

นิพนธ์ฉบับ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ประภาพร ดองโพธิ์

บทคัดย่อ

- วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ รวมทั้งทดสอบอำนาจ การทำนายของปัจจัยบางประการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
- วิธีการศึกษา:** เป็นการศึกษาเชิงบรรยายแบบภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มารับการตรวจรักษา ณ หน่วยตรวจคัดกรองโรค โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน ๘๐ คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูล โดยนำมาหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และค่าสัมประสิทธิ์การทำนายโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน
- ผลการศึกษา:** ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายหมวดอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ ๒๖.๖๗ คะแนน (SD = ๑.๙๐) จากคะแนนเต็ม ๓๐ คะแนน โดยมีคุณภาพชีวิตหมวดครอบครัว สูงสุดเฉลี่ยเท่ากับ ๒๘.๗๕ คะแนน (SD = ๒.๙๘) รองลงมาคือ หมวดจิตใจ/จิตวิญญาณ เฉลี่ยเท่ากับ ๒๗.๐๘ คะแนน (SD = ๒.๘๖) หมวดสุขภาพและหน้าที่ เฉลี่ยเท่ากับ ๒๖.๓๕ คะแนน (SD = ๒.๕๖) และสำหรับหมวดที่ต่ำที่สุดคือ หมวดเศรษฐกิจ เฉลี่ยเท่ากับ ๒๕.๔๘ คะแนน (SD = ๒.๗๓) ระดับสมรรถภาพของหัวใจและระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.2๒$, ค่า $p < 0.0๕$; $r = 0.2๔$, ค่า $p < 0.0๕$ ตามลำดับ) การเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = -0.๕๑$, ค่า $p < 0.0๑$) และการเกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ ๒๙.๓ ($R^2 = 0.๒๙๓$, ค่า $p < 0.0๑$)
- สรุป:** ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึงการวางแผนการพยาบาลและให้คำแนะนำ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย
- คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิต, ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

วันที่รับบทความ: ๑๑ เมษายน ๒๕๕๕

วันที่อนุญาตให้ตีพิมพ์: ๔ กรกฎาคม ๒๕๕๕

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และสาเหตุส่วนใหญ่ของการเสียชีวิตมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคเส้นหัวใจ สมาคมโรคหัวใจในสหรัฐอเมริกา (The American Heart Association) รายงานว่าในปี ค.ศ. ๒๐๐๖ มีจำนวนของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ ๘๑.๑ ล้านคน โดยมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ ๘๓๑,๓๐๐ คน^๑ สำหรับประเทศไทยโรคหัวใจเป็นโรคที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุขพบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๕๐, ๒๕๕๑ และ ๒๕๕๒ มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหัวใจประมาณ ๒๙.๓, ๒๙.๘ และ ๒๘.๘๖ คนต่อประชากร ๑ แสนคน ตามลำดับ^๒ จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าอัตราการตายจากโรคหัวใจมีจำนวนลดลง ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและความชำนาญของทีมนแพทย์และพยาบาลในการดูแลรักษาโรคหัวใจ การรักษาทางยาสามารถช่วยบรรเทาอาการ และปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค การผ่าตัดหัวใจเป็นแนวทางหนึ่งในการรักษาที่ประสบผลสำเร็จ ช่วยบรรเทาอาการต่างๆ จากโรคหัวใจ และสามารถยืดชีวิตผู้ป่วยให้นานขึ้น^๓ ในประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐, ๒๕๕๑ และ ๒๕๕๒ จำนวน ๙,๖๙๒, ๙,๘๒๗ และ ๑๐,๔๔๔ คนตามลำดับ^๔ จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าอัตราการตายจากโรคหัวใจมีจำนวนลดลง ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และความชำนาญของทีมนแพทย์และพยาบาลในการดูแลรักษาโรคหัวใจ ซึ่งโรคหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่สร้างความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยเป็นเวลานานจากอาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม หอบเหนื่อย น้ำท่วมปอด และที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยที่สุดคืออาการหัวใจล้มเหลวจนถึงขั้นเสียชีวิต การรักษาทางยาสามารถช่วยบรรเทาอาการ และปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค การผ่าตัดหัวใจเป็นแนวทางหนึ่งในการรักษาที่ประสบผลสำเร็จ ช่วยบรรเทาอาการต่างๆ จากโรคหัวใจและสามารถยืดชีวิตผู้ป่วยให้นานขึ้น^๕

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) เป็นการผ่าตัดใหญ่และเป็นเทคนิคการผ่าตัดที่นำมาใช้ในปัจจุบันเพื่อการรักษามากขึ้น โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารี โรคเส้นหัวใจ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และโรคกล้ามเนื้อหัวใจ^๖ ซึ่งการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในปัจจุบันสามารถทำได้ ปลอดภัยมากยิ่งขึ้น และสามารถทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพภายหลังผ่าตัดดีขึ้น โดยสามารถกลับไปทำงานและพึ่งพา

ตนเองได้ แต่อย่างไรก็ตามในระยะฟื้นฟูสภาพของร่างกาย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยได้ เช่น ปวดแผลผ่าตัด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย บวม เบื่ออาหาร^๗ หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉพาะโรค เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียม อาจเกิดลิ่มเลือดเกาะที่ลิ้นหัวใจเทียม หรืออาจเกิดภาวะหัวใจวายหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้^{๘,๙}

นอกจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านร่างกายดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและสังคมอีกด้วย เนื่องจากหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ จึงเปรียบเสมือนเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงและคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ เช่น รอยนูนของแผลจากการผ่าตัดบริเวณกระดูกสันหลัง รอยแผลผ่าตัดที่ขาจากการเลาะหลอดเลือดดำในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หรือเสียงจากการทำงานของลิ้นหัวใจเทียมในผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าร่างกายตนเองไม่สวยงาม ผิดปกติและสูญเสียความพอใจในอัตมโนทัศน์ได้^{๑๐} ดังนั้น เป้าหมายที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากการช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตแล้ว ยังต้องมีส่วนช่วยในการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย ซึ่งในที่นี้ก็คือ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั่นเอง^{๑๑,๑๒} จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตได้แก่ เพศ^{๑๓,๑๔} อายุ^{๑๕,๑๖} ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัด^{๑๗,๑๘,๑๙} การเกิดภาวะแทรกซ้อน^{๒๐,๒๑,๒๒} และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด^{๒๓,๒๔,๒๕} ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนาแนวทางการดูแลหรือโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
๒. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

๓. เพื่อทดสอบอำนาจการทำนายของปัจจัยบางประการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่มารับการตรวจรักษา ณ หน่วยตรวจคัดกรองโรค โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ – มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๓ จำนวน ๘๐ คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกตามคุณสมบัติตามที่กำหนดคือ มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นครั้งแรก มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีอาการพิการทางสายตา หรือการได้ยิน เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ อยู่ในสภาพที่สามารถให้ข้อมูลได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมและระเบียบวิธีวิจัย โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ

๑. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
๒. แบบวัดคุณภาพชีวิต ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เป็นดัชนีคุณภาพชีวิต (quality of life index) Cardiac version – IV ของเฟอร์แรนส์และเพาเวอร์ลีย์^{๒๖} ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลโดย อัจฉรา สุคนธสรรพ์ ประกอบด้วยคำถาม จำนวน ๓๕ ข้อ ใน ๒ มิติ คือ มิติของความพึงพอใจในชีวิต และมิติของความสำคัญ แต่ละมิติประกอบด้วย ๔ หมวด คือ หมวดสุขภาพ และหน้าที่ หมวดเศรษฐกิจสังคม หมวดจิตใจ/จิตวิญญาณ และ หมวดครอบครัว ลักษณะของมาตรวัดเป็นมาตรวัดประมาณค่า ๖ ระดับ คือ ไม่พึงพอใจเลยและไม่สำคัญเลย เท่ากับ ๑ คะแนน จนถึงพอใจมากที่สุดและสำคัญมากที่สุด เท่ากับ ๖ คะแนน คะแนนคุณภาพชีวิตของเครื่องมือชุดนี้คิดจากคะแนนทั้งสองมิติรวมกัน โดยมีค่าคะแนนทั้งรายหมวดและโดยรวมตั้งแต่ ๐ ถึง ๓๐ คะแนน เครื่องมือมีค่าความเที่ยงจากการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ ๐.๘๖

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ระบุถึงระดับคุณภาพชีวิตตามความรู้สึกของตนเอง ซึ่งแบ่งเป็น ๔ ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง และไม่ดี พร้อมทั้งเหตุผลประกอบการประเมิน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๓ ท่าน และนำไปปรับปรุงแก้ไขแล้วจึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๐ คน และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเท่ากับ ๐.๘๖ โดยในมิติของความพึงพอใจมีค่าความเที่ยงเท่ากับ ๐.๘๘ และมีมิติของการให้ความสำคัญมีค่าความเที่ยงเท่ากับ ๐.๖๘

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์ในเวชระเบียนของผู้ป่วย และจากการสอบถามตามเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีนัดมาตรวจที่หน่วยตรวจคัดกรองโรค หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์แล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตพบผู้ป่วยเพื่อแนะนำตนเอง รายละเอียดเกี่ยวกับกรวิจัย และขอความร่วมมือผู้ป่วยในการตอบแบบสอบถาม หากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะทำการสอบถามข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้เวลาประมาณ ๓๐ นาที ต่อ ๑ ราย โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ – มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๓

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของปัจจัยพื้นฐานต่อคุณภาพชีวิต โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ ๕๖.๓) มีอายุเฉลี่ย ๕๕.๕๖ ปี มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ ๗๒.๕) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ ๑๐๐) จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ ๖๓.๗) มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย ๑๕,๕๐๐ บาทต่อเดือน และมีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ ๖๕) มีระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่ อยู่ในระดับ ๓ (ร้อยละ ๔๘.๘) ภายหลังผ่าตัดมีระดับสมรรถภาพของหัวใจ อยู่ในระดับ ๑ (ร้อยละ ๕๖.๒) และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ร้อยละ ๗๑.๒) มีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด เฉลี่ย ๖.๖๓ เดือน ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ ๕๒.๕)

คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ ๒๖.๖๗ คะแนน (SD = ๑.๙๐) โดยหมวดที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุด คือ หมวดครอบครัว เฉลี่ยเท่ากับ ๒๘.๗๔ คะแนน (SD = ๒.๙๘) รอง

ลงมาคือ หมวดจิตใจ/จิตวิญญาณ เฉลี่ยเท่ากับ ๒๗.๐๘ คะแนน (SD = ๒.๘๖) หมวดสุขภาพและหน้าที่ เฉลี่ยเท่ากับ ๒๖.๓๕ คะแนน (SD = ๒.๕๖) และ สำหรับหมวดที่ต่ำที่สุดคือ หมวดเศรษฐกิจสังคมเฉลี่ยเท่ากับ ๒๕.๔๘ คะแนน (SD = ๒.๗๓) (จากคะแนนเต็ม ๓๐ คะแนน) (ตารางที่ ๑)

ตารางที่ ๑ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายหมวด (n = ๘๐)

คุณภาพชีวิต	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
หมวดสุขภาพและหน้าที่	๑๙.๔๗ - ๒๙.๖๐	๒๖.๓๕	๒.๕๖
หมวดเศรษฐกิจสังคม	๑๖.๐๗ - ๓๐.๐๐	๒๕.๔๘	๒.๗๓
หมวดจิตใจ/จิตวิญญาณ	๙.๖๔ - ๓๐.๐๐	๒๗.๐๘	๒.๘๖
หมวดครอบครัว	๙.๘๐ - ๓๐.๐๐	๒๘.๗๔	๒.๙๘
โดยรวม	๑๘.๑๙ - ๒๙.๘๒	๒๖.๖๗	๑.๙๐

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตคือ ระดับสมรรถภาพของหัวใจและระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด ซึ่งความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r = ๐.๒๓$,

ค่าพี < ๐.๐๕; $r = ๐.๒๔$, ค่าพี < ๐.๐๕ ตามลำดับ) และการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = -๐.๕๑$, ค่าพี < ๐.๐๑) (ตารางที่ ๒)

ตารางที่ ๒ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณภาพชีวิตและปัจจัยบางประการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (n = ๘๐)

	๑	๒	๓	๔	๕
๑. คุณภาพชีวิต					
๒. เพศ	๐.๑๕				
๓. อายุ	-๐.๐๘	๐.๑๑			
๔. ระดับสมรรถภาพของหัวใจ	๐.๒๓*	๐.๐๘	-๐.๑๑		
๕. ภาวะแทรกซ้อน	-๐.๕๑**	-๐.๒๓*	๐.๑๗	-๐.๒๙**	
๖. ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด	๐.๒๔*	-๐.๑๒	-๐.๑๖	๐.๐๘	-๐.๐๘

* ค่าพี < ๐.๐๕; ** ค่าพี < ๐.๐๑

ตัวแปรที่สามารถทำนายความแปรปรวนของค่าคะแนนคุณภาพชีวิตได้คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนาย

เท่ากับ ร้อยละ ๒๙.๓ (ค่าพี < ๐.๐๕) โดยการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นตัวแปรที่ทำนายคุณภาพชีวิตได้มากที่สุด คือ ร้อยละ ๒๕.๒ (ค่าพี < ๐.๐๑) (ตารางที่ ๓)

ตารางที่ ๓ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยบางประการกับคุณภาพชีวิต

ปัจจัยพื้นฐาน	B	SE _B	t
๑. การเกิดภาวะแทรกซ้อน	-๒.๐๒๖	๐.๔๘๕	-๔.๑๕๙**
๒. ระยะเวลาภายหลังผ่าตัด	๐.๐๐๒	๐.๒๐๓	๒.๑๑๕*

$R = ๐.๕๔๑$ $R^2 = ๐.๒๙๓$ $SE_{est} = ๑.๖๑๙$ $F = ๑๐๒.๑๑๘**$ $a = ๒๖.๙๕๒$

** ค่าพี < ๐.๐๑ * ค่าพี < ๐.๐๕

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบจำนวนผู้ป่วยที่รายงานว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตในระดับดีมาก ๒๔ ราย ดี ๔๑ ราย ปานกลาง ๑๔ ราย และไม่ดี ๑ ราย เหตุผลสำคัญใน ๕ ลำดับแรกที่ผู้ป่วยให้การสนับสนุนการประเมินคุณภาพชีวิตในระดับที่ดีถึงดีมาก คือ สุขภาพดีขึ้น แข็งแรงขึ้น (๒๕ ราย) ไม่เหนื่อย (๑๑ ราย) สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมต่างๆ ได้เอง (๑๒ ราย) ไม่เจ็บหน้าอก รู้สึกเหมือนคนปกติทั่วไป (๔ ราย) ครอบครัวยุติความเครียด (๕ ราย) เหตุผลที่ผู้ป่วยรายงานว่า ตนเองมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางคือ สุขภาพยังไม่แข็งแรงเต็มที่ (๗ ราย) มีปัญหาครอบครัว (๓ ราย) มีปัญหาสุขภาพอื่น (๒ ราย) และมีปัญหาด้านการเงิน (๒ ราย) นอกจากนี้มีผู้ป่วยรายงานว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตไม่ดี (๑ ราย) เพราะสุขภาพไม่แข็งแรง

วิจารณ์ และสรุปผลการศึกษา

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จากกลุ่มตัวอย่าง ๘๐ ราย มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย เท่ากับ ๒๖.๖๗ คะแนน (SD = ๑.๙๐) และคะแนนคุณภาพชีวิตรายหมวดมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง ๒๕.๔๘-๒๘.๗๔ คะแนน จากคะแนนเต็ม ๓๐ คะแนน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดี ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ ๕๕.๕๖ ปี ซึ่งเป็นวัยที่เป็นผู้ใหญ่มีวุฒิภาวะ ประสบการณ์ การคิด การรับรู้ และการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม^{๒๒} ระยะเวลาหลังผ่าตัดเฉลี่ย ๖.๖๓ เดือน ซึ่งถือว่าเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ เกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง และพบว่าระดับสมรรถภาพของหัวใจส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับ ๑ (ร้อยละ ๙๖.๒) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด (ร้อยละ ๗๖.๒) และจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ที่พบว่าผู้ป่วยจำนวน ๖๕ ราย (ร้อยละ ๘๑.๒๕) รายงานว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{๑๖-๑๘,๒๐,๒๓-๒๖}

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระดับต่ำมาก ($r = ๐.๑๕$, ค่า $p < ๐.๐๕$) ซึ่งพบว่า เพศชายมีคุณภาพชีวิต

ดีกว่าเพศหญิง และเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ จึงอธิบายได้ว่าเพศชายในวัยผู้ใหญ่เป็นเพศที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ของด้านร่างกาย มีความกระฉับกระเฉง มีบทบาทหน้าที่ด้านการทำงาน การเข้าสังคม และมีสุขภาพจิตดีกว่าเพศหญิง จึงอาจทำให้เพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง^{๑๒,๑๓,๒๗,๒๘} แต่เนื่องจากเพศชายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระดับต่ำมาก จึงพบว่าการศึกษาที่ผ่านมาเพศชายกับเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญ ทั้งเพศชายและเพศหญิงจึงให้ความสำคัญเช่นเดียวกัน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน^{๑๗,๒๙,๓๐} ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r = ๐.๒๓$, ค่า $p < ๐.๐๕$) การที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดีขึ้น อาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจอยู่ในระดับที่ ๑ (ร้อยละ ๙๖.๒) จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย ไม่มีอาการเหนื่อย สามารถช่วยเหลือตัวเองและทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี^{๑๖-๑๘} ดังจะเห็นได้จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ที่พบว่า ผู้ป่วยจำนวน ๒๕ ราย ได้ให้เหตุผลสนับสนุนการประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ในระดับดีถึงดีมาก เพราะว่าตนเองมีสุขภาพดีขึ้น แข็งแรงขึ้น อีก ๑๑ ราย รู้สึกว่าไม่เหนื่อย อีก ๑๒ ราย สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมต่างๆ ได้เอง และอีก ๔ ราย เป็นเพราะไม่เจ็บหน้าอก รู้สึกเหมือนคนปกติทั่วไป การเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = -๐.๕๑$, ค่า $p < ๐.๐๑$) จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด (ร้อยละ ๗๖.๒) จึงทำให้มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย เท่ากับ ๒๖.๖๗ คะแนน (SD = ๑.๙๐) และคะแนนคุณภาพชีวิตรายหมวดสุขภาพและหน้าที่ เฉลี่ยเท่ากับ ๒๖.๓๕ คะแนน (SD = ๒.๕๖) การไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ไม่เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ไม่ต้องมารับการรักษาพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ไม่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น สามารถดูแลตัวเองได้ ดังนั้น ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจึงคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้^{๑๖,๑๘,๑๙,๓๑} ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ($r = ๐.๒๔$, ค่า $p < ๐.๐๕$) จากกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดนาน เฉลี่ยเท่ากับ ๖.๖๓ เดือน จึงทำให้

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ปรับตัว ยอมรับกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ ความวิตกกังวลลดลงมากกว่าในระยะแรกภายหลังการผ่าตัด เกิดการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง และเป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังใส่ใจในการดูแลสุขภาพภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้มากขึ้น ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{๑๖,๑๘,๓๒}

อำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐานที่ศึกษาต่อคุณภาพชีวิต

จากการศึกษาพบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ ๒๙.๓ ($R^2 = 0.๒๙๓$, ค่าพี < ๐.๐๑) และตัวแปรที่ทำนายคุณภาพชีวิตได้มากที่สุดคือ การเกิดภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ ๒๕.๒) ซึ่งอธิบายได้ว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน เปื่อยหนาย ท้อแท้ เพราะต้องดำเนินชีวิตภายใต้ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจในการดูแลตนเอง สูญเสียภาพลักษณ์ เสียเวลา และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา มากขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความกลัว และวิตกกังวล ต่อความไม่แน่นอนในภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตได้เช่นกัน และพบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง^{๑๖,๓๓,๓๔} สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับภาวะสุขภาพที่ดี และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยจำนวน ๓๖ ราย ที่ประเมินคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ถึงดีมาก โดยให้เหตุผลสนับสนุนว่าเป็นเพราะตนเองมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น และไม่เหนื่อย

ส่วนตัวทำนายคุณภาพชีวิตถัดมา คือ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด สามารถอธิบายได้ว่า ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดบ่งชี้ถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งอาจมีผลต่อทัศนคติ การแสดงออกต่อความเจ็บป่วย การปรับตัว ตลอดจนการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง ซึ่งระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ยอมรับสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงได้ดีขึ้น และมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้นซึ่งส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{๑๘,๑๙,๓๕}

สำหรับระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัด ซึ่งเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

($r = 0.๒๓$, ค่าพี < ๐.๐๕) แต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ทั้งนี้เป็นเพราะตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำมาก ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด มีระดับสมรรถภาพของหัวใจอยู่ที่ระดับ ๑ และ ๒ ซึ่งเป็นระดับที่ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ โดยไม่มีอาการหอบเหนื่อย จึงอาจเป็นเหตุให้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้ ประเมินระดับคุณภาพชีวิตได้ไม่แตกต่างกัน

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี การเกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิต

ข้อจำกัดการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกไม่ได้มีการสุ่มผู้ป่วยก่อนที่จะเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง และเป็นการศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลวิจัยไปอ้างถึงประชากรที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทั้งหมด และการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ซึ่งอาจจะทำให้ข้อสรุปเป็นเหตุเป็นผลของปัจจัยที่นำมาใช้ในการทำนายครั้งนี้ได้ไม่สมบูรณ์ทั้งหมด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

๑. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ในช่วงเวลาต่างๆ และในระยะยาว
๒. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เช่น ทัศนคติต่อโรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นต้น
๓. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยแยกตามช่วงอายุ กลุ่มโรค และประเภทของการผ่าตัด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เฉพาะกลุ่ม สามารถนำไปใช้ในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยได้ชัดเจนมากขึ้น
๔. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพื่อหาแนวทางในการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

๑. Heart Disease and Stroke Statistics_2010 Update: A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. [internet]. 2010 [cited 2010 July 13]. Available from: <http://www.cicr.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.108.191261>.
๒. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติการตาย ๑๐ ลำดับการตาย ปี ๒๕๕๒ [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๕๓ [เข้าถึงเมื่อ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๕๓]. เข้าถึงได้จาก: <http://bps.ops.moph.go.th/Statistic/2.3.4-52.pdf>.
๓. Simko LC, McGinnis KA. Quality of life experienced by adult with congenital heart disease. AACN 2003;14:42-53.
๔. สถิติผ่าตัดหัวใจตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๒ สหสมาคมศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย (The society of thoracic of thailand. [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๕๓ [เข้าถึงเมื่อ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๕๓]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaists.org/demo/news_detail.php?news_id=212.
๕. อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในระบบหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: ลิพวิงทรานส์มีเดีย; ๒๕๕๐.
๖. Tantum JL. Nursing care: long-term adaptation after cardiac surgery. In McCauley KM, editor. McGoan 's cardiac surgery: an interprofessional approach to patient care. Philadelphia: F.A. Davis; 1985.
๗. Finkelmeier MA, Hartz RS, Fisher EB, Michaelis LL. Implications of prosthetic valve implantation: An 8-year follow-up of patients with porcine bioprostheses. Heart & Lung 1989;18:565-74.
๘. Gregerson RA, McGregor MS. Cardiac nursing. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1989.
๙. Jaarsma T, Kastermans M, Dassen T, Philipsen H. Problem of cardiac patients in early recovery. Journal of Advance Nursing 1995;21:21-7.
๑๐. Padilla GV, Grant MM. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. Adv Nurs Sci 1985;8:45-60.
๑๑. Molzahn AE. Quality of life after organ transplantation. Journal of Advance Nursing 1991;16:1042-7.
๑๒. Thongsai P. Quality of life before and after open-heart operations. [Mater of science dissertation] Bangkok: Mahidol University; 2005.
๑๓. เพ็ญศรี ระเบียบ, จันทร์ทิตรา ไตรรงค์จิตเหมาะ และ ศิริอร ลินธุ์. การศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจระหว่างเพศชายกับเพศหญิง. สารสภากาการพยาบาล ๒๕๕๐;๑๒:๔๙-๖๒.
๑๔. Chocron S, Etievent J-P, Viel J-F, Dussaucy A, Clement F, Alwan K, et al. Prospective study of quality of life before and after open heart operations. Ann Thorac Surg 1996;61:153-7.
๑๕. Juenger T, Schellberg D, Kraemer S, Haunstetter A, Zugck C, Herzog W, et al. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. Heart 2002;87:235-41.
๑๖. ณัฐฐิตา เพชรประไพ. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; ๒๕๕๑.
๑๗. ทิพพาพร ตั้งอานวย, นันทา เล็กสวัสดิ์ และทรงศรี ชุ่มประดิษฐ์. รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๕๑.
๑๘. จิวาสา ลีวัธนะ. ปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; ๒๕๕๗.
๑๙. จันทร์ทิตรา ไตรรงค์จิตเหมาะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๓๘.
๒๐. สายฝน จับใจ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๕๐.

๒๑. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life index: development and psychometric properties. *ANS Adv Nurs Sci* 1985;8:15-24.
๒๒. ชญานิศ ลือวานิช. บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ความเครียด และการเผชิญของญาติผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๔๐.
๒๓. กุสุมา คุ้มวัฒนสัมพันธ์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๓๙.
๒๔. ชัดติยา ชั้นประดับ, พวงเพ็ญ ชุมพรปราม และฉันทนา หวันแก้ว. รายงานการวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้รับการเปลี่ยนหัวใจโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก* ๒๕๔๐;๑๐:๑๙-๒๗.
๒๕. Damtas RAS, Ciol MA. Quality of life after coronary artery bypass surgery. *Western Journal of Nursing Research* 2008;30:477-90.
๒๖. Halpin LS, Barnett SD, Martin LM, Hunt SL, Henry L, Ad N. Survival and quality of life following elective open-heart surgery. *J Nurs Care Qual* 2008;23:369-74.
๒๗. Vaccarino V, Lin ZQ, Kasl SV, Mattera JA, Roumanis SA, Abramson JL, et al. Gender differences in recovery after coronary artery bypass surgery. *J Am Coll Cardiol* 2003;41:307-14.
๒๘. Bute BP, Mathew J, Blumenthal JA, Welsh-Bohmer K, White WD, Mark D, et al. Female gender in associated with impaired quality of life 1 year after coronary bypass surgery. *Psychosom Med* 2003;65:944-51.
๒๙. นัยนา พิพัฒน์วิมิชชา. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๓๕.
๓๐. Rankin SH. Differences in recovery from cardiac surgery: A profile of male and female patients. *Heart & Lung* 1990;19:481-85.
๓๑. Grady KL, Jalowiec A, White-Williams C. Predictors of quality of life in patients at one year after heart transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation* 1999;18:202-10.
๓๒. Yun KL, Sintek CF, Fletcher AD, Pfeffer TA, Kochamba GS, Mahrer PR. Time related quality of life after elective cardiac operation. *The Annals of Thoracic Surgery* 1999;68:1314-20.
๓๓. อภรณ์ รัตนวิจิตร และวัลภา คุณทรงเกียรติ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา* ๒๕๔๑;๖:๑๐-๒๐.
๓๔. Bourassa MG, Brooks MM, Mark DB, Trudel J, Detre KM, Pitt B. Quality of life after coronary revascularization in the United States and Canada. *The American Journal of Cardiology* 2000;85:548-51.
๓๕. วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. การสำรวจความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ที่สูญเสียขา. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๓๑.

Abstract

Quality of life in patients after open heart surgery at Thammasat University Hospital

Prapaporn Dongpho

Professional Nurse, Cardiovascular-thoracic intensive care unit, Thammasat University Hospital

Objective: The objectives of this research were to study quality of life, and to identify the factors (gender, age, post operative functional class, surgical complications and period of time after surgery) which will predict the quality of life after open heart surgery.

Method: A cross sectional descriptive study in 80 patients who attended at surgery unit, Thammasat University Hospital after recovery from open heart surgery were included in this study. The research instruments included demographic data form and a quality of life questionnaire. Data was analyzed by means of frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient and multiple regression analysis.

Results: The result of this research revealed that all patients had mean of total quality of life score = 26.67 (SD = 1.90) while the total score = 30. Specifically, the highest mean subscale was at the family domain (\bar{x} = 28.74, SD = 2.98), psychological/spiritual domain (\bar{x} = 27.08, SD = 2.86), health and functioning domain (\bar{x} = 26.35, SD = 2.56) respectively. Whereas the socioeconomic domain was the lowest mean subscale (\bar{x} = 25.48, SD = 2.73). There was a slightly positive significant relationship among post operative functional class and period of time after surgery with quality of life score (r = 0.23, p < 0.05; r = 0.24, p < 0.05 respectively). There was a moderately negative significant relationship between surgical complications and quality of life score (r = -0.51, p < 0.01). The results of stepwise multiple regression analysis showed that 29.3 percent of the variance in total quality of life score could be explained by surgical complications and period of time after surgery (R^2 = 0.293, p < 0.01).

Conclusion: After open heart surgery, the patients had good quality of life level. Surgical complications and period of time after surgery could predict quality of life. Implication of these findings is useful for the nurse and the health care providers in emphasizing the surgical complications prevention in order to improve patient's quality of life.

Key words: Quality of life, Open heart surgery