ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

นางสาวศิริพร ศรีสมัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2556
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN AORTIC ANEURYSM PATIENTS AFTER SURGERY

Miss Siriporn Srisamai

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด
โดย	นางสาวศิริพร ศรีสมัย
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.รุ้งระวี นาวีเจริญ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อาจารย์ ดร.รุ้งระวี นาวีเจริญ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ศิริพร ศรีสมัย : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด. (SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN AORTIC ANEURYSM PATIENTS AFTER SURGERY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร.รุ้งระวี นาวีเจริญ, 174 หน้า.

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด และหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม อายุ ระยะเวลาหลังผ่าตัด ชนิดของโรคและชนิดของการผ่าตัด การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเออออร์ตาในช่องอก และ/หรือ ในช่องท้องโป่งพอง ที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด และ/หรือ แบบสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน ภายในระยะเวลา 1 เดือน - 1 ปี ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงขึ้นไปทั่วประเทศ จำนวน 143 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการปกิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วิเคราะห์ผลการวิจัย โดยใช้สถิติบรรยาย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยสรุป ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี (= 62.09, SD = 18.30) การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพอยู่ในระดับสูง (= 47.62, SD = 4.01 และ = 10.88, SD = 1.01) สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

2. การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการปวดขาในขณะเดินมากที่สุด (ร้อยละ 49.7) การรับความรู้สึกที่ขาลดลง/รู้สึกชา (ร้อยละ 37.8) และเบื่ออาหารอ่อนเพลีย (ร้อยละ 37.8) ด้านสาเหตุการเกิดโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเกิดจากการปฏิบัติของตนมากที่สุด (= 3.73, SD = 0.84) ส่วนด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค ด้านผลกระทบจากโรค และด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3. อายุ การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค และด้านสาเหตุการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.168, -.489 และ -.266 ตามลำดับ) การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .216, .391 และ .174 ตามลำดับ) นอกจากนี้ชนิดของโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัด การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค ด้านผลกระทบจากโรค และความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุข ภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเออออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2556 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม .....

5477191736 : MAJOR NURSING SCIENCE
KEYWORDS: HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE / ILLNESS REPRESENTATIONS / PATIENTS WITH AORTIC ANEURYSM AFTER SURGERY

SIRIPORN SRISAMAI: SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN AORTIC ANEURYSM PATIENTS AFTER SURGERY. ADVISOR: ASST. PROF. NORALUK UA-KIT, Ph.D., CO-ADVISOR: RUNGRAWEE NAVICHARERN, Ph.D., 174 pp.

The purposes of this correlational research were to examine the health related quality of life in patients with aortic aneurysm after surgery and to investigate the relationships of social support, age, duration after surgery, types of aneurysm and surgery, illness representations, adherence to health behavior advised by the health care teams, and self-efficacy toward health behavioral practice, and health related quality of life in patients with aortic aneurysm after surgery. One hundred and forty-three post-operative patients with various types of aortic aneurysm surgery from 1 month to 1 year were recruited from tertiary care hospitals, all the countries. Questionnaires composed of demographic information, social support, illness representations, adherence to health behavioral practice, self-efficacy to health behavioral practice, and health related quality of life. Descriptive statistics, point biserial correlation coefficients and pearson’ s product moment correlation coefficients analyses were used to analyze data. The results showed as the followings:

1. The score of health related quality of life of patients with aortic aneurysm after surgery was good (= 62.09, SD = 18.30). The score of social support and adherence to health behavioral practice was at a high level (= 47.62, SD = 4.01 and = 10.88, SD = 1.01). Self-efficacy to health behavioral practice was at a medium level (= 27.23, SD = 4.17).

2. In terms of symptoms of illness representations, patients reported claudication at most (49.7%), sensory loss at legs (37.8%), and anorexia and exhaustion (37.8%). They reported the cause of aortic aneurysm came from patient behavioral practice at most (= 3.73, SD = 0.84). In terms of timeline, consequences, and curing/symptom controllability perception, the patients have represented accordingly and correctly.

3. Age and perceiving symptoms and cause were negatively related to health related quality of life at the level of .05 (r = -.168, -.489 and -.266, respectively). Social support, illness representation of treatment or disease control, and self-efficacy in health behavioral practice were positively related to health related quality of life in patients with aortic aneurysm after surgery at the level of .05 (r = .216, .391 and .174, respectively). However, types of aortic aneurysm, types of surgery, duration after surgery, perceiving of timeline and consequences, and adherence of health behavioral practice were not related to health related quality of life in patients with aortic aneurysm after surgery.

Field of Study: Nursing Science Student's Signature .....

Academic Year: 2013 Advisor's Signature .....

Co-Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา ความช่วยเหลือ และกำลังใจอย่างดียิ่ง จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ แนวคิด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ มาโดยตลอดในระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.รุ้งระวี นาวีเจริญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์มีความชัดเจนและสมบูรณ์มากขึ้น

กราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ตลอดจนให้ความรัก ความเมตตา ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ณ สถาบันแห่งนี้ รวมถึงเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาและอำนวยความสะดวกในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จ และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนวิจัยบางส่วนในงานวิจัยครั้งนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ ลีลาจรัส ที่ช่วยเหลือและให้ข้อเสนอแนะในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ให้สำเร็จได้ด้วยดี รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิอีกทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบเครื่องมือ และเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขให้เหมาะกับงานวิจัยนี้

ขอขอบคุณหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าห้องผ่าตัด พี่ๆ น้องๆ ผู้ร่วมงาน ห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนและให้กำลังใจในการลาศึกษาต่อครั้งนี้ รวมทั้งหัวหน้าคลินิกศัลยกรรม และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่คอยอำนวยความสะดวก ช่วยเหลือให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปอย่างราบรื่น

ขอขอบคุณ คุณรัตนา เพียรเจริญสิน คุณพัชรวรรณ ศรีคง และคุณน้ำฝน พุทธกาล ที่คอยช่วยเหลือประสานงาน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามโรงพยาบาลต่างๆ รวมทั้งผู้ช่วยวิจัยทั้ง 4 ท่าน ที่ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ตั้งไว้

ขอบคุณเป็นอย่างยิ่งไปยังกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลตอบแบบสอบถาม ทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่และที่ล่วงลับไปแล้ว ข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะเป็นคุณูปการในการดูแลผู้ป่วยต่อไป และผลกุศลอันนี้ขอให้ท่านมีสุขภาพแข็งแรง รวมถึงท่านที่ล่วงลับไปแล้ว ขอให้ดวงวิญญาณที่อยู่ในสัมปรายภพจงมีแต่ความสุขเทอญ

ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตร่วมรุ่นทุกท่าน รวมถึง คุณมาณี ชัยวีระเดช คุณกุลกิตต์ ชัยอำนวย และคุณธาวินี ช่วยแท่น ที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจเสมอมา สุดท้ายนี้บุคคลที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จ คุณพ่อ คุณแม่ พี่น้อง ญาติทุกคน และครอบครัวเนียมถนอม ที่ให้ความรัก ความห่วงใย คอยดูแลเอาใจใส่ เป็นแรงสนับสนุนส่งเสริมที่ดียิ่ง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญภาพ ..... ญ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

คำถามการวิจัย 4

วัตถุประสงค์การวิจัย 5

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย 5

สมมติฐานการวิจัย 12

ขอบเขตของการวิจัย 12

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 13

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 15

ทราบปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด 15

บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 16

1. โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง (Aortic Aneurysm) 17

2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health Related Quality of Life) 25

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองในรูปแบบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก 32

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 50

5. กรอบแนวคิดการวิจัย 58

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย 59

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หน้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 61
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 67
การเก็บรวบรวมข้อมูล 68
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง 70
การวิเคราะห์ข้อมูล 71
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 72
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 89
สรุปผลการวิจัย 90
อภิปรายผลการวิจัย 92
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ 101
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป 102
รายการอ้างอิง 103
ภาคผนวก 114
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 115
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือ 117
ภาคผนวก ค เอกสารพิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง 126
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 154
ภาคผนวก จ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม 166
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 174

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) 67
ตารางที่ 2 วันที่ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย 70
ตารางที่ 3 วันที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้ 70
ตารางที่ 4 เกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 71
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนภาวะโรคร่วม ชนิดของโรค และชนิดของการผ่าตัด (n = 143) 73
ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละ ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด (n = 143) 75
ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผล ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม การสนับสนุนทางสังคม ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และ สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 143) 79
ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละ การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด จำแนกตามจำนวนอาการ (n = 143) 80
ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละ การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด (n = 143) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ จำนวนคำตอบทั้งหมด = 424) 81
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านสาเหตุการเกิดโรค ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค ด้านผลกระทบจากโรค และด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค (n = 143) 82
ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ชนิดของโรคและชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 143) 85

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 ชนิดของโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง (aortic aneurysm)..... 17
ภาพที่ 2 แสดง Self – Regulation Model : Commonsense Model of Illness Representations (Leventhal, Diefenbach & Leventhal., 1992: 147) 33
ภาพที่ 3 การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองในรูปแบบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด..... 49

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง (Aortic Aneurysm) เป็นภาวะคุกคามและเป็นอันตรายต่อชีวิต เนื่องจากมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง ถ้าหลอดเลือดโป่งพองปริแตกจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 80 (กิตติชัย เหลืองทวีบุญ, 2554ข) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่มีอาการแสดงถึงความผิดปกติใดๆ พบว่าร้อยละ 80 ตรวจพบโดยบังเอิญ ดังนั้นการวินิจฉัยโรคและการได้รับการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว และทันเวลา จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะจะส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษา (Nevala et al., 2010) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทุกราย ซึ่งการผ่าตัดเป็นการรักษาเพียงวิธีเดียวที่สามารถแก้ไขพยาธิสภาพของโรค และป้องกันการปริแตกของหลอดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กิตติชัย เหลืองทวีบุญ, 2554ข; วรวงศ์ ศลิษฏ์อรรถกร และ พันธุ์ศักดิ์ ลักษณบุญส่ง, 2554)

ในปัจจุบันวิธีการผ่าตัดที่นิยมใช้รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองมี 2 วิธี คือ การผ่าตัดแบบเปิด (Conventional open surgery) และการผ่าตัดแบบสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (Endovascular Aneurysm Repair [EVAR]) อย่างไรก็ตามแม้การผ่าตัดจะเป็นวิธีการรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด แต่ภายหลังผ่าตัดทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน อาการผิดปกติต่างๆ หรือการกลับเป็นซ้ำขึ้นได้ (Aljabri et al., 2006; Espinosa, Ribeiro, Ferreira, Dzieciuchowicz, & Santos, 2009) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กลับไปอยู่ที่บ้าน จึงจำเป็นต้องได้รับการตรวจติดตามผลการรักษา และอยู่ในความดูแลของทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต อีกทั้งผู้ป่วยยังต้องให้ความร่วมมือในการรักษา และมีวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาวะของโรค นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดต้องเผชิญกับภาวะโรคร่วมต่างๆ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากโรคร่วมที่เป็นอยู่เดิมอีกด้วย (Ng, Mirocha, Magner, & Gewertz, 2010) ทำให้ต้องดูแลตนเองมากขึ้นและอาจส่งผลให้การทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันมีข้อจำกัดเพิ่มขึ้นหรือมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ จากการศึกษาพบว่า ในช่วง 6 เดือน แรกภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแย่ลง (Aljabri et al., 2006; Ballard, Abou-Zamzam, Teruya, Bianchi, & Petersen, 2004; Prinssen, Buskens, & Blankensteijn, 2004) ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านการรับรู้ทางจิตใจและสังคม (Borchard, Hewitt, Wotherspoon, & Scott, 2006)

ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป (General health perceptions) เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับการมีภาวะสุขภาพดี ความรู้สึกเป็นสุข เป็นระดับสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด (Borchard et al., 2006) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นปัญหาสุขภาพ ร่างกายไม่แข็งแรง ทำให้การดำเนินชีวิตไม่ราบรื่น ไม่มีชีวิตชีวา ไม่มีความสุข ภาวะของโรคและการผ่าตัดที่ได้รับมีผลกระทบทำให้ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลง ต้องดูแลตนเองและมีความระมัดระวังในการดำเนินชีวิตมากขึ้น (Pettersson & Bergbom, 2010) ส่งผลต่อการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ น้ำหนักลด การรับความรู้สึกและการรับรสต่างๆ ลดลง รู้สึกเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย นอกจากนี้ในระยะหลังผ่าตัดสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดเวลา และถ้ามีความรุนแรงก็อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (Letterstal, Eldh, Olofsson, & Forsberg, 2010)

ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Function, mobility, and pain) คือ ความสามารถในการทำกิจกรรม การเคลื่อนไหวร่างกาย รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับอาการปวดและอาการผิดปกติต่างๆ (Borchard et al., 2006) พบว่า ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะเกิดความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย (Letterstal et al., 2010) ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันลดลง และมีโอกาสเกิดความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น หลอดเลือดเทียมมีการเคลื่อนที่ผิดตำแหน่ง (malposition) หรือหลอดเลือดเทียมเกิดการรั่วซึม (endoleak) เป็นต้น ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 22.8 (Franks, Sutton, Bown, & Sayers, 2007) หรือการที่มีลิ่มเลือด (emboli) หลุดลอยไปอุดตามอวัยวะต่างๆ ทำให้อวัยวะดังกล่าวเกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยง (ischemia) บริเวณที่พบบ่อย ได้แก่ ลำไส้ใหญ่ และขาทั้งสองข้าง ประมาณร้อยละ 19.2 - 24.1 (Cheng et al., 2010) ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดท้อง ปวดขาแบบทันทีทันใด หรือในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดอาการชาที่บริเวณขาทั้งสองข้าง จากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นดังกล่าว อาจทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดซ้ำได้ (Elkouri et al., 2003; Espinosa et al., 2009) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วม เช่น โรคไตวายเรื้อรัง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งไม่เพียงแต่จะเกิดผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกายเท่านั้น แต่อาจทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลวหรือระบบทางเดินหายใจล้มเหลวได้ (Dolinger & Strider, 2010; Jones, 2005; Ng et al., 2010)

ด้านการรับรู้ทางจิตใจและสังคม (Psycho-social aspect) คือ ความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองทางอารมณ์และความรู้สึกที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตและการแสดงออกต่างๆ รวมถึงความสามารถในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่นๆ (Borchard et al., 2006) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลง บทบาทหน้าที่ที่ถูกจำกัดหรือมีการเปลี่ยนแปลงไป (Eide, Rommundstad, Klepstad, & Myhre, 2005; Pettersson & Bergbom, 2010) จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่มีความมั่นใจในการปรับตัวและการฟื้นฟูสภาพร่างกายในระยะหลังผ่าตัด นอกจากนี้ผลกระทบจากภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นยังก่อให้เกิดภาวะเครียด ความรู้สึกกลัว ทำให้อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย (Letterstal et

al., 2010; Pettersson & Bergbom, 2010) เนื่องจากหลังได้รับการผ่าตัดวิถีการดำรงชีวิตของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ หรือบทบาทหน้าที่ถูกจำกัดทั้งในหน้าที่การงาน ครอบครัว เช่น บทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัว บทบาทการเป็นสามีหรือภรรยา เป็นต้น (Pettersson, Mattsson, & Bergbom, 2009) และพบว่าภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียการควบคุมต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา รู้สึกอึดอัด ลำบากใจ และรู้สึกเป็นภาระแก่ผู้อื่น (Letterstal et al., 2010)

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ดังที่กล่าวมานั้น ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดได้มากในช่วง 6 เดือนแรกภายหลังได้รับการผ่าตัด ซึ่งมีผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยแย่ลง (Aljabri et al., 2006; Ballard et al., 2004; Prinssen et al., 2004) แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะยาวพบว่า ภายหลังการผ่าตัด 1 ปี ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น (Ballard et al., 2004; Lederle et al., 2003) จึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่มีปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในช่วงระยะเวลา 1 ปีแรกหลังผ่าตัด ดังนั้นในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อให้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดในการดำรงชีวิตและการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยและมนุษย์ทุกคน (นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส, 2552)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health Related Quality of Life) เป็นผลลัพท์ทางสุขภาพที่สามารถใช้ประเมินประสิทธิภาพของการรักษาและการพยาบาล และเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญอย่างหนึ่งนอกเหนือจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางคลินิก โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง อันเนื่องมาจากผลกระทบของโรคที่เป็นอยู่และวิธีการรักษาที่ได้รับ ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ตามความรู้สึกนึกคิด หรือมุมมองของผู้ป่วยเอง (นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส, 2552; พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554) ซึ่งนอกจากการผ่าตัดรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองมีชีวิตรอดแล้ว การดูแลอย่างต่อเนื่องและการช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีภายหลังได้รับการผ่าตัดถือเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล โดยการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้นเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554) ซึ่งเป็นหัวใจหลักของการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างประสิทธิภาพและเหมาะสมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยต่อไป (ลักษมี ชาญเวช, 2549)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดเป็นความคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบของโรคและการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ที่มีต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นกระบวนการรับรู้และการตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ดังนั้นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการได้รับอิทธิพลจากการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของตัวผู้ป่วยเอง จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพพบว่า Leventhal,

Leventhal และ Cameron (2001) ได้เสนอกรอบแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง ในรูปแบบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Self - Regulation Model: Commonsense Model Illness Representations) (Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001) ที่กล่าวถึงการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของบุคคล ซึ่งการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยนั้นมีองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ประการ คือ ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค (symptoms) ด้านสาเหตุการเกิดโรค (causes) ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค (timeline) ด้านผลกระทบจากโรค (consequences) และด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค (cure/controllability) เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีภาวะความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ซึ่งเป็นภาวะคุกคามทางสุขภาพ (health threat) บุคคลก็จะแสดงออกโดยใช้วิธีการต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วย (coping procedures) และนำไปสู่การประเมินผลหรือผลลัพท์ของการจัดการภาวะความเจ็บป่วยนั้นๆ (appraisal)

จากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วย การศึกษาปัจจัยทางคลินิก และศึกษาเปรียบเทียบผลลัพท์ของการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิดและการผ่าตัดแบบสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (EVAR) ถึงแม้ว่าจะมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย ทั้งนี้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามความนึกคิด และความเข้าใจของผู้ป่วยที่มุ่งเน้นไปยังโรคหรือภาวะความเจ็บป่วยเป็นหลัก ซึ่งในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ย่อมส่งผลต่อกระบวนการรับรู้และการตอบสนองของผู้ป่วยที่ต่างกันไป ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ จึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด และปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดในบริบทของประเทศไทย

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม อายุ ระยะเวลาหลังผ่าตัด ชนิดของโรคและชนิดของการผ่าตัด การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดหรือไม่ อย่างไร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม อายุ ระยะเวลาหลังผ่าตัด ชนิดของโรคและชนิดของการผ่าตัด การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นเป้าหมายสูงสุด หรือเป็นผลลัพท์ทางสุขภาพที่เกิดจากกระบวนการรับรู้ การตอบสนอง และการแก้ไขภาวะความเจ็บป่วย ซึ่ง Leventhal และคณะ (2001) กล่าวว่า ผลลัพท์เป็นการประเมินประสิทธิผลของกลวิธีที่ใช้จัดการภาวะคุกคามทางสุขภาพ ดังนั้น คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด หมายถึง การประเมินประสิทธิผลของผลลัพท์ที่เกิดจากกระบวนการรับรู้ การตอบสนอง และการแก้ไขภาวะความเจ็บป่วยซึ่งเป็นภาวะคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองในรูปแบบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Self - Regulation Model : Commonsense Model Illness Representations) ของ Leventhal และคณะ (2001) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่าบุคคลแต่ละคนจะถูกกำหนดให้มีสามัญสำนึก (commonsense) เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เป็นนักแก้ปัญหา เป็นผู้มีศักยภาพในการเผชิญและสามารถจัดการกับภาวะคุกคามที่ผ่านเข้ามาในชีวิตของตนเองได้ โดยผ่านกระบวนการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย (illness representation) ที่ได้รับอิทธิพลมาจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรม (socio-cultural context) และระบบอัตตา (self system) นำไปสู่กระบวนการแก้ไขปัญหาหรือเผชิญปัญหา (coping procedures) เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (appraisal) ตามที่ตั้งไว้

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า บุคคลมีโครงสร้างในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอกของ แต่ละบุคคล ได้แก่ บริบททางสังคมและวัฒนธรรม (socio-cultural context) คือ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆตัวบุคคล และมีผลต่อประสบการณ์ การเรียนรู้ของบุคคลนั้นๆ จัดเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Leventhal et al., 2001) ในการศึกษาครั้งนี้ คือ การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล คือ ระบบอัตตา (self system) เป็นคุณลักษณะทางชีววิทยา จิตวิทยา หรือลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลที่มีอยู่ (Leventhal et al., 2001) ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อายุ และ ระยะเวลาหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นคุณสมบัติติดตัวของบุคคลที่มีผลต่อกระบวนการรับรู้ และการตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยที่

เกิดขึ้น เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองและได้รับการผ่าตัดที่เป็นตัวกระตุ้นสถานการณ์ (situational stimuli) ทำให้ต้องเผชิญกับภาวะคุกคามทางสุขภาพ (health threat) บุคคลจะมีกระบวนการตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยนี้ตามลำดับ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่หนึ่ง การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย (illness representation) คือความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือภาวะคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งองค์ประกอบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยนี้ ประกอบด้วย การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค (symptoms) สาเหตุของการเกิดโรค (causes) ช่วงเวลาของการเป็นโรค (timeline) ผลกระทบจากโรค (consequences) และการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค (cure/controllability) (Leventhal et al., 2001) ในขั้นตอนนี้บุคคลจะมีการรวบรวม วิเคราะห์ และแปลความหมายของภาวะความเจ็บป่วยนั้น ตามความนึกคิด ความเข้าใจ จากการได้รับข้อมูลต่างๆ จากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล หรือจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยดังกล่าวเป็นภาพสะท้อนทางความคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยที่จะนำไปสู่การตัดสินใจในการเผชิญและแก้ปัญหาสุขภาพ

ขั้นที่สอง กลวิธีในการแก้ปัญหา (coping procedures) คือ วิธีการแสวงหาและการเก็บรวบรวมข้อมูล (collect information) เพื่อนำไปจัดการแก้ไขภาวะความเจ็บป่วยหรือปัญหาทางสุขภาพ (control problem) เป็นกระบวนการจัดการในแนวทางที่สอดคล้องกับการรับรู้ด้วยสามัญสำนึกของแต่ละบุคคลโดยจะแสดงออกมาในรูปแบบของการกระทำหรือการปฏิบัติพฤติกรรม (Leventhal et al., 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วิธีการจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยหรือวิธีการจัดการทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด คือ ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ (Della, 2007; Dolinger & Strider, 2010) โดยการใช้วิธีการดังกล่าวในการแก้ไขปัญหาภาวะความเจ็บป่วย และมีการคาดหวังถึงประสิทธิผลของวิธีการจัดการทางสุขภาพนั้นด้วย

ขั้นที่สาม ผลลัพท์ (appraisal) คือ การประเมินประสิทธิผลของกลวิธีในการแก้ปัญหา (coping procedures) เป็นผลที่ได้รับจากการใช้วิธีการจัดการทางสุขภาพในการแก้ปัญหาภาวะความเจ็บป่วย (Leventhal et al., 2001) ซึ่งกลวิธีในการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ สามารถจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยได้ผล จะทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการดำเนินการกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งก็คือ สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด จึงเป็นการประเมินผลลัพท์ของความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ซึ่งแสดงถึงการประสบความสำเร็จของกระบวนการรับรู้และการตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วย ที่นำไปสู่การมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีใน 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้สุขภาพทั่วไป การทำหน้าที่ของร่างกาย และการรับรู้ด้านจิตใจและสังคม ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของการดำรงชีวิตของบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง ร่วมกับการประยุกต์กรอบแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง ในรูปแบบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Self-Regulation Model: Commonsense Model Illness Representations) (Leventhal et al., 2001) พบว่า มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่

การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากบุคคลในครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางสุขภาพ (House, 1981) ซึ่งในกระบวนการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลจากสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่อยู่รอบๆ บุคคลนั้น (socio-cultural context) ที่มีอิทธิพลต่อความนึกคิด ความเข้าใจ และการตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Leventhal et al., 2001) โดย Cassar และ Baldacchino (2012) พบว่า การสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และเพื่อนๆ มีความสัมพันธ์กับการมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับ ขวัญใจ แจ่มสร้อย (2548) ที่พบว่า การดูแลช่วยเหลือประคับประคองจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้อุปสรรคต่างๆ เป็นตัวช่วยลดความตึงเครียด เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

อายุ เป็นคุณสมบัติของแต่ละบุคคลที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทั้งในด้านชีววิทยาของร่างกายและด้านจิตสังคม (self system) ดังนั้น อายุเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ การเรียนรู้ ประสบการณ์ กระบวนการแก้ปัญหาและการแสดงออกของพฤติกรรมต่างๆ (Leventhal et al., 2001) มีการศึกษาพบว่า อายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับผลการรักษาและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัด โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า (Ballard et al., 2004) เช่นเดียวกับหลายการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง เช่น ในผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (ปราณี ทองใส, 2548) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (วาสนา อุปสาร, 2551) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (ทิพพาพร ตังอำนวย, นันทา เล็กสวัสดิ์ และทรงศรี ชุมประดิษฐ์, 2541) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ อายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

ระยะเวลาหลังผ่าตัด เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับบุคคลที่บ่งบอกถึงประสบการณ์ การเรียนรู้และวิธีการแก้ปัญหา โดยแต่ละบุคคลจะมีคุณลักษณะเหล่านี้แตกต่างกันไป ดังนั้นระยะเวลาหลังผ่าตัดจึงเป็นส่วนหนึ่งของระบบอัตตา (self system) โดยผู้ป่วยแต่ละคนจะมีระยะเวลาหลังผ่าตัดที่ไม่เท่ากัน ทำให้การรับรู้และการตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยแตกต่างกัน (Leventhal et al., 2001) ซึ่งระยะเวลาหลังผ่าตัดในช่วงเวลาต่างๆ จะสะท้อนถึงการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ของผู้ป่วย Aljabri และคณะ (2006) และ Lottman และคณะ (2004) ศึกษาพบว่าระยะเวลาหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยในช่วง 1 - 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจะแย่ลง และสามารถฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดในช่วงเดือนที่ 6 ภายหลังได้รับการผ่าตัด และการศึกษาของ ธิวาสา ลีวัธนะ, แสงอรุณ อิสระมาลัย และช่อลดา พันธุเสนา (2551) พบว่า ระยะเวลาหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยเป็นตัวบ่งชี้ถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งอาจมีผลต่อทัศนคติและการแสดงออกต่อความเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้และยอมรับต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ระยะเวลาหลังผ่าตัดน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

ชนิดของโรคและชนิดของการผ่าตัด เป็นภาวะความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ดังนั้นจึงเป็นตัวกระตุ้นสถานการณ์ (situational stimuli) ที่นำไปสู่การเกิดกระบวนการรับรู้และการตอบสนอง (Leventhal et al., 2001) โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองโดยส่วนใหญ่พบความผิดปกติได้ 2 ตำแหน่ง ได้แก่ โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอกโป่งพอง (Thoracic aortic aneurysm [TAA]) และโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพอง (Abdominal aortic aneurysm [AAA]) สำหรับวิธีการผ่าตัดรักษาในปัจจุบันที่นิยมใช้มี 2 วิธี คือ การผ่าตัดแบบเปิด (Conventional open surgery) และการผ่าตัดแบบสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (Endovascular Aneurysm Repair [EVAR]) ซึ่งในสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองและได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการรับรู้และการตอบสนองขึ้น ดังนั้นชนิดของโรคและชนิดของการผ่าตัด จัดเป็นตัวกระตุ้นสถานการณ์ (situation stimuli) ที่นำไปสู่ขบวนการแก้ไขปัญหาภาวะความเจ็บป่วยดังกล่าว (Leventhal et al., 2001) มีการศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดทั้งสองวิธีนี้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน (Aljabri et al., 2006; Dick, Hinder, & Immer, 2009) ต่างจากผลการศึกษาของ Lottman และคณะ (2004) และ Prinssen และคณะ (2004) พบว่าวิธีการผ่าตัดไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพองหลังผ่าตัด เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปราณี ทองใส (2548) พบว่า ชนิดของการผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ชนิดของโรคและชนิดของการผ่าตัดอาจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย คือ ความนึกคิด ความเข้าใจ ในอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค สาเหตุของการเกิดโรค ช่วงเวลาของการเป็นโรค ผลกระทบจากโรค และการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค (Leventhal et al., 2001) ดังนั้นการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดแดง

เอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด เป็นภาพสะท้อนทางความคิด ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดที่ต้องเผชิญในแต่ละองค์ประกอบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ดังนี้

1) ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด (symptoms) เป็นการรับรู้ถึงอาการผิดปกติในระยะหลังผ่าตัด ที่เป็นอาการของภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรค เช่น อาการปวดท้อง หรือเจ็บหน้าอกแบบทันทีทันใด อาการปวดศีรษะร่วมกับตาพร่ามัว อาการปวดขาหรือชาบริเวณขา เป็นต้น มีการศึกษาพบว่า การรับรู้อาการของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Voelmeck, 2006) ผู้ป่วยกลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Gray & Rutter, 2007) ผู้ป่วยโรค Irritable bowel syndrome (Jacobs, 2007) และผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Yaraghchi, Rezaei, Mandegar, & Bagherian, 2012) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ด้านอาการของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกไต (Fowler & Baas, 2006) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

2) ด้านสาเหตุการเกิดโรค (causes) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองว่ามาจากสาเหตุใด ทั้งจากสาเหตุภายในและภายนอกตัวบุคคล เช่น พันธุกรรม ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น มีการศึกษาพบว่า การรับรู้สาเหตุการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Voelmeck, 2006) และมีหลายการศึกษาที่พบว่า การรับรู้สาเหตุการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Gray & Rutter, 2007) ผู้ป่วยโรค Irritable bowel syndrome (Jacobs, 2007) และผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Yaraghchi et al., 2012) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้ด้านสาเหตุการเกิดโรคน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

3) ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค (timeline) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดที่เป็นภาวะของโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องมีการดูแลตนเอง และเข้ารับการตรวจติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต มีการศึกษาพบว่า การรับรู้ช่วงเวลาของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Voelmeck, 2006) และผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Yaraghchi et al., 2012) นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า การรับรู้ช่วงเวลาของการเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Gray & Rutter, 2007) และผู้ป่วยโรค Irritable bowel syndrome (Jacobs, 2007) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรคน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

4) ด้านผลกระทบจากโรค (consequences) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่ตามมาภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองภายหลังได้รับการผ่าตัด ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ เช่น เกิดความไม่สุขสบายทางกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล เป็นต้น มีการศึกษาพบว่า การรับรู้ผลกระทบจากโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Voelmeck, 2006) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกไต (Fowler & Baas, 2006) และผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Yaraghchi et al., 2012) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ผลกระทบจากโรคไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Gray & Rutter, 2007) และผู้ป่วยโรค Irritable bowel syndrome (Jacobs, 2007) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้ด้านผลกระทบจากโรคน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

5) ด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค (cure/controllability) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษาโรค และความสามารถในการควบคุมอาการของโรคภายหลังได้รับการผ่าตัด ทั้งการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรคด้วยตนเองและได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การให้ความร่วมมือในการรักษาในเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การไปตรวจตามนัด เป็นต้น มีการศึกษาพบว่า การรับรู้วิธีการรักษาและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการของโรค มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Yaraghchi et al., 2012) และมีหลายการศึกษาที่พบว่า การรับรู้วิธีการรักษาและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Voelmeck, 2006) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกไต (Fowler & Baas, 2006; Gray & Rutter, 2007) และผู้ป่วยโรค Irritable bowel syndrome (Jacobs, 2007) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้ด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรคน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

กล่าวโดยสรุป การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยทั้ง 5 องค์ประกอบ ต่างก็มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยแต่ละโรคแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นกับการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อโรคนั้นๆ ที่เป็นปัญหาสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Voelmeck, 2006) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Yaraghchi et al., 2012) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรค Irritable bowel syndrome ได้อีกด้วย (Jacobs, 2007) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยทั้ง 5 องค์ประกอบ คือ ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค ด้านสาเหตุการเกิดโรค ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค ด้านผลกระทบจากโรค และด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อแก้ปัญหาภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เป็นกลวิธีในการแก้ปัญหา (coping procedures) ซึ่งเป็นกระบวนการมีลำดับขั้นตอนที่นำไปสู่การปฏิบัติ มีการแสวงหาข้อมูลต่างๆ (collect information) เพื่อนำไปใช้ในกระบวนการจัดการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพ (control problem) ซึ่งวิธีการแก้ปัญหาดังกล่าว จะเป็นไปในแนวทางที่สอดคล้องกับการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึกของแต่ละบุคคล (Leventhal et al., 2001) โดยความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัดและการงดสูบบุหรี่ มีการศึกษาพบว่า การให้ความร่วมมือในการรักษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่น การให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการของโรคในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Leelacharas, 2005; Theunissen & De Ridder, 2001) ผู้ป่วยโรคหอบหืด (Horne & Weinman, 2002) การไปตรวจตามนัดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Weinman, Petrie, Moss-Morris, & Home, 1996) เป็นต้น และการให้ความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับการรับประทานยา การดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง และผู้ป่วยโรค Addison (Heijmans & De Ridder, 1998) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คือ การที่บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำหรือดำเนินพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Bandura, 1977) ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลลัพท์ที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการแก้ไขภาวะความเจ็บป่วย โดยใช้กลวิธีในการแก้ปัญหาทางสุขภาพ (Leventhal et al., 2001) นำไปสู่เป้าหมายสูงสุดของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง คือ การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี Konopack และ McAuley (2012) ศึกษาพบว่า สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและการดำเนินชีวิตประจำวัน จะทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ในการทำกิจกรรมต่างๆ และในด้านจิตวิญญาณ และมีการศึกษาพบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (Borsbo, Gerdle, & Peolsson, 2010; Kuijer & de Ridr, 2003) ผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต (Weng, Dai, Huang, & Chiang, 2010) และผู้ป่วยโรคเอดส์ (Li et al., 2011) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

จากแนวคิดและข้อมูลหลักฐานการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาหลังผ่าตัด ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

2. อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

3. ชนิดของโรคและชนิดของการผ่าตัด การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค ด้านสาเหตุการเกิดโรค ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค ด้านผลกระทบจากโรค และด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด และหาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง โดยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ที่เข้ารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด คลินิกศัลยกรรมหัวใจหลอดเลือด และทรวงอก ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองในช่องอก และ/หรือในช่องท้อง ที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด และ/หรือ การผ่าตัดแบบสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน ภายในระยะเวลาหลังผ่าตัดตั้งแต่ 1 เดือน - 1 ปี ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด คลินิกศัลยกรรมหัวใจหลอดเลือดและทรวงอก ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไปทั่วประเทศ

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม อายุ ระยะเวลาหลังผ่าตัด ชนิดของโรคและชนิดของการผ่าตัด การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง เกี่ยวกับผลกระทบจากโรคและการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดที่ได้รับที่มีต่อการดำเนินชีวิตใน 3 ด้าน (Borchard et al., 2006) ได้แก่

1) ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป คือ ความคิด ความเข้าใจที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง

2) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย คือ ความสามารถของร่างกายในการทำกิจกรรม การเคลื่อนไหว การรับรู้เกี่ยวกับอาการปวด และอาการผิดปกติของร่างกาย

3) ด้านการรับรู้ด้านจิตใจและสังคม คือ อารมณ์และความรู้สึกที่ต้องเผชิญ และการมีสัมพันธ์ทางสังคม

ประเมินโดยแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือด (Australian Vascular Quality of Life Index [AUSVIQUOL]) ของ Borchard และคณะ (2006) ที่ประยุกต์จากแบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (Short Form Health Survey [SF-36]) มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ครอบคลุมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านการรับรู้ทางจิตใจและสังคม มาตรวัดเป็นแบบตัวเลือก 5 ตัวเลือก (choices)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความช่วยเหลือในด้านจิตใจ การให้ข้อมูล คำแนะนำ คำปรึกษา และในด้านการเงิน ด้วยความเต็มใจจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ ประเมินโดยแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ สิริรัตน์ ลีลาจรัส และ พิศมัย อรทัย (2554) ประยุกต์จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Toljamo และ Hentinen (2001) ที่สร้างตามแนวคิดของ House (1981) เป็น Likert scale 5 ระดับ

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปี ของอายุผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัด นับตั้งแต่วันที่เกิดจนถึงวันที่เป็นผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ (จำนวนเศษของเดือนที่เกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี)

ระยะเวลาหลังผ่าตัด หมายถึง ระยะเวลาที่นับจำนวนเต็มเป็นเดือน โดยนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดจนถึงวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล (จำนวนเศษของเดือนที่เกิน 15 วัน นับเป็น 1 เดือน)

ชนิดของโรคและชนิดของการผ่าตัด หมายถึง ชนิดของโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองที่ได้รับการวินิจฉัย คือ 1) โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอกโป่งพอง (Thoracic Aortic Aneurysm [TAA]) และ 2) โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพอง (Abdominal Aortic Aneurysm [AAA]) วิธีการผ่าตัดรักษาที่ได้รับ คือ 1) การผ่าตัดแบบเปิด (Conventional open

surgery) และ 2) การสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (Endovascular Aneurysm Repair)

การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย หมายถึง ความนึกคิด ความเข้าใจ การให้ความหมายของข้อมูลที่ผ่านกระบวนการคิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด โดยมี 5 องค์ประกอบ (Leventhal et al., 2001) ได้แก่

1) ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค คือ การรับรู้ถึงอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ อาการของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัด ประเมินโดยแบบสอบถามการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงฉบับภาษาไทยของ Leelacharas (2005) ที่ประยุกต์จากแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยของ Weinman และคณะ (1996) ตามแนวคิดของ Leventhal และคณะ (1984) เป็นแบบตัวเลือก 2 คำตอบ คือ “มี” และ “ไม่มี” ประกอบด้วยข้อคำถามด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค จำนวน 10 ข้อ คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีจำนวนอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดหลายอาการ

2) ด้านสาเหตุการเกิดโรค คือ ความคิด ความเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองว่าเกิดจากสาเหตุใด

3) ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค คือ ความคิด ความเข้าใจถึงระยะเวลาที่มีการดำเนินไปของโรค จุดของเวลาที่ใช้ในการรักษา

4) ด้านผลกระทบจากโรค คือ การรับรู้ถึงสิ่งที่เกิดตามมาภายหลังการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง และได้รับการผ่าตัด

5) ด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค คือ การรับรู้ถึงประสิทธิภาพในการรักษา และความสามารถในการควบคุมอาการของโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

ด้านสาเหตุการเกิดโรค ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค ด้านผลกระทบจากโรค และด้านการรักษาหรือควบคุมอาการของโรค ประเมินโดยแบบสอบถามการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ฉบับภาษาไทยของ Leelacharas (2005) ที่ประยุกต์จากแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยของ Weinman และคณะ (1996) ตามแนวคิดของ Leventhal และคณะ (1984) เป็น Likert scale 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านสาเหตุการเกิดโรค 8 ข้อ ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค 3 ข้อ ด้านผลกระทบจากโรค 6 ข้อ และด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค 3 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เกณฑ์การแปลผลคะแนน ด้านสาเหตุการเกิดโรควิเคราะห์แยกจากรายด้านอื่นๆ โดยเพิ่มการวิเคราะห์เป็นรายข้อ เพื่อจะได้เข้าใจถึงการรับรู้สาเหตุที่แท้จริงของผู้ป่วย (Weinman et al., 1996) ส่วนด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค ด้านผลกระทบจากโรค และด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค แปลผลโดยการนำค่าเฉลี่ยของคะแนนในแต่ละด้านไปเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยมาตฐานซึ่งคำนวณจากร้อยละ 67 ของข้อคำถามในแต่ละรายด้านนั้นๆ คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐาน หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยถูกต้องเหมาะสม

ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ตามคำแนะนำจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ในเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด และการงดสูบบุหรี่ ประเมินโดยแบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดดัดแปลงของ ระพิณ ผลสุข และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ (2550) ตามแนวคิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของ Joyce และคณะ (2004) (Joyce et al., 2004 อ้างใน ระพิณ ผลสุข, 2548) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบตัวเลือก 2 ตัวเลือก

สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ประเมินโดยแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดของ Sol และคณะ (2006) ตามแนวคิดของ Bandura (1977) จำนวน 9 ข้อ เป็น Likert scale 5 ระดับ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง ทั้งในตำแหน่งช่องอกและ/หรือในช่องท้อง และได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทั้งการผ่าตัดแบบเปิด และ/หรือโดยการผ่าตัดแบบสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน ภายในระยะเวลาหลังผ่าตัดตั้งแต่ 1 เดือน - 1 ปี ที่เข้ารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมหลอดเลือด แผนกศัลยกรรมหัวใจหลอดเลือดและทรวงอก ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทราบปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 2
การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด และปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง
    - 1.1 ความหมายและชนิดของโรค
    - 1.2 อุบัติการณ์ของโรค
    - 1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค
    - 1.4 พยาธิสรีรวิทยา
    - 1.5 การรักษา
    - 1.6 ผลกระทบ
2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
    - 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
    - 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
    - 2.3 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
    - 2.4 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด
    - 2.5 บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดในระยะฟื้นฟูสภาพ
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง ในรูปแบบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1. โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง (Aortic Aneurysm)

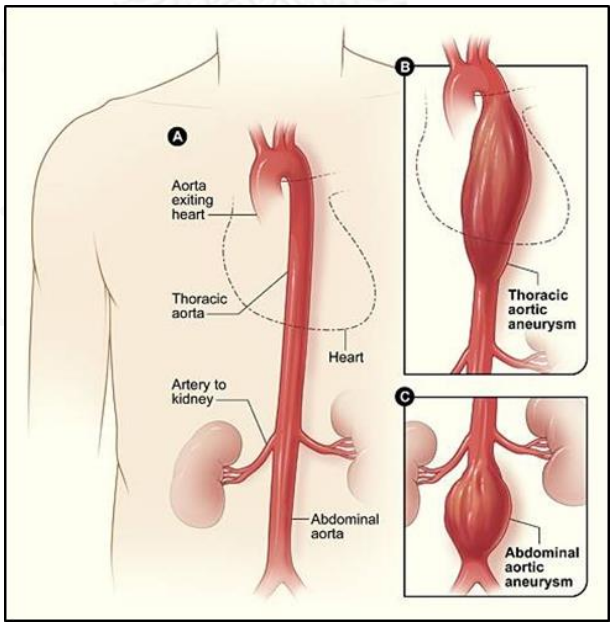
1.1 ความหมายและชนิดของโรค

Aneurysm มาจากภาษากรีก aneurusma หมายถึง การขยายขนาด (widening) (Sakalihasan, Limet, & Defawe, 2005) ดังนั้น Aortic Aneurysm หมายถึง การที่หลอดเลือดแดงเอออร์ตาในบริเวณส่วนใดส่วนหนึ่งมีการขยายขนาดโตขึ้นอย่างผิดปกติมากกว่าร้อยละ 50 หรือ 1.2 เท่าของขนาดหลอดเลือดแดงเอออร์ตาปกติ ซึ่งอาจพบความผิดปกติได้ตั้งแต่ในระดับช่องอกถึงในระดับช่องท้องหรือทั้งสองส่วน (Collin, Haslam, Fay, Hardman, & Horrocks, 2009; กำพล เลาหเพ็ญแสง, 2542)

โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองจำแนกตามตำแหน่งทางกายวิภาคของหลอดเลือดแดงเอออร์ตา สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่

1) โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอกโป่งพอง (Thoracic Aortic Aneurysm [TAA]) เป็นความผิดปกติตั้งแต่บริเวณหลอดเลือดแดงเอออร์ตาส่วนขาขึ้น (ascending aorta) รวมถึงบริเวณส่วนโค้งของเอออร์ตา (aortic arch) ไปจนถึงบริเวณหลอดเลือดแดงเอออร์ตาส่วนขาลง (descending aorta)

2) โรคหลอดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพอง (Abdominal Aortic Aneurysm [AAA]) เป็นความผิดปกติของหลอดเลือดแดงเอออร์ตาตั้งแต่บริเวณใต้แขนงหลอดเลือดแดงของไต (renal artery) และอาจจะมีความผิดปกติไปจนถึงหลอดเลือด iliac artery



ภาพที่ 1 ชนิดของโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง (aortic aneurysm)
(ที่มา : www.ehow.comfacts_5006311_types-aortic-aneurysms.html.jpg)

1.2 อุบัติการณ์ของโรค

โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง ส่วนใหญ่พบในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Collin et al., 2009) จากการศึกษาพบว่า อัตราความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพอง (Abdominal Aortic Aneurysm [AAA]) เท่ากับ 36.5 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี พบสูงสุดในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วน 10 : 1 สำหรับอัตราความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอกโป่งพอง (Thoracic Aortic Aneurysm [TAA]) เท่ากับ 5.9 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี พบสูงสุดในกลุ่มอายุ 50 - 55 ปีขึ้นไป และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 - 5 เท่า (Bickerstaff et al., 1982; วรวงศ์ ศลิษฏ์อรรถกร และ พันธุ์ศักดิ์ ลักษณบุญส่ง, 2554) นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพอง (AAA) จะมีโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอกโป่งพอง (TAA) ร่วมด้วยร้อยละ 25 - 30 (Latessa, 2002) และพบว่ามักเกิดร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Artery Disease [CAD]) ร้อยละ 36 (ปกรณ์ เมธรุจภานนท์ และ สุพจน์ ศรีมหาโชตะ, 2552)

ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ในช่วงปี คศ. 2000 โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองเป็นสาเหตุที่สำคัญในการเสียชีวิตของประชากรเพศชายที่มีอายุระหว่าง 65 - 74 ปี (Anderson, 2002) และพบว่ามีประชากรที่ต้องสูญเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองประมาณ 15,000 คนต่อปี (Lemaire, Cook, Tackett, Mendes, & Shortell, 2008)

สำหรับในประเทศไทยพบเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอย่างกะทันหันในอัตรา 25 คนต่อประชากร 1,000 คน (วิชาญ เปี้ยวนิ่ม, 2550) และในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองมีจำนวนเพิ่มขึ้น (กิตติชัย เหลืองทวีบุญ, 2554ก) จากสถิติการผ่าตัดรักษาโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพอง (AAA) ของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2525 - 2530 มีประมาณ 27 - 35 รายต่อปี เพิ่มเป็น 90 - 120 รายต่อปี ในปี พ.ศ. 2540 – 2547 (กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม และ กำพล เลาหเพ็ญแสง, 2546) และจากสถิติการผ่าตัดรักษาโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอกโป่งพอง (TAA) ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั่วประเทศ พ.ศ. 2550 ถึง พ.ศ. 2555 มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 419 รายต่อปี เพิ่มเป็น 722 รายต่อปี (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2555)

1.3 ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเกิดโรค

ปัจจัยเสี่ยงเป็นตัวส่งเสริมให้เกิดกระบวนการดำเนินของโรค ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายข้อรวมกัน จึงเป็นการเพิ่มสาเหตุและความเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมถึงทำให้มีระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองได้แก่

1) พันธุกรรม (genetics) ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง พบว่า จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ตั้งแต่อายุยังน้อย และทำให้หลอดเลือดที่โป่งพองมีโอกาสปริแตกได้มากกว่า (Upchurch & Schaub, 2006) นอกจากนี้ยังมีสาเหตุจากพันธุกรรมด้วยโรคอื่นๆ ที่ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง เช่น Marfan' s syndrome, Ehlers-Danlos syndrome เป็นต้น (กิตติชัย เหลืองทวีบุญ, 2554ก)

2) อายุ (age) เป็นลักษณะทางชีววิทยา อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ร่างกายและการทำงานของอวัยวะต่างๆ มีการเสื่อมถอย ส่งผลต่อการเสื่อมสภาพของหลอดเลือด ทำให้สูญเสียความแข็งแรงและความยืดหยุ่น เป็นการเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองได้มากขึ้น (Schlosser et al., 2010; กิตติชัย เหลืองทวีบุญ, 2554ก)

3) เพศ (sex) พบว่าอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพอง (AAA) ในเพศชายต่อเพศหญิง มีอัตราส่วนเท่ากับ 10 : 1 (สุวิทย์ ศรีอัษฎาพร, 2553) และโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอกโป่งพอง (TAA) พบในเพศชายมากกว่าในเพศหญิง 2 - 5 เท่า (วรวงศ์ ศลิษฏ์อรรถกร และ พันธุ์ศักดิ์ ลักษณบุญส่ง, 2554) ทั้งนี้เนื่องจากเพศชายมีปัจจัยเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ (Metcalfe, Holt, & Thompson, 2011) การดื่มสุรา (Latessa, 2002) หรือการติดเชื้อซิฟิลิสทำให้มีโอกาสเกิดโรคได้มากกว่าในเพศหญิง (Upchurch & Schaub, 2006; กำพล เลาหเพ็ญแสง, 2542)

4) การสูบบุหรี่ (smoking) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง (Upchurch & Schaub, 2006) โดยสารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) ให้หลั่งสารแคทีโคลามีน (catecholamine) ทำให้มีความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดหดเกร็งและขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งและเสื่อมสภาพ (atherosclerosis) ทำให้ชั้นกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันในผนังหลอดเลือดอ่อนแอ และเกิดการโป่งพองตามมา (Metcalfe et al., 2011; กิตติชัย เหลืองทวีบุญ, 2554ก)

5) ภาวะความดันโลหิตสูง (hypertension) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบได้บ่อย ถึงร้อยละ 62 - 75 (Upchurch & Schaub, 2006) ภาวะที่มีแรงดันเลือดสูง จะทำให้มีแรงเสียดทานต่อผนังหลอดเลือดมากขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดเกิดภาวะ stress and strain และเสื่อมสภาพ (wall failure) ดังนั้นถ้ามีภาวะความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องยาวนาน จะทำให้ผนังหลอดเลือดขยายขนาดโตขึ้น (วรวงศ์ ศลิษฏ์อรรถกร และ พันธุ์ศักดิ์ ลักษณบุญส่ง, 2554)

6) ภาวะไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) สารไขมันในเลือดที่ก่อให้เกิดอันตรายได้แก่ LDL, Cholesterol, Triglyceride โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Cholesterol จะไปสะสมเกาะบริเวณผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง (atherosclerosis) ซึ่งในทางสรีรวิทยาการไหลของเลือด (flow) จะมีความสัมพันธ์กับแรงดันเลือด (pressure) ขนาดของหลอดเลือด และความหนืดของเลือด (viscosity) ดังนั้นการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจะทำให้การไหลเวียนของเลือดผิดปกติเป็น

แบบ turbulent flow ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดขาดเลือดไปเลี้ยงและเสื่อมสภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง (สุวิทย์ ศรีอัษฎาพร, 2553)

7) โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) การที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) จะมีผลต่อสรีรวิทยาการไหลเวียนเลือด เช่นเดียวกับการมีภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้หลอดเลือดเสื่อมสภาพและเกิดภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง (atherosclerosis) ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคร่วมนี้ (สุวิทย์ ศรีอัษฎาพร, 2553)

จากการศึกษาระบาดวิทยาและลักษณะทางพยาธิสรีรวิทยา รวมถึงปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวพบว่า สาเหตุหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง ได้แก่

1) ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดโดยเป็นการสะสมของแผ่นไขมัน (atheromatous plaque) ในบริเวณผนังของหลอดเลือด ทำให้เนื้อเยื่อคอลลาเจนเสื่อมสมรรถภาพลง สูญเสียการยืดหยุ่น ส่งผลให้หลอดเลือดบริเวณนั้นอ่อนแอ ไม่สามารถทนทานต่อความดันโลหิตภายในหลอดเลือดได้ จึงเกิดการขยายตัวโป่งพองขึ้น (Ailawadi, Eliason, & Upchurch, 2003; สุวิทย์ ศรีอัษฎาพร, 2553)

2) การติดเชื้อภายในหลอดเลือดแดง (arterial infection) เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยรองลงมา การติดเชื้อ (mycotic aneurysm) ที่พบบ่อย ได้แก่ เชื้อซิฟิลิส (syphilis) และเชื้อซัลโมเนลลา (salmonella) ทำให้ผนังหลอดเลือดถูกทำลายเป็นรูทะลุและมีการขยายขนาดใหญ่ขึ้น (Ailawadi et al., 2003; กำพล เลาหเพ็ญแสง, 2542)

3) การบาดเจ็บของหลอดเลือด (vascular injury) เช่น การได้รับอุบัติเหตุ การถูกยิง ถูกแทง หรือเกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการที่มีการสอดใส่สายสวนเข้าไปในหลอดเลือดแดง เป็นต้น ทำให้หลอดเลือดบริเวณนั้นฉีกขาดหรือทะลุ เกิดเป็นพังผืด ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดอ่อนแอ หรือบริเวณหลอดเลือดที่ฉีกขาดมีการขยายขนาดใหญ่ขึ้นจากแรงดันภายในหลอดเลือด (Ailawadi et al., 2003; กำพล เลาหเพ็ญแสง, 2542)

1.4 พยาธิสรีรวิทยา

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองโดยส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและเสื่อมสภาพ (atherosclerosis) (กิตติชัย เหลืองทวีบุญ, 2554ก) โดยมีการดำเนินของโรค (Wassef et al., 2001) ดังนี้

1) ผนังหลอดเลือดมีการสร้างเอนไซม์ (enzyme) ที่ผิดปกติ ทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างการสร้างและการสลายโปรตีนในเนื้อเยื่อ โดยผนังหลอดเลือดมีส่วนประกอบของโปรตีนที่สำคัญ 2 ชนิด คือ elastin และ collagen ซึ่งเอนไซม์ที่มีผลต่อการทำลาย elastin คือ Matrix metalloprotienases (MMPs) ประกอบด้วย 4 ชนิด ได้แก่ 72-kD gelatinase (MMP-2), 92-kD gelatinase (MMP-9), matrilysin (MMP-7) และ macrophage elastase (MMP-12) ส่วนเอนไซม์

ที่มีผลต่อการทำลาย collagen คือ collagen collagenase1 (MMP-1) enzyme และ collagen collagenase2 (MMP-3) enzyme ดังนั้นจะพบว่าในผนังของหลอดเลือดแดงเอออร์ตาที่โป่งพองจะมีเอนไซม์ดังกล่าวในปริมาณมากผิดปกติ ทำให้ผนังหลอดเลือดที่ถูกทำลายมีขนาดบางลงและมีการขยายขนาดโตขึ้น

2) เกิดกระบวนการอักเสบและปฏิกิริยาตอบสนอง (inflammation) ของ cell ที่แทรกอยู่ในผนังหลอดเลือด ได้แก่ T-cell, monocyte/macrophages, B-lymphocyte และ plasma cell โดยจะหลั่งเอนไซม์ protease มาทำลายผนังหลอดเลือด ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง

3) ในทางชีวกลศาสตร์ (biomedical wall stress) ภาวะความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องทำให้มีแรงดันต่อผนังหลอดเลือด ก่อให้เกิดภาวะ wall stress and strain และทำให้เกิด wall failure ตามมา ส่งผลให้หลอดเลือดแดงเอออร์ตามีการขยายขนาดโตขึ้น

4) พันธุกรรม (molecular genetics) มีบทบาทสำคัญในการดำเนินของโรค โดยผู้ป่วยที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง จะทำให้มีโอกาสเป็นโรคได้ตั้งแต่อายุยังน้อย และถ้าเกิดในเพศหญิงทำให้มีโอกาสที่หลอดเลือดโป่งพองจะปริแตกได้ง่ายกว่าในเพศชาย

1.5 การรักษา

การรักษาโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองนั้นมีหลายวิธี โดยแต่ละวิธีมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการปริแตก และทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด ได้แก่

1.5.1 การรักษาด้วยยา (Medical treatment) ใช้รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองที่มีขนาดน้อยกว่า 5 - 5.5 เซนติเมตร เป้าหมายของการรักษาด้วยยาคือ เพื่อคงไว้ซึ่งขนาดของหลอดเลือดโป่งพองและเป็นการป้องการปริแตก โดยจะใช้ยาในกลุ่ม beta-blocker หรือ angiotensin converting enzyme (ACE) - inhibitors หรือกลุ่ม angiotensin-II receptor blocker เพื่อยับยั้งกระบวนการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) (Cheng et al., 2004) ร่วมกับยาในกลุ่ม vasodilator เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต นอกจากนี้ยังมีการตรวจติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุก 3 - 6 เดือน เพื่อตรวจประเมินขนาดของหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองและพิจารณาให้การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดในลำดับต่อไป (สุวิทย์ ศรีอัษฎาพร, 2553)

1.5.2 การผ่าตัด (Surgery treatment) เป็นวิธีการรักษาที่สามารถแก้ไขพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองได้โดยตรง และสามารถใช้รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองได้ทุกชนิด โดยมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด (กิตติชัย เหลืองทวีบุญ, 2554ข; วรวงศ์ ศลิษฏ์อรรถกร และ พันธุ์ศักดิ์ ลักษณบุญส่ง, 2554) ดังนี้

1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองทุกรายที่มีอาการแสดง โดยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองในช่องอกที่มีอาการเจ็บปวด แน่นหน้าอก และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพองที่มีอาการปวดท้อง ปวดหลังรุนแรง หรือในผู้ป่วยที่มีอาการปริแตกของหลอดเลือดโป่งพอง

2) ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ แต่มีขนาดของหลอดเลือดโป่งพองมากกว่า 5 เซนติเมตร ในเพศหญิง และ 5.5 เซนติเมตร ในเพศชาย (Hirsch et al., 2006)

3) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงในการปริแตก (rupture) ของหลอดเลือดโป่งพอง เช่น เพศหญิง หลอดเลือดโป่งพองชนิดเทียม (false aneurysm) เป็นต้น

สำหรับในปัจจุบันพบว่า วิธีการผ่าตัดรักษาโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง มีทั้งหมด 4 วิธี คือ

1) การผ่าตัดแบบเปิดแผลขนาดใหญ่ (Conventional open surgery)

2) การผ่าตัดแบบเปิดแผลขนาดเล็ก (Minimal incision aortic surgery)

3) การผ่าตัดโดยวิธีการส่องกล้อง (Laparoscopic repair of aorta)

4) การผ่าตัดแบบสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (EVAR)

สำหรับในประเทศไทย วิธีการผ่าตัดที่นิยมใช้คือการผ่าตัดแบบเปิดแผลขนาดใหญ่ (Conventional open surgery) และการผ่าตัดโดยวิธีสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (EVAR) ส่วนวิธีการผ่าตัดแบบเปิดแผลขนาดเล็ก (Minimal incision aortic surgery [MIAS]) ถึงแม้ว่าจะให้ผลการรักษาที่ใกล้เคียงกับการผ่าตัดโดยวิธีสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน และเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด แต่มีข้อเสียคือ ไม่เหมาะสมในการรักษาในกรณีที่มีภาวะปริแตกของหลอดเลือดโป่งพอง อีกทั้งยังต้องอาศัยทักษะความชำนาญของแพทย์ผ่าตัดค่อนข้างสูง จึงเป็นวิธีที่ไม่ได้รับความนิยม (Turnipseed, Carr, Hoch, & Cohen, 2003) และสำหรับการผ่าตัดโดยวิธีการส่องกล้อง พบว่าเป็นวิธีที่ยุ่งยากซับซ้อน ต้องทำการผ่าตัดแบบเปิดแผลขนาดเล็ก (mini-laparotomy) หรือการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดร่วมด้วย (Robotic assisted surgery) นอกจากนี้ยังพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตในระหว่างผ่าตัดสูงร้อยละ 14.8 (Kolvenbach et al., 2004) จึงเป็นวิธีที่ไม่นิยมเลือกใช้

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะขอกล่าวถึงรายละเอียดของวิธีการผ่าตัด 2 วิธี ดังที่กล่าวไว้ในข้างต้น ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการผ่าตัดรักษาโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง ได้แก่

1.5.2.1 การผ่าตัดแบบเปิด (Conventional open surgery) เป็นวิธีมาตรฐานในการผ่าตัดรักษาโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง นิยมใช้กันมากเนื่องจากสามารถแก้ไขพยาธิสภาพของหลอดเลือดโป่งพองได้ทุกตำแหน่ง โดยการเปิดแผลผ่าตัดบริเวณที่มีพยาธิสภาพของโรคแล้วใส่หลอดเลือดเทียมเข้าไปแทนที่ (Collin et al., 2009) แต่มีข้อเสียคือ เป็นการเปิดแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตในระหว่างผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัดนานประมาณ 4 - 6 ชั่วโมง (Dolinger & Strider, 2010) หลังการผ่าตัดผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (Intensive care unit) ประมาณ 1 - 3 วัน นอกจากนี้ในระยะฟื้นฟูสภาพต้องใช้เวลานานประมาณ 6 - 12 สัปดาห์ ดังนั้นการผ่าตัดวิธีนี้จึงไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุและมี

ภาวะโรคร่วม เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น เพราะจะเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในระหว่างผ่าตัด ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 15 - 50 แต่สำหรับผู้ป่วยที่อายุน้อยและไม่มีภาวะโรคร่วมดังกล่าว อัตราความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในระหว่างผ่าตัดพบได้น้อยประมาณร้อยละ 1 - 3 (Espinosa et al., 2009; Jones, 2005; Nevala et al., 2010)

1.5.2.2 การผ่าตัดโดยวิธีสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (Endovascular Aneurysm Repair [EVAR]) เป็นวิธีรักษาที่มีการรุกล้ำต่อร่างกายน้อย (minimal invasive surgery) โดยการเปิดแผลขนาดเล็กบริเวณขาหนีบ และสอดสายอุปกรณ์ผ่านทางหลอดเลือดแดงฟีเมอรัล (femoral artery) ไปยังหลอดเลือดแดงเอออร์ตา มีการถ่ายภาพเอกซเรย์ (fluoroscopic) ร่วมกับการฉีดสารทึบรังสี (contrast media) เพื่อหาตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพ จากนั้นจะมีการปล่อยหลอดเลือดเทียมชนิดที่มีขดลวด (vascular stent graft) ให้กางออกและยึดเกาะกับผนังหลอดเลือดแดงเอออร์ตาให้ครอบคลุมบริเวณที่มีการโป่งพอง (Tinkham, 2009) ซึ่งการผ่าตัดวิธีนี้มีข้อดีคือ เป็นการเปิดแผลผ่าตัดขนาดเล็ก ทำให้มีการสูญเสียเลือดในระหว่างผ่าตัดปริมาณน้อย ลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตในระหว่างผ่าตัด (Dolinger & Strider, 2010) นอกจากนี้ยังสามารถลดจำนวนวันที่ผู้ป่วยต้องอยู่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก หรือในบางรายไม่จำเป็นต้องเข้ารับการดูแลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเลย ทำให้ลดระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาล และผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็วขึ้น (Ballard et al., 2004; Jones, 2005; Lederle et al., 2009) ดังนั้นการผ่าตัดวิธีนี้จึงเป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วม เพื่อเป็นการเพิ่มอัตรารอดชีวิตหลังผ่าตัดและทำให้มีชีวิตยืนยาวได้มากขึ้น (ชุมพล ว่องวาณิช, 2553)

1.6 ผลกระทบของโรคและการรักษา

โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง เป็นโรคที่มีความรุนแรงและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ถึงแม้การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดจะช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต แต่อย่างไรก็ตาม ในระยะหลังผ่าตัดภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับยังส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้

1.6.1 ภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย ภายหลังได้รับการผ่าตัดผู้ป่วยอาจเกิดความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อน ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 20.6 - 33.2 (Cheng et al., 2010) เช่น ทำให้เกิดความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย รู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันลดลง (Letterstal et al., 2010) และการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอาจทำให้ต้องเข้ารับการผ่าตัดซ้ำ (Elkouri et al., 2003; Espinosa et al., 2009) ส่งผลให้สภาพร่างกายอยู่ในภาวะเจ็บป่วยนานขึ้น มีการจำกัดการเคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรมบางอย่างในขณะที่อยู่โรงพยาบาล และยังมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติได้ช้าลง นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วม เช่น ไตวายเรื้อรัง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลว หรือระบบ

ทางเดินหายใจล้มเหลวได้ (Dolinger & Strider, 2010; Jones, 2005; Ng et al., 2010) ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่

1) หลอดเลือดเทียมมีการเคลื่อนที่ผิดตำแหน่ง (malposition) หรือเกิดการรั่วซึม (endoleak) เป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 22.8 (Franks et al., 2007)

2) การอุดตันของอวัยวะต่างๆ ซึ่งเกิดจากการที่มีลิ่มเลือด (emboli) หลุดลอยไปขัดขวางระบบการไหลเวียนเลือดภายในร่างกาย ที่พบบ่อยคือ บริเวณลำไส้ใหญ่และขาทั้งสองข้าง พบได้ประมาณร้อยละ 19.2 - 24.1 (Cheng et al., 2010) ทำให้อวัยวะดังกล่าวเกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยง (ischemia) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องหรือปวดขาแบบทันทีทันใด หรือในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการชาบริเวณขาทั้งสองข้าง

3) การติดเชื้อของหลอดเลือดเทียม ซึ่งอาจเกิดการติดเชื้อที่รอยเย็บต่อระหว่างหลอดเลือดเทียมกับผนังของหลอดเลือดแดงเอออร์ตา หรือผนังของหลอดเลือดที่เย็บฉีกขาดหรือเปื่อยยุ่ยตามกาลเวลา โดยส่วนใหญ่การติดเชื้อดังกล่าวจะเกิดในช่วง 1 ปีแรกภายหลังผ่าตัด แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดในช่วงระยะเวลา 10 - 20 ปีภายหลังผ่าตัด เชื้อที่พบบ่อย ได้แก่ Staphylococcus aureus และ Staphylococcus epidermidis (สุวิทย์ ศรีอัษฎาพร, 2553)

4) ภาวะไตวาย พบว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่เกิดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง ที่ได้รับการผ่าตัดรักษาโดยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (EVAR) มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด เนื่องจากมีการฉีดสารทึบรังสี (contrast media) ในขั้นตอนของการผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว พบอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 43 (Elkouri et al., 2003)

1.6.2 ภาวะแทรกซ้อนทางด้านจิตใจและสังคม ในระยะหลังผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่มั่นคงเนื่องจากยังไม่ทราบถึงความคงทนของหลอดเลือดเทียมที่ใส่เข้าไป และการที่ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจในแผนการรักษา รวมถึงการที่ต้องมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต (Adams et al., 2010) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลทั้งในเรื่องเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกาย และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง หรือการช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง (Letterstal et al., 2010) รวมถึงบทบาทหน้าที่ที่ถูกจำกัดหรือมีการเปลี่ยนแปลงไป เช่น บทบาทในหน้าที่การงาน บทบาทการเป็นสามีภรรยา เป็นต้น (Pettersson et al., 2009)

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าว ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองแย่ลง ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัญหาทางด้านร่างกาย ดังนั้นหลังผ่าตัดในระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการรับรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะของโรคและการรักษาที่ได้รับอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้โดยมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health Related Quality of Life)

คุณภาพชีวิต (Quality of Life) เป็นตัวชี้วัดถึงความมีชีวิตอยู่ของบุคคล เป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศ โดยเชื่อว่าการมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าและการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงเป็นความต้องการและเป็นเป้าหมายสูงสุดในการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกคน จากการศึกษานิยามของคำว่า “คุณภาพชีวิต” พบว่า ไม่มีคำจำกัดความที่แน่นอน เป็นแนวคิดที่มีความหมายกว้างขวาง แต่โดยส่วนใหญ่จะครอบคลุมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ สุขภาพ ครอบครัว การเงิน สังคม วัฒนธรรม เป็นต้น (นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส, 2552; พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554) ซึ่งในศาสตร์ทางการแพทย์และการพยาบาล ได้มีการนำแนวคิดคุณภาพชีวิตไปใช้ในการประเมินผลลัพท์ของการรักษาพยาบาล โดยจะเน้นและให้ความสำคัญเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก ดังนั้นการที่คุณภาพชีวิต เป็นแนวคิดที่ไม่มีความหมายชัดเจนและแน่นอนตายตัว จึงเป็นการยากในการหาเครื่องมือที่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตได้ครอบคลุมและเหมาะสม

ในปี 1997 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1997) ได้ให้คำนิยามของ “คุณภาพชีวิต” ว่า “Quality of life as individuals’ perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns.” หมายถึง มุมมองหรือความคิดของแต่ละบุคคลที่มีต่อสภาวะชีวิตของตนเอง ภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรม ค่านิยม ความคาดหวัง และเป้าหมายของแต่ละบุคคล และได้ให้คำนิยามของ “สุขภาพ” ว่า “Health as a state of complete physical, mental, and social well-being not merely the absence of disease or infirmity ” หมายถึง สภาวะความสมบูรณ์ของภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล ไม่ใช่แต่เพียงการปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น

ดังนั้นเมื่อนำนิยามของคำว่า "คุณภาพชีวิต" และ “สุขภาพ” มารวมกัน จะได้คำนิยามใหม่ของ “คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ” (Health Related Quality of Life [HRQOL]) และในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากสามารถประเมินผลลัพท์ของการรักษาพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุม มีความเฉพาะเจาะจงและชัดเจน อีกทั้งยังสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในทางปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งได้มีผู้นิยามและให้ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนี้

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

Osoba (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นมุมมอง ความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบของการเป็นโรคและการรักษา โดยมีองค์ประกอบหลายส่วนทั้งด้านบวกและด้านลบ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม การรู้คิด ความเจ็บป่วยหรือความไม่สุขสบายทางกายและอาการต่างๆ ของโรค

Ware (1995) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นมิติของสุขภาพในด้านต่างๆ ที่ได้รับอิทธิพลหรือได้รับผลมาจากโรคและการรักษา โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะมุ่งเน้นและให้ความสำคัญเกี่ยวกับผลกระทบของโรค หรือความเจ็บป่วยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคม ด้านจิตใจและอารมณ์ การรู้คิด การรับรู้สุขภาพ รวมถึงคุณภาพชีวิตโดยรวม

Wilson และ Cleary (1995) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับมิติทางด้านสุขภาพ โดยเป็นผลกระทบมาจากปัจจัยทางด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะทางสรีรวิทยา อาการของโรค การทำหน้าที่ การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม

Schipper, Clinch และ Olweny (1996) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นคุณภาพชีวิตในทางการแพทย์ โดยเป็นการรับรู้ ความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ

Sprangers และ Schwartz (1999) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล โดยที่การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ขึ้นกับการรับรู้ ความตระหนัก และการจัดลำดับความสำคัญเรื่องราวต่างๆ ในชีวิต ซึ่งการรับรู้ของแต่ละบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามประสบการณ์ หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

Aljabri และคณะ (2006) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการประเมินผลของการรักษา จากทัศนคติหรือมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเมื่อเกิดความเจ็บป่วยและได้รับการรักษา

Borchard และคณะ (2006) กล่าวถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดว่า เป็นการรับรู้ถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่ได้รับที่มีต่อการดำเนินชีวิตใน 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป การทำหน้าที่ของร่างกาย และการรับรู้ด้านจิตใจและสังคม

Kindig, Booske และ Remington (2010) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกาย การสนับสนุนทางสังคม สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ

นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส (2552) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะมุ่งเน้นคุณภาพชีวิตที่เป็นผลเกี่ยวเนื่องมาจากโรคและการรักษาเท่านั้น โดยส่วนใหญ่เป็นความหมายของคุณภาพชีวิตที่ใช้ในทางการแพทย์ เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยและการรักษาต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของบุคคล มีองค์ประกอบหลายมิติ ได้แก่ ความเจ็บป่วย สุขภาพทางกาย สุขภาพจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการรับรู้สุขภาพทั่วไป

พรรณทิพา ศักดิ์ทอง (2554) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง ผลกระทบของโรคและการรักษาต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง ซึ่งประกอบด้วยมิติทาง

สุขภาพหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านความพึงพอใจในชีวิต และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป รวมถึงความสามารถในการคิดวิเคราะห์และความจำ การดำเนินชีวิตและการทำงานหาเลี้ยงชีพ การมีเพศสัมพันธ์ การนอนหลับ อาการปวด และอาการของโรคต่างๆ

จากคำนิยามของ “คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ” ที่กล่าวมาทั้งหมด ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Borchard และคณะ (2006) ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ดังนั้น คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดจึงหมายถึง การรับรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบของโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองและการผ่าตัดที่ได้รับที่มีต่อการดำเนินชีวิตใน 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านการรับรู้ทางจิตใจและสังคม

2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบด้วยมิติทางสุขภาพหลายด้าน มิใช่เป็นผลจากด้านใดด้านหนึ่งเพียงด้านเดียว ซึ่ง Borchard และคณะ (2006) ได้ให้ความหมายในองค์ประกอบแต่ละด้าน ดังนี้

1) ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป (General health perceptions) หมายถึง ความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ในสภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคและการรักษาที่ได้รับ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพภายหลังได้รับการผ่าตัดรักษาของตัวผู้ป่วย เปรียบเทียบผู้ป่วยอื่นและช่วงก่อนได้รับการผ่าตัดรักษา รวมถึงการเกิดอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบให้ต้องนอนพัก เข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้

2) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional, mobility, and pain) หมายถึง ความสามารถของร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ การเคลื่อนไหว รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับอาการปวดและอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ ความสามารถในการเดินโดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบหรืออาการผิดปกติอื่นๆ เกิดขึ้น ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง รวมถึงอาการไม่สุขสบายทางกาย เช่น อาการปวดขาในขณะเดิน ปวดขาในเวลากลางคืน เป็นต้น และอาการผิดปกติของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น มึนงง เวียนศีรษะ เป็นลมหมดสติ ภาวะลมชัก หรืออาการของภาวะสมองขาดเลือด เป็นต้น

3) ด้านการรับรู้ทางจิตใจและสังคม (Psycho-social aspect) หมายถึง การตอบสนองทางด้านอารมณ์และความรู้สึก รวมถึงความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้แก่ การได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนหรือบุคคลอื่นๆ การทำงานอดิเรก และภาวะสุขภาพจิต เช่น รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีความสุข ซึมเศร้า วิตกกังวล เป็นต้น

2.3 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แบ่งได้ 2 ประเภท คือ การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป (generic HRQOL) และแบบเฉพาะโรค (disease - specific HRQOL)

2.3.1 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป (generic HRQOL) เป็นการใช้เครื่องมือวัดแบบทั่วไป (generic instrument) สามารถใช้ได้กับประชากรทั่วไป ไม่จำกัดอายุ เพศ หรือภาวะโรคที่เป็น ข้อดีของเครื่องมือประเภทนี้คือ สามารถวัดผลของการรักษาที่มีต่อชีวิตและมิติต่างๆ และสามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ ได้ แต่มีข้อเสียคือ ไม่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือภาวะสุขภาพ เนื่องจากไม่มีความเฉพาะเจาะจงต่อโรคใดๆ เช่น Short Form Health Survey (SF-36), Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile, WHOQOL-BREF, Quality of Well-being, Health Utility Index, EuroQOL เป็นต้น

แต่ในที่นี้จะขอกล่าวถึงรายละเอียดของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป ที่มีการแปลเป็นฉบับภาษาไทย และนำไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับและนิยมเลือกใช้ คือ Short Form Health Survey (SF-36)

แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป Short Form Health Survey (SF-36) ของ Ware และคณะ (1993) สร้างตามแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย วัชรี เลอมานกุล และ ปารณีย์ มีแต้ม (2546) มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ มาตรวัดเป็น Likert scale 5 ระดับ โดยแบ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็น 8 ด้าน ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย 10 ข้อ ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางกาย 4 ข้อ ด้านความเจ็บปวด/อาการปวดทางกาย 2 ข้อ ด้านภาวะสุขภาพโดยทั่วไป 6 ข้อ ด้านความกระฉับกระเฉง 4 ข้อ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม 2 ข้อ ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์ 3 ข้อ และด้านสุขภาพจิต 5 ข้อ จากการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบว่า ข้อคำถามในแต่ละด้านมีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า .7 (.72 - .86) (วัชรี เลอมานกุล และ ปารณีย์ มีแต้ม, 2546)

2.3.2 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบเฉพาะโรค (disease-specific HRQOL) เป็นการใช้เครื่องมือวัดแบบเฉพาะโรค (disease-specific instrument) ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสภาวะของโรค อาการหรือกลุ่มอาการรวมถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ของโรค ข้อดีของเครื่องมือประเภทนี้ คือ มีความไวต่อการดำเนินของโรค และสามารถประเมินความแตกต่างระหว่างการเป็นโรคหรือไม่เป็นโรคในระยะต่างๆ ดังนั้นจึงเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพท์ของการรักษาได้ดีกว่าเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป เช่น แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Kidney Disease Quality of Life-Short Form [KDQOL-SF) แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ Chronic Heart Failure Questionnaire (CHQ-Guyatt), MacNew Heart Disease Health Related Quality of Life Questionnaire (MacNew) แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือด (Australian Vascular Quality of Life Index [AUSVIQUOL) เป็นต้น

แต่ในที่นี้จะขอกล่าวถึงรายละเอียดของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด (Australian Vascular Quality of Life Index [AUSVIQUOL]) เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือด (Australian Vascular Quality of Life Index [AUSVIQUOL) ของ Borchard และคณะ (2006) สร้างตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ware (1993) ร่วมกับการประยุกต์จากแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป Short Form Health Survey (SF-36) ของ Ware (1993) โดยเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพองหลังผ่าตัด มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มาตรวัดเป็นแบบตัวเลือก 5 ตัวเลือก (choices) โดยแบ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป 3 ข้อ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย 5 ข้อ และด้านการรับรู้ทางจิตใจและสังคม 2 ข้อ จากการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบว่า ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ของข้อคำถามในแต่ละด้านพบว่า แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือด (AUSVIQUOL) สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 65.4 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 (Borchard et al., 2006)

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด (AUSVIQUOL) ของ Borchard และคณะ (2006) ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด เนื่องจากเป็นแบบประเมินเฉพาะโรค มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ข้อคำถามมีความกระชับ เข้าใจง่าย และสามารถประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้ครอบคลุมตามคำจำกัดความใน 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านการรับรู้ทางจิตใจและสังคม

2.4 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด หมายถึง การรับรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบจากโรคและการผ่าตัดที่ได้รับ ที่มีต่อการดำเนินชีวิตใน 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านการรับรู้ทางจิตใจและสังคม (Borchard et al., 2006) ดังนี้

1) ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป (General health perceptions) คือ ความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง เป็นระดับภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด (Borchard et al., 2006) พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นปัญหาทางสุขภาพ ส่งผลให้ร่างกายไม่แข็งแรง ทำให้การดำเนินชีวิตไม่ราบรื่น ไม่มีชีวิตชีวา ไม่มีความสุข นอกจากนี้ภาวะของโรคและการผ่าตัดที่ได้รับ ส่งผลกระทบทำให้ชีวิตมีการ

เปลี่ยนแปลง ต้องดูแลตนเองและต้องมีความระมัดระวังในการดำเนินชีวิตมากขึ้น (Pettersson & Bergbom, 2010) ทำให้การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ น้ำหนักลด การรับความรู้สึกและการรับรสต่างๆ ลดลง รู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย และถึงแม้การผ่าตัดรักษาจะช่วยให้มีชีวิตรอด แต่อย่างไรก็ตามในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดเวลา และถ้าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงก็อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (Letterstal et al., 2010)

2) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional, mobility, and pain) คือ ความสามารถในการทำกิจกรรม การเคลื่อนไหวร่างกาย รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับอาการปวดและอาการผิดปกติต่างๆ (Borchard et al., 2006) พบว่า ในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะเกิดความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย (Letterstal et al., 2010) ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันลดลง และมีโอกาสเกิดความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น หลอดเลือดเทียมมีการเคลื่อนที่ผิดตำแหน่ง (malposition) หรือเกิดการรั่ว (endoleak) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 22.8 (Franks et al., 2007) หรือการที่มีลิ่มเลือด (emboli) หลุดลอยไปอุดตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยง (ischemia) อวัยวะที่พบบ่อยได้แก่ บริเวณลำไส้ใหญ่และขาทั้งสองข้างประมาณร้อยละ 19.2 - 24.1 (Cheng et al., 2010) ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดท้อง ปวดขาแบบทันทีทันใด หรือในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดอาการชาบริเวณขาทั้งสองข้าง จากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นดังกล่าว อาจทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดซ้ำ (Elkouri et al., 2003; Espinosa et al., 2009) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วม เช่น โรคไตวายเรื้อรัง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งไม่เพียงแต่จะเกิดผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกายเท่านั้น แต่อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลว หรือระบบทางเดินหายใจล้มเหลวได้ (Dolinger & Strider, 2010; Jones, 2005; Ng et al., 2010)

3) ด้านการรับรู้ทางจิตใจและสังคม (Psycho-social aspect) คือ ความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองทางอารมณ์และความรู้สึก ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตและการแสดงออกต่างๆ รวมถึงความสามารถในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่นๆ (Borchard et al., 2006) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลง บทบาทที่ถูกจำกัดหรือเปลี่ยนแปลงไป (Eide et al., 2005; Pettersson & Bergbom, 2010) รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงวิธีการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และการปฏิบัติตัวในเรื่องต่างๆ จากปัญหาที่กล่าวมา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่มีความมั่นใจในการปรับตัวและการฟื้นฟูสภาพร่างกายในระยะหลังผ่าตัด (Letterstal et al., 2010) นอกจากนี้ผลกระทบจากภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นยังก่อให้เกิดภาวะเครียด ความรู้สึกกลัว ทำให้อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย (Letterstal et al., 2010; Pettersson & Bergbom, 2010) เนื่องจากหลังได้รับการผ่าตัด วิถีการดำรงชีวิตของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่หรือบทบาทหน้าที่ถูกจำกัด ทั้งในหน้าที่การงาน ครอบครัว เช่น บทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัว

บทบาทการเป็นสามีหรือภรรยา เป็นต้น (Pettersson et al., 2009) และพบว่าภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียการควบคุมต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา รู้สึกอึดอัดลำบากใจ และรู้สึกเป็นภาระแก่ผู้อื่น (Letterstal et al., 2010)

2.5 บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดในระยะฟื้นฟูสภาพ

การควบคุมอาการของโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เป็นบทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมเพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ดังนี้

1) การให้ความรู้ คำแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับภาวะของโรคคือ จำกัดอาหารที่มีโซเดียมสูง (Della, 2007; Dolinger & Strider, 2010) เนื่องจากมีผลต่อระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น โดยรับประทานอาหารที่มีโซเดียมไม่เกิน 300 มิลลิกรัมต่อวัน หรือเท่ากับน้ำปลา 7 ช้อนชา หรือเกลือ 1.8 ช้อนชาต่อวัน เช่น อาหารสำเร็จรูปต่างๆ อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง ซอสต่างๆ กะปิ เต้าเจี้ยว ผงชูรส เป็นต้น การจำกัดอาหารที่มีไขมันสูง (Della, 2007) โดยรับประทานไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมดที่บริโภคต่อวัน เช่น ไข่แดง เนย นมสด น้ำมันมะพร้าว เนื้อสัตว์ติดมัน อาหารทะเล เครื่องในสัตว์ เป็นต้น

2) แนะนำการปฏิบัติในการงดสูบบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคติน จะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) ให้หลั่งสารแคทีโคลามีน (catecholamine) มากขึ้น ทำให้หลอดเลือดหดตัว ความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองซ้ำ หรือโรคหลอดเลือดบริเวณอื่นๆ ทั่วร่างกาย และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น การเคลื่อนที่หรือการรั่วซึมของหลอดเลือดเทียม เป็นต้น (Woodrow, 2011)

3) การให้ความรู้และคำแนะนำในการควบคุมระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดควรมีการวัดความดันโลหิตทุกวัน และมีการจดบันทึกเพื่อติดตามค่าความดันโลหิตที่เปลี่ยนไป (Dolinger & Strider, 2010) การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ช่วงปกติ ไม่ให้มีค่ามากกว่า 140/90 mmHg จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง อาจทำให้มีโอกาสเกิดภาวะ endotension หรือเกิดหลอดเลือดโป่งพองที่บริเวณส่วนอื่นของร่างกายได้ ดังนั้นผู้ป่วยต้องมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เช่น การควบคุมอาหาร การงดสูบบุหรี่ ร่วมกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เป็นต้น

4) การให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่องต่างๆ ดังนี้

- การรับประทานยา เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองโดยส่วนใหญ่มักมีภาวะโรคร่วมอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ

และเพื่อควบคุมอาการของโรคต่างๆ หากมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาให้รีบปรึกษาแพทย์หรือทีมสุขภาพในทันที ห้ามผู้ป่วยหยุดยาเอง และเมื่อยาหมดห้ามไปซื้อยามารับประทานเอง

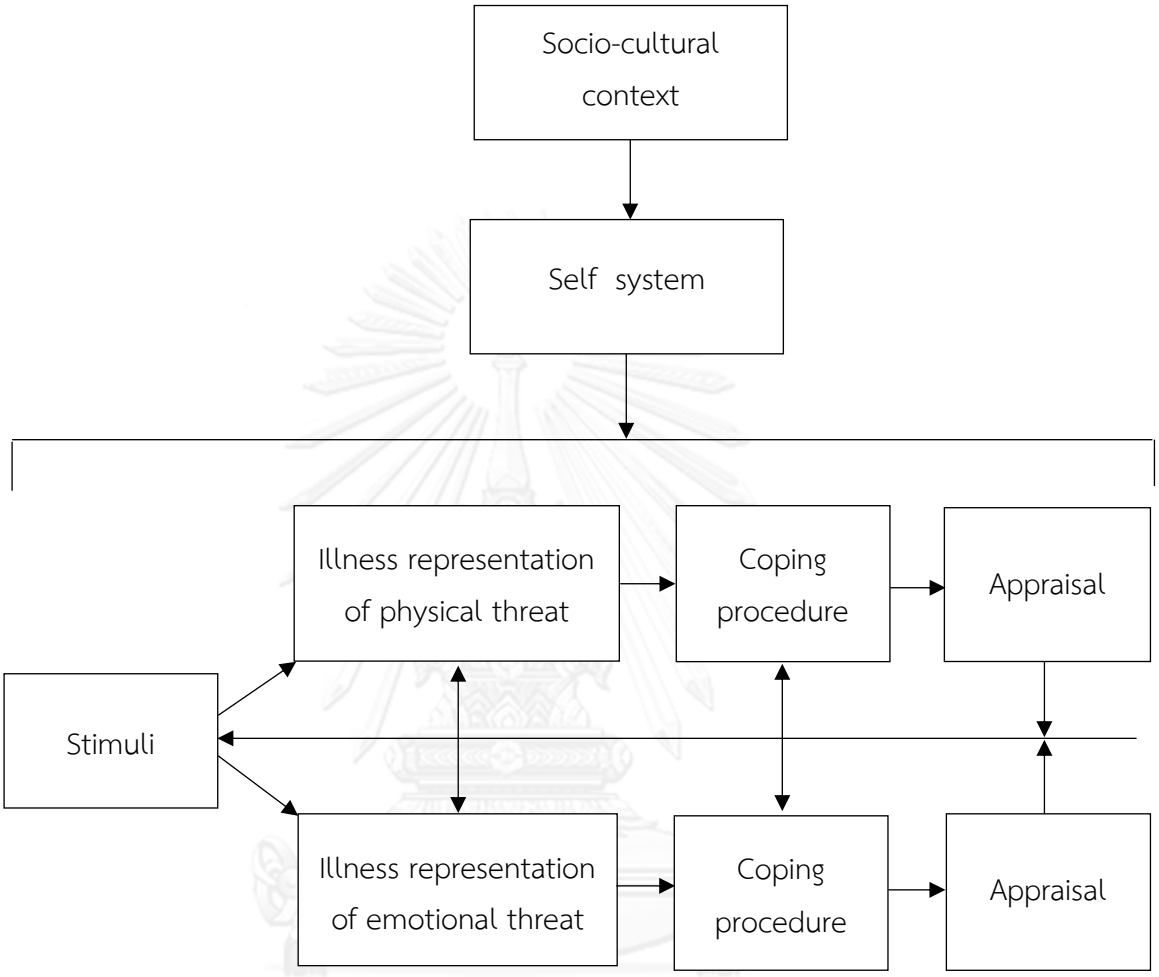
- การมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัด จำเป็นต้องมีการติดตามผลการรักษาในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เพื่อตรวจร่างกาย ปรับยาที่ต้องรับประทาน และประเมินปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการเคลื่อนที่ผิดตำแหน่งของหลอดเลือดเทียม หรือการรั่วซึมของหลอดเลือดเทียม (endoleak) (Dolinger & Strider, 2010) โดยการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ในเดือนที่ 1, 6, 12 และทุกๆ ปี ปีละ 1 ครั้ง (Della, 2007)

- อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ เช่น มีอาการแขนขาอ่อนแรง มีอาการชาตามแขนหรือขาทั้งสองข้าง หรือมีอาการปวดรุนแรง อุณหภูมิและสีผิวบริเวณขาเปลี่ยนไป มีอาการแน่นหน้าอก/เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก ปวดท้องรุนแรงแบบทันทีทันใด มีอาการเวียนศีรษะเป็นลม/หมดสติ หรือมีอาการอ่อนแรงอย่างกะทันหัน เป็นต้น (Dolinger & Strider, 2010)

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองในรูปแบบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก

ในการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดครั้งนี้ เป็นการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองในรูปแบบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Self – Regulation Model : Commonsense Model of Illness Representations) ของ Leventhal และคณะ (2001) โดยแนวคิดนี้เชื่อว่า บุคคลแต่ละคนเป็นนักแก้ไขปัญหาเมื่อต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยหรือภาวะคุกคามทางสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ 3 ส่วน ได้แก่ 1) บุคคลเป็นนักแก้ปัญหาโดยการค้นหาข้อมูลทางสุขภาพและการวางแผนเพื่อที่จะตรวจสอบความหมายของการรับความรู้สึกด้านร่างกาย และการรับข้อมูลข่าวสารที่เป็นภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ 2) มโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก เป็นหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่วิธีการจัดการกับปัญหาต่างๆ ทางสุขภาพ และผลลัพท์จากการจัดการกับปัญหาทางสุขภาพ 3) มโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยมีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะบุคคล ซึ่งองค์ประกอบของแนวคิดดังภาพที่ 2

แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก
(The Common-sense Model of Illness Representations)



ภาพที่ 2 แสดง Self – Regulation Model : Commonsense Model of Illness Representations (Leventhal, Diefenbach & Leventhal., 1992: 147)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองในรูปแบบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Leventhal et al., 2001) ที่กล่าวถึงการรับรู้เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย(illness representation) เป็นภาพสะท้อนทางความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของแต่ละบุคคล ที่นำไปสู่การแก้ปัญหาสุขภาพ (coping procedure) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่วางไว้ (appraisal) โดยกระบวนการรับรู้และการตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยนั้นได้รับอิทธิพลมาจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรม (socio-cultural context) และระบบอัตตาหรือระบบภายในตัวบุคคล (self system) ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าวมีความสอดคล้องกับคำนิยามของ “คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ” ที่กล่าวถึงการรับรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบของโรคและการรักษาที่ได้รับที่มีต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ตามความคิดหรือมุมมองของผู้ป่วยเอง จากการศึกษาร่วมกับการทบทวน

วรรณกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองในรูปแบบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก ดังนี้

3.1 บริบททางสังคมและวัฒนธรรม (Socio-cultural context)

Leventhal และคณะ (2001) กล่าวว่า บริบททางสังคมและวัฒนธรรม หมายถึง อิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการรับรู้ของบุคคลนั้นๆ เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายนอกที่ส่งผลต่อระบบบุคคล ทั้งในด้านร่างร่างกาย จิตใจและสังคม รวมถึงการมีประสบการณ์ในด้านต่างๆ ซึ่งมีต่อผลกระบวนการรับรู้และการตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วย Shaw (1999) พบว่า บริบททางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ ปัจจัยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ การสนับสนุนทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคม และปัจจัยอื่นๆ เช่น การสื่อสารมวลชน มีการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม จัดเป็นสังคมและวัฒนธรรมที่ห้อมล้อมตัวผู้ป่วยที่ส่งผลต่อกระบวนการรับรู้และการตอบสนองต่อภาวะของโรคในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Voelmeck, 2006) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ช่วยให้คลายเครียด ทำให้มีกำลังใจในการเผชิญและแก้ปัญหา เป็นแรงเสริมให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดี ซึ่งอาจได้รับจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน ชุมชน หรือบุคลากรทางสุขภาพ จากแนวคิดดังกล่าวมีผู้ให้ความหมาย ดังนี้

3.1.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูลหรือข่าวสารจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กัน เป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสารและความผูกพันซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้รับมีความรู้สึกได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่

Caplan และ Killilea (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรง จากบุคคลหรือกลุ่มคน อาจเป็นทางด้านข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

House (1981) กล่าวว่า เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การได้รับและการให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร

ในการศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความช่วยเหลือในด้านจิตใจ การให้ข้อมูล

คำแนะนำ คำปรึกษา และในด้านทรัพยากร ด้วยความเต็มใจจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ

3.1.2 แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อว่าตนได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งจะได้รับจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้ง 2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า เป็นข้อมูลที่จะทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่าและให้บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้น และ 3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นข้อมูลที่จะทำให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าตนเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม มีความผูกพัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

House (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการแสดงออกถึงการยอมรับ เห็นคุณค่า ความรัก ความห่วงใย ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน 2) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (appraisal support) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้และไปใช้ในการประเมินตนเอง 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในแบบต่างๆ เช่น การให้เวลา สิ่งของ แรงงาน เงิน และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่สามารถนำมาประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ได้ครอบคลุมทั้งการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

3.1.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

1) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ สุภาพร แนวบุตร (2548) เป็นแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สร้างตามแนวคิดของ House (1981) มีจำนวน 69 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยแบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 แหล่ง คือ บุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ 18 ข้อ ด้านการสนับสนุนการประเมินคุณค่า 15 ข้อ ด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร 21 ข้อ และด้านการสนับสนุนทรัพยากร 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83, .80, .88 และ .80 ตามลำดับ

2) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ สิริรัตน์ ลีลาจรัส และ พิสมัย อรทัย (2554) ที่ได้รับอนุญาตจาก Toljamo and Hentinen (2001) ให้แปลเป็นภาษาไทย ที่สร้าง

ตามแนวคิดของ House (1981) มีข้อคำถาม 12 ข้อ เป็น Likert scale 5 ระดับ โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ 4 ข้อ ด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร 3 ข้อ ด้านการสนับสนุนการประเมินคุณค่า 4 ข้อ และด้านการสนับสนุนทรัพยากร 1 ข้อ ซึ่งองค์ประกอบย่อยทั้ง 4 ด้าน สามารถอธิบายความแปรปรวนของการสนับสนุนทางสังคมได้ ร้อยละ 69 (Toljamo & Hentinen, 2001) และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ สิริรัตน์ ลีลาจรัส และ พิศสมัย อรทัย (2554) ที่ได้แปลและประยุกต์จากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Toljamo และ Hentinen (2001) ที่สร้างตามแนวคิดของ House (1981) โดยปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินนี้เนื่องจาก มีความกระชับ มีการประเมินการสนับสนุนทางสังคมครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน และจากการศึกษาความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือพบว่ามีความเหมาะสมกับบริบทของคนไทย

3.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคม เป็นอิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรมที่ห้อมล้อมตัวบุคคล (Socio-cultural context) ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ การเรียนรู้ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Leventhal et al., 2001) โดยการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยที่ได้รับอิทธิพลจากการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล ข่าวสาร ที่จะนำไปสู่กระบวนการคิดและการตัดสินใจในการใช้วิธีการจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปรับตัวหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และเพื่อนๆ ทำให้มีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น (Cassar & Baldacchino, 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ แจ่มสร้อย (2548) ที่พบว่า การดูแลช่วยเหลือประคับประคองจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้อุปสรรคต่างๆ เป็นตัวช่วยลดความตึงเครียด เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นในการทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.2 ระบบอัตตา (Self system)

Leventhal และคณะ (2001) กล่าวว่า ระบบอัตตา หมายถึง ระบบการรับรู้ภายในตัวบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกัน ขึ้นกับลักษณะทางชีววิทยา จิตวิทยาและการป้องกันตนเองของบุคคลนั้นๆ ดังนั้นจึงเป็นคุณสมบัติที่ติดตัวหรือ คุณลักษณะเฉพาะของบุคคล ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรม โดยระบบอัตตาจะส่งผลต่อกระบวนการรับรู้และการตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึกของแต่ละบุคคล มีการศึกษาพบว่า อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพ

สมรส ระยะเวลาของการป่วยเป็นโรค ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ประวัติการผ่าตัดเปลี่ยนไตและโรคร่วมอื่นๆ จัดเป็นระบบอัตตาของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกไตที่มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้และการตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วย (Fowler & Baas, 2006) เช่นเดียวกับในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า ปัจจัยด้านอายุ เพศ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาหลังจากที่ออกจากโรงพยาบาลและจำนวนโรคร่วม เป็นระบบอัตตาที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการรับรู้และการตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Voelmeck, 2006) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ อายุ และระยะเวลาหลังผ่าตัด น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

1) อายุ เป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบถึงความแตกต่างเกี่ยวกับลักษณะทางชีววิทยา สรีระของร่างกาย การเรียนรู้และประสบการณ์ในการใช้ชีวิต เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีความแตกต่างกันในแต่ละคน (Leventhal et al., 2001) ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้และความสามารถในการปรับตัวรวมถึงวิธีการแก้ไขปัญหาต่างๆ พบว่า อายุที่มากขึ้นของผู้ป่วย ทำให้ร่างกายมีความเสื่อมถอยสมรรถนะการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ช้าลง จากการศึกษาของ De Rango และคณะ (2011) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพองหลังผ่าตัด ที่อายุน้อยมีคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ของร่างกายดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า และมีการศึกษาพบว่า อายุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับผลการรักษาและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า (Ballard et al., 2004; Dick et al., 2009) เช่นเดียวกับหลายการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แย่ลง เช่น ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ยุวดี ธีระศิลป์, 2547) ผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (ปราณี ทองใส, 2548) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (นิตยา ศรีสุข, 2551) และผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (วาสนา อุปสาร, 2551) เป็นต้น

2) ระยะเวลาหลังผ่าตัด เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับตัวบุคคลที่บ่งบอกถึงประสบการณ์การเรียนรู้และวิธีการแก้ปัญหา โดยแต่ละบุคคลจะมีคุณลักษณะเหล่านี้แตกต่างกัน ดังนั้นระยะเวลาหลังผ่าตัดจึงเป็นส่วนหนึ่งของระบบอัตตา (self system) โดยผู้ป่วยแต่ละคนจะมีระยะเวลาหลังผ่าตัดที่ไม่เท่ากัน ทำให้การรับรู้และการตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยแตกต่างกัน (Leventhal et al., 2001) ซึ่งระยะเวลาหลังผ่าตัดในช่วงเวลาต่างๆ จะสะท้อนถึงการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย Aljabri และคณะ (2006), Malina และคณะ (2000) และ Lottman และคณะ (2004) ศึกษาพบว่า ระยะเวลาหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยในช่วง 1 - 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจะลดลง และจะสามารถฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดในช่วงเดือนที่ 6 หลังผ่าตัด และการศึกษาของ ธิวาสา ลีวัธนะ, แสงอรุณ อิสระมาลัย และช่อลดา พันธุเสนา (2551) ที่พบว่าระยะเวลาหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดย

ระยะเวลาหลังผ่าตัดบ่งชี้ถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งอาจมีผลต่อทัศนคติและการแสดงออกต่อความเจ็บป่วย ซึ่งระยะเวลาที่นานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้และยอมรับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี

3.3 ตัวกระตุ้นสถานการณ์ (Situational stimuli)

Leventhal และคณะ (2001) กล่าวว่า ตัวกระตุ้นสถานการณ์ หมายถึง ปัจจัยชักนำ หรือสาเหตุที่ก่อให้เกิดกระบวนการรับรู้และตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วย จากการศึกษาพบว่า อาการของโรคในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นตัวกระตุ้นสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยและการตอบสนอง ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่นำไปสู่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Voelmeck, 2006) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ชนิดของโรคและชนิดของการผ่าตัดน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองและการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดที่ได้รับ จะเป็นตัวชักนำหรือตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วย และเกิดการปรับตัวเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

ชนิดของโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง เป็นภาวะคุกคามทางสุขภาพหรือเป็นภาวะความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ดังนั้นจึงเป็นตัวกระตุ้นสถานการณ์ (situational stimuli) ที่นำไปสู่การเกิดกระบวนการรับรู้และการตอบสนองของบุคคล (Leventhal et al., 2001) โดยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองเป็นความผิดปกติของหลอดเลือดในบริเวณช่องอก (Thoracic Aortic Aneurysm [TAA]) และในช่องท้อง (Abdominal Aortic Aneurysm [AAA])

ชนิดของการผ่าตัดรักษา เป็นวิธีการรักษาเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาวะของโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง จึงเป็นปัจจัยที่นำไปสู่กระบวนการรับรู้และการตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น สำหรับวิธีการผ่าตัดรักษาที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายและนำมาศึกษาในครั้งนี้ คือ การผ่าตัดแบบเปิด (conventional open surgery) และการผ่าตัดแบบสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (Endovascular Aneurysm Repair [EVAR]) ซึ่งการผ่าตัดทั้งสองวิธีนี้สามารถใช้รักษาโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองได้ทั้งสองส่วน ซึ่งวิธีการและขั้นตอนของการผ่าตัดมีความแตกต่างกัน โดยการผ่าตัดแบบเปิดเป็นการเปิดแผลผ่าตัดขนาดใหญ่บริเวณทรวงอกหรือหน้าท้องแล้วใส่หลอดเลือดเทียมเข้าไปแทนที่ (Collin et al., 2009) ส่วนการผ่าตัดโดยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (EVAR) เป็นการเปิดแผลขนาดเล็กบริเวณขาหนีบ และสอดสายอุปกรณ์สำหรับการใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางหลอดเลือดแดงฟีเมอรัล (femoral artery) (Tinkham, 2009) มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพอง (AAA) ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดทั้งสองวิธีนี้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน (Aljabri et al., 2006) เช่นเดียวกับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอกโป่งพอง (TAA) ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดดังกล่าวมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน (Dick et al., 2009)

3.4 การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย (Illness representations of physical threat)

การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย หมายถึง กระบวนการตีความหรือการแปลความหมายของข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่งข้อมูลดังกล่าวอาจได้จากการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา หรือการได้รับข้อมูลจากบุคคลรอบข้าง โดยองค์ประกอบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่สำคัญมี 5 ประการ ได้แก่ อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค (symptoms) สาเหตุของการเกิดโรค (causes) ช่วงเวลาของการเป็นโรค (timeline) ผลกระทบจากโรค (consequences) และการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค (cure/controllability) (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992)

การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย เป็นกระบวนการรับรู้ต่อภาวะความเจ็บป่วยทางร่างกายที่เกิดขึ้น โดยโครงสร้างส่วนที่เกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคลจะจัดระบบ วิเคราะห์ แปล และให้ความหมายของความเจ็บป่วยนั้นตามความรู้ ความนึกคิด ความเข้าใจ และประสบการณ์ที่ผ่านมา

3.4.1 ความหมายของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย

Leventhal และคณะ (2001) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยหรือการรับรู้ภาวะคุกคามทางสุขภาพ หมายถึง มโนภาพเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ตามความนึกคิด ความเข้าใจของแต่ละบุคคล โดยการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยนี้มีองค์ประกอบ 5 ประการ คือ ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค (symptoms) ด้านสาเหตุของการเกิดโรค (causes) ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค (timeline) ด้านผลกระทบจากโรค (consequences) และด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค (cure/controllability)

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด หมายถึง ความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองและการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดที่ได้รับ ในด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค ด้านสาเหตุของการเกิดโรค ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค ด้านผลกระทบจากโรค และด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค

3.4.2 องค์ประกอบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย

1) ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค (identity of the threat: symptoms or label) หมายถึง คุณลักษณะของโรค อาการแสดงหรือสิ่งบ่งชี้ที่ให้ความหมายเกี่ยวกับโรค

2) ด้านสาเหตุของการเกิดโรค (causes) หมายถึง ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคทั้งปัจจัยภายในและภายนอก เช่น พันธุกรรม เชื้อโรค ความเครียด เป็นต้น

3) ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค (timeline) หมายถึง ระยะเวลาที่มีการดำเนินไปของโรคหรือจุดของเวลาที่ใช้ในการรักษา เช่น ระยะวิกฤต ระยะเรื้อรัง เป็นต้น

4) ด้านผลกระทบจากโรค (consequences) หมายถึง ผลกระทบของโรคที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

5) ด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค (cure/ controllability) หมายถึง การตอบสนองต่อการรักษา ทั้งการรักษาด้วยตนเองและโดยอาศัยบุคลากรทางการแพทย์

ในการศึกษาครั้งนี้ องค์ประกอบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด มีดังนี้

1) ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค (symptoms) คือ อาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ หรืออาการของภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ อาการของการกลับเป็นซ้ำของโรค หรือถ้ามีการปริแตกรั่วซึมของหลอดเลือดโป่งพอง ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกหรือปวดท้องรุนแรง และอาจมีภาวะช็อค หมดสติ เป็นต้น รวมถึงอาการของภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย หน้ามืด เป็นลมหมดสติ อาการปวดขา ชาบริเวณขา จากการที่มีลิ่มเลือดไปอุดตัน เป็นต้น

2) ด้านสาเหตุของการเกิดโรค (causes) คือ สาเหตุทั้งจากปัจจัยภายในและภายนอกที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง โดยสาเหตุจากปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น อายุ พันธุกรรม โรคร่วมต่างๆ เป็นต้น และสาเหตุภายนอกตัวบุคคล เช่น เชื้อโรค ได้แก่ เชื้อซิฟิลิส (syphilis) หรือเชื้อซัลโมเนลลา (salmonella) เป็นต้น การปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ เป็นต้น

3) ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค (timeline) คือ ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองในระยะหลังผ่าตัด เป็นการดำเนินของโรคในระยะเรื้อรังที่ต้องมีการดูแลและการตรวจติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

4) ด้านผลกระทบจากโรค (consequences) คือ สิ่งที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดทางด้านร่างกาย เช่น เกิดความไม่สุขสบาย ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง หรือมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น ด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้เกิดภาวะเครียด ความกังวล ด้านสังคมอาจมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ต่างๆ และด้านเศรษฐกิจทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นต้น

5) ด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค (cure/ controllability) คือ การรักษาทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ และการควบคุมอาการของโรคโดยตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง เป็นโรคที่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีการผ่าตัดร่วมกับการรักษาด้วยยา ดังนั้นในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะการรับประทานยาควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง รวมถึงต้องมีวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อป้องกันการ

เกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรค เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจตามนัด เป็นต้น

3.4.3 การปรเมินรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย

1) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย (Illness Perception Questionnaires [IPQ]) ของ Weinman และคณะ (1996) ที่สร้างตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self - Regulation) ของ Leventhal และคณะ (1984) มีข้อคำถาม 38 ข้อ โดยเป็นแบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ครอบคลุมการคิดรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (cognitive representation) ทั้ง 5 องค์ประกอบ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค จำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ซึ่งในส่วนของอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค สามารถปรับแก้ไขเพิ่มเติม ให้มีความสอดคล้องเฉพาะเจาะจงกับโรคและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้ (Weinman et al., 1996) 2) ด้านสาเหตุของการเกิดโรค 10 ข้อ ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค 3 ข้อ ด้านผลกระทบจากโรค 7 ข้อ และด้านการรักษา/การควบคุมโรค 6 ข้อ เป็น Likert scale 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นในแต่ละด้านอยู่ในระดับดีมากกว่า .7 (Weinman et al., 1996)

2) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง (Illness Perception Questionnaire Revise [IPQ-R]) ของ Moss-Morris และคณะ (2002) ที่สร้างตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self - Regulation) ของ Leventhal และคณะ (1984) ซึ่งได้พัฒนาปรับปรุงให้ครอบคลุมการประเมินทั้งในส่วนของการคิดรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (cognitive representation) และการรับรู้ด้านอารมณ์ (emotional representation) โดยการเพิ่มจำนวนข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบทั้ง 5 ของการรับรู้การเจ็บป่วย และเพิ่มข้อคำถามในส่วนของการรับรู้ด้านอารมณ์ ดังนั้นมีข้อคำถามทั้งหมด 68 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค จำนวน 12 ข้อ คำตอบเป็นแบบตัวเลือก 2 ตัวเลือก (มี, ไม่มี) 2) ด้านสาเหตุการเกิดโรค จำนวน 18 ข้อ ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค จำนวน 10 ข้อ ด้านผลกระทบจากโรค จำนวน 6 ข้อ ด้านการควบคุมรักษา จำนวน 16 ข้อ และการรับรู้ด้านอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ เป็น Likert scale 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นในแต่ละด้านเท่ากับ .80 - .88

3) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยฉบับย่อ (Brief Illness Perception Questionnaires [BIPQ]) ของ Broadbent และคณะ (2006) มีข้อคำถาม 8 ข้อ ครอบคลุมการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ได้แก่ ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค จำนวน 2 ข้อ ด้านสาเหตุของการเกิดโรค 1 ข้อ ด้านผลกระทบจากโรค 1 ข้อ และด้านการรักษา/การควบคุมโรค 2 ข้อ และด้านการตอบสนองทางอารมณ์ 2 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Continuous linear scale) 0 - 10 คะแนน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .7

4) แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (The Illness Perception Questionnaire [IPQ]) ของ นุชนาถ

ไกรรัตน์เจริญ (2553) พัฒนามาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self - Regulation) ของ Leventhal และคณะ (1984) โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของ Weinman และคณะ (1996) ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 47 ข้อ ครอบคลุมการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยทั้ง 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านลักษณะของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ด้านสาเหตุของการเกิดความเจ็บป่วย ด้านระยะเวลาที่คาดว่าความเจ็บป่วยจะดำเนินไป ด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย และด้านความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย มีค่าความเชื่อมั่นในแต่ละด้านเท่ากับ .70, .72, .78, .83 และ .58 ตามลำดับ

5) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของ เป็น รักเกิด (2550) ที่ได้รับอนุญาตจาก Weinman และคณะ (1996) ให้แปลเป็นภาษาไทย และประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่สร้างและพัฒนาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self - Regulation) ของ Leventhal และคณะ (1984) มีข้อคำถาม 42 ข้อ ครอบคลุมการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้ง 5 องค์ประกอบ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค จำนวน 16 ข้อ คำตอบเป็นแบบตัวเลือก 2 ตัวเลือก (มี, ไม่มี) โดยสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ 2) ด้านสาเหตุการเกิดโรค ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค ด้านผลกระทบจากโรค และด้านการรักษาโรค จำนวน 26 ข้อ เป็น Likert scale 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .82

6) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย (The Illness Perception Questionnaires [IPQ]) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงฉบับภาษาไทยของ Leelacharas (2005) ที่ได้รับอนุญาตจาก Weinman และคณะ (1996) ให้แปลเป็นภาษาไทย ซึ่งสร้างตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self - Regulation) ของ Leventhal และคณะ (1984) มีข้อคำถาม 38 ข้อ ครอบคลุมการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยทั้ง 5 องค์ประกอบ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบตัวเลือก 2 คำตอบ (มี, ไม่มี) 2) ด้านสาเหตุของการเกิดโรค จำนวน 10 ข้อ ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค จำนวน 3 ข้อ ด้านผลกระทบจากโรค จำนวน 7 ข้อ และด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค จำนวน 6 ข้อ เป็น Likert scale 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นในแต่ละด้านอยู่ในระดับดี เท่ากับ .73 - .84

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงฉบับภาษาไทยของ Leelacharas (2005) ที่ได้แปลและประยุกต์จากแบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยของ Weinman และคณะ (1996) ที่สร้างตามแนวคิดของ Leventhal และคณะ (1984) โดยปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ผู้วิจัยเลือกแบบสอบถามนี้เนื่องจากเป็นการประเมินการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยที่เน้นการคิดรู้เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย (cognitive representation) ได้ครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบ ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ที่เน้นการรู้คิด ความเข้าใจของผู้ป่วย

เป็นหลัก อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงมีความเหมาะสมใกล้เคียงกับบริบทของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และจากการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่น่าเชื่อถือ เท่ากับ .73 - .84

3.4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยเป็นการรับรู้ถึงภาวะคุกคามทาง ด้านร่างกายจากปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยในลักษณะที่เกี่ยวกับอาการของโรค สาเหตุของการเกิดโรค ช่วงเวลาของการเป็นโรค ผลกระทบจากโรค และการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค (Leventhal et al., 2001) ซึ่งการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยดังกล่าว มีผลต่อการตัดสินใจในการเผชิญและหาวิธีการแก้ปัญหา หากผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้สามารถแก้ปัญหาภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตได้ มีการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Voelmeck, 2006) ผู้ป่วยโรค Irritable bowel syndrome (Rutter & Rutter, 2002) และผู้ป่วยกลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Gray & Rutter, 2007)

3.5 การรับรู้ภาวะคุกคามด้านอารมณ์ (illness representations of emotional threat)

Leventhal และคณะ (2001) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะคุกคามด้านอารมณ์ หมายถึง การตอบสนองทางด้านอารมณ์และความรู้สึก เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วย มีการศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยโรค Irritable bowel syndrome ที่รับรู้ถึงผลกระทบของโรคว่ามีความรุนแรงและไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า และมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่แย่ลง (Rutter & Rutter, 2002) เช่นเดียวกับในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับรู้ถึงผลกระทบของโรค จะทำให้มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์และความรู้สึกในระดับสูง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่แย่ลงเช่นกัน (Fowler & Baas, 2006) ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด พบว่าปัจจัยทางด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด (Dick et al., 2009) ทั้งนี้เนื่องจากในระยะหลังผ่าตัดเป็นระยะฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ ผู้ป่วยจึงให้ความสำคัญถึงผลกระทบที่มีต่อทางด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตใจและอารมณ์ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงไม่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะคุกคามด้านอารมณ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

3.6 กลวิธีในการแก้ปัญหา (Coping procedures)

กลวิธีในการแก้ปัญหา หมายถึง การวางแผนหรือหาวิธีจัดการแก้ปัญหา เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วย เป็นการตอบสนองโดยการตัดสินใจใช้วิธีการต่างๆ เพื่อจัดการแก้ปัญหาสุขภาพ (Leventhal et al., 1992) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยแต่ละโรคต่างก็มีกลวิธีในการแก้ปัญหาสุขภาพหรือการจัดการภาวะความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นวิธีการให้ความร่วมมือในการรับประทานยา (medication adherence) และการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (Adherence to health recommendations) (Hagger & Orbell, 2003) เช่น การให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการของโรคในผู้ป่วยโรคหอบหืด (Horne & Weinman, 2002) และในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Leelacharas, 2005; Theunissen & De Ridder, 2001) การไปตรวจตามแพทย์นัดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Weinman et al., 1996) การให้ความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับการรับประทานยา การดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายในผู้ป่วยกลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง และผู้ป่วยโรค Addison (Heijmans & De Ridder, 1998) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

3.6.1 ความหมายของกลวิธีในการแก้ปัญหา

Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่า กลวิธีการจัดการปัญหาเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่การมีเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ มากระทบบุคคลจะใช้การประเมินด้วยกระบวนการทางสติปัญญาในการพิจารณาสถานการณ์เหล่านั้น และแก้ปัญหาโดยวิธีการกระทำโดยตรงหรือการปรับอารมณ์โดยแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่สังเกตและวัดได้ 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ทางสังคม ภาวะสุขภาพ และด้านกำลังใจ

Leventhal และคณะ (2001) กล่าวว่า กลวิธีในการแก้ปัญหาเป็นกระบวนการจัดการภาวะคุกคามทางสุขภาพหรือภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยวิธีการแสวงหาและการเก็บรวบรวมข้อมูล (collect information) เพื่อนำไปจัดการแก้ไขภาวะความเจ็บป่วยหรือปัญหาทางสุขภาพ (control problem) ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะเป็นไปในแนวทางที่สอดคล้องกับการรับรู้ตามสามัญสำนึกของแต่ละบุคคล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กลวิธีการจัดการปัญหาภาวะความเจ็บป่วยตามการรับรู้ด้วยสามัญสำนึกของ Leventhal และคณะ (2001) เมื่อต้องเผชิญกับภาวะของโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีกระบวนการตอบสนองโดยการแสวงหาข้อมูลและวิธีการต่างๆ เพื่อนำไปปฏิบัติจัดการกับปัญหาทางสุขภาพ คือ การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด และการงดสูบบุหรี่ เพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

3.6.2 การประเมินกลวิธีในการแก้ปัญหา

1) แบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา (The COPE; Situational version) ของ Carver, Scheier และ Weintraub (1989) ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) จำนวน 60 ข้อ คอบคลุมวิธีการเผชิญปัญหาแบบแก้ที่ปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาแบบแก้หรือปรับด้วยอารมณ์ เป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74

2) แบบประเมินความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของ ระพิณ ผลสุข และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ (2550) ที่สร้างตามแนวคิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ของ Joyce และคณะ (2004) จำนวน 12 ข้อ โดยครอบคลุมเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่/การดื่มสุรา และการมาตรวจตามนัด จำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของ ระพิณ ผลสุข และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ (2550) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองและปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินดังกล่าวเนื่องจากมีความกระชับเนื้อหามีความครอบคลุมถึงกลวิธีในการแก้ปัญหาภาวะสุขภาพตามการรับรู้ด้วยสามัญสำนึก

3.6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างกลวิธีในการแก้ปัญหากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

กลวิธีในการแก้ปัญหา เป็นขั้นตอนในการตอบสนองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เป็นกระบวนการมีลำดับขั้นตอนที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ คือ การแสวงหาข้อมูลต่างๆ (collect information) เพื่อนำไปใช้ในกระบวนการจัดการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพ (control problem) โดยวิธีการดังกล่าวจะเป็นไปในแนวทางที่สอดคล้องกับการรับรู้ต่อภาวะความเจ็บตามสามัญสำนึกของแต่ละบุคคล (Leventhal et al., 2001) ซึ่งวิธีการจัดการทางสุขภาพในการแก้ปัญหาภาวะความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด คือ การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ มีการศึกษาพบว่า การใช้กลยุทธ์ในการจัดการภาวะคุกคามทางสุขภาพ (coping strategies) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวน (Rutter & Rutter, 2002) และผู้ป่วยกลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Gray & Rutter, 2007)

3.7 ผลลัพท์

Leventhal และคณะ (2001) กล่าวว่า ผลลัพท์ หมายถึง การประเมินความสำเร็จของบุคคล หรือการประเมินผลลัพท์ในการตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วย โดยการใช้กลวิธีในการ

แก้ปัญหาจัดการกับภาวะคุกคามทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ ในสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด คือ การที่ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วย จากนั้นมีกระบวนการตอบสนองโดยการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ เพื่อควบคุมอาการของโรค ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ อาการผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งก็คือ สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั่นเอง ดังนั้นสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด จึงเป็นผลลัพท์ที่เกิดจากกระบวนการรับรู้และการตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยที่มีประสิทธิภาพและประสบความความสำเร็จ นำไปสู่การมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพหลังผ่าตัดที่ดี จากการศึกษาพบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต (Weng et al., 2010) และพบว่าสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของการใช้กลวิธีแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Voelmeck, 2006) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า สมรรถนะแห่งตนเป็นผลลัพท์ที่เกิดขึ้นจากการแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพ และนำไปสู่เป้าหมายสูงสุดของการดำรงชีวิตคือการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี และในการศึกษาครั้งนี้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social learning theory) ของ Bandura (1977) ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน ไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก และการแสดงออกของพฤติกรรมนั้นจะสะท้อนถึงการได้เรียนรู้ของบุคคล

3.7.1 ความหมายของสมรรถนะแห่งตน

Bandura (1977) กล่าวว่า สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

Evans (1989) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการกระทำของบุคคล ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะที่แตกต่างกันได้ บุคคลที่มีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด หมายถึง ความสามารถในการกระทำหรือการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการของโรค การป้องกันภาวะ แทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงผลกระทบจากโรคหรือการรักษาที่ได้รับ (Bandura, 1977) ดังนั้นสมรรถนะแห่งตนใน

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการใช้วิธีการจัดการทางสุขภาพ เป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงความสำเร็จในการแก้ไขภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี (Leventhal et al., 2001)

3.7.2 แนวคิดของสมรรถนะแห่งตน

Bandura (1977) ได้เสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถของตน (Efficacy expectation) โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้จะเป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม ต่อมาในปี 1986 Albert Bandura ได้พัฒนาแนวคิดความความคาดหวังความสามารถของตน เป็นแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองหรือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) โดยการที่บุคคลจะสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองได้นั้น ต้องเกิดจากการเรียนรู้และพัฒนาจากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง (Bandura, 1977; Bandura, 1997) ดังนี้

1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Enactive mastery experiences) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรงที่บุคคลได้รับจากการที่ตนเองกระทำได้สำเร็จ

2) การได้เห็นตัวแบบ (Model) หรือประสบการณ์การเรียนรู้จากผู้อื่น (Vicarious experiences) การเรียนรู้โดยการสังเกตพฤติกรรมจากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ย่อมมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของผู้สังเกตด้วย

3) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) คือ การที่บุคคลอื่นที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลในการพูดโน้มน้าวให้เชื่อในความสามารถของตนเอง ย่อมทำให้บุคคลเลิกสงสัยในตัวเอง และเกิดกำลังใจในการกระทำให้สำเร็จ

4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Emotional arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาวะตึงเครียด หรือสถานการณ์ ที่คุกคามจะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง เป็นต้น

จากแนวคิดสมรรถนะแห่งตน เป็นการรับรู้หรือความคิดว่าสามารถกระทำได้ และเมื่อสามารถกระทำได้สำเร็จจะก่อให้เกิดสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติ ซึ่งในการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองในรูปแบบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยครั้งนี้ ผลลัพท์ที่เกิดจากการใช้กลวิธีในการแก้ปัญหาภาวะสุขภาพนั้น ต้องแสดงออกโดยการกระทำหรือการปฏิบัติพฤติกรรม ดังนั้นสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดเป็นความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเกิดจากประสบการณ์โดยตรงที่

ผู้ป่วยสามารถกระทำได้ด้วยตนเองจนประสบความสำเร็จ การได้เห็นตัวแบบจากผู้ป่วยอื่น การได้รับข้อมูลต่างๆ การดูแลเอาใจใส่จากทีมสุขภาพและบุคคลรอบข้าง

3.7.3 การประเมินสมรรถนะแห่งตน

1) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538) ตามแนวคิดของ Bandura (1977) จำนวน 17 ข้อ ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 เรื่อง คือ การรับประทานอาหาร 3 ข้อ การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย 4 ข้อ การพักผ่อนและการจัดการกับความเครียด 5 ข้อ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค 5 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

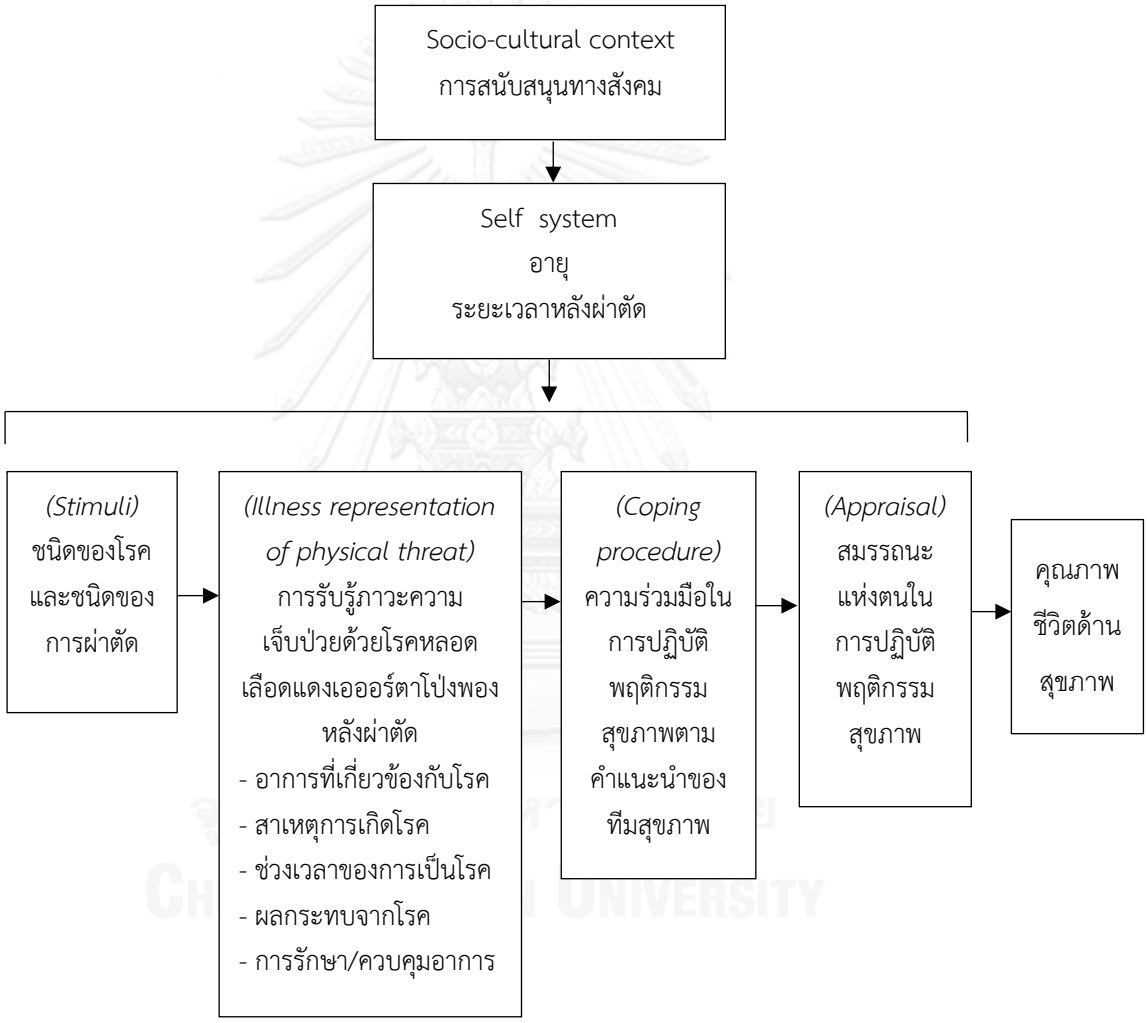
2) แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดของ Sol และคณะ (2006) ตามแนวคิดของ Bandura (1998) จำนวน 9 ข้อ ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 6 เรื่อง คือ การรับประทานยา 1 ข้อ การงดสูบบุหรี่ 1 ข้อ การรับประทานอาหาร 2 ข้อ การออกกำลังกาย 2 ข้อ และการควบคุมอาการของโรค 1 ข้อ เป็น Likert scale 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือด ของ Sol และคณะ (2006) ตามแนวคิดของ Bandura (1977) ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินนี้เนื่องจากมีความกระชับ และมีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และมีค่าความเชื่อมั่นที่เชื่อถือได้เท่ากับ .78

3.7.4 ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นผลลัพท์ที่เกิดจากการใช้กลวิธีในการแก้ปัญหาจัดการภาวะคุกคามทางสุขภาพหรือแก้ไขปัญหาภาวะความเจ็บป่วย (Leventhal et al., 2001) คือ ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าสามารถควบคุมจัดการภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ แสดงถึงการประสบความสำเร็จของการใช้วิธีการจัดการทางสุขภาพดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ที่นำไปสู่การมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีต่อไป Konopack และ McAuley (2012) พบว่า สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและการดำเนินชีวิตประจำวัน จะทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งในด้านการทำหน้าที่ของร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ และมีการศึกษาพบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (Borsbo et al., 2010; Kuijer & de Ridr, 2003) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Kohler, Fish, & Greene, 2002) และผู้ป่วยโรคเอดส์ (Li et al., 2011)

กล่าวโดยสรุป การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองในรูปแบบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก ในการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อเกิดภาวะความเจ็บป่วยขึ้น ผู้ป่วยจะมีการรับรู้และการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยตามความนึกคิด ความเข้าใจ ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจในการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาสุขภาพ โดยกลวิธีการแก้ปัญหาจะแสดงออกมาในรูปแบบของการกระทำหรือการปฏิบัติพฤติกรรม และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองในรูปแบบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย

เป็น รักเกิด (2550) ศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 90 คน พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยในด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค ผลกระทบจากความเจ็บป่วย และการรักษาหรือการควบคุมโรคมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ช่วงเวลาของการเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยมาก่อนเข้ารับการรักษา

นภาพร รุจิเสถียร (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยากับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 85 คน พบว่า การรับรู้อาการ และการรับรู้ผลที่ตามมาจากความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.32 และ -.36) ส่วนการรับรู้ช่วงเวลาของความเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง การรับรู้ประสิทธิภาพในการรักษา และการตอบสนองทางอารมณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ และคณะ (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 105 คน พบว่า อายุ เพศ การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านลักษณะของอาการที่เกิด ด้านระยะเวลาที่คาดว่าความเจ็บป่วยจะดำเนินไป และด้านความสามารถในการควบคุม/การรักษาความเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจมารับการรักษา ส่วนด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามหลังการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจมารับการรักษาและสามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาได้ร้อยละ 5 นอกจากนี้พบว่า ด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาและด้านความสามารถในการควบคุม/การรักษา สามารถร่วมทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยได้ร้อยละ 6.2

กุลวรรณ ทองมาก (2554) ศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูล และพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่หลังจำหน่าย จำนวน 88 คน พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยในด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค สาเหตุของโรค ช่วงเวลาของการเป็นโรค ผลกระทบจากการเป็นโรค และการรักษาหรือการควบคุมโรคมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .99) และพบว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ สาเหตุ การรักษา และการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .37)

Chulalongkorn University

พิมพา เทพวัลย์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คะนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล และฉัตรกนก ทุมวิภาต (2554) ศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 92 คน พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีอิทธิพลเชิงลบในระดับสูง และด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วยมีอิทธิพลเชิงลบในระดับต่ำกับการตัดสินใจมารับการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการตัดสินใจมารับการรักษา และพบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถร่วมกันทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ร้อยละ 67.1 ($p < .001$)

Rutter และ Rutter (2002) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยและกลวิธีการจัดการทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรค Irritable bowel syndrome จำนวน 209 คน พบว่า ด้านการรับรู้ผลกระทบของโรคที่รุนแรงมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับคุณภาพชีวิต ($r = -.48$, $p<.001$) ด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .27$, $p<.001$) และพบว่ากลวิธีการจัดการทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเจ็บป่วยและผลลัพท์ที่เกิดขึ้น

Fowler และ Baas (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกไต จำนวน 42 คน พบว่า การรับรู้ผลกระทบของโรค และการรับรู้ด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับคุณภาพชีวิต

Voelmeck (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 98 คน พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แต่พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และพบว่าการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านอาการของโรค ด้านสาเหตุการเกิดโรค ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค และด้านผลกระทบจากโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .57, .25, .32$ และ $.61$ ตามลำดับ)

Gray และ Rutter (2007) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วย กลวิธีการจัดการปัญหากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง จำนวน 85 คน พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านอาการของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต และพบว่ากลวิธีการจัดการปัญหามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิต โดยเป็นตัวเชื่อมระหว่างการรับรู้

ความเจ็บป่วยและผลลัพท์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยพบว่า การรับรู้ช่วงเวลาว่าเป็นโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยการใช้กลวิธีจัดการปัญหาในการแก้ไขภาวะสุขภาพ

Jacobs (2007) ศึกษาการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก คุณภาพชีวิต และความถี่ของอาการในผู้ป่วยโรค Irritable bowel syndrome จำนวน 62 คน พบว่า การรับรู้ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($r = .36$, $p < .001$) และการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ ($R^2 = .52$, $p < .05$)

Yaraghchi และคณะ (2012) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft) จำนวน 82 คน พบว่า การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .445$, $p<.01$) โดยพบว่า การรับรู้ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค ด้านผลกระทบจากโรค และด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.371$, $-.236$ และ $-.249$, $p<.05$ ตามลำดับ) และด้านการควบคุมอาการของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .327$, $p<.01$)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และมีหลายการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ทิพพาพร ตังอำนวย, นันทา เล็กสวัสดิ์ และทรงศรี ชุมประดิษฐ์ (2541) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำนวน 120 คน พบว่า เพศและอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัด และสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ขวัญใจ แจ่มสร้อย (2548) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 252 คน พบว่า อายุ ระยะเวลาหลังได้รับการรักษา และความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .13$)

ปราณี ทองใส (2548) ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจ จำนวน 150 คน พบว่า 3 เดือนหลังผ่าตัดหัวใจ โดยภาพรวมผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้นทั้งด้านความสามารถทางร่างกายและสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพศและอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัด 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย

เพศชายเป็นปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศหญิงในด้านความสามารถทางร่างกาย บทบาททางสังคม บทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านอารมณ์ ด้านความกระฉับกระเฉงและด้านสุขภาพจิต และผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไปเฉพาะในด้านความสามารถทางร่างกายเท่านั้น ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ธิวาสา ลีวัธนะ, แสงอรุณ อิสระมาลัย และช่อลดา พันธุเสนา (2551) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 100 คน พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด ระดับสมรรถภาพของหัวใจ และการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (r = .59, .03, .25 และ .40 ตามลำดับ) และพบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 23 โดยการเกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้มากที่สุดร้อยละ 16

วาสนา อุปสาร (2551) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำนวน 100 คน พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ปัจจัยด้านอายุ และชนิดของการผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับคุณภาพชีวิต โดยอายุที่มากขึ้นจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจเอออร์ติค (Aortic valve) มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมทรัล (Mitral valve)

มีนา ชูใจ (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม จำนวน 160 คน อายุระหว่าง 20-60 ปี ได้รับการผ่าตัดเต้านมมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือนและไม่เกิน 1 ปี พบว่า สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = 0.55, p < .05)

Malina และคณะ (2000) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพองหลังผ่าตัด จำนวน 42 คน พบว่า ระยะเวลาหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยใน 3 เดือนหลังได้รับการผ่าตัด คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดและกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (EVAR)

Kohler, Fish และ Greene (2002) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 208 คน พบว่า สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .63)

Kuijer และ De Ridder (2003) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (โรคหืด โรคเบาหวาน และผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายเรื้อรัง)

จำนวน 117 คน พบว่า สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทั้งในด้านร่างกายและด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .48 และ .57)

Lederle และคณะ (2003) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (EVAR) และผู้ป่วยที่รักษาแบบติดตามอาการของโรคที่ยังไม่เข้ารับการผ่าตัดพบว่า ในระยะเวลาเดือนที่ 6 และ 1 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (EVAR) มีคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพโดยทั่วไปดีกว่าผู้ป่วยที่ยังไม่เข้ารับการผ่าตัด

Ballard และคณะ (2004) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดและการผ่าตัดโดยการสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (EVAR) จำนวน 129 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าจะสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก และในเดือนที่ 4 หลังได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายกลับสู่ปกติเหมือนในระยะก่อนผ่าตัด เช่นเดียวกับด้านจิตใจพบว่า ผู้ป่วยจะมีภาวะสุขภาพจิตแย่ลงในช่วง 3 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด และจะค่อยๆ ปรับดีขึ้นในเดือนที่ 4 และพบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หรือการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทั้ง 2 กลุ่ม นอกจากนี้พบว่า ภายหลังการผ่าตัด 1 ปี คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะค่อยๆ สูงขึ้นกลับสู่ระดับปกติเหมือนในช่วงก่อนเข้ารับการผ่าตัด

Lottman และคณะ (2004) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพองหลังผ่าตัด จำนวน 89 คน พบว่า 1 เดือนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดและโดยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (EVAR) มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าในระยะก่อนผ่าตัดในด้านความเจ็บปวด และบทบาทหน้าที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาด้านร่างกาย และในเดือนที่ 3 หลังผ่าตัดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด EVAR มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด ในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย บทบาทหน้าที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาด้านร่างกาย ความเจ็บปวด และด้านความกระฉับกระเฉง แต่ในระยะเวลาหลังผ่าตัดมากกว่า 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

Prinssen และคณะ (2004) ศึกษาคุณภาพชีวิตหลังได้รับการผ่าตัดภายในระยะเวลา 1 ปี ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดและโดยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (EVAR) จำนวน 153 คน พบว่า ในระยะ 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มต่ำลง และต่อจากนั้นจะค่อยๆ เพิ่มสูงขึ้นจนสามารถฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่ภาวะปกติได้ในเดือนที่ 6 หลังได้รับการผ่าตัด และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี EVAR เช่นเดียวกับในระยะหลังผ่าตัด 1 ปี พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (EVAR)

Eide และคณะ (2005) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระยะยาวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอกถึงช่องท้องโป่งพองหลังผ่าตัด จำนวน 43 คน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจของผู้ป่วยต่ำกว่าคนปกติ และผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังผ่าตัดจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมแย่ลง

Aljabri (2006) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพองหลังผ่าตัด ที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดและวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (EVAR) จำนวน 76 คน พบว่า ระยะเวลาหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและคุณภาพชีวิต โดยในระยะ 1 เดือนแรกภายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีภาวะสุขภาพต่ำกว่าในระยะก่อนผ่าตัด และสามารถฟื้นฟูภาวะสุขภาพให้อยู่ในระดับเดียวกันกับในระยะก่อนผ่าตัดได้ในเดือนที่ 6 หลังได้รับการผ่าตัด นอกจากนี้พบว่า ในระยะหลังผ่าตัด 6 เดือน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำลงในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย ด้านความเจ็บปวด/อาการปวดทางกาย ด้านความกระฉับกระเฉง ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์ ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยการสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (EVAR) มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำลงในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย ด้านความเจ็บปวด/อาการทางกาย ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์ โดยเมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (EVAR)

Dick และคณะ (2009) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอกโป่งพองหลังผ่าตัด จำนวน 122 คน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับผลการรักษาและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวนในระดับช่องอก (TEVAR) มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดย TEVAR และพบว่าความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย

Lederle และคณะ (2009) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพองหลังผ่าตัดที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด และวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (EVAR) จำนวน 881 คน พบว่า 1 ปี หลังผ่าตัด ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

Letterstal และคณะ (2010) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด การได้รับข้อมูลก่อนการผ่าตัดและการดูแล

ภายหลังการผ่าตัด พบว่า ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกเป็นภาวะคุกคามของชีวิต การที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดไม่เพียงพอ ทำให้วิตกกังวลและไม่เข้าใจถึงความเสี่ยงของการผ่าตัด และในระยะหลังผ่าตัดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการผิดปกติต่างๆ ทำให้รู้สึกสูญเสียการควบคุม รู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย อยู่ในภาวะพึ่งพา กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้นอนหลับพักผ่อนไม่พียงพอ การรับความรู้สึกและการรับรสต่างๆ ลดลง และการได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองในระยะหลังผ่าตัดที่ไม่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจและรู้สึกวิตกกังวล

Nevala และคณะ (2010) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (EVAR) จำนวน 205 คน พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคก่อนผ่าตัดและโรคร่วม มีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด และพบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังผ่าตัด เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน ภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

Pettersson และ Bergbom (2010) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด จำนวน 20 คน พบว่า ภายในระยะเวลา 1 เดือนแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด มีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย ต้องอดทนในการฟื้นฟูร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติ ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแบบกะทันหัน ทำให้รู้สึกเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้าและไม่มีความสุข สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (EVAR) พบว่า ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็ว ความรู้สึกปวดแผลผ่าตัดมีน้อย นอกจากนี้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัย เนื่องจากยังไม่ทราบถึงความคงทนของหลอดเลือดเทียมในระยะยาวว่าจะสามารถอยู่ในตำแหน่งเดิมหรือมีการเคลื่อนที่ผิดตำแหน่งหรือไม่ อีกทั้งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและวิธีการผ่าตัดไม่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตาม ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ซึ่งอาจมีผลกระทบรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

Weng และคณะ (2010) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต จำนวน 150 คน พบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และพบว่าผู้ป่วยที่มีสมรรถนะแห่งตนสูงจะสามารถจัดการแก้ไขปัญหาได้ดี ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย

De Rango และคณะ (2011) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (EVAR) และผู้ป่วยที่รักษาแบบติดตามอาการของโรคที่ยังไม่เข้ารับการผ่าตัด จำนวน 360 คน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และในเดือนที่ 6 หลังผ่าตัดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี EVAR มีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าในช่วงก่อนผ่าตัด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ยังไม่เข้ารับการ

ผ่าตัดทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้พบว่าในระยะยาว ภายหลังการผ่าตัด1 ปี ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง

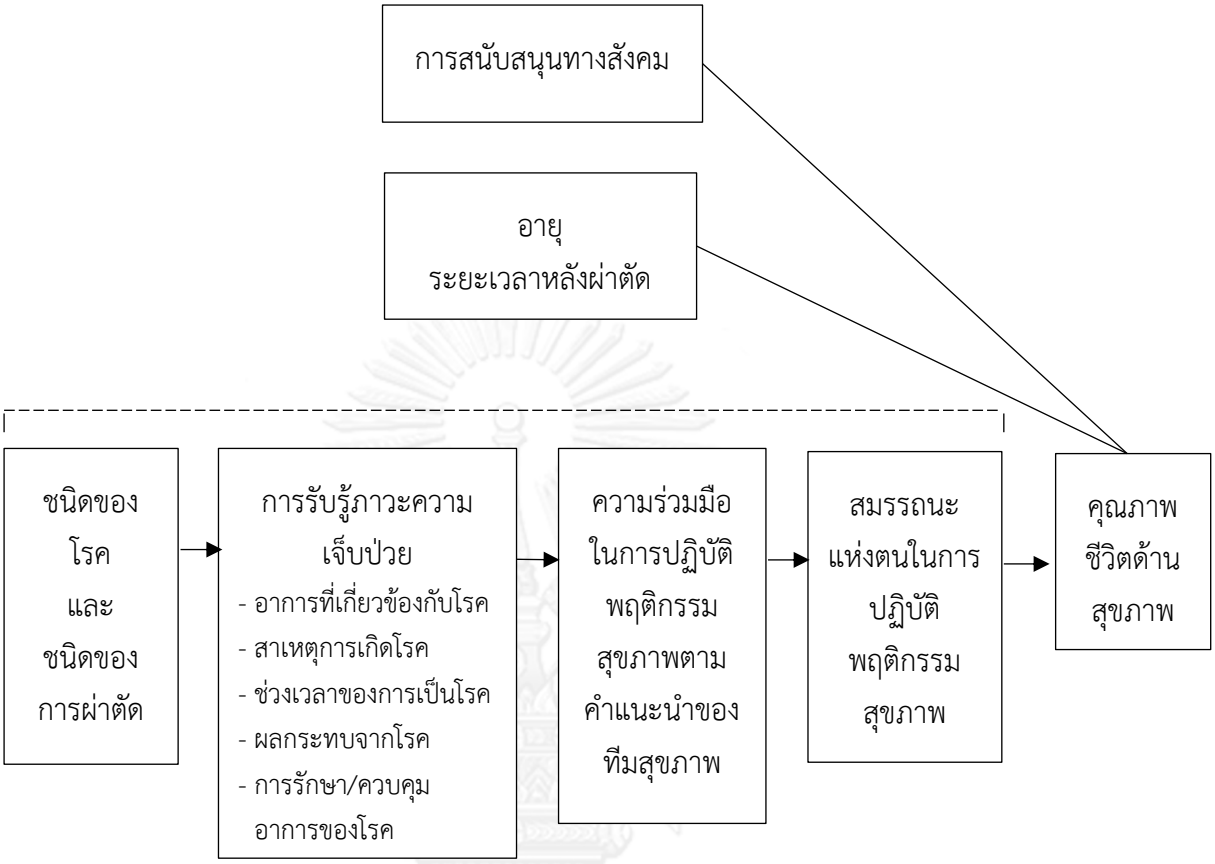
Li และคณะ (2011) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 202 คน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้นสามารถทำให้ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Peach และคณะ (2012) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพอง โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและสังเคราะห์งานวิจัย จำนวน 946 เรื่อง พบว่า การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด แบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ 1) ระยะ 1 เดือนแรกหลังผ่าตัด 2) ระยะ 4 - 6 เดือน ถึง 1 ปีหลังผ่าตัด และ 3) หลังผ่าตัดในระยะยาวมากกว่า 1 ปี นอกจากนี้พบว่า การผ่าตัดแบบเปิดมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะ 1 เดือนแรกมากกว่าการผ่าตัดแบบ EVAR และการผ่าตัดแบบ EVAR มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้ป่วย

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองในรูปแบบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Leventhal et al., 2001) ในการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด โดยจะให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย หรือภาวะคุกคามทางด้านร่างกาย ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมา ถึงแม้ว่าจะมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดหลายปัจจัย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ แต่ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย ทั้งนี้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามความนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยที่มุ่งเน้นไปยังโรคหรือภาวะความเจ็บป่วยเป็นหลัก ในการศึกษาครั้งนี้จึงสนใจปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดในบริบทของประเทศไทย จึงเป็นที่มาของกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

5. กรอบแนวคิดการวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 3
วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational Research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม อายุ ระยะเวลาหลังผ่าตัด ชนิดของโรคและชนิดของการผ่าตัด การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด มีขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ที่เข้ารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด คลินิกศัลยกรรมหัวใจหลอดเลือด และทรวงอก ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอก และ/หรือ ในช่องท้องโป่งพอง ที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด และ/หรือ โดยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวนภายในระยะเวลาหลังผ่าตัดตั้งแต่ 1 เดือน - 1 ปี ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด คลินิกศัลยกรรมหัวใจหลอดเลือด และทรวงอก ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไปทั่วประเทศ โดยมีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Thorndike (1978) ในการคำนวณ คือ $n \geq 10k + 50$ (n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, k คือ จำนวนตัวแปร) ซึ่งตัวแปรมีทั้งหมด 8 ตัวแปร คำนวณได้ $n \geq 10(8) + 50 = 130$ คน และพิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาตัวอย่างที่ต้องการศึกษา (Dillman, 2000) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 143 คน

2. สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi - stage sampling) ดังนี้

2.1 กำหนดพื้นที่โดยแบ่งภูมิภาคของประเทศไทยตามเกณฑ์ทางด้านภูมิศาสตร์ (Cluster or area sampling) มีทั้งหมด 6 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคตะวันตก และภาคใต้ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2550)

2.2 กำหนดรายชื่อโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิขึ้นไป ของแต่ละภูมิภาค (Purposive sampling) จากข้อมูลโรงพยาบาลในประเทศไทย (สารานุกรมเสรี, 2556) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1) เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง

2) เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่สามารถให้บริการรักษาพยาบาลเฉพาะทางในด้านศัลยกรรมโรคหลอดเลือด และ/หรือ ศัลยกรรมโรคหัวใจหลอดเลือดและทรวงอก

3) เป็นโรงโรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดรักษาโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองอย่างน้อย 20 รายต่อปี (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2555)

ดังนั้น โรงพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไปในแต่ละภูมิภาค ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดข้างต้น ได้แก่ **ภาคเหนือ** มี 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ **ภาคกลาง** มี 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี **ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** มี 2 แห่ง คือ โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี **ภาคใต้** มี 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ สำหรับในส่วนของภาคตะวันออก และภาคตะวันตก พบว่า ไม่มีโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังกล่าว

2.3 สุ่มโรงพยาบาลในแต่ละภูมิภาค โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ในอัตราส่วน 1 : 2 ได้โรงพยาบาล ดังนี้

1) ภาคกลาง มี 5 โรงพยาบาล สุ่ม 2 ใน 5 ได้ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

2) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มี 2 โรงพยาบาล สุ่ม 1 ใน 2 ได้ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

3) ภาคเหนือ และภาคใต้ มีโรงพยาบาลที่เข้าเกณฑ์ภาคละ 1 โรงพยาบาล จึงไม่ทำการสุ่มและนำมาเป็นโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ภาคเหนือ คือ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และภาคใต้ คือ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

2.4 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

2.4.1 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอก และ/หรือ ในช่องท้องโป่งพอง และได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิด และ/หรือ วิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน ภายในระยะเวลาหลังผ่าตัดตั้งแต่ 1 เดือน - 1 ปี

2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และอาการผิดปกติทางคลินิกตามสภาวะของโรค เช่น เจ็บแน่นหน้าอก ปวดท้องแบบรุนแรง รวมถึงรวมถึงอาการผิดปกติจากภาวะโรคร่วม เช่น มีภาวะความดันโลหิตสูงเกินค่าปกติ มีอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย หรืออาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบากจากภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น

3) ยินยอมในการให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม

4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

2.4.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองรั่วหรือปริแตก (Leakage or ruptured)

2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอกโป่งพอง ที่มีภาวะโรคลิ้นหัวใจเอออร์ติครั่ว (Aortic Regurgitation) ร่วมด้วย

2.4.3 เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมวิจัย (Termination criteria)

ผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงทางคลินิกที่ผิดปกติ ในขณะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น เจ็บหน้าอกหรือปวดท้องแบบรุนแรง รวมถึงอาการผิดปกติจากภาวะโรคร่วม เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบากจากภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ภาวะโรคร่วม การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัดที่ได้รับ และวันที่ได้รับการผ่าตัด เป็นแบบข้อความให้เลือกตอบและเติมคำ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ สิริรัตน์ ลีลาจรัส และพิสมัย อรทัย (2554) ที่ประยุกต์จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Toljamo และ Hentinen (2001) สร้างตามแนวคิดของ House (1981) โดยปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีข้อคำถาม 12 ข้อ หลังจากนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .79 ยังคงไว้ซึ่งข้อคำถามเดิม โดยเป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 - 9, 12 และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10, 11 เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมายและมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน	**ข้อความด้านบวก**	**ข้อความด้านลบ**
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลคะแนน การแปลผลข้อความทางบวก รวมคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อ ส่วนข้อความทางลบให้กลับคะแนนก่อนรวมคะแนน โดยคะแนนรวมมีค่าอยู่ในช่วง 12 - 60 คะแนน ค่าคะแนนรวมสูง หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ (Toljamo & Hentinen, 2001) ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	**การแปลผลคะแนน**
12.00 - 28.00 คะแนน	การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
28.01 - 44.00 คะแนน	การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
44.01 - 60.00 คะแนน	การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ฉบับภาษาไทย ของ Leeacharas (2005) ที่ประยุกต์จากแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย (The Illness Perception Questionnaire [IPQ]) ของ Weinman และคณะ (1996) สร้างตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self - Regulation) ของ Leventhal และคณะ (1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง โดยปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ ครอบคลุมการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย 5 องค์ประกอบ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1) ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ หลังตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด โดยยังคงจำนวนข้อคำถามเท่าเดิม และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แลมดาของกัทแมน (Guttman' s Lambda Coefficient) เท่ากับ .78 เป็นแบบตัวเลือก 2 คำตอบ คือ “มี” และ “ไม่มี” โดยถ้าเลือกตอบ “มี” ได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน และถ้าเลือกตอบ “ไม่มี” ได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนน รวมคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อ มาคำนวณหาค่าเฉลี่ยและร้อยละ (Weinman et al., 1996) โดยคะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0 - 10 คะแนน ค่าคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีจำนวนอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดหลายอาการ

2) ด้านสาเหตุการเกิดโรค จำนวน 10 ข้อ ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค จำนวน 3 ข้อ ด้านผลกระทบจากโรค จำนวน 7 ข้อ และด้านการรักษา/การควบคุมอาการของโรค จำนวน 6 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ หลังจากนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .61 ได้ตัดข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8, 9, 20, 22, 23 และ 24 โดยพิจารณาจากเกณฑ์ Corrected Item-Total Correlation ในข้อที่คงไว้มีค่ามากกว่า .3 และพิจารณาจากค่า Cronbach 's Alpha if Item Deleted ในข้อที่ตัดออกมีค่ามากกว่าค่าแอลฟาโดยรวม (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2555) ดังนั้นจึงเหลือข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยยังคงความหมายของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ตามคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และในแต่ละด้านของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยมีข้อคำถามอย่างน้อย 3 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .70 โดยเป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-2, 4, 6-8, 10-13, 17-18 และ 20 และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 9, 14-16 และ 19 เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	**ข้อความด้านบวก**	**ข้อความด้านลบ**
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลคะแนน การแปลผลข้อความทางบวก รวมคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อ ส่วนข้อความทางลบให้กลับคะแนนก่อนรวมคะแนน นำคะแนนรวมที่ได้มาวิเคราะห์แยกเป็นรายด้านตามองค์ประกอบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยและนำมาหาค่าเฉลี่ย โดยด้านสาเหตุการเกิดโรควิเคราะห์แยกจากรายด้านอื่นๆ เพื่อจะได้เข้าใจถึงการรับรู้สาเหตุที่แท้จริงของผู้ป่วย (Weinman et al., 1996) ส่วนด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค ด้านผลกระทบจากโรค และด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค แปลผลโดยการนำค่าเฉลี่ยของคะแนนในแต่ละด้านไปเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยมาตฐานซึ่งคำนวณจากร้อยละ 67 ของข้อคำถามในแต่ละรายด้านนั้นๆ (Leelacharas, 2005; Weinman et al., 1996) ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐาน หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยในด้านนั้นๆ ถูกต้องเหมาะสม

การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย	ค่าเฉลี่ยมาตรฐาน (คำนวณจากร้อยละ 67)
ด้านสาเหตุการเกิดโรค	26.8
ด้านช่วงเวลาของโรค	10.5
ด้านผลกระทบจากโรค	20.1
ด้านการรักษา/ควบคุมโรค	10.5

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ

ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของ ระพิณ ผลสุข และนรลักขณ์ เอื้อกิจ (2550) ที่สร้างตามแนวคิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของ Joyce และคณะ (2004) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง มีข้อคำถาม 12 ข้อ หลังตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด โดยยังคงจำนวนข้อคำถามเท่าเดิม และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แลมดาของกัทแมน (Guttman' s Lambda Coefficient) เท่ากับ .71 โดยเป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 6, 7, 10-12 และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 5 ข้อ ได้แก่ 2, 4, 5, 8 และ 9 เป็นแบบตัวเลือก 2 คำตอบ คือ ปฏิบัติ และ ไม่ปฏิบัติ ซึ่งแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ปฏิบัติ	1 คะแนน	0 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	0 คะแนน	1 คะแนน

การแปลผลคะแนน การแปลผลข้อความทางบวกรวมคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อ ส่วนข้อความทางลบให้กลับคะแนนก่อนรวมคะแนน โดยคะแนนรวมมีค่าอยู่ในช่วง 0 - 12 คะแนน ค่าคะแนนรวมสูง หมายถึง ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยค่าพิสัย [(คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด) หารด้วยจำนวนช่วง] (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2553) ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	การแปลผลคะแนน
0.00 - 4.00 คะแนน	ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่ำ
4.01 - 8.00 คะแนน	ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพปานกลาง
8.01 - 12.00 คะแนน	ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้วัจัยใช้แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือด (Self-efficacy questionnaire on health behavior for vascular patients) ของ Sol และคณะ (2006) สร้างตามแนวคิดของ Bandura (1977) โดยเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้อง และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย มีข้อคำถาม 9 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 ซึ่งการนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีกระบวนการในการแปลแบบสอบถามจากภาษาต่างประเทศให้เป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ (Translation/ back-translation) คือ ผู้วิจัยนำมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยตนเอง จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความชำนาญ 2 ภาษาและมีความรู้ในเนื้อหา (in the field) แปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษ และให้เจ้าของภาษาตรวจสอบความถูกต้องและเปรียบเทียบกับแบบสอบถามต้นฉบับ นำแบบสอบถามดังกล่าวให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ปรับข้อคำถามให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดในบริบทของคนไทย และตัดข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ จึงเหลือข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ หลังจากนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .75 โดยเป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวกทุกข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก ไม่แน่ใจ มั่นใจเล็กน้อย ไม่มั่นใจเลย ซึ่งแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มั่นใจมากที่สุด	เท่ากับ	5 คะแนน
มั่นใจมาก	เท่ากับ	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	เท่ากับ	3 คะแนน
มั่นใจเล็กน้อย	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่มั่นใจเลย	เท่ากับ	1 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 9 - 45 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยค่าพิสัย [(คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) หารด้วยจำนวนช่วง)] (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2553) ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	**การแปลผลคะแนน**
9.00 - 21.00 คะแนน	สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ
21.01 - 35.00 คะแนน	สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง
35.01 - 45.00 คะแนน	สมรรถนะแห่งตนระดับสูง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือด (Australian Vascular Quality of Life Index [AUSVIQUOL]) ของ Borchard และคณะ (2006) ที่ประยุกต์จากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (Short Form Health Survey [SF-36]) ของ Ware (1993) โดยเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพองหลังผ่าตัด มีข้อคำถาม 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 ซึ่งการนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีกระบวนการในการแปลแบบสอบถามจากภาษาต่างประเทศให้เป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ (Translation/back-translation) คือ ผู้วิจัยนำมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยตนเอง จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความชำนาญ 2 ภาษาและมีความรู้ในเนื้อหา (in the field) แปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษ และให้เจ้าของภาษาตรวจสอบความถูกต้องและเปรียบเทียบกับแบบสอบถามต้นฉบับ นำแบบสอบถามดังกล่าวให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ปรับข้อคำถามให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดในบริบทของคนไทย โดยยังคงจำนวนข้อคำถามเท่าเดิม และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .71 เป็นมาตรวัดแบบตัวเลือก 5 ตัวเลือก (Choices) ซึ่งแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อ 1	เท่ากับ	10 คะแนน
ข้อ 2	เท่ากับ	5 คะแนน
ข้อ 3	เท่ากับ	2 คะแนน
ข้อ 4	เท่ากับ	1 คะแนน
ข้อ 5	เท่ากับ	0 คะแนน

การแปลผลคะแนน นำผลคะแนนแต่ละข้อไปคิดคะแนนรวม โดยมีค่าอยู่ในช่วง 0 - 100 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ (Borchard et al., 2006) ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	**การแปลผลคะแนน**
0.00 - 20.00 คะแนน	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ
21.00 - 54.00 คะแนน	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
55.00 - 79.00 คะแนน	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี
80.00 - 99.00 คะแนน	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก
100.00 คะแนน	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีเยี่ยม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่

1) แพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง 1 คน

2) อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองในรูปแบบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก 1 คน

3) อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด 1 คน

4) อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาต่างประเทศ และการใช้เครื่องมือวิจัยทางการพยาบาลจากภาษาต่างประเทศ 1 คน

5) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด 1 คน

การพิจารณาความตรงตามเนื้อหา นำแบบสอบถามทั้ง 6 ชุด ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554) และภายหลังที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำแบบสอบถามมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ได้ข้อคำถามที่มีความตรง กระชับ สามารถอ่านเข้าใจได้ง่าย และสอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI])

แบบสอบถาม	CVI
1. การสนับสนุนทางสังคม	1.0
2. การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตอนที่ 1	1.0
3. การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตอนที่ 2	1.0
4. ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ	0.83
5. สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	1.0
6. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	1.0

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2. การการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือดโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) ได้แก่ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตอนที่ 2 (ด้านสาเหตุการเกิดโรค ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค ด้านผลกระทบจากโรค และด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค) แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ส่วนแบบสอบถามที่นำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แลมดาของกัทแมน (Guttman' s Lambda Coefficient) ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตอนที่ 1 (ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค) และแบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ .70 (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554) หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการตรวจรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คลินิกศัลยกรรมหัวใจหลอดเลือดและทรวงอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 143 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม – เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2556 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล และการขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง

1.2 การเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัยทั้งหมด 4 คน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาล 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ส่วนโรงพยาบาลศิริราช ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการเตรียมผู้ช่วยโครงการวิจัย ดังนี้

1) กำหนดคุณสมบัติของผู้ช่วยวิจัย คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อย 3 ปี และปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาดังกล่าว เพื่อสะดวกต่อการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย รวมทั้งมีความเข้าใจในบริบทของโรงพยาบาลนั้นๆ

2) ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับผู้ช่วยวิจัย พร้อมทั้งอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ภายหลังได้รับอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลแต่ละแห่งแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด คลินิกศัลยกรรมหัวใจหลอดเลือดและทรวงอก เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

2. ขั้นดำเนินการ

1) ผู้วิจัย และ/หรือ ผู้ช่วยวิจัย ประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำคลินิกที่ผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษา ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย และศึกษาข้อมูลในแฟ้มประวัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ที่มารับการรักษาตามนัด เพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ โดยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างนั่งรอพบแพทย์ตามนัด ก่อนเข้ารับการตรวจรักษา

2) ผู้วิจัย และ/หรือ ผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ให้อ่านเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ตอบข้อสงสัยจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาแต่อย่างใด และให้เวลาตัดสินใจโดยอิสระก่อนลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3) ผู้วิจัย และ/หรือ ผู้ช่วยวิจัย เก็บข้อมูลโดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายนั่งในห้องหรือสถานที่ที่เตรียมไว้ซึ่งมีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามในแต่ละส่วน จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและให้เวลาแก่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านแบบสอบถามด้วยตนเองได้ เช่น อ่านหนังสือไม่ได้ มองตัวอักษรไม่ชัดเจน ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้อ่านข้อคำถามและคำตอบให้ทีละข้อ และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถาม สามารถสอบถามผู้วิจัยแลผู้ช่วยวิจัยได้ตลอดเวลา ภายหลังกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยทั้ง 5 แห่ง ดังนี้

ตารางที่ 2 วันที่ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	วันที่ผ่านการพิจารณาฯ
1. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	28 มิถุนายน 2556
2. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี	9 สิงหาคม 2556
3. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	13 สิงหาคม 2556
4. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	19 สิงหาคม 2556
5. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	22 สิงหาคม 2556

ตารางที่ 3 วันที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

โรงพยาบาล	ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล
1. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	กรกฎาคม – พฤศจิกายน
2. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี	สิงหาคม – พฤศจิกายน
3. โรงพยาบาลศิริราช	กันยายน – ตุลาคม
4. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่	กันยายน – พฤศจิกายน
5. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	กันยายน – พฤศจิกายยน

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลตามลำดับ ทั้งนี้ในขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ปฏิบัติตามข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน ดังนี้

1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) โดยการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน ได้แก่ ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น จนผู้ได้รับเชิญให้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดี และตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย (Informed Consent Form) หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

2) หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence / Non-maleficence) โดยกลุ่มตัวอย่างจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆ จากการเข้าร่วมวิจัย แต่อาจเกิดความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย คือ ความลับของกลุ่มตัวอย่างอาจถูกเปิดเผย แต่ผู้วิจัยจะเก็บรักษาความลับโดยในแบบบันทึกข้อมูล

จะไม่มีรายละเอียดใดๆ ที่จะระบุถึงตัวของกลุ่มตัวอย่าง และในขณะตอบแบบสอบถามอาจทำให้รู้สึกไม่สะดวก ไม่สบาย อึดอัด ที่ต้องเสียเวลาในการตอบแบบสอบถาม

3) หลักความยุติธรรม (Justice) มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) และเกณฑ์ยุติการเข้าร่วมวิจัย (Termination criteria) ของกลุ่มตัวอย่างชัดเจน ในขณะตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะยุติการตอบแบบสอบถามทันที และแจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำส่งพบแพทย์ให้ดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ชนิดของโรคและชนิดของการผ่าตัดกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point biserial correlation coefficient)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อายุ ระยะเวลาหลังผ่าตัด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson’ s product moment correlation) และเปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2547)

ตารางที่ 4 เกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
r เท่ากับ 0	ไม่มีความสัมพันธ์
r น้อยกว่า .30	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
r มีค่าระหว่าง .30-.70	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
r มากกว่า .70	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
r เท่ากับ 1	มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด และปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ที่เข้ารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และคลินิกศัลยกรรมหัวใจหลอดเลือดและทรวงอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 143 คน นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตาราง ประกอบคำอธิบาย แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังตารางที่ 5

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังตารางที่ 6

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม การสนับสนุนทางสังคม ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังตารางที่ 7

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์คะแนนการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังตารางที่ 8, 9 และ 10

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาหลังผ่าตัด ชนิดของโรค ชนิดของการผ่าตัด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังตารางที่ 11

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนภาวะโรคร่วม ชนิดของโรค และชนิดของการผ่าตัด (n = 143)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	100	69.9
หญิง	43	30.1
อายุ (ปี)		
$\overline{X}$ = 62.68, SD = 8.02, Min = 32, Max = 73		
สถานภาพ		
คู่	116	81.1
หม้าย	20	14.0
โสด	7	4.9
จำนวนภาวะโรคร่วม		
1 โรคร่วม	61	42.7
2 โรคร่วม	50	35.0
3 โรคร่วม	23	16.1
มากกว่า 3 โรคร่วม	9	6.2
Mode = 1		
โรคร่วมที่พบ ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ จำนวนคำตอบทั้งหมด = 263)		
ความดันโลหิตสูง	119	83.2
ไขมันในเลือดสูง	76	53.1
เบาหวาน	24	16.8
โรคหลอดเลือดหัวใจ	21	14.7
โรคไต	17	11.9
โรคอื่นๆ	6	4.2

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของโรค		
โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพอง	72	50.3
โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอกโป่งพอง	71	49.7
ชนิดของการผ่าตัด		
การผ่าตัดแบบเปิด	26	18.1
การผ่าตัดแบบสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน	117	81.9
ระยะเวลาหลังผ่าตัด (เดือน)		
1 - 6 เดือน	88	61.5
7 - 12 เดือน	55	38.5
$\overline{X}$ = 5.78, SD = 4.03		

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 69.9 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.68 ปี (SD = 8.02) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 81.1 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนภาวะโรคร่วม 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 42.7 รองลงมาคือ มีจำนวนภาวะโรคร่วม 2 และ 3 โรค คิดเป็นร้อยละ 35 และ 16.1 ตามลำดับ โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 83.2 รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 53.1 และ 16.8 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพอง คิดเป็นร้อยละ 50.3 และโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอกโป่งพอง คิดเป็นร้อยละ 49.7 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแบบสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน คิดเป็นร้อยละ 81.9 และมีระยะเวลาหลังผ่าตัดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 5.78 เดือน

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละ ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด (n = 143)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
	ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป		
1	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่เป็นโรคหลอดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด หรือคนอื่นๆที่มีอายุเท่าๆ กัน		
	ดีเยี่ยม	9	6.3
	ดีมาก	42	29.4
	ดี	66	46.2
	พอใช้	24	16.8
	แย่มาก	2	1.4
2	ในเดือนที่ผ่านมา ท่านมีการเจ็บป่วยที่ต้องนอนพักหรือไม่สามารถทำงานได้ บ้างหรือไม่		
	ไม่มี	94	65.7
	มีประมาณ 1 – 5 วัน	34	23.8
	มีประมาณ 6 – 14 วัน	5	3.5
	มีประมาณ 15 – 30 วัน	7	4.9
	มีทุกวัน	3	2.1
3	สุขภาพของท่านในขณะนี้เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัดเป็นอย่างไร		
	ดีกว่ามาก	70	49.0
	ดีกว่าเล็กน้อย	44	30.8
	เหมือนๆ กัน	14	9.8
	แย่กว่าเล็กน้อย	12	8.4
	แย่กว่ามาก	3	2.1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
	ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย		
4	ท่านสามารถเดินในแนวราบได้ระยะทางเท่าไหร่ จึงจะมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ มีอาการเจ็บหน้าอก ปวดขา หรือมีอาการผิดปกติอื่นๆ เกิดขึ้น		
	มากกว่า 1 กิโลเมตร	30	21.0
	ประมาณ 500 เมตร ถึง 1 กิโลเมตร	50	35.0
	ประมาณ 100 เมตร ถึง 500 เมตร	44	30.8
	ประมาณ 1 เมตร ถึง 100 เมตร	14	9.8
	ฉันเดินไม่ไหว เนื่องจากมีอาการปวด ต้องนอนพัก	5	3.5
5	ท่านมีอาการปวดขา หรืออาการไม่สุขสบายที่รบกวนการนอนหลับบ้างหรือไม่		
	ไม่มีเลย	66	46.2
	มีอาการปวดเวลาเดิน	42	29.4
	มีอาการปวดตอนกลางคืน	34	23.8
	มีแผลที่เท้า/ขา	1	0.7
	ฉันได้รับการตัดขาไปแล้ว	0	0
6	ท่านสามารถทำงานบ้าน หรือทำกิจกรรมอื่นๆ ได้หรือไม่		
	สามารถทำได้ดี	71	49.7
	ทำได้ แต่ต้องใช้ความพยายาม	42	29.4
	ทำได้ แต่ต้องได้รับการช่วยเหลือบ้างบางครั้ง	19	13.3
	ทำได้ แต่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง	5	3.5
	ไม่สามารถทำได้เลย	6	4.2

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
7	ท่านสามารถอ่านหนังสือ หนังสือพิมพ์ หรือนิตยสารต่างๆ ได้หรือไม่		
	สามารถอ่านได้ดี	65	45.5
	สามารถอ่านได้แต่ต้องใช้ความพยายาม	30	21.0
	สามารถอ่านได้แต่ต้องสวมแว่นตา	42	29.4
	ไม่สามารถอ่านได้ เพราะความสามารถในการมองเห็นลดลง	6	4.2
	ไม่สามารถอ่านได้เพราะตามองไม่เห็น	0	0
8	ท่านมีอาการผิดปกติเหล่านี้เกิดขึ้นบ้างหรือไม่ เช่น หงุดหงิดง่าย มึนงง เป็นลมหมดสติ ความจำลดลง เป็นต้น (รวมถึง ภาวะลมชัก, ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว, อาการเวียนศีรษะเป็นครั้งคราว, หมดสติ หรืออาการของภาวะสมองขาดเลือด)		
	ไม่มีเลย	78	54.5
	มีบ้างเป็นครั้งคราว	52	36.4
	มีบางเวลา	9	6.3
	เป็นประจำบ่อยครั้ง	3	2.1
	เป็นประจำต่อเนื่อง	1	0.7
	ด้านการรับรู้ทางจิตใจและสังคม		
9	ท่านได้พบปะเพื่อนฝูง หรือทำงานอดิเรกบ่อยแค่ไหน		
	ทุกวัน	57	39.9
	มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์	38	26.6
	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	1	0.7
	มากกว่า 2 ครั้งต่อเดือน	14	9.8
	น้อยมาก หรือแทบไม่มีเลย	10	7.0

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
10	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว ไม่มีความสุข ซึมเศร้าหรือวิตกกังวลบ้างหรือไม่		
	ไม่มีเลย	71	49.7
	มีบ้างเป็นครั้งคราว	57	39.9
	มีบางเวลา	9	6.3
	มีบ่อย เป็นประจำ	5	3.5
	มีเกือบตลอดเวลา	1	0.7

จากตารางที่ 6 พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินระดับภาวะสุขภาพของตนเอง พบว่า ในระยะหลังผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยที่ต้องนอนพัก หรือไม่สามารถทำงานได้ คิดเป็นร้อยละ 65.7 และเมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพในช่วงก่อนได้รับการผ่าตัดกับภายหลังได้รับการผ่าตัดพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพในระดับที่ดีกว่ามาก คิดเป็นร้อยละ 49 นอกจากนี้พบว่า การประเมินระดับภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเปรียบเทียบกับ 1 เดือนที่แล้ว หรือเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอื่น และบุคคลอื่นที่มีอายุเท่าๆ กัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 46.2

ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และการรับรู้เกี่ยวกับอาการปวด พบว่า ภายหลังได้รับการผ่าตัดรักษาโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น คิดเป็นร้อยละ 54.5 และสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ดี คิดเป็นร้อยละ 49.7 นอกจากนี้พบว่า ในระยะหลังผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่มีอาการปวดขาหรืออาการไม่สุขสบายทางกายที่รบกวนการนอนหลับ คิดเป็นร้อยละ 46.2

ด้านการรับรู้ทางจิตใจและสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวล ภายหลังได้รับการผ่าตัดรักษาแล้วทำให้ชีวิตมีความสุข คิดเป็นร้อยละ 49.7 และสามารถเข้าสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง หรือพบปะเพื่อนฝูงอยู่บ่อยๆ เป็นประจำทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 39.9

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม การสนับสนุนทางสังคม ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผล ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม การสนับสนุนทางสังคม ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และ สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 143)

ตัวแปร	$\overline{X}$	SD	Min	Max	การแปลผล
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	62.09	18.30	13.00	95.00	ระดับดี
การสนับสนุนทางสังคม	47.62	4.01	40.00	58.00	ระดับสูง
ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	10.88	1.01	8.00	12.00	ระดับสูง
สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	27.23	4.17	13.00	35.00	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด อยู่ในระดับดี การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพอยู่ในระดับสูง และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์คะแนนการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละ การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด จำแนกตามจำนวนอาการ (n = 143)

จำนวนอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1 อาการ	15	10.5
2 อาการ	30	21.0
3 อาการ	19	13.3
4 อาการ	24	16.8
5 อาการ	24	16.8
6 อาการ	5	3.5
7 อาการ	3	2.1
8 อาการ	2	1.4
9 อาการ	1	0.7
ไม่มีอาการเลย	20	14.0

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด มีจำนวน 2 อาการมากที่สุด ได้แก่ อาการปวดขาในขณะเดิน และการรับความรู้สึกที่ขาลดลง รู้สึกชา คิดเป็นร้อยละ 21 รองลงมาคือ 4 อาการ และ 5 อาการ ได้แก่ อาการปวดขาในขณะเดิน และการรับความรู้สึกที่ขาลดลง รู้สึกชา เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย อาการปวดขาในขณะพัก มักปวดเวลากลางคืน และอาการเจ็บปวด แน่นหน้าอก คิดเป็นร้อยละ 16.8 และในจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 143 คน พบว่า 20 คน ไม่มีอาการผิดปกติหรืออาการของภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 14

ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละ การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด (n = 143) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ จำนวนคำตอบทั้งหมด = 424)

การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค	จำนวน	ร้อยละ
ปวดขาในขณะเดิน	71	49.7
การรับความรู้สึกที่ขาลดลง/รู้สึกชา	54	37.8
เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย	54	37.8
ปวดขาในขณะพัก มักปวดเวลากลางคืน	50	35.0
เจ็บปวด/แน่นหน้าอก	46	32.2
วิงเวียนศีรษะ/มึนงง/หน้ามืด	45	31.5
ปวดท้องร้าวไปหลัง	42	29.4
ปวดศีรษะร่วมกับตาพร่ามัว	39	27.3
ง่วงซึม/ความรู้สึกตัวลดลง	19	13.3
เป็นลมหมดสติ	4	2.8
อาการอื่นๆ ได้แก่ ปวดแขน ชาบริเวณแขน/มือ	4	2.8

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด เกี่ยวกับอาการปวดขาในขณะเดินมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.7 รองลงมา คือ การรับความรู้สึกที่ขาลดลง รู้สึกชาบริเวณขา และอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย คิดเป็นร้อยละ 37.8 เท่ากัน และอาการปวดขาในขณะพัก มักปวดในเวลากลางคืน คิดเป็นร้อยละ 35 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านสาเหตุการเกิดโรค ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค ด้านผลกระทบจากโรค และด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค (n = 143)

การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย	$\overline{X}$	**SD**
สาเหตุการเกิดโรค		
การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย	3.73	0.84
ความเครียด	3.34	0.94
อาหาร	3.31	0.93
ภาวะจิตใจ	3.18	1.07
ภาวะมลพิษ	3.08	0.96
โดยความบังเอิญ	2.88	1.04
เชื้อโรค	2.86	0.94
พันธุกรรม	2.74	0.93
สาเหตุการเกิดโรคโดยรวม	25.16	3.28
(Min = 17.00, Max = 35.00)		
(เกณฑ์มาตรฐานคำนวณจากร้อยละ 67 = 26.8)		
ช่วงเวลาของการเป็นโรค		
เป็นถาวรมากกว่าชั่วคราว	3.67	0.75
เป็นระยะเวลายาวนาน	3.64	0.79
เป็นระยะเวลาสั้นๆ	3.37	0.91
ช่วงเวลาของการเป็นโรคโดยรวม	10.70	2.03
(Min = 6.00, Max = 15.00)		
(เกณฑ์มาตรฐานคำนวณจากร้อยละ 67 = 10.05)		

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 10 (ต่อ)

การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย	$\overline{X}$	SD
ผลกระทบจากโรค		
มีผลกระทบโดยตรงต่อชีวิต	4.15	0.88
เป็นโรคที่ร้ายแรง	4.14	0.90
มีผลทำให้คนอื่นมองตนเองเปลี่ยนไป	3.59	1.02
มีผลต่อฐานะทางการเงิน	3.51	1.10
ไม่มีผลกระทบต่อชีวิตมาก	3.37	1.11
ไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิต	3.32	1.09
ผลกระทบจากโรคโดยรวม	22.09	3.82
(Min = 11.00, Max = 30.00)		
(เกณฑ์มาตรฐานคำนวณจากร้อยละ 67 = 20.1)		
การรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค		
สิ่งที่ประพฤติปฏิบัติมีผลทำให้ความเจ็บป่วยดีขึ้นหรือแย่ลง	4.34	0.54
ความเจ็บป่วยจะดีขึ้นถ้าใช้เวลามากขึ้น	4.09	0.72
การหายจากความเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับโชคชะตา	2.95	1.22
การรักษาหรือการควบคุมอาการของโรคโดยรวม	11.39	1.83
(Min = 8.00, Max = 15.00)		
(เกณฑ์มาตรฐานคำนวณจากร้อยละ 67 = 10.05)		

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านสาหตุการเกิดโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของตัวผู้ป่วยเองมากที่สุด ($\overline{X}$ = 3.73, SD = 0.84) รองลงมา คือ เกิดจากความเครียด ($\overline{X}$ = 3.34, SD = 0.94) และเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($\overline{X}$ = 3.31, SD = 0.93) ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สาเหตุการเกิดโรคโดยรวมต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ($\overline{X}$ = 25.16 vs 26.8)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดเป็นโรคที่คงอยู่แบบถาวรมากกว่าชั่วคราวมากที่สุด ($\overline{X}$ = 3.67, SD = 0.75) รองลงมา คือ เป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ($\overline{X}$ = 3.67, SD = 0.79) และเป็นระยะเวลาสั้นๆ ($\overline{X}$ = 3.37, SD =0.91) ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ช่วงเวลาของการเป็นโรคโดยรวมสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ($\overline{X}$ = 10.70 vs 10.05)

ด้านผลกระทบจากโรค กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดมีผลกระทบโดยตรงต่อชีวิตมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.15, SD = 0.88) รองลงมา คือ เป็นโรคที่ร้ายแรง ($\overline{X}$ = 4.14, SD = 0.90) และเป็นโรคที่มีผลทำให้คนอื่นมองตนเองเปลี่ยนไป ($\overline{X}$ = 3.59, SD = 1.02) ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ผลกระทบจากโรคโดยรวมสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ($\overline{X}$ = 22.09 vs 20.1)

ด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดจะดีขึ้นหรือแย่ลงนั้นขึ้นอยู่กับสิ่งที่ผู้ป่วยประพฤติปฏิบัติมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.34, SD = 0.54) รองลงมา คือ ความเจ็บป่วยจะดีขึ้นถ้าใช้เวลามากขึ้น ($\overline{X}$ = 4.09, SD = 0.72) และการหายจากความเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับโชคชะตา ($\overline{X}$ = 2.95, SD = 1.22) ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการของโรคโดยรวมสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ($\overline{X}$ = 11.39 vs 10.5)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาหลังผ่าตัด ชนิดของโรค ชนิดของการผ่าตัด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคและชนิดของการผ่าตัด กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด วิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point biserial correlation coefficient) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาหลังผ่าตัด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด วิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson’ s product moment correlation coefficient) ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ชนิดของโรคและชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 143)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	การแปลผล
อายุ	- .168*	.045	ต่ำ
ชนิดของโรค	.163	.051	ไม่มีความสัมพันธ์
ชนิดของการผ่าตัด	.071	.399	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาหลังผ่าตัด	.089	.289	ไม่มีความสัมพันธ์
การสนับสนุนทางสังคม	.216**	.010	ต่ำ

*p < .05, **p < .01

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	การแปลผล
การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย			
อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค	- .489**	.000	ปานกลาง
สาเหตุการเกิดโรค	- .266**	.001	ต่ำ
ช่วงเวลาของการเป็นโรค	.128	.130	ไม่มีความสัมพันธ์
ผลกระทบจากโรค	- .031	.711	ไม่มีความสัมพันธ์
การรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค	.391**	.000	ปานกลาง
ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	.009	.912	ไม่มีความสัมพันธ์
สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	.174*	.037	ต่ำ

*p < .05, **p < .01

จากตารางที่ 12 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = - .168) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แย่ลง

ชนิดของโรคของโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอกโป่งพอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพอง มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ชนิดของการผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิด และแบบสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ระยะเวลาหลังผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดในช่วง 1 เดือน – 1 ปีแรก มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .216) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะทำให้มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย แยกตามรายด้าน ดังนี้

1) ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = - .489) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อาการผิดปกติ หรืออาการของภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังผ่าตัดจำนวนหลายอาการ จะมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แย่ลง

2) ด้านสาเหตุการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = - .266) โดยในการแปลความหมายของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ในด้านสาเหตุการเกิดโรคนั้น ให้วิเคราะห์แยกเป็นรายข้อเพื่อความเข้าใจต่อการรับรู้สาเหตุที่แท้จริงของผู้ป่วย (Weinman et al., 1996) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ หมายความว่า การรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองว่ามาจากสาเหตุใด ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แย่ลงของผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงเออร์ตาโป่งพองมากที่สุด ทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แย่ลง

3) ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ช่วงเวลาของภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ไม่ว่าเป็นช่วงเวลาสั้นๆ หรือยาวนานเพียงใด ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

4) ด้านผลกระทบจากโรค ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด หมายถึง การรับรู้ถึงความรุนแรง และผลที่ตามมาจากภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

5) ด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .391) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการรักษา หรือการควบคุมอาการของโรคที่ดี จะทำให้มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ผลใน

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพในระดับสูง อธิบายได้ว่า โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองเป็นโรคที่มีความรุนแรง มีอัตราการเสียชีวิตสูง และจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดรักษาทุกราย ภายหลังได้รับการผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะให้ความมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมาก เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรค จึงทำให้ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างสะท้อนให้เห็นถึงคุณลักษณะของตัวแปรที่มีค่าสูงมาก (Ceiling Effect) ส่งผลให้ข้อมูลไม่มีค่าความแปรปรวน เมื่อนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จึงไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .174$) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่มีสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง จะทำให้มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม อายุ ระยะเวลาหลังผ่าตัด ชนิดของโรคและชนิดของการผ่าตัด การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

2. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม อายุ ระยะเวลาหลังผ่าตัด ชนิดของโรคและชนิดของการผ่าตัด การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอก และ/หรือ ในช่องท้องโป่งพอง ที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด และ/หรือ การผ่าตัดแบบสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวนภายในระยะเวลาหลังผ่าตัดตั้งแต่ 1 เดือน - 1 ปี ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และคลินิกศัลยกรรมหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชานี ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) จำนวน 143 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ในช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคม - เดือนพฤศจิกายน 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 3) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย (แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่ ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค และด้านสาเหตุการเกิดโรค ช่วงเวลาของการเป็นโรค ผลกระทบจากโรค การรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค) 4) แบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ 5) แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และ 6) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ซึ่งแบบสอบถามทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 1.0, 1.0,

1.0, 0.83, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ การตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79, .78, .70, .71, .75 และ .71 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วิเคราะห์โดยหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรชนิดของโรคและชนิดของการผ่าตัด กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point biserial correlation coefficient)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุ ระยะเวลาหลังผ่าตัด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson' s product moment correlation coefficient)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 69.9 มีอายุเฉลี่ย 62.68 (SD = 8.02) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 81.1 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนภาวะโรคร่วม 1 โรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 42.7 รองลงมาคือ มีจำนวนภาวะโรคร่วม 2 และ 3 โรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 35 และ 16.1 ตามลำดับ โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 83.2 รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 53.1 และ 16.8 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพอง คิดเป็นร้อยละ 50.3 และโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอกโป่งพอง คิดเป็นร้อยละ 49.7 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแบบสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน คิดเป็นร้อยละ 81.9

2. การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย 1) ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการปวดขาในขณะเดินมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.7 รองลงมา คือ การรับความรู้สึกที่ขาลดลง รู้สึกชาบริเวณขา อาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย คิดเป็นร้อยละ 37.8 และอาการปวดขาในขณะพัก มักปวดในเวลากลางคืน คิดเป็นร้อยละ 35 ตามลำดับ 2)

ด้านสาเหตุการเกิดโรค กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองเกิดจากการปฏิบัติตัวของตัวผู้ป่วยเองมากที่สุด ($\overline{X}$ = 3.73, SD = 0.84) รองลงมา คือ เกิดจากความเครียด ($\overline{X}$ =3.34, SD = 0.94) และเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($\overline{X}$ = 3.31, SD = 0.93) ตามลำดับ 3) ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดเป็นโรคที่คงอยู่แบบถาวรมากกว่าชั่วคราวมากที่สุด ($\overline{X}$ = 3.67, SD = 0.75) รองลงมา คือ เป็นระยะ เวลาที่ยาวนาน ($\overline{X}$ = 3.67, SD = 0.79) และเป็นระยะเวลาสั้นๆ ($\overline{X}$ = 3.37, SD = 0.91) ตามลำดับ 4) ด้านผลกระทบจากโรค กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดมีผลกระทบโดยตรงต่อชีวิตมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.15, SD = 0.88) รองลงมา คือ เป็นโรคที่ร้ายแรง ($\overline{X}$ = 4.14, SD = 0.90) และเป็นโรคที่มีผลทำให้คนอื่นมองตนเองเปลี่ยนไป ($\overline{X}$ = 3.59, SD = 1.02) ตามลำดับ และ 5) ด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดจะดีขึ้นหรือแย่ลงนั้นขึ้นอยู่กับสิ่งที่ผู้ป่วยประพฤติปฏิบัติมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.34, SD = 0.54) รองลงมา คือ อาการความเจ็บป่วยจะดีขึ้นถ้าใช้เวลามากขึ้น ($\overline{X}$ = 4.09, SD = 0.72) และการหายจากความเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับโชคชะตา ($\overline{X}$ = 2.95, SD = 1.22) ตามลำดับ

3. การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 47.62, SD = 4.01 และ $\overline{X}$ = 10.88, SD = 1.01) สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 27.23, SD = 4.17) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 62.09, SD = 18.30)

4. อายุ และการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านสาเหตุการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.168 และ -.266) การสนับสนุนทางสังคม และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .216 และ .174) การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง และด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.489 และ .391) ส่วนชนิดของโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัด การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค ด้านผลกระทบจากโรค และความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัย และประเด็นที่ค้นพบ ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 62.09, SD = 18.30) ทั้งนี้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเออออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด เป็นการรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิต ใน 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้สุขภาพทั่วไป การทำหน้าที่ของร่างกาย และการรับรู้ด้านจิตใจและสังคม (Borchard et al., 2006) ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากในปัจจุบันวิธีการผ่าตัดที่นิยมใช้รักษาโรคหลอดเลือดแดงเออออร์ตาโป่งพองมี 2 วิธี คือ การผ่าตัดแบบเปิด และการผ่าตัดแบบสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (Endovascular Aneurysm Repair [EVAR]) (กิตติชัย เหลืองทวีบุญ, 2554ข)ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาเลือกวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยและพยาธิสภาพของโรค ซึ่งอาจส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ (Nevala et al., 2010) การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดรักษาโดยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน คิดเป็นร้อยละ 81.9 ซึ่งเป็นวิธีการผ่าตัดที่มีการเปิดแผลขนาดเล็ก (minimal invasive surgery) ทำให้ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพได้เร็วกว่าการผ่าตัดแบบเปิด (Lederle et al., 2009 แสดงถึงความมีประสิทธิภาพของการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในผลของการรักษาและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้สุขภาพทั่วไป การทำหน้าที่ของร่างกาย และการรับรู้ด้านจิตใจและสังคม

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไปหรือภาวะสุขภาพโดยรวมในระยะหลังผ่าตัดดีกว่าก่อนผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 79.8 และเมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพกับผู้ป่วยอื่นหรือบุคคลอื่นๆ ที่มีอายุเท่ากัน กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าหลังได้รับการผ่าตัดทำให้มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 81.9 ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ภายหลังได้รับการผ่าตัดรักษาโรคหลอดเลือดแดงเออออร์ตาโป่งพองพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 54.5 และไม่มีอาการปวดขาหรืออาการไม่สุขสบายทางกายที่รบกวนการนอนหลับ คิดเป็นร้อยละ 46.2 นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ดี คิดเป็นร้อยละ 49.7 และด้านการรับรู้ทางจิตใจและสังคม กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ไม่มีความวิตกกังวล หลังได้รับการผ่าตัดรักษาแล้วทำให้ชีวิตมีความสุข คิดเป็นร้อยละ 49.7 และสามารถเข้าสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง หรือพบปะเพื่อนฝูงอยู่บ่อยๆ โดยเฉลี่ยมากกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 89.6

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล โดยเป็นการประเมินผลลัพท์ทางสุขภาพที่เน้นการรับรู้และความเข้าใจต่อภาวะสุขภาพตนเองในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยเป็นหลัก ทำให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถเข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายได้เป็นอย่างดี (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554) ทำให้มีแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิผล

ดังนั้นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิต ดังที่ Leventhal และคณะ (2001) กล่าวว่า กระบวนการรับรู้และการตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยจะได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล นำไปสู่วิธีการจัดการปัญหาทางสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่วางไว้ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด เป็นเป้าหมายของการรักษาพยาบาล ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระยะหลังผ่าตัดที่ดีนั้น เป็นผลจากปัจจัยภายในตัวบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ระยะเวลาหลังผ่าตัดที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ การปรับตัว เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขมากที่สุด ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.78 เดือน (SD = 4.03) ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Prinssen และคณะ (2004) และ Aljabri และคณะ (2006) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด จะสามารถฟื้นฟูสภาพให้กลับเข้าสู่ภาวะปกติในระดับดีได้ ในเดือนที่ 6 หลังได้รับการผ่าตัด นอกจากนี้ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 47.62, SD = 4.01) โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 81.1 และทำให้ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากบุคคลในครอบครัว ประกอบกับโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง 4 แห่งและระดับตติยภูมิ 1 แห่ง ดังนั้นด้วยบริบทของโรงพยาบาลดังกล่าว ทำให้มีบุคลากรทีมสุขภาพเฉพาะทางที่สามารถให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีแนวทางการรักษาและการตรวจติดตามผู้ป่วยที่ชัดเจน ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองโดยการให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 10.88, SD = 1.01)

กล่าวโดยสรุป เมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง การได้รับวิธีการผ่าตัดรักษาที่เหมาะสม การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัวได้ดีใน

ระยะเวลาหลังผ่าตัด ทำให้เกิดให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลต่อการมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของกลุ่มตัวอย่าง

2. การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก ตามแนวคิดของ Leventhal และคณะ (2001) มีองค์ประกอบ 5 ประการ คือ ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค ด้านสาเหตุการเกิดโรค ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค ด้านผลกระทบจากโรค และด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด แยกตามรายด้าน ดังนี้

ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคมีความสัมพันธ์ทางลบ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัดมีหลายอาการ จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างหนึ่งคนมีจำนวนอาการอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 75.5 อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวดขาในขณะเดิน การรับความรู้สึกที่ขาลดลง รู้สึกชาบริเวณขา เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย อาการปวดขาในขณะพัก มักปวดเวลากลางคืน เป็นต้น ซึ่งอาการดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Cheng และคณะ (2010) พบว่า อาการของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด คือ อาการของภาวะอวัยวะขาดเลือดไปเลี้ยง (ischemia) จากการอุดตันของลิ่มเลือด โดยเฉพาะบริเวณลำไส้ใหญ่และขาทั้งสองข้าง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง หรือปวดขา/ชาบริเวณขา พบได้ประมาณร้อยละ 19.2 - 24.1 อาการที่เกิดขึ้นดังกล่าว เป็นภาวะผิดปกติทางร่างกายที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ สอดคล้องกับ Leventhal และคณะ (2001) ที่กล่าวว่า การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค เป็นการให้ความหมาย หรือบ่งชี้อาการแสดงคุณลักษณะของโรค จากประสบการณ์ หรือจากข้อมูลต่างๆ ดังนั้นการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่กำลังมีปัญหาสุขภาพ ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายทางกาย ความทุกข์ทรมาน เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวต่างๆ นานา ดังเช่นการศึกษาของ Letterstal และคณะ (2010) พบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการผิดปกติในระยะหลังผ่าตัด ทำให้รู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย รู้สึกสูญเสียการควบคุม ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น และ Pettersson และ Bergbom (2010) ศึกษาพบว่า หลังผ่าตัดในระยะฟื้นฟูสภาพ เกิดอาการไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย รู้สึกเครียด วิตกกังวล ไม่มีความสุข ซึ่งผลกระทบทั้งในด้านร่างกายและด้านจิตใจที่เกิดขึ้นดังกล่าว ย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ส่งผลต่อการมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แย่ลง

ด้านสาเหตุการเกิดโรค ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ด้านสาเหตุการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางลบ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้สาเหตุการเกิดโรคว่าเกิดจากการปฏิบัติตัวของตนเองมากที่สุด Leventhal และคณะ (2001) กล่าวว่า การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคเป็นกระบวนการค้นหา การคิดวิเคราะห์ของบุคคลว่าอะไรเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้ภาวะสุขภาพเปลี่ยนไปก่อเกิดเป็นความเจ็บป่วยขึ้น จากหลายการศึกษาพบว่า สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองที่สำคัญมากที่สุด คือ การสูบบุหรี่ (Metcalfe et al., 2011) และภาวะความดันโลหิตสูง (Upchurch & Schaub, 2006; วรวงศ์ ศลิษฏ์อรรถกร & พันธุ์ศักดิ์ ลักษณบุญส่ง, 2554; สุวิทย์ ศรีอัษฎาพร, 2553) ซึ่งทั้งการสูบบุหรี่และการมีภาวะความดันโลหิตสูงนั้นเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน โดยมีสาเหตุจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นภาวะโรคร่วมที่พบได้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.2 ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้และเข้าใจว่าการกระทำของตนเองเป็นสาเหตุที่ทำให้ป่วยเป็นโรค ทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเอง โทษตัวเอง เกิดการบั่นทอนทางจิตใจ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แย่ลง

ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดว่าเป็นโรคที่อยู่แบบถาวรมากกว่าชั่วคราวมากที่สุด ($\overline{X}$ = 3.67, SD = 0.75) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากแนวทางการรักษาในระยะหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยยังต้องมาตรวจตามนัด และรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Della (2007) พบว่า ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องมีการตรวจประเมินผลการรักษาโดยการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) เพื่อตรวจสอบตำแหน่งของหลอดเลือดเทียม ในเดือนที่ 1, 6, 12, และหลังจากนั้นทุกๆ ปี ปีละ 1 ครั้ง และการศึกษาของ Dolinger และ Strider (2010) พบว่าการรับประทานยา การรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และการตรวจติดตามค่าความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ แนวทางการรักษาดังกล่าว ผู้ป่วยจะเกิดการเรียนรู้และยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ทำให้มีความรู้สึกว่าภาวะการเจ็บป่วยจะคงอยู่ไปอีกนาน ดังที่ Leventhal และคณะ (2001) กล่าวว่า การรับรู้ช่วงเวลาของการเป็นโรค เป็นความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับระยะเวลาที่มีการดำเนินไปของโรค หรือจุดของเวลาที่ได้รับการรักษา ดังนั้นช่วงเวลาของการเป็นโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด เป็นภาวะความเจ็บป่วยในระยะเรื้อรัง ซึ่งเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรคที่ถูกต้อง ทำให้เกิดการทำใจยอมรับที่จะอยู่กับภาวะของโรคและสามารถปรับตัวได้ จึงอาจไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ด้านผลกระทบจากโรค ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ด้านผลกระทบจากโรคไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ซึ่งไม่

เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดเป็นโรคที่ร้ายแรง ($\overline{X}$ = 4.14, SD = 0.90) และมีผลกระทบโดยตรงต่อชีวิต ($\overline{X}$ = 4.15, SD = 0.88) ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องมีการปรับตัว และปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ต้องดูแลตนเองให้ดีกว่าตอนที่ไม่ป่วยเป็นโรค เพื่อให้มีชีวิตรอดและยืนยาวที่สุด จากการศึกษาพบว่า ถ้าโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งเกิดการปริแตกจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 80 (กิตติชัย เหลืองทวีบุญ, 2554ข) ดังนั้นแม้จะได้รับการผ่าตัดแก้ไขพยาธิสภาพของโรคไปแล้ว แต่อย่างไรก็ตามการที่มีภาวะโรคร่วมที่เป็นโรคเรื้อรัง ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีภาวะโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 42.7 คือโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 83.2 ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุสำคัญในการดำเนินของโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง (วรวงศ์ ศลิษฏ์อรรถกร & พันธุ์ศักดิ์ ลักษณบุญส่ง, 2554) ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำได้ การรับรู้ผลกระทบดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคจนกระทั่งหลังได้รับการรักษา จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 10.88, SD = 1.01) และมีคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 27.23, SD = 4.17) ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด มีการรับรู้ผลกระทบจากโรคที่ถูกต้อง ทำให้มีความมั่นใจว่าสามารถแก้ไขจัดการกับปัญหาภาวะสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

ด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดรักษาโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองโดยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน คิดเป็นร้อยละ 81.9 ซึ่งเป็นวิธีที่แพทย์นิยมใช้กันมากในปัจจุบัน เพราะสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็ว จากการศึกษาของ Lederle และคณะ (2003) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง ที่ได้รับการผ่าตัดรักษาแบบสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่รักษาแบบติดตามอาการ และการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้การควบคุมอาการของโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดว่าจะดีขึ้นหรือแย่ลงขึ้นอยู่กับการประพฤติปฏิบัติของตัวผู้ป่วยมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.34, SD = 0.54) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการรับรู้ด้านสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมากที่สุด ($\overline{X}$ = 3.73, SD = 0.84) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการคิดทบทวนและหาวิธีแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพที่เกิดจากตนเอง ก็ต้องเริ่มต้นแก้ไขที่ตัวผู้ป่วยเอง ทำให้ผู้ป่วยตอบสนองโดยให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร

การมาตรวจตามนัด เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับ Leventhal และคณะ (2001) ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค เป็นการตอบสนองทั้งต่อการรักษาด้วยตนเองและทางการแพทย์ ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการรักษาโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองโดยวิธีการผ่าตัด เป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้ ผลลัพท์ของการรักษาเป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วย การรับรู้ด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรคที่ถูกต้องจึงเป็นเป็นปฏิริยาย้อนกลับที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 10.88, SD = 1.01) และมีคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 27.23, SD = 4.17) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมอาการของโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับดี

3. อายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 62.68 ปี (SD = 8.02) ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและวัยผู้สูงอายุตอนต้น (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2547) โดยทฤษฎีในทางชีววิทยาในช่วงวัยนี้ร่างกายจะเสื่อมถอย (Westendorp & Kirkwood, 2007) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมาก ความแข็งแรง ความกระฉับกระเฉงของร่างกายจะลดลง ทำให้รับรู้ว่าภาวะสุขภาพแย่ลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของ De Rango และคณะ (2011) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพองหลังผ่าตัดที่อายุมาก มีระดับคุณภาพชีวิตในด้านการทำหน้าที่ของร่างกายต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Dick และคณะ (2009) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอกโป่งพองหลังผ่าตัดที่อายุมากจะมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย นอกจากนี้การศึกษาของ ปราณี ทองใส (2548) พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มีระดับคุณภาพชีวิตในด้านการทำหน้าที่ของร่างกายต่ำกว่าผู้ป่วยมีอายุน้อยกว่า 60 ปี และยังมีหลายการศึกษาที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ดังเช่นการศึกษาของ นิตยา ศรีสุข (2551) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ($r = -.373$, $p < .05$) และการศึกษาของ วาสนา อุปสาร (2552) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ($r = -.50$, $p < .001$) ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดที่มีอายุมากขึ้น บทบาทหน้าที่ในด้านการงาน ด้านครอบครัวเปลี่ยนไป และยังต้องเผชิญกับปัญหาความเจ็บป่วย จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตดังกล่าว และยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย

4. การสนับสนุนทางสังคม และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต เป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือในด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่อง จากบุคคลในครอบครัว บุคคลรอบข้าง เพื่อน รวมถึงบุคลากรทางสุขภาพ สอดคล้องกับ House (1981) ที่กล่าวว่า การอยู่ร่วมกันและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จนก่อเกิดเป็นความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน จะทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากร เป็นต้น ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ทำให้สามารถดูแลตนเอง มีกำลังใจต่อสู้กับภาวะความเจ็บป่วย ส่งผลให้มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น จากการศึกษาของ Cassar และ Baldacchino (2012) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และเพื่อนๆ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ขวัญใจ แจ่มสร้อย (2548) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .133$, $p < .05$) โดยการดูแลช่วยเหลือประคับประคองจากสมาชิกในครอบครัว เป็นตัวช่วยลดความตึงเครียด ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้อุปสรรคต่างๆ ในชีวิต

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 81.1 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 74.8 มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนเป็นผู้ดูแลเมื่อจำเป็นได้ คิดเป็นร้อยละ 99.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างรู้สึกเบื่อ ผิดหวัง หรือซึมเศร้า สามารถพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนได้ คิดเป็นร้อยละ 82.5 เมื่อต้องการความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนจะเป็นผู้แนะนำ คิดเป็นร้อยละ 98.6 ได้รับข้อมูลจากแพทย์หรือพยาบาลเมื่อต้องการ คิดเป็นร้อยละ 99.3 และมีแหล่งสนับสนุนทางการเงินเพียงพอสำหรับค่ารักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 72 ดังนั้นเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยทำให้มีผู้ดูแลช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร และคำแนะนำต่างๆ จากบุคคลใกล้ชิด เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการตอบสนองที่เพียงพอทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดความพึงพอใจ และมีกำลังใจในการต่อสู้เผชิญกับภาวะความเจ็บป่วย ส่งผลให้มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดรักษาโรคหลอดเลือดแดงเออร์ตาโป่งพองมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป โดยมีระยะเวลาหลังผ่าตัด

โดยเฉลี่ย 5.78 เดือน (SD = 4.03) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง และอยู่ในระยะที่ต้องตรวจติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ และการได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยอื่น ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ ดังเช่น Bandura (1977) กล่าวว่า ความมั่นใจในความสามารถของบุคคลนั้น เกิดจากการเรียนรู้ และได้รับการพัฒนาจากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การได้เห็นตัวแบบ การชักจูงด้วยคำพูด และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ จากการศึกษาของ Konopack และ McAuley (2012) พบว่า สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและการดำเนินชีวิตประจำวัน จะทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย การทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงในด้านจิตวิญญาณที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับ Kuijer และ De Ridder (2003) ศึกษาพบว่า สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในด้านร่างกายและจิตใจ ของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (r = .48 และ .57, p < .01) และ มีนา ชูใจ (2552) ศึกษาพบว่า สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับการผ่าตัดเต้านม (r = .533, p < .05) ดังนั้นการมีสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด คือ การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับสภาวะของความเจ็บป่วย และมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำของโรค เพราะฉะนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องใดๆ ก็ตาม เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น ที่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข กลุ่มตัวอย่างจะจดจำการกระทำนั้นๆ ก่อเกิดเป็นความมั่นใจและมีการกระทำอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีความหวังว่าจะหายจากโรค หรือการมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลต่อการมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

5. ชนิดของโรค ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัด ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

ชนิดของโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนชนิดของโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอกและในช่องท้องโป่งพองเท่าๆ กัน คือ ร้อยละ 49.7 และ 50.3 ซึ่งในจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนี้ ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน คิดเป็นร้อยละ 81.9 ซึ่งภายหลังการผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างจำเป็นต้องมาตรวจตามนัดตามแผนการรักษา โดยแนวทางการรักษาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) เพื่อประเมินตำแหน่งและการทำงานของหลอดเลือดเทียม ในเดือนที่ 1, 6, 12, และทุกๆปี ปีละ 1 ครั้ง ภายหลังได้รับการผ่าตัด (Collin et al., 2009; Dolinger & Strider, 2010; วศิน พุทธจารี และ กิตติชัย เหลืองทวีบุญ, 2549) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอกและในช่อง

ท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน จะได้รับการรักษาและคำแนะนำต่างๆ ในระยะหลังผ่าตัดเหมือนๆ กัน จึงทำให้ชนิดของโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพหลังผ่าตัด

ชนิดของการผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันวิธีการผ่าตัดรักษาโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองมีวิวัฒนาการเทคโนโลยีก้าวหน้าไปมาก จากเดิมนิยมใช้เฉพาะการผ่าตัดแบบเปิดเท่านั้น ต่อมาได้มีการคิดค้นวิธีการผ่าตัดแบบสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน เป็นการเพิ่มทางเลือกในการรักษาให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งการผ่าตัดทั้งสองวิธีนี้สามารถใช้รักษาทั้งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอกและในช่องท้องโป่งพอง ทั้งนี้ขึ้นกับความเหมาะสมของพยาธิสภาพของโรคและสภาพผู้ป่วยเป็นหลัก ดังนั้นจึงทำให้ชนิดของการผ่าตัดที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองมีผลลัพท์ในการรักษาไม่แตกต่างกัน เพราะในปัจจุบันมีทางเลือกในการผ่าตัดรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และยังช่วยให้สามารถฟื้นฟูสภาพกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น กล่าวคือ ไม่มีผลกระทบหรือมีผลกระทบที่น้อยมากต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดนั่นเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lottman และคณะ (2004) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด และการผ่าตัดแบบสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวนในเดือนที่ 4 มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับเดียวกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lederle และคณะ (2009) พบว่า 1 ปีหลังผ่าตัด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดมีคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัด อยู่ในระดับเดียวกันกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน

ระยะเวลาหลังผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านช่วงเวลาของการเป็นโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดว่าเป็นแบบถาวรมากกว่าชั่วคราว ($\overline{X}$ = 3.67, SD = 0.75) และรับรู้ด้านผลกระทบจากโรคว่ามีผลกระทบโดยตรงต่อชีวิตมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.15, SD = 0.88) ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วย ส่งผลให้เกิดการปรับตัว โดยการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะหลังผ่าตัดอย่างเคร่งครัด ดังที่ Leventhal และคณะ (2001) กล่าวว่า เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาวะคุกคามทางสุขภาพ จะมีกระบวนการตอบสนองที่นำไปสู่วิธีการจัดการแก้ปัญหาทางสุขภาพนั้นๆ การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 10.88, SD = 1.01) สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ แจ่มสร้อย (2548) พบว่า ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองโดยปฏิบัติตาม

คำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพในเรื่องต่างๆ เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจตามนัด ทำให้สามารถควบคุมโรคได้ดี ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดเป็นภาวะของโรคเรื้อรังเช่นเดียวกัน ดังนั้นไม่ว่าการเจ็บป่วยจะมีระยะเวลานานเท่าใด ผู้ป่วยจะยังคงปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติมากที่สุด จึงอาจไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วย

ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านผลกระทบจากโรค ว่าโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดมีผลกระทบโดยตรงต่อชีวิตมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.15, SD = 0.88) และรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาการของโรคจะดีขึ้นหรือแย่ลงขึ้นอยู่กับสิ่งที่ผู้ป่วยประพฤติปฏิบัติมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.34, SD = 0.54) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง ซึ่งเป็นโรคที่มีความรุนแรงอันตรายถึงชีวิต และจำเป็นต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพียงวิธีเดียว การผ่าตัดนั้นก็มีความเสี่ยงสูงและอาจทำให้มีการสูญเสียชีวิตในระหว่างการผ่าตัดได้ ภาวะคุกคามเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องยอมรับและทำความเข้าใจต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีชีวิตรอดจำเป็นต้องมีการปรับตัวปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต โดยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพอย่างเคร่งครัด ทั้งในเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร (Dolinger & Strider, 2010) การมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ในเดือนที่ 1, 6, 12 และทุกปี ปีละ 1 ครั้ง หลังได้รับการผ่าตัดเป็นต้น (Della, 2007) จากการศึกษาของ Voelmeck (2006) พบว่า การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมของผู้ป่วย เป็นการช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรค ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุขและมีชีวิตที่ยืนยาว จึงไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นภาวะโรคเรื้อรังเช่นเดียวกัน ถ้ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ดี ถูกต้องเหมาะสม และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จึงอาจไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด โดยให้แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม

2. ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลตนเองในระยะหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยอาจจัดให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนความรู้

ประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยแต่ละคน หรือมีตัวแบบจากผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตหลังได้รับการผ่าตัด เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี และมีชีวิตที่ยืนยาว เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3. พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง โดยเน้นตามองค์ประกอบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ได้แก่ อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค สาเหตุการเกิดโรค ผลกระทบจากโรค การรักษาโรค เป็นต้น โดยการจัดบอร์ด จัดทำเอกสารแผ่นพับ หรือทำเป็นวีดิทัศน์ ควรทำเป็นการพยาบาลเชิงรุก อาจประสานงานร่วมกับสถานพยาบาลในระดับชุมชน เพื่อการเข้าถึงประชาชนได้ง่ายขึ้น เนื่องจากโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง เป็นโรคที่ไม่มีอาการและอาการแสดงใดๆ และมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรค

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด จำแนกตามชนิดของโรคและชนิดของการผ่าตัด เพื่อให้สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีความเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดผลลัพท์ทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งๆ ขึ้นไป

2. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดมากกว่า 1 ปี

3. ควรมีการศึกษาการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา ในช่วงระยะก่อนได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด เพื่อที่จะสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

4. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยทางด้านอารมณ์ ตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง ในรูปแบบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึกของ Leventhal และคณะ (2001) โดยเน้นตัวแปรการตอบสนองการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยทางด้านอารมณ์ เพื่อความครอบคลุมของแนวคิดและประโยชน์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ดีขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายการอ้างอิง

กำพล เลาหเพ็ญแสง. (2542). *ศัลยศาสตร์หลอดเลือด (Vascular Surgery)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

กิตติชัย เหลืองทวีบุญ. (2554ก). Thoracic Aortic Aneurysm. ใน สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และ พัฒน์พงศ์ นาวีเจริญ (บรรณาธิการ.), *ตำราศัลยศาสตร์* (หน้า 1146-1115). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กิตติชัย เหลืองทวีบุญ. (2554ข). การรักษาโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองแตก (Management in rupture aortic aneurysm). ใน วรวงศ์ ศลิษฏ์อรรถกร, ปิยะ สมานคติวัฒน์, ชัยสิทธิ์ ศรีสมบูรณ์ และธิติพงศ์ เทพสุวรรณ (บรรณาธิการ.), *ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 42* (หน้า 219-230). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม และ กำพล เลาหเพ็ญแสง. (2546). Problems in abdominal aortic aneurysms. ใน สุทธจิตต์ ลีนานนท์, วิชัย วาสนาสิริ และสุมิต วงศ์เกียรติขจร (บรรณาธิการ.), *ศัลยศาสตร์ทั่วไป 1 (Complex Surgery)* (หน้า 527-556). กรุงเทพมหานคร: โฆษิตการพิมพ์.

กุลวรรณ ทองมาก. (2554). *การรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูล และพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่หลังจำหน่าย.* (ปริญญามหาบัณฑิต), คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ขวัญใจ แจ่มสร้อย. (2548). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล.* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), สาขาวิชาสุขศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ.

ชุมพล ว่องวาณิช. (2553). Endovascular Stent. ใน ประยุทธ์ ศิริวงษ์, เพชร เกษตรสุวรรณ และชาญชัย นิมิตรวาณิช (บรรณาธิการ.), *ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 35* (หน้า 343-361). กรุงเทพมหานคร: โฆษิตการพิมพ์.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2553). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒน์.

ทิพพาพร ตังอำนวย, นันทา เล็กสวัสดิ์, และทรงศรี ชุมประดิษฐ์. (2541). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธิวาสา ลีวัธนะ, แสงอรุณ อิสระมาลัย, และช่อลดา พันธุเสนา. (2551). ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 26*(2), 141-150.

นภาพร รุจิเสถียร. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยากับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2.* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), สาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิตยา ศรีสุข. (2551). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร.* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส. (2552). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ : การประเมินและการนำไปใช้*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ และคณะ. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 28*(2), 49-57.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ปกรณ์ เมธรุจภานนท์ และ สุพจน์ ศรีมหาโชตะ. (2552). การสวนหลอดเลือดหัวใจก่อนการผ่าตัดโรคหลอดเลือดเอออร์ต้า : ความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในคนไข้ที่ได้รับการสวนเส้นเลือดหัวใจของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *วารสารโรคหัวใจ, 22*(1), 1-7.

ปราณี ทองใส. (2548). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจ.* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), สาขาวิชาโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เป็น รักเกิด. (2550). *การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2554). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิมพา เทพวัลย์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คะนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล และฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2554). การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน *วารสารพยาบาลศาสตร์, 29*(2), 111-119.

มีนา ชูใจ, (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม จังหวัดราชบุรี.* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยุวดี ธีระศิลป์. (2547). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย.* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ระพิณ ผลสุข. (2548). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. .* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ระพิณ ผลสุข และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ. (2550). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 19*(1), 108-120.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2550). การแบ่งภูมิภาคทางภูมิศาสตร์. from http://www.royin.go.th/th/knowledge/detail.php?ID=1378.

ลักษมี ชาญเวช. (2549). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลแบบองค์รวมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิต*. กรุงเทพมหานคร: ชานเมืองการพิมพ์.

วรวงศ์ ศลิษฏ์อรรถกร และ พันธุ์ศักดิ์ ลักษณบุญส่ง. (2554). Acute Aortic Dissection. ใน วรวงศ์ ศลิษฏ์อรรถกร, ปิยะ สมานคติวัฒน์, ชัยสิทธิ์ ศรีสมบุรณ์ และธิติพงศ์ เทพสุวรรณ (บรรณาธิการ.), *ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 42* (หน้า 231-249). กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

วศิน พุทธจารี และ กิตติชัย เหลืองทวีบุญ. (2549). Endovascular Aortic Repair (EVAR) For Aortic Diseases. ใน รัฐพลี ภาคอรรถ (บรรณาธิการ.), *SURGERY TODAY* (หน้า 134-144). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัชรี เลอมานกุล และ ปารณีย์ มีแต้ม. (2546). การทดสอบคุณภาพของแบบสอบถาม SF-36 ภาษาไทย ฉบับแปลใหม่. *ไทยเภสัชสาร, 29*(1-2), 69-88.

วาสนา อุปสาร. (2551). *การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี.* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), สาขาการบริหารบริการสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.

วิชาญ เปี้ยวนิ่ม. (2550). Aortic dissecting aneurysm กับการตายกระทันหันและไม่คาดคิด 19 ราย ใน 4 รอบปี. *แพทยสารทหารอากาศ, 53*(1), 16-22.

ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์. (2538). *การรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย. (2555). สถิติผ่าตัดหัวใจในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 – ปัจจุบัน. from http://thaists.org/news_detail.php?news_id=212.

สารานุกรมเสรี. (2556). โรงพยาบาลในประเทศไทย. from http://th.wikipedia.org/wiki/โรงพยาบาลในประเทศไทย.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2547). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546*. กรุงเทพมหานคร: เจ เอส การพิมพ์.

สิริรัตน์ ลีลาจรัส และ พิศสมัย อรทัย. (2554). ความตรงเชิงโครงสร้างของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้หญิงไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 25*(3), 1-17.

สุภาพร แนวบุตร. (2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุวิทย์ ศรีอัษฎาพร. (2553). Diseases of the arterial system. ใน สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และ พัฒน์พงศ์ นาวีเจริญ (บรรณาธิการ.), *ตำราศัลยศาสตร์ (Textbook of surgery)* (หน้า 577-602). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2555). *การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย).

Adams, J. D., Tracci, M. C., Sabri, S., Cherry, K. J., Angle, J. F., Matsumoto, A. H., & Kern, J. A. (2010). Real-world experience with type I endoleaks after endovascular repair of the thoracic aorta. *American Surgeon,* 76(6), 599-605.

Ailawadi, G., Eliason, J. L., & Upchurch, G. R. (2003). Current concepts in the pathogenesis of abdominal aortic aneurysm. *Journal of Vascular Surgery, 38*(3), 584-588. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0741-5214(03)00324-0.

Aljabri, B., Wahaibi, K., Abner, D., Mackenzie, K. S., Corriveau, M., Obrand, D. I., . . . Steinmetz, O. K. (2006). Patient-reported quality of life after abdominal aortic aneurysm surgery: Aprospective comparison of Endovascular and open repair. *Journal of Vascular Surgery,* 44(6), 1182-1187.

Anderson, R. N. (2002). Deaths: leading causes for 2000. *Natl Vital Stat Rep,* 50(16), 1-85.

Ballard, J. L., Abou-Zamzam, A. M., Teruya, T. H., Bianchi, C., & Petersen, F. F. (2004). Quality of life before and after endovascular and retroperitoneal abdominal aortic aneurysm repair. *Journal of Vascular Surgery,* 39(4), 797-803. doi: 10.1016/j.jvs.2003.11.037.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 131-215.

Bickerstaff, L. K., Pairolero, P. C., Hollier, L. H., Melton, L. J., Van Peenen, H. J., Cherry, K. J., . . . Lie, J. T. (1982). Thoracic aortic aneurysms: a population-based study. *Surgery, 92*(6), 1103-1108.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.

Borchard, K. A., Hewitt, P. M., Wotherspoon, S., & Scott, A. R. (2006). Australian Vascular Quality of Life Index (AUSVIQUOL): a pilot study of a disease-specific quality of life measure. *ANZ Journal Of Surgery,* 76(4), 208-213.

Borsbo, B., Gerdle, B., & Peolsson, M. (2010). Impact of the interaction between self-efficacy, symptoms and catastrophising on disability, quality of life and health in with chronic pain patients. *Disability & Rehabilitation,* 32(17), 1387-1396. doi: 10.3109/09638280903419269.

Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res, 60*(6), 631-637. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020

Caplan, G., & Killilea, M. (1976). *Social support and mutual help*. New York: Grone & Stratton.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol, 56*(2), 267-283.

Cassar, S., & Baldacchino, D. R. (2012). Quality of life after percutaneous coronary intervention: part 2. *British Journal of Nursing,* 21(19), 1125-1130.

Cheng, D., Martin, J., Shennib, H., Dunning, J., Muneretto, C., Schueler, S., . . . Turina, M. (2010). Endovascular aortic repair versus open surgical repair for descending thoracic

aortic disease a systematic review and meta-analysis of comparative studies. *J Am Coll Cardiol,* 55(10), 986-1001. doi: 10.1016/j.jacc.2009.11.047.

Cheng, S. M., Yang, S. P., Ho, L. J., Tsao, T. P., Chang, D. M., & Lai, J. H. (2004). Irbesartan inhibits human T-lymphocyte activation through downregulation of activator protein-1. *Br J Pharmacol, 142*(6), 933-942. doi: 10.1038/sj.bjp.0705785.

Cobb, S. (1976). Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med,* 38(5), 300-314.

Collin, N., Haslam, E., Fay, D., Hardman, J., & Horrocks, M. (2009). A review of endovascular management of abdominal aortic aneurysm. *British Journal of Hospital Medicine (17508460), 70*(3), 146-150.

Della, C., H. (2007). Aortic dissection: your quick intervention can mean the difference between life and death for patients with this condition. *RN,* 70(3), 26-32, 22p.

Dick, F., Hinder, D., & Immer, F. F. (2009). Outcome and Quality of Life After Surgical and Endovascular Treatment of Descending Aortic Lesions. *Journal of Vascular Surgery,* 49(6), 1627. doi: 10.1016/j.jvs.2009.04.010.

Dillman, D. A. (2000). *Mail and Internet Survey's: The Tailored Design Method*. New York: Psychology Press.

Dolinger, C., & Strider, D. V. (2010). Endovascular interventions for descending thoracic aortic aneurysms: The pivotal role of the clinical nurse in postoperative care. *J Vasc Nurs,* 28(4), 147-153. doi: 10.1016/j.jvn.2010.08.001.

Eide, T. M. O., Rommundstad, P., Klepstad, P., & Myhre, H. O. (2005). Health-related quality of life in long term-survivors of thoracoabdominal aortic aneurysm repair. *Journal of Vascular Nursing,* 23(3), 88-96.

Elkouri, S., Gloviczki, P., McKusick, M. A., Panneton, J. M., Andrews, J. C., Bower, T. C., . . . Cherry, K. J. (2003). Endovascular repair of abdominal aortic aneurysms: initial experience with 100 consecutive patients. *Mayo Clinic Proceedings,* 78(10), 1234-1242.

Espinosa, G., Ribeiro, A. M., Ferreira, C. M., Dzieciuchowicz, L., & Santos, S. R. (2009). A 10-year single-center prospective study of endovascular abdominal aortic aneurysm repair with the talent stent-graft. *Journal Of Endovascular Therapy: An Official Journal Of The International Society Of Endovascular Specialists,* 16(2), 125-135.

Evans, R. I. (1989). *Albert Bandura: The man and his ideas - a dialogue*. New York: Praeger.

Fowler, C., & Baas, L. S. (2006). Illness representations in patients with chronic kidney disease on maintenance hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal,* 33(2), 173.

CHULALONGKORN UNIVERSITY

Franks, S. C., Sutton, A. J., Bown, M. J., & Sayers, R. D. (2007). Systematic review and meta-analysis of 12 years of endovascular abdominal aortic aneurysm repair. *Eur J Vasc Endovasc Surg,* 33(2), 154-171. doi: 10.1016/j.ejvs.2006.10.017.

Gray, S. E., & Rutter, D. R. (2007). Illness representations in young people with chronic fatigue syndrome. *Psychology & Health,* 22(2), 159-174.

Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology & Health,* 18(2), 141-184.

Heijmans, M., & De Ridder, D. (1998). Structure and Determinants of Illness Representations in Chronic Disease: A Comparison of Addison's Disease and Chronic Fatigue Syndrome. *J Health Psychol,* 3(4), 523-537. doi: 10.1177/135910539800300406.

Hirsch, A. T., Haskal, Z. J., Hertzer, N. R., Bakal, C. W., Creager, M. A., Halperin, J. L., . . . Riegel, B. (2006). ACC/AHA 2005 Practice Guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic): a collaborative report from the American Association for Vascular Surgery/Society for Vascular Surgery, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, Society of Interventional Radiology, and the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease): endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; National Heart, Lung, and Blood Institute; Society for Vascular Nursing; TransAtlantic Inter-Society Consensus; and Vascular Disease Foundation. *Circulation,* 113(11), e463-654. doi: 10.1161/circulationaha.106.174526.

Horne, R., & Weinman, J. (2002). Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychology and Health,* 17(1), 17-32.

House, J. S. (1981). *Work, stress and social support. Reading*. MA: Addison-Wesley.

Jacobs, C. S. (2007). *The commonsense model, quality of life and symtoms frequency in irritable bowel syndrome (IBS).* (Thesis submitted for the degree of Doctor), School of Human Sciences. University of Surrey.

Jones, L. E. B. (2005). Endovascular stent grafting of thoracic aortic aneurysms:

technological advancements provide an alternative to traditional surgical repair. *Journal of Cardiovascular Nursing,* 20(6), 376-384.

Kindig, D. A., Booske, B. C., & Remington, P. L. (2010). Mobilizing Action Toward

Community Health (MATCH): metrics, incentives, and partnerships for population health. *Prev Chronic Dis, 7*(4), A68.

Kohler, C. L., Fish, L., & Greene, P. G. (2002). The relationship of perceived self-efficacy to quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *Health Psychol,* 21(6), 610-614.

Kolvenbach, R., Schwierz, E., Wasilljew, S., Miloud, A., Puerschel, A., & Pinter, L. (2004). Total laparoscopically and robotically assisted aortic aneurysm surgery: a critical evaluation. *J Vasc Surg,* 39(4), 771-776. doi: 10.1016/j.jvs.2003.10.050.

Konopack, J. F., & McAuley, E. (2012). Efficacy-mediated effects of spirituality and physical activity on quality of life: A path analysis. *Health & Quality of Life Outcomes, 10*(1), 57-57. doi: http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-10-57

Kuijer, R. G., & de Ridr, D. T. D. (2003). Discrepancy in illness-related goals and quality of life in chronically ill patients: the role of self-efficacy. *Psychology & Health,* 18(3), 313-330.

Latessa, V. (2002). Endovascular stent-graft repair of descending thoracic aortic aneurysms: the nursing implications for care. *Journal of Vascular Nursing,* 20(3), 86-95.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lederle, F. A., Freischlag, J. A., Kyriakides, T. C., Padberg, F. T., Jr., Matsumura, J. S., Kohler, T. R., . . . Peduzzi, P. N. (2009). Outcomes following endovascular vs open repair of abdominal aortic aneurysm: a randomized trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association,* 302(14), 1535-1542. doi: 10.1001/jama.2009.1426.

Lederle, F. A., Johnson, G. R., Wilson, S. E., Acher, C. W., Ballard, D. J., Littooy, F. N., & Messina, L. M. (2003). Quality of life, impotence, and activity level in a randomized trial of immediate repair versus surveillance of small abdominal aortic aneurysm. *Journal of Vascular Surgery, 38*(4), 745-752. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0741-5214(03)00423-3.

Leelacharas, S. (2005). *Illness Representations in Thai Women Diagnosed With Hypertension and Relationships to Medication-Taking Behavior.* (A dissertation submitted for the degree of Doctor), Philosophy of Nursing. University of Michigan.

Lemaire, A., Cook, C., Tackett, S., Mendes, D. M., & Shortell, C. K. (2008). The impact of race and insurance type on the outcome of endovascular abdominal aortic aneurysm (AAA) repair. *Journal of Vascular Surgery,* 47(6), 1172-1180. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2008.01.033

Letterstal, A., Eldh, A. C., Olofsson, P., & Forsberg, C. (2010). Patients' experience of open repair of abdominal aortic aneurysm - preoperative information, hospital care and recovery. *Journal of Clinical Nursing,* 19(21/22), 3112-3122. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03428.x.

Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research,* 16(2), 143-163.

Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In T. A. Revensom & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 19-47). Mahwah: NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Leventhal, H., Narenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats In S. E. Taylor & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health: Social psychological aspects of health* (4 ed., pp. 219-252).

Li, X., Huang, L., Wang, H., Fennie, K. P., He, G., & Williams, A. B. (2011). Stigma Mediates the Relationship Between Self-Efficacy, Medication Adherence, and Quality of Life Among People Living with HIV/AIDS in China. *AIDS Patient Care & STDs,* 25(11), 665-671. doi: 10.1089/apc.2011.0174.

Lottman, P. E. M., Laheij, R. J. F., Cuypers, P. W. M., Bender, M., & Buth, J. (2004). Health-related quality of life outcomes following elective open or endovascular AAA repair: a randomized controlled trial. *Journal of Endovascular Therapy: An Official Journal Of The International Society of Endovascular Specialists, 11*(3), 323-329.

Malina, M., Nilsson, M., Brunkwall, J., Ivancev, K., Resch, T., & Lindblad, B. (2000). Quality of life before and after endovascular and open repair of asymptomatic AAAs: a prospective study. *Journal of Endovascular Therapy, 7*(5), 372-379.

Metcalfe, D., Holt, P. J., & Thompson, M. M. (2011). The management of abdominal aortic aneurysms. *Bmj,* 342, d1384. doi: 10.1136/bmj.d1384.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health, 17*(1), 1-16.

Nevala, T., Biancari, F., Perälä, J., Manninen, H., Aho, P. S., Matsi, P., . . . Lepäntalo, M. (2010). Risk prediction in patients undergoing elective endovascular repair of an abdominal aortic aneurysm. *Scandinavian Cardiovascular Journal,* 44(2), 125-128. doi: 10.3109/14017430903420590.

Ng, T. T., Mirocha, J., Magner, D., & Gewertz, B. L. (2010). Variations in the utilization of endovascular aneurysm repair reflect population risk factors and disease prevalence. *J Vasc Surg,* 51(4), 801-809, 809.e801. doi: 10.1016/j.jvs.2009.10.115.

Osoba, D. (1992). The Quality of Life Committee of the Clinical Trials Group of the National Cancer Institute of Canada: organization and functions. *Qual Life Res,* 1(3), 211-218.

Chulalongkorn University

Peach, G., Holt, P., Loftus, I., Thompson, M. M., & Hinchliffe, R. (2012). Questions remain about quality of life after abdominal aortic aneurysm repair. *Journal of Vascular Surgery, 56*(2), 520-527.e521. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2012.02.062.

Pettersson, M., & Bergbom, I. (2010). The drama of being diagnosed with an aortic aneurysm and undergoing surgery for two different procedures: open repair and endovascular techniques. *Journal of Vascular Nursing,* 28(1), 2-10. doi: 10.1016/j.jvn.2009.10.001.

Pettersson, M., Mattsson, E., & Bergbom, I. (2009). Prospective follow-up of sexual function after elective repair of abdominal aortic aneurysms using open and endovascular techniques. *J Vasc Surg,* 50(3), 492-499. doi: 10.1016/j.jvs.2009.02.245.

Prinssen, M., Buskens, E., & Blankensteijn, J. D. (2004). Quality of Life after Endovascular and Open AAA Repair. Results of a Randomised Trial. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery,* 27(2), 121-127. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.ejvs.2003.11.006.

Rutter, C. L., & Rutter, D. R. (2002). Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *British Journal of Health Psychology,* 7(4), 377-391. doi: 10.1348/135910702320645372.

Sakalihasan, N., Limet, R., & Defawe, O. D. (2005). Abdominal aortic aneurysm. *Lancet,* 365(9470), 1577-1589. doi: 10.1016/s0140-6736(05)66459-8.

Schipper, H., Clinch, J. J., & Olweny, C. (1996). Quality of life studies: Definitions and conceptual issues. In: Spilker B Quality of life and phamacoeconomics in clinical trails *Lippincott-Raven: Philadephia* (2 ed., pp. 11-24).

Schlosser, F. J., Vaartjes, I., van der Heijden, G. J., Moll, F. L., Verhagen, H. J., Muhs, B. E., . . . de Bruin, A. (2010). Mortality after elective abdominal aortic aneurysm repair. *Ann Surg, 251*(1), 158-164. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181bc9c4d.

Shaw, C. (1999). A framework for the study of coping, illness behavior and outcomes. *Journal of Advanced Nursing, 29*(5), 1246-1255. doi: http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01010.x.

Sol, B. G. M., Graaf, Y. v. d., Bijl, J. J. v. d., Goessens, N. B. G., & Visseren, F. L. J. (2006). Self-efficacy in patients with clinical manifestations of vascular diseases. *Patient Education and Counseling, 61*(3), 443-448. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2005.05.011.

Sprangers, M. A., & Schwartz, C. E. (1999). Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Soc Sci Med, 48*(11), 1507-1515.

Theunissen, N. C. M., & De Ridder, D. T. D. (2001). *Application of the self-regulatory model of Illness to adherence in patients with hypertension*. Paper presented at the

Paper presented at the European Health Psychology Society/BPS Annual Conference, St. Andrews, Scotland, September 5-8.

Thorndike, R. M. (1978). *Correlation procedures for research.* New York: Gardner Press.

Tinkham, M. R. (2009). The endovascular approach to abdominal aortic aneurysm repair. *Aorn j,* 89(2), 289-302; quiz 303-286.

Toljamo, M., & Hentinen, M. (2001). Adherence to self-care and social support. *J Clin Nurs,* 10(5), 618-627.

Turnipseed, W. D., Carr, S. C., Hoch, J. R., & Cohen, J. R. (2003). Minimal incision aortic surgery (MIAS). *Ann Vasc Surg,* 17(2), 180-184. doi: 10.1007/s10016-001-0197-2.

Upchurch, G. R., Jr., Eliason, J. L., Rectenwald, J. E., Escobar, G., Kabbani, L., & Criado, E. (2009). Endovascular abdominal aortic aneurysm repair versus open repair: why and why not? *Perspectives in Vascular Surgery & Endovascular Therapy, 21*(1), 48-53. doi: 10.1177/1531003509333363.

Upchurch, G. R., Jr., & Schaub, T. A. (2006). Abdominal aortic aneurysm. *Am Fam Physician,* 73(7), 1198-1204.

Voelmeck, W. F. (2006). *The relationship of illness representation and self-care behaviors to health-related quality of life in older individuals with heart failure.* (Ph.D.), University of Texas at Austin. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009711880&site=ehost-live Available from EBSCOhost rzh database.

Ware, J. E. (1993). Measuring patients' views: the optimum outcome measure. *Bmj, 306*(6890), 1429-1430.

Ware, J. E., Jr. (1995). The status of health assessment 1994. *Annu Rev Public Health,* 16, 327-354. doi: 10.1146/annurev.pu.16.050195.001551.

Wassef, M., Baxter, B. T., Chisholm, R. L., Dalman, R. L., Fillinger, M. F., Heinecke, J., . . . Zarins, C. K. (2001). Pathogenesis of abdominal aortic aneurysms: a multidisciplinary research program supported by the National Heart, Lung, and Blood Institute. *J Vasc Surg,* 34(4), 730-738. doi: 10.1067/mva.2001.116966

Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Home, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health,* 11(3), 431-455.

Weng, L., Dai, Y., Huang, H., & Chiang, Y. (2010). Self-efficacy, self-care behaviours and quality of life of kidney transplant recipients. *Journal of Advanced Nursing,* 66(4), 828-838. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05243.x.

Westendorp, R., & Kirkwood, T. (2007). The biology of ageing. In J. Bond, S. Peace, F. Dittmann-Kohli & G. Westerhof (Eds.), *Ageing in society: European perspectives on gerontology* (3 ed., pp. 15-38). London: SAGE Publications Ltd.

Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *Jama, 273*(1), 59-65.

Woodrow, P. (2011). Abdominal aortic aneurysms: clinical features, treatment and care. *Nursing Standard,* 25(50), 50-58.

World Health Organization. (1997). *WHOQOL: measuring quality of life*.

Yaraghchi, A., Rezaei, O., Mandegar, M. H., & Bagherian, R. (2012). The Relationship Between Illness Perception and Quality of life in Iranian Patients with Coronary Artery Bypass Graft. *Procedia - Social and Behavioral Sciences,* 46(0), 3329-3334. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.06.061.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ – นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. อาจารย์ นพ.บุญประสิทธิ์ กฤตย์ประชา	หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านแพทยศัลยกรรมโรคหลอดเลือด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง	ผู้ช่วยอธิการบดี มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส	อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กุสุมา ควุวัฒนสัมฤทธิ์	อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางรัตนา เพียรเจริญสิน	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ที่ ศธ 0512.11/ 0576

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 เมษายน 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริพร ศรีสมัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. รุ้งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ นายแพทย์ บุญประสิทธิ์ กฤตย์ประชา หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ นายแพทย์ บุญประสิทธิ์ กฤตย์ประชา
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ดร. รุ้งระวี นาวีเจริญ โทร 0-2218-1156
ชื่อนิสิต นางสาวศิริพร ศรีสมัย โทร. 081-542-6355

ที่ ศธ 0512.11/ 0576

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 เมษายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิการบดี มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริพร ศรีสมัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. รุ้งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง ผู้ช่วยอธิการบดี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. รุ้งระวี นาวีเจริญ โทร 0-2218-1156
ชื่อนิสิต	นางสาวศิริพร ศรีสมัย โทร. 081-542-6355

ที่ ศธ 0512.11/ 0576

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 เมษายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริพร ศรีสมัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. รุ้งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. ผศ.ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส	อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
2. ผศ.ดร. กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์	อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี, ผศ.ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส และ ผศ.ดร. กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. รุ้งระวี นาวีเจริญ โทร 0-2218-1156
ชื่อนิสิต	นางสาวศิริพร ศรีสมัย โทร. 081-542-6355

ที่ ศธ 0512.11/ 0576

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 เมษายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริพร ศรีสมัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. รุ้งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ นางรัตนา เพียรเจริญสิน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และนางรัตนา เพียรเจริญสิน
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. รุ้งระวี นาวีเจริญ โทร 0-2218-1156
ชื่อนิสิต	นางสาวศิริพร ศรีสมัย โทร. 081-542-6355

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
โทร. 0694

ที่ 140 /2556
วันที่ 9 กันยายน 2556
เรื่อง การขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์
เรียน คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์
อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย ที่ ศธ 0512.11/1334
ลงวันที่ 29 สิงหาคม 2556

ตามหนังสืออ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด" ของ นางสาวศิริพร ศรีสมัย นิสิตปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม (ฉบับภาษาไทย) จากวิทยานิพนธ์ของดิฉัน

ดิฉันมีความยินดีและไม่ขัดข้อง อนุญาตให้นักศึกษาดังกล่าวสามารถใช้เครื่องมือการวิจัย (ฉบับภาษาไทย) ในวิทยานิพนธ์ของดิฉันได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ ลีลาจรัส)

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

Date July 11, 2013

Bernadette G.M. Sol – de Rijk

Address Department of Vascular Medicine, University Medical Center, Utrecht, The Netherlands.

Dear Berna Sol-de Rijk,

My name is Ms. Siriporn Srisamai, a graduate student from Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, located in Bangkok, Thailand. I am now working on the thesis with the topic of “Selected Factors Associated with Health Related Quality of Life in Aortic Aneurysm Patient After Endovascular Surgery”.

I am very interested in your article “Self-efficacy in patients with clinical manifestations of vascular diseases” which was published earlier in Patient Education and Counseling.2006 Jun; 61(3) : 443-8 magazine.

As your article is related to my studies, I would like to request for your permission to use your content to be factors in my thesis, which is Health Related Quality of Life. This will also includes the translation of your article from English into Thai language.

Thank you very much and I look forward to your response.

Best regards,

Ms. Siriporn Srisamai

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Date October 3, 2012

Ms. Kate L.A. Borchard

Address Royal Melbourne Hospital, Melbourne, Victoria, Australia

Dear Ms. Borchard,

My name is Ms. Siriporn Srisamai, a graduate student from Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, located in Bangkok, Thailand. I am now working on the thesis with the topic of "Selecting Factors Associated with Health Related Quality of Life for Aortic Aneurysm Patient After Endovascular Surgery".

I am very interested in your article "Australian Vascular Quality of Life Index (AUSVIQUOL): A Pilot Study of a Disease-Specific Quality of Life Measure" which was published earlier in ANZ Journal of Surgery, 76(4), 208-213 magazine.

As your article is related to my studies, I would like to request for your permission to use your content to be factors in my thesis, which is Health Related Quality of Life. This will also includes the translation of your article from English into Thai language.

Thank you very much and I look forward to your response.

Best regards,

Ms. Siriporn Srisamai

Re: Permission please

เมื่อต้องการดูข้อความที่เกี่ยวกับสิ่งนี้ จัดกลุ่มข้อความตามการสนทนา

Kate Borchard
4/10/2555

ถึง: Siripon Srisamai

Go ahead, but please acknowledge the article correctly. Kind Regards, Kate Borchard

----- Original Message -----
From: Siripon Srisamai <siriporn_sri@hotmail.com>
Date: Wednesday, October 3, 2012 12:48
Subject: Permission please
To: kborchar@postoffice.utas.edu.au

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ค

เอกสารพิจารณาจริยธรรม

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เอกสารรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เอกสารเพื่อแสดงว่าคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้พิจารณาและรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ ดังนี้

รหัสโครงการ	:	56-366-19-9
ชื่อโครงการ	:	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด
	:	(Selected factors associated with health related quality of life in aortic aneurysm patients after surgery)
หัวหน้าโครงการวิจัย	:	นางสาวศิริพร ศรีสมัย
หน่วยงานที่สังกัด	:	สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เอกสารที่รับรอง	:	1. แบบเสนอโครงการวิจัย (Exempt review) 2. แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล 3. เอกสารเชิญชวนและแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 4. ประวัติผู้วิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ดำเนินการให้การรับรองโรงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines และ The international Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

.....

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์บุญสิน ตั้งตระกูลวนิช)
รองประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง	:	28 มิถุนายน 2556
วันที่หมดอายุ	:	27 มิถุนายน 2557

2 ถนนพรานนก บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700

โทร +66 2419 2667-72
โทรสาร +66 2411 0162

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข Si 465/2013

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

รหัสโครงการ : 423/2556(EC4)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวศิริพร ศรีสมัย
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. โครงการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย / อาสาสมัคร
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แบบสอบถาม
6. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 13 สิงหาคม 2556

วันหมดอายุ : 12 สิงหาคม 2557

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม .....
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอารุพิมพ์ สูงสว่าง)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

16 ส.ค. 2556
.....
วันที่

ลงนาม .....
(ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

19 ส.ค. 2556
.....
วันที่

พิมพ์ที่หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช 2342 / 3,000 แผ่น / มิ.ย.55 / M / Mat.10023253

ผู้วิจัยที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จะปฏิบัติตามระเบียบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ดังต่อไปนี้

1. จะดำเนินการวิจัยตามโครงร่างวิจัยที่ได้รับการรับรองโดยเคร่งครัด
2. จะใช้เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ประทับตรารับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ฉบับล่าสุดเท่านั้น
3. จะรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้อาสาเข้าร่วมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ในทุกกรณี
4. จะรายงานข้อมูลใหม่ที่ได้รับซึ่งจะมีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของผู้อาสาเข้าร่วมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนอย่างรวดเร็วและไม่ปิดบัง
5. จะรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตามกำหนดและเมื่อได้รับการร้องขอ
6. จะดำเนินกระบวนการให้ข้อมูลเพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างถูกต้อง เปิดโอกาสให้ผู้ที่ได้รับข้อมูลแสดงเจตนาที่ยินยอมหรือไม่สมัครเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจอย่างแท้จริง โดยปราศจากการข่มขู่หรือจูงใจด้วยวิธีการใดๆ

COA No. 542/2013

IRB No. 315/56

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวศิริพร ศรีสมัย

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย Version 2.0 Dated 7 Aug 2013
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1.0 Dated 24 June 2013
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Date 7 Aug 2013
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Dated 07/08/56
5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
6. ประวัติผู้วิจัยหลัก Version 1.0, 5/7/56

ลงนาม .....

(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์)

ประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.อรอนงค์ กุละพัฒน์)

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 22 สิงหาคม 2556

วันหมดอายุ : 21 สิงหาคม 2557

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงร่างการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายใน 5 วันทำการ
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อนอย่างน้อย 1 เดือน
6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ชื่อและตำแหน่ง) ที่อยู่ในที่ประชุมวันที่รับรองโครงการวิจัยได้แนบมาด้วย เอกสารที่รับรองทั้งหมดจะถูกส่งไปยังผู้วิจัยหลัก

เอกสารเลขที่ 261/2556

เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์

ชื่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย : คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย **ชุดที่** 4
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ที่อยู่ : 110 ถนนอินทวโรรส ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : น.ส.ศิริพร ศรีสมัย

สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อเรื่องโครงการวิจัย : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

Study Code : NON MED-2556-..... / Research ID:.....

ผู้ให้ทุนวิจัย : -

เอกสารที่รับรอง	ฉบับที่รับรอง
โครงการวิจัย	ฉบับที่ 2.0 วันที่ 7 สิงหาคม 2556
ข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร	ฉบับที่ 2.0 วันที่ 7 สิงหาคม 2556
หนังสือแสดงความยินยอมของอาสาสมัคร	ฉบับรับรอง วันที่ 19 สิงหาคม 2556
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	ฉบับรับรอง วันที่ 19 สิงหาคม 2556
อัตตประวัติส่วนตัวหัวหน้าโครงการ	ฉบับที่ 1.0 วันที่ 1 กรกฎาคม 2556

กระบวนการพิจารณาโครงการวิจัย : (√) เร่งพิเศษ Expedited review

ผลการพิจารณา: คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณาแล้ว มีมติ

[√] เห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตที่เสนอได้

[ ] เห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยได้ภายใต้เงื่อนไขข้างท้าย

.....

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้าทุก [ ] 3 เดือน [ ] 6 เดือน [√] 1 ปี

[ ] อื่นๆ.....

อนุมัติ ณ วันที่ 19 เดือน สิงหาคม พ.ศ.2556 มีผลถึงวันที่ 18 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2557

คณะกรรมการฯ ชุดนี้จัดตั้งและดำเนินการตาม GCPs และแนวทางจริยธรรมสากล กฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

ลงชื่อ : .....,

(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ปัญจะ กุลพงษ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

การปฏิบัติหลังจากรับรอง

- โปรดดูข้อ 13 ของแนวปฏิบัติสำหรับนักวิจัยที่ www.med.cmu.ac.th/research/ethics/inv_sop_announce.pdf
- โปรดส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัยอย่างน้อยปีละครั้ง เว้นแต่กรรมการขอให้ส่งถี่กว่านั้น
- ต้องขออนุมัติขยายเวลาก่อนหนังสือรับรองหมดอายุประมาณ 1 เดือน หากจะดำเนินการวิจัยต่อ
- หากจะแก้ไขเปลี่ยนแปลงในข้อมูลผู้ป่วยหรือใบยินยอมหรือโครงการวิจัย ต้องขออนุมัติก่อนเว้นแต่ว่าเป็นเรื่องเร่งด่วนเพื่อสวัสดิภาพของอาสาสมัคร
- หากมีข้อมูลใหม่หรือเหตุการณ์ใด ๆ ที่อาจมีผลต่ออัตราส่วนระหว่างผลประโยชน์/ความเสี่ยงของการศึกษาวิจัย ให้รายงานต่อคณะกรรมการโดยรีบด่วน
- การเบี่ยงเบน/ฝ่าฝืนโครงการวิจัย ต้องแจ้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยทุกครั้ง

รหัสเอกสารรับรอง 023/2556

เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ชื่อโครงการ ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

SELECTING FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE FOR AORTIC ANEURYSM PATIENTS AFTER SURGERY

ผู้วิจัยหลัก นางสาวศิริพร ศรีสมัย

หน่วยงาน/สถาบัน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ได้พิจารณารายละเอียดของโครงร่างการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้ว มีมติสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการที่เสนอได้

.....
(นายแพทย์จิรวัฒน์ มูลศาสตร์)
ประธานคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์

.....
(นายแพทย์ชลิต ทองประยูร)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วันที่รับรอง : - 9 ส.ค. 2556 **วันหมดอายุของการรับรอง:** - 8 ส.ค. 2557

เอกสารที่รับรองรวมถึง
1. โครงร่างการวิจัย
2. ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร
3. ผู้วิจัย/คณะผู้วิจัย
4. แบบสอบถาม/แบบบันทึกข้อมูล

ผู้วิจัยที่ได้รับการรับรองต้องยอมตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1.ผู้วิจัยรับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรมที่จะรวบรวมข้อมูลที่ศึกษาก่อนโครงการได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

2.กิจกรรมของโครงการวิจัยต้องจบลงภายในวันหมดอายุของการรับรอง ถ้าต้องการขยายเวลา ต้องยื่นแสดงความจำนงก่อนวันหมดอายุ 30 วัน

3.ผู้วิจัยต้องทำการศึกษาตรงตามที่ระบุไว้ในโครงร่างงานวิจัยอย่างเคร่งครัด

4.ใช้เพียงแบบฟอร์มที่คณะกรรมการจริยธรรมฯได้รับรอง (ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร, แผ่นประชาสัมพันธ์ เป็นต้น) และ คณะกรรมการจริยธรรมฯมีสิทธิตรวจสอบเอกสารดังกล่าวได้ทุกครั้งเมื่อต้องการ

5.ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ข้างเคียงร้ายแรง ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯภายใน 5 วันทำการ

6.ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมไปจากเดิมที่รับรองไว้ ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ก่อนที่จะเริ่มทำกิจกรรมนั้นๆ

7.ส่งรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์หลังโครงการวิจัยเสร็จสิ้นลงแล้ว จำนวน 1 ฉบับ

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/ Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

2. จุดมุ่งหมายของการวิจัย

โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองเป็นภาวะคุกคามและเป็นอันตรายต่อชีวิต เนื่องจากมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง ซึ่งนอกจากการผ่าตัดรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดแล้ว การดูแลอย่างต่อเนื่องและการช่วยเหลือในการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย นับเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล ทั้งนี้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามความนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วย ที่มุ่งเน้นไปยังโรคหรือภาวะความเจ็บป่วยเป็นหลัก ในการวิจัยครั้งนี้จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม อายุ ระยะเวลาหลังผ่าตัด ชนิดของโรคและการผ่าตัด การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดให้ดีขึ้นต่อไป

3. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอก และ/หรือในช่องท้องโป่งพอง ที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมที่มีขดลวดค้ำยันผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ ภายในระยะเวลา 1 ปี ที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด คลินิกศัลยกรรมหัวใจหลอดเลือดและทรวงอก ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงทั่วประเทศ จำนวน 143 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม จำนวน 6 ส่วน คือ 1)แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 3) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย 4) แบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ 5) แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และ 6) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที และขณะที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจะไม่รบกวนการตรวจของผู้ป่วย

4. ความเสี่ยงหรือความไม่สะดวกสบายต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับท่าน

ในการตอบแบบสอบถาม อาจทำให้เกิดความไม่สะดวก อึดอัดไม่สบายใจ และจะต้องเสียเวลาประมาณ 30 นาที และหากท่านเกิดความรู้สึกดังกล่าว ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ท่านพูดคุยระบายความรู้สึก และให้เวลาตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยโดยอิสระ พร้อมทั้งชี้แจงข้อมูลว่าสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และการตัดสินใจของท่านจะไม่มีกระทบใดๆ ต่อการรักษาทั้งสิ้น

5. ค่าชดเชยและ/ หรือการรักษาที่ท่านจะได้รับในกรณีเกิดอันตรายอันเป็นผลจากการวิจัย

ไม่มี เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์ และให้ท่านตอบแบบสอบถามและประเมินด้วยตนเอง ไม่มีการใช้ยา หรือให้ท่านทำกิจกรรมใดๆ เป็นพิเศษ หากท่านมีอาการทางคลินิกที่ผิดปกติในขณะตอบแบบสอบถาม ท่านจะได้รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ข้อมูลที่ได้รับจากท่านถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการนำไปเป็นแนวทางพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพต่อไป และท่านจะได้รับของที่ระลึกจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

7. ท่านจำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่

การเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตอบแบบสอบถาม การวิจัยครั้งนี้จะทำด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลกระทบใดๆต่อท่าน และแม้ว่าท่านจะปฏิเสธไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจรักษาและได้รับบริการดังเดิม

8. การรักษาความลับของท่าน

ในการตอบแบบสอบถามของท่านจะไม่มีการระบุชื่อและที่อยู่ของท่าน ข้อมูลที่ท่านตอบ จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับสำหรับการวิจัย จะเปิดเผยต่อสาธารณะในลักษณะที่เป็นภาพรวม และสรุปผลการวิจัยด้วยเหตุผลทางวิชาการโดยแปลเป็นสถิติ ซึ่งจะไม่มีการระบุเกี่ยวกับตัวบุคคลแต่อย่างใด และข้อมูลที่ท่านตอบจะถูกเก็บไว้สำหรับการตรวจสอบข้อมูลจนครบ 5 ปี จะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมด

9. สิ่งที่ท่านได้รับ

เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับแบบสอบถามที่มีคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ในเรื่อง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด โดยจะประเมินจากแบบ สอบถามทั้งหมด 6 ส่วน ในกรณีที่ผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมใดๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบในเวลาอันสมควร ซึ่งข้อมูลเพิ่มเติมนี้อาจมีผลต่อความสมัครใจของผู้ป่วยที่จะเข้า
ร่วมการวิจัยต่อไป

10. บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อได้

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยและสิทธิของท่าน โปรดสอบถามและติดต่อได้ที่ นางสาวศิริพร ศรีสมัย นักศึกษาปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 081-542-6355

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการ ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิริพร ศรีสมัย
ที่อยู่ที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 081-542-6355

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอน ต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถาม 1 ครั้ง เกี่ยวกับ “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด” และได้ทราบถึงประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้นไม่มีข้อมูลใดที่จะนำไปสู่การระบุถึงตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(นางสาวศิริพร ศรีสมัย)	(.....)
ผู้วิจัยหลัก	ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)
พยาน	พยาน

เอกสารหมายเลข 3ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษา หารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวศิริพร ศรีสมัย
สถานที่วิจัย สยามินทร์ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช
สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ
ห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 0-7445-1640 มือถือ 08-1542-6355
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย -ไม่มี
ระยะเวลาในการวิจัย ตลอดโครงการ 1 ปี 6 เดือน (ตั้งแต่ พฤษภาคม 2555 – พฤศจิกายน 2556)
ที่มาของโครงการวิจัย โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองเป็นภาวะคุกคามและเป็นอันตรายต่อชีวิต เนื่องจากมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง ถ้าหลอดเลือดโป่งพองปริแตกจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 80 ดังนั้นการวินิจฉัยโรคและการได้รับการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว และทันเวลา จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะจะส่งผลอัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษา จากการศึกษาพบว่า ในช่วง 1 ปีแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำลง ทั้งในด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านการรับรู้ด้านจิตใจและสังคม จากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยทางคลินิก และเปรียบเทียบผลลัพท์ของการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิดและการผ่าตัดโดยวิธีสอดใส่หลอดเลือดเทียม ถึงแม้ว่าจะมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดหลายปัจจัย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ แต่ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย ทั้งนี้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามความนึกคิดความเข้าใจของผู้ป่วย ที่มุ่งเน้นไปยังภาวะความเจ็บป่วยเป็นหลัก ในการวิจัยครั้งนี้จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดในบริบทของประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม อายุ ระยะเวลาหลังผ่าตัด ชนิดของโรคและการผ่าตัด การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอก และ/หรือในช่องท้องโป่งพอง และได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิด และ/หรือโดยวิธีสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ ซึ่งตรงกับคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา

จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ 143 คน **หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้ คือ**

ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับแบบสอบถาม จำนวน 6 ชุด คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ 2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 12 ข้อ 3)แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย จำนวน 36 ข้อ 4) แบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ 5) แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ และ6) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ณ หน่วยตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามผล สยามินทร์ ชั้น 1 ในขณะที่ท่านกำลังรอตรวจหรือเมื่อได้รับการตรวจเรียบร้อยแล้ว ตามแต่สะดวกที่จะไม่รบกวนการตรวจของท่าน

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ในการตอบแบบสอบถาม อาจทำให้เกิดความไม่สะดวก อึดอัดไม่สบายใจ และจะต้องเสียเวลาเป็นเวลาประมาณ 30 นาที

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานคือ การเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตอบแบบสอบถามครั้งนี้ จะเป็นการทำด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลกระทบใดๆต่อท่านและแม้ว่าท่านจะปฏิเสธไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนีท่านก็จะได้รับการตรวจรักษาและได้รับบริการดังเดิม

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางสาวศิริพร ศรีสมัย โทรศัพท์ 08-1542-6355

ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับจากการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดต่อไป

ค่าตอบแทนที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับ ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการวิจัยนี้ แต่จะได้รับของที่ระลึกหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมการวิจัย

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบเอง -ไม่มี

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 ห้อง 210 โรงพยาบาลศิริราช โทร 0-2419-2667-72 โทรสาร 0-2411-0162

ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยความสมัครใจไม่มีการบังคับ

ลงชื่อ..... ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

เอกสารหมายเลข 3ข

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาวศิริพร ศรีสมัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 08-1542-6355

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 ห้อง 210 โรงพยาบาลศิริราช โทร 0-2419-2667-72 โทรสาร 0-2411-0162

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ..... ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่

.....

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่

.....

(.....)

ในกรณีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร อ่านหนังสือไม่ออก มีพยานซึ่งไม่มีส่วนได้เสียอยู่ด้วยตลอดระยะเวลาที่มีการให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรมให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พยานขอยืนยันว่าข้อมูลในหนังสือแสดงเจตนายินยอมหรือข้อมูลที่ได้รับและเอกสารอื่นได้รับการอธิบายอย่างถูกต้อง และผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรมแสดงว่าเข้าใจรายละเอียดต่างๆ พร้อมทั้งให้ความยินยอมโดยสมัครใจ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ..... พยาน/วันที่.....

(.....)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

ผู้ทำวิจัย นางสาวศิริพร ศรีสมัย

ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-1128 มือถือ 08-1542-6355

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ดร. รุ้งระวี นาวีเจริญ

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย -ไม่มี

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอก และ/หรือ ในช่องท้องโป่งพอง และได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิด และ/หรือ โดยวิธีสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ ซึ่งตรงกับคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

<u>เหตุผลความเป็นมา</u>

โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองเป็นภาวะคุกคามและเป็นอันตรายต่อชีวิต เนื่องจากมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง ถ้าหลอดเลือดโป่งพองปริแตกจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 80 ดังนั้นการวินิจฉัยโรคและการได้รับการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว และทันเวลา จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะจะส่งผลอัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษา จากการศึกษาพบว่า ในช่วง 1 ปีแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำลง ทั้งในด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านการรับรู้ด้านจิตใจและสังคม จากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยทางคลินิก และเปรียบเทียบผลลัพท์ของการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิดและการผ่าตัดโดยวิธีสอดใส่หลอดเลือดเทียม ถึงแม้ว่าจะมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดหลายปัจจัย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ แต่ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย ทั้งนี้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามความนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วย ที่มุ่งเน้นไปยังโรคหรือภาวะความเจ็บป่วยเป็นหลัก ในการวิจัยครั้งนี้จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดในบริบทของประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม อายุ ระยะเวลาหลังผ่าตัด ชนิดของโรคและการผ่าตัด การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ 143 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1)แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ 2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 12 ข้อ 3)แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย จำนวน 36 ข้อ 4) แบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ 5)แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อโดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ในขณะที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจะไม่รบกวนการตรวจของท่าน ซึ่งในการตอบแบบสอบถามดังกล่าวท่านมีสิทธิ์ในการไม่ตอบคำถามข้อใดๆ ที่ไม่ต้องการตอบ

ระยะเวลาที่อาสาสมัครอยู่ในการวิจัย

เป็นการตอบแบบสอบถามเพียงครั้งเดียว ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ในการตอบแบบสอบถาม อาจทำให้เกิดความไม่สะดวก อึดอัดไม่สบายใจ และจะต้องเสียเวลาเป็นเวลาประมาณ 30 นาที และถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอถอนตัวออกจากการวิจัย

การชดเชยค่าเดินทาง ค่าเสียเวลา

ไม่มี แต่อย่างไรก็ตามท่านจะได้รับของที่ระลึกหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัย อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้รับจากท่านถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการนำไปเป็นแนวทางพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวศิริพร ศรีสมัย โทร 08-1542-6355 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย
- มีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีอาการแสดงทางคลินิกที่ผิดปกติ

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวศิริพร ศรีสมัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-05/4.0 เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเออออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ที่อยู่ .....ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่ 7 สิงหาคม 2556 และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว หรือหากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น และจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(นางสาวศิริพร ศรีสมัย)

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยหรืออาสาสมัคร

(อายุ 18 ปีขึ้นไป)

ชื่อโครงการศึกษาวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

หมายเลขโครงการศึกษาวิจัย .....

ผู้วิจัยหลัก นางสาวศิริพร ศรีสมัย

ท่านได้รับการเชื้อเชิญให้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ เนื่องจากท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองและได้รับการผ่าตัด ท่านกรุณาอ่านข้อมูลข้างล่างก่อน (หรือผู้วิจัยได้อ่านให้ท่านรับทราบ) หากท่านมีข้อข้องใจใดๆ เกี่ยวกับการศึกษาวิจัยนี้ และสิทธิของท่าน กรุณาซักถามจากผู้วิจัยหรือผู้ประสานงานวิจัย (คุณน้ำฝน พุทธกาล พยาบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจหลอดเลือดและทรวงอก) ซึ่งจะเป็นผู้สามารถให้ความกระจ่างแก่ท่านได้ หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและสำเนาใบยินยอมที่ท่านเซ็นชื่อกำกับเก็บไว้ 1 ฉบับ

การศึกษาวิจัยนี้เกี่ยวกับเรื่องอะไร

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การสนับสนุนทางสังคม อายุ ระยะเวลาหลังผ่าตัด ชนิดของโรคและการผ่าตัด การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ภายในระยะเวลา 1 ปี ที่เข้ารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 150 ราย จาก 6 โรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงทั่วประเทศ ในส่วนของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จะทำการศึกษาผู้ป่วย จำนวน 30 ราย

ท่านจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ท่านจะถูกขอร้องให้เซ็นชื่อลงในใบยินยอม จากนั้นท่านจะได้รับแบบสอบถาม จำนวน 6 ชุด คือ 1)แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2)แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 3)แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย 4)แบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ 5)แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และ 6)แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ในระหว่างตอบแบบสอบถาม หากท่านมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีอาการแสดงทางคลินิกที่ผิดปกติ ผู้วิจัยจะให้หยุดตอบแบบสอบถามทันที และจะประสานงานติดต่อกับเจ้าหน้าที่พยาบาลและรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมกับท่านต่อไป

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยนี้

ในการตอบแบบสอบถาม อาจทำให้เกิดความไม่สะดวก อึดอัดไม่สบายใจ และจะต้องเสียเวลาเป็นเวลาประมาณ 30 นาที และหากท่านเกิดความรู้สึกดังกล่าว ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ท่านพูดคุยระบายความรู้สึก และให้

เวลาตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยโดยอิสระ พร้อมทั้งชี้แจงข้อมูลว่าสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และการตัดสินใจของท่านจะไม่มีกระทบใดๆ ต่อการรักษาทั้งสิ้น

ท่านจะได้ประโยชน์อะไรจากการศึกษานี้

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆ จากการเข้าร่วมวิจัยนี้ แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้รับจากท่านถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการนำไปเป็นแนวทางพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

ค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมวิจัย

-ไม่มี

ค่าตอบแทน

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ จากการเข้าร่วมศึกษาวิจัยนี้ แต่อย่างไรก็ดี ท่านจะได้รับของที่ระลึกเมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

หากท่านได้รับบาดเจ็บจากการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์ และให้ท่านตอบแบบสอบถามและประเมินด้วยตนเอง ไม่มีการใช้ยา หรือให้ท่านทำกิจกรรมใดๆ เป็นพิเศษ หากท่านมีอาการทางคลินิกที่ผิดปกติ ท่านจะได้รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ และหากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ท่านจะทำอย่างไรหากท่านไม่ต้องการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย หรือเปลี่ยนใจระหว่างร่วมศึกษาวิจัย

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้หากท่านไม่สมัครใจ หลังจากท่านตัดสินใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถจะถอนตัวได้ตลอดเวลา การตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลต่อการรักษาในอนาคต หรือการดูแลอื่นใด แม้ว่าท่านจะปฏิเสธไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจรักษาและได้รับบริการดังเดิม

ใครจะรู้บ้างว่าท่านเข้าร่วมการศึกษานี้

แพทย์ประจำตัวท่าน และเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำคลินิกที่ท่านมารับการตรวจ จะได้รับทราบว่าท่านตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ ข้อมูลของท่านที่ถูกบันทึกไว้ระหว่างการศึกษา เช่นเดียวกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากแฟ้มเวชระเบียนของโรงพยาบาล จะถูกเก็บไว้เป็นความลับตลอดเวลา คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและผู้วิจัยสามารถที่จะขอตรวจสอบข้อมูลเหล่านี้ได้โดยข้อมูลเหล่านี้จะยังเก็บรักษาไว้เป็นเรื่องลับเฉพาะ

การปกป้องรักษาข้อมูล : ข้อมูลใดบ้างที่จะถูกเก็บรวบรวมไว้จากการศึกษานี้

ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งในการตอบแบบสอบถามของท่านจะไม่มีการระบุชื่อและที่อยู่ของท่าน ข้อมูลที่ท่านตอบจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับสำหรับการวิจัย จะเปิดเผยต่อสาธารณะในลักษณะที่เป็นภาพรวมและสรุปผลการวิจัยด้วยเหตุผลทางวิชาการ โดยแปลเป็นสถิติ ไม่มีการระบุเกี่ยวกับตัวบุคคลแต่อย่างใด และข้อมูลที่ท่าน

ตอบจะถูกเก็บไว้สำหรับการตรวจสอบข้อมูลจนครบ 5 ปี จะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมด ทั้งนี้ผู้ที่มีอำนาจกำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมและหน่วยควบคุมระเบียบกฎหมาย จะได้รับการอนุญาตให้ตรวจสอบเวชระเบียนต้นฉบับของท่านโดยตรง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของวิธีดำเนินการวิจัย โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่าน ทั้งนี้โดยการลงนามในเอกสารให้ความยินยอมของท่านอนุญาตให้บุคคลต่างๆ ข้างต้น มีสิทธิตรวจสอบเวชระเบียนต้นฉบับของท่านโดยตรง

หากท่านมีคำถามเกี่ยวกับการศึกษานี้ท่านสามารถติดต่อใครได้บ้าง

หากท่านมีคำถามหรือมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยนี้ หรือสงสัยว่าท่านกำลังได้รับบาดเจ็บจากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ กรุณาติดต่อ นางสาวศิริพร ศรีสมัย โทรศัพท์มือถือ 08-1542-6355 หรือติดต่อที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
สำหรับอาสาสมัคร อายุ 18 ปีขึ้นไป
INFORMED CONSENT FORM

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ขอให้ความยินยอมของตนเองที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลและคำอธิบายเกี่ยวกับการวิจัยนี้แล้ว ข้าพเจ้าได้มีโอกาสซักถามเกี่ยวกับการวิจัยนี้และได้รับคำตอบเป็นที่พอใจแล้ว ข้าพเจ้ามีเวลาเพียงพอในการอ่านและทำความเข้าใจกับข้อมูลในเอกสารนี้อย่างถี่ถ้วน และได้รับเวลาเพียงพอในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้หรือไม่ ผู้วิจัยมีความยินดีที่จะให้คำตอบต่อคำถามประการใดที่ข้าพเจ้าอาจจะมีได้ ตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะ ในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย และผู้วิจัยจะได้ปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือจิตใจของข้าพเจ้า ตลอดการวิจัยนี้และรับรองว่า หากเกิดมีอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ผู้ยินยอมจะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถที่จะถอนตัวจากการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับ และในกรณีที่เกิดข้อข้องใจหรือปัญหาที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวศิริพร ศรีสมัย ได้ที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-1128 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08-1542-6355

โดยการลงนามนี้ ข้าพเจ้าไม่ได้สละสิทธิ์ใด ๆ ที่ข้าพเจ้าพึงมีทางกฎหมาย

ลายมือชื่ออาสาสมัคร _____วัน-เดือน-ปี_____

(_____)

ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูลการวิจัย _____วัน-เดือน-ปี_____

(นางสาวศิริพร ศรีสมัย)

พยาน _____วัน-เดือน-ปี_____

(_____)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/ Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

2. จุดมุ่งหมายของการวิจัย

โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองเป็นภาวะคุกคามและเป็นอันตรายต่อชีวิต เนื่องจากมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง ซึ่งนอกจากการผ่าตัดรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดแล้ว การดูแลอย่างต่อเนื่องและการช่วยเหลือในการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย นับเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล ทั้งนี้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามความนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วย ที่มุ่งเน้นไปยังโรคหรือภาวะความเจ็บป่วยเป็นหลัก ในการวิจัยครั้งนี้จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม อายุ ระยะเวลาหลังผ่าตัด ชนิดของโรคและการผ่าตัด การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดให้ดีขึ้นต่อไป

3. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาในช่องอก และ/หรือในช่องท้องโป่งพอง ที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมที่มีขดลวดค้ำยันผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ ภายในระยะเวลา 1 ปี ที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด คลินิกศัลยกรรมหัวใจหลอดเลือดและทรวงอก ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงทั่วประเทศ จำนวน 143 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม จำนวน 6 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 3) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย 4) แบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ 5) แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และ 6) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที และขณะที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจะไม่รบกวนการตรวจของผู้ป่วย

4. ความเสี่ยงหรือความไม่สะดวกสบายต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับท่าน

ในการตอบแบบสอบถาม อาจทำให้เกิดความไม่สะดวก อึดอัดไม่สบายใจ และจะต้องเสียเวลาเป็นเวลาประมาณ 30 นาที และหากท่านเกิดความรู้สึกดังกล่าว ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ท่านพูดคุยระบายความรู้สึก และให้เวลาตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยโดยอิสระ พร้อมทั้งชี้แจงข้อมูลว่าสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และการตัดสินใจของท่านจะไม่มีกระทบใดๆ ต่อการรักษาทั้งสิ้น

5. ค่าชดเชยและ/ หรือการรักษาที่ท่านจะได้รับในกรณีเกิดอันตรายอันเป็นผลจากการวิจัย

ไม่มี เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์ และให้ท่านตอบแบบสอบถามและประเมินด้วยตนเอง ไม่มีการใช้ยา หรือให้ท่านทำกิจกรรมใดๆ เป็นพิเศษ หากท่านมีอาการทางคลินิกที่ผิดปกติในขณะตอบแบบสอบถาม ท่านจะได้รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ข้อมูลที่ได้รับจากท่านถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการนำไปเป็นแนวทางพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพต่อไป และท่านจะได้รับของที่ระลึกจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

7. ท่านจำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่

การเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตอบแบบสอบถาม การวิจัยครั้งนี้จะทำด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลกระทบใดๆต่อท่าน และแม้ว่าท่านจะปฏิเสธไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจรักษาและได้รับบริการดังเดิม

8. การรักษาความลับของท่าน

ในการตอบแบบสอบถามของท่านจะไม่มีการระบุชื่อและที่อยู่ของท่าน ข้อมูลที่ท่านตอบจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับสำหรับการวิจัย จะเปิดเผยต่อสาธารณะในลักษณะที่เป็นภาพรวมและสรุปผลการวิจัยด้วยเหตุผลทางวิชาการโดยแปลเป็นสถิติ ซึ่งจะไม่มีการระบุเกี่ยวกับตัวบุคคลแต่อย่างใด และข้อมูลที่ท่านตอบจะถูกเก็บไว้สำหรับการตรวจสอบข้อมูลจนครบ 5 ปี จะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมด

9. สิ่งที่ท่านได้รับ

เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับแบบสอบถามที่มีคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ในเรื่อง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด โดยจะประเมินจากแบบสอบถามทั้งหมด 6 ส่วน ในกรณีที่ผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมใดๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบในเวลาอันสมควร ซึ่งข้อมูลเพิ่มเติมนี้อาจมีผลต่อความสมัครใจของผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมการวิจัยต่อไป

10. บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อได้

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยและสิทธิของท่าน โปรดสอบถามและติดต่อได้ที่ นางสาวศิริพร ศรีสมัย นักศึกษาปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 081-542-6355 หรือที่ ศูนย์วิจัย ร.พ.สรรพสิทธิประสงค์ ถ.สรรพสิทธิ์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ 045-244973 ต่อ 1395

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการ ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิริพร ศรีสมัย

ที่อยู่ที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 081-542-6355

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอน ต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถาม 1 ครั้ง เกี่ยวกับ “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด” และได้ทราบถึงประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้นไม่มีข้อมูลใดที่จะนำไปสู่การระบุถึงตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ ศูนย์วิจัย ร.พ. สรรพสิทธิประสงค์ ถ.สรรพสิทธิ์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ 045-244973 ต่อ 1395

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(นางสาวศิริพร ศรีสมัย)	(.....)
ผู้วิจัยหลัก	ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)
พยาน	พยาน

Chulalongkorn University

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

<u>ส่วนที่ 1</u> **แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล**

<u>คำชี้แจง</u> โปรดตอบคำถามโดยการเติมคำตอบหรือทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง □ ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	**รหัสผู้วิจัย**
1. เพศ □ ชาย □ หญิง	
2. อายุ.....ปี (จำนวนเศษของเดือนที่เกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี)	
3. สถานภาพสมรส □ โสด □ คู่ □ หม้าย □ หย่า □ แยกกันอยู่	
4. โรคประจำตัว □ เบาหวาน □ โรคหัวใจ □ ความดันโลหิตสูง □ โรคไต □ ไขมันในเลือดสูง □ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง □ อื่นๆ ระบุ.....	
ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก) 5. การวินิจฉัยโรค 1) ..... 2)	
6. การผ่าตัดที่ได้รับ 1) .....วันที่ได้รับการผ่าตัด..... 2) .....วันที่ได้รับการผ่าตัด.....	

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

<u>ส่วนที่ 2</u> **แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม**

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด **เพียงคำตอบเดียว** ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. สมาชิกในครอบครัวของฉัน หรือเพื่อนฉันเป็นผู้ดูแลฉันได้หากจำเป็น					
2. เมื่อฉันรู้สึกเบื่อ ผิดหวัง หรือซึมเศร้า ฉันสามารถพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน					
3. ฉันมีคนใกล้ชิดที่สามารถดูแลฉันได้					
4. ถ้าฉันต้องการความช่วยเหลือ สมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนฉัน จะเป็นผู้ที่ให้คำแนะนำฉัน					
5. ฉันได้รับข้อมูลจากแพทย์ หรือพยาบาลเมื่อฉันต้องการ					
6. การมาตรวจตามนัดมีความสำคัญอย่างมากที่จะได้รับข้อมูลจากแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด					
7. ฉันได้รับความช่วยเหลือในการจัดการ					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ดูแลสุขภาพเสมอเมื่อฉันต้องการ					
8. ฉันมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับปัญหาโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด กับผู้ป่วยอื่นที่เป็นโรคนี้					
9. เมื่อฉันต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ฉันจะได้รับความช่วยเหลือจากผู้ป่วยอื่นที่เป็นโรคนี้เช่นเดียวกัน					
10. สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนของฉันให้การดูแลเอาใจใส่ฉันมากเกินไป					
11. แพทย์และพยาบาลยุ่งกับการดูแลสุขภาพของฉันมากเกินไป					
12. ฉันมีแหล่งสนับสนุนด้านการเงินอย่างเพียงพอสำหรับการดูแลตัวฉัน					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

<u>ส่วนที่ 3</u> **แบบสอบถามการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด**

<u>ตอนที่ 1</u> แบบสอบถามการรับรู้ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

<u>คำชี้แจง</u> ท่านคิดว่าท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ เมื่อท่านป่วยเป็นโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังได้รับการผ่าตัด โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่เห็นว่าใกล้เคียงกับท่านมากที่สุด **(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

ข้อ	อาการ	อาการที่เกี่ยวข้อง	
		มี	ไม่มี
1	เจ็บ/ปวด แน่นหน้าอก		
2	ปวดท้องร้าวไปหลัง		
3	ปวดขาในขณะเดิน		
4	ปวดขาในขณะพัก มักปวดเวลากลางคืน		
5	ปวดศีรษะร่วมกับตาพร่ามัว		
6	ง่วงซึม ความรู้สึกตัวลดลง		
7	เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย		
8	วิงเวียนศีรษะ/มึนงง/หน้ามืด		
9	เป็นลมหมดสติ		
10	การรับความรู้สึกที่ขาลดลง/รู้สึกชา		
11	อาการอื่นๆ ระบุ...		

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสาเหตุการเกิดโรค ช่วงเวลาของการเป็นโรค ผลกระทบจากโรค และการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด **เพียงคำตอบเดียว** ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองของฉัน เกิดจากเชื้อโรค					
2. อาหารเป็นสาเหตุหลัก ที่ทำให้ฉันเป็นโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง					
3. โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองของฉันเกิดจากภาวะมลพิษ					
4. โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองของฉันเกิดจากพันธุกรรม					
5. โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองของฉันเกิดขึ้นโดยความบังเอิญ					
6. ความเครียดเป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง					
7. โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองเกิดจากการปฏิบัติตัวของฉัน					
8. จิตใจของฉันมีบทบาทสำคัญในการทำให้ฉันเป็นโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง					
9. โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองของฉันจะดำเนินอยู่เพียงช่วงระยะเวลาสั้น (ภายในระยะเวลา 6 เดือน)					
10. โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองของฉันค่อนข้างจะอยู่ถาวรมากกว่าชั่วคราว					

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
(ระยะเวลามากกว่า 6 เดือน)					
11. โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองของฉันจะดำเนินอยู่เป็นช่วงระยะเวลาที่ยาวนาน					
12. โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองพองของฉันเป็นโรคที่ร้ายแรง					
13. โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองมีผลกระทบโดยตรงต่อชีวิตของฉัน					
14. โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองไม่ยุ่งยากกับการดำเนินชีวิตของฉัน					
15.โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองไม่มีผลกระทบต่อชีวิตของฉันมากนัก					
16. โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองของฉันมีผลกระทบโดยตรงจากผู้อื่นที่มองฉัน					
17. โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองของฉันมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและการเงินของฉัน					
18. โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองของฉันจะค่อยๆ ดีขึ้น					
19. การหายจากโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับโอกาสและโชคชะตา					
20. โรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองของฉันจะดีขึ้นหรือแย่ลงขึ้นอยู่กับสิ่งที่ฉันประพฤติปฏิบัติ					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

<u>ส่วนที่ 4</u> **แบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ**

<u>คำชี้แจง</u> กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด **เพียงคำตอบเดียว** ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

1 หมายถึง ท่านปฏิบัติ

0 หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติ

ข้อความ	การปฏิบัติ	
	ปฏิบัติ (1)	ไม่ปฏิบัติ (0)
1. ท่านรับประทานยาทุกชนิดตามแผนการรักษา		
2. ท่านเคยลดจำนวนยา และหยุดรับประทานยาด้วยตนเอง		
3.ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่		
4. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด		
5. ท่านรับประทานอาหารประเภทไขมันสูง		
6. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 – 5 ครั้งต่อสัปดาห์ นานครั้งละ 30 นาที		
7.ท่านสูบบุหรี่		
8. ท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
9. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีคาแฟอีน เช่น ชา กาแฟ		
10. ท่านควบคุมความดันโลหิตและติดตามค่าความดันโลหิต		
11. ท่านมาตรวจตามนัด		
12. ท่านมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ		

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

<u>ส่วนที่ 5</u> **แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ**

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด **เพียงคำตอบเดียว** ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมั่นใจมากที่สุดว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจมาก	หมายถึง	ท่านมั่นใจมากว่าจะสามารถกระทำได้
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจเล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมั่นใจเล็กน้อยว่าจะสามารถกระทำได้
ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง	ท่านไม่มั่นใจเลยว่าจะสามารถกระทำได้

ข้อความ	มั่นใจมากที่สุด	มั่นใจมาก	ไม่แน่ใจ	มั่นใจเล็กน้อย	ไม่มั่นใจเลย
ท่านมั่นใจว่า.... 1. รับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์					
2. เลิกสูบบุหรี่					
3. เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์					
4. ออกกำลังกายในปริมาณที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย					
5. สามารถควบคุมน้ำหนักตัว					
6. สามารถลดน้ำหนักเมื่อมีน้ำตัวเกินเกณฑ์					
7. ควบคุมอาการของโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดได้					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด โปรดวงกลม ○ หรือทำเครื่องหมาย x คำตอบข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด**เพียงคำตอบเดียว**

1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่เป็นโรคหลอดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด หรือคนอื่นๆที่มีอายุเท่าๆ กัน
   1) ดีเยี่ยม
   2) ดีมาก
   3) ดี
   4) พอใช้
   5) แย่มาก
2. ในเดือนที่ผ่านมา ท่านมีการเจ็บป่วยที่ต้องนอนพัก หรือไม่สามารถทำงานได้ บ้างหรือไม่
   1) ไม่มี
   2) มีประมาณ 1 – 5 วัน
   3) มีประมาณ 6 – 14 วัน
   4) มีประมาณ 15 – 30 วัน
   5) มีทุกวัน
3. สุขภาพของท่านในขณะนี้เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัดเป็นอย่างไร
   1) ดีกว่ามาก
   2) ดีกว่าเล็กน้อย
   3) เหมือนๆ กัน
   4) แย่กว่าเล็กน้อย
   5) แย่กว่ามาก
4. ท่านสามารถเดินในแนวราบได้ระยะทางเท่าไหร่ จึงจะมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ มีอาการเจ็บหน้าอก ปวดขา หรือมีอาการผิดปกติอื่นๆ เกิดขึ้น
   1) มากกว่า 1 กิโลเมตร
   2) ประมาณ 500 เมตร ถึง 1 กิโลเมตร
   3) ประมาณ 100 เมตร ถึง 500 เมตร
   4) ประมาณ 1 เมตร ถึง 100 เมตร
   5) ฉันเดินไม่ไหว เนื่องจากมีอาการปวด ต้องนอนพัก

Chulalongkorn University

5. ท่านมีอาการปวดขา หรืออาการไม่สุขสบายที่รบกวนการนอนหลับบ้างหรือไม่

1) ไม่มีเลย
2) มีอาการปวดเวลาเดิน
3) มีอาการปวดตอนกลางคืน
4) มีแผลที่เท้า/ขา
5) ฉันได้รับการตัดขาไปแล้ว

6. ท่านสามารถทำงานบ้าน หรือทำกิจกรรมอื่นๆ ได้หรือไม่

1) สามารถทำได้ดี
2) ทำได้ แต่ต้องใช้ความพยายาม
3) ทำได้ แต่ต้องได้รับการช่วยเหลือบ้างบางครั้ง
4) ทำได้ แต่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง
5) ไม่สามารถทำได้เลย

7. ท่านสามารถอ่านหนังสือ หนังสือพิมพ์ หรือนิตยสารต่างๆ ได้หรือไม่

1) สามารถอ่านได้ดี
2) สามารถอ่านได้แต่ต้องใช้ความพยายาม
3) สามารถอ่านได้แต่ต้องสวมแว่นตา
4) ไม่สามารถอ่านได้ เพราะความสามารถในการมองเห็นลดลง
5) ไม่สามารถอ่านได้เพราะตามองไม่เห็น

8. ท่านมีอาการผิดปกติเหล่านี้เกิดขึ้นบ้างหรือไม่ เช่น หงุดหงิดง่าย มึนงง เป็นลมหมดสติ ความจำลดลง เป็นต้น (รวมถึง ภาวะลมชัก, ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว, อาการเวียนศีรษะเป็นครั้งคราว, หมดสติ หรืออาการของภาวะสมองขาดเลือด)

1) ไม่มีเลย
2) มีบ้างเป็นครั้งคราว
3) มีบางเวลา
4) เป็นประจำบ่อยครั้ง
5) เป็นประจำต่อเนื่อง

9. ท่านได้พบปะเพื่อนฝูง หรือทำงานอดิเรกบ่อยแค่ไหน

1) ทุกวัน
2) มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์
3) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
4) มากกว่า 2 ครั้งต่อเดือน
5) น้อยมาก หรือแทบไม่มีเลย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

10. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว ไม่มีความสุข ซึมเศร้าหรือวิตกกังวลบ้างหรือไม่

1) ไม่มีเลย
2) มีบ้างเป็นครั้งคราว
3) มีบางเวลา
4) มีบ่อย เป็นประจำ
5) มีเกือบตลอดเวลา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก จ

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การสนับสนุนทางสังคม

```
RECODE social10 social11 (1=5) (2=4) (4=2) (5=1). EXECUTE.
RELIABILITY   /VARIABLES=social1 social2 social3 social4 social5
social6 social7 social8 social9 social10 social11 social12
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL   /MODEL=ALPHA
```

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.786	.824	12

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
social1	43.7000	25.597	.521	.710	.768
social2	44.2000	24.786	.276	.673	.790
social3	43.6667	25.678	.509	.754	.769
social4	43.8333	25.247	.606	.881	.763
social5	43.6333	25.413	.571	.674	.765
social6	43.5333	26.257	.430	.780	.775
social7	43.8333	25.454	.485	.560	.769
social8	44.4667	21.499	.676	.913	.740
social9	44.8000	20.993	.624	.855	.746
social10	45.2000	20.441	.581	.778	.754
social11	45.8000	24.924	.292	.612	.786
social12	43.9000	26.990	.072	.696	.809

การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

ตอนที่ 1 ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

```
RELIABILITY   /VARIABLES=identity1 identity2 identity3 identity4
identity5 identity6 identity7 identity8 identity9 identity10
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL   /MODEL=GUTTMAN
```

Reliability Statistics

Lambda	1	.571
	2	.691
	3	.634
	4	.797
	5	.689
	6	.783
N of Items		10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
identity1	2.2333	3.357	.439	.602	.575
identity2	2.3000	4.010	.042	.429	.677
identity3	2.3000	3.872	.162	.379	.641
identity4	2.4000	3.972	.153	.242	.639
identity5	2.4333	3.909	.222	.450	.625
identity6	2.5333	3.844	.481	.673	.593
identity7	2.2667	3.720	.236	.376	.625
identity8	2.2000	2.924	.712	.686	.496
identity9	2.5667	4.116	.320	.623	.620
identity10	2.1667	3.247	.487	.620	.561

ตอนที่ 2 ด้านสาเหตุการเกิดโรค ด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค ด้านผลกระทบจากโรค และด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค

```
RECODE cause3 cause5 cause8 cause9 timeline11 conseq16 conseq17
conseq18 control23 control25 (1=5) (2=4) (4=2) (5=1). EXECUTE.
RELIABILITY /SCALE('ALL VARIABLES') ALL   /MODEL=ALPHA
```

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.670	.675	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
cause1	59.1667	58.902	.366	.818	.649
cause2	58.2667	54.202	.532	.934	.625
cause3	58.9000	57.817	.274	.772	.656
cause4	58.5667	58.599	.314	.806	.652
cause5	58.4667	59.913	.159	.650	.670
cause6	58.4667	53.637	.480	.879	.628
cause7	57.8000	59.407	.217	.841	.662
cause8	59.1667	55.385	.586	.838	.626
timeline9	58.7667	60.875	.168	.883	.667
timeline10	58.4000	60.938	.166	.871	.667
timeline11	57.9333	65.030	-.088	.902	.690
conseq12	57.6000	60.800	.177	.725	.666
conseq13	57.8333	59.040	.237	.657	.660
conseq14	58.6333	59.551	.243	.851	.659
conseq15	58.7667	59.771	.266	.889	.657
conseq16	59.1667	54.489	.537	.778	.625
conseq17	58.4667	60.120	.179	.814	.667
control28	57.5667	63.220	.036	.596	.678
control19	58.9000	61.610	.038	.566	.690
control20	57.0333	62.999	.169	.841	.667

ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ

```
RECODE adhere2 adhere4 adhere5 adhere8 adhere9 (1=0) (0=1). EXECUTE.
RELIABILITY   /VARIABLES=adhere1 adhere2 adhere3 adhere4 adhere5
adhere6 adhere7 adhere8 adhere9 adhere10 adhere11 adhere12
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL   /MODEL=GUTTMAN
```

Reliability Statistics

Lambda	1	.565
	2	.671
	3	.627
	4	.693
	5	.658
	6	.722
N of Items		10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
adhere2	12.7333	13.857	.350	.247	.591
adhere3	11.1667	14.351	.424	.368	.570
adhere4	12.8667	16.809	.147	.338	.632
adhere5	12.6333	15.068	.476	.762	.568
adhere6	11.6333	14.792	.349	.362	.589
adhere7	12.3000	16.079	.522	.712	.581
adhere8	13.4000	18.662	-.149	.143	.643
adhere9	12.2333	13.357	.376	.330	.584
adhere10	11.2333	14.599	.377	.373	.582
adhere12	10.7000	18.148	-.028	.151	.657

สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

```
RELIABILITY   /VARIABLES=efficacy1 efficacy2 efficacy3 efficacy4
efficacy5 efficacy6 efficacy7   /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
```

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.747	.742	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
efficacy1	21.7667	18.875	.386	.589	.736
efficacy2	21.9667	17.689	.303	.204	.751
efficacy3	22.4333	16.323	.524	.627	.704
efficacy4	22.8667	17.982	.256	.166	.762
efficacy5	23.4333	13.151	.812	.936	.622
efficacy6	23.5000	12.879	.796	.928	.623
efficacy7	23.0333	17.964	.239	.283	.767

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด

```
RELIABILITY   /VARIABLES=hrqol1 hrqol2 hrqol3 hrqol4 hrqol5 hrqol6
hrqol7 hrqol8 hrqol9 hrqol10   /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
```

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.708	.665	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
hrqol1	14.4000	18.041	.701	.592	.625
hrqol2	15.9333	23.306	.131	.306	.715
hrqol3	15.6000	22.662	.149	.270	.717
hrqol4	15.1333	17.706	.466	.600	.668
hrqol5	15.5333	20.602	.440	.509	.675
hrqol6	15.5000	16.397	.674	.763	.616
hrqol7	15.3667	21.068	.221	.449	.715
hrqol8	15.9333	24.478	-.056	.353	.731
hrqol9	15.4000	17.490	.626	.658	.632
hrqol10	15.7000	23.045	.174	.216	.710

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 11 จำนวน และร้อยละ ของการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด (n = 143)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
1	สมาชิกในครอบครัวของฉันหรือเพื่อนฉัน เป็นผู้ดูแลฉันได้หากจำเป็น	142	99.3
2	เมื่อฉันรู้สึกเบื่อ ผิดหวัง หรือซึมเศร้า ฉันสามารถพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อน	118	82.6
3	ฉันมีคนใกล้ชิดที่สามารถดูแลฉันได้	138	96.5
4	ถ้าฉันต้องการความช่วยเหลือ สมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนฉัน จะเป็นผู้ที่ให้คำแนะนำฉัน	141	98.6
5	ฉันได้รับข้อมูลจากแพทย์ หรือพยาบาลเมื่อฉันต้องการ	142	99.3
6	การมาตรวจตามนัดมีความสำคัญอย่างมากที่จะได้รับข้อมูลจากแพทย์หรือพยาบาล เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด	143	100.0
7	ฉันได้รับความช่วยเหลือในการจัดการดูแลสุขภาพเสมอเมื่อฉันต้องการ	138	96.5
8	ฉันมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเกี่ยวกับปัญหาโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัดกับผู้ป่วยอื่นที่เป็นโรคนี้	78	54.6
9	เมื่อฉันต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองหลังผ่าตัด ฉันจะได้รับความช่วยเหลือจากผู้ป่วยอื่นที่เป็นโรคนี้เช่นเดียวกัน	54	37.8
10	สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนของฉัน ให้การดูแลเอาใจใส่ฉันเป็นอย่างดี	64	44.8
11	แพทย์และพยาบาลให้การดูแลสุขภาพของฉันเป็นอย่างดี	85	59.5
12	ฉันมีแหล่งสนับสนุนด้านการเงินอย่างเพียงพอสำหรับการดูแลตัวฉัน	103	72.1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวศิริพร ศรีสมัย เกิดเมื่อวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2526 ภูมิลำเนา จังหวัดนครศรีธรรมราช สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อปีการศึกษา 2546 หลังสำเร็จการศึกษาได้เข้าปฏิบัติงาน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานห้องผ่าตัดใหญ่ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 - 2554 จากนั้นลาศึกษาต่อในระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 - 2556 ปัจจุบันเข้าปฏิบัติหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ ห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าผ่าตัดรักษาครอบคลุมทุกแผนก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University