ตารางที่ 14 การวิเคราะห์การจำแนกพหุของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการตามแบบจำลองที่ 2 (คะแนนเฉลี่ยทั้งหมด=22.90)

ปัจจัยและกลุ่มย่อย	จำนวน	ยังไม่ปรับ		ปรับปัจจัยหลัก		ปรับปัจจัยหลักและปัจจัยร่วม	
		ค่าเบี่ยงเบน	Eta	ค่าเบี่ยงเบน	Beta	ค่าเบี่ยงเบน	Beta
การเปลี่ยนแปลงอาชีพ			.27		.26		.23
ไม่เปลี่ยนแปลง	84	23.79		23.73		23.65	
เปลี่ยนแปลง	57	21.59		21.67		21.79	
ระดับการศึกษา			.08		.00		.04
ประถมศึกษา	94	22.66		22.89		23.02	
สูงกว่าประถมศึกษา	47	23.37		22.92		22.66	
การเบิกค่ารักษาพยาบาล			.19		.13		.12
เบิกได้ทั้งหมด	82	23.52		23.34		23.31	
เบิกได้บางส่วนและเบิกไม่ได้	59	22.04		22.29		22.33	
การเกิดภาวะแทรกซ้อน			.22		.23		.23
ไม่เกิด	38	24.39		24.48		24.46	
เกิด	112	22.39		22.36		22.37	
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ยกกำลังสอง(R^2)					.147		.157
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R)					.383		.396

เมื่อพิจารณาปัจจัยเช่นเดียวกันนี้ในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะรอการผ่าตัดพบว่ามีเพียง การเปลี่ยนแปลงอาชีพที่สามารถอธิบายการผันแปรของคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .029 ส่วนปัจจัยอื่น ๆในแบบจำลองที่ 2 นั้นสามารถที่จะร่วมกันอธิบาย

การผันแปรของคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ที่ระดับ .016) ในขณะที่ปัจจัยร่วม คือ รายได้ และปฏิกิริยาระหว่างปัจจัยไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 15 การวิเคราะห์การผันแปรของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในระยะรอการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจตามแบบจำลองที่ 2

ที่มาของการผันแปร	ผลรวมของกำลังสอง	อัตราอิสระ	ค่าเฉลี่ยของผลรวมกำลังสอง	F	ระดับนัยสำคัญ
ผลของปัจจัยหลัก	204.808	4	51.202	3.760	.016
การเกิดภาวะแทรกซ้อน	29.383	1	29.383	2.158	.154
การเปลี่ยนแปลงอาชีพ	73.571	1	73.571	5.403	.029
ระดับการศึกษา	14.101	1	14.101	1.035	.319
การเบิกค่ารักษาพยาบาล	1.114	1	1.114	.082	.777
ปัจจัยร่วม	5.860	1	5.860	.430	.518
รายได้	5.860	1	5.860	.430	.518
ค่าปฏิกิริยาสองทาง	97.091	6	16.182	1.188	.344
การเกิดภาวะแทรกซ้อน×การเปลี่ยนแปลงอาชีพ	4.052	1	4.052	.298	.590
การเกิดภาวะแทรกซ้อน×ระดับการศึกษา	4.169	1	4.169	.306	.585
การเกิดภาวะแทรกซ้อน×การเบิกค่ารักษาพยาบาล	.162	1	.162	.012	.914
การเปลี่ยนแปลงอาชีพ×ระดับการศึกษา	13.646	1	13.646	1.002	.326
การเปลี่ยนแปลงอาชีพ×การเบิกค่ารักษาพยาบาล	22.099	1	22.099	1.623	.214
ระดับการศึกษา×การเบิกค่ารักษาพยาบาล	5.945	1	5.945	.437	.515
การผันแปรที่อธิบายได้	307.760	11	27.978	2.055	.066
การผันแปรที่เหลือ	340.445	25	13.618		
การผันแปรทั้งหมด	648.205	36	18.006		

สถิติที่ปรากฏในตารางที่ 16 แสดงผลการวิเคราะห์การจำแนกพหุของคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มรอการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะรอการผ่าตัดตามแบบจำลองที่ 2 เท่ากับ 21.69 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการจะแตกต่างกันไปตามการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่เมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น ๆ อันได้แก่ การเปลี่ยนแปลงอาชีพ ระดับการศึกษา การเบิกค่ารักษาพยาบาล และรายได้ของผู้ป่วยแล้วพบว่า อิทธิพลของการเกิดภาวะแทรกซ้อนกลับลดลง (ค่า Eta ลดลงจาก .29 เป็น Beta = .18) โดยผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 21.00 ส่วนผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 22.50

เช่นเดียวกันกับปัจจัยอื่น ๆในแบบจำลองที่ 2 ที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงอาชีพ ระดับการศึกษา และการเบิกค่ารักษาพยาบาลล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการผันแปรของคุณภาพชีวิต แต่อิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆเหล่านี้จะลดลงเมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น ๆ โดยพบว่าปัจจัยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาชีพมีการลดลงของค่า Eta จาก .51 เหลือ Beta = .37 โดยผู้ป่วยที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอาชีพมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 23.12 ส่วนผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงอาชีพมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 20.00 ปัจจัยระดับการศึกษามีการลดลงของค่า Eta จาก .31 เหลือ Beta = .10 โดยผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 21.34 และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการศึกษาในระดับสูงกว่าประถมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 22.21 ปัจจัยเกี่ยวกับการเบิกค่ารักษาพยาบาลมีการลดลงของค่า Eta จาก .13 เหลือ Beta = .04 และเมื่อมีการควบคุมรายได้ร่วมด้วยพบว่าค่า Beta เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น .05 โดยผู้ป่วยที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมดมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 21.49 และผู้ป่วยที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้เพียงบางส่วนหรือเบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ได้มีคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 21.93

จะเห็นได้ว่าเมื่อพิจารณาปัจจัยทุกปัจจัยแล้วพบว่าปัจจัยทุกปัจจัยทั้งการเปลี่ยนแปลงอาชีพ ระดับการศึกษา การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเบิกค่ารักษาพยาบาลสามารถร่วมกันอธิบายการผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ แต่เมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น ๆอิทธิพลของปัจจัยนั้นจะลดลง ซึ่งปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการได้ร้อยละ 32.5

ตารางที่ 16 การวิเคราะห์การจำแนกพหุของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในระยะรอการผ่าตัดตามแบบจำลองที่ 2 (คะแนนเฉลี่ยทั้งหมด = 21.69)

ปัจจัยและกลุ่มย่อย	จำนวน	ยังไม่ปรับ		ปรับปัจจัยหลัก		ปรับปัจจัยหลักและปัจจัยร่วม	
		ค่าเบี่ยงเบน	Eta	ค่าเบี่ยงเบน	Beta	ค่าเบี่ยงเบน	Beta
การเปลี่ยนแปลงอาชีพ			.51		.41		.37
ไม่เปลี่ยนแปลง	20	23.64		23.26		23.12	
เปลี่ยนแปลง	17	19.39		19.85		20.00	
ระดับการศึกษา			.31		.17		.10
ประถมศึกษา	22	20.62		21.11		21.34	
สูงกว่าประถมศึกษา	15	23.26		22.54		22.21	
การเบิกค่ารักษาพยาบาล			.13		.04		.05
เบิกได้ทั้งหมด	20	22.18		22.18		21.49	
เบิกได้บางส่วนและเบิกไม่ได้	17	21.11		21.11		21.93	
การเกิดภาวะแทรกซ้อน			.29		.22		.18
ไม่เคย	17	22.90		22.70		22.50	
เคย	20	20.58		20.83		21.00	
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ยกกำลังสอง(R^2)					.316		.325
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R)					.562		.570

เมื่อพิจารณาปัจจัยเช่นเดียวกันนี้ในการวิเคราะห์การผันแปรของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มภายหลังการผ่าตัดพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการภายหลังการผ่าตัดผันแปรตามปัจจัยทุกปัจจัย ได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อน การเปลี่ยนแปลงอาชีพ ระดับการศึกษา และการเบิกค่ารักษาพยาบาล (ที่ระดับนัยสำคัญ .044) แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้วพบว่าไม่มี

ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งที่สามารถอธิบายความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งปัจจัยร่วม คือ รายได้ และปฏิกิริยาระหว่างปัจจัยต่าง ๆล้วนไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเช่นกัน (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 17 การวิเคราะห์การผันแปรของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการภายหลังการผ่าตัดตามแบบจำลองที่ 2

ที่มาของการผันแปร	ผลรวมของกำลังสอง	อัตราอิสระ	ค่าเฉลี่ยของผลรวมกำลังสอง	F	ระดับนัยสำคัญ
ผลของปัจจัยหลัก	135.559	4	33.890	2.561	.044
การเกิดภาวะแทรกซ้อน	39.207	1	39.207	2.963	.089
การเปลี่ยนแปลงอาชีพ	29.722	1	29.722	2.246	.137
ระดับการศึกษา	1.297	1	1.297	.098	.755
การเบิกค่ารักษาพยาบาล	45.053	1	45.053	3.405	.068
ปัจจัยร่วม	33.371	1	33.371	2.522	.116
รายได้	33.371	1	33.371	2.522	.116
ค่าปฏิกิริยาสองทาง	104.414	6	17.402	1.315	.258
การเกิดภาวะแทรกซ้อน×การเปลี่ยนแปลงอาชีพ	4.621	1	4.621	.349	.556
การเกิดภาวะแทรกซ้อน×ระดับการศึกษา	41.531	1	41.531	3.138	.080
การเกิดภาวะแทรกซ้อน×การเบิกค่ารักษาพยาบาล	.250	1	.250	.019	.891
การเปลี่ยนแปลงอาชีพ×ระดับการศึกษา	5.963	1	5.963	.451	.504
การเปลี่ยนแปลงอาชีพ×การเบิกค่ารักษาพยาบาล	13.230	1	13.230	1.000	.320
ระดับการศึกษา×การเบิกค่ารักษาพยาบาล	12.259	1	12.259	.926	.338
การผันแปรที่อธิบายได้	273.344	11	24.849	1.878	.052
การผันแปรที่เหลือ	1217.445	92	13.233		
การผันแปรทั้งหมด	1490.790	103	14.474		

สถิติที่ปรากฏในตารางที่ 18 แสดงผลการวิเคราะห์การจำแนกพหุของคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดตามแบบจำลองที่ 2 เท่ากับ 23.29 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดจะแตกต่างกันไปตามระดับการศึกษา โดยเฉพาะเมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น ๆ อันได้แก่ การเปลี่ยนแปลงอาชีพ การเกิดภาวะแทรกซ้อน การเบิกค่ารักษาพยาบาล และรายได้ของผู้ป่วยแล้วพบว่า อิทธิพลของระดับการศึกษาเพิ่มขึ้น (ค่า Eta เพิ่มจาก .02 เป็น Beta = .06) และเมื่อมีการควบคุมรายได้ของผู้ป่วยร่วมด้วยพบว่าค่า Beta เพิ่มขึ้นเป็น .15 โดยผู้ป่วยได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 23.66 ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 22.45

ส่วนปัจจัยอื่น ๆในแบบจำลองที่ 2 นี้พบว่าการเปลี่ยนแปลงอาชีพ การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเบิกค่ารักษาพยาบาล ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการผันแปรของคุณภาพชีวิต แต่อิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆเหล่านี้จะลดลงเมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น ๆ และพบว่าปัจจัยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาชีพมีการเพิ่มขึ้นของค่า Eta จาก .16 เป็น Beta = .17 แต่เมื่อควบคุมผลของรายได้ร่วมด้วย Beta กลับลดลงเหลือ .15 โดยผู้ป่วยที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอาชีพมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 23.73 ส่วนผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงอาชีพมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 22.58 ปัจจัยการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีการลดลงของค่า Eta จาก .17 เหลือ Beta = .16 โดยผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 24.32 และผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 22.91 ปัจจัยเกี่ยวกับการเบิกค่ารักษาพยาบาลมีการลดลงของค่า Eta จาก .21 เหลือ Beta = .17 โดยผู้ป่วยที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมดมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 23.83 และผู้ป่วยที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้เพียงบางส่วนหรือเบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ได้มีคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 22.45

จะเห็นได้ว่าเมื่อพิจารณาปัจจัยทุกปัจจัยแล้วมีเพียงระดับการศึกษาที่สามารถอธิบายการผันแปรของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดตามแบบจำลองที่ 2 ได้แม้ว่าจะมีการควบคุมปัจจัยอื่น ๆก็ตาม ส่วนปัจจัยอื่น ๆซึ่งได้แก่ การเปลี่ยนแปลงอาชีพ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเบิกค่ารักษาพยาบาลสามารถร่วมกันอธิบายการผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ แต่เมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่น ๆแล้วอิทธิพลของปัจจัยนั้นจะลดลง ซึ่งปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการภายหลังการผ่าตัดได้ร้อยละ 11.3

ตารางที่ 18 การวิเคราะห์การจำแนกพหุของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการภายหลังการผ่าตัดตามแบบจำลองที่ 2 (คะแนนเฉลี่ยทั้งหมด = 23.29)

ปัจจัยและกลุ่มย่อย	จำนวน	ยังไม่ปรับ		ปรับปัจจัยหลัก		ปรับปัจจัยหลักและปัจจัยร่วม	
		ค่าเบี่ยงเบน	Eta	ค่าเบี่ยงเบน	Beta	ค่าเบี่ยงเบน	Beta
การเปลี่ยนแปลงอาชีพ			.16		.17		.15
ไม่เปลี่ยนแปลง	63	23.77		23.80		23.73	
เปลี่ยนแปลง	40	22.53		22.48		22.58	
ระดับการศึกษา			.02		.06		.15
ประถมศึกษา	71	23.23		23.45		23.66	
สูงกว่าประถมศึกษา	32	23.43		22.92		22.45	
การเบิกค่ารักษาพยาบาล			.21		.20		.17
เบิกได้ทั้งหมด	61	23.96		23.91		23.83	
เบิกได้บางส่วนและเบิกไม่ได้	42	22.30		22.37		22.45	
การเกิดภาวะแทรกซ้อน			.17		.16		.16
ไม่เกิด	28	24.40		24.32		24.32	
เกิด	75	22.88		22.91		22.91	
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ยกกำลังสอง(R^2)					.091		.113
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R)					.302		.337

4.4 การอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการครั้งนี้ ศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการทั้งผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 150 ราย ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังต่อไปนี้

4.4.1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ

ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการครั้งนี้จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วง 16-73 ปี (ค่าเฉลี่ย 40.37 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.62) โดยอยู่ในช่วงอายุ 35-44 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 28.7 รองลงมาคืออายุระหว่าง 21-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.0 และช่วงอายุ 45-54 ปี อีกร้อยละ 26.7 เมื่อพิจารณาอายุของผู้ป่วยส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในวัยผู้ใหญ่จนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (21-54 ปี) ถึงร้อยละ 83.4 (ตารางที่ 1) ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการจะเริ่มมีอาการให้เห็นเด่นชัดภายหลังจากมีการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจประมาณ 10-20 ปีไปแล้ว รวมทั้งจากธรรมชาติของโรคเองซึ่งอาการต่าง ๆสามารถทุเลาลงได้เองแม้จะไม่ได้รับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าหายจากโรคแล้วและขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง จนเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลายครั้งกลายเป็นโรคเรื้อรัง เมื่ออายุมากขึ้นมีความพิการของลิ้นหัวใจมากขึ้น อาการของโรคจะยิ่งรุนแรงขึ้น (สมศักดิ์ วรรธนะภัฏ, 2534) ดังนั้นจึงพบว่าช่วงอายุของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการที่มีรับการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ข้อค้นพบเกี่ยวกับช่วงอายุในการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชุมพล วงศ์ประทีปและคณะ (2536 อ้างถึงใน จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, 2540) ที่พบว่าอัตราการตายสูงสุดของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการอยู่ในช่วงอายุ 35-55 ปี ถึงร้อยละ 83.4 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของเชิดชัย ตันติศิรินทร์และคณะ(2529) ที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์เช่นกัน โดยพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโรคลิ้นหัวใจไมตรัลตีบโดยวิธีปิดส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 16-40 ปี

ในการวิจัยครั้งนี้มีสัดส่วนของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการเป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่า ๆกันคือร้อยละ 49.3:50.7 (ตารางที่ 1) ต่างจากการศึกษาของจันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ (2540) และการศึกษาของ Fleischmann และคณะ (1996) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไมตรัลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ในขณะที่การศึกษาของจรัล เกรันพงษ์ และคณะ (2535) กลับพบว่าผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียมชนิด Starr-Edward เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนเชิดชัย ตันติศิรินทร์ และคณะ (2529) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายเช่นกัน การที่ข้อค้นพบเกี่ยวกับเพศของผู้ป่วยมีความแตกต่างการศึกษาที่ผ่านมานั้น อธิบายได้ว่าเป็นเพราะการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการทุกราย โดยไม่ได้มีการจำกัดเฉพาะลิ้นหัวใจแห่งใดแห่งหนึ่งเท่านั้น ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งเป็นภูมิภาคที่มีความชุกชุมของการเกิดโรคไข้รูมาติกสูง (สมภพ พระธานี และเชิดชัย ตันติศิรินทร์, 2532) ซึ่ง

เป็นลักษณะเฉพาะของโรคไข้รูมาติกเองที่มักเกิดในกลุ่มประชากรที่มีฐานะยากจนและมีความเป็นอยู่ที่แออัด โดยจะเห็นได้จากรายได้และระดับการศึกษาของผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในเกณฑ์ต่ำ โดยมีรายได้เฉลี่ยประมาณ 5221.41 บาท และได้รับการศึกษาในชั้นประถมศึกษา (ตารางที่ 2) จึงทำให้ทั้งเพศหญิงและเพศชายมีโอกาสที่จะเกิดไข้รูมาติกได้เท่า ๆกัน ซึ่งลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการที่พบในการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับลักษณะของการเกิดไข้รูมาติกและโรคหัวใจรูมาติกที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคลิ้นหัวใจพิการที่เกิดขึ้นภายหลัง ซึ่งมักพบมากในประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ได้รับการศึกษาต่ำ ทำให้ขาดโอกาสในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และมีโอกาสในการได้รับบริการทางด้านสุขภาพน้อย (เกียรติชัย ภูริปัญโญ, 2536 อ้างถึงใน จรี ชุติธาดา, 2540)

การเจ็บป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยลดลง เนื่องจากผู้ป่วยจะเหนื่อยง่าย ปฏิบัติภารกิจประจำวันไม่ได้ ภายหลังการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมักเปลี่ยนลักษณะอาชีพไปประกอบอาชีพที่ใช้แรงงานน้อยลง ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าสัดส่วนของกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงอาชีพต่อกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอาชีพเท่ากับ 41.3:58.7 โดยลักษณะอาชีพก่อนการเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ ทำนา ทำไร่ หรือทำสวนคิดเป็นร้อยละ46.7 นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 16.0 โดยลักษณะของงานที่รับจ้างเป็นงานที่ต้องใช้แรงงานมาก เช่น รับจ้างก่อสร้าง รับจ้างทำไร่ เป็นต้น ส่วนกลุ่มที่ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีร้อยละ 14.0 โดยลักษณะงานของกลุ่มที่รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจเป็นงานที่ใช้แรงงานปานกลาง เช่น ครู พยาบาล งานองค์การโทรศัพท์ หรือหน่วยงานเกษตรจังหวัด เป็นต้น (ตารางที่ 3)

ส่วนลักษณะอาชีพภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการของผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่ คือ การทำงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 31.3 โดยที่ลักษณะงานที่ทำเป็นงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆที่ไม่ต้องใช้แรงงานมาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยและญาติเกรงว่าหากทำงานเช่นเดิม จะทำให้เป็นอันตรายต่อลิ้นหัวใจและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต จำนวนของผู้ป่วยที่ยังคงประกอบอาชีพทำนา ทำไร่ หรือทำสวนอยู่ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการลดลงเหลือร้อยละ 26.7 ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 13.3 และยังคงประกอบอาชีพรับจ้างอีกร้อยละ 11.3 แต่ลักษณะงานที่ทำในการรับจ้างจะเป็นงานที่ต้องใช้แรงงานน้อยลง เช่น การรับจ้างตัดผม รับจ้างซักเสื้อผ้า หรือรับซ่อมอุปกรณ์ไฟฟ้า เป็นต้น (ตารางที่ 4)

ภายหลังได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากพยาธิสภาพของโรคลิ้นหัวใจพิการเองและจากผลของการรักษา คิดเป็นร้อยละ 74.7 โดยที่ภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่คือ การเกิดภาวะเลือดออกง่ายแต่หยุดยากและการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากคุณสมบัติของลิ้นหัวใจเทียมยังไม่สามารถพัฒนาให้เท่าเทียมกับลิ้นหัวใจธรรมชาติ จึงอาจก่อให้เกิดปัญหาการมีลิ่มเลือดขึ้นในช่องหัวใจ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดไปตลอดชีวิต ซึ่งถ้ารับประทานยาใน

ขนาดที่มากเกินไปจะมีผลทำให้การแข็งตัวของเลือดช้ากว่าปกติ เกิดภาวะเลือดออกง่ายแต่หยุดยาก แต่ถ้ารับประทานยาในขนาดที่น้อยเกินไป จะทำให้เลือดแข็งตัวได้ง่ายและเกิดลิ่มเลือดอุดตันได้ (สมภพ พระธานี และเชิดชัย ตันติศิรินทร์, 2532) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกง่ายแต่หยุดยาก คิดเป็นร้อยละ 40.0 ซึ่งอาการที่พบได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน มีรอยช้ำตามตัว และมีประจำเดือนมากหรือนานกว่าปกติ เป็นต้น และมีผู้ป่วยที่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน คิดเป็นร้อยละ 20.0 อาการที่พบได้แก่ ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีด หรือชา และการเกิดแขนขาอ่อนแรงหรืออัมพาตครึ่งซีก เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีผู้ป่วยที่เกิดอัมพาตครึ่งซีกจากการมีลิ่มเลือดอุดตันภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการจำนวน 14 ราย โดยเกิดอัมพาตครึ่งซีกในระยะก่อนได้รับการผ่าตัด 13 ราย และเกิดอัมพาตครึ่งซีกภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ 1 ราย

สำหรับความสามารถในการทำงานของหัวใจของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในการวิจัยครั้งนี้นั้นพบว่า ประมาณร้อยละ 59.3 หัวใจยังสามารถที่จะทำงานได้ดี คือระดับสมรรถภาพของหัวใจอยู่ในระดับที่ 1 ส่วนที่รองลงมาคือร้อยละ 36.0 มีระดับสมรรถภาพของหัวใจอยู่ในระดับที่ 2 ส่วนที่เหลืออยู่ในระดับที่ 3 จะเห็นได้ว่าไม่มีผู้ป่วยรายใดมีระดับสมรรถภาพของหัวใจอยู่ในระดับที่ 4 เลย (ตารางที่ 5) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้ป่วยที่นัดมาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกนี้จะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคลิ้นหัวใจพิการน้อยเนื่องจากยังมีระดับสมรรถภาพของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจไม่ดีจนมีอาการคุกคามของโรคลิ้นหัวใจพิการนั้นมักต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะไม่ได้เป็นตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

ในการนัดตรวจเพื่อติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก แพทย์จะนัดผู้ป่วยแต่ละรายในช่วงระยะเวลาที่ไม่เท่ากัน โดยผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดในระยะแรกหรือผู้ป่วยที่ยังมีอาการไม่คงที่จะต้องมาพบแพทย์ทุก 1 เดือน ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้วหรือผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดมากกว่า 3 เดือนจะต้องมาพบแพทย์ทุก 3-4 เดือน เกี่ยวกับระยะเวลาในการนัดตรวจเพื่อติดตามการรักษานั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประเมินว่ามีความเหมาะสมดี คิดเป็นร้อยละ 78.7 เพราะถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลงแพทย์จะนัดให้บ่อยขึ้น ส่วนถ้าอาการคงที่แพทย์จะนัดติดตามผลการรักษาประมาณ 3-4 เดือนต่อครั้ง ส่วนอีกร้อยละ 21.3 ประเมินว่าระยะเวลาการนัดตรวจยังไม่เหมาะสม ทั้งนี้โดยให้เหตุผลว่าบางครั้งระยะเวลาที่แพทย์นัดห่างกันหลายเดือน ทำให้ต้องซื้อยาไว้เพื่อรับประทานเป็นจำนวนมาก จึงต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ในการมารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับความสะดวกในการรับบริการ คิดเป็นร้อยละ 84.7 และส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 80.7 ประเมินว่าพึงพอใจกับการดูแลสุขภาพที่ได้รับในปัจจุบันแล้วและไม่ต้องการการดูแลสุขภาพอื่น ๆเพิ่มเติมอีก (ตารางที่ 5)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 66.0 เป็นผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภายหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการ อีกร้อย

ละ 34.0 เป็นผู้ไม่ที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกเหนือจากการเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 20.7 (ค่าเฉลี่ย 4.2576) เมื่อพิจารณาจากชนิดของการรักษาที่ได้รับ ซึ่งจำแนกเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาหรือกลุ่มที่รอการผ่าตัด และกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจะพบว่า กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาซึ่งมีร้อยละ 24.7 เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 54.1 (ค่าเฉลี่ย 1.92) ส่วนกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจซึ่งมีจำนวนร้อยละ 75.3 นั้นเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 69.6 (ค่าเฉลี่ย 3.10)(ตารางที่ 5)

ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในการวิจัยครั้งนี้ต้องใช้ระยะเวลาในการรอผ่าตัดตั้งแต่ 0 ถึง 48 เดือน(ค่าเฉลี่ย 8.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.83) (ตารางที่ 6) ซึ่งเหตุผลในการที่ต้องรอการผ่าตัดมีทั้งความไม่พร้อมของผู้ป่วยเอง เช่น ความไม่พร้อมทางด้านเศรษฐกิจทำให้ไม่สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดได้ ความไม่พร้อมทางด้านร่างกาย เช่นต้องรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว หรือความไม่พร้อมทางด้านจิตใจจากความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลของการผ่าตัด เป็นต้น หรือจากความไม่พร้อมของทางโรงพยาบาล เช่น ขาดเตียงรองรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยปกติ หรือการที่แพทย์สามารถทำการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้เพียง 2-3 รายต่อวัน ทำให้ผู้ป่วยต้องกำหนดวันนัดเพื่อรอผ่าตัดเป็นเวลานาน เป็นต้น

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการตั้งแต่ 1 เดือนถึง 26 ปี ในกลุ่มที่ผ่าตัดแล้วมีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดตั้งแต่ 1 เดือนจนถึง 16 ปี ซึ่งผู้ป่วยทั้งหมดยังมีความสามารถในการทำงานของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ดีจนถึงปานกลาง คือมีระดับสมรรถภาพของหัวใจอยู่ในระดับที่ 1 จนถึงระดับที่ 3 จะเห็นได้ว่าข้อค้นพบหลายประการจากการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับลักษณะความเป็นจริงของโรคลิ้นหัวใจพิการ อีกทั้งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยทุกรายที่มาติดตามการรักษาในช่วงระยะเวลา 3 เดือน จำนวนถึง 150 ราย ดังนั้นผลที่ได้จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในครั้งนี้น่าจะสามารถสะท้อนสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้

4.4.2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ

จากตารางที่ 7 จะเห็นได้ว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในเกณฑ์ดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเป็นเพราะผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในการวิจัยครั้งนี้เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 83.4) อยู่ในวัยผู้ใหญ่จนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ยังไม่มีความเสื่อมของการทำหน้าที่ของร่างกายมากนัก ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงยังสามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่การงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับความสามารถในการทำงานของหัวใจของผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.3)อยู่ในเกณฑ์ดี คือ ระดับสมรรถภาพของหัวใจอยู่ในระดับที่ 1 จึงทำให้ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มที่มีอาการของโรคลิ้นหัวใจพิการน้อย ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี และไม่ถูกรบกวนจากอาการของโรคที่รุนแรงจนถึงกับคุกคามแก่ชีวิตมากนัก การที่มี

การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพไม่มาก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจกับสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงประเมินคุณภาพชีวิตในภาพรวมออกมาในเกณฑ์ดี สอดคล้องกับที่สุชาติ โสมประยูร(2528) กล่าวว่าการมีสุขภาพที่ดีก็คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง

ส่วนเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในรายด้านแล้วพบว่า คะแนนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านจิต-วิญญาณและด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายต่ำกว่าด้านอื่น ๆนั้น (ตารางที่ 7) อธิบายได้ว่าเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและผลจากการรักษา ร่วมกับการที่ต้องเปลี่ยนแปลงรูปแบบในการดำเนินชีวิตจากการที่ต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม ทำให้ตัวอย่างประเมินคุณภาพชีวิตในด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายและด้านจิต-วิญญาณต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ผลการศึกษาที่พบในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ จินางกูร (2530) ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร ซึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรังและต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องตลอดชีวิตเช่นเดียวกัน และพบว่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในทั้ง 2 ด้านนี้อยู่ในเกณฑ์ต่ำเช่นกัน

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะรอการผ่าตัดพบว่า คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตเท่ากับ 21.69 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนมาตรฐานของแต่ละด้านพบว่าด้านที่มีคะแนนมาตรฐานสูงที่สุดคือ ด้านครอบครัว ส่วนด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นด้านที่มีคะแนนมาตรฐานต่ำที่สุด การที่คะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วยในระยะรอการผ่าตัดเป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้ว่า เกิดจากการที่ผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการต้องเผชิญกับพยาธิสภาพต่าง ๆที่เกิดจากความพิการของลิ้นหัวใจและความพยายามของกลไกปรับชดเชยของร่างกายทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (สมชาติ โลจายะ และคณะ, 2536) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องเผชิญกับอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆที่คุกคามต่อชีวิต จึงมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายนัก

จากปัญหาที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในระยะรอการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจะได้รับผลกระทบจากโรคลิ้นหัวใจพิการ ซึ่งเป็นโรคที่ทั้งเรื้อรังและรุนแรง ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว ทั้งด้านความรักใคร่ ความใกล้ชิด ความผูกพัน ความอบอุ่น ตลอดจนการช่วยเหลือด้านวัตถุต่าง ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือการช่วยเหลือกิจกรรมบางอย่าง เนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆลดลงจากการเสื่อมสมรรถภาพของหัวใจ เป็นต้น (แพรวระพี เรืองเดช, 2534) ซึ่งลักษณะของวัฒนธรรมไทยนั้น ครอบครัวมีความใกล้ชิดกันมากอยู่แล้ว ผู้ป่วยจึงได้รับความเห็นใจ และได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องและสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างมาก เมื่อผู้ป่วยได้รับความรัก ความสนใจ ความเอาใจใส่จากครอบครัว ได้รับการยอมรับจากครอบครัวแล้วจะรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Muhlenkamp & Sayles, 1986

อ้างถึงใน แพรวระพี เรืองเดช, 2534) ผู้ป่วยจึงประเมินว่ามีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวสูงกว่าด้านอื่น ๆ

สำหรับคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการทั้งหมดเล็กน้อย (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.17) และเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านโดยคำนวณคะแนนมาตรฐาน (Z score) จะพบว่าด้านที่มีคะแนนมาตรฐานสูงที่สุดคือ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย รองลงมาคือด้านครอบครัวและด้านสังคมและเศรษฐกิจตามลำดับ ส่วนด้านที่มีคะแนนมาตรฐานต่ำที่สุดคือด้านจิต-วิญญาณ (ตารางที่ 7) จะเห็นได้ว่าลำดับของคุณภาพชีวิตแต่ละด้านที่ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดประเมินนั้นมีความแตกต่างจากกลุ่มที่รอการผ่าตัดอย่างเห็นได้ชัด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดลิ้นหัวใจแล้วจะรู้สึกสุขสบายขึ้นจากการที่อาการของโรคหัวใจทุเลาลงและสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น (สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, 2537) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเริ่มมีความเชื่อมั่นในภาวะสุขภาพของตนเองว่าจะสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวและสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ (สุกษม อัตนวานิช, 2539) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงประเมินว่ารู้สึกพึงพอใจในด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่าด้านอื่น ๆ

นอกเหนือจากการพิจารณาคุณภาพชีวิตในภาพรวมและรายด้านแล้ว ผู้วิจัยได้พิจารณารายละเอียดของคุณภาพชีวิตในตัวชี้วัดของแต่ละด้าน พบสาระสำคัญที่น่าสนใจดังนี้

ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย

จากการพิจารณาคะแนนเฉลี่ยในแต่ละตัวชี้วัดของด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายจำนวน 16 ข้อ (ตารางที่ จ.2) พบว่าทั้งกลุ่มที่รอการผ่าตัดและกลุ่มภายหลังการผ่าตัดแล้วต่างประเมินความสำคัญของตัวชี้วัดในด้านนี้ไม่แตกต่างกันนัก ทำให้คะแนนเฉลี่ยแต่ละตัวชี้วัดของทั้ง 2 กลุ่มและผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการทั้งหมดมีค่าสอดคล้องกัน โดยพบว่าตัวชี้วัดที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ความสามารถในการควบคุมและตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง รองลงมาคือการดูแลสุขภาพที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน ส่วนตัวชี้วัดที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตจากการเจ็บป่วยและการรักษา ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพโดยตรง ทำให้เกิดความเสียหายต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย การรักษาโรคลิ้นหัวใจพิการทั้งด้วยวิธีการรักษาด้วยยาหรือโดยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเป็นสิ่งที่ช่วยบรรเทาอาการคุกคามต่าง ๆได้ เมื่อได้รับการรักษาผู้ป่วยจึงประเมินว่าตนเองสามารถที่จะควบคุมและตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเองได้ โดยที่ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมและตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตว่าเป็นการตัดสินใจของตนเองในการเลือกที่จะรับการรักษาหรือไม่รักษา การเลือกสถานที่รักษา การเลือกที่จะรับการผ่าตัดหรือไม่ผ่าตัด เป็นต้น ถึงแม้ว่าภายหลังการเข้ารับการรักษาแล้วอาการคุกคามต่าง ๆจะบรรเทาลง แต่อาการ

บางอาการอาจไม่หายขาดและบางอาการยังอาจที่จะกำเริบได้อีก รวมทั้งการที่ต้องปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องไปตลอดชีวิต เพื่อให้เหมาะสมกับโรค ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พึงพอใจที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตภายหลังการเจ็บป่วยและการรักษา แม้จะยอมรับว่าการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เกิดขึ้นนี้มีความสำคัญต่อชีวิตของตนเองมากก็ตาม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยได้แก่ การต้องจำกัดอาหาร การจำกัดน้ำ การจำกัดกิจกรรม การที่ต้องรับประทานยา และการที่ต้องมาตรวจตามนัด เป็นต้น

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

จากการพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในแต่ละตัวชี้วัดของด้านสังคมและเศรษฐกิจทั้ง 8 ตัวชี้วัด (ตารางที่ จ.3)พบว่าตัวชี้วัดที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงที่สุดคือ ตัวชี้วัดเกี่ยวกับบ้านเรือนและที่อยู่อาศัย รองลงมาคือ ความช่วยเหลือ ความเห็นอกเห็นใจ และกำลังใจที่ได้รับจากบุคคลอื่น ส่วนตัวชี้วัดที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่ำที่สุดคือ ความสามารถในการพึ่งตนเองเกี่ยวกับเรื่องการเงิน ส่วนในมิติของความสำคัญนั้นผู้ป่วยประเมินในระดับสูงเกือบทุกตัวชี้วัด ซึ่งคล้ายคลึงกับกลุ่มผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด ทั้งนี้เพราะโรคลิ้นหัวใจพิการเป็นโรคที่ต้องติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนานตลอดชีวิต การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและการติดตามการรักษาต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง ซึ่งผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในการวิจัยครั้งนี้มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ (ตารางที่ 2) เมื่อต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงเช่นนี้จึงประเมินคุณภาพชีวิตในตัวชี้วัดเกี่ยวกับการพึ่งตนเองเรื่องการเงินค่อนข้างต่ำ

ส่วนตัวชี้วัดเกี่ยวกับบ้านเรือนและที่อยู่อาศัย ซึ่งผู้ป่วยประเมินว่าเป็นตัวชี้วัดที่มีคุณภาพชีวิตดีที่สุดนั้น อาจเพราะลักษณะของครอบครัวไทยเป็นครอบครัวขยาย พ่อ แม่ และบุตรหลานมักอาศัยอยู่ในบ้านเรือนเดียวกัน ผู้ป่วยจึงไม่ต้องดิ้นรนเกี่ยวกับการแสวงหาที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองเหมือนในสังคมตะวันตก ประกอบกับการที่ได้อยู่อาศัยร่วมกับญาติพี่น้องในสภาวะที่กำลังได้รับความเจ็บป่วยเช่นนี้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจที่มีผู้ดูแลช่วยเหลือและมีที่ปรึกษาในหลาย ๆด้าน ผู้ป่วยจึงประเมินว่ามีคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับบ้านเรือนและที่อยู่อาศัยดีที่สุด

ส่วนในกลุ่มที่รอการผ่าตัดนั้นประเมินคุณภาพชีวิตในตัวชี้วัดเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือ กำลังใจ และความเห็นอกเห็นใจจากผู้อื่นดีที่สุด ทั้งนี้เพราะลักษณะของสังคมไทยเป็นสังคมที่มีความอบอุ่น มีความผูกพันและมีความเอื้ออาทรกันในครอบครัว หมู่ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน เมื่อมีผู้ใดเกิดการเจ็บป่วยจะมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ไม่ขาดที่พึ่ง (พรทิพา ศุภราศรี, 2538) จึงเกิดความรู้สึกว่ามีคุณภาพชีวิตในตัวชี้วัดนี้ดีที่สุด ส่วนตัวชี้วัดเกี่ยวกับมาตรฐานในการดำรงชีวิตเป็นตัวชี้วัดที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ประเมินว่ามีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในการวิจัยครั้งนี้อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (ตารางที่ 1) ซึ่งเป็นวัยที่มีการสร้างรากฐานความมั่นคงให้กับชีวิต การเจ็บป่วยเรื้อรังจึงมีผลกระทบต่อ

การสร้างมาตรฐานในชีวิตของผู้ป่วย จากการที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมได้น้อยลง ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่การงานหรือบทบาทในครอบครัวได้ ผู้ป่วยกลุ่มที่รอการผ่าตัดจึงประเมินคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับมาตรฐานในการดำรงชีวิตว่าต่ำที่สุดในด้านนี้ ซึ่งมาตรฐานในการดำรงชีวิตที่ผู้ป่วยคาดหวัง ได้แก่ การกินดีอยู่ดี การมีเงินทองพอใช้จ่าย และการที่สามารถส่งเสียบุตรให้เรียนหนังสือได้ เป็นต้น

ด้านจิต-วิญญาณ

จากการพิจารณารายละเอียดของตัวชี้วัดในด้านนี้พบว่า ตัวชี้วัดที่ผู้ป่วยประเมินว่ามีคุณภาพชีวิตดีที่สุดคือ ความเชื่อถือศรัทธาในศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ส่วนตัวชี้วัดที่มีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดคือ ความสำเร็จเกี่ยวกับสิ่งที่มุ่งหวังในชีวิต (ตารางที่ จ.5) อธิบายได้ว่าสังคมไทยถือว่าศาสนาเป็นแหล่งที่ให้ความหวัง ความเชื่อ และกำลังใจแก่มนุษย์ ผู้คนในสังคมไทยมักเชื่อเรื่องศาสนาและเรื่องของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ควบคู่กันไป โดยมีความเชื่อว่าศาสนาอาจดลบันดาลในบางสิ่งบางอย่างที่ต้องการหรือคาดหวังได้ (จำเรียง กูรมะสุวรรณ, 2521) เมื่อมีการเจ็บป่วยที่เรื้อรังหรือรุนแรง โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเกี่ยวกับหัวใจซึ่งเป็นศูนย์รวมของชีวิต ผู้ป่วยจึงยึดศาสนาเป็นที่พึ่งด้านจิตใจ โดยถือว่าศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้สภาพของจิตใจดีขึ้น จิตใจสงบลง และสามารถที่จะควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น สามารถที่จะยอมรับสภาพร่างกายที่เป็นอยู่และไม่รู้สึกท้อแท้ต่ออุปสรรค และบางรายเชื่อว่าศาสนาเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่มีอำนาจเหนือมนุษย์และมีส่วนช่วยให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น

ด้านครอบครัว

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในตัวชี้วัดทั้ง 4 ตัวชี้วัด (ตารางที่ จ.6) พบว่าตัวชี้วัดที่ผู้ป่วยประเมินว่ามีคุณภาพชีวิตดีที่สุดคือ ความสัมพันธ์กับคู่ครองหรือบุคคลที่มีความหมาย ทั้งนี้เพราะเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและคุกคามชีวิตเช่นโรคลิ้นหัวใจพิการ ผลของการเจ็บป่วยไม่เพียงแต่จะก่อให้เกิดปัญหาต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเท่านั้น หากแต่ยังก่อให้เกิดปัญหาด้านสังคมและอารมณ์ติดตามมาอีกด้วย การที่ผู้ป่วยจะสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตให้สามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิมได้ดีนั้น จำเป็นที่จะต้องอาศัยกำลังใจและความช่วยเหลือจากครอบครัว (จำเรียง กูรมะสุวรรณ, 2521) สมาชิกในครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวให้เข้ากับบทบาทการเจ็บป่วยได้ บุคคลที่ใกล้ชิดที่สุดที่มีส่วนในการสนับสนุนประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถที่จะผ่านวิกฤตการณ์ของชีวิตได้ คือคู่สมรสหรือบุคคลที่มีความหมายต่อผู้ป่วยนั่นเอง ซึ่งได้แก่ บิดา มารดา พี่สาว หรือน้องสาว ในบุคคลที่มีสถานภาพสมรสโสด การที่ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการประเมินว่าคุณภาพชีวิตในตัวชี้วัดนี้ดีอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับความรัก ความอบอุ่น ตลอดจนได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆจากคู่สมรสหรือบุคคลที่มีความหมายอย่างเพียงพอนั่นเอง ทำให้ผู้ป่วยมี

กำลังใจ รู้สึกว่าตนเองไม่ได้อยู่ตามลำพังเพียงคนเดียว มีคู่คิด มีบุคคลที่จะให้ความช่วยเหลือค้ำจุน รู้สึกว่าชีวิตมีค่าและอยากมีชีวิตอยู่ต่อไป (จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ, 2540) สอดคล้องกับการรักษาของไฉนพร ชื่นใจเรือง (2536) ที่พบว่าผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสจะรู้สึกเชื่อมั่นและมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งช่วยให้มีอารมณ์ที่สงบเยือกเย็น ช่วยลดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดให้น้อยลงและทำให้มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่ดีได้

4.4.3 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

เพศ

เป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายการผันแปรของคุณภาพชีวิตได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มภายหลังการผ่าตัดที่เป็นเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศ ชายเล็กน้อย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ตามความคาดหวังของสังคมนั้น เพศชายต้องทำบทบาทหน้าที่ในการปกป้องดูแลและหาเลี้ยงครอบครัว ต้องรับผิดชอบในหน้าที่การงานที่ต้องใช้กำลังงานต่าง ๆ เมื่อต้องเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ได้ตามปกติจึงทำให้เพศชายรู้สึกว่าตนเองอ่อนแอ อีกทั้งยังต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นอีกด้วย ในขณะที่เพศหญิงนั้นไม่ถูกคาดหวังจากสังคมในแง่ของการใช้กำลังงานหรือการหาเลี้ยงครอบครัว เมื่อมีการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือร่างกายต้องอ่อนแอลง เพศหญิงจึงไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่นมากเท่าเพศชาย ดังนั้นจึงทำให้คะแนนเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายเล็กน้อยเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ จินางกูร(2530)ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้องแบบถาวร

ส่วนในผู้ป่วยกลุ่มรอการผ่าตัดกลับพบว่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเพศชายสูงกว่าเพศหญิง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เพศชายถูกกำหนดบทบาทให้เป็นผู้นำครอบครัว ในขณะที่เพศหญิงถูกกำหนดให้มีหน้าที่ให้ความเคารพในความเป็นผู้นำครอบครัวของเพศชาย เมื่อเพศชายเกิดการเจ็บป่วยขึ้น เพศหญิงต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล จะต้องเป็นผู้ที่คอยให้การช่วยเหลือทำให้เพศชายมองตนเองว่ามีคุณค่ามากกว่าเพศหญิง และเพศหญิงยังรู้สึกว่ามีความสามารถด้านร่างกายต่ำกว่าเพศชาย รวมทั้งมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันและมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นมากกว่า (Hanton and Pickett, 1984; อ้างถึงใน สายฝน จับใจ, 2540) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวของสุธาทิพย์ อุปลาบัติ(2536)

ระดับสมรรถภาพของหัวใจ

เป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายการผันแปรของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.004 และในผู้ป่วยกลุ่มรอการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ระดับนัย

สำคัญ 0.009 แต่ไม่มีนัยสำคัญในผู้ป่วยกลุ่มภายหลังการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจในระดับที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพหัวใจในระดับที่ 2 ขึ้นไป(23.79:21.43) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจในระดับที่ 1 ซึ่งเป็นระดับสมรรถภาพหัวใจในระดับที่ดีจะมีอาการของโรคลิ้นหัวใจพิการน้อย สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากนัก ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น การที่ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจระดับที่ 1 ยังอยู่ในเกณฑ์ดีช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการเรียนรู้และมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่า รวมทั้งไม่ต้องปรับตัวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตมากนักจึงสามารถที่จะปรับตัวได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจไม่ดี ซึ่งผู้ป่วยที่ปรับตัวได้ดีย่อมจะมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของเพลินพิศ เลาหวิริยกมล(2531) ที่พบว่าผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจดี จะสามารถปรับตัวได้ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า รวมทั้งการศึกษาของพรทิพา ศุภราศรี(2538) ที่พบว่าผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจดี จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่า

ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด

เป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายการผันแปรของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มภายหลังการผ่าตัดได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแล้วในระยะ 1-12 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดนานกว่า 13 เดือน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจแล้ว ในช่วง 1 ปีแรกเป็นระยะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าตนเองสุขสบายขึ้น จากการที่ไม่ต้องทุกข์ทรมานจากอาการของโรค รวมทั้งระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดที่ผ่านไป 1 ปี ช่วยให้ผู้ป่วยเริ่มปรับตัวกับบทบาทหน้าที่และแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ภายหลังการผ่าตัดได้ ผู้ป่วยหลายรายสามารถที่จะควบคุมภาวะของโรคได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังและมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตนให้ถูกต้อง มีกำลังใจและเชื่อมั่นในการรักษา ผู้ป่วยบางรายสามารถที่จะกลับไปทำงานในหน้าที่เดิม หรือบางรายอาจต้องมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะอาชีพใหม่ให้มีความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเองมากขึ้น การที่ผู้ป่วยมีการเรียนรู้และมีการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไปแล้วในช่วง 1 ปีแรกมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มรอการผ่าตัดและสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ

ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมากกว่า 1 ปีไปแล้วอาจเริ่มมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเองลดลง จนอาจละเลยการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ รวมทั้งการที่แบบแผนการดำเนินชีวิตภายหลังการผ่าตัดเป็นเรื่องที่สร้างความยุ่งยากให้กับผู้ป่วย เช่น การที่ต้องรับประทานยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดทุกวัน การที่ต้องมาตรวจตามนัดตลอดชีวิต เป็นต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าเป็นภาระและรู้สึกไม่พึงพอใจที่ต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนิน

ชีวิต แม้จะรับรู้การเปลี่ยนแปลงนี้มีความสำคัญต่อชีวิตของตนเองก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่า แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะยังคงรับประทานยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดทุกวันอย่างสม่ำเสมอ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ยอมรับว่าจะเริ่มรับประทานยาไม่ตรงเวลาและบางวันก็ลืมจนต้องงดยาของวันนั้นไป

ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไปแล้ว ผู้ป่วยบางรายที่เคยมีอาการหัวใจล้มเหลวก่อนการผ่าตัดจนทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมหน้าที่ เมื่อได้รับการผ่าตัดแล้วอาจยังมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมได้ ผู้ป่วยบางรายยังอาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้อีก รวมทั้งบางรายอาจเกิดอาการของลิ้นหัวใจพิการได้อีก จากการที่ลิ้นหัวใจอื่น ๆเสื่อมหน้าที่หรือเกิดความพิการตามมา ผู้ป่วยบางรายที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจใกล้ครบ 5 ปีจะเกิดความกังวลเกี่ยวกับอายุของลิ้นหัวใจเทียม ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ที่ทำการผ่าตัดว่าลิ้นหัวใจเทียมมีอายุการทำงาน 5 ปี ผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีความเข้าใจว่าเมื่อครบระยะเวลา 5 ปี ลิ้นหัวใจเทียมจะหยุดทำงานทันทีและตนเองคงถึงแก่ความตาย จากเหตุผลทั้งหมดที่กล่าวมาแล้ว คะแนนเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมากกว่า 1 ปี จึงเริ่มลดลงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดในช่วง 1 ปีแรก

การเปลี่ยนแปลงอาชีพ

เป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายการผันแปรของคุณภาพชีวิตของตัวอย่างทั้งหมดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.003 และอธิบายการผันแปรของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยในระยะก่อนการผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.029 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอาชีพภายหลังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการ มีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงอาชีพ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การทำงาน การมีอาชีพเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลได้รับการยอมรับว่าเป็นคนที่มีคุณค่า ส่วนการที่ต้องออกจากงานหรือเปลี่ยนแปลงอาชีพไปสู่อาชีพที่มีรายได้ต่ำลง ทำให้บทบาทและสถานภาพทางสังคมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการทั้งระยะก่อนและหลังการผ่าตัดที่มีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ จนมีผลกระทบทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ย่อมเกิดผลกระทบกระเทือนต่อภาวะเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ของตนเองและครอบครัว การเปลี่ยนแปลงอาชีพที่พบในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นการเปลี่ยนแปลงไปสู่อาชีพที่ใช้แรงงานน้อยลงและมีรายได้ลดลง การขาดรายได้จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นในชีวิต ขาดโอกาสในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกสบายและสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองระหว่างการเจ็บป่วย ไม่สามารถรับการรักษาที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ และยังต้องวิตกกังวลกับค่ารักษาพยาบาลในการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงอาชีพจึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ดังจะเห็นได้จากคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงอาชีพต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของสุธาทิพย์ อุปลาบัติ(2536) ที่พบว่าผู้ป่วย

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีอาชีพจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่า และการศึกษาของพรทิพา ศุภราศรี (2538) ที่พบว่าผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ

ระดับการศึกษา

เป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายการผันแปรของคุณภาพชีวิตได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมเล็กน้อย ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมักมีความคาดหวังในชีวิตสูง ทั้งเรื่องสภาพความเป็นอยู่และผลตอบแทนจากหน้าที่การงาน ผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีโอกาสเกิดความเครียดได้มากกว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะเป็นบุคคลที่มีความรู้ จึงให้ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมาก เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ จึงมักเกิดความวิตกกังวล กลัวการเจ็บป่วย นอกจากนี้กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงมักต้องมีความรับผิดชอบในหน้าที่การงานสูง จึงก่อให้เกิดความเครียดและความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานได้สูง จากการที่ภาวะสุขภาพของตนเองเปลี่ยนแปลง ไม่สามารถรับผิดชอบงานได้เท่ากับปกติ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงมักดิ้นรนขวานขวาย เพื่อให้ได้ในสิ่งที่ตนปรารถนาและรักษาสถานภาพทางสังคมของตนเอง เมื่อประเมินคุณภาพชีวิตตามความรู้สึกพึงพอใจในสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงจึงประเมินว่าคุณภาพชีวิตของตนในขณะนี้ต่ำกว่าความคาดหวังที่ตนเองตั้งไว้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพา ศุภราศรี(2538) ที่พบว่าผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีระดับการศึกษาสูง สามารถปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพได้เหมาะสมกว่า และสุทธาทิพย์ อุปลาบัติ(2536)ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ

การเบิกค่ารักษาพยาบาล

เป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายการผันแปรของคุณภาพชีวิตได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมดมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้เพียงบางส่วนหรือเบิกไม่ได้เลย ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการและภาวะแทรกซ้อนจากการปรับชดเชยของร่างกาย ทำให้อาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงและมีความรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยต้องติดตามการรักษาพยาบาลเป็นเวลานานและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ในการเดินทางมารับการรักษาในแต่ละครั้งผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ายา ค่าเจาะเลือด ค่าอาหาร และค่าที่พักในบางรายที่อยู่ไกล ไม่สามารถเดินทางไปกลับได้ เฉลี่ยแล้วผู้ป่วยแต่ละรายต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 627.13 บาทในการมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก 1 ครั้ง การที่ผู้ป่วยสามารถเบิกค่ารักษา

พยาบาลได้ทั้งหมด จะช่วยให้ผู้ป่วยลดภาระในการเสียค่าใช้จ่ายแต่ละครั้ง โดยจะได้เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าอาหารเท่านั้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีอาชีพรับราชการหรือมีบุตรรับราชการ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายอยู่แล้ว แม้ว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อลิ้นหัวใจเทียมเอง แต่การที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ช่วยทำให้คะแนนเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยเล็กน้อย

ส่วนผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด คือกลุ่มผู้ป่วยในโครงการพระบรมราชินูปถัมภ์ ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีฐานะยากจน การที่ได้รับสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งได้รับลิ้นหัวใจเทียมจากโครงการของสถานีวิทยุ จ.ส.100 จึงช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ส่วนผู้ป่วยที่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้เพียงบางส่วน เช่น ผู้ป่วยที่มีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย หรือผู้ป่วยที่เบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ได้เลย ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการติดตามการรักษาเองทั้งหมด หรือชำระเพียง 100-200 บาท แต่ต้องรับภาระในการจัดหาค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับลิ้นหัวใจเทียมเอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้ช้ากว่าปกติและมาติดตามการรักษาไม่สม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีการเปลี่ยนแปลงระดับสมรรถภาพของหัวใจเลวลงกว่ากลุ่มอื่นจึงทำให้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการทั้งหมด

การเกิดภาวะแทรกซ้อน

เป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายการผันแปรของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในแบบจำลองที่ 1 และอธิบายการผันแปรของคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .003 ในแบบจำลองที่ 2 แต่เมื่อพิจารณาปัจจัยเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยที่รอการผ่าตัดและผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในผู้ป่วยในระยะรอการผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการ เป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง รักษาไม่หายขาด ภาวะของโรคจึงมีผลกระทบต่อกระบวนของชีวิตอย่างต่อเนื่อง (สุกษม อัตนวานิช, 2539) การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด หรืออาการปวดแผลผ่าตัด เป็นต้น ล้วนส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดจากกิจกรรมต่าง ๆมากขึ้น จนเกิดความรู้สึกขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดำรงบทบาทหน้าที่เดิม ผู้ป่วยบางรายมีความรู้สึกว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นสัญญาณที่บอกให้ทราบว่าอาการของตนจะเลวลงในไม่ช้า การเกิดภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและกลัวความตายยิ่งขึ้น นอกจากนี้การเกิดภาวะแทรกซ้อนยังทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์บ่อยครั้งขึ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา

พยาบาลเพิ่มมากขึ้นจากค่าใช้จ่ายตามปกติ บางรายต้องลางานหรือขาดงานเพื่อมาพบแพทย์ ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจึงมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตหรือมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าผลจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพโดยตรงแล้ว ยังส่งผลถึงเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยได้อีกด้วย การเกิดภาวะแทรกซ้อนจะทำให้ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาบ่อยครั้งขึ้นและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น ยิ่งในรายที่ไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้หรือเบิกค่ารักษาพยาบาลได้เพียงบางส่วนจะยิ่งได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจมากขึ้น

วิธีการรักษาที่ได้รับ

เป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายการผันแปรของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาหรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะรอการผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจแล้ว ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ป่วยในระยะรอการผ่าตัดเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคลิ้นหัวใจพิการ ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคโดยตรงและจากการปรับชดเชยของร่างกาย ซึ่งอาการเหล่านี้บางอาการคุกคามต่อชีวิต บางอาการก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมาก การที่ผู้ป่วยกลุ่มรอการผ่าตัดได้รับผลกระทบจากโรคครั้งแล้วครั้งเล่าและการที่ต้องเปลี่ยนแปลงรูปแบบในการดำเนินชีวิต สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยในระยะก่อนการผ่าตัดมีความวิตกกังวลสูงมาก รวมถึงการที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพอีกด้วย (นงลักษณ์ บุญเยีย, 2537) ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จะรู้สึกสุขสบายขึ้นจากการที่อาการของโรคหัวใจที่เคยคุกคามทุเลาลง สามารถพึ่งตนเองได้มากขึ้น สามารถที่จะกลับไปทำงานได้และมีสมรรถภาพร่างกายที่ดีขึ้น (ไฉนพร ชื่นใจเรือง, 2536) ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มภายหลังการผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มรอการผ่าตัด

สำหรับการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในครั้งนี้พอสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในกลุ่มผู้ป่วยในระยะก่อนการผ่าตัดได้แก่ เพศชาย ระดับสมรรถภาพของหัวใจอยู่ในระดับที่ 1 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอาชีพภายหลังการเจ็บป่วย ได้รับการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา และสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้แก่ เพศหญิง ระดับสมรรถภาพของหัวใจอยู่ในระดับที่ 1 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอาชีพ สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด และได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการทั้งหมด แตกต่างกันเพียงแต่เมื่อพิจารณาในผู้ป่วยทั้งหมดแล้ว ผู้ป่วยที่เป็นเพศชายจะมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศหญิง

เมื่อพิจารณาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงบางส่วนของแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจของเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์สพบว่า การที่แบบวัดมีการประเมินใน 2 มิติ ทั้งมิติของความพึงพอใจในชีวิตและมิติของความสำคัญ และมีการประเมินองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 องค์ประกอบ ทำให้แบบวัดนี้มีความครอบคลุมและสอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในระดับหนึ่ง แต่การประเมินคุณภาพชีวิตเพียงอย่างเดียวนั้น อาจทำให้ไม่ได้ข้อเท็จจริงของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ การที่ผู้วิจัยเลือกผสมผสานกรอบแนวคิดของเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ส ชาน และเฟอร์เรล ช่วยให้ทราบถึงลักษณะที่แท้จริงของคุณภาพชีวิตได้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในแง่ของผลกระทบจากปัจจัยต่าง ๆต่อคุณภาพชีวิต และได้ข้อค้นพบที่น่าสนใจว่าผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตดี มีความพึงพอใจสิ่งที่มีความสำคัญกับชีวิตนั้น อาจไม่ใช่ผู้ที่มีรายได้สูง มีการศึกษาสูง มีฐานะร่ำรวย หรือมีสถานภาพทางสังคมที่สูงเสมอไป ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยบางรายที่มีรายได้ต่ำ ได้รับการศึกษาน้อย ฐานะยากจน หรือมีสถานภาพทางสังคมที่ไม่สูงกลับเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าก็อาจเป็นได้ ทั้งนี้เพราะการที่บุคคลจะรู้สึกว่ามีความพึงพอใจในชีวิตหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นขึ้นอยู่กับการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งมีมาตรฐานที่แตกต่างกันอันเนื่องมาจากพื้นฐานทางความคิด ค่านิยม และสิ่งที่แวดล้อมบุคคลนั้น การประเมินคุณภาพชีวิตจึงควรที่จะคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ด้วย เพื่อให้ได้ข้อค้นพบเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริงที่สุด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยต่าง ๆที่เลือกมาศึกษาในแต่ละแบบจำลอง มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเพียงร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 30 เท่านั้น แสดงให้เห็นว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอีกมาก ดังนั้นในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตครั้งต่อไปจึงควรที่จะมีการศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตจากปัจจัยอื่น ๆที่คาดว่าน่าจะมีผลกระทบเพิ่มขึ้น