ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2559
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH PATIENTS' NEED IN PREOPERATIVE PHASE OF CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY

Miss Patcharaporn Yodphet

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 2016
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
โดย	นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิศสมัย อรทัย)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

พชรพร ยอดเพ็ชร : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH PATIENTS' NEED IN PREOPERATIVE PHASE OF CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ, 154 หน้า.

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ เพศ ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 18-59 ปี ที่รอผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 123 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความต้องการของผู้ป่วย ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ก่อนผ่าตัด และการสนับสนุนทางสังคม ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามเท่ากับ 0.95, 0.97, 0.86, 0.88 และ 0.95 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88, 0.84, 0.76, 0.92 และ 0.76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติที และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความต้องการโดยรวมของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 114.7, SD = 13.04) พิจารณารายด้านพบว่า คะแนนความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Mean = 48.22, SD = 6.45) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านร่างกาย (Mean = 21.29, SD = 2.82) ด้านอารมณ์ (Mean = 21.40, SD = 2.97) และด้านจิตวิญญาณ (Mean = 23.78 , SD = 3.62) อยู่ในระดับมาก

2. เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยเพศชายและเพศหญิงมีความต้องการโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= -.491, p = .625)

3. ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ภาพลักษณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .366, r = .447 และ r = .464 ตามลำดับ)

4. การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2559 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

5777177236 : MAJOR NURSING SCIENCE
KEYWORDS: CORRELATION / CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT / CORRELATION/PATIENT'S NEED/ CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT

PATCHARAPORN YODPHET: SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH PATIENTS' NEED IN PREOPERATIVE PHASE OF CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY. ADVISOR: ASST. PROF. NORALUK UA-KIT, Ph.D., 154 pp.

The purposes of this correlational research were to examine patients' need in preoperative phase of coronary artery bypass graft and the relationships of gender, anxiety, perceived severity, perceived body image and social support. One hundred and twenty-three patients with the diagnosis of coronary artery disease (males and females) aged between 18 and 59 years waiting for coronary artery bypass graft surgery were recruited from Ramathibodi Hospital, King Chulalongkorn Memorial Hospital and Rajvithee Hospital with a multistage sampling technique. Questionnaires were composed of demographic information, patients' needs, anxiety, perceived severity, perceived body image and social support with 5 experts' validation. The content validity indexes of all tools were 0.95, 0.97, 0.86, 0.88 and 0.95 respectively. The reliabilities of all tools were 0.88, 0.84, 0.76, 0.92 and 0.76 respectively. Descriptive statistics, Independent t-test and Pearson' s product moment correlation coefficients were used to analyze the data. Results showed as the followings:

1. The overall patients' need score in preoperative phase of coronary artery bypass graft was at a medium level (Mean = 114.7, SD = 13.04). When considering in each aspect, information need score was at a medium level (Mean = 48.22, SD = 6.45), physiological need score (Mean = 21.40, SD = 2.97), emotional need score (Mean = 21.40, SD = 2.97) and spiritual need score (Mean = 23.78, SD = 3.62) were at a high level.

2. There was no relationship between gender and patients' need in preoperative phase of coronary artery bypass graft. The overall patients' needs of male and female was no different ($t = -.491$, $p = .625$).

3. Anxiety, perceived severity, perceived body image were positively related to patients' need in preoperative phase of coronary artery bypass graft at the significance level of .05 ($r = .366$, $r = .447$ and $r = .464$ respectively).

4. There was no relationship between social support and patients' need in preoperative phase of coronary artery bypass graft.

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

Academic Year: 2016 Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะข้อคิดเห็นตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่มาโดยตลอดในระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิสมัย อรทัย กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์มีความชัดเจนและสมบูรณ์มากขึ้น

กราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิอีกทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและเสนอแนะ เพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้เหมาะสมกับงานวิจัยนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รามาธิบดีและราชวิถี ที่ให้คำแนะนำ อำนวยความสะดวกช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย และที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รอรับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจทุกท่าน ที่ให้ความกรุณา เสียสละเวลาให้ความร่วมมือเป็นอย่างดียิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ขอขอบคุณโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ได้มอบทุนสนับสนุนการศึกษา และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้ และหัวหน้าพยาบาล ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าห้องผ่าตัด พี่ๆ เพื่อนๆและน้องๆห้องผ่าตัด สก 5 ที่สนับสนุน ให้ความเอื้ออำนวย ช่วยเหลือ ในการศึกษาครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ ลีลาจรัส ที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องในการใช้ภาษาอังกฤษของบทคัดย่อในวิทยานิพนธ์ และวารสารการวิจัย รวมทั้งขอบคุณผู้ช่วยวิจัยที่คอยช่วยเหลือประสานงาน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลรามาธิบดีและราชวิถี จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ตั้งไว้

ท้ายที่สุด ขอบคุณทุกคนในครอบครัว ที่ให้ความรัก ความห่วงใยและเป็นแรงสนับสนุนที่ดียิ่งแก่ผู้วิจัย และเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในความสำเร็จครั้งนี้ และขอคุณความดีและประโยชน์ใดๆที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี ครู-อาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญภาพ ..... ญ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์การวิจัย 7

คำถามการวิจัย 8

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย 8

สมมติฐานการวิจัย 10

ขอบเขตการวิจัย 10

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 10

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 12

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 13

1. โรคหลอดเลือดหัวใจและการรักษา 14

2. ความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 21

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 35

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 43

5. กรอบแนวคิดการวิจัย 48

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย 49

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หน้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 49
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 56
การเก็บรวบรวมข้อมูล 58
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง 60
การวิเคราะห์ข้อมูล 61
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 62
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 69
สรุปผลการวิจัย 70
อภิปรายผลการวิจัย 71
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ 78
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป 78
รายการอ้างอิง 79
ภาคผนวก 92
ภาคผนวก ก ประกาศอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์ของผู้วิจัย 93
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 95
ภาคผนวก ค จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย จดหมายขอทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และจดหมายขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย 97
ภาคผนวก ง เอกสารการพิจารณาจริยธรรม และเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 115
ภาคผนวก จ การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามและตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม 134
ภาคผนวก ฉ หนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความในวารสารงานวิจัย 152
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 154

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่เข้ารับการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของแต่ละโรงพยาบาล และสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ (n = 123) 51

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) 57

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากการทดลองใช้ 30 คน (n=30) 58

ตารางที่ 4 ระยะเวลาในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย 60

ตารางที่ 5 เกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 61

ตารางที่ 6 จำนวนร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอผ่าตัด และระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัด (n=123) 63

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผลของกลุ่มตัวอย่าง (n=123) 65

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผลของความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง (n=123) 66

ตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความต้องการโดยรวม ของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยจำแนกตามเพศ 67

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง (n=123) 68

.

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย 48

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) เป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของประชากรโลก องค์การอนามัยโลก (WHO, 2012) รายงานว่าโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตสูงขึ้นถึง 17.3 ล้านคนต่อปี และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้เพิ่มขึ้น 23 ล้านคนทั่วโลก (World Heart Federation, 2014) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวนถึง 15.4 ล้านคน และมีอัตราการตาย 113.6 คนต่อประชากรแสนคน (Leeper, Cyr, Lambert, & Martin, 2011; American Heart Association, 2014) ส่วนสถิติในประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2554 – 2556 พบว่าอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ต่อประชากร 100,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี พ.ศ.2556 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 54,530 คน เฉลี่ยเสียชีวิตวันละ 150 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 6 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) และจากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ทั้งในโรงพยาบาลของรัฐบาล และโรงพยาบาลเอกชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 –2558 พบว่ามีจำนวนดังนี้ 4,917, 5,313, และ 5,159 คน ตามลำดับ และสำหรับโรงพยาบาลต่างๆ มากกว่า 25 แห่ง ทั่วประเทศ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมากกว่า 2,000 คนต่อปี (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2015) ซึ่งแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ ในปัจจุบันมี 3 วิธีหลักๆ (Woods, 2010) ได้แก่ การรักษาด้วยยา การใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหรือใส่โครงขดลวด และการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหรือการทำบายพาส (Coronary Artery Bypass Graft : CABG)

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคที่เกิดขึ้นจากความเสื่อมและการตีบแข็งของหลอดเลือดโคโรนารี เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองการรักษาด้วยยา แพทย์จะพิจารณาการรักษาด้วยการทำผ่าตัด ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมมากที่สุด (ปุณณฤกษ์ ทองเจริญ และพันธ์ศักดิ์ ลักษณะบุญส่ง, 2550) การทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นการผ่าตัดเพื่อนำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น ลดอาการเจ็บแน่นหน้าอก ป้องกันกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ดีไม่ให้มีการสูญเสียมากขึ้น ลดอัตราเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และภาวะหัวใจวายเฉียบพลันลง (สุชาติ ไชยโรจน์, 2553) โดยมีเป้าหมายหลักคือป้องกันการเสียชีวิตกะทันหัน (Sudden death) ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (Tazbir & Kereztes, 2005; South, 2011)

การรักษาด้วยการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นการกระทำต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย (อรสา ภูพุฒิ, 2551) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยด้านร่างกายพบว่าการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลานาน ทำให้มีการสูญเสียเลือดมาก (Smelter, Bare, Hinkle, & Bare, 2008; Timby & Smith, 2003) รวมถึงต้องได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย อีกทั้งขณะผ่าตัดต้องมีการนำเลือดในร่างกายของผู้ป่วยมาไหลเวียนนอกร่างกายโดยการใช้เครื่องปอด-หัวใจเทียม มีการลดอุณหภูมิของร่างกายให้ต่ำลง ร่วมกับทำให้หัวใจหยุดเต้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดได้ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ปอดแฟบ การอักเสบติดเชื้อแผลผ่าตัด รวมทั้งเกิดอัมพาตจากการอุดตันของหลอดเลือดในสมอง (Bojar, 2005) ทำให้กระบวนการฟื้นตัวภายหลังการผ่าตัดล่าช้าออกไป ส่งผลให้เพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานกว่าปกติ (Lazar et al, 1995; Herlitz et al, 1997; Peterson et al, 2002 อ้างถึงใน พรนภา เฮงเจริญสุวรรณ, 2553) ส่วนด้านจิตใจพบว่าในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง (Stengrevics et al, 1996; Duits et al, 1998; Rymaszewska, Kiejna, & Hadrys, 2003; Wattier et al, 2011) ซึ่งความวิตกกังวลนั้นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ การพึ่งพาผู้อื่น การสูญเสียหน้าที่และการควบคุม การเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิต รวมทั้งกลัวความเจ็บปวด กลัวไม่ฟื้น และกลัวความตายที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด (Smelter, Bare, Hinkle, & Bare, 2008)

เมื่อใดก็ตามที่บุคคลมีความวิตกกังวลและความเครียดเกิดขึ้นย่อมมีความต้องการที่จะลดความวิตกกังวลและความเครียดลง โดยการแสวงหาข้อมูลซึ่งเป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่บุคคลนำมาใช้เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน (Lazarus & Cohen, 1983) อีกทั้งความวิตกกังวลนั้นยังส่งผลทางด้านจิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตึงเครียด เป็นทุกข์ นอนไม่หลับ ความสามารถในการคิดวิเคราะห์แก้ปัญหาลดลง (กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, พรพิมล มาศนรากรณ์, และสมพร ชินโนรส, 2552) ในระยะก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมักพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการด้านข้อมูลมากที่สุดในเรื่องของจิตใจ (Kattainen, Merilnen, & Jokelac. 2004) ซึ่งเป็นผลมาจากความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น จากการศึกษาของ Krannich et al. (2009) พบว่าในระยะ 2 วันก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยต้องการได้รับการสนับสนุนด้านการเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัด การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับการเตรียมความพร้อม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสมดุลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พร้อมที่จะเข้ารับการทำผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ฟื้นสภาพได้เร็ว สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

ดังนั้นเห็นได้ว่าการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจส่งผลกระทบกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องมีการประเมินความต้องการและเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด รวมถึงให้การดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย (AORN 1969 อ้างถึงใน สุภาพ อารีเอื้อ, 2541)

ความต้องการของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด เกิดขึ้นจากการได้รับการตอบสนองความต้องการที่ยังไม่ครอบคลุม และไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริง โดยพบว่าในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีความต้องการด้านข้อมูล เพื่อนำมาประเมินสถานการณ์การผ่าตัดที่กำลังจะเกิดขึ้นกับตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Mordiffi et al. (2003) พบว่าในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดจากพยาบาลไม่เพียงพอ ยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดมยาสลบสูงถึงร้อยละ 66.7 รองลงมาเป็นขั้นตอนการผ่าตัดร้อยละ 54.2 และมีการศึกษาในผู้ป่วยรอผ่าตัดหัวใจพบว่าผู้ป่วยต้องการได้รับข้อมูลและต้องการการสนับสนุนในด้านต่างๆ (Lindsay et al, 1997; Fleming et al, 2002) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุภาพรรณ นิตยสุภรณ์ (2556) พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจส่วนใหญ่มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 52.65 โดยข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับสูงคือเรื่องของโรคและการผ่าตัด การใช้ยา และการฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัด นอกจากความต้องการด้านข้อมูลแล้วยังพบว่าในระยะก่อนผ่าตัดหัวใจผู้ป่วยยังมีความต้องการทางด้านร่างกายและด้านสิ่งแวดล้อม โดยต้องการความปลอดภัยจากอุบัติเหตุระหว่างนอนรอเข้าห้องผ่าตัด และต้องการให้ร่างกายได้รับความอบอุ่นมากขึ้นขณะนอนรอเข้าห้องผ่าตัด (สุพรรณี หมื่นหัส, 2555) รวมทั้งต้องการให้บรรยากาศขณะรอเข้าห้องผ่าตัดมีความเงียบสงบ (นวพร จินใจ, 2551) ส่วนทางด้านจิตใจและด้านจิตวิญญาณ จากการศึกษาของ Mark, Lockhart, McMeekin, & Isles, (1997) พบว่าผู้ป่วยที่รอผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในช่วงที่ผู้ป่วยรอคอยการผ่าตัดจะมีความรู้สึกตึงเครียด ต้องการได้รับคำแนะนำอย่างนุ่มนวลเป็นกันเอง รวมทั้งต้องการได้รับกำลังใจและต้องการการสนับสนุนทางด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง (Lindsay et al,1997; ปรียาพร สมัครการ, 2557) ในระยะก่อนผ่าตัดยังพบอีกว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการคือการได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกัน การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อีกทั้งการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของทีมสุขภาพ รวมถึงต้องการได้รับการสนับสนุนทางด้านความเชื่อและศาสนา (Hallstrom & Elander, 2001; Shih et al, 2008; Davis et al, 2014)

ความต้องการเป็นความปรารถนาของมนุษย์ในสิ่งที่ต้องการและเป็นสิ่งที่มีอยู่ตามธรรมชาติ เกิดขึ้นได้เสมอ ซึ่งความต้องการของมนุษย์มีเป็นลำดับขั้นตามความจำเป็นหรือความสำคัญ เมื่อความต้องการขั้นแรกได้รับการตอบสนองมนุษย์จะเกิดความต้องการในลำดับขั้นต่อไปตามมา ความต้องการของบุคคลหากไม่สามารถผ่านขั้นแรกได้ บุคคลนั้นจะไม่สามารถพัฒนาหรือได้รับความต้องการในขั้น

สูงต่อไปได้ (Maslow, 1970) เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วย มีภาวะวิกฤติหรือมีความเครียดเกิดขึ้น จะส่งผลให้เกิดความต้องการตามมาโดยเฉพาะในเวลาที่มีภาวะคุกคามของชีวิตที่อาจก่อให้เกิดการสูญเสีย ย่อมมีความต้องการเกิดขึ้นเพื่อรักษาความสมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจของตนเอง (Yura & Walsh, 1983) ถ้าผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของตนเองแล้ว จะทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและพึงพอใจ (Potter & Perry, 2003) ส่งผลให้สามารถปรับตัวและเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ แต่เมื่อใดก็ตามที่บุคคลไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการที่เหมาะสม จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์ คับข้องใจ ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ (สมพร แจ้วจิรา, 2553) ซึ่งความต้องการของบุคคลมีความแตกต่างกันตาม อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา วุฒิภาวะ รวมถึงสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม (Dodge, 1969; Ellis & Nowlis, 1994) เมื่อใดก็ตามที่บุคคลมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจนต้องเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัดนั้นถือเป็นภาวะเจ็บป่วยกะทันหันที่มาคุกคามความมั่นคงทั้งด้านร่างกายและจิตใจของบุคคล (สมพร แจ้วจิรา, 2553) ทำให้บุคคลนั้นเกิดความต้องการขึ้นมา และจะแสวงหาแนวทางตอบสนองความต้องการเพื่อที่จะรักษาความสมดุลของตนเอง

สรุปได้ว่า ความต้องการเป็นความปรารถนาของบุคคลที่จะให้ชีวิตมีความสมดุลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ถ้าความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวและไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข และเมื่อใดที่บุคคลมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นย่อมมีความต้องการมากขึ้นกว่าบุคคลปกติทั่วไป การเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงจนต้องเข้ารับการผ่าตัดใหญ่ เป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มาคุกคามต่อชีวิต (สมพร แจ้วจิรา, 2553) ถือเป็นภาวะวิกฤติของบุคคลทั้งด้านร่างกาย (physiological crisis) และด้านจิตใจ (psychological crisis) (Aquilera, 1989)

แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการมีหลายแนวคิด ในงานวิจัยนี้ได้เลือกแนวคิดความต้องการของ Gaglione (1984) มาเป็นกรอบในการศึกษา ซึ่งแนวคิดความต้องการของ Gaglione (1984) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการด้านอารมณ์ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นแนวคิดความต้องการที่สามารถตอบสนองต่อปัจจัยที่ทำให้เกิดความสมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตได้ ไม่ว่าบุคคลนั้นจะเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหรือเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจถือเป็นภาวะวิกฤตในชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นแนวคิดนี้จึงมีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งพยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยให้การพยาบาลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสมดุลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัว พร้อมเผชิญกับการสถานการณ์การผ่าตัดที่กำลังจะเกิดขึ้นได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดตามแนวคิดความต้องการของ Gaglione (1984) สามารถแบ่งความต้องการได้ 4 ประเภท ดังนี้

1) ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Information needs) เป็นความต้องการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับโรค อาการ วิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวขณะเข้ารักษาในโรงพยาบาลหรือเมื่อกลับบ้าน จากการศึกษาของศรีประภา จันทร์มีศรี (2551) พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะก่อนผ่าตัดมีความต้องการข้อมูลในระยะก่อนผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การผ่าตัดและการรักษา (งามพิศ ธนะไพศาล และคณะ, 2550; เอื้องพร พิทักษ์สังข์, 2553; Fleming et al, 2002; Samsudin, 2005; Davis et al, 2014)

2) ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตรวมถึงความต้องการด้านความสะดวกสบาย ความอบอุ่น ความปลอดภัย และความสงบ จากการศึกษาของ นวพร จินใจ (2551) พบว่าผู้ป่วยที่รอผ่าตัดใหญ่มีความต้องการด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง และจากการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจขณะรอผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการด้านร่างกายมากที่สุดคือด้านความปลอดภัย (สุพรรณี หมื่นหัส, 2555)

3) ความต้องการด้านอารมณ์ (Emotional needs) เป็นความต้องการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ต้องการให้มีคนคอยพูดคุย ปลอบโยน และให้กำลังใจ ซึ่งในระยะก่อนผ่าตัดหัวใจสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือการได้รับคำแนะนำและให้กำลังใจ (Mark, Lockhart, McMeekin, & Isley, 1997; Wesson,1997) จากการศึกษาของ ปรียาพร สมัครการ (2557) พบว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดใหญ่มีความต้องการด้านอารมณ์จากการเยี่ยมก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณี หมื่นหัส (2555) พบว่าผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจขณะรอผ่าตัด มีความต้องการด้านจิตสังคมอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน

4) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual needs) เป็นความเชื่อ ความหวัง สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ รวมถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จากการศึกษาของ Davis et al. (2014) พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้องการได้รับการรักษาด้วยการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมทั้งต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการรักษา (Clark, 2003) และจากการศึกษาของ Shih et al. (2008) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจต้องการได้รับการสนับสนุนด้านด้านศาสนาและความเชื่อมั่นเกี่ยวกับภาพลักษณ์

เห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาล ย่อมมีความต้องการที่จะได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและเหมาะสม ตรงกับความต้องการที่แท้จริงมากที่สุด หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการให้การพยาบาลจำเป็นต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ

Chulalongkorn University

การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด (Perioperative period) หมายถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดรวมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative phase) ขณะผ่าตัด (Intraoperative phase) และหลังการผ่าตัด (Postoperative phase) (Phillips, 2004) ซึ่งบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด สามารถแบ่งเป็น 3 ระยะ (ศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติ์ตระกูล และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, 2558; Smeltzer et al, 2008) ได้แก่ 1) ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative phase) เป็นการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะเข้ารับการผ่าตัด จนกระทั่งถึงเมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งไปยังห้องผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญคือ การไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อประเมินความต้องการและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ทราบปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละราย สามารถนำข้อมูลมาวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม 2) ระยะขณะผ่าตัด (Intraoperative phase) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการย้ายเข้าห้องผ่าตัดจนถึงเสร็จสิ้นการผ่าตัดและถูกย้ายไปยังห้องพักฟื้นหรือหอผู้ป่วยวิกฤติ ซึ่งในระยะนี้พยาบาลมีบทบาทสำคัญ 2 ประการ (เรณู อาจสาลี, 2553) ได้แก่ บทบาทของพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด และบทบาทของพยาบาลช่วยทั่วไป บทบาทหลักที่สำคัญคือการป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะผ่าตัดและช่วยให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น และ3) ระยะหลังผ่าตัด (Postoperative phase) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการย้ายจากห้องผ่าตัดเข้าไปอยู่ในห้องพักฟื้นหรือหอผู้ป่วยวิกฤติ จนกระทั่งผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ หลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม และสามารถกลับเข้าไปสู่ชีวิตปกติได้ ซึ่งบทบาทของพยาบาลในระยะนี้เป็นบทบาทอิสระและเป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับคำสั่งของแพทย์ การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและได้รับการดูแลอย่างมีระบบ โดยมีเป้าหมายคือผู้ป่วยฟื้นสภาพภายหลังการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (สุภาพ อารีเอื้อ, 2541; ช่อลดา พันธุเสนา, 2542; ประณีต ส่งวัฒนา, 2544)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะในระยะ 24 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด เนื่องจากเป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องเข้ามารับการเตรียมความพร้อมเพื่อรอทำผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก อีกทั้งในระยะ 24 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดต้องให้การพยาบาลแบบเชิงรุก โดยการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด รวมถึงให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ซึ่งจะช่วยป้องกันความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้เข้าใจ และตัดสินใจประเมินสถานการณ์การผ่าตัดเกี่ยวกับตนเองได้ รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านจิตใจกับผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นใจ มั่นใจ สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ผ่าตัดที่กำลังจะเกิดขึ้นได้

เห็นได้ว่าความต้องการของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดมีความแตกต่างกัน พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการพยาบาลกับผู้ป่วยในทุกระยะของการผ่าตัดและต้องเป็นผู้ที่เชื่อมโยงการดูแลทุกด้านเข้าด้วยกัน (มยุเรศ ลีลาวรวุฒิ และ ฮอเดียะ บิลยะลา, 2549) มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง โดยต้องยึดปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ (กันยา ออประเสริฐ, 2542) ซึ่งการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพจะต้องเป็นการพยาบาลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย (Williams, 1998) อีกทั้งพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นอีกหนึ่งบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยผ่าตัด มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและต้องมีการประเมินความต้องการ เพื่อวางแผนให้การดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถผ่านประสบการณ์การผ่าตัดได้อย่างมั่นใจ ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แต่การให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในแต่ละรายอาจไม่ครอบคลุมและไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีความต้องการและมีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับความต้องการในแต่ละด้านที่แตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาความต้องการของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไปในระยะหลังผ่าตัด การศึกษาผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดพบค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการโดยรวมอีกทั้งปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับความต้องการโดยรวมของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความต้องการโดยรวมและปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เพื่อนำผลการศึกษาซึ่งเป็นองค์ความรู้ใหม่มาเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่หอผ่าตัดศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตรงกับความต้องการที่แท้จริงมากที่สุด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถผ่านประสบการณ์การผ่าตัดได้อย่างมั่นใจ ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ เพศ ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม

คำถามการวิจัย

1. ความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นอย่างไร

2. เพศ ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยประยุกต์แนวคิดความต้องการของ Gaglione (1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เนื่องจากเป็นแนวคิดที่สามารถตอบสนองต่อปัจจัยที่ทำให้เกิดความสมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยในระยะก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้ อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องแบบครบองค์รวม และมีการบูรณาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกัน ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการตอบสนองความต้องการจากพยาบาลในห้องผ่าตัดโดยเฉพาะในระยะก่อนผ่าตัด Gaglione (1984) ได้กล่าวเกี่ยวกับความต้องการว่า เป็นความประสงค์ของบุคคลที่อยู่ในภาวะวิกฤตจะได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ ส่งผลให้คงไว้ซึ่งความสมดุลของบุคคลนั้นๆ จากแนวคิดดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด มีดังนี้

เพศ เป็นสิ่งที่แสดงถึงความแตกต่างทางสรีระและพัฒนาการทางบุคลิกภาพด้านร่างกายของบุคคล เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลทำให้บุคคลมีความต้องการที่แตกต่างกัน สุภาพรรณ นิตยสุภาภรณ์ (2557) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (χ^2 = 20.97, p <. 001) โดยเพศหญิงมีความต้องการข้อมูลมากกว่าเพศชาย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ เพศอาจมีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น เป็นทุกข์ ไม่สบายใจ เกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุกคามหรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง (Spielberger, 1976) ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมักเกิดความวิตกกังวลสูง ซึ่งเมื่อเกิดความวิตกกังวลสูง ย่อมมีความต้องการที่จะบรรเทาหรือลดความวิตกลง ส่งผลให้เกิดความต้องการตามมา เสงี่ยม ช่วยนุ้ยและชวนพิศ มีสวัสดิ์ (2543) ศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่าความวิตกกังวลมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด (r = .145, p <. 05) และจากการศึกษาของสุภาพรรณ นิตยสุภาภรณ์ (2557) ในกลุ่มผู้ป่วยรอผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่าความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด (r = .213, p <. 001) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ความวิตกกังวลอาจมีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นการรับรู้ในความเชื่อหรือความนึกคิดของบุคคลที่ประเมินความรุนแรงของโรค หรือผลกระทบจากการเกิดโรค ซึ่งพิจารณาจากผลที่จะเกิดตามมา ครอบคลุมถึงการเสียชีวิต การลดการทำหน้าที่ ความพิการ ความทุกข์ทรมาน ตลอดจนผลกระทบต่อการทำงาน ชีวิตในครอบครัวและชีวิตในสังคม (Becker,1974 อ้างถึงใน นรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2553) ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวในระยะก่อน ขณะ และหลังการผ่าตัด ซึ่งรวมถึงความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด จุรีรัตน์ รักวิธรรม (2543) ศึกษาความต้องการการพยาบาลที่ได้รับของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการพยาบาลโดยรวม (r = 0.21, p < .05) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้การรับรู้ความรุนแรงของโรคอาจมีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การรับรู้ภาพลักษณ์ เป็นการรับรู้อารมณ์ ความรู้สึก หรือการรู้คิดเกี่ยวกับร่างกาย และพฤติกรรมการแสดงออกทางด้านร่างกายของบุคคล (Hopwood et al, 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาพลักษณ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบแต่เพียงการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ให้เคมีบำบัด ฉายแสง/รังสี ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งถือเป็นภาวะวิกฤตที่เข้ามาในชีวิตที่ไม่ได้มีการคาดคิดล่วงหน้า (Saturation crisis) (Aguilera, 1989) เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และจากการศึกษาของ Schmid-buchi et al. (2013) พบว่าภาพลักษณ์มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (β = 1.025, p < .001) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้ภาพลักษณ์อาจมีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การสนับสนุนด้านสังคม เป็นการรับรู้ความช่วยเหลือหรือการได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ จากแหล่งประโยชน์ จากครอบครัว ญาติ เพื่อน และบุคลลากรทางด้านสุขภาพ (Schaefer et al, 1981) ในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอผ่าตัด ผู้ป่วยมีความรู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล กลัวการผ่าตัด (Katzen, 2002) การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลรอบข้างจะช่วยตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่า สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับ

ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบแต่เพียงการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ให้เคมีบำบัด ฉายแสง/รังสี ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งถือเป็นภาวะวิกฤตที่เข้ามาในชีวิตที่ไม่ได้มีการคาดคิดล่วงหน้ามาก่อน (Saturation crisis) (Aguilera, 1989) เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและจากการศึกษาของ Schmid-buchi et al. (2013) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ให้เคมีบำบัด ฉายแสง/รังสี พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ (β = 0.978, p < .001) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมอาจมีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จากแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2. ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และหาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง โดยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่รอทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลสังกัดของรัฐ ระดับตติยภูมิขั้นสูง (super tertiary care) เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่รอทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก โรงพยาบาลสังกัดของรัฐ ระดับตติยภูมิขั้นสูง เขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปรที่ศึกษา

คือ เพศ ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ การสนับสนุนทางสังคม และความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความปรารถนาหรือความประสงค์ของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระยะ 24 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด

(Preoperative phase) มี 4 ด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านข้อมูล ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ ประเมินโดยแบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วย ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความต้องการของ ปรียาพร สมัครการ (2556) พัฒนามาจากแนวคิดความต้องการของ Gaglione (1984) จำนวน 33 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ

เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงความเป็นเพศชาย/หญิง โดยเพศของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ แบ่งเป็นเพศชายและหญิง

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ หวาดหวั่น กลัว กังวล ไม่สบายใจของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีต่อการผ่าตัดที่มาคุกคามชีวิต ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายกับตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน รายได้ ครอบครัว และแบบแผนการดำเนินชีวิตภายหลังการผ่าตัด ประเมินโดยแบบสอบถามความวิตกกังวล ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของ สุภาพรรณ นิตยสุภาภรณ์ (2557) จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึก นึกคิด และความเข้าใจของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยหรือการผ่าตัด รวมถึงความรุนแรง ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด ครอบคลุมถึงทั้งการเสียชีวิต การลดการทำหน้าที่ ความพิการ ความทุกข์ทรมาน ประเมินโดยแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Becker (1974) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ

การรับรู้ภาพลักษณ์ หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึก นึกคิดของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่มีต่อรูปร่างลักษณะภายนอกของร่างกายตนเองเมื่อต้องมีแผลผ่าตัดเกิดขึ้นที่บริเวณหน้าอก แขนหรือขา ทำให้มีรูปลักษณ์ที่เปลี่ยนไปจากเดิม เกิดความรู้สึกกังวลใจ ไม่มั่นใจและไม่พึงพอใจ อาจทำให้ตนเองได้รับความสนใจจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลรอบข้างลดลง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการแสดงออกที่เปลี่ยนไป ประเมินโดยแบบสอบถามการรับรู้ภาพลักษณ์ก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการประเมินภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมของ เบญจรัตน์ ชีวพูนผล (2547) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินภาพลักษณ์ของ Hopwood et al. (2001) จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความห่วงใย ความสนใจ เอาใจใส่ รวมถึงได้รับกำลังใจ พูดคุยระบายความรู้สึก และได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ กิจวัตรประจำวัน และการอำนวยความสะดวกต่างๆ จากครอบครัว ญาติ เพื่อนและบุคลากรทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ประเมินโดยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤติของ วิไลรัตน์ ชัยนนถี (2549)

พัฒนามาจาก Social support questionnaire ของ Schaefer et al. (1981) จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล ในการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มโรคอื่นๆ อีกทั้งยังสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดหัวใจ
    - 1.1 อุบัติการณ์ของโรค
    - 1.2 ความหมาย
    - 1.3 พยาธิสภาพ
    - 1.4 แนวทางการรักษา
    - 1.5 การทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
        - 1.5.1 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด
        - 1.5.2 ข้อห้ามในการผ่าตัด
        - 1.5.3 ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบจากการผ่าตัด
2. ความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
    - 2.1 ความหมายและประเภทของความต้องการ
    - 2.2 สาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการ
    - 2.3 การประเมินความต้องการ
    - 2.4 ความต้องการของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด
    - 2.5 บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในระยะก่อนผ่าตัด
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1. โรคหลอดเลือดหัวใจและการรักษา

1.1 อุบัติการณ์ของโรค

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของประชากรโลก องค์การอนามัยโลก (WHO, 2012) รายงานว่าโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตสูงขึ้นถึง 17.3 ล้านคนต่อปี และคาดว่าในปี พ.ศ.2573 (ค.ศ.2030) จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้เพิ่มขึ้น 23 ล้านคนทั่วโลก (World Heart Federation, 2014) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวนถึง 15.4 ล้านคน และมีอัตราการตาย 113.6 คนต่อประชากรแสนคน (Leeper, Cyr, Lambert, & Martin, 2011; American Heart Association, 2014) ส่วนสถิติในประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2554 – 2556 พบว่าอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากร 100,000 คน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี พ.ศ. 2556 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 54,530 คน เฉลี่ยเสียชีวิตวันละ150 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 6 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ทั้งในโรงพยาบาลของรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2556 –2558 พบว่ามีจำนวนดังนี้ 4,917, 5,313 และ 5,159 คนตามลำดับ และสำหรับโรงพยาบาลต่างๆมากกว่า 25 แห่งทั่วประเทศ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมากกว่า 2,000 คนต่อปี (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2015)

1.2 ความหมาย

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease) เป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีมีความผิดปกติ เกิดการตีบแคบหรืออุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการ ส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial ischemia) หรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Canobbio, 1990 ; Quinn et al, 2002 ; กำธร ธรรมประเสริฐ, 2543) ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากกระบวนการเสื่อมของหลอดเลือด (Atherosclerosis) ทำให้เซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจมีการเปลี่ยนแปลงและตายในที่สุด ส่งผลต่อระบบการทำงานหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ (Cardiac dysrhythmia) เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) ความรุนแรงขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่มีการอุดตัน และการมีหรือไม่มีเส้นเลือดมาเลี้ยงชดเชย (Scruth & Haynes, 2010) บางรายอาจมีอาการรุนแรงนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ประมาณร้อยละ 60 พบว่าเสียชีวิตทันทีภายในหนึ่งชั่วโมงก่อนที่จะได้รับการรักษา (สุพจน์ ศรีมหาโชตะ และสมนพร บุณยะรัตเวชสองเมือง, 2552)

1.3 พยาธิสภาพ

โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 90 มีสาเหตุมาจากการหนาและแข็งตัวของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Luckman & Sorensen, 1993) ซึ่งการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งเป็นการเปลี่ยนแปลงของผนังบุชั้นในและชั้นกลางของหลอดเลือดแดงเป็นระยะเวลานาน ทำให้เซลล์ เยื่อบุชั้นในสร้างสารให้เม็ดเลือดขาวชนิดโมโนไซด์ (monocyte) หรือที-ลิมโฟไซด์ (T-lymphocyte) มาเกาะที่ผนังชั้นในต่อมามีการแทรกตัวผ่านเข้าไปสู่ชั้นใต้เยื่อบุ (Subendothelial cell) แล้วเปลี่ยนรูปกลายเป็นแมคโครฟาจ (macrophage) ขณะเดียวกันไขมันในกระแสเลือดกลุ่ม low density lipoprotine (LDL Cholesterol) จะซึมผ่านเข้าสู่ชั้นใต้เยื่อบุเกิดการรวมตัวกับออกซิเจนถูกแมคโครฟาจทำลายและเปลี่ยนรูปร่างเป็นเซลล์ขนาดใหญ่เรียกว่า (foam cell) นอกจากนี้แมคโครฟาจและเอ็นโดทีเลียมเซลล์ ยังปล่อยสารสำคัญที่มีผลกระตุ้นให้เกิดการแบ่งตัวของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบและไฟโบรบลาส (fibroblasts) เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งกระตุ้นให้เคลื่อนย้ายมาในชั้นใต้เยื่อบุกลายเป็นเนื้อเยื่อพังผืดหนา (fibrous plague) มีลักษณะเป็นก้อนไขมันสีเหลืองเทายื่นออกมาจากผนังชั้นในจนถึงผนังชั้นกลางของหลอดเลือดแดง เมื่อก้อนมีขนาดใหญ่ขึ้นจึงทำให้เกิดการปริแตก และมีเลือดออกพร้อมกับมีการจับตัวของเกร็ดเลือด ไฟบริน และเกิดลิ่มเลือดภายในหลอดเลือดแดง ต่อมามีหินปูนมาเกาะ (complicated lesion) ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดแดงเกิดการหนาตัวและแข็ง

1.4 แนวทางการรักษา

เป้าหมายของการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อย่างเพียงพอ วิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ปัจจุบันมี 3 วิธีหลักๆด้วยกัน

1.4.1 รักษาโดยใช้ยา เป็นการรักษาเพื่อแก้ไขความไม่สมดุลของความต้องการใช้ออกซิเจนกับปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ โดยลดความต้องการใช้ออกซิเจนลงและเพิ่มปริมาณการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ยาที่ใช้ในการรักษาที่สำคัญ ได้แก่ (สุพจน์ ศรีมหาโชตะและสมนพร บุณยะรัตเวชสองเมือง, 2552)

1) ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic agent) ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยทีมีภาวะหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่เป็น ST Elevation ยาที่นิยมได้แก่ สเตรปโตไคเนส (streptokinase) และทิชชูพลาสมิโนเจน แอคติเวเตอร์ (tissue plasminogen activator)

2) ยากลุ่มไนเตรต (Nitrate) มีผลต่อระบบหลอดเลือดดำมากกว่าหลอดเลือดแดง ทำให้กล้ามเนื้อของหลอดโลหิตคลายตัว ยาถูกดูดซึมได้เร็ว สามารถลดอาการเจ็บหน้าอกได้ภายใน 1-5 นาที ได้แก่ ยาไนโตรกลีเซอรีน (Nitroglycerine) ยาแก้ปวดมอร์ฟีน (Morphine) เป็นยาที่ใช้บรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งเป็นยาแก้ปวดที่มีการใช้มากที่สุด

3) ยากลุ่มต้านเบต้าอะดรีเนอจิค (Bata-adrenergic agent) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ในการลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความแรงในการบีบตัวของหัวใจ ทำให้หัวใจมีความต้องการออกซิเจนลดลงเป็นยาที่ได้ผลดีมากในการรักษาอาการเจ็บหน้าอก ได้แก่ ยาเบต้าลอค (Btaloc) และโพรพาโนลอล (Propanplol)

4) ยากลุ่มต้านแคลเซียมชาแนล (Calcium channel blocker) ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดแดง ทำให้ความดันโลหิต และความแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการใช้ออกซิเจนลดลง

5) ยากลุ่มยับยั้งแองจิโอเทนซิน-คอนเวอติ้งเอนไซค์ (Angiotensin converting enzyme inhibitor) ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือด ลดอัตราการเกิดภาวะหัวใจวายตายซ้ำ (reinfarction) และลดการเกิดคราบไขมันแตก (plague rupture) ได้แก่ ยาแคบโตพริล (captopril) และอีลานาพริล (elanapril)

1.4.2 การรักษาด้วยการสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านผิวหนัง (Percutaneous Coronary Intervention [PCI]) เป็นการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ผ่านเข้าทางหลอดเลือดแดงโคโรนารี พิจารณาทำในรายที่เป็น myocardial infarction, unstable angina ที่มีการอุดตันในผนังหลอดเลือดโคโรนารี มากกว่าร้อยละ70 ซึ่งมีวิธีการได้แก่

1) การใช้บอลลูน (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty [PTCA]) เป็นการขยายหลอดเลือดที่อุดกั้น โดยใช้ความดันในลูกโป่งเบียดกระแทกคราบไขมันแตก และดันผนังหลอดเลือดชั้น media และ adventitia ขยายออก ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น มีข้อเสียคืออาจเกิดการตีบตันใหม่ 35-40 % (อภิชาต สุคนธสรรพ์, 2543)

2) การขยายหลอดเลือดด้วยการใส่โครงขดลวด (coronary stent) คล้ายกับการขยายหลอดเลือดด้วยลูกโป่ง แต่ต่างกันตรงที่มีโครงตาข่ายฝังในหลอดเลือดแดงพบอัตราการตีบซ้ำได้ประมาณ ร้อยละ 17 (ธนวัฒน์ เบญจานุวัตตรา และอภิชาต สุคนธสรรพ์, 2543)

3) การตัดเอาคราบไขมันออก (atherectomy) เป็นการใช้หัวกรอเข้าไปตัดคราบไขมันหรือหินปูนที่ทำให้หลอดเลือดตีบตันออก (ธนวัฒน์ เบญจานุวัตตรา, 2553; Dirks, 2010)

1.4.3 การรักษาโดยการผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจ เป็นวิธีมาตรฐานในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ เป้าหมายของการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจคือ เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงหัวใจมากขึ้น บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย คงสภาพการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย เพิ่มความคงทนในการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย รวมทั้งพัฒนาคุณภาพชีวิตทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นกว่าเดิม (วีรชัย นาวารวงศ์, 2543; ปีนัชนี ชาติบุรุษ, 2546;

Kinney et al, 1993; Aupart et al, 2003) อีกทั้งยังเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง ได้ผลดี และลดอัตราการเกิด sudden cardiac death (Tazbir & Kereztes, 2005)

1.5 การทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นการผ่าตัดใหญ่ ศัลยแพทย์จะทำการเปิดแผลตรงกลางหน้าอก (median sternotomy) โดยนำหลอดเลือดจากส่วนอื่นของร่างกาย มาปลูกถ่ายแทนหลอดเลือดที่มีการตีบตัน เช่น นำหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงเต้านม (internal mammary artery) ด้านในต่อเข้ากับ anterior descending artery และหลอดเลือดดำจากบริเวณข้อเท้าหรือขา (saphenous vein) หรือหลอดเลือดแดงที่แขน (radial artery) นำมาทำทางเดินใหม่เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น ขณะผ่าตัดจะมีการนำเลือดออกมาไหลเวียนนอกร่างกายด้วยเครื่องปอด-หัวใจเทียม (Heart-Lung machine) และจำเป็นต้องใช้เทคนิคต่างๆ ร่วมด้วย เช่น การทำให้เลือดเจือจาง (Hemodilution) การให้ยาเพื่อลดการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) รวมทั้งการลดอุณหภูมิของร่างกายให้ต่ำลง (Hypothermia) เพื่อลดการใช้พลังงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ร่วมกับการให้สารละลายเพื่อทำให้หัวใจหยุดเต้น (Cardioplegia solution) (อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์, 2543) เพื่อช่วยปกป้องกล้ามเนื้อหัวใจไม่ให้มีการสูญเสียมากขึ้น อีกทั้งการทำผ่าตัดจะช่วยลดอัตราการตายเฉียบพลันได้ดีกว่าการรักษาด้วยยา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการตีบตันของเส้นเลือดแดงโคโรนารีหลักด้านซ้าย (Califior, Giammaco, & Teodori, 1997) โดยศัลยแพทย์จะนำหลอดเลือดไปต่อเข้าระหว่างฐานของเอออร์ตาร์ (Aorta) กับส่วนปลายล่างของหลอดเลือดแดงที่มีการตีบตัน

การทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีหลายวิธี แบ่งออกเป็น 3 วิธี หลักๆ ได้แก่ (สุชาติ ไชยโรจน์, 2553; จรัญ สายะสถิตย์, 2555)

1) การผ่าตัดหัวใจแบบใช้เครื่อง ปอด-หัวใจเทียม (Conventional CABG หรือ On-pump CABG) ร่วมกับการทำให้หัวใจหยุดเต้นขณะผ่าตัด (arrested heart) เป็นเทคนิคการผ่าตัดที่เป็นมาตรฐานในรักษา และเป็นวิธีที่ศัลยแพทย์ส่วนใหญ่นิยม เพราะวิธีนี้ทำให้ศัลยแพทย์สามารถเย็บต่อเส้นเลือดได้อย่าง ชัดเจน แม่นยำ แต่มีข้อเสียคือ เสี่ยงต่อการเกิด cerebral embolism ได้

2) การผ่าตัดหัวใจแบบใช้เครื่อง ปอด-หัวใจเทียม (On-pump) แต่ไม่มีการหยุดการทำงานของหัวใจ หัวใจยังคงมีการเต้นตามปกติขณะผ่าตัด (beating heart) เป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงกว่าปกติ และไม่สามารถทำการผ่าตัดแบบ OPCAB ได้

3) การผ่าตัดหัวใจแบบไม่ใช้เครื่อง ปอด-หัวใจเทียม (Off pump CABG [OPCAB]) เป็นการผ่าตัดขณะที่หัวใจยังเต้นตามปกติ แต่ศัลยแพทย์จะใช้อุปกรณ์ที่เรียกว่า stabilizer ช่วยยึดเกาะบริเวณเส้นเลือดที่ต้องการเย็บ เพื่อให้ศัลยแพทย์สามารถเย็บได้ง่ายขึ้น วิธีนี้สามารถหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่อง ปอด-หัวเทียม และลดความเสี่ยงต่อการเกิด stroke

การทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีการพิจารณาใช้เส้นเลือด (conduit) โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท (Woods, 2010) ดังนี้

1. เส้นเลือดดำ (venous conduit) ส่วนใหญ่เลือกใช้ saphenous vein โดยเฉพาะ greater saphenous vein มีข้อดีคือ มีความยาวมาก มีขนาดใหญ่เหมาะสม เลาะง่าย มีข้อเสียคือ ภายในระยะเวลา 10 ปี ผนังหลอดเลือดจะมีความเสื่อมง่าย เนื่องจากต้องมาอยู่ภายใต้ความดันโลหิตแดงที่มีแรงดันภายในหลอดเลือดสูง ภายหลังการผ่าตัด 10 ปี พบว่าอาจมีการตีบตัน ประมาณร้อยละ 60 (Head et al, 2013)

2. เส้นเลือดแดง (arterial conduit)

2.1 เส้นเลือดแดงที่ผนังหน้าอก (right or left internal mammary artery) เป็นเส้นเลือดแดงวางตามแนวยาวอยู่ที่ผนังทรวงอกด้านหน้า ใต้ endothoracic fascia เป็นแขนงของ subclavian artery มีความคงทนในระยะยาวมากกว่า 90% ภายหลังการผ่าตัด 10 ปี พบว่าอาจมีการตีบตันประมาณ ร้อยละ 3 (Head et al, 2013)

2.2 เส้นเลือดแดงที่แขน (right or left radial artery) ความคงทนในระยะยาวอาจไม่ดีเท่าเส้นเลือด internal mammary artery แต่ดีกว่าเส้นเลือด saphenous vein ก่อนผ่าตัดต้องตรวจสอบด้วยการทำ Allen's test ที่แขน เพื่อความปลอดภัยต่อการตีบตันของหลอดเลือดที่แขน แต่มีข้อเสียคือ ผนังหลอดเลือดมีการหดตัวง่าย เนื่องจากมีกล้ามเนื้อที่ผนังมาก (muscular artery) จึงจำเป็นต้องใช้ยากลุ่ม calcium antagonist หรือ nitrate เพื่อป้องกันผนังหลอดเลือดเกิดการหดตัว ภายหลังการผ่าตัด 15 ปี พบว่าอาจมีการตีบตันประมาณ ร้อยละ 3 (Head et al, 2013)

2.3 เส้นเลือดแดงจากผนังหน้าท้อง (right gastroepiploic and inferior epigastric artery) เป็นเส้นเลือดที่อยู่ที่ greater curvature ของกระเพาะอาหาร มีข้อเสียคือผนังบางมาก ทำให้การเย็บต่อเส้นเลือดทำได้ยาก ความคงทนในระยะแรกจะดีกว่า saphenous vein

1.5.1 ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จะต้องมีการพิจารณาข้อบ่งชี้และความจำเป็นที่จะต้องได้รับการผ่าตัด ดังนี้ (วิจิตรา กุสุมภ์ & พวงผกา กรีทอง, 2551)

1) มีภาวะ angina pectoris แบบเรื้อรัง
2) รักษาทางยาแล้วไม่ได้ผล
3) มีการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีด้านซ้าย มากกว่าร้อยละ 50
4) มีการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทั้ง 3 เส้น
5) เป็น angina pectoris แบบไม่คงที่ (unstable angina)
6) มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน (ejection fraction : EF) < 50%

7) มีการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายผิดปกติ

8) มีภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานล้มเหลว (Left ventricle failure)

9) มีภาวะล้มเหลวจากการทำ PTCA

1.5.2 ข้อห้ามในการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ผู้ป่วยบางรายแพทย์อาจพิจารณาแล้วว่าการทำผ่าตัดอาจมีความเสี่ยงหรืออาจได้รับอันตรายถึงชีวิต ซึ่งจะมีเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาดังนี้ (ธำรง จิรจริยาเวช, 2550)

1) ในรายที่กล้ามเนื้อหัวใจเสียกระจายเป็นแผลจนเกือบหมดหลอดเลือดมีขนาดเล็กมาก เมื่อต่อแล้วอาจทำให้เกิดการอุดตันสูง

2) มีโรคร้ายแรงอื่นร่วมด้วย อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสี่ยงหรืออันตรายจากการผ่าตัด

3) จากการฉีดสีสารทึบรังสีเข้าที่เวนตริเคิลซ้าย พบว่าประสิทธิภาพในการบีบรัดตัวของเวนตริเคิลซ้ายเสื่อมมาก

1.5.3 ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบจากการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จะพบภายใน 24-48 ชั่วโมง และพบได้มากขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงสูง (Sabiston & Spencer, 1990; Kirklin & Barratt, 1992) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่

1) ระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบได้ประมาณร้อยละ 2.5-5 เกิดจากการหักงอ หดตัว หรือการอุดตันของเส้นเลือดที่นำไปใช้ปลูกถ่ายทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบวม ได้รับบาดเจ็บ ทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง และมีปัจจัยส่งเสริม คือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินที่มีอาการรุนแรงก่อนผ่าตัด รวมถึงการใช้เทคนิคการปกป้องกล้ามเนื้อหัวใจขณะผ่าตัด และระยะเวลาที่หัวใจหยุดเต้นขณะผ่าตัด (อภิรักษ์ เชษฐเผ่าพันธุ์, 2551; Martin & Turkelson, 2006; Dirks, 2010) ส่วนภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) พบได้บ่อยหลังผ่าตัดร้อยละ 20-40 และร้อยละ 30 พบว่ามีเอเตรียมเต้นพลิ้ว (atrial fibrillation) ส่วนใหญ่สาเหตุเกิดจากภาวะโปแตสเซียม และแมกนีเซียมในเลือดต่ำ (นุชนารถ บุญจึงมงคล, 2552)

2) ระบบหายใจ ภาวะแทรกซ้อนทางปอดที่พบบ่อยคือปอดแฟบ (atelectasis) พบได้ร้อยละ 87 หลังผ่าตัดวันแรก และร้อยละ 30 ในวันต่อมา (Bernet, 1997) เกิดจากอัมพาตของกะบังลม จากการที่เส้นประสาทกระบังลม (phrenic nerve) ถูกรบกวน ความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการคั่งของเสมหะ ทำให้เกิดการติดเชื้อที่ปอดตามมา การประเมินการทำงานของปอดก่อนผ่าตัดจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนนี้ได้ (Franco & Verrier, 2003)

3) ระบบประสาท เกิดจากการที่ขณะผ่าตัดมีการหนีบหลอดเลือดใหญ่เอออร์ตาร์ (Aorta) อาจทำให้มีลิ่มเลือด หรือฟองอากาศไปอุดตันหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้เกิดภาวะสมองบวม โดยเฉพาะการผ่าตัดที่มีการใช้เครื่องปอดหัวใจเทียมร่วมด้วย พบอุบัติการณ์การเกิด stroke ประมาณร้อยละ 1-6 และโอกาสจะสูงขึ้นในผู้ป่วยที่มี carotid stenosis และมีประวัติ stroke มาก่อน (Ricotta et al, 1995) ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการประเมินภาวะ carotid stenosis ด้วยการตรวจ CT scan ก่อนผ่าตัดทุกราย (จรัญ สายะสถิตย์, 2555)

4) ระบบไต การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง หรือมีภาวะความดันโลหิตต่ำระหว่างการผ่าตัด ส่งผลให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงไตไม่พอ เกิดภาวะไตเสื่อมและไตวาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อม ไตวายมาก่อน เป็นต้น (สุชาติ ไชยโรจน์, 2553) การประเมินและวางแผนการรักษาก่อนผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้ (จรัญ สายะสถิตย์, 2555)

5) ภาวะเลือดออกหลังการผ่าตัด (Bleeding) และภาวะ cardiac tamponade ภายหลังการผ่าตัดจะมีเลือดและสารน้ำออกมากผิดปกติ เนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและยาต้านเกร็ดเลือดก่อนผ่าตัด อีกทั้งในระยะผ่าตัดผู้ป่วยได้รับยาเฮปพาริน (Heparin) ขณะใช้เครื่องปอด-หัวใจเทียม มีผลทำให้ระบบการละลายลิ่มเลือดในร่างกายสูงขึ้น ส่งผลให้เกร็ดเลือดลดลงและมีการทำงานที่ผิดปกติ ถ้ามีเลือดออกมากกว่า 200 มิลลิลิตร ติดต่อกัน 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยควรได้รับการผ่าตัดซ้ำเพื่อหาสาเหตุและแก้ไขภาวะเลือดออก (Bojar, 2005)

6) ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อที่บริเวณกระดูก ปัญหาการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด พบได้ประมาณร้อยละ 1-2 โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคอ้วน หรือการทำผ่าตัดซ้ำ โรคปอด และหลอดลมเรื้อรัง รวมถึงการใช้เส้นเลือดที่บริเวณหน้าอกทั้งสองข้าง (Olsen et al, 2002) การป้องกันคือการให้ยาปฏิชีวนะภายหลังผ่าตัดนาน 2-3 วัน ถ้าให้นานเกิน 3 วัน ไม่สามารถลดอัตราการติดเชื้อได้ (จรัญ สายะสถิตย์, 2555)

7) ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากผู้ป่วยอาจได้รับยาขับปัสสาวะ อีกทั้งจากการทำให้เลือดเจือจางขณะผ่าตัด (Hemodilution) เป็นต้น

2. ความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2.1 ความหมายและประเภทของความต้องการ

ความต้องการ (needs) จากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน หมายถึง อยากได้ ใคร่ได้ หรือประสงค์จะได้ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2554)

Maslow (2000) นักจิตวิทยาทฤษฎีความต้องการ (The basic need Hierarchy) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการไว้ว่า ความต้องการเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในการดำรงชีวิต มีอยู่ตามธรรมชาติและไม่สิ้นสุด มนุษย์มีความต้องการเป็นลำดับขั้นตามความจำเป็นหรือความสำคัญ เมื่อความต้องการขั้นแรกได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว ความต้องการลำดับขั้นต่อไปจะเกิดตามมา ซึ่งประเภทของความต้องการของบุคคลมีหลายด้าน มีความแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับปัจจัยของแต่ละบุคคล Maslow (2000) ได้แบ่งประเภทของความต้องการไว้ 5 ขั้น เรียงตามลำดับขั้น ได้แก่

1) ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอยู่ของบุคคล คงไว้ซึ่งความสมดุลให้กับร่างกาย ได้แก่ ความต้องการด้านอาหาร อากาศ น้ำ การขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย รวมถึงที่พักอาศัยเครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค เมื่อความต้องการขั้นนี้ได้รับการตอบสนอง บุคคลจะมีความต้องการในระดับที่สูงกว่าขั้นนี้ต่อไป

2) ความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัย (Safety and Security needs) เป็นความต้องการมีหลักประกัน ความมั่นคงเพื่อให้สามารถปกป้องคุ้มครองทรัพย์สินของตนเองได้ และต้องการสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยจากอันตรายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้บุคคลเกิดความ กลัว เครียด และวิตกกังวล เป็นต้น

3) ความต้องการความเป็นเจ้าของและความรัก (Belongingness and Love needs) เป็นความต้องการหลีกเลี่ยงการอยู่อย่างโดดเดี่ยว และถูกทอดทิ้ง บุคคลจึงต้องการมีเพื่อน ความรู้สึกมีความรัก หรือเป็นที่รักและมีคนห่วงใย รวมถึงการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกอ้างว้าง แยกตัว

4) ความต้องการความภาคภูมิใจ (Esteem needs) เป็นความต้องการได้รับการยกย่อง ยอมรับนับถือจากบุคคลอื่น เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง อีกทั้งต้องการการมีเกียรติ และได้รับการยกย่องจากสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกอ่อนแอ ไร้ค่าต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

5) ความต้องการความสำเร็จ สมหวังในชีวิต (Self actualization needs) เป็นการพัฒนาความต้องการตามลำดับจนถึงขั้นความสมบูรณ์ เป็นจุดสูงสุดของความต้องการของบุคคลและความสำเร็จสมหวังในชีวิต สร้างสรรค์สิ่งที่ดี ไม่คำนึงถึงผลตอบแทน มีจิตใจเมตตา หวังดีต่อผู้อื่นทำให้บุคคลดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุข

Talor, Lillis, & LeMore, (2001) ได้กล่าวถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ แบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

1) ความต้องการด้านร่างกาย (physiological needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับขบวนการทางสรีรวิทยา เช่น อาหาร น้ำ อากาศหายใจ การขับถ่าย การไหลเวียนโลหิต อุณหภูมิการเคลื่อนไหว เป็นต้น

2) ความต้องการด้านอารมณ์ (emotional needs) เป็นความต้องการเกี่ยวกับความรู้สึกของบุคคล เช่น กลัว มีความสุข ความเศร้า และโดดเดี่ยว

3) ความต้องการด้านสติปัญญา (intellectual needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวกับขบวนการคิด การเรียนรู้ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ

4) ความต้องการด้านสิ่งแวดล้อม (environmental needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบร่างกายที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัย ได้แก่ ที่พักอาศัย เพื่อนบ้าน ฤดูกาล และบรรยากาศ

5) ความต้องการด้านสังคมและวัฒนธรรม (sociocultural needs) เป็นความต้องการเกี่ยวกับสัมพันธภาพ การสื่อสารกับบุคคลอื่นๆ การมีเพื่อน ความรู้สึกมีส่วนร่วมในกลุ่มหรือชุมชนและการเป็นคนที่มีคนมารัก

6) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (spiritual needs) เป็นความต้องการเกี่ยวกับค่านิยม ความเชื่อของบุคคล

จากแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการดังกล่าว เป็นแนวคิดความต้องการของบุคคลทั่วไป แต่เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลหรือความเครียด เช่น มีความเจ็บป่วยหรือมีภาวะวิกฤตเกิดขึ้น ส่งผลให้บุคคลมีความต้องการที่แตกต่างไปจากภาวะปกติ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการทั้งของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยให้ความหมายและประเภทของความต้องการ ไว้ดังนี้

Hamp (1975) ได้ศึกษาความต้องการของคู่ชีวิตผู้ป่วยวิกฤตมีทั้งหมด 8 ด้าน ได้แก่

1) ความต้องการอยู่กับผู้ป่วยในวาระสุดท้าย

2) ความต้องการที่จะได้ช่วยเหลือผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

3) ความต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับความสุขสบายในวาระสุดท้ายของชีวิต

4) ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะของของผู้ป่วย

5) ความต้องการแจ้งข่าวเมื่อผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิต

6) ความต้องการที่จะระบายความรู้สึก

7) ความต้องการที่จะได้รับความสะดวกสบายและได้รับความช่วยเหลือ

8) ความต้องการการยอมรับ การสนับสนุน และความสะดวกสบายจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ

Molter & Leske (1983 อ้างถึงใน อิสรีย์ ศรีศุภโอฬาร, 2557) ได้จำแนกความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1) ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (Assurance and anxiety reduction) เป็นความรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่ให้ความสนใจดูแลผู้ป่วย ต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด สามารถพูดคุยระบายความรู้สึกที่ไม่ดีได้ ได้รับความสนใจทางด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ รวมทั้งได้รับการกระตุ้นให้ระบายความรู้สึก เป็นต้น

2) ความต้องการด้านความสะดวกสบาย (Comfort) เป็นการตอบสนองแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตให้ได้รับความสะดวกสบายระหว่างรอเยี่ยมผู้ป่วย

3) ความต้องการด้านข้อมูล (Information) เป็นการตอบสนองความต้องการเกี่ยวกับข้อมูลต่างๆ ที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยต้องการทราบเพื่อให้เกิดความเข้าใจ คลายความวิตกกังวล และเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการตัดสินใจในการดูแลรักษาต่อ

4) ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิด (Proximity and accessibility) เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้อยู่เฝ้าผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล

5) ความต้องการด้านการช่วยเหลือสนับสนุน (Support) โดยได้รับการบอกเล่าหรือแนะนำถึงบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้เมื่อมีปัญหา มีคนให้ความช่วยเหลือปัญหาในด้านการเงิน หรือปัญหาครอบครัว เป็นต้น

Gaglione (1984) ได้แบ่งความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1) ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational needs) เป็นความต้องการข้อมูลข่าวสารซึ่งเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค อาการของ การดูแลรักษา และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยและพยาธิสภาพที่หลงเหลืออยู่ รวมถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย กฎระเบียบและเวลาเยี่ยมของโรงพยาบาล

2) ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล ได้แก่ อาหาร น้ำ อากาศ และการช่วยเหลือด้านการขับถ่าย อุณหภูมิที่พอเหมาะ ความปลอดภัย สภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ ความสะดวกสบายต่างๆ

3) ความต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional needs) เป็นความต้องการให้มีคนคอยพูดคุย ปลอบโยน ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ได้ซักถามข้อข้องใจ และระบายความรู้สึกต่างๆ เนื่องจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยถือเป็นภาวะวิกฤตทางจิตใจ (Psychological crisis) ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยความต้องการด้านอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัววิกฤตที่สำคัญได้แก่ ความต้องการลดความวิตกกังวล ต้องการได้รับการประคับประคองทางจิตใจและมีโอกาสได้ระบายความรู้สึก เพื่อเสริมสร้างกำลังใจให้ผ่านภาวะวิกฤตไปได้

4) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual needs) เป็นความต้องการสนับสนุนทางด้านจิตใจ เป็นความเชื่อ ความหวัง สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ โดยสมาชิกในครอบครัว อาจมีความต้องการนำสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจมาไว้กับผู้ป่วยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล และอาจต้องการได้รับการประกอบพิธีทางศาสนาที่จำเป็นในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล รวมถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การได้รับการยอมรับนับถือและได้รับการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

Kragel et al. (1974) ให้ความหมายความต้องการของผู้ป่วยว่าความต้องการ หมายถึงความปรารถนาในสิ่งที่มีความจำเป็น เพื่อการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข และเพื่อรักษาภาวะสมดุลของการดำเนินชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม และได้แบ่งความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1) ความต้องการทางด้านสรีระวิทยา หรือความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการทางด้านอาหาร น้ำ การขับถ่ายอุณหภูมิที่พอเหมาะ ความปลอดภัย ความสะอาดของร่างกาย การพักผ่อน การมีสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ การเคลื่อนไหวของร่างกาย การปราศจากความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายต่างๆ

2) ความต้องการด้านจิตสังคม (Socio-psychological needs) เป็นความต้องการมีสิทธิในการเลือกควบคุมตนเอง ความสำเร็จ มั่นคง ปลอดภัย และความกระจ่างในข้อมูลที่ต้องการเมื่อเกิดความเจ็บป่วย การได้รับการยอมรับนับถือ การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์รวมทั้งการไม่เปิดเผยร่างกาย และข้อมูลที่เป็นความลับส่วนตัว

3) ความต้องการทางด้านสภาวะแวดล้อม (Environmental needs) เป็นความต้องการความไว้วางใจ ความน่าเชื่อถือ ความเรียบง่ายไม่ซับซ้อน ความยืดหยุ่นเกี่ยวกับกฎระเบียบ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

Rines & Monstag (1976) กล่าวว่า ความต้องการหมายถึงสิ่งที่เป็นองค์ประกอบที่มีความจำเป็นในการดำรงชีวิตเพื่อรักษาภาวะสมดุลในการดำเนินชีวิต และได้แบ่งความต้องการของผู้ป่วยออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1) ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) ได้แก่ ความต้องการ อาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่าย การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อม

2) ความต้องการด้านจิตใจ (Psychological needs) ได้แก่ ความต้องการความรัก ความเป็นเจ้าของ ความปลอดภัย ความเป็นอิสระ การพึ่งพาผู้อื่น การประสบความสำเร็จ การยอมรับ และการมีคุณค่าในตนเอง

3) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual needs) เป็นความต้องการด้านความเชื่อ การมีเกียรติ ความมีเหตุผลและการปลอบโยน

Yura & Walsh (1983) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วย เครียดหรือมีภาวะวิกฤติ จะส่งผลให้เกิดความต้องการ โดยเฉพาะในเวลาที่มีภาวะคุกคามอาจจะก่อให้เกิดความสูญเสีย จะมีความต้องการที่จะลดสิ่งที่เข้ามาคุกคามชีวิต เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ อีกทั้งได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์ และสร้างเป็นแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยขึ้น โดยมีการจัดกลุ่ม แบ่งได้ดังนี้ คือ

1. ความต้องการให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ (Survival needs) ได้แก่

1.1 ความต้องการอากาศ เป็นการหายใจเพื่อแลกเปลี่ยนก๊าซ

1.2 ความต้องการแลกเปลี่ยนก๊าซ โดยนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายและขับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกนอกร่างกาย

1.3 ความต้องการทำกิจกรรม เป็นการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ

1.4 ความต้องการการปรับตัว ความสามารถในการจัดการกับความเครียดปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

1.5 ความต้องการอาหารและสารอาหาร เพื่อให้มีอาหารและสารอาหารมาหล่อเลี้ยงร่างกาย

1.6 ความต้องการน้ำ เป็นส่วนประกอบที่สำคัญของร่างกาย ในการควบคุมอวัยวะต่างๆของร่างกายทำหน้าที่ได้ตามปกติ

1.7 ความต้องการการขับถ่าย เพื่อกำจัดของเสียออกนอกร่างกาย เช่น ปัสสาวะและอุจจาระ

1.8 ความต้องการการคุ้มครองจากความกลัว วิตกกังวล เป็นการปกป้องเพื่อลดสิ่งที่มาทำให้เกิดความกลัวหรือวิตกกังวล

1.9 ความต้องการรับรู้ความจริงที่มีประสิทธิภาพ และถูกต้อง แม่นยำ

1.10 ความต้องการการพักผ่อน เป็นการปล่อยวางจากสิ่งที่มารบกวน

1.11 ความต้องการการนอนหลับที่เพียงพอ

1.12 ความต้องการความปลอดภัยจากอันตรายต่างๆที่จะก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อร่างกาย

1.13 ความต้องการความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกที่สมบูรณ์ ระบบประสาทไม่เกิดการสูญเสีย

1.14 ความต้องการความแข็งแรงของผิวหนังที่สมบูรณ์ ปราศจากการบาดเจ็บหรือถูกทำลาย

1.15 ความต้องการโครงสร้างของร่างกายที่ปกติ

2. ความต้องการการใกล้ชิด (Closeness needs) ได้แก่

2.1 ความต้องการยอมรับตนเองและผู้อื่น

2.2 ความต้องการการชมเชย ยกย่องและเป็นห่วง

2.3 ความต้องการญาติหรือบุคคลในกลุ่มที่มีความสำคัญ

2.4 ความต้องการความไว้วางใจ มั่นใจ

2.5 ความต้องการอารมณ์ขัน รื่นเริง

2.6 ความต้องการรู้จักตนเอง ความเชื่อมั่น การได้รับความเคารพยอมรับนับถือตนเอง

2.7 ความต้องการพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม

2.8 ความต้องการความนุ่มนวล สุภาพ อ่อนโยน

2.9 ความต้องการความรักและการได้รับความรักจากผู้อื่น

2.10. ความต้องการภาพลักษณ์ที่ดีของร่างกาย เพื่อเป็นการยอมรับการมีร่างกายที่สมบูรณ์ และแข็งแรง

3. ความต้องการ สิทธิ และเสรีภาพ (Freedom needs) ได้แก่

3.1 ความต้องการมีอิสระในตนเอง และมีสิทธิเลือกในสิ่งที่ปรารถนาด้วยตนเอง

3.2 ความต้องการประสบการณ์เกี่ยวกับสุนทรียภาพ

3.3 ความต้องการการกระตุ้นความรู้สึก เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทำให้การแสดงออกของความคิด คำพูดลดลง

3.4 ความต้องการแนวคิด ความมีเหตุผล รวมถึงการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา

3.5 ความต้องการมีอิสระจากความปวด และความไม่สุขสบายต่างๆ

3.6 ความต้องการควบคุมตนเอง เป็นการตัดสินใจได้ด้วยตนเองและรับผิดชอบตนเอง

3.7 ความต้องการบรรลุผลสำเร็จด้วยตนเอง

3.8 ความต้องการประสบการณ์ทางวิญญาณ

3.9 ความต้องการบริเวณที่เป็นสัดส่วนมีขอบเขต มีความเป็นส่วนตัว

3.10 ความต้องการเกี่ยวกับระบบค่านิยม

Handerson (1996) ได้รวบรวมความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ที่เกี่ยวกับการพยาบาลโดยตรง และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการพยาบาลพื้นฐาน โดยได้แบ่งประเภทของความต้องการไว้ 14 ประการ ได้แก่

1) ความต้องการได้หายใจตามปกติ

2) ความต้องการอาหารและน้ำดื่มที่เพียงพอ

3) ความต้องการขับถ่ายเมื่อต้องการ

4) ความต้องการเคลื่อนไหวและมีโครงสร้างท่าทางที่ปกติ

5) ความต้องการการพักผ่อนและนอนหลับ

6) ความต้องการได้เสื้อผ้าและเครื่องนุ่งห่มที่เหมาะสม

7) ความต้องการดำรงอุณหภูมิของร่างกายในภาวะปกติ

8) ความต้องการมีร่างกายที่สะอาดและเรียบร้อย

9) ความต้องการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

10) ความต้องการได้พูดคุย สังสรรค์กับบุคคลอื่น

11) ความต้องการได้นับถือศาสนาที่ศรัทธา

12) ความต้องการประสบความสำเร็จในงาน

13) ความต้องการได้ร่วมนันทนาการ

14) ความต้องการได้เรียนรู้หรือค้นพบสิ่งใหม่

จากนิยามดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ความหมายของ Gaglione (1984) ศึกษาในผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หมายถึงความประสงค์ของผู้ป่วยที่จะได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งได้รับการสนับสนุนด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายและจิตใจ

เห็นได้ว่าความต้องการของบุคคลมีทั้งในภาวะปกติและในภาวะวิกฤต ซึ่งการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นสถานการณ์การเจ็บป่วยที่มาคุกคามต่อชีวิต ทำให้บุคคลมีความต้องการเพิ่มมากขึ้น การศึกษาความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจครั้งนี้ ยึดตามแนวคิดความต้องการของ Gaglione, (1984) ซึ่งเป็นแนวคิดความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจถือเป็นภาวะวิกฤตของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยเห็นว่าแนวคิดนี้มีความเหมาะสม สอดคล้อง สามารถนำมาปรับใช้กับผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้ เนื่องจากสามารถตอบสนองต่อปัจจัยที่ทำให้เกิดความสมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยในระยะก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งมีความเหมาะสม สอดคล้อง และครอบคลุมกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดแบบองค์รวม (Holistic care) คือการพยาบาลด้านร่างกาย อารมณ์ จิตสังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม

2.2 สาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ป่วย

จากการทบทวนแนวคิดความต้องการและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปสาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ป่วยหลายประการ ได้แก่

1) อายุ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการของบุคคล จากการศึกษาในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีความต้องการข้อมูลมากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 65 ปี (Kattainen, Merilnen, & Jokelac, 2004) โดยผู้ที่มีอายุเพิ่มขึ้นย่อมมีการประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลสุขภาพได้มากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า (จิรประภา ภาวิไล, 2535) สอดคล้องกับการศึกษาของ พจนา สมุทรรัตน์ (2549) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

2) เพศ เป็นสิ่งที่แสดงถึงความแตกต่างทางด้านร่างกายและบุคลิกภาพของบุคคล เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลทำให้บุคคลมีความต้องการที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ สุภาพรรณ นิตยสุภาภรณ์ (2557) ในกลุ่มผู้ป่วยรอผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด โดยเพศหญิงมีความต้องการข้อมูลมากกว่าเพศชาย (χ^2= 20.97,p <. 001)

3) รายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตและเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญกับบุคคลและครอบครัว สุภาพรรณ นิตยสุภาภรณ์ (2557) ศึกษาในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการข้อมูล (r = -.147) โดยผู้ที่มีรายได้น้อยต้องการข้อมูลเพื่อเตรียมตัวที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจในการเข้ารับการผ่าตัด นำไปสู่การฟื้นสภาพปกติสามารถกลับไปใช้ชีวิตประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและครอบครัวโดยเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ ปฐมพร เดี่ยวทิพย์สุคนธ์ (2539) ในกลุ่มมารดาหลังผ่าตัดคลอด พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความต้องการการพยาบาลด้านการเตรียมตัวเพื่อกลับคืนสู่สภาพเดิม (χ^2= 11.19, p <. 05)

4) ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ทัศนคติของบุคคล ช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง มั่นใจ และช่วยให้บุคคลมีโอกาสได้รับรู้ข่าวสาร มีความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้ง่ายเกิดการตัดสินใจที่ดีและเหมาะสม (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) จากการศึกษาของ วราภรณ์ กุประดิษฐ์ (2544) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ Dodge (1969) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความต้องการข้อมูลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบว่าความต้องการข้อมูลสูงขึ้นเมื่อมีการศึกษาสูงขึ้น

5) ความสามารถด้านร่างกาย เป็นความต้องการพื้นฐานด้านการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น อาจมีข้อจำกัดในด้านการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงเกิดความต้องการตามมา จากการศึกษาของ จุรีรัตน์ รักวิธรรม (2543) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยมีความต้องการการพยาบาลในระดับมาก และจากการศึกษาของ สุพรรณี หมื่นหัส (2555) พบว่าผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดลิ้นหัวใจมีความต้องการด้านร่างกายอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของของ Schmid-buchi et al. (2013) ในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม พบว่าความพร่องด้านร่างกายมีอิทธิพลต่อกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

6) ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกเครียด หวาดหวั่น กังวลใจ เมื่อมีสิ่งเร้ามาคุกคามทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดความไม่สมดุลในชีวิต เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวลหรือเครียดส่งผลให้เกิดความต้องการตามมา (Yura & Walsh, 1983) โดยเฉพาะในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมักจะเกิดความวิตกกังวลสูง (Stengrevics et al, 1996; Duits et al, 1998; Rymaszewska, Kiejna, & Hadrys, 2003; Wattier et al, 2011) เสงี่ยม ช่วยนุ้ยและชวนพิศ มีสวัสดิ์ (2543) ศึกษาพบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ($r = 0.44$, $p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพรรณ นิตยสุภาภรณ์ (2557) ในกลุ่มผู้ป่วยรอผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่าความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ($r = 0.213$, $p <.001$)

7) การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์ที่มีสาเหตุมาจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง ส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว ซึ่งความต้องการเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (ศรัญญา ครึ่งมี, 2543) จุรีรัตน์ รักวิธรรม (2543) ศึกษาความต้องการการพยาบาลที่ได้รับของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการพยาบาลโดยรวม ($r = 0.21$, $p < .05$)

2.3 การประเมินความต้องการของผู้ป่วย

การประเมินความต้องการสามารถประเมินได้จาก การสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล และประเมินจากผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นการประเมินความต้องการที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเอง ตอบตามความรู้สึกที่ผู้ป่วยรู้สึกได้ในขณะนั้น จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด พบว่ามีแบบประเมินความต้องการ ดังนี้

1) แบบสอบถามความต้องการของ Lindsay et al. (1997) ใช้วัดความต้องการของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดหัวใจ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นด้านข้อมูล จำนวนข้อคำถาม 16 ข้อ ลักษณะคำถามต้องการคำตอบเป็นแบบ ใช่หรือไม่ใช่ ส่วนที่สองเป็นด้านความรู้เฉพาะเจาะจงและด้านจิตใจ จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 4 ระดับ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยรอผ่าตัดหัวใจ จำนวน 10 คน มีค่าความเที่ยง (Reliability) ในแต่ละด้านเท่ากับ .89 และ .95

2) แบบสอบถามความต้องการของ Davis et al. (2014) ใช้ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ความต้องการด้านข้อมูล ความสุขสบายด้านร่างกาย ด้านการสื่อสาร การสนับสนุนด้านจิตสังคม และความสามารถ/ความเป็นเชี่ยวชาญของเจ้าหน้าที่ จำนวนข้อคำถาม 26 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 4 ระดับ

3) แบบสัมภาษณ์ความต้องการของ สุพรรณี หมื่นหัส (2555) ใช้ในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด สร้างขึ้นจากแนวคิดความต้องการของ Kragel et al. (1984) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 38 ข้อ ได้แก่ความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย จำนวน 9 ข้อ ความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคม จำนวน 18 ข้อ และความต้องการการพยาบาลด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ จำนวน 10 คน มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.84

4) แบบสอบถามความต้องการของ ปรียาพร สมัครการ (2557) ใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอวัยวะภายในช่องท้อง ผ่าตัดกระดูกและข้อ ผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ผ่าตัดระบบหัวใจและหลอดเลือด และผ่าตัดระบบประสาท สร้างขึ้นจากแนวคิดความต้องการของ Gaglione (1984) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ แบ่งออกเป็นความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ความต้องการด้านอารมณ์ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.80 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.84

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความต้องการของ ปรียาพร สมัครการ เนื่องจากเครื่องมือดังกล่าวสร้างจากกรอบแนวคิดความต้องการของ Gaglione (1984) ซึ่งมีความเหมาะสมกับความต้องการโดยรวมของผู้ป่วยในระยะก่อนทำผ่าตัด โดยครอบคลุมทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ อีกทั้งยังเป็นแนวคิดที่ผู้วิจัยเลือกมาทำการศึกษาครั้งนี้ และผู้วิจัยได้มีการดัดแปลงเพิ่มเติม เพื่อให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จากนั้นจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

2.4 ความต้องการของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด

การผ่าตัดเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ในการรักษาโรค เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยให้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ แต่การผ่าตัดยังคงเป็นภาวะวิกฤตที่มาคุกคาม และมีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและสิ่งแวดล้อม กล่าวคือการผ่าตัดส่งผลกระทบต่อหน้าที่และการทำงานตามปกติของร่างกายผู้ป่วย (มยุเรศ ลีลาวรวุฒิ และ ฮอเดียะ บิลยะลา, 2549) เมื่อผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตที่เพิ่มสูงขึ้น ความเครียดภายในที่แสดงออกมาให้เห็นคือ ความวิตกกังวล ทำให้บุคคลมีความต้องการในด้านต่างๆเกิดขึ้น เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของตนเอง (สัญญา โพธิ์งาม, 2555) พยาบาลมีหน้าที่ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตนั้นไปได้ สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

ความต้องการของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดมีความแตกต่างกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีความต้องการหลายด้าน ได้แก่

1) ความต้องการด้านข้อมูล เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับการผ่าตัดซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ย่อมต้องการที่จะลดหรือบรรเทาความวิตกกังวลลง โดยการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเพื่อนำมาประเมินเหตุการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดมากขึ้น สามารถเผชิญและปรับตัวกับเหตุการณ์ผ่าตัดที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ ซึ่งในระยะก่อนการผ่าตัดมีหลายการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการด้านข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ศรีประภา จันทร์มีศรี, 2551) โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การผ่าตัดและการรักษา (วราภรณ์ กุประดิษณ์, 2544; งามพิศ ธนะไพศาล และคณะ, 2550; เอื้องพร พิทักษ์สังข์, 2553; Fleming et al, 2002; Samsudin, 2005) ดังนั้นการได้รับคำแนะนำหรือได้รับข้อมูลในระยะก่อนผ่าตัดจากพยาบาลห้องผ่าตัดหรือศัลยแพทย์ จะช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจ และเชื่อว่าได้รับข้อมูลจากผู้ที่รู้เห็นในเหตุการณ์จริงในห้องผ่าตัด (กันยา ออประเสริฐ, 2540) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจว่าพยาบาลจะทำหน้าที่ปกป้อง ดูแลขณะที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด และยังทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิ์แทนผู้ป่วยขณะผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวอีกด้วย (ปรียาพร สมัครการ, 2557)

2) ความต้องการด้านร่างกาย เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ไม่สามารถดูแลและตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของตนเอง ย่อมมีความ

ต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการพยาบาล เช่น การขับถ่ายปัสสาวะ ความปลอดภัย ความอบอุ่น และความเงียบสงบในขณะรอผ่าตัด (นวพร จินใจ, 2551; สุพรรณี หมื่นหัส, 2555) พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและได้รับความสะดวกสบาย รวมทั้งเกิดความรู้สึกผ่อนคลายในระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งส่งผลดีในระยะภายหลังการผ่าตัด

3) ความต้องการด้านอารมณ์ จิตสังคม เป็นความต้องการลดหรือบรรเทาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ในระยะก่อนผ่าตัดพยาบาลมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยโดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย รวมถึงการให้ความมั่นใจ แสดงความห่วงใย ความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย ซึ่งการได้รับกำลังใจจากญาติหรือบุคลากรทางการพยาบาล (สุพรรณี หมื่นหัส, 2555; ปรียาพร สมัครการ 2557; Mark, Lockhart, McMeekin, & Isley, 1997; Wesson, 1997) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงในจิตใจ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า และมีคนที่ไว้วางใจได้ในยามทุกข์ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจพร้อมเผชิญหรือต่อสู้กับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นได้

4) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นหนึ่งองค์ประกอบของการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ไม่สามารถแยกออกจากการพยาบาลด้านอื่นๆได้ เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตที่กำลังจะเกิดขึ้น ย่อมต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ขณะเดียวกันต้องการมีส่วนร่วมในการรักษา รวมถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Clark, 2003; Shih et al, 2008; Davis et al, 2014) ซึ่งพยาบาลได้มีการจัดสภาพแวดล้อมให้มีความเงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลายได้ใกล้ชิดสิ่งยึดเหนี่ยวตามความต้องการของผู้ป่วย และให้ความเข้าใจในการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยให้ความสนใจ สัมผัส พูดคุย สังเกตความต้องการ ให้ความช่วยเหลือในเรื่อง ความศรัทธา ความเชื่อ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และยอมรับว่าพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญของผู้ป่วย อีกทั้งทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าพยาบาลสามารถเป็นที่พึ่งได้ยามที่เขาต้องการ

2.5 บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในระยะก่อนผ่าตัด

การดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษาและการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นอีกบุคคลหนึ่งที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดมีหลากหลาย ได้แก่ การให้การพยาบาล การบริหารจัดการ การศึกษาเรียนรู้ และการทำวิจัย (เรณู อาจสาลี, 2553; Kneedler, 2000) ทุกบทบาทจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ของผู้ให้การพยาบาล โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient center) ให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) เพื่อให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณ และให้เหมาะสมกับสุขภาพของผู้ป่วยในแต่ละบุคคล รวมทั้งการให้การสนับสนุนดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม โดยมีการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด (ศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติ์ตระกูล

และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, 2558; AORN, 2011) อีกทั้งยังมีความต่อเนื่อง ให้บริการแบบเชิงรุก และมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น มีประสิทธิภาพ ไม่มีอุปสรรคหรือภาวะแทรกซ้อนใดๆเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

การผ่าตัดเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตและเป็นสถานการณ์ที่วิกฤตของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด โดยเฉพาะในระยะ 24 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงสุด (Hyde, Bryden, & Asbury, 1996) ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องให้บริการแบบเชิงรุก โดยการไปเยี่ยมผู้ป่วยในระยะ 24 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด (Pre-operative visits) (กันยา ออประเสริฐ, 2543) ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญและเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาลในระยะก่อนการผ่าตัด (สมนิตย์ สุวรรณรัตนโชติ, 2553) เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยต้องให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนวันผ่าตัด อธิบายแผนการดูแล ขั้นตอนและวิธีการผ่าตัดรักษา รวมถึงสภาพแวดล้อมและบรรยากาศภายในห้องผ่าตัด ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละราย นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนให้การพยาบาลร่วมกับทีมงานในห้องผ่าตัด (Stetzer, 1974) เพื่อช่วยให้การเตรียมและดำเนินการผ่าตัดให้เป็นไปอย่างราบรื่น รวมทั้งป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขณะและหลังผ่าตัด ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น (Lindeman & Stetzer, 1973) ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดมี ดังนี้

1) การเตรียมผู้ป่วยด้านร่างกายเป็นการประเมินความพร้อมด้านร่างกาย ค้นหาปัญหาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสม เริ่มตั้งแต่การไปเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ซักประวัติ เช่น การแพ้ยา อาหาร สารเคมีต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลในการเตรียมน้ำยาหรือสารเคมีต่างๆ ในห้องผ่าตัด หลีกเลี่ยงการใช้ ยา สารเคมี ที่ผู้ป่วยมีอาการแพ้ รวมถึงการประเมิน รูปร่าง น้ำหนัก เพื่อเป็นข้อมูลในการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการผ่าตัดให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การสังเกต บันทึก ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ รวมถึงการตรวจวัดสัญญาณชีพ การสอนและการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวทั้งในระยะก่อน ขณะ หลัง เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง และเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ามานอนรอที่ห้องผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ ความปลอดภัย ความอบอุ่นของร่างกาย และการให้ความช่วยเหลือด้านการขับถ่ายปัสสาวะ รวมถึงการดูแลสภาพแวดล้อมให้มีความเงียบสงบเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย

2) การเตรียมผู้ป่วยทางด้านจิตใจ ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องมีการแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย และไว้ใจ อีกทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัยต่างๆ รวมถึงการให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ พร้อมในการที่จะเข้ารับการทำผ่าตัด และเปิด

โอกาสให้ญาติมาส่งผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัดเพื่อเป็นการสร้างเสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่ได้เผชิญความทุกข์อย่างเดียวดาย ยังมีครอบครัวที่คอยสนับสนุน ให้กำลังใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นหายได้เร็วขึ้น และเมื่อผู้ป่วยมาถึงที่ห้องผ่าตัดจะได้รับการพุดคุย ทักทาย สัมผัส จากพยาบาลห้องผ่าตัดที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว มีพยาบาลที่รู้จักคุ้นเคยมาอยู่เป็นเพื่อนและคอยดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อต้องเข้าไปในห้องผ่าตัด

สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งอเมริกัน (Association of Operation Room Nurse : AORN 1969 อ้างถึงใน สุภาพ อารีเอื้อ, 2541) ได้กำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติงานการพยาบาลในห้องผ่าตัดเชิงวิชาชีพ ได้แก่

1) การประเมินความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายทั้งด้านร่างกายและสังคม

2) การพัฒนาและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละราย

3) การประสานงานหรือร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละรายกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

4) การประยุกต์ความรู้ทั้งด้านความสะอาดปราศจากเชื้อและเทคนิคต่างๆที่จะช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

5) การปฏิบัติบทบาทในฐานะพยาบาลวิชาชีพในการให้ความรู้แก่บุคลากรอื่นๆ ในการดูแลผู้ป่วยโดยการสอน แนะนำและติดตาม ประเมินผล

6) ปฏิบัติหรือเป็นผู้ช่วยในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่จะช่วยพัฒนาการปฏิบัติงานการพยาบาลในห้องผ่าตัด

มาตรฐานการพยาบาลทั้ง 6 ข้อ มีความครอบคลุม และมีขอบเขตที่ชัดเจน อีกทั้งยังท้าทายความรู้ความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัด ในการพัฒนาบทบาทที่สามารถกระทำได้โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย และปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล

เห็นได้ว่าการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด มีความสำคัญเนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีสติ รับรู้ เหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ดังนั้นการให้การพยาบาลควรมีการบอกเหตุผลและความจำเป็นให้ผู้ป่วยรับทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติที่ถูกต้องก่อนเข้ารับการผ่าตัด อีกทั้งพยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีการนำกระบวนการพยาบาล ศาสตร์ทางการพยาบาล และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม โดยยึดตามหลักมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ในขณะและหลังผ่าตัด ส่งผลให้การพยาบาลนั้นมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ความต้องการของผู้ป่วย เป็นความปรารถนาหรือความประสงค์ของบุคคลที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของชีวิต (Taylor, Lillis, & Lemor, 1993) ซึ่งความต้องการของบุคคลมีความแตกต่างกันตาม อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา วุฒิภาวะรวมถึงสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม (Dodge, 1969; Ellis & Nowlis, 1994) การศึกษาความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจครั้งนี้ ประยุกต์แนวคิดความต้องการของ Gaglione (1984) ที่ได้กล่าวถึงความต้องการของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตไว้ 4 ประเภท ได้แก่ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรเพื่อนำมาศึกษาความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

1) เพศ หมายถึง สิ่งที่แสดงถึงความแตกต่างทางสรีระและพัฒนาการทางบุคลิกภาพด้านร่างกายของบุคคล เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลทำให้บุคคลมีความต้องการที่แตกต่างกัน สุภาพรรณ นิตยสุภาภรณ์ (2557) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยรอผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (χ^2= 20.97, p<.001) โดยเพศหญิงส่วนใหญ่มีความต้องการข้อมูลในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 71.30 และเพศชายมีความต้องการข้อมูลในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 43.59

2) ความวิตกกังวล (Anxiety)

2.1 ความหมายของความวิตกกังวล

Graham & Conley (1971) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึงความเครียดที่เกิดจากความกลัวหรือไม่สบายใจ ซึ่งเกิดจากการนึกคิด หรือทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง ไม่สามารถกำหนดสาเหตุที่แน่ชัดได้ เป็นสัญญาณเตือนให้บุคคลมีการเตรียมพร้อมต่อสู้กับเหตุการณ์ที่มาคุกคาม

Spielbeger (1976) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความเครียดซึ่งเกิดจากความมั่นคง ปลอดภัยของบุคคลถูกคุกคาม โดยสิ่งที่มาคุกคามอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการทำนายล่วงหน้า ความวิตกกังวลทำให้ประสิทธิภาพในการตอบสนองความต้องการของบุคคลลดลง ส่งผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งความวิตกกังวลมีหลายระดับขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล และประสิทธิภาพในการประเมินสถานการณ์ของบุคคลนั้น

Bostrom & Schwecke (1995) กล่าวว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการถูกคุกคาม การสูญเสียและอันตรายต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้ของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความต้องการ อัตมโนทัศน์ แหล่งสนับสนุนความรู้ รวมทั้งวัยและประสบการณ์

Videbeck (2008) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นการแสดงความรู้สึกทางอารมณ์ต่อสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด หวาดหวั่นกับสิ่งที่มาคุกคาม และอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า ความวิตกกังวลหมายถึง การที่บุคคลรับรู้และประเมินสิ่งเร้าที่มาคุกคามหรือก่อให้เกิดอันตรายกับตนเอง ทำให้มีความรู้สึกตึงเตรียด หวาดหวั่น กลัว กังวล และไม่สบายใจ โดยสิ่งที่มาคุกคามนั้นอาจทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น เป็นทุกข์ ไม่สบายใจ เกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุกคาม หรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง (Spielberger, 1976) ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมักจะเกิดความวิตกกังวลสูง ซึ่งเมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจะส่งผลให้เกิดความต้องการตามมา จากการศึกษาของเสงี่ยม ช่วยนุ้ยและชวนพิศ มีสวัสดิ์ (2543) พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ($r = .145$, $p < .05$) สอดคล้องกับสุภาพรรณ นิตยสุภาภรณ์ (2557) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยรอผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่าความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ($r = .213$, $p <. 001$)

2.3 การประเมินความวิตกกังวล

1) The state trait anxiety inventory (STAI) ของ Spielberger (1983) เป็นแบบวัดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ ประกอบด้วย 2 ตอน คือแบบสอบถามความกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety) จำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ มีข้อความทางบวกและทางลบ อย่างละ 10 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน และแบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety) มี 20 ข้อ ได้แก่ ข้อความทางบวก 13 ข้อ และทางลบ 7 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คิดคะแนนเช่นเดียวกับ (State Anxiety) มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .94

2) Visual analog anxiety scale ของ Vogelsang (1988) เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง ศึกษาในผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด รูปแบบ Visual analog scales จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวตั้งยาว 100 มิลลิเมตร หรือ 10 เซนติเมตร โดยด้านล่างระบุ

ว่าไม่มีความวิตกกังวลเลย และด้านบนสุด ระบุว่ามีความวิตกกังวลมากที่สุด คะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน โดยผู้ที่มีคะแนนมากจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีคะแนนน้อย

3) แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของ สุภาพรรณ นิตยสุภาภรณ์ (2557) ประยุกต์มาจากแบบประเมินความเครียดต่อการผ่าตัดหัวใจของอัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์ (2543) จำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ และมีคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .92 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .94

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ สุภาพรรณ นิตยสุภาภรณ์ (2557) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจโดยเฉพาะ มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

3) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

3.1 ความหมายของการรับรู้ความรุนแรงของโรค

Becker (1974 อ้างถึงใน นรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2553) กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง การรับรู้ในความเชื่อหรือความนึกคิดของบุคคลที่ประเมินความรุนแรงของโรค หรือผลกระทบจากการเกิดโรค ซึ่งพิจารณาจากผลที่จะเกิดตามมาที่ครอบคลุมถึงการเสียชีวิต การลดการทำหน้าที่ ความพิการ ความทุกข์ทรมาน ตลอดจน ผลกระทบต่อการทำงาน ชีวิตในครอบครัวและชีวิตในสังคม

Almeida (1996 อ้างถึงใน ธนิญา น้อยเปียง, 2545) กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับระดับความมากน้อยของความทุกข์ทรมาน และความยากลำบากในการดำเนินชีวิตที่มีสาเหตุมาจากโรคหรือความผิดปกติ

Timmerch (1997) กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นความเข้าใจและความเชื่อเกี่ยวกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ปรากฏขึ้นจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ มีผลต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย และเป็นเรื่องตรงกับข้ามกับการรับรู้ถึงความผาสุก

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเข้าใจและความเชื่อของบุคคลที่เกิดจากการประเมินความรุนแรงของโรคและการเจ็บป่วยหรือการผ่าตัด รวมถึงความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด ตามความเชื่อหรือความนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นการรับรู้ ตามความเชื่อหรือความนึกคิดของบุคคลที่ประเมินความรุนแรงของโรค หรือผลกระทบจากการเกิดโรค ซึ่งพิจารณาจากผลที่จะเกิดตามมาครอบคลุมถึงการเสียชีวิต การลดการทำหน้าที่ ความพิการ ความทุกข์ทรมาน ตลอดจนผลกระทบต่อการทำงาน ชีวิตครอบครัวและสังคม Becker (1974 อ้างถึงในนรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2553) จากการศึกษาของ จุรีรัตน์ รักวิธรรม (2543) เกี่ยวกับความต้องการการพยาบาลที่ได้รับของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการพยาบาลโดยรวม ($r = 0.21$, $p < .05$) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคอาจมีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

3.3 การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค

1) แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของ นิภาพร ภิญโญศรี (2551) ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบ Visual analog scales เป็นมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน มีความยาว 100 มิลลิเมตร มีการระบุตัวเลขในการวัดความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตั้งแต่ 0-100 คะแนน มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .84

2) แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของ รัชนก ทรงทรัพย์ (2554) ศึกษาในสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบ Numeric Scale การให้ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .88

3) แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของ มลธิรา อุดชุมพิสัยและคณะ (2553) ศึกษาในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบ Visual analog scales มีการระบุตัวเลขในการวัดความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตั้งแต่ 0-10 คะแนน คะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .98

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินขึ้นเองเนื่องจาก จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบแบบประเมินที่มีความสอดคล้องและครอบคลุมกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการในผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้แบบประเมินข้างต้นล้วนเป็นแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่มีข้อคำถามเพียง 1 ข้อ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสร้างแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคขึ้น โดยพัฒนาจากแนวคิดของ Becker (1974) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

4) การรับรู้ภาพลักษณ์ (Body image perception)

4.1 ความหมายของการรับรู้ภาพลักษณ์

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2537) กล่าวว่า ภาพลักษณ์เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับรูปร่าง หน้าตา หน้าที่การทำงานของร่างกาย ความสามารถของบุคคล รวมทั้งทัศนคติของตนเองที่มีต่อร่างกายของตน เกิดขึ้นโดยที่ไม่รู้ตัวภายใต้จิตสานึกและจิตใต้สานึก

แสดงออกได้ทางอารมณ์ พฤติกรรม และบุคลิกภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากจิตใจของตนเองที่มีต่อร่างกายตนเองขณะนั้น

Ruth & Judith (1989) กล่าวว่า เป็นความรู้สึกรับรู้ของบุคคลที่มีต่อร่างกายของตนเอง รวมทั้งทัศนคติที่มีต่อบุคลิกภาพและความสามารถของตนเอง การเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ มีผลกระทบให้เกิดความกังวล กลัว และไม่มั่นใจ

Hopwood et al. (2001) กล่าวว่า ภาพลักษณ์มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์และความรู้สึก (affective) เป็นความรู้สึกมีเสน่ห์ดึงดูดใจ 2) ด้านการรู้คิดและการรับรู้ (cognitive) เกิดจากความคิด การรับรู้ที่ผิดปกติไป เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับต่อการสูญเสียภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นได้ จึงทำให้เกิดความคิดในแง่ไม่ดีต่อร่างกายของตนเอง เช่น เกิดความไม่พึงพอใจกับร่างกายหรือแผลผ่าตัดของตนเอง และ3) ด้านพฤติกรรมการแสดงออก (behavioral) เป็นความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ที่มีอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกที่มีลักษณะของพฤติกรรมการหลีกเลี่ยง

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า การรับรู้ภาพลักษณ์หมายถึง อารมณ์ความรู้สึก นึกคิดของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่มีต่อรูปร่างลักษณะภายนอกของร่างกายตนเองเมื่อต้องมีแผลผ่าตัดเกิดขึ้นที่บริเวณหน้าอก แขนหรือขา ทำให้มีรูปลักษณ์ที่เปลี่ยนไปจากเดิม เกิดความรู้สึกกังวลใจ ไม่มั่นใจ และไม่พึงพอใจ อาจทำให้ตนเองได้รับความสนใจจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลรอบข้างลดลง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการแสดงออกที่เปลี่ยนไป

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาพลักษณ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การรับรู้ภาพลักษณ์ เป็นการรับรู้อารมณ์ ความรู้สึก หรือการรู้คิดเกี่ยวกับร่างกาย และพฤติกรรมการแสดงออกทางร่างกายของบุคคล (Hopwood et al, 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาพลักษณ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบแต่เพียงการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ให้เคมีบำบัด ฉายแสง/รังสี ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งถือเป็นภาวะวิกฤตที่เข้ามาในชีวิตที่ไม่ได้มีการคาดคิดล่วงหน้า (Saturation crisis) (Aguilera, 1989) เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และจากการศึกษาของ Schmid-buchi et al. (2013) พบว่าภาพลักษณ์มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (β = 1.025, $p < .001$) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้การรับรู้ภาพลักษณ์อาจมีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

4.3 การประเมินการรับรู้ภาพลักษณ์

1) แบบประเมินภาพลักษณ์ (Body Image Scale [BIS]) ของ Hopwood et al. (2001) ใช้ประเมินภาพลักษณ์ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด จำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 682 คน มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.93

2) แบบสอบถามภาพลักษณ์ของ เบญจรัตน์ ชีวพูนผล (2547) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินภาพลักษณ์ของ Hopwood et al. (2001) ใช้เพื่อประเมินภาพลักษณ์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม จำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน โดยคะแนนรวมที่สูงหมายถึง มีความพึงพอใจต่อภาพลักษณ์ทางกายต่ำ มีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .63 นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.89

3) แบบประเมินการรับรู้ภาพลักษณ์ของ น้ำทิพย์ ไพคำนาม (2557) ใช้เพื่อประเมินภาพลักษณ์ในผู้ป่วยมะเร็ง ศีรษะ คอก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ซึ่งมีการดัดแปลงมาจากแบบประเมินภาพลักษณ์ของ เบญจรัตน์ ชีวพูนผล (2547) จำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 9 – 36 คะแนน โดยคะแนนรวมที่สูงหมายถึงมีความไม่พึงพอใจต่อภาพลักษณ์มาก มีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.83 นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง ศีรษะ คอก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด จำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.93

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาพลักษณ์ของ เบญจรัตน์ ชีวพูนผล (2547) เนื่องจากเครื่องมือดังกล่าวมีการพัฒนาเพื่อใช้ประเมินภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งมีความใกล้เคียงกับผู้ป่วยผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในเรื่องของตำแหน่งแผลผ่าตัดที่อยู่บริเวณหน้าอกเช่นเดียวกัน และเครื่องมือดังกล่าวมีค่าความเชื่อมั่นที่อยู่ในระดับดี อีกทั้งผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

5) การสนับสนุนด้านสังคม (Social support)

5.1 ความหมายของการสนับสนุนด้านสังคม

Weiss (1974) กล่าวว่า เป็นความรู้สึกอิ่มเอมใจหรือพึงพอใจต่อความต้องการ ซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพของบุคคลในสังคม แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) 2) การเข้าร่วมในสังคม (Social integration) 3) การได้มีโอกาสในการเลี้ยงดูผู้ที่อ่อนแอกว่า (Opportunity for nurturance) 4) การรู้สึกถึงคุณค่าแห่งตน (Reassurance

of worth) 5) การช่วยเหลือและให้คำแนะนำ (Assistance and guidance) และ 6) การรู้สึกว่าตนเองมีบุคคลที่พึ่งพาได้ (Sense of reliable alliance)

Cobb (1976) กล่าวว่า เป็นการได้รับข้อมูลหรือข่าวสารจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กัน เป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสารและความผูกพันซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้รับมีความรู้สึกว่าได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่

Schaefer et al. (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนด้านสังคมเป็นการได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองและการได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ จากครอบครัว ญาติ เพื่อนและบุคลากรทางด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational) เช่น การได้รับคำแนะนำ ข้อมูลในด้านต่างๆ 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional) เช่น การได้รับกำลังใจ ความเอาใจใส่จากบุคคลต่างๆ 3) การสนับสนุนด้านรูปธรรม (Tangible) เช่น การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน กิจวัตรประจำวันหรือในด้านอื่นๆ

House (1981) กล่าวว่า เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ และการได้รับการตอบสนองจากบุคคลใกล้ชิด รวมถึงการได้รับการตอบสนองความต้องการทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ได้แก่ การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย 2) การสนับสนุนด้านการประเมินผล ได้แก่ การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) หรือการบอกให้ทราบถึงผลดี ผลเสีย ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน รวมถึงการให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ และ4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือด้านแรงงาน เงินและเวลา

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการที่บุคคลรับรู้ถึงการสนับสนุน ให้ความช่วยเหลือ หรือตอบสนองความต้องการในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านเงิน สิ่งของและบริการ จากครอบครัว ญาติ เพื่อนและบุคลากรทางด้านสุขภาพ

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนด้านสังคมกับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การสนับสนุนด้านสังคม เป็นการรับรู้ความช่วยเหลือหรือการได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ จากแหล่งประโยชน์ จากครอบครัว ญาติ เพื่อน และบุคลลากรทางด้านสุขภาพ (Schaefer et al, 1981) ในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอผ่าตัด ผู้ป่วยมีความรู้สึกตึงเครียด วิตกกังวลกลัวการผ่าตัด (Katzen, 2002) การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลรอบข้าง จะช่วยตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่า สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัด

ทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบแต่เพียงการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ให้เคมีบำบัด ฉายแสง/รังสี ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งถือเป็นภาวะวิกฤตที่เข้ามาในชีวิตที่ไม่ได้มีการคาดคิดล่วงหน้า (Saturation crisis) (Aguilera, 1989) เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Schmid-buchi et al. (2013) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ให้เคมีบำบัด ฉายแสง/รังสี พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ (β = 0.978, p <. 001) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนด้านสังคมอาจมีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

5.3 การประเมินการสนับสนุนด้านสังคม

1) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ Brandt & Weinert (1981) The personal resource questionnaire: PRQ part II สร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความผูกพันใกล้ชิด 2) ด้านการเป็นส่วนหนึ่งในสังคม 3) การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น 4) การส่งเสริมให้รู้คุณค่าของตนเอง และ 5) การได้รับการช่วยเหลือและคำแนะนำ จำนวนข้อคำถาม 25 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ คะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 75 – 175 คะแนน มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .89

2) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) แบ่งการประเมินออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินผล 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร จำนวนข้อคำถาม 25 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .91

3) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวิกฤตของ วิไลรัตน์ ชัยนนถี (2549) ใช้เพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก พัฒนามาจาก Social Support Questionnaire ของ Schaefer et al. (1981) มีข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 1 ข้อ 2) ด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านรูปธรรม จำนวน 2 ข้อ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน จำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คะแนนที่ได้อยู่ในช่วง 0-45 คะแนน มีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .95 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 15 คน มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .84

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ วิไลรัตน์ ชัยนนถี (2549) เนื่องจากเครื่องมือดังกล่าวพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้กับผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งการผ่าตัดทางเบี่ยง

หลอดเลือดหัวใจ ถือเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการดัดแปลงข้อคำถามให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ดังนั้น เห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ป่วยมีหลายปัจจัยแต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรเพื่อนำมาศึกษาความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ 1) เพศ 2) ความวิตกกังวล 3) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 4) การรับรู้ภาพลักษณ์ และ 5) การสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากตัวแปรดังกล่าว สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาเป็นโปรแกรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการที่เหมาะสม ครอบคลุมและตรงกับความต้องการที่แท้จริงได้

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยในประเทศ

ชไมพร สถิรลีลา (2541) ศึกษาความต้องการการดูแลและการได้รับการดูแลจากพยาบาลของผู้ป่วยที่หน่วยพักค้างรอดูอาการ จำนวน 200 คน พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการ การช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหา การแนะนำ การสอน การสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ การเคารพในความเป็นบุคคล การให้กำลังใจ การอำนวยความสุขสบายอยู่ในระดับสูง แต่การได้รับการดูแลอยู่ในระดับปานกลางซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

เสงี่ยม ช่วยนุ้ยและชวนพิศ มีสวัสดิ์ (2543) ศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จำนวน 150 คน พบว่าความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ($r = .145$, $p <. 05$)

จุรีรัตน์ รักวิธรรม (2543) ศึกษาความต้องการการพยาบาล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการพยาบาลที่ได้รับของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล จำนวน 120 คน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยาบาลโดยรวม ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการพยาบาลโดยรวม ($r = 0.21$, $p < .05$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย ($r = - 0.27$, $p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับทั้งโดยรวมและรายด้าน พบว่าคะแนนความต้องการการพยาบาลสูงกว่าคะแนนการพยาบาลที่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วราภรณ์ กุประดิษฐ์ (2544) ศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จำนวน 100 คน พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดสูงถึง ร้อยละ 93 ($\bar{X} = 3.70$,

SD = 0.46) โดยข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด รองลงมาเป็นผลของการผ่าตัด และยังพบอีกว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ($r = .48, p < 0.01$)

งามพิศ ธนะไพศาล และคณะ (2550) ศึกษาความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 68 คน พบว่าในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดทั้งหมดโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 68.8 ($\bar{X}$ = 2.6, SD = 0.6) โดยแบ่งเป็นรายข้อ ได้แก่ 1) ข้อมูลก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับโรคและการวินิจฉัย 2) ข้อมูลก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับการรักษาผ่าตัด 3) ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 4) ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ห้องรับส่งและห้องรอผ่าตัด 5) ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในห้องผ่าตัด 6) ข้อมูลการปฏิบัติตัวและการดูแลหลังผ่าตัด และ7) ข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน

กรรณิการ์ บัวสุข (2550) ศึกษาความต้องการการพยาบาลที่คาดหวังและการพยาบาลที่ได้รับจริงของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องพักฟื้น จำนวน 100 คน พบว่าความต้องการด้านการพยาบาลที่คาดหวังของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องพักฟื้นโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.80, SD = 0.17) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมาก ส่วนการพยาบาลที่ได้รับจริงของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องพักฟื้นโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ได้แก่ การพยาบาลที่ได้รับจริงด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน และความต้องการการพยาบาลที่คาดหวังและการพยาบาลที่ได้รับจริงของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องพักฟื้นทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ศรีประภา จันทร์มีศรี (2550) ศึกษาความต้องการและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด จำนวน 98 คน พบว่าระยะก่อนผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการข้อมูลโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.12, SD = 0.85) และได้รับข้อมูลโดยรวมในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยความต้องการข้อมูลมากกว่าการได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นวพร จินใจ (2551) ศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในช่วงเวลารอคอยผ่าตัดใหญ่ที่ห้องผ่าตัด จำนวน 50 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ชนิดรอได้และอยู่ในช่วงรอคอยผ่าตัดใหญ่ มีความต้องการโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.31, SD = 0.21) โดยมีความต้องการด้านสิ่งแวดล้อมมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กลุ่มตัวอย่างได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวมในระดับปานกลาง ในรายด้านพบว่ามีการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับ

ปานกลาง ส่วนความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านจิตสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สุพรรณี หมื่นหัส (2555) ศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจขณะรอรับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 108 คน พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลอยู่ในระดับมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย ต้องการให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุระหว่างนอนรอ ร้อยละ 44.5 รองลงมาคือช่วยให้ร่างกายได้รับความอบอุ่นมากขึ้น ร้อยละ 20.4 และต้องการตรวจประเมินสภาพหัวใจ ชีพจร ความดันและแจ้งผลให้ทราบ ร้อยละ 18.5 2) ด้านจิตสังคม ได้แก่ ต้องการการดูแลอย่างเท่าเทียมกับผู้ป่วยคนอื่น ร้อยละ 89.8 รองลงมาคือต้องการให้แพทย์และพยาบาลอยู่กับผู้ป่วยก่อนดมยาสลบเพื่อเป็นกำลังใจ ร้อยละ 86.1 3) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ต้องการให้แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ใช้ภาษาที่ผู้ป่วยสามารถฟังและเข้าใจง่าย ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือต้องการใช้เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อโรคผู้ป่วยสามารถตรวจสอบได้ ร้อยละ 30.6 และต้องการเลือกระดับอุณหภูมิห้องได้ตามต้องการ ร้อยละ 22.2

สุภาพรรณ นิตยสุภภรณ์ (2556) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 264 คน พบว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง ร้อยละ54.92 มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดหัวใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.65 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูล ได้แก่ เพศและรายได้ โดยเพศมีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนรายได้พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ($r = -0.147$, $p < .05$) และความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ($r = .213$, $p < .001$)

กุลธิดา เกตุแก้ว (2557) ศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการตามการรับรู้ของวัยรุ่นโรคมะเร็งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลภายหลังได้รับการวินิจฉัย จำนวน 50 คน พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ด้านการได้รับข้อมูล ด้านจิตวิญญาณ และด้านการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 146.08, SD = 15.78)

ขนิษฐา รัตนกัลยา และคณะ (2557) ศึกษาความต้องการความสุขสบายและการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านความสุขสบายของผู้ป่วยที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนัก จำนวน 86 คน พบว่าคะแนนความต้องการด้านความสุขสบายโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 311.48, SD = 55.71) แยกเป็นรายด้านได้แก่ ความต้องการความสุขสบายด้านร่างกาย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 139.31, SD = 25.49) ความต้องการความสุขสบายด้านจิตใจ - จิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =68.27, SD = 14.69) ความต้องการความสุขสบายด้านสังคมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 49.31,

SD = 9.08) และความต้องการความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 54.58, SD = 12.28)

ปรียาพร สมัครการ (2557) ศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการจากการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ จำนวน 63 คน พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการจากการเยี่ยมก่อนผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 61.15, SD = 4.74) และการได้รับการตอบสนองความต้องการจากการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ($\bar{X}$ = 58.68, SD = 4.70) การเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการจากการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ พบว่าความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 2.91, p = .005)

4.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Dodge (1969) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยอายุรกรรม และศัลยกรรม จำนวน 116 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาที่แตกต่างกัน มีความต้องการข้อมูลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าความต้องการข้อมูลจะเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีการศึกษาสูงขึ้น ส่วน เพศ อายุ แผนกที่รักษา ระยะเวลาในการรักษาแตกต่างกัน มีความต้องการข้อมูลที่ไม่แตกต่างกัน

McGaughey & Harrisson (1994) ศึกษาความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยและญาติขณะอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งได้รับการผ่าตัดใหญ่ที่รอได้ จำนวน 5 คน พบว่าข้อมูลสำคัญที่ผู้ป่วยต้องการก่อนผ่าตัดมากที่สุดคือ ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด รองลงมาเป็นการตรวจเยี่ยมการดูแลร่างกายและตารางเวลาเกี่ยวกับการผ่าตัด

Lindsay et al. (1997) ศึกษาความต้องการและการสนับสนุนของผู้ป่วยกับครอบครัวขณะรอผ่าตัดหัวใจในประเทศแคนาดา จำนวน 147 คน และจำนวนญาติ 125 คน พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเกี่ยวกับการผ่าตัด การเข้าพักในโรงพยาบาล การรักษาโดยทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการพักฟื้นภายหลังการผ่าตัด รวมทั้งความต้องการการสนับสนุนทางด้านจิตใจ

Fleming et al. (2002) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยด้านการศึกษาและการสนับสนุนขณะรอผ่าตัดหัวใจ จำนวน 679 คน พบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 มีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการผ่าตัด และต้องการได้รับการติดต่อกลับจากเจ้าหน้าที่ ซึ่งผลของการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสำรวจจะเห็นคุณค่าของการติดต่อกลับจากเจ้าหน้าที่ และความรู้ที่ได้รับในขณะรอผ่าตัดหัวใจ

Mordiffi, Tan, & Wong (2003) ศึกษาการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดกับความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ จำนวน 750 คน พบว่าผู้ให้บริการทางสุขภาพ (healthcare

provider) ไม่ได้ให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย และมีการสื่อสารที่ไม่ตรงกันระหว่างผู้ให้และผู้รับ โดยพบว่าจำนวนผู้ป่วยร้อยละ 54.2 ได้รับข้อมูลจากพยาบาลไม่เพียงพอ พยาบาลไม่ได้มีการเสริมข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก

Henderson & Chien (2004) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ โดยศึกษากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 83 คน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่มีความต้องการด้านข้อมูลสูงสุดเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด ($\bar{X}$ = 4.41, SD = 0.84)

Samsudin (2005) ศึกษาการรับรู้ความต้องการด้านข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในประเทศมาเลเซีย จำนวน 100 คน พบว่าในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 208.19, SD = 25.59) โดยข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการได้แก่ 1) ข้อมูลที่เกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการ 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว 3) ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย 4) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก และ5) ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ

Shih et al. (2008) ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายหัวใจในประเทศจีน จำนวน 30 คน พบว่าความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือเมื่อมีการบอกหรือแจ้ง การได้รับการปลอบโยน การสนับสนุนด้านความเชื่อและศาสนา รวมถึงการสร้างสัมพันธภาพที่ดี และการเตรียมพร้อมด้านความตายอย่างมีศักดิ์ศรีเมื่อจำเป็น อีกทั้งต้องการได้รับการสร้างความเชื่อมั่นเกี่ยวกับภาพลักษณ์ภายหลังการผ่าตัด

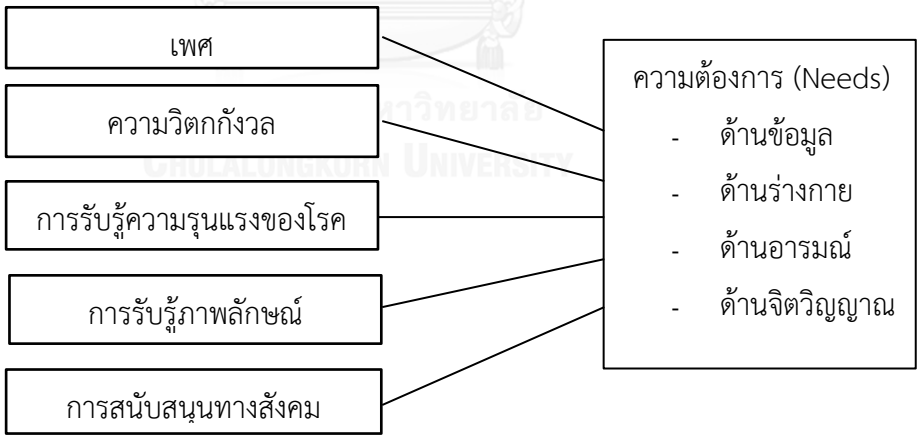
Krannich et al. (2009) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมหัวใจก่อนและหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 70 คน พบว่าในระยะก่อนผ่าตัด 2 วัน ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการสนับสนุนในการเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัด และการตอบคำถามที่เกี่ยวกับการผ่าตัด ส่วนภายหลังการผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยต้องการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการเรื่องยา

Davis et al. (2014) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวขณะเข้ารับการผ่าตัด จำนวนผู้ป่วย 68 คน และสมาชิกครอบครัว จำนวน 63 คน พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความต้องการสูงเกี่ยวกับการรักษาด้วยการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ($\bar{X}$ = 2.75, SD = 0.47) รองลงมาเป็นการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ($\bar{X}$ = 2.74, SD = 0.47)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมีความต้องการที่หลากหลาย ซึ่งความต้องการของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันออกไปตามลักษณะเฉพาะของบุคคล การศึกษาความต้องการที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และผู้ป่วยอายุรกรรม รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ได้แก่ ผ่าตัดช่องท้อง ผ่าตัดกระดูกสันหลัง

ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างของกลุ่มโรค ระดับความรุนแรง และการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น ส่วนการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดหัวใจพบค่อนข้างน้อย และยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบแต่เพียงการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของสุภาพรรณ นิตยสุภรณ์ (2556) ซึ่งเป็นการศึกษาความต้องการด้านข้อมูลเพียงอย่างเดียว แต่การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจในหลายด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านข้อมูล ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ เพศ ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม อีกทั้งผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดความต้องการของ Gaglione (1984) มาเป็นกรอบในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีเหมาะสม ครอบคลุม และสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด จึงเป็นที่มาของกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

5. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3
วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational Research) เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รอทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลสังกัดของรัฐ ระดับตติยภูมิขั้นสูง (super tertiary care) เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิงที่รอทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก โรงพยาบาลสังกัดของรัฐ ระดับตติยภูมิขั้นสูง เขตกรุงเทพมหานคร โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ รอทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรก และเข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง ก่อนผ่าตัด

2) มีสติปัญญาและการรับรู้ปกติ

3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

4) มีความสมัครใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1) ผู้ป่วยที่รอทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ลิ้นหัวใจ หรือเส้นเลือดแดงใหญ่โป่งพอง

2) ผู้ป่วยที่รอทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีการใส่เครื่องพยุงปอดและหัวใจ

3) ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรงและมีความเสี่ยงสูงที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ต้องเข้ารับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน เป็นต้น

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555 ; พิศสมัย อรทัยและศรีสมร ภูมนสกุล, 2556) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ในระดับปานกลางเท่ากับ 0.3 ค่าอำนาจการทดสอบ(1-β) ที่ร้อยละ90 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (α) 0.05 ศึกษาตัวแปร 5 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 112 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ (Dillman, 2000) จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด จำนวน 123 คน

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi – stage sampling) (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 กำหนดรายชื่อโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐในระดับตติยภูมิขั้นสูง (Super tertiary care) ที่มีศูนย์บริการทางการแพทย์โรคหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร ดังนี้

1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันโรคทรวงอก

2) สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

3) สังกัดกระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

4) สังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

5) สังกัดสภากาชาดไทย ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2.2 สุ่มตามสังกัดมา 3 สังกัด โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling without replacement) ได้ 3 สังกัด คือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ และสังกัดสภากาชาดไทย

2.3 สุ่มโรงพยาบาลแต่ละสังกัด โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling without replacement) ได้สังกัดละ 1 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลราชวิถี

2.4 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการแบ่งสัดส่วน (Proportional to size) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในแต่ละโรงพยาบาล ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากหอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกทั้ง 3 แห่ง จนครบ 123 คน โดยใช้สูตรของ ยุวดี ฦาชาและคณะ (2543)

$$n_i = \frac{N_i n}{N}$$

n_i = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยผ่าตัด CABG ในแต่ละโรงพยาบาล x จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ}}{\text{จำนวนผู้ป่วยผ่าตัด CABG ทั้ง 3 โรงพยาบาล}}$

เมื่อ n_i = จำนวนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

N_i = จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) ในแต่ละโรงพยาบาล

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N = จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจทั้ง 3 โรงพยาบาล

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจาก โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 52 คน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 37 คน และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 34 คน รวมได้กลุ่มตัวอย่าง 123 คน

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่เข้ารับการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของแต่ละโรงพยาบาล และสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ (n = 123)

โรงพยาบาล	**สถิติจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) ปี 2558 (คน)**	**กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ (คน)**
1. รามาธิบดี	226	52
2. จุฬาลงกรณ์	165	37
3. ราชวิถี	149	34
รวม	**540**	**123**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอผ่าตัด เป็นแบบสอบถามที่ให้เลือกคำตอบ ส่วนระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลเอง โดยบันทึกข้อมูลจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วย ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของปรียาพร สมัครการ (2557) ที่สร้างขึ้นมาจากแนวคิดของ Gaglione (1984) โดยปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ คำถามความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ จำนวน 33 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ต้องการ น้อย ปานกลาง และมาก ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมาย ดังนี้

มาตรประมาณค่า	**ความหมาย**	**เกณฑ์การให้คะแนน**
ไม่ต้องการ	ไม่มีความต้องการ	1
น้อย	มีความต้องการในระดับน้อย	2
ปานกลาง	มีความต้องการในระดับปานกลาง	3
มาก	มีความต้องการในระดับมาก	4

การแปรผลคะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 33-132 คะแนน ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ของ Best (1981) ในการแบ่งระดับคะแนน โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้ 1) พิจารณาค่ากลางจากระดับคะแนนที่กำหนดไว้ 4 ระดับ ได้แก่ 1, 2, 3 และ 4 2) นำค่ากลางที่ได้มาคำนวณหาค่าร้อยละของแต่ละระดับคะแนน โดยค่ากลางคือ 1.5, 2.5, และ3.5 จากนั้นจึงคำนวณออกมาในรูปคะแนนดิบ 3) กำหนดช่วงคะแนนของแต่ละระดับ ดังนี้

คะแนนในช่วง 33 - 49.49 หมายถึง มีความต้องการน้อยมาก

คะแนนในช่วง 49.50 - 82.49 หมายถึง มีความต้องการน้อย

คะแนนในช่วง 82.50 - 115.49 หมายถึง มีความต้องการปานกลาง

คะแนนในช่วง 115.50 - 132 หมายถึง มีความต้องการมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของสุภาพรรณ นิตยสุภาภรณ์ (2557) ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบทั้งหมด แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ น้อยมาก น้อย ปานกลาง และมาก ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมาย ดังนี้

มาตรประมาณค่า	ความหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน
น้อยมาก	มีความวิตกกังวลในระดับน้อยมาก	1
น้อย	มีความวิตกกังวลในระดับน้อย	2
ปานกลาง	มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง	3
มาก	มีความวิตกกังวลในระดับมาก	4

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 16-64 คะแนน ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ของ Best (1981) ในการแบ่งระดับคะแนน โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้ 1) พิจารณาค่ากลางจากระดับคะแนนที่กำหนดไว้ 4 ระดับ ได้แก่ 1, 2 ,3 และ 4 2) นำค่ากลางที่ได้มาคำนวณหาค่าร้อยละของแต่ละระดับคะแนน โดยค่ากลางคือ 1.5, 2.5, และ3.5 จากนั้นจึงคำนวณออกมาในรูปคะแนนดิบ 3) กำหนดช่วงคะแนนของแต่ละระดับ ดังนี้

คะแนนในช่วง 16 - 23 หมายถึง มีความวิตกกังวลน้อยมาก

คะแนนในช่วง 24 - 39 หมายถึง มีความวิตกกังวลน้อย

คะแนนในช่วง 40 - 55 หมายถึง มีความวิตกกังวลปานกลาง

คะแนนในช่วง 56 - 64 หมายถึง มีความวิตกกังวลมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบทั้งหมด แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมาย ดังนี้

มาตรประมาณค่า	ความหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย	1
เห็นด้วยน้อย	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย	2
เห็นด้วยปานกลาง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง	3
เห็นด้วยมาก	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก	4

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 9-36 คะแนน ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ของ Best (1981) ในการแบ่งระดับคะแนน โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้ 1) พิจารณาค่ากลางจากระดับคะแนนที่กำหนดไว้ 4 ระดับ ได้แก่ 1, 2, 3 และ 4 2) นำค่ากลางที่ได้มาคำนวณหาค่าร้อยละของแต่ละระดับคะแนน โดยค่ากลางคือ 1.5, 2.5, และ3.5 จากนั้นจึงคำนวณออกมาในรูปคะแนนดิบ 3) กำหนดช่วงคะแนนของแต่ละระดับ ดังนี้

คะแนนในช่วง 9 - 13.49 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อยมาก

คะแนนในช่วง 13.50 - 22.49 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อย

คะแนนในช่วง 22.50 - 31.49 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคปานกลาง

คะแนนในช่วง 31.50 - 36 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ภาพลักษณ์ก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการประเมินภาพลักษณ์ของ เบญจรัตน์ ชีวพูนผล (2547) โดยปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบทั้งหมด ซึ่งข้อคำถามประกอบด้วยภาพลักษณ์ 3 ด้าน 1) ด้านอารมณ์และความรู้สึก (affective) 2) ด้านการรู้คิดและการรับรู้ (cognitive) 3) ด้านพฤติกรรมการแสดงออก (behavioral) แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่รู้สึก รู้สึกน้อย รู้สึกปานกลาง และรู้สึกมาก ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมาย ดังนี้

มาตรประมาณค่า	**ความหมาย**	**เกณฑ์การให้คะแนน**
ไม่รู้สึก	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย	1
รู้สึกน้อย	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อย	2
รู้สึกปานกลาง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง	3
รู้สึกมาก	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก	4

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 9-36 คะแนน ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ของ Best (1981) ในการแบ่งระดับคะแนน โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้ 1) พิจารณาค่ากลางจากระดับคะแนนที่กำหนดไว้ 4 ระดับ ได้แก่ 1, 2, 3 และ 4 2) นำค่ากลางที่ได้มาคำนวณหาค่าร้อยละของแต่ละระดับคะแนน โดยค่ากลางคือ 1.5, 2.5, และ3.5 จากนั้นจึงคำนวณออกมาในรูปคะแนนดิบ 3) กำหนดช่วงคะแนนของแต่ละระดับ ดังนี้

คะแนนในช่วง 9 - 13.49 หมายถึง มีการรับรู้ภาพลักษณ์น้อยมาก

คะแนนในช่วง 13.50 - 22.49 หมายถึง มีการรับรู้ภาพลักษณ์น้อย

คะแนนในช่วง 22.50 - 31.49 หมายถึง มีการรับรู้ภาพลักษณ์ปานกลาง

คะแนนในช่วง 31.50 - 36 หมายถึง มีการรับรู้ภาพลักษณ์มาก

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของวิไลรัตน์ ชัยนนถี (2549) เป็นแบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนและบุคลากรทางสุขภาพในผู้ป่วยวิกฤต โดยปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ข้อคำถามประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลและข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการบริการ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ได้รับเลย ได้รับน้อย ได้รับปานกลาง และได้รับมาก ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมาย ดังนี้

มาตรประมาณค่า	**ความหมาย**	**เกณฑ์การให้คะแนน**
ไม่ได้รับเลย	ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือเลย	1
น้อย	ท่านได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือน้อย	2
ปานกลาง	ท่านได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือปานกลาง	3
มาก	ท่านได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือมาก	4

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 9-36 คะแนน ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ของ Best (1981) ในการแบ่งระดับคะแนน โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้ 1) พิจารณาค่ากลางจากระดับคะแนนที่กำหนดไว้ 4 ระดับ ได้แก่ 1, 2, 3 และ 4 2) นำค่ากลางที่ได้มาคำนวณหาค่าร้อยละของแต่ละระดับคะแนน โดยค่ากลางคือ 1.5, 2.5, และ3.5 จากนั้นจึงคำนวณออกมาในรูปคะแนนดิบ 3) กำหนดช่วงคะแนนของแต่ละระดับ ดังนี้

คะแนนในช่วง 9 - 13.49 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยมาก
คะแนนในช่วง 13.50 - 22.49 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย
คะแนนในช่วง 22.50 - 31.49 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
คะแนนในช่วง 31.50 - 36 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความสอดคล้องของเนื้อหา การใช้ภาษาและความเหมาะสมของมาตรวัด จากนั้นนำแบบสอบถามตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่

1) ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก 1 คน

2) อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก 2 คน

3) อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ปริศัลยกรรม 1 คน

4) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้าน สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ 1 คน

1.2 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Hungler, 2013)

$$\text{จากสูตร CVI} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ภายหลังผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผลการพิจารณาการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ดังตารางที่ 2 โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ได้ข้อคำถามที่มีความตรง กระชับ อ่านแล้วเข้าใจง่าย มีความสอดคล้อง เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น ดังนี้

1) แบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ปรับแก้คำในคำถาม ข้อที่ 29, 30, 31 และ 33 ตัดทิ้ง 1 ข้อ คือ ข้อ 13 (ฉบับเดิม) และเพิ่มข้อคำถาม 1 ข้อ คือ ข้อที่ 5 (ฉบับใหม่) มีจำนวนข้อคำถามเท่าเดิม คือ 33 ข้อ

2) แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ไม่มีการปรับปรุงหรือแก้ไขข้อคำถาม มีจำนวนข้อคำถามเท่าเดิม คือ 16 ข้อ

3) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค ผู้วิจัยได้ตัดทิ้งข้อคำถาม 1 ข้อ คือ ข้อที่ 4 (ฉบับเดิม) และเพิ่มข้อคำถามอีกหนึ่งข้อ คือ ข้อที่ 5 มีจำนวนข้อคำถามเท่าเดิม คือ 9 ข้อ

4) แบบสอบถามการรับรู้ภาพลักษณ์ก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยได้ปรับแก้คำในคำถาม ข้อที่ 4, 5, และ 6 และเพิ่มข้อคำถาม 2 ข้อ คือ ข้อที่ 8 และข้อที่ 9 มีจำนวนข้อคำถามรวมทั้งหมด 9 ข้อ

5) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ปรับแก้คำในคำถาม ข้อที่ 6 มีจำนวนข้อคำถามเท่าเดิม คือ 9 ข้อ

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI)

แบบสอบถาม	**ค่าความตรงตามเนื้อหา**
1. แบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วย	0.95
2. แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด	0.97
3. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.86
4. แบบสอบถามการรับรู้ภาพลักษณ์ก่อนผ่าตัด	0.88
5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	0.95

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่รอทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค จากการทดลอง ดังตารางที่ 3 โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือค่าที่อยู่ระหว่าง 0.70 - 0.80 (DeVillis, 2012) หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับผู้ป่วยที่รอทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 123 คน ได้ค่าความเที่ยงของแต่ละแบบสอบถาม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากการทดลองใช้ 30 คน (n=30)

แบบสอบถาม	**ค่าความเที่ยง (n=30)**
1. แบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วย	0.88
2. แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด	0.84
3. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.76
4. แบบสอบถามการรับรู้ภาพลักษณ์ก่อนผ่าตัด	0.92
5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือน มิถุนายน – ตุลาคม พ.ศ. 2559 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 2 คน กำหนดคุณสมบัติของผู้ช่วยวิจัยคือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อย 3 ปี และปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาดังกล่าว เพื่อสะดวกต่อการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย จากนั้นอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ก่อนที่ผู้ช่วยวิจัยจะเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริง

1.2 ผู้วิจัยนำหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลราชวิถี

1.3 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยทำหนังสือขอทดลองใช้และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลราชวิถี

1.4 จากนั้นเมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ทรวงอก หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด วิธีการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัย และ/หรือ ผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

2.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัย และ/หรือ ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดของหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงนาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านออกเขียนได้หรือมีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยจะอ่านรายละเอียดให้ฟัง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างพิมพ์ลายนิ้วมือในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

2.3 ผู้วิจัย และ/หรือ ผู้ช่วยวิจัย จัดสถานที่ในบริเวณหอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกที่มีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนั่งตอบแบบสอบถาม อธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามในแต่ละส่วน จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ ให้เวลาแก่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม สำหรับกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามด้วยตนเองได้ เช่น อ่านหนังสือไม่ได้ มองตัวอักษรไม่ชัดเจน ผู้วิจัย และ/หรือผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้อ่านข้อคำถามและคำตอบให้ทีละข้อ และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย เปิดโอกาสให้สอบถามผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ตลอดเวลา ภายหลังเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบคำตอบให้สมบูรณ์ ถ้าพบว่าข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนครบทุกข้อ และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

2.4 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 123 ชุด มาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระยะเวลาในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

โรงพยาบาล	วันที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม	ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล
โรงพยาบาลรามาธิบดี	10 มิถุนายน 2559	มิถุนายน – ตุลาคม 2559
โรงพยาบาลราชวิถี	15 กรกฎาคม 2559	กรกฎาคม – ตุลาคม 2559
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	1 กันยายน 2559	กันยายน – ตุลาคม 2559

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยพร้อมเครื่องมือต่อคณะกรรมการตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยทั้ง 3 แห่ง เมื่อได้รับการพิจารณาตรวจสอบจริยธรรมเรียบร้อยแล้ว ดังตารางที่ 4 จึงดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลตามลำดับ และในขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ปฏิบัติตามข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคนดังนี้

1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้กำหนดช่วงเวลาในการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เวลา 17.30 น – 18.00 น. ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยเสร็จสิ้นภารกิจทุกอย่างหลังเข้าพักเพื่อรอรับการผ่าตัดที่หอผู้ป่วย แนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการอธิบายถึงประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าหากเข้าร่วมวิจัยแล้วสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลซึ่งการถอนตัวจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยอ่านรายละเอียดให้ฟัง และให้กลุ่มตัวอย่างพิมพ์ลายนิ้วมือในใบยินยอม (Informed consent form) ของกลุ่มตัวอย่าง

2. หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence / Non-maleficence) แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ากลุ่มตัวอย่างจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆ จากการเข้าร่วมวิจัย พร้อมชี้แจงว่าข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ โดยข้อมูลที่ได้นำมาใช้กับงานวิจัยนี้เท่านั้น แต่อาจมีความเสี่ยงเล็กน้อย เนื่องจากโครงการวิจัยนี้เป็นเพียงการตอบแบบสอบถามเท่านั้น แต่อาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ อึดอัดใจ และเสียเวลาจากการตอบแบบสอบถาม

3. หลักความยุติธรรม (Justice) มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่างชัดเจน และในขณะตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่าง

มีอาการผิดปกติต่างๆเกิดขึ้นจากโรคร่วม เช่น ปวดศีรษะ หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้พักเพื่อประเมินสัญญาณชีพ ถ้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการดีขึ้นและสมัครใจจึงเก็บข้อมูลต่อไป แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่ดีขึ้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยยุติการตอบแบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรายงานพยาบาลประจำแผนกทราบทันทีเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลรักษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนความต้องการของผู้ป่วย ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความความแตกต่างระหว่างตัวแปร เพศ กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สถิติทีที่กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และเปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) โดยใช้เกณฑ์ของ บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร (2550) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
r เท่ากับ 0	ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์
r น้อยกว่า .30	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
r มีค่าระหว่าง .30-.70	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
r มากกว่า .70	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง
r เท่ากับ 1	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่รอทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 123 คน นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำอธิบาย แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างตัวแปร เพศ กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคมกับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 6 จำนวนร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอผ่าตัด และระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัด (n=123)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	77	62.6
หญิง	46	37.4
อายุ		
30-39	2	1.6
40-49	5	4.0
50-59	106	94.4
	($\bar{x}$ = 53.73, SD = 4.18)	
สถานภาพสมรส		
โสด	6	4.8
คู่/สมรส	94	76.4
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	23	18.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9	7.3
ประถมศึกษา	43	35.0
มัธยมศึกษา	25	20.3
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	8	6.5
ปริญญาตรี	32	26.0
สูงกว่าปริญญาตรี	6	4.9
อาชีพ		
รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ	24	19.5
รัฐวิสาหกิจ	15	12.1
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	39	31.7
ลูกจ้าง/รับจ้าง	21	17.1
เกษตรกรรม/แม่บ้าน	14	11.4
ไม่ได้ทำงาน	10	8.2

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	7	5.7
น้อยกว่า 5,000 บาท	10	8.1
5,001 – 10,000 บาท	12	9.8
10,001 – 15,000 บาท	23	18.6
15,001 – 20,000 บาท	21	17.1
มากกว่า 20,000 บาท	50	40.7
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอผ่าตัด		
น้อยกว่า 3 เดือน	70	56.9
3 เดือน - 6 เดือน	40	32.5
6 เดือน - 12 เดือน	7	5.7
1 ปีขึ้นไป	6	4.9
ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัด*		
ระดับ 1	25	20.3
ระดับ 2	68	55.3
ระดับ 3	30	24.4
ระดับ 4	-	-

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

*การแบ่งระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัดของ New York Heart Association (NYHA) functional classification ประกอบด้วย 4 ระดับ ได้แก่ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551)

Class I: ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย

Class II: ผู้ป่วยทำกิจกรรมตามปกติได้ลดลงเล็กน้อย โดยไม่มีอาการเมื่อต้องออกแรง

Class III: มีการจำกัดกิจกรรมมากพอสมควร โดยมีอาการแม้ไม่ออกแรงมากนัก

Class IV: มีการจำกัดกิจกรรมอย่างมาก ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยแม้ขณะพัก ผู้ป่วยมักต้องอยู่บนเตียง

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.6) ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคืออยู่ระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 94.4) รองลงมามีอายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 4.0) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.4) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นประถมศึกษา(ร้อยละ 35.0) รองลงมาคือระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 26) เมื่อพิจารณาอาชีพของผู้ป่วยพบว่าประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 31.7) รองลงมาคือรับราชการ/ข้าราชการบำนาญ (ร้อยละ19.5) ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 40.7) รองลงมาคือ 10,001-15,000 บาท (ร้อยละ 18.6) ระยะเวลาที่รอทำผ่าตัดส่วนใหญ่น้อยกว่า 3 เดือน (ร้อยละ 56.9) รองลงมาคือ 3 – 6 เดือน (ร้อยละ 32.5) ส่วนระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัดส่วนใหญ่พบว่า อยู่ในระดับ 2 (ร้อยละ 55.3) รองลงมาคือระดับ 3 (ร้อยละ 24.4)

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผลของกลุ่มตัวอย่าง (n=123)

ความต้องการ	$\overline{X}$	SD	Min	Max	การแปลผล (ระดับ)
ด้านข้อมูลข่าวสาร	48.22	6.45	14.00	56.00	ปานกลาง
ด้านร่างกาย	21.29	2.82	10.00	24.00	มาก
ด้านอารมณ์	21.40	2.97	10.00	24.00	มาก
ด้านจิตวิญญาณ	23.78	3.62	8.00	28.00	มาก
ความต้องการโดยรวม	114.7	13.04	42.00	132.00	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความต้องการด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผลของความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง (n=123)

ตัวแปร	$\overline{X}$	SD	Min	Max	การแปลผล (ระดับ)
ความวิตกกังวล	41.65	11.02	17.00	64.00	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	26.45	5.04	10.00	36.00	ปานกลาง
การรับรู้ภาพลักษณ์	17.78	7.35	9.00	36.00	น้อย
การสนับสนุนทางสังคม	33.43.	3.58	16.00	36.00	มาก

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความวิตกกังวล มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่ามีการรับรู้ภาพลักษณ์หรือมีความไม่พึงพอใจต่อภาพลักษณ์อยู่ในระดับน้อย ส่วนการสนับสนุนทางสังคมพบว่าผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างตัวแปร เพศ กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคมกับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (ตาราง 9-10)

ตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความต้องการโดยรวม ของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยจำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ความต้องการของผู้ป่วย		t-test	p-value
		$\overline{x}$	SD.		
ชาย	77	114.25.	13.33	-.491	.625
หญิง	46	115.45	12.66		

จากตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความต้องการโดยรวมของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างเพศชายและเพศหญิง ด้วยสถิติ independent t-test พบว่าก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงมีความต้องการโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง (n=123)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	**การแปลผล (ระดับ)**
ความวิตกกังวล	.366*	.000	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.447*	.000	ปานกลาง
การรับรู้ภาพลักษณ์	.464*	.000	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	.086	.346	ไม่มีความสัมพันธ์

*p < .05

จากตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม พบว่าความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ภาพลักษณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .366, r = .447, และ r = .464 ตามลำดับ) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิงที่รอทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกโรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลราชวิถี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) จำนวน 123 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอีก 2 คน ในช่วงระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนตุลาคม 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วย จำนวน 33 ข้อ 3) แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด จำนวน 16 ข้อ 4) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 9 ข้อ 5) แบบสอบถามการรับรู้ภาพลักษณ์ก่อนผ่าตัด จำนวน 9 ข้อ และ 6) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 9 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ของแบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วย ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ก่อนผ่าตัด และการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.95, 0.97, 0.86, 0.88, และ 0.95, ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยง โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่รอทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วย ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ก่อนผ่าตัด และการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.88, 0.84, 0.76, 0.92, และ 0.76, ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนความต้องการของผู้ป่วย ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างตัวแปร เพศ กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สถิติทีที่กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.6) ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคืออยู่ระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 94.4) รองลงมามีอายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 4.0) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.4) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นประถมศึกษา (ร้อยละ 35.0) รองลงมาคือระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 26) เมื่อพิจารณาอาชีพของผู้ป่วยพบว่าประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 31.7) รองลงมาคือรับราชการ/ข้าราชการบำนาญ (ร้อยละ19.5) ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 40.7) รองลงมาคือ 10,001-15,000 บาท (ร้อยละ 18.6) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอทำผ่าตัดส่วนใหญ่น้อยกว่า 3 เดือน (ร้อยละ 56.9) รองลงมาคือ 3-6 เดือน (ร้อยละ 32.5) ส่วนระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัดส่วนใหญ่พบว่า อยู่ในระดับ 2 (ร้อยละ 55.3) รองลงมาคือระดับ 3 (ร้อยละ 24.4)

2. ผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 114.7, SD = 13.04) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีความต้องการทางด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 48.22, SD = 6.45) ส่วนความต้องการทางด้านร่างกาย ทางด้านอารมณ์ และทางด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 21.29, SD = 2.82 ; $\overline{X}$ = 21.40, SD = 2.97 ; $\overline{X}$ = 23.78 , SD = 3.62 ตามลำดับ)

3. เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เพศชายและเพศหญิงมีความต้องการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -.491$, $p > .05$)

4. ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ภาพลักษณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .366$, $r = .447$, และ $r = .464$ ตามลำดับ)

5. ส่วนการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัย และประเด็นที่ค้นพบ ดังนี้

1. ความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

1.1 ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่าผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ มีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง

อภิปรายได้ว่า การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ทำต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกายและเป็นภาวะวิกฤตที่อาจมีอันตรายถึงชีวิตของผู้ป่วย (Deyirmemjian, Karam, & Salameh, 2006) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด (Ledoux & Luikart, 2010) ทั้งยังเป็นภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นกับชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จึงพบว่าในระยะก่อนผ่าตัดหัวใจผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง (Stengrevics et al., 1996; Wattier et al., 2011) ซึ่งความวิตกกังวลนั้นเกิดจากความกลัว และความไม่แน่นอนจากการผ่าตัด (Guo, East, & Arthur, 2001) โดยเฉพาะอย่างยิ่งขณะรอผ่าตัด ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกกลัวไม่ฟื้น กลัวการเสียชีวิต กลัวการได้รับยาสลบ กลัวผลของการผ่าตัด จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความต้องการแสวงหาข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในประเมินสถานการณ์การผ่าตัดที่กำลังจะเกิดขึ้นกับตนเอง โดยข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการรับรู้เมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตที่เกิดจากการเจ็บป่วย ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ วิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวขณะเข้ารักษาในโรงพยาบาลหรือเมื่อกลับบ้าน (Gaglione, 1984) การผ่าตัดหัวใจเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลในระยะก่อนผ่าตัด ดังการศึกษาของศรีประภา จันทร์มีศรี (2551) พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะก่อนผ่าตัดมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด

และการรักษา (งามพิศ ธนะไพศาล และคณะ, 2550; เอื้องพร พิทักษ์สังข์, 2553; Fleming et al.,2002; Samsudin, 2005; Davis et al., 2014) รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวกับความสำเร็จจากการผ่าตัด (Lindsay et al., 1997) และสุภาพรรณ นิตยสุภรณ์ (2556) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความต้องการข้อมูลอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 52.65 แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการตรวจเยี่ยมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดโดยการให้ข้อมูลร่วมกับการเปิดวีดีทัศน์ เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่อาจมีข้อมูลบางส่วนที่ผู้ป่วยได้รับแล้วแต่ยังไม่ตรงกับความต้องการ หรือยังสงสัย ทำให้ผู้ป่วยอยากได้ข้อมูลเพิ่มเติม จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง

1.2 ความต้องการด้านร่างกาย พบว่าผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ มีความต้องการด้านร่างกายอยู่ในระดับมาก

อภิปรายได้ว่า ความต้องการทางด้านร่างกาย เป็นความต้องการพื้นฐานลำดับแรกในการรักษาความสมดุลของร่างกายเพื่อการดำรงอยู่ของชีวิต (Maslow, 1970) ซึ่งความต้องการทางด้านร่างกาย ประกอบด้วยความต้องการทางด้านอาหาร น้ำ การขับถ่าย อุณหภูมิที่พอเหมาะ ความปลอดภัย ความสะอาดของร่างกาย การพักผ่อน การมีสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ การเคลื่อนไหวของร่างกาย การปราศจากความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายต่างๆ (Gaglione, 1984) ในระยะก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายก่อนผ่าตัด โดยการงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 8-10 ชั่วโมง รวมถึงมีการสวนอุจจาระ และถ่ายปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด (Timby & Smith, 2003) จากนั้นผู้ป่วยต้องมาอยู่ในบริเวณรอผ่าตัด ซึ่งบรรยากาศในห้องผ่าตัดค่อนข้างเย็น อีกทั้งการรอเข้าห้องผ่าตัดอาจใช้ระยะเวลานาน ผู้ป่วยจึงต้องการให้ร่างกายได้รับความอบอุ่นขณะรอผ่าตัด และบางครั้งอาจรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะเนื่องจากต้องรอนาน จึงต้องการความช่วยเหลือเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ และในระยะก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยมักจะได้รับยานอนหลับและยาคลายความกังวล เพื่อลดความวิตกกังวล และยังช่วยให้การดมยาสลบหรือการใช้ยาระงับความรู้สึกเป็นไปได้โดยสะดวก ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกง่วงซึม ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นภายนอกลดลง อาจเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุขณะรอผ่าตัดได้ อีกทั้งวิสัญญีแพทย์ได้อธิบายถึงผลข้างเคียงของยานอนหลับและยาคลายความกังวล อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกังวลใจส่งผลให้เกิดความต้องการด้านความปลอดภัยเกิดขึ้น ดังการศึกษาของสุพรรณี หมื่นหัส (2555) พบว่าผู้ป่วยรอผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความต้องการการพยาบาลด้านร่างกายอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะความต้องการการพยาบาลให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นระหว่างนอนรอ มีมากที่สุด ร้อยละ 44.5 รองลงมาคือความต้องการการดูแลให้ร่างกายได้รับความอบอุ่นมากขึ้น ร้อยละ 20.4

1.3 ความต้องการด้านอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มีความต้องการด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก

อภิปรายได้ว่า ความต้องการด้านอารมณ์ เป็นความต้องการลดหรือบรรเทาความวิตกกังวล โดยพูดคุย ปลอบโยน ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจและระบายความรู้สึกต่างๆ (Gaglione, 1984) ในระยะก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลผ่าตัดจากศัลยแพทย์ผ่าตัดหัวใจโดยตรง เกี่ยวกับวิธีการผ่าตัด ตำแหน่ง ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลที่ได้รับอาจทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความต้องการอยากให้บุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลรอบข้างเข้ามาพูดคุย ปลอบโยน ด้วยการสัมผัสจับมือหรือโอบกอดให้กำลังใจก่อนเข้ารับการผ่าตัด (Mark, Lockhart, McMeekin, & Isley, 1997; Wesson, 1997) สิ่งเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจพร้อมเผชิญหรือต่อสู้กับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ ดังการศึกษาของปรียาพร สมัครการ (2557) พบว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดใหญ่มีความต้องการด้านอารมณ์จากการเยี่ยมก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับมาก และสุพรรณี หมื่นหัส (2555) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยต้องการให้แพทย์และพยาบาลอยู่กับผู้ป่วยก่อนดมยาสลบเพื่อเป็นกำลังใจ คิดเป็นร้อยละ 86.1

1.4 ความต้องการด้านจิตวิญญาณ พบว่าผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ มีความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก

อภิปรายได้ว่า จิตวิญญาณเป็นส่วนหนึ่งของบุคคลที่ไม่สามารถมองเห็น แต่เป็นส่วนที่บุคคล รู้และสัมผัสได้ เป็นขุมพลังของสุขภาพ (Reed, 1991 อ้างถึงใน เสาวลักษณ์ มณีรักษ์, 2545) อีกทั้งจิตวิญญาณยังเป็นแก่นหลักของชีวิต เชื่อมด้านกาย จิต จิตสังคมของบุคคลเข้าด้วยกัน และยังเป็นความหวัง หรือเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจช่วยให้บุคคลก้าวผ่านปัญหาและอุปสรรคต่างๆ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2545) การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นการผ่าตัดใหญ่ ที่ทำกับอวัยวะที่มีความสำคัญต่อการมีชีวิต เป็นการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ขณะผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัด (Sabiston & Spencer, 1990; Kirklin & Barratt, 1992) อีกทั้งยังเป็นภาวะวิกฤตในชีวิตของผู้ป่วย อาจส่งผลให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิตได้ ดังนั้นในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยจึงต้องการได้รับความมั่นใจจากทีมสุขภาพว่า เมื่อทำผ่าตัดแล้วจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากที่สุดเป็นลำดับแรกคือ ต้องการให้แพทย์และพยาบาลให้ความมั่นใจว่าการผ่าตัดครั้งนี้จะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 69 ซึ่งการให้ความมั่นใจ เป็นเหมือนความหวังและความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดที่มีต่อทีมสุขภาพที่ให้การดูแลตนเอง ดังการศึกษาของ กนกอร กองจันทร์ (2554) พบว่าผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีความต้องการด้านจิตวิญญาณด้านความหวังอยู่ในระดับมากที่สุด และสุพรรณี หมื่นหัส (2555) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยต้องการความมั่นใจว่าจะได้รับการผ่าตัดที่ปลอดภัยและ

ดีที่สุด เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตที่กำลังจะเกิดขึ้น ย่อมต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ดังการศึกษาของ อัมภิชา นาไวย์ (2551) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งแรกต้องการได้รับสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น การสวดมนต์ หรือมีพิธีกรรมทางศาสนา เป็นต้น

2. ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงมีความต้องการโดยรวมไม่แตกต่างกัน ดังนั้นเพศจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการโดยรวมของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

อภิปรายได้ว่า การผ่าตัดหัวใจถือเป็นอวัยวะที่สำคัญ มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของบุคคล อีกทั้งเป็นสถานการณ์ที่มาคุกคามผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่ไม่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นความต้องการด้านร่างกาย ผู้ป่วยย่อมต้องการได้รับการตอบสนองที่ไม่ต่างกันเนื่องจากเป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคล หรือความต้องการด้านอารมณ์ เช่น การพูดคุย ปลอบโยนหรือให้กำลังใจ เพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และความต้องการด้านความหวัง หรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจก่อนผ่าตัด รวมถึงข้อมูลที่จำเป็นต่างๆ ขนิษฐา นาคะ (2534) และวราภรณ์ กุประดิษณ์ (2544) ศึกษาในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดศีรษะและคอ ช่องท้อง และระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด โดยเพศชายและเพศหญิงมีความต้องการข้อมูลที่ไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความต้องการแสวงหาข้อมูล เพื่อนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจเกี่ยวการผ่าตัดที่กำลังจะเกิดขึ้นกับตนเองเหมือนกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพรรณ นิตยสุภรณ์ (2556) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดหัวใจ

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = .366$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

อภิปรายได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น เป็นทุกข์ ไม่สบายใจ เกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุกคามหรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง (Spielberger, 1976) การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลให้ระยะก่อนผ่าตัดหัวใจผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้น (Wattier et al., 2011) ซึ่งความวิตกกังวลนั้นอาจเกิดขึ้นจากความกลัว เกี่ยวกับความเจ็บปวด การเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ การพึ่งพาผู้อื่น การสูญเสียการควบคุม การเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิต รวมถึงความตายที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด (Smeltzer & Bare, 2000) เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลและความเครียดเกิดขึ้น ย่อมมีความต้องการที่จะลดความวิตกกังวลและความเครียดลง โดยการแสวงหาข้อมูลซึ่งเป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่บุคคลนำมาใช้เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน (Lazarus & Cohen, 1983) ซึ่งการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงตรงกับความต้องการของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดหวังเหตุการณ์ได้ตรงความเป็นจริง และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้สติปัญญาในการประเมินเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น McGaughey & Harrisson (1994) กล่าวว่าความต้องการข้อมูลเป็นผลมาจากความวิตกกังวลและการขาดความรู้หรือความเข้าใจ และ Nelson (1996) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 76 ที่ได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัด มีความวิตกกังวล และความกลัวลดลง จากการศึกษาของ เสงี่ยม ช่วยนุ้ยและชวนพิศ มีสวัสดิ์ (2543) พบว่าความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ($r = .145$, $p < .05$) เช่นเดียวกับ สุภาพรรณ นิตยสุภภรณ์ (2556) ศึกษาพบว่าความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ($r = .213$, $p < .001$)

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ผลศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = .447$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

อภิปรายได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นการรับรู้ในความเชื่อ หรือความนึกคิดของบุคคลที่ประเมินความรุนแรงของโรค หรือผลกระทบจากการเกิดโรค ซึ่งพิจารณาจากผลที่จะเกิดตามมา ครอบคลุมถึงการเสียชีวิต การลดการทำหน้าที่ ความพิการ ความทุกข์ทรมาน ตลอดจนผลกระทบต่อการทำงาน ชีวิตครอบครัวและชีวิตสังคม (Becker, 1974 อ้างถึงใน นรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2553) ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด รวมถึงความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดจากแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ

เกี่ยวกับสถานการณ์ของโรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งประเมินว่าโรคของตนเองมีความรุนแรงและมีความเสี่ยงมากน้อยเพียงใด ส่งผลกระทบอย่างไรบ้างต่อตนเอง ครอบครัว รวมถึงบุคคลรอบข้าง ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยต้องยอมรับและปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ในขณะที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดครั้งนี้ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความต้องการในด้านต่างๆตามมาได้ ดังการศึกษาของจุรีรัตน์ รักวิธรรม (2543) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการพยาบาลโดยรวม ($r = 0.21$, $p < .05$)

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาพลักษณ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาพลักษณ์มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = .464$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

อภิปรายได้ว่า การรับรู้ภาพลักษณ์เป็นการรับรู้อารมณ์ ความรู้สึก หรือการรู้คิดเกี่ยวกับร่างกายและมีพฤติกรรมการแสดงออกที่เปลี่ยนไป (Hopwood et al, 2001) เมื่อบุคคลมีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ไม่ว่าจะเป็นที่อวัยวะไหน บริเวณใด และไม่ว่าจะเกิดจากพยาธิสภาพของโรคหรือการรักษา ย่อมทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่ชอบ ไม่พึงพอใจในร่างกายของตนเอง ทำให้ขาดความภาคภูมิใจ และรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองต่ำ ส่งผลต่อการทำงานและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Wassner, 1982 อ้างถึงใน น้ำทิพย์ ไพคำนาม, 2554) กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตำแหน่งของแผลผ่าตัดที่จะเกิดขึ้นภายหลังการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ คือบริเวณตรงกลางหน้าอก (Midline sternum) และบริเวณแขนหรือขา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีรอยแผลเป็นตลอดชีวิต ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์เกิดขึ้น ไม่กล้าออกงานสังคม มีพฤติกรรมการเก็บตัว ส่งผลเสียต่อสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและคนรอบข้าง จากการศึกษาของ Kantoch et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจที่มีแผลเป็นบริเวณหน้าอกทำให้ความเชื่อมั่นและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการอยากได้รับการสนับสนุนด้านความเชื่อมั่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การกล้าแสดงออก และการยอมรับกับภาพลักษณ์ที่จะเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด รวมทั้งอยากได้รับข้อมูลการดูแลแผลเป็นภายหลังผ่าตัด และการสวมเครื่องแต่งกายที่เหมาะสม เพื่อช่วยปกปิดแผล เป็นต้น และจากการศึกษาของ Schmid-buchi et al. (2013) พบว่าภาพลักษณ์มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดให้เคมีบำบัด ฉายแสง/รังสี ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งถือเป็นภาวะวิกฤตที่เข้ามาในชีวิตที่ไม่ได้มีการคาดคิดล่วงหน้า (Saturation crisis) (Aguilera, 1989) เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ($\beta = 1.025$, $p < .001$)

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

อภิปรายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ความช่วยเหลือหรือการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ สิ่งของและบริการ จากครอบครัว ญาติ เพื่อน และบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Schaefer et al, 1981) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ถึง ความรัก ความห่วงใย จากเป็นสมาชิกในครอบครัว คู่สมรส ญาติ เพื่อน และบุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมถึงกำลังใจเงินทอง สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร และการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 76.4 มีสถานภาพสมรส อาศัยอยู่แบบครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน ซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิด บางครอบครัวอยู่แบบเครือญาติ มีการติดต่อ พูดคุย ช่วยเหลือกัน ผู้ป่วยจึงได้รับความรัก กำลังใจ ความสนใจ เอาใจใส่จากครอบครัวเป็นอย่างดี โดยเฉพาะจากคู่สมรส แสดงให้เห็นถึงความไว้วางใจ รักใคร่ และผูกพันภายในครอบครัว อีกทั้งการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นการผ่าตัดใหญ่ มีความเสี่ยงสูง อาจทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัว ดังนั้นครอบครัวจึงอยากมาให้กำลังใจกับผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการผ่าตัดใหญ่ครั้งนี้ไปได้ อีกทั้งในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการตรวจเยี่ยมจากพยาบาลห้องผ่าตัดและทีมสหสาขา ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด เพื่อเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ โดยให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขั้นตอน วิธีการผ่าตัด สภาพแวดล้อม บรรยากาศภายในห้องผ่าตัด และสถานการณ์ในห้องผ่าตัดที่ต้องเผชิญ (รัตนา เพิ่มเพ็ชร และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, 2559) รวมถึงการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ไว้ใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อข้องใจและความวิตกกังวลต่างๆ และมีการให้กำลังใจผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยการพูดคุย สัมผัส รวมทั้งเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดก่อนเข้าห้องผ่าตัดเพื่อเป็นการสร้างเสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่ได้เผชิญความทุกข์อย่างเดียวดาย ยังมีครอบครัว บุคลากรในทีมสุขภาพที่คอยสนับสนุน อีกทั้งยังมีการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวันถ้าผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รวมทั้งการสนับสนุนสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นเมื่อผู้ป่วยต้องการหรือร้องขอ

ดังนั้นจากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.71, SD = 0.03) และได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเพียงพอจากสมาชิกในครอบครัว คู่สมรส ญาติ เพื่อน และบุคลากรทางด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของปรียาพร สมัครการ (2557) พบว่าผู้ป่วยได้รับการ

ตอบสนองความต้องการจากการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านข้อมูลข่าวสาร ($\overline{X}$ = 36.44, SD = 3.34) และด้านอารมณ์ ($\overline{X}$ = 15.13, SD = 1.70) จึงอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่สนับสนุนผลการศึกษาครั้งนี้ว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการพยาบาล ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลและให้การพยาบาลแบบสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านจิตวิญญาณต่อความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนด้านการรับรู้ภาพลักษณ์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ครอบคลุมตรงกับความต้องการที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายด้าน เช่น ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของผู้ป่วยกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนมากขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกอร กองจันทร์. (2554). *ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณและความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยภาวะวิกฤต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

กรรณิการ์ บัวสุข. (2550). *ความต้องการการพยาบาลที่คาดหวังและการพยาบาลที่ได้รับจริงของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องพักฟื้น*. รายงานการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กันยา ออประเสริฐ. (2540). การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. ใน เรณู อาจสาลี*: การพยาบาลห้องผ่าตัด* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.

กันยา ออประเสริฐ. (2543). กลยุทธ์ในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. *วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย,*5(1), 1-5.

กำธร ธรรมประเสริฐ. (2543). *พยาธิกำเนิดของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี.* กรุงเทพ: ไอเด็นทิตี้ กรุ๊ป.

กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, พรพิมล มาศนรากรณ์, และสมพร ชินโนรส. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. ใน สมพร ชินโนรส และไสว นรสาร (บรรณาธิการ), *การพยาบาลทางศัลยศาสตร์เล่ม 4*. (หน้า 1-28). กรุงเทพ: รำไทยเพรส จำกัด.

กุลธิดา เกตุแก้ว. (2556). *ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นโรคมะเร็งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลปีแรกภายหลังได้รับการวินิจฉัย*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ขนิษฐา นาคะ. (2534). *ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ขนิษฐา รัตนกัลยาและคณะ. (2557). ความต้องการความสุขสบายและการได้รับการตอบสนองความต้องการความสุขสบายของผู้ป่วยที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนัก. *พยาบาลสาร,* 41(11), 122-123.

จรัญ สายะสถิต. (2555). *ศัลยศาสตร์โรคหัวใจที่พบบ่อย* (พิมพ์ครั้งที่ 1). พิษณุโลก: โกลบอลพรินท์.

จิรประภา ภาวิไล. (2535). *การศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

จุรีรัตน์ รักวิธรรม. (2543). *ความต้องการการพยาบาล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการพยาบาลที่ได้รับของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ชไมพร สถิรลีลา. (2541). *ความต้องการดูแลและการได้รับการดูแลจากพยาบาลของผู้ป่วยที่หน่วยพักค้างรอดูอาการตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ช่อลดา พันธุเสนา. (2542). *ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 1 (ศัลยศาสตร์)*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ชัดเจน จันทรพัฒน์. (2543). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการโรงพยาบาลในโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2545). การพยาบาลด้านจิตวิญญาณกับกระบวนการพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล,* 17(1), 1-12.

ธนวัฒน์ เบญจานุวัตรา. (2553). Percutaneous coronary intervention. ใน อภิชาต สุคนธสรรพ์ (บรรณาธิการ), *Coronary artery disease. The new frontiers*. เชียงใหม่: เชียงใหม่ทริคอิ้ง.

ธนวัฒน์ เบญจานุวัตรา และอภิชาต สุคนธสรรพ์. (2543). *percutaneous transluminal coronary angioplasty*. ใน อภิชาต สุคนธสรรพ์ (บรรณาธิการ), โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เชียงใหม่: ไอเด็นติตี้กรุ๊ป.

ธนิญา น้อยเปียง. (2545). *การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธำรง จิรจริยาเวช, ทวีสิน ตันประยูร, สุทธิพร จิตรมิตรภาพ, & พัฒน์พงศ์ นาวีเจริญ. (2550). *ตำราศัลยศาสตร์* (พิมพ์ ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: ปรียาธรอินเตอร์พริ้น.

นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). *สถิติชวนใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดไอคอนพริ้นติ้ง.

นรลักขณ์ เอื้อกิจ. (2553). *การสร้างเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นวพร จินใจ. (2550). *ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในช่วงเวลารอคอยการผ่าตัดใหญ่ที่ห้องผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

น้ำทิพย์ ไพคำนาม. (2557). *การรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นิพาพร ภิญโญศรี. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นุชนารถ บุญจึงมงคล. (2552). Hemodynamic instability and resuscitation after open heart surgery. ใน เกรียงชัย ประสงค์สุกาญจน์ และวีรชัย นาวารวงศ์ (บรรณาธิการ), *Critical care in Cardiothoracic surgery*. กรุงเทพมหานคร: บียอน เอ็นเทอร์ไพรซ์.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย จำกัด.

ปฐมพร เดี่ยวทิพย์สุคนธ์. (2540). *ความต้องการการพยาบาล การพยาบาลที่ได้รับและความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับของมารดาหลังผ่าตัดคลอด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ประณีต ส่งวัฒนา. (2544). หลักการและแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. ใน ช่อลดา พันธุเสนา (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 1 (ศัลยศาสตร์)*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ปรียาพร สมัครการ. (2556). *ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการจากการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปีรัชนี ชาติบุรุษ. (2546). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจโดยการผ่าตัด. Surgical management of coronary artery disease.ใน วิศาล คันธารัตนกุล และระพีพล กุญชรณ อยุธยา (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ*. กรุงเทพฯ: ชมรมฟื้นฟูหัวใจแห่งประเทศไทย.

ปุณณฤกษ์ ทองเจริญ และ พันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุญส่ง. (2550). *Coronary Artery Bypass Grafting (CABG).* Retrieved August 18, 2015, from http://www.thaiheart.org/images/sub_1296823951/Coronary%20Artery%20Bypass%20Grafting.pdf

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 4). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

พิศสมัย อรทัย และศรีสมร ภูมนสกุล (2556). *การวิเคราะห์อำนาจทดสอบและการประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power*. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี 39.

พจนา สมุทรัตน์. (2549). *ความต้องการบริการสุขภาพและบริการสุขภาพที่ได้รับของผู้สูงอายุในเขตอำเภอแกลง จังหวัดระยอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

พรนภา เฮงเจริญสุวรรณ. (2552). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

มยุเรศ ลีลาวรวุฒิ และฮอเดียะ บิลยะลา. (2549). *คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัดตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

มลธิรา อุดชุมพิสัย และคณะ. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานในผู้ป่วยวิกฤติทางอายุรกรรม. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก,* 21(1), 14-30.

ยุวดี ฦาชา และคณะ. (2543). *วิจัยทางการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: สยามศิลปะการพิมพ์.

รัชนก ทรงทรัพย์. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

รัตนา เพิ่มเพ็ชร และเบ็ญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. (2559). บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด: การให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. *รามาธิบดีพยาบาลสาร,* 22(1), 9-19.

เรณู อาจสาลี. (2553). *การพยาบาลผู้ที่มารับการผ่าตัด*. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.

วราภรณ์ กุประดิษฐ์. (2544). *ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดโรงพยาบาลหนองคาย.* สารนิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วิไลรัตน์ ชัยนนถี. (2549). *การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วีรชัย นาวารวงศ์. (2543). การผ่าตัดรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี.ใน อภิชาต สุคนธสรรพ์ *: โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี*. เชียงใหม่: ไอเด็นติตี้กรุ๊ป.

ศรัญญา ครึ่งมี. (2543). *การรับรู้และเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศรีประภา จันทร์มีศรี. (2551). *ความต้องการและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติ์ตระกูล และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. (2558). *การพยาบาลปริศัลยกรรม (Periopertive Nursing)*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทออฟเซตพลัส.

ศิริชัย กาญจนวาสี. (2555). *สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 6 ฉบับปรับปรุงใหม่). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมพร แจ้วจิรา. (2553). *ความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย. (2015). *สถิติการผ่าตัดหัวใจในประเทศไทย*. Retrieved วันที่ 18 สิงหาคม, 2558, from http://thaists.org/news_detail.php?news_id=212 .

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2555*. Retrieved วันที่ 18 สิงหาคม 2558, from http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/index.htm,

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). *การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

สุชาติ ไชยโรจน์. (2553). การผ่าตัดบายพาสเส้นเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Surgery: CABG). ใน สุชาต ไชยโรจน์ (บรรณาธิการ), *Essentials in Cardiothoracic Surgery*. กรุงเทพมหานคร: ไอเดีย อินสแตนท์ พริ้นทิ่ง.

สุพจน์ ศรีมหาโชตะ และสมนพร บุณยะรัตเวชสองเมือง.(2552). โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. ใน ระพีพล กุญชร ณ อยุธยา (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ*. กรุงเทพมหานคร: ฮาซันพริ้นติ้ง.

สุพรรณี หมื่นหัส. (2555). *ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจขณะรอรับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุภาพ อารีเอื้อ. (2541). *การพยาบาลในห้องผ่าตัด* : จากการส่งเครื่องมือสู่การพยาบาลแบบองค์รวม. *วารสารรามาธิบดี,* 4(2), 204-211.

สุภาพรรณ นิตยสุภภรณ์. (2556). *ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยหัวเฉียว.

เสงี่ยม ช่วยนุ้ย และชวนพิศ มีสวัสดิ์. (2543). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยโรงพยาบาลพัทลุง. *วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย,* 5(2), 103-109.

เสาวลักษณ์ มณีรักษ์. (2545). *ประสบการณ์ของพยาบาลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤติ.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อิสรีย์ ศรีศุภโอฬาร. (2557). *ผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อภิชาต สุคนธสรรพ์. (2543). Diagnosis and treatment. ใน อภิชาต สุคนธสรรพ์ (บรรณาธิการ), *Coronary artery disease*. กรุงเทพมหานคร: ไอเด็นติตี้กรุ๊ป.

อภิรักษ์ เชษฐเผ่าพันธุ์. (2551). การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. ใน บดินทร์ ขวัญนิมิต. (บรรณาธิการ), *เวชบำบัดวิกฤติสงขลานครินทร์*. สงขลา: ชาญเมืองการพิมพ์.

อรสา ภูพุฒิ. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 6). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

เอื้องพร พิทักษ์สังข์. (2554). ศึกษาระดับความวิตกกังวล ความเครียดและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดทางตาแบบผู้ป่วยนอก. *วารสารพยาบาลศิริราช*, 4(1), 35-41.

อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์. (2543). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในระบบหัวใจและหลอดเลือด.* กรุงเทพมหานคร: บริษัท ลิฟวิ่ง ทรานส์ มีเดีย.

อัมภิชา นาไวย์. (2551). *ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

<u>ภาษาอังกฤษ</u>

Aquilera, D. C. (1989). Crisis intervention. In I. L. M. Birckhead (Ed.). *Psychiatric/mental health nursing* (pp. 229-250). Philadelphia: J. B. Lippincott.

Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). (2011). Standard of Perioperative nursing. In AORN (Ed.). *Perioperative Standard and recommended practice for inpatient and ambulatory setting* (pp. 4-51). Denver (CO): AORN.

Aupart, M., Neville, P., Tahir, A., Axelroud, S., May, M. A., & Sacher, A. (2003). Indications of coronary artery bypass graft. *J Cardiovasc Surg (Torino),* 44(3), 313-318.

Best, J.W. (1981). *Research in education (4th ed.)*. Englewood Cliffs, NJ:Prentice-Hall.

Bernet, J. J. (1997). Smothing the CABG to recovery. *American Journal of nursing,* 97(2), 22-27.

Bojar, R. M. (2005). *Manual of perioperative care in Adult cardiac surgery*: Mass : Blackwell Pub.

Bostrom, C. E., & Schwecke, L. H. (1995). Anxiety related disorder. In N.L. Keltner, L.H. Schwecke & C.E.Bostrom. (Eds.), *Psychiatric Nursing (2nd ed.).* (pp. 423-457). Philladelphia: Mosby.

Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ-A social support measure. *Nursing Research,* 30(5), 277-280.

Califior, A. M., Giammaco, G., & Teodori, G. D. (1997). Minimally invasive Coronary Artery bypasses grafting on a beating heart. *Ann Thorac Surg,* 63 (6), 72-84.

Canobbio, M. M. (1990). *Cardiovascular disorders*. Missouri: Mosby Elsevier.

Clark, P., Drain, M., & Malone, M. (2003). Addressing Patients' Emotional and Spiritual Needs. *Joint Commission Journal on Quality and Safety,* 29(12), 659-670.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of the stress. *Psychosomatic Medicine,* 38(5), 300-314.

Davis, Y., Perham, M., Hurd, A., Jagersky, R., Gorman, W., Lynch-Carlson, D., & Senseney, D. (2014). Patient and family member needs during the perioperative period. *J Perianesth Nurs.,* 29(2), 119-128.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

DeVellis, R.F. (2012). *Scale Development Theory and Application. (3rd ed.).* California: Sage.

Dillman, D. A. (2000). *Mail and Internet Surveys.The Tailored Design Method (2nd ed.).* New York Wiley & Sons. Inc.

Dirks, J. L. (2010). Cardiovascular therapeutic management. . In D.L.Urden, M.K. Stacy & E. M. Lough. (Eds.). *Critical Care Nursing Diagnosis*. St.Louis MO: Mosby Elsevier.

Dodge, J. S. (1969). Factors related to patients' perception of their cognitive needs. *Nurs Res,* 18, 502-513.

Duits, A. A., Boeke, S., Taams, M. A., Mochtar, B., Krauss, X. H., Passchier, J., & Erdman, R. A. (1998). The course of anxiety and depression in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *J Psychosom Res,* 45(2), 127-138.

Ellis, J. R., & Nowlis, E. A. (1994). *Nursing a human needs approach (3rd ed.)*. Boston: Houghton Miffin.

Fleming, S., Goodman, H., Geraghty, A., West, W., & Lancaster, L. (2002). A survey of patients' education and support needs while waiting for cardiac surgery. *Clinical Effectiveness in Nursing (*2001*),* 5, 143–151.

Franco, K. L., & Verrier, E. D. (2003). *Advance therapy in cardiac surgery (2nd ed.)*. London UK: Decker Inc.

Gaglione, K. M. (1984). Assessing and intervention with families of CCU patients. *Nursing Clinics of North America,* 19 (3), 427-432.

Graham, L. E., & Conley, E. M. (1971). Evaluation of anxiety and fear in Adult Surgical Patients. *Nursing Research,* 20, 113-122.

Guo, P., East, L., Arthur., & Anthony. (2011). *A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients*: a randomized controlled trial. Retrieved August 18, 2015, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21943828.

Hallstrom, I., & Elander, D. (2001). A comparison of patient needs as ranked by patient and nurse. Scandinavian. *Journal of Caring Sciences,* 15 (3), 228-234.

Hampe, S. O. (1975). Needs of the grieving spouse in a hospital setting. *Nursing*

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Research, *24*, 113-120.

Handerson, A., & Chien. (2004). Information needs of Hong Kong Chinese patients undergoing surgery. *Journal of Clinical Nursing,* 13(8), 960-966.

Head, S. J., Kieser, T. M., Falk, V., Huysmans, H. A., & Kappetein, A. P. (2013). Coronary Artery Bypass Graft: Part 1-the evolution over the first 50 year. *European Heart Jornal,* 34(37), 2862-2872.

Hopwood, P., & Maguire, G. P. (1988). Body image problems in cancer patients. *British journal of psychiatry,* 153(2), 47- 50.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, Menlo Park: Addision-Wesley.

Hyde, R., Bryden, F., & Asbury, A. J. (1998). How would patients prefer to spend the waiting time before their operation?. *Anesthesis,* 53(2), 192-195.

Kantoch, M. J., Eustace, J., Collins-Nakai, R. L., Taylor, D. A., Bolsvert, J. A., & Lysak, P. S. (2006). The significance of cardiac surgery scars in adult patients with congenital heart disease. *Kardiol Pol,* 64(1), 151-156.

Kattainen, E., Merilnen, P., & Jokelac, V. (2004). CABG and PTCA patients' expectations of informational support in health- related quality of life themes and adequacy of information in 1-year follow-up. *European Journal of Cardiovascular Nursing,* 3, 149–163.

Katzen, J. (2002). Management of anxiety in the refractive surgery patients. *The Journal of the American Society of Opthalmic Registered Nurse,* 27 (4), 103-109.

Kinney, M. R., Packa, D. R., & Dunbar, S. D. (1993). *AACN's clinical reference for critical are nursing (3 rd ed.)*. St.Louis C.V: Mosby Elsevier.

Kirklin, J. W., & Barratt-Boyes., B. G. (1992). *Cardiac surgery (2 nd ed)*. London UK: Churchill Livingstone.

Kneedler, J. (1993). Definition of perioperative nursing : Patient needs. *AORN Journal,* 57(2), 377-380.

Krannich, J. H., Herzog, M., Weyers, P., Lueger, S., Faller, H., Bohrer, T., & et. al. (2009). Patients Needs during Hospitalization in a Cardiac Surgery Unit before and

after Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Thorac Cardiovasc Surg,* 57 (1), 22-24.

Lazarus, R. S., & Cohen, F. (1983). *Coping and adaptation in health and illness*. New York: Free Press.

Ledoux, Denise, Luikart, & Helen. (2010). *Cardiac surgery in Cardiac nursing. Woods, Susan, L. and Others (6th ed.)*. China: Lippincott Williams & Wilkin.

Leeper, B., Cyr, A. M., Lambert, C., & Martin, K. (2011). Acute Coronary Syndrome. *Critical Care Nursing Clinics of North America,* 23(4), 547-557.

Lindsay, P., Sherrard, H., Bickerton, L., Doucette, P., Harkness, C., & Morin, J. (1997). Educational and support needs of patients and their families awaiting cardiac surgery. *Heart & Lung : The Journal of Acute and Critical Care,* 22(6), 458-465.

Mark, J., Lockhart, K., McMeekin, K., & Isley, C. (1997). How well do we support our patients between angiography and bypass survey?. *Coronary Health Care,* 8(1), 27-34.

Martin, C. G., & Turkelson, S. L. (2006). Nursing care of the patient undergoing coronary artery bypass grafting. *Journal of Cardiovascular nursing,* 21, 109-117.

Maslow, A. H. (2000). *The Maslow business reader*. New York: John Wiley & Sons.

Maslow, A. H. (1970). Human needs theory: Maslow's hierarchy of human needs. In R. F. Craven & C. J. Hirnle (Eds.). *Fundamental of nursing: Human health and function (3rd ed)*. Philadelphia: Lippincott.

McGaughey, J., & Harrisson, S. (1994). Understanding the pre-operative information needs of patients and their relatives in intensive care units. *Intensive and critical care nursing,* 10, 186-194.

Mordiffi, S., Tan, S. P., & Wong, S. K. (2003). Information provided to surgical patient versus information needed. *AORN Journal,* 77(3), 546-561.

Nelson, S. (1996). Pre – admission education for patient undergone cardiac surgery. British of Journal Nursing. Retrieved 18 2015 from www. Ci-nahl.com

Olsen, M. A., Lock-Buckley, P., & Others. (2002). The risk factor for deep and superficial chest surgical site infection after coronary artery bypass surgery are different. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 124-136.

Phillips, N., & Berry. (2013). *Berry & Kohn's Operating Room Technique (*12 *th ed.)*. St. Louis MO: Mosby Elsevier.

Pignay, D. V., Lespérance, F., Demaria, R. G., Frasure, S. N., & Perrault, L. P. (2003). Depression and anxiety and outcome of coronary artery bypass surgery. *Ann Thorac Surg,* 75 (1), 314-321

Polit, D. F., & Hungler. (2013). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization (*8*th ed.).* Philadelphia: Wolters Kluwer: Lippincott Williams and Wilkins.

Potter, P. A., & Perry, G. A. (2007). *Basic nursing: Essentials for practice (*7 *th ed.)*. St.Louis: Mosby.

Quinn, T., Webster, R., & Hatchett, R. (2002). Coronary Heart Disease : Angina and acute myocardial infarction. In R Hatchett & D.R.Thomson. (Eds.). *Cardiac Nursing : A comprehensive guide*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Ricotta, J. J., Faggioli, G. L., Castilone, A., & Hassett, J. M. (1995). Risk factors for stroke after cardiac surgery: Buffalo Cardiac-Cerebral Study Group. *J Vas Surg,* 21, 359-363.

Ruth, A., & Judith, B. (1989). *Body image in relevance to professional nursing. Behavioral concept nursing and intervention (*2 *nd ed.)*. Philladelphia: JB Lippincott.

Rymaszewska, J., Kiejna A., & T., H. (2003). Depression and anxiety in Coronary Artery Bypass Graft Patient. Retrieved August 24, 2015, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12814847.

Sabiston, D. C., Jr.,, & Spancer, F. C. (1990). *Surgery of the chest (*5 *th ed.)*. London UK: WB Saunders Company.

Samsudin, N. (2005). *Patients' information need in perioperative care : Perception of patient and nurse at the hospital of university science in Malaysia.* A thesis

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing. Prince of Songkla University, Songkla, Thailand.

Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine,* 4(4), 381-406.

Schmid-Büchi, S., Halfens, R. J. G., Müller, M., Dassen, T., & Borne, B. (2013). Factors associated with supportive care needs of patients under treatment for breast cancer. *Journal of Oncology Nursing,* 17, 22-29.

Scruth, E., & Haynes, A. (2010). Cardiovascular disorder. In L.N. Urden, K.M.Stacy & M.E.Lough. (Eds.), *Critical Care Nursing Diagnosis and Management (6 th ed).* St Louis MO: Mosby Elsevier.

Shih, F. J., Wang, S. S., Hsiao, S. M., Tseng, P. H., & Chu, S. S. (2008). Comparison of the Psychospiritual Needs of Chinese Heart Transplant Recipients at Pre- and Postoperative Stages. *Transplantation Proceedings,* 40 (2597–2599).

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, H. H. (2008). *Brunner & Suddarh's textbook of medical-surgical nursing (*11 *th ed.).* Philladelphia: Lippincott Williams & wikins.

Spielberger, C. D. (1976). The nature and measurement of anxiety. In C.D. Spielberger & R. Diaz-Guerrero (Eds.), *Cross-cultural anxiety*. Washington: Hemisphere.

Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety inventory (STAI) from Y : self-evaluation questionnaire*. Consulting Psychologists. Palo alto.

Stengrevics S., Sirois C., Carolyn E., Schwartz., Friedman R., & Alice D. (1996). The prediction of cardiac surgery outcome based upon preoperative psychological factors. *Psychology & Health,* 11(4), 471-477.

Talor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (2001). Health of the individual, family, and community. In C.Taylor, C. Lillis & P. LeMone (Eds.), *Fundamental of nursing the art and science of nursing care (*4 *th ed.).* Philadelphia: Lippincott.

Tazbir, J., & Kereztes, P. A. (2005). *Management of Clients with function cardiac disorder.* (Vol. 2). St.Louis: Mosby Elsevier.

Timmy, B. K., & Smith, N. E. (2003). *Caring for perioperative clients: Introductory medical-surgical nursing (*8 *th ed.).* Philadephia: Lippincott.

Vogelsang, J. (1988). The visual analog scale: An accurate and sensitive method for self-reporting preoperative anxiety. *Journal of Post Anesthesia Nursing,* 3(4), 235-239.

Wattier, J., Barreau, O., Devos, P., Prevost, S., Vallet, B., & Lebuffe, G. (2011). Measure of preoperative anxiety and need for information with six issues. *Ann Fr Anesth Reanim.,* 30(7-8), 533-537.

Weiss, R. (1974). The provision of social relationship. In Z. Rubin (Ed.). *Doing unto others*. New Jersy: Practice Hall.

Wesson, S. (1997). Meeting the informational, psychosocial, and emotional needs of each ICU patient and family. *Intenstve and Crmcal Care Nursing,* 13, 111-118.

WHO. (2012). *Media centre*. Retrieved August 18, 2015, from http://www.who.int/mediacenter/event/annual/world heart day/en/

Williams, A. M. (1998). The delivery of quality nursing care : A grounded theory study of the nurse's perspective. *Journal of advanced nursing,* 27 (4), 808-816.

Woods, S. (2010). *Cardiac Nursing (6 th ed.)*. USA: Lippincott Williums & Wilkins.

World Heart Federation. (2014). About World Heart Day 2014. Retrieved 18 August from http://www.world-heart-federation.org/index.php?id=123.

Yura, H., & Walsh, M. B. (1983). *The nursing process: Assessing, planning, implementation, evaluation (*4 *th ed.)*. Norwalk: : Prentice-Hall.

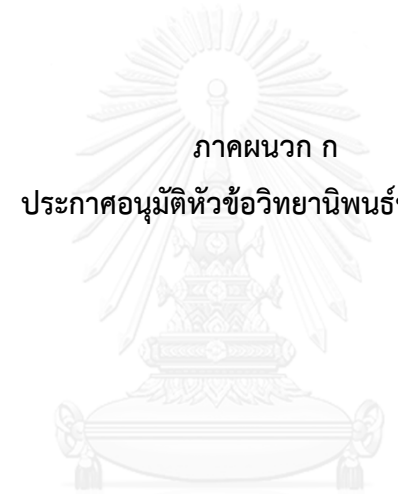
Chulalongkorn University

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ก

ประกาศอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์ของผู้วิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	5777167036
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวณิชกุล ขันบุตรศรี
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
ประธานกรรมการสอบ	รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	รองศาสตราจารย์ ดร. จอนผะจง เพ็งจาด
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์พลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่ไม่เสพยาบ้าซ้ำ EXPERIENCE OF RESILIENCE TO AMPHETAMINE USE OF ADOLESCENT WITH NON RELAPSE
ครั้งที่อนุมัติ	20/2558
ระดับ	ปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	5777177236
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ประธานกรรมการสอบ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิศสมัย อรทัย
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH PATIENTS' NEED IN PREOPERATIVE PHASE OF CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY
ครั้งที่อนุมัติ	20/2558
ระดับ	ปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	5777182336
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวแพรภรณ์ เกษมุล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การบริหารพยาบาล)
ประธานกรรมการสอบ	รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	การวิเคราะห์อภิมานปัจจัยเชิงเหตุของความสุขในการทำงานตามการรับรู้ของพยาบาล A META-ANALYSIS OF ANTECEDENT VARIABLES OF WORK HAPPINESS AS PERCEIVED BY NURSES
ครั้งที่อนุมัติ	20/2558
ระดับ	ปริญญาโท

18 มีนาคม 2559

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ – นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. ศาสตราจารย์ นพ.วิชัย เบญจชลมาศ	หัวหน้าศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และหัวหน้าหน่วยศัลยศาสตร์ทรวงอก ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศิริพร พุทธรังษี	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
3. รองศาสตราจารย์ ดร.เกศรินทร์ อุทริยะประสิทธิ์	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุสุมา ควรวัฒนสัมฤทธิ์	อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนรามาธิบดี คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นายวินิตย์ หลงละเลิง	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ค

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

จดหมายขอทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

และจดหมายขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130
ที่ ศธ 0512.11/0651 วันที่ 18 เมษายน 2559
เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาว พชรพร ยอดเพ็ชร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ วิชัย เบญจชลมาศ หัวหน้าศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และหัวหน้าหน่วยศัลยศาสตร์ทรวงอก ภาควิชาศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ศาสตราจารย์ นายแพทย์ วิชัย เบญจชลมาศ
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152
ชื่อนิสิต นางสาว พชรพร ยอดเพ็ชร โทร. 081-817-0709

ที่ ศธ 0512.11/ 0657

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

26 เมษายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาว พชรพร ยอดเพ็ชร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศิริพร พุทธรังษี อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศิริพร พุทธรังษี
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 086-783-2838
ชื่อนิสิต นางสาว พชรพร ยอดเพ็ชร โทร. 081-817-0709

ที่ ศธ 0512.11/0657

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

27 เมษายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาว พชรพร ยอดเพ็ชร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. เกศรินทร์ อุทริยะประสิทธิ์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร. เกศรินทร์ อุทริยะประสิทธิ์
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 086-783-2838
ข้อนิสิต นางสาว พชรพร ยอดเพ็ชร โทร. 081-817-0709

ที่ ศธ 0512.11/ 0657

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

27 เมษายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาว พชรพร ยอดเพ็ชร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนรามาธิบดี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152
ชื่อนิสิต นางสาว พชรพร ยอดเพ็ชร โทร. 081-817-0709

ที่ ศธ 0512.11/ 0657

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

26 เมษายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาว พชรพร ยอดเพ็ชร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายวินิตย์ หลงละเลิง ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ กลุ่มงานการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายวินิตย์ หลงละเลิง
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152
ชื่อนิสิต นางสาว พชรพร ยอดเพ็ชร โทร. 081-817-0709

ที่ ศธ 0512.11/ 0857

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

10 พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เนื่องด้วย นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วยจากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการจากการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ของ นางสาวปรียาพร สมัครการ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (2556) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลภา คุณทรงเกียรติ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร โทร. 081-817-0709

ที่ ศธ 0512.11/0687

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

10 พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากวิทยานิพนธ์ เรื่อง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน ของ นางสาววิไลรัตน์ ชัยนนถี สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2549) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. พิกุล บุญช่วง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริรัตน์ ปานอุทัย เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 -โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร โทร. 081-817-0709

ที่ ศธ 0512.11/ 0687

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๐ พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียว

เนื่องด้วย นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ของ นางสาวสุภาพรรณ นิตยสุภรณ์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียว (2556) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนี นามจันทรา เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร โทร. 081-817-0709

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ 498
วันที่ 27/พ.ย./59
เวลา 08.27 น.
ผู้รับ

เรื่อง ขอหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาว พชรพร ยอดเพ็ชร รหัสประจำตัว 5777177236
นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 1873 ซอย - ถนน พระราม 4
ตำบล/แขวง ปทุมวัน อำเภอ/เขต ปทุมวัน จังหวัด กทม
รหัสไปรษณีย์ 10330 โทรศัพท์ 081-8170709

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามภาพลักษณ์
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาการตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวเบญจรัตน์ ชีวพูนผล
4. ปีของวิทยานิพนธ์ 2547

ลงนาม พชรพร ยอดเพ็ชร ผู้ยื่นคำร้อง
(พชรพร ยอดเพ็ชร)
20 / พฤศจิกายน / 2559

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ
เห็นควรให้ใช้เครื่องมือได้	อนุมัติให้ใช้เครื่องมือได้
ลงนาม	ลงนาม
(รศ.ดร. พงษ์พันธ์ ปิยะ)	(รศ.ดร. สุวิพร ถนอมศิลป์)
28 / พ.ย. / 2559	/ /

อนุญาต
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
/ /

27 พ.ย. 59

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ
สำนักวิชาการ
เลขที่หนังสือรับ 563
ว.ด.ป. 31 ต.ค. 59
เวลา 15.05 น.

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๑๐๑๘

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๖ พฤษภาคม ๒๕๕๙

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ
แผนกสารบรรณ
เลขที่หนังสือรับ 1154
ว.ด.ป. 31 ต.ค. 59
เวลา 14.16 น.

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือเพื่อการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๖๘๗ ลงวันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๕๙

ตามหนังสือดังอ้าง ท่านได้ขออนุญาตให้ นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วย จากวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการจากการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ของ นางสาวปรียาพร สมัครการ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๕๖ เพื่อใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ความทราบแล้วนั้น คณะฯ พิจารณาแล้ว อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้อ้างอิงผู้จัดทำเครื่องมือตามกฎหมายลิขสิทธิ์ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)
โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๐๘, ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖
โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ที่ ศธ ๖๓๙๓(๒๓)/ ๑๘๑๗

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ
อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๓๐ พฤษภาคม ๒๕๕๙

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ
แผนกสารบรรณ
เลขที่หนังสือรับ 1140
ว.ด.ป. 2 มิ.ย 59
เวลา 9.10น.

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๖๘๗ ลงวันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๕๙

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์จะขออนุญาตให้นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต นำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของ**นางสาววิไลรัตน์ ชัยนนถี** ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินดีอนุญาตให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล)
รองคณบดี ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

งานบริการการศึกษา
โทร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๑๐
โทรสาร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๓๕

มฉก.กก.016

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY
18/18 ถนนบางนาตราด กม. ที่18 อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540
18/18 Bangna-Trad Road, k.m. 18, Bangplee District, Samutprakarn 10540, THAILAND
โทร. 0-2312-6300-73 โทรสาร 0-2312-6237 Tel. (662)312-6300-73 Fax. (622) 312-6237
http://www.hcu.ac.th
เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ
ฝ่ายวิชาการ
เลขที่หนังสือรับ 1579
ว.ด.ป. 7 มิ.ย. 59
เวลา 14.10 น.

ที่ มฉก.0104/ 387 คณะพยาบาลศาสตร์

31 พฤษภาคม 2559

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ
แผนกสารบรรณ
เลขที่หนังสือรับ 1215
ว.ด.ป. 1 มิ.ย. 59
เวลา 11.00 น.

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ 0512.11/0687 ลงวันที่ 10 พฤษภาคม 2559

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขออนุญาตให้ นางสาว พชรพร ยอดเพ็ชร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต ซึ่งกำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ" ใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ของ นางสาว สุภาพรรณ นิตยสุภภรณ์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ (2556) ตามความทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติพิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะ
โทรศัพท์ 0-2312-6300 ต่อ 1231
e-mail: secretary.nurse@gmail.com

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11 / 0783 วันที่ 19 พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างการวิจัยฉบับย่อ 4 ชุด
2. โครงร่างการวิจัย 4 ชุด
3. Self-Assessment form 4 ชุด
4. Conflict of interest and funding form 4 ชุด
5. ใบรับรองการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ 4 ชุด
6. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย 4 ชุด
7. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 4 ชุด
8. แบบสอบถาม 4 ชุด
9. ประวัติผู้ทำวิจัย 4 ชุด
10 แผ่นซีดีบรรจุข้อมูลเอกสาร 1 แผ่น

เนื่องด้วย นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัยเพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร โทร. 081-817-0709

โรงพยาบาลราชวิถี
รับที่ 5937
วันที่ 3 มิ.ย. 2559
เวลา 13.40

ที่ ศธ 0512.11/0783

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี
ที่ 720
รับ วันที่ 15 มิ.ย. 2559
เวลา 16.43

๑๙ พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย ว-๑๓ 4 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 4 ชุด
3. แบบฟอร์มการขอรับการพิจารณาให้การรับรองเชิงจริยธรรมที่เสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 4 ชุด
4. แบบฟอร์มให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยในโรงพยาบาล 4 ชุด
5. CD ไฟล์โครงร่างการวิจัย 1 แผ่น

เนื่องด้วย นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัยเพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์
- เพื่อโปรดทราบ
- เห็นควรแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยฯ นี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ทราบ ดำเนินการ

๑๔ มิ.ย. 2559

เรียน หัวหน้างานวิจัยทางการแพทย์
เพื่อพิจารณา

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร โทร. 081-817-0709

(นายแพทย์สุกรม ชีเจริญ)

ที่ ศธ 0512.11/0781

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

19 พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รอผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 52 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสอบถามการรับรู้ภาพลักษณ์ก่อนผ่าตัด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร โทร. 081-817-0709

ที่ ศธ 0512.11/ 0781

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

19 พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รอผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 34 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสอบถามการรับรู้ภาพลักษณ์ก่อนผ่าตัด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร โทร. 081-817-0709

ที่ ศธ 0512.11/0782

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

19 พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รอผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 67 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสอบถามการรับรู้ภาพลักษณ์ก่อนผ่าตัด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152
ชื่อนิสิต	นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร โทร. 081-817-0709

ภาคผนวก ง
เอกสารการพิจารณาจริยธรรม
และเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 201-1000

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๙/๓๕๕

ชื่อโครงการ (EC_590570)	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๕-๕๙-๕๒ ย
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร
สถานศึกษา	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิญญา เฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม _____

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา)

วันที่รับรอง ๑๐ มิถุนายน ๒๕๕๙

ระยะเวลาในการศึกษา ๑๒ เดือน

เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี

รหัสโครงการวิจัยที่ 59127
เอกสารเลขที่ 123/2559

ชื่อโครงการ "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ"

(ภาษาอังกฤษ) "Selected factors associated with the patients' need in preoperative phase of coronary artery bypass graft surgery"

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร **ตำแหน่ง** นิสิตระดับปริญญาโท

สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2559
2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2559
3. แบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2559
4. แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2559
5. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2559
6. แบบสอบถามการรับรู้ภาพลักษณ์ก่อนผ่าตัด ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2559
7. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2559
8. เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2559
9. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2559

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 15 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2559 และจะรับรองโครงการวิจัยเป็นระยะเวลา 2 ปี คือสิ้นสุดวันที่ 14 เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2561

ลงนาม.....
(รศ.คลินิก นพ.อุดม โกรฤทธิชัย)
ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....
(นายแพทย์พิทูลย์ นานุสร (พิธาภรณ์))
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

COA No. 670/2016

IRB No. 295/59

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

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

ชื่อโครงการ	: ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
เลขที่โครงการวิจัย	: -
ผู้วิจัยหลัก	: นางสาวพชรพร ยอดเพ็ชร
สังกัดหน่วยงาน	: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิธีทบทวน	: คณะกรรมการเต็มชุด
รายงานความก้าวหน้า	: ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย Version 3.0 Date 10/08/2559
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 2 Date 25/05/2559
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 3 Date 10/08/2559
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 2 Date 25/05/2559
5. ประวัติผู้วิจัย
6. GCP Training

7. แบบสอบถาม Version 3 Date 10/08/2559

ลงนาม ..... ลงนาม .....

(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์)
ประธาน
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ประภาพรรณ รัชตะปีติ)
กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 1 กันยายน 2559
วันหมดอายุ : 31 สิงหาคม 2560

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมวิจัย

(Patient/Participant information sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2. ชื่อผู้วิจัย นางสาว พชรพร ยอดเพ็ชร นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873 ถนน พระราม 4 เขตพระราม 4 แขวงปทุมวัน 10330 โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2564945 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-8170709
E-mail: patcharaporn.y@ chulahospital.org

4. ข้อมูลประกอบการให้คำยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย มีดังนี้

4.1 โครงการวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

4.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่รอทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลสังกัดของรัฐระดับตติยภูมิขั้นสูง (super tertiary care) กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่รอทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก ของโรงพยาบาลสังกัดของรัฐระดับตติยภูมิขั้นสูง คัดเลือกกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 123 คน

4.4 งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัย เชิงสหสัมพันธ์ (Correlational Research) ซึ่งผู้วิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในการตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ลงในแบบประเมิน โดยผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความลับ

4.5 งานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ ในด้านการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตรงกับความต้องการที่แท้จริงมากที่สุด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถผ่านประสบการณ์การผ่าตัดได้อย่างมั่นใจ ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยในอนาคต ในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.6 ผู้วิจัยคาดว่าการวิจัยนี้จะไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายใดๆเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย

4.7 ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงหรือความไม่สบายที่ได้รับจากการทำวิจัย และแนวทางในการรักษาหากเกิดอาการข้างเคียง เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่ออก ใจสั่น หรืออาการข้างเคียงที่ไม่เคยพบมาก่อน ท่านควรแจ้งผู้วิจัยทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติใดๆเกิดขึ้น เพื่อดำเนินการช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ผู้วิจัยจะยุติการตอบแบบประเมิน และแจ้งแก่แพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแลให้การช่วยเหลือต่อไป

4.8 ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับแบบประเมิน 6 ชุด ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ

2) แบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วย จำนวน 33 ข้อ

3) แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด จำนวน 16 ข้อ

4) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 9 ข้อ

5) แบบสอบถามการรับรู้ภาพลักษณ์ก่อนผ่าตัด จำนวน 9 ข้อ

6) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 9 ข้อ

ผู้เข้าร่วมวิจัยใช้เวลาตอบแบบสอบถาม ประมาณ 30 นาที ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบ ถ้ายังไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์อีกครั้ง

4.9 ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาแต่ประการใด

4.10 การเข้าร่วมวิจัยนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัย

4.11 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องข้อมูลจะถูกนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเท่านั้น โดยผลการวิจัยที่ได้จะนำเสนอเป็นภาพรวม

4.12 หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

4.13 การติดต่อผู้วิจัยกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อที่ นางสาว พชรพร ยอดเพ็ชร เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-8170709

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ลงชื่อ.....

(นางสาว พชรพร ยอดเพ็ชร)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

แบบสอบถาม

เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 85 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1	แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 9	ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วย	จำนวน 33	ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด	จำนวน 16	ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค	จำนวน 9	ข้อ
ส่วนที่ 5	แบบสอบถามการรับรู้ภาพลักษณ์ก่อนผ่าตัด	จำนวน 9	ข้อ
ส่วนที่ 6	แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 9	ข้อ

2. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบข้อคำถามในแต่ละส่วน
3. ข้อมูลทั้งหมดถือว่าเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่มีผลต่อการรักษาของท่าน แต่จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยคนอื่นๆต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาว พชรพร ยอดเพ็ชร
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวท่าน กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยทำเครื่องหมาย √ ลงใน ( ) หรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
   ( ) โสด ( ) คู่ ( ) แยกกันอยู่
   ( ) หย่า ( ) หม้าย
4. ระดับการศึกษา
   ( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา
   ( ) ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา ( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี
   ( ) อื่นๆ ระบุ.....
5. อาชีพ
   ( ) รับราชการ/ ข้าราชการบำนาญ
   ( ) รัฐวิสาหกิจ ( ) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
   ( ) ลูกจ้าง/รับจ้าง ( ) เกษตรกรรม/แม่บ้าน
   ( ) ไม่ได้ทำงาน
6. รายได้ต่อเดือน
   ( ) ไม่มีรายได้ ( ) น้อยกว่า 5000บาท
   ( ) 5000-10000 บาท ( ) 10001-15000 บาท
   ( ) 15001-20000 บาท ( ) มากกว่า 20000
7. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอผ่าตัด
   ( ) น้อยกว่า 3 เดือน ( ) 3 เดือน - 6 เดือน
   ( ) 6 เดือน - 12 เดือน ( ) 1 ปีขึ้นไป
8. ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัด (Functional class) (ข้อนี้ท่านไม่ต้องตอบ)
   ( ) ระดับ 1 ( ) ระดับ 2
   ( ) ระดับ 3 ( ) ระดับ 4

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้สำหรับประเมินความต้องการของท่านในระยะก่อนผ่าตัด ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 33 ข้อ

ความต้องการ หมายถึง ความประสงค์ของท่านที่ต้องการให้บุคลากรพยาบาลปฏิบัติต่อท่านก่อนได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

กรุณาทำเครื่องหมาย √ ในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงข้อละ 1 เครื่องหมาย โดยใช้การพิจารณาดังนี้

มาก หมายถึง มีความต้องการมาก

ปานกลาง หมายถึง มีความต้องการปานกลาง

น้อย หมายถึง มีความต้องการน้อย

ไม่ต้องการ หมายถึง ไม่มีความต้องการเลย

ความต้องการ	**ระดับความต้องการ**			
	มาก	**ปานกลาง**	**น้อย**	**ไม่ต้องการ**
<u>ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร</u> 1. ท่านต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาลหรือหอผู้ป่วยที่ท่านเข้ารับการรักษา				
2. ท่านต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมหรือบรรยากาศภายในห้องผ่าตัด				
3. ท่านต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.,.....				

ความต้องการ	ระดับความต้องการ			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ
11.				
12.....				
13.....				
14.....				
<u>ความต้องการด้านร่างกาย</u> 15. ท่านต้องการบรรยากาศที่เงียบสงบขณะรอผ่าตัด				
16. ท่านต้องการความปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่างๆขณะรอผ่าตัด				
17.....				
18.....				
19.....				
20.....				
<u>ความต้องการด้านอารมณ์</u> 21. ท่านต้องการให้พยาบาลห้องผ่าตัดมาเยี่ยมท่านก่อนวันทำผ่าตัด				
22 ท่านต้องการให้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่พูดคุยกับท่านด้วยวาจาที่สุภาพอ่อนโยน				
23.....				
24.....				
25.....				
26.....				

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ความต้องการ	ระดับความต้องการ			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ
<u>ความต้องการด้านจิตวิญญาณ</u> 27. ท่านต้องการได้รับการดูแลที่เท่าเทียมกันกับผู้ป่วยคนอื่นๆ				
28.....				
29.....				
30.....				
31.....				
32.....				
33.....				

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้สำหรับประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 16 ข้อ

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กลัว กังวล ไม่สบายใจ ของท่านที่มีต่อการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระยะก่อนผ่าตัด

กรุณาทำเครื่องหมาย √ ในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อละ 1 เครื่องหมาย โดยใช้พิจารณาดังนี้

มาก หมายถึง มีความวิตกกังวลมาก

ปานกลาง หมายถึง มีความวิตกกังวลปานกลาง

น้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลน้อย

น้อยมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลน้อยมาก

ข้อความ	ระดับความวิตกกังวล			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยมาก
1. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในครั้งนี้				
2. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการดมยาสลบ กลัวไม่ฟื้น				
3. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับอันตราย ความเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะและภายหลังผ่าตัด				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.....				
9.....				
10.....				
11.....				
12.....				

ข้อความ	ระดับความวิตกกังวล			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยมาก
13……..				
14……..				
15……..				
16……..				

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้สำหรับประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึก นึกคิด และความเข้าใจของท่านที่มีต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยหรือการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระยะก่อนผ่าตัด

กรุณาทำเครื่องหมาย √ ในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อละ 1 เครื่องหมาย โดยใช้พิจารณาดังนี้

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
1. ท่านคิดว่าโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่มีความรุนแรง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้				
2. ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านมาก				
3. ท่านคิดว่าอาการเจ็บแน่นหน้าอก เป็นอาการที่น่ากลัว มีความรุนแรง คุกคามต่อชีวิตของท่าน				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ภาพลักษณ์

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้สำหรับประเมินการรับรู้ภาพลักษณ์ก่อนผ่าตัด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ

การรับรู้ภาพลักษณ์ หมายถึง ความรู้สึก นึกคิด ของท่านที่มีต่อรูปร่างลักษณะภายนอกของร่างกายที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระยะก่อนผ่าตัด

กรุณาทำเครื่องหมาย √ ในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อละ 1 เครื่องหมาย โดยใช้พิจารณาดังนี้

มาก	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง
น้อย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อย
ไม่รู้สึก	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย

ข้อความ	ระดับความรู้สึก			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่รู้สึก
<u>ด้านอารมณ์และความรู้สึก</u> 1. ท่านรู้สึกว่าการมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าอก แขน และขา จะทำให้ท่านมีรูปลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม				
2.				
3.				
4.				
5.				
<u>ด้านความคิดและการรับรู้</u> 6. ท่านรู้สึกไม่ชอบถ้าต้องมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าอก แขน และขา				
7.				
<u>ด้านพฤติกรรม</u> 8. ท่านรู้สึกว่าการมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าอก แขน และขา จะทำให้ท่านต้องแต่งกายมิดชิด เพื่อปกปิดรอยแผลเป็น ไม่ให้ผู้อื่นเห็น				
9.....				

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย Chulalongkorn University

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้สำหรับประเมินการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ท่านได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนจาก ครอบครัว ญาติ เพื่อนและบุคลากรทางด้านสุขภาพ ขณะเข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระยะก่อนผ่าตัด กรุณาทำเครื่องหมาย √ ในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อละ 1 เครื่องหมาย โดยใช้พิจารณาดังนี้

มาก หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือน้อย

ไม่ได้รับเลย หมายถึง ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือเลย

ข้อความ	การได้รับการสนับสนุน			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ได้รับเลย
<u>ด้านข้อมูลและข่าวสาร</u> 1. ท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบการปฏิบัติตัวขณะเข้ารับการผ่าตัดครั้งนี้				
2.				
<u>ด้านอารมณ์</u> 3. ท่านได้รับความรัก ความห่วงใย จากครอบครัว ญาติ เพื่อน ขณะเข้ารับการผ่าตัดครั้งนี้				
4.				
5.				
6.				

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อความ	การได้รับการสนับสนุน			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ได้รับเลย
<u>ด้านสิ่งของและบริการ</u> 7. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น เมื่อท่านขาดแคลนหรือต้องการ จากครอบครัว ญาติ เพื่อนและบุคลากรทางด้านสุขภาพ				
8.....				
9.....				

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก จ
การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามและตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วย

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.885	.920	33

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
116.43	123.289	11.104	33

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
need1	2.90	1.029	30
need2	2.83	1.147	30
need3	3.80	.551	30
need4	3.63	.809	30
need5	3.57	.774	30
need6	2.97	1.066	30
need7	3.20	.805	30
need8	3.37	.850	30
need9	3.67	.547	30
need10	3.73	.521	30
need11	3.80	.551	30
need12	3.77	.504	30
need13	3.47	.860	30
need14	3.40	.770	30
need15	3.20	.805	30
need16	3.80	.484	30
need17	3.77	.504	30
need18	3.47	.681	30
need19	3.70	.596	30
need20	3.67	.661	30
need21	3.60	.675	30
need22	3.80	.484	30
need23	3.87	.346	30
need24	3.77	.504	30
need25	3.60	.563	30
need26	3.80	.484	30
need27	3.73	.450	30
need28	3.70	.596	30
need29	3.70	.596	30
need30	3.63	.615	30
need31	3.83	.648	30
need32	2.77	1.278	30
need33	2.93	1.112	30

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
need1	113.53	116.326	.266	.	.886
need2	113.60	120.179	.071	.	.893
need3	112.63	115.344	.646	.	.878
need4	112.80	116.579	.347	.	.883
need5	112.87	117.982	.280	.	.884
need6	113.47	119.568	.111	.	.891
need7	113.23	119.771	.163	.	.887
need8	113.07	113.306	.512	.	.880
need9	112.77	117.702	.446	.	.882
need10	112.70	116.631	.568	.	.880
need11	112.63	114.102	.755	.	.877
need12	112.67	115.540	.692	.	.878
need13	112.97	112.102	.573	.	.878
need14	113.03	115.757	.419	.	.882
need15	113.23	114.944	.446	.	.881
need16	112.63	115.620	.714	.	.878
need17	112.67	115.747	.672	.	.879
need18	112.97	112.171	.738	.	.876
need19	112.73	118.547	.338	.	.883
need20	112.77	112.944	.705	.	.876
need21	112.83	112.351	.733	.	.876
need22	112.63	116.102	.666	.	.879
need23	112.57	118.737	.588	.	.881
need24	112.67	118.161	.445	.	.882
need25	112.83	118.902	.331	.	.883
need26	112.63	119.344	.351	.	.883
need27	112.70	118.286	.491	.	.881
need28	112.73	117.375	.430	.	.882
need29	112.73	113.857	.714	.	.877
need30	112.80	114.097	.671	.	.877
need31	112.60	112.731	.737	.	.876
need32	113.67	118.782	.103	.	.894
need33	113.50	119.845	.091	.	.892

การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความวิตกกังวล

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.848	.846	16

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
anxiety1	2.50	1.167	30
anxiety2	1.93	1.015	30
anxiety3	3.03	.999	30
anxiety4	2.40	1.192	30
anxiety5	3.43	.858	30
anxiety6	1.73	1.081	30
anxiety7	1.83	1.020	30
anxiety8	3.00	1.083	30
anxiety9	2.00	1.017	30
anxiety10	2.40	1.003	30
anxiety11	2.60	.932	30
anxiety12	2.57	1.006	30
anxiety13	2.03	1.033	30
anxiety14	1.90	.995	30
anxiety15	1.67	.922	30
anxiety16	2.37	1.159	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
anxiety1	34.90	75.541	.325	.746	.848
anxiety2	35.47	72.878	.553	.688	.835
anxiety3	34.37	74.861	.441	.576	.841
anxiety4	35.00	71.034	.549	.679	.835
anxiety5	33.97	82.309	.028	.447	.858
anxiety6	35.67	70.644	.643	.799	.830
anxiety7	35.57	71.564	.631	.830	.831
anxiety8	34.40	71.421	.595	.760	.832
anxiety9	35.40	74.110	.477	.625	.839
anxiety10	35.00	72.621	.577	.634	.834
anxiety11	34.80	75.269	.455	.583	.840
anxiety12	34.83	74.351	.468	.747	.840
anxiety13	35.37	72.378	.571	.818	.834
anxiety14	35.50	77.845	.265	.817	.850
anxiety15	35.73	75.444	.449	.799	.841
anxiety16	35.03	73.689	.425	.664	.842

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
37.40	83.490	9.137	16

การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.766	.785	9

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
severity1	2.70	1.119	30
severity2	3.33	.758	30
severity3	3.63	.615	30
severity4	3.10	.845	30
severity5	3.17	.950	30
severity6	3.77	.679	30
severity7	2.97	1.098	30
severity8	3.07	.785	30
severity9	2.53	.730	30

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
28.27	20.823	4.563	9

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
severity1	25.57	18.737	.086	.138	.814
severity2	24.93	16.892	.539	.389	.733
severity3	24.63	17.620	.547	.474	.737
severity4	25.17	15.661	.665	.613	.711
severity5	25.10	14.369	.771	.760	.687
severity6	24.50	16.879	.624	.578	.725
severity7	25.30	14.976	.546	.461	.728
severity8	25.20	17.890	.349	.372	.758
severity9	25.73	19.375	.142	.138	.783

การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ภาพลักษณ์

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.929	.933	9

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
image1	2.20	1.064	30
image2	2.03	1.159	30
image3	2.10	.995	30
image4	1.87	.973	30
image5	1.50	.731	30
image6	2.37	1.129	30
image7	1.83	1.020	30
image8	2.23	1.135	30
image9	1.57	.817	30

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
17.70	52.976	7.278	9

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
image1	15.50	41.017	.795	.794	.918
image2	15.67	41.126	.707	.678	.924
image3	15.60	42.317	.747	.738	.921
image4	15.83	41.730	.819	.748	.916
image5	16.20	44.786	.782	.762	.921
image6	15.33	41.747	.682	.765	.925
image7	15.87	41.292	.812	.841	.917
image8	15.47	41.085	.729	.755	.922
image9	16.13	44.947	.672	.618	.925

การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.769	.815	9

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
social1	3.27	.944	30
social2	3.43	.774	30
social3	3.87	.346	30
social4	3.70	.596	30
social5	3.93	.254	30
social6	3.80	.484	30
social7	3.80	.407	30
social8	3.67	.606	30
social9	3.90	.305	30

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
33.37	9.137	3.023	9

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
social1	30.10	5.403	.647	.858	.720
social2	29.93	6.961	.386	.819	.767
social3	29.50	7.914	.567	.726	.743
social4	29.67	6.713	.670	.792	.711
social5	29.43	8.530	.366	.766	.764
social6	29.57	8.323	.207	.822	.778
social7	29.57	7.909	.464	.530	.749
social8	29.70	7.321	.441	.485	.749
social9	29.47	7.775	.746	.890	.732

ตาราง ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างตัวแปร เพศ กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้การทดสอบสถิติทีที่กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน (Independent t- test)

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Totalneeds	**Equal variances assumed**	1.052	.307	-.491	121	**.625**	-1.19678	2.43903	-6.02548	3.63192
	Equal variances not assumed			-.497	98.717	.620	-1.19678	2.40724	-5.97343	3.57987

Group Statistics

	sex	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Totalneeds	1	77	**114.2597**	**13.33417**	1.51957
	2	46	**115.4565**	**12.66264**	1.86700

ตาราง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม

Correlations

		Totalneeds	Totalanxiety	Totalseverity	Totalimage	Totalsocial
Totalneeds	Pearson Correlation	1	**.366****	**.447****	**.464****	.086
	Sig. (1-tailed)		.000	.000	.000	.173
	N	123	123	123	123	123
Totalanxiety	Pearson Correlation	**.366****	1	.593**	.620**	.049
	Sig. (1-tailed)	.000		.000	.000	.294
	N	123	123	123	123	123
Totalseverity	Pearson Correlation	**.447****	.593**	1	.440**	-.060
	Sig. (1-tailed)	.000	.000		.000	.253
	N	123	123	123	123	123
Totalimage	Pearson Correlation	**.464****	.620**	.440**	1	.034
	Sig. (1-tailed)	.000	.000	.000		.353
	N	123	123	123	123	123
Totalsocial	Pearson Correlation	.086	.049	-.060	.034	1
	Sig. (1-tailed)	.173	.294	.253	.353	
	N	123	123	123	123	123

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ความต้องการรายด้าน

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Informationneeds	123	14.00	56.00	48.2276	6.45643
Physicalneeds	123	10.00	24.00	21.2927	2.82185
Emotionalneeds	123	10.00	24.00	21.4065	2.97761
Spiritualneeds	123	8.00	28.00	23.7805	3.62491
Valid N (listwise)	123				

Statistics

		Information needs	Physical needs	Emotional needs	Spiritual needs
N	Valid	123	123	123	123
	Missing	0	0	0	0
Mean		48.2276	21.2927	21.4065	23.7805
Median		49.0000	22.0000	23.0000	24.0000
Mode		56.00	24.00	24.00	28.00
Std. Deviation		6.45643	2.82185	2.97761	3.62491
Range		42.00	14.00	14.00	20.00
Minimum		14.00	10.00	10.00	8.00
Maximum		56.00	24.00	24.00	28.00
Sum		5932.00	2619.00	2633.00	2925.00

Information needs

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	14.00	1	.8	.8	.8
	32.00	1	.8	.8	1.6
	34.00	1	.8	.8	2.4
	35.00	1	.8	.8	3.3
	36.00	2	1.6	1.6	4.9
	38.00	2	1.6	1.6	6.5
	39.00	4	3.3	3.3	9.8
	41.00	1	.8	.8	10.6
	42.00	9	7.3	7.3	17.9
	43.00	2	1.6	1.6	19.5
	44.00	6	4.9	4.9	24.4
	45.00	8	6.5	6.5	30.9
	46.00	6	4.9	4.9	35.8
	47.00	5	4.1	4.1	39.8
	48.00	6	4.9	4.9	44.7
	49.00	9	7.3	7.3	52.0
	50.00	5	4.1	4.1	56.1
	51.00	9	7.3	7.3	63.4
	52.00	8	6.5	6.5	69.9
	53.00	9	7.3	7.3	77.2
	54.00	9	7.3	7.3	84.6
	55.00	8	6.5	6.5	91.1
	56.00	11	8.9	8.9	100.0
	Total	123	100.0	100.0	

Physical needs

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10.00	1	.8	.8	.8
	14.00	1	.8	.8	1.6
	15.00	1	.8	.8	2.4
	16.00	2	1.6	1.6	4.1
	17.00	8	6.5	6.5	10.6
	18.00	15	12.2	12.2	22.8
	19.00	7	5.7	5.7	28.5
	20.00	4	3.3	3.3	31.7
	21.00	12	9.8	9.8	41.5
	22.00	19	15.4	15.4	56.9
	23.00	13	10.6	10.6	67.5
	24.00	40	32.5	32.5	100.0
	Total	123	100.0	100.0	

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Emotional needs

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10.00	1	.8	.8	.8
	13.00	1	.8	.8	1.6
	14.00	1	.8	.8	2.4
	15.00	1	.8	.8	3.3
	16.00	4	3.3	3.3	6.5
	17.00	5	4.1	4.1	10.6
	18.00	11	8.9	8.9	19.5
	19.00	8	6.5	6.5	26.0
	20.00	12	9.8	9.8	35.8
	21.00	10	8.1	8.1	43.9
	22.00	4	3.3	3.3	47.2
	23.00	16	13.0	13.0	60.2
	24.00	49	39.8	39.8	100.0
	Total	123	100.0	100.0	

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Spiritual needs

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	8.00	1	.8	.8	.8
	13.00	1	.8	.8	1.6
	15.00	2	1.6	1.6	3.3
	16.00	1	.8	.8	4.1
	17.00	3	2.4	2.4	6.5
	18.00	2	1.6	1.6	8.1
	19.00	2	1.6	1.6	9.8
	20.00	4	3.3	3.3	13.0
	21.00	15	12.2	12.2	25.2
	22.00	10	8.1	8.1	33.3
	23.00	5	4.1	4.1	37.4
	24.00	17	13.8	13.8	51.2
	25.00	17	13.8	13.8	65.0
	26.00	13	10.6	10.6	75.6
	27.00	8	6.5	6.5	82.1
	28.00	22	17.9	17.9	100.0
	Total	123	100.0	100.0	

ข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

การศึกษาปัจจัยคัดสรรของตัวแปร ความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ สถิติที่เลือกใช้ในการทดสอบครั้งนี้คือ สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน เพื่อให้ผลการวิจัยมีความเคลื่อนน้อยที่สุด จึงได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นที่จะนำมาวิเคราะห์ โดยมีเงื่อนไขของการใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553)

1. ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม เป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง มีค่าในมาตรวัดช่วงมาตรา (Interval) และอัตราส่วนมาตรา (Ratio)

2. ความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัว มีลักษณะความสัมพันธ์เชิงเส้น พิจารณาได้จากลักษณะการกระจายของข้อมูลในแผนภาพการกระจาย (scatter plot) ดังภาพ

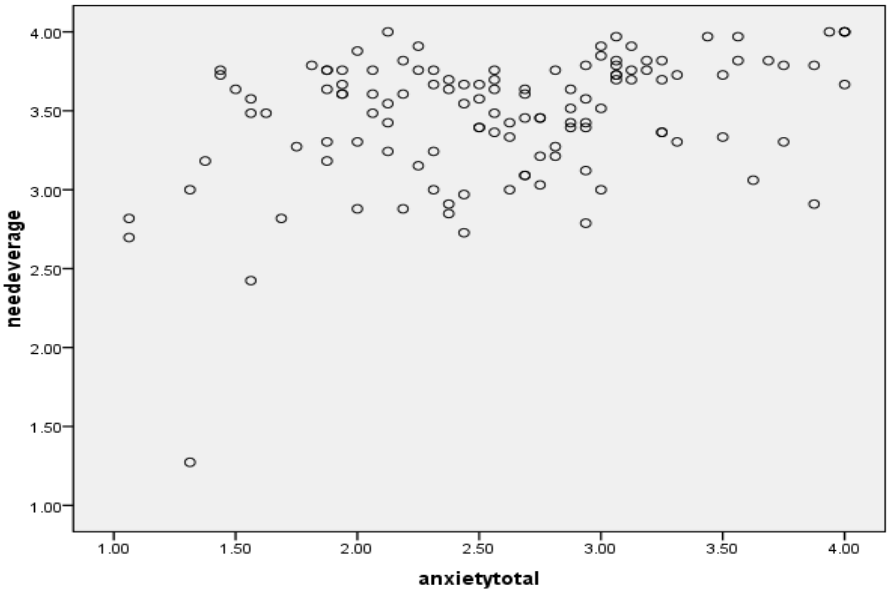
3. กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่เพียงพอ การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รอผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีจำนวน 123 คน

4. กลุ่มตัวอย่างได้จากวิธีการสุ่มจากประชากร (Random selection) การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)

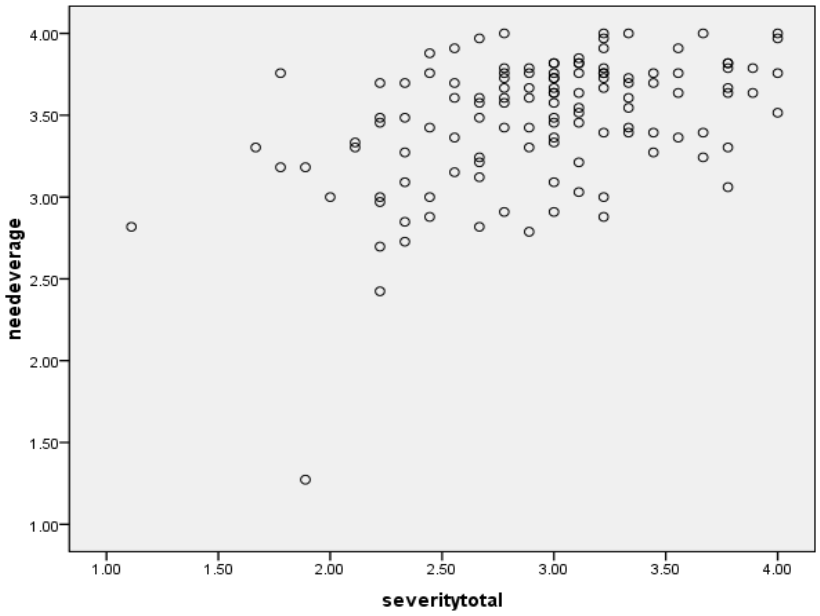
5. ข้อมูลของทั้ง 2 ชุด หรือข้อมูลของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ต้องรวบรวมมาจากกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

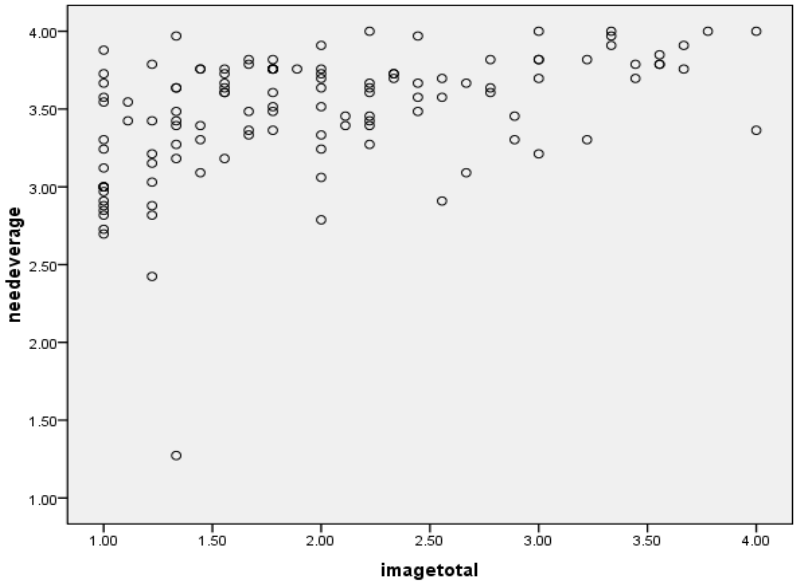
ความต้องการกับความวิตกกังวล



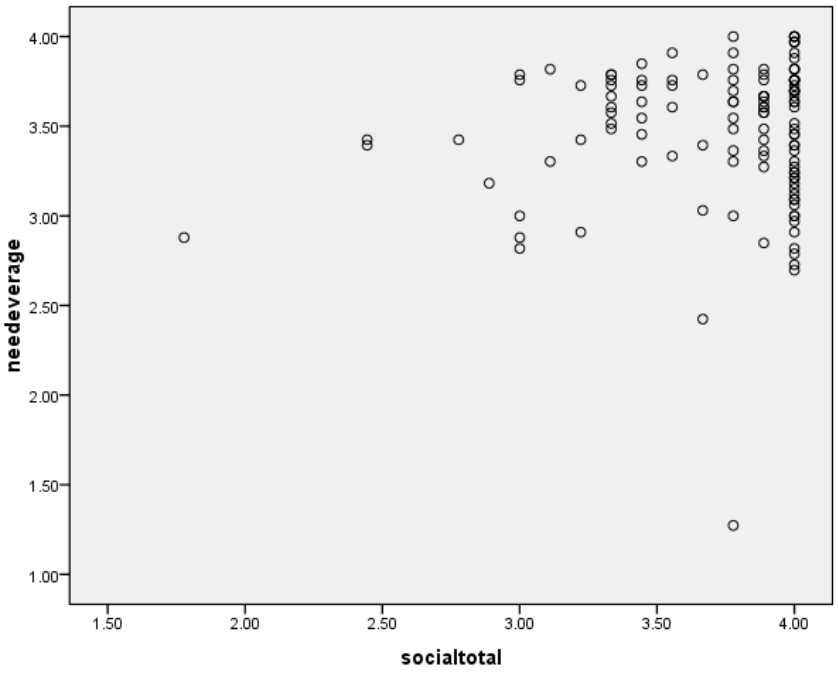
ความต้องการกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค



ความต้องการกับการรับรู้ภาพลักษณ์



ความต้องการกับการสนับสนุนทางสังคม



ภาคผนวก ฉ
หนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความในวารสารงานวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย
๓๙ หมู่ ๙ ถนนติวานนท์ ตำบลบางกระสอ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ / โทรสาร. ๐-๒๕๙๑-๙๗๙๔
THAI CARDIO - THORACIC NURSES ASSOCIATION
39 Moo 9 Tiwanong Rd. Bangkasor Mung, Nonthaburi 11000 Thailand. Tel. & Fax. 0-2591-9794

ที่ ว. สพหท. 37 /2559

4 พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ตอบรับการตีพิมพ์บทความวิจัยในวารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก

เรียน นางสาว พชรพร ยอดเพ็ชร

ตามที่ท่านได้ส่งบทความวิจัยเรื่อง **"ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ"** ลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก ซึ่งจัดทำโดยสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก (ประเทศไทย) นั้น คณะบรรณาธิการฯ ได้พิจารณาบทความดังกล่าว โดยผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อประเมินคุณภาพบทความวิจัยให้ได้มาตรฐานของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (TCI) เมื่อแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้วบทความของท่านจะได้รับการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก (ประเทศไทย) ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน) ปี พ.ศ. 2561

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ ขอขอบคุณที่ท่านให้ความสนใจและสนับสนุนส่งบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก ทางกองบรรณาธิการฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับการสนับสนุนจากท่านอีกในโอกาสต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ผศ.ดร. ดวงกมล วัตราดุลย์)
บรรณาธิการ
วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว พชรพร ยอดเพ็ชร เกิดเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2515 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาที่โรงเรียนบัวหลวงวิทยาคม จังหวัดบุรีรัมย์ และเข้าศึกษาในระดับปริญญาตรีหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และจบการศึกษาระดับปริญญาตรีจากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2539 เริ่มปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ปี 2539 เป็นระยะเวลา 1 ปี จากนั้นได้ปฏิบัติงานในหอผ่าตัดศัลยกรรมทรวงอก ตั้งแต่ปี 2540 จนถึงปัจจุบัน ต่อมาในปี 2552 ได้ผ่านการศึกษาดูงานด้านการผ่าตัดหัวใจ ณ Stanford Hospital and Clinics มลรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา และในปี 2553 ได้ผ่านการอบรมหลักสูตร การบริหารงานบริการสาธารณสุขและโรงพยาบาล (Mini MBA in Health) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวมทั้งเป็นวิทยากรอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตร Excellent Nursing in Cardiovascular Disease ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และในปี 2557 ผ่านการอบรมหลักสูตร Nursing Specialists Programme on Nursing Care/Management ณ Tan Tock Seng Hospital ประเทศสิงคโปร์ ปัจจุบันเป็นพยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ ระดับ 7 ในหอผ่าตัดศัลยกรรมทรวงอก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี 2557 จนถึงปัจจุบัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University