

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคลิ้นหัวใจพิการ (valvular heart disease) เกิดได้จากสาเหตุหลายประการ สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ลิ้นหัวใจพิการในภายหลัง คือ ไข้รูมาติก (พันธุพิณณ์ สาครพันธ์, และ สุริย์ อรรถไพศาลสรุติ, 2536) แม้ว่าปัจจุบันมียาปฏิชีวนะที่จะสามารถลดการเกิดไข้รูมาติกลงได้ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่โรคนี้ก็ยังเป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคหัวใจในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ดังเช่นในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2540 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจรูมาติกเรื้อรัง จำนวน 7,232 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.2 ต่อประชากร 100,000 คน (สถิติสาธารณสุข, 2540) ไข้รูมาติกทำให้เกิดการอักเสบของหัวใจ มีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจสูญเสียหน้าที่ในการบีบตัว และลิ้นหัวใจถูกทำลาย (Ignatavicius, Workman, & Mishler, 1995) ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของลิ้นหัวใจ ก่อให้เกิดการขัดขวางการไหลของเลือดผ่านรูเปิดของลิ้นหัวใจในกรณีที่ลิ้นหัวใจตีบ หรือทำให้เกิดเลือดไหลย้อนกลับขณะที่หัวใจมีการบีบตัวในกรณีที่ลิ้นหัวใจรั่ว ความผิดปกติเหล่านี้ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะดำเนินไปสู่อาการที่รุนแรงขึ้นจนหัวใจวาย การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจึงเป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการของโรคหัวใจที่เป็นอยู่ และคงสถานะการไหลเวียนโลหิตในร่างกาย

การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในประเทศไทย ทำได้สำเร็จครั้งแรกที่โรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ. 2506 (สมพันธ์ หิณูชีระนันท์, 2541) สำหรับภาคเหนือ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้เริ่มทำการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 โดยมีสถิติการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเมื่อเทียบจากจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจที่รับการรักษาเป็นการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 43.12 และ 34.70 ในปี พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2541 ตามลำดับ (หน่วยรายงานสถิติทางการแพทย์ งานเวชระเบียนและสถิติ, 2540-2541)

ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสมัยใหม่ และความชำนาญของทีมแพทย์และพยาบาลในการรักษาโรคหัวใจมีเพิ่มมากขึ้น การผ่าตัดหัวใจจึงเป็นแนวทางการรักษาหนึ่งที่ประสบผลสำเร็จในการรักษา สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยให้นานขึ้น ดังรายงานการศึกษาติดตามภายหลัง

การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ใช้ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะมาแล้ว 15 ปี จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 870 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการอยู่รอดนานถึง 15 ปี ร้อยละ 59.5 อัตราการเสียชีวิตในระยะ 30 วันแรก ร้อยละ 5.05 ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากกลุ่มอาการที่ทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจ ต่อนาทีลดลง ส่วนอัตราการเสียชีวิตในระยะหลังมีทั้งหมด 220 ราย โดยร้อยละ 28 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตนี้มีสาเหตุมาจากภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ลิ้นหัวใจเทียม เช่น ภาวะเลือดออกผิดปกติ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ภาวะติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจเทียม เป็นต้น (Remadi, Bizouarn, Baron, Habash, Despins, Michaud, & Duveau, 1998) แม้ว่าอัตราการรอดชีวิตภายหลังผ่าตัด จะเป็นตัวบ่งชี้ถึงความสำเร็จในการรักษา แต่ผู้ป่วยก็ยังคงเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างไรก็ตามความคาดหวังภายหลังการผ่าตัดก็มีได้มีเพียงการยืดชีวิตให้ยาวนานเท่านั้น เป้าหมายหลักที่สำคัญของการผ่าตัดหัวใจคือเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และคงไว้ซึ่งความผาสุกภายหลังผ่าตัด (Speziale, Ruvolo, & Marino, 1996)

คุณภาพชีวิต (quality of life) เป็นเรื่องของความพึงพอใจ (satisfaction) และความผาสุกในชีวิต หรือการมีความเป็นอยู่ที่ดีในทุกด้าน (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539) เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา (Zhan, 1992) ให้ความหมายว่าเป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นผลจากพื้นฐานการดำรงชีวิตจากปัจจัยต่าง ๆ คุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล ชานได้ให้แนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิต อันประกอบ ด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงาน ของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ

แม้ว่าคุณภาพชีวิตจะเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ แต่ก็มีรายงานการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจบางรายอยู่ในระดับสูงและบางรายอยู่ในระดับต่ำ ดังที่ ทิพพาพร ดังอำนาจ, นันทา เล็กสวัสดิ์, และทรงศรี ชุ่มประดิษฐ์ (2541) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่นจำนวน 120 ราย โดยใช้มาตรวัดคุณภาพชีวิตแบบจันทน์ไค 10 ชิ้นของ ฟลินน์และฟรานซ์ (Flynn & Frantz, 1987) ที่ดัดแปลงมาจากมาตรวัดของ แคนทริล (Cantril, 1965) พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 รายงานว่ามีความพึงพอใจในชีวิตภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ระดับปานกลางและระดับต่ำ และรายงานการศึกษาของ จันทร์ทิตรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำนวน 100 ราย จากโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลโรค

ทรวงอก นนทบุรี โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของ ฟลานานแกน (Flanagan, 1982) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอยู่ในระดับสูง

การที่ผู้ป่วยจะดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี จะต้องอาศัยการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตลอดชีวิต โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ใช้ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ ซึ่งต้องอาศัยความพยายาม และความสามารถในการดูแลตนเองที่สำคัญภายหลังผ่าตัดเกี่ยวกับการรักษาโดยการให้ยาป้องกันลิ่มเลือด การป้องกันการติดเชื้อของลิ้นหัวใจ และการคงไว้ซึ่งหน้าที่การทำงานของลิ้นหัวใจเทียม (Stovsky & Dehner, 1994) ตามแนวทางการรักษาดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น และจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอไปตลอดชีวิต โดยกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือการนำแผนการรักษาไปปฏิบัติที่บ้าน เช่น การรับประทานยาทุกชนิดอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการรับประทานยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด การปรับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิตหน้าที่และสวัสดิภาพ การมารับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ การพักผ่อนหย่อนใจและการมีนันทนาการ การปรับการทำงานและการมีกิจกรรมให้เหมาะสมกับระดับสมรรถภาพของหัวใจ การทำกิจกรรมนอกบ้าน เช่น ซัฟของ ไปธนาคาร เป็นต้น การคงไว้ซึ่งการติดต่อสื่อสาร การมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกาย การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและการรับผิชอบค่ารักษาพยาบาล ค่ายา และค่าเดินทางมารับการตรวจรักษา การที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดภายหลังผ่าตัด และการใช้ความพยายามปรับเปลี่ยนแบบแผนสุขภาพ การดำรงชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษา และภาวะของโรค เป็นความต้องการในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีเพิ่มมากขึ้น ในขณะเดียวกันหากผู้ป่วยรับรู้ถึงความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถึงการเป็นภาระของตนเองได้

ภาระในการดูแลตนเอง (self-care burden) ตามแนวคิดของ โอเบิสท์และคณะ (Oberst, Hughes, Chang, & McCubbin, 1991) เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกยากลำบากอันสืบเนื่องมาจากความจำเป็นที่จะต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง โอเบิสท์และคณะ (Oberst et al., 1991) ได้กล่าวถึงภาระในการดูแลตนเองว่ามีองค์ประกอบ 2 ส่วน ส่วนแรกเกิดจากการรับรู้ถึงความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง และอีกส่วนคือการรับรู้ถึงความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง หากการรับรู้ในทั้งสองส่วนอยู่ในระดับต่ำคือรับรู้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองนั้นมีความจำเป็นน้อย และไม่รู้สึกยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

ก็จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาระในการดูแลตนเองต่ำ แต่หากว่าผู้ป่วยรับรู้ว่ามีคามจำเป็นที่จะต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างมาก และในขณะเดียวกันก็รับรู้ถึงความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงภาระในการดูแลตนเองสูง

การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เช่น การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การระมัดระวังดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองเป็นพิเศษเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจเทียม การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัด เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเองมากขึ้น ทั้งผู้ป่วยอาจต้องเผชิญภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ลิ้นหัวใจเทียมที่อาจเกิดขึ้น ได้ตลอดชีวิตภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หากผู้ป่วยสามารถจัดการและปรับเข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ จะช่วยให้ภาวะสุขภาพและการทำงานของร่างกายดีขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ในทางตรงกันข้าม หากผู้ป่วยรับรู้ถึงความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองและรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแลตนเองจะทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ตามมา (Oberst et al., 1991) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม หรือส่งผลต่อความพึงพอใจโดยเฉพาะทางด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายได้ ซึ่งรายงานการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนไต โดย นงนุช บุญยัง (2536) พบว่าภาระในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.17, p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์วรรณ วังเกตรา (2541) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่รับการเปลี่ยนไตที่มารับการรักษา ผลการศึกษาพบว่า ภาระในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.41, p < 0.001$) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าภาระในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต แต่ก็ยังไม่สามารถชี้ให้เห็นอำนาจการทำนายของภาระในการดูแลตนเองที่มีต่อคุณภาพชีวิต

กลุ่มผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเป็นผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มเรื้อรังกลุ่มหนึ่งที่ต้องการการคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ แม้ว่ามีรายงานการวิจัยบางชิ้นที่สนับสนุนว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ แต่ก็มีบางรายงานการศึกษาที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตในระดับต่ำหรือปานกลาง อาจด้วยแนวทางการรักษาภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ต้องอาศัยการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาระในการดูแลตนเอง และส่งผลลบต่อคุณภาพชีวิต

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความประสงค์จะศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต และศึกษาความสามารถของภาวะในการดูแลตนเองในการทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยมีความจำเป็นในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น จากลักษณะของโรคและการผ่าตัด เพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ลิ้นหัวใจเทียม ความรู้ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสามารถของภาวะในการดูแลตนเองในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
2. ภาวะในการดูแลตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ขอบเขตและวิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) เพื่อศึกษาความสามารถของภาวะในการดูแลตนเองในการทำนายคุณภาพชีวิต โดยศึกษาในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ใช้ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะที่มารับการติดตามผลการรักษา ที่ห้องตรวจพิเศษศัลยกรรม 1 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2543

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจถึงความรู้สึกลำบาก อันสืบเนื่องมาจากความจำเป็นที่จะต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง ซึ่งได้แก่ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ประเมินได้โดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และอาศัยแนวคิดภาระในการดูแลตนเองของ โอเบิสท์และคณะ (Oberst et al., 1991)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ ประเมินได้โดยแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของ สายฝน จับใจ (2540) ซึ่งได้สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดคุณภาพชีวิตของชาน (Zhan, 1992)

ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติของลิ้นหัวใจ และได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยใช้ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะและแพทย์ได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว และมารับการรักษาในระยะหลังผ่าตัด ที่ห้องตรวจพิเศษ ศัลยกรรม 1 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่