ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาหลังผ่าตัด ความถี่ของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความกลัวการหกล้มและกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

Relationships among Post-Operative Period, Symptom Frequency, Symptom Distress, Fear of Fall and Physical Activity in Patients Post Coronary Artery Bypass Graft

วิภาวรรณ ทองเทียม พย.บ. (Wipawan Tongtiam, B.N.S.)[1]
ชนกพร จิตปัญญา ปร.ด. (Chanokporn Jitpanya, Ph.D.)[2]
ปชาณัฏฐ์ ตันติโกสุม ปร.ด.(Pachanut Tantikosoom, Ph.D.)[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาหลังผ่าตัด ความถี่ของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความกลัวการหกล้มกับกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 159 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความถี่ของอาการ แบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากอาการ แบบสอบถามความกลัวการหกล้ม และแบบสอบถามการทำกิจกรรมทางกาย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงจากแบบประเมินได้เท่ากับ .95,.95,.98 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า 1) การทำกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 42.01 (S.D.=16.11) 2) ระยะเวลาหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=.343) 3) ส่วนความถี่ของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการและความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางลบกับกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=-.282, -.280 และ -.443) ตามลำดับ ข้อเสนอแนะผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายให้มีความเหมาะสม ช่วยปรับปรุงการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ และส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

คำสำคัญ : อาการ การหกล้ม กิจกรรมทางกาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

---

[1] นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
[3] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Abstract

The purpose of this research was to investigate the relationships among post-operative period, symptom frequency, symptom distress, fear of fall and physical activity in patients post coronary artery bypass graft. One hundred and fifty-ninepatients with post coronary artery bypass graft were recruited from out-patient departments ofCardiothoracic Surgery at King Chulalongkorn Memoral Hospital and Police Hospital using a simple random sampling. The instruments used for data collection were the demographic data questionnaire, symptom frequency and symptom distress questionnaire, fear of fall questionnaire, and physical activity questionnaire. These instruments were tested for their content validity by a panel of experts. Internal consistency reliability for each questionnaire tested by Cronbach's alpha were .95, .95, .98 and .81, respectively. Data were analyzed by using mean, standard deviation, and Pearson product-movement correlation.

The result was shown that: 1) the average score of physical activity of coronary artery bypass graft surgery patients was 42.01 (S.D. = 16.11). 2) Post-operative period was positively correlated with physical activity in patients with post coronary artery bypass graft surgery (r=.343). 3) Symptom frequency, symptom distress and fear of fall were negatively correlated with physical activity in patients with post coronary artery bypass graft surgery (r=-.282, -.280, -.443). Recommendation: The result of this study can be used a basic for planning and promoting of physical activity that are appropriate. Improve nursing care efficiency and promoting continuous physical activity in patients with post coronary artery bypass graft surgery after discharge from the hospital.

Keywords : Symptom, Fear of Fall, Physical Activity, Coronary Artery Patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาที่สำคัญ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆของประชากรทั่วโลก คาดว่าในปี พ.ศ.2573 จะมีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคนทั่วโลก (World Heart Federation, 2012) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการตีบตันภายในหลอดเลือดแดง ซึ่งจะทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (Brownrigg, Walicek,& Ignatavicius, 2010) แนวทางในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจนไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่นได้คือ การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Tazbir & Keresztes, 2005) ซึ่งเป็นวิธีการที่ยอมรับมากที่สุดในปัจจุบัน โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อป้องกันการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน และช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น จากการรายงานพบว่า มีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนมากกว่า 25 แห่งทั่วประเทศ มีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่า 2,000 รายต่อปี (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2555)

ถึงแม้ว่าการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจทำให้อาการต่างๆของผู้ป่วยดีขึ้น แต่การตีบตันของหลอดเลือดหัวใจภายหลังการผ่าตัดก็สามารถเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่องของการทำกิจกรรมทางกาย การรับประทานยา มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง (WHO, 2006) ขาดการควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่ดี (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ผู้ป่วยระยะหลังการผ่าตัด จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการทำกิจกรรมทางกายให้มีความเหมาะสมและต่อเนื่องในระยะหลังการผ่าตัด เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจกรรม ลดความเสี่ยงต่อการตีบตันของหลอดเลือดซ้ำ เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2555)

ผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด อาจมีการทำกิจกรรมทางกายลดลง ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดจากการเลาะเส้นเลือด Saphenous veins บริเวณขา เกิดความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณหน้าอก แขนและไหล่จากแผลที่เกิดจากการทำผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่บริเวณกลางหน้าอก (สุขจันทร์ พงษ์ประไพ, 2545) ความกลัวการหกล้มเนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่ขา ทำให้ไม่มั่นใจในการก้าวเดิน (Tudor, Bassett, & Swartz, 2004) มีโรคประจำตัวหลายอย่างและอาการกำเริบมากขึ้น (Singh,et al., 2008) มีน้ำหนักตัวเกินหรือภาวะอ้วน (Dorn, Nanghrom, & Tmanura, 2001) ขาดการสนับสนุนทางสังคมหรือได้รับการดูแลแบบปกป้องมากเกินไป (วิชญา ปริยาที, 2542) ขาดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ดี (พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน, 2544) มีอาการแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด (Nery, Barbisan, & Ismail, 2007) เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีการทำกิจกรรมทางกายลดลง

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีกิจกรรมทางกายลดลงหลังการผ่าตัด และ 45% มีการทำกิจกรรมทางกายที่ไม่เหมาะสม (Wanitkun, 2003) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะ 2,6 และ 12 เดือนหลังการทำผ่าตัดมีการทำกิจกรรมทางกายลดลงจาก ร้อยละ 59 เป็นร้อยละ 50 และร้อยละ 46 ตามลำดับ (Reid, Morrin & Pipe, 2006) และร้อยละ 18.7 มีกิจกรรมทางกายลดลงหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระยะเวลา 1 ปี (Markou, Lesten & Noyez 2007) ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงของการอุดตันและการตีบซ้ำของหลอดเลือดโคโรนารีได้เร็วขึ้น (Dangas & Kuepper, 2002) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้มากขึ้น (Nery, Barbisan & Ismail, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมทางกายสำหรับผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยตรงมีน้อยมาก งานวิจัยส่วนใหญ่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ภาวะโรคร่วม และระยะเวลาหลังผ่าตัด และปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำกิจกรรม ได้แก่ ความถี่ของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความกลัวการหกล้ม เพื่อนำข้อมูลมาเป็นพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายให้มีความเหมาะสม ช่วยปรับปรุงการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ และส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษากิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาหลังผ่าตัด ความถี่ของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความกลัวการหกล้มกับกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มารับการตรวจตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลตำรวจ ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ คือ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรก ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ – 1 ปี มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ไม่มีอาการของโรคหัวใจที่รุนแรงที่เป็นอันตราย

เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ เหนื่อยหอบ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้เทคนิคของ Throndike ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 159 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 11 ข้อคำถามที่เกี่ยวกับ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะโรคร่วม และระยะเวลาหลังผ่าตัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความถี่ของอาการและความทุกข์ทรมานจากอาการ (Symptom Frequency and Symptom Distress Scale) ผู้วิจัยแปลมาจากแบบสอบถามความถี่ของอาการและความทุกข์ทรมานจากอาการของ Mc Cormick & Naimark (2002) นำมาใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ จากนั้นตรวจสอบเครื่องมือวิจัยฉบับแปลโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน จากนั้น นำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้านความถี่ของอาการเท่ากับ .95 และด้านความทุกข์ทรมานจากอาการเท่ากับ .95 ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งการประเมินออกเป็น 2 ด้าน คือ

1) ด้านความถี่ของอาการ มีคะแนน 0 - 4 คะแนน คือ 0 = ไม่เคยมีอาการเลย 1 = มีอาการเล็กน้อย 2 = มีอาการบางครั้ง 3 = มีอาการบ่อยๆ และ 4 = มีอาการตลอดเวลา โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 92 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความถี่ของอาการมาก

2) ด้านความทุกข์ทรมานจากอาการ มีคะแนน 0-4 คะแนน คือ 0 =ไม่ทำให้ทุกข์ทรมานเลย 1 = มีความทุกข์ทรมานเล็กน้อย 2 = มีความทุกข์ทรมานปานกลาง 3 = มีความทุกข์ทรมานมากพอสมควร 4 = มีความทุกข์ทรมานรุนแรงมาก โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 92 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความทุกข์ทรมานจากอาการมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความกลัวการหกล้ม (Thai FES-I) ใช้แบบประเมินความกลัวการหกล้มของสมาคมป้องกันการหกล้มแห่งยุโรป ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา เถียมวงศ์ (2554) เมื่อนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .95 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คือ 0 = ไม่กลัวเลย 1 = กลัวเล็กน้อย 2 = กลัวมาก และ 3 = กลัวมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-48 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมากหมายถึง มีอาการกลัวหกล้มมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามกิจกรรมทางกาย (Duke Activity Status Index :DASI) ใช้แบบสอบถามกิจกรรมทางกายของ Hlatky et al. (1989) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ปานจิต นามพลกรัง (2547)ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อโดยมี 2 คำตอบ คือ ทำได้ และทำไม่ได้ ข้อคำถามจะมีความครอบคลุมในเรื่องการทำกิจกรรมและภาระงานต่างๆ โดยมีการกำหนดจำนวนพลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรมของแต่ละข้อ ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 1.75-8.00 MET ถ้าผู้ป่วยประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของข้อคำถามแต่ละข้อว่า ทำได้ ผู้ป่วยจะได้จำนวนพลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรม (MET) เท่ากับข้อคำถามนั้น ซึ่งผลรวมของจำนวนพลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรมมีค่าอยู่ระหว่าง 0-58.20 MET

เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 5 คน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือดังนี้ 1) แบบสอบถามความถี่ของอาการและความทุกข์ทรมานจากอาการแบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ ด้านความถี่ของอาการเท่ากับ .89 และด้านความทุกข์ทรมานจากอาการเท่ากับ .89 2) แบบสอบถามความกลัวการหกล้มเท่ากับ .98 และ 3) แบบสอบถามกิจกรรมทางกายเท่ากับ .81

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบสอบถามแต่ละชุด วิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยในระหว่างตอบแบบสอบถามหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 15 มกราคม 2557 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2557 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 159 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ข้อมูลต่างๆที่ได้ จะถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลกระทบกับผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือต่อการรักษา และการให้บริการแต่อย่างใด ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ โดยที่ไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.5 และเพศหญิงร้อยละ 24.5 มีอายุเฉลี่ย 59.96 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 66.82 kg ส่วนสูงเฉลี่ย 162.55 cm ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.03 kg/m^2 สถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 83 รองลงมาคือ โสดและหม้าย ร้อยละ 7.5 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.7 อาชีพส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 50.9 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 31,465.40 บาทต่อเดือน มีภาวะโรคร่วมอย่างน้อย 2 โรค ร้อยละ 26.4 และระยะเวลาหลังการผ่าตัดอยู่ในช่วง มากกว่า 6 เดือน – 1 ปีมากที่สุด ร้อยละ 60.4

2. กิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

กิจกรรมทางกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่สามารถทำได้มากที่สุด คือ การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น รับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว เข้าห้องน้ำคิดเป็นร้อยละ 100.0 รองลงมาคือ เดินในทางราบเป็นระยะ 50-100 เมตร คิดเป็นร้อยละ 99.4 และกิจกรรมทางกายที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจสามารถทำได้น้อยที่สุดคือ การเล่นกีฬาที่ออกแรงมาก เช่น ว่ายน้ำ ฟุตบอล บาสเกตบอล และแบดมินตัน คิดเป็นร้อยละ 28.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของจำนวนพลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามรายข้อ (n =159)

ความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	ค่าพลังงาน (MET)	ทำได้ (คน)	ร้อยละ
1. เดินเล่นในบ้าน หรือรอบๆบ้าน	1.75	156	98.1
2. ทำงานบ้านเบาๆ เช่น ปัดฝุ่น ล้างจาน	2.70	145	91.2
3. ทำกิจวัตรประจำวัน เช่น รับประทานอาหาร อาบน้ำ	2.75	159	100
4. เดินในทางราบเป็นระยะ 50-100 เมตร	2.75	158	99.4
5. ทำงานบ้านที่ออกแรงปานกลาง เช่น กวาดบ้าน ใช้เครื่องดูดฝุ่น หิ้วของใช้เบาๆ	3.50	145	91.2
6. ทำงานในสนามหรือบริเวณบ้าน เช่น กวาดใบไม้ ใช้เครื่องตัดหญ้า คราดวัชพืช และปลูกต้นไม้ เป็นต้น	4.50	130	81.8
7. มีเพศสัมพันธ์	5.25	61	38.4
8. เดินขึ้นทางชัน หรือเดินขึ้นบันไดบ้าน 1 ชั้น	5.50	143	89.9
9. เข้าร่วมกิจกรรมที่ออกแรงปานกลาง เช่น โยนลูกฟุตบอล รำมวยจีน เล่นปิงปอง วิ่งเหยาะๆ เล่นปิงปองเต้นแอโรบิกเบาๆ ขี่จักรยาน และตะกร้อ เป็นต้น	6.00	91	57.2
10. เล่นกีฬาที่ออกแรงมาก เช่น ว่ายน้ำ ฟุตบอล บาสเกตบอล และแบดมินตัน เป็นต้น	7.50	45	28.3
11. ทำงานที่บ้านที่ต้องออกแรงมาก เช่น ถูหรือขัดพื้นบ้านและ เคลื่อนย้ายเฟอร์นิเจอร์ชิ้นใหญ่ เป็นต้น	8.00	65	40.9
12. วิ่งในระยะทางสั้นๆ	8.00	70	44

ผลรวมของพลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่สามารถทำได้มากที่สุดคือ 58.20 MET คิดเป็นร้อยละ 42.8 รองลงมาคือ 28.70 MET คิดเป็นร้อยละ 31.4 ตามลำดับ และผลรวมของพลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 42.01 (S.D. =16.11) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผลรวมพลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรม (0-58.20 MET) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามผลรวมพลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรม (n =159)

ผลรวมพลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรม (MET)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
7.29	1	0.6
9.95	6	3.8
13.45	4	2.5
17.95	4	2.5
28.70	50	31.4
34.70	12	7.5
42.20	3	1.9
50.20	11	6.9
58.20	68	42.8

3. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาหลังผ่าตัด ความถี่ของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความกลัวการหกล้มกับกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ระยะเวลาหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 (r = .343) ความถี่ของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 (r = -.282, -.280 , -.443) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างระยะเวลาหลังผ่าตัด ความถี่ของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความกลัวการหกล้มกับกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (n =159)

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์	P-value
ระยะเวลาหลังผ่าตัด	.343	.000
ความถี่ของอาการ	-.282	.000
ความทุกข์ทรมานจากอาการ	-.280	.000
ความกลัวการหกล้ม	-.443	.000

$P < 0.05$

อภิปรายผล

1. กิจกรรมทางกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ผู้ป่วยทำได้มากที่สุด คือ การทำกิจวัตรประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 100.0 ผลรวมของพลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรมที่ทำได้มากที่สุดคือ 58.20 MET คิดเป็นร้อยละ 42.8 และผลรวมของพลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรมทางกายมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 42.01 (S.D. =16.11) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ อายุเฉลี่ยเท่ากับ 59.96 ปี ยังเป็นช่วงอายุที่สุขภาพโดยรวมทั่วไปแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ความสามารถในการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงร่างกายเสื่อมถอยไปตามธรรมชาติ (นริศ เจนวิริยะ, 2552) มีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 83 การมีสถานภาพสมรสคู่ ทำให้ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลตนเองในระยะหลังผ่าตัด เพราะผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือกำลังใจ คำปรึกษา แนะนำและการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวเพื่อการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจกรรม และลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวตามความต้องการที่เพียงพอ ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความต้องการหรือการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Moore, Dolansky, Ruland, Pashkow & Blackburn (2003) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถี่ของการทำกิจกรรม ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่เพียงพอก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพทางกาย และช่วยให้เกิดการทำกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น (Berkman & Glass, 2000)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 31,465.40 บาทต่อเดือน ทั้งนี้รายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบัน เพราะช่วยให้บุคคลสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิต และที่สำคัญคือ ค่ารักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

วิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่ค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ประมาณ 100,000 - 200,000 บาท ในโรงพยาบาลรัฐและ 300,000 - 500,000 บาท ในโรงพยาบาลของเอกชนที่มีความเชี่ยวชาญด้านหัวใจ (สารชีวจิต, 2557) ทำให้ผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่ามีโอกาสเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดและการบริการสุขภาพอื่นๆมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจไปแล้ว ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจจะเพิ่มขึ้น ทำให้การทำกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pander, (2006) ที่กล่าวว่า อุปสรรคภายนอกเกี่ยวกับสภาพทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งเอื้ออำนวยในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง และมีรายได้น้อยเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

นอกจากนี้ยังพบว่า ระยะเวลาหลังการผ่าตัดอยู่ในช่วงมากกว่า 6 เดือน – 1 ปีมากที่สุดร้อยละ 60.4 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นการทำทางเบี่ยงข้ามผ่านส่วนที่มีการตีบตัน จะเป็นการเพิ่มเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยจะหายจากอาการต่างๆ เช่น อาการเจ็บหน้าอก อาการหอบเหนื่อย ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้มากขึ้นหลังการทำผ่าตัด (Scimath, 2007) และอาจเกิดจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการผ่าตัดได้รับคำแนะนำในการทำกิจกรรมทางกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของระบบหัวใจ ปอด กล้ามเนื้อ ข้อต่อ และความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายตั้งแต่นอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จากแพทย์ พยาบาลและนักกายภาพบำบัด (Hirschhorn, Richards, Mungovan, Morris & Adam 2008) จึงทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการทำกิจกรรมทางกายด้วยตนเอง และสามารถเลือกกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับตนเองตามสภาพของโรค

2. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาหลังผ่าตัด ความถี่ของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความกลัวการหกล้มกับการทำกิจกรรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2.1 ระยะเวลาหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=.343) อาจเนื่องมาจากในระยะหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยจะมีประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงต่างๆเกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจ ซึ่งไม่เคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมาก่อน แต่เมื่อระยะเวลาในการผ่าตัดนานขึ้น อาการต่างๆทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจกลับสู่ภาวะปกติ ผู้ป่วยจึงสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้เพิ่มขึ้น เช่น 1) ผู้ป่วยจะมีอาการเบื่ออาหารหลังผ่าตัด 1-2 สัปดาห์แรก อาการจะดีขึ้นภายใน 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด 2) แผลผ่าตัดบริเวณกลางอก โดยทั่วไปจะใช้เวลา 6 สัปดาห์ในการเชื่อมติดของกระดูกบริเวณนี้ และจะเชื่อมติดโดยสมบูรณ์ภายใน 3 เดือนหลังการผ่าตัด 3) แผลผ่าตัดบริเวณที่ขา ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกชาบริเวณตามแนวผ่าตัดที่ขา อาการชามักจะดีขึ้นภายใน 3-6 เดือนหลังผ่าตัด (สุขจันทร์ พงษ์ประไพ, 2545) เป็นต้น นอกจากนี้ระยะหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนจากแพทย์พยาบาล และนักกายภาพบำบัด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรมที่เหมาะสมสอดคล้องกับความพร้อมของร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยแต่ละราย จะช่วยเพิ่มความแข็งแกร่งและความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมทางกายต่อไปได้สำเร็จหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (บุปผา อินทรัตน์, ลัพณา กิจรุ่งโรจน์และหทัยรัตน์ แสงจันทร์, 2556)

2.2 ความถี่ของอาการและความทุกข์ทรมานจากอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=-.282, -.280) ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความถี่ของอาการและความทุกข์ทรมานจากอาการค่อนข้างต่ำ อาจเป็นเพราะความถี่ของอาการและความทุกข์ทรมานจากอาการ เป็นความรู้สึกของบุคคลที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงจากที่ตนเองเคยรู้สึก เคยปฏิบัติ และมีผลกระทบต่อชีวิตของตนเอง (Dodd et al., 2001) ดังนั้น เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นบุคคลจะรับรู้และพยายามหยุดการกระทำกิจกรรมเพื่อลดการเกิดอาการ การทำกิจกรรมทางกายจึงลดลง เมื่อผู้ป่วยมีความถี่ของอาการและความทุกข์ทรมานจาก

อาการเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญแข สุธรรม (2555) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดพบว่า การรับรู้สภาวะของโรค การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนจากอาการต่างๆหลังการผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

2.3 ความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางลบกับกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=-.443) ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวการหกล้มมีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจะมีความกลัวการหกล้มในการทำกิจกรรม เนื่องจากหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีแผลที่บริเวณขาเป็นแนวยาวจากการเลาะเส้นเลือดเพื่อทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจมีแผลขนาดใหญ่และยาวที่บริเวณกลางหน้าอก เวลาผู้ป่วยก้าวเดินทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดและตึงบริเวณแผลผ่าตัด ทำให้เคลื่อนไหวไม่สะดวก และไม่กล้าเคลื่อนไหว นอกจากนี้แผลผ่าตัดที่บริเวณหน้าอกยังทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าออกแรงในการหายใจ ทำให้หายใจตื้น ไม่กล้าออกแรงในการหายใจอย่างเต็มที่ ไม่กล้าปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องใช้แรง เพราะจะทำให้มีการเคลื่อนไหวของทรวงอกที่มีแผลผ่าตัดอยู่และเกิดอาการปวดมากขึ้น (Oates, 1993) ความรู้สึกกลัวยังเป็นปัจจัยด้านจิตใจที่ส่งผลต่อความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้น ยิ่งผู้ป่วยมีความกลัวการหกล้มมากเท่าไรความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดจะยิ่งเพิ่มขึ้น เกิดความลังเลไม่มั่นใจในการก้าวเดิน ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการก้าวเดินลดลง ก้าวได้ช้าและสั้น ซึ่งลักษณะการก้าวเดินในลักษณะนี้ทำให้เกิดความไม่มั่นคงของศีรษะ ลำตัวโอนเอนล้มง่ายขึ้น เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น (Menz, Lord & Fitzpatrick, 2007) ในผู้ป่วยที่มีประวัติการหกล้มมาแล้วก็จะยิ่งมีความกลัวการหกล้มมากขึ้น และเสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำ จึงมีความพยายามที่จะจำกัดการทำกิจกรรมของตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม ส่งผลให้การทำกิจกรรมทางกายลดลง (Tudor, Bassett & Swartz, 2004) เมื่อเกิดการหกล้มก็จะส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ทำให้เกิดการบาดเจ็บ กระดูกหัก มีการบาดเจ็บของสมองและผิวหนังอย่างรุนแรง มีความวิตกกังวล สูญเสียความมั่นใจในการเดินและการทำกิจกรรม ซึมเศร้า สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น คุณภาพชีวิตต่ำลง (ลัดดา เถียมวงศ์, 2554) สอดคล้องกับงานวิจัยของ LaPier, Cleary & Kidd (2009) ที่ทำการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย กิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน และความกลัวการหกล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคหัวใจมีความกลัวเกี่ยวกับการหกล้ม และความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายตามคำแนะนำ

สรุป

จากผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาหลังการผ่าตัด ความถี่ของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (.343, -.282, -.280, -.443) ตามลำดับ และการทำกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 42.01 (S.D.=16.11)

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า มีการทำกิจกรรมทางกายลดลง ซึ่งอาจส่งผลต่อการฟื้นหายและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญ ให้ความรู้ คำแนะนำ ในการปฏิบัติตนหลังการผ่าตัด เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการทำกิจกรรมทางกายและมีความพร้อมในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ ควรสอนให้ผู้ป่วยประเมินอาการผิดปกติของตนเมื่อกลับบ้าน เฝ้าระวังการหกล้มในระยะหลังการผ่าตัด รวมถึงพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีการติดตามเยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์สอบถามอาการของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนารูปแบบการดูแลและส่งเสริมการทำกิจกรรมทางกายต่อไป

รายการอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2549). **แนวทางเวชปฏิบัติ การจัดกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) สำหรับผู้สูงอายุกับโรคหัวใจ.** กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.

นริศ เจนวิริยะ. (2552). **ออกกำลังกายเสริมสร้างสมอง.** วันที่ค้นข้อมูล 23 มิถุนายน 2557, เข้าถึงได้จาก http://namjaimaitree.com/newsdetail.php?id=20.

บุปผา อินทรัตน์,ลัพณา กิจรุ่งโรจน์ และหทัยรัตน์ แสงจันทร์. (2556). **โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อสมรรถภาพทางกายและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ: การศึกษานำร่องโรงพยาบาลสงขลานครินทร์.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ปานจิต นามพลกรัง. (2547). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. (2544). **ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เพ็ญแข สุธรรม. (2555). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคหัวใจแบบเปิดในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี.** ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

ลัดดา เถียมวงศ์. (2554). การทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือประเมินอาการกลัวหกล้มในผู้สูงอายุไทย. **สงขลานครินทร์เวชสาร, 29**(6), 277-287.

วิชญา ปริยวาที. (2542). **การศึกษาบทบาทด้านครอบครัวของผู้ป่วยชายโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย. (2555). **Coronary Artery Bypass Grafting (CABG) Treatment and Disease.** วันที่ค้นข้อมูล11 มิถุนายน 2556, เข้าถึงได้จาก http://www.thaidoctors.org/2012/08/11/cabg/.

สารชีวจิต. (2557). รู้จักเทคโนโลยีเยียวยา 'หัวใจ'. **นิตยสารชีวจิต,** 375.

สุขจันทร์ พงษ์ประไพ. (2545). **ควรปฏิบัติตัวอย่างไรหลังทำผ่าตัดบายพาสเส้นเลือดหัวใจ.** วันที่ค้นข้อมูล 1 มิถุนายน2557, เข้าถึงได้จาก http://www.vichaiyut.co.th/jul/21_01-2545/21_01_2545_p70_72.

Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman L.F., Kawachi, I., editors. **Social Epidemiology.** New York: Oxford University Press; 2000. pp. 137–173.

Brownrigg, V., Walicek, S. H., & Ignatavicius, D. D. (2010). **Care of patients with acute coronary syndromes.** Louis, Missouri: Saunders Elsevier.

Dangas, M. S., & Kuepper, F. (2002). Restenosis: Repeat narrowing of acoronary, Prevention and treatment. **Circulation, 105**, 2586-2587.

Dodd,M.,et al.(2001). Advancing the science and symptom. **Journal of Advance Nursing, 33**(5), 668- 676.

Dorn, J., Nanghrom, J., & Tmanura, D., et al. (2001). Correlates of compliance in a randomized exercise trial. **Sports & Exercise, 33**, 1081-1089.

Hlatky, M.N., Boineau, R.E., Higginbotham, M.B., Lee, K.L., Mark, D.B., Calliff, R.M., Cobb, F.R., and Pryor, D.B. (1989).A brief self-administered questionnaire to determine functional capacity (The Duke Activity Status Index). **American Journal of Cardiology, 64**(10), 651-654.

Hirschhorn, A.D., Richards, D., Mungovan, S.F., Morris, N.R., & Adams, L. (2008). Supervised moderate intensity exercise improves distance walked at hospital discharge following coronary artery bypass graft surgery: A randomized controlled trial. **Heart, Lung and circulation, 17**, 129-138.

LaPier, T. K., Cleary , K., & Kidd , J. (2009). Exercise self-efficacy, habitual physical activity, and fear of falling in patients with coronary heart disease. **Cardiopulmonary Physical Therapy Journal Cardiopulmonary Rehabilitation, 20**(4), 5-11.

Markou, A. L. P., Lasten, P.J. P., & Noyez, L. (2007). Physical activity post myocardial revascularization. "Will surgery improve my mobility?". **Journal of Cardiovascular Surgery, 48**(2), 201-206.

McCormick,K.M.,& Naimark,B,J. (2002). A concept analysis of uncertainty in illness. **Journal of Nursing Scholarship, 34**(2), 127–131.

Menz, H. B., Lord, S. R., & Fitzpatrick, R. C. (2007). A structural equation model relating impaired sensorimotor function, fear of falling and gait patterns in older people. **Gait and Posture, 25**, 243-249.

Moore,S.M.,Dolansky,M.A.,Ruland,C.M.,Pashkow,F.J. & Blackburn,G.G. (2003). Predictors of woman's exercise maintenance after cardiac rehabilitation. **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation, 23**, 40-49.

Nery, R. M., Barbisan, J. N., & Ismail, B. M. (2007). Influence of the practice physical activity in the coronary artery bypass graft surgery results. **Journal of Cardiovascular Surgery, 22**(3), 297-302.

Oates, H. B. (1993). Non pharmacologic pain control for the CABG patient. **Dimensions of Critical Care Nursing, 12**(6), 296-304.

Pender, N. J. (2006). **Health Promotion in Nursing Practice.** 5th (Ed). New Jersey: Prentice-Hall.

Reid, R. D., Morrin, L. L., & Pipe, A. L. (2006). Determine of physical activity after hospitalization for coronary artery disease. The tracking exercise after hospitalization study. **European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation**: Official Journal of Cardiovascular European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Journal of Cardiovascular Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology, **13**, 529-537.

Scimath. (2007). **Coronary artery bypass graft surgery.** Retrieved October 7, 2013, from http://www.scimath.org/index.php/biologyarticle/item/333--cabg.

Singh, M., Rhhal, C.S., Roger, V.L., Lennon, R.J., Spertus, J., Jahangir,A., & Holmes,D.R. (2008). Comobid condition and outcomes after percutaneous coronary intervention. **Heart, 94**, 1424-1428.

Tazbir, J., & Keresztes, P. A. (2005). **Management of clients with function cardiac disorder.** St.Louis: Elsevier.

Tudor, L. C., Bassett, D. R., & Swartz, A. M. (2004). A preliminary study of one year of pedometer self-monitoring. **Annals of Behavioral Medicine, 28**(3), 158-162.

Wanitkun, N. (2003). **Validation of questionnaires for exercise research among thai middle-ages and older adults with coronary artery disease.** University School of Nursing, Oregon Health and Science.

WHO. (2006). **Evidence for action Copenhagen:Physical activity and health in Europe: Reginal office for Europe.** Retrieved August 10, 2012, from http://www.eoro.who.int.

World Heart Federation. (2012). **Awareness World Heart Day.** Retrieved August 10, 2012, from http://www.world-heart-federation.org/what-we-do/awareness/.