ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

นางสาววิชชุดา ดอกผึ้ง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2550
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF SELF - EFFICACY ENHANCEMENT PROGRAM ON RECOVERY OF ELDERLY PATIENTS AFTER RECEIVING CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT

Miss Witchuda Dokphueng

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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 2007

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
โดย	นางสาววิชชุดา ดอกผึ้ง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิชชุดา ดอกผึ้ง : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (THE EFFECT OF SELF – EFFICACY ENHANCEMENT PROGRAM ON RECOVERY OF ELDERLY PATIENTS AFTER RECEIVING CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT) อ.ที่ปรึกษา: ผศ. ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 173 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลศิริราช โดยมีการวางแผนผ่าตัดล่วงหน้า จำนวน 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ (matched pair) ตามตัวแปร เพศ อายุ ประสบการณ์การได้รับการผ่าตัด และประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน แบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด และเครื่องมือกำกับการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Man-Whitney U Test ผลการวิจัยที่สำคัญสรุปได้ ดังนี้

1. การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุในด้านความเจ็บปวดหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในวันที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุในด้านจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามจำนวนครั้งของการบริหารการหายใจหลังผ่าตัดโดยใช้ intensive spirometer ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ในวันที่ 1 หลังผ่าตัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุในด้านจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....วิชชุดา ดอกผึ้ง.....

ปีการศึกษา.....2550..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4877598636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: ELDERLY PATIENTS / SELF – EFFICACY ENHANCEMENT / RECOVERY / CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT.

WITCHUDA DOKPHUENG: THE EFFECT OF SELF – EFFICACY ENHANCEMENT PROGRAM ON RECOVERY OF ELDERLY PATIENTS AFTER RECEIVING CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT. THESIS ADVISOR: ASST. PROF. CAPT. SIRIPHAN SASAT, PHD., 173 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were to compare postoperative recovery of elderly patients who received the self – efficacy enhancement program and those who had routine nursing care. Samples consisted of 40 elderly patients who received coronary artery bypass graft (CABG) for treatment at Siriraj Hospital. The samples were matched pair for sex, age, experience of having operation and ejection fraction and were assigned 20 persons into experiment and 20 persons into control group. The instruments were the self – efficacy enhancement program, postoperative recovery evaluation and experiment monitoring instrument. Data were analyzed using Man-Whitney U Test.

Major findings were as follows:

1. Postoperative recovery on postoperative pain dimension between the experimental group and the control group were statistically significant different on the second days at the level of .05.

2. Postoperative recovery on postoperative ambulation dimension between the experimental group and the control group were statistically significant different on the first day at the level of .05.

3. Postoperative recovery on postoperative analgesic usage dimension, complication dimension and length of stay after operative between the experimental group and the control group were not significant different.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Field of study.....Nursing Science..... Student's signature.....Witchuda Dokphueng.....

Academic year.....2007.....Advisor's signature .....Siriph Sasat.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ ได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น แก้ไขข้อบกพร่อง ให้ความเอาใจใส่ เสียสละ และเป็นกำลังใจด้วยดีเสมอมา ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ ประธานกรรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและข้อแนะนำวิชาการด้านสถิติ และการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยความเอาใจใส่ กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชญาภรณ์ มูลศิลป์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ถาวร ทรัพย์ทวีสิน นางสาวเปี่ยมลาภ โสภาษิต นางสาวชุลี ภู่ทอง และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกทราบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง

กราบขอบพระคุณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยามหิดล ตลอดจนเจ้าหน้าที่แพทย์และพยาบาลตึกศูนย์โรคหัวใจชั้น 5 และชั้น 8 หอผู้ป่วยตึก 84 ปี ชั้น 3 ตะวันตกเหนือ โรงพยาบาลศิริราชทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี กราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิประสาทความรู้ให้แก่ผู้วิจัย งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนบางส่วนจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ ขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณ คุณยายวิลัย อรุณศรี คุณแม่มะลิ อรุณศรี นายสมิทธิ ดอกผึ้ง นายเกษมศักดิ์ – นางกฤษณา และ ด.ช. กิตติศักดิ์ ดอกผึ้ง อาจารย์วิชิยา ยลพันธ์ ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน และเป็นแรงใจในการศึกษาตลอดมา ขอบคุณ คุณวันเพ็ญ สายัณย์ศศิกนก พี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ ร่วมรุ่นทุกคนที่ดูแลเอาใจใส่ให้ความช่วยเหลือ คอยติดตามเป็นกำลังใจตลอดเวลาที่ศึกษา และผู้ที่มีส่วนทุกท่านที่มิได้เอ่ยนาม จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงสมบูรณ์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ

กิตติกรรมประกาศ..... ฉ

สารบัญ..... ช

สารบัญตาราง..... ฌ

สารบัญแผนภูมิ..... ญ

สารบัญภาพ..... ฏ

บทที่ 1 บทนำ..... 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... 5

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... 6

สมมติฐานการวิจัย..... 8

ขอบเขตการวิจัย..... 9

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 10

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 12

บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 13

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ..... 13

โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในผู้สูงอายุ..... 17

การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ..... 21

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ..... 24

การฟื้นสภาพหลังผ่าตัด..... 35

ทฤษฎีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน..... 42

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด..... 47

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 50

หน้า

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... 54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 58
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... 60
ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล..... 65
การวิเคราะห์ข้อมูล..... 73

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 76

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ..... 85
สรุปผลการวิจัย..... 88
อภิปรายผลการวิจัย..... 89
ข้อเสนอแนะ..... 94

รายการอ้างอิง..... 96
ภาคผนวก..... 104
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 105
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 112
ภาคผนวก ค โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน..... 129
ภาคผนวก ง สถิติที่ใช้ในการวิจัย..... 159
ภาคผนวก จ ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย..... 162
ภาคผนวก ฉ ใบอนุมัติการเก็บข้อมูล..... 169
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 173

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตาราง หน้า

1. แสดงผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตาม อายุ เพศ ประสบการณ์การได้รับการผ่าตัด และประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ..... 57
2. แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระดับการศึกษา ประสบการณ์การได้รับการผ่าตัด และ ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ..... 77
3. แสดงค่าคะแนนของความเจ็บปวดหลังผ่าตัด จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง..... 79
4. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยวิธี Man-Whitney U Test..... 81
5. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยวิธี Man-Whitney U Test..... 82
6. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยวิธี Man-Whitney U Test..... 82
7. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยวิธี Man-Whitney U Test..... 83
8. เปรียบเทียบความแตกต่างของการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยวิธี Man-Whitney U Test..... 84

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ หน้า

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยสภาพแวดล้อม ที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน..... 43
2. กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 53
3. แผนภูมิสรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง..... 75

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

แผนภาพที่ หน้า

1. แสดงภาพตัวอย่างในบทวิดิทัศน์..... 155

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในผู้สูงอายุ ในประเทศสหรัฐอเมริกามีประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดปีละประมาณ 930,000 คน ในจำนวนนี้ร้อยละ 54 เป็นการเสียชีวิตอย่างกระทันหัน (Bucher & Melander, 1999) และเป็นสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ (Moss, 1992 ; Eaton, 2000) อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และพบมากที่สุดในอายุ 70 ปีขึ้นไป และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี (Ebersole. et al, 2005) โดยมีการประมาณว่าในจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งมีประมาณ 650,000 คนต่อปี จะเป็นผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุถึงครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (Eaton, 2000) สำหรับประเทศไทย โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุของอัตราการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจากรายงานของกองสถิติสาธารณสุข (2547) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 - 2546 พบว่ามีการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 7.9, 10.1, 12.4, 14.4 และ 19.1 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ

โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (Coronary heart disease หรือ CHD) หรือกลุ่มโรคหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงหัวใจซึ่งมีพยาธิกำเนิดจากภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว (Atherosclerotic heart disease หรือ ASHD) การสะสมของไขมันมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็ง รูภายในหลอดเลือดตีบแคบลง ซึ่งหากการตีบแคบนี้เกิดขึ้นเกินกว่าร้อยละ 50 - 70 ของขนาดเดิม เลือดจะไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการผู้ป่วยจะเกิดอาการเจ็บหน้าอกได้ (Bucher & Melander, 1999) การแตกตัวของ atherosclerotic plaque ในหลอดเลือดโคโรนารี ทำให้เกิดการกระตุ้นกระบวนการการแข็งตัวของหลอดเลือด ทำให้มีลิ่มเลือดซึ่งเป็นผลทำให้เกิดการอุดตันอย่างเฉียบพลันของหลอดเลือดโคโรนารีได้ (Eaton, 2000) จากการศึกษาด้านระบาดวิทยาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะ Atherosclerosis ของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ เพศ โรคเบาหวาน และระดับโฮโมซีสเตอีนในพลาสมาสูง (เสก ปัญญสังข์ และสุทธิชัย จิตพันธ์กุล, 2543; Eaton, 2000) ลักษณะของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในผู้สูงอายุจะพบรอยโรคที่รุนแรงและกระจัดกระจายได้บ่อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย

(Blazing , 1999 อ้างถึงใน เสก ปัญญสังข์, 2543) และผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดจะมีอัตราเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อยเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย มีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีระวิทยาไปในทางเสื่อมลง และอาการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ไม่ตรงไปตรงมาทำให้ได้รับการรักษาล่าช้า (จันทนา รณฤทธิวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545) การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี มี 3 วิธีคือ 1) การรักษาด้วยยาที่ใช้ในการรักษาอาการของโรคหัวใจขาดเลือดปัจจุบันมี 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ ยากลุ่ม Nitrate มีผลขยายหลอดเลือดไปเลี้ยงที่หัวใจ ทำให้เลือดสามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น ยากลุ่ม Beta-blocker มีผลลดอัตราและแรงบีบตัวของหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการเลือดไปเลี้ยงน้อยลง และเพิ่มช่วงเวลาคลายตัวของหัวใจทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้มากขึ้นด้วย และยากลุ่ม Calcium antagonist มีผลทำให้กล้ามเนื้อเรียบที่บริเวณผนังหลอดเลือดหัวใจคลายตัวทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น 2) การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนพร้อมกับใส่โครงตาข่ายคือการใส่บอลลูนขนาดเล็กเข้าไปขยายบริเวณที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ขดลวดเล็ก ๆ (stent) ถ่างขยายหลอดเลือดไว้ 3) การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเพื่อให้เลือดสามารถไหลผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่อยู่ใต้ตำแหน่งการอุดตันของหลอดเลือดได้ (อภิชาติ สุคนธสรรพ์, 2546)

การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft: CABG) เป็นการผ่าตัดเพื่อแก้ไขสภาวะการไหลเวียนโลหิตที่ผิดปกติ เป็นการรักษาโรคหัวใจที่สำคัญสามารถควบคุมอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงที่รักษาด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล จากสถิติจะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดเพิ่มขึ้นทุกปีในผู้สูงอายุที่มีการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดผิดปกติ โดยในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ถึงร้อยละ 55 (American Heart Association, 2003) โดย 1 ใน 4 ส่วนเป็นผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 70 ปี และร้อยละ 8 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 75 ปี เฉลี่ยมีผู้ป่วยสูงอายุเข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 25,000 รายต่อปี (Natarajan. et al, 2007) และจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจยังมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ สำหรับในประเทศไทยมีสถิติผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในปี พ.ศ. 2544 - 2546 มีจำนวน 1,566, 1,877 และ 2,190 รายตามลำดับ (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2546) ในโรงพยาบาลศิริราชพบว่าในระยะ 5 ปีที่ผ่านมามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2550 ดังนี้ 450, 643, 588, 541, 610 รายตามลำดับ (สถิติของสาขาวิชาศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช, 2550)

การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นการผ่าตัดทำทางเดินของหลอดเลือดใหม่เพื่อข้ามส่วนที่อุดตันของหลอดเลือดโคโรนารี (วีระชัย นาวารวงศ์, 2543) ในขณะทำการผ่าตัดจะมี

ความจำเป็นที่ต้องใช้เทคนิคและอุปกรณ์พิเศษต่าง ๆ เข้าช่วยในการผ่าตัดซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ภาวะปอดแฟบ ภาวะน้ำท่วมปอด แผลผ่าตัดอักเสบติดเชื้อ (Bojar, 1999; Miller, 2004) รวมทั้งอาการแสดงอื่น ๆ หลังผ่าตัด

ในผู้ป่วยสูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุน้อย เช่น อาการปวดแผลผ่าตัดทั้งแผลผ่าตัดกลางหน้าอกและแผลผ่าตัดที่ขา หายใจตื้น เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย เท้าบวม และสูญเสียความอยากอาหาร โดยเฉพาะในช่วง 1 สัปดาห์หลังการผ่าตัด (Miller, 2004) และนอกจากจะส่งผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ มีความวิตกกังวล คิดมาก ไม่มั่นใจในตนเอง มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายถึงร้อยละ 59 (Jaarsma, et al., 1995) และมีอาการหลงลืม (Bojar, 1999) ในผู้สูงอายุนั้นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ลดลงเป็นผลที่เกิดตามมาภายหลังการเจ็บป่วยและการผ่าตัด (Kenedy, et al., 1990) จากผลกระทบที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการอ่อนเพลียเหนื่อยล้า ไม่สุขสบาย เจ็บปวดแผลผ่าตัด และมีความตึงเครียดทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลต่อการพิจารณาสมรรถนะแห่งตนในการริเริ่มปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัด (ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545) ภายหลังการผ่าตัดหัวใจผู้ป่วยสูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอย่างน้อย 24 - 72 ชั่วโมง ผู้ป่วยสูงอายุจะได้รับการใส่สายสวนต่าง ๆ เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจภายหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุประสบปัญหาที่สำคัญในระยะพักฟื้นคือ เกิดข้อจำกัดในการทำหน้าที่ และการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรม และทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามปกติ (ภารณี เทพส่องแสง, 2541) ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง เช่น ไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่ยอมลุกนั่งและเดินหลังผ่าตัด ไม่ยอมไอ และหายใจตื้น ๆ เกิดการอ่อนล้าของร่างกายร่วมกับการอ่อนล้าของการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ (Oetker-Black, et al., 1992) ส่งผลให้การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดช้าลง

การฟื้นสภาพหลังผ่าตัด เป็นสภาวะด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจสามารถปรับหน้าที่เข้าสู่สภาวะปกติหรือทำหน้าที่ได้ดีที่สุดตามสภาพของร่างกายเท่าที่จะเป็นไปได้หลังผ่าตัด ปราศจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยองค์ประกอบของการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด (Johnson, et al., 1978) ประกอบด้วย 1) ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด แบ่งออกเป็นการรับรู้อาการปวดทางร่างกาย และการรับรู้ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัด ซึ่งมีผลต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด เนื่องจากความเจ็บปวดแผลจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุนอนเกร็งตัว ไม่กล้าขยับเขยื้อนร่างกาย ไม่ยอมไอ และหายใจตื้น ๆ มีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบใน ร่างกายโดยเฉพาะระบบการหายใจ (Miller, 2004) 2) จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลัง

ผ่าตัด เพราะปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับจะเป็นสิ่งบ่งชี้ถึงระดับความรุนแรงของอาการปวดแผลภายหลังผ่าตัด (พิกุล วิญญาเงือก, 2532) 3) การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด จะช่วยส่งเสริมให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายกลับทำหน้าที่ตามปกติได้เร็วขึ้น การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดสามารถสะท้อนให้เห็นถึงการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้เป็นอย่างดี ลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เช่น อาการบวมที่ขา อาการแน่นท้อง ท้องผูก (Miller, 2004) 4) การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเป็นภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดซึ่งอาจทำให้ ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย มีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็น และ 5) จำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด เป็นจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนับตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัดจนถึงวันสุดท้ายที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Johnson et al, 1978; Hanucharurnkul& Vinya-Nguag,1991) ในการพยาบาลก่อนผ่าตัดต้องคำนึงถึงการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดด้วย สิ่งสำคัญในการช่วยให้ผู้สูงอายุฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้โดยเร็ว คือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด เพื่อให้เกิดความมั่นใจซึ่งมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด (Oetker-Black, et al., 1992)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจปฏิบัติตนหลังผ่าตัดไม่เหมาะสม เกิดจากผู้ป่วยสูงอายุขาดความมั่นใจ และความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Carroll, 1995) เนื่องมาจากการรับรู้ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ว่าการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นอันตรายต่อชีวิต หลังการผ่าตัดผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (กาญจนา สิมาจารึก, 2538) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว วิตกกังวล สถานการณ์เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด จากการศึกษาของ Oetker-Black, et al. (1992) พบว่าความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนก่อนการผ่าตัดส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่อยู่ในระดับสูงจะมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในสมรรถนะของตน ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ มากกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่า (Carroll, 1995) การรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการผ่าตัดหัวใจ (สิริรัตน์ เงาสมสกุล, 2543) ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (self – efficacy) หมายถึง การที่บุคคลคิด ตัดสินพิจารณาเกี่ยวกับความสามารถของตนเองว่ามีความสามารถที่จะนำทักษะต่าง ๆ ที่มีอยู่มาใช้ได้หรือไม่ โดยผ่านกระบวนการทางปัญญาในการที่จะกระทำหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1997) ซึ่งประกอบด้วยแหล่งสนับสนุน 4 แหล่งด้วยกัน คือ การชักจูงด้วยคำพูด การเรียนรู้ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์ การมีประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ และการกระตุ้นทางร่างกายและ

ทางอารมณ์ เพื่อทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด และมีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างมีประสิทธิภาพ

การพยาบาลที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้ดีและรวดเร็วคือ การให้ความรู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ (Hanucharurnkul and Vinya-nguag, 1991) จากการศึกษาของ ขนิษฐา นาคะ (2534) ด้านความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับสูงถึงร้อยละ 79.4 สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล คือ การวินิจฉัยโรค สาเหตุความเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาในการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยศัลยกรรม ต้องการทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของการผ่าตัด ความรู้สึกเจ็บปวดก่อนและหลังผ่าตัด การรักษาที่ได้รับ การดูแลและยาที่ได้รับ ผลการรักษา และกิจกรรมที่ต้องจำกัดในระยะพักฟื้น Dodge (1969) ซึ่งการให้ข้อมูลขณะที่รอการผ่าตัดเป็นเวลาที่มีความเครียดสูงการรับรู้ข้อมูลจากพยาบาลไม่ครบถ้วน ที่ผ่านมาผู้สูงอายุมักจะได้รับการสอนจากบุคคลากรทีมสุขภาพตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ประกอบกับระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาลสั้น จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถจดจำสิ่งที่เรียนรู้จากการสอนของบุคลากรทีมสุขภาพได้หมด ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดที่อยู่ในระยะพักฟื้น จะมีอาการที่เกิดจากการผ่าตัดและยังมีฤทธิ์ของยาสลบอยู่ ทำให้ผู้ป่วยยังไม่มีความพร้อมในการรับข้อมูลต่าง ๆ ได้เต็มที่ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจประสบปัญหาที่สำคัญในระยะพักฟื้นคือ เกิดข้อจำกัดในการทำหน้าที่ และการเคลื่อนไหวไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรม และทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามปกติได้ (ภารณี เทพส่องแสง, 2541) ดังนั้นการเตรียมผู้ป่วยจึงควรเริ่มเตรียมตั้งแต่ผู้ป่วยทราบว่าจะต้องอยู่และรับการรักษาด้วยการผ่าตัด เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจในการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างใกล้ชิดมากที่สุด ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญ อย่างยิ่งในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองว่ามีความสามารถในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดอย่างถูกต้องและสามารถฟื้นสภาพหลังผ่าตัดอย่างรวดเร็ว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด และการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนของ Bandura's Self - efficacy Theory เป็นกรอบแนวคิด ซึ่งการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดที่ดีนั้น ต้องการกระบวนการเชื่อมโยงระหว่างความรู้และการกระทำ ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลคิด ตัดสินพิจารณาเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตน ในการที่จะกระทำพฤติกรรมหรือจัดการกับสถานการณ์เฉพาะเจาะจงให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อมั่นว่ามีสมรรถนะที่จะกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้สำเร็จ ผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยหนุ่มสาว ไม่เพียงแต่ด้านร่างกายเท่านั้น ยังรวมถึงทางด้านจิตใจ สังคมและการปรับตัว กระบวนการสูงอายุหรือความชรา เป็นสาเหตุทำให้ความสามารถในการรับรู้ลดลง ความรู้ความเข้าใจช้าลง อาการสับสน การหลงลืมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร่วมกับการเจ็บป่วย (สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี และ ถนอมขวัญ ทวีบูรณ์, 2547) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนเป็นการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ และมีความกระตือรือร้นในการกระทำพฤติกรรมเพื่อให้ตนได้รับความสำเร็จจากการกระทำ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน โดยใช้แนวคิดของ Bandura ให้กับผู้สูงอายุที่รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจล่วงหน้า เป็นโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดที่ถูกต้องเหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด และช่วยให้มีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดที่รวดเร็ว ด้วยการจัดกิจกรรมโดยการใช้กระบวนการเรียนรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยสูงอายุต้องเพิ่มความระมัดระวังให้ตรงกับความต้องการจริง ๆ ของผู้ป่วย ไม่ควรเร่งรัดในการให้ข้อมูล แต่ควรให้ควบคู่ไปกับการฝึกทักษะการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดด้วยกิจกรรมที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนเพิ่มเติมจากการพยาบาลปกติ ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนจึงจำเป็นต้องอาศัยสื่อที่สามารถถ่ายทอดความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อที่ให้ทั้งภาพและเสียงจึงสามารถดึงดูดใจโดยเฉพาะในผู้สูงอายุได้มาก ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมตามแนวคิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) โดยอาศัยการสนับสนุนจาก 4 แหล่ง ดังนี้

1) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) โดยจัดกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและอธิบายเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุเห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ สิ่งที่ต้องประสบก่อน ระหว่างและภายหลังการผ่าตัด ในปัจจุบันการให้การพยาบาลผู้ป่วยทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในด้านการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดใช้เวลา 20 - 30 นาที เนื่องจากความจำกัดด้านเวลาและจำนวนบุคลากร ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความ

ต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับสูงถึงร้อยละ 79.4 (ขนิษฐา นาคะ, 2534) สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล คือ การวินิจฉัยโรค สาเหตุความเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาในการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยศัลยกรรม ต้องการทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของการผ่าตัด ความรู้สึกเจ็บปวดก่อนและหลังผ่าตัด การรักษาที่ได้รับ การดูแลและยาที่ได้รับ ผลการรักษา และกิจกรรมที่ต้องจำกัดในระยะพักฟื้น Dodge (1969) ซึ่งการให้ข้อมูลขณะที่รอการผ่าตัดเป็นเวลาที่มีความเครียดสูง ความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วยลดลง (Bysshe, 1998) ทำให้การรับรู้ข้อมูลจากพยาบาลไม่ครบถ้วน ดังนั้นการให้ความรู้และการชักจูงให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมก่อนได้รับการผ่าตัด และให้ผู้ป่วยสูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การผ่าตัด ตลอดจนการพูดชักจูงให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ตระหนักถึงความสามารถของตนเอง ซึ่งจะเป็นการเพิ่มกำลังใจ หรือความเชื่อมั่นในการตัดสินพิจารณาถึงสมรรถนะแห่งตนในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายหลังทำผ่าตัดได้ (พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน, 2544)

2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ (vicarious experience) โดยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยสูงอายุ ชมวีดิทัศน์ ซึ่งมีตัวแบบเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมก่อนและหลังผ่าตัด ตัวแบบจากสื่อวีดิทัศน์ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความสนใจในกระบวนการเรียนรู้ 4 ขั้นตอนคือ กระบวนการตั้งใจ และการแปลงการรับรู้โดยการสังเกตขึ้นมาสู่ความคิดของตนเป็นกระบวนการเก็บจำ นำไปสู่การปฏิบัติตามคือการกระทำ และการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินผลการปฏิบัติจากการกระทำเป็นกระบวนการจูงใจ (สุพิชญา นุทกิจ, 2546)

3) การมีประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ (enactive mastery experience) โดยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ฝึกปฏิบัติไปพร้อม ๆ กับการสาธิตในวีดิทัศน์ เช่น การหายใจแบบลึกการบริหารปอดโดยใช้ incentive spirometer การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายข้อต่อของแขนและขา การพลิกตะแคงตัว รวมถึงการให้ผู้ป่วยสูงอายุรับรู้ถึงประสบการณ์สำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยตนเอง ด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจเมื่อผู้ป่วยสูงอายุปฏิบัติได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความมั่นใจว่าตนสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้

4) การกระตุ้นทางร่างกายและทางอารมณ์ (physiological and affective states) โดยการจัดกิจกรรมที่ทำให้เกิดการกระตุ้นทางร่างกายและทางอารมณ์ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยส่งเสริมการผ่อนคลายด้านอารมณ์ เพราะถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ได้ จะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนดีขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล พร้อมกระตุ้นให้มีการระบายความรู้สึกระบายความรู้สึก และติดตาม

เยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด เพื่อประเมินสภาวะร่างกายและความพร้อมของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมหลังผ่าตัด

เนื่องจากความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนเป็นตัวเชื่อมระหว่างการรับรู้และการกระทำ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำมาเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยสูงอายุ ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด ซึ่งการให้คำแนะนำตั้งแต่ก่อนผ่าตัดเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่สัมพันธ์กับการฟื้นสภาพภายหลังผ่าตัด (Pasero and Belden, 2006) โดยการจัดกิจกรรมแบบรายบุคคล การจัดกิจกรรมดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดมากขึ้น น่าจะช่วยให้การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุเป็นไปได้รวดเร็วขึ้น และลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้

สมมติฐานการวิจัย

1. การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

5. จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเพื่อเข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลศิริราช

2. ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

ตัวแปรตาม คือ การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ตามกรอบแนวคิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติตน เพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด โดยการจัดกิจกรรมก่อนผ่าตัด 2 ครั้ง แบบรายบุคคล ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การชักจูงด้วยคำพูด หมายถึง กิจกรรมที่ใช้คำพูดในการอธิบายให้ความรู้เป็นรายบุคคลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี อาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการรักษา และแนะนำให้ผู้ป่วยสูงอายุเล็งเห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความคุ้นเคยกับสถานการณ์ ประกอบด้วยกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ขั้นที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ หมายถึง กิจกรรมที่นำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ความยาวของสื่อวีดิทัศน์ประมาณ 25 นาที โดยตัวแบบที่แสดงในสื่อวีดิทัศน์เป็นผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับประสบการณ์ทางอ้อมจากการสังเกตจากตัวแบบสัญลักษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยจากการชมวีดิทัศน์

ขั้นที่ 3 การมีประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ หมายถึง กิจกรรมที่เพิ่มการฝึกปฏิบัติในสิ่งที่แสดงออกถึงความสำเร็จด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความมั่นใจว่า

ตนสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ โดยการจัดกิจกรรมการฝึกปฏิบัติไปพร้อม ๆ กับการแสดงสาธิตในวีดิทัศน์ ได้แก่ การหายใจแบบลึก การบริหารปอดโดยใช้ incentive spirometer การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายข้อต่อของแขนและขา การพลิกตะแคงตัว

ขั้นที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและทางอารมณ์ หมายถึง กิจกรรมที่ทำให้เกิดการกระตุ้นทางร่างกายและทางอารมณ์ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ที่มีผลต่อความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดโดยจัดกิจกรรมส่งเสริมการผ่อนคลายด้านอารมณ์ กิจกรรมสนทนาเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสูงอายุได้พูดคุยกับพยาบาล ซักถามปัญหาหากมีข้อสงสัย พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการ ที่ให้กับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ครอบคลุมในเรื่อง การหายใจแบบลึก การบริหารการหายใจโดยใช้ incentive spirometer การไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว การเคลื่อนไหวร่างกาย การรับประทานอาหารและน้ำ ตาม clinical guideline ของโรงพยาบาลศิริราช โดยมีภาพพลิก และคู่มือการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นสื่อประกอบในการให้คำแนะนำ

การฟื้นสภาพหลังผ่าตัด หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูงอายุฟื้นหายจากความเจ็บป่วยภายหลังได้รับกการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลับคืนสู่สภาวะปกติหลังผ่าตัด หรือทำหน้าที่ได้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ปราศจากภาวะแทรกซ้อน นับตั้งแต่สิ้นสุดการผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วัดจากแบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของ Johnson (1978) ซึ่งดัดแปลงโดย พิกุล วิญญาเงือก (2532) โดยมีการประเมินเป็นรายด้านประกอบด้วย 5 ด้านคือ

1. **ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดและความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัดที่รุนแรงที่สุดตลอดวันที่ผ่านมาของผู้ป่วยสูงอายุภายหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ วัดโดยใช้มาตรวัดความรู้สึกเจ็บปวด (Pain Sensation Scale) และมาตรวัดความรู้สึกทุกข์ทรมาน (Distress Scale) ซึ่งปรับปรุงจากแบบวัดความเจ็บปวดของ Johnson (1978) การแปลผลคะแนนมาก หมายถึง มีความรู้สึกเจ็บปวดมากและความทุกข์ทรมานสูง โดยให้ผู้ป่วยตอบทุกวันหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3

2. **การใช้ยาแก้ปวดหลังการผ่าตัด** หมายถึง จำนวนครั้งของการได้รับยาในกลุ่มของยาแก้ปวดทั้งชนิดฉีดและชนิดรับประทานที่ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยดูจากในบันทึกรายงานการใช้ยาที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับจริง

ในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 โดยไม่จำกัดหรือควบคุมการขอยาระงับปวด จำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยได้รับนับเป็น 1 คะแนน

3. **การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด** หมายถึง จำนวนครั้งของการที่ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดสามารถเคลื่อนไหวร่างกายโดยมีวิธีปฏิบัติดังนี้ การบริหารการหายใจโดยใช้ Incentive spirometer ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังการผ่าตัด และการลุกลงมานั่งเก้าอี้ข้างเตียงในวันที่ 3 หลังการผ่าตัด ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวที่ตั้งใจทำรวมถึงการเคลื่อนไหวที่เกิดจากการกระตุ้นจากพยาบาลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสังเกตพฤติกรรมดังกล่าวว่าผู้ป่วยปฏิบัติกี่ครั้งต่อวัน ในช่วงเวลา 8.00 – 18.00 น. จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายแต่ละครั้งนับเป็น 1 คะแนน

4. **ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด** หมายถึง ภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด ครบ 72 ชั่วโมง จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนแต่ละชนิดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนับเป็น 1 คะแนน โดยประเมินจากใบบันทึกอาการ รายงานของแพทย์และพยาบาล การวินิจฉัยโรค ผลเอ็กซเรย์ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาวะแทรกซ้อนที่วัด ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินอาหาร และการเกิดแผลกดทับ

5. **จำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัด** หมายถึง ระยะเวลาซึ่งนับเป็นวันตั้งแต่วันที่ทำการผ่าตัด จนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความมั่นใจในการตัดสินพิจารณาของผู้ป่วยสูงอายุก่อนเข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวกับสมรรถนะของตนที่จะกระทำกิจกรรมหลังผ่าตัดเพื่อให้ตนเองกลับฟื้นสภาพภายหลังผ่าตัด ประเมินได้จากแบบวัดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนก่อนผ่าตัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เกี่ยวกับ การหายใจแบบลึก การไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว การเคลื่อนไหวร่างกาย การรับประทานอาหารและน้ำ การจัดการกับความเจ็บปวด การแปลผล คือ สามารถทำได้ เท่ากับ 1 คะแนน ไม่สามารถทำได้ เท่ากับ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนจากการประเมินมากกว่า ร้อยละ 80 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุเกิดเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตีบที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเพื่อการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft) เพียงอย่างเดียว ณ หอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ชั้น 8 โรงพยาบาลศิริราช โดยมีการวางแผนการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจล่วงหน้า

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เพื่อส่งเสริมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดที่เหมาะสม และเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้ารับการผ่าตัด ในผู้สูงอายุโรคอื่น ๆ ต่อไป

2. เพื่อให้พยาบาลตระหนักถึงบทบาทและหน้าที่อิสระในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่รวดเร็ว

3. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้ารับการผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุโรคอื่น ๆ ต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จากหนังสือ วารสาร บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ จำแนกเป็นสาระสำคัญ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
2. โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในผู้สูงอายุ
3. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ
4. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
5. การฟื้นสภาพหลังผ่าตัด
6. ทฤษฎีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะและแตกต่างจากวัยอื่น คือ การเปลี่ยนแปลงจะเป็นในลักษณะเสื่อมถอยลงอันเนื่องมาจากกระบวนการชราซึ่งสามารถแบ่งการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในผู้สูงอายุออกเป็น 3 ด้าน คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจสังคม และการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาน ดังนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

ผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายไม่เท่ากัน เซลล์ต่างๆ ภายในร่างกายจะมีจำนวนลดลง ส่วนปริมาณน้ำภายในเซลล์ยังคงเท่าเดิมหรือลดลงเพียงเล็กน้อย การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระบบของร่างกายคือ (จันทนา รณฤทธิวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; Ebersole and Hess, 2005)

1) การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด การเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะ โรค atherosclerosis ซึ่งมีการสะสมของแคลเซียมและ

ไขมันในชั้น intima ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการ นอกจากนี้ประสิทธิภาพการทำงานหัวใจจะลดลง กำลังการหดตัวลดลงเนื่องจากการหลั่งแคลเซี่ยมจากเอนโดพลาสตมิกเรตติคูลลัม ซึ่งจำเป็นในการหดตัวของกล้ามเนื้อช้าลง การรับการกระตุ้นจาก แคทีโคลามีน (Catecholamine) ลดลงทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง อัตราการเต้นของหัวใจเพื่อตอบสนองต่อการออกกำลังกายมีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุมากขึ้น จึงเป็นผลให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายได้ลดลง อีกทั้ง Baroreceptor มีความไวลดลงทำให้การตอบสนองโดยการหดรัดตัวของเส้นเลือดส่วนปลายลดลง ทำให้พบภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่า (postural hypotension) ได้บ่อยในผู้สูงอายุ ดังนั้นการเปลี่ยนท่าทางต่าง ๆ ในผู้สูงอายุจึงควรกระทำอย่างช้า ๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวของผู้สูงอายุส่งผลให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดได้ง่าย

2) การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจ ในวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของมวลกล้ามเนื้อทรวงอกและการขยายตัวของทรวงอกลดลง หลอดลมและปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าและหายใจออกลดลง เยื่อหุ้มปอดแห้ง การเปลี่ยนแปลงของกระดูกสันหลังและกระดูกซี่โครงตามวัยจะทำให้ทรวงอกมีลักษณะผิดรูป การเคลื่อนไหวของกระดูกซี่โครงลดลง ทำให้มีการใช้กระบังลมในการหายใจเพิ่มขึ้น มีการลดลงของหลอดเลือดฝอยในปอดและมีการหน้าตัวของชั้น intima ทำให้ปริมาณการไหลของเลือดลดลงและเกิดภาวะ ventilation-perfusion mismatch ในวัยสูงอายุมีการลดลงของความไวต่อการตอบสนองต่อการเพิ่มขึ้นของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงและการลดลงของก๊าซออกซิเจนในเลือดเมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยหนุ่มสาว ระบบการป้องกันของปอด เช่น การสร้างเมือก การสร้างแอนติบอดี้ย์และระบบภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์ทำงานลดลง ประกอบกับประสิทธิภาพในการไอลดลงของผู้สูงอายุ ทำให้ความสามารถในการขจัดสิ่งแปลกปลอมที่เข้าไปในทางเดินหายใจได้น้อยลง ทำให้มีการคั่งค้างของเสมหะอยู่ในปอดมากขึ้น เกิดการติดเชื้อตามมาได้ ภาวะแทรกซ้อนทางปอดที่สำคัญที่สุดในผู้สูงอายุเกิด lung volume ที่ทำให้มีการยุบตัวของ basal airways เพิ่มขึ้นนำไปสู่ basal atelectasis ถ้าสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยลดลงอยู่เดิมจากความชราหรือมี pneumonia ซ้ำเติม จะทำให้เกิดภาวะ hypoxemia ที่รุนแรงได้ (Jones et al, 1990)

3) การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะ โครงสร้างและหน้าที่เกือบทั้งหมดของไตมีการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความชรา ขนาดของไตและจำนวน nephron ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ที่ glomerulus พบการหนาตัวของเยื่อบุผิวหนังและมีใยคอลลาเจนเพิ่มขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของไตทำให้การขับยาทางไตลดลงในผู้สูงอายุ ความสามารถที่ลดลงในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวกับภาวะขาดน้ำและภาวะน้ำเกินได้ไม่ดี

ทำให้เกิดความผิดปติของปริมาณน้ำในร่างกายและเมตะบอลิซึมของเกลือแร่ได้ง่ายหรือรุนแรงเมื่อเทียบกับคนอายุน้อย

4) การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร ฟันของผู้สูงอายุเกิดการกร่อนและรากฟันเปราะแตกหักง่าย เหงือกจะร่นเพิ่มขึ้น เยื่อบุผิวในช่องปากจะบางและฝ่อ หลอดอาหารขยายตัวและบีบรัดตัวไม่ดี ทำให้กลืนลำบาก กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารหย่อนตัวทำงานช้าลง อาหารในกระเพาะย้อนกลับขึ้นมาในหลอดอาหารทำให้เกิดการสำลักและติดเชื้อทางเดินหายใจได้ง่ายขึ้น การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง การรับรสและการหลั่งน้ำลายลดลงการผลิตน้ำย่อยและเอ็มไซม์ต่าง ๆ ในกระเพาะอาหารลดลง ทำให้การย่อยดูดซึมมีประสิทธิภาพลดลง

5) การเปลี่ยนแปลงของระบบผิวหนังและกระดูก ผิวหนังของผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะแห้งหยาบและรอยต่อระหว่างชั้นหนังกำพร้ากับหนังแท้ (dermis) แบนราบ จำนวนต่อมไขมันและต่อมขนลดลง อัตราการสร้างและหลั่งเหงื่อลดลง เนื่องจากการขาดไขมันใต้ผิวหนังช่วยหล่อเลี้ยงและความยืดหยุ่นลดลงจึงมีโอกาสเกิดแผลได้ง่าย รวมทั่งความหนาแน่นและจำนวนเซลล์ในชั้นหนังแท้ลดลง แต่ใยคอลลาเจน (collagen fiber) และใยอีลาสติก (elastic fiber) แข็งหนาเพิ่มขึ้น ทำให้ผิวบางแต่เปราะ มวลกระดูกลดลงทำให้กระดูกบางลง กระดูกจะเปราะและหักง่ายเมื่อหกล้มหรือถูกกระแทก น้ำในไขข้อลดลง เป็นผลทำให้กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อเกิดการเสียดสีกัน ดังนั้น การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ควรเพิ่มความระมัดระวัง และปรับให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

6) การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ในผู้สูงอายุสมองมีน้ำหนักลดลงประมาณร้อยละ 6 – 11 และมีสัดส่วนของน้ำลดลง เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลงเล็กน้อย การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของสมองเกิดจากความไม่สมดุลของ neurotransmitters เป็นปัจจัยสำคัญ ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง เป็นเหตุให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง ความจำระยะสั้น (recent memory) ลดลงบ้าง แต่ความจำทันที (immediate memory) และความจำระยะยาว (remote memory) ยังคงปกติ

7) การเปลี่ยนแปลงของระบบการรับรู้ จำนวนปลายประสาทที่รับความรู้สึกเจ็บปวดและอุณหภูมิมีจำนวนลดลงเมื่ออายุมากขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น Messner corpuscle และ Pacinion corpuscle ที่ทำหน้าที่รับความรู้สึกที่มีคุณภาพ เช่น การสัมผัส การสั่นและการแยกแยะตำแหน่งลดลงเป็นปัจจัยหนึ่งของการหกล้มและอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ความไวต่อการับรสและความสามารถในการจำแนกกลิ่นลดลงทำให้อาการเบื่ออาหารเป็นปัญหามากกว่าคนอายุน้อย ผู้สูงอายุมีความสามารถในการมองเห็นลดลง ทำให้การอ่านหนังสือ การเรียนรู้ข้อมูลต่างๆ ลดลง

8) การเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมไร้ท่อต่าง ๆ มีน้ำหนักลดลง และมีลักษณะฝ่อเมื่ออายุมากขึ้น อาจพบการสะสมของ lipofuscin หรือสาร amyloid ในเซลล์ และมีลักษณะ fibrosis เพิ่มขึ้น ต่อมไร้ท่อบางชนิดมีการตอบสนองต่อการกระตุ้นลดลงทำให้อัตราเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนช้า ได้แก่ epinephrine, growth hormone และการหรั่ง insulin นอกจากนี้ในระหว่างการเจ็บป่วยอาจพบการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนของต่อมธัยรอยด์ได้

9) การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชวิทยาในผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของระบบร่างกาย เช่น การดูดซึมของยา ความเป็นกรดของน้ำย่อยในกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง ปริมาณเลือดไปเลี้ยงระบบทางเดินอาหารลดลง เหล่านี้ทำให้ความสามารถในการขับยาออกจากร่างกายทั้งทาง ปอด ตับ และไต ในผู้สูงอายุลดลง ผู้ป่วยสูงอายุมีการคั่งค้างของยาอยู่ในร่างกายนานกว่าปกติ ยาบางชนิดที่สะสมอยู่อาจทำให้ปฏิริยาการออกฤทธิ์ของยาอื่น ๆ ลดลง การเกิดผลข้างเคียงจากยาเพิ่มขึ้น ร่วมทั้งเกิดพิษและผลที่ไม่ต้องการจากยาได้ง่าย การกระจายตัวของยาและการจับกับสารโปรตีนในเลือดลดลง มียารูปอิสระมากขึ้น ทำให้ออกฤทธิ์ได้เร็วและอาจมีฤทธิ์มากจนทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ยา diazepam ทำให้คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึมได้ (วรรวิมล คงสุวรรณ, 2546)

1.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม

การขาดความสามารถทางด้านร่างกายเป็นสาเหตุที่สำคัญส่วนใหญ่เกิดจากการมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เมื่อเกิดความเจ็บป่วยจำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและใช้เวลานาน ทำให้มีผลกระทบต่อรายได้ครอบครัว และต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น การได้รับการผ่าตัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายหลายระบบ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้จะเกิดผลกระทบทางด้านจิตสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสีย สูญเสียความเป็นอยู่ที่ดีจากขาดสมรรถนะในการช่วยเหลือตนเอง สูญเสียอิสระต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น สูญเสียความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สูญเสียความสุขสบายจากความเจ็บปวดของแผลผ่าตัด เป็นต้น (พัชรี ตันศิริ, 2536; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; Allen, 1990)

1.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาน

ความรับรู้ภาวะชราจะชัดเจนมากเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิต ได้แก่ การเจ็บป่วยร้ายแรง เกิดภาวะทุพพลภาพและพึ่งพา การสูญเสียบทบาทในครอบครัว ทำให้เกิดการถดถอยของความมั่นใจในตนเองและสูญเสียความมั่นใจ ด้วยกระบวนการชราทำให้การเรียนรู้ในผู้สูงอายุยากขึ้น เนื่องจากความจำระยะสั้นจะลดลง ทำให้การคิดและตัดสินใจทำได้ไม่ดี

เท่าวัยหนุ่มสาว แต่ความคิดเชิงเหตุผลของผู้สูงอายุยังดีอยู่ประกอบกับผู้สูงอายุเป็นวัยซึ่งผ่านประสบการณ์ชีวิตมามากทำให้กระบวนการคิดโดยใช้เหตุผลดีกว่าในวัยหนุ่มสาว ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาน คือ ความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเอง ทั้งอำนาจภายในตนเอง เป็นความเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นผลมาจากการกระทำ โดยจะเกิดขึ้นถ้าบุคคลได้รับการกระตุ้นและส่งเสริมสมรรถนะบ่อย ๆ และอำนาจภายนอกตน เชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ใช่เป็นผลมาจากการกระทำของตน แต่เป็นเพราะเคราะห์ หรือสิ่งแวดล้อม หากไม่ได้รับการกระตุ้นหรือส่งเสริมจะทำให้บุคคลรับรู้อิทธิพลด้านความเชื่อในทางที่ไม่ถูกต้อง อาจทำให้ผู้สูงอายุขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หลังผ่าตัดได้ (จันทนา รณฤทธิวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545; Allen, 1990)

จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม และการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณ ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการชราและความเสื่อมของอวัยวะในระบบต่าง ๆ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ความสามารถทางด้านต่าง ๆ ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อย อำนาจในการควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ลิ่งแวดล้อมของตนเองลดลง ทำให้ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุลดลง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลลดลง และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดที่ไม่ถูกต้อง หลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหาก สภาพร่างกายและสภาพจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุไม่อยู่ในสภาพที่พร้อมจะปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีผลทำให้การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดช้า ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุที่รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

2. โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (coronary artery disease) หรือโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (coronary heart disease) หมายถึง ภาวะที่หัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง หรือเลือดไหลเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจลดลง หรือเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน (Eaton, 2000) โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในผู้สูงอายุเกิดจากการเสื่อมของผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเรียกว่า การเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) เนื่องจากมีสารไขมันอุดตัน เมื่อเกิดขบวนการสูงอายุ (aging process) จะทำให้เซลกล้ามเนื้อเรียบคอลลาเจน ไฟบริล และไฟเบอร์ยืดหยุ่นจะค่อย ๆ งอกขยายและเคลื่อนไปสู่ชั้นใน ทำให้ผนังชั้นในหนาตัวและเป็นโครงสร้างของ atherosclerotic lesion ทำให้ความสามารถในการยืดหยุ่นลดลง เนื้อเยื่ออีลาสตินเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันชนิดหนึ่งที่มีการเชื่อมตามขวางกันเช่นเดียวกับเนื้อเยื่อคอลลาเจน เมื่ออายุมากขึ้น อีลาสตินจะขาดลุ่ย แตก และฉีกขาดง่าย ในวัย

สูงอายุหลอดเลือดเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากขึ้น ผนังหลอดเลือดฝอยหนาขึ้นทำให้ผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลง เส้นใยอีลาสตินมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุเฉพาะของโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ (Seidel et al, 1999) ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบแข็งมากขึ้น ขนาดของรู้หลอดเลือดเล็กลง เป็นผลให้ความต้านทานปลายทางรวมของหลอดเลือดสูงขึ้น ทำให้ค่าความดัน systolic เพิ่มขึ้น แรงดันที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ผนังชั้นในของหลอดเลือดแดงถูกทำลาย และเกิด Atherosclerosis (อุไร ศรีแก้ว, 2543) ส่งเสริมให้สารจำพวกไขมันเกาะติดผนังหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น (เสก ปัญญาสังข์ และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) การเกิดการแตกตัวของ atherosclerotic plaque ในหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำให้เกิดการกระตุ้นบวนการการแข็งตัวของเลือด ทำให้มีลิ่มเลือด (thrombi) เกิดขึ้นโดยเฉพาะลิ่มเลือดที่มีเกร็ดเลือดเป็นส่วนประกอบสำคัญ (platelet-rich thrombi) ซึ่งเป็นผลให้เกิดการอุดตันอย่างเฉียบพลันของหลอดเลือดโคโรนารีเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบได้

สรุปโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดจากการเสื่อมตามอายุที่เพิ่มขึ้นของผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ทำให้ความยืดหยุ่น และขนาดของรูหลอดเลือดแคบลง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดจากหลอดเลือดโคโรนารี่ลดลง เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดส่งผลให้เกิดปัญหาการไหลเวียนเลือดในผู้สูงอายุผิดปกติและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบอื่น ๆ

2.1 ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในผู้สูงอายุ

มีการศึกษามากมายพบว่ามีหลายปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยมีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับและควบคุมได้และไม่สามารถควบคุมได้ ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุมีดังนี้

1) โรคความดันโลหิตสูง โรคความกันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีค่าความดันโลหิตสูงเฉพาะค่าซีสโตลิค (isolated systolic hypertension) ที่มีความดันซีสโตลิคสูงกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท ทำให้หลอดเลือดหัวใจบีบตัวแบบ vasoconstriction โดยแรงดันเลือดจะทำให้ผนังชั้นในของหลอดเลือดแดงถูกทำลาย และเกิด Atherosclerosis (อุไร ศรีแก้ว, 2543) ส่งเสริมให้สารจำพวกไขมันเกาะติดผนังหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น (เสก ปัญญาสังข์ และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543)

2) ภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและการเสียชีวิตจากโรคหัวใจอย่างชัดเจน เนื่องจากระดับของโคเลสเตอรอลชนิดที่มีความหนาแน่นต่ำ (Low-density Lipoprotein: LDL) ในพลาสมาที่สูงกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร การเพิ่มขึ้นของโคเลสเตอรอลทุก ๆ ร้อยละ 1 จะ มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจร้อยละ 2 (Arnstein et al,

1996) และโคเลสเตอรอลชนิดที่มีความหนาแน่นสูง (high-density 1ipoprotein: HDL) ต่ำกว่า 35 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งและเกิดการอุดตัน (Eaton, 2000)

3) การสูบบุหรี่ ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่จะมีอัตราการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 73 (เสก ปัญญาสังข์และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) เนื่องจากสารนิโคตินและก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่เกิดจากเผาไหม้ของใบยาสูบจะขัดขวางการลำเลียงออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง โดยเข้าแย่งที่ของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงและจับติดถาวร ทำให้คุณสมบัติการยืดหยุ่นของเม็ดเลือดแดงที่จะไหลเวียนซอกแซกไปตามหลอดเลือดลดลงและจะครูดกับผนังด้านในของหลอดเลือดแดงเกิดการขรุขระที่ผนังด้านในของหลอดเลือดทำให้ไขมันและเกร็ดเลือดมาพอกติดได้ง่าย (อุไร ศรีแก้ว, 2543) การสูบบุหรี่ทำให้การจับตัวของเกร็ดเลือดผิดปกติ และมีผลทำให้หลอดเลือดหัวใจหดตัว (coronary artery spasm) (Eaton, 2000)

4) เพศ โรคหลอดเลือดหัวใจพบได้ในผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยเฉพาะเพศหญิงที่ไม่ได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนทดแทนภายหลังจากหมดประจำเดือนจะมีความเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าเพศหญิงที่ยังมีฮอร์โมนเอสโตรเจน (เสก ปัญญาสังข์ และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543)

5) โรคเบาหวาน ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 70 ปี มีอัตราการเป็นโรคเบาหวานสูงถึงร้อยละ 20โดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคเบาหวานตั้งแต่อายุน้อย จะมีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้เร็วและมากว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน โดยค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คือสูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โรคเบาหวานในผู้สูงอายุมีอาการแสดงของโรคหัวใจเป็นแบบ Silent MI (Elton, 2000)

6) ภาวะที่ระดับของโฮโมซีสเตอีนในพลาสมาสูง โฮโมซีสเตอีนเป็นกรดอะมิโนที่เกิดขึ้นระหว่างการเปลี่ยนแปลงของเมไธโอนีนเป็นซีสเตอีน ซึ่งภาวะที่ระดับของโฮโมซีสเตอีนในเลือดสูงมีสาเหตุหลายประการ ได้แก่ โรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมต่าง ๆ ภาวะขาดวิตามินบี 6 บี 12 และ กรดโฟริก โรคตับและโรคไต เป็นต้น ผลของระดับโฮโมซีสเตอีนในเลือดสูง คือ กระตุ้นจนกระบวนการแข็งตัวของเลือด ยับยั้งการสังเคราะห์ดีเอ็นเอและไนตริกออกไซด์ในเซลล์เยื่อบุผนังหลอดเลือด ซึ่งมีหน้าที่ปกป้องผนังด้านในจากปัจจัยต่าง ๆ นอกจากนี้ยังทำปฏิกิริยากับโคเลสเตอรอลที่มีความหนาแน่นต่ำและกระตุ้นการเจริญของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในกระบวนการเกิดการแข็งตัวของหลอดเลือด

2.2 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ

อาการและอาการแสดงในผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1) อาการและอาการแสดงที่จำเพาะกับโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอกโดยเฉพาะเวลาออกแรงพบได้ประมาณร้อยละ 50 และลักษณะของอาการเจ็บหน้าอกอาจไม่ใช่อาการเจ็บเค้น (squeezing) หรืออาการเจ็บหนัก ๆ แน่น ๆ (crushing) ตำแหน่งของอาการเจ็บหน้าอกนั้นก็ยังบอกได้ไม่ชัดเจน หรือบางทีอาจจะปวดบริเวณท้อง หรือ Epigastric area โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเลยก็ได้ อาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกโดยเฉพาะ อาการหายใจขัด อาการหายใจลำบาก (Connon and Marshal, 1993)

2) อาการและอาการแสดงที่ไม่จำเพาะกับโรคหัวใจขาดเลือด ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ มีอยู่เป็นจำนวนมากที่ไม่เคยมีอาการหรืออาการแสดงใด ๆ เลย ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ ที่ เกิด Myocardial infarction พบมีการแสดงอาการที่ผิดปกติ แต่ส่วนใหญ่จะบอกถึงอาการทางหัวใจมาเป็น หมดเรี่ยวแรง สับสน เป็นลมและปวดท้อง และโรคร่วมอื่น ๆ ที่ยังเป็นอยู่สามารถปิดบังอาการแสดงของการเกิด Ischemia หรือ Infarction ในผู้สูงอายุ อุบัติการณ์ของ Silent infarction เพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (เสก ปัญญาสังข์ และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543)

2.3 การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ

การตรวจวินิจฉัยสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้ (เสก ปัญญาสังข์ และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543)

1) การตรวจหัวใจแบบไม่ต้องใส่เครื่องมือรุกล้ำเข้าภายในร่างกาย (noninvasive cardiac tests) มีวัตถุประสงค์เพื่อการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นและเพื่อพยากรณ์โรค ได้แก่ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram; ECG) การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงแบบธรรมดา (basic echocardiogram) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะออกกำลังกาย (exercise stress tests) การตรวจหัวใจด้วยกัมมันตรังสี (radionuclide imaging) และการตรวจความสามารถของการแพร่กระจายของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจขณะออกกำลังกาย (excrcise perfusion testing) การตรวจหลายชนิดที่จำเป็นต้องอาศัยการออกกำลังกายทำให้ผู้สูงอายุบางรายอาจไม่สามารถทำการทดสอบด้วยวิธีดังกล่าวได้ เนื่องจากความสามารถในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุจะลดลงตามวัยที่สูงขึ้น รวมทั้งผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย ทำให้ความสามารถในการออกกำลังกายน้อยลง จึงมีการนำยามาใช้กระตุ้นการเต้นของหัวใจแทนการออกกำลังกาย เช่น dipyridamole และ dobutamine เป็นต้น

2) การตรวจหัวใจที่ต้องใส่เครื่องมือรุกล้ำเข้าภายในร่างกาย (invasive cardiac tests) ได้แก่ การสวนหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและฉีดสี (cardiac catheterization and

coronary angiogram) ซึ่งถือว่าเป็นการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้มาตรฐาน แต่อาจมีข้อจำกัดบ้างในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรับที่ไม่สามารถรับการฟอกเลือดในระยะยาวได้

3. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ

การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หรือการผ่าตัดต่อคร่อมหลอดเลือดแดงโคโรนารี (coronary artery bypass graft: CABG) เป็นการผ่าตัดทำทางเดินของหลอดเลือดใหม่เพื่อข้ามส่วนที่อุดตันของหลอดเลือดโคโรนารี เป็นการผ่าตัดที่นิยมมากที่สุดเพื่อรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่ โดยทำ Bypass จาก Aorta ผ่านบริเวณที่อุดตันไปยัง Coronary artery บริเวณส่วนปลายต่อการอุดตันนั้น ๆ (วีระชัย นาวารวงศ์, 2543; Jones, 2005) ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ ได้แก่ ได้รับการรักษาด้วยยาในขนาดสูงแล้วไม่ได้ผล มีข้อจำกัดในอาการแสดงของอาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (unstable angina) และหายใจเหนื่อย ไม่สามารถทำการถ่ายขยายหลอดเลือดได้หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนไม่ประสบความสำเร็จและการผ่าตัดซ้ำในกรณีที่มีอาการกลับเป็นใหม่ (วีระชัย นาวารวงศ์, 2543) มีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดแดงใหญ่ด้านซ้าย (left main coronary artery disease) มากกว่าร้อยละ 70 มีพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงของหัวใจทั้ง 3 เส้นร่วมกับการเสียหน้าที่ของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF < 50%) มีอาการเจ็บหน้าอกภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อค (Natarajan. et al, 2006) การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจสามารถใช้รักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการเจ็บเค้นหน้าอกได้เป็นอย่างดีแม้ว่าจะมีอายุมากถึง 80 ปีก็ตาม ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจะมีการกลับเป็นซ้ำของภาวะเจ็บเค้นหน้าอก อัตราการถูกเปิดซ้ำ และเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่ส่วนของ ST-segment elevate ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนอย่างมีนัยสำคัญ (เสก ปัญญาสังข์ และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543)

วิธีการผ่าตัดทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ ศัลยแพทย์จะนำหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงเต้านม (intemal mannary artery) หรือหลอดเลือดดำที่ขา (saphenous vein) มาเป็นทางเชื่อมจากเอออร์ตาข้ามผ่านบริเวณที่อุดตันไปยังส่วนปลายของหลอดเลือดนั้นๆ ในขณะผ่าตัดเทคนิคการผ่าตัดจะเบี่ยงเบน (bypass) ให้เลือดที่ไหลกลับมาจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไหลเวียนออกนอกหัวใจและปอด (extracorporeal circulation) ร่วมกับการใช้เครื่องหัวใจปอดเทียม (pump – oxygenator หรือ cardiopulmonary bypass technique) มีการลดอุณหภูมิของร่างกายให้ต่ำลง (hypothermia technique) การทำให้เลือดอยู่ในสภาวะเจือจาง (hemodilution) การใช้สารต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulation) ร่วมกับการให้สารละลายเพื่อทำให้หัวใจ

หยุดเต้น (cardioplegia solution) (อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์, 2543) ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกายของผู้สูงอายุภายระหว่างการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุจะมีอาการมากกว่าในวัยอื่นได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว ไตวาย บวม เหนื่อยหอบ อัมพาต เลือดไหลไม่หยุด แผลปริแยก แผลติดเชื้อ สับสน หลงลืม เป็นต้น (Bojar, 1999) ทั้งนี้เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้สูงอายุทำให้การตอบสนองต่อยา และเทคนิคพิเศษต่าง ๆ ลดลง ความต้านทานต่อเชื้อโรคลดลง การหายของแผลในวัยสูงอายุจะช้ากว่าวัยอื่น ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระยะหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ

3.1 ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ

การทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อาจพบภาวะแทรกซ้อนได้หลายระบบ ได้แก่ ระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด ระบบหายใจ ระบบประสาท ระบบผิวหนัง ระบบทางเดินอาหาร และด้านจิตใจ ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมักจะเป็นผู้ที่มีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคมาก่อน เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว มีไข้ ปอดบวมน้ำ ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ ร่วมกับการใช้เทคนิคและอุปกรณ์พิเศษต่าง ๆ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุ ดังนี้

1) ระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด เป็นปัญหาสำคัญและคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งประมาณการไหลเวียนเลือดที่ลดลงหลังผ่าตัดเกิดจากการสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดหรือหลังผ่าตัดและได้รับการทดแทนที่ไม่เพียงพอ การเสียเลือดหลังผ่าตัดเนื่องจากมีการทำลายปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดขณะใช้เครื่องหัวใจปอดเทียม หรืออาจเกิดภาวะหัวใจถูกกด(อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์, 2543) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่พบได้บ่อย เนื่องจากมีสารน้ำอยู่ในช่องเยื่อหุ้มหัวใจส่งผลให้หัวใจไม่สามารถขยายตัวรับเลือดที่ไหลกลับคืนเข้าสู่หัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดประสิทธิภาพ สาเหตุสำคัญในผู้ป่วยสูงอายุได้แก่พยาธิสภาพเดิมของหัวใจก่อนผ่าตัด ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจากภาวะไม่สมดุลของอีเล็คโทรไลท์ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2546)

2) ระบบหายใจ ภาวะแทรกซ้อนทางการหายใจหลังผ่าตัดอาจพบได้มากถึงร้อยละ 33 ในผู้ป่วยที่มีอายุ 65 – 74 ปี และเพิ่มเป็นร้อยละ 50 ในผู้ป่วยที่มีอายุ 75 ปีหรือมากกว่า (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2546) ภาวะแทรกซ้อนในระบบหายใจพบบ่อยที่สุดคือ ภาวะปอดแฟบ (atelectasis) ร้อยละ 87 พบในวันแรกหลังผ่าตัด และร้อยละ 30 พบในวันต่อมา (Bernet, 1997) เกิดเนื่องจากปอดล่างซ้ายถูกกระทบกระเทือนในการผ่าตัดโดยใช้หลอดเลือดจากทรวงอก

การผ่าตัดใกล้ Diaphragm เกิดอัมพาตของกระบังลมจากการที่เส้นประสาทกระบังลมถูกรบกวน ผู้ป่วยสูงอายุที่สูบบุหรี่จัดจะเสี่ยงต่อมีปัญหาระบบนี้ได้ง่าย ความรู้สึกเจ็บแผลผ่าตัดทำให้ไม่กล้าหายใจเต็มที่ มีผลทำให้การแสดงอาการหายใจเร็วตื้น มีเสมหะมาก ไอไม่ออก Cognitive function ที่เลวลง ภาวะแทรกซ้อนทางปอดที่สำคัญที่สุดในผู้สูงอายุเกิดจาก Closing volume เพิ่มขึ้น ทำให้มีการยุบตัวของ Basal airways นำไปสู่ Basal atelectasis (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2546)

3) ระบบประสาท ความผิดปกติทางสมองที่มีความสำคัญในช่วง Perioperative ของผู้สูงอายุ คือ ภาวะ Delirium ซึ่งบ่งถึงการทำงานของสมองที่ผิดปกติชั่วคราว มักเกิดจากปัญหาทางสุขภาพกายมากที่สุด ปัจจัยเสี่ยงก่อนการผ่าตัดที่ทำให้เกิดภาวะ Delirium ในช่วงหลังผ่าตัดได้แก่อายุมาก การได้รับยาหลายชนิด การเกิด Delirium ช่วงก่อนผ่าตัด และความสามารถในการทำกิจวัตรลดลง ความผิดปกติในระดับดุลย์โซเดียม โปแตสเซียมและกลูโคส (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2546) ผู้สูงอายุอาจมีอาการทางสมอง เช่น มีอาการสับสน กระสับกระส่าย เนื่องจากสมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ หรือมีลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือดสมอง เกิดจากขณะที่ผ่าตัดมีการหนีบหลอดเลือดแดงใหญ่และเกิดลิ่มเลือดตกค้างบีบไปสู่สมอง (อุไร ศรีแก้ว, 2543)

4) ระบบทางเดินอาหาร ซึ่งอาจเป็นผลข้างเคียงมาจากการได้รับยาระงับความรู้สึกและยาคลายกล้ามเนื้อในขณะผ่าตัด ส่งผลให้การบีบรัดตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด แน่นท้อง เกี่ยวข้องกับการลดการเคลื่อนไหวของร่างกาย การมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การจำกัดน้ำดื่ม การรับประทานอาหารน้อยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความไม่สุขสบายและอ่อนเพลียจากการได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอ ซึ่งจะกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจ ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามมาในระยะฟื้นสภาพ (Dalrymple-Hay, el al, 1999)

5) ระบบการป้องกันการติดเชื้อของร่างกาย การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจพบได้น้อย แต่เมื่อเกิดการติดเชื้อผู้ป่วยจะเสี่ยงต่ออันตรายสูงจากการแพร่กระจายไปยังอวัยวะภายในทรวงอก บริเวณที่มักมีการติดเชื้อ ได้แก่ ปอด เนื่องจากการระบายอากาศที่ไม่เพียงพอและการใส่ท่อหลอดลมคอ ในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ที่แผลผ่าตัด และการติดเชื้อจากการคาสายต่าง ๆ ที่ใส่ทางหลอดเลือด (Sarpy et al, 2000)

6) ความเจ็บปวด ในการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยจะได้รับการใส่คาท่อระบายทรวงอก ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกไม่สุขสบาย และรู้สึกเจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัด และบริเวณกึ่งกลางใต้กระดูกสันอก (Jaarsma, et al, 1995) ความเจ็บปวดส่งผลกระทบต่อการพิจารณาตัดสินที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ หลังผ่าตัดในระยะฟื้นสภาพหลังผ่าตัด

7) อาการบวมขาข้างที่เลาะหลอดเลือดไปใช้ จากการเปรียบเทียบอาการแสดงภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีอาการบวมที่ขาในผู้สูงอายุมากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า (Miller, 2004) ซึ่งสามารถลดอาการบวมได้โดยการสวมถุงน่องชนิดพยุง หรือใช้ผ้ายืดพันให้กระชับตลอดเวลา ยกขาสูงเวลานั่ง ไม่ควรนั่งไขว่ห้าง และหมั่นบริหารเท้า ข้อเท้า และปลายเท้าอยู่เสมอ

8) ด้านจิตสังคม เกิดอาการทางจิตหลังผ่าตัด มีอาการสับสน นอนไม่หลับ ซึมเศร้า วิตกกังวล ประสาทหลอน ส่วนมากเกิดในหออภิบาล สาเหตุเกิดจากหลายประการร่วมกัน เช่น จากยา นอนหลับไม่เพียงพอ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมในหออภิบาล ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในระยะฟื้นสภาพลดลง โดยจะแสดงอาการเกี่ยวกับการเบื่ออาหาร ไม่ร่วมมือในการทำกิจกรรมกิจกรรมเกี่ยวกับการบริหารร่างกาย หรือการออกกำลังกาย ไม่ตอบคำถามหรือพูดคุย ปฏิเสธการลุกออกจากเตียง (Jaarsma et al, 1995)

สรุป จะเห็นว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดมี postoperative complication สูงกว่าผู้ป่วยวัยอื่น ๆ เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือดมักพบในผู้ป่วยสูงอายุ ที่มี cardiac problem อยู่ก่อน ส่วนระบบการหายใจพบได้ทั้งผู้สูงอายุที่มี และไม่มี underlying disease ดังนั้นการประเมินผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดและให้การดูแลที่เหมาะสมจะทำให้ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุลดลง

4. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

4.1 การพยาบาลผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงผลกระทบตามแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องประเมินและวางแผนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม ในผู้ป่วยสูงอายุแต่ละรายอาจมีรายละเอียดแตกต่างกันขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การประเมินทางการพยาบาลก่อนผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวมีดังนี้

4.1.1 การประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด

จากการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาค สรีรวิทยา และทางพยาธิวิทยาในผู้สูงอายุ พยาบาลต้องประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เพื่อจะช่วยให้ทราบสภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุ ความพร้อมด้านร่างกาย

จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุที่จะได้รับการผ่าตัด รวมถึงการคาดการณ์ล่วงหน้าในระยะหลังผ่าตัด วิธีการประเมินประกอบด้วย

1) การประเมินความพร้อมด้านร่างกายก่อนผ่าตัด

1.1) การซักประวัติ พยาบาลควรถามประวัติผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัดเกี่ยวกับอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล เช่น ประวัติทางโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น อาการเจ็บหน้าอก ภาวะน้ำท่วมปอด ประวัติประวัติสุขภาพในอดีต เช่น การได้รับการผ่าตัด หากเคยได้รับการผ่าตัดควรซักถามเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ชนิดของยาระงับความรู้สึกที่ได้รับว่าเป็นแบบทั่วร่างกายหรือเฉพาะที่ การติดเชื้อในร่างกายและสภาพผิวหนังบริเวณที่ใกล้กับผิวหนังที่จะผ่าตัด ประวัติการแพ้ยาและอาหาร สุขภาพปอด เช่น โรคปอดเรื้อรัง สุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า โรคประจำตัวอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน แบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การขับถ่าย การสูบบุรี่และการดื่มสุรา ปัจจัยที่มีผลต่อการผ่าตัด เช่น การติดเชื้อในร่างกายหรือบริเวณผิวหนังที่จะทำผ่าตัด การใช้ยาชนิดใดเป็นประจำและยาที่งดรับประทาน (Davis, 2005; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2546)

1.2) การตรวจร่างกาย พยาบาลควรตรวจร่างกายอย่างละเอียดในตำแหน่งที่สำคัญเพื่อประเมินปัญหาและความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทรวงอก ปอด ไต ระบบการย่อยอาหาร ระบบต่อมไร้ท่อ การค้นหาปัญหาหรือพยาธิสภาพต่างๆ ที่ซ้อนเร้นอยู่ มีหลายโรคหรือภาวะที่การวินิจฉัยทำได้ยากเนื่องจากเป็นอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจง อาการเหล่านี้ได้แก่ Instability (fall), immobility, in appetite, intellectual impairment, incontinence (Davis, 2005; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2546)

1.3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้สูงอายุจะได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนการผ่าตัด 1- 2 วัน เช่น การตรวจนับเม็ดเลือด (complete blood count: CBC), electrolyte, cholesterol, triglyceride, ระบบการแข็งตัวของเลือด blood coagglulation (PT, APTT), การทำงานของระบบไตและตับ (renal and Hepatic function test), เชื้อไวรัสตับอักเสบชนิดบี (HBsAg) ภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสเอดส์ (anti-HIV), การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram: ECG), การตรวจทางรังสีปอด (Chest X-ray), การตรวจหาหมู่เลือดและการเข้ากันของหมู่เลือดผู้ให้และผู้รับ (type and crossmatch) พร้อมกับจองเลือดเพื่อการผ่าตัด

2) การประเมินความพร้อมด้านจิตสังคมก่อนการผ่าตัด

ผู้สูงอายุมีความไวต่อภาวะเครียดสูง มีความไวต่อการได้รับยาระงับความรู้สึกและยาที่ใช้ก่อนและหลังทำผ่าตัด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ผู้สูงอายุก่อนเข้ารับการผ่าตัด จะมีความวิตกกังวลและความกลัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์ด้านลบต่อการผ่าตัด จะมีความวิตกกังวลและกลัว

มากกว่าปกติ ความกลัวของผู้สูงอายุมีสาเหตุหลายประการ เช่น กลัวการผ่าตัด กลัวเสียชีวิต กลัวการดมยาสลบ กลัวเจ็บขณะผ่าตัด ส่วนความวิตกกังวล เช่น วิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (ขนิษฐา นาคะ, 2534) ความกลัวและความวิตกกังวลอาจเชื่อมโยงไปถึงการเตรียมด้านร่างกายก่อนการผ่าตัด และสภาพร่างกายภายหลังผ่าตัด ดังนั้น พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และทราบการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุมากที่สุด ที่จะช่วยประเมินสภาพจิตใจอารมณ์ของผู้ป่วยนอกเหนือไปจากการประเมินทางด้านร่างกาย พยาบาลควรประเมินภาวะจิตสังคมของผู้สูงอายุสอบถามความรู้สึก ความวิตกกังวล หรือความกลัวต่อการผ่าตัด สังเกตการแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ เช่น นอนไม่หลับ ซึมเศร้า รับประทานอาหารได้น้อย ประเมินภาวะจิตสังคม เช่น ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยสูงอายุกับครอบครัว บทบาทหน้าที่ในครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุมีมากน้อยเพียงใด (นันทนา เล็กสวัสดิ์, 2540)

4.1.2 การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด

การทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ส่วนใหญ่จะรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลก่อนผ่าตัด 1-2 วัน เพื่อเตรียมความพร้อมและตรวจสอบความเรียบร้อย เช่น การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินภาวะเสี่ยงจากการผ่าตัด และการได้รับยาระงับความรู้สึก และผู้ป่วยต้องมี การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายวันก่อนผ่าตัด (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540) ดังนี้

1) การเตรียมผิวหนังเพื่อการผ่าตัด มีการทำความสะอาดและโกนขนตั้งแต่บริเวณลำคอ หน้าอก ลงไปถึงหัวหน่าว ขาหนีบ ทั้งสองข้าง ขาและลงไปจนถึงข้อเท้าทั้งสองข้าง (Jones, 2005) อาบน้ำให้สะอาดและสระผมด้วยถ้าทำได้

2) ผู้ป่วยควรได้รับการงดยาบางชนิดก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 3 – 7 วัน เช่น ยาแอสไพริน ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาดิจิตาลิส (Jones, 2005)

3) การงดสูบบุหรี่และแอลกอฮอล์ อย่างน้อย 4 สัปดาห์ ผู้หยุดสูบบุหรี่ก่อนผ่าตัดน้อยกว่า 1 เดือนจะส่งผลให้มีภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น (Pasero and Belden, 2006) เนื่องจากสารนิโคตินและก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่เกิดจากเผาไหม้ของใบยาสูบจะขัดขวางการลำเลียงออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง

4) การงดน้ำงดอาหาร ผู้ป่วยควรได้รับการงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 6 ชั่วโมง ถ้ากำหนดผ่าตัดในช่วงเช้าผู้ป่วยควรงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน ถ้ากำหนดผ่าตัดในช่วงบ่ายผู้ป่วยควรงดน้ำและอาหารหลังอาหารเช้า เพื่อช่วยให้ระบบย่อยอาหาร

ว่าง ป้องกันการสำลักอาหารเข้าไปในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งทำให้เกิดภาวะปอดบวมจากการสำลักอาหารเข้าไปในระบบทางเดินหายใจ

5) การลงชื่อยินยอมรับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่ถูกต้องและเพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ คลายความวิตกกังวล และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องทั้งก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด

6) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายบนเตียง (bed exercise) พยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเข้าใจเหตุผลและประโยชน์ของการออกกำลังกายบนเตียง สาธิตวิธีการออกกำลังกายและให้ผู้ป่วยสูงอายุฝึกปฏิบัติหลังได้รับการสอน รวมทั้งแนะนำและกระตุ้นให้เริ่มทำหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540) โดยทำทุก 1 – 2 ชั่วโมง เพื่อช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

7) การพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอและลดความวิตกกังวลต่างๆ ควรดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ก่อนที่จะได้รับการผ่าตัด โดยการจัดสิ่งแวดล้อม ลดสิ่งรบกวน ดูแลความสะอาดของเครื่องนอน

8) การตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยสูงอายุและความเรียบร้อยในการเตรียมผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่ทำไปแล้วในวันก่อนผ่าตัด

9) ดูแลความสะอาดของช่องปากและฟัน เพื่อช่วยยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรียในช่องปาก ป้องกันการเกิดภาวะการอักเสบติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบน

10) การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อชดเชยในระหว่างการงดน้ำและอาหาร และปรับสภาพร่างกายให้พร้อมที่จะรับการผ่าตัด

11) การประเมินและบันทึกอุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยสูงอายุ และใช้เป็นข้อมูลในการเปรียบเทียบกับขณะทำผ่าตัดและหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

12) การให้ยาก่อนผ่าตัด (premedication) พยาบาลจะให้ยาก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์ ยาที่นิยมใช้ก่อนผ่าตัด ได้แก่ ยากลุ่มที่ให้เพื่อลดปริมาณน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร และป้องกันการสูดสำลักหรืออาหารเข้าปอด เช่น รานิทิดีน

4.1.3 การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจก่อนผ่าตัด

การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจก่อนผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุลดความวิตกกังวล ความกลัว มีความเชื่อมั่นและรู้สึกปลอดภัยในการผ่าตัด ดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพให้เป็นที่ไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสูงอายุได้พูดคุยระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติทางบวกต่อการผ่าตัด จากการศึกษาของ Halpin และ Barnett (2005) ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 565 คน พบว่าผู้สูงอายุที่มีทัศนคติที่ดีมีจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลสั้นกว่ากลุ่มที่มองโลกในแง่ร้ายถึง 1.3 วัน

2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พยาบาลควรให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยถึงสิ่งที่ต้องประสบเมื่ออยู่ในห้องผ่าตัด แผนการผ่าตัด สภาพของผู้ป่วย การควบคุมความเจ็บปวด และการให้การดูแลในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความเข้าใจ และพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

4.2 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ

ภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากบุคลากรทีมสุขภาพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทรวงอก หัวใจและหลอดเลือดอย่างใกล้ชิด มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายใน 24 ชั่วโมง (วีระชัย นาวารวงศ์, 2543) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับสู่สภาพปกติและสามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยเร็ว บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเพื่อการฟื้นสภาพภายหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในระยะแรกหลังผ่าตัดเป็นเรื่องที่สำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุอาจมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้สูง พยาบาลจะต้องดูแลและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังผ่าตัด การปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุประกอบด้วยกิจกรรม 1) การหายใจแบบลึกและการบริหารการหายใจ 2) การไออย่างมีประสิทธิภาพ 3) การพลิกตะแคงตัว 4) การเคลื่อนไหวร่างกาย 5) การรับประทานอาหารและน้ำ 6) การจัดการกับความเจ็บปวด (Oetker- Black, 1996) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

4.2.1 การหายใจแบบลึก (deep breathing) และการบริหารการหายใจ

จากการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเพิ่มการระบายอากาศ และการแลกเปลี่ยนก๊าซ เป้าหมายของการพยาบาลที่สำคัญคือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนก๊าซได้มากที่สุด โดยการบริหารการหายใจ เป็นกระบวนการฝึกการหายใจ หรือควบคุมการหายใจ เพื่อให้ปอดมีการขยายตัวได้เต็มที่ ช่วยไล่อากาศที่ค้างในปอดออก และทำให้กล้ามเนื้อกะบังลม กล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงแข็งแรงขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหายใจ (Hilling & Smith, 1995) การบริหารการหายใจสามารถพัฒนาสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ดาราวรรณ รองเมือง, 2545)

จากหลักการทำงานของเครื่องหัวใจและปอดเทียม และการใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายขณะผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีผลไปกดศูนย์ควบคุมการหายใจและการไอ ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในระหว่างทำการผ่าตัดจนถึง 6 – 8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ประกอบด้วยการได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุหายใจตื้น ๆ มีผลให้การขยายตัวของถุงลมปอดไม่เต็มที่ พื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนลดลง การหายใจเข้าออกแบบลึกจะช่วยให้ถุงลมปอดขยายตัวได้เต็มที่และแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนได้ดี ภายหลังการผ่าตัดระยะแรกเมื่อรู้สึกตัวควรเริ่มบริหารการหายใจเข้าออกลึก ๆ และการไออย่างมีประสิทธิภาพทุก 1 – 2 ชั่วโมง ในเวลากลางวัน และ ทุก 2 – 4 ชั่วโมงในเวลากลางคืน วิธีการฝึกการหายใจเข้าออกลึก ๆ (นันทนา เล็กสวัสดิ์, 2540) มีดังนี้

1) ให้ผู้ป่วยสูงอายุนอนในท่าที่สบายใช้มือใดข้างหนึ่งวางบนทรวงอกเพื่อรับรู้การเคลื่อนไหวของทรวงอก และมืออีกข้างหนึ่งวางไว้บนหน้าท้องหรือประคองแผลไว้ เพื่อลดการสั่นสะเทือนบริเวณแผลผ่าตัด

2) ให้ผู้สูงอายุหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ ลึก ๆ ให้เต็มที่ ผู้ป่วยสูงอายุจะรับรู้ว่าทรวงอกยกตัวขึ้นแต่ไหล่ทั้งสองข้างอยู่ในระดับเดิม เมื่อหายใจเข้าเต็มที่แล้วค้างไว้ ให้นับ 1 – 3 แล้วค่อย ๆ ผ่อนลม หายใจออกทางปากช้า ๆ ยาว ๆ แล้วจึงเริ่มหายใจเข้าทางจมูกใหม่ ทำซ้ำ 5 – 10 ครั้ง แล้วหายใจธรรมดา การหายใจเข้าช้า ๆ ผ่านทางจมูก จนรู้สึกหน้าท้องโป่ง แล้วหายใจออกช้า ๆ ทางปาก ทำปากห่อคล้ายผิวปากในขณะเดียวกันหดเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยดันอากาศออก

3) หรือนอนในท่าศีรษะสูง ใช้หมอนหรือผ้าห่มหนุนเข่างอเล็กน้อย มือข้างหนึ่งวางบนทรวงอก มืออีกข้างวางบนหน้าท้อง แล้วหายใจเข้าช้า ๆ ลึก ๆ ให้หน้าท้องโป่งออกจนผู้สูงอายุรู้สึกว่ามือข้างที่วางบริเวณหน้าท้องเคลื่อนที่สูงขึ้น แล้วหายใจออกช้า ๆ ทางปาก

4) ให้ฝึกการหายใจอย่างน้อย 5 - 10 ครั้ง หรือตามความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ และควรฝึกอย่างน้อยวันละ 2 รอบก่อนผ่าตัด ในระยะแรกของการฝึกถ้ามีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ควรหยุดพักเป็นช่วงสั้น ๆ ภายหลังฝึกการหายใจ 5 ครั้งติดกัน

การบริหารปอดโดยการใช้ incentive spirometer เนื่องจากในกระบวนการของการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจต้องอาศัยหลังการทำงานของเครื่องหัวใจและปอดเทียม ซึ่งมีผลทำให้ไม่มีการระบายของปอดขณะที่ใช้เครื่อง ทำให้ถุงลมไม่ขยายตัว การสร้างสารเคลือบผิว (surfactant) ของถุงลมหยุดชะงัก ทำให้ความยอมตาม (compliance) ของถุงลมปอดลดลง มีโอกาสเกิดภาวะถุงลมปอดแฟบ เสมหะคั่งค้าง และเกิดความพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซ การบริหารปอดโดยการใช้ incentive spirometer เป็นวิธีการหายใจที่ส่งเสริมให้ปอดมีการขยายตัวอย่างเต็มที่ ส่งผลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

เช่น ปอดแฟบ เป็นต้น และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความพร้อมทางด้านร่างกายในการปฏิบัติตนในระยะพักฟื้นได้อย่างเต็มศักยภาพ

4.2.2 การไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough)

การไอเพื่อขับเสมหะออกได้ เป็นการไออย่างมีประสิทธิภาพ การไอเป็นกลไกการป้องกันตนเองของร่างกายวิธีหนึ่งที่ช่วยกำจัดเสมหะในระบบทางเดินหายใจ แต่การไออย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถขับเสมหะออกได้ดี วิธีการไออย่างมีประสิทธิภาพมีดังนี้

1) เทคนิคการไออย่างมีประสิทธิภาพควรอยู่ในท่านั่งตรงหรือโน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อยใช้มือช่วยประคองแผลผ่าตัดที่ทรวงอก

2) ให้ผู้ป่วยสูงอายุหายใจเข้าออกลึก ๆ ประมาณ 2 – 3 ครั้ง และครั้งสุดท้ายให้หายใจเข้าลึก ๆ กลั้นไว้นับ 1 – 3 แล้วไอออกมาจากส่วนลึก ๆ ของลำคอ 1 – 2 ครั้ง ในระหว่างไอควรใช้มือหรือหมอนประคองบริเวณแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องไว้ เพื่อลดการสั่นสะเทือนบริเวณแผลผ่าตัดทำให้ไม่เจ็บแผลเพิ่มขึ้นขณะไอ

3) ให้ผู้ป่วยสูงอายุฝึกทำพร้อมกับแนะนำให้นำไปปฏิบัติหลังผ่าตัดภายหลังหายใจเข้าออกลึก ๆ เมื่อรู้สึกว่ามีเสมหะในระบบทางเดินหายใจ

4.4.3 การพลิกตะแคงตัว (turning)

การจัดท่าทำให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น การพลิกตะแคงตัวหรือการเปลี่ยนท่าเป็นวิธีช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับและการเคลื่อนไหวของลำไส้ ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดควรเปลี่ยนที่ทุก 2 ชั่วโมง ในขณะเปลี่ยนท่าควรใช้มือหรือหมอนประคองบริเวณแผลผ่าตัด เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลขณะเปลี่ยนท่า วิธีการพลิกตะแคงตัวมีดังนี้

1) ให้ผู้ป่วยสูงอายุนอนหงายราบ หรือนอนศีรษะสูงเล็กน้อย

2) ให้ผู้ป่วยสูงอายุใช้มือทั้งสองข้างประสานกันวางบนแผลผ่าตัดหรือใช้หมอนวางบริเวณแผลผ่าตัด แล้วใช้มือประคองไว้ เพื่อลดการสะเทือนบริเวณแผลผ่าตัด

3) งอเข่าทั้งสองข้าง ใช้เท้ายันกับที่นอนและขยับก้นไปด้านขวาในกรณีพลิกตะแคงตัวหันมาด้านซ้าย ขณะขยับก้นให้ใช้ข้อศอกทั้งสองข้างยันกับที่นอน เพื่อยกส่วนลำตัวไปด้วย และป้องกันไม่ให้ลำตัวอยู่ชิดกับขอบเตียงมากเกินไป อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ภายหลังพลิกตะแคงตัว

4) กรณีพลิกตะแคงตัวไปด้านขวาให้งดเข่าซ้าย และให้ขาขวาเหยียดตรง ใช้มือข้างซ้ายจับขอบเตียงด้านไกลตัว และมือขวาประคองแผลผ่าตัดไว้พร้อมกับพลิกตะแคงตัวช้า ๆ ไปทางด้านขวา ทำสลับกันซ้ายขวา

4.2.4 การเคลื่อนไหวร่างกาย

การฟื้นฟูการทำงานของหัวใจ ภายหลังผ่าตัดจะเพิ่มสมรรถภาพหัวใจ และควรทำตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัด (Bernet, 1997) โดยการออกกำลังกายขาทั้งสองข้าง เป็นการบริหารที่สำคัญหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากการผ่าตัดจะทำให้เกิดการบวมบริเวณขาทั้งสองข้าง มีผลให้เกิดการกดการไหลเวียนเลือดบริเวณขาและอาจทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (thromboplebitis) บริเวณขาทั้งสองได้ การออกกำลังกายขายังช่วยให้มีการกระตุ้นการไหลเวียนเลือด และช่วยให้กล้ามเนื้อตึงตัวดีและแข็งแรง เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการยืนและการเดิน ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้

4.2.5 การรับประทานอาหารและน้ำ

พยาบาลต้องประเมินสภาวะสมดุลของสารน้ำตั้งแต่ก่อนผ่าตัด เนื่องจากผู้สูงอายุต้องงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัดเป็นเวลาหลายชั่วโมง การเฝ้าระวังโดยการบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออก ภายหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ยังคงมีการจำกัดน้ำ ในวันแรกหลังผ่าตัด 1 ซีซีต่อน้ำหนักตัวกิโลกรัมต่อชั่วโมง เพื่อลดการทำงานของหัวใจในช่วงแรก ส่วนการรับประทานอาหารยังคงมีการจำกัดการรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียม เพื่อลดการดูดกลับของน้ำเข้าระบบไหลเวียนเลือด ดูแลการให้สารอาหาร น้ำ อีเล็คโตรลัย บันทึกจำนวนน้ำที่ได้รับและการขับออก ในผู้สูงอายุมีอัตราการกรองที่ไตลดลง จึงต้องใช้ระยะเวลาในการกรองและขับปัสสาวะออก ดังนั้นการเฝ้าระวังภาวะไม่สมดุลของสารน้ำในผู้สูงอายุต้องใช้เวลานานขึ้น

4.2.6 การจัดการกับความเจ็บปวด

การจัดการกับความเจ็บปวดในผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ ความเจ็บปวดทำให้ผู้ป่วยสูงอายุหายใจตื้น การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดบริเวณทรวงอก บริเวณขาที่ผ่าตัดหลอดเลือดดำข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง การบรรเทาอาการปวดใน 24 ชั่วโมงแรกจะเป็นยาชนิดฉีดเพื่อควบคุมอาการปวดได้ การเปลี่ยนแปลงของยาที่ตับและไตของผู้สูงอายุลดลง ดังนั้นจึงต้องระมัดระวังในการให้ยาแก้ปวดในผู้สูงอายุ การแนะนำให้ผู้ป่วยการบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการหายใจโดยการใช้กล้ามเนื้อกระบังลม เมื่อเจ็บปวดเป็นวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจออกจากสิ่งที่วิตกกังวล ทำให้มีความวิตกกังวลลดลง และใช้บรรเทาอาการปวดแผลได้ โดยการหายใจโดยการใช้กล้ามเนื้อกะบังลม (diaphragmatic breathing) เป็นเทคนิคการผ่อนคลายที่ใช้รูปแบบการหายใจที่เกิดขึ้นในภาวะที่บุคคลสงบ ผ่อนคลาย ลดความเครียดและความวิตกกังวลลงได้โดยการหายใจจะช้า ลึก และสม่ำเสมอ เป็นการ

หายใจให้ลงไปถึงส่วนล่างสุดของปอด ส่งเสริมให้ถุงลมเล็ก ๆ ในปอดขยายตัวเต็มที่ เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน การหายใจเข้าออกลึก ๆ จะช่วยให้มีการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น เลือดดำไหลกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น ปริมาณเลือดแดงที่หัวใจสูบฉีดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพิ่มขึ้น เมื่อหายใจออกลึก ๆ ช้า ๆ สามารถขับคาร์บอนไดออกไซด์ได้มากขึ้น ส่งผลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น (รุ่งทิพย์ จามรมาน, 2532)

4.3 การฟื้นฟูสภาพหัวใจหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การฟื้นฟูสภาพหัวใจ (cardiac rehabilitation) เป็นประมวลกิจกรรมที่จัดให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถ ฟื้นฟูสภาพการทำงานของหัวใจ จนผู้ป่วยสามารถทำงาน ได้ในระดับที่เหมาะสม (physiological conditions) ร่วมกับ ฟื้นฟูสภาวะทางจิตใจอารมณ์ (psycho- logical conditions) ให้กลับสู่สภาวะปกติและดีที่สุด ลดความพิการและอัตราการเสียชีวิต โดยมีองค์ประกอบของการ ฟื้นฟูที่สำคัญสองส่วน คือ การให้การรักษาด้วยการออกกำลังกาย และ การปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ (วิศาล คันธารัตนกุล, 2538; อัจฉรา สุคนธสรรพ์, 2543)

4.3.1 ระยะของการฟื้นฟูสภาพหัวใจหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ระยะของการฟื้นฟูสภาพหัวใจหลังผ่าตัดหัวใจสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ ตามช่วงเวลาการรับการรักษา ดังนี้ (American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 1994 อ้างใน อัจฉรา สุคนธสรรพ์, 2543)

ระยะที่ 1 ขณะเป็นผู้ป่วยใน (phase I: inpatient) เป็นระยะตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะนี้ประกอบไปด้วยการให้ความรู้ และการกำหนดกิจกรรมการออกกำลังกาย โดยมีวัตถุประสงค์ในการคงความยืดหยุ่นของข้อต่าง ๆ และการคงไว้ซึ่ง muscle tone มักจะเริ่มต้นด้วยการ ออกกำลังกายเบา ๆ ได้แก่ การนั่งบนเตียง การขยับแขนขาเพื่อการคงพิสัยของข้อ

ระยะที่ 2 ขณะเป็นผู้ป่วยนอกระยะแรก (phase II: immediare outpatient) เป็นระยะเริ่มหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีช่วงเวลาประมาณ 10 สัปดาห์ ระยะนี้ประกอบไปด้วยการฝึกออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของโรคหัวใจ วัตถุประสงค์เพื่อเป็นการสนับสนุนการออกกำลังกายแบบแอโรบิค และเป็นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อระยะนี้ต้องการการดูแลอย่างใกลชิดของบุคลากรในทีมการฟื้นฟูสภาพหัวใจ โดยคยรมีการตรวจ ประเมิน เฝ้าระวัง ติดตามดูแล และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

ระยะที่ 3 ขณะเป็นผู้ป่วยนอกระยะต่อมา (phase III: intermediare outpatient) เป็นช่วงเวลาที่ต่อจากระยะที่ 2 ระยะเวลานานประมาณ 4 – 6 เดือน เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ สภาพร่างกายสมบูรณ์ขึ้น ไม่จำเป็นต้องติดตามเฝ้าระวังและประเมินอาการอย่างใกล้ชิดเหมือนระยะที่ 2 จุดเน้นของระยะนี้คือ การฝึกเพื่อให้ร่างกายมีความอดทนต่อการออกกำลังกายมากขึ้น ดำรงแบบแผนชีวิตและการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้นเอาไว้อย่างต่อเนื่องต่อไป

ระยะที่ 4 ระยะดำรงสภาพ (phase IV: maintenance) เป็นช่วงเวลาที่ต่อมาจากระยะที่ 3 ต่อเนื่องไปจนตลอดชีวิตของผู้ป่วย เป็นระยะของการปรับตนให้คงพฤติกรรมของการลดความเสี่ยงผู้ป่วยจะได้รับการสรุประดับสมรรถนะของร่างกาย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี และได้รับแนวทางในการดำเนินชีวิตโดยอาศัยคำชี้แนะเพียงเล็กน้อยจากบุคลากรในทีมการฟื้นฟูสภาพหัวใจ

สรุป การฟื้นฟูสภาพหัวใจในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พยาบาลเป็นบุคคลากรด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญ ในการสอน ให้คำแนะนำ กระตุ้น ส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยสูงอายุในการฟื้นฟูสภาพหัวใจ เพื่อที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้เร็วขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสภาพหัวใจในระยะที่ 1 เนื่องจากในระยะแรกหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุมีปัจจัยหลายประการที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการฟื้นสภาพลดลง ดังนั้นหากมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนตั้งแต่หลังผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาลจะนำไปสู่พฤติกรรมการปฏิบัติตนในระยะต่อ ๆ ไป (พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน, 2544; Ruiz, et al., 1992)

4.3.2 **การฟื้นฟูสภาพหัวใจหลังผ่าตัด ระยะที่** 1 (Phase I: Inpatient)

การฟื้นฟูสภาพหัวใจ ระยะที่หนึ่งเป็นโปรแกรมที่จัดขึ้นสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลในระยะฟื้นฟูสภาพหลังการทำผ่าตัดหัวใจ การฟื้นฟูสภาพหัวใจตั้งแต่แรกจะส่งผลให้การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจรวดเร็วขึ้น ระยะนี้จะเน้นการให้ความรู้ และให้เริ่มออกกำลังที่มีระดับต่ำ ๆ ทีละน้อย (low-level exercise) การฟื้นฟูจะเริ่มทันทีเมื่ออาการของผู้ป่วยคงที่ (อัจฉรา สุคนธสรรพ์, 2543) แบ่งออกเป็นขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กิจวัตรด้านสุขอนามัยมีผู้ช่วยทำให้ ผู้ป่วยเริ่มจากการบริหารการหายใจ การออกกำลังกายข้อต่อของแขนขา (range of motion exercise) บนเตียง จากที่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถทำได้เอง และปรับจากการออกกำลังกายในท่านอนเป็นท่านั่ง ในกรณีที่อาการไม่หนักมากในการปฏิบัติกิจกรรม กระทำได้หลังผ่าตัดวันแรก

ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้คือ การทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงได้บ้าง โดยมีผู้ช่วยเหลือ ออกกำลังกายข้อต่อของแขนและขา ผู้ป่วยสามารถอยู่บนเตียงในท่าศีรษะสูง 45 องศา ฝึกการลงนั่งบนเก้าอี้ข้างเตียง อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สามารถปรับกิจกรรมได้ตามความสามารถของผู้ป่วย กระทำได้ตั้งแต่หลังผ่าตัดวันที่ 2 ถ้าอาการทั่วไปคงที่

ขั้นตอนที่ 3 ให้ผู้ป่วยนั่งประกอบกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคลได้ทุกอย่างด้วยตนเองตามความสามารถ ลดการช่วยเหลือลง เพิ่มการนั่งออกกำลังกายบนเตียง ข้อต่อของแขนและขา กระทำได้ในวันที่ 2 และ 3 หลังการผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 4 ให้ผู้ป่วยลุกขึ้นช่วยตนเองภายในห้องตามต้องการ เดินโดยมีผู้ช่วยเหลือ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง กระทำได้ในวันที่ 4 หลังผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 5 ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายได้ในท่ายืน และเดินในระยะ 50 ฟุต ให้เอียงซ้ายขวา และบิดลำตัวซ้ายขวา กระทำได้ในวันที่ 5 หลังผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 6 ผู้ป่วยออกกำลังกายได้ในท่ายืน เพิ่มการหมุนแขนเป็นวงกลม เดินเท่าที่จะทำได้ ไม่เกิน 100 ฟุต กระทำได้ตั้งแต่วันที่ 5 หลังผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 7 ให้ผู้ป่วยออกกำลังเหมือนขั้นตอนที่ 6 เพิ่มการงอเข่าให้เดินลงบันได สามารถเดินลงบันได 1 ชั้น และขึ้นโดยลิฟท์โดยมีผู้ช่วยเหลือ กระทำได้หลังผ่าตัดวันที่ 7 อาการทั่วไปคงที่

ขั้นตอนที่ 8 ให้ผู้ป่วยออกกำลังเหมือนขั้นตอนที่ 7 สามารถเดินลงบันได 2 ชั้น และขึ้นโดยลิฟท์ โดยมีผู้ช่วยเหลือ กระทำได้ตั้งแต่วันที่ 7 หลังผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 9 ออกกำลังกายเหมือนขั้นตอนที่ 8 เพิ่มการงอเข่าและเอียงตัวสี่ทิศทาง ผู้ป่วยสามารถเดินขึ้นบันได 1 ชั้น และลงบันได 1 ชั้น โดยมีผู้ช่วยเหลือ กระทำได้ตั้งแต่วันที่ 7 หลังผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 10 ให้ออกกำลังกายเหมือนขั้นตอนที่ 9 ผู้ป่วยสามารถเดินลงบันได 2 ชั้น และขึ้นโดยลิฟท์ โดยมีผู้ช่วยเหลือ กระทำได้ตั้งแต่วันที่ 7 หลังผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 11 ออกกำลังกายเหมือนขั้นตอนที่ 10 ผู้ป่วยสามารถเดินขึ้นบันได 1 ชั้น ลงบันได 1 ชั้น โดยมีผู้ช่วยเหลือ

การออกกำลังกายแต่ละอย่างให้ทำซ้ำ 5 – 10 รอบ และการออกกำลังกายแต่ละช่วงควรนาน 10 – 15 นาที อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในขณะออกกำลังกายพยาบาลต้องคอยดูแล ชี้แนะ และควรมีการพูดคุย ให้ความรู้อย่างไม่เป็นทางการร่วมด้วย

ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพหัวใจในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระยะแรกหลังการผ่าตัด พยาบาลจะต้องมีความรู้ความชำนาญในการติดตาม และประเมินอาการและอาการแสดง สามารถให้ความช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาในกรณีฉุกเฉินได้ทันที

พยาบาลต้องมีทักษะในการจูงใจ โน้มน้าว กระตุ้น ให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสภาพหัวใจ

5. การฟื้นสภาพหลังผ่าตัด

การฟื้นสภาพหลังผ่าตัด (postoperative recovery) ได้มีผู้ให้ความหมายของการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ไว้ดังนี้

Wolfer (1973) การฟื้นสภาพหลังผ่าตัด (postoperative recovery) หมายถึง การฟื้นคืนจากภาวะเจ็บป่วยสู่ภาวะปกติของร่างกายภายหลังการผ่าตัด โดยผ่านกระบวนการซ่อมแซมและกลับเข้าสู่สภาวะปกติของร่างกายทั้งด้านกายภาพ หน้าที่ และด้านจิตใจ

Johnson et al (1978) การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดสามารถประเมินจากอาการปวดที่ลดน้อยลงมีความต้องการยาแก้ปวดลดน้อยลง มีกิจกรรมมากขึ้น เช่น การลุกเดินออกจากเตียง การปราศจากภาวะแทรกซ้อน และสิ้นสุดการอยู่ในโรงพยาบาลในระยะเวลาอันสั้น

Somchit Hanucharurnkul & Pikul Vinya-nguag (1991) การฟื้นสภาพหลังผ่าตัด หมายถึง การฟื้นคืนสู่สภาวะปกติหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นสิ่งบอกถึงคุณภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จรัสวรรณ เทียนประภาส (2536) ให้ความหมายของการฟื้นฟูสภาพว่าเป็นกระบวนการที่มุ่งหวังให้ผู้รับบริการได้รับการปรับสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ให้กลับฟื้นคืนสู่สภาพเดิมให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ให้มีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างอิสระ ให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

สรุปการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูงอายุมีสภาวะด้านร่างกายและจิตใจสามารถปรับหน้าที่เข้าสู่ภาวะปกติหรือทำหน้าที่ได้ดีที่สุดภายหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หรือทำหน้าที่ได้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ปราศจากภาวะแทรกซ้อน นับตั้งแต่สิ้นสุดการผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกเกณฑ์วัดการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด (indicators of postoperative recovery) พัฒนาขึ้นโดย Johnson และคณะ (1978) ได้แก่ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และจำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัด ดังนี้

5.1 ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด (postoperative pain) ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดเป็นปัญหาสำคัญที่พบในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เนื่องจากเป็นภาวะคุกคาม ที่ทำให้เกิดความรู้สึก

ทุกข์ทรมานหลังผ่าตัด หากไม่ได้รับการช่วยเหลือในการบรรเทาความปวดให้เพียงพอจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ความชุกของการเกิดความปวดในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มเป็น 2 เท่าตัว เมื่อเทียบกับกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการบำบัดความปวดที่ไม่เพียงพอมากสุด หรือไม่ได้รับยาแก้ปวดสำหรับบำบัดความปวดที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ซึ่งผลที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากการที่มีการประเมินความปวดที่ไม่เพียงพอ (Ferrell, 1991) วิธีบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดที่เหมาะสมในระยะ 24 - 48 ชั่วโมงแรก คือ การให้ยาแก้ปวด โดยวิธีการฉีดเมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกปวดแผลผ่าตัด และสามารถให้ซ้ำได้ทุก 4 - 6 ชั่วโมง การบรรเทาอาการปวดแผลโดยวิธีนี้จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกระทำกิจกรรมดูแลตนเองได้ ในเรื่องการหายใจ และการไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวเปลี่ยนท่า และลุกเดินได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Milliker & Campbell, 1995) ยาแก้ปวดที่นิยมใช้ ได้แก่ Morphine และ Pethidine สำหรับการบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดวิธีอื่น ๆ ได้แก่ การใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (รุ่งทิพย์ จามรมาน, 2532) การประเมินความปวดในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีความสำคัญอย่างมาก แต่พบว่ามีความยาก ลำบากในการประเมินตั้งแต่การสูญเสียความจำ ซึมเศร้า ประสาทรับรู้ผิดไปจากปกติ ต่างเป็นอุปสรรคต่อการซักถามประวัติ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะบอกอาการปวดน้อยกว่าที่ เกิดขึ้นจริง อีกทั้งการมีปัจจัยอื่นที่เป็นอุปสรรคในการประเมินและจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ อุปสรรคที่เกี่ยวข้องในการประเมินความปวดในวัยผู้สูงอายุ ได้แก่

1) ปัจจัยด้านตัวผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาความปวด แต่ไม่ได้บอกแก่บุคลากรในทีมสุขภาพว่าปวด ด้วยเหตุผลต่าง ๆ เช่น กลัวการรักษา กลัวการได้รับยาหลาย ๆ ชนิดเพื่อบรรเทาความปวด กลัวการติดยาแก้ปวด หรือไม่ต้องการแสดงให้เห็นว่าความปวด เป็นส่วนหนึ่งของวัยผู้สูงอายุ ความเกรงใจ และไม่ต้องการรบกวนบุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้ดูแล นอกจากนี้ผู้สูงอายุอาจไม่พูดถึงความปวดเพราะไม่ต้องการรบกวนผู้อื่นให้มากขึ้น (Ferrell, 1991) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลบางครอบครัวคิดว่าความปวดที่ตนเองมีอยู่เป็นเรื่องธรรมดาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ จึงมักละเลยที่จะรักษาหรือแก้ไขสาเหตุของปัญหาความปวดที่เกิดขึ้น

2) การมีภาวะซึมเศร้าหรือมีปัญหาด้านการรับความรู้สึกทำให้มีความยากลำบากในการประเมินความปวดมากขึ้น เนื่องจากภาวะซึมเศร้าทำให้การรับรู้ความปวดรุนแรงมากขึ้นทั้งในเรื่องความรุนแรงของความปวด (pain intensity) และความทุกข์ทรมานจากความปวด (pain distress) และในทางกลับกัน การที่ต้องเผชิญกับความปวดที่ไม่ได้แก้ไขเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

3) การมีภาวะ aphasis การเป็นอัมพาต (paraplegias) หรือมีปัญหาการรับความรู้สึกและกล้ามเนื้อทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถให้ข้อมูลในการอธิบายถึงความปวดที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

4) การมีภาวะ dementia ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้มีการสูญเสียความจำ ความสามารถในการคิด การคำนวณ การตัดสินใจความตั้งใจ และการรวบรวมความคิดซึ่งทำให้ไม่สามารถใช้เครื่องมือประเมินความปวด หรือให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) ปัจจัยจากตัวบุคลากรทางด้านสุขภาพการมีความเชื่อว่าการมีความปวดเป็นอาการปกติที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญและมักละเลยต่อความปวดที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะเมื่อผู้สูงอายุมาโรงพยาบาลด้วยอาการอื่นที่ไม่ใช่เรื่องความปวด อาการที่นำมาโรงพยาบาลจะได้รับการจัดการแต่โดยส่วนใหญ่มักไม่ได้มีการประเมินถึงความปวดที่ผู้สูงอายุมีอยู่

หลักการประเมินความปวดในผู้สูงอายุแตกต่างจากการประเมินความปวดในวัยอื่นมีจุดเน้นที่แตกต่างกัน การประเมินความปวดของผู้สูงอายุควรเป็นการประเมินแบบรวบยอด ซึ่งในการประเมินต้องประกอบด้วย การรายงานความรุนแรงของความปวดด้วยตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งยังเป็นการประเมินที่ให้ความเที่ยงมากที่สุด นอกจากนี้ควรประเมินถึงสถานภาพ ตำแหน่งและระยะเวลาในการปวด พิจารณาความเหมาะสมกับสถานการณ์ในขณะนั้น

การประเมินความปวดมีหลายวิธี ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบวัดความเจ็บปวดของจอห์นสัน ซึ่ง สมจิต หนุเจริญกุล และพิกุล วิญญาเงือก (1991) ได้ดัดแปลงจากข้อบ่งชี้การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของ Johnson, et al. (1978) ซึ่งแบ่งความปวดออกเป็น 2 ด้าน คือ ความเจ็บปวดทางกาย (sensation scale) และความรู้สึกทุกข์ทรมาน (distress scale) ใช้มาตราวัดแบบอันตรภาค โดยมีคะแนน 0 – 10 คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกปวดหรือไม่รู้สึกทุกข์ทรมาน คะแนน 5 หมายถึง มีความรู้สึกปวดหรือรู้สึกทุกข์ทรมานปานกลาง คะแนน 10 หมายถึง รู้สึกปวดหรือรู้สึกทุกข์ทรมานมากที่สุด โดยวัดความเจ็บปวดในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยสูงอายุประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวดด้วยตนเอง (ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์, 2547) ซึ่งยังเป็นการประเมินที่มีความเที่ยงมากที่สุด

5.2 จำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัด (postoperative analgesic usage) หมายถึง จำนวนครั้งของการได้รับยาในกลุ่มของยาแก้ปวดทั้งชนิดฉีดและชนิดรับประทานที่ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้รับ โดยดูจากในบันทึกรายงานการใช้ยาที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับจริงในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 โดยไม่จำกัดหรือควบคุมการขอยา

ระงับปวด ปริมาณการใช้ยาแก้ปวดเป็นข้อบ่งชี้ระดับความรุนแรงของอาการปวดแผลผ่าตัด การใช้ยามากแสดงถึงอาการปวดที่มากตามไปด้วย

5.3 **การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด** (ambulation) หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจสามารถเคลื่อนไหวร่างกายโดยการลุกนั่งบนเตียง เพื่อการบริหารแขนขา ในวันที่ 1 และ 2 ภายหลังการผ่าตัด การลุกลงมานั่งเก้าอี้ข้างเตียงในวันที่ 3 ภายหลังการผ่าตัด และการบริหารการหายใจโดยใช้ incentive spirometer ซึ่งเป็นการลดภาวะแทรกซ้อนด้านระบบการหายใจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในการฟื้นสภาพภายหลังการผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดเป็นการเคลื่อนไหวที่ตั้งใจทำรวมถึงการเคลื่อนไหวที่เกิดจากการกระตุ้นจากพยาบาล แต่ไม่รวมถึงการเคลื่อนไหวที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยในช่วง bed bath

5.4 **ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด** (complication) เป็นภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุภายหลังการผ่าตัด จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินอาหาร และการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันร่างกายผู้สูงอายุทำหน้าที่ได้ลดลง เนื่องจาก stem cell ในไขกระดูกมีจำนวนลดลง จึงสร้าง T-lymphocyte และ B-lymphocyte ออกมาน้อยลงประกอบกับการที่ lymphocyte มีความสามารถในการทำหน้าที่ทำลายเชื้อโรคน้อยลง ร่วมกับ ต่อมน้ำเหลืองในร่างกายเสื่อมหน้าที่ ทำให้ไม่สามารถต่อต้านเชื้อโรคได้ ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย (สุทธิชัย จิตพันธ์กุล, 2544; Gross & Levine, 1993) ภาวะทุพโภชนาการ การขาดสารอาหารที่สำคัญ เช่น วิตามินต่างๆ ซึ่งมีผลต่อการสร้างภูมิคุ้มกันหรืออัลบูมินที่มีความสำคัญต่อความแข็งแรงของร่างกาย การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน ภายหลังการผ่าตัดขาดการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ไม่สามารถลุกเดินหรือมีกิจกรรมเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อแทรกซ้อนได้ง่าย เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อขณะอยู่โรงพยาบาล ใช้หลักเกณฑ์ตามนิยามการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (centers for disease control หรือ C.D.C) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาคำนิยามเพื่อให้สามารถนำมาใช้ในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของประเทศไทยได้เหมาะสม (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2548) ข้อบ่งชี้ว่าเกิดการติดเชื้อในระบบต่างๆ มีดังนี้

5.4.1 **ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ** เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ขณะอยู่โรงพยาบาลเมื่อเกิดข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

1) ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกตั้งแต่ 2 ครั้งติดกันขึ้นไป พบความผิดปกติอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้ พบ Infiltration, consolidation, pleural effusion เกิดขึ้นใหม่หรือลุกลามกว่าเดิม และไม่หายไปอย่างรวดเร็ว ประเมินจากผลเอ็กซเรย์ซึ่งอ่านโดยรังสีแพทย์ ร่วมกับจำนวนเสมหะ ที่เพิ่มมากขึ้น หรือเปลี่ยนเป็นสีเหลืองเขียว โดยมีอาการหลังรับการรักษาในโรงพยาบาลเกิน 72 ชั่วโมง

2) มีไข้ (อุณหภูมิ > 38°C) โดยไม่มีสาเหตุอื่น

3) มีภาวะ leucopenia (น้อยกว่า 4,000 เซลล์ต่อมิลลิลิตร) หรือ leukocytosis (มากกว่าหรือเท่ากับ 12,000 เซลล์ต่อมิลลิลิตร) ผู้ป่วยที่รับใหม่ด้วยอาการติดเชื้อทางเดินหายใจแล้ว มีอาการแสดงทางคลินิกเลวลง ได้แก่ มีไข้ ไอ หอบ เหนื่อย เสมหะข้นคล้ายหนอง ผลเอ็กซเรย์มีรอยโรคมากขึ้น และเพาะเชื้อจากเสมหะได้เชื้อตัวใหม่

5.4.2 **ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินปัสสาวะ** ขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการหรืออาการแสดงอย่างน้อย 1 อย่างต่อไปนี้โดยไม่มีสาเหตุอื่น

1) มีอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น มีไข้ (อุณหภูมิ > 38°C) หนาวสั่น ปวดและกดเจ็บบริเวณหัวเหน่า ร่วมกับผลการตรวจปัสสาวะมีเม็ดเลือดขาวมากกว่าหรือเท่ากับ 10 เซลล์ต่อมิลลิลิตร (แรกรับผลปกติ) และมีอาการหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิน 72 ชั่วโมง

2) เพาะเชื้อจากปัสสาวะพบเชื้อก่อโรคในระบบทางเดินปัสสาวะ (gram negative bacteria หรือ S.saprophyticus) ปริมาณน้อยกว่า หรือเท่ากับ 10^5 เซลล์ต่อมิลลิลิตร ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านจุลชีพที่ใช้รักษาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

3) ไม่มีอาการใด ๆ ของการติดเชื้อ ผลการเพาะเชื้อแบคทีเรียในปัสสาวะมีจำนวนมากกว่า หรือเท่ากับ 10^5 เซลล์ต่อมิลลิลิตร และเชื้อที่พบอยู่ในช่วงระยะฟักตัวมากกว่า 72 ชั่วโมง

5.4.3 **ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินอาหาร** ในผู้สูงอายุมีรีเฟลกซ์การกลืน (Gag reflex) ลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการสูดสำลัก ลำไส้บีบตัวลดลง กล้ามเนื้อหูรูดอ่อนแอ ทำให้ระยะเวลาที่อาหารค้างอยู่ในลำไส้นานขึ้นการบีบตัวของลำไส้ที่ช้าลงทำให้กากอาหารค้างอยู่ในลำไส้ใหญ่นานขึ้น ทำให้ อุจจาระแข็งขึ้น ท้องผูกง่าย การเคลื่อนของอาหารออกจากกระเพาะอาหารที่ช้าลงร่วมกับมีการหลั่งกรดลดลงทำให้ อาหารไม่ย่อย เกิดภาวะท้องอืดได้ง่าย ในระยะ

หลังผ่าตัดผู้ป่วยสูงอายุอาจได้รับผลกระทบกับระบบทางเดินอาหารจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและยาระงับอาการปวดชนิดนาร์โคติค (Jackson, 1995) ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด

5.4.4 **การเกิดแผลกดทับ** หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังเมื่อมีการกดทับผิวหนังที่ทาบกับปุ่มกระดูกเป็นเวลานาน ทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อรอบ ๆ ขาดออกซิเจนจากโลหิตมาหล่อเลี้ยงทำให้เกิดการตายของผิวหนังและเนื้อเยื่อต่าง ๆ เกณฑ์การประเมินแผลทับ ใช้หลักของ The National Pressure Ulcer Advisory Panel (Stone, 1991) ได้แบ่งความรุนแรงของแผลกดทับตามลักษณะทางกายวิภาคของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายโดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ไม่มีการทำลายของผิวหนัง ผิวหนังจะมีสีแดงขอบเขตไม่ชัดเจน หรือมีการทำลายผิวหนังจำกัดอยู่ในหนังกำพร้า (epidermis) แผลมีลักษณะคล้ายแผลถลอกบริเวณที่ถูกกดจะมีรอบแดง ไม่หายไปในเวลา 30 นาที เมื่อลดการกดทับบริเวณนั้น อาจจะมีรอยช้ำแต่ผิวหนังที่ปกคลุมยังไม่มีรอยฉีกขาด

ระดับที่ 2 มีการทำลาย เนื้อเยื่อตลอดชั้นความหนาของหนังแท้ (dermis) มีการฉีกขาดของผิวหนังชั้นนอก ผิวหนังมีสีแดง มีตุ่มน้ำพอง และผิวหนังจะกระด้าง

ระดับที่ 3 มีการทำลายของเนื้อเยื่อ จนถึงชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง อาจลึกถึงชั้นเนื้อเยื่อพังผืดที่อยู่ลึก แผลมีเนื้อตายและมีหนอง แผลเป็นหลุมลึก เซาะไปยังเนื้อเยื่อโดยรอบหรือมีน้ำเหลือง

ระยะที่ 4 มีการทำลายของเนื้อเยื่อทุกชั้นโดยตลอดแผลลึกถึงกล้ามเนื้อ กระดูก เอ็นหรือเยื่อหุ้มข้อต่อเนื้อเยื่อจะถูกดึงแยกแผลมีหนอง เนื้อเยื่อที่ตายจะมีสีม่วงคล้ำ หรือดำ

ในการประเมินจะใช้วิธีสังเกตและบันทึกวันละครั้ง โดยใช้ปรากฏการณ์ว่าเกิดหรือไม่เกิดแผลกดทับขณะอยู่โรงพยาบาล ไม่ว่าจะเกิดในระยะใดก็ตาม

5.5 **จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด** (length of postoperative hospitalization) เป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานการประเมินทางคลินิกที่ใช้ประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาล จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลหลังการผ่าตัดจะบ่งชี้ให้เห็นถึงการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วย Johnson, et al. (1978)

5.6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ

การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุแต่ละคนแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เป็นผลต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ ดังนี้

5.6.1 อายุ เนื่องจากอายุที่มากขึ้นมีความเสื่อมของสมรรถภาพทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ และระบบประสาทสัมผัสต่าง ๆ เสื่อมลง การรับรู้ข้อมูลช้าลงซึ่งจะส่งผลต่อการตัดสินและพิจารณาถึงสมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และทำให้ปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดลดลง (Matteson. et al, 1997) ผู้ป่วยสูงอายุจะมีความไวต่อภาวะเครียดสูง มีความไวต่อการได้รับยาระงับความรู้สึก ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ง่าย (นันทนา เล็กสวัสดิ์, 2540) ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะอาการปวดแผลผ่าตัด น้ำท่วมปอด การหายใจตื้น อาการเวียนศีรษะ บวมที่ขา แผลติดเชื้อและความอยากอาหารลดลง (Miller & Grindel, 2004)

5.6.2 เพศ การฟื้นสภาพในระยะแรกหลังผ่าตัดหัวใจของผู้สูงอายุ ในเพศชายจะมีการฟื้นสภาพด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ สูงกว่าเพศหญิง (King, 2000) จากการที่เพศชายมีความแข็งแรงของร่างกาย และมีความสามารถในการใช้กำลังของร่างกายมาใช้ในการฟื้นฟูสภาพร่างกายในระยะหลังการเจ็บป่วยได้ดีกว่าเพศหญิง (กาญจนี สิทธิวงศ์และคณะ, 2539)

5.6.3 ประสิทธิภาพในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (ejection fraction) การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายเป็นอิทธิพลสำคัญต่อความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (American Heart Association, 2004) ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดอัตราตายและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุคือประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่าร้อยละ 30 (Natarajan. et al, 2006) ผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ สูงกว่าผู้ปวยที่มีประสิทธิภาพในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจอยู่ในระดับต่ำหรือล้มเหลว (Allen, 1996)

5.6.4 ตำแหน่งของแผลผ่าตัด การผ่าตัดใหญ่จะใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนานส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย รวมทั้งการผ่าตัดโดยการใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในระหว่างการผ่าตัดส่งผลต่อการฟื้นสภาพร่ายกายด้านระบบหายใจ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นการผ่าตัดใหญ่ ตำแหน่งของการผ่าตัดอยู่บริเวณทรวงอก ระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบหายใจมากที่สุด

5.6.5 ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดเป็นปัญหาที่สำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวดแผลผ่าตัด

มากในระยะ 24 – 48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ความเจ็บปวดทำให้ผู้ป่วยหายใจตื้น ๆ ไม่กล้าไอเอาเสมหะออกเคลื่อนไหวร่างกายลดลง (Perry and Potter, 2002)

5.6.6 ประสบการณ์การผ่าตัด ผู้ป่วยสูงอายุที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัด หรือได้รับทราบประสบการณ์การผ่าตัดจากบุคคลใกล้ชิด อาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความกลัวและความวิตกกังวลสูงอาจส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ (นันทนา เล็กสวัสดิ์, 2540) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีประสบการณ์การผ่าตัดที่ดีจะมีการปรับตัวได้ดีกว่า และความรู้พื้นฐานที่มีอยู่เดิม เมื่อได้รับความรู้ใหม่ที่เกี่ยวข้องกันจะทำให้สามารถเข้าใจได้รวดเร็วขึ้น

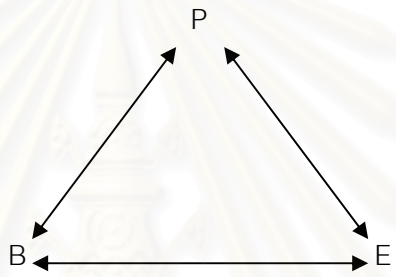
5.6.7 ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน ผู้ป่วยที่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับสูงจะมีความมั่นใจ และเชื่อมั่นในสมรรถนะของตน ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ภายหลังผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนต่ำกว่า (Oetker – Black, 1992) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดรวดเร็ว

จากปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ไม่สุขสบาย อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานภายหลังผ่าตัดและความตึงเครียดทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินพิจารณาในสมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุในการริเริ่มปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในระยะพักฟื้นหลังการผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลควรมีการประเมินผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตสังคมร่วมด้วย เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ

6. ทฤษฎีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน

ทฤษฎีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (self – efficacy theory) เป็นทฤษฎีที่ Albert Bandura (1977) นักจิตวิทยาได้พัฒนามาจากแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social cognitive behavior) โดยการผสมผสานระหว่างการเรียนรู้ทางสังคมเข้ากับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง โดยมีกระบวนการทางสติปัญญาเป็นตัวเชื่อมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยแบนดูราเชื่อว่าความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตน (efficacy expectation) เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม และการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายได้นั้น บุคคลต้องเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (self efficacy beliefs) ว่าตนมีสมรรถนะที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายได้ โดยมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ (outcome expectation) เป็นการส่งเสริมให้มีการเลือกปฏิบัติพฤติกรรม ที่คาดว่าจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามต้องการ (Bandura, 1986)

Bandura ได้อธิบายว่า กระบวนการการเกิดพฤติกรรมของบุคคลมีลักษณะของการกำหนดอาศัยซึ่งกันและกัน กล่าวคือมีความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างปัจจัย 3 ประการ คือ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (internal personal factor = P) ได้แก่ ปัญญาชีวภาพ และสรีระภายในอื่น ๆ 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรม (behavioral condition = B) และ 3) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (environment condition = E) ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยนี้ต่างก็มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน (reciprocal determination) ตามหลักความเป็นเหตุผล (Bandura, 1977) และมีความเกี่ยวข้องกันเป็นลักษณะต่อเนื่องเป็นขั้นตอน (interlocking system) ซึ่งความสัมพันธ์ของแต่ละอย่างแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสถานการณ์ต่าง ๆ ดังแสดงใน แผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน (แหล่งที่มา Bandura, 1997)

ปัจจัยระหว่างบุคคลกับพฤติกรรม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในของบุคคลซึ่งจะเป็นตัวกำหนดทิศทางของการแสดงพฤติกรรมของบุคคล บุคคลแต่ละคนมีพฤติกรรมที่แสดงออกแตกต่างกัน ในขณะเดียวกันผลจากการกระทำเป็นส่วนหนึ่งที่จะถูกนำกลับมาพิจารณากระบวนการคิด และการตอบสนองทางอารมณ์ ทำให้เกิดการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตน ในสภาวการณ์ ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวัน พฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์สามารถเปลี่ยนเงื่อนไขสภาพแวดล้อม ขณะเดียวกันสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปนั้นก็ทำให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนไปด้วยเช่นเดียวกัน

Bandura (1997) ได้ให้คำจำกัดความของสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ว่า การที่บุคคลตัดสินสมรรถนะของตนเองว่ามีความสามารถที่จะจัดการและกระทำกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่มุ่งหวังไว้ได้ ทั้งนี้พฤติกรรมของบุคคลอาจเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมและปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น การรับรู้และความเชื่อ ในขณะเดียวกันปัจจัยภายในตัวบุคคลก็ได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกและปัจจัยทางสภาพแวดล้อมในทางกลับกันสภาพแวดล้อมก็เปลี่ยนไปเพราะพฤติกรรมของบุคคลและความเชื่อต่าง ๆ ที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้น

ปัจจัยทั้ง 3 ประการ จึงเป็นระบบเกี่ยวพันมีลักษณะเป็นเหตุเป็นปัจจัยซึ่งกันและกัน (interlocking system) โดยมีผลต่อการกระทำและการเรียนรู้ของบุคคลโดยอาศัยหลักการดังกล่าว

สรุปได้ว่า บุคคลจะกระทำกิจกรรมใด ๆ ก็ต่อเมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนว่ามีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำกิจกรรมนั้น ๆ จนประสบความสำเร็จตามที่คาดหวังไว้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม หากบุคคลคาดหวังว่าตนมีความสามารถไม่เพียงพอที่จะกระทำกิจกรรมนั้นก็มีแนวโน้มที่บุคคลจะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นได้ การส่งเสริมให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน เกิดการเรียนรู้อันจะก่อให้เกิดพฤติกรรมใหม่ได้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับมิติ (dimension) 3 มิติ ดังนี้ (Bandura, 1997)

1. มิติตามขนาดหรือตามระดับ (level) หมายถึง ขนาดหรือระดับของความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการกระทำกิจกรรม ซึ่งแปรผันตามความยากหรือง่ายของงานที่จะกระทำ ถ้าบุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนต่ำ จะขาดความมั่นใจ และหลีกเลี่ยงที่จะกระทำงานที่ยาก

2. มิติความเข้มแข็ง (strength) หมายถึง ความเชื่อมั่นในการพิจารณาตัดสินความเป็นไปได้ของกำลังความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ บุคคลที่มีความเข้มแข็งสูงจะมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีสมรรถนะเพียงพอที่จะกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ และบุคคลนั้นจะยังคงมีความพยายามกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ต่อไป แม้ว่าจะประสบกับความล้มเหลว

3. มิติความเป็นสากล (generality) หมายถึง เป็นความมั่นใจในความสำเร็จจากประสบการณ์การปฏิบัติงานบางอย่าง ก่อให้เกิดความสามารถในการนำมาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความคล้ายคลึงกันได้

ในการส่งเสริมบุคคลโดยทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัตินั้น ได้จากการส่งเสริมจากแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ดังนี้ (Bandura, 1997)

1. การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) เป็นการสนับสนุนโดยการพูดให้บุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองมีสมรรถนะที่จะกระทำกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ โดยเฉพาะในกิจกรรมที่ยาก การชักจูงด้วยคำพูดจากผู้อื่นที่บุคคลเชื่อถือ และไว้วางใจ คอยให้คำแนะนำ จะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ ทำให้บุคคลเกิดความพยายามและความมั่นใจมากขึ้นที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ การชักจูงด้วยคำพูดเป็นวิธีที่ทำได้ง่ายและใช้กันมาก แต่การใช้คำพูดชักจูงเพียงอย่างเดียวอาจจะไม่มีผลต่อการเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนได้มากนักถ้าจะให้ผลดีควรใช้ร่วมกับแหล่งสนับสนุนข้อมูลแหล่งอื่นไปด้วย

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ผู้อื่น (Vicarious experience) ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนส่วนหนึ่งนั้น เกิดจากการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นหรือการสังเกตเห็นตัวแบบ (model) ทำให้ผู้สังเกตเชื่อว่าตนเองก็มีสมรรถนะที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้เช่นเดียวกัน หากมีความตั้งใจและพยายาม บุคคลจะประเมินสมรรถนะของตนโดยจากการเปรียบเทียบกับความสำเร็จของบุคคลอื่นซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกันกันตนเอง ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนก็มีสมรรถนะที่จะทำกิจกรรมนั้นสำเร็จได้ ในการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบนี้ Bandura (1986) ได้กล่าวว่าประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังต่อไปนี้

1) กระบวนการตั้งใจ (attention processes) กระบวนการที่บุคคลตั้งใจและสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ แบ่งออกได้เป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบของตัวแบบ ที่มีลักษณะเด่นชัด พฤติกรรมที่แสดงออกไม่สลับซับซ้อนมากนัก จะทำให้บุคคลมีความตั้งใจในการสังเกต และองค์ประกอบของของตัวบุคคลที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจได้แก่ ทักษะทางด้านการคิด แนวความคิดเดิม การเห็นคุณค่าของพฤติกรรมที่ตัวแบบได้แสดงออก เป็นต้น

2) กระบวนการเก็บจำ (retention processes) กระบวนการเก็บจำจะเป็นการที่บุคคลจะต้องแปลงข้อมูลที่ตัวแบบได้แสดงออกไปเป็นรูปแบบของสัญลักษณ์ เพื่อจะนำข้อมูลสัญลักษณ์เหล่านั้นไว้ในรูปของความจำถาวร ในรูปของหลักการ และแนวความคิดโดยการจัดระบบโครงสร้างทางปัญญาเพื่อให้ง่ายต่อการจดจำ เพื่อชี้แนะการแสดงพฤติกรรมในอนาคตต่อไป

3) กระบวนการกระทำ (production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บไว้ในรูปของความจำออกมาเป็นการกระทำ ซึ่งจะกระทำได้ดีหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำได้ในการสังเกตการกระทำ และการได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความสามารถทางกาย และทักษะในพฤติกรรมย่อย ๆ ที่จะทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมได้ตามตัวแบบ

4) กระบวนการจูงใจ (motivation processes) เป็นกระบวนการเสริมแรงที่จะช่วยให้บุคคลกระทำพฤติกรรม กระบวนการจูงใจย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของสิ่งล่อใจจากภายนอก ซึ่งกระตุ้นการรับรู้ เป็นสิ่งของที่จับต้องได้ เป็นที่ยอมรับของสังคม และพฤติกรรมที่กระทำตามตัวแบบนั้นสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

3. ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ (enactive mastery experience หรือ performance accomplishments) เป็นแหล่งที่มีอิทธิพลและมีประสิทธิภาพที่สุดในการพัฒนาความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน เนื่องจากความสำเร็จจากการลงมือกระทำนั้นเป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับโดยตรง และเป็นเครื่องแสดงอย่างแท้จริงของบุคคลที่กระทำ

กิจกรรมจนเกิดความสำเร็จ สร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง หากบุคคลมีประสบการณ์ความสำเร็จที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง จะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะในตนเอง บุคคลที่มีสมรรถนะที่จะเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกับที่เคยประสบมาก่อน และมีความคาดหวังในความสามารถของตน แม้ว่าบางครั้งในสถานการณ์นั้นจะเกิดความล้มเหลวบ้างก็ตาม แต่จะไม่มีผลกระทบมากนัก ดังนั้นในการส่งเสริมความเชื่อมั่นสมรรถนะแห่งตนนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะอย่างเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการได้รับแรงเสริมทำให้เขาเชื่อว่าตนเองมีสมรรถนะที่จะกระทำได้เช่นนั้น เพื่อที่จะทำให้บุคคลได้ใช้ทักษะจากการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

4. สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) บุคคลจะมีการตัดสินถึงสมรรถนะแห่งตน โดยพิจารณาผ่านสภาพวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ สภาวะทางด้านร่างกาย หมายถึง การตอบสนองของร่างกายที่แสดงออกเมื่อมีภาวะคุกคามและการเผชิญความเครียด ในสภาวะที่ร่างกายแข็งแรง มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี จะทำให้บุคคลมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่ถ้าในสภาวะร่างกายที่มีความผิดปกติ หรือเจ็บป่วย เช่น ความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า จะส่งผลให้บุคคลมีสมรรถนะแห่งตนลดต่ำลง สภาวะอารมณ์ก็เช่นเดียวกัน เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ การแสดงออกถึงอารมณ์ทางบวก เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะมีผลทำให้บุคคลมีสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น แต่อารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความเครียด ความทุกข์ทรมาน จะส่งผลให้บุคคลมีสมรรถนะแห่งตนลดลง และมักหลีกเลี่ยงการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ

จากแนวทางในการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนจากแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนสามารถเกิดขึ้นได้จากปัจจัยหลายประการ ซึ่งแต่ละปัจจัยมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนที่แตกต่างกัน อาจเน้นปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งก็ได้ หรือผสมผสานแหล่งสนับสนุน เนื่องจากแต่ละแหล่งสนับสนุนเป็นอิสระต่อกัน ไม่เกี่ยวข้องกัน (Bandura, 1986)

6.1 ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุกับสื่อวีดิทัศน์

จากแนวคิดที่เชื่อว่าความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนเป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างความรู้ และการกระทำ ดังนั้นในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ เกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน จึงจำเป็นต้องอาศัยตัวแบบสัญลักษณ์ซึ่งการได้รับอิทธิพลจากการได้เห็นตัวแบบสัญลักณ์จะส่งเสริมให้บุคคลประเมินสมรรถนะของตนเองที่จะตัดสินใจที่จะลงมือกระทำกิจกรรมนั้น ๆ (Bandura, 1997) สื่อที่สามารถถ่ายทอดความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลักการเลือกสื่อมาใช้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ควรพิจารณา ความเหมาะสม และสื่อที่นำมาใช้ต้องเกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุมาก

ที่สุด (โสภา กรรณสูตร, 2542) แต่การนำสื่อประเภทต่างๆ มาใช้ ในการถ่ายทอดความรู้กับผู้สูงอายุนั้น มีสื่อหลายประเภทที่สามารถนำมาใช้ได้ การตัดสินใจว่าจะใช้สื่อประเภทใดที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ จากการถ่ายทอดเนื้อหาของสื่อได้ดีที่สุดนั้น จะต้องมีหลักในการเลือกสื่อให้เหมาะสมกับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ซึ่งสื่อในกระบวนการเรียนรู้จะสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (กฤษณกมล วิจิตร, 2547) สื่อวีดิทัศน์ เป็นสื่อที่ให้ทั้งภาพและเสียงจึงสามารถดึงดูดความสนใจของผู้เรียนโดยเฉพาะผู้สูงอายุได้มาก เนื่องจากวีดิทัศน์สามารถเพิ่มพูนประสบการณ์ของผู้เรียนให้กว้างขวาง 3 ด้าน คือ ประสบการณ์ในมิติแห่งความจริ ง (reality) ประสบการณ์ในมิติแห่งกาลเวลา (time) และประสบการณ์ในมิติของสถานที่ (space) (สันทัด ภิบาลสุข, 2538) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำสื่อวีดิทัศน์มาช่วยในการให้ความรู้กับผู้สูงอายุ เพราะวีดิทัศน์สามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์และพฤติกรรมให้เด่นชัด เข้าใจเนื้อหาได้ในระยะเวลาสั้น ทำให้ผู้สูงอายุสามารถติดตามได้ เร็วขึ้น และช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุไปในทางที่ต้องการได้เพราะเมื่อผู้สูงอายุได้รับความรู้และมี ความเข้าใจดี ย่อมเกิดทัศนคติ ที่ดีต่อสิ่งที่ได้รับรู้ และพร้อมจะปฏิบัติตาม (โสภา กรรณสูตร, 2542) ดังนั้นหากให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ก่อนที่จะเผชิญกับสถานการณ์จริงก็เป็นอีกแนวทางหนึ่งในการเสริมสร้างพฤติกรรมของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้นได้ สำหรับผู้สูงอายุการเพิ่มการฝึกปฏิบัติควบคู่กับการใช้สื่อสัญลักณ์ จะเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน เนื่องจากผู้สูงอายุจะได้รับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยตรงว่าตนกระทำได้สำเร็จ ในการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Bandura, 1997) โดยใช้สื่อวีดิทัศน์จะมีคุณค่ากับผู้สูงอายุ คือ ช่วยให้การเรียนรู้ของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

6.2 โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

จากการทบทวนแนวคิดการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน พบว่าเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการกระทำกิจกรรมหลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อการบรรลุความสำเร็จของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดคือ ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนก่อนผ่าตัด เนื่องจากการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นผลลัพธ์ของการมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดที่ดี (Oetker-Black, 1992) โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความมั่นใจในศักยภาพของตนเองในการทำกิจกรรมก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) มาประยุกต์ในการจัด

โปรแกรมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง เน้นการฟื้นฟูสภาพหัวใจระยะที่ 1 ผ่านสื่อที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุคือ สื่อวีดิทัศน์ โดยการให้ความรู้เป็นรายบุคคลใช้เวลาประมาณ 60 – 90 นาที ต่อครั้ง โดยดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การชักจูงด้วยคำพูด การชักจูงด้วยคำพูด เป็นการสนับสนุนโดยการพูดเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเชื่อมั่นว่าตนเองมีสมรรถนะที่จะกระทำกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ โดยเฉพาะในกิจกรรมที่ยาก การชักจูงด้วยคำพูดจากผู้อื่นที่บุคคลเชื่อถือและไว้วางใจ คอยให้คำแนะนำ จะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ ทำให้บุคคลเกิดความพยายาม และความมั่นใจมากขึ้นที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ หลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม พื่อช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุที่รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด และเล็งเห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด โดยมีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย

1) ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่าง พูดคุย ซักถามอาการโดยทั่ว ๆ ไป การปรับตัวกับสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย การพักผ่อนนอนหลับ ตลอดจนการบริการที่ได้รับ

2) ผู้วิจัยซักถามถึงประวัติการเจ็บป่วยด้วยหลอดเลือดหัวใจตีบ อาการและอาการแสดง ประวัติการรักษา

3) ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงกิจกรรมอย่างคร่าว ๆ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมการวิจัย

กิจกรรมที่ 1.2 การให้คำแนะนำโดยอธิบายให้ความรู้เป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการผ่าตัด และแนะนำให้เห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ

1) โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี มีเนื้อหาเกี่ยวกับ อาการและอาการแสดง ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ การเตรียมตัวเพื่อรับการผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดสภาวะผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด

2) สภาพหอผู้ป่วยวิกฤต และกฎการเข้าเยี่ยม

3) ให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัด ทั้งประสบการณ์ทางตรงและประสบการณ์ทางอ้อม และซักถามในเรื่องที่ยังไม่เข้าใจหรือยังสงสัย

ขั้นที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ โดยการนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งมีตัวแบบที่แสดงในสื่อเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความสนใจในกระบวนการเรียนรู้ 4 ขั้นตอนคือ กระบวนการตั้งใจ กระบวนการเก็บจำ กระบวนการกระทำ และกระบวนการจูงใจ เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความเชื่อมั่นว่าตนมีสมรรถนะที่จะทำกิจกรรมนั้นสำเร็จได้ โดยมีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 2.1 ให้กลุ่มตัวอย่างวีดิทัศน์ ซึ่งมีตัวแบบเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

กิจกรรมที่ 2.2 เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยจากการได้ดูตัวแบบสัญลักษณ์ และทบทวนสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างได้จากการดูตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์

ขั้นที่ 3 การมีประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ เป็นแหล่งที่มีอิทธิพลและมีประสิทธิภาพที่สุดในการพัฒนาความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน เนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับโดยตรง และเป็นเครื่องแสดงอย่างแท้จริงของบุคคลที่กระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจว่าตนมีสมรรถนะที่จะกระทำกิจกรรมนั้นได้

กิจกรรมที่ 3.1 ให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติไปพร้อม ๆ กับการสาธิตในวีดิทัศน์ เช่น การหายใจแบบลึก การบริหารปอดโดยใช้ incentive spirometer การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายข้อต่อของแขนและขา การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง

กิจกรรมที่ 3.2 ให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประสบการณ์สำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยตนเอง ด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจเมื่อผู้ป่วยสูงอายุปฏิบัติได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความมั่นใจว่าตนสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้

ขั้นที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและทางอารมณ์ บุคคลจะมีการตัดสินถึงสมรรถนะแห่งตน โดยพิจารณาผ่านสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ ในสภาวะที่ร่างกายแข็งแรง มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี จะทำให้บุคคลมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น เพราะถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ได้จะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนดีขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4.1 ส่งเสริมการผ่อนคลายด้านอารมณ์ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการหายใจโดยการใช้กล้ามเนื้อกะบังลม (diaphragmatic breathing) โดยการหายใจจะช้า ลึก และสม่ำเสมอ เป็นการหายใจให้ลงไปถึงส่วนล่างสุดของปอด

กิจกรรมที่ 4.2 กระตุ้นให้มีการระบายความรู้สึกระบายความรู้สึก โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล พร้อมทั้งระบายความรู้สึกต่อการเข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและการบริการที่ได้รับ

7. **งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะแห่งตนและการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดมีดังนี้

Gortner & Jenkins (1990) ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อระดับการปฏิบัติกิจกรรมภายหลังการผ่าตัดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 149 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 75 ราย กลุ่มควบคุม 81 ราย โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ซึ่งประกอบด้วยการสังเกตตัวแบบจากวีดิทัศน์ที่ประสบความสำเร็จในการปรับตัวและแก้ไขปัญหา ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ โดยกลุ่มทดลองมีระดับการปฏิบัติกิจกรรมมากกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะ 4 และ 8 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับการปฏิบัติกิจกรรมใน 4 สัปดาห์ สามารถเป็นตัวทำนายถึงระดับการปฏิบัติกิจกรรมในระยะ 24 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

Oetker-Black (1992) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนก่อนผ่าตัดต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดถุงน้ำดี เป็นผู้ป่วยเพศหญิง จำนวน 68 ราย ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการหายใจเข้าออกแบบลึก การฟื้นสภาพหลังผ่าตัด การจำแนกเหตุการณ์ก่อนผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้ยาแก้ปวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

Gilliss, et al (1993) ได้ทำการศึกษาผลของการสนับสนุนทางด้านจิตสังคมและการให้ความรู้ต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดด้าน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต และสภาวะทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ จำนวน 156 คน พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และมีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลังการผ่าตัดหัวใจในสัปดาห์ที่ 1, 4, 12 และ 24 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

Carroll (1995) ได้ศึกษาความสำคัญของความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยสูงอายุ ในระยะฟื้นฟูที่ได้รับการทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยศึกษาในผู้ป่วย

จำนวน 133 ราย โดยวัดสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ ความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนและรูปแบบพฤติกรรมการดูแลตนเองหรือพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ ในวันที่ออกจากโรงพยาบาล และระยะ 6 สัปดาห์ 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของตัวแปร ได้แก่ พฤติกรรมการเดิน การขึ้นบันได การทำกิจกรรมทั่วไป และรูปแบบการแสดงบทบาท ในทางที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมจิต หนุเจริญกุล และพิกุล วิญญาเงือก (1991) ได้ศึกษา การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดและความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในไตโดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง จำนวน 40 คน สุ่มแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมีการฟื้นสภาพหบังผ่าตัด ในด้านความเจ็บปวดแผลผ่าตัด การใช้ยาแก้ปวด การเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล และความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

สายชล จันทร์วิจิตร (2539) ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายต่อการฟื้นสภาพของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดไต โดยดำเนินโปรแกรมในระยะก่อนการผ่าตัด 1 วัน และระยะหลังผ่าตัด 2 ครั้ง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน กลุ่มที่ 1 คือกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตร กลุ่มที่ 2 ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการให้ความรู้ และกลุ่มที่ 3 ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลาย ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลาย มีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดด้านกายภาพและด้านจิตใจและอารมณ์ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการให้ความรู้ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตร

พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน (2544) ได้ศึกษา ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของแบนดูรา โดยการเสนอตัวแบบที่เป็นบุคคล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุพิชญา นุทกิจ (2546) ได้ศึกษาผลของการจัดการด้านพฤติกรรมร่วมกับการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ ต่อความรุนแรงของอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุสตรี ผลการวิจัยพบว่า ความรุนแรงของอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุสตรีที่ได้รับการจัดการด้านพฤติกรรมร่วมกับการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ ลดลงและดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุสตรีที่ได้

รับการเยี่ยมบ้านจากพยาบาลประจำหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

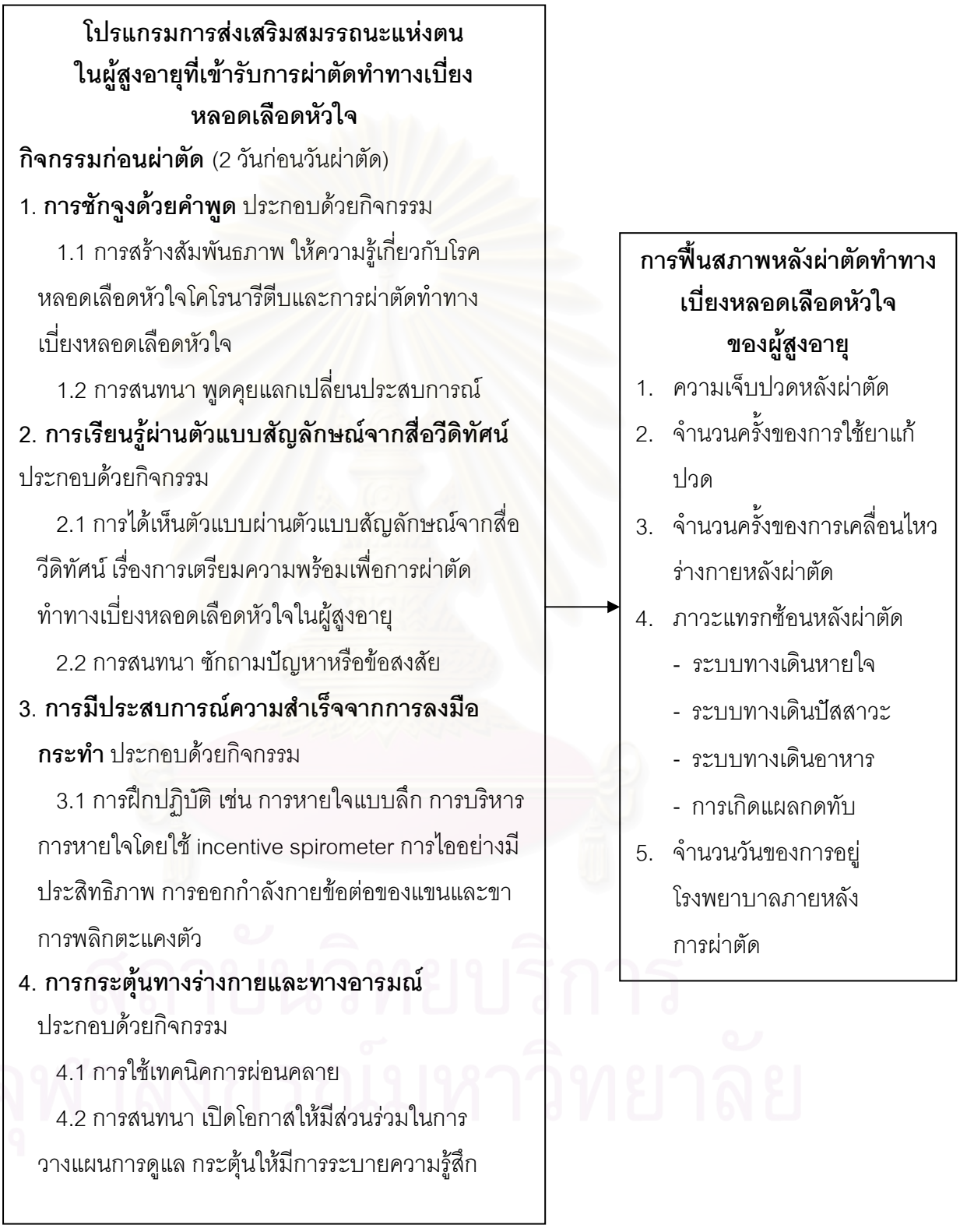
กฤษณกมล วิจิตร (2547) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ภาษาถิ่นล้านนาต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยการส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ จำนวน 40 ราย แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน ด้านการขอยาบรรเทาปวด ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย และการลุกเดินหลังผ่าตัด สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กัณหา ปานสมุทร์ (2547) ศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 30 ราย พบว่าภายหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะทางเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน จะนำมาซึ่งพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมทั้งระยะก่อนการผ่าตัด และภายหลังผ่าตัดที่ถูกต้องและเหมาะสม ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และช่วยในการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้รวดเร็วขึ้น ซึ่งในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุมีพฤติกรรมการปฏิบัติตน**เพื่อฟื้นฟู**สภาพร่างกายและจิตใจหลังผ่าตัดนั้น พยาบาลเป็นผู้หนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยผ่านตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ เน้นการฟื้นฟูสภาพหัวใจในระยะที่ 1 โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีของ Bandura (1997) แสดงในกรอบแนวคิด ดังนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มด้วยวิธีการจับคู่ (matched pair) ทำการวัดการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของทั้งสองกลุ่มหลังการทดลองครั้งเดียว (the posttest–only design with nonequivalent groups) (ธวัชชัย วรพงศธร. 2543) มีรูปแบบดังนี้

กลุ่มทดลอง **X** _____ O_1

กลุ่มควบคุม _____ O_2

เมื่อ X หมายถึง โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

O_1 หมายถึง การวัดการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ด้านความเจ็บปวดหลังผ่าตัด จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด

O_2 หมายถึง การวัดการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้านความเจ็บปวดหลังผ่าตัด จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft) ทั้งเพศชายและเพศหญิง

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตีบที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาเพื่อการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ศูนย์โรคหัวใจในสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนธันวาคม 2550 ถึงเดือนเมษายน 2551 โดยมีการวางแผนผ่าตัดล่วงหน้า ไม่ใช่การผ่าตัดแบบฉุกเฉิน จำนวน 40 คน ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตีบ และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเพื่อรับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ หรือมีอาการเจ็บหน้าอกที่ควบคุมไม่ได้ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสารและการใช้สายตา ยกเว้นสายตาสั้นหรือสายตายาวซึ่งเมื่อสวมแว่นตาแล้วสามารถมองเห็นได้ปกติ
3. ได้รับอนุญาตจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหัวใจที่ทำการผ่าตัดให้เข้าร่วมการวิจัย
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิด การจำ การถามตอบเชิงเหตุและผล โดยประเมินจากการใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini Mental State Exam Thai หรือ MMSE – Thai 2002) (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น, 2542) เกณฑ์ในการประเมินแบบทดสอบคือ

   ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 14 คะแนน

   ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษาได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 17 คะแนน

   ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 22 คะแนน
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ตัวแปรสำคัญ (matched pair) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมี

ลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดโดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

1. เพศเดียวกัน

2. กลุ่มอายุใกล้เคียงกัน ซึ่งจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้น (young – old) อายุ 60 – 69 ปี ผู้สูงอายุตอนกลาง (medium – old) อายุ 70 – 79 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย (oldest – old) อายุ 80 ปีขึ้นไป (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545)

3. ประสบการณ์การได้รับการผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุ แบ่งเป็น เคยได้รับการผ่าตัด และไม่เคยได้รับการผ่าตัดโดยการดมยาสลบทั่วร่างกาย

4. ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ (ejection fraction) แบ่งเป็น poor left ventricular function (EF < 30%), fair left ventricular function (EF 30% – 50%) และ good left ventricular function (EF > 50%) (American Heart Association, 2004)

เพื่อหลีกเลี่ยงประเด็นเรื่องการเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันในการให้การพยาบาลของผู้ป่วย และเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยการจัดกระทำกับกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 20 คน หลังจากนั้นจึงดำเนินการกับกลุ่มทดลอง โดยเมื่อมีผู้ป่วยสูงอายุที่มีลักษณะตามเกณฑ์เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจก็จะพิจารณาว่าผู้ป่วยสูงอายุรายนั้นมีลักษณะตรงกับผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มควบคุมในด้าน เพศ อายุ ประสบการณ์การผ่าตัด และประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ จนครบ 20 คน

ในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเกิดภาวะแทรกซ้อนที่วิกฤตหลังผ่าตัด เช่น ภาวะช็อค ตกเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง ภาวะวิกฤตของระบบทางเดินหายใจ หรือภาวะอื่น ๆ ที่แพทย์ไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมใด ๆ หลังผ่าตัด ผู้วิจัยจะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามปกติ แต่ไม่วัดผลการทดลอง ซึ่งในระหว่างดำเนินการวิจัยพบผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว 3 คน คือ ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง 2 คน และกลุ่มทดลองมีภาวะช็อค 1 คน ซึ่งผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยตามปกติพร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง และแจ้งให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงเหตุผลที่ไม่วัดการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน โดยแต่ละกลุ่มมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Polit & Hunger, 1999) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดให้แต่ละกลุ่มมีจำนวน 20 คน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนที่วิกฤตหลังผ่าตัด 3 คน คือ กลุ่มควบคุมเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง 2 คน และกลุ่ม

ทดลองมีภาวะช็อค 1 คน ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 คน และคู่ที่อยู่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อีก 3 คน มาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จึงคงเหลือกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มมีจำนวน 17 คน

ตารางที่ 1 แสดงผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาเพื่อการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตาม เพศ อายุ ประสบการณ์เข้ารับการผ่าตัด และ ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ (EF)

คู่ที่	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	เพศ	อายุ	ประสบการณ์ผ่าตัด	EF	เพศ	อายุ	ประสบการณ์ผ่าตัด	EF
1.	หญิง	60	ไม่เคยผ่าตัด	72.6%	หญิง	60	ไม่เคยผ่าตัด	60%
2.	ชาย	75	ไม่เคยผ่าตัด	71%	ชาย	73	ไม่เคยผ่าตัด	70%
3.	ชาย	60	ไม่เคยผ่าตัด	60%	ชาย	60	ไม่เคยผ่าตัด	79%
4.	หญิง	61	เคยผ่าตัด	50%	หญิง	67	เคยผ่าตัด	47%
5.	หญิง	62	ไม่เคยผ่าตัด	70%	หญิง	62	ไม่เคยผ่าตัด	56%
6.	ชาย	68	ไม่เคยผ่าตัด	80%	ชาย	64	ไม่เคยผ่าตัด	55%
7.	หญิง	63	ไม่เคยผ่าตัด	50%	หญิง	60	ไม่เคยผ่าตัด	54%
8.	หญิง	73	ไม่เคยผ่าตัด	73%	หญิง	71	ไม่เคยผ่าตัด	73%
9.	ชาย	64	ไม่เคยผ่าตัด	30%	ชาย	66	ไม่เคยผ่าตัด	40%
10.	ชาย	69	เคยผ่าตัด	50%	ชาย	67	เคยผ่าตัด	55%
11.	ชาย	66	ไม่เคยผ่าตัด	74%	ชาย	68	ไม่เคยผ่าตัด	76%
12.	หญิง	78	ไม่เคยผ่าตัด	60%	หญิง	73	ไม่เคยผ่าตัด	58%
13.	หญิง	67	ไม่เคยผ่าตัด	50%	หญิง	68	ไม่เคยผ่าตัด	63%
14.	ชาย	60	เคยผ่าตัด	42%	ชาย	60	เคยผ่าตัด	40%
15.	ชาย	70	ไม่เคยผ่าตัด	64%	ชาย	71	ไม่เคยผ่าตัด	51%
16.	หญิง	69	ไม่เคยผ่าตัด	60%	หญิง	62	ไม่เคยผ่าตัด	56%
17.	ชาย	68	ไม่เคยผ่าตัด	25%	ชาย	70	ไม่เคยผ่าตัด	28%

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 4 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง (แสดงในภาคผนวก ข) รายละเอียดของเครื่องมือมีดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini Mental State Exam Thai หรือ MMSE-Thai 2002 ของ คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (2542) ที่แปลมาจาก Folstein, et al. (1975) เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมสามารถวัดการทำงานของสมองได้ทั้ง 2 ซีกแบบครอบคลุมและทั่วถึง เป็นแบบทดสอบที่เหมาะกับผู้สูงอายุ ซึ่งมักมีความผิดปกติ ความคิด ความจำ พฤติกรรม ที่เกิดจากพยาธิสภาพในสมอง เกณฑ์การประเมินว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ อยู่ในระดับปกติ และไม่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 14 คะแนน

ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษาได้เท่ากับหรือมากกว่า 17 คะแนน

ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาได้เท่ากับหรือมากกว่า 22 คะแนน

ในระหว่างดำเนินการวิจัย ในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พบว่าผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ อยู่ในระดับปกติ ระหว่างการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างพบผู้ป่วยสูงอายุที่มีคะแนนต่ำกว่าปกติ กล่าวคือ ผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษาได้คะแนนรวมเท่ากับ 14 คะแนน เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุมาก 84 ปี จึงทำให้การรับรู้ด้านต่าง ๆ ลดลง ผู้วิจัยจึงไม่ได้คัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระดับการศึกษา ประสบการณ์การได้รับการผ่าตัด วันที่เข้ารับการรักษา วันที่ผ่าตัด วันที่จำหน่าย ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดที่ พิกุล วิญญาเงือก (2532) ซึ่งได้แปลมาจากดัชนีบ่งชี้การฟื้นสภาพหลังผ่าตัด Postoperative Recovery Index (PRI) ของ Johnson, et al. (1978) ประกอบด้วยองค์ประกอบการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ดังนี้

1) แบบประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด แบ่งเป็น ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด (sensory sensation scale) และ ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัด (distress scale) ซึ่งเป็นมาตราวัดแบบอันตรภาค โดยใช้เส้นตรง ความยาว 10 เซนติเมตร แทนความต่อเนื่องของคะแนนความรู้สึกปวดแผลผ่าตัด และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัด มีค่าตั้งแต่ 0 – 10 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง ไม่รู้สึกปวดแผลผ่าตัดเลย หรือไม่รู้สึกทุกข์ทรมานเลย คะแนน 10 หมายถึง รู้สึกปวดแผลผ่าตัดมากที่สุด หรือ รู้สึกทุกข์ทรมานมากที่สุด ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง โดยให้ทำเครื่องหมายบนเส้นตรง หรือบอกเป็นคะแนนตรงตำแหน่งที่กำหนดให้บนเส้นตรงให้ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของผู้ป่วยที่รุนแรงที่สุดตลอดวันที่ผ่านมาภายหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 โดยทำการประเมิน ณ เวลา 18.00 น.

2) การใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด หมายถึง จำนวนครั้งของการได้รับยาในกลุ่มของยาแก้ปวดทั้งชนิดฉีดและชนิดรับประทานที่ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยดูจากในบันทึกรายงานการใช้ยาที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับจริงในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 โดยไม่จำกัดหรือควบคุมการขอยาระงับปวด จำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยได้รับนับเป็น 1 คะแนน

3) แบบประเมินจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด หมายถึง จำนวนครั้งของการที่ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดสามารถเคลื่อนไหวร่างกายโดยมีวิธีปฏิบัติดังนี้ การบริหารการหายใจโดยใช้ Incentive spirometer ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด และการลุกลงมานั่งเก้าอี้ข้างเตียงในวันที่ 3 ภายหลังการผ่าตัด ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวที่ตั้งใจทำ รวมถึงการเคลื่อนไหวที่เกิดจากการกระตุ้นจากพยาบาล จำนวนครั้งของผู้ป่วยสูงอายุที่ปฏิบัติได้แต่ละครั้งนับเป็น 1 คะแนน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสังเกตพฤติกรรมดังกล่าวว่าผู้ป่วยปฏิบัติได้กี่ครั้งต่อวันในช่วงเวลา 8.00 – 18.00 น.

4) แบบบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยเก็บข้อมูลจากใบบันทึกอาการ รายงานของแพทย์และรายงานการบันทึกทางการพยาบาล การวินิจฉัยโรค ผลเอ็กซเรย์และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาวะแทรกซ้อนแต่ละชนิดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนับเป็น 1 คะแนน ภาวะแทรกซ้อนที่วัด ได้แก่

4.1) ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกตั้งแต่ 2 ครั้งติดกันขึ้นไป พบความผิดปกติอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้ พบ Infiltration, consolidation, Atelectasis เกิดขึ้นใหม่หรือลุกลามกว่าเดิม และไม่หายไปอย่างรวดเร็ว ประเมินจากผลเอ็กซเรย์ซึ่งอ่านโดยรังสีแพทย์ ร่วมกับจำนวนเสมหะ ที่เพิ่มมากขึ้น หรือเปลี่ยนเป็นสีเหลืองเขียว เสมหะข้นคล้ายหนองหรือสนิมเหล็ก โดยมีอาการหลังรับการรักษาในโรงพยาบาลเกิน 72 ชั่วโมง มีไข้ (อุณหภูมิ > 38°C) โดยไม่มีสาเหตุอื่น

4.2) ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินปัสสาวะ มีอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น มีไข้ (อุณหภูมิ > 38°C) หนาวสั่น ปวดและกดเจ็บบริเวณหัวเหน่า ร่วมกับผลการตรวจปัสสาวะมีเม็ดเลือดขาวมากกว่าหรือเท่ากับ 10 เซลล์ต่อมิลลิลิตร (แรกรับผลปกติ)

4.3) ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยมีอาการ ท้องอืด แน่นอึดอัดท้องและท้องผูก

4.4) การเกิดแผลกดทับ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังเมื่อมีการกดทับผิวหนังที่ทาบกับปุ่มกระดูกเป็นเวลานาน ทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อรอบ ๆ ขาดออกซิเจนจากโลหิตมาหล่อเลี้ยงทำให้เกิดการตายของผิวหนังและเนื้อเยื่อต่าง ๆ เกณฑ์การประเมินแผลทับใช้หลักของ The National Pressure Ulcer Advisory Panel ได้แบ่งความรุนแรงของแผลกดทับตามลักษณะทางกายวิภาคของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายโดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ไม่มีการทำลายของผิวหนัง ผิวหนังจะมีสีแดงขอบเขตไม่ชัดเจน หรือมีการทำลายผิวหนังจำกัดอยู่ในหนังกำพร้า (epidermis) แผลมีลักษณะคล้ายแผลถลอกบริเวณที่ถูกกดจะมีรอบแดง ไม่หายไปในเวลา 30 นาที เมื่อลดการกดทับบริเวณนั้น อาจจะมีรอยช้ำแต่ผิวหนังที่ปกคลุมยังไม่มีรอยฉีกขาด

ระดับที่ 2 มีการทำลาย เนื้อเยื่อตลอดชั้นความหนาของหนังแท้ (dermis) มีการฉีกขาดของผิวหนังชั้นนอก ผิวหนังมีสีแดง มีตุ่มน้ำพอง และผิวหนังจะกระด้าง

ระดับที่ 3 มีการทำลายของเนื้อเยื่อ จนถึงชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง อาจลึกถึงชั้นเนื้อเยื่อพังผืดที่อยู่ลึก แผลมีเนื้อตายและมีหนอง แผลเป็นหลุมลึก เซาะไปยังเนื้อเยื่อโดยรอบหรือมีน้ำเหลือง

ระยะที่ 4 มีการทำลายของเนื้อเยื่อทุกชั้นโดยตลอดแผลลึกถึงกล้ามเนื้อกระดูก เอ็นหรือเยื่อหุ้มข้อต่อเนื้อเยื่อจะถูกดึงแยกแผลมีหนอง เนื้อเยื่อที่ตายจะมีสีคล้ำ หรือดำ

5) จำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัด หมายถึง ระยะเวลาซึ่งนับเป็นวัน ตั้งแต่วันที่ทำการผ่าตัด จนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยดูจากเวชระเบียน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหา ความเหมาะสม และความครอบคลุมของการวัด แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ได้แก่

อาจารย์ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก	1 คน
อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ	2 คน

หัวหน้าพยาบาลด้านศัลยศาสตร์ระบบหัวใจและหลอดเลือด 1 คน

พยาบาลเวชผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน

เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา รูปแบบ และความเหมาะสมของการวัด รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา หรือ Content Validity Index (Polit and Hungle, 1999) โดยถือเกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหามากกว่า .80 ได้ค่าดัชนี ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .87 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1) ปรับการใช้ภาษาในการอธิบายวิธีการวัดในแต่ละด้านให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจง่ายขึ้น

2) อธิบายถึงแบบวัดความรู้สึกทุกข์ทรมานให้ชัดเจนว่าหมายถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากอาการปวดแผลผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

3) อธิบายถึงการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจให้ชัดเจนขึ้น พร้อมทั้งปรับตารางการเก็บข้อมูลให้ละเอียดมากขึ้นเพื่อลดความคลาดเคลื่อน

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วนำไป ทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 5 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของการสังเกต ทำการประเมินโดยใช้ผู้สังเกต 2 คน คือ ผู้วิจัยและพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ทำการประเมินด้านการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยคนเดียวกันแล้วนำผลการประเมินมาหาค่าความเชื่อมั่นของการสังเกต (interrater reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .90

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนตามทฤษฎีของ Bandura (1997) สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งประกอบด้วยแหล่งสนับสนุนจาก 4 แหล่ง คือ การชักจูงด้วยคำพูด การเรียนรู้ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ การมีประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ และการกระตุ้นทางร่างกายและทางอารมณ์ โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมและศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือด

หัวใจโคโรนารีในผู้สูงอายุ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2. ดำเนินการสร้างตัวแบบสัญลักษณ์สื่อวีดิทัศน์ กำหนดเนื้อหาในวีดิทัศน์ให้ครอบคลุมในเรื่อง การเตรียมตัวเพื่อการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เหตุการณ์ที่ต้องประสบ การปฏิบัติตนที่ถูกต้องหลังผ่าตัด และการบริหารร่างกายภายหลังผ่าตัด โดยมีผู้แสดงเป็นสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยมีวิธีการดังต่อไปนี้

2.1) ผู้วิจัยเขียนโครงเรื่องและเขียนบทสำหรับถ่ายทำ (video script) ผู้วิจัยเริ่มวางแผนเขียนบทวีดิทัศน์ตามกระบวนการเรียนรู้จากตัวแบบสัญลักษณ์

2.2) ดำเนินการขออนุมัติสถานที่ถ่ายทำวีดิทัศน์ จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

2.3) จัดเตรียมนักแสดง และผู้ดำเนินการถ่ายวีดิทัศน์ พร้อมกับการซักซ้อมบทให้เข้าใจตรงกัน พร้อมกับนัดวันถ่ายทำวีดิทัศน์

2.4) จัดเตรียมสถานที่ถ่ายทำ ณ หอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ชั้น 5 และอุปกรณ์ประกอบฉาก และเริ่มถ่ายทำบันทึกเทปเป็นตอนๆ จัดรูปแบบสถานการณ์จำลองให้มีความเหมือนจริงมากที่สุด

2.5) จัดเตรียมผู้บรรยาย และซักซ้อมเนื้อหาในบทบรรยาย

2.6) หลังจากถ่ายทำเสร็จแล้วนำภาพที่ได้มาตัดต่อให้เข้ากันกับการบรรยายภาพประกอบ พร้อมบันทึกเสียงบรรเลงและเสียงดนตรีตามเนื้อหาในภาพและบทวีดิทัศน์ จนได้วีดิทัศนที่เสร็จสมบูรณ์

3. สร้างโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยกำหนดกิจกรรมแบบรายบุคคลตามแนวคิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด <u>ครั้งที่ 1</u> (2 วันก่อนผ่าตัด) และ <u>ครั้งที่ 2</u> (1 วันก่อนผ่าตัด)

ขั้นที่ 1 การชักจูงด้วยคำพูด ผู้วิจัยอธิบายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้ภาพพลิกใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการได้รับการผ่าตัดทั้งประสบการณ์ทางตรงและประสบการณ์ทางอ้อม

ขั้นที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลอง ได้เห็นถึงความสำคัญของการเตรียมพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดที่ถูกต้องโดยการนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและการ

ปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ใช้เวลาประมาณ 25 นาที เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยหลังจากดูวีดิทัศน์เสร็จสิ้น

ขั้นที่ 3 การมีประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองได้ฝึกปฏิบัติตามตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์จนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติจริง เช่น การหายใจแบบลึก การบริหารปอดโดยใช้ incentive spirometer การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายข้อต่อของแขนและขา การพลิกตะแคงตัว ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที

ขั้นที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและทางอารมณ์ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสูงอายุฝึกการหายใจโดยการใช้กล้ามเนื้อกะบังลม (diaphragmatic breathing) โดยมุ่งความสนใจไปที่การหายใจเข้าออก และควบคุมจังหวะการหายใจให้สม่ำเสมอ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุได้มีการระบายความรู้สึกต่อการเข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยสูงอายุ และบทวีดิทัศน์ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาวิชาการและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เพื่อหาความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันร้อยละ 80 ผู้วิจัยนำบทวีดิทัศน์มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ การปรับการใช้ภาษาเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุเข้าใจได้ง่าย อธิบายเหตุผลของกิจกรรมต่าง ๆ เพิ่มเติม เพิ่มบทสัมภาษณ์ประสบการณ์การได้รับการผ่าตัดจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจริง จากนั้นนำไปถ่ายทำจริง และภายหลังการถ่ายทำและตัดต่อวีดิทัศน์เสร็จสิ้น ผู้วิจัยนำสื่อวีดิทัศน์ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านโสตทัศนศึกษาและนำมาปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องเพิ่มเติม เช่น มีการปรับความชัดเจนของภาพ ปรับขนาดตัวหนังสือและภาพให้มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อให้มองเห็นได้เด่นชัด ลดความเร็วของการเลื่อนภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติตามทัน

การตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำวีดิทัศน์ที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย ดูและประเมินว่าเข้าใจในเนื้อหาตลอดจนการลำดับภาพหรือไม่ แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

ชุดที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง แบบวัดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนก่อนผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบ คือ สามารถทำได้ กับไม่สามารถทำได้ เพื่อใช้ตรวจสอบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนจากโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้จัดขึ้นหรือไม่ โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้ประเมินความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสูงอายุตอบแบบสอบถามภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในระยะก่อนผ่าตัด หากผู้ป่วยสูงอายุตอบว่า สามารถทำได้มากกว่าร้อยละ 80 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน ในกลุ่มทดลองหากผู้ป่วยสูงอายุไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดผู้วิจัยจะจัดโปรแกรมให้อีกครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) วิจัยนำแบบวัดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนก่อนผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุ ให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหา ความเหมาะสม และความครอบคลุมของแบบสอบถาม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของแบบสอบถาม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนก่อนผ่าตัดที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา หรือ Content Validity Index (Polit and Hungle, 1999) โดยถือเกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหามากกว่า .80 ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .80 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ปรับการใช้ภาษาในการสอบถามในแต่ละข้อให้เข้าใจง่ายขึ้น

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนก่อนผ่าตัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีลักษณะคล้ายประชากรตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) (Polit and Hungle, 1999) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ชั้น 5 และหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ชั้น 8 โดยดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม รวบรวมและจัดเตรียมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2) ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อพิจารณาโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ รหัสโครงการ 325/2550 (EC2) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมีมติรับรองให้เก็บขอมูลวิจัยได้เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2550

3) ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก หัวหน้าหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องในการวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

4) ภายหลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ กับศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ในการขอดูเวชระเบียนและรายงานของแพทย์และพยาบาล ของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย

5) เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยกำหนดคุณสมบัติผู้ช่วยวิจัยว่าเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเกิน 2 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยเตรียมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุเพิ่มเติม พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และอธิบายเกี่ยวกับเครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

6) ผู้วิจัยติดต่อกับหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ชั้น 8 โรงพยาบาลศิริราชเพื่อดูข้อมูลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีการวางแผนการผ่าตัดล่วงหน้า และตารางกำหนดวันเข้ารับการรักษาเพื่อการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และขอความร่วมมือคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยจึงสอบถาม

ความสมัครใจจากผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ในการเข้าร่วมการวิจัย โดยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมจนครบ 20 คนก่อน หลังจากทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบแล้วนั้น จึงจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจนครบ 20 คน จัดให้กลุ่มตัวอย่างมีความเท่าเทียมกัน โดยการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (matched pair) พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 20 ธันวาคม 2550 ถึงวันที่ 20 เมษายน 2551 โดยผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์กับกลุ่มตัวอย่าง ณ หอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจ ชั้น 8 โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมด้วยตนเองทุกขั้นตอน รายละเอียดของกิจกรรม มีดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มควบคุมที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเพื่อเตรียมเข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ใช้เวลาประมาณ 5 – 10 นาที

2) หลังจากได้รับความร่วมมือและยินยอมจากผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มควมคุมแล้ว ผู้วิจัยจึงสอบถามข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อคำถาม และประเมินการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ ตามแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย จำนวน 11 ข้อคำถาม ซึ่งใช้เวลาในการตอบข้อคำถามทั้งหมดประมาณ 15 – 20 นาที

3) ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนและรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มควบคุมรับทราบ ได้แก่ การประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด

4) ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มควมคุมได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และการเตรียมตัวในการผ่าตัดจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ครอบคลุมในเรื่องการหายใจแบบลึก การไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว การเคลื่อนไหวร่างกาย การรับประทานอาหารและน้ำ

5) หลังผ่าตัดวันที่ 1 และวันที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มควบคุม ประเมินสภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มควบคุมหลังผ่าตัด ว่ามีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือมีภาวะวิกฤติของโรคหลังผ่าตัด และสามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อไปได้หรือไม่ ซึ่งหากผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มควบคุมมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือมีภาวะวิกฤติของโรคหลังผ่าตัด ผู้วิจัยจะคัดผู้ป่วยออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบ

6) ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการวัดการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มควบคุม ดังนี้

6.1) ในวันที่ 1หลังผ่าตัด ประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัดและความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัด บันทึกการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด บันทึกจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ในด้าน การบริหารปอดด้วยอุปกรณ์บริหารปอด incentive spirometer

6.2) ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัดและความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัด บันทึกการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด บันทึกจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ในด้าน การบริหารปอดด้วยอุปกรณ์บริหารปอด incentive spirometer

6.3) ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัดและความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัด บันทึกการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด บันทึกจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ในด้าน การบริหารปอดด้วยอุปกรณ์บริหารปอด incentive spirometer และบันทึกจำนวนครั้งของการลุงลงนั่งข้างเตียง

7) ผู้วิจัยดำเนินการประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหลังผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มควบคุมได้รับการผ่าตัดครบ 72 ชั่วโมง และติดตามบันทึกวันที่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเพื่อเตรียมเข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที

2) หลังจากได้รับความร่วมมือและยินยอมจากผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองแล้ว ผู้วิจัยจึงสอบถามข้อมูลตามตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อคำถาม และประเมินการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ ตามแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย จำนวน 11 ข้อคำถาม ซึ่งใช้เวลาในการตอบข้อคำถามทั้งหมดประมาณ 15 – 20 นาที

3) ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนและรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองรับทราบ ได้แก่ การประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด

4) ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองก่อนได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมแบบรายบุคคล ก่อนได้รับการผ่าตัด 2 ครั้ง ในช่วงเวลา 18.00 – 20.00 น. ใช้เวลาประมาณ 60 – 90 นาที ต่อครั้ง รายละเอียดของกิจกรรม มีดังนี้

วันที่ 2 ก่อนการผ่าตัด

ขั้นที่ 1 การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuation) เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเข้าใจถึงความหมายของการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และความสำคัญของการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัด โดยมีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัวกับผู้ป่วยสูงอายุ พูดคุย ซักถามอาการโดยทั่ว ๆ ไป การปรับตัวกับสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยและบุคคลากรในหอผู้ป่วย การพักผ่อนนอนหลับ ผู้วิจัยซักถามถึงประวัติการเจ็บป่วยด้วยหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตีบ อาการ และอาการแสดงประวัติการรักษาและการผ่าตัดต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยสูงอายุเคยได้รับ พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้สูงอายุได้รับทราบถึงกิจกรรมอย่างคร่าว ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้เตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมการวิจัย ใช้เวลาประมาณ 5 – 10 นาที

กิจกรรมที่ 1.2 กิจกรรมการให้คำแนะนำโดยอธิบายให้ความรู้เป็นรายบุคคลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี อาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการรักษา และแนะนำให้เห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดโดยผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลอง (ใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที)

ในระหว่างดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองได้เห็นภาพโรคหลอดเลือดโคโรนารี อาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง และการทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจผู้วิจัยจึงได้จัดทำแผ่นพลิกเพิ่มเติม เพื่อใช้ประกอบในการให้ความรู้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลอง

ขั้นที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ (vicarious experience) โดยการนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งมีตัวแบบที่แสดงในสื่อเป็นผู้สูงอายุที่เตรียมเข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความสนใจในกระบวนการเรียนรู้

กิจกรรมที่ 2.1 กิจกรรมชมวีดิทัศน์ ให้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองชมวีดิทัศน์ เรื่องการเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีเนื้อหาในวีดิทัศน์เกี่ยวกับ การเตรียมด้านร่างกายและจิตใจ สถานการณ์ที่เผชิญในห้องผ่าตัด สภาพผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด การปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ถูกต้องและการบริหารร่างกายหลังผ่าตัดเพื่อการฟื้นสภาพที่ดีหลังผ่าตัด (เวลาของวีดิทัศน์ ประมาณ 25 นาที)

กิจกรรมที่ 2.2 กิจกรรมสนทนา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยจากการได้ดูตัวแบบสัญลักษณ์ และทบทวนสิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองได้จากการดูตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์

ในระหว่างดำเนินการทดลองผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้ดูสื่อวีดิทัศน์มีความพึงพอใจและให้ความชื่นชม แต่เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลศิริราชมีความจำเป็นต้องเฝ้าระวังการเต้นของหัวใจจึงไม่สะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองไปยังห้องสอนแสดง ผู้วิจัยได้ทำการสอนผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองที่เตียงของผู้ป่วย ลดการรบกวนจากสิ่งแวดล้อมโดยการปิดม่าน และเลือกเวลาในช่วง 18.00 – 20.00 น. ในการดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเนื่องจากเป็นเวลาที่มีกิจกรรมการพยาบาลและเสียงรบกวนจากภายนอกลดลง

ขั้นที่ 3 **การมีประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ (enactive mastery experience)** กิจกรรมการฝึกปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีประสบประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ และเป็นเครื่องแสดงอย่างแท้จริงของบุคคลที่กระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จ

กิจกรรมที่ 3.1 กิจกรรมการฝึกปฏิบัติ ให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ฝึกปฏิบัติไปพร้อม ๆ กับการสาธิตในวีดิทัศน์ ได้แก่ การหายใจแบบลึก การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารปอดโดยใช้ incentive spirometer การออกกำลังกายข้อต่อของแขนและขา การพลิกตะแคงตัว (ใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที)

กิจกรรมที่ 3.2 ให้ผู้ป่วยสูงอายุรับรู้ถึงประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ ด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจเมื่อผู้ป่วยสูงอายุปฏิบัติได้ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความมั่นใจว่าตนสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้

ในระหว่างการดำเนินการทดลอง ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการปฏิบัติกิจกรรมตามการสาธิตจากสื่อวีดิทัศน์เป็นอย่างดี กิจกรรมใดที่ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองยังไม่สามารถปฏิบัติได้ผู้วิจัยจึงเป็นผู้เสาธิตให้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองได้ดูเป็นตัวอย่างอีกครั้ง

ขั้นที่ 4 **การกระตุ้นทางร่างกายและทางอารมณ์ (physiological and affective states)** เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4.1 กิจกรรมส่งเสริมการผ่อนคลายด้านอารมณ์ (ใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสูงอายุฝึกการหายใจโดยการใช้กล้ามเนื้อกะบังลม

(diaphragmatic breathing) โดยการหายใจช้าลึก และสม่ำเสมอ เป็นการหายใจให้ลงไปถึงส่วนล่างสุดของปอด ส่งเสริมให้ถุงลมเล็ก ๆ ในปอดขยายตัวเต็มที่ เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน การหายใจเข้าออกลึก ๆ ทำให้ร่างกายและจิตใจคลายความเครียด ความวิตกกังวลได้ โดยให้ผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในท่านอนหงายราบ หรือศีรษะสูงเล็กน้อยถ้าไม่สามารถนอนราบได้ ใช้มือทั้งสองข้างวางประสานกันบนหน้าอก ให้ผู้ป่วยสูงอายุหายใจเข้าลึก ๆ ช้า ๆ ผ่านทางจมูก โดยนับในใจหนึ่งถึงสามแล้วหายใจออกช้า ๆ ให้หายใจในลักษณะที่ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกสบายมากที่สุด มุ่งความสนใจไปที่การหายใจเข้าออกและควบคุมจังหวะการหายใจให้สม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มการผ่อนคลายแนะนำให้ผู้ป่วยสูงอายุนำวิธีนี้ไปใช้หลังได้รับการผ่าตัดเมื่อเกิดอาการปวดแผลผ่าตัด ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล พร้อมทั้งระบายความรู้สึกต่อการเข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

กิจกรรมที่ 4.2 กิจกรรมกระตุ้นให้มีการระบายความรู้สึก โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล พร้อมทั้งระบายความรู้สึกต่อการได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุนำการผ่อนคลายด้วยการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมไปใช้หลังผ่าตัดเมื่อมีอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัด

กิจกรรมการฝึกการหายใจโดยการใช้กล้ามเนื้อกะบังลมเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองทำได้ยาก ทำให้ต้องฝึกหลาย ๆ ครั้ง ผู้วิจัยได้แนะนำเทคนิคในการฝึกเพิ่มเติม เช่น ใช้มือประสานไว้ที่หน้าท้องเพื่อเพิ่มการควบคุมจังหวะการหายใจ

วันที่ 1 ก่อนการผ่าตัด

ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลอง จากรายงานเกี่ยวกับอาการและอาการเปลี่ยนแปลง แผนการ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา เพื่อประเมินเบื้องต้นและเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลอง

ขั้นที่ 1 การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuation) ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุย ซักถามโดยทั่ว ๆ ไป อาการและอาการแสดง การฝึกปฏิบัติตามตัวแบบสัญลักษณ์ ในระยะเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ตลอดจนความรู้สึกเกี่ยวกับผลของการฝึกปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรค ผู้วิจัยช่วยชี้แนะแนวทางแก้ไข

ขั้นที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ (vicarious experience) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองได้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยจากการได้ดูตัวแบบสัญลักษณ์ และทบทวนสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองได้ดูวีดิทัศน์อีกครั้งหากผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองจำไม่ได้

ขั้นที่ 3 การมีประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ (enactive mastery experience) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติการบริหารร่างกาย ได้แก่ การหายใจแบบลึก การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารปอดโดยใช้ incentive spirometer การออกกำลังกายข้อต่อของแขนและขา การพลิกตะแคงตัว พร้อมทั้งแนะนำจนผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองปฏิบัติได้ถูกต้อง และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองปฏิบัติได้ถูกต้อง กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองนำการฝึกปฏิบัติไปใช้หลังการผ่าตัด

ขั้นที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและทางอารมณ์ (physiological and affective states) ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ด้วยการหายใจโดยการใช้กล้ามเนื้อกะบังลม (diaphragmatic breathing) พร้อมกระตุ้นให้มีการระบายความรู้สึกระบายความรู้สึก และให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลอง

5) ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบวัดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนก่อนผ่าตัด จำนวน 10 ข้อคำถาม ใช้เวลาในการตอบข้อคำถามประมาณ 5 – 10 นาที หากผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองตอบว่า สามารถทำได้มากกว่าร้อยละ 80 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน ผู้ป่วยสูงอายุไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดผู้วิจัยจะจัดโปรแกรมให้อีกครั้ง สำหรับในการวิจัยในครั้งนี้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองตอบแบบวัดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนก่อนผ่าตัดผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทุกคน

6) หลังผ่าตัดวันที่ 1 และวันที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลอง เพื่อประเมินสภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองหลังผ่าตัด ว่ามีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือมีภาวะวิกฤติของโรคหลังผ่าตัด และสามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อไปได้หรือไม่ ซึ่งหากผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือมีภาวะวิกฤติของโรคหลังผ่าตัด ผู้วิจัยจะคัดผู้ป่วยออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบ

7) ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการวัดการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลอง ดังนี้

7.1) ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัดและความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัด บันทึกการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด บันทึกจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ในด้าน การบริหารปอดด้วยอุปกรณ์บริหารปอด incentive spirometer

7.2) ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัดและความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัด บันทึกการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด บันทึกจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ในด้าน การบริหารปอดด้วยอุปกรณ์บริหารปอด incentive spirometer

7.3) ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัดและความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัด บันทึกการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด บันทึกจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ในด้าน การบริหารปอดด้วยอุปกรณ์บริหารปอด incentive spirometer และบันทึกจำนวนครั้งของการลุงลงนั่งข้างเตียง

8) ผู้วิจัยดำเนินการประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหลังผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองได้รับการผ่าตัดครบ 72 ชั่วโมง และติดตามบันทึกวันที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

<u>ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง</u> ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นประเมินผลการทดลองดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) หลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 ดำเนินการวัดการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ตามแบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ในด้านความเจ็บปวดแผลผ่าตัดและความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง โดยให้ทำเครื่องหมายบนเส้นตรง หรือบอกเป็นคะแนนตรงตำแหน่งที่กำหนดให้บนเส้นตรงให้ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของผู้ป่วยที่รุนแรงที่สุดตลอดวันที่ผ่านมา โดยทำการประเมิน ณ เวลา 18.00 น. วัดจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดโดยการสังเกตร่วมระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย รวบรวมข้อมูลในช่วงเวลา 8.00 - 18.00 น. บันทึกจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดโดยดูจากบันทึกรายงานการใช้ยา (medication administration record) ใน 1 วัน

2) หลังผ่าตัดครบ 72 ชั่วโมง ดำเนินการวัดการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ในด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินอาหาร และการเกิดแผลกดทับ โดยดูจากบันทึกรายงานของแพทย์และพยาบาล รวมทั้งสอบถามอาการจากผู้ป่วย

3) ติดตามบันทึกจำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจากเวชระเบียน

4) ติดตามการเตรียมจำหน่ายกลับบ้านของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เข้าพบกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับการจำหน่าย ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มตัวอย่างทราบว่าถึงการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้แล้ว พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณ

5) นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และการให้การพยาบาลแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารยินยอมให้เซ็นลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับใด ๆ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม การขอข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยพยายามให้เป็นการรบกวนกลุ่มตัวอย่างให้น้อยที่สุด และระหว่างการสัมภาษณ์เพื่อให้ข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สะดวกใจ ไม่สบายใจ หรือรู้สึกว่าถูกรบกวน กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างและต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลของอายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระดับการศึกษา ประสบการณ์การผ่าตัด โดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าร้อยละ

2) เปรียบเทียบการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1) เปรียบเทียบการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านความเจ็บปวดหลังผ่าตัด หลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Man-Whitney U Test หลังการทดสอบการกระจายตัวของความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างพบว่าการกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นโค้งปกติ โดยแยกวิเคราะห์ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด และความทุกข์ทรมานจากอาการปวด (ศิริชัย พงษ์วิชัย, 2548)

2.2) เปรียบเทียบการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด หลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Man-Whitney U Test หลังการทดสอบการกระจายตัวของจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดของกลุ่มตัวอย่างพบว่าการกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นโค้งปกติ

2.3) เปรียบเทียบการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด โดยแยกวิเคราะห์จำนวนครั้ง

ของการบริหารการหายใจ หลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 และการลุกลงนั่งข้างเตียงในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ระหว่างและกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Man-Whitney U Test หลังการทดสอบการกระจายตัวของจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างพบว่าการกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นโค้งปกติ

2.4) เปรียบเทียบการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระหว่างและกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Man-Whitney U Test หลังการทดสอบการกระจายตัวของจำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างพบว่าการกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นโค้งปกติ

2.5) เปรียบเทียบการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด ระหว่างและกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Man-Whitney U Test หลังการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลพบว่าการกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นโค้งปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตีบ และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเพื่อรับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลศิริราช

↓

แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (Matched pair) ในด้าน อายุ เพศ ประสบการณ์การได้รับการผ่าตัด และประสิทธิภาพในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ

↓

กลุ่มทดลองจำนวน 20คน

↓

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ขั้นที่ 1. การชักจูงด้วยคำพูด โดยการให้ความรู้เป็นรายบุคคลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้ภาพพลิกใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที การพูดชี้แจงให้เห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ประกอบด้วยกิจกรรม

1.1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

1.2 การสนทนา พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดทั้งประสบการณ์ทางตรงและประสบการณ์ทางอ้อม

ขั้นที่ 2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ โดยการจัดให้ผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดได้เห็นพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดที่ถูกต้อง ประกอบด้วยกิจกรรม

2.1 การได้เห็นตัวแบบผ่านตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวิดีทัศน์ เกี่ยวกับ การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด

2.2 การสนทนา ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัย

ขั้นที่ 3. การมีประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ โดยการให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติกิจกรรมจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติจริง ประกอบด้วยกิจกรรม

3.1 การฝึกปฏิบัติ เช่น การหายใจแบบลึก การบริหารปอดโดยใช้ incentive spirometer การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายข้อต่อของแขนและขา การพลิกตะแคงตัว

ขั้นที่ 4. การกระตุ้นทางร่างกายและทางอารมณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม ประกอบด้วยกิจกรรม

4.1 การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย

4.2 การสนทนา เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล

↓

กลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน

↓

การพยาบาลตามปกติ กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการที่ให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ในเรื่องการเตรียมร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด การฝึกการหายใจแบบลึกและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การรับประทานอาหารและน้ำ

↓

ประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ได้แก่ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดและความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัด จำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวด จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด หลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 และประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ครบ 72 ชั่วโมงและติดตามบันทึกจำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัด

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอใน 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ เพศ สถานภาพการสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระดับการศึกษา ประสบการณ์การได้รับการผ่าตัด ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ และจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่คัดเลือก

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุในด้านความเจ็บปวดหลังผ่าตัด จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระดับการศึกษา ประสบการณ์การได้รับการผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่คัดเลือก

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระดับการศึกษา ประสบการณ์การได้รับการผ่าตัด ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 34)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60 - 69 ปี	26	76.5
70 - 79 ปี	8	23.5
เพศ		
ชาย	18	52.9
หญิง	16	47.1
สถานภาพสมรส		
โสด	4	11.8
คู่	28	82.4
หม้าย	1	2.9
หย่าร้าง, แยกกันอยู่	1	2.9
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
5,000 – 10,000 บาท	7	20.6
10,001 – 20,000 บาท	12	35.3
มากกว่า 20,000 บาท	15	44.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	1	2.9
ประถมศึกษา	20	58.8
มัธยมศึกษา	9	26.5
ปริญญาตรี	3	8.8
สูงกว่าปริญญาตรี	1	2.9

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระดับการศึกษา ประสบการณ์การได้รับการผ่าตัด ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 34)	ร้อยละ
ประสบการณ์การได้รับการผ่าตัด		
เคยได้รับการผ่าตัด	8	23.5
ไม่เคยได้รับการผ่าตัด	26	76.5
ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ (EF)		
<30%	4	11.8
30 – 50%	4	11.8
> 50%	26	76.5

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่คัดเลือกนั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 76.5) เพศชาย 18 ราย (ร้อยละ 52.9) เพศหญิง 16 ราย (ร้อยละ 47.1) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 82.4) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่มากกว่า 20,000 บาท มี จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 44.1) เนื่องจากเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดในส่วนนอกเวลาราชการ ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในระดับดี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสูงอายุมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีจำนวน 20 ราย (ร้อยละ 58.8) และผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การได้รับการผ่าตัดมาก่อน จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 76.5) ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจอยู่ในระดับดี คือ EF (Ejection Fraction) >50% มีจำนวน 26 ราย (ร้อยละ 76.5)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 แสดงค่าคะแนนของความเจ็บปวดหลังผ่าตัด จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ดัชนีฟื้นสภาพ	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
หลังผ่าตัด	ช่วงคะแนน	mean	SD	ช่วงคะแนน	mean	SD
ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด						
ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด						
หลังผ่าตัดวันที่ 1	2 – 8	5.71	1.72	2 – 10	6.00	2.31
หลังผ่าตัดวันที่ 2	2 – 10	5.76	1.88	0 – 8	3.65	2.23
หลังผ่าตัดวันที่ 3	1 – 7	3.88	1.57	1 – 6	3.18	1.38
ความทุกข์ทรมานจากอาการปวด						
หลังผ่าตัดวันที่ 1	3 – 8	5.53	1.70	2 – 10	5.35	2.34
หลังผ่าตัดวันที่ 2	1 – 10	5.59	2.06	0 - 8	4.29	2.02
หลังผ่าตัดวันที่ 3	1 – 6	3.53	1.50	2 – 5	3.12	1.11
การใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด						
หลังผ่าตัดวันที่ 1	2 – 8	4.71	1.35	1 – 8	4.41	1.77
หลังผ่าตัดวันที่ 2	1 – 6	4.24	1.03	0 – 7	3.71	1.86
หลังผ่าตัดวันที่ 3	0 – 6	3.24	1.56	0 – 6	3.06	1.67
การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด						
การบริหารการหายใจหลังผ่าตัด						
หลังผ่าตัดวันที่ 1	0 – 5	1.76	1.60	0 – 5	3.00	1.32
หลังผ่าตัดวันที่ 2	0 – 5	2.24	1.64	1 – 4	2.53	1.00
หลังผ่าตัดวันที่ 3	0 – 5	2.35	1.65	1 – 5	3.12	1.21
การลุกนั่งข้างเตียง	0 – 5	2.88	1.40	0 – 5	2.29	1.57
การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด						
ระบบทางเดินหายใจ	0 – 1	0.47	0.51	0 – 1	0.29	0.47
ระบบทางเดินปัสสาวะ	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00
ระบบทางเดินอาหาร	0 – 1	0.24	0.43	0 – 1	0.12	0.33
การเกิดแผลกดทับ	0 – 1	0.06	0.23	0 – 1	0.06	0.24
จำนวนวันที่อยู่						
โรงพยาบาลหลังผ่าตัด	5 – 9	7.06	1.249	5 – 9	6.47	1.17

จากตารางที่ 3 แสดงคะแนนดัชนีบ่งชี้การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดหลังผ่าตัดลดลงตามลำดับ ดังนี้ วันที่ 1, 2 และ 3 เท่ากับ 11.35, 7.94 และ 3.97 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมจะเห็นได้ว่าในวันที่ 2 หลังผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดยังคงที่ ดังนี้ วันที่ 1, 2 และ 3 เท่ากับ 11.24, 11.35 และ 7.41 ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ยในการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลองมีการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมหลังผ่าตัดตัดวันที่ 1, 2 และ 3

สำหรับการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดในด้านการบริหารการหายใจโดยใช้ incentive spirometer ในกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.76, 2.24 และ 2.35 ในขณะที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.00, 2.53 และ 3.12 หลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ ในกลุ่มทดลองมีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดในด้านการลุกลงนั่งข้างเตียงในวันที่ 3 หลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 2.88 ในกลุ่มทดลองเท่ากับ 2.29

ในกลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหาร ส่วนการเกิดแผลกดทับทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีจำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนเท่ากัน ส่วนระบบทางเดินปัสสาวะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มตัวอย่าง และพบว่าจำนวนวันอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.06 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.47

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุในด้านความเจ็บปวดหลังผ่าตัดซึ่งแบ่งออกเป็นความเจ็บปวดแผลผ่าตัด และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวด จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยวิธี Man-Whitney U Test

ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด					
หลังผ่าตัดวันที่ 1	16.94	288.00	18.06	307.00	-.34
หลังผ่าตัดวันที่ 2	21.94	373.00	13.06	222.00	-2.64*
หลังผ่าตัดวันที่ 3	19.79	336.50	15.21	258.00	-1.37
ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัด					
หลังผ่าตัดวันที่ 1	17.91	304.50	17.09	290.5	-.25
หลังผ่าตัดวันที่ 2	20.59	350.00	14.41	245.00	-1.84
หลังผ่าตัดวันที่ 3	19.09	324.50	15.91	270.50	-.95

*P<.05

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านความเจ็บปวดแผลผ่าตัดในวันที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหลังผ่าตัดวันที่ 1 และ วันที่ 3 ไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัด หลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยวิธี Man-Whitney U Test

จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด	**กลุ่มควบคุม**		**กลุ่มทดลอง**		
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
หลังผ่าตัดวันที่ 1	18.15	308.50	16.85	286.00	.708
หลังผ่าตัดวันที่ 2	19.18	326.00	15.82	269.00	.339
หลังผ่าตัดวันที่ 3	17.74	301.50	17.26	293.00	.892

*P<.05

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด หลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยวิธี Man-Whitney U Test

จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด	**กลุ่มควบคุม**		**กลุ่มทดลอง**		
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
การบริหารการหายใจ					
หลังผ่าตัดวันที่ 1	13.68	232.50	21.32	362.50	-2.29*
หลังผ่าตัดวันที่ 2	16.53	281.00	18.47	314.00	- .58
หลังผ่าตัดวันที่ 3	14.74	250.50	20.26	344.50	-1.67
การลงนั่งข้างเตียงหลังผ่าตัดวันที่ 3	19.50	331.50	15.50	263.50	-1.19

*P<.05

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ด้านการบริหารการหายใจ ในวันที่ 1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหลังผ่าตัดวันที่ 2 และวันที่ 3 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนจำนวนครั้งของการลงนั่งข้างเตียงหลังผ่าตัดวันที่ 3 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยวิธี Man-Whitney U Test

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	**กลุ่มควบคุม**		**กลุ่มทดลอง**		
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
ระบบทางเดินหายใจ	19.00	323.00	16.00	272.00	.394
ระบบทางเดินปัสสาวะ	17.50	297.50	17.50	297.50	1.00
ระบบทางเดินอาหาร	18.50	314.50	16.50	280.50	.563
การเกิดแผลกดทับ	17.50	297.50	17.50	291.50	1.00

*P<.05

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่ากลุ่มควบคุมเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหารมากกว่ากลุ่มควบคุม กล่าวคือ กลุ่มควบคุมเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ 8 ราย ส่วนกลุ่มทดลองเกิด 5 ราย ในระบบทางเดินอาหารในกลุ่มควบคุมเกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวน 4 ราย กลุ่มทดลองมีจำนวน 2 ราย

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยวิธี Man-Whitney U Test

กลุ่มตัวอย่าง	**จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล**		
	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
กลุ่มควบคุม (n = 17)	19.68	234.50	.205
กลุ่มทดลอง (n = 17)	15.32	260.50	

*P<.05

จากตารางที่ 8 เมื่อเปรียบเทียบจำนวนวันในการอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มด้วยวิธีการจับคู่ (matched pair) วัดผลหลังการทดลองครั้งเดียว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นสภาพภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านความเจ็บปวดหลังผ่าตัด วันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด วันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด วันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

5. จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft) ทั้งเพศชายและเพศหญิง

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง สำหรับใช้ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่ศูนย์โรคหัวใจในสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช โดยมีการวางแผนผ่าตัดล่วงหน้า ไม่ใช่การผ่าตัดแบบฉุกเฉิน ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2551 จำนวน 40 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเพื่อรับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติหรือมีอาการเจ็บหน้าอกที่ควบคุมไม่ได้ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสารและการใช้สายตา ยกเว้นสายตาสั้นหรือสายตายาวซึ่งเมื่อสวมแว่นแล้วสามารถมองเห็นได้ปกติ
3. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหัวใจที่ทำการผ่าตัดอนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิด การจำ การถามตอบเชิงเหตุและผล โดยประเมินจากการใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini Mental State Exam Thai หรือ MMSE – Thai 2002)
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ (Matched pair) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ เพศ อายุ ประสิทธภาพการบีบตัวของหัวใจ ประสบการณ์การได้รับการผ่าตัด โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1 **เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** คือ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini-Mental State Exam Thai หรือ MMSE-Thai 2002 ของ คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (2542) ซึ่งผู้วิจัยนำเอาเครื่องมือที่มีผู้สร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือไว้แล้ว ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่มาตรฐานและมีการนำไปใช้อย่างกว้างขวาง

2 **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

2.1 **แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระดับการศึกษา ประสบการณ์การได้รับการผ่าตัด วันที่เข้ารับการรักษา วันที่ผ่าตัด วันที่จำหน่าย และประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ

2.2 **แบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด** ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดที่ พิกุล วิญญาเงือก (2532) ซึ่งได้แปลมาจากดัชนีบ่งชี้การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของ John, et al. (1978) ผู้วิจัยนำเครื่องมือหาความเชื่อมั่นของการสังเกต (interrater reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .90

3 **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นตัวแบบสัญลักษณ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนตามทฤษฎีของ Bandura เครื่องมือได้ผ่านหาความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษารูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม จากผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้จริง

4 **เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง** คือ แบบวัดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนก่อนผ่าตัด เพื่อใช้ตรวจสอบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนจากโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้จัดขึ้นหรือไม่ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .80 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

การดำเนินการวิจัย

เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองโดยการให้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของทั้ง 2 กลุ่ม วันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด ในด้านความเจ็บปวดแผลผ่าตัด จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด จำนวน

ครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด หลังจากนั้นทำการวัดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดครบ 72 ชั่วโมงจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และติดตามบันทึกจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ใช้ระยะเวลาเวลาในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น

เวลารวม 4 เดือน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลของอายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระดับการศึกษา ประสบการณ์การผ่าตัด โดยใช้ค่าความถี่ และค่าร้อยละ ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Man-Whitney U Test

สรุปผลการวิจัย

1. การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ซึ่งแบ่งเป็นความเจ็บปวดแผลผ่าตัดและความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าการฟื้นสภาพด้านความเจ็บปวดแผลผ่าตัดหลังผ่าตัดวันที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหลังผ่าตัดวันที่ 1 และ วันที่ 3 ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนคะแนนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดด้านความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัด หลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

2. การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด หลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน

3. การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งแบ่งเป็นการบริหารการหายใจโดยใช้ incentive spirometer และการลงนั่งข้างเตียงในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังผ่าตัด พบว่าการบริหารการหายใจโดยใช้ incentive spirometer วันที่ 1 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหลังผ่าตัดวันที่ 2 และ 3 ไม่มีความแตกต่างกันอย่าง ส่วนการลงนั่งข้างเตียงในวันที่ 3 หลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

4. การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน

5. จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน

อภิปรายผลการวิจัย

สำหรับผลการวิเคราะห์การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดรายด้าน นำเสนอตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุในด้านความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิเคราะห์พบว่าการฟื้นสภาพด้านความเจ็บปวดแผลผ่าตัดหลังผ่าตัดวันที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหลังผ่าตัดวันที่ 1 และ วันที่ 3 ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากในวันที่ 1 หลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยสูงอายุทั้งสองกลุ่มจะมีความเจ็บปวดมาก เนื่องจากความเจ็บปวดภายหลังผ่าตัดโดยเฉพาะการผ่าตัดใหญ่ ความเจ็บปวด ที่เกิดขึ้นจะเป็นความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลัน (acute pain) เป็นความเจ็บปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหรือเนื้อเยื่อถูกทำลายทำให้เกิดการกระตุ้นปลายประสาทรับความเจ็บปวด และเกิดการตอบสนองต่อความเจ็บปวดทั้งระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทอัตโนมัติ ระยะเวลาของความเจ็บปวดมีระยะเวลาจำกัดขึ้นกับพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายนั้นได้รับการแก้ไข การผ่าตัดทำให้เนื้อเยื่อหลอดเลือดและเส้นประสาทที่ได้รับบาดเจ็บปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดให้ไวต่อการถูกกระตุ้น ทำให้เนื้อเยื่อไวต่อความเจ็บปวดมากขึ้น กล้ามเนื้อบริเวณผ่าตัดหดรัดตัว การไหลเวียนเลือดไปยังเนื้อเยื่อส่วนนั้นลดลง เกิดการคั่งของกรดแลคติค ทำให้ปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดถูกกระตุ้นมากขึ้น (Ashburn, & Ready, 2001) แม้ว่าในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการฝึกหายใจแบบลึกเพื่อการเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด จะช่วยให้ร่างกายและจิตใจมีการผ่อนคลายมากขึ้นแต่เนื่องจากการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นการผ่าตัดใหญ่ และมีตำแหน่งการผ่าตัดหลายตำแหน่ง โดยเฉพาะตำแหน่งการผ่าตัดบริเวณกลางหน้าอก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลระดับรุนแรงในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จากการติดตามประเมินผู้ป่วย พบว่าเมื่อใช้เทคนิคการผ่อนคลายสามารถบรรเทาอาการปวดได้เพียงชั่วคราวเนื่องจากผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดใหญ่บริเวณหน้าอก และภายหลังนำท่อช่วยหายใจออกผู้ป่วยมีเสมหะมากจำเป็นต้องไอเอาเสมหะออกจึงทำให้รู้สึกเจ็บแผลมาก ซึ่งไม่

สอดคล้องกับการศึกษาของ Bandura, et al. (1987) ที่ศึกษาการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนและการควบคุมอาการปวด ในกลุ่มที่ได้รับยาแก้ปวดในกลุ่ม Opioid กับกลุ่มที่ไม่ได้รับยาแก้ปวด พบว่ากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนมีความเจ็บปวดไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาแก้ปวดกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยาแก้ปวด แต่จากการพิจารณาระดับคะแนนเฉลี่ยรายวันแล้วพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดหลังผ่าตัดลดลงตามลำดับ ดังนี้ วันที่ 1, 2 และ 3 เท่ากับ 11.35, 7.94 และ 3.97 ส่วนกลุ่มควบคุมจะเห็นได้ว่าในวันที่ 2 หลังผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดยังคงที่ ดังนี้ วันที่ 1, 2 และ 3 เท่ากับ 11.24, 11.35 และ 7.41 ตามลำดับ เนื่องจากในกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้จัดให้ผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มทดลองด้านการส่งเสริมการผ่อนคลายด้านอารมณ์ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการหายใจโดยการใช้กล้ามเนื้อกะบังลม (diaphragmatic breathing) โดยการหายใจจะช้า ๆ ลึก ๆ และสม่ำเสมอ เป็นการหายใจให้ลงไปถึงส่วนล่างสุดของปอดโดยให้มุ่งความสนใจไปที่การหายใจเข้าออกและควบคุมจังหวะการหายใจให้สม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองรู้สึกผ่อนคลาย ส่งผลให้มีอาการเจ็บปวดแผลลดลงในวันถัดไป ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของBandura ที่กล่าวว่าบุคคลจะมีการตัดสินถึงสมรรถนะแห่งตน โดยพิจารณาผ่านสภาพวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ การตอบสนองของร่างกายที่แสดงออกเมื่อเผชิญความเครียดจากอาการเจ็บปวด ในสภาวะที่ร่างกายแข็งแรง มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ จะทำให้บุคคลมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น สามารถควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ได้ดีกว่า

สมมติฐานที่ 2 การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิเคราะห์พบว่าจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทั้ง 3 วัน เนื่องจากภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยจะมีระดับความเจ็บปวดสูงในระยะ 24 – 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ในการวิจัยในครั้งนี้ปริมาณยาแก้ปวดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งไม่ได้ถูกควบคุมให้ใช้ตามความเจ็บปวดแผลผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลศิริราชหลักในการให้ยาแก้ปวดชนิดฉีดขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและดุลยพินิจของแพทย์ ส่วนยาแก้ปวดชนิดรับประทานผู้ป่วยจะได้รับยาแก้ปวดตามปริมาณและระยะเวลาที่แพทย์กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับยาแก้ปวดในพลาสมาด้วยปริมาณคงที่และเพียงพอต่อการควบคุมและบรรเทาอาการปวด ดังนั้นการได้รับยาแก้ปวดจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้อาจไม่สามารถบ่งชี้ของการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด

หัวใจของผู้ป่วยสูงอายุได้ และจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำให้ใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจโดยการใช้กล้ามเนื้อกะบังลม (diaphragmatic breathing) โดยการหายใจช้าลึก และสม่ำเสมอ เป็นการหายใจให้ลงไปถึงส่วนล่างสุดของปอด โดยให้ผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในท่านอนหงายราบ หรือศีรษะสูงเล็กน้อยถ้าไม่สามารถนอนราบได้ ใช้มือทั้งสองข้างวางประสานกันบนบริเวณแผลผ่าตัด ให้ผู้ป่วยสูงอายุหายใจเข้าลึก ๆ ช้า ๆ ผ่านทางจมูก โดยนับในใจหนึ่งถึงสามแล้วหายใจออกช้า ๆ ให้หายใจในลักษณะที่ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกสบายมากที่สุด มุ่งความสนใจไปที่การหายใจเข้าออกและควบคุมจังหวะการหายใจให้สม่ำเสมอ การจัดการความเจ็บปวดวิธีนี้นับเป็นบทบาทที่พยาบาลทำได้อย่างอิสระเป็นการจัดการความเจ็บปวดที่ไม่มีผลข้างเคียงที่เป็นอันตราย เนื่องจากการใช้ยาระงับปวดอย่างเดียวนั้นไม่สามารถบรรเทาความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยทุกราย ทั้งนี้เพราะความเจ็บปวดมีผลมาจากการทำลายเนื้อเยื่อและผลจากการตอบสนองทางจิตใจด้วยจึงควรเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด โดยเริ่มใช้ก่อนที่ผู้ป่วยจะประสบความเจ็บปวดในทันทีที่ปวด และคงใช้ ต่อเนื่องไปตลอดระยะที่มีความเจ็บปวดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการลดความเจ็บปวดสูงสุด ซึ่งบทบาทของพยาบาลเริ่มตั้งแต่การป้องกันความเจ็บปวด การทำกิจกรรม การพยาบาลต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยปราศจากความเจ็บปวดหรือป้องกันให้ปวดน้อยที่สุด หรือให้การจัดการความเจ็บปวดที่ เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วย (ธัญกนก พงศ์ปิยะไพบูลย์, 2548)

สมมติฐานที่ 3 การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิเคราะห์ จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายด้านการบริหารการหายใจโดยการใช้ incentive spirometer พบว่าในวันที่ 1 หลังการผ่าตัด กลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งของการบริหารการหายใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งภายหลังผ่าตัดการบริหารปอดโดยการใช้ incentive spirometer มีความจำเป็นอย่างมากเนื่องจากในกระบวนการของการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจต้องอาศัยหลังการทำงานของเครื่องหัวใจและปอดเทียม ซึ่งมีผลทำให้ไม่มีการระบายของปอดขณะที่ใช้เครื่อง ทำให้ถุงลมไม่ขยายตัว การสร้างสารเคลือบผิว (surfactant) ของถุงลมหยุดชะงัก ทำให้ความยอมตาม (compliance) ของถุงลมปอดลดลง มีโอกาสเกิดภาวะถุงลมปอดแฟบ เสมหะคั่งค้าง และเกิดความพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซ การบริหารปอดโดยการใช้ incentive spirometer เป็นวิธีการหายใจที่ส่งเสริมให้ปอดมีการขยายตัวอย่างเต็มที่ ส่งผลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ปอดแฟบ เป็นต้น และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความพร้อมทางด้านร่างกายในการปฏิบัติตนในระยะพักฟื้นได้อย่างเต็มศักยภาพ จากโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผู้วิจัยได้จัดให้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองได้ฝึกการบริหารการหายใจโดยใช้เครื่อง incentive spirometer ตามการสาธิตในสื่อวีดิทัศน์เพื่อให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง ซึ่งเป็นแหล่งที่มีอิทธิพลและมีประสิทธิภาพที่สุดในการพัฒนาความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน เนื่องจากความสำเร็จจากการลงมือกระทำนั้นเป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับโดยตรง และเป็นเครื่องแสดงอย่างแท้จริงของบุคคลที่กระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จ สร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง หากบุคคลมีประสบการณ์ความสำเร็จที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง จะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะในตนเอง บุคคลที่มีสมรรถนะที่จะเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกับที่เคยประสบมาก่อนและมีความคาดหวังในความสามารถของตน (Bandura, 1997) ดังนั้นในการส่งเสริมความเชื่อมั่นสมรรถนะแห่งตนนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะอย่างเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมกับการได้รับแรงเสริมทำให้เขาเชื่อว่าตนเองมีสมรรถนะที่จะกระทำได้เช่นนั้น เพื่อที่จะทำให้บุคคลได้ใช้ทักษะจากการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

ส่วนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดด้านจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดด้านการลงนั่งข้างเตียงในวันที่ 3 หลังผ่าตัดของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิต หนุเจริญกุล และพิกุล วิญญาเงือก (Hanucharurnkul & Vinya-nguag, 1991) ที่พบว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมใจการดูแลตนเองในระยะฟื้นสภาพหลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยมีจำนวนครั้งในการลุกเดินหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลอง จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เนื่องจากที่ผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มทดลองได้ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด และทราบถึงความเจ็บปวดภายหลังผ่าตัดจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวได้ส่งผลให้การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดลดลง อีกทั้งผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดในการดูแลรักษา เช่น มีสายวัดต่าง ๆ เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ ส่งผลให้การเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยไม่สะดวกเท่าที่ควร

สมมติฐานที่ 4 การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ไม่มีความแตกต่างกัน แต่จากการพิจารณาจำนวนครั้งของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดพบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนครั้ง

ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหารน้อยกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดโดยทั่วไปสามารถลด และป้องกันได้จากการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วย โดยการให้ความรู้ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ถูกต้องตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ทำให้การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Cupples (1991) ที่พบว่าการให้ความรู้ ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความรู้และรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด มีความเจ็บปวดความทุกข์ ทรมานลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย สภาพร่างกาย จิตใจปรับเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น ส่วนในระบบทางเดินปัสสาวะไม่พบอุบัติการการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ส่วนภาวะแทรกซ้อนด้านการเกิดแผลกดทับพบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเกิดแผลกดทับกลุ่มละ 1 ครั้งระดับของแผลกดทับอยู่ในระดับที่ 1 คือ มีการทำลาย เนื้อเยื่อตลอดชั้นความหนาของหนังแท้ (dermis) แต่ไม่มีการฉีกขาดของผิวหนังชั้นนอก ผิวหนังมีสีแดง และระดับของแผลกดทับดีขึ้นเมื่อผู้ป่วยสูงอายุสามารถเคลื่อนไหวได้มากขึ้น

สมมุติฐานที่ 5 จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิเคราะห์พบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจำนวนวันในการอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (กลุ่มทดลอง $\bar{X} = 6.47$ และ กลุ่มควบคุม $\bar{X} = 7.06$) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการจัดการด้านพฤติกรรมของ Bandura ในการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน และนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง (Bandura, 1997) ซึ่งเน้นในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความมั่นใจในศักยภาพของตนเองในการทำกิจกรรมก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดไม่ใช่การวัดพฤติกรรมโดยตรงจึงอาจไม่สามารถเป็นข้อบ่งชี้ถึงการฟื้นสภาพจากโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนได้ อีกทั้งความจำเป็นของการบริหารจัดการเตียงเพื่อรับผู้ป่วยเข้ารับไว้ในโรงพยาบาลตามตารางการผ่าตัดที่ได้จัดไว้แล้ว จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นแพทย์เจ้าของไข้ก็อนุญาตให้กลับบ้านได้และนัดให้มาตรวจซ้ำเป็นผู้ป่วยนอกอีกครั้ง อาจเป็นสาเหตุให้จำนวนวันในการอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ อรชร มาลาหอม (2543) ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดนิ่วในไตและท่อไต พบว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีจำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดไม่แตกต่างกัน ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลจะขึ้นอยู่กับการลงความเห็นของ

แพทย์เจ้าของไข้เป็นส่วนใหญ่ และในสภาพความเป็นจริงนั้นไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดจะขึ้นอยู่กับผลการพยาบาลเพียงอย่างเดียว ดังนั้นจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอาจไม่สามารถบ่งชี้ถึงการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ขึ้นกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะทั่วไป ดังนี้

1.0 ด้านการบริหารการพยาบาล

1.1 ควรมีการนำโปรแกรมไปปรับให้เป็นมาตรฐาน โดยนำข้อค้นพบต่างระหว่างนำไปทดลองใช้หลาย ๆ รอบ นำข้อมูลมาปรับแก้ให้สมบูรณ์มากขึ้น

1.2 ควรมีการสนับสนุนให้มีการจัดทำสื่อการสอนที่ผู้ป่วยสามารถนำไปศึกษาที่บ้านก่อนเข้ารับการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติได้มีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่อยู่ที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยมีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการรักษา

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

2.1 ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุในแต่ละราย

2.2 จัดอบรมและส่งเสริมให้พยาบาลและทีมสุขภาพ มีทักษะในการให้ความรู้ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด

3. ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนศึกษาซ้ำ โดยปรับรูปแบบการดำเนินการวิจัย และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่จำเป็นต้องขยายเวลาในการวัดหลังวันที่ 2 ของการผ่าตัด เนื่องจากผลการวิจัยไม่มีความแตกต่างกันระหว่างวันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัด

3.2 ในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน กล่าวคือ ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนเป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม และการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายได้นั้นบุคคลต้องเชื่อในสมรรถนะแห่งตน ตัวแปรที่ใช้วัดคือการฟื้นสภาพซึ่งประกอบด้วย ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล

หลังผ่าตัด ซึ่งตัวแปรบางตัวอาจไม่ใช่ตัวแปรที่ใช้วัดพฤติกรรมโดยตรง เช่น จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล จึงทำให้ไม่สามารถวัดผลได้ จึงไม่แนะนำให้นำตัวแปรนี้ไปศึกษาในงานวิจัยในบริบทนี้ต่อไป

3.3 การพัฒนาโปรแกรมหรือสื่อที่ช่วยในการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยให้โปรแกรมนั้นสำเร็จตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หรือเป็นโปรแกรมที่ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองในสถานการณ์จริง แม้จะศึกษาในหอผู้ป่วยเดียวกันแต่ยังมีความแตกต่างอื่น ๆ เกิดขึ้นซึ่งมีผลต่อการฟื้นสภาพของผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะแนวทางการรักษาของแพทย์แต่ละคนมีแนวทางการรักษาแตกต่างกัน และวิธีการให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายของพยาบาลมีความแตกต่างกัน เนื่องจากการให้การพยาบาลผู้ป่วยและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ หลังผ่าตัดแตกต่างกัน ทำให้การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดขึ้นอยู่กับพยาบาลผู้ดูแลด้วย

2. งานวิจัยครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงคุณสมบัติตามที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก กลุ่มตัวอย่างจึงมิได้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด จึงมีความจำกัดในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มอื่นที่มีคุณสมบัติแตกต่างจากที่กำหนดได้ ยังจำเป็นต้องมีการศึกษาซ้ำเพื่อนำไปอ้างอิงได้มากขึ้น

3. ตัวแปรที่ใช้การวิจัยในครั้งนี้คือการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ซึ่งใช้วัด Post-test ได้อย่างเดียวจึงมีข้อจำกัดไม่สามารถนำไปใช้วัด Pre-test ได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กาญจนา สิมาจารึก. 2538. การศึกษาการรับรู้ประสบการณ์ในหอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กาญจนี สิทธิวงศ์ และคณะ. 2539. รายงานการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลของครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 10(1): 45-59.

กฤษณกมล วิจิตร. 2547. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนโดยใช้สื่อวีดีทัศน์ภาษาถิ่นล้านนาต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กองสถิติสาธารณสุข (2547). ร้อยละของการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ จำแนกตามเพศ และอายุ พ.ศ. 2542-2546. www.moph.go.th/anamai

กัณหา ปานสมุทร์ และคณะ. 2547. ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. พยาบาลสาร 31(3): 98-115.

ขนิษฐา นาคะ. 2534. ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย. 2542. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE – Thai 2002. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.

จันทนา รณฤทธิวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ. 2545. หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์จำกัด.

ดาราวรรณ รองเมือง. 2545. ผลของการบริหารการหายใจต่อสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธวัชชัย วรพงศธร. 2543. หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธัญกนก พงศ์ปิยะไพบูลย์. 2548. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าต่อความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นันทนา เล็กสวัสดิ์. 2540. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 4. คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นุชรี ไล้พันธ์. 2542. ผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2546). บทความฟื้นวิชา: เมื่อผู้สูงอายุต้องรับการผ่าตัด. สารศิริราช 55(10): 607-619.

ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์. 2547. บทความวิชาการ: การประเมินความปวดในผู้สูงอายุ. วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย 29(2): 202-205.

พรจันทร์ พงษ์พรหม. 2535. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความวิตกกังวล การมีส่วนได้ควบคุมตนเองและการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.

พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. 2544. ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พัชรี ตันศิริ. 2536. การเปลี่ยนแปลงจิต-สังคมในผู้สูงอายุ. ใน จรัสวรรณ เทียนประภาส (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้สูงอายุ, หน้า 84-104. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองธรรมการพิมพ์.

พิกุล วิญญาเงือก. 2532. ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง ต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดและความพึงพอใจของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภารณี เทพส่องแสง. 2541. ปัจจัยทำนายความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รุ่งทิพย์ จามรมาน. 2532. ผลของการผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรรณวิมล คงสุวรรณ. 2546. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยเด็กในห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด. ใน เบญจมาศ ปรีชาคุณ และเบญจวรรณ ธีระเทอดตระกูล (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น, หน้า 239-248. กรุงเทพมหานคร: เอ พี ลิฟวิ่ง.

วันทนีย์ เสงวัฒนะรัตน์. 2546. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความต้องการการดูแลที่บ้านของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิศาล คันธารัตนกุล. 2538. เวชศาตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหัวใจ แนวทางในการรักษาที่ควรรู้. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.

วีระชัย นาวารวงศ์. 2543. การผ่าตัดรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่. ใน อภิชาติ สุคนสรรพ์ (บรรณาธิการ), โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่, หน้า 785-826. เชียงใหม่: ไอเด็นติตี้กรุ๊ป.

ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. 2545. ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี และถนอมขวัญ ทวีบูรณ์. 2547. การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ: ประยุกต์ใช้ในผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ศุภวนิชการพิมพ์.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543. ทฤษฎีและเทคนิค การปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถิติสาขาวิชาศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช. 2550. สถิติจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจในปี พ.ศ. 2546-2550.

สันทัด ภิบาลสุข. 2538. การใช้สื่อการสอน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พีระพัธนา.

สิริรัตน์ เงาสมสกุล. 2543. การศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความสามารถต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจหรือผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2544. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพฤฒาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุพร วงค์ประทุม. 2534. เปรียบเทียบผลการสอนอย่างมีแบบแผนโดยการบริหารการหายใจและการบริหารร่างกายกับการดูแลตามปกติต่อสมรรถภาพปอดและภาวะแทรกซ้อนของระบบการหายใจใน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุพิชญา นุทกิจ. 2546. ผลของการจัดการด้านพฤติกรรมร่วมกับการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ต่อความรุนแรงของอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุสตรี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุมนา แสนมาโนช. 2541. ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลของญาติและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เสก ปัญญาสังข์ และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2543. โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในผู้สูงอายุ. วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1(2): 53-65.

โสภา กรรณสูตร. 2542. การใช้ชุดสื่อประสมสำหรับผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีทางการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2548. แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

อรชร มาลาหอม. 2534. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นสภาพหลังการผ่าตัดนิ่วในไตและท่อไตและความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อภิชาติ สุคนธสรรพ์(บรรณาธิการ). 2543. โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี. เชียงใหม่: ไอเด็นติตี้กรุ๊ป.

อภิชาติ สุคนธสรรพ์. 2546. New guideline in coronary artery disease. เชียงใหม่: ไอแอมเกไนเซอร์แอนด์เวอร์ไทซิ่ง.

อัจฉรา สุคนธสรรพ์. 2543. การฟื้นฟูสภาพหัวใจ. ใน อภิชาติ สุคนธสรรพ์(บรรณาธิการ), โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี, หน้า635-705. เชียงใหม่: ไอเด็นติตี้กรุ๊ป.

อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์. 2543. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในระบบหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพมหานคร: ลิฟวิ่ง ทรานส์ มีเดีย.

อุไร ศรีแก้ว. 2543. การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ: การดูแลอย่างต่อเนื่อง. สงขลา: ลิมบราเตอร์การพิมพ์.

ภาษาอังกฤษ

Allen, J.K. 1990. Physical and psychosocial outcomes after coronary artery bypass graft surgery: Review of the literature. Heart & Lung 19(1): 49-54.

Allen, J.K. and Redman, B.K. 1996. Cardiac rehabilitation in the elderly: Improving effectiveness. Rehabilitation Nursing 2(4): 182-186.

American Heart Association. 2003. Heart and stroke statistic update. [Online] Available from: http://www.americanheart.org/statistic/09medical.html.

American Heart Association. 2004. ACC/AHA 2004 Guideline update for coronary artery bypass graft surgery. [Online] Available from: http://www.americanheart.org

Ashburn, M. A., and Ready, B. 2001. Postoperative pain. In J.D. Loeser. (Ed.), Bonica's management of pain. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Arnstein, P. et al. 1996. Women and heart attacks: prevention, diacnosis and care. Nurse Practice. 21(5): 57-70.

Bandura, A. 1977. Social learning theory. New Jersey: Englewood Cliffs.

Bandura, A. 1986. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. New Jersey: Prentice-hall.

Bandura, A. 1997. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and company.

Bandura, A., O'Leary, A., and Taylor, B. 1987. Perceived self-efficacy and pain control: Opioid and Nonopioid Mechanisms. Journal of Personality and Social Psychology 53(3): 563-571.

Bernet, J.J. 1997. Smoothing the CABG road to cognitive perceptual factors on health promotion behavior maintenance. Nursing Research 45(1): 30-36.

Bojar, R.M. 1999. Manual of perioperative care in cardiac surgery. Oxford: Blackwell Science.

Bucher, L., and Melander, S. 1999. Critical care nursing. Philadelphia: W. B. Saunders.

Bysshe, J.E. 1998. The effect of giving information to patients before surgery. Nursing 30(10): 36-39.

Carroll, L.D. 1995. The importance of self-efficacy expectations in elderly patients recovering from coronary artery bypass surgery. Heart & Lung 24(1): 50-59.

Connon, L.A., and Marshal, J.M., 1993. Geriatric emergency care: cardiac disease in the elderly population. Clinical Geriatric Med 9: 499-525.

Dalrymple-Hay, M.J.R. et al. 1999. Cardiac surgery in the elderly. European Journal of Cardio-thoracic surgery 15: 61-66.

Davis, S. 2005. Preoperative evaluation. In B.A. Todd (ed.), Cardiothoracic surgical nursing secrets, St. Louis: Missouri Mosby.

Dodge, J.S. 1969. Factor related to patient perception of their cognitive needs. Nursing Research 18(6): 502-513.

Cupples,S.A. 1991. Effect of timing and reinforcement of preoperative education on knowledge and recovery of patients having coronary artery bypass graft surgery. Heart & Lung 20 (6): 654-660.

Eaton, L. 2000. Cardiovascular function. In A.G. Lueckenotte (ed.), Gerontologic nursing, 2nd ed. USA: Mosby.

Ebersole, P., Hess, P., Touhy, T., and Jett, K. 2005. Gerontological nursing and healthy aging. 2nd ed. St.Louis: Mosby Year Book.

Ferrell, B.A. 1991. Pain management in elderly people. Journal of American Geriatric Society 39: 64-73.

Gilliss, C.L., Gortner, S.R., Hauck, W.W., Shinn, J.A., Sparacino, P.A., and Tompkins, C. 1993. A randomized clinical trial of nursing care for recovery from cardiac surgery. Heart & Lung 22(2): 125-133.

Gortner, S.R., & Jenkins, L.S. 1990. Self – efficacy and activity level following cardiac surgery. Journal of Advanced Nursing 15(10): 1132-1138.

Gross, P.A. & Levine, J.F. 1993. Infection in the elderly. In R. P. Wenzel (ed.), Prevention and control of nosocomial infection. Maryland: Williams & Wilkins.

Halpine, L.S., and Barnett, S.D. 2005. Preoperative state of mind among patient undergoing CABG: effect on length of stay and postoperative complications. Journal of Nursing Care Quality 20(1): 73-80.

Hanucharurnkul, S. & Vinya-Nguag, P. 1991. Effects of promoting patients participation in self-care on postoperative recovery and satisfaction with care. Nursing Science Quarterly 4(1): 14-20.

Hilling, L., and Smith, J. 1995. Pulmonary rehabilitation. In S. Irwin and J. S. Teckli (eds.), Cardiopulmonary physical therapy. St. Louis: Mosby.

Jaarsma, T., Kastermans, M., Dassen, T., and Philipsen, H. 1995. Problem of cardiac patients in early recovery. Journal of Advanced Nursing 21: 21-27.

Jackson, M.F. 1995. Perioperative nursing care and older surgical patient. In Gerontological Nursing, Philadelphia: F.A Davis company.

Johnson, J.E., Rice, V.H., Fuller, S.S., and Endress, M.P. 1978. Sensory information instruction in a coping strategy and recovery from surgery. Research in Nursing and Health 1(1): 4-17.

Jones, J. 2005. Coronary artery bypass grafting. In B. A. Todd (ed.), Cardiothoracic surgical nursing secrets, St. Louis: Missouri Mosby.

Jones, J.G., Sapsford, D.J., and Wheatley, R.G. 1990. Postoperative hypoxemia: mechanisms and time course. Anesthesia 45: 566-573.

Kenedy, G.J. Kelman, H.R., and Thomas, C. 1990. The emergence of depressive symptoms in late life: The importance of declining health and increasing disability. Journal of Community Health 15: 93-104.

King, K.M. 2000. Gender and short-term recovery from cardiac surgery. Nursing Research 49(1): 29-36.

Matteson, M.A., McConnell, E.S., and Linton, A.D. 1997. Gerontogical nursing concepts and practice. Philadelphia: W.B. Saunders.

Miller, K.H., and Grindel, C.G. 2004. Comparison of symptoms of younger and older patients undergoing coronary artery bypass surgery. Clinical Nursing Research 13(3): 179-193.

Milliker, M.E. and Campbell, G. 1995. Essential comprehensive for patient care: Caring for surgical patients. St. Louis: C.V. Mosby.

Moss, A.J. 1992. Cardiac disease in the elderly. In F.B. Calkin and R. Katz (eds.). Practice of geriatric. Mexico: WB Sannados.

Natarajan, A., Sammadial, S., and Clark, S. 2007. Coronary artery bypass surgery in elderly people. Postgraduate Medical Journal 83:154-158.

Oetker- Black, S.L. et al. 1992. Preoperative self - efficacy and postoperative behaviors. Applied Nursing Research 5(3): 134-139.

Oetker- Black, S.L. 1996. Preoperative self – efficacy scale. In K.R. Barbara (ed.), Measurement Tools in Patient Education. New York: Springer publishing company.

Pasero, C., and Belden, J. 2006. Evidence-based perianesthesia care: accelerated postoperative recovery programs. Journal of Perianesthesia Nursing 21(3): 168-176.

Perry, A. G., and Potter, P. A. 2002. Clinical nursing skills techniques. 5th ed. St. Louis: Mosby.

Polit, D.F., and Hungle B.P. 1999. Nursing Research: Principle and Methods. 6th ed. Philadelphia:Lippincott.

Ruiz, B.A., Dibble, S.L., Gilliss, C.L., and Gortner, S.R. 1992. Predictors of general activity 8 weeks after cardiac surgery. Applied Nursing Research 5(2): 59-65.

Sarpy, N.L., Galbraith, M., and Jones, P.S. 2000. Factors related to recovery in coronary artery bypass graft surgery patients. Dimensions of Critical Care Nursing 19(6): 40-45.

Seidel, H. et al. 1999. Mosby's guide to physical examination. 4th ed. St. Louis: Mosby.

Stone, J.T. 1991. Pressure Sore. In W.C. Chenitz, J.T. Stone and S.A. Slisbury (eds.), Clinical gerontology nursing: A Guide to advanced practice, Philadelpia: W.B.Saunders.

Wolfer,J.A. 1973. Definition and assessment of surgical patients' welfare and recovery. Nursing Research 22: 394-401.

Yamamuro, M. et al. 2000. Risk factors and outcomes after coronary reoperation in 739 elderly patient. Ann Thoracic Surgery 69: 464-474.

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ถาวร ทรัพย์ทวีสิน	ศัลยแพทย์ สาขาวิชาศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญาภรณ์ มูลศิลป์	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางสาวเปี่ยมลาภ โสภาษิต	หัวหน้าหอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ชั้น 5
5. นางสาวชุลี ภู่ทอง	พยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0734

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

5 เมษายน 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิชชุดา ดอกผึ้ง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ถาวร ทรัพย์ทวีสิน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิจัยและวิเทศสัมพันธ์
รักษาราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ถาวร ทรัพย์ทวีสิน
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814
ชื่อนิสิต นางสาววิชชุดา ดอกผึ้ง โทร. 08-1931-4044

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0794

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

5 เมษายน 2550

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญาภรณ์ มูลศิลป์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิชชุดา ดอกผึ้ง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิจัยและวิเทศสัมพันธ์
รักษาราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814
ชื่อนิสิต นางสาววิชชุดา ดอกผึ้ง โทร. 08-1931-4044

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0774

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

5 เมษายน 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิชชุดา ดอกผึ้ง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. สิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิลาพรรณ วิโรจน์รัตน์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิจัยและวิเทศสัมพันธ์
รักษาราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. สิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814
ชื่อนิสิต นางสาววิชชุดา ดอกผึ้ง โทร. 08-1931-4044

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0774

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

5 เมษายน 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิชชุดา ดอกผึ้ง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวเปี่ยมลาภ โสภาษิต พยาบาลวิชาชีพ 8 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิจัยและวิเทศสัมพันธ์
รักษาราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814
ชื่อนิสิต นางสาววิชชุดา ดอกผึ้ง โทร. 08-1931-4044

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0774

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

5 เมษายน 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิชชุดา ดอกผึ้ง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวชุลี ภู่ทอง พยาบาลวิชาชีพ 6 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิจัยและวิเทศสัมพันธ์
รักษาราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวชุลี ภู่ทอง
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814
ชื่อนิสิต นางสาววิชชุดา ดอกผึ้ง โทร. 08-1931-4044

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

MMSE – Thai 2002

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ10 บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

คะแนน

1. Orientation for time (5คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1คะแนน)

1.1 วันนี้วันที่เท่าไหร่ .....

1.2 วันนี้วันอะไร .....

1.3 เดือนนี้เดือนอะไร .....

1.4 ปีนี้ ปีอะไร .....

1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร .....

2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล

2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่า อะไร และชื่อว่าอะไร .....

2.1.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไหร่ของตัวอาคาร .....

2.1.3 ที่นี่อยู่ในอำเภอ/ เขตอะไร .....

2.1.4 ที่นี่จังหวัดอะไร .....

2.1.5 ที่นี่ภาคอะไร .....

3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นการทดสอบความจำ ดิฉันจะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา, ยาย...) ตั้งใจฟังให้ดีนะคะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อดิฉันพูดจบ ให้ คุณ (ตา, ยาย...) พูดทบทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดีเดี๋ยวดิฉันถามซ้ำ

* การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป

(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน) คะแนน

□ ดอกไม้ □ แม่น้ำ □ รถไฟ

.....

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

.....

4. Attention / Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา, ยาย...) คิดเลขในใจเป็นไหมคะ?

ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 “ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไหร่บอกมาค่ะ”

....

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 ดิฉันจะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา, ยาย...) ฟังแล้วให้คุณ (ตา, ยาย...) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม้า - สระอะ – นอหนู - สระอา – วอแหวน ไหนคุณ (ตา,ยาย...) สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิคะ”

....

ว า น ะ ม

5. Recall (3 คะแนน) คะแนน

“เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ .....

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

☐ ต้นไม้ ☐ ทะเล ☐ รถยนต์ .....

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” .....

6.2 ชี้นาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” .....

7. Repetition (1คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

“ตั้งใจฟังดิฉันนะ เมื่อดิฉัน พูดข้อความนี้แล้วให้คุณ (ตา, ยาย...) พูดตามดิฉันจะบอกเพียงเที่ยวเดียว”

“ใครใคร่ขายไก่ไข่” .....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

8. Verbal command (3 คะแนน) คะแนน

“ฟังให้ดี ๆ นะ เดี๋ยวดิฉันจะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย...)
รับด้วยมือขวา แล้ววางไว้ที่.....” (พื้น, โต๊ะ, เตียง)
ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ – 4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ
รับด้วยมือขวา พับครึ่ง วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เตียง) .....

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย ...) อ่าน
แล้วทำตามคุณ (ตา, ยาย ...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้
ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา” หลับตาได้ .....

10. Writing (1 คะแนน)

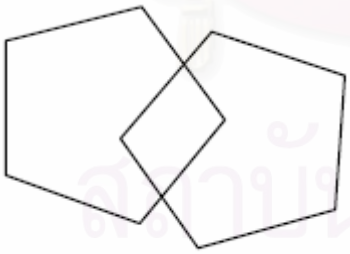
ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณ (ตา,ยาย...) เขียนข้อความอะไรที่อ่านแล้วรู้เรื่อง
หรือมีความหมายมา 1 ประโยค”

.....

ประโยคมีความหมาย

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”
(ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คะแนนรวม

.....

ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จุดตัด (cut – off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก – เขียนไม่ได้)	>14	23
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	>17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	>22	30

หลับตา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

แบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

HN.....

AN.....

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
แบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยสูงอายุ
เพื่อใช้ในการวิจัยเรื่อง

“ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ”

คำชี้แจง: แบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง ซึ่งได้จากใบบันทึกประวัติของผู้ป่วยและการสอบถามผู้ป่วย และ/หรือ ญาติ จำนวนทั้งหมด 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด เป็นแบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุ โดยใช้วิธีการสังเกต การสอบถามผู้ป่วย และบันทึกจากใบรายงานของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเก็บรวบรวมโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ในแบบประเมินนี้ประกอบด้วย 1) แบบวัดความเจ็บปวดแผลผ่าตัด 2) แบบวัดความรู้สึกทุกข์ทรมาน 3) แบบบันทึกจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด 4) แบบบันทึกจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด 5) แบบบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดขณะรักษาในโรงพยาบาล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 **รหัส**.....

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

สำหรับผู้วิจัย

วันที่.....

กลุ่ม ( ) กลุ่มควบคุม ( ) กลุ่มทดลอง

คำชี้แจง สำหรับผู้วิจัย: แบบบันทึกนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาเพื่อการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ทำการสอบถามจากผู้ป่วยและญาติ ดูจากใบบันทึกข้อมูลการดูแลรักษาของผู้ป่วย โปรดบันทึกข้อมูลในช่องว่างให้ครบถ้วน หรือทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง ( ) หน้าข้อความตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านอายุ ( ) 60 – 69 ปี
   ( ) 70 – 80 ปี
   ( ) มากกว่า 80 ปี
2. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
3. สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่
   ( ) หม้าย ( ) แยกกันอยู่, หย่าร้าง
4. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ( ) น้อยกว่า 5,000 บาท
   ( ) 5,000 – 10,000 บาท
   ( ) 10,000 – 20,000 บาท
   ( ) มากกว่า 20,000 บาท
5. ระดับการศึกษา ( ) ไม่ได้เรียน ( ) ประถมศึกษา
   ( ) มัธยมศึกษา ( ) ปริญญาตรี
   ( ) สูงกว่าปริญาตรี
6. ประสบการณ์ได้รับการผ่าตัด ( ) เคยได้รับการผ่าตัด ( ) ไม่เคยได้รับ
7. ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

   วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....

   วันที่ผ่าตัด.....

   วันที่จำหน่าย.....

   ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....

   การวินิจฉัย.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ (Ejection fraction).....

ส่วนที่ 2 **รหัส**.....

แบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด

2.1 แบบวัดความเจ็บปวดแผลผ่าตัด

คำชี้แจง สำหรับกลุ่มตัวอย่าง: ขอให้ท่านคิดถึงความเจ็บปวดอันเนื่องมาจากแผลผ่าตัดที่รุนแรงที่สุดของท่านตลอดวันที่ผ่านมา ว่ามีมากน้อยเพียงใด โดยระดับ 0 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกปวดเลย และ ระดับ 10 หมายถึง มีความรู้สึกปวดระดับรุนแรงมากที่สุด โดยให้ท่านชี้ตรงตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกเจ็บปวดแผลผ่าตัด ที่เป็นความรู้สึกของท่าน

ขอให้ท่านคิดถึงความรู้สึกปวดบริเวณแผลผ่าตัดที่รุนแรงที่สุดในรอบวันที่ผ่านมาว่ามีมากน้อยเพียงใด

หลังผ่าตัดวันที่ 1

หลังผ่าตัดวันที่ 2

หลังผ่าตัดวันที่ 3

แบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด (ต่อ)

2.2 แบบวัดความรู้สึกทุกข์ทรมาน

คำชี้แจง สำหรับกลุ่มตัวอย่าง: ขอให้ท่านคิดถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากอาการปวดแผลผ่าตัดที่รุนแรงที่สุดของท่านตลอดวันที่ผ่านมา ว่ามีมากน้อยเพียงใด โดยระดับ 0 หมายถึง ไม่รู้สึกทุกข์ทรมานเลย ระดับ 10 หมายถึง รู้สึกทุกข์ทรมานมากที่สุด โดยให้ท่านชี้ตรงตัวเลขที่ตรงกับ ความรู้สึกทุกข์ทรมาน ที่เป็นความรู้สึกของท่าน

ขอให้ท่านคิดถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากอาการปวดแผลผ่าตัดที่รุนแรงที่สุดในรอบวันที่ผ่านมาว่ามีมากน้อยเพียงใด

หลังผ่าตัดวันที่ 1

หลังผ่าตัดวันที่ 2

หลังผ่าตัดวันที่ 3

แบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด (ต่อ)

2.3 แบบบันทึกจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด

เวลาที่วัด	**จำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดชนิดฉีด**	**จำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดชนิดรับประทาน**	**หมายเหตุยาที่ได้รับ**
หลังผ่าตัดวันที่ 1			
หลังผ่าตัดวันที่ 2			
หลังผ่าตัดวันที่ 3			

2.4 แบบบันทึกจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด

การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด	**จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด (ครั้ง)**				
	8 – 10 น	10 – 12น	12 – 14น	14 – 16น	16 – 18น
การเคลื่อนไหวร่างกายในวันที่ 1 หลังผ่าตัด การบริหารการหายใจโดยใช้ Incentive spirometer					
การเคลื่อนไหวร่างกายในวันที่ 2 หลังผ่าตัด การบริหารการหายใจโดยใช้ Incentive spirometer					

แบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด (ต่อ)

2.4 แบบบันทึกจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด

การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด	จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด (ครั้ง)				
	8 – 10 น	10 – 12น	12 – 14น	14 – 16น	16 – 18น
การเคลื่อนไหวร่างกาย ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด 1. การบริหารการหายใจโดยใช้ Incentive spirometer 2. ลุกลงนั่งเก้าอี้ข้างเตียง 15 – 30 นาที					

2.5 แบบบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดขณะรักษาในโรงพยาบาล

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	เกิด	ไม่เกิด	วันที่เกิด
1. **ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ** - ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกตั้งแต่ 2 ครั้งติดกันขึ้นไป พบความผิดปกติอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้ พบ Infiltration, consolidation, atelectasis - O_2 Sat < 95 % - เสมหะข้นคล้ายหนอง หรือสนิมเหล็ก - เพาะเชื้อจากเสมหะได้เชื้อตัวใหม่ - มีไข้ (อุณหภูมิ > 38°C)			
2. **ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินปัสสาวะ** - หนาวสั่น ปวดและกดเจ็บบริเวณหัวเหน่า - ปัสสาวะขุ่น - ผลการเพาะเชื้อแบคทีเรียในปัสสาวะมีจำนวนมากกว่า หรือเท่ากับ 10^5 เซลล์ต่อมิลลิลิตร - ตรวจปัสสาวะมีเม็ดเลือดขาวมากกว่าหรือเท่ากับ 10 เซลล์ต่อมิลลิลิตร - มีไข้ (อุณหภูมิ > 38°C)			

แบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด (ต่อ)

2.5 แบบบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดขณะรักษาในโรงพยาบาล

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	เกิด	ไม่เกิด	วันที่เกิด
3. **ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร** - ท้องอืด - แน่นอึดอัดท้อง - ท้องผูก - คลื่นไส้ อาเจียน			
4. **การเกิดแผลกดทับ** - **ระยะที่** 1 คือ มีการทำลายผิวหนังจำกัดอยู่ในหนังกำพร้า (epidermis) - **ระยะที่** 2 คือ มีการทำลาย เนื้อเยื่อตลอดชั้นความหนาของหนังแท้ (dermis) - **ระยะที่** 3 คือ มีการทำลายของเนื้อเยื่อ จนถึงชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง - **ระยะที่** 4 คือ มีการทำลายของเนื้อเยื่อทุกชั้น แผลลึกถึงกล้ามเนื้อ กระดูก เอ็นหรือเยื่อหุ้มข้อต่อ			
5. **อื่น ๆ**			

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบสอบถามความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนก่อนผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบสอบถามความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนก่อนผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง สำหรับกลุ่มตัวอย่าง: แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนของตัวท่านเอง ในการเตรียมตัวก่อนได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยข้อคำถามจะเป็นการถามถึงความเชื่อมั่นในสมรรถนะของท่านว่า ท่านมีความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้หรือไม่ จำนวนข้อคำถามทั้งหมดมี 10 ข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องข้อความตามความเป็นจริง ในแต่ละข้อของแบบสอบถามให้ตอบเพียงคำตอบเดียว ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกดังนี้

ฉันสามารถทำได้ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่าน

ฉันไม่สามารถทำได้ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่าน

ข้อ	ข้อความ	ฉันสามารถทำได้	ฉันไม่สามารถทำได้
1	ท่านมั่นใจว่าหลังผ่าตัดวันแรกท่านสามารถฝึกหายใจเข้า - ออกแบบลึกได้ 5 ครั้งต่อ 1 ชั่วโมง		
2	ท่านมั่นใจว่าหลังผ่าตัดวันแรกท่านสามารถฝึกหายใจเข้า - ออกแบบลึกได้ 5 ครั้งต่อ 1 ชั่วโมง ทุก 1 – 2 ชั่วโมง		
3	ท่านมั่นใจว่าหลังผ่าตัดท่านสามารถบริหารปอดโดยใช้อุปกรณ์บริหารปอดได้		
4	ท่านมั่นใจว่าเมื่อท่านมีเสมหะท่านสามารถไอเอาเสมหะออกได้ทุกครั้งอย่างมีประสิทธิภาพ		

ข้อ	ข้อความ	ฉันสามารถทำได้	ฉันไม่สามารถทำได้
5	ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถพลิกตะแคงตัวบนเตียงได้เอง ทุก 2 ชั่วโมง ภายหลังผ่าตัด		
6	ท่านมั่นใจว่า หลังผ่าตัดวันแรกท่านสามารถลุกนั่งบนเตียงเพื่อทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง		
7	ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถลุกนั่งข้างเตียงได้ในวันที่ 3 หลังผ่าตัดโดยมีผู้ช่วยเหลือ		
8	ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถนั่งข้างเตียงได้อย่างน้อย 30 นาที		
9	ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถจำกัดการรับประทานอาหารและน้ำตามคำแนะนำของพยาบาลได้		
10	เมื่อท่านมีอาการเจ็บปวดภายหลังผ่าตัด ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถบรรเทาความเจ็บปวดด้วยการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกะบังลมได้		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้สูงอายุ

บทวีดิทัศน์ เรื่องการเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

คู่มือการใช้โปรแกรม

“การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ”

สำหรับการวิจัย
เรื่อง
“ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุ
หลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ”

โดย
นางสาว วิชชุดา ดอกผึ้ง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

โปรแกรมนี้เป็นการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อฟื้นสภาพร่างกายและจิตใจในระยะหลังผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยอาศัยการสนับสนุนจาก 4 แหล่ง คือ 1) การชักจูงด้วยคำพูด 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ 3) การมีประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ 4) การกระตุ้นทางร่างกายและทางอารมณ์ ซึ่งโปรแกรมนี้จะนำแนวทางดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในรูปแบบของการนำเสนอผ่านสื่อวีดิทัศน์ โดยมีผู้สูงอายุแสดงเป็นตัวแบบสัญลักษณ์ และมีพยาบาลเป็นผู้ดำเนินโปรแกรม จำเป็นต้องอาศัยอุปกรณ์ที่สามารถเล่นแถบที่บันทึกภาพและเสียงที่เป็น CD หรือ VCD ได้

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านและผู้ป่วยสูงอายุจะได้รับประโยชน์จากการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจนี้เป็นอย่างดี

วิชชุดา ดอกผึ้ง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เกณฑ์ในการกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยสูงอายุที่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้

1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน เพื่อรับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
2) ไม่มีอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ หรือมีอาการเจ็บหน้าอกที่ควบคุมไม่ได้
3) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหัวใจที่ทำการผ่าตัดอนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย
4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิด การจำ การถามตอบเชิงเหตุและผล โดยประเมินจากการใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini Mental State Exam Thai หรือ MMSE – Thai 2002) (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น, 2542) โดยผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือได้ $\geq$ 14 คะแนน ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษาได้ $\geq$ 17 คะแนน และผู้สูงอายุเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาได้ $\geq$ 22 คะแนน
5) ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสารและการใช้สายตา ยกเว้นสายตาสั้นหรือสายตายาว ซึ่งเมื่อสวมแว่นแล้วสามารถมองเห็นได้ปกติ
6) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กลยุทธ์การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน	วัตถุประสงค์	แนวทางการประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรม	กิจกรรม
ขั้นที่ 1 การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuation)	เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเข้าใจถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัดและมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด	**การชักจูงด้วยคำพูด** การชักจูงด้วยคำพูด เป็นการสนับสนุนโดยการพูดเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการผ่าตัด การชักจูงด้วยคำพูดจากผู้อื่นที่เป็นบุคคลเชื่อถือและไว้วางใจ คอยให้คำแนะนำ จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุมีกำลังใจ ทำให้เกิดความพยายามและความมั่นใจมากขึ้นที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม	**กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ** เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย (ใช้เวลาประมาณ 5 – 10 นาที) 1) ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัวกับผู้ป่วยสูงอายุ พูดคุย ซักถามอาการโดยทั่ว ๆ ไป การปรับตัวกับสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย การพักผ่อนนอนหลับ ตลอดจนการบริการที่ได้รับ 2) ผู้วิจัยซักถามถึงประวัติการเจ็บป่วยด้วยหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตีบ อาการและอาการแสดง ประวัติการรักษา และการผ่าตัดต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยสูงอายุเคยได้รับ 3) ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้สูงอายุได้รับทราบถึงกิจกรรมอย่างคร่าว ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้เตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมการวิจัย **กิจกรรมที่ 1.2 กิจกรรมการให้คำแนะนำ** โดยการพูดชี้แจงอธิบายให้ความรู้เป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการผ่าตัด และแนะนำให้เห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดโดยผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยสูงอายุ (ใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที) ดังนี้ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเกิดจากการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โดยเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงที่ผนังชั้นในของหลอดเลือด มีการเกาะของไขมันต่อมากลายเป็นเนื้อเยื่อพังผืดหนา อาจมีหินปูนหรือลิ่มเลือดมาจับเกาะได้ ทำให้เส้น

กลยุทธ์การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน	วัตถุประสงค์	แนวทางการประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรม	กิจกรรม
			เลือดตีบหรือตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ เกิดอาการเจ็บหน้าอกบริเวณกลางหน้าอกด้านซ้ายหรือขวาอาจร้าวไปที่ไหล่ซ้าย สะบักหลัง คอ กราม และแขนลักษณะการเจ็บ คือ แน่น อึดอัด เจ็บหนัก ๆ เหมือนใครมาบีบหน้าอก แน่นหายใจไม่ออก หรือเจ็บตื้อ ๆ บางรายอาจมีอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ หายใจไม่อิ่ม ใจสั่น หน้ามืดเป็นลม บางรายก็อาจไม่มีอาการ การตีบของหลอดเลือดหัวใจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่างซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการตีบของหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน ภาวะเครียด พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม และอายุที่เพิ่มขึ้น การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นการผ่าตัดทำทางเดินของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจใหม่เพื่อข้ามส่วนที่อุดตันของหลอดเลือด ที่เรียกว่า bypass โดยการนำหลอดเลือดดำที่ขาหรือหลอดเลือดแดงหลังกระดูกหน้าอกมาต่อคร่อมส่วนที่อุดตัน การผ่าตัดจะใช้ระยะเวลาประมาณ 3 – 5 ชั่วโมง ระหว่างผ่าตัดท่านจะได้รับการดมยาสลบทำให้ไม่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกเจ็บปวด หลังผ่าตัดเรียบร้อยแล้วท่านต้องพักฟื้นในห้อง ไอ.ซี.ยู. ประมาณ 1 – 3 วัน ท่านจะรู้สึกตัวหลังผ่าตัดแล้วประมาณ 2 – 3

กลยุทธ์การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน	วัตถุประสงค์	แนวทางการประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรม	กิจกรรม
			ชั่วโมง เมื่อรู้สึกตัวท่านจะสังเกตเห็นสายยาง สายน้ำเกลือและเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ต่าง ๆ จำนวนมากอย่ากังวลหรือตกใจ แพทย์และพยาบาลจะให้การดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา ช่วงแรกท่านต้องหายใจผ่านท่อช่วยหายใจทางปาก ท่านจะรู้สึกอึดอัด พูดไม่ได้เพราะมีท่อช่วยหายใจอยู่ในปาก ไม่ต้องตกใจพยายามหายใจช้า ๆ ตามเครื่องช่วยหายใจ เมื่อท่านรู้สึกตัวดีแล้ว แพทย์จะพิจารณาเอาท่อช่วยหายใจออก ท่านจะสามารถพูดได้ตามปกติ ท่านอาจมีไข้ได้ในระยะหลังผ่าตัด ซึ่งอาจเกิดจากการติดเชื้อในร่างกายหรือมีภาวะปอดแฟบ มีเสมหะคั่งค้างในปอด ท่านควรไอแรง ๆ เพื่อขับเสมหะออกมาและหายใจลึก ๆ เพื่อช่วยในการบริหารปอด โดยส่วนใหญ่หลังผ่าตัดท่านจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดที่ ไอ.ซี.ยู 1 – 3 วัน เมื่อมีอาการดีขึ้นจะย้ายไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตเฉพาะทางโรคหัวใจ ขึ้นอยู่กับอาการของท่านและดุลยพิจของแพทย์ผู้ผ่าตัด **กิจกรรมที่** 1.3 **กิจกรรมสนทนา** ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสูงอายุได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการได้รับการผ่าตัดทั้งประสบการณ์ทางตรงและประสบการณ์ทางอ้อม และเปิดโอกาสให้ซักถามในเรื่องที่ยังไม่เข้าใจหรือยังสงสัย (ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)

กลยุทธ์การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน	วัตถุประสงค์	แนวทางการประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรม	กิจกรรม
ขั้นที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ (vicarious experience)	เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความเชื่อมั่นว่าตนมีสมรรถนะที่จะทำกิจกรรมนั้นได้	**การได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์** โดยการนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งมีตัวแบบที่แสดงในสื่อเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความสนใจในกระบวนการเรียนรู้ 4 ขั้นตอนคือ กระบวนการตั้งใจ กระบวนการเก็บจำ กระบวนการจูงใจ และกระบวนการกระทำ	**กิจกรรมที่** 2.1 **กิจกรรมชมวีดิทัศน์** ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสูงอายุชมวีดิทัศน์ ที่มีตัวแบบที่แสดงในสื่อเป็นผู้สูงอายุ มีเนื้อหาในวีดิทัศน์ เกี่ยวกับ การเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เช่น การเตรียมด้านร่างกายและจิตใจ สถานการณ์ที่เผชิญในห้องผ่าตัด สภาพผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด และการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ถูกต้องเพื่อการฟื้นสภาพที่ดีหลังผ่าตัด มีเนื้อหาเกี่ยวกับการหายใจแบบลึก การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารปอดโดยใช้ incentive spirometer การออกกำลังกายข้อต่อของแขนและขา การพลิกตะแคงตัว (เวลาของวีดิทัศน์ ประมาณ 25 นาที) **กิจกรรมที่** 2.2 **กิจกรรมสนทนา** เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยจากการได้ดูตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ และทบทวนสิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุได้จากการดูจากสื่อวีดิทัศน์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กลยุทธ์การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน	วัตถุประสงค์	แนวทางการประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรม	กิจกรรม
ขั้นที่ 3 การมีประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ (enactive mastery experience)	เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจว่าตนมีสมรรถนะที่จะกระทำกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ โดยเฉพาะในกิจกรรมที่ยาก	**การมีประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ** เป็นแหล่งที่มีอิทธิพลและมีประสิทธิภาพที่สุดในการพัฒนาความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน เนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับโดยตรงและเป็นเครื่องแสดงอย่างแท้จริงของบุคคลที่กระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จ	**กิจกรรมที่ 3.1 กิจกรรมการฝึกปฏิบัติ** ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ฝึกปฏิบัติไปพร้อม ๆ กับการสาธิตในวีดิทัศน์ ได้แก่ การหายใจแบบลึก การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารปอดโดยใช้ incentive spirometer การออกกำลังกายข้อต่อของแขนและขา การพลิกตะแคงตัว (ใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที) **กิจกรรมที่ 3.2 ให้ผู้ป่วยสูงอายุรับรู้ถึงประสบการณ์สำเร็จจากการลงมือกระทำ** ด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจเมื่อผู้ป่วยสูงอายุปฏิบัติได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความมั่นใจว่าตนสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้
ขั้นที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและทางอารมณ์ (physiological and affective states)	เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม	**การกระตุ้นทางร่างกายและทางอารมณ์** บุคคลจะมีการตัดสินถึงสมรรถนะแห่งตน โดยพิจารณาผ่านสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ ในสภาวะที่ร่างกายแข็งแรง มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี	**กิจกรรมที่ 4.1 กิจกรรมส่งเสริมการผ่อนคลายด้านอารมณ์** (ใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสูงอายุฝึกการหายใจโดยการใช้กล้ามเนื้อกะบังลม (diaphragmatic breathing) โดยการหายใจช้าลึก และสม่ำเสมอ เป็นการหายใจให้ลงไปถึงส่วนล่างสุดของปอด ส่งเสริมให้ถุงลมเล็ก ๆ ในปอดขยายตัวเต็มที่ เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน การหายใจเข้าออกลึก ๆ ทำให้ร่างกายและจิตใจคลายความเครียด ความ

กลยุทธ์การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน	วัตถุประสงค์	แนวทางการประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรม	กิจกรรม
		จะทำให้บุคคลมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น เพราะถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ได้จะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนดีขึ้น	วิตกกังวลได้ โดยให้ผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในท่านอนศีรษะสูงเล็กน้อย ใช้มือทั้งสองข้างวางประสานกันบนบริเวณแผลผ่าตัด ให้ผู้ป่วยสูงอายุหายใจเข้าลึก ๆ ช้า ๆ ผ่านทางจมูก โดยนับในใจหนึ่งถึงสามแล้วหายใจออกช้า ๆ ให้หายใจในลักษณะที่ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกสบายมากที่สุด มุ่งความสนใจไปที่การหายใจเข้าออก และควบคุมจังหวะการหายใจให้สม่ำเสมอ **กิจกรรมที่** 4.2 **กิจกรรมกระตุ้นให้มีการระบายความรู้สึก** ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล พร้อมทั้งระบายความรู้สึกต่อการเข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุนำการผ่อนคลายด้วยการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมไปใช้หลังผ่าตัดเมื่อมีอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทวีดิทัศน์

เรื่อง การเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ

บทวีดิทัศน์นี้ผู้วิจัยได้เขียนเพื่อจัดทำเป็นสื่อวีดิทัศน์ใช้ประกอบในโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สถานการณ์ที่ต้องเผชิญในห้องผ่าตัด สภาพผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด การปฏิบัติตนหลังผ่าตัด และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ การฝึกบริหารการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารการหายใจโดยใช้ incentive spirometer การบริหารแขนขา การพลิกตะแคงตัวเคลื่อนไหวร่างกาย โดยตัวแบบสัญลักษณ์ที่แสดงในสื่อวีดิทัศน์เป็นผู้สูงอายุ ความยาวของสื่อวีดิทัศน์ประมาณ 25 นาที

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพ	เสียงประกอบ	หมายเหตุ
- title “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพของผู้ป่วยสูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ” “The Effect of Self – Efficacy Enhancement Program on Recovery of Elderly Patients After Receiving Coronary Artery Bypass Graft” - ชื่อ “สื่อวีดิทัศน์ เรื่องการเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ” - ภาพเคลื่อนไหว: ผู้บรรยายมีฉากหลังเป็นหอผู้ป่วย

ภาพ	เสียงประกอบ	หมายเหตุ
หัวใจในผู้สูงอายุ - ภาพ: หัวใจและหลอดเลือด - ภาพ: หลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการต่อหลอดเลือดแล้ว - ภาพ: หลอดเลือดดำที่ขา - ภาพ: หลอดเลือดแดงหลังกระดูกหน้าอก	เลือดหัวใจ หรือที่รู้จักกันดีคือ การทำ bypass เป็นการผ่าตัดทำทางเดินของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจใหม่ เพื่อข้ามส่วนที่อุดตันของหลอดเลือด โดยการนำหลอดเลือดดำที่ขา หรือหลอดเลือดแดงหลังกระดูกหน้าอกมาต่อคร่อมบริเวณหลอดเลือดหัวใจที่ตีบ การทำ bypass ทำในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดหัวใจตีบมาก และมีความรุนแรงของโรคเป็นอันตรายต่อชีวิต และในกรณีที่รักษาด้วยการรับประทานยาแล้วไม่ได้ผล หรือทำการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนแล้วได้ผลไม่ดี	
- ภาพเคลื่อนไหว: ผู้บรรยาย มีฉากหลังเป็นหอผู้ป่วย	- บรรยาย เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในการยอมรับสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ภายหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม ทำให้การฟื้นสภาพภายหลังผ่าตัดเร็วขึ้น ลดจำนวนวันที่ต้องอยู่โรงพยาบาล อีกทั้งเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยค่ะ	
- ตัวอักษร: การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้ารับการผ่าตัด	- บรรยาย การเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการรักษาเพื่อการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ท่านควรเตรียมความพร้อมดังนี้	

ภาพ	เสียงประกอบ	หมายเหตุ
- ภาพ: ยา Aspirin, Plavix, Warfarin, Cardiprin - ตัวอักษร: งดยาอย่างน้อย 7 วัน	1. ท่านควรงดรับประทานยาบางชนิดตามคำแนะนำของแพทย์ ยาที่ควรงดได้แก่ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ในกลุ่มของยา Aspirin, Plavix, Cardiprin, Warfarin หรือ Orfarin เป็นเวลาอย่างน้อย 7 วันก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกผิดปกติระหว่างได้รับการผ่าตัด	
- ภาพ: บุหรี่ มีกากบาทสีแดงทับ - ภาพ: เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีกากบาทสีแดงทับภาพ - ตัวอักษร: งดยาอย่างน้อย 8 สัปดาห์	2. งดสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์อย่างน้อย 8 สัปดาห์ก่อนการผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจหลังผ่าตัด	
- ภาพ: ฟัน โรคเหงือก ฟันผุ - ภาพ: การตรวจฟัน - ตัวอักษร: รับการตรวจฟันไม่เกิน 6 เดือนก่อนการผ่าตัด	3. ท่านควรได้รับการตรวจเช็คสุขภาพฟัน อุดฟัน รักษาโรคเหงือก หรือถอนฟันที่ผุ และควรทำฟันไม่เกิน 6 เดือนก่อนการผ่าตัด	
- ตัวอักษร: เข้าพักในโรงพยาบาลก่อนการผ่าตัดเพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม - ภาพเคลื่อนไหว: ผู้ป่วยสูงอายุกำลังได้รับการเอกซเรย์ปอด - ภาพเคลื่อนไหว: พยาบาลกำลังตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ - ภาพ: ขวดปัสสาวะส่งตรวจ - ภาพเคลื่อนไหว: พยาบาลกำลังเจาะเลือดผู้ป่วยสูงอายุ - ตัวอักษร: การเตรียมตัวเพื่อเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล	4. ท่านจะได้รับการเข้าพักในโรงพยาบาลก่อนการผ่าตัด 1-2 วัน เพื่อการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ เพิ่มเติม เช่น เอกซเรย์ปอด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตรวจปริมาณเม็ดเลือดแดง - เม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ เจาะเลือดตรวจเพื่อดูการแข็งตัวของเลือด ตรวจเช็คหมู่เลือด และเตรียมเลือดสำหรับการผ่าตัด รวมถึงผลการตรวจอื่น ๆ 5. สิ่งที่ต้องนำมาโรงพยาบาล ได้แก่ ผลการตรวจต่างๆ เช่น ฟิล์ม	

ภาพ	เสียงประกอบ	หมายเหตุ
- ภาพ: แผ่นฟิล์มเอกซเรย์ - ภาพ: แผ่นซีดีผลการตรวจสวนหัวใจ - ภาพ: ประวัติการรักษาจากโรงพยาบาลอื่น - ภาพ: ใบส่งตัวการรักษา บัตร 30 บาท บัตรประจำตัวผู้ป่วย เอกสารสิทธิ์ในการรักษาพยาบาล - ภาพ: ขวด/ซอง บรรจุยา - ภาพ: ตะกร้าของใช้ที่บรรจุ สบู่ ยาสีฟัน แปรงสีฟัน แป้ง หวี ทิชชู เสื้อผ้า 1 ชุด - ตัวอักษร: การเตรียมร่างกายก่อนการผ่าตัด - ภาพเคลื่อนไหว: ผู้สูงอายุกำลังรับประทานอาหาร - ภาพ: อาหารปลา เนื้อสัตว์ ผักผลไม้ นม - ภาพ: เครื่องปรุงรส ถุงอาหารสำเร็จรูป อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง มีกากบาทสีแดงทับบนภาพ - ภาพเคลื่อนไหว: พยาบาลกำลังซักประวัติผู้ป่วยสูงอายุ - ภาพเคลื่อนไหว: พยาบาลกำลังวัดความดันเลือด ชีพจร	เอกซเรย์ แผ่นซีดีผลการตรวจสวนหัวใจ ประวัติการรักษาจากโรงพยาบาลอื่นหรือใบส่งตัวการรักษา บัตรประจำตัวผู้ป่วย เอกสารการใช้สิทธิ์ในการรักษาพยาบาล ยาที่เคยรับประทานเป็นประจำ ของใช้ส่วนตัว เช่น สบู่ ยาสีฟัน แปรงสีฟัน แป้ง หวี ทิชชู - บรรยาย **การเตรียมสภาพร่างกายก่อนเข้ารับการผ่าตัดท่านควรปฏิบัติดังนี้** ➢ การบำรุงร่างกายให้อยู่ในสภาพพร้อมที่จะผ่าตัดท่านควรรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และครบทั้ง 5 หมู่ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการหายของแผลผ่าตัดได้ ➢ ไม่รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม อาหารที่มีผงชูรส อาหารหมักดอง เพราะอาหารเหล่านี้ก่อให้เกิดผลเสียต่อการผ่าตัดและการฟื้นสภาพภายหลังผ่าตัด ➢ พยาบาลจะซักประวัติการเจ็บป่วย ท่านควรให้ความร่วมมือในการให้ประวัติเพื่อประโยชน์ของตัวท่านเอง	

ภาพ	เสียงประกอบ	หมายเหตุ
- ภาพเคลื่อนไหว: ผู้ป่วยสูงอายุกำลังบ่วนปาก - ภาพเคลื่อนไหว: พยาบาลกำลังตัดเล็บให้กับผู้ป่วยสูงอายุ	➢ พยาบาลจะตรวจวัดความดันเลือด ชีพจร ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ➢ ก่อนวันผ่าตัด ท่านควรอาบน้ำสระผมให้สะอาด ตัดเล็บให้สั้น และควรล้างสีทาเล็บออก เพื่อให้แพทย์และพยาบาลสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสีเล็บได้สะดวก ระหว่างที่ท่านได้รับยาสลบ	
- ตัวอักษร: การฝึกหายใจ และการไอ - ภาพเคลื่อนไหว: พยาบาลกำลังสอนเรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด การไอ และการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ	➢ พยาบาลและนักกายภาพบำบัด จะสอนเรื่องการไอ การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารร่างกาย เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และสามารถปฏิบัติได้ภายหลังผ่าตัด	
- ภาพเคลื่อนไหว: ผู้ป่วยกำลังพลิกตะแคงตัว - ภาพเคลื่อนไหว: ผู้ป่วยกำลังฝึกบริหารการหายใจ - ภาพเคลื่อนไหว: ผู้ป่วยกำลังฝึกการไอ	➢ ท่านสามารถทำกิจกรรมตามระดับความสามารถของท่าน ฝึกการพลิกตะแคงตัวบนเตียงและวิธีลงจากเตียง ฝึกบริหารการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ	
- ภาพเคลื่อนไหว: แพทย์กำลังตรวจการหายใจของผู้ป่วย - ภาพเคลื่อนไหว: ผู้ป่วยและญาติลงนาม	➢ แพทย์ผู้ผ่าตัด แพทย์เวร และแพทย์ผู้ดมยาสลบจะมาพูดคุย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด และตรวจสภาพร่างกาย พร้อมทั้งให้ท่านลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนาของรับการรักษาโดยวิธีผ่าตัด ท่านสามารถสอบถามข้อข้องใจต่าง ๆ ได้	
- ภาพ: แสดงตำแหน่งของผิวหนังบริเวณที่จะเตรียมเพื่อการผ่าตัด	➢ การเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัด พยาบาลจะเป็นผู้เตรียม	

ภาพ	เสียงประกอบ	หมายเหตุ
- ตัวอักษร: การงดน้ำและอาหารทางปากอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง - ภาพ: อาหารมีกากบาทสีแดงทับ	ความสะอาดผิวหนัง โดยโกนขนและฟอกทำความสะอาดบริเวณที่จะทำผ่าตัด ➢ ท่านจะต้องงดน้ำและอาหารทางปาก ก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมง ตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล เนื่องจากในการผ่าตัดท่านจะได้รับการดมยาสลบ การงดน้ำและอาหารทางปากเพื่อให้กระเพาะอาหารว่างป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าไปอุดกั้นทางเดินหายใจขณะได้รับยาสลบ - บรรยาย	
- ตัวอักษร: การเตรียมร่างกายในวันผ่าตัด - ภาพเคลื่อนไหว: ผู้ป่วยสูงอายุกำลังบ้วนปาก และเปลี่ยนเสื้อผ้าชุดสำหรับไปห้องผ่าตัด - ภาพเคลื่อนไหว: ผู้สูงอายุสวมชุดเตรียมผ่าตัดออกจากห้องน้ำ - ภาพเคลื่อนไหว: ผู้ป่วยสูงอายุถอดแว่นตา นาฬิกา ฝากญาติ	**การเตรียมร่างกายในวันผ่าตัด** ➢ ในวันผ่าตัด ท่านควรเตรียมความสะอาดร่างกาย บ้วนปาก และเปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดสำหรับไปห้องผ่าตัด โดยสวมจากด้านหน้าไปด้านหลัง ➢ ท่านต้องถอดเครื่องประดับ โลหะ หรือของมีค่าฝากญาติหรือพยาบาลไว้ ป้องกันการสูญหาย	
- ภาพเคลื่อนไหว: พยาบาลกำลังนำยาให้ผู้ป่วยรับประทาน และให้ออกซิเจนทางสายยางจมูก	➢ ท่านจะได้รับยานำก่อนผ่าตัด ซึ่งจะรับประทาน 45 – 90 นาที ก่อนผ่าตัด ส่วนใหญ่จะเป็นยาคลายกังวลชนิดรับประทาน เพื่อลดความกลัวและความวิตกกังวล - บรรยาย	

ภาพ	เสียงประกอบ	หมายเหตุ
- ตัวอักษร: การเตรียมสภาพจิตใจก่อนผ่าตัด - ภาพเคลื่อนไหว: ผู้ป่วยสูงอายุสวดมนต์ก่อนนอนหลับบนเตียง - ภาพเคลื่อนไหว: ผู้ป่วยสูงอายุกำลังพูดคุยกับพยาบาล	**การเตรียมสภาพจิตใจก่อนผ่าตัด** ท่านควรนอนหลับพักผ่อนให้เต็มที่ และลดความวิตกกังวลต่าง ๆ ทำจิตใจให้สบาย เพื่อให้ร่างกายสดชื่น ไม่อ่อนเพลียในวันที่ทำผ่าตัด ถ้าท่านนอนไม่หลับให้แจ้งพยาบาลได้	
- ตัวอักษร: สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด - ภาพ: แสดงบรรยากาศในห้องผ่าตัดและการแต่งกายของบุคลากรในห้องผ่าตัด	- บรรยาย **สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด** ➢ การแต่งกายของบุคลากรภายในห้องผ่าตัด บุคลากรจะสวมชุดสีเขียว สวมหมวกและผูกผ้าปิดปากและจมูก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคขณะผ่าตัด ➢ เมื่อท่านมาถึงห้องผ่าตัด แพทย์ดมยาสลบจะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และใส่สายต่าง ๆ เพื่อวัดสัญญาณชีพอัตโนมัติ และจะมีเจ้าหน้าที่เตรียมเครื่องมือบันทึกความดันโลหิตและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	
- ตัวอักษร: การผ่าตัดจะใช้เวลา 3 – 5 ชั่วโมง - ตัวอักษร: สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด - ภาพ: แสดงสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต	➢ การผ่าตัดจะใช้ระยะเวลาประมาณ 3 – 5 ชั่วโมง ระหว่างผ่าตัดท่านจะไม่รู้สึกตัว และไม่รู้สึกเจ็บปวด ทีมแพทย์และพยาบาลในห้องผ่าตัดจะดูแลท่านอย่างใกล้ชิด	

ภาพ	เสียงประกอบ	หมายเหตุ
- ภาพ: ผู้ป่วยสูงอายุที่ใส่ท่อช่วยหายใจนอนศีรษะสูง 30 – 40 องศา และภาพเครื่องช่วยหายใจ - ภาพ: แผลผ่าตัดบริเวณกลางหน้าอก - ภาพ: สายยางและขวดแก้วที่ต่อออกมาจากแผลผ่าตัด - ภาพ: แผลผ่าตัดที่ขาที่มีผ้ายางยืดพันทับ - ภาพ: สายสวนปัสสาวะและถุงรองปัสสาวะ - ภาพ: สายน้ำเกลือต่าง ๆ และเครื่อง monitor - ตัวอักษร: ห้ามดึงสายใด ๆ ออกเมื่อถึงเวลาพยาบาลจะดึงสายต่าง ๆ ออกให้	- บรรยาย **สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด** ➢ เมื่อผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว ท่านจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดที่ห้องไอ ซี ยู ประมาณ 1 – 3 วัน ➢ ท่านจะมีตำแหน่งของแผลผ่าตัดบริเวณกลางหน้าอกประมาณ 20 เซนติเมตร ปิดแผลด้วยก๊อส และจะมีสายยางออกจากแผลผ่าตัด 2 – 3 เส้น ซึ่งจะต่อกับขวดแก้วเพื่อระบายเลือดหรือสิ่งขับหลั่งที่คั่งค้างจากการผ่าตัด ห้ามดึงสายยางออกเอง แพทย์จะนำสายระบายออกให้หลังผ่าตัด1 – 2 วัน ➢ ท่านจะมีแผลผ่าตัดที่ขาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างจะมีผ้ายางยืดพันทับเพื่อเป็นการลดบวมของขา ➢ ท่านจะมีสายสวนปัสสาวะซึ่งจะระบายน้ำปัสสาวะได้ตลอดเวลา และท่านไม่ต้องปัสสาวะเอง จะรู้สึกปวดหน่วง ๆ เล็กน้อย ➢ ท่านจะมีสายน้ำเกลือต่าง ๆ เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ และให้ยา น้ำเกลือ หรือเลือด ระวังสายต่าง ๆ เหล่านี้เลื่อนหลุด ➢ ท่านจะเริ่มรู้สึกตัวภายหลังผ่าตัดเรียบร้อยแล้วประมาณ 2 – 4 ชั่วโมง และจะสังเกตเห็นสายน้ำเกลือ เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ต่าง ๆ	

ภาพ	เสียงประกอบ	หมายเหตุ
- ตัวอักษร: หายใจเป็นจังหวะเดียวกับเครื่องช่วยหายใจจะทำให้ท่านรู้สึกดีขึ้น - ภาพ: ผู้ป่วยนั่งรถเข็น - ภาพ: อาหารเหลว น้ำข้าว โอวัลติน - ภาพ: อาหารอ่อน โจ๊ก ข้าวต้ม - ภาพ: อาหารทั่วไป - ภาพ: ผัก ผลไม้ - ตัวอักษร: อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง - ภาพ: เครื่องในสัตว์ ไข่แดง อาหารกระป๋อง เครื่องปรุงรส แล้วมีกากบาทสีแดง อาหารทะเล อาหารกะทิ อาหารทอด ไขมันสัตว์ มีกากบาทสีแดงทับบนภาพ	อย่ากังวลหรือตกใจ ➢ ภายหลังที่ท่านเริ่มรู้สึกตัวจะรู้สึกอึดอัดพูดไม่ได้ เนื่องจากมีท่อช่วยหายใจไม่ต้องตกใจและอย่าดึงออกเอง ให้ท่านหายใจช้า ๆ ตามเครื่องช่วยหายใจท่านจะรู้สึกสบายขึ้น เมื่อท่านตื่นดีสามารถหายใจเองได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้านการหายใจแพทย์จะพิจารณานำท่อช่วยหายใจออก ท่านจะสามารถพูดได้ตามปกติ ➢ หลังการผ่าตัดหากท่านไม่มีภาวะแทรกซ้อน ท่านจึงกลับไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยเดิมได้ ➢ ท่านจะสามารถรับประทานน้ำและอาหารได้ภายหลังเอาท่อช่วยหายใจออกประมาณ 2 – 4 ชั่วโมง โดยเริ่มจากจิบน้ำก่อน ➢ ในมื้อแรกจะเป็นอาหารเหลว หากไม่มีอาการสำลัก จึงจะเริ่มรับประทานอาหารอ่อนได้ในมื้อถัดไป ➢ ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ ไข่แดงรวมถึงผลิตภัณฑ์จากไข่ อาหารทะเล กะทิ อาหารประเภททอด ไขมันจากสัตว์ ควรลดปริมาณเกลือในอาหาร เช่น ลดอาหารที่มีรสเค็ม อาหารหมักดอง หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวานจัด	

ภาพ	เสียงประกอบ	หมายเหตุ
- ภาพเคลื่อนไหว: พยาบาลกำลังฉีดยาให้กับผู้ป่วย - ภาพเคลื่อนไหว: พยาบาลกำลังให้ผู้ป่วยรับประทานยา	➢ หากท่านปวดแผลผ่าตัด ให้แจ้งกับพยาบาลเพื่อขอยาแก้ปวดได้ ในวันแรกหลังผ่าตัดจะได้รับยาแก้ปวดโดยการฉีด และเมื่อแพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารทางปากได้แล้วจะเปลี่ยนเป็นยาแก้ปวดชนิดรับประทาน นอกจากจะใช้ยาระงับปวดแล้วอาจบรรเทาอาการปวดด้วยวิธีต่อไปนี้	
- ภาพเคลื่อนไหว: ผู้ป่วยสูงอายุเปลี่ยนท่านอน	- การเปลี่ยนท่านอน จะช่วยลดแรงกด และความตึงบริเวณที่เจ็บปวดได้ เพราะการนอนท่าเดียวนานๆ จะทำให้กล้ามเนื้อเมื่อยล้าและตึง ทำให้มีความเจ็บปวดมากขึ้น	
- ตัวอักษร: การปฏิบัติตนหลังผ่าตัด	- บรรยาย **การปฏิบัติตนหลังผ่าตัด** ระหว่างที่ท่านพักฟื้นในหอผู้ป่วยไอ ซี ยู ท่านสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ โดยการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเองได้แก่	
- ภาพเคลื่อนไหว: ผู้ป่วยสูงอายุกำลังแปรงฟัน หวีผม	➢ ช่วยตัวเองบางส่วนในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น แปรงฟัน เช็ดหน้า หวีผม ตักอาหารรับประทานเอง	
- ภาพเคลื่อนไหว: ผู้สูงอายุลุกนั่งบนเตียงและลงนั่งเก้าอี้ข้างเตียงโดยมีพยาบาลช่วยพยุง	➢ ลุกนั่งบนเตียงและลงนั่งเก้าอี้ข้างเตียง 10 – 15 นาที	
- ภาพเคลื่อนไหว: ผู้สูงอายุ บริหารการหายใจ และการไออย่างมีประสิทธิภาพ	➢ ใช้เก้าอี้นั่งถ่ายข้างเตียง ➢ บริหารการหายใจ และการไออย่างมีประสิทธิภาพ	

ภาพ	เสียงประกอบ	หมายเหตุ
- ภาพเคลื่อนไหว: ผู้สูงอายุ บริหารร่างกาย - ตัวอักษร: ระเบียบการเยี่ยม - ตัวอักษร: เวลาเยี่ยม 11.00 น. ถึง 20.00 น. เยี่ยมได้ครั้งละ 1 – 2 คน ไม่สามารถเฝ้าได้ - ตัวอักษร: เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 12 ปี หรือผู้ที่มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายควรงดเยี่ยม - ภาพเคลื่อนไหว: ญาติกำลังล้างมือ - ตัวอักษร: การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด - ภาพ: ปอด - ภาพ: ระบบการหายใจเข้าออก - ภาพเคลื่อนไหว: ผู้สูงอายุนั่งศีรษะสูงประมาณ 60 องศา ผู้สูงอายุวางมือทั้งสองข้างบนหมอน จากนั้นหายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูก และหายใจออกทางจมูกและ	➢ บริหารร่างกาย กำมือสลับแบมือ กระดกข้อมือและปลายเท้าขึ้นลงทุกชั่วโมงเมื่อรู้ตัว ออกกำลังแขนขาในท่านอนโดยบริหารท่าละ 5 – 10 ครั้ง ซึ่งจะแนะนำดังต่อไปนี้ - บรรยาย **ระเบียบการเยี่ยมผู้ป่วยใน ICU** ➢ เวลาเยี่ยม 11.00 น. ถึง 20.00 น. เยี่ยมได้ครั้งละ 1 – 2 คน ไม่สามารถเฝ้าได้ เยี่ยมได้ไม่เกิน 10 – 15 นาที ➢ เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 12 ปี หรือผู้ที่มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายควรงดเยี่ยม ➢ ท่านควรแนะนำให้ผู้มาเยี่ยมหรือญาติล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังเข้าเยี่ยมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ - บรรยาย **การปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด** **การบริหารการหายใจ** ภายหลังผ่าตัดท่านอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดได้ เช่น ปอดแฟบ ปอดอักเสบ การฝึกบริหารการหายใจมีประโยชน์ในการช่วยให้ปอดได้ขยายตัวเต็มที่ เพิ่มเนื้อที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊สและเป็นการกระตุ้น	

ภาพ	เสียงประกอบ	หมายเหตุ
ปากช้า ๆ ผู้สูงอายุทำปากห่อคล้ายกับผิวปากขณะหายใจออก - ตัวอักษร: วิธีการบริหารการหายใจ - ภาพ: ผู้สูงอายุนอนหงายราบศีรษะสูง 60 องศา - ภาพเคลื่อนไหว: ผู้สูงอายุหายใจเข้าออกช้า ๆ - ตัวอักษร: การไออย่างมีประสิทธิภาพ - ภาพเคลื่อนไหว: ผู้สูงอายุอยู่ในท่านั่งโน้มตัวไปข้างหน้า ผู้ป่วยสูงอายุใช้มือประคองบริเวณแผลที่ผ่าตัดบริเวณทรวงอก แล้วหายใจเข้าออกลึก ๆ 4 ครั้ง - ตัวอักษร: วิธีการไออย่างมีประสิทธิภาพ - ภาพเคลื่อนไหว: ผู้สูงอายุอยู่ในท่าครึ่งนั่งครึ่งนอน ผู้ป่วยสูงอายุใช้มือประคอง	การไหลเวียนเลือดภายในปอด ดังนั้นท่านจะต้องฝึกบริหารการหายใจตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด และภายหลังผ่าตัด ท่านสามารถทำได้ทันที เมื่อท่านรู้สึกตัวหลังผ่าตัด เพื่อให้ปอดได้ขยายตัวเต็มที่ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอด วิธีการบริหารการหายใจ - ให้ท่านนอนหงายราบศีรษะสูงประมาณ 45 – 60 องศาชันเข่าทั้งสองข้างขึ้น - วางมือทั้งสองข้างบนหน้าท้อง จากนั้นให้หายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูก และหายใจออกทางจมูกและปากช้า ๆ โดยให้ผู้ป่วยทำปากห่อคล้ายกับผิวปากดังภาพ - บรรยาย **การไออย่างมีประสิทธิภาพ** การไอเป็นสิ่งที่จำเป็นมากเพราะจะช่วยขับเสมหะออกจากหลอดลมและปอด การคั่งค้างของเสมหะจะทำให้ปอดแฟบ ปอดอักเสบ ดังนั้นแม้ว่าหลังผ่าตัดท่านจะรู้สึกเจ็บแผลหรือกลัวแผลแยก แต่จำเป็นต้องไอเอาเสมหะออกอย่างถูกวิธี วิธีการไออย่างมีประสิทธิภาพ - ผู้ป่วยควรอยู่ในท่านั่งโน้มตัวไปข้างหน้าหรือครึ่งนั่งครึ่งนอน ดังภาพ - ขณะไอให้ท่านใช้มือประคอง	

ภาพ	เสียงประกอบ	หมายเหตุ
บริเวณแผลที่ผ่าตัดบริเวณทรวงอก แล้วหายใจเข้าออกลึก ๆ 4 ครั้ง ครั้งสุดท้ายผู้สูงอายุหายใจเข้าลึก ๆ เต็มที่แล้วไอออกมาแรง ๆ ผู้ป่วยสูงอายุทำซ้ำอีก 1 ครั้ง - ตัวอักษร: การบริหารการหายใจโดยใช้เครื่องบริหารการหายใจ - ภาพ: เครื่อง incentive spirometer แบบ 1 ลูก และ 3 ลูก - ภาพ: ผู้สูงอายุจับเครื่อง incentive spirometer - ภาพเคลื่อนไหว: ผู้สูงอายุนั่งศีรษะสูง 90 องศาใช้มือขวาจับตัวเครื่องบริหารการหายใจใช้มืออีกข้างจับที่ท่อดูด จากนั้นผู้ป่วยสูงอายุหายใจเข้าออกลึก ๆ ยาว ๆ 3 - 5 ครั้ง ครั้งสุดท้ายผู้สูงอายุใช้ปากอมท่อดูดของเครื่องบริหารการหายใจ พร้อมกลั้นหายใจและดูดลมจากท่อดูดของเครื่องบริหารการหายใจให้ลูกบอลลอยสูงขึ้น ผู้ป่วยสูงอายุทำซ้ำอีก 1 ครั้ง	บริเวณแผลที่ผ่าตัดบริเวณทรวงอก หรืออาจจะใช้หมอนช่วยหนุนกระชับแผลผ่าตัดไว้ก็ได้ - ก่อนไอให้หายใจเข้าออกลึก ๆ ประมาณ 3 - 5 ครั้ง ครั้งสุดท้ายให้ท่านหายใจเข้าลึก ๆ เต็มที่แล้วไอออกมาแรงๆ (เสียงไอ) - ทำเช่นนี้ประมาณ 3 - 5 ครั้งทุก 2 - 4 ชั่วโมง - บรรยาย **การบริหารการหายใจโดยใช้เครื่องบริหารการหายใจ** เป็นการบริหารการหายใจ ในกรณีที่ปอดของท่านยังมีการขยายตัวไม่ดี อาจเป็นชนิดมีลูกบอล 1 ลูก หรือชนิดมีลูกบอล 3 ลูก ดังภาพ วิธีการการบริหารการหายใจโดยใช้เครื่องบริหารการหายใจ - จับตัวเครื่องบริหารการหายใจด้วยมือข้างที่ถนัด และใช้มืออีกข้างจับที่ท่อดูด ดังภาพ - จากนั้นหายใจเข้าออกลึก ๆ ยาว ๆ 3 - 5 ครั้ง ครั้งสุดท้ายใช้ปากอมท่อดูดของเครื่องบริหาร กลั้นหายใจและดูดลมจากท่อดูดของเครื่องบริหารให้ลูกบอลลอยสูงขึ้น - ทำเช่นนี้ประมาณ 3 - 5 ครั้งทุก 2 - 4 ชั่วโมง และเริ่มทำได้ทันทีที่ท่านรู้สึกตัวหลังผ่าตัด	

ภาพ	เสียงประกอบ	หมายเหตุ
- ตัวอักษร: การบริหารแขนขา - ภาพเคลื่อนไหว: ผู้สูงอายุกำมือแน่นสลับกับการกางนิ้วมือเต็มที่ ผู้ป่วยสูงอายุทำซ้ำ 5 ครั้ง - ภาพเคลื่อนไหว: ผู้สูงอายุกำมือแน่นและงอพับข้อศอกทั้งสองข้างเข้าหาไหล่แล้วเหยียดแขนตรง ผู้ป่วยสูงอายุทำซ้ำ 5 ครั้ง - ภาพเคลื่อนไหว: ผู้สูงอายุกระดกข้อเท้าขึ้นให้ชี้มาหลังเท้ามากที่สุด พร้อมทั้งเกร็งกล้ามเนื้อขา แล้วกดข้อเท้าลง ผู้ป่วยสูงอายุทำซ้ำ 5 ครั้ง - ภาพเคลื่อนไหว: ผู้สูงอายุเหยียดขาตรง งอเข่า แล้วชันขาขึ้น หลังจากนั้นเหยียดขาออก ทำสลับกันซ้ายขวา ผู้สูงอายุทำซ้ำ 2 ครั้ง - ภาพเคลื่อนไหว: ผู้สูงอายุเหยียดขาตรง ยกขาขึ้นสูงจากพื้น 1 ฟุต แล้วค่อย ๆ วางลงทีละข้าง	- บรรยาย **การบริหารแขนขา** การบริหารแขนขามีประโยชน์ในการช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น และป้องกันการอักเสบของหลอดเลือดดำ ท่าที่ใช้ในการบริหารมี 4 ท่า ดังนี้ **ท่าที่** 1 ให้ท่านกำมือแน่นสลับกับการกางนิ้วมือเต็มที่ ดังภาพ ทำทุกชั่วโมงเมื่อรู้ตัว **ท่าที่** 2 ให้ท่านกำมือแน่นและงอพับข้อศอกทั้งสองข้างเข้าหาไหล่แล้วเหยียดแขนตรง ดังภาพ **ท่าที่** 3 เป็นการบริหารข้อเท้า ค่อย ๆ กระดกข้อเท้าขึ้นให้ชี้มาหลังเท้ามากที่สุด พร้อมทั้งเกร็งกล้ามเนื้อขาร่วมด้วย แล้วกดข้อเท้าลง ทำเช่นนี้สลับกัน 5 – 10 ครั้ง ทุกชั่วโมงเมื่อรู้ตัว **ท่าสุดท้าย** เป็นการบริหารข้อเท้าและป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำที่ขาอักเสบได้ เหยียดขาตรง งอเข่า ชันขาขึ้น แล้วเหยียดขาลง ทำสลับกันซ้ายขวา แล้วเหยียดขาตรง ยกขาขึ้นสูงจากพื้น 1 ฟุต แล้วค่อย ๆ วางลงทีละข้าง	

ภาพ	เสียงประกอบ	หมายเหตุ
- ภาพเคลื่อนไหว: ผู้สูงอายุนั่งเก้าอี้ข้างเตียงใช้เท้าเหยียบพื้น ยกขาเหยียดตรงแล้ววางลงในท่าเดิม ทำสลับซ้าย ขวาอีก 2 ครั้ง - ภาพเคลื่อนไหว: ผู้สูงอายุยกเข่าขึ้นชิดอกแล้วปล่อยลงช้าๆกลับ ลงสู่ท่าเดิมทำสลับทีละข้าง อีก 2 ครั้ง - ตัวอักษร: การพลิกตะแคงตัวเคลื่อนไหวร่างกาย - ภาพเคลื่อนไหว: ผู้สูงอายุนอนบนเตียงใช้มือขวาจับที่กั้นเตียงทางด้านขวาแล้วค่อย ๆ ขยับตัวไปทางด้านขวาจนใกล้ขอบเตียง แล้วพลิกตะแคงตัวมาทางด้านซ้าย - ภาพเคลื่อนไหว: ผู้บรรยาย บรรยากาศด้านหลังเป็นหอผู้ป่วย	**การออกกำลังกายในท่านั่งเก้าอี้ข้างเตียง** สามารถทำได้เช่นเดียวกัน ดังนี้ - ให้ท่านใช้เท้าเหยียบพื้น ดังภาพ ยกขาเหยียดตรง แล้ววางลงในท่าเดิม ทำสลับซ้าย ขวา 5 - 10 ครั้ง - ท่าต่อไป ยกเข่าขึ้นชิดอกแล้วปล่อยลงช้า ๆ กลับลงสู่ท่าเดิมทำสลับทีละข้าง 5-10 ครั้ง - บรรยาย **การพลิกตะแคงตัวเคลื่อนไหวร่างกาย** หลังผ่าตัดใหม่ ๆ ผู้ป่วยมักไม่อยากขยับตัวเนื่องจากปวดแผล ดังนั้นจึงควรพลิกตะแคงตัว และเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดอย่างถูกต้อง ภายหลังผ่าตัดถ้าไม่มีข้อห้ามควรมีการเปลี่ยนท่านอน พลิกตะแคงตัวทุก 1- 2 ชั่วโมง ภายหลังผ่าตัด 24 – 48 ชั่วโมง อาจมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือ - บรรยาย แม้การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นการผ่าตัดใหญ่ ผลกระทบที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดอาจทำให้ท่านรู้สึกเจ็บปวดแผลผ่าตัดอ่อนเพลีย ทำให้การปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง เช่น ไม่ยอม	

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพ	เสียงประกอบ	หมายเหตุ
- ภาพเคลื่อนไหว: ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจแล้วให้สัมภาษณ์	เคลื่อนไหวร่างกาย ไม่ยอมลุกนั่ง ไม่ยอมไอ และหายใจตื้นๆ เหล่านี้อาจส่งผลให้ท่านเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดได้ ส่งผลให้ท่านใช้เวลาในการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น หวังเป็นอย่างยิ่งว่าหลังจากที่ท่านได้ดูสื่อ วีดิทัศน์เรื่องการเตียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ได้นำเสนอนี้แล้ว ช่วยให้ท่านมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดอย่างถูกต้อง และส่งเสริมให้ท่านฟื้นสภาพหลังผ่าตัดอย่างรวดเร็ว และรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลสั้นลง สวัสดีค่ะ	

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภาพที่ 1 แสดงภาพในบทวีดิทัศน์

งดน้ำและอาหารทางปาก
อย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมง

การเตรียมสภาพจิตใจ
ก่อนการผ่าตัด

สภาพแวดล้อม
ในห้องผ่าตัด

การผ่าตัดจะใช้เวลา
ประมาณ 3-5 ชั่วโมง

สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด

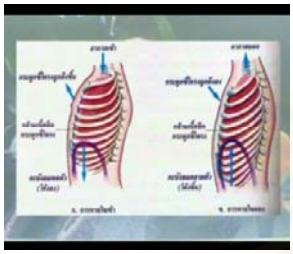
การปฏิบัติตนหลังผ่าตัด

ระเบียบการเยี่ยม

เวลาเยี่ยม 11.00 - 20.00 น.
เยี่ยมได้ครั้งละ 1 - 2 คน
ไม่สามารถค้างได้

เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี
หรือผู้ที่มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย
ควรงดเยี่ยม

การปฏิบัติตนหลังการผ่าตัด
เพื่อป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด



วิธีบริหารการหายใจ

การไออย่างมีประสิทธิภาพ

การบริหารการหายใจ
โดยใช้เครื่องบริหารการหายใจ

การบริหารแขนขา
หลังผ่าตัด

การพลิกตะแคงตัว
เคลื่อนไหวร่างกาย

ภาคผนวก ง

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การคำนวณหาค่าความเที่ยง ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's coefficiency) ดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1}\left[\frac{1 - \sum Si^2}{St^2}\right]$$

α = ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

n = จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบวัด

Si^2 = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

St^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทุกข้อ

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 สูตรคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean)

$$\text{สูตร} \quad \overline{X} = \frac{\sum X}{n}$$

เมื่อ $\overline{X}$ = ค่าเฉลี่ย

$\sum X$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

สูตรคำนวณหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

$$\text{สูตร} \quad S.D. = \sqrt{\frac{n\sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S.D. = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

$\sum X^2$ = ผลรวมกำลังสองของคะแนนทั้งหมด

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. เปรียบเทียบคะแนนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Mann – Whitney U test

$$U_1 = n_1 * n_2 + \frac{n_1(n_1+1)}{2} - R_1 \qquad U_2 = n_1 * n_2 + \frac{n_2(n_2+1)}{2} - R_2$$

ใช้ค่า U ที่น้อยกว่า

เมื่อ U_1 แทน ค่าสถิติที่ใช้เปรียบเทียบเพื่อทราบระดับนัยสำคัญค่าที่ 1

U_2 แทน ค่าสถิติที่ใช้เปรียบเทียบเพื่อทราบระดับนัยสำคัญค่าที่ 2

n_1 แทน จำนวนสมาชิกในกลุ่มควบคุม

n_2 แทน จำนวนสมาชิกในกลุ่มทดลอง

R_1 แทน อันดับของกลุ่มควบคุม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก จ

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่องานวิจัย ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ข้าพเจ้าได้ทราบจากผู้วิจัย ชื่อนางสาว วิชชุดา ดอกผึ้ง ที่อยู่ 95/2 หมู่ 6 ต.ปงป่าหวาย อ.เด่นชัย จ.แพร่ 54110 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ วิธีการ และแนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบผลดีและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าได้ซักถามและทำความเข้าใจ เกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้เมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ และจะไม่มีผลต่อข้าพเจ้าหรือการรักษาพยาบาลที่ได้รับ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือว่าเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้

…… ……

สถานที่/วันที่ (……)

ลงนามผู้ป่วยสูงอายุ

…… ……

สถานที่/วันที่ (……)

ลงนามผู้วิจัย

…… ……

สถานที่/วันที่ (……)

ลงนามพยาน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจโปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่นเพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ(ภาษาไทย)	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
ชื่อผู้วิจัย	นางสาววิชชุดา ดอกผึ้ง
สถานที่วิจัย	หอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถชั้น 5 และ ชั้น 8 โรงพยาบาลศิริราช
สถานที่ทำงาน	หอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช
หมายเลขโทรศัพท์	ที่ต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ 081-9314044 หรือ 02-4196050

โครงการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ที่กล่าวว่า การที่บุคคลคิด ตัดสินพิจารณาเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนในการที่จะกระทำพฤติกรรมหรือจัดการกับสถานการณ์เฉพาะเจาะจงให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อมั่นว่ามีสมรรถนะที่จะกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้สำเร็จ ซึ่งประกอบด้วยการชักจูงด้วยคำพูด การเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ที่เป็นสื่อวีดิทัศน์ การมีประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ และการกระตุ้นทางร่างกายและทางอารมณ์ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยหนุ่มสาว กระบวนการสูงอายุหรือความชรา เป็นสาเหตุทำให้ความสามารถในการรับรู้ลดลง ความรู้ความเข้าใจช้าลง การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนเป็นการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด และช่วยให้มีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดที่รวดเร็ว ด้วยการจัดกิจกรรมโดยการใช้กระบวนการเรียนรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยสูงอายุต้องเพิ่มความระมัดระวัง ไม่ควรเร่งรัดในการให้ข้อมูล แต่ควรให้ควบคู่ไปกับการฝึกทักษะการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดด้วยกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง เพิ่มเติมจากการพยาบาลปกติ ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จึงจำเป็นต้องอาศัยสื่อที่สามารถ

ถ่ายทอดความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อที่ให้ทั้งภาพและเสียงจึงสามารถดึงดูดใจโดยเฉพาะในผู้สูงอายุได้มาก ซึ่งจะมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือ

1. เพื่อสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้มาใช้เป็นแนวทางในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
3. เพื่อให้พยาบาลตระหนักถึงบทบาทและหน้าที่อิสระในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดที่ถูกต้องและครบถ้วน
4. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและเพื่อให้มีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่รวดเร็ว

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ เป็นผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเพื่อรับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลศิริราชโดยมีการวางแผนผ่าตัดล่วงหน้า ไม่ใช่การผ่าตัดแบบฉุกเฉิน คาดว่าจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 40 คน ระยะเวลาที่จะทำวิจัยทั้งสิ้น 4 เดือน

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้ ผู้วิจัยจะแบ่งผู้เข้าร่วมวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ คือ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

1. เพศเดียวกัน
2. กลุ่มอายุเดียวกัน จำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม คือ อายุ 60-69 ปี เป็นผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 70-79 ปี เป็นผู้สูงอายุตอนกลาง และอายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุตอนปลาย
3. ประสบการณ์การได้รับการผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุแบ่งเป็น เคยได้รับการผ่าตัดและไม่เคยได้รับการผ่าตัด
4. ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ แบ่งเป็น EF < 30%, EF 30% – 50% และ EF > 50%

ผู้วิจัยจะเข้าพบกับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม และจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามก่อนที่ท่านจะได้รับการผ่าตัดจำนวน 2 ชุด มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ใช้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 15 นาที โดยท่านตอบแบบสอบถามด้วยตัวของท่านเองบางส่วน และผู้วิจัยเป็นผู้อ่านและท่านผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบ หากท่านได้รับคัดเลือกให้อยู่ในกลุ่มควบคุมท่านจะได้รับการเตรียมผ่าตัดตามกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลจากพยาบาลประจำการ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ครอบคลุมในเรื่องการหายใจ

แบบลึก การไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว การเคลื่อนไหวร่างกาย การรับประทานอาหารและน้ำ หากท่านได้รับคัดเลือกให้อยู่ในกลุ่มทดลอง ท่านจะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนก่อนการผ่าตัด 2 วัน โดยใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมแต่ละครั้งประมาณ 60 - 90 นาที ภายหลังผ่าตัดผู้วิจัยจะเข้าเยี่ยมผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม และจะขอให้ท่านตอบแบบประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัดและความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการปวดแผลผ่าตัดเป็นเวลา 3 วัน

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ จะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อการรักษาของแพทย์ และการให้การพยาบาลที่ควรจะได้รับตามปกติแต่อย่างใด หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ที่หมายเลขโทรศัพท์ 081-9314044

ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ และจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ จากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอดุลยเดชวิกรม ชั้น 5 ร.พ.ศิริราช เบอร์โทร. (02)419-7000 ต่อ 6405

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ...../วันที่.....

(.....)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ .....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย[(1)]เรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ : หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาววิชชุดา ดอกผึ้ง ที่หอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช หมายเลขโทรศัพท์ 081 – 9314044 ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน หรือผู้แทน ได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอดุลยเดชวิกรม ชั้น 5 ร.พ.ศิริราช โทร (02) 419-7000 ต่อ 6405

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัย ใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....

(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออกผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ

.....จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ..... พยาน/ วันที่.....

(.....)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ฉ

ใบอนุมัติการเก็บข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2 ถนนพรานนก 2 PRANNOK Rd.
บางกอกน้อย BANGKOKNOI
กรุงเทพฯ 10700 BANGKOK 10700

Tel. (662) 4197000 ต่อ 6405-6
FAX (662) 4197000 ต่อ 6405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์ศิริราช

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข Si 481/2007

ชื่อโครงการภาษาไทย : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

รหัสโครงการ : 325/2550 (EC2)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาววิชชุดา ดอกผึ้ง / งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แบบสอบถาม

วันที่รับรอง : 11 ธันวาคม 2550

วันหมดอายุ : 10 ธันวาคม 2551

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 .....
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงชูศรี พิศลยบุตร)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

13 ธันวาคม 2550
วันที่

ลงนาม .....
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

13 ธันวาคม 2550
วันที่

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2 ถนนพรานนก 2 PRANNOK Rd.
บางกอกน้อย BANGKOKNOI
กรุงเทพฯ 10700 BANGKOK 10700

Tel. (662) 4197000 ต่อ 6405-6
FAX (662) 4197000 ต่อ 6405

Siriraj Ethics Committee

Certificate of Approval

COA no.Si 481/2007

Protocol Title : The Effect of Self – Efficacy enhancement program on recovery of elderly patients after receiving coronary artery bypass graft.

SiEC number : 325/2550 (EC2)

Principal Investigator/Affiliation : Miss Witchuda Dokphung / Medical and Phychiatric Nursing Division
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Approval includes :

1. EC Submission form
2. Proposal
3. Participant Information Sheet
4. Informed consent form
5. Questionnaire

Approval date : December 11 , 2007

Expired date : December 10 , 2008

This is to certify that Siriraj Ethics Committee is in full Compliance with International Guidelines For Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Prof. Shusee Visalyaputra, M.D.
Chair Person

December 13, 2007
date

(Clin. Prof. Teerawat Kulthanan)
Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

December 13,2007
date

ที่ ศร 0517.072/ 012776

โรงพยาบาลศิริราช
2 ถนนพรานนก บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700

19 ธันวาคม 2550

เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศร 0512.11/2197 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2550

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาววิชชุดา ดอกผึ้ง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยมีการวางแผนผ่าตัดล่วงหน้า โดยการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 40 รายและรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 ราย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลและแบบสอบถาม เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ" ความละเอียดดังแจ้งแล้วนั้น

โรงพยาบาลศิริราช โดยรองคณบดีฝ่ายวิจัย พิจารณาแล้วยินดีอนุมัติให้ นางสาววิชชุดา ดอกผึ้ง ทำการเก็บข้อมูลตามที่ขอความอนุเคราะห์มา ทั้งนี้ได้ผ่านการรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2550 ที่แนบมา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุรินทร์ ธนพิพัฒนศิริ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

สำนักงานรองคณบดีฝ่ายวิจัย
โทร. 0 2419 9407-9 โทรสาร 0 2418 3307

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววิชชุดา ดอกผึ้ง เกิดเมื่อวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2519 ที่จังหวัดแพร่ สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนวิไลเกียรติอุปถัมภ์ จังหวัดแพร่ เมื่อปีการศึกษา 2538 ปริญญาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปีการศึกษา 2542 และศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2548 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย