

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมไว้ในบทนี้ ซึ่งประกอบด้วย การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การดูแลตนเองที่จำเป็นในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ภาระในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต

การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

โรคลิ้นหัวใจพิการเกิดขึ้นเมื่อลิ้นหัวใจไม่สามารถเปิดได้เต็มที่ (ลิ้นหัวใจตีบ) หรือ ลิ้นหัวใจปิดไม่สนิท (ลิ้นหัวใจรั่ว) และอาจเกิดจากทั้ง 2 ชนิดร่วมกัน สาเหตุที่ทำให้ลิ้นหัวใจ พังการเกิดจากสาเหตุหลายประการมีทั้งความพิการตั้งแต่กำเนิด และความพิการที่เกิดขึ้นภายหลังซึ่ง ได้แก่ การติดเชื้อ การบาดเจ็บ สูงอายุ และการเสื่อมสภาพของลิ้นหัวใจ โดยสาเหตุจากการ ติดเชื้อที่ทำให้เกิดโรคลิ้นหัวใจพิการที่เกิดขึ้นภายหลังในกลุ่มผู้ใหญ่อายุต่ำกว่า 40 ปี ที่พบได้บ่อย ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา คือ ไข้รูมาติก (พันธุพิษณู สาครพันธุ์, และสุรีย์ อรรถไพศาลสรุติ, 2536 ; Huang, Kessler, McCulloch, & Dasher, 1989) ไข้รูมาติกเป็นโรคติดเชื้อที่เกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อ เกี่ยวพันหลายแห่งของร่างกาย ได้แก่ หัวใจ ข้อต่อ สมอ เส้นเลือด ซึ่งเป็นผลมาจากการติดเชื้อ แบคทีเรียชนิดสเตรปโตคอคคัส กลุ่มเอ (group A beta-hemolytic streptococci) ในระบบ ทางเดินหายใจส่วนต้น กลไกการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่ภายหลังการติดเชื้อจะทำให้เนื้อเยื่อ เกี่ยวพันดังกล่าวอักเสบ โดยเฉพาะบริเวณลิ้นหัวใจจะถูกทำลายและเกิดแผล ซึ่งมีผลต่อการ ทำหน้าที่ปิดและเปิดของลิ้นหัวใจ ทำให้ไม่สามารถควบคุมการไหลของเลือดในห้องหัวใจ ไม่ว่า พยาธิสภาพของลิ้นหัวใจจะเป็น การตีบ การรั่ว หรือเกิดจากทั้งสองชนิดร่วมกัน จะทำให้หัวใจต้อง ทำงานหนัก ซึ่งหัวใจจะทนสภาพนี้ได้ชั่วระยะเวลาหนึ่ง และอาจยาวนานขึ้นอีกบ้างโดยการรักษา ทางยา ซึ่งจะช่วยลดภาระการทำงานของหัวใจลง ในผู้ใหญ่ที่มีอาการลิ้นหัวใจตีบจากโรค หัวใจรูมาติกที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยา ร้อยละ 75 จะอยู่ได้ 5 ปี และร้อยละ 55 จะอยู่รอดถึง

10 ปี (จุล ทิสยากร, 2541) จนเมื่อหัวใจมีขนาดโตมากขึ้นและทำงานหนักจนไม่สามารถปรับตัวต่อไปได้นั้นคือให้การรักษาโดยยาเต็มที่แล้วไม่ได้ผล การรักษาทางศัลยกรรมโดยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการบรรเทาอาการของโรคหัวใจที่เป็นอยู่

อาการที่ใช้เป็นหลักในการวินิจฉัยได้แก่ การเหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก บวม และอาการอื่น ๆ เช่น ไอ ไอเป็นฟองเลือด ใจเต้น เป็นลม หรืออ่อนเพลีย (สมชาติ โลจายะ และ บุญชอบ พงษ์พานิชย์, 2536) ซึ่งการจำแนกความรุนแรงของโรคหัวใจมักนิยมแบ่งตามระดับสมรรถภาพของหัวใจ นั่นคือแบ่งตามความทนทานในการใช้กำลัง (functional classification) เป็น 4 ระดับของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association : NYHA) ดังนี้ (สมชาติ โลจายะ และ บุญชอบ พงษ์พานิชย์, 2536)

- ระดับที่ 1 มีโรคหัวใจแต่ไม่มีอาการ
- ระดับที่ 2 มีอาการในกิจวัตรปกติ
- ระดับที่ 3 มีอาการถึงแม้จะทำกิจวัตรเพียงเล็กน้อย แต่ไม่มีอาการขณะพัก
- ระดับที่ 4 มีอาการขณะพัก

หากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นส่งผลทำให้ลิ้นหัวใจทำหน้าที่ผิดปกติจนไม่สามารถเย็บซ่อมแซมได้ แพทย์จะพิจารณาทำผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเพื่อแก้ไขสภาพพิการของลิ้นหัวใจ โดยมีข้อบ่งชี้ของการรักษาโดยการผ่าตัดในกรณีลิ้นหัวใจรั่ว ดังนี้ (จุล ทิสยากร, 2541)

1. ระดับสมรรถภาพของหัวใจ (NYHA) ระดับที่ 3 หรือ 4
2. ระดับสมรรถภาพของหัวใจระดับที่ 2 ร่วมกับหัวใจโตและปริมาณเลือดที่ค้างในหัวใจห้องล่างซ้ายขณะสิ้นสุดการหดตัว (left ventricle end-systolic volume) มากกว่า 50 มล.ต่อตารางเมตรของพื้นที่ผิวผู้ป่วย
3. ระดับสมรรถภาพของหัวใจระดับที่ 2 ร่วมกับหัวใจโตเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ หรือความสามารถในการหดตัวเพื่อส่งเลือดออกจากหัวใจ (ejection fraction) น้อยกว่าปกติ (น้อยกว่า 50 %) หรือหัวใจโตขึ้นเรื่อย ๆ ร่วมกับหัวใจห้องบนเต้นสั่นพริ้ว (atrial fibrillation)
4. หัวใจวายหลายครั้ง
5. จำนวนร้อยละของเลือดที่ไหลย้อนกลับผ่านลิ้นหัวใจขณะหัวใจบีบตัว (regurgitation fraction) มากกว่าร้อยละ 50
6. ปริมาณเลือดในหัวใจห้องล่างซ้ายขณะสิ้นสุดการคลายตัว (left end-diastolic volume) มากกว่า ร้อยละ 25 ของค่าปกติ

นอกจากนี้ในรายงานการประชุมของคณะกรรมการโรคหัวใจแห่งอเมริกา (American college of Cardiology) ร่วมกับสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก ในการหาแนวทางเพื่อจัดการกับผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคลิ้นหัวใจพิการ ซึ่งได้ร่วมกันกำหนดข้อบ่งชี้สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมทรัลในกรณีลิ้นหัวใจตีบไว้ดังนี้ (Bonow, Carabello, deLeon, Edmunds, Fedderly, Freed, Gaasch, Mckay, Nishimura, O'Gara, O'Rourke, & Rahimtoola, 1998)

1. ผู้ป่วยมีลิ้นหัวใจไมทรัลตีบในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง (บริเวณรูเปิดของลิ้นหัวใจไมทรัล น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.5 ตารางเซนติเมตร) และมีระดับสมรรถภาพของลิ้นหัวใจในระดับ 3 - 4 เป็นผู้ที่ไม่สมควรใจทำการผ่าตัดเพื่อซ่อมแซมลิ้นหัวใจ

2. ผู้ป่วยมีลิ้นหัวใจไมทรัลตีบในระดับรุนแรง (บริเวณรูเปิดของลิ้นหัวใจไมทรัลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ตารางเซนติเมตร) และมีความดันในหลอดเลือดแดงปอดมากกว่า 60 ถึง 80 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับมีระดับสมรรถภาพของหัวใจในระดับ 1 - 2 และเป็นผู้ที่ไม่สมควรใจทำการผ่าตัดเพื่อซ่อมแซมลิ้นหัวใจ

การตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรได้รับการผ่าตัดเมื่อไร จะต้องพิจารณาให้รอบคอบเพราะการผ่าตัดเร็วเกินไปอาจเป็นการเสี่ยงต่อการผ่าตัดโดยไม่จำเป็น และไม่ควรรอนานจนหัวใจห้องล่างซ้ายเสียหายที่ไปอย่างถาวร

ลิ้นหัวใจเทียมเป็นส่วนหนึ่ง ที่ทำให้การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจประสบความสำเร็จ และการพยากรณ์โรคลิ้นหัวใจพิการดีขึ้น (Ignatavicius et al., 1995) ลิ้นหัวใจเทียมที่ถูกพัฒนาขึ้นมีหลายชนิด ทั้งชนิดที่ทำจากโลหะ (mechanical or prosthetic valves) และชนิดที่บางส่วนทำจากโลหะและบางส่วนทำจากเนื้อเยื่อสิ่งมีชีวิต (biological valves) ในประเทศไทยนิยมใช้ลิ้นหัวใจชนิดโลหะ (ศิริวิทย์ วัฒนสินธุ์, 2534) เนื่องจากมีความทนทานสามารถใช้งานได้นาน 20 - 30 ปี (Cobanoglu, Fessler, Guvendik, Grunkemeir, & Starr, 1988 ; Schoevaerdt, Buche, Gariani et al., 1987 cited in Vongpatanasin, Hillis, & Lange, 1996) แต่เนื่องจากลิ้นหัวใจเทียมยังมีคุณสมบัติบางประการที่ไม่เหมือนลิ้นหัวใจธรรมชาติ นั่นคือลิ้นหัวใจเทียมมักทำให้เกิดลิ่มเลือดได้ ผู้ป่วยทุกรายจึงจำเป็นต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดไปตลอดชีวิต และพบว่าผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ใช้ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ มักประสบปัญหาจากภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ภาวะเลือดออกผิดปกติจากการใช้ยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด ลิ้นหัวใจเทียมแตกหัก และภาวะติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ (Vongpatanasin, Hillis, & Lange, 1996) ดังนั้นผลสำเร็จจากการผ่าตัดไม่ได้ขึ้นอยู่กับการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว การที่ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและยืนยาวจำเป็นต้องมีการดูแลตนเองอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

การดูแลตนเองที่จำเป็นในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

โอเบิสท์และคณะ (Oberst et al., 1991) ได้ประยุกต์แนวคิดการดูแลตนเองของ โอเร็ม มาใช้เป็นขอบเขตและเป็นแนวทางในการประเมินภาระในการดูแลตนเอง ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นแนวทางและขอบเขตในการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

โอเร็ม (Orem, 1995) อธิบายการดูแลตนเอง (self-care) ว่าเป็นการกระทำที่จิตใจและมีเป้าหมายของบุคคลวัยผู้ใหญ่ ที่มีวุฒิภาวะในการดูแลตนเองในสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่ง โครงสร้าง การทำหน้าที่ พัฒนาการของชีวิต สุขภาพ และความผาสุก โดยโอเร็มได้แบ่งกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดออกเป็น 3 ด้านใหญ่ ๆ คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites) และการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (health deviation self-care requisites) ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่มีความจำเพาะเจาะจงทั้งชนิดและปริมาณ ที่จำเป็นสำหรับบุคคลในช่วงขณะใดขณะหนึ่งของชีวิต ในการควบคุมโครงสร้างและพัฒนาร่างกายของตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่ง ชีวิต สุขภาพ และความผาสุกในชีวิต ดังนั้นกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป

การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล และการดูแลตนเองนี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกเพศทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมทั้งระยะพัฒนาการและจุดประสงค์

1.1 การดูแลตนเองให้ได้รับอากาศอย่างเพียงพอและเหมาะสม การได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ช่วยให้หัวใจทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะพักฟื้น ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี และฝึกหัดการไออย่างมีประสิทธิภาพ (Seifert, 1999) เพื่อเพิ่มสมรรถภาพในการหายใจที่ดี ผู้ป่วยควรดูแลตนเองให้ได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก หรือบริเวณที่มีมลภาวะเป็นพิษ เช่น ห้องถนนที่มีการจราจรแออัด แหล่งชุมชนแออัด เป็นต้น ควรดูแลให้ที่อยู่อาศัยมีการระบายถ่ายเทอากาศที่ดี นอกจากนี้ผู้ป่วยควรงดสูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่จะทำให้หัวใจทำงานหนักมากยิ่งขึ้น (Fardy, Yanowitz, & Wilson, 1988) และในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับการรักษา

โดยการใช้จ่ายป้องกันการเกิดลิ่มเลือด การสูบบุหรี่จะทำให้เมตาโบลิซึมของร่างกายเพิ่มสูงมากขึ้น ทำให้จำเป็นต้องเพิ่มการใช้จ่ายด้านการแข็งของเลือดมากขึ้น(Christopherson & Froelicher, 1990)

1.2 การดูแลให้ร่างกายได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจบางรายที่มีภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง มีภาวะน้ำเกินในร่างกายอาจจำเป็นต้องจำกัดน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งในผู้ป่วยที่ได้รับยาขับปัสสาวะและมีอาการกระหายน้ำไม่ควรดื่มน้ำเกินวันละ 64 ออนซ์ หรือเท่ากับ 1,920 มิลลิลิตร (Haugh, & Ballenger, 1999) สำหรับรายที่ไม่มีปัญหาดังกล่าว ก็ควรดื่มน้ำให้เหมาะสมกับการสูญเสียในแต่ละวัน ในภาวะปกติของร่างกายผู้ป่วยควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 - 10 แก้ว

การปรับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพผู้ป่วยควรรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ เป็นอาหารที่ให้คุณค่าทางโภชนาการครบถ้วนสำหรับผู้ใหญ่ ผู้ป่วยควรเลือกรับประทานอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตชนิดโมเลกุลเชิงซ้อน เช่น ข้าว แป้ง เป็นต้น และอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ เมล็ดถั่ว นม เป็นต้น เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพให้แข็งแรง

1.3 การดูแลตนเองให้มีการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ ในรายที่มีภาวะหัวใจวายเลือดคั่งและกำลังได้รับยาขับปัสสาวะ ผู้ป่วยต้องสังเกตจำนวนสีของปัสสาวะและสังเกตอาการบวม ส่วนการขับถ่ายอุจจาระต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดอาการท้องผูก เพราะการขับถ่ายเป็นการเพิ่มการทำงานของหัวใจด้วย โดยผู้ป่วยควรเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ เป็นต้น และดื่มน้ำให้เพียงพอ หากยังมีอาการท้องผูกจำเป็นต้องใช้ยาก็ควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์

1.4 การดูแลตนเองเพื่อรักษาสมดุลระหว่างการพักผ่อนและการออกกำลังกาย ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การทำงานของหัวใจยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ ผู้ป่วยยังมีการอ่อนเพลียและเหนื่อยง่ายอยู่ เนื่องจากความรุนแรงของโรคลิ้นหัวใจพิการและการดำเนินของโรคที่มีระยะเวลานาน สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือการคงไว้ซึ่งปริมาณเลือดที่ออกจากร่างกายต่อ 1 นาที (cardiac output) และผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจบางรายที่มีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะร่วมด้วย ผู้ป่วยจำเป็นต้องพักผ่อนให้เพียงพอ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ (Ignatavicius et al., 1995) ส่วนใหญ่บุคคลทั่วไปจะนอนหลับได้ดีและมีคุณภาพในช่วงเวลากลางคืน ดังนั้นผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจควรนอนหลับในเวลากลางคืนอย่างน้อยคืนละ 6 - 10 ชั่วโมง (Monahan, Drake, & Neighbors, 1994) เพื่อให้ร่างกายพักผ่อนได้เต็มที่ และไม่ควรรอนานเกินไปในตอนกลางวัน

จากการศึกษาการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจ จำนวน 22 ราย โดยศึกษาการนอนหลับ 3 ระยะ คือ 2 วันก่อนผ่าตัด วันที่ 2 ภายหลังผ่าตัด

และ 1 เดือน ภายหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยนอนหลับในเวลากลางคืนลดลง และเพิ่มการนอนหลับในเวลากลางวัน (Edell-Gustafsson, Hetta, & Aren, 1999) ซึ่งส่งผลกระทบต่อสมดุลของการพักผ่อนและการออกกำลังกาย ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ความพยายามในการจัดการการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และมีเวลาในช่วงกลางวันในการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย ภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

การออกกำลังกายที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับระดับสมรรถภาพของหัวใจผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจส่วนใหญ่ มักมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจทำงานไม่ดี จากภาวะหัวใจวายก่อนผ่าตัดเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานไม่ดี ดังนั้นระดับสมรรถภาพของหัวใจจึงเป็นข้อจำกัดทางภาวะสุขภาพ ที่ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนมีความสามารถในการทำกิจกรรม และการออกกำลังกายที่แตกต่างกัน ประกอบกับการนอนพักเป็นระยะเวลานาน จากการเจ็บป่วยเรื้อรังก่อนผ่าตัด ทำให้ความทนทานในการทำกิจกรรมลดลง ดังนั้นภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย และออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มระดับความทนทานในการทำกิจกรรม โดยผู้ป่วยควรออกกำลังกายเท่าที่ร่างกายจะสามารถทนได้ คือ หากขณะออกแรงทำกิจกรรมไม่มีอาการหายใจลำบาก ใจสั่น เหงื่อออกมาก ตัวเย็น อ่อนเพลีย ผู้ป่วยก็สามารถค่อย ๆ เพิ่มความทนทานในการทำกิจกรรมได้ แต่หากมีอาการดังกล่าว ควรหยุดพัก

การทำกิจกรรมและการออกกำลังกายในระยะแรก ระยะกลับจากโรงพยาบาล ช่วงสัปดาห์แรกควรพักอยู่กับบ้าน และควรเริ่มออกเดินช้า ๆ ควรเดินระยะทาง 400 ฟุต วันละ 2 ครั้ง แล้วค่อย ๆ เพิ่มระยะทางขึ้นตามความสามารถ และเมื่อผู้ป่วยมีความทนทานในการทำกิจกรรมมากขึ้น ซึ่งสามารถสังเกตได้จากการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำงานบ้านได้โดยไม่มีอาการเหนื่อย ผู้ป่วยควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) เช่น เดินเร็ว วิ่ง ปั่นจักรยาน เป็นต้น โดยมีช่วงที่มีการใช้ออกซิเจนเป็นเวลา 30 นาที มีระยะอุ่นเครื่องและระยะผ่อนคลายก่อนพัก 5 - 7 นาที (Ignatavicius et al., 1995)

นอกจากนี้ในช่วง 6 - 8 สัปดาห์ภายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการออกแรงยก หรือแบกของที่หนักกว่า 4.5 กิโลกรัม (Ignatavicius et al., 1995) หรือออกแรงผลักที่ต้องออกแรงมาก เนื่องจากเป็นอันตรายได้จากกระดูกหน้าอกยังติดไม่สนิท

1.5 การดูแลตนเองเพื่อให้มีความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในบางโอกาสบุคคลต้องการเวลาเป็นส่วนตัว แต่ต้องมีการพบปะและคงไว้ซึ่งการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นตามความเหมาะสม ไม่เก็บตัวมากเกินไป หรือพบปะบุคคลอื่นจนเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ จากการศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจต่อความต้องการ

ข้อมูลและการสนับสนุนในระยะ 6 สัปดาห์แรกภายหลังผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยจดบันทึกความรู้สึกของตนเองภายหลังกลับจากโรงพยาบาล และสัมภาษณ์ผู้ป่วยในช่วงที่กลับมารับการตรวจตามนัด ในสัปดาห์ที่ 6 พบว่าผู้ป่วยบางรายกล่าวถึงด้านจิตใจว่ามี อาการเพิกเฉยซึมเศร้า ไม่อยากพบปะกับผู้อื่น และอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (Goodman, 1997)

ดังนั้นผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจควรตระหนักถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวและในสังคมที่เหมาะสม

1.6 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต การทำงาน และสวัสดิภาพจากสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต้องพยายามหลีกเลี่ยงและป้องกันตนเองจากอันตรายต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกบ้าน ต้องสนใจในสภาวะแวดล้อมต่าง ๆ ต้องรู้จักการแก้ไขและการขอความช่วยเหลือ เพื่อดำรงความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง เช่น การหลีกเลี่ยงสภาวะแวดล้อมที่ร้อนจัดและเย็นจัด เนื่องจากสภาวะแวดล้อมมีผลต่อการทำงานของหัวใจ ซึ่งได้แก่ อุณหภูมิ และความชื้น เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด หากอยู่ในบริเวณที่มีอากาศร้อนเป็นเวลานาน จะมีผลทำให้ระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดเพิ่มมากขึ้น (Christopherson & Froelicher, 1990) ทำให้เกิดภาวะเลือดออกได้ง่าย

1.7 การมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข เป็นการพัฒนาและดำรงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตน โดยผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต้องมีศักยภาพเพื่อทดแทนสิ่งที่สูญเสียไป มุ่งให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองอย่างเต็มที่และถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจกับการดำเนินชีวิตในสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือผู้ป่วยต้องมีความรู้ในการดูแลตนเองเรื่องการทำงานของหัวใจและลิ้นหัวใจเทียมที่ผ่าตัดไป รวมทั้งการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสังเกตภาวะผิดปกติ และการแสวงหาหรือการกำหนดสถานที่รักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจมักประสบกับปัญหาด้านเพศสัมพันธ์จากข้อจำกัดในการทำงานของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยกลัวการปฏิเสธจากคู่สมรส ดังนั้นการคงไว้ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้อง จะช่วยก่อให้เกิดความอบอุ่นใจทั้งตัวผู้ป่วยและคู่สมรส กล่าวคือผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ เมื่อสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่มีอาการเหนื่อย หรือเจ็บอก โดยผู้ป่วยต้องหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์หลังเวลาอาหารทันทีเพื่อลดการทำงานของหัวใจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะสร้างความมั่นใจ และผู้ป่วยจะรู้สึกถึงควมมีคุณค่าของตนเองและไม่ก่อให้เกิดความแตกร้างของชีวิตครอบครัว

2. การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ

2.1 ความสามารถในการดูแลตนเองตามวัยมีความสัมพันธ์กับระดับการพัฒนาการ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมักมีความเครียด วิตกกังวล เกี่ยวกับการปรับตัวต่อสภาวะภายหลังผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญต่อความเครียดนี้ได้ จะมีผลทำให้หัวใจเต้นเร็ว หัวใจทำงานหนักกว่าปกติ จะเกิดภาวะหัวใจวายได้ ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องหาวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับความพอใจของผู้ป่วยด้วย เช่น การฟังเพลง การอ่านหนังสือ การฟังธรรมะ เป็นต้น

2.2 การดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่สำคัญของชีวิต ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและครอบครัวอาจประสบปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านฐานะของครอบครัวที่ต้องมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น เพื่อการรักษาและดูแลสุขภาพของผู้ป่วย หรือต้องมีการปรับเปลี่ยนสภาพความเป็นอยู่ภายในครอบครัวให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับผิดชอบและจัดการค่าใช้จ่าย ค่ารักษาพยาบาลต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดเนื่องจากโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยจากการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะนี้ของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมี ดังนี้

3.1 การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ เนื่องจากภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เป็นสิ่งใหม่ที่ผู้ป่วยต้องเรียนรู้เพื่อจัดการกับการดูแลตนเองได้ถูกต้องและเหมาะสม ผู้ป่วยจึงมีความต้องการที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการจัดการเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นอย่างเพียงพอ โดยการติดต่อขอรับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ รวมทั้งผู้ป่วยยังต้องแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งบริการทางสุขภาพใกล้บ้าน เช่น คลินิก โรงพยาบาล ใกล้บ้าน เป็นต้น เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องการการช่วยเหลืออย่างรีบด่วน

จากการศึกษาถึงความต้องการของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจ โดยการสัมภาษณ์ร่วมกับการบันทึกในสมุดจดบันทึก ในด้านความต้องการด้านการสนับสนุนพบว่า ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจขาดการสนับสนุนในชุมชนทั้งด้านการพยาบาลและบริการทางสังคม ผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุน 3 ด้าน คือ การติดต่อกับทางโรงพยาบาล เช่น การโทรศัพท์ เป็นต้น การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบเดียวกัน และความต้องการมิตรภาพ (Goodman, 1997)

3.2 การปฏิบัติตนตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.2.1 การรับประทานยาตามที่แพทย์กำหนดอย่างสม่ำเสมอ โดยทั่วไปผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมักจะได้รับยาหลายชนิด ผู้ป่วยจึงต้องทราบและต้องรับประทานยาให้ถูกต้องตามชนิด ขนาด เวลา พร้อมทั้งสังเกตอาการ อาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน และอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น อาการเลือดออกผิดปกติ แผลหายช้า เป็นต้น (Seifert, 1999)

สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ใช้ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะมักทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดสูง เมื่อไปจับที่ลิ้นหัวใจจะทำให้ขัดขวางการเปิดหรือปิดของลิ้นหัวใจเทียม หรือลิ่มเลือดที่จับอยู่บริเวณลิ้นหัวใจอาจหลุดลอยไปในระบบไหลเวียน ทำให้เกิดลิ่มเลือดในระบบไหลเวียนโลหิต (systemic embolism) ได้ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดตลอดชีวิต ยาที่นิยมใช้มากทางคลินิกคือ sodium warfarin ชื่อทางการค้า คือ คูมาดิน (coumadin) ยานี้นำมาใช้เพื่อรักษาและป้องกันในระยะยาวจากภาวะการเกิดลิ่มเลือดในร่างกาย (thromboembolism) ส่วนใหญ่จะให้หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับเฮพาริน (heparin) รักษาในระยะแรกแล้ว ยาคูมาดินดูดซึมได้ดีโดยผ่านทางลำไส้เล็ก หลังจากเข้าสู่กระแสเลือดแล้ว ยาจะรวมตัวกับอัลบูมินแล้วกระจายไปตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และจะออกฤทธิ์ขัดขวางการทำงานของวิตามินเคที่ตับ มีผลทำให้ปัจจัยการแข็งตัวของเลือด (clotting factors 2, 7, 9, และ 10) เกิดขึ้นไม่ได้ ทำให้ขบวนการแข็งตัวของเลือดผิดปกติไป

เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในระบบไหลเวียนโลหิต ผู้ป่วยต้องรับประทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่งและช่วงเวลาเดียวกันในแต่ละวันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรักษาระดับยาที่ใช้ในการรักษาในร่างกายให้คงที่ห้ามเว้นหรือรับประทานเพิ่ม โดยแพทย์จะปรับขนาดของยาตามค่าระยะเวลาที่เลือดแข็งตัว โดยตรวจหาได้จากค่าระยะเวลาที่เลือดแข็งตัว (Prothrombin Time-PT ratio) ซึ่งระยะเวลาที่เลือดแข็งตัวที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ คือ 1.5 - 2.0 (Whitman, 1995) โดยค่าปกติของ PT ratio คือ 1.0 แต่ค่านี้อาจมีการคลาดเคลื่อนได้จากปัจจัยหลายประการ เช่น วิธีการวัดในห้องปฏิบัติการแต่ละแห่ง เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้วัด เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ทำให้มีค่าการวัดที่แตกต่างกันในแต่ละแห่ง ดังนั้นในปัจจุบันจึงพัฒนาหน่วยวัดที่เป็นมาตรฐานขึ้นมีชื่อว่า INR (International Normalized Ratio) ซึ่งในปัจจุบันนิยมใช้ค่า INR เพื่อวัดระดับคูมาดินที่ใช้ในการรักษา ค่านี้จะแสดงค่าที่เกิดจากการเปรียบเทียบค่า PT ของผู้ป่วยกับค่า PT ที่ควบคุม (Cleveland, Aschenbrenner, Venable, & Yensen, 1999) โดยทั่วไปสำหรับผู้ป่วยที่ใช้

ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะมักจะควบคุมค่า INR ให้อยู่ในช่วง 3.0 - 4.5 และค่า INR ที่เป็นเป้าหมายคือ 3.5 (Whitman, 1995)

ขนาดของยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่เหมาะสมในการรักษา ควรปรับไปตามลักษณะของบุคคลแต่ละคน ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการได้แก่ อายุ ชนิด ตำแหน่งของลิ้นหัวใจเทียม และจำนวนของลิ้นหัวใจเทียม (Vongpatasin, Hillis, Richard, 1996) ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่น้อยเกินไป อาจทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันได้ง่าย แต่ถ้าได้รับขนาดของยามากเกินไป ผู้ป่วยจะเกิดภาวะเลือดออกง่ายผิดปกติ หรือเมื่อเกิดบาดแผลเลือดจะหยุดไหลช้ากว่าปกติ บริเวณที่เกิดบ่อยคือ ตามผิวหนัง ไรฟัน ทางเดินอาหาร โดยมีอาการถ่ายอุจจาระปนเลือด หรือทางเดินปัสสาวะทำให้มีปัสสาวะปนเลือดได้ (Tantum, 1985) ถ้าเป็นอวัยวะที่สำคัญ เช่น สมอ อาจทำให้เกิดมีอาการเลือดออกในสมอ และอาจทำให้เป็นอันตรายต่อชีวิต หรือเป็นอัมพาตได้ ผู้ป่วยจึงต้องหมั่นสังเกตและติดตามอาการผิดปกติเหล่านี้ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด

การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันผลข้างเคียงจากการใช้ยาคุมادين ผู้ป่วยต้องหลีกเลี่ยงการซื้อยารับประทานเอง เพราะอาจเป็นการเสริมฤทธิ์หรือขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาที่ได้รับโดยเฉพาะยาที่มีส่วนผสมของแอสไพรินจะเสริมฤทธิ์คุมادين โดยไปขัดขวางการรวมตัวของเกร็ดเลือด และการแข็งตัวของเลือดทำให้เลือดออกง่าย นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดอย่างต่อเนื่อง หากรับประทานยาแก้ปวดในกลุ่ม Acetaminophen (tylenol) ในปริมาณที่สูง คือ 4 เม็ดหรือมากกว่า 325 มิลลิกรัมต่อวัน ติดต่อกันเกิน 7 วันขึ้นไป จะทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายเพิ่มมากขึ้น (Hylek et al., 1998 cited in Cleveland et al, 1999) นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอย่างต่อเนื่อง ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีวิตามิน เค ในปริมาณที่สูง เช่น กุ้ง ไข่ ฝรั่ง ผักใบเขียว เป็นต้น เพราะจะมีฤทธิ์ต้านยาคุมادين โดยทำให้เลือดแข็งตัวเร็วขึ้น

ผู้ป่วยที่รับประทานยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดอย่างต่อเนื่อง ต้องหมั่นสังเกตอาการเลือดออกผิดปกติ ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน รอยช้ำตามตัว ปัสสาวะเป็นเลือดสีแดง มีบาดแผลเลือดออกไม่หยุด ประจำเดือนมาผิดปกติ ถ้ามีอาการดังกล่าวต้องรีบปรึกษาแพทย์ ถ้าหากผู้ป่วยอยู่ต่างจังหวัดควรแนะนำให้ผู้ป่วยไปพบกับแพทย์ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดหรือโรงพยาบาลประจำอำเภอก่อน ผู้ป่วยต้องเก็บเอกสารที่บอกรายละเอียดเกี่ยวกับ ชนิดของโรค การผ่าตัดที่ได้รับ และยาที่รับประทานเป็นประจำ ซึ่งทางโรงพยาบาลมอบให้พกติดตัวเวลาออกนอกบ้านเป็นประจำ เพราะหากเกิดอุบัติเหตุหรือต้องไปพบแพทย์ตามคลินิก แพทย์ที่ทำการรักษาจะได้ทราบข้อมูลต่าง ๆ จากเอกสารดังกล่าว

ผู้ป่วยต้องปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะเลือดออก โดยระมัดระวังหรือหลีกเลี่ยงการทำงาน การออกกำลังกาย หรือกีฬาที่ต้องมีการกระแทกกันรุนแรง ต้องคอยระวังและดูแลตนเองไม่ให้เกิด โรคกระเพาะอาหาร การเลือกแปรงสีฟันชนิดที่มีขนนุ่ม การบอกให้แพทย์หรือทันตแพทย์ ที่ไปรับการรักษาทราบทุกครั้ง ว่าอยู่ในระหว่างการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด และหากลิ้มรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดติดต่อกัน 2 วัน ควรไปพบแพทย์ (อังฉรา เชษฐธิพิทักษ์, 2534)

3.2.2 การปรับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ เป็นอาหารที่ให้คุณค่าทางโภชนาการ ครบถ้วนสำหรับผู้ใหญ่ผู้ป่วยควรเลือกรับประทานอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตชนิดโมเลกุล เชิงซ้อน เช่น ข้าว แป้ง เป็นต้นและอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ เมล็ดถั่ว นม เป็นต้น เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพให้แข็งแรง

ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลและกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น เครื่องในสัตว์ไขมันแดง ไข่ปลา ครีม เนย เป็นต้น และควรจำกัดปริมาณโคเลสเตอรอลที่รับประทานให้น้อยกว่าวันละ 300 มิลลิกรัม (อิสรา สุขุมาลจันทร์, 2536) เพื่อป้องกันการเกิดไขมันอุดตันในเส้นเลือด ซึ่งจะเป็นผลให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นและนอกจากนี้อาหารที่มีไขมันสูงจะมีผลให้ระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือดสั้นลง (Christopherson & Froelicher, 1990)

จากรายงานการศึกษาปัจจัยทำนายการยอมรับปฏิบัติตามเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ จากกลุ่มตัวอย่าง 94 ราย โดยสอบถามจากประสบการณ์ที่ต้องรับประทานอาหารไขมันต่ำในช่วง 3 เดือน ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 14.5 รายงานว่ามีความยากลำบากที่ระดับปานกลางและระดับยากลำบากมากในการปรับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการยอมรับรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ คือ ความรู้สียากลำบากในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค อาการผิดปกติทางระบบทางเดินอาหาร และการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนได้ร้อยละ 38 (Grady & Jalowice, 1995) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องใช้ความพยายามในการปรับการรับประทานอาหารต่าง ๆ เพื่อให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเป็นสาเหตุให้หัวใจต้องเพิ่มการทำงานหนักยิ่งขึ้น

ผู้ป่วยต้องงดหรือจำกัดอาหารที่มีรสเค็ม อาหารหมักดอง (อังฉรา เชษฐธิพิทักษ์, 2534 ; สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2541) เนื่องจากผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจส่วนใหญ่มักมีภาวะหัวใจล้มเหลว การรับประทานอาหารรสเค็มทำให้ระดับเกลือโซเดียมในร่างกายเพิ่มมากขึ้นเกิดการ

เก็บกักน้ำไว้ในร่างกายเพิ่มขึ้น เกิดภาวะบวมตามร่างกาย ทำให้หัวใจทำงานหนักเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจึงต้องงดหรือจำกัดอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือโซเดียมสูง เช่น ปลาเค็ม กุ้งแห้ง กะปิ ผลไม้ และผักดองชนิดต่าง ๆ เป็นต้น และไม่ควรเติมเกลือที่ใช้ปรุงอาหาร ผงชูรส หรือซีอิ๊วเพิ่มในอาหารที่รับประทาน และในรายที่มีอาการบวมจากปัญหาหัวใจวายเลือดคั่งภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อาจจำเป็นต้องจำกัดน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ร่วมด้วย สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาดังกล่าวก็ควรดื่มน้ำให้เหมาะสมกับการสูญเสียในแต่ละวัน

ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยที่ใช้ลิ้นหัวใจชนิดโลหะมีโอกาสเกิดภาวะเม็ดเลือดแดงแตกได้ภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เนื่องจากเกิดจากการรั่วของขอบที่เย็บบริเวณลิ้นหัวใจ ทำให้เม็ดเลือดแดงบางส่วนที่เคลื่อนผ่านเส้นทางที่รั่วนั้นแตก (Vongpatanasin, Hillis, & Lange, 1996) ทำให้เกิดภาวะโลหิตจางได้ภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องรับประทานอาหารที่มีเกลือแร่ เช่น เหล็ก ให้เพียงพอ และในรายที่ต้องรับประทานยาขับปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง ร่างกายจะมีการสูญเสียเกลือแร่ต่าง ๆ เช่น โปแตสเซียมไปกับปัสสาวะด้วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องรับประทานอาหารที่มีวิตามินต่าง ๆ ที่จำเป็น เพื่อทดแทนส่วนที่สูญเสียไป แต่ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีวิตามิน เค สูงในปริมาณที่มากเกินไป เพราะอาจทำให้ระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดสั้นลง

นอกจากนี้ต้องหลีกเลี่ยงการดื่ม กาแฟ ชา หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เพราะเครื่องดื่มเหล่านี้มีผลลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ (อิสรา สุขุมลจันทร์, 2536) นอกจากนี้ กาแฟ และชาเขียวมีส่วนประกอบของวิตามินเคสูง หากรับประทานในปริมาณที่มาก จะมีผลต่อระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดเร็วขึ้น เกิดลิ่มเลือดได้ง่าย (Christopherson & Froelicher, 1990)

3.2.3 การเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต จากการรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ภาวะติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจเทียม (prosthetic valve endocarditis : PVE) เป็นการติดเชื้อของลิ้นหัวใจเทียม ซึ่งการติดเชื้อแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงแรกเป็นการติดเชื้อที่เกิดขึ้นในระยะ 3 เดือนแรก ซึ่งเชื้อที่พบบ่อยที่สุดคือ *Staphylococcus epidermidis* และเชื้อโรคอื่น ๆ การติดเชื้อที่เกิดจากการปนเปื้อนของเชื้อโรคขณะผ่าตัด และการติดเชื้อในระยะหลัง 3 เดือนไปแล้ว ซึ่งเกิดขึ้นได้ร้อยละ 0.3 - 1.2 (วิไล พัววิไล, 2541) แม้ว่าโอกาสเกิดการติดเชื้อมีน้อย แต่หากเกิดขึ้นแล้วอัตราการตายมีถึงร้อยละ 50 ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจใหม่ ซึ่งอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อมีมากที่สุดในช่วง 6 - 12 เดือนแรกภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Whitman, 1995) ภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจผู้ป่วยจำเป็นต้องป้องกันการติดเชื้อของ

ทางเดินหายใจ โดยไม่เข้าไปในสถานที่แออัด หรือสถานที่ที่มีการแพร่กระจายของโรคติดต่อทางเดินหายใจ เมื่อมีอาการ เป็นหวัด เจ็บคอ ต้องรีบพบแพทย์ทุกครั้ง

ในรายที่ต้องทำการรักษาฟัน เช่น การทำความสะอาด การใส่หรือถอนฟัน หรือการผ่าตัดในช่องปาก ต้องรับผิชอบบอกรับทันตแพทย์ทราบทุกครั้งว่าใช้ลิ้นหัวใจเทียม เพื่อที่จะได้รับยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ สำหรับอาการเตือนว่าอาจเกิดการติดเชื้อ ซึ่งผู้ป่วยต้องคอยสังเกตและแจ้งให้แพทย์ทราบ คือ อาการมีไข้ หนาวสั่น เหงื่อแตกกลางคืน ปวดเมื่อยมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ รู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ น้ำหนักลดและเบื่ออาหาร อาการดังกล่าวอาจเกิดขึ้นซ้ำ ๆ ค่อยเป็นค่อยไป หรืออาจมีอาการรุนแรงทันที ควรรีบปรึกษาแพทย์ (อัจฉรา เสงฤทธิ์พิทักษ์, 2534)

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmias) ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมักเกิดอาการหัวใจห้องบนเต้นพริ้ว (Tantum, 1985) เนื่องจากพยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจก่อนผ่าตัด ในผู้ป่วยที่หัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ (atrial fibrillation) แพทย์จะให้การรักษาด้วยยาดิจิทาลิส (digitalis) ยาต้านการเต้นผิดจังหวะของหัวใจ จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาตามขนาด และตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ การรับประทานยานี้ผู้ป่วยต้องจับชีพจรก่อน ถ้าหากชีพจรช้ากว่า 60 ครั้งต่อนาที ควรดยยามื้อนั้นไว้ก่อน เพราะอาจทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลมเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ

ภาวะหัวใจวาย (heart failure) ผู้ป่วยมักมีภาวะหัวใจวายเลือดคั่งหลงเหลืออยู่หลังผ่าตัด ซึ่งแพทย์จะรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องประเมินตนเอง ถ้ามีอาการไม่มากถือว่าเป็นภาวะปกติภายหลังผ่าตัด แต่หากมีอาการเหนื่อยง่าย หายใจไม่อิ่ม หอบ ไอบ่อย นอนราบไม่ได้ บวมตามมือตามเท้า หรือรู้สึกผิวหนังตึง รองเท้าคับ เสื้อผ้าคับ ผู้ป่วยควรชั่งน้ำหนักทุกวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ก่อนรับประทานอาหารเช้า หากพบว่าน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า 1 กิโลกรัมในเวลาเพียงวันเดียว ควรรีบพบแพทย์ (อัจฉรา เสงฤทธิ์พิทักษ์, 2534)

ภาวะโลหิตจาง (anemia) ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีรายงานว่าพบผู้ป่วยเกิดภาวะเม็ดเลือดแดงแตกโดยเฉพาะกลุ่มที่ใช้ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ (Vongpatanasin, Hillis, & Lange, 1996) ซึ่งเป็นเหตุให้ร่างกายเกิดภาวะโลหิตจางแต่พบได้ไม่บ่อยนัก ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องสังเกตอาการซีด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ถ้ามีอาการดังกล่าวเมื่อมาพบแพทย์ควรรายงานอาการดังกล่าวให้แพทย์ทราบทันที

3.2.3 การมารับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยต้องเข้าใจถึงความสำคัญและความจำเป็นที่จะต้องเดินทางมาติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตลอดชีวิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต การเดินทางมารับการตรวจตามนัด นอกจากผู้ป่วยจะได้รับการตรวจเลือด

เพื่อให้แพทย์ปรับขนาดยาต้านการแข็งตัวของเลือดแล้ว การมารับการตรวจตามนัดจะเป็น การประเมินปัญหาต่าง ๆ ซึ่งแพทย์และพยาบาลจะให้คำแนะนำที่เหมาะสมต่อไป ผู้ป่วยจึงควร มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ หรือหากมีอาการผิดปกติก่อนวันนัดให้รีบมาตรวจรักษาทันที ซึ่งผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจบางส่วน ที่บ้านอยู่ห่างไกลโรงพยาบาล ผู้ป่วยจำเป็นต้อง รับผิดชอบและจัดการในการเดินทาง เพื่อมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตลอด ชีวิต

3.3 การปรับภาพลักษณ์และทัศนคติในการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยจำเป็นต้องยอมรับกับภาพลักษณ์ตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น รอยแผลผ่าตัดที่หน้าอก รวมทั้งเสี่ยงของการทำงานเปิดปิดของลิ้นหัวใจที่ได้ยินชัดเจน นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องมี การปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเอง และการพึ่งพาผู้อื่น ตามข้อจำกัดของภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยควร เลือกรการทำงานให้มีความเหมาะสมกับสมรรถภาพของหัวใจ โดยปรับหรือเปลี่ยนอาชีพให้ เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง และสามารถยอมรับการปรับเปลี่ยนอาชีพนั้น ๆ

3.4 การเรียนรู้เพื่อดำรงชีวิตตามสภาพการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ เช่น การเรียนรู้เรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนตามภาวะสุขภาพเพื่อการ ดำรงชีวิตได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจะต้องดำเนินไป อย่างต่อเนื่องและเพียงพอตลอดชีวิต ซึ่งการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่ทุกคนจำเป็นต้องกระทำเพื่อคงไว้ ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจะต้องดำรงชีวิตอยู่กับ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนสู่ปกติ และต้องอาศัย การฟื้นฟูสภาพเป็นพิเศษ (ประครอง อินทรสมบัติ, 2536) ซึ่งผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จัดเป็นผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่ต้องการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษา ที่ได้รับ ทำให้ระดับความต้องการในการดูแลตนเองมีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งหากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการ หรือปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ และรับรู้ถึงความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าเป็นภาระใน การดูแลตนเอง

ภาระในการดูแลตนเอง (self-care burden)

ตามแนวคิดของ โอเบิสท์และคณะ (Oberst et al., 1991) ได้กล่าวถึงภาระในการดูแลตนเองว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความรู้สึกยากลำบากอันสืบเนื่องมาจากความจำเป็นที่จะต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง การประเมินภาระในการดูแลตนเองเป็นผลที่เกิดจาก 2 องค์ประกอบ คือความจำเป็นหรือปริมาณความต้องการในการดูแลตนเอง (demand) และความยากลำบากต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (difficulty) เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด

ปริมาณความต้องการในการดูแลตนเอง หรือการรับรู้ถึงความจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง หรือการรับรู้ถึงความจำเป็นที่จะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นการสะท้อนถึงปริมาณความต้องการในการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาและภาวะของโรค

การรับรู้ความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง หรือการถูกรบกวนจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นจะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระในการดูแลตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาระในการดูแลตนเองนั้น โอเบิสท์และคณะ (Oberst et al., 1991) ได้สรุปและเสนอรูปแบบแสดงถึงปัจจัยนำที่จะก่อให้เกิดภาระในการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยทางด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ อาการไม่สุขสบาย การพึ่งพา ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และระยะเวลาของการเจ็บป่วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา และเพศ และปัจจัยด้านแหล่งประโยชน์ ได้แก่ ความเข้มแข็งของครอบครัวและฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระในการดูแลตนเอง และพบว่าอาการไม่สุขสบายและการพึ่งพาเป็นตัวทำนายภาระในการดูแลตนเองได้ดีที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา จากรายงานการศึกษาดังกล่าว เมื่อบุคคลรับรู้ถึงความจำเป็นหรือมีความต้องการที่จะต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง แต่หากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวมาทั้ง 3 ด้านเป็นอุปสรรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงความรู้สึกยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองที่จำเป็นนั้น และทำให้บุคคลรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแลตนเอง

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระในการดูแลตนเองของ นางนุช บุญยัง (2536) ในกลุ่มผู้ที่ได้รับการเปลี่ยนไต โดยศึกษาปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาหลังเปลี่ยนไต ผลการศึกษาพบว่า อายุ รายได้ และระยะเวลาหลังเปลี่ยนไตมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาระในการดูแลตนเอง และต่อมา ณัฐสุภา จุลาดสุนทรวาทิ (2539) ศึกษาปัจจัยทำนายภาระในการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยศึกษาถึงปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สัมพันธภาพในครอบครัว และระยะเวลาภายหลังการเกิดโรคกับภาระในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดภาระในการดูแลตนเองจากการทบทวนวรรณกรรม และอาศัยแนวคิดการคำนวณภาระในการดูแลตนเองของ โอเบิสท์และคณะ (Oberst et al., 1991) ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาระในการดูแลตนเอง โดยอายุเป็นเพียงปัจจัยเดียว ที่สามารถทำนายความแปรปรวนของภาระในการดูแลตนเอง โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 10 และอาชีพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาระในการดูแลตนเอง นั่นคือผู้ป่วยที่ต้องกลับไปทำงานจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาระในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ต้องกลับไปทำงาน และจากการศึกษาของ ทิพย์วรรณ วังเกศตรา (2541) ในกลุ่มผู้ป่วยที่รอรับการเปลี่ยนไต ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาที่ได้รับการรักษา กับภาระในการดูแลตนเองพบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาระในการดูแลตนเอง

จะเห็นได้ว่าปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ ระยะเวลาภายหลังเจ็บป่วย อาการไม่สุขสบาย การพึ่งพา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วย กล่าวได้ว่าหากผู้ป่วยมีปัจจัยในด้านต่าง ๆ สนับสนุนเพียงพอ อาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง และอยู่ในวัยที่สามารถรับผิดชอบตัวเองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ โดยไม่รับรู้ถึงความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงภาระในการดูแลตนเองต่ำ แต่หากปัจจัยต่าง ๆ ไม่เอื้ออำนวย เช่น ความเจ็บป่วยส่งผลกระทบทำให้ความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือที่บ้าน ฐานะทางเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวย เป็นต้น สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่เพิ่มสูงขึ้นจากภาวะการเจ็บป่วย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาระในการดูแลตนเองสูง

การประเมินภาระในการดูแลตนเอง

ภาระในการดูแลตนเอง เป็นผลที่เกิดจากการพิจารณาทั้ง 2 องค์ประกอบร่วมกัน (Oberst et al., 1991) คือ ภาระจากการรับรู้ถึงความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง และภาระจากการรับรู้ถึงความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในแต่ละกิจกรรม เมื่อนำทั้ง 2 ส่วนมาคูณกัน และถอดรากที่สอง ผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นคะแนนของภาระในการดูแลตนเองซึ่งการคิดคำนวณคะแนนโดยวิธีดังกล่าว จะทำให้ค่าคะแนนที่ได้มีค่าอยู่ในช่วงสเกลการวัดเดิม คือ 1 - 5 คะแนน (S.L.Hughes, Personal communication, January 30, 2000) คะแนนที่คำนวณได้จะเป็นภาพรวมของภาระในการดูแลตนเองจากทั้งสององค์ประกอบร่วมกัน เช่น ผู้ป่วยที่รับรู้ถึงความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง แต่ไม่รู้สึกลึกถึงความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองนั้น ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงภาระในการดูแลตนเองต่ำ ในขณะที่หากรับรู้ถึงความจำเป็นในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองสูง แต่ไม่มีความรู้สึกลึกถึงความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยก็จะรับรู้ถึงภาระในการดูแลตนเองที่ต่ำเช่นเดียวกัน แต่หากรับรู้ทั้ง 2 ส่วนในระดับสูง จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาระในการดูแลตนเองสูง

โอเบิสท์และคณะ (Oberst et al., 1991) ได้สร้างแบบวัดภาระในการดูแลตนเอง (self-care burden scale : SCBS) เพื่อใช้ศึกษาภาระในการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง โดยการประเมินภาระในการดูแลตนเองในส่วนของการต้องการในการดูแลตนเองนั้น โอเบิสท์และคณะได้ประยุกต์มาจากการประเมินความต้องการในการดูแลตนเอง ที่สอดคล้องกับการประเมินความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพตามแนวคิดของโอเร็ม มาใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามในส่วนของการประเมินความต้องการในการดูแลตนเอง

ต่อมา อนาสเทสิโอและคณะ (Anastasio, McMahan, Daniels, Nicholas, & Paul-Simon, 1995) ได้สร้างแบบวัดภาระในการดูแลตนเองจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อศึกษาภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหญิงที่เป็นเอดส์ โดยได้อาศัยแนวคิดการประเมินภาระในการดูแลตนเองของโอเบิสท์และคณะ (Oberst et al., 1991) และได้ประยุกต์การประเมินความต้องการในการดูแลตนเองของผู้หญิงที่เป็นเอดส์สอดคล้องตามแนวคิดของโอเร็ม ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกับแบบวัดภาระในการดูแลตนเองที่โอเบิสท์และคณะสร้างขึ้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เมื่อผู้วิจัยพิจารณาในรายละเอียดของกิจกรรมการดูแลตนเองที่ โอเบิสท์และคณะ (Oberst et al., 1991) ได้ประยุกต์การประเมินความต้องการในการดูแลตนเองจากแนวคิดของโอเร็มแล้ว พบว่ามีความคล้ายคลึงกับกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต้องรับผิดชอบ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จัดได้ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังกลุ่มหนึ่ง ที่มีการดำเนินของโรคที่ต้องการ

การดูแลตนเองอย่างเพียงพอและต่อเนื่องตลอดชีวิต คล้ายคลึงกับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งและเอดส์ ผู้วิจัยจึงได้สร้างแบบวัดภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยอาศัยแนวคิดการประเมินภาระในการดูแลตนเองของ โอเบิสท์และคณะ (Oberst et al., 1991) และประยุกต์การประเมินความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ตามแนวคิดของ โอเร็ม (Orem, 1995) เป็นแนวทางในการสร้างแบบประเมินภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งประกอบด้วย

1. ภาระในการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health-deviation self-care burden) ได้แก่

1.1 การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ

1.2 การปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ในการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง

1.4 การเรียนรู้เพื่อดำรงชีวิตตามสภาพการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ

2. ภาระในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care burden) เช่น

2.1 การดูแลตนเองให้ได้รับอากาศอย่างเพียงพอและเหมาะสม

2.2 การดูแลให้ร่างกายได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม

2.3 การดูแลตนเองให้มีการการขับถ่ายและการระบายเป็นไปตามปกติ

2.4 การดูแลตนเองเพื่อรักษาสมดุลระหว่างการพักผ่อนและการออกกำลังกาย

2.5 การดูแลตนเองเพื่อให้มีความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมี

ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

2.6 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต การทำงาน และสวัสดิภาพจากสิ่งแวดล้อม

2.7 การมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข

การคำนวณคะแนนภาระในการดูแลตนเองกระทำได้โดยนำค่าคะแนนทั้งในส่วน of ความรู้สึกจำเป็นที่ต้องกระทำคูณกับคะแนนความรู้สึกยากลำบาก แล้วจึงถอดรากที่สองของค่าคะแนนที่ได้ หลังจากนั้นเมื่อเมื่อนำค่าคะแนนที่คำนวณไว้แล้วในแต่ละข้อมารวมกัน จะเป็นค่าคะแนนภาระในการดูแลตนเองโดยรวม คะแนนยิ่งสูงแสดงถึงบุคคลรับรู้ภาระในการดูแลตนเองสูง (Oberst et al., 1991)

ผลกระทบจากภาวะในการดูแลตนเอง

เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงความจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และมีความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองสูง หรือรับรู้ถึงภาวะในการดูแลตนเองสูง จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยในเชิงลบ และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ตามมาได้จากการศึกษาของ โอเบิสท์และคณะ (Oberst et al., 1991) ศึกษาภาวะในการดูแลตนเอง การประเมินความเครียด และอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาจำนวน 72 ราย เพื่อทดสอบสมมติฐานเชิงเหตุและผลของภาวะในการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ภาวะในการดูแลตนเองโดยทั่วไปเป็นตัวทำนายการประเมินว่าเป็นความเครียดได้ดีที่สุด โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 32 นั่นคือเมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงความจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง และรับรู้ถึงความยากลำบากในการจัดกระทำกิจกรรมในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการ ทำให้บุคคลประเมินความสมดุลระหว่างความจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของบุคคล หรือปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล หากบุคคลรับรู้ถึงความรู้สึกยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง เนื่องจากต้องใช้แหล่งประโยชน์อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง จะทำให้บุคคลตัดสินใจว่าเป็นความเครียดได้ และพบว่าภาวะในการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ อาการไม่สุขสบาย ความเข้มแข็งของครอบครัว และการประเมินว่าเป็นความเครียด สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของอารมณ์ได้ร้อยละ 50 นั่นคือ เมื่อบุคคลรับรู้ถึงภาวะในการดูแลตนเองจะทำให้เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์ตามมานอกจากนี้ โอเบิสท์และคณะยังพบว่าบุคคลที่มีความรู้สึกยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองสูง จะทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย

ต่อมา มังก์เรสและคณะ (Munkres, Oberst, & Hughes, 1992) ได้ศึกษาเพื่อยืนยันความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของการประเมินความเจ็บป่วย อาการไม่สุขสบาย ภาวะในการดูแลตนเอง และภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งแรก จำนวน 28 ราย เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดซ้ำ จำนวน 32 ราย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนภาวะการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ และภาวะการดูแลตนเองโดยทั่วไปของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง และยังพบว่า ภาวะในการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ กับ การประเมินความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดซ้ำมากกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งแรก เมื่อประเมินโดยรวมทั้งสองกลุ่มพบว่า ภาวะในการดูแลตนเองโดยทั่วไป และอาการไม่สุขสบาย เป็นตัวทำนายภาวะทางอารมณ์ที่ดีที่สุด โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 36

จะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลรับรู้ถึงความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างสูงแล้ว อาจทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย และการที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้วยความรู้สึกยากลำบาก ก็จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย ซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ความพึงพอใจของชีวิต

จากการทบทวนผลการศึกษาดังกล่าว เป็นแนวทางในการศึกษาภาระในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีการดำเนินของโรค และผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยความสามารถในการดูแลตนเองสูงต่อเนื่องตลอดชีวิต คล้ายคลึงกับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง ผู้ป่วยที่เปลี่ยนไต ผู้ป่วยที่รอรับการเปลี่ยนไต ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งการรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแลตนเองในแต่ละบุคคลก็มีความแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน และอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในขณะนั้นและในระยะต่อมา

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต มีความหมายกว้าง มีความหลากหลาย และแตกต่างในรายละเอียดของแนวคิด รวมทั้งการให้ความหมาย แต่ค่อนข้างจะเป็นที่ยอมรับตรงกันว่าคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องของความพึงพอใจ และความผาสุกในชีวิตหรือการมีความเป็นอยู่ที่ดีในทุกด้าน พาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) นิยามคุณภาพชีวิตไว้อย่างกว้าง ๆ ว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดีหรือความผาสุก ความสุข และความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง เช่นเดียวกับดาลคีย์และรูเค (Dalkey & Rourke cited in Goodinson & Singleton, 1989) ที่ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกของบุคคลถึงความเป็นอยู่ที่ดีหรือความผาสุก ความพึงพอใจ / ไม่พึงพอใจในชีวิต หรือความสุข / ความไม่สุขในเรื่องของ ภาวะสุขภาพ กิจกรรมในชีวิต ความเครียด เป้าหมายในชีวิต คุณค่าในตนเอง ความซึมเศร้า สังคมและครอบครัว

ซาน (Zhan, 1992) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิต โดยให้ความหมายว่า เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากการดำรงชีวิตและประสบการณ์ในชีวิต รวมทั้งฐานะเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ทั้งนี้ซานยังให้แนวคิดว่าคุณภาพชีวิตสามารถประเมินทั้งในด้านวัตถุวิสัยและจิตวิสัย ซานได้กล่าวถึงการวัดในเชิงวัตถุวิสัยโดยอ้างถึงการศึกษาของแคมป์เบลล์ (Campbell, 1976 cited in Zhan, 1992) ซึ่งกล่าวว่า แม้ผลการประเมินคุณภาพชีวิต

เชิงอัตวิสัยอยู่ในระดับที่ดี แต่เมื่อศึกษาถึงความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลนั้น ปรากฏว่าไม่ได้อยู่ในระดับที่ดีตามผลการประเมินเชิงอัตวิสัย ดังนั้นงานจึงได้ให้แนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิตว่า ควรประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ผู้วิจัยมีความเห็นว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของงาน สอดคล้องกับแนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งสามารถสะท้อนถึงการได้รับการตอบสนองทาง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สอดคล้องกับแนวคิดในการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่ สายฝน จัปใจ (2540) สร้างขึ้นโดยพัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของสมพันธ์ วิทยุธีรพันธ์ ที่ได้สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดคุณภาพชีวิตของงาน (Zhan, 1992) แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88 ลักษณะข้อคำถามสามารถใช้ได้กับกลุ่มผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และเชื่อว่าการประเมินคุณภาพชีวิตแบบโครงสร้างหลายมิติจะทำให้การประเมินคุณภาพชีวิตได้ข้อมูลที่ชัดเจนกว่าการประเมินโดยใช้มิติเดียว และผลการประเมินคุณภาพชีวิตที่ได้จะใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจตามแนวคิดของ งาน (Zhan, 1992) ในแต่ละองค์ประกอบของชีวิต ดังนี้

ด้านความพึงพอใจในชีวิต นับว่าเป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคล (Ferrans & Power, 1985) ซึ่งมีผู้วิจัยหลายท่านใช้ความพึงพอใจในชีวิต เป็นมิติหนึ่งของการวัดคุณภาพชีวิตกล่าวคือ เมื่อบุคคลรู้สึกพึงพอใจในชีวิตจะเป็นสิ่งที่บ่งบอกว่าบุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี การประเมินความรู้สึกพึงพอใจของบุคคลนั้นเป็นการรับรู้และตัดสินใจเองโดยการเปรียบเทียบระหว่างสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับสถานการณ์ที่เขาอยากเป็นหรือคาดหวัง ผลที่ได้ออกมาจะเป็นความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ (Campbell, 1976 cited in Zhan, 1992)

ความพึงพอใจในชีวิต จึงเป็นมิติหนึ่งของการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จากการศึกษาคุณภาพชีวิตโดย ทิพพาพร ดังอานวย และคณะ (2541) จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย ที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ใช้มาตรวัดคุณภาพชีวิตแบบขั้นบันไดของ ฟลินน์และฟรานซ์ (Flynn & Frantz, 1987) ที่ดัดแปลงมาจากมาตรวัดของ แคนทริล (Canttil, 1965) มีลักษณะเป็นขั้นบันได 10 ขั้น ให้กลุ่มตัวอย่างชี้ขั้นบันไดตามระดับความพึงพอใจในชีวิต โดยบันไดขั้นต่ำสุดแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ต่ำ ส่วนบันไดขั้นสูงสุดแสดงถึงคุณภาพชีวิต

ดีที่สุดตามการรับรู้ของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 รายงานว่ามีความพึงพอใจในชีวิตหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในชีวิตมากที่สุด (ระดับที่ 10) ร้อยละ 27.5 รองลงมาพึงพอใจในชีวิตที่ระดับ 8 คิดเป็นร้อยละ 23.3 และพึงพอใจในระดับที่น้อยที่สุด (ระดับที่ 1) คิดเป็นร้อยละ 0.8 ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปการศึกษาครั้งนี้ว่า ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระดับดี

อัทมโนทัศน์ เป็นความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง และบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง รวมไปถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาพลักษณ์ของตน จึงมีอิทธิพลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Zhan, 1992) ในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอาจรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ได้จากการมีรอยแผลผ่าตัดที่หน้าอก และการได้ยินเสียงจังหวะการทำงานของลิ้นหัวใจเทียมดังตลอดเวลา สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวตนไม่ปกติ จากการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เปลี่ยนลิ้นหัวใจชนิดโลหะและลิ้นหัวใจชนิดที่ทำจากเนื้อเยื่อ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในช่วงอายุ 51 - 65 ปี จำนวน 200 คน พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะถูกรบกวนจากเสียงการทำงานของลิ้นหัวใจเทียม และเสียงลิ้นหัวใจเทียมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังพบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างความกลัวต่อการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจใหม่กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และในผู้ป่วยที่ใช้ลิ้นหัวใจชนิดโลหะมีความกังวลเกี่ยวกับความบ่อยของการมาพบแพทย์ และการตรวจเลือดรวมทั้งโอกาสที่จะเกิดภาวะเลือดออกง่ายจากการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Perchinsky, Henderson, Jamieson, Anderson, Lamy, Lowe, & Guzman, 1998) นอกจากนี้โรคลิ้นหัวใจพิการเป็นโรคเรื้อรังและมักเกิดขึ้นในช่วงวัยทำงาน การเจ็บป่วยและข้อจำกัดทางด้านการร่างกายอาจทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงอาชีพ หรืออาจต้องอาศัยพึ่งพาบุตรหลาน ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สิ่งเหล่านี้อาจมีผลทำให้อัทมโนทัศน์เป็นไปในทางลบ ส่งผลกระทบต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีได้

เมื่อพิจารณาในด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย จากรายงานการวิจัยพบว่าผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจะมีภาวะสุขภาพและการทำงานของร่างกายดีขึ้น เช่น ระดับสมรรถภาพของหัวใจดีขึ้น อาการหอบเหนื่อยและหายใจลำบากลดลง ความสามารถในการทำกิจกรรมของร่างกายดีขึ้น (Podolec, Pfitzner, Wierzbicki, Kostkiewicz, Pieniazek, Olszowska, Przewlocki, Sokolowski, Tracz, & Dziatkowiak, 1999 ; Heijmeriks, Pourrier, Dassen, Prenger, & Wellens, 1999) โปโดเล็คและคณะ (Podolec et al., 1999) ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ตำแหน่งเอออร์ติก ในกลุ่มที่ใช้ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะและกลุ่มที่ใช้ลิ้นหัวใจจากผู้ป่วยบริจาค โดยใช้การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (echocardiogram)

การนับจำนวนชิ้นบันไดที่สามารถขึ้นได้โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ และวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ซึ่งเกี่ยวกับระดับความเจ็บปวดจากแผลที่กระดูกหน้าอก อาการเป็นลมหายใจลำบาก ใจสั่น ความกลัวต่อความสามารถในการทำงานของหัวใจภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และความสามารถในการทำกิจกรรมของร่างกายศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 220 ราย ผลการศึกษาพบว่า อาการทางคลินิกภายหลังผ่าตัดของทั้งสองกลุ่มมีระดับความรุนแรงน้อยลงกว่าก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และการเปลี่ยนแปลงไม่มีความแตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม จากการสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมของร่างกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่รายงานว่า คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจกรรมของร่างกายเพิ่มขึ้น และภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจแล้ว ผู้ป่วยที่ใช้ลิ้นหัวใจจากผู้บริจาค ร้อยละ 21 สามารถกลับไปทำงานได้อย่างเดิม และผู้ป่วยที่ใช้ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะกลับไปทำงานร้อยละ 7.7

จากการศึกษาของ กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ (2539) โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของร่างกาย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในชีวิตของเฟอร์แรนส์และเพาเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1985) และแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของ เชบไท (Shabetai, 1983) พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้จากรายงานการศึกษาของ ประภา รัตนเมธานนท์ (2532) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

รายงานการศึกษาของ จันทรทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจในชีวิตในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำนวน 100 ราย ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกศัลยกรรมหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลโรคทรวงอก นนทบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิดของโอเร็ม แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของฟลานาแกน และแบบสอบถามความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยจากแบบสอบถามความพึงพอใจในชีวิตของคูพาย ศึกษาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ($r = .319, p < .01$) และคุณภาพ

ชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิตในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ($r = .545, p < .001$)

การศึกษาของ ทิพพาพร ดังอานวย และคณะ (2541) ที่พบว่า ระดับสมรรถภาพของหัวใจในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต ถึงแม้ว่าการวัดระดับสมรรถภาพของหัวใจจะเป็นการวัดในเชิงวัตถุวิสัย แต่พอจะสรุปได้ว่า ระดับสมรรถภาพของหัวใจที่ดีขึ้นส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่ดี มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

รายงานการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายที่กล่าวมานั้น แสดงให้เห็นว่าการมีภาวะสุขภาพและการทำงานของร่างกายที่ดีจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดี ในทางตรงกันข้ามหากร่างกายมีการสูญเสียหน้าที่การทำงาน ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้จะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในทางที่ไม่ดี

นอกจากนี้การประเมินการรับรู้ถึงความพึงพอใจของรายได้ และความพอใจในแหล่งรายได้ ซึ่งจะสะท้อนถึงความพึงพอใจด้านสังคมและเศรษฐกิจ ก็เป็นอีกมิติหนึ่งที่จะบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จากคำรักษาพยาบาลและการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง และภายหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจแล้วยังต้องมียาใช้จ่ายในการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อไปจนตลอดชีวิต และจากการที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมบางรายอาจไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ต้องปรับเปลี่ยนงาน ส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวเป็นอย่างมาก จากการศึกษาของ ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน จำนวน 100 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีรายได้น้อย ไม่สามารถจัดการกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นได้ จะส่งผลต่อความพึงพอใจทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้วย

นอกจากความหมายที่นำเสนอแล้ว มีเบิร์ก (Meeberg, 1993) ได้วิเคราะห์มิติทัศน์คุณภาพชีวิต และได้สรุปคุณลักษณะของคุณภาพชีวิตไว้ 4 ประการ คือ คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ทั่วไปของบุคคล เป็นความสามารถทางสติปัญญา (mental capacity) ของบุคคลในการประเมินชีวิตของตนเองเป็นสิ่งที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ เป็นการยอมรับเกี่ยวกับสภาพร่างกาย จิตใจสังคม และอารมณ์ที่บุคคลได้ประเมิน ตัดสิน และกล่าวถึง และเป็นการประเมินจากผู้อื่นในแง่ของภาวะที่มีการดำรงชีวิตที่ดี ไม่มีสิ่งคุกคาม หรือเป็นอันตรายเกิดขึ้นในชีวิต

นอกจากนี้แล้ว พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ได้เสนอคุณลักษณะที่สำคัญของคุณภาพชีวิตไว้หลายประการ ได้แก่

1. คุณภาพชีวิตเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล เป็นการรับรู้ เป็นความรู้สึกของบุคคล ซึ่งเกิดจากความรู้และประสบการณ์เดิมและโดยการเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ผู้ที่จะตัดสินได้ดีที่สุดว่ามีคุณภาพชีวิตหรือไม่เพียงใด ก็ควรจะเป็นบุคคลผู้เป็นเจ้าของชีวิตนั่นเอง

2. คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม แสดงถึงการมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของคุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานการณ์ ปัญหาครอบครัวและสังคม แหล่งประโยชน์และทรัพยากร ตลอดจนวัตถุประสงค์ของต่าง ๆ สำหรับปัจจัยด้านบุคคลของคุณภาพชีวิตประกอบด้วย ภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วย หรือสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ การรับรู้ ความรู้สึนึกคิด (cognitive ability) และศักยภาพความสามารถของตนเอง ในการควบคุมและจัดการกับชีวิตและสถานการณ์

3. คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ (multidimension construct) และมีความซับซ้อน (complex) จึงต้องพิจารณาแบบองค์รวม (holism) ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

4. คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เป็นพลวัต (dynamic) ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปในกระบวนการของชีวิต

5. คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (health) โดยที่ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่ง ที่ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิต

จากแนวคิด มุมมอง การให้คำจำกัดความ และคุณลักษณะของคุณภาพชีวิตดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปโดยรวมได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึนึกคิดและการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งมีผลมาจากปัจจัยหลาย ๆ ด้านในชีวิต ทั้งในด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ความหมายของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ ชาน (Zhan, 1992) ดังกล่าวข้างต้น

การประเมินคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่แน่ชัดร่วมกันเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิต เนื่องจากการพิจารณาแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ยังมีความแตกต่างกันตามมุมมองในแต่ละสาขาวิชา ทำให้การประเมินคุณภาพชีวิตจึงมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของผู้วิจัยหรือผู้นำไปใช้ ซึ่งการประเมิน

ทำได้หลายแนวทาง มีดังนี้

องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1980) ให้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิต 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (objective) เป็นการประเมินด้านวัตถุวิสัยโดยอาศัยข้อมูลทางรูปธรรม ที่มองเห็นได้ นับได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

2. ด้านจิตวิสัย (subjective) เป็นการประเมินข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับด้านจิตวิทยา ซึ่งประเมินได้โดยการสอบถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต เช่น ความพึงพอใจ ในชีวิต ความปกติสุข ความสุข คุณค่าในตนเอง เป็นต้น

แฟรงค์สตรอมเบอร์ก (Frank-stromberg, 1984) ให้แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. ด้านวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (objective scales yielding quantitative data) เป็นการวัดหรือการประเมินจากสิ่งที่สังเกตได้ โดยอาจจะประเมินได้จากตัวของผู้ป่วยเองหรือโดยบุคคลอื่นก็ได้ ผลที่ได้จะเป็นตัวเลข

2. ด้านจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (subjective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับตัวเอง ซึ่งประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ผลที่ได้จะเป็นตัวเลข

3. ด้านจิตวิสัยโดยวัดเป็นเชิงคุณภาพ (subjective scales yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ผลที่ได้เป็นการบรรยายบอกถึงลักษณะสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

มีเบอร์ก (Meeberg, 1993) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวชี้วัด 2 ประเภท คือ

1. ตัวบ่งชี้ด้านวัตถุวิสัย (objective indicators) เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา หน้าที่ด้านร่างกาย เป็นต้น ซึ่งสามารถประเมินได้โดยบุคคลอื่น

2. ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัย (subjective indicators) เป็นการประเมินข้อมูลที่เป็นความรู้สึกนึกคิดของตัวผู้ป่วยเอง เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

นอกจากนี้ การประเมินคุณภาพชีวิตอาจพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิต ดังนี้

1. การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตแบบโครงสร้างมิติเดียว (unidimensional measures) เป็นการใช้คำถามเดียวเพื่อวัดคุณภาพชีวิตโดยภาพรวม มักจะนิยมใช้มากที่สุดในกลุ่มที่ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตเป็นภาพรวม (Farguhar, 1995b) แต่มีข้อเสียคือ เครื่องมือวัดจะขาดความไวในการวัด (sensitivity) และไม่สามารถแยกได้ชัดว่าผลจากการให้โปรแกรมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านแตกต่างจากด้านอื่น ๆ อย่างไร

2. การประเมินโดยมีแนวคิดว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ (multidimensional measures) แนวคิดนี้เชื่อว่าคุณภาพชีวิตไม่ได้ขึ้นกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับหลาย ๆ สิ่ง โดยเชื่อว่าการประเมินโดยวิธีนี้จะถูกต้องตามสภาพความเป็นจริงมากกว่า การประเมินจากมิติเดียว แต่การประเมินคุณภาพชีวิตโดยวิธีนี้อาจจะทำให้เกิดการคาบเกี่ยวกัน ในแต่ละด้านของคุณภาพชีวิต และทำให้เกิดความหลากหลายของการวัดในแต่ละด้านจาก ความคิดเห็นเกี่ยวกับการแบ่งด้านของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน (Farguhar, 1995a)

ซ่าน (Zhan, 1992) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตว่าควรประเมินให้ครอบคลุมโครงสร้าง 4 ด้าน คือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งความรู้สึกพึงพอใจเป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคล
2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความปกติสุขทางด้านจิตใจ เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อตนเอง รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่า และภาพลักษณ์
3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นการรับรู้ถึงความปกติสุขด้านร่างกาย ซึ่งเชื่อว่าสุขภาพและการทำหน้าที่ของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต
4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นเรื่องความปกติสุขทางด้านสังคม

ซ่าน (Zhan, 1992) ได้เสนอแนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตว่าควรประเมินจากหลาย โครงสร้าง ควรประเมินทั้งเชิงจิตวิสัยและเชิงวัตถุวิสัยร่วมกัน ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับแนวคิด ของ แฮสส์ (Haas, 1999) ที่ได้เสนอแนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิตว่าควรประเมินจากทั้งตัว บ่งชี้ทางด้านวัตถุวิสัยและด้านจิตวิสัย เพื่อที่จะประเมินคุณภาพชีวิตได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต

ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังกลุ่มหนึ่ง ซึ่งมีภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนไปจากปกติ การดำเนินของโรคต้องการการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และเพียงพอ แม้ว่าการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจะเป็นการรักษาที่ทำให้อาการและระดับความรุนแรง ของโรคที่ดำเนินอยู่ทุเลาลง แต่การใช้ลิ้นหัวใจเทียมทำให้ผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้อง รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับลิ้นหัวใจเทียม ค่าผ่าตัด ตลอดจนค่าใช้จ่าย เพื่อติดตามผลการรักษา ตลอดชีวิต รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นอย่างต่าง ๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่

อาจเกิดขึ้นจากการใช้ลิ้นหัวใจเทียม จึงทำให้ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดเพิ่มขึ้น หากผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้ทั้งหมด หรือการดูแลตนเองที่จำเป็นต้องกระทำถูกรบกวนจากภาวะการเจ็บป่วย หรือมีแหล่งประโยชน์ที่จะสนับสนุนการดูแลตนเองไม่เพียงพอ จนกระทั่งผู้ป่วยรับรู้ถึงความรู้สึกยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองแล้ว ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงภาระในการดูแลตนเอง จากรายงานการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงภาระในการดูแลตนเองแล้ว จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อการเจ็บป่วย (Oberst et al., 1991 ; Munkres et al., 1992) ซึ่งเป็นประสบการณ์ และพื้นฐานการดำเนินชีวิต ที่เป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้าน เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ในทางตรงกันข้าม หากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้โดยรับรู้ถึงความยากลำบากในระดับต่ำ การดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายเป็นไปในทางที่ดี จะทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงความพึงพอใจในชีวิตได้

รายงานการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ได้มีการศึกษาความสัมพันธ์นี้ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง โดย นงนุช บุญยัง (2536) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่เปลี่ยนไต ที่มารับการตรวจรักษาจำนวน 90 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดภาระในการดูแลตนเองจากการทบทวนวรรณกรรม และอาศัยแนวคิดการประเมินภาระในการดูแลตนเองของ โอเบิสท์และคณะ (Oberst et al., 1991) และได้ใช้ดัชนีคุณภาพชีวิตของ พาติลลาและแกรนท์ (Padilla, & Grant, 1985) ซึ่งแปลโดย สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharumkul, 1988) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาระในการดูแลตนเองน้อยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี และภาระในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.17, p < .05$)

ต่อมา ทิพย์วรรณ วังเกตรา (2541) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตซ้ำอีกครั้ง ในกลุ่มผู้ป่วยที่รอรับการเปลี่ยนไต ที่มารับการรักษาจำนวน 80 ราย โดยผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดภาระในการดูแลตนเองจากการทบทวนวรรณกรรม และอาศัยแนวคิดการประเมินภาระในการดูแลตนเองของโอเบิสท์และคณะ (Oberst et al., 1991) และได้ใช้ดัชนีคุณภาพชีวิตของพาติลลาและแกรนท์ (Padilla, & Grant, 1985) ซึ่งแปลโดยสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharumkul, 1988) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาระในการดูแลตนเองระดับปานกลางและมีคุณภาพชีวิตระดับสูง ภาระในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.41, p < .001$)

งานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตที่ผ่านมาพบว่าภาระในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต นั่นคือหากผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง หรืองานที่เกิดจากการดูแลตนเองนั้นมีความยากลำบากในการกระทำจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาระในการดูแลตนเองสูง และมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เป็นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังกลุ่มหนึ่ง ที่จำเป็นต้องอาศัยความสามารถในการดูแลตนเองสูง เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หากผู้ป่วยรับรู้ถึงภาระในการดูแลตนเองสูง อาจทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ดังนั้นการศึกษาภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจึงมีความจำเป็น หากผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นภาระสูงอาจจะเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จึงเป็นบทบาทของพยาบาลในการมุ่งจัดการกับการลดภาระในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ภายหลังผ่าตัดได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ จัดเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังกลุ่มหนึ่ง เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วย และแผนการรักษาที่ต่อเนื่อง ซึ่งละเว้นไม่ได้ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น และต่อเนื่องตลอดชีวิต หากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้โดยรับรู้ว่าไม่รู้สึกว่าเป็นความยากลำบากในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงภาระในการดูแลตนเองต่ำ ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองแล้ว ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงภาระในการดูแลตนเองสูง ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพชีวิตอันเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลรักษา

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับภาระในการดูแลตนเองของ โอเบิสท์และคณะ (Oberst et al., 1991) เป็นแนวทางในการประเมินภาระในการดูแลตนเอง ซึ่งโอเบิสท์และคณะได้ให้ความหมายภาระในการดูแลตนเองว่า เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกลำบากอันสืบเนื่องมาจากความจำเป็นที่จะต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง ประเมินจากการรับรู้ถึงความจำเป็นของการดูแลตนเอง (demand) และความรู้สึกลำบากในการดูแลตนเอง (difficulty) และใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ ชาน (Zhan, 1992) เป็นแนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตจากความรู้สึก

นึกคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วย จากองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจ
ในชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ
โดยมีความเชื่อว่าภาระในการดูแลตนเองน่าจะมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้