

ชีวิตและความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม (Padilla, et. al. 1983 quoted in Oleson, 1990) ส่วน Burckhardt และคณะ (1989) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเรื้อรังว่าเป็นการประเมินของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกต่อคุณภาพของชีวิตที่หลงเหลืออยู่ในขณะที่ต้องมีการเผชิญกับโรคเรื้อรังหรือความพิการ

ซัน (Zhan, 1992) ซึ่งได้วิเคราะห์แนวคิดคุณภาพชีวิตและสรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ในชีวิต รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ เฟอร์เรล (Ferrel, 1995) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ภาวะความสบายของแต่ละบุคคล ซึ่งการรับรู้ไม่คงที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามกาลเวลาและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง และเฟอร์เรนส์และพาวเวอร์ส (1985, 1990, 1992, 1996) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ความรู้สึกผาสุกซึ่งเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละส่วนของชีวิตที่บุคคลให้ความสำคัญ

จากความหมายต่าง ๆ ดังได้กล่าวมาแล้ว จึงพอจะสรุปความหมายได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลในแต่ละองค์ประกอบซึ่งมีความสำคัญต่อบุคคล ตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้น

2.3.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

จากการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตโดยนักวิชาการในหลายสาขา จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตมีลักษณะเป็นนามธรรมและหลากหลาย ในการแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้ศึกษาแต่ละท่านก็มีความแตกต่างกัน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ในด้านสังคมวิทยาและเศรษฐศาสตร์ ได้มีการแบ่งองค์ประกอบที่คล้ายคลึงกัน เนื่องจากในปัจจุบันเริ่มมีการศึกษาพบว่า ดัชนีทางเศรษฐกิจไม่ใช่ข้อบ่งชี้ของการมีความสุขที่แท้จริง รวมทั้งมีการพบว่าความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจไม่สามารถแก้ปัญหาทางสังคมได้ (เนาวรัตน์ พลายน้อย, 2525) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2529; อ้างถึงใน บติ ธนะมัน, 2530) จึงได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตว่า มีความเกี่ยวข้องทั้งด้านปริมาณและคุณภาพในองค์ประกอบของความจำเป็นพื้นฐานทั้งทางร่างกาย สังคม และวัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง จิตวิทยา และสภาพแวดล้อมในการดำเนินชีวิต ทั้งที่เป็นไปตามธรรมชาติและที่มนุษย์สร้างขึ้น

ส่วนการสรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในทางการแพทย์บาล ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับแนวคิดหรือทฤษฎีทางการแพทย์บาลที่นำมาใช้ แต่โดยภาพรวมแล้วองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในทางการแพทย์บาลมีการคำนึงถึงความเป็นองค์รวม (holistic) ของบุคคล เช่น ยุพิน โกรินทร์ (2536) ได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตโดยประยุกต์จากทฤษฎีการปรับตัวของรอย ตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพเป็น 4 องค์ประกอบ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย
2. การเปลี่ยนแปลงด้านอัตมโนทัศน์
3. การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่
4. การเปลี่ยนแปลงด้านการพึ่งพาระหว่างกัน

แคมป์เบลล์และคณะ (Campbell et al., 1961 quoted in Burckhardt, 1985) ให้แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้ในลักษณะของระดับความพึงพอใจใน 5 องค์ประกอบ คือ

1. ความผาสุกในร่างกายและสิ่งที่เป็นในการดำรงชีวิต
2. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น
3. กิจกรรมในสังคมหรือชุมชน
4. การพัฒนาตนเองและความสมหวังในการทำงาน
5. การมีสันติภาพ

ฟลานาแกน กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่า มาจากพื้นฐานความต้องการของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้ (Flanagan, 1978 quoted in Oleson, 1990)

1. มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ซึ่งองค์ประกอบทางด้านวัตถุ ได้แก่ มีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก และองค์ประกอบทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ
2. มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง และบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตรก็ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย
3. มีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น
4. มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจการเรียนและเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานทำที่น่าสนใจ ได้รับผลตอบแทนที่ดีและการแสดงออกในทางสร้างสรรค์
5. มีสันติภาพ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

พาดิลลาและแกรนท์ (Padilla and Grant ,1985) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับ องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าควรประกอบไปด้วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย ส่วนชาน (Zhan, 1992) ได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่า ควรประกอบไปด้วยความพึงพอใจในชีวิตในเรื่องทั่ว ๆ ไป ความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองเกี่ยวกับด้านภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหรืออัตมโนทัศน์ ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความพึงพอใจเกี่ยวกับอาชีพ การศึกษา และรายได้ หรือเศรษฐกิจ-สังคม ความต้องการในด้านต่าง ๆ ของบุคคล ถ้าได้รับการตอบสนองในทางที่ดีก็จะทำให้บุคคลมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่

ดี เฟอร์เรล(Ferrel, 1995) สรุปลักษณะประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) ความผาสุกด้านร่างกายและอาการทางกาย(physical well-being and symptoms) 2)ความผาสุกด้านจิตใจ(psychological well-being) 3)ความผาสุกด้านสังคม(social well-being) และ 4)ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ(spiritual well-being) และเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ส (Ferrans and Powers, 1985: 1990: 1992) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย สังคมและเศรษฐกิจ จิต-วิญญาณ และครอบครัว

ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ส ทั้งนี้เพราะมีความสอดคล้องกับแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมซึ่งคำนึงถึงความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ อารมณ์ โดยมีการประเมินในมิติของความพึงพอใจในชีวิตซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต ตลอดจนมีการปรับปรุงให้มีความเหมาะสมในการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเรื้อรังหลาย ๆ กลุ่มโรค ดังนั้นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในการวิจัยครั้งนี้จึงประกอบไปด้วยความพึงพอใจและความสำคัญในภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย สังคมและเศรษฐกิจ จิต-วิญญาณ และครอบครัว

2.3.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย สามารถประเมินหลายแนวทางดังนี้

มีเบอร์ก (Meeberg, 1993) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ซึ่งจำแนกได้ 2 ประเภทคือ

1. ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (objective indicators) เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรมเช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา หน้าที่ด้านร่างกาย เป็นต้น
2. ตัวบ่งชี้จิตวิสัย (subjective indicators) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิสัย เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

กูดตินสันและซิงเกิลตัน (Goodinson and Singleton, 1989) ได้เสนอแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตใน 3 แนวทาง คือ

1. การประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม (global measurement) เป็นการประเมินความรู้สึกผาสุกในชีวิตโดยรวม มีข้อดีคือ สามารถประเมินได้รวดเร็ว แต่มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถประเมินผลกระทบจากอาการของโรคหรือผลจากการรักษาที่มีต่อชีวิตของผู้ป่วยได้

2. การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย (objective measurement) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยแพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย เช่นการประเมินเกี่ยวกับรายได้ การศึกษา การทำงาน ระยะเวลาที่ปราศจากการกำเริบของอาการของโรค หรือระดับสมรรถภาพของหัวใจ

ก่อนและหลังการผ่าตัด เป็นต้น การประเมินชนิดนี้มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถตัดสินความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยได้

3. การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย (subjective measurement) เป็นการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยโดยตัวผู้ป่วยเอง และการประเมินความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในชีวิตโดยตัวผู้ป่วยเอง เป็นต้น

นอกจากนี้การประเมินคุณภาพชีวิตอาจพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิตดังนี้

1. การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างมิติเดียวซึ่งนิยมกันมากในอดีต บุคคลจะประเมินคุณภาพชีวิตของตนโดยใช้คำถามเดียวสรุปถึงคุณภาพชีวิต โดยรวมทั้งหมดซึ่งถือว่าการประเมินที่เที่ยงตรงและเชื่อถือได้ เช่น แบบประเมินคุณภาพชีวิตของแคนทริล (Cantril, 1985 quoted in Oleson, 1990) เป็นต้น ซึ่งงานวิจัยที่น่าแบบประเมินของแคนทริลมาใช้ได้แก่ งานวิจัยของสุวิมล พนาวัฒนากุล (2534) ที่ทำการศึกษาอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และ งานวิจัยของนัยนา พิพัฒน์วิเศษ (2535) ซึ่งได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นต้น

2. การประเมินโดยมีแนวคิดว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ คุณภาพชีวิตของบุคคลไม่ได้ขึ้นกับสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียวแต่ขึ้นอยู่กับหลายสิ่ง ซึ่งประกอบเป็นคุณภาพชีวิต แนวคิดนี้ได้นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในบุคคลที่เจ็บป่วย โดยเชื่อว่าจะประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมตามสภาพความเป็นจริงมากกว่าการประเมินจากมิติเดียว เช่น ประเมินจากการทำงานของร่างกาย สังคม และเศรษฐกิจ ในการประเมินด้วยโครงสร้างหลายมิตินี้ จำนวนข้อความในแบบประเมินควรมีรายละเอียดมากพอที่จะครอบคลุมองค์ประกอบในแต่ละด้าน (Padilla and Grant, 1985; Burckhardt et al., 1989; Zhan, 1992; Ferrans and Powers, 1992) งานวิจัยที่ใช้รูปแบบการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยโครงสร้างหลายมิติได้แก่ งานวิจัยของอรุษา ปัดจิงหรีด (2537) ที่ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับวิธีการเผชิญความเครียด และความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ดัดแปลงจากแบบประเมินของฟลานาแกนและแบบประเมินของเบิร์คฮาร์ดท์และคณะ และงานวิจัยของยุพิน โกรินทร์ (2536) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม โดยสร้างแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้วยการประยุกต์แนวคิดการปรับตัวของรอยร่วมกับมาตรวัดผลกระทบจากข้อเสื่อมของเซลแมน เป็นต้น

นอกจากนี้ลักษณะของแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ดี ควรมีลักษณะดังต่อไปนี้ ได้แก่

1. เนื้อหาสอดคล้องกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา เช่น ในการประเมินคุณภาพชีวิตของคนไทยควรจะสอดคล้องกับค่านิยมและวัฒนธรรมของสังคมไทย เช่น การสร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยพนิชฐา พานิชชิวกุล (2537) ซึ่งได้พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพ

ชีวิตที่เป็นสหมิตสำหรับผู้สูงอายุในชนบท ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทยมากขึ้น

2. ควรเป็นปริมาณ เช่น ข้อมูลที่ใช้รวบรวมสามารถให้คะแนนเป็นตัวเลข
3. สามารถใช้ในหลายสถานการณ์ด้วยข้อจำกัดที่น้อยที่สุดเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านอายุ เพศ อาชีพ และชนิดของโรคเรื้อรัง
4. ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้
5. เป็นที่ยอมรับในการวัด โดยเฉพาะจากผู้ชำนาญทางคลินิก
6. มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ถูกวัด
7. แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างเด่นชัด ในกลุ่มผู้ถูกวัดที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน
8. มีเหตุผลดี

อย่างไรก็ตาม การสร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในลักษณะต่าง ๆ กันนี้ ขึ้นอยู่กับ การให้ความหมายคุณภาพชีวิตและคำถามเพื่อหาคำตอบในงานวิจัย การประเมินคุณภาพชีวิตจึง ยังไม่มีเกณฑ์ที่แน่นอน ในการประเมินอาจจะประเมินเฉพาะเชิงจิตวิสัยหรือเชิงวัตถุวิสัย หรือ ประเมินทั้งสองด้านและเครื่องมืออาจมีโครงสร้างเพียงมิติเดียว หรือหลายมิติก็ได้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตซึ่งเฟอร์แรนส์ (Ferrans, 1996) ได้ปรับปรุงขึ้นจากกรอบแนวคิดของเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ส (Ferrans and Powers, 1985) ที่เคยพัฒนาไว้เดิมเป็นหลัก ผสมผสานกับกรอบแนวคิดของชาน (Zhan, 1992) และ เฟอร์เรล (Ferrel, 1995) ร่วมด้วย เนื่องจากในกรอบแนวคิดของเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ส กล่าวถึงปัจจัยต่าง ๆ ว่าเป็นตัวมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งสิ้น แต่ไม่ได้มีการให้รายละเอียดว่า ปัจจัยที่ควรคำนึงถึงประกอบด้วยปัจจัยอะไรบ้าง แต่ในกรอบแนวคิดของชาน มีการให้รายละเอียดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยแบ่งปัจจัยได้เป็น 3 ด้านคือ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสถานภาพทางสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงผลกระทบของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีต่อคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงเลือกผสมผสานกรอบแนวคิดของชานในการวิจัยครั้งนี้ด้วย เพื่อให้การประเมินปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตชัดเจนขึ้น ส่วนกรอบแนวคิดของเฟอร์เรลนั้นอธิบายที่มาของตัวชี้วัดในองค์ประกอบแต่ละด้านไว้อย่างละเอียด ซึ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของเฟอร์เรล มีความใกล้เคียงกับเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์สมาก ผู้วิจัยจึงเลือกผสมผสานกรอบแนวคิดของเฟอร์เรลในการวิจัยครั้งนี้ด้วย ทั้งนี้เพื่อให้งานวิจัยครั้งนี้มีความชัดเจนและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ตามกรอบแนวคิดของเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ส เชื่อว่าคุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกผาสุก ที่บุคคลประเมินด้วยตนเอง จากความรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในส่วนต่างๆ ของชีวิตที่บุคคล ให้ความสำคัญ โดยกรอบแนวคิดจะประกอบไปด้วยหลายมิติซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของประสบการณ์มนุษย์ที่มีความซับซ้อนและไม่หยุดนิ่ง ตามความเชื่อของเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ส ชาน

และเฟอร์เรนส์นั้น ปัจจัยต่างๆ เช่น ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศและอายุ ปัจจัยด้านสถานภาพทางสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส และปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด ล้วนมีผลกระทบต่อความรู้สึกผาสุกและคุณภาพชีวิตของบุคคล โดยที่เฟอร์เรนส์และพาวเวอร์สได้นำเสนอใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ 3) ด้านจิต-วิญญาณ 4) ด้านครอบครัว ซึ่งในการประเมินคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดนี้ ไม่ได้มีการประเมินเฉพาะสิ่งที่บุคคลประสบในชีวิตเท่านั้น แต่มีการประเมินถึงคุณค่าของประสบการณ์ที่บุคคลนั้นประสบอีกด้วย

ในการพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของเฟอร์เรนส์และพาวเวอร์สตามกรอบแนวคิดนี้ ได้มีการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ทั้งจากบุคคลปกติและผู้ที่เป็นผู้ป่วย จนได้เครื่องมือที่แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประเมินคุณภาพชีวิตในมิติของความพึงพอใจในหลายๆด้านของชีวิต และส่วนที่ 2 ประเมินคุณภาพชีวิตในมิติของความสำเร็จของตัวชีวิตนั้นๆ ในการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกศึกษาคุณภาพชีวิตเฉพาะในเชิงจิตวิสัย ซึ่งเป็นการรับรู้ การตัดสินใจ และการประเมินตามความรู้สึกของผู้ป่วยเอง ทั้งนี้เนื่องจากตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีเงื่อนไขที่เกื้อหนุนกับชีวิตที่คล้ายคลึงกัน คือ การได้รับผลกระทบจากโรคลิ้นหัวใจพิการและการรักษา การประเมินคุณภาพชีวิตในเชิงจิตวิสัยโดยบุคคลอื่นนั้น อาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การประเมินในเชิงจิตวิสัย ซึ่งจะมีความเหมาะสมกับตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มากกว่า โดยทำการประเมินทั้งมิติของความพึงพอใจและมิติของความสำเร็จ ในแต่ละมิติของคุณภาพชีวิตประกอบไปด้วย 4 ด้าน และแต่ละด้านมีส่วนประกอบดังนี้ คือ

ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ความเจ็บป่วยรวมทั้งอาการและอาการแสดงต่างๆที่มีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ในการประเมินคุณภาพชีวิตในด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่จึงมีการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพ และผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรม ทักษะคิด และการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน รวม 16 ตัวชี้วัด คือ ภาวะสุขภาพ การดูแลทางด้านสุขภาพที่ได้รับอยู่ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ความสามารถในการหายใจโดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ พลังกำลังในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทำสิ่งต่างๆด้วยตนเอง ความสามารถในการควบคุมและชี้นำชีวิตของตนเอง โอกาสที่จะมีชีวิตยืนยาว การมีเพศสัมพันธ์ ความสามารถที่จะทำหน้าที่ต่อครอบครัว ความมีประโยชน์หรือมีคุณค่าต่อผู้อื่น ระดับความเครียดหรือความวิตกกังวล งานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่าง ความสามารถในการเดินทางหรือการท่องเที่ยว โอกาสที่จะมีความสุขในวัยชราและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการ

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ องค์ประกอบด้านวัตถุต่างๆเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของชีวิต โดยแสดงถึงความมั่นคงและเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยต่อการเผชิญปัญหาของบุคคล ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจมีการประเมินรวม 8 ตัวชี้วัด คือ เพื่อน ความ

ช่วยเหลือ ความเห็นอกเห็นใจหรือกำลังใจที่ได้รับจากผู้อื่น บ้าน (เครื่องเรือน ที่อยู่อาศัย) เพื่อนบ้าน มาตรฐานในการดำรงชีวิต การทำงานหรือการไม่มีงานทำ การศึกษา และความสามารถในการพึ่งตนเองด้านการเงิน

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

ด้านครอบครัว ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งทางด้านร่างกายด้านการเงิน และสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว การประเมินคุณภาพชีวิตในด้านครอบครัวจึงมีการประเมินใน 4 ตัวชี้วัด คือ สุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ความสำเร็จในการเลี้ยงดูบุตรหลาน ความสุขในครอบครัว และความสัมพันธ์กับคู่ครองหรือบุคคลที่มีความสำคัญ

จะเห็นได้ว่า องค์ประกอบในการประเมินคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของเฟอร์เรนส์และพาวเวอร์สันั้นมีความสอดคล้องกับแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังที่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป คือ ควรประกอบด้วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และ สังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) ซึ่งคำนึงถึงความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับสังคม โดยมีการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติของความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปที่ถือว่าความพึงพอใจในชีวิตเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต (Andrews and Withey, 1976; Galman, 1987; Campbell et al., 1976 quoted in Ferrans and Powers 1992) และมีการประเมินถึงคุณค่าของประสบการณ์ชีวิตของบุคคล โดยการประเมินความสำคัญของตัวชี้วัดด้วย ตลอดจนมีการปรับปรุงให้มีความเหมาะสมกับการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายๆกลุ่ม ด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้ กรอบแนวคิดของเฟอร์เรนส์และพาวเวอร์สัน จึงสามารถนำมาเป็นแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการได้ครอบคลุม ผู้วิจัยจึงนำกรอบแนวคิดและเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ (Quality of Life Index Cardiac version-III) ของเฟอร์เรนส์และพาวเวอร์สัน มาประยุกต์ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในการวิจัยครั้งนี้ โดยการประเมินคุณภาพชีวิตในเชิงจิตวิสัยในทั้ง 2 มิติ จากองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิต-วิญญาณ และด้านครอบครัว ซึ่งเชื่อว่าจะประเมินคุณภาพ

ชีวิตได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น เพราะเป็นการพิจารณาตัดสินคุณภาพชีวิตโดยผู้ป่วยเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยที่ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์สได้แก่ การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร โดยทัศนีย์ จินางกูร (2530) ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้มากกว่า 1 เดือน จำนวน 55 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิต คือ อายุ การเบิกค่ารักษาพยาบาล และการไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนเพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการรักษา การติดเชื้อในช่องท้อง และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องท้องไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งในการทดสอบค่าความเชื่อมั่นในการวิจัยครั้งนี้พบว่า แบบสอบถามทั้งชุดมีค่าความเชื่อมั่น 0.95 ส่วนความเชื่อมั่นด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิต-วิญญาณและด้านครอบครัว เท่ากับ 0.82, 0.82, 0.89 และ 0.93 ตามลำดับ

ตามกรอบแนวคิดของเฟอร์เรล (Ferrel, 1995) ที่ได้พัฒนากรอบแนวคิดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเช่นเดียวกับโรคคลื่นหัวใจพิการ และประเมินคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของบุคคลต่อผลกระทบจากโรคและการรักษาตามองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งการรับรู้คุณภาพชีวิตนี้เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ผู้ป่วยเท่านั้นที่จะสามารถรับรู้ได้ การประเมินคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของเฟอร์เรลจึงเป็นการประเมินในเชิงจิตวิสัยเช่นเดียวกับแนวคิดของเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ส อีกทั้งมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ใกล้เคียงกันมาก (Ferrans, 1996) ซึ่งงานวิจัยที่พัฒนาเครื่องมือจากกรอบแนวคิดของเฟอร์เรลได้แก่ การศึกษาความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตของผู้ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี (วัลลภา ครุฑแก้ว, 2540) ซึ่งศึกษาในผู้ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี จำนวน 60 ราย ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี อยู่ในระดับปานกลางและผู้ที่มีความเข้มแข็งอดทนสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย โดยในการวิจัยครั้งนี้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิตได้เท่ากับ 0.91 และผู้วิจัยแสดงความคิดเห็นว่าเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้สามารถที่จะวัดผลกระทบของการติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีต่อคุณภาพชีวิตได้

ส่วนกรอบแนวคิดของซ่าน (Zhan, 1992) ซึ่งเชื่อว่าภูมิหลังของบุคคล ศาสนา ค่านิยม และประสบการณ์ของบุคคลมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความหมายและความสำคัญของคุณภาพชีวิตของบุคคลได้นั้น ได้มีผู้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของซ่าน และนำไปใช้ประเมินในตัวอย่างหลาย ๆ กลุ่มได้แก่ การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (สายฝน จีบใจ, 2540) ซึ่งศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของตัวอย่างอยู่ในระดับดี โดยผู้ที่มีรายได้สูง ระดับการศึกษาสูง มีระยะเวลาเจ็บป่วยไม่นาน และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยครั้งจะเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตดี โดยค่าความเชื่อมั่น

ของแบบวัดคุณภาพชีวิตในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 0.88 ส่วน สมสุข สิงห์ปัญญานที(2540) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของตัวอย่างอยู่ในระดับดี โดยที่ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาสูง รายได้สูง และเจ็บป่วยเป็นเวลานานจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิตในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 0.96

2.3.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นกับภูมิหลัง สิ่งแวดล้อม ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ศาสนา ค่านิยม และประสบการณ์ของบุคคลที่มีความซับซ้อนไม่หยุดนิ่ง สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความหมายและความสำคัญของคุณภาพชีวิตของคุณภาพชีวิตในแต่ละบุคคล โดยที่ซ่าน (Zhan, 1992) ได้แบ่งปัจจัยต่างๆออกเป็น 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสถานภาพทางสังคม รวมทั้งปัจจัยด้านสุขภาพล้วนมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยต่างๆเหล่านี้ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในหลายๆด้าน และมีความแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล เป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ และ อายุ

เพศ

เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของ ทศนีย์ จินางกูร (2530) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องถาวร พบว่า เพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สนทยา พิชัยกุล (2533) ที่ศึกษาการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า เพศหญิงมีระดับการรับรู้ความผาสุกสูงกว่าเพศชาย และการศึกษาการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจ (Rankin, 1990) พบว่า เพศหญิงมีความพึงพอใจในด้านครอบครัวสูงกว่าเพศชาย ส่วนการศึกษาของ ยุพิน โกรรินทร์ (2536) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเสื่อม และพบว่าคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุเพศหญิงต่ำกว่าเพศชาย การศึกษาของสุรชาติพย์ อุปลาบดี (2536) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเพศชายสูงกว่าเพศหญิง และการศึกษาของสุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) ที่ศึกษาอัมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า เพศสามารถร่วมทำนายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิต ร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ได้ ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวแล้วนั้น แตกต่างจากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ซึ่ง พรทิพา ศุภราศรี (2538) พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชาย ไม่มีความแตกต่างกัน

อายุ

อายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่จะส่งผลการเผชิญและแก้ไขที่ปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทศนีย์ จินางกูร (2530) ศึกษาในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้อง พบว่า ผู้ป่วยที่อายุแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 30 - 50 ปี และผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 50 ปี โดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 30 ปี เป็นวัยที่เริ่มมีกิจกรรมมากมายและเป็นวัยเริ่มสร้างหลักฐาน การเจ็บป่วยและการรักษาย่อมมีผลกระทบต่อการสร้างหลักฐานชีวิต ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถประกอบอาชีพหรือศึกษาต่อได้ ทำให้เป็นภาระต่อครอบครัว ส่วนผู้ป่วยวัยกลางคนส่วนใหญ่ทำงานเป็นหลักฐานโดยรับราชการ ซึ่งมักได้รับความช่วยเหลือให้ทำงานต่อ โดยอาจเปลี่ยนแปลงหน้าที่ ส่วนในกลุ่มที่ลาออกจากงาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 50 ปี หรือผู้ป่วยที่เกษียณอายุ ถึงแม้จะมีสุขภาพเลวลงและต้องการพักผ่อน แต่ผู้ป่วยก็มีความมั่นคงและมีหลักฐานชีวิตที่ดีกว่าจึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี และจากการศึกษาของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla and Grant, 1985) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ทำโคลอสโตมี (colostomy) ทั้งนี้เนื่องจากอายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตจึงส่งผลถึงการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และพบว่าบุคคลที่มีอายุต่างกันจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันออกไป และการศึกษาของสุธาทิพย์ อุบลาบัตติ (2536) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก ส่วนพรทิพา ศุภราศรี (2538) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่ากลุ่มอายุที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของผู้วิจัยหลายท่านที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์หรือไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ (ประภา รัตนเมธานนท์, 2532; นัยนา พิพัฒน์ วณิชชา, 2535)

ปัจจัยด้านสถานภาพทางสังคม เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในสถานภาพทางสังคม ซึ่งคาดว่าจะมีความสัมพันธ์และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และสถานภาพสมรส

ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่พัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล การศึกษาช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ ความคิดของตนในการแก้ปัญหาการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม การศึกษาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ

(2536) ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ คอ และปากมดลูก พบว่าระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางตรงและทางอ้อม กล่าวคือผู้ที่มีการศึกษาสูง จะมีความรู้ความสามารถในการแสวงหาความรู้ แหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเองและเฝ้าระวังให้ประกอบอาชีพที่มั่นคง มีรายได้ดี ทำให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภา รัตนเมธานนท์ (2532) ที่พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ การศึกษาของสุธาทิพย์ อุปลาบติ (2536) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ และการศึกษาของ พรทิพา ศุภราศรี (2538) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีโอกาสรับรู้ข่าวสารต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย ทำให้มีการตัดสินใจที่ดี และสามารถปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพได้ถูกต้องเหมาะสมกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ แต่จากการศึกษาของทัศนีย์ จินางกูร (2530) ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตหรือคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อาชีพ

นักสังคมวิทยาเชื่อว่าบทบาทของคนทำงาน (worker role) เป็นตัวก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต การมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับว่าเป็นคนมีคุณค่า ส่วนการออกจากงานทำให้บทบาทและสถานภาพทางสังคมของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป การศึกษาของ Palmor และ Luikart (1972) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความพึงพอใจในชีวิตของเพศชายวัยกลางคน การศึกษาของ Evans และคณะ (1985) ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม หรือการปลูกถ่ายไต จำนวน 589 คน พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถกลับไปทำงานได้มีคุณภาพชีวิตทางจิตวิสัยสูงกว่าผู้ซึ่งไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพ และการศึกษาของสุธาทิพย์ อุปลาบติ (2536) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีอาชีพจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาชีพ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภา รัตนเมธานนท์ (2532) ที่พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจย่อมเกิดผลกระทบกระเทือนต่อภาวะเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ของบุคคล ผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะเป็นผู้ที่สามารถสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต เช่น มีอาหารบริโภคเพียงพอ มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมและปลอดภัย มีคุณค่าในสังคม เมื่อเจ็บป่วยก็สามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้อย่างดี เนื่องจากมีโอกาที่จะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกสบายและสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองระหว่างการเจ็บป่วยได้ โดยไม่ต้องพะวงกับปัญหาเศรษฐกิจ สามารถรับการรักษาที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีรายได้

น้อยเมื่อเจ็บป่วยและต้องนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล หรือแม้กระทั่งกลับไปอยู่บ้านแล้วก็ตาม ย่อมมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจแล้วนั้น ยังต้องมีการรักษาต่อเนื่อง ต้องติดตามการรักษาเพื่อตรวจเลือดและปรับขนาดยาต้านการแข็งตัวของเลือดให้เหมาะสม ผู้ป่วยบางรายอาจต้องปรับเปลี่ยนอาชีพซึ่งมีผลต่อรายได้ของครอบครัว ดังนั้น รายได้จึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย Cameran และคณะ (1973 quoted in Burckhardt, 1989) ได้ประเมินการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตทั้งหมดของคนพิการและรายงานว่ารายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่จะกำหนดความพึงพอใจในชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Meyerowitz และคณะ (1983) ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจำนวน 50 คน พบว่า ภาวะทางการเงินทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตเนื่องจากการสูญเสียรายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภา รัตเมธานนท์ (2532) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่า รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และการศึกษาของ พรทิพา ศุภราศรี (2538) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนสูง จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำ ส่วนการศึกษาของสุธาทิพย์ อุบลลาบัติ (2536) พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว

สถานภาพสมรส

เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของ สุมิตล พนาวัฒน์กุล (2534) เกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคือนักคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด หรือหม้าย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นัยนา พิพัฒน์วนิชชา (2535) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า สถานภาพสมรสทั้งคู่และโสด ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต แต่สถานภาพสมรส หม้าย หย่า และแยก จะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ส่วนการศึกษาของพรทิพา ศุภราศรี (2538) พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ปัจจัยด้านสุขภาพ เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ในด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ซึ่งคาดว่าจะมีความสัมพันธ์และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด

ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนและหลังการผ่าตัด

จากการศึกษาของ เฟลินพิศ เลหาวิริยมล (2531) พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัดสูงจะมีการปรับตัวภายหลังการผ่าตัดดี ซึ่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้น

หัวใจที่สามารถปรับตัวได้ดี ย่อมจะมีความเป็นสุขด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย มีอัตมโนทัศน์และมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการศึกษาของ พรทิพา ศุภราศรี (2538) พบว่าผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีระดับสมรรถภาพหัวใจในระดับดี สามารถช่วยเหลือตนเอง มีการเรียนรู้ และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่า แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนางลักษณ์ บุญเยี่ย (2537) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมเผชิญความเครียด ในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถในการควบคุมชีวิตของผู้ป่วยและเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต (Goodinson and Singleton, 1989; Jalowiec, 1990 quoted in Parse, 1994) พบว่า ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

การเกิดภาวะแทรกซ้อน

การเจ็บป่วยเป็นภาวะที่ขัดขวางการดำเนินชีวิตตามปกติของบุคคล โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง รักษาไม่หายขาด ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายอันเนื่องมาจากสภาพของโรคและมีผลกระทบต่อด้านอารมณ์ จิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม (ดาริณี สุภาพ, 2526) โรคลิ้นหัวใจพิการ เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่มีระยะของการเจ็บป่วยยาวนาน ภาวะของโรคจึงมีผลกระทบต่อกระบวนการของชีวิตอย่างต่อเนื่อง (สุกษม อัตนวานิช, 2539) การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความพิการของลิ้นหัวใจและการรักษา เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด หรือการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยทำให้ผู้ป่วยต้องจำกัดกิจกรรมมากขึ้น จนเกิดความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง นอกจากนี้การเกิดภาวะแทรกซ้อนยังทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจและสังคมได้อีกทางหนึ่ง

ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

จากการศึกษาของ พรทิพา ศุภราศรี (2538) พบว่าผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ตั้งแต่ 2 เดือนถึง 1 ปี มักขาดความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมาแล้ว 1-5 ปีนั้น จะเกิดการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ส่วนเมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้นผู้ป่วยจะมีแรงจูงใจลดลงและละเลยการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์ (2534) ที่พบว่าระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเอง การศึกษาของ Gillis และคณะ (1993) ซึ่งพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด ทั้งในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เริ่มดีขึ้นหลังการผ่าตัด 4 สัปดาห์โดยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลมีระดับคุณภาพชีวิตที่สูงกว่า แต่เมื่อครบ 6 เดือนพบว่าคุณภาพชีวิต ความสามารถในการดูแลตน

เอง และภาวะอารมณ์ ในทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยจึงควรให้ซ้ำอีกครั้ง หลังการผ่าตัดครบ 6 เดือน

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการทั้งในระยะก่อนและหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆทั้งจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและจากการรักษา การรักษาโรคลิ้นหัวใจพิการทั้งด้วยวิธีการทางอายุรกรรมและทางศัลยกรรม เป็นเพียงแต่การช่วยยืดอายุของผู้ป่วยออกไปเท่านั้น แต่ไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคและเนื่องจากการมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพมีความสำคัญและเป็นสิ่งที่ต้องการของมนุษย์ทุกคน พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล โดยต้องให้ความสนใจทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งคุณภาพชีวิตของบุคคลด้วย ฉะนั้นการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตโรคลิ้นหัวใจพิการ รวมทั้งการศึกษาถึงปัจจัยต่างๆที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จะทำให้ทราบถึงความเป็นอยู่ของผู้ป่วย สิ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีชีวิตความเป็นอยู่ที่มีคุณภาพ หรือสิ่งที่ยับยั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป