Princess of Naradhiwas University Journal

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

Quality Of Life in Post Cardiac Valvular Replacement Patients

ภมร แช่มรักษา พย.ม. (Pamorn Chamraksa, M.N.S.)[1]

ศิริลักษณ์ ประวีณวรกุล พย.บ. (Siriluck Praveenworakul, B.N.S.)[2]

ทัศนันท์ ศิริเสถียรรุจ พย.บ. (Tasanan Sirisateanrut, B.N.S.)[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำนวน 60 ราย หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปแล้วอย่างน้อย 2 เดือน คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ส่วน ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิต และแบบสอบถามระดับคุณภาพชีวิตพร้อมเหตุผลซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดตามการรับรู้ของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สรุปผลการวิจัยได้ว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ย ($\overline{X}$ =24.07, S.D. = 3.20) จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีทุกด้าน โดยมีคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$ = 24.98, S.D. = 4.21) รองลงมาคือด้านสังคม เศรษฐกิจ ($\overline{X}$ = 24.13, S.D. = 4.08) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ($\overline{X}$ = 24.00, S.D. = 3.03) สำหรับด้านที่ต่ำสุด คือ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ($\overline{X}$ = 23.83, S.D. = 4.04)

ผลของการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว ซึ่งสามารถสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่มจนได้รับการผ่าตัดและจำหน่ายไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจให้ดียิ่งๆขึ้น

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

---

[1] พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

[2] พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

[3] พยาบาลวิชาชีพ ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

Abstract

This descriptive study aims to examine the quality of life of patients after cardiac valvular replacement operation. Data collection was conducted 60 post cardiac valvular replacement patients after being discharged from the hospital at least two months. They were recruited purposively according to the inclusion criteria. The instruments were used three questionnaires (1) demographic data form (2) quality of life questionnaires (3) open-end questions on quality of life as perceived by individual patient. Data were analyzed by using frequency distribution, mean score and standard deviation. The study results revealed that the overall quality of life ($\overline{X}$ = 24.07, S.D. = 3.20) as well as in each aspect of post cardiac valvular replacement patients were good. The highest quality of life of patient in this group was the family domain ($\overline{X}$ = 24.98, S.D. = 4.21), ffollowed by socioeconomics ($\overline{X}$ = 24.13, S.D. = 4.08) and health and functional domain ($\overline{X}$ = 24.00, S.D. = 3.03), respectively. Whereas the psychological /spiritual domain was reported as the lowest quality of life ($\overline{X}$ = 23.83, S.D. = 4.04).

This study reflects the importance of cardiac valvular replacement on the quality of life of patients. Since the study results revealed the significance of family on the quality of life of patients in this group, family members participation on the care given to patients are therefore very important to include since the first day of being diagnosed through hospitalized, until discharge and home care. The findings derived from this study is therefore provided principal information in developing clinical care path in enhancing quality of life of patient after valvular replacement. The further study can be conducted to explore the factors influenced the quality of life of the patients preoperatively.

Keywords: Quality Of Life, Post Cardiac Valvular Replacement Patients

บทนำ

ปัจจุบันแนวทางการรักษาผู้ป่วยทั้งทางอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์เพื่อให้หายหรือบรรเทาจากโรคที่เป็นอยู่ ยังต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจากการรักษา นอกจากนี้ยังใช้เป็นเกณฑ์ที่จะพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกใช้วิธีการรักษาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ รวมทั้งใช้เป็นเป้าหมายหลักในการพิจารณาวางแผนปฏิบัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้เหมาะสมและเกิดประโยชน์มากที่สุดอีกด้วย ในทางการแพทย์และสาธารณสุขได้มีการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มโรคต่าง ๆ มากขึ้น เพราะคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ในการรักษาที่บ่งชี้ถึงคุณภาพการดูแลได้ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ในผู้ป่วยมีหลายเรื่อง เช่นคุณภาพของชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, 2539; จิราพร ศรีทน, 2546) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังรับรังสีรักษา (สุรีย์พร กฤษเจริญ และวรวรรณ เหนือคลอง, 2540) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจโคโรนารีย์ (ศิริพร เหลืองกอบกิจ, 2542) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง (จิราภรณ์ ชูวงศ์, 2545) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบในระยะก่อนและหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยบอลลูน (สมจิตร พึ่งวงศ์สำราญ, 2546) เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษา พบว่า มีระดับคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ที่สอดคล้องและแตกต่างกัน

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นศูนย์หัวใจของภาคใต้ ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการดูแลรักษาโรคหัวใจ มีผู้ป่วยจำนวนมากที่เข้ารับการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีภาวะลิ้นหัวใจพิการและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จากสถิติตั้งแต่ปี 2550, 2551, 2552 มีผู้ป่วยจำนวน 108, 134, 185 ราย ตามลำดับ โรคลิ้นหัวใจพิการเป็นโรคที่พบบ่อยและมีภาวะทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย การรักษาที่ดีที่สุดในปัจจุบัน คือ การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากอาการที่คุกคามต่าง ๆ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด (Brunner & Suddarth, 2003) โดยทั่วไปภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติได้และใช้ชีวิตในสังคมดีขึ้น (สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, 2537) แต่การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน บางคนรู้สึกดีขึ้นทันทีหลังผ่าตัดหรือต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูร่างกาย 2-3 เดือน จึงรู้สึกว่าดีขึ้นหลังผ่าตัด อย่างไรก็ตามภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในระยะแรก ได้แก่ ภาวะการเต้นของหัวใจผิดจังหวะหรือเกิดภาวะหัวใจวายในระยะต่อมาได้ ซึ่งมักเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วย (ทิพพาพร ตังอำนวย, 2541) และมีปัญหาความไม่สุขสบายของร่างกาย เช่น ปวดแผลผ่าตัด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เป็นต้น รวมถึงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากลิ้นหัวใจเทียมยังทำงานไม่มีประสิทธิภาพดีเท่าลิ้นหัวใจธรรมชาติ อาจเกิดการอุดตันของลิ่มเลือดที่ลิ้นหัวใจเทียม และถ้าลิ่มเลือดหลุดเข้าไปในระบบไหลเวียนก็จะเกิดการอุดตันของหลอดเลือดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนั้นผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจึงต้องรับประทานยาป้องกันเลือดแข็งตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ใส่ลิ้นหัวใจเทียมชนิดวัสดุเทียมเพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (Brunner & Suddarth, 2003) ปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ หากมีการติดเชื้อในร่างกายและได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้องแล้วจะทำให้เกิดการติดเชื้อของลิ้นหัวใจเทียมได้ เนื่องจากลิ้นหัวใจเทียมเป็นสารสังเคราะห์ซึ่งเป็นแหล่งที่รับเอาเชื้อโรคจากกระแสเลือดได้ง่าย

นอกจากการผ่าตัดจะส่งผลกระทบด้านร่างกายดังที่กล่าวมาแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและสังคมอีกด้วย เนื่องจากหัวใจเป็นอวัยวะที่มนุษย์ทุกคนรับรู้ว่า เป็นอวัยวะที่มีความสำคัญมาก ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเจ็บป่วยที่รุนแรงเหมือนถูกคุกคามชีวิต ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย แผลผ่าตัดบริเวณกระดูกหน้าอกที่ยาวทำให้เกิดการสูญเสียภาพลักษณ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยสตรี (จันทร์จิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ, 2539; สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2540) นอกจากนี้หลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจผู้ป่วยต้องปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตในการดูแลสุขภาพของตนเอง ตั้งแต่การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การมีเพศสัมพันธ์ การรับประทานยาและการมาพบแพทย์ตามนัด (ปริศนา อัตถาผล, 2543)

อนึ่งคุณภาพชีวิตมีลักษณะเป็นนามธรรมมีขอบเขตที่กว้างและซับซ้อน การให้ความหมายและองค์ประกอบแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมและการให้ความสำคัญในแต่ละบุคคล การศึกษานี้ได้ให้ความหมายตามแนวคิดของเฟอร์รานส์ (Ferrans, 1990) ที่กล่าวว่าคุณภาพชีวิตหมายถึงการรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความผาสุกในชีวิต ที่เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจและการให้ความสำคัญกับแต่ละองค์ประกอบของชีวิต สามารถประเมินได้จากตัวชี้วัดใน 4 ด้านตามแนวคิดของเฟอร์แรนและเพาเวอร์สคือ 1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ 3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และ 4) ด้านครอบครัว (Ferrans and Powers, 1992) ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยซึ่งนอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดแล้ว ยังช่วยในการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม หมายถึง การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นเอง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ซึ่งมิได้มีการศึกษามาก่อน เพื่อนำผลที่ได้มาวางแผนในการปฏิบัติการพยาบาลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคลิ้นหัวใจพิการโดยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคลิ้นหัวใจพิการโดยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและได้รับการจำหน่ายกลับบ้านไปแล้วอย่างน้อย 2 เดือน และนัดมาพบแพทย์ที่คลินิกศัลยกรรมโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในระหว่างที่เก็บข้อมูล (พฤษภาคม-ตุลาคม 2553) จำนวน 60 ราย คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (Yamane, 1973 อ้างในธีรวุฒิ เอกะกุล, 2543) ที่ระดับความคลาดเคลื่อนจากการประมาณค่า 0.05

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ และข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระยะเวลาที่ทำการศึกษาหมายถึงระยะเวลาตั้งแต่เริ่มแรกที่ได้รับทราบว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจจนถึงเข้ารับการผ่าตัด รายได้ สถานภาพสมรส ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดจนถึงวันเก็บข้อมูล

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของธิวาสา ลีวัธนะ (2547) ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ (Quality of Life Index Cardiac Version-III, QLI-Cardiac version -III) ของเฟอร์แรนและเพาเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1992) ภายหลังได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมหัวใจ 1 ท่าน พยาบาลผู้ชำนาญการด้านการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความชัดเจนในเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขภาษาให้ง่ายต่อความเข้าใจตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ 0.967

ซึ่งแบบสอบถามมี 36 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย 4 ด้านคือ 1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายจำนวน 18 ตัวชี้วัด 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ จำนวน 8 ตัวชี้วัด 3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณจำนวน 6 ตัวชี้วัด และ 4) ด้านครอบครัวจำนวน 4 ตัวชี้วัด โดยถามผู้ป่วยใน 2 มิติ ได้แก่

มิติที่ 1 เป็นการวัดความพึงพอใจในเรื่องต่าง ๆ โดยผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเป็นจริงของชีวิตตนเอง แบบวัดเป็นมาตรวัดประมาณค่าลิเคิต 6 ระดับได้แก่ ไม่พึงพอใจเลย พึงพอใจน้อยที่สุด พึงพอใจน้อย พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจมาก และพึงพอใจมากที่สุด

มิติที่ 2 เป็นการวัดความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ โดยผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเป็นจริงของชีวิตตนเอง แบบวัดเป็นมาตรวัดประมาณค่าลิเคิต 6 ระดับ ได้แก่ ไม่สำคัญเลย สำคัญน้อยที่สุด สำคัญน้อย สำคัญปานกลาง สำคัญมาก และสำคัญมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิตเป็นคำถามปลายเปิดโดยถามระดับคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง และไม่ดี พร้อมกับให้ผู้ป่วยระบุเหตุผลประกอบการประเมินตนเองตามระดับดังกล่าว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์ในแฟ้มประวัติการดูแลรักษาผู้ป่วยและจากการสอบถามตามเครื่องมือการวิจัย หลังจากเสนอโครงการผ่านคณะกรรมการจริยธรรมคณะแพทยศาสตร์จึงเข้าพบหัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยนอกและหัวหน้าคลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำหน่วยศัลยกรรมหัวใจหลอดเลือดและทรวงอกเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. สำรวจรายชื่อผู้ป่วยนัดมาพบแพทย์จากทะเบียนนัดผู้ป่วยและสถิติผู้ป่วยจากคอมพิวเตอร์ คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด และเก็บข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดจากข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วยในคอมพิวเตอร์

2. หลังจากนั้นเก็บข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มเติมที่แผนกคลินิกศัลยกรรม ณ ห้องตรวจศัลยกรรมหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอก โดยผู้ช่วยวิจัยจะทำการสอบถามผู้ป่วยก่อนถึงเวลาแพทย์นัดตรวจอย่างน้อย 30 นาที หรือหลังแพทย์ตรวจเสร็จเพื่อไม่ให้กระทบต่อเวลาการนัดตรวจของแพทย์



3. ก่อนการเก็บรวบรวมผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว แจ้งจุดประสงค์ให้ผู้ป่วยรับทราบ แจ้งสิทธิ์ในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัย สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจก่อนเริ่มสอบถามข้อมูลผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลตามแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อ ผู้ป่วย 1 ราย

4. ทำการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลภายหลังเก็บเสร็จสิ้นรายต่อราย เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ตามวิธีการสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยนำมาแจกแจง ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิต โดยนำวิธีการคิดคะแนนคุณภาพชีวิตที่เฟอร์แรนส์และพาวเวอรส์ได้กำหนดไว้ตั้งแต่ฉบับดั้งเดิมและมีผู้นำมาใช้อย่างต่อเนื่องมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยมีรายละเอียดของวิธีคิดดังต่อไปนี้ คือ นำค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ของมาตรวัดแต่ละข้อ (1-6 คะแนน) ซึ่งมีค่า 3.5 คะแนนมาลบออกจากคะแนนความพึงพอใจในแต่ละข้อ แล้วนำมาคูณกับคะแนนด้านความสำคัญในข้อเดียวกัน หลังจากนั้นนำคะแนนในแต่ละข้อมารวมกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดเป็นคะแนนโดยรวม ส่วนคะแนนรายด้านคิดโดยนำคะแนนทุกข้อในแต่ละด้านรวมกัน แล้วหารด้วยจำนวนข้อในแต่ละด้าน คะแนนที่เป็นไปได้จะอยู่ในช่วง -15 ถึง 15 จึงต้องนำมาบวกด้วย 15 เพื่อให้คะแนนที่ได้มีค่าเป็นบวก โดยค่าพิสัยของคะแนนที่ควรจะเป็นทั้งรายด้านและโดยรวมคือ 0 ถึง 30 คะแนน และให้เกณฑ์ระดับคุณภาพชีวิตดังนี้

คะแนน 0- 10 หมายถึงคุณภาพชีวิตระดับน้อย

คะแนน 11-20 หมายถึงคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง

คะแนน 21-30 หมายถึงคุณภาพชีวิตระดับดี

3. แบบสอบถามระดับคุณภาพชีวิตพร้อมเหตุผลซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง และไม่ดี พร้อมกับให้ระบุเหตุผลประกอบการประเมินตนเองตามระดับดังกล่าวและได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์เพื่อให้เกิดความชัดเจนและประกอบการอภิปรายผลการวิจัยในครั้งนี้

ผลการวิจัย

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.3) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41-50 ปี (ร้อยละ 36.6) อายุเฉลี่ย 51.85 ปี (ร้อยละ = 12.42) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 81.7) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 88.3 มีระยะเวลาที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับโรคเฉลี่ย 3.23 ปี (S.D. = 4.6) ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 6,482 บาท/เดือน ร้อยละ 60 มีสมรรถภาพของหัวใจอยู่ในระดับ 1 และมีเพียง ร้อยละ 21.7 ที่มีการเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดจนถึงวันที่เก็บข้อมูล เฉลี่ย 46 เดือน (ร้อยละ = 4.54) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่าง (n= 60)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	22	36.7
หญิง	38	63.3
อายุ (ปี)		
< 40	10	16.67
41 – 50	22	36.66
51 – 60	19	31.67
>60	9	15
ค่าเฉลี่ย =51.85, S.D.=12.42		
สถานภาพสมรส		
คู่	49	81.7
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	11	18.3
ศาสนา		
อิสลาม	7	11.7
พุทธ	53	88.3
ระยะเวลาที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับโรค (ปี) ระยะตั้งแต่เริ่มแรกที่ได้รับทราบว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจจนถึงเข้ารับการผ่าตัด		
ค่าเฉลี่ย = 3.23, S.D.=4.60		
รายได้ครอบครัว/เดือน (บาท)		
ค่าเฉลี่ย =6,482		
ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัด		
ระดับ 1	36	60.0
ระดับ 2	23	38.3
ระดับ 3	1	1.7
การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด		
มี	13	21.7
ไม่มี	47	78.3
ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดจนถึงวันเก็บข้อมูล (เดือน)		
ค่าเฉลี่ย = 46, S.D.=4.54		

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 24.07 คะแนน (S.D. = 3.20) จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน เมื่อจำแนกรายด้านพบว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวสูงสุด ($\overline{X}$ = 24.98, S.D. = 4.21) รองลงมา คือด้านสังคม เศรษฐกิจ ($\overline{X}$ = 24.13, S.D. = 4.08) และด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ($\overline{X}$ = 24.00, S.D. = 3.03) สำหรับด้านที่ต่ำที่สุดคือด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ($\overline{X}$ = 23.83, S.D. = 4.04) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน (n=60)

คุณภาพชีวิต	พิสัย	$\overline{X}$	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย	18.03-30.00	24.00	3.03	ดี
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	16.00-30.00	24.13	4.08	ดี
ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	16.25-30.00	23.83	4.04	ดี
ด้านครอบครัว	16.13-30.00	24.98	4.21	ดี
รวม	**18.18-30.00**	**24.07**	**3.20**	**ดี**

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ที่ได้จากการถามเพิ่มเติมโดยถามระดับคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง และไม่ดี พร้อมกับให้ระบุเหตุผลประกอบการประเมินตนเองตามระดับดังกล่าวพบว่า จากจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา 60 ราย มีผู้ป่วยรายงานว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมากจำนวน 24 ราย ระดับดี 19 ราย และระดับปานกลาง 17 ราย เหตุผลที่ผู้ป่วยให้ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีถึงดีมาก คือ มีครอบครัวอบอุ่นลูกหลานดูแล ตนเองดูแลครอบครัวได้ สามารถทำงานและมีรายได้ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เหตุผลที่ผู้ป่วยให้ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คือ การงานไม่มั่นคง เนื่องจากทำงานได้ไม่เต็มที่ สุขภาพยังไม่ดีพอ มีความกังวลกับการรักษาต่อเนื่องซึ่งต้องรับประทานยาตลอดชีวิต และครอบครัวดูแลตนเองน้อย

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 60 มีสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับ 1 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ร้อยละ 78.3) จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้นจากภาวะที่ทุกข์ทรมานทางกายจากภาวะของโรคที่เป็นอยู่ก่อนผ่าตัด และจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาที่ได้จากการถามเพิ่มเติมผู้ป่วยจำนวน 32 ราย ให้ข้อมูลว่าตนเองสามารถทำงานได้ตามปกติ เกือบปกติ สุขภาพแข็งแรงกว่าเดิม ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและไม่มีอาการเหนื่อย สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพา ศุภราศรี (2538)

พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจในระดับสูงก่อนผ่าตัดจะมีการปรับตัวหลังผ่าตัดได้ดี ซึ่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่สามารถปรับตัวได้ดีย่อมจะมีความเป็นสุขด้านภาวะสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของธิวาสา ลีวัธนะ (2548) ที่พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีความสามารถดูแลตนเองมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี

นอกจากนี้ระยะเวลาที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับโรคคือระยะตั้งแต่เริ่มแรกที่ผู้ป่วยรับทราบว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจจนถึงเข้ารับการผ่าตัด (เฉลี่ย 3.23 ปี) รวมถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่มีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเฉลี่ย 46 เดือน นับเป็นระยะเวลาที่นานพอในการปรับตัว และเรียนรู้ในการดูแลตนเองและมีประสบการณ์ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของจิรประภา ภาวิไล (2535) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้ผ่านระยะเวลาการผ่าตัดมานานจะเกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง และมีประสบการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะหลังการผ่าตัดน้อย และจากการศึกษาของสมศรี คำพันธ์ (2551) เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้ให้ความหมายการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดว่าเป็นการยอมรับการผ่าตัดและพยายามปฏิบัติตนเพื่อกลับคืนสู่ภาวะปกติ และการยืนหยัดด้วยตนเยี่ยงคนมีศักดิ์ศรี นอกจากนี้เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มที่ศึกษามีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี ถึงร้อยละ 68.33 (อายุเฉลี่ย 51.85 ปี) ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะ พัฒนาการ ประสบการณ์ชีวิต การคิด การรับรู้และการตัดสินใจที่ดี จึงส่งผลให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตค่อนข้างดี และสามารถเผชิญปัญหาได้ (ชญานิศ ลือวาณิช, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังผ่าตัด (ณัฐจิตา เพชรประไพ, 2541; ทิพพาพร ตังอำนวย, 2541; ธิวาสา ลีวัธนะ, 2547; สายฝน จับใจ, 2540; Rimington, et.al., 2010; Yamaguchi, et.al., 2000)

เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวสูงสุด ($\overline{X}$ = 24.98) ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสมากถึง ร้อยละ 81.7 จึงเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญมากอีกประการหนึ่งที่ทำให้มีการประเมินคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดในระดับดี เนื่องจากการมีคู่สมรสซึ่งจัดได้ว่าเป็นบุคคลสำคัญที่มีความใกล้ชิด ความผูกพัน คอยดูแล ส่งเสริมให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงในอารมณ์ มีความมั่นใจในการเผชิญต่อปัญหา (ขัตติยา ชั้นประดับ, 2539; ฉัตรวลัย ใจอารี, 2533) สอดคล้องกับการศึกษาของบังอร ฤทธิ์อุดม (2536) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตและยังมีการศึกษาของไฉนพร ชื่นใจเรือง (2536) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจพบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกในการปรับตัวทำให้การรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ในระดับดี

ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสนับสนุนข้อสรุปจากผลการศึกษาที่ผ่านมาว่า ครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดในระหว่างสมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัวยังมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย จากการที่ครอบครัวให้ความดูแลเอาใจใส่ เอื้ออาทร ปลอบใจ และให้กำลังใจ ด้วยความหวังดีอย่างจริงใจสอดคล้องกับการศึกษาของทิพพาพร ตังอำนวย (2541) ที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตและแบนท์ (Brandt, 1984) ได้รายงานไว้ว่า ผู้ป่วยจะมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจไม่ได้ ถ้าสัมพันธภาพในครอบครัวเสื่อมลงเนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดในระหว่างสมาชิกในครอบครัว การได้รับการประคับประคอง ความรัก ความเข้าใจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนาเมื่อเกิดความเจ็บป่วย (Brillhart, 1988) นอกจากนั้นสัมพันธภาพในครอบครัวยังมีบทบาทสำคัญในระยะฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย (Gartner, et al., 1988) โดยเฉพาะอย่างยิ่งลักษณะครอบครัวไทยซึ่งมีลักษณะเป็นครอบครัวขยายประกอบด้วย ตา ยาย ปู่ ย่า หลาน เป็นต้น นอกจากนี้จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.3) มีสถานภาพเป็นสมาชิกในครอบครัวซึ่งสอดคล้องกับสังคมไทยที่มีสามีหรือเพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือผู้นำ มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบดูแลเอาใจใส่ รักใคร่ ห่วงใย จัดหาปัจจัยในการดำรงชีวิต ปกป้องอันตราย และให้การดูแลผู้เจ็บป่วยในครอบครัว แสดงให้เห็นว่าถึงแม้ว่าการเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการประเมินระดับคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังผ่าตัด

สำหรับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาให้คะแนนในระดับที่รองลงมา ($\overline{X}$ = 24.13, S.D. = 4.08) แต่ยังอยู่ในระดับดี ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 10,000 บาทต่อเดือน ซึ่งเป็นจำนวนเงินที่เพียงพอต่อการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต เช่น มีอาหารบริโภค มีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยและเหมาะสมตามสภาวะโรคของตน สามารถหาสิ่งที่เป็นประโยชน์และอำนวยความสะดวกต่อตนเองในภาวะเจ็บป่วยได้ (ขัตติยา ชั้นประดับ, 2539; ณัฐฐิตา เพชรประไพ, 2541; สายฝน จับใจ, 2540; จิราพร ศรีทน, 2546) ทำให้ไม่มีปัญหาทางเศรษฐานะจึงรายงานคุณภาพชีวิตด้านนี้ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้จากการสอบถามเพิ่มเติมพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 ราย ที่รายงานว่าสามารถทำงาน และมีรายได้ในการดูแลตนเองและลูก ๆ ได้

สำหรับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย กลุ่มตัวอย่างให้คาคะแนน ($\overline{X}$ = 24.00, S.D. = 3.03) แต่อยู่ในระดับดีเช่นเดียวกันเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกบรรเทาจากอาการของโรคที่เป็นอยู่ภายหลังได้รับการผ่าตัดเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัดดังการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสอบถามเพิ่มเติมพบว่า 6 ราย สามารถทำงานได้ตามปกติ สุขภาพแข็งแรงกว่าก่อนผ่าตัด และอีก 2 ราย สามารถทำงานได้เกือบปกติ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยต้องระมัดระวังและดูแลตนเองเป็นพิเศษ การรับประทานยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด การจำกัดกิจกรรมการออกกำลังกาย มีอาการเหนื่อยล้าและปวดแผล (Tack & Gilliss ,1990) ทำให้เกิดความคับข้องใจและไม่พึงพอใจในบางครั้ง ดังการสอบถามเพิ่มเติมพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย ที่รายงานว่า ยังทำงานได้ไม่เต็มที่ และกังวลกับการรักษาตลอดถึงการต้องรับประทานยาตลอดชีวิต 3 ราย

สำหรับค่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาให้ค่าคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ($\overline{X}$ = 23.83, S.D. = 4.04) แต่ยังอยู่ในระดับดีเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เป็นโรคที่มีภาวะเรื้อรังหรือรักษาไม่หายและการรักษาที่ดีที่สุดคือการผ่าตัด (Brunner & Suddarth, 2003) แม้ว่ามีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่คุกคามชีวิตแต่เนื่องจากได้รับการรักษาที่ดี โดยที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 60 มีสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัดในระดับ 1 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ร้อยละ 78.3) รวมถึงได้รับการดูแลที่ดีจากครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ทำให้มุ่งเน้นความสำคัญไปทางกายและการดำเนินชีวิตหลังการผ่าตัดกับครอบครัวมากกว่าสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำนวน 60 ราย ตามคุณสมบัติที่กำหนด ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนรวมเฉลี่ย 24.07 คะแนน (S.D. = 3.20) จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน เมื่อพิจารณาคะแนนรายด้านพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีทุกด้าน โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวสูงสุด ($\overline{X}$ = 24.98, S.D. = 4.21) รองลงมา คือด้านสังคม เศรษฐกิจ ($\overline{X}$ = 24.13, S.D. = 4.08) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย ($\overline{X}$ = 24.00, S.D. = 3.03) สำหรับด้านที่ต่ำที่สุดคือด้าน จิตวิญญาณ ($\overline{X}$ = 23.83, S.D. = 4.04)

ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความสำคัญคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวที่ส่งเสริมให้กำลังใจ และมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย ทำให้สมรรถภาพของหัวใจภายหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นอันจะมีผลโดยตรงต่อการเพิ่มสมรรถนะการทำงานด้านร่างกาย ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านอื่นดีขึ้นตามมา จากผลขการวิจัยในครั้งนี้สามารถสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลตั้งแต่เริ่มแรกที่รับทราบว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจจนได้รับการผ่าตัดและจำหน่ายไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนลิ้นหัวใจให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

รายการอ้างอิง

กุสุมา ควรวัฒนสัมฤทธิ์. (2539). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ขัตติยา ชั้นประดับ. (2539). **คุณภาพชีวิตของผู้รับการเปลี่ยนหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิรประภา ภาวิไล. (2535). **การศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิราภรณ์ ชูวงศ์. (2545). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จันทร์จิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดุแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความผาสุกในชีวิตของผุ้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิราพร ศรีทน. (2546). **คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัด ขอนแก่น.**วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ฉัตรวลัย ใจอารี. (2533). **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ไฉนพร ชื่นใจเรือง. (2536). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชญานิศ ลือวานิช. (2540). **บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ความเครียดและการเผชิญของญาติผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ณัฐจิตา เพชรประไพ. (2541). **ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสต์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ทิพพาพร ตังอำนวย. (2541). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธิวาสา ลีวัธนะ. (2547). **ปัจจัยพื้นฐานความสามารถในการดูแตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ธิวาสา ลีวัธนะ. (2548). **การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และปัจจัยที่มีผลกระทบ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ธีรวุฒิ เอกะกุล.(2543). **ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์.** สถาบันราชภัฏ, อุบลราชธานี.

บังอร ฤทธิ์อุดม.(2536). **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรสพฤติกรรมการ ดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ภายหลังการผ่าตัดเต้านม.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปริศนา อัตถาผล. (2543). **ภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พรทิพา ศุภราศี. (2538). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริพร เหลืองกอบกิจ. (2542). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจโคโรนารีย์**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกโรคติดเชื้อ. มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิตร พึ่งวงศ์สำราญ. (2546). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระยะก่อนและหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมพันธ์ หิญชีระนันทน์. (2540). การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. **วารสารพยาบาล, 47**(3), 110-120.

สมศรี คำพันธ์. (2551). **ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมทรัล.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สายฝน จับใจ. (2540). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. (2537). **ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อระดับความรู้และการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุรีย์พร กฤษเจริญ และวรวรรณ เหนือคลอง. (2540). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังรับรังสีรักษา.** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

Brandt,M.P. (1984). Consider the patient part of a family. **Nursing Forum, 21** (1), 19-23

Brillhart, B. (1988). Family support for the disabled. **Rehabilitation Nursing. 13**(6),316-319

Brunner L.S. and Suddarth's. (2003). **Textbook of Medical-Surgical Nursing.** Publisher: Lippincott Williams & Wilkins | Tenth Edition (July 1, 2003).

Ferrans, C.E. (1990). Development of quality of life index for patients with cancer. **Oncology Nursing Forum, 17**(3), supplement, 15-21.

Ferrans, C.E., & Powers, M.J. (1992). Psychometric assessment of the Quality of life Index . **Research in Nursing & Health, 15**, 29-38.

Gartner, Susan R., Gilliss, Catherine L., Shinn, Julie A., Sparacino, Patricia A., Sally Rankin, Maribelle Leavitt, & et al. (1988). Improving recovery following cardiac surgery: a randomized clinical trial. **Journal of Advanced Nursing. 13**, 649-661.

Rimington, H., Weinman, J., & Chambers, J. B. (2010). Predicting outcome after valve replacement. **Heart, 96**, 118-123.

Tack, S.B., & Gilliss, C.L. (1990). Nurse-monitored cardiac recovery . **Heart & Lung , 19**(5), 491-495.

Yamaguchi, H., Yamauchi, H., Yamada, T., Ariyoshi, T., & Takebayashi, S. (2000). Quality of life in patients over 70 years of age after heart valve replacement. **Annals of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 6**, 167-172.