในชีวิต โดยเชื่อมโยงกับแหล่งประโยชน์ (resource) ที่บุคคลสามารถหาได้จาก 3 ประการ คือ การศึกษา อาชีพ และรายได้ สำหรับเฟอร์แรนส์ และพาวเวอร์ส (Ferrans, 1990, 1996; Ferrans & Powers, 1992, 1993) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (health and functioning) ซึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพร่างกาย ความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่างๆ ตามบทบาทในสังคมที่ได้รับประกอบด้วยความสามารถในการทำประโยชน์หรือสิ่งที่มีคุณค่าต่อบุคคลอื่น ความสามารถในการพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความสามารถที่จะทำหน้าที่ในครอบครัว ความสามารถในการเดินทาง สุขภาพของตนเอง ความเครียดหรือความวิตกกังวล การมีเพศสัมพันธ์ การทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่าง และความหวังที่จะมีอายุยืนยาว

2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic) เป็นสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล ประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน การมีที่พักอาศัย การมีงานทำ ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน การมีเพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ และการได้รับการศึกษา

3. ด้านจิตวิญญาณ (psychology/spiritual) เป็นการรับรู้จากผลของการตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่างๆ ในชีวิต ประกอบด้วย ความพึงพอใจในชีวิต ความสุขทั่วไป ความพึงพอใจในตนเอง การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบทางใจ ความพอใจในรูปร่างหน้าตาของตน และความศรัทธาในศาสนา

4. ด้านครอบครัว (family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพในครอบครัวของบุคคลประกอบด้วย ความสุขในครอบครัว ความสัมพันธ์กับคู่สมรส ความสำเร็จของบุตรหลาน และภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของเฟอร์แรนส์ และพาวเวอร์ส ทั้งนี้เพราะมีความสอดคล้องกับแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมซึ่งคำนึงถึงความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และเป็นคุณภาพชีวิตในเชิงอัตนัยที่ผู้ป่วยจะต้องประเมินความรู้สึกของตนเอง โดยให้ความสำคัญกับความแตกต่างของบุคคลเป็นหลักซึ่งเชื่อว่าจะเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่ถูกต้องและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดสำหรับการศึกษาในประชากรกลุ่มนี้ นอกจากนี้แนวคิดดังกล่าวยังได้ผ่านการทดสอบและพัฒนาให้มีความเหมาะสมในการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเรื้อรังหลายกลุ่ม เช่น ผู้ป่วย

โรคหัวใจ โรคไต โรคมะเร็ง ซึ่งในการประเมินคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดนี้ไม่ได้มีการประเมินเฉพาะสิ่งที่บุคคลประสบในชีวิตเท่านั้น แต่มีการประเมินถึงคุณค่าของประสบการณ์ที่บุคคลประสบอีกด้วย

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือการวัดระดับคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิด และวัตถุประสงค์การศึกษา การประเมินคุณภาพชีวิตจึงมีผู้กล่าวไว้หลายแนวทางดังนี้

องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1980 อ้างตาม ปริศนา, 2543) แบ่งเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัย เป็นการประเมินโดยผู้อื่น ซึ่งวัดโดยอาศัยข้อมูลที่เป็นจริงทางรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ และวัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

2. ด้านจิตวิสัย (subjective) เป็นการประเมินความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเชื่อว่าน่าเชื่อถือที่สุดเพราะเป็นการพิจารณาตัดสินคุณภาพชีวิตด้วยตัวบุคคลเอง

มีเบอร์ก (Meeberg, 1993) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ซึ่งจำแนกได้ 2 ประเภท คือ

1. ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (objective indicators) เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรมเช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา หน้าที่ด้านร่างกาย เป็นต้น

2. ตัวบ่งชี้จิตวิสัย (subjective indications) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิสัย เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

แฟรงค์-สตรอมเบอร์ก (Frank-Stromberg, 1984) ได้ให้แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การประเมินข้อมูลเชิงปริมาณด้านวัตถุวิสัย (objective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ผู้รักษา บุคลากรในทีมสุขภาพ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนนในเรื่องต่างๆ เช่น ความสามารถด้านร่างกาย อาชีพ การศึกษา รายได้ เป็นต้น

2. การประเมินข้อมูลเชิงปริมาณด้านจิตวิสัย (subjective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับคำนิยามคุณภาพชีวิตของแต่ละคน เช่น ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต และความสุขที่ได้รับ

3. การประเมินข้อมูลเชิงคุณภาพด้านจิตวิสัย (subjective scales yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับคำนิยามคุณภาพชีวิตของแต่ละคน ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการถามถึงความพึงพอใจเกี่ยวกับการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพ โดยการให้บรรยายถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

นอกจากนี้การประเมินคุณภาพชีวิตอาจพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิต ดังนี้

1. การประเมินคุณภาพชีวิตแบบมิติเดียว ซึ่งได้รับความนิยมมากในอดีต บุคคลจะประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองโดยใช้คำถามเดี่ยวสรุปถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมด ซึ่งถือว่าเป็นแบบประเมินที่เที่ยงตรงและเชื่อถือได้ เช่น แบบประเมินคุณภาพชีวิตของแคนทริล (Cantril, 1985 cited in Oleson, 1990) สำหรับงานวิจัยที่ได้นำแบบประเมินของแคนทริลมาใช้คือ งานวิจัยของนัยนา (2535) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกไตเทียม เป็นต้น

2. การประเมินคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ คุณภาพชีวิตในลักษณะนี้จะขึ้นอยู่กับหลายมิติ ที่ประกอบเป็นคุณภาพชีวิต แนวคิดนี้ได้นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในบุคคลที่เจ็บป่วย โดยเชื่อว่าจะประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมตามสภาพความเป็นจริงมากกว่าการประเมินแบบมิติเดียว (Burckhardt et al., 1989; Ferrans & Powers, 1992; Padilla & Grant, 1985; Zhan, 1992)

สำหรับกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของเฟอร์แรน และพาวเวอร์ส (Ferrans, 1990, 1996; Ferrans & Powers, 1985, 1992) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตใน 2 มิติ คือ มิติของความพึงพอใจและมิติของการให้ความสำคัญ ทั้งนี้เพราะกรอบแนวคิดดังกล่าวเชื่อว่าบุคคลที่ไม่มีความพึงพอใจเลยในสิ่งที่ได้ให้ความสำคัญมากที่สุดจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าบุคคลที่มีความพึงพอใจมากที่สุด ในสิ่งที่ได้ให้ความสำคัญมากที่สุด

นอกจากนี้ ญัฐฐิตา (2541) ได้เสนอลักษณะของแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ดีว่าควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เนื้อหา มีความสอดคล้องกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา เช่น ในการประเมินคุณภาพชีวิตของคนไทยควรจะสอดคล้องกับค่านิยม และวัฒนธรรมของคนไทย

2. ควรเป็นเชิงปริมาณ คือ ข้อมูลที่ได้สามารถให้คะแนนเป็นตัวเลขได้

3. สามารถใช้ในหลายสถานการณ์โดยมีข้อจำกัดน้อยที่สุด ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ที่มีความหลากหลายทางด้านอายุ เพศ อาชีพ และชนิดของโรค
4. มีการตรวจสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้
5. เป็นที่ยอมรับ โดยเฉพาะจากผู้ชำนาญทางคลินิก
6. มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงตามภาวะสุขภาพของผู้ถูกวัด
7. แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างเด่นชัด ในกลุ่มที่มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน
8. มีความน่าเชื่อถือในเชิงเหตุผล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการของณัฐฐิตา (2541) ซึ่งได้ปรับปรุงข้อความในบางตัวชี้วัดจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ (Quality of Life Index Cardiac Version - III, QOL - Cardiac Version - III) ของ เฟอร์แรนส์ และพาวเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1991) ซึ่ง อัจฉรา สุคนธสรพ์ (ติดต่อส่วนบุคคล) ได้แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหัวใจในประเทศไทย แบบประเมินประกอบด้วยคำถามจำนวน 35 ข้อ 2 มิติ แต่ละมิติประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านที่ 1 ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (health and functioning domain) ด้านที่ 2 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic domain) ด้านที่ 3 ด้านจิตวิญญาณ (psychology/spiritual domain) และด้านที่ 4 ด้านครอบครัว (family domain) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .90 ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายเท่ากับ .82 ด้านสังคมและเศรษฐกิจเท่ากับ .62 ด้านจิตวิญญาณเท่ากับ .78 และด้านครอบครัวเท่ากับ .60 ผู้วิจัยได้นำมาดัดแปลงในบางข้อคำถามเพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าแบบประเมินชุดนี้จะสามารถประเมินคุณภาพชีวิตได้ถูกต้อง และตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง และมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่ศึกษา

ปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานที่อาจมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ทั้งนี้เพราะความแตกต่างกัน ในด้าน เพศ อายุ ระยะเวลาการ สังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม สภาพที่อยู่อาศัย ระบบ

ครอบครัว และแบบแผนการดำเนินชีวิต (สมจิต, 2537; เสาวรส, 2540) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัย จึงได้เลือกศึกษาปัจจัยพื้นฐานที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

1. ระดับการศึกษา การศึกษาช่วยในการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต ช่วยให้ผู้รู้จักใช้กระบวนการทางสติปัญญาอย่างมีเหตุผล ตามแนวความคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) เชื่อว่าการศึกษาคือสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแผนการรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า (Muhlenkamp & Sayles, 1986) นอกจากนี้การศึกษายังเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล เพราะการศึกษาช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ ความคิดของตนแก้ปัญหาในการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม การศึกษาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงมักจะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า (ชัตติยา และคณะ, 2540)

จากการศึกษาของนัยนา (2535) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของทวิวรรณ (2540) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ และการศึกษาของจักรกฤษณ์ (2540) ที่ศึกษารูปแบบความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ จากที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงขึ้นจะมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น (Campbell & Weber, 2000; Rockwell & Riegel, 2001)

นอกจากนี้การศึกษาของจุฑารัตน์ (2540) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า การศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ

ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณในงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 ถึง 2542 ที่พบว่าการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพลอยู่ระหว่าง .45 ถึง .99 (สมจิต และคณะ, 2544)

สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและคุณภาพชีวิตนั้น จากการศึกษาของสายฝน (2540) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบพบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของสุธาทิพย์ (2537) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว และการศึกษาของวารี (2541) ที่ศึกษาความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่พบว่าการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต เช่นกัน นอกจากนี้จากการศึกษาของเสาวรส (2540) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ปลูกถ่ายไตพบว่า ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ มัธยมศึกษา และประถมศึกษา ตามลำดับ

2. รายได้ รายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับการศึกษาและอาชีพของบุคคล ผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต เช่น มีอาหารบริโภคอย่างเพียงพอ มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมและปลอดภัย มีคุณค่าในสังคม เมื่อเจ็บป่วยก็สามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีโอกาสที่จะแสวงหาล้างอำนาจความสะดวกสบายและสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองระหว่างการเจ็บป่วยได้ (ณัฐจิตา, 2541; สายฝน, 2540) โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังแม้จะทำการรักษาด้วยการผ่าตัดแล้วก็ยังต้องมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคตลอดชีวิต ดังนั้นรายได้จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

จากการศึกษาของจุฑารัตน์ (2540) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของจักรกฤษณ์ (2540) ที่ศึกษารูปแบบความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้จากผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณในงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 ถึง

2542 พบว่า รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพล อยู่ระหว่าง 0.06 ถึง 1.25 (สมจิต และคณะ, 2544) แต่อย่างไรก็ตามก็ยังคงพบว่า มีงานวิจัยที่ขัดแย้งต่อผลการศึกษาดังกล่าวคือ การศึกษาของนัยนา (2535) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้และคุณภาพชีวิตนั้น จากการศึกษาของเสาวรส (2540) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ปลูกถ่ายไตพบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่า 30,000 บาทต่อเดือน สอดคล้องกับการศึกษาของอาภรณ์ และวัลภา (2541) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออก ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้การศึกษาของสายฝน (2540) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของหมิงเซีย (Mingxia, 1997) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีรายได้สูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Ferrans & Powers, 1993) และนอกจากนั้นจากการศึกษาของสมพิศ (2537) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนไต และการศึกษาของจักรกฤษณ์ (2540) ที่ศึกษารูปแบบความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดอุตรดิตถ์พบว่า รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต

3. สถานภาพสมรส สถานภาพสมรสเป็นตัวบ่งชี้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม หรือการได้รับความเกื้อหนุนจากคู่สมรส การรับรู้ถึงการมีแหล่งสนับสนุนจะช่วยให้บุคคลลดความเครียด มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีกำลังใจ ภาคภูมิใจ อบอุ่นใจ และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี (Anderson, 2001; Rot et al., 2000) นอกจากนี้การมีคู่สมรสจะทำบุคคลมีคู่คิด มีเพื่อนแท้ที่คบได้อย่างสนิทใจ ทำให้ไม่รู้สึกเหงา หรือโดดเดี่ยวเพราะมีคนคอยปลอบโยนให้กำลังใจ ช่วยส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (พุดเมษา, 2542)

จากการศึกษาของนัยนา (2535) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของเสี่ยวหยิง (Xiaoying, 1999) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้จากผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณในงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2531 ถึง 2542 พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพลอยู่ระหว่าง 0.16 ถึง 1.62 (สมจิต และคณะ, 2544)

สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสและคุณภาพชีวิตนั้น จากการศึกษานี้ของสายฝน (2540) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการศึกษาของวาริ (2541) ที่ศึกษาความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ นอกจากนี้การศึกษานี้ของอารมภ์ และวัลภา (2541) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออก และการศึกษาของศิริภาณี (2541) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดูที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่นพบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ศาสนา ศาสนาเป็นความเชื่อของมนุษย์ที่มีอิทธิพลต่อสถานะทางสังคมและการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ซึ่งแต่ละศาสนาก็จะมีความเชื่อ การถือปฏิบัติและข้อกำหนดที่ไม่เหมือนกัน (พุทธเมษา, 2542) สำหรับประเทศไทยมีศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติ แต่ในภาคใต้โดยเฉพาะ 5 จังหวัดชายแดน ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม (เอกวิทย์, 2540) ซึ่งศาสนาอิสลามเป็นศาสนาที่มีวิธีการดำเนินชีวิตภายใต้โครงสร้างทางสังคมในกรอบแห่งศาสนาอิสลาม (นุรุดดีน, 2540; อับดุลเลาะ, 2540) ดังนั้นประชากรกลุ่มนี้จึงมีลักษณะที่ต่างกับประชากรกลุ่มอื่นทั้งด้านประวัติศาสตร์ ภูมิศาสตร์ สังคม และวัฒนธรรม (ศรีสมภพ และคณะ, 2543) และมีรูปแบบของการดำเนินชีวิต ประเพณี แตกต่างจากศาสนาอื่นๆ อย่างเห็นได้ชัดไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติและความเชื่อด้านสุขภาพ (เสาวนีย์, 2535) โดยมีหลักปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพและการเจ็บป่วยตามแนวทางอิสลาม ได้แก่ การรักษาความสะอาดร่างกายและการชำระร่างกาย การ

โภชนาการ การพักผ่อน การรักษาโรค การคลอด และการอนามัยแม่และเด็ก (สาเหอะอับลเลาะห์ และคณะ, 2533) ซึ่งจากการศึกษาของ ฮาดาเวย์ (Hadaway, 1978 อ้างตาม เนตรนภา, 2534) พบว่า ผู้ที่ยึดมั่นในศาสนาจะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่ยึดมั่น

จากรูปแบบของการดำเนินชีวิต ประเพณี วัฒนธรรมที่มีความแตกต่างจากศาสนาอื่นๆ อย่างเห็นได้ชัด และการมีหลักปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพและการเจ็บป่วยตามแนวทางอิสลามซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติและความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงเชื่อว่าการที่บุคคลมีการดูแลตนเอง เช่นไรนั้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากศาสนาที่มีอิทธิพลต่อความคิดและวิถีชีวิตของบุคคล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำศาสนามาเป็นปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้ด้วย

ปัจจัยด้านสุขภาพ

1. ระดับสมรรถภาพของหัวใจ ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัด เป็นตัวบ่งบอกถึงความรุนแรงของโรค ข้อจำกัดของร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งสามารถแบ่งระดับสมรรถภาพของหัวใจ ตามความทนทานในการใช้กำลัง (exercise tolerance) เป็น 4 ระดับตามการจำแนกของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York's Heart Association) ที่บัญญัติไว้ในปี พ.ศ. 2507 ดังนี้

ระดับที่ 1 มีโรคหัวใจ แต่ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบขณะทำกิจกรรมตามปกติ เช่น การทำงาน การออกกำลังกาย

ระดับที่ 2 ขณะทำกิจกรรมตามปกติ เช่น การกวาดบ้าน ถูบ้าน การเดินในระยะทางไกล ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ แต่จะมีอาการถ้ามีการออกกำลังกายมากกว่าปกติ เช่น การวิ่ง การเดินเร็ว การขึ้นบันได เป็นต้น และเมื่อหยุดพักสักระยะหนึ่ง จะกลับรู้สึกสบายดี หลังจากนั้นจะสามารถทำกิจกรรมต่อได้

ระดับที่ 3 ขณะทำกิจกรรมที่ออกแรงเพียงเล็กน้อย เช่น การกวาดบ้าน การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบ และจะกลับรู้สึกสบายเมื่อได้พักหรืออยู่เฉยๆ

ระดับที่ 4 ขณะพัก เช่น นอนหรือนั่งอยู่บนเตียงเฉยๆ ผู้ป่วยก็จะมีอาการเหนื่อยหอบ และถ้าออกแรงเพียงเล็กน้อยก็จะทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น

จากการศึกษาของพรทิพา (2538) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจพบว่าผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจในระดับที่ดี จะสามารถช่วยเหลือตนเอง มีการเรียนรู้ และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจที่ต่ำกว่า ซึ่งการศึกษาดังกล่าวขัดแย้งกับการศึกษาของศิริวัลย์ (2534) ที่ศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่พบว่า ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเอง

สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับสมรรถภาพของหัวใจและคุณภาพชีวิตนั้น จากการศึกษาของเพลินพิศ (2531) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัดสูงจะมีการปรับตัวภายหลังการผ่าตัดดี ซึ่งผู้ป่วยเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่สามารถปรับตัวได้ดี ย่อมจะมีความสุขด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย มีอัตมโนทัศน์ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี และจากการศึกษาของณัฐฐิตา (2541) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการพบว่า ระดับสมรรถภาพของหัวใจเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพหัวใจในระดับที่ 1 มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพหัวใจในระดับที่ 2 ขึ้นไป ส่วนการศึกษาของมิทเทอแมร์ และมุลเลอร์ (Mittermair & Muller, 2002) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังการผ่าตัดหัวใจพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 99.1 มีความพึงพอใจในภาวะสุขภาพหลังผ่าตัด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังผ่าตัด โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.5) มีระดับสมรรถภาพของหัวใจอยู่ในระดับที่ 1-2 นอกจากนี้จากการศึกษาของจังก์เกอร์ และคณะ (Juenger et al., 2002) พบว่าระดับสมรรถภาพของหัวใจเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายได้

2. การเกิดภาวะแทรกซ้อน การเจ็บป่วยเป็นภาวะที่ขัดขวางการดำเนินชีวิตตามปกติของบุคคล โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังรักษาไม่หายขาด ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายอันเนื่องมาจากสภาพของโรคและมีผลกระทบต่อด้านอารมณ์ จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม โรคหัวใจเป็นโรคหนึ่งที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง แม้ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ผู้ป่วยก็ยังคงต้องติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ภาวะหัวใจวายหลังผ่าตัด และการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจเทียม ซึ่งการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังที่ได้กล่าวมาจะทำให้ผู้ป่วยอยู่อย่างทุกข์ทรมาน เบื่อหน่าย เพราะต้องดำเนินชีวิตภายใต้การจำกัดกิจกรรมและอาจส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจในความสามารถของตนเอง เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การเกิดภาวะแทรกซ้อนน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเอง คือถ้ามีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีก็อาจไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น (จันทร์ทิรา, 2539)

สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิตนั้น จากการศึกษาของณัฐจิตา (2541) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจ พิจารณาพบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจ พิจารณา กล่าวคือผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของอาภรณ์ และวัลภา (2541) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้จากการศึกษาของเบอร์ราสซา และคณะ (Bourassa et al., 2000) พบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจมีคุณภาพชีวิตต่ำลง

3. ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด ระยะเวลาในการรักษาโรคจัดเป็นประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งจะมีผลต่อความคิดและการแสดงออกต่อความเจ็บป่วย ตลอดจนการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดมานาน จะมีการเรียนรู้ถึงการดูแลตนเอง ความสำคัญ และประสิทธิภาพของการรักษา รวมทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนมานานกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดน้อยกว่า

จากการศึกษาของจันทร์ทิรา (2539) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจพบว่า ระยะเวลาภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่จากการศึกษาของศิริวิทย์ (2534) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐาน กับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจพบว่า ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดที่ยาวนานจะมีความพร้อมในการดูแลตนเองยิ่งมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของร็อด และคณะ (Rot et al., 2000) ที่พบว่าระยะเวลามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพา (2538) ที่พบว่า ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ตั้งแต่ 2 เดือน ถึง 1 ปี มักขาดความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมาแล้ว 1 ถึง 5 ปีนั้น จะเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ แต่เมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้นผู้ป่วยจะมีแรงจูงใจลดลงและละเลยการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ส่วนการศึกษาของทวิวรรณ (2540) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนกับการดูแลตนเอง

ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดกับคุณภาพชีวิตนั้น จากการศึกษาของณัฐริตา (2541) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตหัวใจ พิจารณาพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตหัวใจในระยะ 1 ถึง 12 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดนานกว่า 13 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของสายฝน (2540) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการศึกษาของอาภรณ์ และวัลภา (2541) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน

สำหรับปัจจัยพื้นฐานในเรื่องเพศและอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า เป็นปัจจัยที่ถูกนำมาศึกษาร่วมกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบ่อย (Moore & Pichler, 2000; Taylor, Geden, Isaramalai, & Wongvatunyu, 2000) ซึ่งผลการวิจัยส่วนใหญ่พบว่าเพศชายมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าเพศหญิง (จักรกฤษณ์, 2544; ฉัตรวัลย์, 2533; ดวงพร, 2535; นาฏอนงค์, 2537; นิรามัย, 2535; ประภา, 2532; ประภาพร, 2536; ประสบสุข, 2534; พนิจฐา, 2537; เพ็ญศรี จันทร์ทิวา และศิริอร, 2540; ยุพิน, 2536; วรรณระวี, 2534; สายฝน, 2540; สุภาทิพย์, 2537; สุวิมล, 2534; อาภรณ์ และวัลภา, 2541; Artimian & Duggan, 1995; Hou, Chui, Eckert, & Oldridge, 2004; Lindquist et al., 2003; McEntee & Badenhop, 2000; Rankin, 1990; Riedinger, Dracup, Brecht, Padilla, & Sarna, 2001; Sabourin, 1999) และผู้ที่มีอายุมากจะมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (จักรกฤษณ์, 2544; ศิริวัลย์, 2534; สมฤดี, 2541) และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า (ฉัตรวัลย์, 2533; สมฤดี, 2541; สมพร ทิพย์วรรณ และวสันต์, 2542; สุภาทิพย์, 2536; Anderson, 1995; Bihl, Ferrans, & Powers, 1988; Ferrans & Powers, 1993; Hou et al., 2004; McBride, 1993) ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่นำปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องเพศและอายุ มาเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในอดีต จะเห็นได้ว่าผลการวิจัยส่วนใหญ่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต และสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสุขภาพกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต โดยการศึกษาที่ผ่านมาที่มีความหลากหลาย ทั้งการศึกษาที่มุ่ง

ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเองหรือคุณภาพชีวิตเพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง อย่างไรก็ตามการศึกษาที่มุ่งทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตโดยคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตโดยตรงนั้นยังพบน้อยมาก และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าวในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในประเด็นดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น และเพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต่อไป