

## บทความวิจัย

# ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ Relationship Between Cardiac Rehabilitation Behaviors and Quality of Life Among Patients Post Coronary Artery Bypass Graft

อัฉรา เข้มทอง<sup>1</sup> หทัยรัตน์ แสงจันทร์\*<sup>2</sup> ขนิษฐา นาคะ<sup>2</sup>  
Atchara Khemthong<sup>1</sup> Hathairat Sangchan<sup>2\*</sup> Kanittha Naka<sup>2</sup>

<sup>1</sup>นักศึกษาระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

<sup>1</sup>Master Student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

<sup>2</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

<sup>2</sup>Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

\*Corresponding author: hathairat.s@psu.ac.th

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ในระยะหลังผ่าตัด 4-6 เดือน จำนวน 40 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และ 3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคของแบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้เท่ากับ .77 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังผ่าตัดหัวใจทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยรวมในระยะ 4-6 เดือนอยู่ในระดับสูง ( $M=2.19$ ,  $SD=0.41$ ) โดยพฤติกรรมด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ( $M=2.57$ ,  $SD=0.29$ ) รองลงมาคือด้านการจัดการความเครียด ( $Mdn=2.38$ ,  $IQR=0.94$ ) และด้านการออกกำลังกาย ( $M=1.75$ ,  $SD=0.83$ ) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ( $M=23.95$ ,  $SD=3.33$ ) และพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r= .53$ ,  $p< .001$ ) โดยพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r= .37$ ,  $p< .01$ )

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะด้านการออกกำลังกาย ดังนั้น ควรมีแนวทางส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และมีวิธีการจัดการอาการเพื่อลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ อันจะส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิต; พฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ; ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

## Abstract

*This descriptive study aimed to investigate the relationship between cardiac rehabilitation behaviors and quality of life among patients post coronary artery bypass graft (CABG). The purposive sample consisted of 40 patients with CABG surgery of a tertiary hospital in southern Thailand, during 4-6 months post-operative. The data were collected by 1) the Demographic Data and Illness History Sheet, 2) the Cardiac Rehabilitation Behaviors for Patients Post-CABG Questionnaire, and 3) the Quality of Life for Patients Post-CABG Questionnaire, which were validated by three experts. The reliability of the cardiac rehabilitation behaviors questionnaire, and the quality of life questionnaire were examined and yielded Cronbach's alpha coefficient of .77 and .93 respectively. The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson product moment correlation, and Spearman rank correlation.*

*The results showed that the mean score of total cardiac rehabilitation behaviors of the subjects was at a high level ( $M=2.19$ ,  $SD=0.41$ ). The mean score of cardiac rehabilitation behaviors related to life modification behaviors was highest ( $M=2.57$ ,  $SD=0.29$ ) followed by stress management ( $Mdn=2.38$ ,  $IQR=0.94$ ) and exercise behaviors ( $M=1.75$ ,  $SD=0.83$ ). The mean score of the quality of life of the subjects was at a high level ( $M=24.00$ ,  $SD=3.30$ ). There were significantly positive correlation between the cardiac rehabilitation behaviors and the quality of life ( $r= .53$ ,  $p< .001$ ), and between exercise behaviors and the quality of life ( $r= .37$ ,  $p< .05$ ).*

*These findings showed that the cardiac rehabilitation behaviors, particularly exercise, had significant correlation with the quality of life. Therefore, the cardiac rehabilitation behaviors should focus on continuing exercise, in addition symptom management should be promoted for decreasing obstacle to perform cardiac rehabilitation behaviors in order to enhance the quality of life of coronary artery disease patients.*

**Keywords:** cardiac rehabilitation behavior; coronary artery bypass graft; quality of life

## ความเป็นมาของปัญหา

การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft: CABG) เป็นวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นการทำให้มีหลอดเลือดนำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ใหม่ (myocardial revascularization) โดยการนำหลอดเลือดมาทำเป็นทางเชื่อมระหว่างหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตา กับหลอดเลือดส่วนล่างของบริเวณที่ตีบตัน<sup>1</sup> จึงสามารถลดอัตราการเสียชีวิตทันทีทันใดได้ เพิ่มอัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตในระยะยาว<sup>2</sup> อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดส่วนใหญ่ใช้วิธีการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดซึ่งต้องใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมในระหว่างการผ่าตัด ทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายประการ ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เผื่อระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และฟื้นฟูสมรรถภาพ

## หัวใจอย่างต่อเนื่อง

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจได้ฟื้นฟูสภาพการทำงานของหัวใจ จนสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ในระดับที่เหมาะสม ฟื้นฟูสภาวะจิตใจอารมณ์ให้กลับสู่สิ่งแวดล้อมและสังคม สามารถประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับสภาวะร่างกายได้ และเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยแนวปฏิบัติทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูได้กำหนดกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ระยะที่ 1 ตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะที่ 2 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนถึงประมาณ 4-12 สัปดาห์หลังการจำหน่าย ระยะที่ 3 ต่อเนื่องจากระยะที่ 2 จนถึง 4-6 เดือน ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายคงที่และระยะที่ 4 ต่อเนื่องมาจากระยะที่ 3 ไปจนถึงตลอดชีวิตของผู้ป่วย<sup>3</sup> พฤติกรรม

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านซึ่งเป็นระยะที่ 3 และ 4 ประกอบด้วย 1) การออกกำลังกายระดับปานกลาง ได้แก่ แอโรบิกแบบเบา เดิน ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ วันละ 20-60 นาที จำนวน 3-5 วันต่อสัปดาห์<sup>4,5</sup> 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ บริโภคอาหารที่เหมาะสม งดสูบบุหรี่ พักผ่อนเพียงพอ เป็นต้น และ 3) การจัดการความเครียด ควบคุมอารมณ์<sup>6,7</sup>

จากการทบทวนงานวิจัยในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยและการได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )<sup>8</sup> และพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมที่บ้าน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )<sup>9</sup> และผลการสังเคราะห์งานวิจัยในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต<sup>10</sup> รายงานการวิจัยดังกล่าวนี้ ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้รักษาด้วยการผ่าตัด

สำหรับในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีการศึกษาผลของการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการบริการมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) และมีสมรรถนะทางกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม<sup>11</sup> และการศึกษาคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจในระยะ 6 เดือนแรก พบว่า อยู่ระดับปานกลางหรือดี และดีขึ้นในระยะหลังผ่าตัด 6 เดือน<sup>12-14</sup> ยังไม่มีรายงานการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจในระยะ 4-6 เดือน ซึ่งเป็นระยะฟื้นฟูสมรรถนะหัวใจระยะที่ 3 และเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายคงที่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในขณะที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่เหมาะสม อันจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งแนวคิดของ Holzemer<sup>15</sup> ได้เสนอแนวทางการวัดผลลัพธ์การบริการทางสุขภาพ (the outcomes model for health care research) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กันคือ ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์

(outcome) ในมิติด้านองค์กร (setting) ผู้ให้บริการ (provider) และผู้ใช้บริการ (client) ดังนั้น การวิจัยประเมินผลลัพธ์ในมิติด้านผู้ใช้บริการจึงสามารถสะท้อนคุณภาพของการบริการด้านองค์กรและด้านผู้ใช้บริการได้<sup>6</sup>

การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นศึกษาผลลัพธ์ในมิติของผู้ใช้บริการซึ่งเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระยะ 4-6 เดือน โดยปัจจัยนำเข้าในมิติของผู้ใช้บริการ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย กระบวนการในมิติของผู้ใช้บริการ หมายถึง พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และผลลัพธ์ในมิติของผู้ใช้บริการ หมายถึง คุณภาพชีวิต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระยะ 4-6 เดือน เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เป็นประโยชน์และนำไปสู่การปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการบริการด้านองค์กรและด้านผู้ใช้บริการ เพื่อให้การส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

### สมมติฐาน

พฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดของ Holzemer<sup>15</sup> เป็นแนวทางการวัดผลลัพธ์การบริการทางสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ใช้บริการ ในการศึกษาพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย<sup>3</sup>

ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการจัดการความเครียด และใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของ Ferrans and Powers<sup>17</sup> เป็นแนวทางการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในระยะ 4-6 เดือน

### วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ กลุ่มผู้ป่วย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ Polit and Back<sup>18</sup> กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 และอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 และจากผลการศึกษาของ Leewattana, et al.<sup>14</sup> ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใกล้เคียงกัน คือ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้ค่าความสัมพันธ์ (r) เท่ากับ = .59 จึงใช้ขนาดอิทธิพล (effect size) .50 จากตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 32 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้ คือ 1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) มารับการติดตามรักษาในช่วง 4-6 เดือนหลังผ่าตัด และ 3) สามารถพูดคุย สื่อสารได้เข้าใจ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 ราย

### จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ รหัสโครงการ 59-315-19-9 รับรองวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2560 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบเพื่อทำความเข้าใจในทุกขั้นตอนของการวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการเข้าร่วม ก่อนที่จะลงลายมือชื่อเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า จะปกปิดข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรับบริการ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

**เครื่องมือในการวิจัย** ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้

ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรักษา ประวัติการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Thongmak<sup>8</sup> ที่สร้างขึ้นจากแนวทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจของ ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย<sup>3</sup> ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย 12 ข้อ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 12 ข้อ และด้านการจัดการความเครียด 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ได้แก่ 0 (ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย) 1 (ปฏิบัติกิจกรรมนั้นนานๆ ครั้ง) 2 (ปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยครั้ง) และ 3 (ปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ) แปลผลคะแนนโดยใช้คะแนนเฉลี่ย

0.00-1.00 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอยู่ในระดับต่ำ

1.01-2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง

2.01-3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Quality of Life Index, Cardiac version IV: QLI) ของ Ferrans and Powers<sup>17</sup> ซึ่งเอมอร์ แสงสิริ แปลเป็นภาษาไทย และใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และ Leewattana, et al.<sup>14</sup> ได้ปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมในการประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผ่านการตรวจสอบหาความเที่ยงจากความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของเครื่องมือทั้งชุดได้ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .95 ผู้วิจัยจึงนำมาดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมกับการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย 16 ข้อ ด้านภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ 8 ข้อ ด้านภาวะทางจิตวิญญาณ 7 ข้อ และด้านภาวะทางครอบครัว 4 ข้อ คำตอบของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 2 มิติ คือ

มิติที่ 1 ความพึงพอใจ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 1 (ไม่พึงพอใจเลย) 2 (พึงพอใจน้อยที่สุด) 3 (พึงพอใจน้อย) 4 (พึงพอใจปานกลาง) 5 (พึงพอใจมาก) และ 6 (พึงพอใจมากที่สุด)

มิติที่ 2 ความสำคัญ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 1 (ไม่สำคัญเลย) 2 (สำคัญน้อยที่สุด) 3 (สำคัญน้อย) 4 (สำคัญปานกลาง) 5 (สำคัญมาก) และ 6 (สำคัญมากที่สุด)

วิธีการคิดคะแนนคุณภาพชีวิตที่ Ferrans and Powers<sup>17</sup> ได้กำหนดไว้ตั้งแต่ฉบับดั้งเดิม มีผู้นำมาใช้อย่างต่อเนื่องและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยมีรายละเอียดของวิธีคิดดังต่อไปนี้ คือ นำค่าเฉลี่ย (M) ของมาตรวัดแต่ละข้อ (1-6 คะแนน) ซึ่งมีค่า 3.5 คะแนนมาลบออกจากคะแนนความพึงพอใจในแต่ละข้อ แล้วนำมากคูณกับคะแนนด้านความสำคัญในข้อเดียวกัน หลังจากนั้นนำคะแนนในแต่ละข้อมารวมกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดเป็นคะแนนโดยรวม ส่วนคะแนนรายด้านคิดโดยนำคะแนนทุกข้อในแต่ละด้านรวมกัน แล้วหารด้วยจำนวนข้อในแต่ละด้าน คะแนนที่เป็นไปได้จะอยู่ในช่วง -15 ถึง 15 จึงต้องนำมาบวกด้วย 15 เพื่อให้คะแนนที่ได้มีค่าเป็นบวก โดยค่าพิสัยของคะแนนที่ควรจะเป็นทั้งรายด้านและโดยรวมคือ 0 ถึง 30 คะแนน และให้เกณฑ์ระดับคุณภาพชีวิตดังนี้

คะแนน 0-10 หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับต่ำ

คะแนน 11-20 หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง

คะแนน 21-30 หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับสูง

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) แบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความชัดเจน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 2 ท่าน หลังจากปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้ง นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งฉบับ (Content Validity Index) ได้ค่า S-CVI ของแบบสอบถามพฤติกรรมการณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ .92 และ .93 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์สัมพัทธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้เท่ากับ .77 และ .93 ตามลำดับ

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับเอกสารการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมนุษย์ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

1. ยื่นเอกสารทางอิเล็กทรอนิกส์ไปยังหน่วยงานเวชระเบียน โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ เพื่อขอรายชื่อกลุ่มตัวอย่างและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด

2. พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม แนะนำตัวผู้วิจัยต่อผู้ป่วย โดยผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ความสำคัญและประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์

3. เมื่อผู้ป่วยสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามและขออนุญาตในการจดบันทึกข้อมูล โดยใช้เวลาประมาณ 45 นาที

4. ภายหลังจากการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในส่วนที่เป็นข้อมูลที่บันทึกในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ ประวัติการผ่าตัดและการรักษาที่ได้รับขณะเข้ารับการรักษา ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด การมารับการตรวจตามนัดหลังผ่าตัด

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล หากข้อมูลยังไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติหรือสอบถามผู้ป่วยอีกครั้งทางโทรศัพท์ เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อภิเคราะห์ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอ้างอิง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และระดับคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและคุณภาพชีวิตหลังทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ พบว่า คะแนนของพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยรวม พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และคุณภาพชีวิต มีการกระจายของข้อมูลแบบโค้งปกติ (normal distribution) จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) แต่ข้อมูลคะแนนของพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้านการจัดการกับความเครียด มีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงนำเสนอเป็นค่ากลาง Median (Mdn) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation)

## ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย ร้อยละ 65.0 เป็นเพศชาย ร้อยละ 35.0 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 35-85 ปี อายุเฉลี่ย 61.6 (SD=10.30) ปี โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.5 มีอายุมากกว่า 61 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.0) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 90.0) การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.5) และไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 55.0) เนื่องจากความเจ็บป่วย ร้อยละ 35.0 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนประมาณ 10,001-20,000 บาท

กลุ่มตัวอย่างมีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนผ่าตัดเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 20.17 (SD=19.22) เดือน ร้อยละ 90.0 ได้รับการรักษาด้วยยา หรือรักษาด้วยยา ร่วมกับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน ร้อยละ 70.0 มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคไต และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 92.5 เข้ารับการผ่าตัดตามแพทย์นัด และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 11.5 (SD=6.4) วัน น้อยที่สุด 5 วัน และมากที่สุด 30 วัน ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วยและการผ่าตัด (N=40)

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วยก่อนผ่าตัด (M=20.17, SD 19.22)		
1-6 เดือน	15	38.0
6-12 เดือน	11	27.0
มากกว่า 10 เดือน	14	35.0
การรักษาก่อนผ่าตัด		
ไม่ได้รักษา	4	10.0
รักษาด้วยยา	10	25.0
รักษาด้วยยา ร่วมกับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน	26	65.0
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	12	30.0
มีโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)	28	70.0
ความดันโลหิตสูง	17	42.5
เบาหวาน	13	32.5
ไขมันในเลือดสูง	10	25.0
โรคไต	1	2.5
โรคหลอดเลือดสมอง	1	2.5
การเข้ารับการผ่าตัด		
มาตามแพทย์นัด	37	92.5
ผ่าตัดฉุกเฉิน	3	7.5
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (M=11.5, SD 6.4)		
5-7 วัน	15	37.5
8-14 วัน	18	45.0
15-30 วัน	7	17.5

การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พบว่า ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 97.5 ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ 70.0) รองลงมาได้รับคำแนะนำจากนักกายภาพบำบัด (ร้อยละ 52.5) และแพทย์ (ร้อยละ 40.0) ข้อมูลที่ได้รับ ได้แก่ การหายใจเข้าออกลึกๆ หรือการบริหารปอด มากที่สุด (ร้อยละ 92.5) รองลงมา การลุกนั่งบนเตียงและลุกนั่งข้างเตียงโดยไม่ออกแรงตึงต้นปลาย (ร้อยละ 80.0) การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง (ร้อยละ 80) การไอขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 77.5) การบริหารข้อมือ ข้อเท้า ขยับแขนขา ยืนข้างเตียง (ร้อยละ 77.5) การเดินช้าๆ เดินขึ้นบันได (ร้อยละ 72.5) การจับชีพจรขณะออกกำลังกาย (ร้อยละ 27.5) และการรับรู้อาการเหนื่อย (ร้อยละ 15.0) ตามลำดับ

ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังผ่าตัด ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95.0 ได้รับคำแนะนำจากนักกายภาพบำบัดมากที่สุด (ร้อยละ 65.0) รองลงมา จากแพทย์ (ร้อยละ 55.0) และพยาบาล (ร้อยละ 55.0) ข้อมูลที่ได้รับมากที่สุดเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม (ร้อยละ 95.0) รองลงมา คือ กิจกรรมและการออกกำลังกายที่เหมาะสมและค่อยๆ เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 85.0) การยกของหนักไม่ควรเกร็งหรือกลั้นหายใจ (ร้อยละ 75.0) การจัดการอารมณ์และความเครียด (ร้อยละ 75.0) การอบอุ่นร่างกายก่อนเดินและหลังออกกำลังกายควรยืดกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 62.5) การเดินหลังรับประทานอาหารไปแล้ว 1-2 ชั่วโมง (ร้อยละ 52.5) การขับรถได้หลังผ่าตัด 3 เดือน (ร้อยละ 52.5) การไม่ออกกำลังกายในวันที่อากาศร้อนหรือฝนตก (ร้อยละ 45.0) การทำงานนั่งโต๊ะได้หลังผ่าตัด 2 เดือน (ร้อยละ 35.0) การว่ายน้ำได้หลังผ่าตัด 3 เดือน (ร้อยละ 20.0)

ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังผ่าตัด ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.0 ได้รับคำแนะนำ โดยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ (ร้อยละ 70.0) และได้รับคำแนะนำจากนักกายภาพบำบัด (ร้อยละ 30.0) ข้อมูลที่ได้รับ ได้แก่ การออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 37.5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง (ร้อยละ 27.5) การจัดการอารมณ์และความเครียดที่เหมาะสม (ร้อยละ 15.0)

ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ยังคงได้รับการรักษาด้วยยา และร้อยละ 97.5 มาตรวจตามนัดทุกครั้ง อาการด้านร่างกายที่พบมากที่สุด คือ ความผิดปกติของแผลผ่าตัด (ร้อยละ 32.5) เช่น แสบแผล ปวดร้าวแผล คันแผล แผลนูน มีจ้ำเลือดบริเวณแผลที่ขา อาการอื่นๆ ได้แก่ เหนื่อยง่าย (ร้อยละ 22.5) เจ็บแน่นหน้าอก (ร้อยละ 17.5) เวียนศีรษะบ้านหมุน (ร้อยละ 12.5) นอกจากนั้น เป็นอาการที่พบเป็นบางครั้ง เช่น ไอ หายใจไม่สะดวก นอนราบไม่ได้ ใจสั่น คลื่นไส้ เป็นต้น ด้านอารมณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 82.5 มีวิธีการควบคุมอารมณ์ได้ดี

#### พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังผ่าตัดหัวใจทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระยะ 4-6 เดือนโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M=2.19, SD=0.41) โดยพฤติกรรมด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (M=2.57, SD=0.29) รองลงมา คือ ด้านการจัดการความเครียด (Mdn=2.38, IQR=0.94) (นำเสนอค่ากลาง (Median) เนื่องจากคะแนนพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด มีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ) และด้านการออกกำลังกาย (M=1.75, SD=0.83) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ หลังผ่าตัดหัวใจแบบปิดโดยรวมและรายด้าน (N=40)

พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	Min	Max	M (SD) Mdn (IQR)*	ระดับ
ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	1.8	3.0	2.6 (0.3)	สูง
ด้านการจัดการความเครียด	0.2	3.0	2.4 (.94)*	สูง
ด้านการออกกำลังกาย	0.0	3.0	1.8 (0.8)	ปานกลาง
โดยรวม	1.2	2.8	2.2 (0.4)	สูง

หมายเหตุ: M=Mean, SD=Standard deviation, Mdn=Median, IQR=Interquartile range, Max=ค่าสูงสุด, Min=ค่าต่ำสุด

### คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระหว่าง 12.50-30.00 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ

24.00 (SD=3.3) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.0 มีคะแนนคุณภาพชีวิตระดับสูง ร้อยละ 32.5 มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และร้อยละ 7.5 มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณภาพชีวิตโดยรวม (N=40)

คุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (12.50-18.50)	3	7.5
ระดับปานกลาง (18.51-23.50)	13	32.5
ระดับสูง (23.51-30.00)	24	60.0

### ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวก

กับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .53, p < .001$ ) และพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้านการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .37, p < .01$ ) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจรายด้านและโดยรวม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (N=40)

พฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
ด้านการออกกำลังกาย	.37 <sup>a**</sup>
ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	.17 <sup>a</sup>
ด้านการจัดการความเครียด	.22 <sup>b</sup>
โดยรวม	.53 <sup>a***</sup>

หมายเหตุ \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

a=ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

b=ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient)

### การอภิปรายผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง (ตาราง 2) เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมาเป็นระยะเวลาช้านาน และได้รับการรักษาด้วยตัวยา หรือการรักษาด้วยยา ร่วมกับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (ตาราง 1) ซึ่งการรักษาดังกล่าวผู้ป่วยต้องพบแพทย์อย่างต่อเนื่องส่งผลให้เกิดการรับรู้การเจ็บป่วยและได้รับข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับโรค วิธีการ

รักษา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับภาวะโรค สอดคล้องกับงานวิจัยพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจโคโรนารี ที่พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัว ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม<sup>6</sup> และผลการศึกษาของ Thongmak<sup>8</sup> ที่พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยและการได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูง (ตาราง 2) เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีประสบการณ์การปรับตัวเผชิญกับภาวะต่างๆ



ได้ดี มีวิธีการจัดการอารมณ์ความเครียดที่ปฏิบัติอยู่เดิม จึงสามารถจัดการกับอารมณ์ความเครียดได้

คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 2) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังคงมีอาการ ได้แก่ อาการแสบแผล ปวดร้าวแผล มีจ้ำเลือดที่ขา คันแผล แผลหนูน เหงื่อง่าย เจ็บแน่นหน้าอก เวียนศีรษะ บ้านหมุน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างไม่กล้าออกกำลังกายเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tongteam, et al.<sup>19</sup> ที่พบว่าความถี่ของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความกลัวการหกล้ม มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ อาจเนื่องจากความเชื่อในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจโดยเฉพาะหลังได้รับการผ่าตัดใหญ่ มักจะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว<sup>20</sup> และส่งเสริมให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ลดการทำงานและกิจกรรมต่างๆ มากกว่าการส่งเสริมให้การออกกำลังกาย อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้สอบถามสาเหตุหรือข้อจำกัดในการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างโดยตรง จึงควรศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพิ่มเติม เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการนำไปกำหนดแนวทางส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ตาราง 3) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 มีคุณภาพชีวิตระดับสูง เนื่องจากหลังผ่าตัด 4-6 เดือนเป็นระยะที่สภาพร่างกายคงที่ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อสุขภาพร่างกายตนเองที่ดีขึ้นกว่าก่อนผ่าตัด ความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้นส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในด้านภาวะทางจิตวิญญาณ และการได้อยู่ที่บ้านกับครอบครัวทำให้มีความพึงพอใจมากกว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปแล้ว 2 เดือนขึ้นไป มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี<sup>21</sup> อย่างไรก็ตาม การศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะหลังผ่าตัด 2 ปีขึ้นไป พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ส่วนด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง<sup>22</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ามียุทธศาสตร์อย่างอีกร้อยละ 32.5 ที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 7.5 ที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมักจะเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและความ

สามารถของตนเองในปัจจุบันกับในอดีตที่ผ่านมา เมื่อรู้สึกว่าคุณภาพสุขภาพและความสามารถของตนเองลดลงจากเดิม จึงรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางหรือต่ำ

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าพฤติกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 4) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่สามารถทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายได้ จะมีความพึงพอใจต่อภาวะสุขภาพร่างกายตนเองส่งผลให้รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดีและรวมถึงคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และครอบครัวดีเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า โปรแกรมการฟื้นฟูหัวใจภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจควบคู่ไปกับการดูแลรักษาปกติ ทำให้ความดันโลหิตลดลง เพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ออกซิเจนของหัวใจ เพิ่มความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุด ส่งผลให้มีความสามารถในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และมีผลดีต่อสุขภาพจิต ลดระดับความเครียด และอารมณ์ซึมเศร้าได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกดีเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไปของตนเอง<sup>10</sup> และพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>23</sup> ส่วนด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและด้านการจัดการความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม อาจเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติอยู่อย่างสม่ำเสมอ แม้จะรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดีหรือไม่ก็ตาม

นอกจากนี้ จากการใช้แนวคิดของ Holzemer<sup>15</sup> ในการประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์จากกระบวนการให้การดูแลและส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน เป็นผลมาจากที่ได้รับคำแนะนำจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งในระหว่างการเข้ารับการรักษา และระหว่างมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามการรักษา โดยข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ จะมีความเฉพาะเจาะจงและมีประเด็นที่มุ่งเน้นและให้ความสำคัญแตกต่างกันในแต่ละระยะของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สอดคล้องกับแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย<sup>3</sup> อย่างไร

ก็ตาม ยังคงมีประเด็นที่สามารถปรับปรุงพัฒนาการบริการให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นได้

### ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยจึงเป็นข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังประชากรผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และการศึกษาเป็นเพียง cross sectional study เฉพาะช่วงหลังผ่าตัด 4-6 เดือน ทำให้ได้ข้อมูลจากช่วงเวลาเดียว รวมทั้งทำการศึกษาเฉพาะมิติผลลัพธ์ด้านผู้ใช้บริการจึงสามารถสะท้อนด้านการให้บริการเพียงบางส่วน

### ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

#### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตามแนวทางของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย<sup>3</sup> ตั้งแต่ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 และมีการติดตามช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 อย่างต่อเนื่อง
2. ควรวางแผนร่วมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและบุคลากรในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดเป้าหมายและวิธีการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายที่ยังคงมีข้อจำกัดในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ
3. สร้างบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ เช่น พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง เพื่อร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดำเนินงานด้านฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีประสิทธิภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ

#### ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. การวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่หรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มอื่นๆ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ศึกษาความสัมพันธ์หรืออิทธิพลของพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย เช่น คุณภาพชีวิต อัตราการเกิดอาการและภาวะเจ็บป่วยอื่นๆ เป็นต้น
2. การวิจัยเชิงพัฒนา เช่น การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ และติดตามผลลัพธ์ในระยะสั้นและระยะยาว

### กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ประณีต ส่งวัฒนา ดร. จารุวรรณ กฤตย์ประชา และพว. บุปผา อินทร์ดีน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเครื่องมือวิจัย เพื่อให้ได้มาซึ่งแนวคำถามที่ชัดเจนและครอบคลุมในประเด็นที่ทำการศึกษา

### เอกสารอ้างอิง

1. Shadpaopan A. Care for patients post open heart surgery. In: Bodin Khwannimit. editor. Critical Care Songklanagarind. Songkhla: Chanmeung Printing; 2008. Thai.
2. Claes J, Buys R, Budts W, et al. Longer-term effects of home-based exercise interventions on exercise capacity and physical activity in coronary artery disease patients: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Preventive Cardiology*. 2017; 24(3): 244-56. doi: 10.1177/2047487316675823. Epub 2016 Oct 27.
3. The Royal college of physiatrists of Thailand. Cardiac rehabilitation for patient with coronary artery disease. [Internet]. 2007 [cited 2013 Nov 28]. Available from: <http://thaiheart.org/บทความสาระที่น่าสนใจ/guideline.html>
4. Balady GJ, Williams MA, Ades PA, et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update. *Circulation*. 2007; 115(20): 2675-82. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.180945
5. Smith SC, Allen J, Blair SN, et al. AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update. *Circulation*. 2006; 113(19):2363-72. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.174516
6. Kadechumpon K, Thumnong S, Buasri N. The Development of cardiac rehabilitation model for coronary artery disease patients in Sisaket Hospital. *J Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division*. 2009; 27(4), 30-9. Thai.

7. Nakon O, Sindhu S, Tansawatdi R. Effectiveness of a hospital-based comprehensive cardiac rehabilitation program on postoperative recovery of patients undergoing coronary artery bypass grafting. *J Nurs Sci.* 2015; 33(4), 51-64. Thai.
8. Thongmak K. Illness perceptions, receiving information and cardiac rehabilitation behaviors in patients with acute coronary syndrome after discharge [dissertation]. [Songkhla]: Prince of Songkla University; 2011. 92 p. Thai.
9. Kaewchuy K. The Effects of cardiac rehabilitation enhancing program on functional capability at home in patients with coronary heart disease [dissertation]. [Songkhla]: Prince of Songkla University; 2009. 111 p. Thai.
10. Ritpetch N, Jitpanya C. Factors related to quality of life among patients with heart disease: A research synthesis in Thailand. *Thai J Cardio-Thoracic Nursing.* 2012; 23(2): 2-16. Thai.
11. Intarat B. Effect of an Enhancing Self-efficacy in phase I cardiac rehabilitation program on physical fitness and satisfaction of patients with coronary artery bypass graft surgery [dissertation]. [Songkhla]: Prince of Songkla University; 2013. 137 p. Thai.
12. Kobkitsumongkol K, Ura-Aree P, Kantaratanakul V. Quality of life in open heart surgery at Ramathibodi Hospital. *Thai J Cardio-Thoracic Nursing.* 2009; 20(2): 46-56. Thai.
13. Suwanakitch P, Munmee T, Akarasaratool T, et al. Quality of life of patients after heart valve replacement surgery. *Buddhachinaraj Medical J.* 2012; 29(1): 36-43. Thai.
14. Leewattana T, Isaramalai S, Punthusena C. Basic conditioning factors, self-care agency and quality of life of patients following open heart surgery. *Songkla Med J.* 2008; 26(2): 141-50. Thai.
15. Holzemer WL. The impact of nursing care in Latin America and the Caribbean: A focus on outcomes. *J Adv Nurs.* 1994; 20(1): 5-12.
16. Holzemer WL, Reilly CA. Variables variability and variations research: applications for medical Informatics. *J of American medical Informatics Association.* 1995; 2(3): 183-90. doi: <https://doi.org/10.1136/jamia.1995.95338871>
17. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life index: development and psychometric properties. *Advances in nursing science.* 1985; 8(1):15-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00012272-198510000-00005>
18. Polit DF & Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2012.
19. Tongteam W, JitiPunya C, Tuntikosum P. Relationships among Post-operative Period, Symptom Frequency, Symptom Distress, Fear of Fall and Physical Activity in Patients Post Coronary Artery Bypass Graft. 2016; 8(1): 27-38. Thai.
20. Chaiwong N, Duangpaeng S, Masingboon. Factors influencing Self-management Behaviors among Acute Myocardial Infarction Patients. *Thai Pharm Health Sci J.* 2014; 9(3): 112-19. Thai.
21. Chamruksa P, Pravenawarakun S, Siristeanruj T. Quality of life in post cardiac valvular replacement patients. *Princess of Narathivas University Journal.* 2011; 3(2): 1-14. Thai.
22. Sirisatheanrooch T, Chittihavorn V, Maneewat K. Quality of life in the long-term of patients undergoing open-heart surgery; A case study at Songklanagarind Hospital. *Songkla Med J.* 2012; 23(1): 31-43. Thai.
23. Saengsiri A, Wattradul D, Kangchanakul S, et al. The factors influencing the self-care agency and quality of life of patients with coronary artery disease. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing.* 2015; 26(1): 104-17. Thai.