

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คุณภาพชีวิต เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดำเนินชีวิตของมนุษย์และเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ เป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศในปัจจุบัน จึงเน้นความสำคัญอยู่ที่การพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีตัวชี้วัดของการพัฒนาคุณภาพชีวิตอยู่ที่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2540) นอกจากนี้ยังถูกใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกใช้วิธีการในการรักษาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ (Kleinpell, 1991) รวมทั้งใช้เป็นเป้าหมายหลักในการพิจารณาวางแผนและปฏิบัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้เหมาะสมและเกิดประโยชน์มากที่สุดอีกด้วย (Ferrans and Powers, 1992)

ในทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้ให้ความสนใจในการศึกษาคุณภาพชีวิตมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหลาย ๆ กลุ่มโรค เช่น โรคไตล้มเหลวเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร (ทัศนีย์ จินางกูร, 2530; สนทยา พิชัยกุล, 2533) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ชรสนิกุล ยัมบุญณะ, 2533) หรือโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (สุทธาทิพย์ อุบลาบติ, 2536) เป็นต้น ทั้งนี้เพราะเริ่มมีการตระหนักว่าปัจจุบันมนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้น แต่การมีชีวิตอยู่ไม่ได้หมายถึงเพียงแต่การไม่ตายเท่านั้น หากยังรวมถึงการพิจารณาส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี เหมาะสมกับสภาพสังคมในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2533) ทั้งในบุคคลปกติและผู้เจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาการรักษาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ตลอดชีวิต เพราะคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งปรารถนาในการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกคน ไม่เฉพาะในบุคคลทั่วไปเท่านั้น แต่รวมถึงบุคคลที่ได้รับความเจ็บป่วยซึ่งต่างตระหนักว่าชีวิตที่มีคุณค่านั้นไม่ใช่เพียงอยู่ที่การมีชีวิตยืนยาว หากแท้จริงแล้วอยู่ที่คุณภาพหรือการมีความสุขในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่มากกว่า (Tayler, 1984 อ้างถึงใน ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533)

ดังนั้นเป้าหมายที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย นอกเหนือจากการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดแล้ว ยังรวมถึงการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยยอมรับและจัดการกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอันเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยและการรักษา (Padilla and Grant, 1985) ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล (Molzahn, 1991; Swanson, 1993) ถึงแม้

ว่าต้องประสบกับภาวะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังรักษาไม่หายขาดและจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเหล่านั้นก็ยังสามารถเป็นบุคคลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Parse, 1994)

คุณภาพชีวิต เป็นคำที่มีความหมายกว้างและมีลักษณะเป็นนามธรรม การให้ความหมายของคุณภาพชีวิตอาจใช้ในความหมายเดียวกันกับความผาสุก (well being) ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) ความรู้สึกผาสุก (sense of well being) หรือความสุข (happiness) เป็นต้น (Ferrans and Powers, 1992; Campbell et al., 1965 quoted in Meeberg, 1993) คุณภาพชีวิต เป็นมุมมองของแต่ละบุคคลที่จะรับรู้และตัดสินใจด้วยตนเอง (Parse, 1994) ดังนั้นคุณภาพชีวิตของบุคคลในแต่ละวัฒนธรรมจึงมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับค่านิยม ความเชื่อ สัญลักษณ์ และรูปแบบการแสดงออกของแต่ละวัฒนธรรม (Leininger, 1994) นอกจากนี้ในบุคคลคนเดียวกันยังสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้คุณภาพชีวิตได้ตามระยะเวลา สถานที่ สถานการณ์ที่แวดล้อมบุคคลนั้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem or self-worth) เอกลักษณ์ (identity) การยอมรับความเป็นบุคคล (human being) ความรู้สึกเป็นเจ้าของ (sense of belonging) หรือการสนับสนุนทางสังคม (social support) รวมทั้งยังขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา หรือปัจจัยทางด้านสุขภาพ เช่น ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย และผลกระทบจากการรักษาพยาบาล เป็นต้น (Padilla and Grant, 1985; Zhan, 1992; Ferrans and Powers, 1993; Dale, 1995)

โรคหลอดเลือดหัวใจพิการ เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งซึ่งมีระยะของการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ภาวะของโรคจึงมีผลกระทบต่อกระบวนการชีวิตอย่างต่อเนื่อง (สุกษม อัดนวนิช, 2539) การเกิดลิ้นหัวใจพิการก่อให้เกิดผลกระทบที่ตามมาคือ ภาวะล้มเลือดอุดตัน การติดเชื้อที่เยื่อหุ้มหัวใจ และภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น ผลกระทบเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยตาย พิการ หรือไม่สามารถทำงานได้ (พงษ์พีระ สุวรรณกุล, 2529) ในปัจจุบันการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพิการ เพราะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากอาการที่คุกคามต่างๆ ตลอดจนสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยได้ (Artinian and Hayes, 1992)

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจพิการด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจะมีผลดีก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย ในการลดข้อจำกัดเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ทำให้อาการของโรคหัวใจทุเลาลงและช่วยให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ (สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, 2537) รวมทั้งผู้ป่วยเองก็รับรู้ว่าการผ่าตัดจะช่วยให้หายจากโรคและมีชีวิตยืนยาว รวมทั้งช่วยให้สามารถทำกิจกรรมได้ดีขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็รับรู้ว่าการผ่าตัดหัวใจอาจจะเป็นอันตรายต่อชีวิตและเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันจากปัญหาที่อาจพบภายหลังการผ่าตัดได้เช่นกัน (กาญจนา สิมะจาริก, 2538)

สำหรับปัญหาที่อาจพบภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ ปัญหาด้านร่างกาย เช่น ภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจ ปัญหาการฟื้นฟูสภาพและการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด และปัญหาการปรับตัวด้านร่างกาย ซึ่งได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า อาการปวดแผล และการนอนไม่หลับ เป็นต้น สำหรับปัญหาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจนั้นมีโอกาสเกิดได้ตั้งแต่ภายหลังการผ่าตัดจนถึง 2 สัปดาห์หลังการผ่าตัด (สุพร วงศ์ประทุม, 2534) ส่วนปัญหาอื่นๆ พบได้ในระยะการฟื้นฟูสภาพ 3 เดือนแรกหลังการผ่าตัด (Tantum, 1985)

นอกจากปัญหาด้านร่างกายดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยยังต้องประสบกับปัญหาด้านจิตสังคมอีกด้วย เช่น ความรู้สึกขัดแย้งในบทบาทของตนเอง มีความรู้สึกผิด ละอายใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เบื่อหน่าย ท้อแท้ใจ ความกลัว ความวิตกกังวล และความไม่แน่ใจในสมรรถภาพด้านร่างกายของตนเองและของลิ้นหัวใจเทียม การที่ต้องออกจากโรงพยาบาลไปพักฟื้นที่บ้านเป็นเหตุการณ์หนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยอย่างมาก โดยเฉพาะระยะ 2 - 3 เดือนแรก เพราะเป็นระยะที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถทำอะไรได้เต็มที่ ผู้ป่วยจึงเกิดความไม่มั่นใจในการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตหลังการผ่าตัด โดยเฉพาะเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ สัมพันธภาพกับคู่สมรส และการกลับไปประกอบอาชีพ (Tantum, 1985) จากปัญหาด้านจิตสังคมเหล่านี้ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการทำหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวและสังคม รวมทั้งการพึ่งพาผู้อื่นอย่างไม่เหมาะสม ทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ประสบความล้มเหลวในการประกอบอาชีพและการมีเพศสัมพันธ์ ไม่สามารถทำหน้าที่ในการหาเลี้ยงครอบครัวและบทบาทการเป็นคู่สมรสได้ ทั้งๆ ที่ผลลัพธ์ทางร่างกายออกมาดี (Tantum, 1985; Allen, 1990; Kinney et al., 1991)

ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคมดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Burckhardt et al., 1989) ทั้งนี้เพราะผลจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและอารมณ์จากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และการต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคลิ้นหัวใจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งสิ้น (Motzer, 1996) ทั้งนี้เนื่องจาก คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกผาสุก (sense of well being) ของบุคคล ซึ่งเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละส่วนของชีวิตที่บุคคลให้ความสำคัญ (Ferrans and Powers, 1985) โดยที่สามารถประเมินได้จากตัวชี้วัดใน 4 ด้านคือ 1) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (health and functioning domain) 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic domain) 3) ด้านจิต - วิญญาณ (psychological / spiritual domain) และ 4) ด้านครอบครัว (family domain) ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ส่งผลต่อความรู้สึกผาสุกในทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ส พอสรุปได้ดังนี้

ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ เป็นผลมาจากความพิการของลิ้นหัวใจและความพยายามในการปรับชดเชยของ

ร่างกาย จะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เพราะผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งบางอาการคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย บางอาการทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน นอกจากนี้การที่ไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาไม่ต่อเนื่องยังส่งผลให้ระดับสมรรถภาพของหัวใจไม่ดี ทำให้ได้รับผลประโยชน์จากการรักษาด้วยการผ่าตัดได้ไม่เต็มที่ ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจแล้ว อาจยังต้องเผชิญกับพยาธิสภาพของโรคที่หลงเหลืออยู่ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดจากการผ่าตัดและการใส่ลิ้นหัวใจเทียม ได้แก่ 1) ปัญหาการเกิดลิ่มเลือดในห้องหัวใจ เพราะเป็นวัสดุที่แปลกปลอมในร่างกายและนำไปสู่การเกิดลิ่มเลือดไหลไปอุดตันที่หลอดเลือดบริเวณอวัยวะต่าง ๆ ได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดตลอดชีวิตและต้องมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อการเฝ้าระวังเกี่ยวกับปัญหาการแข็งตัวของเลือด 2) ปัญหาเกี่ยวกับการติดเชื้อของลิ้นหัวใจ เนื่องจากลิ้นหัวใจเทียมเป็นแหล่งที่รับเชื้อโรคจากกระแสเลือดได้ง่ายและผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อไข้รูมาติกได้สูงอยู่แล้ว 3) ปัญหาเกี่ยวกับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพกล้ามเนื้อหัวใจก่อนการผ่าตัดและระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด 4) ปัญหาภาวะโลหิตจางจากการแตกของเม็ดเลือดแดงที่กระทบกับลิ้นหัวใจเทียม และ 5) ปัญหาเกี่ยวกับการขาดสารอาหารและพลังงาน พบได้ในผู้ป่วยที่มีความเชื่อว่าการรับประทานอาหารโปรตีนจะทำให้รอยแผลเป็นจากการผ่าตัดมีขนาดใหญ่ จึงรับประทานอาหารพวกโปรตีน (พรทิพา ศุภราศรี, 2538)

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ จากพยาธิสภาพของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการและภาวะแทรกซ้อนจากกลไกการชดเชยของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงขึ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงและต้องติดตามการรักษาเป็นเวลานาน รวมทั้งไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ อาจเป็นสาเหตุทำให้มีการเปลี่ยนงาน หรือออกจากงาน ทำให้รายได้ลดลง ส่งผลกระทบถึงคุณภาพชีวิตในด้านสังคมและเศรษฐกิจในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการก่อนได้รับการผ่าตัดได้ สำหรับผลกระทบทางด้านนี้ก็พบในระยะหลังการผ่าตัดได้เช่นกัน จากการศึกษาของเจนกินและคณะ (Jenkins et al., 1983) ในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจจำนวน 89 ราย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 48 มีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 19 มีการเข้าร่วมกิจกรรมลดลง และ ร้อยละ 28 บอกว่าครอบครัวให้ความช่วยเหลือปกป้องผู้ป่วยมากเกินไป การที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมลดลงอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยมีแนวโน้มในการคิดถึงตนเองในทางที่เลื่อมลง หินสังคม หรือวิตกกังวลว่าจะมีอาการเหนื่อย หรือเจ็บหน้าอกขณะออกไปมีกิจกรรมนอกบ้าน

ด้านจิต-วิญญาณ การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้าน เช่นผู้ป่วยรู้สึกตัวตนเองเปลี่ยนแปลงไป ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีการสูญเสียภาพลักษณ์จากอาการบวมตามบริเวณต่างๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยบางรายจึงอาจมีพฤติกรรมไม่ยอมรับความจริง ไม่ยอมรับการรักษา ซึมเศร้า แยกตัว เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ซึ่งจะเป็นผลเสียต่อภาวะสุขภาพมากยิ่งขึ้น โดยที่ผู้ป่วยโรคหัวใจถึงร้อยละ 83 มีความรู้สึกต่อตนเองว่า ตนเองเหมือนคนพิการ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (วราภรณ์

นาครัตน์, 2533) ส่วนผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจะต้องประสบกับการสูญเสียในสิ่งที่มีความหมายและมีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วยอย่างมากก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยสูงมาก การสูญเสียที่สำคัญได้แก่ การสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะในร่างกาย จากการที่ลิ้นหัวใจเทียมยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์เต็มที่เหมือนอวัยวะจริง จากพยาธิสภาพของโรคและระดับสมรรถภาพของหัวใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่สามารถทำกิจกรรม หรือทำงานได้ตามปกติ ผู้ป่วยบางรายรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ จากการที่มีรอยแผลเป็นจากการผ่าตัดที่กลางหน้าอก หรือจากเสียงการทำงานของลิ้นหัวใจเทียม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่สวยงาม ไร้คุณค่า ไม่พอใจและไม่ภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ระยะเวลาการใส่ลิ้นหัวใจเทียม กลัวไม่หายต้องผ่าตัดซ้ำ กลัวการกลับเป็นซ้ำและอาจตายจากโรค ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีความคาดหวังว่าอาการจะดีขึ้นเรื่อย ๆ แต่ถ้าไม่เป็นอย่างที่คิดอาจผิดหวังท้อแท้ หดท้อกำลังใจในการมาติดตามรับการรักษา และไม่พยายามช่วยเหลือตนเองหรือปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ บางรายรู้สึกผิดบาปและโทษเคราะห์กรรมที่ทำให้ตนเองต้องเจ็บป่วย การไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีปมด้อย รู้สึกไร้ค่า ไม่มั่นใจ ไม่แน่ใจในการเข้าสังคม หวาดระแวงและอาจแยกตนเองออกจากสังคมได้ (โจนพร ชื่นใจเรือง, 2536) จากผลที่เกิดขึ้นทั้งหมดนี้จะมีผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วย จนเกิดปัญหาด้านจิตใจขึ้น ซึ่งได้แก่ การสูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเองและผู้อื่น และความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความสามารถของตนในบทบาทหน้าที่เดิม ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความรู้สึกสิ้นหวังและการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำลง (Frank et al., 1974; quoted in Tantum, 1985)

ด้านครอบครัว การเจ็บป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถมีสุขภาพดีเหมือนเช่นเมื่อก่อนหรือเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม การที่ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพร่างกายเป็นระยะ ๆ หรือการที่ต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต และการที่ต้องปฏิบัติตัวตนเยี่ยงผู้ป่วยไปตลอดชีวิต ทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัว เช่น ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทำหน้าที่ในการหาเลี้ยงครอบครัวและบทบาทการเป็นคู่สมรสได้ (ศิริอร สินธุ, 2526; เพลินพิศ เลหาวิริยะกมล, 2531) ผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกขัดแย้งในบทบาทของตนเองในครอบครัว

นอกจากการเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่มีผลกระทบต่องาน 4 ด้านในการประเมินคุณภาพชีวิตดังกล่าวแล้ว ยังมีปัจจัยพื้นฐานอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้อีกด้วย (Zhan, 1992) เช่น ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และอายุ ปัจจัยด้านสถานภาพทางสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส และปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด เป็นต้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหลาย ๆ กลุ่มโรค

พบว่ายังไม่มีข้อสรุปที่แน่นอนถึงผลกระทบของปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ต่อคุณภาพชีวิต เพราะปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในหลายรูปแบบ ดังนี้

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยที่จากการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวรพบว่า เพศหญิงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย (สนทยา พิชัยกุล, 2533; ทศนีย์ จินางกูร, 2530) แต่การศึกษาของยุพิน โกรินทร์ (2536) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมกลับพบว่าเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง ส่วนการศึกษาของพรทิพา ศุภราศรี (2538) และจันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539) พบว่าเพศไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ส่วนอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ทำโคลอสโตมีย์ (Padilla and Grant, 1985) แต่ในการศึกษาของผู้วิจัยอีกหลาย ๆ ท่านพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์หรือไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ (ประภา รัตนเมธานนท์, 2533; นัยนา พิพัฒน์วนิชชา, 2535; จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ, 2539)

ปัจจัยด้านสถานภาพทางสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยประภา รัตนเมธานนท์(2533)พบว่า ผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ และจันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539)พบว่าผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า แต่จากการศึกษาของทศนีย์ จินางกูร (2530) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ปัจจัยเกี่ยวกับอาชีพ จากการศึกษาของสุธาทิพย์ อุปลาบัตติ (2536)พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีอาชีพมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาชีพ ในขณะที่ประภา รัตนเมธานนท์ (2533) กลับพบว่าอาชีพไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ปัจจัยเกี่ยวกับรายได้ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายที่มีรายได้สูงจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ (ประภา รัตนเมธานนท์, 2533) เช่นเดียวกับที่พรทิพา ศุภราศรี (2538) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ รวมทั้งการที่มีรายได้สูงยังทำให้ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีความสามารถในการดูแลตนเองดีอีกด้วย (จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ, 2539) แต่จากการศึกษาของสุธาทิพย์ อุปลาบัตติ (2536)กลับพบว่ารายได้ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ปัจจัยเกี่ยวกับสถานภาพสมรส จากการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุของสุวิมล พนาวัฒนกุล (2534) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดหรือหม้าย ส่วนการศึกษาของทศนีย์ จินางกูร (2530) พบว่าสถานภาพสมรสคู่และโสดไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต แต่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่า แยกมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าสถานภาพสมรสอื่นๆ ในขณะที่พรทิพา ศุภราศรี (2538) พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยที่ในการศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (เพลินพิศ เลหาวิริยะกมล, 2531) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจดีจะสามารถปรับตัวภายหลังการผ่าตัดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจไม่ดี ในขณะที่พรทิพา ศุภราศรี (2538) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจดี จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจดีเช่นกัน แต่่นักชนักญญเยีย(2537) ศึกษาพบว่าระดับสมรรถภาพของหัวใจไม่มีผลกระทบต่อการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ปัจจัยเกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อน แม้ว่าการเจ็บป่วยที่เรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคม การเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตได้ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาไม่มีผู้ใดศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนไว้อย่างชัดเจน ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจนั้น ในการศึกษาของศิริวิทย์ วัฒนสินธุ์ (2534) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเป็นเวลานานจะมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่เพิ่งผ่านการผ่าตัด และพรทิพา ศุภราศรี (2538) พบว่าระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมคือภายหลังการผ่าตัด 1-5 ปี

จะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยตามการรับรู้และการตัดสินใจเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตในประสบการณ์แต่ละด้านที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญจากการที่ผู้วิจัยได้สอบถามผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการที่รอรับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 4 รายพบว่า ผู้ป่วยทุกรายคาดหวังว่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจแล้วอาการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตอยู่จะหายไป แม้ว่าบางรายจะวิตกกังวลและหวาดกลัวการผ่าตัดว่าอาจไม่ฟื้นหลังการผ่าตัด แต่ผู้ป่วยยังเลือกที่จะเข้ารับการผ่าตัดและยินดีที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ในการสอบถามผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและมาตรวจตามนัด 1 เดือน จำนวน 7 ราย พบว่ามีอยู่ 1 ราย ที่มีภาวะเลือดออกตามไรฟันหลังจากรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดได้ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยอีก 1 รายเกิดการติดเชื้อในหัวใจ และมีผู้ป่วยอีก 1 รายที่กลับมาได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอีก 1 ลิ้น หลังจากที่เคยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไปแล้วเมื่อประมาณ 10 ปีก่อน และจากการสอบถามเจ้าหน้าที่ตึก 3 ข ที่ดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจพบว่า มีผู้ป่วยบางรายกลับมารักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้ยาหรือปัญหาที่เกิดจากลิ้นหัวใจเทียม เช่นภาวะลิ้นหัวใจเทียมอุดตัน ซึ่งจากการศึกษาติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ในช่วงเวลาดังตั้ง พ.ศ. 2537-2539 ของอรทัย พาชรีรัตน์และคณะ (2540) พบว่าเกิดการอุดตันของลิ้นหัวใจเทียมทั้งหมด 13 ครั้ง ในผู้ป่วย 12 ราย ผู้ป่วย 2 รายได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด ส่วนผู้ป่วยที่เหลือต้องเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอีกครั้ง นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายต้องเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งจำนวนผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในปี พ.ศ. 2540 มีจำนวนถึง 2,241 ราย โดยที่ในจำนวนผู้ป่วยเหล่านี้ มีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 225 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีจำนวน 91 ราย (เวชสถิติโรงพยาบาลศรีนครินทร์, 2540) ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงปัจจุบันมีจำนวน 985 ราย

จากการที่ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการเหล่านี้จะต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคและต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตไปตลอดชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องพึ่งพาทีมสุขภาพในการช่วยเหลือให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ พยาบาลเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจึงมีบทบาทสำคัญในการหาแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ และศึกษาผลกระทบจากปัจจัยต่าง ๆ ต่อคุณภาพชีวิต เพื่อที่จะนำผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้อมาใช้เป็นแนวทางหรือกลยุทธ์ในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่จะช่วยส่งเสริมหรือพัฒนาให้ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

- 1.2.1 ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการมีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร
- 1.2.2 มีปัจจัยใดบ้างที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ในประเด็นต่อไปนี้

- 1.3.1 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในภาพรวม
- 1.3.2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในระยะรอการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
- 1.3.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
- 1.3.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ
- 1.3.5 ผลกระทบของปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล เช่น เพศและอายุ ปัจจัยด้านสถานภาพทางสังคม เช่น ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ และปัจจัยด้านสุขภาพ เช่น ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพสูงสุด

3. เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน ให้นักศึกษาตระหนักถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ เพื่อให้ศึกษามีความมั่นใจในการให้คำแนะนำหรือให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้สอดคล้องและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย

4. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยประเด็นอื่น ๆ เกี่ยวกับการสร้างกิจกรรมการพยาบาลใหม่ที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการต่อไป

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ส ผสมผสานกับแนวคิดของซาน และเฟอร์เรล ในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ทั้งในระยะรอการผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัด ซึ่งมาติดตามผลการรักษาที่คลินิกศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2541

1.6 นิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1.6.1 คุณภาพชีวิต

นิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง ความรู้สึกผาสุกของบุคคล ซึ่งเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละส่วนของชีวิตที่บุคคลให้ความสำคัญ (Ferrans and Powers, 1985)

นิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตในแต่ละองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการตามสภาพที่ผู้ป่วยดำรงอยู่ เป็นการรับรู้ และประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง สามารถประเมินได้ด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิต ซึ่งดัดแปลงจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ (Quality of Life Index Cardiac version-III) ของเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ส (Ferrans and Powers, 1991) ร่วมกับการประยุกต์กรอบแนวคิดของเฟอร์แรนส์ (Ferrans, 1996) ซาน (Zhan, 1992) และเฟอร์เรล (Ferrel, 1995) ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ด้าน คือ

ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต และการให้ความสำคัญเกี่ยวกับด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายที่ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการประเมินด้วยตนเอง จำนวน 16 ตัวชี้วัด

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตและการให้ความสำคัญที่เกี่ยวกับสังคมและเศรษฐกิจที่ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการประเมินด้วยตนเอง จำนวน 8 ตัวชี้วัด

ด้านจิต-วิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตและการให้ความสำคัญเกี่ยวกับด้านจิตใจหรือจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการประเมินด้วยตนเอง จำนวน 7 ตัวชี้วัด

ด้านครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตและการให้ความสำคัญเกี่ยวกับครอบครัวที่ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการประเมินด้วยตนเอง จำนวน 4 ตัวชี้วัด

1.6.2 ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล

นิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง สถานภาพที่ติดตัวบุคคลตั้งแต่กำเนิด เป็นเงื่อนไขทางชีวภาพซึ่งไม่สามารถเลือกได้ (ฤทัยรัตน์ รตโนภาส, 2521)

นิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้วิจัยเลือกมาศึกษา ได้แก่ เพศ แบ่งเป็นเพศชายและเพศหญิง และอายุ ซึ่งนับจำนวนเต็มเป็นปี เศษของปีที่เกิน 6 เดือนขึ้นไปนับเป็น 1 ปี

1.6.3 ปัจจัยด้านสถานภาพทางสังคม

นิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง สถานภาพของบุคคลที่เกิดจากการกระทำ หรือสถานภาพแห่งผลสำเร็จ เป็นสถานภาพที่สืบเนื่องจากการกระทำหรือผลสำเร็จของการกระทำตามวิถีทางของบุคคลนั้น (ฤทัยรัตน์ รตโนภาส, 2521)

นิยามเชิงปฏิบัติ หมายถึง ข้อมูลที่เกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ในด้านสถานภาพทางสังคม ซึ่งคาดว่าจะมีความสัมพันธ์และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยเลือกศึกษา ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วย จัดตามการแบ่งของกระทรวง ศึกษาธิการและทบวงมหาวิทยาลัย แบ่งเป็น ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา หรือปวช. อนุปริญญาหรือปวส. และปริญญาตรีหรือสูงกว่า

อาชีพก่อนการเจ็บป่วย หมายถึง อาชีพที่ผู้ป่วยกระทำอยู่ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจ พิการ แบ่งเป็น รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ เกษตรกรรม ค้าขาย รับจ้างทำงานบริษัท ทำงานบ้านและไม่มีอาชีพ ได้แก่ นักเรียน นักศึกษา นักบวช เป็นต้น

อาชีพปัจจุบัน หมายถึง อาชีพที่ผู้ป่วยกระทำอยู่ในปัจจุบัน แบ่งเป็น รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ เกษตรกรรม ค้าขาย รับจ้าง ทำงานบริษัท ทำงานบ้านและไม่มีอาชีพ ได้แก่ นักเรียน นักศึกษา นักบวช เป็นต้น

รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่นับจำนวนเต็มเป็นบาทของผู้ป่วย เมื่อมีสถานภาพสมรสโสด หรือรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วยและคู่สมรส เมื่อมีสถานภาพสมรสคู่ หรือรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบิดามารดาหรือผู้ปกครองที่รับผิดชอบ ในกรณี que ผู้ป่วยไม่มีอาชีพ

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้ป่วย แบ่งเป็น 3 สถานภาพ คือ สถานภาพสมรสคู่ สถานภาพสมรสโสด และสถานภาพหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่

1.6.4 ปัจจัยด้านสุขภาพ

นิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง ปัจจัยที่มีผลทำให้บุคคลอยู่ในภาวะทุพพลภาพหรือปราศจากความทุพพลภาพ เกิดโรคหรือปราศจากโรค รวมทั้งภาวะที่เกิดความเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพหรือมีความเป็นสุขทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (WHO, 1947 quoted in Zhan, 1992)

นิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับลักษณะเฉพาะในด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ซึ่งคาดว่าจะมีความสัมพันธ์และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ผู้ป่วยเลือกศึกษา ได้แก่ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด

ระดับสมรรถภาพหัวใจ (Functional class) หมายถึง ความสามารถในการทำงานของหัวใจของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการหลังจากได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการ และก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หรือระดับความสามารถในการทำงานของหัวใจภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ประเมินโดยผู้ป่วยที่ผ่านการฝึกและเห็นชอบจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งแบ่งตามความทนทานในการใช้กำลัง (exercise tolerance) เป็น 4 ระดับ ตามการจำแนกของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York's Heart Association) ที่บัญญัติไว้ในปี พ.ศ. 2507 ดังนี้

ระดับที่ 1 มีโรคหัวใจ แต่ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบขณะทำกิจกรรมตามปกติ เช่น การทำงาน การออกกำลังกาย

ระดับที่ 2 ขณะทำกิจกรรมตามปกติ เช่น การกวาดบ้าน ถูบ้าน การเดินในระยะทางไกล ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ แต่จะมีอาการถ้ามีการออกกำลังกายมากกว่าปกติ เช่น การวิ่ง การเดินเร็ว การขึ้นบันได เป็นต้น และเมื่อหยุดพักสักระยะหนึ่งจะกลับรู้สึกสบายดี หลังจากนั้นจะสามารถทำกิจกรรมต่อไปได้

ระดับที่ 3 ขณะทำกิจกรรมที่ออกแรงเพียงเล็กน้อย เช่น การกวาดบ้าน การเดินไปห้องน้ำ ฯลฯ ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบ และจะกลับรู้สึกสบายดีเมื่อได้พักหรืออยู่เฉย ๆ

ระดับที่ 4 ขณะพัก เช่น นอนหรือนั่งอยู่บนเตียงเฉย ๆ ผู้ป่วยก็จะมีอาการเหนื่อยหอบ และถ้ามีการออกแรงเพียงเล็กน้อยจะทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น

การเกิดภาวะแทรกซ้อน หมายถึง การเกิดอาการหรืออาการแสดงต่าง ๆ อันเป็นผลมาจากโรคลิ้นหัวใจพิการและการรักษา ทั้งที่มีผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษามีผลให้ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว การบวม เป็นต้น

ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด หมายถึง ระยะเวลาที่นับจำนวนเต็มเป็นเดือน โดยนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จนถึงวันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนเศษของเดือนที่เกิน 15 วันปัดเป็น 1 เดือน

1.7 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ซึ่งเฟอร์แรนส์ (Ferrans, 1996) ได้ปรับปรุงขึ้นจากกรอบแนวคิดที่เคยพัฒนาไว้เดิม และได้ผสมผสานกับกรอบแนวคิดของซาน (Zhan, 1992) และเฟอร์เรล (Ferrel, 1995) เนื่องจากในกรอบแนวคิดของเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ส กล่าวถึงปัจจัยต่างๆ ล้วนแต่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งสิ้น แต่ไม่ได้มีการให้รายละเอียดว่าปัจจัยที่ควรคำนึงถึงประกอบด้วยปัจจัยอะไรบ้าง แต่ในกรอบแนวคิดของซาน มีการให้รายละเอียดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยแบ่งปัจจัยได้เป็น 3 ด้านคือ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสถานภาพทางสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงผลกระทบของปัจจัยต่างๆ ที่มีต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกผสมผสานกรอบแนวคิดของซานในการวิจัยครั้งนี้ด้วย เพื่อให้การประเมินปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตชัดเจนขึ้น ส่วนกรอบแนวคิดของเฟอร์เรลนั้นอธิบายที่มาของตัวชี้วัดในองค์ประกอบแต่ละด้านไว้อย่างละเอียด ซึ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของเฟอร์เรลนั้น มีความใกล้เคียงกับเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์สมาก ผู้วิจัยจึงเลือกผสมผสานกรอบแนวคิดของเฟอร์เรลในการวิจัยครั้งนี้ด้วย ทั้งนี้เพื่อให้งานวิจัยครั้งนี้มีความชัดเจนและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ตามกรอบแนวคิดของเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ส เชื่อว่าคุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกผาสุกที่บุคคลประเมินด้วยตนเอง จากความรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในส่วนต่างๆ ของชีวิตที่บุคคลให้ความสำคัญ โดยกรอบแนวคิดจะประกอบไปด้วยหลายมิติซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของประสบการณ์มนุษย์ที่มีความซับซ้อนและไม่หยุดนิ่ง ตามความเชื่อของเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ส ซาน และเฟอร์เรลนั้น ปัจจัยต่างๆ เช่น ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศและอายุ ปัจจัยด้านสถานภาพทางสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส และปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด ล้วนมีผลกระทบต่อความรู้สึกผาสุกและคุณภาพชีวิตของบุคคล โดยที่เฟอร์แรนส์และพาวเวอร์สได้นำเสนอใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ 3) ด้านจิต-วิญญาณ 4) ด้านครอบครัว ซึ่งในการประเมินคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดนี้ ไม่ได้มีการประเมินเฉพาะสิ่งที่บุคคลประสบในชีวิตเท่านั้น แต่มีการประเมินถึงคุณค่าของประสบการณ์ที่บุคคลนั้นประสบอีกด้วย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกศึกษาคุณภาพชีวิตเฉพาะในเชิงจิตวิสัย ซึ่งเป็นการรับรู้ การตัดสินใจ และการประเมินตามความรู้สึกของผู้ป่วยเอง ทั้งนี้เนื่องจากตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีเงื่อนไขที่เกิดขึ้นกับชีวิตที่คล้ายคลึงกัน คือ การได้รับผลกระทบจากโรคลิ้นหัวใจพิการและการ

รักษา การประเมินคุณภาพชีวิตในเชิงจิตวิสัยโดยบุคคลอื่นนั้น อาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การประเมินในเชิงจิตวิสัย ซึ่งจะมีความเหมาะสมกับตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มากกว่า โดยทำการประเมินทั้งมิติของความพึงพอใจและมิติของความสำเร็จ ในแต่ละมิติของคุณภาพชีวิตประกอบไปด้วย 4 ด้าน และแต่ละด้านมีส่วนประกอบดังนี้ คือ

ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ความเจ็บป่วยรวมทั้งอาการและอาการแสดงต่างๆ ล้วนมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ในการประเมินคุณภาพชีวิตในด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายจึงมีการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพ และผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรม ทักษะคิด และการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน รวม 16 ตัวชี้วัด คือ ภาวะสุขภาพ การดูแลทางด้านสุขภาพที่ได้รับอยู่ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ความสามารถในการหายใจโดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ พละกำลังในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทำสิ่งต่างๆด้วยตนเอง ความสามารถในการควบคุมและชี้นำชีวิตของตนเอง โอกาสที่จะมีชีวิตยืนยาว การมีเพศสัมพันธ์ ความสามารถที่จะทำหน้าที่ต่อครอบครัว ความมีประโยชน์หรือมีคุณค่าต่อผู้อื่น ระดับความเครียดหรือความวิตกกังวล งานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่าง ความสามารถในการเดินทางหรือการท่องเที่ยว โอกาสที่จะมีความสุขในวัยชราและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคคลื่นหัวใจพิการ

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ องค์ประกอบด้านวัตถุต่างๆเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของชีวิตที่แสดงถึงความมั่นคงและเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยต่อการเผชิญปัญหาของบุคคล ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจมีการประเมินรวม 8 ตัวชี้วัด คือ เพื่อน ความช่วยเหลือ ความเห็นอกเห็นใจหรือกำลังใจที่ได้รับจากผู้อื่น บ้าน (เครื่องเรือน ที่อยู่อาศัย) เพื่อนบ้าน มาตรฐานในการดำรงชีวิต การทำงานหรือการไม่มีงานทำ การศึกษา และความสามารถในการพึ่งตนเองด้านการเงิน

ด้านจิต-วิญญาณ ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อจิตใจหลายประการ เช่น ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความกลัว และความรู้สึกสิ้นหวัง เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกสูญเสียการควบคุม รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ จากการที่ต้องเผชิญกับการกำเริบของโรคหรืออาการไม่สบายต่างๆ และมีการคาดเดาผลของการเจ็บป่วยในอนาคตไปในทางที่เลวร้าย ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านจิต-วิญญาณจึงมีการประเมินถึงความสามารถในการเผชิญปัญหา และอิทธิพลทางจิต-วิญญาณตามความเชื่อทางศาสนา รวม 7 ตัวชี้วัด คือ ความสงบทางใจ ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา ความสำเร็จตามเป้าหมายของชีวิต ความสุขโดยทั่วไป ความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไป รูปร่างหน้าตาและลักษณะที่ปรากฏภายนอก และตัวตนของผู้ป่วยเองโดยทั่วไป