บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

พรรณทิวา สุขรอด* และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์:เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุ ภาวะโรคร่วม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความปวด กับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาล

รูปแบบการวิจัย:การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย:กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาล ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มาตรวจตามนัดในสัปดาห์ที่ 2 จนถึง 1 ปี ณ ผู้ป่วยนอกห้องตรวจศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 94 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วย 4) แบบประเมินภาวะโรคร่วม 5) แบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากอาการ 6) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 7) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และ 8) มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษา: 1) ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความต้องการภายหลังออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 104.32 (SD = 13.56) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.71 (SD = 4.49) ด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.67 (SD = 3.34) ความต้องการด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.20 (SD = 4.24) และด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.73 (SD = 3.45)

2) ภาวะโรคร่วม ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r_s = 0.207, r_s = 0.222, และ r_s = 0.203) ตามลำดับ

3) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r_s = - 0.243)

4) อายุ และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาล

สรุป:ความต้องการของผู้ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้าน ภาวะโรคร่วม ความทุกข์ทรมาณจากอาการ ความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ส่วน อายุและการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ความต้องการ/ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ/ ปัจจัยคัดสรร

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ ปี 2568,37(2) : 134-148

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

E-mail: Kwangphanthiwa@gmail.com, Noralukuakit@yahoo.com

SELECTED FACTORS RELATED TO NEEDS OF PERSONS AFTER CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY

Phanthiwa Sukrot* and Noraluk Ua-kit**

ABSTRACT

Purpose: This to investigate needs of persons after coronary artery bypass graft surgery [CABG] discharge hospital and to identify factors related to needs of persons after CABG discharge hospital based on aged, comorbidity, symptom distress, activities of daily living, social support and pain.

Design: Correlational research

Methods: The participants were 94 persons after CABG discharge hospital, both male and female, aged over 18 years, They were followed up for a period ranging from 2 weeks to 1 year at the Cardiothoracic Surgery Outpatient Clinics of three tertiary hospitals in Bangkok.They were recruited using a multistage sampling technique. The instruments are composed of 1) MMSE-Thai 2002 (for ≥ 60 years old) 2) Demographic questionnaire 3) Needs of patient questionnaire 4) Charlson comorbidity index 5) Symptom distress questionnaire 6) Barthel ADL index 7) Social support questionnaire and 8) Numeric rating scale. 5 experts validated all instrument,The data analyzed using descriptive statistics, Spearman rank-order correlation.

Result: 1) The overall needs score of persons after CABG discharge hospital was at a medium level (Mean = 104.32, SD = 13.56). When considering each aspect, Information needs score was at a high level (Mean = 31.71, SD = 4.49), Spiritual needs score were at a high level (Mean = 24.67, SD= 3.34), Physiological needs score were at a medium level (Mean = 20.73, SD= 3.45), and Emotional needs score were at a medium level (Mean = 27.20, SD = 4.24).
2) Comorbidity, symptom distress, and pain were positive lower score and significantly related to needs of persons after CABG discharge hospital at the .05 level. (r_s = 0.207, r_s = 0.222, and r_s = 0.203, respectively)
3) Activities of daily living were negative lower score and significantly related to needs of persons after CABG discharge hospital at the .05 level. (r_s = - 0.243)
4) Aged and social support not related between needs of persons after CABG discharge hospital.

Conclusion:The needs of persons after coronary artery bypass graft surgery is moderate. Factors related to comorbidities, symptoms distress, and pain have a low positive correlation, activities of daily living has a low negative correlation, while age and social support have no correlation with person's needs.

Keywords: *needs, persons after coronary artery bypass graft surgery, related factors*

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2025,37(2) : 134-148

Article info: received December 18 , 2024; revised November 24, 2025; accepted January 3, 2026

*Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

**Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Research Advisor.

E-mail: Kwangphanthiwa@gmail.com, Noralukuakit@yahoo.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease; CAD) จัดเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(Non-Communicable disease; NCDs) ในต่างประเทศเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 จำนวนผู้เสียชีวิตประมาณ 382,820 คน[1] ในประเทศไทยเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 พบว่าอัตราเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพศชายมีความชุกสูงกว่าเพศหญิงทุกกลุ่มอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 48.75 มากที่สุด ความต้องการในการรักษาของผู้ป่วยจึงเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดในการรักษา เมื่อการรักษาด้วยยา หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่ได้ผล เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ บรรเทาอาการเจ็บเค้นหน้าอก ลดอัตราตายเฉียบพลัน ที่สำคัญส่งผลทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีชีวิตที่ยืนยาว และมีสุขภาวะที่ดี[2] ในประเทศแถบยุโรปตะวันตกการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบอัตราอุบัติการณ์เฉลี่ย 62 ต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทยสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ทั้งในโรงพยาบาลของรัฐบาลและเอกชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นดังนี้ 5,932, 6,942, 7,748 คน ตามลำดับ[3]

การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ(Coronary Artery Bypass Grafting; CABG) เป็นการผ่าตัดใหญ่ มีวิธีการผ่าตัดที่ซับซ้อนทั้งชนิดใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม (Conventional CABG) และไม่ใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม (OPCAB) รวมถึงการผ่าตัดแบบแผลเล็ก (MICS - CABG) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ซึ่งอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในระยะกลับบ้าน ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่ได้รับ CABG ประสบปัญหาหลังการจำหน่ายกลับบ้านใน 14 วันแรก[4] การศึกษาของ Lie et al.[5] ศึกษาประสบการณ์อาการและความต้องการในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด CABG ระยะแรกของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ในระยะ 2 สัปดาห์ ได้แก่ ปวดแผลผ่าตัดร้อยละ 84 ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าร้อยละ 42 ปัญหาการใช้ยาร้อยละ 15 ปัญหาการนอนหลับร้อยละ 10 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดร้อยละ 16 ข้อมูลไม่เพียงพอร้อยละ 15 ในระยะ 1 เดือน ได้แก่ อาการบวมที่ขาร้อยละ 40.6[4] แผลผ่าตัดติดเชื้อหรือติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 6.9 - 28.6 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะร้อยละ 4.5 - 26.7 มีน้ำในเยื่อหุ้มปอดร้อยละ 0.4 - 22.5[6] ในระยะ 1 ปี เป็นต้นไป ได้แก่ ต้องการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันร้อยละ 5.9 และร้อยละ 5.1 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 2.2 และร้อยละ 2.8[7] จากอาการไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาความต้องการในด้านต่างๆ เพื่อที่จะดูแลตนเองหลังผ่าตัด CABG การศึกษาของปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล และคณะ[8] พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความต้องการอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของพชรพร ยอดเพ็ชร และนรลักขณ์ เอื้อกิจ[9] พบว่าผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัด CABG มีความต้องการโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง Alkubati et al.[10] พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG มีความต้องการข้อมูลโดยรวมในระดับสูงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ Gao et al.[11] พบว่าผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด CABG ในระยะหลังจำหน่ายกลับบ้านมีความต้องการการดูแลสุขภาพโดยรวมในระดับสูงร้อยละ 30.1

ความต้องการ (Needs) ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ทั้งวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มีความต้องการในด้านต่างๆ ที่ใกล้เคียงกับแนวคิดความต้องการของ Gaglione[12] ดังนี้ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ชาวซีเรียมีความต้องการการเรียนรู้ที่รับรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลที่หน้าอกและขา ภาวะแทรกซ้อน ยา และกิจกรรมทางกายมากที่สุด[13] ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านข้อมูลการเข้าพักการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลตนเองหลังการผ่าตัด กิจกรรมทางกาย ยา การดูแลอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ และความต้องการการเข้าถึงการดูแล ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการได้ตลอดเวลา ได้รับคำแนะนำข้อมูลอย่างชัดเจน สิทธิการรักษาประกันสุขภาพ[14] ความต้องการด้านร่างกาย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด CABG หลังออกจากโรงพยาบาลมีความต้องการการดูแลด้านสรีรวิทยาในระดับสูง[11] ความต้องการด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุมีความต้องการสนับสนุนทางอารมณ์ คือ ลดความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวล ความปวด ความทุกข์ทรมาน รวมไปถึงการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัวหรือผู้ดูแล[14] ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ประสบการณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG การรอดชีวิตจากการผ่าตัดเป็นการเผชิญความตายที่โดดเดี่ยวและยากที่จะอธิบายกับผู้อื่น ความไม่แน่นอนในชีวิต ระยะเวลาในการดำรงชีวิตหลังผ่าตัด ขณะเดียวกันมีความต้องการความเชื่อทางศาสนาเป็นที่พึ่ง[15]

จากปัญหาความต้องการที่กล่าวมาข้างต้นทำให้เกิดผลกระทบต่อความต้องการของผู้ป่วยด้านร่างกาย การมีแผลผ่าตัดที่หน้าอกและแผลผ่าตัดบริเวณอื่นที่ใช้หลอดเลือดทำทางเบี่ยง อาการปวดแผล ซึ่งการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ การปฏิบัติตนที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยการมีความต้องการ

การดูแลและผู้ป่วยมีความต้องการการพึ่งพาเพิ่มมากขึ้น ภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลผ่าตัดติดเชื้อ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ทำให้กลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน ผลกระทบต่อด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ไม่มีบุคคลช่วยเหลือสนับสนุนส่งผลต่อการฟื้นฟูร่างกาย ผลกระทบต่อครอบครัว มีความเครียด ความวิตกกังวลในอาการของผู้ป่วย[15] ผลกระทบด้านสังคม เช่น ระบบการบริการทางสุขภาพที่เข้าถึงยากร้อยละ 38 เดินทางมีความยากลำบากในการเดินทางร้อยละ 32 ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการช่วยเหลือในการบริการเข้าถึงระบบบริการ เช่น สถานบริการทางสุขภาพใกล้บ้าน มีรถบริการเพื่อไปโรงพยาบาล[16]

ในการคัดเลือกปัจจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมและภายใต้กรอบแนวคิดความต้องการของ Gaglione[12] ผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยที่จัดกระทำไม่ได้ ได้แก่ อายุ[11,17] ภาวะโรคร่วม[8,16] เนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลมีความสำคัญกับความต้องการในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด อีกทั้งการให้ข้อมูลย่อมมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ และปัจจัยที่จัดกระทำได้ ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากอาการ[11,17-18]ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน[19–21]การสนับสนุนทางสังคม[22] และความปวด[18-19] เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการในด้านต่างๆ จากการทบทวนวรรณกรรมประสบการณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ปัจจัยดังกล่าวอาจครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วย ในการจัดการต่ออาการของตนเองเบื้องต้น การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การฟื้นฟูร่างกายของตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่น รวมไปถึงการที่สมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลอื่นให้ความสำคัญกับผู้ป่วยช่วยเหลือในด้านต่างๆ เป็นการส่งเสริมความต้องการให้ผู้ป่วยมีพลังกายพลังใจฟื้นฟูร่างกายของตนเองภายหลังผ่าตัด CABG

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาความต้องการในลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG มีความต้องการเกิดขึ้นในทุกระยะ ซึ่งปัญหาความต้องการของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดมีความแตกต่างกันตามบริบทในกลุ่มตัวอย่างที่เปลี่ยนไป ยังไม่พบการศึกษาความต้องการที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดความต้องการของ Gaglione[12] ในระยะหลังผ่าตัดสัปดาห์ที่ 2 ไปจนถึง 1 ปี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการที่ครอบคลุม สามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤตในชีวิต ส่งผลต่อการดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อสุขภาวะที่ดีและดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

สมมติฐานการวิจัย

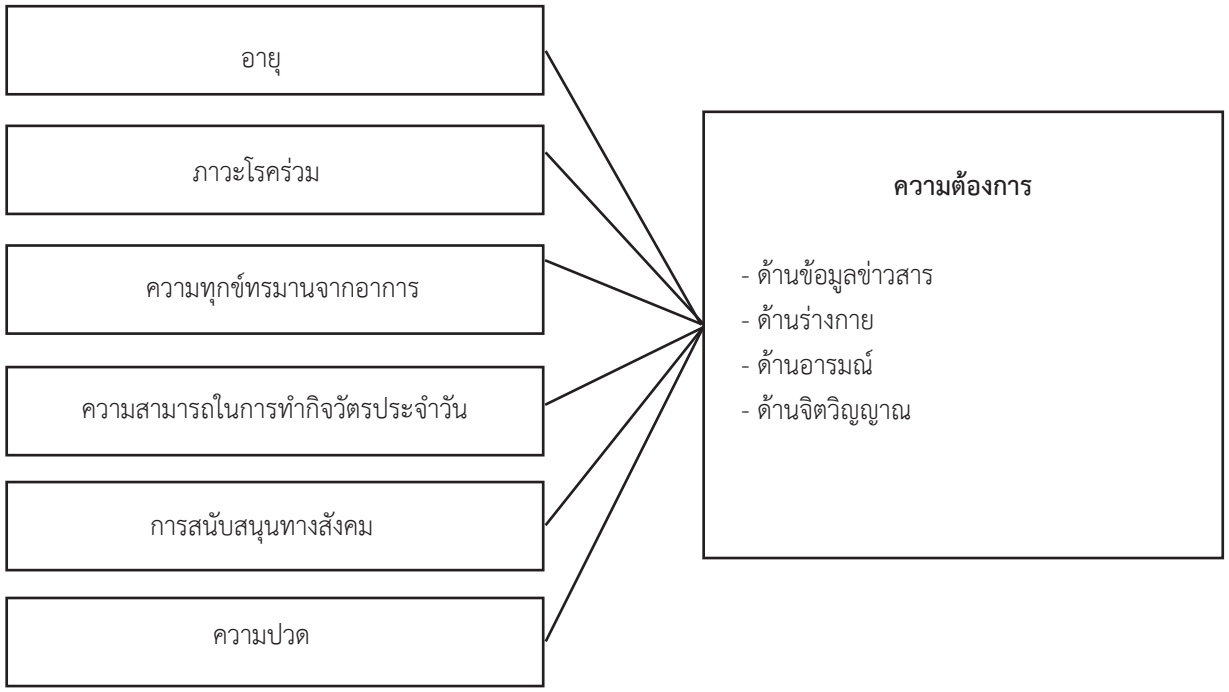
1. อายุ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล

2. ภาวะโรคร่วม ความทุกข์ทรมานจากอาการความปวด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล

3. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์กรอบแนวคิดความต้องการของGaglione[12]ซึ่งเป็นความต้องการของสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤต กล่าวว่าเป็นความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตรวมถึงบุคคลที่อยู่ในภาวะวิกฤต ที่ต้องการการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือสนับสนุนด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ ส่งผลให้คงไว้ซึ่งความสมดุลของบุคคลดังนั้นบุคคลที่อยู่ในภาวะวิกฤตอาจหมายถึงผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาลได้เช่นกัน จากการทบทวนวรรณกรรมความต้องการในผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจทั้งในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มีปัญหาความต้องการในด้านต่างๆที่ใกล้เคียงกับแนวคิดความต้องการของGaglione[12] ในทุกมิติทั้ง 4 ด้าน ได้แก่1) ด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นความต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยการดูแลรักษาที่ได้รับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด 2) ด้านร่างกาย เป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ น้ำ อาหาร อากาศ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน 3) ด้านอารมณ์ เป็นความต้องการได้รับกำลังใจ พูดคุยปลอบโยนซักถามข้อข้องใจและระบายความรู้สึก และ 4) ด้านจิตวิญญาณเป็นความต้องการด้านจิตใจความเชื่อความหวัง สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมมีการประยุกต์ใช้แนวคิดนี้กับผู้ป่วย ดังนั้นแนวคิดนี้จึงมีความเหมาะสมในการประยุกต์ใช้กับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจาก โรงพยาบาลเนื่องจากการผ่าตัด CABG เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความซับซ้อนร่างกายอยู่ในภาวะวิกฤต อีกทั้งจำนวนหลอดเลือดหัวใจที่ยังหลงเหลืออยู่ซึ่งไม่สามารถแก้ไขด้วยวิธีการผ่าตัดได้อาจเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อภายหลังผ่าตัด ในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจเมื่อกลับบ้าน การปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง อาจทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตและกลับมารักษาในโรงพยาบาลอีกครั้งซึ่งผู้วิจัยได้ปัจจัยคัดสรรจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดดังกล่าวกรอบแนวคิดความต้องการของ Gaglione[12] ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัดของรัฐ ระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ณ ผู้ป่วยนอกห้องตรวจศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด ในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ทั้งชนิดใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม และไม่ใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม หลังหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่มาตรวจตามนัดในสัปดาห์ที่ 2 จนถึง 1 ปี

2. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบประเมิน MMSE – Thai[23] ไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง

3. ผู้ที่รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้ดี

4. ผู้ที่มีความสมัครใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คัดออก ผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ร่วมกับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ การผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมในช่องอก และ/หรือช่องท้อง ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ/ซ่อมลิ้นหัวใจ รวมถึงมีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง หายใจหอบเหนื่อย หน้ามืด ใจสั่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่เป็นอันตรายถึงชีวิตระหว่างตอบแบบสอบถาม

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดอำนาจทดสอบร้อยละ 80 ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.30 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนตามลำดับดังนี้ 1) กำหนดสังกัดโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร ที่มีศูนย์บริการเฉพาะทางด้านหัวใจและหลอดเลือด ได้ทั้งหมด 6 สังกัด 2) สุ่มเลือกสังกัดของโรงพยาบาล จำนวน 3 สังกัด จาก 6 สังกัด (อัตราส่วน 1:2) โดยการสุ่มอย่างง่ายจับฉลากแบบไม่แทนที่

3) สุ่มโรงพยาบาลแต่ละสังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยการสุ่มอย่างง่ายจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้ 3 โรงพยาบาล 4) เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก ที่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้า ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลไม่สมบูรณ์ รวมได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 94 คน เพื่อลดการอคติ เก็บจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกันคือโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 31 คน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 32 คน และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย จำนวน 30 คน จนครบตามจำนวนที่กำหนด รวมทั้งสิ้น 94 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ของแบบสอบถามที่ 3, 5 และ 7 เท่ากับ 0.80, 1.00 และ 0.88 ตามลำดับ ซึ่งแบบสอบถามที่ 4, 6 และ 8 เป็นเครื่องมือมาตรฐาน ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการทดสอบค่าความตรงตามเนื้อหาเพียงให้ผู้ทรงคุณวุฒิช่วยพิจารณาความเหมาะสมของการใช้เครื่องมือดังกล่าวทุกท่านลงความคิดเห็นเครื่องมือมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบสอบถามที่ 3, 5, 6, และ 7 เท่ากับ 0.89, 0.92, 0.80 และ 0.85 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามที่ 4 ใช้วิธีการแบ่งครึ่งหาความสัมพันธ์ มีค่าสหสัมพันธ์เพียรสันเท่ากับ 0.81 และแบบสอบถามที่ 8 ใช้วิธี test - retest procedure มีค่าสหสัมพันธ์เพียร์สันเท่ากับ 0.97 ดังนี้

1. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)[23] แปลเป็นภาษาไทยโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ประเมิน 6 ด้าน คือ การรับรู้ ความจำ สมาธิ การคำนวณ ความจำระยะสั้น และการใช้ภาษา และการใช้ภาษา จำนวน 11 ข้อ ใช้สำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปตามเกณฑ์คัดเข้า คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 30 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ไม่ถูกต้อง, 1 คะแนน หมายถึง ถูกต้อง จุดที่ผ่านเกณฑ์แบ่งตามระดับการศึกษา

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และ 2) บันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย

3. แบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วย ดัดแปลงของพชรพร ยอดเพ็ชร และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ[9] ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดความต้องการของ Gaglione[12] จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน มีจำนวน 30 ข้อคำถาม ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร 9 ข้อ ด้านร่างกาย 6 ข้อ ด้านอารมณ์ 8 ข้อ และด้านจิตวิญญาณ 7 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Rating Scale 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่ต้องการ = 1, น้อย=2, ปานกลาง=3, และมาก = 4 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 30 - 120 คะแนน เกณฑ์การแปลผล คะแนน 30 - 44.7 หมายถึง ต้องการน้อยมาก, 45 - 74.7 หมายถึง ต้องการน้อย, 75 - 104.7 หมายถึง ต้องการปานกลาง, 105 - 120 หมายถึง ต้องการมาก

4. แบบประเมินภาวะโรคร่วม Charlson Comorbidity Index[24] มีจำนวน 21 โรคร่วม ผู้วิจัยได้ตัดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดออก เหลือ 20 โรคร่วม ผู้วิจัยประเมินจากเวชระเบียน เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 1 คะแนน คือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดส่วนปลาย โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราว โรคปอดเรื้อรัง โรคเบาหวาน แผลในกระเพาะอาหาร โรคอัลไซเมอร์หรือภาวะสมองเสื่อม โรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน โรคความดันโลหิตสูง โรคซึมเศร้า และผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin หรือ Coumadin, 2 คะแนน คือ ภาวะอัมพาตครึ่งซีก โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน หรืออวัยวะถูกทำลาย โรคไต โรคตับเรื้อรังชนิดไม่รุนแรงหรือระยะแรก โรคมะเร็งระยะไม่แพร่กระจาย และผู้ป่วยที่มีแผลกดทับหรือแผลติดเชื้อที่ผิวหนัง, 3 คะแนน คือ โรคตับชนิดรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก, 6 คะแนน คือ โรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย และโรคติดเชื้อ HIV หรือ AIDS คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 37 คะแนน เกณฑ์การแปลผล 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีโรคร่วม, 1 - 2 คะแนน หมายถึง โรคร่วมรุนแรงน้อย, 3 - 4 คะแนน หมายถึง โรคร่วมรุนแรงปานกลาง, > 4 คะแนน หมายถึง โรคร่วมรุนแรงมาก

5. แบบสอบถามจากอาการผู้วิจัยใช้ของ McCormick et al.[25]แปลเป็นภาษาไทยโดยวิภาวรรณ ทองเทียม และคณะ[26] เพิ่มอาการตามผู้ทรงคุณวุฒิ มี 25 อาการ ถามความรู้สึก อาการหลงเหลือเมื่อกลับรักษาตัวบ้านในช่วง 2 เดือนแรกหลังผ่าตัด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากอาการ เป็นมาตรวัดแบบ Rating Scale 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่ทำให้ทุกข์ทรมานเลย = 0, ทุกข์ทรมานเล็กน้อย = 1, ทุกข์ทรมานปานกลาง = 2, ทุกข์ทรมานมากพอสมควร = 3, ทุกข์ทรมานรุนแรงมาก = 4 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 100

เกณฑ์การแปลผล ดังนี้ คะแนน 0 - 12.25 หมายถึง ทุกข์ทรมานจากอาการน้อยมาก, 12.5 - 37.25 หมายถึง ทุกข์ทรมานจากอาการน้อย, 37.5 - 62.25 หมายถึง ทุกข์ทรมานจากอาการปานกลาง, 62.5 - 87.25 หมายถึง ทุกข์ทรมานจากอาการค่อนข้างมาก, 87.5 - 100 หมายถึง ทุกข์ทรมานจากอาการมาก

6. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index ปรับปรุงและแปลภาษาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ[27] มี 10 ข้อคำถาม คือ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การเคลื่อนย้ายตนเอง การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ เกณฑ์การให้คะแนน 0, 1, 2, 3 ในแต่ละข้อ คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 20 คะแนน เกณฑ์การแปลผล ดังนี้ คะแนน 0 - 4 หมายถึง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พึ่งพามาก, 5 - 8 หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง พึ่งพาปานกลาง, 9 - 11 หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ค่อนข้างมาก พึ่งพาน้อย, ≥ 12 หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่พึ่งพา

7. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงของทาริกา บุญประกอบและศิริพันธุ์ สาสัตย์[28] มีจำนวน 17 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ 3 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ ด้านวัตถุสิ่งของการเงินหรือแรงงาน 5 ข้อ และ ด้านการประเมินและการเปรียบเทียบพฤติกรรม 4 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert Scale 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เลย = 1, เล็กน้อย = 2, ไม่แน่ใจ/เฉยๆ = 3, มาก = 4, มากที่สุด = 5 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 17 - 85 คะแนน เกณฑ์การแปลผล ดังนี้ คะแนน 17 - 25.33 หมายถึง ได้รับน้อยมาก, 25.5 - 42.33 หมายถึง ได้รับน้อย, 42.5 - 59.33 หมายถึง ได้รับปานกลาง, 59.5 - 76.33 หมายถึง ได้รับค่อนข้างมาก, 76.5 - 85 หมายถึง ได้รับมาก

8. มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข Numeric Rating Scale สร้างโดย Downie et al.[29] เหมาะสำหรับประเมิน ทั้งผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1 ข้อ ลักษณะเป็นเส้นตรงในแนวนอนมาตรวัดตัวเลขต่อเนื่องกันตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน โดยให้ผู้ป่วยบอกความปวดเป็นตัวเลข โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มี และ 10 คะแนน หมายถึง มีความปวดมากที่สุด การแปลผลคะแนน ดังนี้ 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย, 1 - 3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย, 4 - 6 หมายถึง ปวดปานกลาง, 7 - 10 หมายถึง ปวดรุนแรง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะการกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย COA No.199/66 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย COA No.1340/2023 โรงพยาบาลศิริราช COA No.Si 954/2023 และโรงพยาบาลราชวิถี รหัสโครงการ COA No.042/2567 และได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้คัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าโดยวิธีการประชาสัมพันธ์เชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและได้รับยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ ได้รับการปกปิดข้อมูลและไม่มีการเปิดเผยชื่อสกุล นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และได้รับการอนุมัติเข้าเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง

2) ผู้วิจัยประสานงานเพื่อขอเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนก/หัวหน้าผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการเฉพาะทางหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวมรวบข้อมูล การเก็บข้อมูลโดยใช้เวชระเบียนผู้ป่วย

3) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อ 1 วัน หรือภายในวันที่ไปเก็บข้อมูลก่อนเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยไม่มีการนัดหมายล่วงหน้า ติดป้ายโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์เชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย

4) เข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่มาตรวจตามนัด ขณะรอพบแพทย์ หลังตรวจพบแพทย์ หรือขณะรอรับยา ชี้แจงรายละเอียดและเชิญชวนเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจใช้ ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 30 - 45 นาที

5) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหนังสือได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามทุกข้อให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อ และให้เลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกคำตอบแบบสอบถามตอบผ่านกระดาษ และอยู่ในพื้นที่มีความเป็นส่วนตัว การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 52 คน ไม่พบภาวะการรู้คิดบกพร่อง มี

กลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ออก เขียนไม่ได้ จำนวน 3 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2567 - 15 สิงหาคม 2567 ภายในวันเวลาราชการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตาม ลำดับดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย ใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ ภาวะโรคร่วม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความปวด และความต้องการ วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) ทดสอบค่าการแจกแจงข้อมูลแบบปกติของตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติ Kolmogorov - Smirnov test และพิจารณาด้วยค่าดัชนีความเบ้ (Skewness) กับค่าดัชนีความโด่ง (Kurtosis) จากการทดสอบ พบว่าข้อมูลไม่มีการกระจายตัวแบบปกติ

4) ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ภาวะโรคร่วม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความปวด กับความต้องการของผู้ที่ได้รับ CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาลใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมนเกณฑ์การพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Cohen (1988) ดังนี้ (r) 0.10 - 0.29 สัมพันธ์ระดับต่ำ, (r) 0.30 - 0.49 สัมพันธ์ระดับปานกลาง, (r) 0.50 - 1.00 สัมพันธ์ระดับสูง

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 61.24 ปี ($\bar{x}$ = 61.24, SD = 10.48) เป็นเพศชาย ร้อยละ77.7 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 60.6 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.5 จบระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 26.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 46.8 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 39.4 มีที่อยู่อาศัยในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 52.1 สะดวกเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 80.9 ไม่สะดวกเดินทางมาโรงพยาบาลร้อยละ 19.1 ด้วยเหตุผล ค่าใช้จ่ายโดยรวม (ค่าเดินทางโดยรถ, เรือ, เครื่องบิน, ค่าอาหาร) ร้อยละ 41.7 พักอาศัยอยู่กับคู่ภรรยา/สามี ร้อยละ 42.2 ซึ่งมีพักอาศัยกับผู้ดูแล ร้อยละ 1.5 และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 1.5 มีผู้ดูแลหลักเป็นคู่ภรรยา/สามี ร้อยละ 38.4 ซึ่งมีผู้ดูแล ร้อยละ 1.8 และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 1.8 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจนัดในสัปดาห์ที่ 2 จนถึง 1 ปี อยู่ในระยะหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ - 1 เดือน ร้อยละ 41.5 รองลงมา คือ มากกว่า 1 เดือน - 3 เดือน ร้อยละ 22.3 มากกว่า 3 เดือน - 6 เดือน ร้อยละ 18.1 และมากกว่า 6 เดือน - 1ปี ร้อยละ 18.1 ตามลำดับ ได้รับชนิดการผ่าตัด คือ CABG ร้อยละ 78.7 รองลงมา คือ OPCAB ร้อยละ 20.2 และ MICS CABG ร้อยละ 1.1 ตามลำดับ จำนวนเส้นเลือดที่เบี่ยงเส้นเลือด 3 เส้น ร้อยละ 53.2 รองลงมา คือ เบี่ยงเส้นเลือด 4 เส้น ร้อยละ 16.0 ส่วนใหญ่ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรก ร้อยละ 98.9 รองลงมา คือ เป็นครั้งที่ 2 ร้อยละ 1.1 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม ร้อยละ 96.80 โรคร่วมพบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.24 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.60 โรคไต ร้อยละ 9.80 และโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราว ร้อยละ 7.84 ตามลำดับ

2. พบว่าในระยะหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้านไปจนถึง 2 เดือน ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดCABGภายหลังออกจากโรงพยาบาลมีความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}$ = 20.01, SD = 13.03) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการที่พบมากที่สุด คือ อาการนอนไม่หลับ ($\bar{x}$ = 1.74, SD = 1.24) รองมาคือ หายใจหอบลึกเมื่อทำกิจกรรม ($\bar{x}$ = 1.72, SD = 0.96) อ่อนเพลีย ($\bar{x}$ = 1.44, SD = 0.95) รู้สึกเครียด ($\bar{x}$ = 1.16, SD = 1.22) และเบื่ออาหาร ($\bar{x}$ = 1.14, SD= 1.28)

3. พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะโรคร่วมรุนแรงน้อย มีความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่ในระดับน้อย มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่มีภาวะพึ่งพา มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก มีความปวดอยู่ในระดับเล็กน้อย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 Possible range, Actual range ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล ของตัวแปรภาวะโรคร่วม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความปวด (n = 94)

ตัวแปรที่ศึกษา	Possible range	Actual range	$\bar{x}$	SD	แปลผล
ภาวะโรคร่วม	0 - 37	0 - 10	2.83	2.03	รุนแรงน้อย
ความทุกข์ทรมานจากอาการ	0 - 100	0 - 56	20.01	13.03	น้อย
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	0 - 20	6 - 20	16.47	3.11	ช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่มีภาวะพึ่งพา
การสนับสนุนทางสังคม	17 - 85	27 - 85	72.68	10.49	ค่อนข้างมาก
ความปวด	0 - 10	0 - 7	2.15	2.15	เล็กน้อย

4. พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านจิตวิญญาณอยู่ ในระดับมาก ส่วนต้องการด้านร่างกาย และด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 Possible range ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผลระดับคะแนนความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล (n=94)

ตัวแปร	Possible range	Mean	SD	Min	Max	แปลผล
ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร	9 - 36	31.71	4.49	13	36	มาก
ความต้องการด้านร่างกาย	6 - 24	20.73	3.45	6	24	ปานกลาง
ความต้องการด้านอารมณ์	8 - 32	27.20	4.24	8	32	ปานกลาง
ความต้องการด้านจิตวิญญาณ	7 - 28	24.67	3.34	13	28	มาก
ความต้องการโดยรวม	30 - 120	104.32	13.56	42	120	ปานกลาง

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร พบว่า

5.1. อายุ และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดCABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2. ภาวะโรคร่วม ความทุกข์ทรมานจากอาการและความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r_s = 0.207, r_s = 0.222, และ r_s = 0.203)

5.3. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r_s = - 0.243)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา กับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดCABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ตัวแปรที่ศึกษา	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p - value	แปลผล
อายุ	r_s = 0.071	.248	ไม่มีความสัมพันธ์
ภาวะโรคร่วม	r_s = 0.207*	.022	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ
ความทุกข์ทรมานจากอาการ	r_s = 0.222*	.016	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	r_s = - 0.243*	.016	มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำ
การสนับสนุนทางสังคม	r_s = 0.088	.198	ไม่มีความสัมพันธ์
ความปวด	r_s = 0.203*	.025	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ

*p < .05, Spearman rank - order correlation coefficient; r_s

การอภิปรายผล

1. ความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล

1.1. ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ป่วยมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารตามแนวคิดความต้องการของ Gaglione[12] ที่ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การดูแลรักษาที่ได้รับ การดูแลตนเองในระยะหลังผ่าตัด อาการหลงเหลือที่ต้องเฝ้าระวัง เนื่องจากผู้ป่วยได้กลับไปดูแลตนเองที่บ้านเผชิญกับสภาพความเจ็บป่วยของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างแท้จริงรวมถึงสภาพจิตใจ อาจมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกาย เช่น บางรายต้องกลับไปเรียนหนังสือ ลักษณะของการทำงาน การยกของหนัก การขับรถ การขึ้นเครื่องบิน ต้องการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและร่างกาย ได้แก่ การรับประทานยา อาหาร กิจกรรมทางกาย การดูแลแผลผ่าตัด การแต่งกาย การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่ต้องรีบมาพบแพทย์ซึ่งผู้ป่วยบางรายไม่สามารถจดจำข้อมูลรายละเอียดได้อาจต้องการคู่มือและได้รับการข้อมูลด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องในวันที่มาตรวจตามนัด ข้อมูลสุขภาพใหม่ๆ แนวทางการดูแลรักษาทางเลือกที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูลข่าวสารให้ครอบคลุม อาจช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดโอกาสการกลับมาเป็นซ้ำ หรือโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำหลังผ่าตัด CABG

1.2. ความต้องการด้านร่างกาย ผู้ป่วยมีความต้องการด้านร่างกายตามแนวคิดความต้องการของ Gaglione[12] ที่เป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ น้ำ อาหาร

อากาศ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ความไม่สุขสบายของร่างกายหลังผ่าตัด รวมถึงความปลอดภัย เนื่องจากการผ่าตัด CABG ไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคหลอดเลือดหัวใจแต่เป็นการผ่าตัดเพื่อประคับประคองบรรเทาอาการเจ็บเค้นหน้าอก และการรอดชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้น มีชีวิตที่ยืนยาว ผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาลจึงมีความต้องการด้านร่างกายที่จะฟื้นฟูสภาพร่างกายและหัวใจให้ดีขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป กลับสู่สุขภาวะที่ดี ดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข จากการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องการทราบเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น แผลผ่าตัดติดเชื้อ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ แผลผ่าตัดกระดูกหน้าอกแยก เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะอ้วน ($\bar{x}$ = 3.67, SD = 0.69) และมีความต้องการความสุขสบายหลังผ่าตัดขณะกลับไป พักฟื้นที่บ้าน เช่น พักผ่อนนอนหลับได้ ไม่ปวดแผล ไม่มีอาการเหนื่อย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ($\bar{x}$ = 3.73, SD = 0.53) เป็นต้น

1.3. ความต้องการด้านอารมณ์ผู้ป่วยมีความต้องการด้านอารมณ์ตามแนวคิดความต้องการของ Gaglione[12] ที่ต้องการได้รับกำลังใจ พูดคุย ปลอบโยน ซักถามข้อข้องใจ และระบายความรู้สึก เนื่องจากการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ความทุกข์ทรมานจากอาการ อาจส่งผลต่อสภาพจิตใจผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาลจึงมีความต้องการด้านอารมณ์ ผู้ป่วยบางรายมีความต้องการให้สมาชิกในครอบครัวช่วยดูแล สนับสนุน มอบกำลังใจ ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความต้องการด้านอารมณ์จากบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ การพูดคุยด้วยวาจาที่สุภาพอ่อนโยน ($\bar{x}$ = 3.65, SD = 0.62) เปิดโอกาสให้ได้ซักถาม ข้อข้องใจ หรือได้ระบายความรู้สึก เกี่ยวกับสภาพหรือภาวะร่างกายหลังผ่าตัด ($\bar{x}$= 3.62, SD = 0.71) และต้องการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ($\bar{x}$ = 3.62 , SD = 0.64) แต่เมื่อร่างกายฟื้นหายกลับเข้าสู่ภาวะปกติ หรือมีอาการหลงเหลือน้อยที่สุด ความต้องการด้านอารมณ์อาจลดลง

1.4. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณตามแนวคิดความต้องการของ Gaglione[13] ที่ต้องการสนับสนุนทางด้านจิตใจ เป็นความเชื่อ ความหวัง สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจผู้ป่วย เมื่อชีวิตได้ผ่านประสบการณ์การผ่าตัด CABG ซึ่งอยู่ระหว่างความเป็นความตายจึงมีความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เมื่อมีความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จนถึงอาการทุเลาลง สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ แต่จิตวิญญาณยังเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ละบุคคลส่งผลต่อการฟื้นฟูร่างกายเมื่อเจ็บป่วย การปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ความรัก และความเมตตากรุณาจึงเป็นพื้นฐานของการพยาบาล หรือเรียกว่า compassionate care ช่วยเหลือให้การบริการด้วยความยินดี ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ และ การเสริมพลังในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย

2.1.อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีความต้องการที่ไม่แตกต่างกัน เมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตความเจ็บป่วยของชีวิต มีความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและร่างกายในระยะหลังผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล ต้องการการปรับตัวกับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่เพื่อดำเนินชีวิตที่ของตนเอง ขณะมีชีวิตอยู่ตามบทบาทหน้าที่แตกต่างกันแต่ละช่วงวัย สอดคล้องกับ การศึกษาของ Wang et al.[18] พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งปอดหลังจำน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2.ภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล (r_s = 0.207, $p < 0.05$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 เป็นอีกหนึ่งของผู้ป่วย มีผลต่อการฟื้นตัวในระยะหลังผ่าตัด บุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้ความสำคัญกับการดูแลในระยะหลังผ่าตัดภายหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีโรคร่วมที่แตกต่างกัน บางรายมีโรคร่วมมาก/น้อย การรักษา การดูแลช่วยเหลือย่อมแตกต่างกัน และให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจึงควรเน้นเป็นรายบุคคล ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองควบคุมโรคร่วมได้ ไม่ให้อาการกำเริบ อีกทั้งโรคร่วมยังเป็นปัจจัย กระตุ้นทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันได้อีกครั้ง และเส้นเลือดที่นำมาทำทางเบี่ยงมีอายุการใช้งาน จึงต้องมีการควบคุมโรคร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของ Asadi-Lari et al.[16] พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโรคร่วมมีความต้องการช่วยเหลือเป็น 2.5 เท่าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่มีโรคร่วม (OR =2.5,95%CI = 1.1-5.4, $p < 0.05$) อีกทั้ง ปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล และคณะ[8] พบว่าภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = 0.44$, $p < 0.05$)

2.3. ความทุกข์ทรมานจากอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล (r_s= 0.222, $p < 0.05$) เป็น

ไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 จากการศึกษานี้เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านไปจนถึง 2 เดือนมีความทุกข์ทรมานจากอาการพบมากที่สุด คือ อาการนอนไม่หลับ หายใจหอบลึกเมื่อทำกิจกรรม อ่อนเพลีย รู้สึกเครียด และเบื่ออาหาร ผู้ป่วยจึงมีความต้องการได้รับการจัดการอาการอย่างถูกวิธีซึ่งอาการดังกล่าวอาจเป็นสัญญาณของภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Gao et al.[11] ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด CABG หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความต้องการการดูแลสุขภาพโดยรวมความต้องการด้านการดูแลสรีรวิทยา (r = 0.426, r = 0.423, p < 0.001) และความต้องการด้านการดูแลจิตสังคม (r = 0.287, p < 0.01) ซึ่ง Su et al.[17] ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระยะฟื้นตัวก่อนและหลังจำหน่ายออกจากจากโรงพยาบาล พบว่าความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการดูแลสุขภาพก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (r = 0.39, และ r = 0.60, p < 0.01) เช่นเดียวกับ Wang et al.[18] ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งปอดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการดูแลสุขภาพด้านข้อมูล ความต้องการดูแลสุขภาพด้านสรีรวิทยา และความต้องการดูแลสุขภาพด้านจิตสังคม (r_s = 0.33, r_s = 0.29, และ r_s = 0.37, p < 0.05)

2.4. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล (r_s = - 0.243, p < 0.05) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ผู้ป่วยมีความต้องการกลับมาทำกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด เพื่อลดความต้องการการช่วยเหลือการพึ่งพาจากบุคคลอื่น แต่ผู้ป่วยบางรายมีความต้องการช่วยเหลือ ความต้องการการพึ่งพา จากบุคคลใกล้ชิด หรือบุคลากรทางการแพทย์ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและร่างกาย ให้สามารถการดำเนินชีวิตได้อย่างมีสุขภาวะที่ดี เพื่อสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำได้กลับเข้าสู่สถานะเดิมตามบทบาทหน้าที่สอดคล้องกับการศึกษาของ El-gafour et al.[19] พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความ สัมพันธ์ทางลบกับความต้องการด้านจิตสังคมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (r = - 0.391, p < 0.01) อีกทั้งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า (r = - 0.22, p < 0.05)[20] และพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (r = - 0.51, p < 0.05)[21]

2.5. การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดCABGภายหลังออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อน ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ให้ข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถเข้าถึงได้สะดวก รวดเร็วขึ้น ซึ่งเป็นอีกหนึ่งช่องทางที่หน่วยงานสุขภาพได้เตรียมข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่างได้อย่างเพียงพอ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Wang et al.[18] พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลสุขภาพหลังจำน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็ง อีกทั้งการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[9]

2.6. ความปวด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด CABG ภายหลังออกจากโรงพยาบาล (r_s = 0.203, p < 0.05) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ในระยะหลังผ่าตัดความปวดจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้ป่วยมีความต้องการบรรเทาความปวดแผลผ่าตัด อีกทั้งความปวดแผลเรื้อรังหลังผ่าตัด อาจเป็นสาเหตุของแผลผ่าตัดติดเชื้อ หรือแผลผ่าตัดกระดูกหน้าอกแยก ผู้ป่วยจึงมีความต้องการการดูแลแผลผ่าตัด ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ช่วยส่งเสริมการหายของแผลผ่าตัดสอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al.[18] ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งปอดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าระดับความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการดูแลสุขภาพด้านข้อมูล และความต้องการดูแลสุขภาพด้านสรีรวิทยา (r_s = 0.29, และ r_s = 0.25, p < 0.05) และ El-gafour et al.[19] ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่าความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตสังคม (r = 0.419, p < 0.01)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อส่งเสริมความต้องการในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและร่างกาย ในระยะหลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาล

2.พยาบาลควรวางแผนการให้การพยาบาลการจัดการอาการความปวด ความทุกข์ทรมานจากอาการและภาวะโรคร่วม เพื่อเป็นการส่งเสริมความต้องการในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลกับความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลัง ออกจากโรงพยาบาลเพิ่มเติม ได้แก่ ความเข็มแข็งทางใจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาล

3. ควรมีการศึกษาความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาล โดยแบ่งชนิดการผ่าตัด ได้แก่ ชนิดใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม(CABG) ชนิดไม่ใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม (OPCAB) ชนิดการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจแบบแผลเล็ก (MICS CABG) ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น อาจมีความต้องการที่แตกต่างกัน

4. ควรมีการศึกษาความต้องการของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาล ในระยะเวลามากกว่า 1 ปี เป็นต้นไป เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และกลับมาเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่มอบทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

References

1.Centers for Disease Control and Prevention. Heart disease facts [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2022 [cited 2024 Nov 8]. Available from: https://www.cdc.gov/heartdisease/facts.htm

2.Marin-Cuartas M, Deo SV, Ramirez P, Verevkin A, Leontyev S, Borger MA, Davierwala PM. Off-pump coronary artery bypass grafting is safe and effective in patients with severe left ventricular dysfunction.Eur J Cardiothorac Surg. 2022;61(3):705-13. https://doi.org/10.1093/ejcts/ezab371

3.Thoracic Surgical Association of Thailand. Surgery statistics of Thailand [Internet]. Bangkok: TSAT; 2024 [cited 2024 Nov 8]. Available from: https://thaits.org/en/stat-surgery/

4.Oshvandi K, Pakrad F, Mohamadi Saleh R, Seif Rabiei MA, Shams A. Post-operative symptoms and complications in patients having undergone coronary artery bypass graft in Hamadan: a descriptive cross-sectional study. Jundishapur J Chronic Dis Care. 2020;9(4):e104180. https://doi.org/10.5812/jjcdc.104180

5.Lie I, Bunch EH, Smeby NA, Arnesen H, Hamilton G. Patients' experiences with symptoms and needs in the early rehabilitation phase after coronary artery bypass grafting. Eur J Cardiovasc Nurs. 2012;11(1):14-24. https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2010.09.004

6.Shawon MSR, Odutola M, Falster MO, Jorm LR. Patient and hospital factors associated with 30-day readmissions after coronary artery bypass graft surgery: a systematic review and meta-analysis. J Cardiothorac Surg. 2021;16(1):172.https://doi.org/10.1186/s13019-021-01556-114.

7.Smart NA, Dieberg G, King N. Long-term outcomes of on- versus off-pump coronary artery bypass grafting. J Am Coll Cardiol. 2018;71(9):983-91. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.12.04916.

8.Nanthaitaveekul P, Daengdomyut P, Phiraphan

P, Labama J, Sakorn P. The needs of patients with coronary artery disease. J R Thai Army Nurs. 2021;22(2):169-77. [In Thai]

9.Yodpetch C, Uakrit N. Factors related to the needs of patients before coronary artery bypass surgery. J Card Thorac Nurs. 2018;29(1):58-71. [In Thai]

10.Alkubati SA, Al-Zaru IM, Khater W,Ammouri AA. Perceived learning needs of Yemeni patients after coronary artery bypass graft surgery. J Clin Nurs. 2013;22(7-8):930-8. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04177.x

11.Gao FJ, Yao KP, Tsai CS, Wang KY. Predictors of health care needs in discharged patients who have undergone coronary artery bypass graft surgery. Heart Lung. 2009;38(3):182-91. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.07.006.

12.Gaglione KM. Assessing and intervening with families of CCU patients. Nurs Clin North Am. 1984;19(3):427-32.

13.Omari F, Al-Zaru I, Al-Yousef RH. Perceived learning needs of Syrian patients post-coronary artery bypass graft surgery. J Clin Nurs. 2014;23(11-12):1708-17. https://doi.org/10.1111/jocn.12319

14.Rodrigues S, Henriques H, Henriques MAP. Needs of older persons undergoing cardiac surgery: perceptions of nurses, patients waiting for surgery, and postoperative patients. Nurs Open. 2022;9(3):1774-84.https://doi.org/10.1002/nop2.1206

15.Leegaard M, Fagermoen MS. Patients' key experiences after coronary artery bypass grafting: a synthesis of qualitative studies. Scand J Caring Sci. 2008;22(4):616-28. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00556.x

16.Asadi-Lari M, Packham C, Gray D. Need for redefining needs. Health Qual Life Outcomes. 2003;1:34. https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-34

17.Su HH, Tsai YF, Chen WJ, Chen MC. Health care needs of patients during early recovery after total knee replacement surgery. J Clin Nurs. 2010;19(5-6):673-81. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03107.x

18.Wang KY, Chang NW, Wu TH, Hsu CC, Lee YH, Lee SC. Post-discharge health care needs of patients after lung cancer resection. J Clin Nurs. 2010;19(17-18):2471-80. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03298.x

19.El-Gafour AM, Younis GA, Gad SMA. Assessment of patients' needs pre and post open heart surgery. Tanta Sci Nurs J. 2021;22(3):11-32. https://doi.org/10.21608/tsnj.2021.198896

20.Rattanamaitrikiat R, Phiphatwanit N. Factors related to spiritual needs of elderly patients undergoing elective surgery. Songklanagarind J Nurs. 2017;37(2):14-26. [In Thai]

21.Wattanawattu T. Factors related to spiritual needs of terminal cancer patients[master's thesis]. Bangkok:Chulalongkorn University; 2008. [In Thai]

22.Tirapongprasert S,Samarkij N, Wisetso.Factors related to spiritual needs in palliative cancer patients. Burapha Nurs J. 2021;29(1):67-79. [In Thai]

23.Institute of Geriatric Medicine.Health technology assessment: comparison of MMSE-Thai 2002 and Thai Mini-Mental State Examination (TMSE) for dementia screening in older adults. Bangkok: CG Tool Co., Ltd.; 2008.

24.Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373-83. https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8

25.McCormick KM, Naimark BJ,Tate RB.Symptoms and distress in patients awaiting coronary artery bypass surgery. Can J Nurs Res. 2002;34(4):95-105.

26.Thongthiam W, Chitpanya C, Tantikosum P. Relationship between postoperative duration, fear of falling, and physical activity in patients with coronary artery disease after coronary artery bypass grafting. Narathiwat Rajanagarindra Univ J. 2016;8(1):27-38. [In Thai]

27.Jitapunkul S. Principles of geriatric medicine. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2001.

28.Boonprakob T, Sasat S. Selected factors related to recoveryafterkneereplacementinelderlypatients. Thai Navy Med J. 2019;46(2):355-68. [In Thai]

29.Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. Ann Rheum Dis. 1978;37(4):378-81.https://doi.org/10.1136/ard.37.4.378