

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจเป็นโรคที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตในอันดับต้นๆ รองจากโรคมะเร็งและอุบัติเหตุ จากสถิติสาธารณสุขพบว่า ในปี พ.ศ. 2544 และ 2545 มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ คิดเป็น 30.3 และ 24.6 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2545) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าอัตราการตายจากโรคหัวใจมีจำนวนลดลง ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่มีความก้าวหน้าและรวดเร็วมากขึ้น (พรสวรรค์, 2544) โดยเฉพาะการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีการทำกันอย่างแพร่หลายและมีความก้าวหน้าขึ้นมากนับจากอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะตั้งแต่ได้มีการประดิษฐ์เครื่องปอดและหัวใจเทียมซึ่งช่วยให้การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดสามารถทำได้ประสบผลสำเร็จมากขึ้น (กาญจนา, 2538)

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) เป็นการผ่าตัดใหญ่และเป็นเทคนิคการผ่าตัดที่นำมาใช้ในปัจจุบันเพื่อการรักษามากขึ้น โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โรคลิ้นหัวใจ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และโรคกล้ามเนื้อหัวใจ (อัฉรา, 2540) และยังเป็นแนวทาง การรักษาหนึ่งที่เหมาะสมความสำเร็จสามารถยืดชีวิตผู้ป่วยให้นานขึ้น (ปริศนา, 2543; ศรัญญา วรรณภา วิพร และชวณพิศ, 2544; Ledoux, 2000; Simko & McGinnis, 2003) การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทำครั้งแรกในประเทศไทย เมื่อ พ.ศ. 2506 (สมพันธ์, 2540) ปัจจุบันมีโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน หลายแห่งที่สามารถทำการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในปัจจุบันสามารถทำได้ปลอดภัยมากขึ้น และสามารถทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพร่างกายหลังผ่าตัดดีขึ้น โดยสามารถกลับไปทำงานและพึ่งพาตนเองได้ อย่างไรก็ตามในระยะฟื้นฟูสภาพร่างกาย เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเอง และจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพของตนเองเกือบทั้งหมด ต้องใช้ความสามารถในการดูแลตนเองสูง (จันทร์ทิรา, 2539; พรทิพา, 2538; สมพันธ์, 2540) เพื่อให้ตนเองปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้มากมาย ตั้งแต่อาการไม่สุขสบายทางร่างกาย ได้แก่ ปวดแผลผ่าตัด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย บวม เบื่ออาหาร (Tantum, 1985) และจากภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจากการใส่ลิ้นหัวใจเทียมในผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เช่น การเกิดลิ่มเลือดเกาะที่ลิ้นหัวใจ

เทียม การติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจเทียม (prosthetic valve endocarditis) และภาวะหัวใจวายหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (Finkelmeier, Hartz, Fisher, & Michaelis, 1989; Gregerson & McGregor, 1989; Tantum, 1985)

นอกจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านร่างกายดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและสังคมอีกด้วย เนื่องจากหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ จึงเปรียบเสมือนเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงและคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ เช่น รอยนูนจากการผ่าตัดบริเวณกระดูกสันอก หรือเสียงจากการทำงานของลิ้นหัวใจเทียมในผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าร่างกายตนเองไม่สวยงาม ผิดปกติ และสูญเสียความพอใจในอัตมโนทัศน์ได้ (จันทร์ทิวา, 2539; สมพันธ์, 2540; Jaarsma, Kastermans, Dassen, & Philipsen, 1995) นอกจากนี้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดยังต้องเรียนรู้การดูแลตนเองและปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยต้องปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลสุขภาพของตนเองที่บ้านให้สอดคล้องกับการรักษาที่ได้รับและสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การปรับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การมารับการตรวจตามนัด การพักผ่อนหย่อนใจและการมีนันทนาการที่เหมาะสม การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย และการปรับแบบแผนทำงานและการทำกิจกรรมประจำวัน (ปริศนา, 2543) การที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดหลังผ่าตัด และต้องใช้ความพยายามปรับเปลี่ยนแบบแผนสุขภาพ การดำรงชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาและภาวะของโรค อาจทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เกิดความเบื่อหน่าย รู้สึกถึงความแตกต่างจากคนทั่วไป เกิดความไม่มั่นใจในตนเอง มีพฤติกรรมเก็บตัว ถอยหนีจากสังคม และนำไปสู่พฤติกรรมพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป ทำให้เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพ บทบาทในครอบครัว และสังคมได้ (ปริศนา พิกุล และฉวีวรรณ, 2545; วันทนีย์ กรรณิการ์ และดวงฤดี, 2546; สมพันธ์, 2540) จากปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมต่างๆ ดังกล่าว ส่วนหนึ่งเกิดขึ้นได้จากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ดีเท่าที่ควร

เป้าหมายที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดแล้ว ยังต้องมีส่วนช่วยในการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย ซึ่งในที่นี่ก็คือการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั่นเอง (Donovan, 1986; Molzahn, 1991; Padilla & Grant, 1985) คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา แม้จะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย ทั้งนี้เพราะคุณภาพชีวิตเป็นจุดหมายปลายทางใน

การดำเนินชีวิตของคน (สายฝน, 2540) บุคคลที่มีความเจ็บป่วยจึงเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ถ้าสามารถดูแลตนเอง จัดการควบคุมตนเอง และสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมบูรณ์ ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (จริยาวัตร, 2537; นัยนา, 2535) ดังทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่ว่าการดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคุณภาพชีวิต ในขณะที่การรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดี จะเป็นสิ่งกระตุ้นและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง หรืออาจกล่าวได้ว่าการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตมีส่วนส่งเสริมซึ่งกันและกัน (Padilla & Grant, 1985) ดังที่มีการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (กนกพร, 2537; จักรกฤษณ์, 2544; จันทร์ทิวา, 2539; นัยนา, 2535; นิตยา, 2534; วรวรรณ, 2534; วารี, 2541; สนธยา, 2533; Evers et al., 1986; Jaarsma, Halfens, Tan, Abu-Saad, Dracup, & Diederiks, 2000)

ดังนั้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด สามารถทำได้โดยการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง (อำภาพร และวิมลรัตน์, 2544) ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคล ซึ่งพัฒนาเพื่อให้บุคคลสามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง ตามกระบวนการของชีวิต และคงไว้หรือส่งเสริมให้โครงสร้างร่างกายสามารถทำหน้าที่ มีพัฒนาการ และก่อให้เกิดความผาสุก นั่นก็คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง ทั้งนี้ในการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง ต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งโอเร็มมองว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (สมจิต, 2537) นอกจากนี้เฟอร์แรนส์ และพาวเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1993) ก็เชื่อว่าคุณภาพชีวิตมีส่วนสัมพันธ์และขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานเช่นกัน เนื่องจากในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันอันเนื่องจากภูมิหลัง ค่านิยม และประสบการณ์ชีวิต จึงทำให้บุคคลให้ความสำคัญกับองค์ประกอบด้านต่างๆ ของชีวิตไม่เท่ากัน จากเหตุที่เฟอร์แรนส์ และพาวเวอร์สได้ให้ความสำคัญกับความแตกต่างของบุคคล แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจึงเป็นความรู้สึกผาสุกซึ่งเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละองค์ประกอบที่มีความสำคัญเฉพาะต่อบุคคล โดยที่บุคคลจะเกิดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต หากความต้องการของตนเองได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ (นมิตา, 2544) หรืออาจกล่าวได้ว่าความพึงพอใจในชีวิตเป็นการสะท้อนความรู้สึกต่อการตอบสนองความต้องการของบุคคล (สมพร ยุพาพิน และกุสุมา, 2542) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ ระดับการศึกษา (จักรกฤษณ์, 2540; ทวีวรรณ, 2540; นัยนา, 2535) รายได้ (จักรกฤษณ์, 2540; จุฑารัตน์, 2540) สถานภาพสมรส (นัยนา, 2535; Anderson, 2001; Rot, Persson, & Gardulf, 2000) ระดับสมรรถภาพของ

หัวใจ (พรทิพา, 2538) และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด (จันทร์ทิรา, 2539) และปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระดับการศึกษา (วารี, 2541; สายฝน, 2540; สุธาพิพย์, 2537) รายได้ (สายฝน, 2541; Mingxia, 1997) สถานภาพสมรส (วารี, 2541; สายฝน, 2540) ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน (ณัฐฐิตา, 2540) และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด (ณัฐฐิตา, 2541; สายฝน, 2540)

นอกจากนี้จากผลการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวยังพบปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ ระดับการศึกษา (จุฑารัตน์, 2540; สมจิต จริยา ยุวดี และ วันทนา, 2544) และรายได้ (สมจิต และคณะ, 2544) และปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ รายได้ (จักรกฤษณ์, 2540; สมพิศ, 2537) ระดับสมรรถภาพของหัวใจ (Juenger et al., 2002) และการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Grady, Jolowiec, & White-Williams, 1999)

จากปัจจัยต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมา ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล อันได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และปัจจัยด้านสุขภาพ อันได้แก่ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด ต่างก็มีข้อสนับสนุนว่าปัจจัยดังกล่าวเหล่านั้นน่าจะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในขณะเดียวกันความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตต่างก็มีข้อสนับสนุนมากมายเช่นกัน

ดังนั้นในฐานะที่พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญยิ่งในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ และได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด รวมทั้งหาอำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐานต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการวางแผนช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ยิ่งขึ้นไป

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลในเรื่องการนับถือศาสนามาเป็นปัจจัยหนึ่งในการศึกษารั้งนี้ด้วย ทั้งนี้เนื่องจากในภาคใต้ โดยเฉพาะเขต 5 จังหวัดชายแดน ประชากรส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตตามแนวทางของศาสนาที่เด่นชัดอยู่ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่นับถือศาสนาอิสลามและกลุ่มที่นับถือศาสนาอื่นๆ อันได้แก่ ศาสนาพุทธ คริสต์ และฮินดู สำหรับกลุ่มที่นับถือศาสนาอิสลามซึ่งจัดเป็นประชากรกลุ่มใหญ่นั้น (เอกวิทย์, 2540) จะมีวิถีการดำเนินชีวิตภายใต้โครงสร้างทางสังคมในกรอบแห่งศาสนาอิสลาม (นุรุดดีน, 2540; อับดุลเลาะ, 2540) ซึ่งส่งผลให้ประชากรกลุ่มนี้มีความแตกต่างในรูปแบบของการดำเนินชีวิต สังคม วัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อด้านสุขภาพ จาก

ศาสนาอื่นๆ อย่างเห็นได้ชัด (ศรีสมภพ พะเยาว์ ราชีตะ และอาคม, 2543) โดยมีหลักปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพและการเจ็บป่วยตามแนวทางอิสลาม (วินัย, 2541) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเชื่อว่าการที่บุคคลมีการดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตเช่นไรนั้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากศาสนาที่มีอิทธิพลต่อความคิดและวิถีชีวิตของบุคคล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่ออธิบายระดับความสามารถในการดูแลตนเองและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
2. เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
3. เพื่อทดสอบอำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐาน อันได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งหมายถึง ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ศาสนา และปัจจัยด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึง ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

คำถามการวิจัย

1. ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นอย่างไร
2. ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอย่างไร
3. ปัจจัยพื้นฐาน อันได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งหมายถึง ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ศาสนา และปัจจัยด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึง ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด มีอำนาจในการทำนายความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอย่างไร

กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้กรอบแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม (Orem, 2001) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่

จิตใจและมีเป้าหมาย เพื่อตอบสนองของความต้องการในการดูแลตนเอง ซึ่งหากบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองเพียงพอที่จะตอบสนองของความต้องการดังกล่าว บุคคลจะมีการดูแลตนเองที่มี

ประสิทธิภาพ และนำไปสู่การมีสุขภาพดี มีความผาสุก นั่นก็คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยมีโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง 3 ระดับ คือ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundational capabilities and dispositions) พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) โดยความสามารถแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของความสามารถในขั้นที่สูงขึ้นไป (Orem, 2001) การศึกษานี้ได้ประเมินระดับความสามารถในการดูแลตนเองตามแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของอิสระมาลัย (Isaramalai, 2002) ซึ่งเป็นการวัดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน และพลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งจัดเป็นโครงสร้างที่เป็นพื้นฐาน และแหล่งพลังให้บุคคลสามารถปฏิบัติการดูแลตนเอง (สมจิต, 2537) โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ด้าน คือ ด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ด้านการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง และด้านทักษะและความพึงพอใจในการปฏิบัติการดูแลตนเอง

คุณภาพชีวิตในการศึกษานี้ได้ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของเฟอร์แรน และพาวเวอร์ส (Ferran & Powers, 1985) ที่เชื่อว่าคุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกผาสุกที่บุคคลประเมินด้วยตนเอง

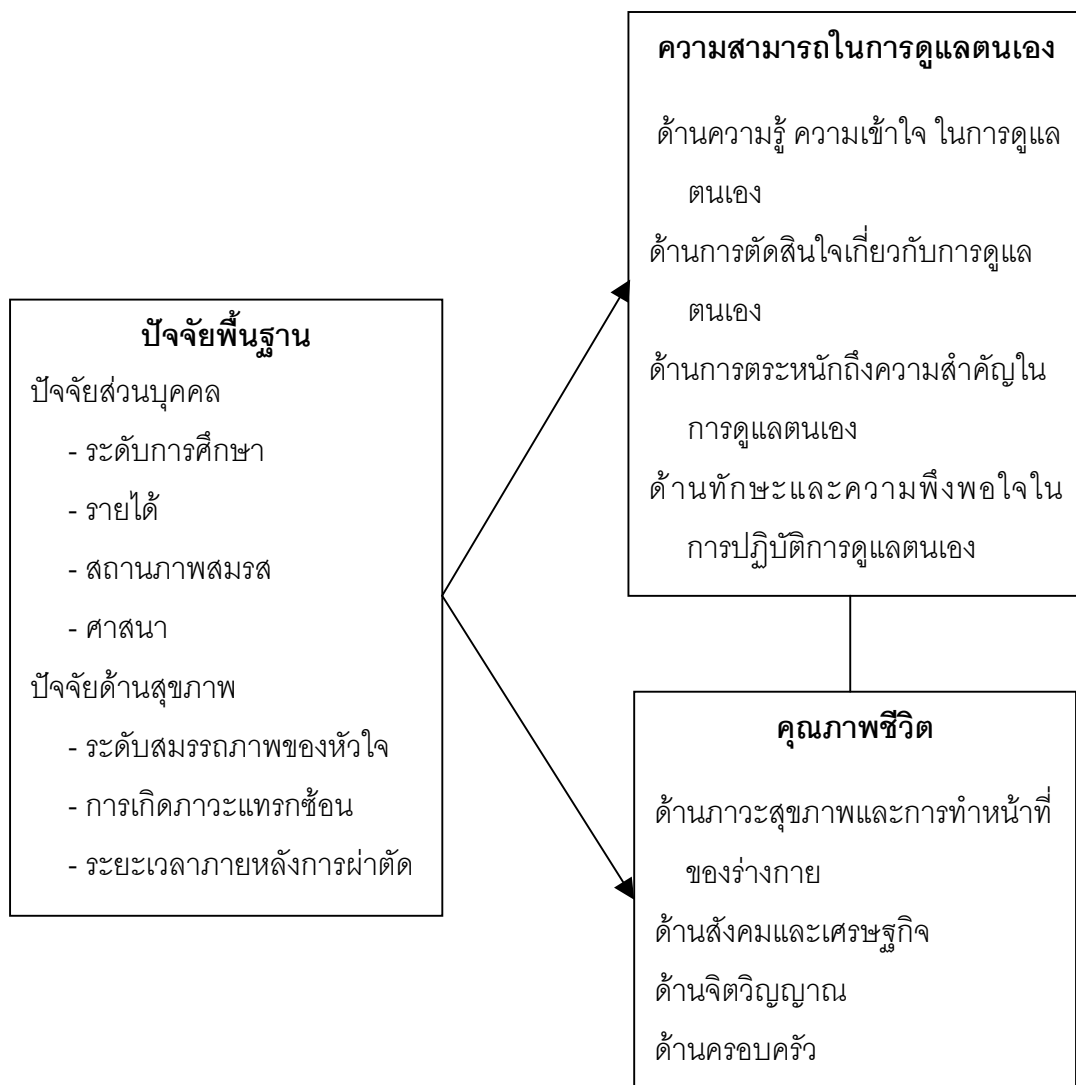
จากความรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในส่วนต่างๆ ของชีวิตที่บุคคลให้ความสำคัญ โดยประเมินระดับคุณภาพชีวิตตามแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจพิการของณัฐริฐิตา (2541) ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว

การศึกษาศาสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานของบุคคล ซึ่งโอริเริ่มเชื่อว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับเฟอร์แรน และพาวเวอร์ส ที่เชื่อว่าคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับปัจจัยดังกล่าวเช่นกัน นอกจากนี้จากผลการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด อันได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งหมายถึง ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพ

สมรรถ ศาสนา และปัจจัยด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึง ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด

การศึกษา เป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง (Orem, 2001) นอกจากนี้การศึกษายังเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสติปัญญา และสุขภาพของบุคคล เพราะการศึกษาช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ และความคิดของตน เพื่อแก้ปัญหาในการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม (ชัตติยา พวงเพ็ญ และฉันทนา, 2540) รายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต เมื่อเจ็บป่วยก็สามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกสบาย และสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองระหว่างการเจ็บป่วยได้ (ณัฐจิตา, 2541; สายฝน, 2540) โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังแม่จะทำการรักษาด้วยการผ่าตัดแล้วก็ยังต้องมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคตลอดชีวิต สถานภาพสมรรถ เป็นตัวบ่งชี้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม หรือการได้รับความเกื้อหนุนจากคู่สมรส การรับรู้ถึงการมีแหล่งสนับสนุนจะช่วยให้บุคคลคลายความเครียด มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีกำลังใจ ภาคภูมิใจ อบอุ่นใจ และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (พุมเมษา, 2542) และศาสนาเป็นความเชื่อที่มีอิทธิพลต่อสังคมและการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ซึ่งแต่ละศาสนาก็จะมีความเชื่อ การถือปฏิบัติ และข้อกำหนดที่ไม่เหมือนกัน (นุรุดดีน, 2540; อับดุลเลาะ, 2540)

ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัด เป็นตัวบ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคข้อจำกัดของร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ (จิระประภา, 2535; ณัฐจิตา, 2541) การเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นปัจจัยที่ขัดขวางการดำเนินชีวิตตามปกติของบุคคล โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังรักษาไม่หายขาด ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย อันเนื่องมาจากสภาพของโรค และมีผลกระทบต่อด้านอารมณ์ จิตใจ ครอบครัวย เศรษฐกิจ และสังคม นอกจากนี้การเกิดภาวะแทรกซ้อนยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเอง คือ ถ้ามีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีมักจะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น (จันทร์ทิรา, 2539) และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด สามารถบ่งบอกถึงระยะเวลาในการที่ได้เรียนรู้ และมีประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งคาดว่าจะมีผลต่อความคิด การแสดงออกต่อความเจ็บป่วย และการเรียนรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (จันทร์ทิรา, 2539) ดังที่ได้แสดงไว้ในกรอบแนวคิดการวิจัย (ภาพประกอบ 1)



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

สมมติฐานการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
2. ปัจจัยพื้นฐาน อันได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งหมายถึง ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพ

สมรรถ ศาสนา และปัจจัยด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึง ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด สามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐานต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งได้ทำการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่โรงพยาบาลยะลา และได้รับการจำหน่ายกลับบ้านไปแล้ว โดยศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม และคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของเฟอร์แรนส์ และพาวเวอร์ส

นิยามศัพท์

1. ปัจจัยพื้นฐาน หมายถึง ปัจจัยส่วนบุคคล อันได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรรถ ศาสนา และปัจจัยด้านสุขภาพ อันได้แก่ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด

1.1 ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของระยะเวลาที่ได้รับการศึกษาของผู้ป่วย นับตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงระดับการศึกษาสูงสุด

1.2 รายได้ หมายถึง จำนวนเงินโดยประมาณเป็นบาทที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับในแต่ละเดือน

1.3 สถานภาพสมรรถ หมายถึง สถานภาพของผู้ป่วยที่แบ่งตามการสมรรถ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ สถานภาพสมรรถคู่ กับโสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

1.4 ศาสนา หมายถึง ศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ศาสนาอิสลามกับศาสนาพุทธ

1.5 ระดับสมรรถภาพของหัวใจ หมายถึง ระดับความสามารถในการทำงานของหัวใจภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด แบ่งตามความทนทานในการใช้กำลัง (exercise tolerance) เป็น 4 ระดับ ตามการจำแนกของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (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 และเมื่อหยุดพักสักกระยะหนึ่ง จะกลับรู้สึกสบายดี หลังจากนั้นจะสามารถทำกิจกรรมต่อได้

ระดับที่ 3 ขณะทำกิจกรรมที่ออกแรงเพียงเล็กน้อย เช่น การกวาดบ้าน การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบ และจะกลับรู้สึกสบายเมื่อได้พักหรืออยู่เฉยๆ

ระดับที่ 4 ขณะพัก เช่น นอนหรือนั่งอยู่บนเตียงเฉยๆ ผู้ป่วยก็จะมีอาการเหนื่อยหอบ และถ้าออกแรงเพียงเล็กน้อยก็จะทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น

1.6 การเกิดภาวะแทรกซ้อน หมายถึง การเกิดอาการหรืออาการแสดงต่างๆ อันเป็นผลมาจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและการรักษา ทั้งที่มีผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาหรือมีผลให้ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และการติดเชื้อ เป็นต้น ทั้งนี้ในการให้ค่าของตัวแปรนี้จะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ มี และไม่มีภาวะแทรกซ้อน

1.7 ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด หมายถึง ระยะเวลาที่นับจำนวนเต็มเป็นเดือน โดยนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด จนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนเศษของเดือนที่เกิน 15 วัน ปัดเป็น 1 เดือน

2. ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ประเมินโดยใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของอิสระมาลัย (Isaramalai, 2002) ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ด้าน คือ ด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ด้านการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง และด้านทักษะและความพึงพอใจในการปฏิบัติกรดูแลตนเอง

3. คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต่อสภาพการณ์ และภาวะที่ปรากฏอยู่จริง ซึ่งแสดงออกในรูปความพึงพอใจในชีวิต ในแต่ละองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ประเมินโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการของณัฐฐิตา (2541) ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ด้าน คือ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว

4. การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด หมายถึง การผ่าตัดหัวใจในขณะที่หัวใจหยุดเต้นระหว่างการผ่าตัด โดยใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมทำหน้าที่สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย และเปลี่ยนก๊าซแทน

ความสำคัญของการวิจัย

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล โดยให้นำเอามโนคติของความสามารถในการดูแลตนเองมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

2. สนับสนุนให้บุคลากรในทีมสุขภาพได้ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

3. สนับสนุนให้บุคลากรในทีมสุขภาพได้ตระหนักถึงปัจจัยพื้นฐานต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และสามารถนำผลการศึกษาไปวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความสามารถในการดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4. เป็นแนวทางในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต หรือกับตัวแปรด้านอื่นๆ เช่น อึดทนโนทัศน์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และผู้ป่วยโรคอื่นๆ ให้กว้างขวางและลึกซึ้งต่อไป