นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และปัจจัยที่มีผลกระทบ@

ธิวาสา ลีวัธนะ[1]
แสงอรุณ อิสระมาลัย[2]
ช่อลดา พันธุเสนา[3]

Basic conditioning factors, self-care agency, and quality of life of patients following open heart surgery

Leewattana T, Isaramalai S, Punthusena C.
Male Surgery Ward, Nursing Department, Yala Hospital, Yala, 95000, Thailand
Department of Public Health Nursing, Faculty of Nursing,
Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90112, Thailand
Princess of Naradhiwas University, Narathiwas, 96000, Thailand
Songkla Med J 2008;26(2):141-150

Abstract:

The purposes of this descriptive research were to explain self-care agency, quality of life, and relationships between self-care agency and quality of life, and examine the predictability of selected basic conditioning factors (personal factors such as educational background, family income, marital status, and religion, and health factors such as functional class, post-surgery complications, and period of time after surgery), on self-care agency and quality of life. The purposively recruited sample consisted of 100 post-open heart surgery patients. The instruments were: (1) a demographic data form, (2) a self-care agency

---

@ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยบางส่วนจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลยะลา
[1]พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ตึกศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลยะลา อ.เมือง จ.ยะลา 95000
[2]Ph.D. (Nursing) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112
[3]คม. (วัดและประเมินผล) รองศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ อ.เมือง จ.นราธิวาส 96000
รับต้นฉบับวันที่ 10 พฤศจิกายน 2548 รับลงตีพิมพ์วันที่ 28 พฤศจิกายน 2550

questionnaire, and (3) a quality of life questionnaire. Data were analyzed using mean, standard deviation, correlation coefficient, and stepwise multiple regression. The results revealed that: (1) the mean self-care agency score was 5.22 (SD=.47), and the mean quality of life score was 24.54 (SD=2.94), (2) there was a significant positive relationship between self-care agency and quality of life (r=.59, p<.01), (3) two significant predictors could explain fourteen percent of the variances in total self-care agency scores: patients' functional class and family income (p<.05), and (4) two significant predictors could explain twenty-three percent of the variances in total quality of life scores: post surgery complications and period of time after surgery (p<.05).

Key words: *self-care agency, quality of life, open heart surgery*

บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ระดับคุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสอง รวมทั้งทดสอบอำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐาน อันได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส ศาสนา และปัจจัยด้านสุขภาพ คือ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 100 ราย กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และค่าสัมประสิทธิ์การทำนายโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการดูแลตนเองและระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระดับสมรรถภาพของหัวใจและรายได้ครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 14 (p<.05) และการเกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 23 (p<.05)

คำสำคัญ: *ความสามารถในการดูแลตนเอง, คุณภาพชีวิต, การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด*

บทนำ

โรคหัวใจเป็นโรคที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตในอันดับต้นๆ รองจากโรคมะเร็งและอุบัติเหตุ จากสถิติสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2544 และ 2545 พบอัตราการตายจากโรคหัวใจมีจำนวนลดลง[1] ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่มีความก้าวหน้าและรวดเร็วมากขึ้น โดยเฉพาะการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีการทำกันอย่างแพร่หลายและมีความก้าวหน้าขึ้นมากนับจากอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะตั้งแต่ได้มีการประดิษฐ์เครื่องปอดและหัวใจเทียมซึ่งช่วยให้การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดสามารถทำได้ประสบผลสำเร็จมากขึ้น

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) ช่วยให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น และมีสมรรถภาพร่างกายหลังผ่าตัดดีขึ้น โดยสามารถกลับไปทำงานและพึ่งพาตนเองได้ อย่างไรก็ตามในระยะฟื้นสภาพร่างกาย เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเองและจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพของตนเองเกือบทั้งหมด ต้องใช้ความสามารถในการดูแลตนเองสูง[2-4] เพื่อให้ตนเองปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้มากมายทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

การดูแลรักษาผู้ป่วยไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีชีวิตรอดเท่านั้น ต้องมีส่วนช่วยในการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[5-7] การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาและเป็นจุดหมายปลายทางในการดำเนินชีวิตของคน[8] ผู้ที่มีความเจ็บป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ถ้าสามารถดูแลตนเอง และจัดการควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมบูรณ์ มีงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดีจะมีคุณภาพชีวิต

ที่ดี[9-10] สอดคล้องกับทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของ Orem[11] ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคุณภาพชีวิต ในขณะที่การรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดีจะช่วยส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองหรืออาจกล่าวได้ว่าการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตมีส่วนส่งเสริมซึ่งกันและกัน[7] และมีความสัมพันธ์ทางบวก[2, 12-15]

การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดสามารถทำได้โดยการส่งเสริมให้ความสามารถในการดูแลตนเอง[16] โดยตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองตามกระบวนการของชีวิต และคงไว้หรือส่งเสริมให้โครงสร้างร่างกายสามารถทำหน้าที่ มีพัฒนาการ และก่อให้เกิดความผาสุก ซึ่งหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามแนวคิดของ Orem[11] นอกจากนี้ปัจจัยพื้นฐานของบุคคลยังสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต[17-18] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ ระดับการศึกษา[10, 13, 21-22, 28] รายได้[13, 22, 28] สถานภาพสมรส[10, 23-24] ระดับสมรรถภาพของหัวใจ[3] และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด[2] และปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระดับการศึกษา[8, 14, 25] รายได้[8, 13, 26, 29] สถานภาพสมรส[8, 14] ระดับสมรรถภาพของหัวใจ[27, 30] การเกิดภาวะแทรกซ้อน[27, 31] และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด[8, 27]

จากผลงานวิจัยต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมา จึงมีสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ว่าปัจจัยส่วนบุคคล อันได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และปัจจัยด้านสุขภาพ อันได้แก่ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดจะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในขณะเดียวกันความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตน่าจะมีความสัมพันธ์ต่อกัน

นอกจากนั้นผู้วิจัยยังได้เพิ่มปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลในเรื่องการนับถือศาสนามาเป็นอีกปัจจัยหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้ด้วย เนื่องจากในภาคใต้ โดยเฉพาะเขต 5 จังหวัดชายแดนประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามและมีวิถีการดำเนินชีวิตภายใต้โครงสร้างทางสังคมในกรอบแห่งศาสนาอิสลาม[32-33] ทำให้ประชากรกลุ่มนี้มีความแตกต่างในรูปแบบของการดำเนินชีวิตสังคม วัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อด้านสุขภาพจากศาสนาอื่น ๆ อย่างเห็นได้ชัด[34] โดยมีหลักปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพและการเจ็บป่วยตามแนวทางอิสลาม[35] ดังนั้นผู้วิจัยจึงเชื่อว่าการที่บุคคลมีการดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตอย่างไรนั้นส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากศาสนาที่มีอิทธิพลต่อความคิดและวิถีชีวิตของบุคคล

ดังนั้น ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นผู้มีบทบาทสำคัญยิ่งในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด รวมทั้งหาอำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ ที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อวางแผนช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่ออธิบายระดับความสามารถในการดูแลตนเองและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
2. เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
3. เพื่อทดสอบอำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐานบางประการ อันได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งหมายถึง ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ศาสนา และปัจจัยด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึง ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่วินิจฉัยว่า ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ณ โรงพยาบาลยะลา และได้รับการจำหน่ายกลับบ้านไปแล้วเป็นเวลา 3 เดือน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน อยู่ในสภาพที่สามารถให้ข้อมูลได้ มีความเข้าใจ และสามารถสื่อสารด้วยการพูดและฟังภาษาไทยได้ดี ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดขึ้นจากการคำนวณด้วยสูตรวิเคราะห์อำนาจการทดสอบสถิติของ Cohen โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% และกำหนดอำนาจการทดสอบที่ .80 ร่วมกับการใช้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายอธิบายการเปลี่ยนแปลงของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดอัตราความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม (correlation of determination: R) เท่ากับ .36 ซึ่งจากการคำณวนด้วยสูตรวิเคราะห์ดังกล่าวได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2. แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองฉบับภาษาไทย (self-as-carer inventory Thai version: SCIT) ของแสงอรุณ อิสระมาลัย[36] ประกอบด้วยคำถาม 40 ข้อ 4 ด้าน คือ ด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ด้านการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง และด้านทักษะและความพึงพอใจในการปฏิบัติการดูแลตนเอง คะแนนมี 6 อันดับ คือ น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน จนถึงมากที่สุด เท่ากับ 6 คะแนน โดยมีค่าความเที่ยงจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coeffcient) ของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง .94-.96

3. แบบวัดคุณภาพชีวิต ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการของณัฐฐิตา เพชรประไพ[27] ประกอบด้วยคำถาม 35 ข้อ ใน 2 มิติ คือ มิติของความพึงพอใจ และมิติของความสำคัญ แต่ละมิติประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว ลักษณะของแบบวัดชุดนี้เป็นมาตรวัดประมาณค่าลิเคิต 6 ระดับ คือ ไม่พึงพอใจเลยและไม่สำคัญเลย เท่ากับ 1 คะแนน จนถึงพอใจมากที่สุดและสำคัญมากที่สุด เท่ากับ 6 คะแนน คะแนนคุณภาพชีวิตของเครื่องมือชุดนี้คิดจากทั้งสองมิติรวมกัน โดยมีค่าคะแนนทั้งรายด้านและโดยรวมตั้งแต่ 0 ถึง 30 คะแนน เครื่องมีค่าความเที่ยงจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coeffcient) ของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .90

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม โดยให้ผู้ป่วยแต่ละรายระบุถึงระดับความสามารถในการดูแลตนเองตามการรับรู้ของตน ซึ่งเป็น 4 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง และไม่ดี พร้อมกับระบุเหตุผลประกอบการประเมิน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 รายโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามดังนี้ แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 และแบบวัดคุณภาพชีวิตมีค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .94 โดยในมิติของความพึงพอใจมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .91 และในมิติของความสำคัญมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์ในแฟ้มประวัติการดูแลรักษาของผู้ป่วย และจากการสอบถามตามเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากสมุดทะเบียนผ่าตัด คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่มีการนัดมาตรวจในระหว่างที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกในระหว่างที่ผู้ป่วยรอตรวจ กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่ไม่มีการนัดมาตรวจในระหว่างที่เก็บข้อมูล หรือไม่มีการนัดมาตรวจต่ออย่างเนื่อง ผู้วิจัยส่งจดหมายแนะนำตัว และรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการไปเก็บข้อมูลที่บ้านโดยใช้เวลาในการสอบถามประมาณ 60 นาที ต่อ 1 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของปัจจัยพื้นฐานต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67) มีอายุเฉลี่ย 38.28 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 67) นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 67) จบชั้นประถมศึกษา มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท มีสมรรถภาพของหัวใจในระดับที่ 1 (ร้อยละ 62) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ร้อยละ 84) และมีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเฉลี่ย 15.21 เดือน (SD=10.02)

สำหรับคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 5.22 คะแนน (SD=.47) และด้านที่มีค่าคะแนนสูงสุดคือ ด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเท่ากับ 5.35 คะแนน (SD=.50) รองลงมาคือ ด้านทักษะและความพึงพอใจในการปฏิบัติการดูแลตนเอง เท่ากับ 5.17 คะแนน (SD=.57) และด้านการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองเท่ากับ 5.13 คะแนน (SD=.69) สำหรับด้านที่มีค่าคะแนนต่ำสุดคือ ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เท่ากับ 5.11 คะแนน (SD=.52) (จากคะแนนเต็ม 6 คะแนน) คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้ง 2 มิติเฉลี่ยเท่ากับ 24.54 คะแนน (SD=2.94) และด้านที่มีค่าคะแนนสูงสุดคือ ด้านครอบครัว เท่ากับ 26.60 คะแนน (SD=3.24) รองลงมาคือ ด้านจิตวิญญาณ เท่ากับ 25.07

คะแนน (SD=3.50) และด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย เท่ากับ 24.44 คะแนน (SD=3.00) สำหรับด้านที่มีค่าคะแนนต่ำสุดคือ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เท่ากับ 23.24 คะแนน (SD=3.99) (จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน) นอกจากนี้ยังพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต (r=.59, p<.01)

ตัวแปรที่สามารถทำนายความแปรปรวนของค่าคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองได้คือ ระดับสมรรถภาพของหัวใจและรายได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนายเท่ากับ .14 (p<.05) โดยระดับสมรรถภาพของหัวใจเป็นตัวแปรที่ทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้มากที่สุดคือ ร้อยละ 8 (p<.05) (ตารางที่ 1) ตัวแปรที่สามารถทำนายความแปรปรวนของค่าคะแนนคุณภาพชีวิตได้คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนายเท่ากับ .23 (p<.05) โดยการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นตัวแปรที่ทำนายคุณภาพชีวิตได้มากที่สุดคือ ร้อยละ 16 (p<.01) (ตารางที่ 2)

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบจำนวนผู้ป่วยที่รายงานว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดีมาก 20 ราย ดี 49 ราย ปานกลาง 29 ราย และไม่ดี 2 ราย เหตุผลสำคัญใน 3 ลำดับแรกที่ผู้ป่วยเหล่านั้นให้การสนับสนุนการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดีถึงดีมาก คือ มีสุขภาพดีและแข็งแรงขึ้น (25 ราย) มีความรู้ในการดูแลตนเองและเอาใจใส่สุขภาพสม่ำเสมอ (21 ราย) และไม่มีปัญหาหลังผ่าตัด (7 ราย) เหตุผลสำคัญใน 3 ลำดับแรกที่ผู้ป่วยรายงานว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง คือ ยังรู้สึกวิตกกังวล กลัว และไม่มั่นใจในตนเอง (8 ราย) ยังแข็งแรงไม่เต็มที่ (8 ราย) มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองน้อย (6 ราย) และรายได้ไม่เพียงพอ (5 ราย) นอกจากนี้มีผู้ป่วยซึ่งรายงานว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองยังไม่ดี ได้ให้เหตุผลว่าเป็นเพราะยังแข็งแรงไม่เต็มที่ (2 ราย)

นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยรายงานว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตในระดับดีมาก 25 ราย ดี 43 ราย ปานกลาง 28 ราย และไม่ดี 4 ราย เหตุผลสำคัญใน 3 ลำดับแรกที่ผู้ป่วยให้การสนับสนุนการประเมินคุณภาพชีวิตในระดับดีถึงดีมาก คือ มีสุขภาพดีแข็งแรงขึ้น และไม่เหนื่อย (36 ราย) มีครอบครัวอบอุ่น (10 ราย) สามารถทำอะไรได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (5 ราย) และรู้สึกเหมือนคนปกติ (5 ราย) เหตุผลสำคัญใน 3 ลำดับแรกที่ผู้ป่วยซึ่งรายงานว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง คือ รายได้ยังไม่เพียงพอ (13 ราย) ยังแข็งแรงไม่เต็มที่ (6 ราย) และมีปัญหาในครอบครัว (4 ราย) นอกจากนี้มีผู้ป่วยรายงานว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตไม่ดี ได้ให้เหตุผลว่าเป็นเพราะยังไม่แข็งแรง (2 ราย) และไม่มีงานทำ (2 ราย)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง

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

df = 97, R = .37, R^2 = .14

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับคุณภาพชีวิต

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

df = 97, R = .48, R^2 = .23

วิจารณ์

ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง

การที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในการศึกษาครั้งนี้มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับที่ดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยอายุระหว่าง 16-72 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 38.28 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ยังไม่มีความเสื่อมถอยตามวัยมากนัก ผู้ป่วยจึงยังสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลตนเองได้ และจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 67) การมีคู่สมรสทำให้ผู้ป่วยได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากคู่สมรส ผู้ป่วยจึงมีกำลังใจ มีคู่คิด และมีบุคคลที่คอยช่วยเหลือค้ำจุนในการดูแลตนเอง ประกอบกับการผ่าตัดช่วยให้อาการของโรคหัวใจที่เป็นอยู่ทุเลาลง คือ มีอาการเหนื่อยหอบน้อยลงและสุขสบายมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจในระดับที่ 1 (ร้อยละ 62) และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ร้อยละ 84) ผู้ป่วยจึงสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ทั้งการทำงาน การออกกำลังกาย รวมทั้งสามารถช่วยเหลือตนเองและพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งจากการศึกษามีผู้ป่วยจำนวน 25 ราย ได้ให้เหตุผลสนับสนุนถึงการมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดีถึงดีมากว่าเป็นเพราะมีสุขภาพดีและแข็งแรงขึ้นหลังผ่าตัด และอีก 7 รายเป็นเพราะการไม่มีปัญหาหลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดดี ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองสูงสุดและมีผู้ป่วยจำนวน 21 ราย ได้ให้เหตุผลสนับสนุนถึงการมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดีถึงดีมาก ว่าเป็นเพราะมีความรู้ในการดูแลตนเอง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมิน วิเคราะห์ สังเคราะห์ และตัดสินใจเลือกกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม[11] ผู้ป่วยจึงมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี

ระดับคุณภาพชีวิต

สำหรับผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดี อาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจอยู่ในระดับที่ 1 (ร้อยละ 62) และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ร้อยละ 84) จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้นจากอาการของโรคหัวใจที่ทุเลาลงหลังผ่าตัด และสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองมากขึ้น[37] ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดนาน (ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาหลังผ่าตัดเท่ากับ 15.21 เดือน) จึงทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ และเกิดการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง โดยมีงานวิจัยสนับสนุนว่าผู้ป่วยที่ได้ผ่านระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดมานานจะเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและมีประสบการณ์การจัดการกับภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดน้อยกว่า[38] นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ (อายุเฉลี่ย 38.28 ปี) ที่คาดว่าน่าจะมีวุฒิภาวะ พัฒนาการ ประสบการณ์ การคิด การรับรู้ และการตัดสินใจที่ดี ผู้ป่วยจึงสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ค่อนข้างดี และมีรูปแบบในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม จึงส่งผลให้มีการรับรู้หรือประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองในระดับที่ดี และจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 67) ซึ่งเชื่อว่าการมีคู่สมรสหรือบุคคลสำคัญที่ใกล้ชิด ผูกพัน และไว้วางใจได้มากที่สุด จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือ กำลังใจ และการปลอบใจจากคู่สมรส ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม[45] ผู้ป่วยจึงมีการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับที่ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต

จากผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r=.59$, $p<.01$) สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมา[2, 10, 12-15, 39-42] และสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า ผู้ป่วยได้รายงานเหตุผลสนับสนุนการประเมินระดับความสามารถในการดูแลตนเอง และระดับคุณภาพชีวิตในประเด็นที่คล้ายคลึงกัน ดังเช่นข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รายงานระดับความสามารถในการดูแลตนเอง และระดับคุณภาพชีวิตในระดับดีถึงดีมาก (จำนวน 25 ราย และ 36 ราย ตามลำดับ) ซึ่งต่างให้เหตุผลสนับสนุนว่าเป็นเพราะตนเองมีสุขภาพดี และแข็งแรงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยซึ่งได้รายงานความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดีถึงปานกลาง (จำนวน 10 ราย และ 8 รายตามลำดับ) ต่างให้เหตุผลสนับสนุนว่าเป็นเพราะยังแข็งแรงไม่เต็มที่ จากข้อสังเกตที่กล่าวมาสนับสนุนข้อเสนอที่ว่า การดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตมีส่วนส่งเสริมซึ่งกันและกัน[7] ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของ Orem[11] ที่ว่าการดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคุณภาพชีวิต ในขณะที่การรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดีจะเป็นสิ่งกระตุ้นและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

อำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐานที่ศึกษาต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

จากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ระดับสมรรถภาพของหัวใจและรายได้ครอบครัว สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 14 (R^2=.14, p<.05) และตัวแปรที่เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดของความสามารถในการดูแลตนเองคือ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ (ร้อยละ 8) อธิบายได้ว่าระดับสมรรถภาพของหัวใจเป็นตัวบ่งชี้ถึงสมรรถภาพของร่างกาย ความรุนแรงของโรค และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจในระดับที่ 1 จะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจในระดับที่ 2[43] และผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจในระดับที่ดีจะสามารถช่วยเหลือตนเอง มีการเรียนรู้และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจในระดับที่ต่ำกว่า[3]

ส่วนตัวทำนายความสามารถในการดูแลตนเองตัวถัดมา คือ รายได้ครอบครัว สามารถอธิบายได้ว่ารายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ที่มีรายได้ครอบครัวเพียงพอจะเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต และสามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกสบาย และสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองระหว่างการเจ็บป่วยได้[8, 27] โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ถึงแม้จะทำการรักษาด้วยการผ่าตัดแล้วก็ยังต้องมาติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคไปตลอดชีวิต ดังนั้นรายได้จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

อำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐานที่ศึกษาต่อคุณภาพชีวิต

จากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 23 (R^2=.23, p<.05) และตัวแปรที่เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดของคุณภาพชีวิตในการศึกษาครั้งนี้คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 16) การเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่อย่างทุกข์ทรมาน เบื่อหน่าย และต้องดำเนินชีวิตภายใต้ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจในความสามารถของตนเองต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การเกิดภาวะแทรกซ้อนยังเป็นสัญญาณที่บอกให้ทราบถึงอาการของโรคซึ่งอาจจะเลวลงได้ในไม่ช้า ผู้ป่วยจึงเกิดความกลัวและรู้สึกวิตกกังวลต่อความไม่แน่นอนในภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตได้เช่นกัน[27]

ส่วนตัวทำนายคุณภาพชีวิตตัวถัดมา คือ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด สามารถอธิบายได้ว่า ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดบ่งชี้ถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งอาจจะมีผลต่อทัศนคติ และการแสดงออกต่อความเจ็บป่วย ตลอดจนการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง ซึ่งระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้และยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ดีขึ้น[44] จึงอาจส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตได้

สำหรับระดับสมรรถภาพของหัวใจซึ่งเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=.25) แต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ทั้งนี้เป็นเพราะตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำมาก ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด มีระดับสมรรถภาพของหัวใจในระดับที่ 1 และ 2 ซึ่งเป็นระดับที่ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ จึงอาจเป็นเหตุให้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้ ประเมินระดับคุณภาพชีวิตได้ไม่แตกต่างกัน และจากผลการวิจัยที่พบว่าศาสนาไม่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคนส่วนใหญ่ไม่ว่าจะมีพื้นฐานการนับถือศาสนาใด ๆ ก็ตามมักเชื่อว่าหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดของชีวิต ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นที่หัวใจ และต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดผู้ป่วยจึงดูแลเอาใจใส่สุขภาพเป็นอย่างดี และสม่ำเสมอ เพื่อให้ตนเองปลอดภัย และมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตได้ไม่แตกต่างกันไม่ว่าจะนับถือศาสนาอิสลามหรือศาสนาอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนี้ พยาบาลผู้ปฏิบัติการควรจะได้คำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจไม่ดี มีรายได้ต่ำ เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือหลังผ่าตัดไม่นาน เพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรมีมาตรการในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และมาตรการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยการให้คำปรึกษา แนะนำแก่ผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาของความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในเชิงคุณภาพในมิติของวิถีการดำเนินชีวิตภายใต้วัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดมาจากความเชื่อทางศาสนาในเชิงคุณภาพเพิ่มเติม ทั้งนี้เพื่อสามารถสร้างองค์ความรู้ที่เฉพาะในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรในพื้นที่ที่ศึกษาต่อไป

2. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือที่วัดความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตที่สะท้อนถึงมิติของวิถีการดำเนินชีวิต วัฒนธรรม และประเพณีที่สืบทอดมาจากความเชื่อในศาสนาที่แตกต่างกัน

ข้อจำกัดของการวิจัย

จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ที่ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อาจทำให้มีข้อจำกัดในการนำผลวิจัยไปอ้างถึงประชากรที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทั้งหมด และการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ซึ่งอาจจะทำให้อธิบายความเป็นเหตุเป็นผลของปัจจัยที่นำมาใช้ในการทำนายครั้งนี้ได้ไม่สมบูรณ์ทั้งหมด

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ระดับสมรรถภาพของหัวใจและรายได้สามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง และการเกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข [hompage on the Internet]. [เข้าถึง 10 พฤศจิกายน 2545]. สืบค้นจาก: http://www.spko.moph.go.th/dataCenter/cause_death.
2. จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
3. พรทิพา ศุภราศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2538.
4. สมพันธ์ หิญชีระนันทน์. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วารสารพยาบาล 2540; 47:166-75.
5. Donovan MI. Symptom management: the nurse in the key. In: Corkle RM, Hongladarom G. editos. Issues and topics in cancer nursing. Norwalk: Appleton-Century-Crofts; 1986.
6. Molzahn AE. Quality of life after organ transplantation. J Adv Nurs 1991;16:1042-7.
7. Padilla GV, Grant MM. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. Adv Nurs Sci 1985;8:45-60.
8. สายฝน จับใจ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
9. จริยาวัตร คมพยัคฆ์. การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง วิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า: ทิศทางและรูปแบบ. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลศิริราช; 2537;14-21.
10. นัยนา พิพัฒน์เวณิชชา. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2535.
11. Orem DE. Nursing: concepts of practices. 6th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 2001.
12. กนกพร ใจแก้ว. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2537.

13. จักรกฤษณ์ พิญญาพงษ์. รูปแบบความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ 2544;16:34-41.
14. วารี กังใจ. ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2541;6:13-9.
15. Jaarsma T, Halfens, R, Tan F, Abu-Saad HH, Dracup K, Diederiks J. Self-care and quality of life in patients with advance heart failure: the effect of a supportive educational intervention. Heart & Lung 2000;29:319-30.
16. อำภาพร พัววิไล, วิมลรัตน์ บุญเสถียร. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยทางการพยาบาล 2544;5:255-79.
17. สมจิต หนุเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: วี. เจ. พริ้นติ้ง; 2537.
18. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life of hemodialysis patients. ANNA J 1993;20:575-581.
19. นมิตา ล. สกุล. ภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
20. สมพร ชินโนรส, ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วารสารพยาบาล 2542;48:26-32.
21. ทวีวรรณ กิ่งโคกกรวด. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
22. จุฑารัตน์ กมลศรีจักร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
23. Anderson JA. Understanding homeless adults by testing the theory of self-care. Nurs Sci Q 2001;14:59-67.
24. Rot CK, Persson A, Gardulf A. The health-related quality of life of patients suffering from the late effects of polio (post-polio). J Adv Nurs 2000;32:164-173.
25. สุธาทิพย์ อุปลาบัติ. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.
26. Mingxia Z. Quality of life of non-insulin dependent diabetes mellitus patients [Unpublished master′ s thesis]. Ciangmai: Ciangmai University; In press 1997.
27. ณัฐฐิตา เพชรประไพ. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2541.
28. สมจิต หนุเจริญกุล, จริยา วิทยศุภร, ยุวดี ภาชา, วันทนา มณีศรีวงศ์กูล. การทบทวนและการวิเคราะห์เชิงอภิมานในงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2531-2542. วารสารวิจัยทางการพยาบาล 2544;5:132.
29. สมพิศ พรหมเดช. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนไต [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.
30. Juenger T, Schellberg D, Kraemer S, Haunstetter A, Zugck C, Herzog W, et al. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. Heart 2002;87:235-41.
31. Grady KL, Jalowiec A, White-Williams C. Predictors of quality of life in patients at one year after heart transplantation. J Heart Lung Transplant 1999;18:202-10.
32. นูรุดดีน สารีมิง. แนวทางของอิสลามเกี่ยวกับความตาย และการปฏิบัติต่อคนไข้มรณะวิถี. วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 2540;3:75-91.
33. อับดุลเลาะ หนุ่มสุข. อิสลามกับความหลากหลายของมุสลิม: แตกต่างแต่ไม่แตกแยก. เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่องแลโลกมุสลิม: เส้นทางสู่องค์ความรู้ ณ หอประชุมวิทยาลัยอิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี,

วันที่ 26-27 มิถุนายน พ.ศ. 2540. ปัตตานี: วิทยาลัยอิสลามศึกษา; 2540:1-3

34. ศรีสมภพ จิตร์ภิรมย์ศรี, พะเยาว์ ละกะเต็บ, ราซีด๊ะ ระเด่นอาหมัด, อาคม โสวณา. พลวัตรทางสังคมกับปัญหาความมั่นคงในจังหวัดชายแดนภาคใต้. รูสมิแล 2543;21: 47-53.
35. วินัย สะมะอุน. ความรู้เรื่องศาสนาอิสลามสำหรับพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2541;10:30-4.
36. Isaramalai S. Developing a cross-cultural measure of the self-as-care-inventory questionnair for thai population [abstract]. Columbia: University of Missouri-Columbia; 2002.
37. สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อระดับความรู้และการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2537.
38. จิรประภา ภาวิไล. การศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.
39. นิตยา ตากวิริยะนันท์. ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษาครบ [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร, มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
40. ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2532.
41. วรวรรณ เหนือคลอง. ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
42. สนธยา พิชัยกุล. ความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้ความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.
43. Samranbua A. Factors influencing holistic health of post cardiac valvular replacement patients [Unpublished master' thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2001.
44. Kottket FI. Philosophic consideration of quality of life for disabled. Archives of physical medicine and rehabilitation 1982;63:60-2.
45. ฉัตรวลัย ใจอารีย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533.