การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

RELATIONSHIPS BETWEEN RECEIVED INFORMATION, PERCEIVED SEVERITY OF ILLNESS AND PERCEIVED ACTIVITY PERFORMANCE IN PATIENT UNDERGONE OPEN HEART SURGERY

อภรรัตน์ อินจัน / ผศ. ดร. ขนิษฐา นาคะ / ดร. หทัยรัตน์ แสงจันทร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาระดับการได้รับข้อมูล ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ 2 แห่ง จำนวน 103 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดหัวใจ เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แบบสอบถามการได้รับข้อมูลและแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัคเท่ากับ 0.89 และ 0.86 ตามลำดับ แบบสอบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีค่าความสอดคล้องตรงกันเท่ากับ 1.0 วิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบตำแหน่งของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการได้รับข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ 2.40, S.D. 0.37) ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ 5.80, S.D. 1.03) และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ 20.20, S.D. 6.55) วิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าการได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ (r_s .40, $p < .01$) และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s -.68, $p < .01$) ผลการศึกษาครั้งนี้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้

ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามความจริง และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

คำสำคัญ: การได้รับข้อมูล, การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย, ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม, การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ABSTRACT

This descriptive study aimed to determine relationships between received information, perceived severity of illness and perceived activity performance. One-hundred and three subjects undergone open heart surgery were recruited from the two central hospitals in the south of Thailand. The instruments developed base on comprised of a received information measurement form, perceived severity of illness and perceived activity performance questionnaires. The reliability of received information questionnaires and perceived activity performance questionnaires was values of o.89 and 0.86 respectively and perceived severity of illness questionnaires was test–retest with value of 1.0. Data were analyzed using frequency, mean, standard deviation and Spearman rank correlation coefficient.

The results revealed that. The level of perceived information in patients undergone open heart surgery was high ($\bar{x}$ 2.40, S.D. 0.37), the level of perceived severity of illness was moderate ($\bar{x}$ 5.80, S.D. 1.03), and the level of perceived activity performance was high ($\bar{x}$ 20.20, S.D. 6.55). There was a statistically significant relationship between the total mean score of received information and perceived activity performance (r_s=.40, p<.01), and there was a statistically significant relationship between perceived severity of illness and perceived activity performance (r_s= -.68, p<.01). The results could be used to improve the quality of information provided for decreasing the perceived severity of illness and increasing the activity performance in patients undergoing open heart surgery.

Keyword(s): received information, perceived severity of illness, perceived activity performance, open heart surgery

บทนำ

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ช่วยให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังผ่าตัด (ธิติมา, 2551) ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และรู้สึกเหมือนคนปกติ (ธิวาสา, 2547) อย่างไรก็ตามภายหลังการผ่าตัดสมรรถภาพการทำงานของหัวใจผู้ป่วยไม่ได้ดีขึ้นในทันที โดยพบว่าในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรก ภายหลังผ่าตัดประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงสาเหตุจากการตายหรือได้รับบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหัวใจขณะทำการผ่าตัด ภาวะหัวใจถูกกดภายหลังผ่าตัด ภาวะหัวใจวาย ภาวะปอดแฟบและปอดอักเสบ (อภิรักษ์, 2551) อาการปวดแผลผ่าตัด (สุดกัญญา, 2543) รวมทั้งภาวะตกเลือดภายหลังการผ่าตัด (Laga, Bollen, Arnout, Hoylaerts, & Meyns., 2005) ส่งผลกระทบต่อระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดให้ลดลง

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจ ขึ้นอยู่กับปัจจัยบางประการที่สำคัญคือ การได้รับข้อมูล และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยสอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตนเอง (Self–regulatory theory) (Johnson, 1999; Roynolds & Alonzo, 2000) ซึ่งกล่าวว่าการได้รับข้อมูลช่วยให้บุคคลมีการพัฒนารูปแบบทางความคิด นำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติ การได้รับข้อมูลที่ดีมีผลให้บุคคลสร้างภาพอนาคตในทางบวก รับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตามความเป็นจริง และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นหากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่ถูกต้อง ครบถ้วน ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก ข้อมูลคำแนะนำในสิ่งที่ต้องปฏิบัติ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความคิดเห็นที่ดี ต่อการผ่าตัด ทำให้รับรู้ความรุนแรงและผลกระทบจากการผ่าตัดได้ถูกต้องตามความเป็นจริง และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้เหมาะสม ในขณะที่ผู้ป่วยที่รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในทางลบ จะมีความคิดเห็นว่าการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มีความรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้ จึงขาดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่รุนแรงมักไม่กล้าทำอะไรเพราะกลัวการเสียชีวิต (เป็น, 2550) และผู้ป่วยที่เชื่อว่าโรคหัวใจ ส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยต้องอยู่กับข้อจำกัดต่างๆ การทำกิจกรรมต่างๆ ที่ออกแรงมากทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอกได้ จึงทำให้ภายหลังการเจ็บป่วยผู้ป่วย มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง (ศรัญญา, 2545)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสมารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดภายหลังผ่าตัด เพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมการพยาบาลเพื่อการฟื้นสภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์/คำถามวิจัย

1. ศึกษาระดับการได้รับข้อมูล ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่งในภาคใต้ตอนบนและภาคใต้ตอนล่าง โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 103 ราย ตามคุณสมบัติดังนี้ คือ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน พักรักษาในโรงพยาบาลหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดไม่น้อยกว่า 5 วัน และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของศรีประภา (2551) ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ 6 ข้อ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก 9 ข้อ และข้อมูลแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ 7 ข้อ โดยแบ่งการได้รับข้อมูลออกเป็น 4 ระดับ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 4 ข้อ เป็นมาตรวัดด้วยสายตา (visual analogue scale) 0 – 10 คะแนน (0 = ไม่มีความรุนแรงเลย, 5 = มีความรุนแรงปานกลาง, และ 10 = รุนแรงที่สุด)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมหลังผ่าตัดหัวใจของศิริรัตน์ (2545) โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็น 3 หมวด รวม 13 ข้อ ได้แก่ หมวดกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล 6 ข้อ หมวดกิจกรรมฟื้นฟู

สภาพหลังผ่าตัด 6 ข้อ และหมวดกิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อมในหอผู้ป่วย 1 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยกำหนดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองเป็น 3 – 4 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้ง 3 ชุด ได้รับการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการทดลองใช้กับผู้ป่วย 20 ราย ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง และคำนวณหาความเที่ยงของแบบสอบถามการได้รับข้อมูลและแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 และ 0.86 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยผู้วิจัยนำไปทดสอบซ้ำ (test-retest) กับผู้ป่วย 10 รายที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความสอดคล้องตรงกันเท่ากับ 1.0

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน พ.ศ. 2553 โดยการสัมภาษณ์ตามข้อคำถามในแบบสอบถาม นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล ใช้การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ข้อมูลการได้รับข้อมูล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด ใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเปียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 51ปี (ระหว่าง 20 - 74 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ76.70) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 90.30) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 79.60) มีอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ37.90) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60.20) มีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ 53.40) และจำนวนวันที่นอนในหอผู้ป่วยศัลยกรรมก่อนผ่าตัดเฉลี่ย 2.60 วัน

2. การประเมินสภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดวันที่ 5 พบว่าผู้ป่วยครึ่งหนึ่งมีระดับความปวดขณะพักเป็น 0 (ร้อยละ 50.50, เฉลี่ย 2.90 คะแนน) มีความปวดขณะมีกิจกรรมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 41.70, เฉลี่ย 5.80 คะแนน) ไม่มีการคาท่อระบายต่างๆ

(ร้อยละ 84.50) ไม่ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ (ร้อยละ 87.40) และสัญญาณชีพปกติ (ร้อยละ 71.80)

3. การได้รับข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดรายด้านและโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ตาราง 1)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (N=103)

การได้รับข้อมูล	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ	2.70	0.32	มาก
	2.30	0.60	มาก
ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก	2.40	0.51	มาก
ข้อมูลแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ			
โดยรวม	2.40	0.37	มาก

4. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 5.80, S.D. = 1.03) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงรายข้อในระดับมาก 2 ข้อ และระดับเล็กน้อย 1 ข้อ (ตาราง2)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (N=103)

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
1. โรคหัวใจที่ต้องได้รับการผ่าตัดมีความรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้	7.70	1.48	มาก
2. โรคหัวใจสามารถรักษาให้หายได้ด้วยการผ่าตัด	1.59	1.02	เล็กน้อย
3. หลังผ่าตัดหัวใจใหม่ๆ สภาพร่างกายอ่อนแอลง	6.69	1.95	ปานกลาง
4. การเจ็บป่วยหรืออาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดหัวใจก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน	7.40	1.77	มาก

โดยรวม	5.80	1.03	ปานกลาง

5. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 20.20, SD = 6.55) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมรายด้านในระดับสูง 2 ด้าน และระดับปานกลาง 1 ด้าน (ตาราง 3)

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (N=103)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม	คะแนนเต็ม	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
กิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล	12	9.30	2.60	สูง
	14	9.10	3.60	ปานกลาง
การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด	2	1.80	0.35	สูง
การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น				
โดยรวม	28	20.20	6.55	สูง

6. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ (r_s = .40, p < .01) และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = -.68, p < .01) (ตาราง 4)

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (N = 103)

ตัวแปร	ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม
การได้รับข้อมูล	.40**
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	-.68**

**p<.01

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก แสดงว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดเพียงพอ เนื่องจากโรงพยาบาลมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ มีการให้ข้อมูลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ มีสื่อการสอนช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลครอบคลุม ครบถ้วน นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยนอนในหอผู้ป่วยศัลยกรรมก่อนผ่าตัดประมาณ 2–3 วัน ทำให้ผู้ป่วยมีเวลาเตรียมพร้อมก่อนผ่าตัด ซึ่งการให้ข้อมูลต่างๆ ควรให้ระยะนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีความสนใจต่อการผ่าตัด (Smeltzer & Bare, 2004) เมื่อพิจารณาการได้รับข้อมูลรายข้อที่กลุ่มตัวอย่างได้รับน้อยที่สุด คือ การใช้เทคนิคผ่อนคลายต่างๆ ได้แก่ การทำสมาธิ การฝึกการใช้เทคนิคผ่อนคลายต่างๆ การหายใจช้าๆ ลึกๆ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเทคนิคดังกล่าวต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงทำให้เกิดความมั่นใจในการให้ข้อมูล และสามารถถ่ายทอดให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้

2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 5.80, S.D. = 1.03) โดยข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยอยู่ในระดับมากมี 2 ข้อ และระดับปานกลางและเล็กน้อยอย่างละ 1 ข้อ ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับมาก คือ โรคหัวใจที่ต้องได้รับการผ่าตัดมีความรุนแรง ทำให้เสียชีวิตได้ และการเจ็บป่วยหรืออาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดหัวใจก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน การรับรู้ดังกล่าวเป็นสิ่งที่คนทั่วไปมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจ เนื่องจากหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญ เมื่อเจ็บป่วยก็มีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เมื่อต้องผ่าตัดยิ่งรู้สึกว่าน่ากลัว อาจเสียชีวิตได้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรับรู้ว่า โรคหัวใจเป็นโรครุนแรง มีอาการเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันทันทีทันใดและทำให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ (เป็น ,2550; วิรังรอง, 2543; วิลาวัลย์,2552) ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับน้อย คือ เชื่อว่าโรคหัวใจสามารถรักษาให้หายได้ด้วยการผ่าตัด เนื่องจากปัจจุบันมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพสูงสามารถช่วยรักษาให้รอดชีวิตได้ (วิลาวัลย์, 2552) และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ว่าหลังผ่าตัดหัวใจใหม่ๆ สภาพร่างกายอ่อนแอลงอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการเก็บข้อมูลในวันที่ 5 หลังผ่าตัดหัวใจ เป็นวันที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น

3. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดโดยรวมในระดับสูง ($\bar{X}$ = 20.20, S.D. = 6.55) เนื่องจากเป็นการประเมินในวันที่ 5 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีระดับ

ความปวดขณะพักเป็นศูนย์ ไม่มีการคาท่อระบายต่างๆ ไม่ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ และมีสัญญาณชีพปกติ จึงสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน กิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสภาพและกิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ (2545) ที่ศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจวันที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 98

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์

การได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (r_s = .40, p < .01) และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด (r_s = -.68, p < .01) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมาก จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับสูง จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดในระดับต่ำ สอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตนเอง ซึ่งอธิบายได้ว่าการได้รับข้อมูลที่ดีจะช่วยให้บุคคลสามารถวางแผนและกระทำกิจกรรมได้ดี ในทางตรงข้ามการได้รับรู้ข้อมูลทางลบ เช่น รับรู้ว่าการผ่าตัดมีความรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้ จะมีความคิดเห็นทางลบ และไม่กล้าทำอะไรเพราะไม่มั่นใจในความปลอดภัยที่จะตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของรัศมี (2548) ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะ

ควรนำผลการศึกษาครั้งนี้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้ข้อมูล เพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

เอกสารอ้างอิง

ธิติมา สามแก้ว. (2551). **คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ธิวาสา ลีวัธนะ. (2547). **ปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

เป็น รักเกิด. (2550).**การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ**

หัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

รัศมี สิทธิพันธ์. (2548). **ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี.** ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน) สาขาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพฯ.

วิรังรอง นาทองคำ. (2543). **ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิลาวัลย์ แก้วอ่อน. (2552). **การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้รับเพื่อการดูแลตนเองหลังเกิดการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่ได้รับหัตถการหลอดเลือดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศรัญญา ครึ่งมี. (2545). **การรับรู้และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิยาลัยขอนแก่น.

ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. (2545). **ความหวังภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศรีประภา จันทร์มีศรี. (2551). **ความต้องการและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุดกัญญา พันทวี. (2543). **การรับรู้ประสบการณ์ความปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

อภิรักษ์ เชษฐเผ่าพันธ์. (2551). **การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด.** ใน บดินทร์ ขวัญนิมิตร (บรรณาธิการ), เวชบำบัดวิกฤตสงขลานครินทร์ (หน้า 117-137). สงขลา. ชานเมืองการพิมพ์.

Johnson, J. E. (1999). Self- regulation theory and coping with physicial illness. **Research in Nursing & Health,** 22, 435-448.

Laga, S., Bollen, H., Arnout, J., Hoylaerts, M., & Meyns, B. (2005). Heparin infuences human platelet behavior in cadiac sugery with or without cardiopulmonary bypass. **Artificial Organs**, 29(7), 541-546.

Reynolds, N. R., & Alonzo, A. A. (2000). **Self-regulation the commonsense model of illness representation.** In V. H. Rice (Ed), Hand book of stress , coping, and healt: Implication for nursing research, theory (pp 483-493). Philadelphia: V. W.Lippicott.

Smeltzer, S.C., and Bare, B.G. (2004). **Management of patients with coronary vascular disorders.** In Brunner& Suddarth's Text book of Medical-surgical nursing, 9th ed. (pp.713-762). Philadelphia:Lippicott Williams & Wilkins.