

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ



นางสาววิศรา ม่วงช่วง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

PREDICTING FACTORS OF QUALITY OF LIFE IN VALVULAR HEART REPLACEMENT  
PATIENTS

Miss Warissara Moungchoung



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
โดย	นางสาววิศรา ม่วงช่วง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศจีมาจ ณ วิเชียร)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

วริศรา ม่วงช่วง : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.  
(PREDICTING FACTORS OF QUALITY OF LIFE IN VALVULAR HEART  
REPLACEMENT PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ,  
175 หน้า.

การวิจัยสหสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์  
และอำนาจในการทำนายของปัจจัยทำนายได้แก่ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ  
ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความ  
แตกฉานด้านสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้น  
หัวใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทั้งเพศชายและหญิงอายุ 18-59 ปี จำนวน  
110 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมหัวใจของโรงพยาบาลตำรวจ และ  
โรงพยาบาลราชวิถี โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ  
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง แบบสอบถามความ  
ร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ แบบ  
ประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกและแบบวัดคุณภาพชีวิต แบบสอบถามหาค่าความเที่ยงได้  
เท่ากับ .89, .60, .70, .72 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติ  
ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $X = 24.75$ ,  $SD = 3.01$ )

2. ความสามารถในการดูแลตนเอง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความร่วมมือใน  
การปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัด  
เปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .463$ ,  $.392$  และ  $.229$  ตามลำดับ) แต่  
ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและความแตกฉานด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์ทาง  
สถิติกับคุณภาพชีวิต

3. ความสามารถในการดูแลตนเอง ความเข้มแข็งในการมองโลก ระยะเวลาภายหลัง  
การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ  
ด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ได้ร้อยละ 29

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....

# # 5477186636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: PREDICTING FACTORS / QUALITY OF LIFE / VALVULAR HEART  
REPLACEMENT PATIENTS

WARISSARA MOUNGCHOUNG: PREDICTING FACTORS OF QUALITY OF LIFE  
IN VALVULAR HEART REPLACEMENT PATIENTS. ADVISOR: ASST. PROF.  
NORALUK UA-KIT, Ph.D., 175 pp.

The purposes of this predictive research study aimed to examine the quality of life and to examine whether post-operative period valvular heart replacement, self-care agency, adherence to health recommendations, health literacy, and sense of coherence could predict the quality of life in patients with valvular heart replacement. One hundred and ten out-patients with valvular heart replacement (males and females) aged between 18 and 59 years were recruited from a multistage random sampling in the cardiac clinic at the Police General Hospital and Rajavithi Hospital. The instruments were composed of demographic information, self-care agency, adherence to health recommendations, health literacy, sense of coherence, and the quality of life questionnaire. The reliabilities of these questionnaires were .89, .60, .70, .72, and .95 respectively. Descriptive and hierarchical multiple regression statistics were used to analyze data. The results revealed:

1. The mean score of the quality of life in valvular heart replacement patients was good ( $X = 24.75$ ,  $SD = 3.01$ ).

2. Self-care agency, sense of coherence and adherence to health recommendations were positively related to quality of life in patients with valvular heart replacement at the level of .05 ( $r = .463$ ,  $.392$  and  $.229$ , respectively). There were no relationships of post-operative period valvular heart replacement and health literacy on quality of life in patients with valvular heart replacement.

3. Self-care agency, sense of coherence, post-operative period valvular heart replacement, health literacy and adherence to health recommendations were good predictors with 29 % of total variances explained for quality of life in patients with valvular heart replacement.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2013

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าให้ความรู้มาให้คำปรึกษา คำแนะนำ ข้อคิดเห็นและเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่อย่างดียิ่งและเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ จนทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างสูง จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศจีมาจ ณ วิเชียร ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ายิ่ง ตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือให้เหมาะสมกับงานวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำรวจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี และคณาจารย์ทุกท่านที่ให้โอกาสผู้วิจัยได้ลาศึกษาและเป็นกำลังใจให้เสมอมา

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ยิ่ง

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ที่กรุณาให้ทุนอุดหนุนงานวิจัยนี้เป็นบางส่วน

ขอขอบคุณเพื่อน ๆ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เพื่อนร่วมรุ่นและกัลยาณมิตรทุกท่านที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา พี่ชายและสามี ที่เป็นกำลังใจ สนับสนุนและให้ความช่วยเหลือจนทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ คุณความดีและประโยชน์ใด ๆ ที่ได้จากการทำวิทยานิพนธ์นี้ ผู้วิจัยขอมอบแก่บุพการี ครูบาอาจารย์ ผู้มีพระคุณทุกท่านที่ทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.....	14
2. คุณภาพชีวิต.....	19
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.....	25
4. บทบาทของพยาบาลกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.....	43
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	45
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	55
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	62
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	63
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	76
สรุปผลการวิจัย.....	77
อภิปรายผลการวิจัย.....	79
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	86
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	86
รายการอ้างอิง.....	88
ภาคผนวก.....	97
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ.....	98
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยและจดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์.....	100
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย.....	117
ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	148
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	175



## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของแต่ละโรงพยาบาลและสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ (n = 110).....	55
ตารางที่ 2	ข้อคำถามที่มีความหมายทางด้านบวกและทางลบ .....	61
ตารางที่ 3	ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n = 30) .....	62
ตารางที่ 4	การแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์.....	65
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ลักษณะงานที่ทำก่อนและหลังการผ่าตัด ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ ชนิดของการผ่าตัด ชนิดของลิ้นหัวใจที่ใช้ โรคร่วม ระยะเวลาการเจ็บป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (n=110) .....	67
ตารางที่ 6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับคะแนนของระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (n=110) .....	71
ตารางที่ 7	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับคะแนนของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมและจำแนกตามด้านได้แก่ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณและด้านครอบครัว (n=110) .....	72
ตารางที่ 8	ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) (n = 110).....	73
ตารางที่ 9	ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis) (n = 110).....	74

## สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	52
----------------------------------	----



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคลิ้นหัวใจพิการเป็นโรคเรื้อรังและเป็นสาเหตุการตายรองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จากสถิติของต่างประเทศพบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการมีจำนวน 3,257 คน ต่อประชากรแสนคน (Donald, 2010) และผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม ในแต่ละปีมีผู้ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทั่วโลกจำนวน 225,000 ราย (St. Jude Medical, 2002) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2555 มีผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำนวน 2,255 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.55 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2556) โดยพบว่าช่วงอายุที่เริ่มผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของผู้ป่วยคือ อายุ 5-14 ปี คิดเป็นร้อยละ 1.81 ช่วงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมากที่สุดคือ อายุ 45-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.95 รองลงมาอายุ 25-44 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.63 (กรมการแพทย์, 2554)

การรักษาโรคลิ้นหัวใจพิการที่ดีที่สุดในปัจจุบัน คือ การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากอาการที่คุกคามต่าง ๆ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด (Brunner & Suddarth, 2003) การผ่าตัดเพื่อรักษาโรคลิ้นหัวใจมี 2 ชนิด คือ การขยายลิ้นหรือซ่อมลิ้นและการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเป็นหนทางสุดท้ายในการรักษาโรคลิ้นหัวใจ ในกรณีพยาธิสภาพของลิ้นหัวใจสูญเสียหรือเสื่อมสภาพไปมากแล้ว เช่น ฉีกขาดมากหรือมีหินปูนเกาะและศัลยแพทย์ไม่สามารถผ่าตัดโดยการซ่อมแซมลิ้นหัวใจเดิมของผู้ป่วยได้ จึงจำเป็นต้องผ่าตัดลิ้นหัวใจเก่าออกและใส่ลิ้นหัวใจใหม่แก่ผู้ป่วยแทน (สันต์ ใจยอดศิลป์, 2542) เพื่อแก้ไขระบบไหลเวียนโลหิตให้กลับมาสู่สภาวะปกติ สมรรถภาพร่างกายดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาว

การดูแลรักษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพียงเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตหรือแก้ไขความผิดปกติเท่านั้น ยังต้องการให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (แพรวพรรณ สุวรรณกิจ และคณะ, 2555) การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เป็นการรักษาที่มุ่งแก้ไขพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดอาการแสดงของโรค ภายหลังจากการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจแล้ว พยาธิสภาพที่ยังเหลืออยู่รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดจากการผ่าตัดและการใส่ลิ้นหัวใจเทียม อาจก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกผาสุกในด้านต่าง ๆ อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลกระทบจากการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดังนี้

**ผลกระทบด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย** ระยะ 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด เมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่ดี อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น มีอาการเลือดออกในสมอง เป็นต้น (Zah และคณะ, 2007) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในระยะ 1-2 เดือนแรกหลังจากออกจากโรงพยาบาล (Kirklin และคณะ, 1993) และพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายได้แก่ ภาวะลิ้นเลือดอุดตัน การทำงานของลิ้นหัวใจเทียมล้มเหลว เป็นต้น (Edmunds และคณะ, 1996) ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในระยะแรกได้แก่ ภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติหรือเกิดภาวะหัวใจวายในระยะต่อมา มักเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วย และมีปัญหาความไม่สุขสบายของร่างกาย เช่น ปวดแผลผ่าตัด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เป็นต้น ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน บางคนรู้สึกดีขึ้นทันทีหลังผ่าตัดหรือต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูร่างกาย 2-3 เดือน จึงรู้สึกดีขึ้นหลังผ่าตัด (ทิพพพร ตั้งอำนาจ, 2541) จากการศึกษาของภมร แซ่มรักษา (2554) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 6 ราย สามารถทำงานได้ตามปกติสุขภาพแข็งแรงกว่าก่อนผ่าตัด และอีก 2 รายสามารถทำงานได้เกือบปกติ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยต้องระมัดระวังและดูแลตนเองเป็นพิเศษ การรับประทานยาป้องกันการเกิดลิ้นเลือด การจำกัดกิจกรรมการออกกำลังกาย มีอาการเหนื่อยล้าและปวดแผล (Tack & Gilliss, 1990) ทำให้เกิดความคับข้องใจและไม่พึงพอใจในบางครั้ง จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 รายพบว่ายังทำงานได้ไม่เต็มที่และกังวลกับการรักษา รวมถึงการต้องรับประทานยาตลอดชีวิต 3 ราย

ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เช่น การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การระมัดระวังดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองเป็นพิเศษ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจเทียม การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัด เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองมากขึ้น ทั้งผู้ป่วยอาจต้องเผชิญภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ลิ้นหัวใจเทียมที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดชีวิตภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หากผู้ป่วยสามารถจัดการและปรับเข้ากับแผนการดำเนินชีวิตได้ จะช่วยให้ภาวะสุขภาพและการทำงานของร่างกายดีขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยรับรู้ถึงความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง จะทำให้เกิดความรู้สึกไม่ดีต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ตามมา (Oberst et al., 1991 อ้างถึงใน ปริศนา อุตถาผล, 2543) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม หรือส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจโดยเฉพาะทางด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายได้

**ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ** นอกจากผลกระทบด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายแล้ว ความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองลดลง ความไม่แน่ใจใน

สมรรถภาพด้านร่างกายของตนเอง การกลับไปพักผ่อนที่บ้าน ในระยะ 3 เดือนแรก เป็นช่วงที่ผู้ป่วยกำลังปรับตัว ทำให้เกิดความเครียดได้อย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่สามารถทำอะไรได้เต็มที่ เกิดความไม่มั่นใจในการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิตหลังผ่าตัด เช่น การกลับไปประกอบอาชีพ การมีเพศสัมพันธ์ ปัญหาเหล่านี้กระทบต่อการทำหน้าที่ตามบทบาทในสังคมและการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพนี้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Burckhardt et al., 1987) การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนแปลงหัวใจต้องใช้เวลา 3-4 เดือน จึงจะสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ (Tantum, 1985) ในระยะพักฟื้นผู้ป่วยต้องจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยสามารถทำได้ จึงเกิดการขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการที่จะกลับไปทำกิจกรรมตามปกติ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหารายได้เช่นปกติ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาและการต้องมาตรวจตามนัดบ่อย ๆ ซึ่งการมาตรวจตามนัดแต่ละครั้งต้องมีค่าใช้จ่าย และบางรายอาจต้องขาดงานมาพบแพทย์ ส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วย

**ผลกระทบด้านจิตใจและจิตวิญญาณ** หัวใจเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญมาก ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเจ็บป่วยที่รุนแรงเหมือนถูกคุกคามชีวิต ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย แผลผ่าตัดบริเวณกระดูกหน้าอกที่ยาว ทำให้เกิดการสูญเสียสภาพลักษณะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยสตรี (จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ, 2539) ผู้ป่วยไม่สามารถยกหรือถือของหนักได้ และการยกของหนักกระดูกหน้าอกจะมีเสียงกรอบแกรบ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่ใจในสมรรถภาพร่างกายของตนเอง (วาสนา อุปสาร, 2551) ปัญหาที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วย จนบางรายเกิดความท้อแท้ใจ สูญเสียอำนาจในการควบคุม เกิดการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น หรือบางรายเกิดการต่อต้านการรักษา เพื่อแสดงให้บุคคลอื่นเห็นว่าตนเองปกติ ซึ่งปฏิกิริยาเหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

**ผลกระทบด้านครอบครัว** ผู้ป่วยบางคนยังมีความกังวลเรื่องการทำงานและกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ซึ่งแพทย์และเจ้าหน้าที่ต้องให้ข้อมูลให้ชัดเจนว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรต่าง ๆ ได้เมื่อใดหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจมากขึ้น (จรัญ สายะสถิตย์ และคณะ, 2552) หลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตในการดูแลสุขภาพของตนเอง ตั้งแต่การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การมีเพศสัมพันธ์ การรับประทานยาและการมาพบแพทย์ตามนัด (ปริศนา อัดถาผล, 2543)

จากการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Ferrans และ Powers (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความพึงพอใจในชีวิตที่สะท้อนให้เห็นถึงความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิต ความสุขและการรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความผาสุกในชีวิต เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจและการให้ความสำคัญกับแต่ละองค์ประกอบของชีวิต มีหลายมิติได้แก่ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณและด้านครอบครัว

ทางการแพทย์และสาธารณสุขศึกษาถึงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มโรคต่าง ๆ มากขึ้น เพราะคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ในการรักษาที่บ่งชี้ถึงคุณภาพการดูแลได้ (ภมร แซ่มรักษา และคณะ, 2554) การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจากได้รับการผ่าตัดหัวใจ จะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาในระยะยาว รวมทั้งแนวทางปรับปรุงแก้ไขและวิธีดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป (จรัญ สายะสถิตย์ และคณะ, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า นอกเหนือจากผลกระทบจากการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแล้ว พบว่ายังมีปัจจัยอีกหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ได้แก่

**ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ** (Post-operative period valvular heart replacement) เป็นระยะเวลา นับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด จนถึงวันที่ผู้ป่วยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด สามารถบ่งบอกถึงระยะเวลาในการที่ได้เรียนรู้และมีประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งคาดว่าจะมีผลต่อความคิด การแสดงออกต่อความเจ็บป่วยและการเรียนรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ, 2539) ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดนานทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้และเกิดการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (จิราสา ลีวัธนะ และคณะ, 2551)

**ความสามารถในการดูแลตนเอง** (Self-care agency) เป็นความสามารถของผู้ป่วยภายหลังเปลี่ยนลิ้นหัวใจในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดการดูแลตนเองอย่างตั้งใจและมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการที่จะรักษาชีวิต สุขภาพและความผาสุก ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ( $r = .59, p < .01$ ) ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีความสามารถดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (จิราสา ลีวัธนะ และคณะ, 2551) สอดคล้องกับจันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539) ศึกษาพบว่า ถ้ามีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี มักจะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r < .001$ )

**ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ** (Adherence to health recommendations) เป็นพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ที่สอดคล้องกับแผนการรักษาหรือคำแนะนำด้วยความเต็มใจ พฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ประกอบไปด้วย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายและการควบคุมน้ำหนัก จากการศึกษาของ Joyce และคณะ (2004) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ หรือไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา อาจส่งผลให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้นจนถึงแก่ชีวิต หรือเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำอีก และยังพบว่าผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาว คุณภาพชีวิตดีขึ้น

**ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy)** เป็นระดับการเรียนรู้ ความสามารถของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นและรู้เท่าทันด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาสุขภาพของบุคคลและชุมชน โดยการปรับวิถีชีวิตส่วนบุคคลและสภาพความเป็นอยู่ ดังนั้นความแตกฉานด้านสุขภาพจึงเป็นมากกว่าความสามารถในการอ่านแผ่นพับ ใบนิต โดยการปรับปรุงการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและความสามารถของบุคคลที่จะใช้ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นความแตกฉานด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อการเสริมสร้างศักยภาพของบุคคล (Nutbeam, 2000 อ้างถึงใน วนิดา หาจักร, 2556) รวมถึงสมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพที่ได้รับ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เกสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย (Nutbeam, 2000)

Nutbeam (2000) จำแนกความแตกฉานด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือระดับ 1 ความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ระดับ 2 ความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ระดับ 3 ความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ จากการศึกษาของ Macabasco-O' Connell และคณะ (2011) ศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 17 เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Evangelista และคณะ (2010) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ มีโอกาสเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นและทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง

**ความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of Coherence)** เป็นความสามารถในการประเมินเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบในชีวิตของบุคคลด้วยความเข้าใจ สามารถบริหารจัดการและให้ความหมายเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าเหล่านั้นว่ามีคุณค่าและคุณค่าที่จะแก้ไข ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้บุคคลสามารถเผชิญและจัดการแก้ไขปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลักคือ องค์ประกอบด้านความสามารถทำความเข้าใจ องค์ประกอบด้านความสามารถบริหารจัดการและองค์ประกอบด้านความสามารถให้ความหมาย Motzer และ Stewart (1996) ศึกษาพบว่า สามารถใช้ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ Post-White และคณะ (1996) ได้ศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งพบว่า เมื่อผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงก็จะทำให้มีคุณภาพชีวิตสูงด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ได้แก่ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลก ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าว เพื่อทราบปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและเพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของปัจจัยทำนายได้แก่ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

### คำถามการวิจัย

1. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเป็นอย่างไร
2. ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจหรือไม่ อย่างไร

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Ferrans and Powers (1992) ที่เชื่อว่าคุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกผาสุกที่บุคคลประเมินด้วยตนเองจากความรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในส่วนต่าง ๆ ของชีวิตที่บุคคลให้ความสำคัญ มีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งคำนึงถึงความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ คุณภาพชีวิตแบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ 1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ความเจ็บป่วยรวมทั้งอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ล้วนมีผลกระทบต่อการทำงานที่ของร่างกาย ในการประเมินคุณภาพชีวิตในด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย จึงมีการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพและผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรม ทศนคติและการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ องค์ประกอบด้านวัตถุต่าง ๆ เป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของชีวิตที่แสดงถึงความมั่นคงและเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยต่อการเผชิญปัญหาของบุคคล 3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อจิตใจหลายประการ เช่น ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความกลัวและความรู้สึกสิ้นหวัง เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกสูญเสียการควบคุม รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ จากการศึกษาที่ต้องเผชิญกับการกำเริบของโรคหรืออาการไม่สุขสบายต่าง ๆ และมีการคาดเดาผลของการเจ็บป่วยในอนาคตไปในทางที่เลวร้าย 4) ด้านครอบครัว ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย ด้านการเงินและสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว



จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มีดังนี้

**ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ** (Post-operative period valvular heart replacement) เป็นระยะเวลาที่นับจำนวนเต็มเป็นปี โดยนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด จนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนเศษของปีที่เกิน 6 เดือน ปัดเป็น 1 ปี จากการศึกษาของ จันทรทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539) พบว่าระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด สามารถบ่งบอกถึงระยะเวลาในการที่ได้เรียนรู้และมีประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งคาดว่าจะมีผลต่อความคิด การแสดงออกต่อความเจ็บป่วยและการเรียนรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สอดคล้องกับ ธิวสา ลีวัธนะ และคณะ (2551) พบว่าระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดนาน ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้และเกิดการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**ความสามารถในการดูแลตนเอง** (Self-care agency) เป็นความสามารถอันซับซ้อนของบุคคลที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งกระบวนการของชีวิต (life processes) โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการให้ดำเนินไปถึงขีดสูงสุด ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (Orem, 2001) ธิวสา ลีวัธนะ และคณะ (2551) ศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีความสามารถดูแลตนเองมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับจันทรทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539) ศึกษาพบว่า ถ้ามีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีมักจะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r < .001$ )

**ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ** (Adherence to health recommendations) เป็นพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลในการปฏิบัติให้สอดคล้องกับคำแนะนำหรือสอดคล้องกับแผนการรักษา ในการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Joyce และคณะ, 2004) การศึกษาของ Joyce และคณะ (2004) ยังพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาว คุณภาพชีวิตดีขึ้น อาการของโรคลดลง สอดคล้องกับ Akhtar และคณะ (2009) กล่าวว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดทุกราย การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างสม่ำเสมอมีผลทำให้การทำงานของลิ้นหัวใจเทียมทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

**ความแตกฉานด้านสุขภาพ** (Health Literacy) เป็นระดับการเรียนรู้ ความสามารถของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นและรู้เท่าทันด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาสุขภาพของบุคคลและชุมชน โดยการปรับ

วิถีชีวิตส่วนบุคคลและสภาพความเป็นอยู่ ดังนั้นความแตกฉานด้านสุขภาพจึงเป็นมากกว่าความสามารถในการอ่านแผ่นพับ ใบนิต โดยการปรับปรุงการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและความสามารถของบุคคลที่จะใช้ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นความแตกฉานด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อการเสริมสร้างศักยภาพของบุคคล (Nutbeam, 2000 อ้างถึงใน วนิดา หาจักร, 2556) รวมถึงสมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพที่ได้รับความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เกสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย (Nutbeam, 2000)

การศึกษาของ Macabasco-O' Connell และคณะ (2011) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่าความแตกฉานด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 17 เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Evangelista และคณะ (2010) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ มีโอกาสเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นและทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง

**ความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of Coherence)** เป็นการรับรู้โดยกระบวนการทางปัญญาว่าสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบตนเองนั้น สามารถเข้าใจและอธิบายด้วยเหตุและผล มองสิ่งเร้านั้นเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีความคุ้มค่าที่จะใช้กำลังกายและสติปัญญาในการแก้ปัญหาให้ลุล่วงไป และมองว่าตนเองนั้นมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยในการจัดการกับปัญหาที่อาจจะคุกคามตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตได้ ความเข้มแข็งในการมองโลกมีอยู่ 3 องค์ประกอบหลักคือ องค์ประกอบด้านความสามารถทำความเข้าใจ องค์ประกอบด้านความสามารถบริหารจัดการและองค์ประกอบด้านความสามารถให้ความหมาย (Antonovsky, 1987) การศึกษาของ Motzer และ Stewart (1996) ศึกษาพบว่า สามารถใช้ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ทั้งด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณและด้านครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ต้องมีความรู้สึกรังสรรค์ใจในส่วนต่าง ๆ ที่บุคคลนั้นได้ให้ความสำคัญ อันจะก่อให้เกิดความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

จากแนวคิดดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

### สมมติฐานการวิจัย

1. ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
2. ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) นี้ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลสังกัดของรัฐ ระดับตติยภูมิที่มีศูนย์หัวใจ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทั้งเพศชายและหญิงอายุ 18-59 ปี ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิที่มีศูนย์โรคหัวใจ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ตัวแปรต้น คือ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลก

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**คุณภาพชีวิต** หมายถึง ความรู้สึกซึ่งเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ในแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งมีความสำคัญต่อผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ตามสภาพที่ตนดำรงอยู่และเป็นการรับรู้และตัดสิน โดยผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในด้านต่าง ๆ อันได้แก่ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณและด้านครอบครัว ตามกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ferrans & Powers (1992) โดยการประเมินคุณภาพชีวิตใน 2 มิติ คือ มิติของความพึงพอใจและ มิติของการให้ความสำคัญ ตามองค์ประกอบทั้ง 4 ดังนี้ คือ

1. ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ความสามารถของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามบทบาทในสังคมที่ได้รับประกอบด้วยความสามารถในการทำประโยชน์หรือสิ่งที่มีคุณค่าต่อบุคคลอื่น ความสามารถในการพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความสามารถที่จะทำหน้าที่ในครอบครัว ความสามารถในการดูแลทางสุขภาพตนเอง ความเครียดหรือความวิตกกังวล การมีเพศสัมพันธ์ การทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่าง และความหวังที่จะมีอายุยืนยาว

2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน การมีที่พักอาศัย การมีงานทำ ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน การมีเพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและการได้รับการศึกษา

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จากผลของการตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ประกอบด้วย ความพึงพอใจในชีวิต ความสุขทั่วไป ความพึงพอใจในตัวเอง การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบทางใจ ความพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนและความศรัทธาในศาสนา

4. ด้านครอบครัว เป็นสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ประกอบด้วย ความสุขในครอบครัว ความสัมพันธ์กับคู่สมรส ความสำเร็จของบุตรหลานและภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

ประเมินโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการของณัฐธิดา เพชรประไพ (2541) แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ การวัดความพึงพอใจและการวัดความสำคัญต่อชีวิต แต่ละมิติประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ 3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และ 4) ด้านครอบครัว จำนวน 35 ตัวชี้วัด ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ

**ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ** หมายถึง ระยะเวลาที่นับจำนวนเต็มเป็นปี โดยนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้รับการผ่าตัด จนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนเศษของปีไม่เกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี

**ความสามารถในการดูแลตนเอง** หมายถึง ระดับความสามารถของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ในการกระทำหรือปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ ที่จะก่อให้เกิดการดูแลตนเองอย่างจริงจังและมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ด้าน คือ มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง และมีทักษะและความพึงพอใจในการปฏิบัติดูแลตนเอง

ประเมินโดยใช้แบบวัดที่ดัดแปลงมาจาก แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของ แสงอรุณ อิศระมาลัย (2002) ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจในการ

ดูแลตนเอง 2) ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง 3) ด้านการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง และ 4) ด้านทักษะและความพึงพอใจในการปฏิบัติดูแลตนเอง จำนวน 35 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ

**ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ** หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ที่สอดคล้องกับแผนการรักษาหรือคำแนะนำด้วยความเต็มใจซึ่งพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายและการควบคุมน้ำหนัก

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของระพีณ ผลสุข และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2550) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ

**ความแตกฉานด้านสุขภาพ** หมายถึง ระดับการเรียนรู้ ความสามารถของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีความเชื่อมั่นและรู้เท่าทันด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาสุขภาพของบุคคลและชุมชน โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตส่วนบุคคลและสภาพความเป็นอยู่ โดยการปรับปรุงการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและความสามารถของบุคคลที่จะใช้ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงสมรรถนะในการอ่านและเขียนเพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพที่ได้รับ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับบริการตรวจรักษาภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ทั้งก่อนพบแพทย์และหลังพบแพทย์ และการปฏิบัติตัวเรื่องการรับประทานยา การทำกิจกรรมหลังผ่าตัด การรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติและการมาพบแพทย์

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของวนิดา หาจักร (2556) เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ลักษณะแบบประเมินให้ผู้ถูกประเมินอ่านข้อความที่ปรากฏในกล่องสี่เหลี่ยม แล้วตอบคำถามตามความเข้าใจ โดยจะมีตัวเลือกให้ผู้ถูกประเมิน 3 ตัวเลือก จำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ

**ความเข้มแข็งในการมองโลก** หมายถึง ความสามารถในการประเมินเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบในชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ด้วยความเข้าใจ สามารถบริหารจัดการ และให้ความหมายเหตุการณ์ หรือสิ่งเร้าเหล่านั้นว่ามีคุณค่าและคุณค่าที่จะแก้ไข มี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ความสามารถทำความเข้าใจ 2) ความสามารถบริหารจัดการ และ 3) ความสามารถให้ความหมาย

ประเมินโดยประยุกต์ใช้แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky (1987) แปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) เป็นข้อคำถามที่บ่งชี้ความมากน้อยของ

ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ

**ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ** หมายถึง บุคคลเพศชายและหญิงที่มีอายุ 18-59 ปี ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทั้งชนิดที่ผลิตจากวัสดุสังเคราะห์และลิ้นหัวใจเทียมชนิดที่ทำมาจากเนื้อเยื่อของสิ่งมีชีวิต

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยวางแผนการพยาบาล และให้คำแนะนำการมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว
2. เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเชิงพรรณานี้ เพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) ของปัจจัยทำนาย ได้แก่ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยสรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญ ดังนี้

1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
  - 1.1 โรคลิ้นหัวใจ
  - 1.2 สาเหตุของโรคลิ้นหัวใจผิดปกติ
  - 1.3 อาการของโรค
  - 1.4 แนวทางการรักษาโรคลิ้นหัวใจ
  - 1.5 ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
2. คุณภาพชีวิต
  - 2.1 ความหมาย แนวคิดและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
  - 2.2 การประเมินคุณภาพชีวิต
  - 2.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
  - 3.1 ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
  - 3.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง
    - 3.2.1 ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเอง
    - 3.2.2 แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง
    - 3.2.3 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง
  - 3.3 ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ
    - 3.3.1 ความหมายของความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ
    - 3.3.2 แนวคิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ
    - 3.3.3 การประเมินความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

### 3.4 ความแตกฉานด้านสุขภาพ

#### 3.4.1 ความหมายของความแตกฉานด้านสุขภาพ

#### 3.4.2 แนวคิดความแตกฉานด้านสุขภาพ

#### 3.4.3 การประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ

### 3.5 ความเข้มแข็งในการมองโลก

#### 3.5.1 ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลก

#### 3.5.2 แนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลก

#### 3.5.3 การประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก

## 4. บทบาทของพยาบาลกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

**1.1 โรคลิ้นหัวใจ** เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยประเทศไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในอดีต ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราการเกิดโรคไข้รูห์มาติก ซึ่งเคยสูงมากและยังคงพบได้บ่อย ในช่วงประมาณ 10 ปีก่อน จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยโรคลิ้นหัวใจมีมากถึงสองในสามของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจทั้งหมด ในช่วงปัจจุบันอัตราส่วนได้ลดลงอย่างมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของระบบสาธารณสุข อย่างไรก็ตามโรคลิ้นหัวใจ ยังเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดอันหนึ่งของโรคหัวใจที่สามารถผ่าตัดแก้ไขได้ (พัชร อ่องจิต, 2550)

โรคลิ้นหัวใจเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านเมคานิคของหัวใจ เกิดเมื่อลิ้นหัวใจไม่สามารถเปิดได้เต็มที่หรือตีบ หรือลิ้นหัวใจปิดได้ไม่สมบูรณ์หรือรั่ว เกิดปัญหาต่อการทำงานของหัวใจ และส่งผลให้เกิดความผิดปกติในระบบการไหลเวียนเลือดของร่างกาย พบการเสียหายที่ของลิ้นหัวใจไมทรัลและเอออร์ติคซึ่งเป็นลิ้นหัวใจซีกซ้ายมากกว่าลิ้นหัวใจพัลโมนารีและไตรคัสปิดหรือลิ้นของหัวใจซีกขวา ทั้งนี้เพราะระบบของหัวใจซีกซ้ายเป็นระบบที่มีความดันเลือดสูงกว่าระบบของหัวใจซีกขวา (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) เห็นได้ว่าแรงกระแทกต่อลิ้นไมทรัลมากที่สุด จึงพบว่าโรคลิ้นหัวใจในไข้รูห์มาติกเกิดขึ้นที่ลิ้นไมทรัลมากกว่าลิ้นหัวใจอื่น ๆ และพบน้อยที่สุดที่ลิ้นพัลโมนารี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดลิ้นไมทรัลตีบและลิ้นไตรคัสปิดตีบจากไข้รูห์มาติก ซึ่งพบมากในผู้หญิง ส่วนลิ้นไมทรัลรั่วและลิ้นเอออร์ติคตีบและรั่ว ส่วนมากพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2553)

### 1.2 สาเหตุของโรคลิ้นหัวใจผิดปกติ (สุกษม อตันวานิช, 2539)

ความผิดปกติของลิ้นหัวใจเกิดได้จากโรคต่าง ๆ หลายชนิด ดังนี้

#### 1. โรคความผิดปกติที่เกิดขึ้นแต่กำเนิด สามารถเกิดได้กับลิ้นหัวใจทุกอัน



2. โรคไขูรู่ห้มาตค เป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคล้ันหัวใจพคการที่เกดข้ันภายหล้ง โดยเฉพาะในผู้ที่มีอาการเป็นหวัด เจ็บคอบ่อย ร่วมกับมีอาการปวดข้อ อาจทำให้มีการอักเสบของล้ันหัวใจตามมาภายหลัง

3. โรคตคเชื้อที่ล้ันหัวใจ การตคเชื้อที่บรเวณล้ันหัวใจมักพบในพวคที่ล้ันหัวใจม่มีความคคตคอยู่แล้วหรือพบในพวคที่ตคยาเสพตคดโดยม่มีการคคตคยาเข้าเส้นเลือดอยู่เป็นประจำ

4. โรคความคคตคทางกรรมพันธุ์ ความคคตคทางกรรมพันธุ์บางอย่าง ทำให้เนื่อเยื่อขาดความแข็งแรง จึงทำให้ล้ันหัวใจม่มีความคคตคเกดข้ัน

5. การเสื่อสภาพจากอายุการใช้งาน พบในคนสูงอายุ

6. โรคกล้ามเนื่อหัวใจขาดเลือด เป็นสาเหตุทำให้ล้ันหัวใจรั่วได้

7. สาเหตุอื่น ๆ เช่น การบาดเจ็บต่อบรเวณล้ันหัวใจโดยตรงจากการ โดนยิงหรือโดนแทงหรือจากการโดนกระแทก เป็นต้น

### 1.3 อาการของโรค

1.3.1 อาการของโรคล้ันหัวใจตค จะทำให้เลือดไหลผ่านบรเวณล้ันหัวใจที่ตคได้ลำบาก ทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายม่เพียงพอ ในขณะที่เดียวกันหัวใจก็ต้องพยายามทำงานเพื่อสู้กับภาวะความตคของล้ันหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยเกดอาการต่าง ๆ เช่น อาการไอหรือไอเป็นเลือด อาการใจสั่น เหนือ่ง่าย เพลีย ไม่มีแรงเจ็บบรเวณหน้าอก เหนือ่งนอนราบม่ได้ อาการบวมบรเวณต่าง ๆ เป็นอัมพาตของแขนขา เป็นต้น (สุขชม อ้ตนวนานช, 2539)

1.3.2 อาการของล้ันหัวใจรั่ว จะมีผลทำให้เกิดการย้อนกลับของเลือด ดั่งนั้นหัวใจจำเป็นต้องทำงานหนักมากขึ้น เพื่อให้ปริมาณเลือดถูกสูบคคตคไปเลี้ยงได้เพียงพอ ในขณะที่เดียวกันเลือดที่ย้อนกลับจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเกดอาการคคตคต่าง ๆ ดั่งนี้ อาการใจสั่น หอบ เหนือ่ง นอนราบม่ได้ เหนือ่ง่าย เพลีย ไม่มีแรง หายใจม่เต็มอ้ม อาการบวมบรเวณต่าง ๆ อาการหัวใจโต เป็นต้น (สุขชม อ้ตนวนานช, 2539)

### 1.4 แนวทางการรักษาโรคล้ันหัวใจ

การรักษาโรคของล้ันหัวใจมี 2 วิธีคค (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2553)

#### 1.4.1 การรักษาทางอายุรกรรม (Medical Management)

1) การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ เป็นการรักษาเพื่อป้องกันโรคและป้องกันการเกดข้ันจากไขูรู่ห้มาตค การตคเชื้อที่ล้ันหัวใจ การให้ยาปฏิชีวนะจะให้กับผู้ป่วยโรคล้ันหัวใจทุกชนิด

2) จำก้ดเกลือและให้ยาขับปัสสาวะ สาเหตุของอาการต่าง ๆ จะเกดจากการค้่งของเลือดในปอด และจ้งหะการเต้นของเวนตรีเคลคคคคตค เป้าหมายของการจำก้ดเกลือเพื่อลดการค้่งของเลือด ถ้าม่สามารถควบคุมโซเดียมในร่างกายได้ต้องให้ยาขับปัสสาวะ เช่น Furosemide

หรือ Hydrochlorothiazide และยากระตุ้นหัวใจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจบรรเทาอาการหัวใจวาย

3) จำกัดกิจกรรม ส่วนใหญ่โรคหัวใจมักจะจำกัดกิจกรรมทางร่างกายในระดับต่าง ๆ กัน ผู้ป่วยลิ้นไม่ทรีตیبและร่วอย่างเรื้อรังควรจำกัดกิจกรรม ไม่ทำงานหนักมากเกินไป ผู้ป่วยลิ้นไม่ทรีตیب เออร์ติคหรือไตรคัสปีดร่วอย่างรุนแรง จะต้องจำกัดกิจกรรมโดยกิจกรรมทุกอย่างจะต้องทำบนเตียง (Bed rest) ในระยะแรกของการรักษาเพื่อควบคุมการเกิดเวนตริเคิลล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือปอดบวมน้ำ สำหรับผู้ป่วยลิ้นเออร์ติคตیب ยังไม่มีอาการอะไร ไม่จำเป็นต้องจำกัดกิจกรรม

4) ให้ยาต้านการเจ็บหน้าอกและการรักษาด้วยยาขยายหลอดเลือด เช่น ไนโตรกลีซีเซอริน (nitroglycerine) ซึ่งมีประสิทธิภาพที่จะลด Preload รวมทั้งทำให้หลอดเลือดโคโรนารีขยายและลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ

5) ให้ยาต้านการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยของโรคลิ้นหัวใจ

6) ให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดในเอเทรียมฟิบริเลชัน การไหลของเลือดในเอเทรียมจะเป็นไปอย่างช้า ๆ รวมทั้งปริมาณเลือดในช่วงไดแอสโตลิกจะมาก ทำให้ส่งเสริมการสร้างก้อนเลือด กลายเป็นเอมโบลูลหลุดลอยไปในกระแสเลือด ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของลิ้นไม่ทรีตیبหรือเออร์ตา จะเสี่ยงต่อการเกิดเอมโบลูที่ปอด ดังนั้นจำเป็นต้องใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

#### 1.4.2 การรักษาทางศัลยกรรม (Surgical management)

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะแสดงอาการหลังจากใช้รู่ห้มาติคประมาณ 10 ปี และจะเปลี่ยนจากอาการ NYHA Functional Class II ไป IV ในเวลาประมาณ 5-10 ปี และอัตราการเพิ่มของอาการจะเร็วขึ้นเรื่อย ๆ ในช่วงหลัง เป็นที่ยอมรับทั่วไปว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการไม่ควรได้รับการผ่าตัด แต่ผู้ป่วย Functional Class II ที่มีแนวโน้มว่าจะซ่อมแซมได้ (ทั้งการใช้ Balloon แยกสวนหัวใจผ่านทางผิวหนัง หรือเปิดผ่าตัด Open Comissurotomy) ควรจะได้รับการรักษา ในกรณีที่คาดว่า จะซ่อมแซมไม่ได้ ต้องใช้การเปลี่ยนลิ้นเทียมจะรอนผู้ป่วยมีอาการถึงขั้น Class III ก่อน เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยต้องเสี่ยงกับการมีลิ้นหัวใจเทียมและการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดก่อนเวลาอันควร ผลการผ่าตัดโดยทั่วไปจะได้ผลดี มีอัตราการรอดชีวิตสูง เนื่องจากเวนตริเคิลซ้าย ไม่มีความเสียหายก่อนผ่าตัดและความดันในปอดลดลง หลังผ่าตัดโดยทั่วไป 80% ของผู้ป่วย จะมีการรอดชีวิตที่ 5 ปี หลังผ่าตัด (พัชร อ่องจิต, 2550)

มีข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยต่อไปนี้จะพิจารณาในการทำผ่าตัด (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2553)

- 1) ดิกรีของโรคและการจำกัดกิจกรรม อาการแสดงที่เกิดขึ้นมักจะอยู่ใน Functional class III ขึ้นไป
- 2) เคยมีประวัติของ Thrombo-Embolism
- 3) มีอาการและอาการแสดงของหัวใจสูบฉีดเลือดลดลง
- 4) เคยมีหัวใจวายมาแล้ว
- 5) มีอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าแรงดันเลือดแดงในปอดสูง รวมทั้งเคยไอเป็นเลือดมาแล้ว
- 6) มีอาการและอาการแสดงให้เห็นว่า รูลิ้นหัวใจตีบมากเช่น มีอาการของ น้ำท่วมปอด หรืออาการแองจิ้น่า
- 7) ลิ้นหัวใจติดแข็งซึ่งรักษาด้วยยาแล้วไม่ดีขึ้น และผู้ป่วยยังมีอาการของ หัวใจวายเกรด 2 ขึ้นไป

#### ชนิดของการผ่าตัด (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2553)

1. การขยายลิ้นหัวใจ (Comissurotomy Valvotomy) หมายถึง การผ่าตัดขยาย ลิ้นหัวใจ ที่ตีบให้กว้างออกตามแนวคอมมิเชอร์ (Commisure) เพื่อให้ลิ้นหัวใจเปิดกว้างได้อย่าง ปกติ การทำผ่าตัดเพื่อรักษาโรคลิ้นไมทรัลตีบนั้นอาจทำผ่าตัดแบบปิด (closed mitral valvulotomy) และแบบเปิด (open mitral valvulotomy) แต่ละวิธีมีข้อดีข้อเสียต่างกัน ทั้งนี้การ ทำผ่าตัดแบบปิดมีข้อดีคือประหยัด ไม่ต้องใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมและง่ายกว่า ส่วนการทำผ่าตัด แบบเปิด มีข้อดีที่สามารถเห็นพยาธิสภาพที่ลิ้นได้โดยตรง ถ้ามีลิ้มเลือดก็จะขจัดออกได้

2. การซ่อมลิ้นหัวใจ (Repair) หมายถึง การตกแต่งซ่อมลิ้นหัวใจที่รั่วหรือพิการให้ กลับสู่สภาพคล้ายปกติ ได้แก่

2.1 แอนนูโลพลาสตี (Annuloplasty) ซ่อมส่วนวงขอบของลิ้นหัวใจ (annulus) ให้แบนลงเพื่อให้ส่วนกลีบของลิ้นหัวใจที่ห่างจากกันกลับเข้ามาชิดกัน

2.2 วัลวูโลพลาสตี (Valvuloplasty) ซ่อมส่วนที่รั่วของกลีบลิ้น เช่น เย็บเสริม ให้กว้างขึ้น (Lengthening) ทำส่วนที่หย่อนให้แคบลง (shortening)

2.3 การเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หมายถึงการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจโดยใช้ลิ้นเทียม แทนลิ้นหัวใจที่พิการ

การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจะทำต่อเมื่อไม่สามารถทำผ่าตัดซ่อมแซมลิ้นหัวใจได้

ลิ้นหัวใจเทียมที่ใช้ในปัจจุบันแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. ทำจากสารสังเคราะห์โลหะผสมหรือพลาสติก (Mechanical Valve) รูปร่างและการทำงานปิด-เปิดไม่เหมือนลิ้นหัวใจคนปกติ แต่มีความคงทนอยู่ในร่างกายคนได้นาน 20-30 ปี โดยไม่มีการเสื่อมสลายเปลี่ยนแปลง แต่ต้องรับประทานยากันเลือดแข็งตัว (Anticoagulant) ไปตลอดชีวิต ทำให้อาจมีโรคแทรกซ้อนจากการรับประทานยากดังกล่าว (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2553) มีชนิดลูกบอล ทำจากสาร Silastic และชนิดโลหะเป็นบานพับ (Disc Valve) ทำงานเหมือนการปิด-เปิดของประตูหรือหน้าต่าง ข้อดีคือลิ้นหัวใจเป็นโลหะ จึงคงทนไม่มีการเสื่อมสลาย ข้อเสียคือต้องกินยากันเลือดแข็ง (anticoagulation) ตลอดชีวิต เกิดลิ่มเลือดจากลิ้นหัวใจได้ เกิดการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจใหม่ได้ มีเสียงของลิ้นหัวใจดังรบกวน (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย, 2555)

2. ทำจากเนื้อเยื่อหรือลิ้นหัวใจคนหรือสัตว์ที่ตายแล้ว เย็บติดกับขอบลิ้นที่ทำด้วยโลหะหุ้มด้วยสารสังเคราะห์ Teflon หรือ Dacron เรียกว่า Bio prothesis ชนิดนี้ไม่ต้องรับประทานยากันเลือดแข็งในระยะหลังผ่าตัด แต่ไม่มีความคงทนนานเท่าชนิด 1 ผู้ป่วยอายุน้อยจะมีการเสื่อมสลายของลิ้นหัวใจเร็วมาก จึงเหมาะจะใช้กับผู้ป่วยสูงอายุ (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2553) ส่วนลิ้นหัวใจคน เป็นการนำลิ้นหัวใจจากผู้เสียชีวิตที่ได้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะไว้ตั้งแต่ก่อนเสียชีวิต หรือได้รับอนุญาตจากญาติผู้เสียชีวิตให้นำลิ้นหัวใจมาใช้ประโยชน์ได้ ซึ่งถ้านำมาผ่านกระบวนการเตรียมและเก็บโดยวิธีพิเศษจะสามารถเก็บรักษาไว้ใช้ได้ถึง 5 ปี (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย, 2555) ส่วนลิ้นหัวใจจากเนื้อเยื่อสัตว์ (Bioprosthesis, Tissue Valve) มี 2 ชนิด คือ ลิ้นหัวใจหมู (Porcine Valve) และลิ้นหัวใจที่ทำจากเยื่อหุ้มหัวใจของวัว (Bovine Pericardium) ข้อดีคือไม่ต้องกินยากันเลือดแข็งและเกิดลิ่มเลือดที่ลิ้นหัวใจน้อย ข้อเสียคือลิ้นหัวใจใหม่จะเสื่อมสภาพภายใน 5-10 ปี ทำให้ต้องทำผ่าตัดใหม่ (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย, 2555)

### 1.5 ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหัวใจ มีดังนี้

1) ปัญหาการมีเลือดออกและตกเลือดหลังผ่าตัด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของเกร็ดเลือด และการทำลายปัจจัยที่ช่วยในการแข็งตัวของเลือดโดยเครื่องปอดหัวใจเทียม และให้ยาแก้ฤทธิ์ของเฮปารินไม่เพียงพอ เม็ดเลือดแดงยังแตกจากการกระทบกระเทือนของเครื่องหรือสายยางขณะที่ใช้สารน้ำสำรอง เม็ดเลือดแดงแตกอาจจะมีมากเกินและมีผลต่อการทำงานของตับและไตที่ขจัดเม็ดเลือดแดงและขับฮีโมโกลบินอิสระออก อาจจะมีการอุดตันภายในไตเกิดการตายของหลอดเลือดฝอยอย่างเฉียบพลันและไตวาย (วาสนา อุปสาร, 2551)

2) ปัญหาการมีจำนวนเลือดที่บีบออกจากหัวใจลดลง การใช้เครื่องปอดหัวใจเทียมให้เลือดไหลเวียนนอกร่างกาย อาจทำให้การไหลเวียนไม่พอ มีผลให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน กล้ามเนื้อ

หัวใจได้รับอันตรายปริมาณเลือดในร่างกายต่ำ และภาวะร่างกายเป็นกรด ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะช็อก (วาสนา อุปสาร, 2551)

3) ปัญหาการเกิดโรคแทรกทางปอด พบบ่อยเนื่องจากปอดได้ขยายตัว ในระหว่างการไหลเวียนเลือดนอกร่างกาย และมีสาเหตุจากการจำกัดการขยายตัวของกล้ามเนื้อกะบังลมและการเคลื่อนไหวของทรวงอก ทำให้เกิดปอดแฟบและปอดบวม จะพบอาการไข้เสมอภายใน 2-3 วัน แต่ถ้ายังมีไข้ต่อไปอีกหลายวัน น่าจะเกิดจากปอดแฟบหรือมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (วาสนา อุปสาร, 2551)

4) เกิดโรคแทรกทางสมอง การใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม ทำให้เกิดเอ็มโบลูลหลุดลอยไปสมองเกิดการขาดออกซิเจน สมองบวมและถูกทำลายในระหว่างการใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม ต้องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การไหลเวียนของเลือดไปสู่สมอง ถ้าพบว่าเลือดที่ไหลผ่านสมองลดลง จะต้องเพิ่มการกรองในเครื่องปอดหัวใจเทียมให้มากขึ้น (วาสนา อุปสาร, 2551)

5) ปัญหาภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจเกิดได้ คือ ภาวะหัวใจถูกบีบรัด หัวใจเต้นผิดจังหวะ ไตวาย ขาดน้ำหรือน้ำเกิน ความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ และแผลในกระเพาะอาหารซึ่งเกิดจากปฏิกิริยาของร่างกาย อันเนื่องจากการผ่าตัดนาน ๆ (วาสนา อุปสาร, 2551)

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเป็นผู้ป่วยที่ต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ต้องเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและสอดคล้องกับแนวทางการรักษาเพื่อช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

## 2. คุณภาพชีวิต

2.1 ความหมาย แนวคิดและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต มีผู้ให้ความหมาย แนวคิดและองค์ประกอบคุณภาพชีวิตต่าง ๆ กันดังนี้

Padilla & Grant (1985) ให้ความหมายว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย ทิศนคติต่อสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม และได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าประกอบไปด้วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความผาสุกทางด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย

Zhan (1992) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตเป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ในชีวิต รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่ว ๆ ไป เป็นความรู้สึกพึงพอใจในทุกด้านของชีวิตซึ่งบุคคลจะรับรู้โดยองค์รวมถึงความแตกต่าง โดยการเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่เป็นอยู่กับสิ่งที่

คาดหวังในโลกแห่งความเป็นจริง หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่บุคคลตั้งเอาไว้ ซึ่งเป็นกระบวนการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงภายใต้เงื่อนไขภายนอก โดยขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ลักษณะนิสัย สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของบุคคล

2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับตัวเองโดยรวม หรือรายด้านในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยเกิดจากการรับรู้ปฏิกริยาของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น เป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่และเปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยาก

3. ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ หมายถึง สุขภาพที่ปราศจากโรคและความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และความสามารถในการเคลื่อนไหว

4. ด้านเศรษฐกิจและสังคม คือสถานภาพทางสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผาสุกด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และความรู้สึกมั่นคงในชีวิต โดยเชื่อมโยงกับแหล่งประโยชน์ที่บุคคลสามารถหาได้จาก 3 ประการคือ การศึกษา อาชีพ และรายได้

Ferrans & Powers (1992) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกซึ่งเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ในแต่ละองค์ประกอบซึ่งมีความสำคัญต่อบุคคล ตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ และเป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้น ๆ แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (health and functioning) ซึ่งเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามบทบาทในสังคมที่ได้รับ ประกอบด้วยความสามารถในการทำประโยชน์หรือสิ่งที่มีคุณค่าต่อบุคคลอื่น ความสามารถในการพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความสามารถที่จะทำหน้าที่ในครอบครัว ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเครียดหรือความวิตกกังวล การมีเพศสัมพันธ์ การทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่าง และความหวังที่จะมีอายุยืนยาว

2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic) เป็นสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล ประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน การมีที่พักอาศัย การมีงานทำ ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน การมีเพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ และการได้รับการศึกษา

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (psychology/spiritual) เป็นการรับรู้จากผลของการตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ประกอบด้วย ความพึงพอใจในชีวิต ความสุขทั่วไปความพึงพอใจในตัวเอง การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบทางใจ ความพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนและความศรัทธาในศาสนา

4. ด้านครอบครัว (family) เป็นสภาพของสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของคุณ ประกอบด้วย ความสุขในครอบครัว ความสัมพันธ์กับคู่สมรส ความสำเร็จของบุตรหลาน และภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกซึ่งเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ในแต่ละองค์ประกอบซึ่งมีความสำคัญต่อบุคคล ตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ และเป็นการรับรู้และตัดสินโดยบุคคลนั้น ๆ ในด้านต่าง ๆ อันได้แก่ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและวิญญาณและด้านครอบครัว

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้อิงค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Ferrans & Powers (1992) เนื่องจากมีความสอดคล้องกับแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องประเมินความรู้สึกของตนเองโดยให้ความสำคัญและความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ ทั้ง 4 ด้าน

## 2.2 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตจึงมีผู้กล่าวไว้หลายแนวทางดังนี้

องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1980 อ้างใน ปรีศนา อรรถผล, 2543) แบ่งเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัย เป็นการประเมินโดยผู้อื่น ซึ่งวัดโดยอาศัยข้อมูลที่เป็นจริงทางรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้และวัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

2. ด้านจิตวิสัย (subjective) เป็นการประเมินความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเชื่อว่าน่าเชื่อถือที่สุดเพราะเป็นการพิจารณาตัดสินคุณภาพชีวิตของตัวบุคคลเอง

Meeberg (1993) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ซึ่งจำแนกได้ 2 ประเภท คือ

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

2. ตัวบ่งชี้จิตวิสัย (subjective indications) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิสัย เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

Berlim & Fleck (2003) ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 แบบคือ

1. การประเมินในเชิงจิตวิสัย (Subjective) ซึ่งจะประเมินได้โดยให้บุคคลประเมินตนเอง (Self-rated)

2. การประเมินในเชิงวัตถุวิสัย (Objective) ซึ่งประเมินโดยให้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ประเมิน (Clinician-rated)

นอกจากนี้การประเมินคุณภาพชีวิตอาจพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิต ดังนี้

1. การประเมินคุณภาพชีวิตแบบมิติเดียว ซึ่งได้รับความนิยมมากในอดีต บุคคลจะประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองโดยใช้คำถามเดียวสรุปถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมด ซึ่งถือว่าเป็นแบบประเมินที่เที่ยงตรงและเชื่อถือได้ เช่น แบบประเมินคุณภาพชีวิตแคนทริล (Cantril, 1985 cited in Oleson, 1990)

2. การประเมินคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ คุณภาพชีวิตในลักษณะนี้จะขึ้นอยู่กับหลายมิติที่ประกอบเป็นคุณภาพชีวิต แนวคิดนี้ได้นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในบุคคลที่เจ็บป่วย โดยเชื่อว่าจะประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงมากกว่าการประเมินแบบมิติเดียว (Ferrans & Powers, 1992; Zhan; 1992; Padilla & Grant, 1985)

สำหรับกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ferrans & Powers (1992) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตใน 2 มิติ คือมิติของความพึงพอใจและมิติของการให้ความสำคัญ จำนวน 35 ตัวชี้วัด แต่ละมิติประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย จำนวน 16 ตัวชี้วัด 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ จำนวน 8 ตัวชี้วัด 3) ด้านจิตวิญญาณ จำนวน 7 ตัวชี้วัด และ 4) ด้านครอบครัว จำนวน 4 ตัวชี้วัด ทั้งนี้กรอบแนวคิดดังกล่าวเชื่อว่า บุคคลที่ไม่มีความพึงพอใจเลยในสิ่งที่ได้ให้ความสำคัญมากที่สุด จะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าบุคคลที่มีความพึงพอใจมากที่สุดในสิ่งที่ตนเองได้ให้ความสำคัญมากที่สุด

ณัฐธิดา เพชรประไพ (2541) นำกรอบแนวคิดและเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ (Quality of Life index Cardiac version-III) ของ Ferrans & Powers (1992) มาประยุกต์ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจพิการ จึงได้มีการปรับปรุงข้อความบางส่วน เพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจพิการและลักษณะโดยทั่วไปของสังคมไทย ได้แก่ การแข็งตัวของเลือดเมื่อเกิดการบาดเจ็บ ความสำเร็จของบุตรหลานและบุคคลใกล้ชิด รูปร่างหน้าตาและลักษณะที่ปรากฏภายนอก และความเชื่อถือศรัทธาในศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ส่วนตัวชี้วัดอื่น ๆ ยังคงไว้เช่นเดียวกับในแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจ (Quality of Life Index Cardiac version-m) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย อัจฉรา สุคนธสรณ์ โดยการประเมินคุณภาพชีวิตในเชิงจิตวิสัยในทั้ง 2 มิติ จำนวน 35 ตัวชี้วัด จากองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย จำนวน 16 ตัวชี้วัด ด้านสังคมและเศรษฐกิจ จำนวน 8 ตัวชี้วัด ด้านจิตวิญญาณ จำนวน 7 ตัวชี้วัด และด้านครอบครัว จำนวน 4 ตัวชี้วัด ซึ่งเชื่อว่าจะประเมินคุณภาพชีวิตได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น เพราะเป็นการพิจารณาตัดสินคุณภาพชีวิตโดยผู้ป่วยเอง ซึ่งทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มผู้ป่วยก่อนได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และผู้ป่วยที่ได้รับการ



ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจแล้วจำนวน 30 ราย มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .90 ค่าความเที่ยงแยกตามรายด้านดังนี้ 1) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายเท่ากับ .82 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจเท่ากับ .62 3) ด้านจิตวิญญาณเท่ากับ .78 และ 4) ด้านครอบครัวเท่ากับ .60

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการของณัฐริตา เพชรประไพ (2541) ซึ่งได้ปรับปรุงข้อคำถามในบางตัวชี้วัดจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจของอัจฉรา สุคนธสรณ์ สร้างตามแนวคิดของ Ferrans & Powers (1998) เนื่องจากมีความเหมาะสมและสามารถประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้โดยตรงอย่างถูกต้องและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด มีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่ศึกษา

### 2.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอาจต้องเผชิญกับปัญหาที่มีผลกระทบทั้งต่อด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณและด้านครอบครัว ดังนี้

**ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย** ระยะ 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัดเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่ดี อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น มีอาการเลือดออกในสมอง เป็นต้น (Zah และคณะ, 2007) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในระยะ 1-2 เดือนแรกหลังจากออกจากโรงพยาบาล (Kirklin และคณะ, 1993) และพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายได้แก่ ภาวะลิ้มเลือดอุดตัน การทำงานของลิ้นหัวใจเทียมล้มเหลว เป็นต้น (Edmunds และคณะ, 1996) ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในระยะแรกได้แก่ ภาวะการเต้นของหัวใจผิดจังหวะหรือเกิดภาวะหัวใจวาย ในระยะต่อมา มักเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วย และมีปัญหาความไม่สุขสบายของร่างกาย เช่น ปวดแผลผ่าตัด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เป็นต้น ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน บางคนรู้สึกดีขึ้นทันทีหลังผ่าตัดหรือต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูร่างกาย 2-3 เดือน จึงรู้สึกดีขึ้นหลังผ่าตัด (ทิพพพร ตังอำนาจ, 2541) จากการศึกษาของภมร แซ่มรักษา (2554) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 6 รายสามารถทำงานได้ตามปกติสุขภาพแข็งแรงกว่าก่อนผ่าตัด และอีก 2 รายสามารถทำงานได้เกือบปกติ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยต้องระมัดระวังและดูแลตนเองเป็นพิเศษ การรับประทานยาป้องกันการเกิดลิ้มเลือด การจำกัดกิจกรรมการออกกำลังกาย มีอาการเหนื่อยล้าและปวดแผล (Tack & Gilliss, 1990) ทำให้เกิดความคับข้องใจและไม่พึงพอใจในบางครั้ง จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย พบว่ายังทำงานได้ไม่เต็มที่และกังวลกับการรักษา รวมถึงการต้องรับประทานยาตลอดชีวิต 3 ราย

ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เช่น การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การระมัดระวังดูแล

เอาใจใส่สุขภาพของตนเองเป็นพิเศษเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจเทียม การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัด เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองมากขึ้น ทั้งผู้ป่วยอาจต้องเผชิญภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ลิ้นหัวใจเทียมที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดชีวิตภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หากผู้ป่วยสามารถจัดการและปรับเข้ากับแผนการดำเนินชีวิตได้ จะช่วยให้ภาวะสุขภาพและการทำงานของร่างกายดีขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ในทางตรงกันข้าม หากผู้ป่วยรับรู้ถึงความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่ดีต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยและอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ตามมา (Oberst et al., 1991 อ้างในปริศนา อรรถาผล, 2543) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม หรือส่งผลต่อความพึงพอใจ โดยเฉพาะทางด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายได้

**ด้านสังคมและเศรษฐกิจ** นอกจากผลกระทบต่อด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายแล้ว ความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองลดลง ความไม่แน่ใจในสมรรถภาพด้านร่างกายของตนเอง การกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ในระยะ 3 เดือนแรกเป็นช่วงที่ผู้ป่วยกำลังปรับตัวทำให้เกิดความเครียดได้อย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่สามารถทำอะไรได้เต็มที่ เกิดความไม่มั่นใจในการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิตหลังผ่าตัด เช่น การกลับไปประกอบอาชีพ การมีเพศสัมพันธ์ ปัญหาเหล่านี้กระทบต่อการทำหน้าที่ตามบทบาทในสังคมและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Burckhardt et al., 1987) การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ต้องใช้เวลา 3-4 เดือน จึงจะสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ (Tantum, 1985) ในระยะพักฟื้นผู้ป่วยต้องจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยสามารถทำได้ จึงเกิดการขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการที่จะกลับไปทำกิจกรรมตามปกติ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหารายได้เช่นปกติ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาและการต้องมาตรวจตามนัดบ่อย ๆ ซึ่งการมาตรวจตามนัดแต่ละครั้งต้องมีค่าใช้จ่าย และบางรายอาจต้องขาดงานมาพบแพทย์ ส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วย

**ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ** นอกจากการผ่าตัดจะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายดังกล่าวมาแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและจิตวิญญาณอีกด้วย เนื่องจากหัวใจเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญมาก ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเจ็บป่วยที่รุนแรงเหมือนถูกคุกคามชีวิต ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย ผลผ่าตัดบริเวณกระดูกหน้าอกที่ยาว ทำให้เกิดการสูญเสียภาพลักษณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยสตรี (จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ, 2539) ผู้ป่วยไม่สามารถยกหรือถือของหนักได้ และการยกของหนักกระดูกหน้าอกจะมีเสียงกรอบแกรบ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่ใจในสมรรถภาพร่างกายของตนเอง (วาสนา อุปสาร, 2551) ปัญหาที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วย จนบางรายเกิดความท้อแท้ใจ สูญเสียอำนาจในการควบคุม

เกิดการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น หรือบางรายเกิดการต่อต้านการรักษา เพื่อแสดงให้เห็นว่าคุณค่าตนเองปกติ ซึ่งปฏิภิกิริยาเหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

**ด้านครอบครัว** ผู้ป่วยบางคนยังมีความกังวลเรื่องการทำงานและกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ซึ่งแพทย์และเจ้าหน้าที่ต้องให้ข้อมูลให้ชัดเจนว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรต่าง ๆ ได้เมื่อใดหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจมากขึ้น (จรัญ สายะสฤติย์ และคณะ, 2552) นอกจากนี้หลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจผู้ป่วยต้องปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตในการดูแลสุขภาพของตนเอง ตั้งแต่การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การมีเพศสัมพันธ์ การรับประทานยาและการมาพบแพทย์ตามนัด (ปริศนา อัทธผล, 2543)

ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการหลังการผ่าตัด จะต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค และมีความต้องการที่จะพึ่งพาที่มสุขภาพ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพมากที่สุด ผู้ป่วยต้องดูแลสุขภาพของตนในแต่ละวัน ทั้งในเรื่องการรักษาโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมสุขภาพ การยอมรับและการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เป็นผลมาจากความเจ็บป่วยและการรักษา จะต้องมีการรับรู้และเรียนรู้โรคอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้มีความเหมาะสมกับสภาพและปัจจัยพื้นฐาน เพื่อให้สามารถที่จะมีชีวิตอยู่อย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แม้ว่าต้องพึ่งพาลิ้นหัวใจเทียมและต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาไปตลอดชีวิต

พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ เพื่อจะได้ให้การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยหรือการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

### 3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า นอกเหนือจากผลกระทบจากการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแล้ว พบว่ายังมีปัจจัยอีกหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ได้แก่

#### 3.1 ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หมายถึง ระยะเวลาที่นับจำนวนเต็มเป็นปี โดยนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด จนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนเศษของปีที่เกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี

การศึกษาของจันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539) พบว่าระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดสามารถบ่งบอกถึงระยะเวลาในการที่ได้เรียนรู้ และมีประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งคาดว่าส่งผลต่อความคิด การแสดงออกต่อความเจ็บป่วย และการเรียนรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

สอดคล้องกับทฤษฎีของ ลีวีธนะและคณะ (2551) พบว่าระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดนานทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ และเกิดการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### 3.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง

#### 3.2.1 ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเอง

Orem (1985) ได้ให้ความหมายความสามารถในการดูแลตนเองไว้ว่าเป็นความสามารถของบุคคลที่จะกระทำการดูแลตนเอง โดยเป็นความสามารถที่ค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตนเองและสิ่งแวดล้อม เป็นความสามารถที่จะตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเองและรวมไปถึงความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้น

Orem (1991) ได้ให้ความหมายความสามารถในการดูแลตนเองไว้ว่าเป็นความสามารถอันซับซ้อนของบุคคลที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองเป็นความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมาย

ทฤษฎีของ ลีวีธนะและคณะ (2551) ศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีความสามารถดูแลตนเองมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับจันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539) ศึกษาพบว่า ถ้ามีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีมักจะไม่มีเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .319, p < .01$ )

สรุปได้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง ระดับความสามารถของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ในการกระทำหรือปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ ที่จะก่อให้เกิดการดูแลตนเองอย่างจงใจและมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต

#### 3.2.2 แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง

Orem (2001) มีแนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองคือเป็นความสามารถอันซับซ้อนของบุคคลที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งกระบวนการของชีวิต (life processes) โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการให้ดำเนินไปถึงขีดสูงสุด ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (Orem, 2001) ซึ่งโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง มี 3 ระดับ โดยความสามารถแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของความสามารถในขั้นที่สูงขึ้นไป ซึ่งรายละเอียดของแต่ละระดับมีดังต่อไปนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ ซึ่งไม่ได้เฉพาะเจาะจงเพียงการกระทำเพื่อการดูแลตนเองเท่านั้น การที่บุคคลมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ต่างกัน เนื่องจากบุคคลมีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้แตกต่างกัน ปัจจัยที่ทำให้ความสามารถและคุณสมบัติของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน

ประกอบด้วยกรรมพันธุ์และสภาพร่างกาย สภาวะการณ์ สังคมและองค์กร วัฒนธรรมและประสบการณ์ในชีวิต ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่นและการรับรส การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง นิสสัยประจำตัว ความตั้งใจ ความเข้าใจในตนเอง ความหวังในตนเอง การยอมรับตนเองและรวมทั้งระบบการจัดลำดับความสำคัญต่าง ๆ และการรู้จักแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ

2. พลังความสามารถ 10 ประการ เป็นตัวกลางที่เชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์อย่างเฉพาะเจาะจง สำหรับการกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมายเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไปประกอบด้วย

2.1 ความสนใจเอาใจใส่ตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายในและภายนอก รวมถึงปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 แรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง คือ มีเป้าหมายเพื่อดำรงชีวิต สุขภาพและความผาสุก

2.6 ทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 ความสามารถในการแสวงหาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง จากผู้ที่มีความเหมาะสมและเชื่อถือได้ และสามารถจดจำ นำความรู้นั้นมาลงมือปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง

2.8 ทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 ความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน

3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในการดูแลตนเองขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

3.1 การคาดการณ์ เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์องค์ประกอบในการดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ตลอดจนการปรับการดูแลตนเอง

3.2 การปรับเปลี่ยน เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถกระทำหรือไม่ควรกระทำ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

3.3 การลงมือปฏิบัติ เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

### 3.2.3 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองตามทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของ Orem นั้น ความสามารถของเครื่องมือในการวัดความสามารถในการดูแลตนเองให้เห็นเป็นรูปธรรมมีความสำคัญ เนื่องจากจะเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Young, Taylor, & Mclauhlin-Renpenning, 2001) เครื่องมือที่วัดความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่

1. The Exercise of Self-Care Agency (ESCA) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย Kearney & Fleischer (1979 อ้างถึงใน จิวาสา ลีวัธนะ, 2548) ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองประกอบด้วยคำถามจำนวน 43 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งครอบคลุม 5 มิติ คือ ความรู้สึกรับผิดชอบในการดูแลตนเอง แรงจูงใจในการดูแลตนเอง การใช้สติปัญญาในการดูแลตนเอง การให้คุณค่ากับสุขภาพ และความรู้สึกรับผิดชอบในตนเอง ซึ่งจากการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของ Isenberg (Gast และคณะ, 1989) ตามทฤษฎีของ Orem พบว่าแบบประเมินชุดนี้มีข้อคำถามเพียง 10 ข้อ จาก 43 ข้อ ที่เป็นการวัดความสามารถในการดูแลตนเอง และมี 7 ข้อ ที่ยังไม่ชัดเจนว่าเป็นการวัดความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองในระดับใด

2. The Denyes Self-Care Agency Instrument (DSCAI) สร้างขึ้นโดย Denyes (1981 อ้างถึงใน จิวาสา ลีวัธนะ, 2548) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากแนวคิดการดูแลตนเองในระยะแรก ที่ยังไม่ได้แจกแจงพลังความสามารถ 10 ประการในการดูแลตนเองไว้ เมื่อแยกองค์ประกอบของพลังความสามารถพบว่า มีองค์ประกอบเพียง 6 ด้านที่ใกล้เคียงกับพลังความสามารถ 10 ประการของ Orem ประกอบด้วยคำถามจำนวน 35 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่าเช่นเดียวกัน

3. The Denyes Self-Care Practice Instrument (DSCPI-90) สร้างขึ้นโดย Denyes (1990 อ้างถึงใน จิวาสา ลีวัธนะ, 2548) ใช้วัดการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ประกอบด้วยคำถามจำนวน 22 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตรวัดโดยมีค่าตั้งแต่ 0-100 คะแนน

4. The Perceived Self-Care Agency (PSCA) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย Hanson & Bickel (1985 อ้างถึงใน ธิวสา ลีวัธนะ, 2548) ใช้วัดพลังความสามารถ 10 ประการ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 48 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ

5. The Appraisal of Self-Care Agency (ASA) เป็นเครื่องมือที่ Evers (1989 อ้างถึงใน ธิวสา ลีวัธนะ, 2548) และกลุ่มนักวิจัยชาวเนเธอร์แลนด์ สร้างขึ้นเพื่อใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยมองว่าความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเอง เกิดจากการที่บุคคลมีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน คำถามในแบบประเมินจึงผสมผสานกันทั้งการวัดพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเอง (Gast และคณะ, 1989) แบบประเมินประกอบด้วยคำถามจำนวน 24 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบบประเมินมี 2 ชุด คือแบบประเมินที่ประเมินด้วยตนเองและประเมินโดยบุคคลอื่น

6. The Self-As-Carer Inventory (SCI) เป็นเครื่องมือที่ Geden & Taylor (1991 อ้างถึงใน ธิวสา ลีวัธนะ, 2548) พัฒนาและปรับเปลี่ยนมาจาก Perceived Self-Care Agency (PSCA) และเป็นเครื่องมือที่ถูกนำมาใช้บ่อยในการวัดความสามารถในการดูแลตนเอง เนื้อหาในข้อคำถามมีความชัดเจนตรงประเด็น และแสดงถึงความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน และพลังความสามารถ 10 ประการ แบบประเมินชุดนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 40 ข้อ 4 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง 2) ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง 3) ด้านการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง และ 4) ด้านทักษะและความพึงพอใจในการดูแลตนเอง ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ

7. The Self-As-Carer Inventory Thai Version (SCIT) เป็นเครื่องมือที่แสงอรุณ อิศระมาลัย (2002) พัฒนาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ (Self-As-Carer Inventory : SCI) ของ Geden & Taylor (1991) จำนวน 40 ข้อ 4 ด้านคือ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง จำนวน 15 ข้อ 2) ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จำนวน 10 ข้อ 3) ด้านการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง จำนวน 7 ข้อ และ 4) ด้านทักษะและความพึงพอใจในการปฏิบัติดูแลตนเอง จำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ซึ่งได้ผ่านการทดสอบคุณภาพกับผู้ป่วยเบาหวาน ผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี และผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยมีค่าความเที่ยงจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค อยู่ระหว่าง .93-.96 (ธิวสา ลีวัธนะ, 2548)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองฉบับภาษาไทย (Self-As-Carer Inventory Thai Version: SCIT) ของแสงอรุณ อิศระมาลัย (2002) ซึ่งพัฒนาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ (Self-As-Carer Inventory:SCI) ของ Geden & Taylor (1991) มาดัดแปลงภาษาใน

บางข้อคำถามเพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ภายหลังได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยเชื่อว่าแบบประเมินชุดนี้สามารถประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจได้อย่างถูกต้อง และตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ได้รับการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง

### 3.3 ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ

ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ มีความสำคัญต่อการรักษาอย่างยั่งยืน ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ และปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผลของการรักษาประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ (Joyce และคณะ, 2004) สอดคล้องกับ Akhtar และคณะ (2009) กล่าวว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดทุกราย การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างสม่ำเสมอมีผลทำให้การทำงานของลิ้นหัวใจเทียมทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

#### 3.3.1 ความหมายของความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ

Haynes และคณะ (1979 อ้างถึงใน Joyce และคณะ, 2004) อธิบายถึงความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพว่าเป็นพฤติกรรมของบุคคลในการรับประทานยา การรับประทานอาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้สอดคล้องกับการรักษาหรือคำแนะนำด้านสุขภาพ

Dracup & Meleis (1982, อ้างถึงใน เพียงใจ ดอนคำมูล, 2555) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่จะเลือกปฏิบัติให้ตามแผนการรักษา ซึ่งแผนการรักษาเป็นไปตามคำแนะนำของทีมสุขภาพและผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมใหม่ เช่น รับประทานยาถูกต้อง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น งดการดื่มสุรา งดสูบบุหรี่ เป็นต้น

Klinger (1984, อ้างถึงใน สุนทรี อุปพงศ์, 2548) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นพฤติกรรมของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำรงชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ซึ่งแผนการรักษานั้น จะต้องเป็นไปตามความเห็นชอบของบุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงจะมีพฤติกรรมใหม่

McCord (1986, อ้างถึงใน เพียงใจ ดอนคำมูล, 2555) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นการที่บุคคลเห็นพ้องกับคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การใช้ยา การปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำรงชีวิต เป็นการกระทำใด ๆ ซึ่งบุคคลแสดงออกอันสอดคล้องกับคำแนะนำของแพทย์หรือข้อแนะนำทางสุขภาพ

Horwitz และ Horwitz (1993) ได้ให้คำจำกัดความของความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพไว้ว่า คือ พฤติกรรมของบุคคลในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร



การรับประทานยา หรือการปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนวิถีในการดำรงชีวิต ซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกับการรักษา และการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ

Joyce และคณะ (2004) ให้ความหมายของความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลในการปฏิบัติให้สอดคล้องกับคำแนะนำ หรือสอดคล้องกับแผนการรักษา ในการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากความหมายของความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพข้างต้น สรุปได้ว่าความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วย หลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ที่สอดคล้องกับแผนการรักษาหรือคำแนะนำด้วยความเต็มใจซึ่งพฤติกรรม หรือการกระทำของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ประกอบไปด้วย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมน้ำหนัก การมาตรวจตามนัด

### 3.3.2 แนวคิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ

ในปัจจุบันได้มีการอธิบายความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพโดยอาศัยรูปแบบและทฤษฎีต่าง ๆ ไว้อย่างหลากหลาย ได้แก่ รูปแบบชีวการแพทย์ รูปแบบพฤติกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้โดยใช้ปัญญา ทฤษฎีการเรียนรู้ประสิทธิผลแห่งตน ทฤษฎีการกระทำโดยใช้เหตุผล และรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Brannon และ Feist , 1997 อ้างถึงใน ระพีณ ผลสุข และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2550)

1) รูปแบบชีวการแพทย์ ได้กล่าวถึงปัจจัยทางด้านบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ และพื้นฐานด้านจริยธรรม ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ได้แก่ รูปแบบการใช้ยา อาการข้างเคียงของยา และความรุนแรงและอาการของโรค (Brannon และ Feist, 1997 อ้างอิงใน สมัยพร อาชาล, 2543)

2) รูปแบบพฤติกรรม ในรูปแบบพฤติกรรมเชื่อว่า การกระตุ้นหรือส่งเสริมให้บุคคลมีกำลังใจที่เข้มแข็งเป็นกุญแจสำคัญในการมีพฤติกรรมความร่วมมือที่ดี รูปแบบพฤติกรรมที่ใช้กระตุ้นให้มีกำลังใจ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้รางวัล และการทำสัญญาข้อตกลงกันไว้ในเรื่องการรักษาระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย การให้คำแนะนำ มักนิยมใช้วิธีพูดคุยระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วยโดยตรง และอาจใช้วิธีให้คำแนะนำโดยการเขียนบอกทางจดหมาย การแนะนำทางโทรศัพท์ การให้รางวัลกับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามเหมาะสม อาจใช้วิธีให้รางวัลเป็นปัจจัยภายนอก คือสิ่งของหรือเงินทอง ส่วนการให้รางวัลที่เป็นปัจจัยภายในของบุคคล คือการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณภาพดีขึ้นกว่าเดิม สำหรับการทำสัญญาระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย อาจเป็นลักษณะการให้สัญญาโดยเป็นวาจา

หรือเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรถึงความตั้งใจ บ่งบอกจุดมุ่งหมายที่ต้องการรักษาโรคให้หาย หรือความต้องการมีสุขภาพที่ดี สำหรับรูปแบบพฤติกรรมกระตุ้นให้มีความกังวลใจบางรูปแบบอาจก่อให้เกิดความรู้สึกที่เป็นลบ แต่มุ่งเน้นเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการเพิ่มความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ได้แก่ การข่มขู่ถึงอันตรายของโรคเมื่อผู้ป่วยไม่รับประทานยา (Brannon และ Feist, 1997 อ้างอิงใน สมัยพร อาซาล, 2543)

3) ทฤษฎีการเรียนรู้โดยใช้สติปัญญา ทฤษฎีนี้มุ่งอธิบายถึง พื้นฐานการเรียนรู้ของบุคคล ความสามารถในการปรับตัวต่ออาการของโรค เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาโดยผ่าน ขบวนการเรียนรู้ วิเคราะห์ และเห็นคุณค่าในการที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น ทฤษฎีการเรียนรู้โดยใช้สติปัญญานี้มีหลายรูปแบบดังนี้

3.1) ทฤษฎีการเรียนรู้ประสิทธิผลแห่งตน บุคคลที่มีการรับรู้ ใช้สติปัญญาวิเคราะห์การกระทำที่ถูกต้องหรือไม่ถูกต้องได้จะมีความพึงพอใจ และมีความเชื่อในความสามารถแห่งตน มีความมั่นใจว่าเมื่อตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องนั้นได้ จะทำให้พฤติกรรมนั้น ๆ ได้รับความพึงพอใจตามที่คาดหวังไว้ เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อในความสามารถแห่งตนว่าเมื่อปฏิบัติความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพแล้วผลที่ออกมาคือ ตนเองจะหายจากโรค

3.2) ทฤษฎีการกระทำโดยใช้เหตุผล กล่าวถึงที่บุคคลจะตัดสินใจแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมนั้นต้องผ่านกระบวนการคิดพิจารณาถึงเหตุถึงผลตามข้อมูลที่มีอยู่จริง ซึ่งความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมใดนั้นขึ้นกับทัศนคติของบุคคลนั้นต่อพฤติกรรมดังกล่าว รวมทั้งอิทธิพลทางสังคมหรือความคิดเห็นของบุคคลส่วนใหญ่ในสังคมเห็นว่าบุคคลนั้นควรแสดงพฤติกรรมนั้นมากน้อยเพียงใดเมื่อผู้ป่วยคิดพิจารณาถึงผลของการกระทำตามแผนการรักษาว่าดีต่อตนเอง สิ่งนั้นจะเป็นสาเหตุส่งเสริมให้บุคคลต้องกระทำตามแผนการรักษาอย่างดี (Brannon และ Feist, 1997 อ้างอิงใน สมัยพร อาซาล, 2543)

4) รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลนั้นเห็นคุณค่าของเป้าหมายของการกระทำหรือพฤติกรรมนั้น ๆ และเชื่อว่าพฤติกรรมนั้นสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายได้ พฤติกรรมจะเกิดเมื่อบุคคลรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงจากการเป็นโรค รับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้จากการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ และรับรู้ที่ไม่มีอุปสรรคจากการรักษา รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนี้เป็นพื้นฐานที่จะเพิ่มหรือลดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (Brannon และ Feist, 1997 อ้างอิงใน สมัยพร อาซาล, 2543)

5) ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของ Joyce และคณะ (2004) กล่าวว่าพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลในการปฏิบัติให้สอดคล้องกับคำแนะนำหรือสอดคล้องกับแผนการรักษา ในการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการมาตรวจตามนัด

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของ Joyce และคณะ (2004) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่เน้นพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลในการปฏิบัติให้สอดคล้องแผนการรักษาในเรื่อง การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนัก ซึ่งความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพจะส่งผลให้การรักษาประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้ ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจประกอบด้วย (ระพีณ ผลสุข และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2550)

การรับประทานอาหาร คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบถ้วน ทุกหมู่และทุกวัน รับประทานอาหารเช้าและไขมันให้น้อย เลือกรับประทานอาหารที่มีกากใย รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย เช่น ข้าว เนื้อปลา ผัก และผลไม้ที่มีประโยชน์ในการบำรุงร่างกาย ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย งดเว้นอาหารเค็ม ไขมันสูง การศึกษาของ Garay-Sevilla และคณะ (1995) พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานอาหารมีผลต่อการลดระดับของเสียในร่างกาย และความร่วมมือในการรับประทานยามีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงในผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การรับประทานยา คือ พฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้องตามจำนวน เวลา ขนาด คุณสมบัติและฤทธิ์ข้างเคียงของยา พร้อมทั้งสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เพื่อจะได้รายงานแพทย์ และหาวิธีแก้ไขได้ถูกต้อง การรับประทานยาให้ถูกต้อง และสม่ำเสมอเพื่อผลในการควบคุมโรค และหลีกเลี่ยงการรับประทานยาชนิดอื่นที่แพทย์ และพยาบาลไม่ได้แนะนำ เพราะอาจเป็นการเสริมฤทธิ์หรือขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาที่ได้รับหรืออาจเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาได้และการรับประทานยาจะช่วยให้อาการของโรคทุเลาหรือหาย (นิตยา ภาสุนันท์, 2529 อ้างถึงใน ระพีณ ผลสุข และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2550) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจแบบโลหะจำเป็นต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดทุกรายและต้องรับประทานยาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต เพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด (Thromboembolism) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Grunkemeier, et al., 2000 อ้างใน WHO, 2001) จากการศึกษาความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่องการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาจะมีอัตราการตายร้อยละ 3 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา มีอัตราการตายร้อยละ 7 (Horwitz และ Horwitz, 1993) สอดคล้องกับการศึกษาของ Fogel และคณะ (2003) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความร่วมมือในปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพสูงโดยเฉพาะในเรื่องการรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การออกกำลังกาย คือ พฤติกรรมที่ทำให้ร่างกายได้ใช้แรงงาน หรือกำลังงานที่มีอยู่ในตัว เพื่อให้ร่างกายหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเกิดการเคลื่อนไหว เช่น การเดิน การกระโดด การวิ่ง

อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาที เป็นต้น จากการศึกษาของ Robertson และ Keller (1992) ได้ศึกษาความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในเรื่องการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r=.229$ )

การควบคุมน้ำหนัก คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันและคาร์โบไฮเดรตน้อย โดยมุ่งหวังเพื่อการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานจะสามารถลดระดับความดันโลหิต ลดระดับโคเลสเตอรอล ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลและฮอร์โมนอินซูลิน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด American Heart Association ได้กำหนดว่า ความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การควบคุมน้ำหนักโดยลดน้ำหนักประมาณร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักตัวสามารถลดระดับความดันโลหิต ลดระดับโคเลสเตอรอล (วรมนต บำรุงสุข, 2548 อ้างในระพีณ ผลสุข และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2550)

### 3.3.3 การประเมินความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของระพีณ ผลสุข และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2550) ซึ่งดัดแปลงมาจาก นิตยา ภาสุนันท์ (2529) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของความร่วมมือในการรักษา ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม ดำเนินการประกอบด้วยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมาตรวจตามนัดและการควบคุมน้ำหนัก ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .80 ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92

## 3.4 ความแตกฉานด้านสุขภาพ

### 3.4.1 ความหมายของความแตกฉานด้านสุขภาพ

คำนิยามที่มีปรากฏในรายงานการศึกษาและบทความที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

World Health Organization (WHO) (1998) นิยามไว้ ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แปลความว่า “ทักษะต่าง ๆ ทางรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ” (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541)

The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association: AMA (1999) ให้คำจำกัดความว่า

“ทักษะทั้งหมด ซึ่งรวมทั้งความสามารถพื้นฐานในการอ่านข้อความและการคำนวณตัวเลข เพื่อปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพ”

The Center for Health Care Strategies Inc. (2000) นิยาม Health literacy ว่า “ความสามารถในการอ่าน การทำความเข้าใจ และการกระทำเมื่อได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพ”

The US Healthy People (2010) ซึ่งประกาศใช้ใน ปี ค.ศ. 2000 นิยามไว้ว่า “ระดับความสามารถที่บุคคลจะแสวงหา ตีความ หรือทำ ความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานหรือข้อมูลบริการ ซึ่งจำเป็นต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ”

Institute of Medicine: IOM (2004) นิยามว่า “เป็นระดับความสามารถของบุคคลในการได้รับการจัดการ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจที่เหมาะสม” โดยอธิบายว่า Health literacy ขึ้นอยู่กับทักษะของบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์สุขภาพ รวมทั้งยังขึ้นกับปัจจัยด้านระบบดูแลสุขภาพ ระบบการศึกษา ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมทั้งที่บ้าน ที่ทำงานและในชุมชนอีกด้วย

Nutbeam (2000, 2008) นิยามไว้ดังนี้ “ความรู้ ความเข้าใจและทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง” (Nutbeam, 2000) “สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีที่สุดตลอดชีวิต” (Nutbeam, 2008) “ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ” (Nutbeam, 2009)

Zarcadoolas, Pleasant และ Greer (2005) นิยามว่า “ทักษะที่ครอบคลุมความสามารถของบุคคลในการประเมินข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขและนำแนวคิดที่ได้มาเป็นแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต”

Kickbusch & Maag (2003) นิยามว่า “ความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพในชีวิตประจำวัน และมีความสามารถในการหาข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพด้วยตนเอง”

Pleasant และ Kuruvilla (2008) นิยามว่า “ความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ วิเคราะห์และใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้มีสุขภาพดี และลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ”

Ishikawa และคณะ (2008) นิยามว่า “ความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพเพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม”

สรุปได้ว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ในการอ่าน เข้าใจข้อมูลและสามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเองในเรื่อง การรับบริการการ ตรวจรักษาภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและการปฏิบัติตัวเรื่อง ยา การทำกิจกรรม อาหาร สังเกต อาการผิดปกติ และมาพบแพทย์

### 3.4.2 แนวคิดความแตกฉานด้านสุขภาพ

แนวความคิดเกี่ยวกับ Health literacy มีความชัดเจนมากขึ้น จากการจำแนกระดับ ของ Nutbeam (2000, 2008) คณะสาธารณสุขศาสตร์และเวชศาสตร์ชุมชน มหาวิทยาลัยชิตนีย์ ประเทศออสเตรเลีย ซึ่งเขียนบทความวิจัยเรื่อง Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21<sup>st</sup> century จำแนก ความฉลาดทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับ 1 ความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดย Kickbusch (2001) อธิบายเพิ่มเติมว่า “เป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับ จำนวนตัวเลข อาทิ การอ่านใบยินยอม ฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อ รูปแบบ การให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้ง การปฏิบัติตัว ตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย”

ระดับ 2 ความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและ การมีพหุปัญญา รวมทั้งทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ

ระดับ 3 ความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและ สังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการ สถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความแตกฉานด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ เน้นการ กระทำของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคมการเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยง ประโยชน์ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป

ความแตกฉานด้านสุขภาพคือทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนด แรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีเสมอ (World Health Organization, 1996) มี องค์ประกอบดังนี้ (วนิดา หาจักร, 2556)

#### 1. ทักษะด้านการรู้คิดทางปัญญา มีดังนี้ (Speros, 2005)

##### 1.1 การอ่านและคำนวณตัวเลข

1.1.1 ทักษะการอ่าน หมายถึง กระบวนการที่ซับซ้อนของ meta-cognitive behavior เช่น เน้นความใส่ใจ/ความสนใจ การทำความเข้าใจคำใหม่ การใช้โครงสร้างใจความเพื่อช่วยในการทำความเข้าใจ การรู้จักหรือจดจำคำต่าง ๆ การจัดระเบียบและการผสมผสานข้อมูล

1.1.2 ทักษะการคิดคำนวณตัวเลข หมายถึง ความสามารถในการอ่านและทำความเข้าใจตัวเลข/จำนวนและการคิดคำนวณตัวเลขพื้นฐาน

1.2 ความเข้าใจ ความสามารถในการแปลความ ตีความและขยายความจากสื่อต่าง ๆ ข้อมูลและสิ่งต่าง ๆ ที่ได้พบเห็น รับรู้ตามแนวคิดของ Bloom และคณะ (1956) ได้แบ่งความเข้าใจเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) การแปลความ 2) การตีความ 3) การขยายความ

1.3 ความสามารถในการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กระบวนการเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งจากหลายๆ ทางเลือกที่ได้จากข้อมูลความรู้ความเข้าใจ

2. ทักษะด้านสังคม (Mancuso, 2008; Schinke & Gilchrist, 1984) ประกอบด้วย

2.1) ทักษะการแก้ไขปัญหา 2.2) ทักษะการปรับตัว 2.3) ทักษะการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ 2.4) ทักษะการตระหนักในตนเอง 2.5) ทักษะเพื่อการได้มาซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคม 2.6) ทักษะการแสวงหาข้อมูลข่าวสาร

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) เนื่องจากเป็นแนวคิดเกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพโดยตรง อีกทั้งการศึกษานี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย ซึ่งเป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและทำความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข อาทิ การอ่านใบยินยอม ฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบ การให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เกสัชกร รวมทั้ง การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยาและกำหนดการนัดหมาย

### 3.4.3 การประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้การวัดความแตกฉานด้านสุขภาพที่มีการศึกษาและพัฒนาไว้แล้วจากต่างประเทศและในประเทศที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันสามารถจำแนกได้ ดังนี้ 1) เครื่องมือวัดความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่ (Adults) 2) เครื่องมือวัดความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชน (Child & Teenage) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้นำเสนอเฉพาะเครื่องมือวัดความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่ (Adults) เท่านั้นเพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการ พบว่า เครื่องมือที่ใช้วัดระดับ ความแตกฉานด้านสุขภาพที่มีการพัฒนาขึ้นและนำเสนอในรายงานการวิจัยต่าง ๆ ยังมีการนำออกมาเผยแพร่ไม่มากนัก ส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณลักษณะด้านความจำ การคำนวณตัวเลข การประเมินการรับสื่อ และเริ่มมีการใช้การจำแนกระดับของ Nutbeam (2000,2009) มาพัฒนาเครื่องมือ ตัวอย่างของเครื่องมือที่มีใช้กันแพร่หลาย สรุปได้ดังนี้

1. แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ (Rapid Estimate of Adults Literacy : REALM) พัฒนาขึ้นโดย Davis และคณะ (Mancuso, 2009) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการอ่านออกเขียนได้ของผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ การให้สุขศึกษาและหน่วยที่ศึกษาวิจัยทางการแพทย์ เครื่องมือนี้ออกแบบมาเพื่อใช้ประเมินการอ่านศัพท์หรือคำทางการแพทย์ที่คาดว่าผู้ป่วยจำได้ ช่วยแพทย์ในการจำแนกผู้ป่วยที่มีระดับการอ่านที่จำกัดเพื่อประเมินและปรับปรุงการใช้สื่อหรือให้คำแนะนำที่เหมาะสม ประกอบด้วยคำจำนวน 125 คำ ที่ นำมาใช้ทดสอบโดยเป็นคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ง่าย วางเรียงเป็น 4 คอลัมน์ตามจำนวน พยางค์และความยาก ผู้ป่วยจะถูกขอให้อ่านคำทั้งหมดต่างๆ โดยจะให้คะแนน ตามการอ่านออกเสียงที่ถูกต้อง คะแนนจำแนกตามระดับการศึกษา ได้แก่ ต่ำกว่าระดับประถมศึกษาปีที่ 3 ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2554)

2.แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น (Shortened version of the Rapid Estimate of Adults Literacy : S-REALM) แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว ในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้นพัฒนาขึ้นโดย Davis และคณะ (1993) ใช้การลดจำนวนข้อให้มีความกระชับมากขึ้นเพื่อลดระยะเวลาในการทดสอบ โดยจัดเรียงเป็น 3 คอลัมน์ ตามจำนวนพยางค์และความยาก-ง่าย การลดจำนวนคำเหลือเพียง 66 คำ เวลาที่ใช้ทดสอบประมาณ 1-2 นาที (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2554)

3. แบบทดสอบการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ (Medical Achievement Reading Test: MART) พัฒนาโดย Hanson-Driver (1997 อ้างใน Mancuso, 2009) แบบทดสอบนี้มีความคล้ายคลึงกับ REALM ตรงที่ เป็นการประเมินการอ่านศัพท์หรือคำทางการแพทย์ มีคำศัพท์ทางการแพทย์จำนวนทั้งสิ้น 42 คำ แบบทดสอบ ถูกออกแบบโดยคำนึงถึงเหตุผลสำคัญที่ต้องการทราบว่าทำไมแต่ละคน ไม่สามารถอ่านเครื่องมือได้ ได้แก่ คำที่ใช้ในทางการแพทย์ หรือคำที่เกี่ยวข้อง ที่เห็นในใบสั่งยา/แผ่นพับการศึกษาของผู้ป่วย ตัวอักษรที่พิมพ์ด้วยตัว อักษรขนาดเล็กและการพิมพ์บนกระดาษที่มันวาวทำให้อ่านได้ยาก ซึ่งเป็น ผลทำให้ผู้ป่วยต้องคาดเดาในคำที่ไม่สามารถอ่านได้ ระยะเวลาที่ใช้ประมาณ 3-5 นาที (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2554)

4. The Newest Vital Sign (NVS) Weiss และคณะ (2005 อ้างใน Mancuso, 2009) ได้สร้างเครื่องมือในการวัดความฉลาด ที่ชื่อว่า NVS ใช้เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการระดับปฐมภูมิ ใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที มี 6 คำถามที่ใช้ในการประเมินซึ่งมาจากหลักการของไอศกรีม โดยอาจจะถามถึงการแปลความหมายและการปฏิบัติตาม ข้อมูลที่ได้รับ NVS เป็นแบบทดสอบที่ใช้เวลาน้อยและมีความแม่นยำในการทดสอบในกลุ่มที่มีการอ่านออกเขียนได้ที่ต่ำ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2554)



5. แบบทดสอบความแตกฉานด้านสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูล ข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ (Test of Functional Health Literacy in Adult : TOFHILA) นำเสนอโดย Parker และคณะ (1995) เพื่อใช้ในการวัดความสามารถของผู้ป่วยในการอ่านข้อความหรือวลีที่มีตัวเลขโดยใช้ สื่อสิ่งพิมพ์จากหน่วยให้บริการสุขภาพ แบบทดสอบแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนการทดสอบการอ่าน ประกอบด้วย สิทธิของผู้ป่วยและหน้าที่รับผิดชอบ รูปแบบการบอกกล่าวอย่างเต็มใจ และส่วนการทดสอบด้านตัวเลข ประกอบด้วยรายละเอียดของฉลากยา การควบคุมระดับน้ำตาล การนัดหมาย และการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน ข้อความที่ใช้ในการทดสอบอ่าน และทำความเข้าใจเป็นข้อความ ที่มีช่องว่างให้เติมคำประมาณ 5-7 คำ ผู้ถูกทดสอบอ่านและเลือกคำจากตัวเลือก 4 ตัว รวมจำนวน 50 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 12 นาที ส่วนที่ทดสอบด้านตัวเลขมีจำนวน 17 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที รวมเวลาที่ใช้ในการทำแบบทดสอบประมาณ 22 นาที (Mancuso, 2009 อ้างถึงใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2554)

6. แบบทดสอบความแตกฉานด้านสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูล ข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น (The Shorten Test of Functional Health Literacy in Adult: S-TOFHILA) นำเสนอโดย Baker และคณะ (1999) โดยเป็นแบบทดสอบที่มีการวัดในด้านการอ่านและสร้างความเข้าใจเท่านั้น เพื่อลดเวลาในการเก็บข้อมูล ทำการทดสอบ 2 ส่วน คือ ส่วนการทดสอบการอ่านและส่วนการสร้างความเข้าใจ ใช้เวลาในการทดสอบประมาณ 7 นาที รวมทั้งสิ้น 36 รายการ (Federman และคณะ, 2009 อ้างถึงใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2554)

7. แบบสอบถามคัดกรองความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy Screening Question: Set of Brief Screening Questions (SBSQ)) พัฒนาและเผยแพร่โดย Chew และคณะ (2004) มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ อาทิ การได้รับเอกสารนัดหมายที่อ่านและเข้าใจง่าย การได้รับแบบฟอร์มทางการแพทย์ที่เขียนให้อ่านได้และเข้าใจง่าย ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่มีเลย ใช้วิธีการสัมภาษณ์หรือให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2554)

8. การประเมินระดับชาติเรื่องความรู้หนังสือในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (National Assessment of Adult Literacy: NAAL) NAAL เป็นเครื่องมือวัดระดับความแตกฉานด้านสุขภาพ โดยประเมินจากความสามารถในการเข้าใจในสิ่งที่แสดงเป็นลายลักษณ์อักษรที่พบในกิจกรรมประจำวัน (เช่น การอ่านตารางรถโดยสารหรือหนังสือพิมพ์ บทบรรณาธิการ เป็นต้น) รวมทั้งความสามารถในการใช้เอกสารทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ฉลากยา คำสั่งจากแพทย์ ใบยินยอม จำนวนข้อคำถามทางด้านความแตกฉานด้านสุขภาพมีทั้งสิ้น 28 ข้อ จาก 152 ข้อ และกำหนดให้มีคะแนนตั้งแต่ 0-500 คะแนน

9. แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของวนิดา หาจักร (2556) ซึ่งใช้แนวคิดความแตกฉานด้านสุขภาพของ Parker และคณะ (1995) เน้นการวัดความสามารถของผู้ป่วยในการอ่านและเข้าใจ ลักษณะแบบประเมินให้ผู้ถูกประเมินอ่านข้อความที่ปรากฏในกล่องสี่เหลี่ยมแล้วตอบคำถามตามความเข้าใจ โดยจะมีตัวเลือกให้ผู้ถูกประเมิน 3 ตัวเลือก จำนวน 22 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 มิติ 1) ทักษะความเข้าใจ 2) ทักษะคิดคำนวณ แต่ละมิติประกอบด้วย 2 ด้าน คือ 1) การรับบริการตรวจรักษาหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ก่อนพบแพทย์ 4 ข้อ หลังพบแพทย์ 3 ข้อ 2) การปฏิบัติตัว เรื่องยา 6 ข้อ เรื่องการทำกิจกรรม 3 ข้อ เรื่องอาหาร 2 ข้อ เรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ 4 ข้อ ซึ่งนำไปใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ 0.79

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของวนิดา หาจักร (2556) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่เน้นการวัดความสามารถของผู้ป่วยในการอ่านและเข้าใจ ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย ซึ่งสามารถประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยทุกระดับ

### 3.5 ความเข้มแข็งในการมองโลก

#### 3.5.1 ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลก

Antonovsky (1987) ได้ให้ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลกว่า เป็นการรับรู้โดยกระบวนการทางปัญญาว่าสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบตนเองนั้น สามารถเข้าใจและอธิบายด้วยเหตุและผล มองสิ่งเร้านั้นเป็นสิ่งที่ทำหายน่ามีความคุ้มค่าที่จะใช้กำลังกายและสติปัญญาในการแก้ปัญหาให้ลุล่วงไปและมองว่าตนเองนั้นมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยในการจัดการกับปัญหาที่อาจจะคุกคามตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตได้ ความเข้มแข็งในการมองโลกมีอยู่ 3 องค์ประกอบหลักคือ องค์ประกอบด้านความสามารถทำความเข้าใจ องค์ประกอบด้านความสามารถบริหารจัดการ และองค์ประกอบด้านความสามารถให้ความหมาย

จันทนา เตชะศฤห (2540) ศึกษาพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิตในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r=.60$ ) เช่นเดียวกับ Motzer และ Stewart (1996) ศึกษาพบว่า สามารถใช้ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ Post-White และคณะ (1996) ได้ศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงก็จะทำให้มีคุณภาพชีวิตสูงด้วย

สรุปได้ว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง ความสามารถในการประเมินเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบในชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจด้วยความเข้าใจ สามารถ

บริหารจัดการและให้ความหมายเหตุการณ์ หรือสิ่งเร้านั้นว่ามีคุณค่าและคุ่มค่าที่จะแก้ไข ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลักคือ องค์ประกอบด้านความสามารถทำความเข้าใจ องค์ประกอบด้านความสามารถบริหารจัดการ และองค์ประกอบด้านความสามารถให้ความหมาย

### 3.5.2 แนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลก

ความเข้มแข็งในการมองโลก พัฒนาขึ้นโดย Antonovsky (1987) นักสังคมวิทยาการแพทย์ชาวอิสราเอล ซึ่งทำงานศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับภาวะเครียดของบุคคลเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การเผชิญปัญหาและภาวะสุขภาพของบุคคล ทฤษฎีความผาสุกในชีวิตเป็นทฤษฎีที่มุ่งอธิบายถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำรงภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิตของบุคคลในขณะที่อยู่ในสถานการณ์ความเครียดมากกว่าอธิบายถึงปัจจัยหรือสาเหตุของโรค ความเข้มแข็งในการมองโลก จะช่วยสนับสนุนให้บุคคลสามารถเผชิญและจัดการแก้ไขปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้นได้ Antonovsky อธิบายว่าความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคลประกอบด้วย 3 องค์ประกอบดังนี้

1. องค์ประกอบด้านความสามารถทำความเข้าใจ เป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลมีความเข้าใจและรับรู้ว่ามีสิ่งเร้าหรือความเครียดที่มาจากสิ่งแวดล้อม ทั้งภายในและภายนอกตนนั้นมีลำดับขั้นตอน มีความชัดเจน มีโครงสร้าง ไม่ได้ยุ่งยากซับซ้อน ไม่มีระเบียบหรือเกิดขึ้นแล้วอธิบายไม่ได้ แต่สิ่งเร้าหรือความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นสามารถจัดลำดับให้ คำอธิบาย ให้ความเข้าใจและทำนายได้ แม้ไม่อาจจะทำให้คำตอบอย่างชัดเจน แต่สามารถทำความเข้าใจและให้ความรู้สึกกับสิ่งนั้นได้

2. องค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการ เป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่ามีแหล่งประโยชน์เพียงพอที่จะใช้ควบคุมหรือจัดการกับสิ่งเร้าหรือความเครียดที่รบกวนชีวิต แหล่งประโยชน์เหล่านั้นอาจมาจากตนเอง บุคคลอื่นที่เป็นกลุ่มหรือคนที่ตนคุ้นเคยและไว้วางใจ เช่น คู่สมรส เพื่อนฝูง ผู้ใกล้ชิด ผู้ร่วมงาน พระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ ผู้นำในสังคมของแต่ละคน แพทย์ และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ทำให้ไม่รู้สึกว่าเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่น่ากลัว สามารถเผชิญกับเหตุการณ์และปัญหาต่าง ๆ ที่ เกิดขึ้นได้ด้วยความมั่นใจ ไม่หวาดกลัวหรือเศร้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างไม่มีที่สิ้นสุด

3. องค์ประกอบด้านความสามารถให้ความหมาย เป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนว่ามีความหมายเป็นสิ่งที่ท้าทาย และมีคุณค่ามากกว่าทำให้เกิดความยุ่งยาก ผู้ที่มีองค์ประกอบนี้จะสามารถระบุหรือค้นหาความหมายในสิ่งที่เกิดขึ้นและสามารถแสดงพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมที่เอาชนะสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยความมั่นใจ

### 3.5.3 การประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก

Antonovsky (1993) ได้ประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกจากการสัมภาษณ์ การรายงานด้วยตนเองหรือการสังเกตจากพฤติกรรม พบว่าบางครั้งพฤติกรรมที่ได้จากการสังเกตอาจ

ไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ถูกประเมิน จึงคิดแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก (The Sense of Coherence Questionnaires) ขึ้นในปี ค.ศ. 1987 ซึ่งได้จากการวิจัยเชิงสำรวจกับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในภาวะปกติ และกลุ่มตัวอย่างที่มีเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้นในชีวิต เช่น ได้รับบาดเจ็บรุนแรง มีความพิการ สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือผู้อพยพ ได้แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ แบ่งเป็นวัดความสามารถในการทำความเข้าใจ 11 ข้อ วัดความสามารถในการบริหารจัดการ 10 ข้อและวัดความสามารถในการให้ความหมาย 8 ข้อ ซึ่งผ่านการหาความตรงของเครื่องมือและนำเครื่องมือไปหาความเชื่อมั่นในประเทศต่าง ๆ จากรายงานวิจัย 26 เรื่อง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง 0.82 ถึง 0.95 แสดงว่าแบบวัดมีความสอดคล้องภายในสูงในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย ทั้งต่างภาษาและต่างวัฒนธรรม

ต่อมา Rumbaut (1981 อ้างใน Antonovsky, 1987) ได้ปรับปรุงข้อคำถามเหลือ 22 ข้อ และหาความสัมพันธ์ของเครื่องมือแบบ 29 ข้อและ 22 ข้อได้เท่ากับ 0.64 ขณะที่ Dana (1985 อ้างใน Antonovsky, 1987) พบความสัมพันธ์ของเครื่องมือทั้ง 2 แบบเท่ากับ 0.72 ต่อมา Payne (1982) ได้พัฒนาเครื่องมือใหม่ ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ พบว่า มีความสัมพันธ์กับเครื่องมือแบบ 29 ข้อเท่ากับ 0.39 (จันทนา เตชะคฤห, 2540) หลังจากนั้น Antonovsky (1987) ได้สร้างแบบสอบถามที่ลดเวลาในการสัมภาษณ์ โดยลดข้อคำถามจาก 29 ข้อเหลือ 13 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินความสามารถทำความเข้าใจ 5 ข้อ ความสามารถในการบริหารจัดการ 4 ข้อ และความสามารถในการให้ความหมาย 4 ข้อ ได้มีการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือจาก 16 รายการ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาระหว่าง 0.74 ถึง 0.91 Antonovsky ได้กล่าวสรุปจากรายงานการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ว่า แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกที่สร้างขึ้นนั้นได้มาตรฐาน สามารถนำไปใช้ได้ทั้งแบบข้อคำถาม 29 ข้อ และ 13 ข้อ ใช้ได้ในหลากหลายวัฒนธรรม ทั้งให้บุคคลที่มีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย ซึ่ง Nyamathi (1991) ได้นำแบบประเมินแบบ 13 ข้อไปใช้กับสตรีติดยาเสพติด หรือไร้ที่อยู่อาศัยจำนวน 581 คน โดยลดมาตราส่วนประมาณค่าจาก 7 เป็น 5 ระดับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.76

สำหรับในประเทศไทย สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และพรรณวดี พุทธิวัฒน์ (2532) ได้แปลแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky แบบข้อคำถาม 29 ข้อ เป็นภาษาไทย หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.85 และในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาจารย์พยาบาล จากภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และอาจารย์พยาบาลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 กังสดาล สุทธิวีรสรค์ (2535) นำแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกไปใช้กับพยาบาลประจำการในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.90 พัชรินทร์ นินทจันทร์ (2538) นำไปใช้กับกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 จินดาวรรณ อุดมพัฒนาการ

(2539) ได้ปรับลดมาตราส่วนประมาณค่าจาก 7 ระดับเป็น 5 ระดับ และนำแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.89 และ กนกพร สุคำวัง (2540) นำไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม จำนวน 150 รายได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งสมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) ได้แปลจากแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky (1987) และได้นำไปใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจวาย และหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .9 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 13 ข้อ ที่มีความหมายทางบวกและทางลบ

#### 4. บทบาทของพยาบาลกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

เพื่อที่จะให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการ บุคลากรพยาบาล องค์กรและวิชาชีพการพยาบาล พยาบาลจึงควรมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่สำคัญ 5 ด้าน ดังนี้

**ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมคือ ด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่องและขอความร่วมมือกับผู้ป่วยร่วมด้วย โดยให้คำแนะนำในการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม มีขั้นตอนการดำเนินการตามกระบวนการพยาบาลดังนี้

1) ประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อนโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพ (อุบลรัตน์ ต้อยมาเมือง, 2546) สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มากมาย ทำให้กระทบกับชีวิตด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตวิญญาณ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลควรประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว ซึ่งจะช่วยลดการเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2) ประสานกับบุคลากรในทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลต้องสามารถประสานงานเพื่อส่งต่ออาการและปัญหาของผู้ป่วยให้กับบุคลากรในทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งเป็นผู้ป่วยวิกฤตและต้องเข้ารับบริการทางการแพทย์จากหลายหน่วยงาน ไม่ว่าจะเป็นหอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยวิกฤต ถ้าพยาบาลสามารถประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างดี ผู้ป่วยก็จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**ด้านการศึกษา** ให้ความรู้แก่บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในสาขาที่ตนเองเชี่ยวชาญ รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ให้ความรู้และเป็นแบบอย่างแก่นักศึกษาพยาบาล และ

มีส่วนร่วมในการเผยแพร่ความรู้ทางวิชาชีพ (อุบลรัตน์ ต้อยมาเมือง, 2546) สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ยังพบว่าขาดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ขาดความตระหนักถึงความสำคัญของความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการทำให้การรักษาโรคมะเร็งมีประสิทธิภาพ ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ มีความสำคัญต่อการรักษาอย่างยิ่ง ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ และปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผลของการรักษาประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ (Joyce และคณะ, 2004) ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและนำมาปฏิบัติในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง

**ด้านการเป็นที่ปรึกษา** เป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ป่วยและญาติที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนทางการพยาบาลในสาขาที่ตนเองเชี่ยวชาญ ปรึกษาผู้บริหารในการควบคุมคุณภาพการพยาบาลในสาขาที่รับผิดชอบ ปรึกษากับแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เป็นที่ปรึกษาให้แก่พยาบาล นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาในสาขาที่ตนเองเชี่ยวชาญ (อุบลรัตน์ ต้อยมาเมือง, 2546) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งมีผลข้างเคียงต่าง ๆ ผู้ป่วยอาจรู้สึกวิตกกังวลกับการรับประทานยา อีกทั้งผู้ป่วยอาจเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง ทำให้ไม่กล้าทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่กล้าเข้าสู่สังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคมได้

**ด้านการวิจัย** บทบาทพยาบาลด้านการวิจัยต้องพัฒนาขึ้นจากตัวของพยาบาลเอง ต้องมีความตระหนักถึงความจำเป็นในการทำวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ริเริ่มและส่งเสริมการทำวิจัยจากปัญหาที่พบในการปฏิบัติการพยาบาลโดยเฉพาะในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญ คัดเลือกและนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล พัฒนาวิธีการปฏิบัติการพยาบาลด้วยการทำวิจัยและเผยแพร่ผลงานวิจัย (อุบลรัตน์ ต้อยมาเมือง, 2546) พยาบาลควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ แล้วนำมาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ รวมถึงการนำผลการวิจัยมาเผยแพร่ ประเมินและปรับปรุงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ

**ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางการปฏิบัติการพยาบาล** ริเริ่มวางแผนและเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งระบบการพยาบาล ตลอดจนร่วมกับผู้บริหารวางแผนทั้งระยะสั้นและระยะยาวในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญ (อุบลรัตน์ ต้อยมาเมือง, 2546) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงของพยาบาล เป็นผู้ริเริ่มการสร้างแนวปฏิบัติหรือนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ ให้เป็นไปอย่างมี

ประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและเพิ่มมาตรฐานคุณภาพในการพยาบาล ตัวอย่างเช่น การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เป็นต้น

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 5.1 งานวิจัยในประเทศ

สมพิศ พรหมเดช (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาหลังผ่าตัด การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนไต และจำหน่ายกลับบ้าน จำนวน 200 ราย พบว่า ระยะเวลาหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .073$ ) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .215$ ) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า รายได้และการสนับสนุนทางสังคมเป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด โดยสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนไต ได้ร้อยละ 9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตและความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ภายหลังจากได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำนวน 100 ราย ที่มาติดตามการตรวจรักษาที่คลินิกศัลยกรรมหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลโรคทรวงอก นนทบุรี พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .319$ ) ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = .426$ )

กนกพร สุคำวัง (2540) ศึกษาเพื่อทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีความผาสุกในชีวิตของแอนโทนีฟสกี แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรค ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาสารคาม นครเชียงใหม่ จำนวน 150 ราย พบว่า ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีผลโดยตรงทางลบ ( $\beta = -.39$ ,  $p < .001$ ) และความรู้เกี่ยวกับโรคมีผลโดยตรงทางบวก ( $\beta = .54$ ,  $p < .001$ ) ต่อความเข้มแข็งในการมองโลก โดยสามารถร่วมทำนายความเข้มแข็งในการมองโลกได้ ร้อยละ 70 ความเข้มแข็งในการมองโลกและความรู้เกี่ยวกับโรคมีผลโดยตรงทางบวก ( $\beta = .85$ ,  $p < .001$ ;  $\beta = .05$ ,  $p < .001$ ) และความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีผลโดยตรงทางลบ ( $\beta = -.08$ ,  $p < .05$ ) ต่อการเผชิญความเครียด สามารถร่วมทำนายการเผชิญความเครียดได้ ร้อยละ 89 พบว่าการเผชิญความเครียด ความเข้มแข็งในการ

มองโลกและความรู้เกี่ยวกับโรค มีผลโดยตรงทางบวกต่อคุณภาพชีวิต ( $\beta = .32, p < .001$ ;  $\beta = .56, p < .001$ ;  $\beta = .11, p < .001$ ) โดยร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 95 นอกจากนี้ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและความรู้เกี่ยวกับโรคมีผลทางอ้อมต่อการเผชิญความเครียดผ่านความเข้มแข็งในการมองโลก ส่วนความเข้มแข็งในการมองโลก ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและความรู้เกี่ยวกับโรคมีผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต ผ่านการเผชิญความเครียด ผลการวิจัยสนับสนุนข้อความเชิงทฤษฎีของแบบจำลองที่สร้างขึ้นและให้ความรู้ที่ขยายแนวคิด ทฤษฎีความพึงพอใจในชีวิตของแอนโทนอฟสกีเกี่ยวกับผลโดยตรงที่แหล่งต้นตอความเครียดทั่วไป และความเข้มแข็งในการมองโลกมีต่อคุณภาพชีวิตหรือภาวะสุขภาพ

จันทนา เตชะศฤห (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลกและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และศึกษาความสามารถในการทำนายความพึงพอใจในชีวิตของความหวังและความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 90 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีคะแนนเฉลี่ยของความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความพึงพอใจในชีวิตในระดับสูง ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = .41$ ) ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = .60$ ) ความหวังและความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถร่วมทำนายความพึงพอใจในชีวิตร้อยละ 43.23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ณัฐธิดา เพชรประไพ (2541) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ รวมทั้งศึกษาถึงผลกระทบของปัจจัยต่าง ๆ เช่น ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสถานภาพทางสังคมและปัจจัยด้านสุขภาพต่อคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ จำนวน 150 ราย ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งมีทั้งกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแล้ว (จำนวน 113 ราย) และกลุ่มที่อยู่ในระหว่างรอการผ่าตัด (จำนวน 37 ราย) พบว่า กลุ่มที่ผ่าตัดแล้วมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าเล็กน้อยคือ 23.17 ในขณะที่กลุ่มที่รอผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ย 21.69 คะแนน กลุ่มภายหลังการผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่สูงที่สุดและด้านจิต-วิญญาณเป็นด้านที่มีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ ในระดับที่ 1 มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพหัวใจในระดับที่ 2 ขึ้นไป

ปริศนา อัดถาผล (2543) ศึกษาความสัมพันธ์และหาอำนาจการทำนายของภาวะในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจพิเศษศัลยกรรม 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 170 ราย พบว่า ภาวะในการดูแล



ตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = -.30, p < .001$ ) การระมัดระวังในการดูแลตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้ร้อยละ 9 ( $R^2 = .09, p < .001$ )

ขวัญใจ แจ่มสร้อย (2548) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 252 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจมีความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอายุ สถานภาพสมรส รายได้ และระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีเพศ ระดับการศึกษาและจำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แรงสนับสนุนทางสังคม ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

จิราสา ลีวัธนะ และคณะ (2548) ศึกษาการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และปัจจัยที่มีผลกระทบ อันได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส ศาสนา และปัจจัยด้านสุขภาพ คือ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 100 ราย ณ โรงพยาบาลยะลา พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการดูแลตนเองและระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระดับสมรรถภาพของหัวใจและรายได้ครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 14 ( $p < .05$ ) และการเกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 23 ( $p < .05$ )

ยศพล เหลืองโสมนภา (2550) ศึกษาและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 3 เดือน ที่มารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ณ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในระหว่างเดือนธันวาคม 2548 ถึง เดือนกันยายน 2549 จำนวนทั้งสิ้น 32 ราย พบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระยะก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยรวมเท่ากับ 19.16 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวสูงสุด และมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำสุดในด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย หลังการผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระยะหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยรวมเท่ากับ 23.22 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวสูงสุด และมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำสุดในด้านสังคมและเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและด้านครอบครัวด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตวิญญาณและด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดสูงกว่าก่อนผ่าตัดทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .01$  และ  $p < .001$  ( $p=.006$  และ  $p=.000$ )

ธิติมา สามแก้ว (2551) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในผู้ป่วยโครงการจัดการโรคหัวใจที่ต้องได้รับการผ่าตัด จำนวน 122 คน พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตมิติสมรรถภาพทางด้านร่างกาย 3 และ 5 เดือนหลังผ่าตัด มีค่าสูงกว่าก่อนผ่าตัด  $8.6 \pm 14.6$  และ  $11.2 \pm 14.4$  คะแนน ตามลำดับ คะแนนคุณภาพชีวิตมิติทางด้านสุขภาพทั่วไปทางกายภาพ 3 และ 5 เดือนหลังผ่าตัดมีค่าสูงกว่าก่อนผ่าตัด เท่ากับ  $3.6 \pm 22.4$  และ  $10.1 \pm 19.9$  คะแนน ตามลำดับและทางด้านจิตใจมีค่าสูงกว่าก่อนผ่าตัด  $0.3 \pm 22.9$  และ  $4.9 \pm 19.6$  คะแนน ตามลำดับ คะแนนคุณภาพชีวิตด้านภาวะซึมเศร้า 3 และ 5 เดือนหลังผ่าตัดมีค่าต่ำกว่าก่อนผ่าตัด  $2.3 \pm 7.9$  และ  $2.7 \pm 7.6$  คะแนน คะแนนคุณภาพชีวิตด้านการรับรู้ 3 เดือนและ 5 เดือนหลังผ่าตัดมีค่าสูงกว่าก่อนผ่าตัด  $3.6 \pm 16.4$  และ  $6.0 \pm 16.2$  คะแนน ตามลำดับ คะแนนคุณภาพชีวิตด้านภาวะเจ็บแน่นหน้าอกในผู้ป่วยผ่าตัดทางเบี่ยงหัวใจ 3 และ 5 เดือน หลังผ่าตัดมีค่าสูงกว่าก่อนผ่าตัด  $50.0 \pm 30.7$  และ  $52.5 \pm 28.0$  คะแนน ตามลำดับ และคะแนนคุณภาพชีวิต โดยรวม EQ5D VAS 3 และ 5 เดือนหลังผ่าตัดมีค่าสูงกว่าก่อนผ่าตัด  $8.9 \pm 25.4$  และ  $11.7 \pm 23.9$  คะแนน ตามลำดับ สรุปได้ว่าผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่ประเมินทุกมิติในระยะเวลา 3 เดือนและ 5 เดือนหลังผ่าตัด มีค่าสูงกว่าก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพียงดาว จุลบาท (2551) ศึกษาระดับความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่รักษาโรคกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มารับบริการในหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลเพชรรัชต์ และโรงพยาบาลเมืองเพชร-ธนบุรี จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 80 ราย พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีคะแนนเฉลี่ยของความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $r=.781$   $p<.01$  ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวาย

เรื้อรังที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $r = .232, .261$   $p < .05$  ตามลำดับ และสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $r = -.261, p < .05$

วาสนา อุปสาร (2551) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกและจากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ จำนวน 100 ราย พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 4.06 โดยผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตด้านกิจกรรมทางสังคมสูงสุด (คะแนนเฉลี่ย 4.33) รองลงมาคือด้านสุขภาพจิต (คะแนนเฉลี่ย 4.30) และน้อยที่สุดคือด้านกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ในแต่ละวัน (คะแนนเฉลี่ย 3.73) ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ลักษณะประชากรด้านต่าง ๆ กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมพบว่า ในปัจจัยด้านประชากร ตัวแปร อายุ สถานภาพสมรสและภูมิลำเนาในปัจจัยด้านสุขภาพ ตัวแปรระดับสมรรถนะของหัวใจ ชนิดของการผ่าตัด การรับทราบโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและการรับทราบข้อมูลในการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญและในด้านสังคมเศรษฐกิจ ตัวแปรรายได้ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

จรรย์ สายะสถิตย์ และคณะ (2552) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์โดยการสำรวจเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจากได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ไปแล้วอย่างน้อย 6 เดือนจำนวน 60 ราย พบว่าคุณภาพชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ดี (คะแนนเฉลี่ย 101.67) ไม่พบภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ดังเดิม นั่นคือ การผ่าตัดหัวใจส่วนใหญ่ทำให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น

กนกกาญจน์ กอบกิจสุขมงคล (2552) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนการทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและผ่านการติดตามผลการรักษาครบ 3 ครั้ง ภายใน 1 ปี ระหว่างมกราคม 2542 ถึงธันวาคม 2545 จำนวน 20 ราย ที่มารับการรักษาที่หน่วย เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี พบว่าการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (SF-36) ฉบับภาษาไทย มีคะแนนดีขึ้นในด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต และมีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการติดตามผลการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) ยกเว้น ตัวชี้วัดความเจ็บปวดทางกายในระยะแรกหลังผ่าตัดเท่านั้น

ภมร แซ่มรักษา และคณะ (2554) ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำนวน 60 ราย หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปแล้วอย่างน้อย 2 เดือน และนัดมาพบแพทย์ที่คลินิกศัลยกรรมโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิต

โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}$  = 24.07, S.D. = 3.20) จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีทุกด้าน โดยมีคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X}$  = 24.98, S.D. = 4.21) รองลงมาคือด้านสังคมเศรษฐกิจ ( $\bar{X}$  = 24.13, S.D. = 4.08) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ( $\bar{X}$  = 24.00, S.D. = 3.03) สำหรับด้านที่ต่ำสุด คือ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ( $\bar{X}$  = 23.83, S.D. = 4.04)

วาสนา กรุดไทย (2554) ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อมที่รักษาทางการแพทย์แผนไทย จำนวน 137 คน ที่มารับบริการที่คลินิกการแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี พบว่า 1) ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.43 (S.D. = 20.30) ความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 85.61 (S.D. = 12.76) และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.21 (S.D.=3.16) และ 2) ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมและความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และเมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้นพบว่า เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย จำนวนครั้งที่รักษา ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมและความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อมที่รักษาทางการแพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 8.565, p < .001$ ) โดยสามารถรวมทำนายได้ร้อยละ 28.3

แพรวพรรณ สุวรรณกิจ และคณะ (2555) ศึกษาคุณภาพชีวิตและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2553 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2554 เก็บข้อมูลหลังผ่าตัด 1-3 เดือน 3-6 เดือน 6-12 เดือน และมากกว่า 12 เดือน จำนวน 43 คน พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมหลังผ่าตัด 1-3 เดือนและ 3-6 เดือนอยู่ในระดับปานกลาง หลังผ่าตัด 6 เดือนขึ้นไป คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ส่วนความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทุกระยะอยู่ในระดับดี

วนิดา หาจักร (2556) ศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกล้มไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ทั้งเพศหญิงและชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว และมาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ ตึก 50 พรรษาชวราลงกรณ์ ชั้น 2 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-79 ปี ( $\bar{X}$  = 56.84  $\pm$  13.94) โดยร้อยละ 58.8 เป็นเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.1) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 47.1 มีความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ( $\beta = -.077, p > .05$ ) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจ

ล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = .651, p < .001$ ) โดยความรู้สึกล้มเหลวไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 46.8 อย่างมีนัยสำคัญ ( $R^2 = .468, p < .001$ )

## 5.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Flynn & Frantz (1987) ศึกษาคุณภาพชีวิตในระยะแรกของการพักฟื้นของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทำทางเบี่ยงเลือดเข้าหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตัน พบว่า ความพึงพอใจในชีวิตมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ ภาวะสุขภาพทั้งในปัจจุบันและในอนาคตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจและความสำคัญในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย พบว่าการให้ความสำคัญด้านต่าง ๆ คือ ความสามารถในการกลับไปทำงานตามปกติและความร่ำรวยนั้น ผู้ป่วยให้ความสำคัญน้อยที่สุด ในขณะที่สัมพันธ์ภาพของครอบครัวนั้นผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุด รองลงมาคือ การดูแลสุขภาพการเจ็บป่วยต่าง ๆ และสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ส่วนในด้านความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ นั้น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุดในด้านการดูแลสุขภาพการเจ็บป่วยต่าง ๆ รองลงมาคือสัมพันธ์ภาพของครอบครัว และการมีส่วนร่วมในสังคม ส่วนด้านเพศสัมพันธ์และการมีเวลาว่างนั้นมีความพอใจน้อยที่สุด

Klersy และคณะ (1997) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ จำนวน 259 คน โดยทำการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนการผ่าตัด หลังการผ่าตัด 2 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ พบว่า ภายหลังจากการผ่าตัด 2 เดือน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตซึ่งประกอบด้วย ด้านการใช้พลังงาน ด้านความเจ็บปวด ด้านอารมณ์ ด้านการนอนหลับ ด้านสังคมและด้านการเคลื่อนไหวสูงกว่าก่อนผ่าตัด ในขณะที่ภายหลังจากการผ่าตัด 6 เดือน มีเพียงด้านการนอนหลับเท่านั้นที่สูงกว่าก่อนผ่าตัด

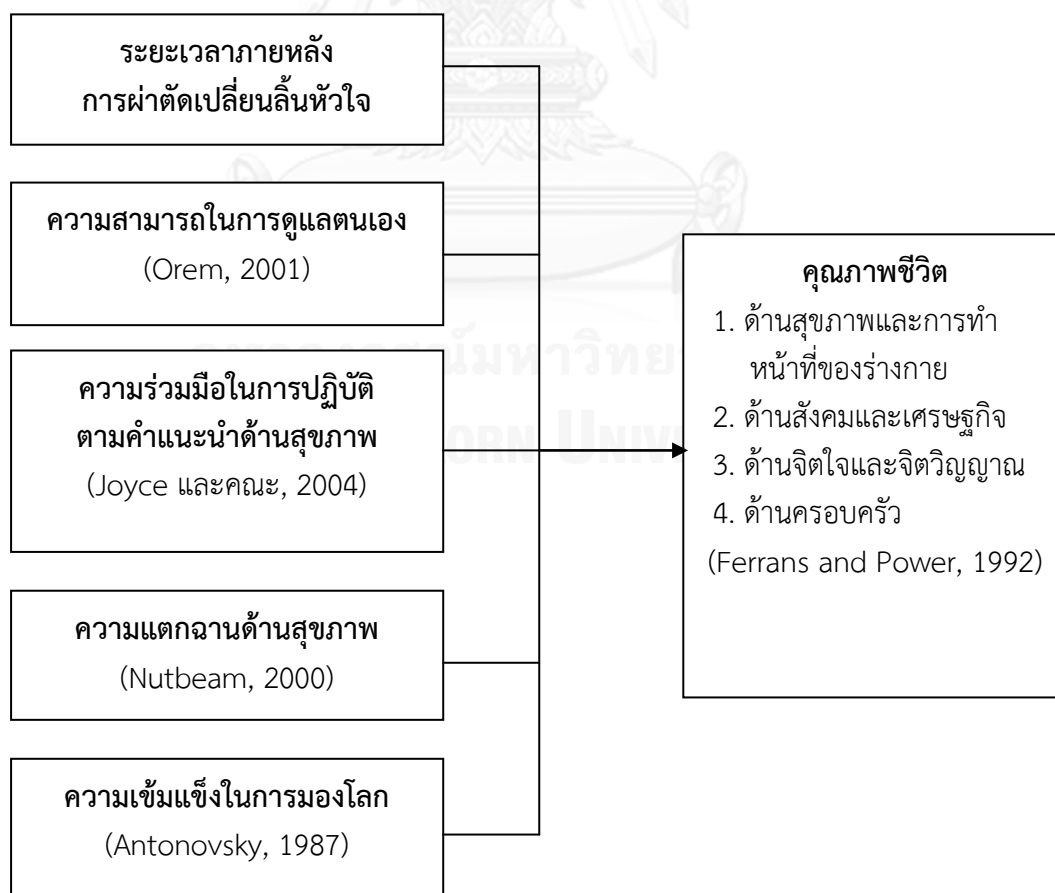
Goldsmith และคณะ (2001) ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ทำการซ่อมแซมและเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมทรัล จำนวน 61 คน พบว่า โดยภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นถึง 7 ด้านจากทั้งหมด 8 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย การจำกัดบทบาทเนื่องจากการทำหน้าที่ของร่างกาย การทำหน้าที่ทางสังคม การจำกัดบทบาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ การใช้พลังงาน สุขภาพจิตและการรับรู้สุขภาพ โดยทั่วไป มีเพียงด้านความเจ็บปวดเท่านั้นที่ไม่แตกต่างไปจากเดิม เมื่อแยกศึกษาผลการติดตามในลักษณะเฉพาะพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมทรัลจะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 3 ใน 8 ด้าน กลุ่มตัวอย่างที่มีค่า Ejection fraction 50 % จะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 7 ใน 8 ด้าน

Falcoz และคณะ (2003) ศึกษาการประเมินติดตามคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ของหัวใจ ภายหลังจากการผ่าตัดแบบเปิด 1 ปี ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 293 คน พบว่า

1) ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนผ่าตัดหัวใจ 2) ตัวแปรที่ทำนายสภาพการทำหน้าที่ของหัวใจที่ลดลงภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้แก่ NYHA function class III หรือ IV และ angina class III หรือ IV 3) ภายหลังการผ่าตัด 1 ปี ร้อยละ 64 ของผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อสภาพการทำหน้าที่ของหัวใจ 4) ตัวแปรที่ทำนายสภาพการทำหน้าที่ของหัวใจภายหลังการผ่าตัด 1 ปี ได้แก่ การทำหน้าที่ของร่างกาย ความเจ็บปวด ปัญหาสุขภาพโดยทั่วไปและการผ่าตัด CABG

จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ถึงแม้จะพบว่ามีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจหลายประการ ได้แก่ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และความสามารถในการดูแลตนเอง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังมีอีกหลายปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยดังกล่าวร่วมกับ ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลก ว่ามีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจหรือไม่อย่างไร ตามกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

#### กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) ของปัจจัยทำนาย ได้แก่ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลสังกัดของรัฐระดับตติยภูมิที่มีศูนย์โรคหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทั้งเพศชายและหญิงอายุ 18-59 ปี ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลสังกัดของรัฐระดับตติยภูมิที่มีศูนย์โรคหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ไม่มีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือมีความเสี่ยงสูง เช่น มีอาการเหนื่อย ใจสั่น เจ็บหน้าอกหรือมีอาการช็อกหรืออยู่ในระยะวิกฤต จนจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในขณะติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูล
2. ไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย ยกเว้นโรคที่เกิดร่วมกับโรคลิ้นหัวใจพิการ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูงและหัวใจเต้นผิดปกติ
3. มีความเข้าใจและสามารถสื่อสารด้วยการพูดและฟังภาษาไทยได้ดี
4. ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

#### วิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรคำนวณของ Thorndike (Thorndike, 1978) คือ

$$n = 10k + 50$$

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 6 ตัวแปร

$$\text{ดังนั้น } n = (10 \times 6) + 50 = 110$$

ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 110 คน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน

2. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 กำหนดสังกัดโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐระดับตติยภูมิที่มีศูนย์โรคหัวใจตามสังกัดในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ดังนี้

2.1.1 กระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

2.1.2 สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ

2.1.3 กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันโรคทรวงอก

2.1.4 สำนักงานคณะกรรมการกระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

2.1.5 กรุงเทพมหานคร ได้แก่ วชิรพยาบาล

2.2 สุ่มสังกัดมา 2 สังกัดใน 5 สังกัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ (Simple random sampling without replacement) ได้ 2 สังกัด ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

2.3 สุ่มโรงพยาบาลแต่ละสังกัด โดยวิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ (Simple random sampling without replacement) สังกัดละ 1 โรงพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ

2.4 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการแบ่งสัดส่วน (Proportional to Size) ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของแต่ละโรงพยาบาล ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากเวชระเบียนที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง จนครบ 110 คน โดยสุ่มจำนวนจากสูตร (ยูวดี ภาษา และคณะ, 2543)

$$n_i = \frac{N_i}{N} n$$

เมื่อ  $n_i$  = จำนวนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

$N_i$  = จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในแต่ละโรงพยาบาล

$n$  = จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

$N$  = จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง



จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลราชวิถีจำนวน 96 คน และโรงพยาบาลตำรวจจำนวน 14 คน รวมได้กลุ่มตัวอย่าง 110 คน

**ตารางที่ 1** จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของแต่ละโรงพยาบาลและสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ (n = 110)

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยผ่าตัด เปลี่ยนลิ้นหัวใจ (ปี 2556) (คน)	สัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลตำรวจ	25	14
โรงพยาบาลราชวิถี	176	96
รวม	201	110

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ชุดได้แก่

**ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างเอง มีทั้งหมด 14 ข้อแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของผู้ป่วยเป็นผู้กรอกข้อมูลจำนวน 8 ข้อ และส่วนของผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลจำนวน 6 ข้อ โดยการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย แบบสอบถามเป็นแบบทำเครื่องหมายและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล อันได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ลักษณะงานที่ทำก่อนและหลังการผ่าตัด และปัจจัยด้านสุขภาพ อันได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ ชนิดของการผ่าตัด ชนิดของลิ้นหัวใจที่ใช้ โรคร่วม ระยะเวลาการเจ็บป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

**ชุดที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิต** ประยุกต์ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการของณัฐจิตา เพชรประไพ (2541) จำนวน 35 ตัวชี้วัด แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ การวัดความพึงพอใจและการวัดความสำคัญต่อชีวิต แต่ละมิติประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย จำนวน 16 ตัวชี้วัด 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ จำนวน 8 ตัวชี้วัด 3) ด้านจิตวิญญาณ จำนวน 7 ตัวชี้วัด และ 4) ด้านครอบครัว จำนวน 4 ตัวชี้วัด เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ปรับข้อความให้มีความสั้น กระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่าย เพื่อให้มีความสอดคล้อง

กับกลุ่มตัวอย่างและบริบทของสังคมไทยตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ .81 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีคุณสมบัติ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .95 จึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีความหมายของตัวเลือกแต่ละข้อความและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มิตินี้ 1 เป็นการวัดความพึงพอใจในเรื่องต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ 35 ตัวชี้วัด โดยในแต่ละตัวชี้วัด ผู้ตอบต้องเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับซึ่งมีความหมายดังนี้

1 = ไม่พึงพอใจมาก	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในเรื่องนั้นอย่างยิ่ง
2 = ไม่พึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในเรื่องนั้นพอสมควร
3 = ไม่พึงพอใจเล็กน้อย	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในเรื่องนั้นเล็กน้อย
4 = พึงพอใจเล็กน้อย	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องนั้นเล็กน้อย
5 = พึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องนั้นพอสมควร
6 = พึงพอใจมาก	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องนั้นอย่างยิ่ง

มิตินี้ 2 เป็นการวัดความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ 35 ตัวชี้วัดซึ่งมีข้อความเช่นเดียวกันกับมิตินี้ 1 โดยในแต่ละตัวชี้วัด ผู้ตอบต้องเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ซึ่งมีความหมายดังนี้

1 = ไม่สำคัญเลย	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกว่าเรื่องนั้นไม่มีความสำคัญต่อท่านอย่างยิ่ง
2 = ไม่สำคัญปานกลาง	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกว่าเรื่องนั้นไม่มีความสำคัญต่อท่านพอสมควร
3 = ไม่สำคัญเล็กน้อย	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกว่าเรื่องนั้นไม่มีความสำคัญต่อท่านเล็กน้อย

4 = สำคัญเล็กน้อย	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อท่านเล็กน้อย
5 = สำคัญปานกลาง	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อท่านพอสมควร
6 = สำคัญมาก	หมายถึง	ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อท่านอย่างยิ่ง

#### เกณฑ์การแปลผลคะแนน

วิธีการคิดคะแนนคุณภาพชีวิตของ Ferrans & Powers (1998) มีวิธีคิดดังนี้ คือ นำค่าเฉลี่ยของมาตรวัดแต่ละข้อ (1 - 6 คะแนน) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 3.5 มาลบออกจากคะแนนความพึงพอใจในแต่ละข้อ แล้วนำคะแนนที่ได้มาคูณกับคะแนนด้านความสำคัญในข้อเดียวกัน จากนั้นนำคะแนนในแต่ละข้อมารวมกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดเป็นคะแนนโดยรวม ส่วนคะแนนรายด้านคิดโดยนำคะแนนทุกข้อในแต่ละด้านรวมกัน แล้วหารด้วยจำนวนข้อในแต่ละด้าน คะแนนที่เป็นไปได้จะอยู่ในช่วง - 15 ถึง 15 จึงต้องนำมาบวกด้วย 15 เพื่อให้คะแนนที่ได้มีค่าเป็นบวก โดยค่าพิสัยของคะแนนที่ควรจะเป็นทั้งรายด้านและโดยรวมคือ 0 ถึง 30 คะแนน โดยมีเกณฑ์ระดับคุณภาพชีวิตดังนี้

คะแนน 0-10	หมายถึง	คุณภาพชีวิตระดับน้อย
คะแนน 11-20	หมายถึง	คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง
คะแนน 21-30	หมายถึง	คุณภาพชีวิตระดับดี

**ชุดที่ 3 แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง** ประยุกต์ใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองฉบับภาษาไทย (Self-As-Carer Inventory Thai Version : SCIT) ของแสงอรุณ อิศระมาลัย (2002) จำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้านคือ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง จำนวน 15 ข้อ 2) ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จำนวน 10 ข้อ 3) ด้านการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง จำนวน 7 ข้อ และ 4) ด้านทักษะและความพึงพอใจในการปฏิบัติการดูแลตนเอง จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ปรับข้อความให้มีความสั้น กระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่าย เพื่อให้มีความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทของสังคมไทยตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตัดข้อความที่ซ้ำซ้อนออกจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 34, 35, 36, 37 และ 40 เหลือข้อความทั้งหมด 35 ข้อ ซึ่งมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความเชิงปฏิบัติการของความสามารถในการดูแลตนเองที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ด้าน คือ มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง และมีทักษะและความพึงพอใจในการปฏิบัติการดูแลตนเองและนำไปคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ .86

นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .89 จึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ค่าคะแนนเรียงจากน้อยที่สุดไปหามากที่สุด 6 อันดับ คือ น้อยที่สุด มีค่าคะแนน 1 คะแนน มากที่สุด มีค่าคะแนน 6 คะแนน โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 210 คะแนน

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** ตามเกณฑ์การประเมินผลของแสงอรุณ อิศระมาลัย (2002) โดยการนำคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองทั้งหมดมารวม ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 35 - 210 คะแนน ผลรวมคะแนนมากแสดงว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองสูง ผลรวมคะแนนน้อยแสดงว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ

เพื่อให้ค่าคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองทั้งรายด้านและโดยรวม สามารถเปรียบเทียบกันได้ ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการแปลค่าคะแนน โดยนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแต่ละค่าคะแนน ก่อนที่จะทำการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (ชูศรีวงศ์รัตน์, 2553) ดังนี้

คะแนน	การแปลผล
น้อยกว่า $\bar{X}-1$ SD	ความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ
อยู่ระหว่าง $\bar{X}+1$ SD และ $\bar{X}-1$ SD	ความสามารถในการดูแลตนเองปานกลาง
มากกว่า $\bar{X}+1$ SD	ความสามารถในการดูแลตนเองสูง

**ชุดที่ 4 แบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ** ประยุกต์มาจากแบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของระพีณ ผลสุข และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2550) จำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 6 ข้อและคำถามเชิงบวก 6 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมาตรวจตามนัดและการควบคุมน้ำหนัก ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ปรับข้อความให้มีความสั้น กระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่าย เพื่อให้มีความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทของสังคมไทยตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ .92 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .60 ได้ตัดข้อความ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 6, 7, 8, 11 และ 12 เหลือข้อความทั้งหมด 5 ข้อ เป็นข้อความที่มีความหมายเชิงบวก 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5 และข้อความที่มีความหมายเชิงลบ

2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4 ซึ่งมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความเชิงปฏิบัติการของความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายและการควบคุมน้ำหนัก จึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-2 คะแนน คะแนนเต็มทั้งหมด 10 คะแนน โดยมีความหมายของตัวเลือกแต่ละข้อความและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

0 = ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่ได้ปฏิบัติตรงกับข้อนั้นเลย
1 = ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ได้ปฏิบัติตรงตามข้อนั้นเป็นบางครั้ง
2 = ปฏิบัติสม่ำเสมอ	หมายถึง	ได้ปฏิบัติตรงกับข้อนั้นสม่ำเสมอ

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** ใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนของระพีณ ผลสุข และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2550) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-2 คะแนน นำค่าคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนเต็มทั้งหมด 10 คะแนน คะแนนมากถือว่ามีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพสูง คะแนนต่ำถือว่ามีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพต่ำ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1 - 3	คะแนน	หมายถึง	ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพต่ำ
4 - 6	คะแนน	หมายถึง	ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพปานกลาง
6	คะแนนขึ้นไป	หมายถึง	ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพสูง

**ชุดที่ 5 แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ** ประยุกต์จากแบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของวนิดา หาจักร (2555) เน้นการวัดความสามารถของผู้ป่วยในการอ่านและเข้าใจ ลักษณะแบบประเมินให้ผู้ถูกประเมินอ่านข้อความที่ปรากฏในกล่องสี่เหลี่ยมแล้วตอบคำถามตามความเข้าใจ มีตัวเลือก 3 ตัวเลือก จำนวน 22 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 มิติ 1) ทักษะความเข้าใจ และ 2) ทักษะคิดคำนวณ แต่ละมิติ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ 1) การรับบริการตรวจรักษาหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ก่อนพบแพทย์ 4 ข้อ หลังพบแพทย์ 3 ข้อ 2) การปฏิบัติตัว เรื่องยา 5 ข้อ เรื่องการทำกิจกรรม 3 ข้อ เรื่องอาหาร 3 ข้อ เรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ 4 ข้อ แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ปรับข้อคำถามให้มีความสั้น กระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่าย เพื่อให้มีความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทของสังคมไทยตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ .95 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัด

เปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 ราย มีค่าความเชื่อมั่น คูเดอร์ริชาร์ดสันด์ 20 เท่ากับ .70 จึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีคะแนนรวมเท่ากับ 22 คะแนนโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้ให้	1	คะแนน
ตอบไม่ได้หรือไม่ตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้ให้	0	คะแนน

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** แบ่งระดับคะแนนโดยใช้เกณฑ์เดียวกับเครื่องมือ Test of Functional Health Literacy in Adult : TOFHLA (Parker, Baker, Williams, & Nurse, 1995) มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 1 คะแนน นำค่าคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนเต็มทั้งหมด 22 คะแนน คะแนนรวมแบ่งระดับความแตกฉานด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ดังนี้

0 - 12 คะแนน	หมายถึง	ความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ
13 - 16 คะแนน	หมายถึง	ความแตกฉานด้านสุขภาพปานกลาง
17 - 22 คะแนน	หมายถึง	ความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอ

**ชุดที่ 6 แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก** ประยุกต์ใช้แบบประเมินของสมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) ข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ที่มีความหมายเชิงบวกและเชิงลบ เป็นคำถามเชิงบวก 8 ข้อ และคำถามเชิงลบ 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ลักษณะข้อคำถามจะมีคำตอบให้เลือกตอบ ให้ผู้ตอบเลือกได้ตั้งแต่ 1-7 คะแนน โดยตัวเลข 1-7 จะบ่งชี้ความมากน้อยของความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบ แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ปรับข้อคำถามให้มีความสั้น กระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่าย เพื่อให้มีความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทของสังคมไทยตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 1.00 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .72 ได้ตัดข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 10, 11 และ 13 เหลือข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ซึ่งมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความเชิงปฏิบัติการของความเข้มแข็งในการมองโลกที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 4 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 4 ข้อ จึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวกและเชิงลบและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

## ตารางที่ 2 ข้อคำถามที่มีความหมายทางด้านบวกและทางลบ

ข้อคำถามที่มีความหมายทางด้านบวก	ข้อคำถามที่มีความหมายทางด้านลบ
4, 6, 7, 8	1, 2, 3, 5

ข้อคำถามที่มีความหมายทางด้านบวก	ข้อคำถามที่มีความหมายทางด้านลบ
เลือกตัวเลข 1 ให้ 1 คะแนน	เลือกตัวเลข 1 ให้ 7 คะแนน
เลือกตัวเลข 2 ให้ 2 คะแนน	เลือกตัวเลข 2 ให้ 6 คะแนน
เลือกตัวเลข 3 ให้ 3 คะแนน	เลือกตัวเลข 3 ให้ 5 คะแนน
เลือกตัวเลข 4 ให้ 4 คะแนน	เลือกตัวเลข 4 ให้ 4 คะแนน
เลือกตัวเลข 5 ให้ 5 คะแนน	เลือกตัวเลข 5 ให้ 3 คะแนน
เลือกตัวเลข 6 ให้ 6 คะแนน	เลือกตัวเลข 6 ให้ 2 คะแนน
เลือกตัวเลข 7 ให้ 7 คะแนน	เลือกตัวเลข 7 ให้ 1 คะแนน

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** คะแนนรายรวมใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงระดับคะแนนของสมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) คะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 8-56 คะแนน โดยแบ่งช่วงระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

8-24 คะแนน	หมายถึง	ความเข้มแข็งในการมองโลกระดับต่ำ
25-40 คะแนน	หมายถึง	ความเข้มแข็งในการมองโลกระดับปานกลาง
41-56 คะแนน	หมายถึง	ความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่

1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมทรวงอก	1	คน
2) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์	2	คน
3) อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่	2	คน

จากนั้นนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำเครื่องมือนี้นี้มาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา ค่าที่ยอมรับได้ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ .8 (Polit and Hunger, 2004)

สูตรคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

## 2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยที่ปรับปรุงแก้ไข ไปทดสอบกับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ .7-.8 (Devellis, 2003) หลังจากนั้น นำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลราชวิถี จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 110 คน

**ตารางที่ 3** ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n = 30)

แบบสอบถาม	ค่า CVI	วิธีตรวจสอบ	ทดลองใช้ (n = 30)
1. คุณภาพชีวิต	0.81	ครอนบาค	0.95
2. ความสามารถในการดูแลตนเอง	0.86	ครอนบาค	0.89
3. ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ	0.92	ครอนบาค	0.60
4. ความแตกฉานด้านสุขภาพ	0.95	คูเดอร์-ริชาร์ดสัน	0.70
5. ความเข้มแข็งในการมองโลก	1.00	ครอนบาค	0.72

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2556 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้



## 1. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ตัวอย่างเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุมัติเก็บ รวบรวมข้อมูล และการขอรับการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาล

1.2 ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของโรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้า แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจโรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อแนะนำตัว ชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บ รวบรวมข้อมูล

## 2. ขั้นรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามวัน เวลา ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจแต่ละแห่งเปิด บริการทุกสัปดาห์ในระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล จนได้จำนวนตัวอย่างครบ 110 คน โดยดำเนินการ ดังนี้

2.1 ศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่เข้ามารับการรักษาตามนัด ณ แผนกผู้ป่วยนอก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง อ่านรายละเอียดและลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จนได้กลุ่ม ตัวอย่างครบ 110 คน

2.4 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ละ 1 ราย โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งอยู่ในห้องที่ เตรียมไว้ ซึ่งเป็นห้องตรวจของแพทย์และมีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบ แบบสอบถามทั้งหมด 6 ชุด

2.5 นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจำนวน 110 ชุดแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ และได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลตำรวจวันที่ 18 กรกฎาคม 2556 และโรงพยาบาล

ราชวิทยาลัยวันที่ 18 กันยายน 2556 จึงเริ่มทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2556 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองทั้งสองโรงพยาบาล เข้าแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัย คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถามผู้วิจัยได้ ตลอดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุด โดยมีต้องให้ เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างและการได้รับการรักษาจากแพทย์และ พยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วม การวิจัย ขณะตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยยุติให้กลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามทันทีและผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งไปพบแพทย์ เพื่อดำเนินการรักษาที่ เหมาะสมต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว ลักษณะงานที่ทำก่อนและหลังการผ่าตัด ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ ชนิดของการ ผ่าตัด ชนิดของลิ้นหัวใจที่ใช้ โรคร่วม ระยะเวลาการเจ็บป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ระยะเวลา ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่า ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ วิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายและหาความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลา ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตาม คำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ในรูปแบบของเมตริกสหสัมพันธ์

การแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ใช้เกณฑ์ของ Salkind และคณะ (2000 อ้างอิงใน อวยพร เรื่องตระกูล, 2553) ดังนี้

ตารางที่ 4 การแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ขนาดความสัมพันธ์	ความหมาย
0.0 – 0.2	มีความสัมพันธ์กันต่ำมาก
0.2 – 0.4	มีความสัมพันธ์กันต่ำ
0.4 – 0.6	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
0.6 – 0.8	มีความสัมพันธ์กันสูง
0.8 – 1.0	มีความสัมพันธ์กันสูงมาก

4. วิเคราะห์อำนาจในการทำนายปัจจัย ได้แก่ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ทั้งเพศชายและหญิงอายุ 18–59 ปี ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจโรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิที่มีศูนย์โรคหัวใจ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 110 คน นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำอธิบาย แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 5

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 6 และ 7 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 8

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 9

### ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ลักษณะงานที่ทำก่อนและหลังการผ่าตัด ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ ชนิดของการผ่าตัด ชนิดของลิ้นหัวใจที่ใช้ โรคร่วม ระยะเวลาการเจ็บป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (n=110)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	42	38.2
หญิง	68	61.8
อายุ		
18 – 35 ปี	14	12.7
36 – 59 ปี	96	87.3
	$\bar{x} = 46.03$	S.D. = 10.42
ศาสนา		
พุทธ	108	98.2
คริสต์	1	0.9
อิสลาม	1	0.9
สถานภาพสมรส		
โสด	23	20.9
คู่	71	64.5
หม้าย	9	8.2
แยกกันอยู่	3	2.8
หย่า	4	3.6

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	5	4.5
ประถมศึกษา	51	46.4
มัธยมศึกษา/ปวช.	33	30.0
อนุปริญญา/ปวส.	3	2.7
ปริญญาตรี	14	12.7
สูงกว่าปริญญาตรี	4	3.7
รายได้ครอบครัว		
ไม่มีรายได้	6	5.5
น้อยกว่า 5,000 บาท	13	11.8
5,001 - 10,000 บาท	32	29.1
10,001 - 15,000 บาท	16	14.5
15,001 - 20,000 บาท	13	11.8
20,001 บาทขึ้นไป	30	27.3
ลักษณะงานที่ทำก่อนการผ่าตัด		
ไม่ได้ทำงาน	10	9.1
ทำงานบ้าน	15	13.6
ทำนา/ทำสวน/ทำไร่	16	14.5
ค้าขาย	15	13.6
ทำงานบริษัท	20	18.2
รับราชการ	15	13.6
รัฐวิสาหกิจ	2	1.9
รับจ้าง	15	13.6
อื่นๆ	2	1.9

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะงานที่ทำหลังการผ่าตัด		
ไม่ได้ทำงาน	9	8.2
ทำงานบ้าน	24	21.8
ทำนา/ทำสวน/ทำไร่	11	10.0
ค้าขาย	19	17.3
ทำงานบริษัท	18	16.4
รับราชการ	15	13.6
รัฐวิสาหกิจ	3	2.7
รับจ้าง	9	8.2
อื่นๆ	2	1.8
ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจก่อนผ่าตัด		
ระดับที่ 1	15	13.6
ระดับที่ 2	50	45.5
ระดับที่ 3	27	24.5
ระดับที่ 4	18	16.4
ชนิดของการผ่าตัด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ จำนวนคำตอบทั้งหมด = 131 คำตอบ)		
Mitral Valve Replacement	85	77.3
Aortic Valve Replacement	39	35.5
Tricuspidal Valve Replacement	5	4.5
Pulmonic Valve Replacement	2	1.8
ชนิดของลิ้นหัวใจที่ใช้		
Mechanical Valve	102	92.7
Bioprosthesis/Tissue Valve	8	7.3

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	85	77.3
มีโรคร่วม(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ จำนวนคำตอบทั้งหมด = 28 คำตอบ)	25	22.7
เบาหวาน	2	1.8
ความดันโลหิตสูง	10	9.1
ไขมันในเลือดสูง	6	5.5
หัวใจเต้นผิดปกติ	10	9.1
ระยะเวลาการเจ็บป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ		
0 - 5 ปี	90	81.8
6 - 10 ปี	14	12.8
11 - 15 ปี	2	1.8
16 - 20 ปี	2	1.8
21 ปีขึ้นไป	2	1.8
	$\bar{x} = 3.2$	S.D. = 5.19
ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ		
0 - 5 ปี	74	67.3
6 - 10 ปี	19	17.3
11 - 15 ปี	5	4.5
16 - 20 ปี	7	6.4
21 ปีขึ้นไป	5	4.5
	$\bar{x} = 5.78$	S.D. = 6.86

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 36 - 59 ปี ( $\bar{x} = 46.03$ , S.D.=10.42) นับถือศาสนาพุทธ สถานะภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มีรายได้ครอบครัว 5,001 - 10,000 บาท รองลงมาคือมีรายได้ครอบครัว 20,001 บาทขึ้นไป ลักษณะงานที่ทำก่อนการผ่าตัดคือทำงานบริษัท



รองลงมาคือทำนา/ทำสวน/ทำไร่ ลักษณะงานที่ทำหลังการผ่าตัดคือ ทำงานบ้าน รองลงมาคือ ค่าขาย ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจอยู่ในระดับที่ 2 รองลงมาคือระดับที่ 3 ชนิดของการผ่าตัดคือ Mitral Valve Replacement รองลงมาคือ Aortic Valve Replacement ชนิดของลิ้นหัวใจที่ใช้คือ Mechanical Valve กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วม คือ ความดันโลหิตสูงและหัวใจเต้นผิดปกติ รองลงมาคือ ไชมันในเลือดสูง ระยะเวลาการเจ็บป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ 0-5 ปี รองลงมาคือ 6-10 ปี ( $\bar{X} = 3.2$ , S.D. = 5.19) ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ 0-5 ปี รองลงมาคือ 6-10 ปี ( $\bar{X} = 5.78$ , S.D. = 6.86)

**ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 6 และ 7 ตามลำดับ**

**ตารางที่ 6** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับคะแนนของระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (n=110)

ตัวแปรต้น	$\bar{X}$	SD	Min	Max	การแปลผล
ความสามารถในการดูแลตนเอง	172.93	20.03	122	210	สูง
ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ	6.56	1.49	2	10	สูง
ความแตกฉานด้านสุขภาพ	18.60	2.44	12	22	เพียงพอ
ความเข้มแข็งในการมองโลก	38.01	8.14	23	56	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	24.75	3.01	11.57	29.57	ดี

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยตัวแปรทำนายอยู่ในระดับต่าง ๆ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองและคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับปานกลางและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและจำแนกตามด้านได้แก่ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณและด้านครอบครัว (n=110)

คุณภาพชีวิต	$\bar{X}$	S.D.	Min	Max	การแปลผล (ระดับ)
ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย	24.72	2.98	13.19	30	ดี
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	24.37	3.97	3.00	30	ดี
ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	24.61	3.85	9.64	30	ดี
ด้านครอบครัว	25.83	4.01	6.00	30	ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม	24.75	3.01	11.57	29.57	ดี

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านครอบครัวและคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่าในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอยู่ในระดับดี

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) (n = 110)

ตัวแปรต้น	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	แปลผล
ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ	.099	.306	ต่ำมาก
ความสามารถในการดูแลตนเอง	.463*	.000	ปานกลาง
ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ	.229*	.016	ต่ำ
ความแตกฉานด้านสุขภาพ	.150	.118	ต่ำมาก
ความเข้มแข็งในการมองโลก	.392*	.000	ปานกลาง

\* p < .05

จากตารางที่ 8 พบว่าความสามารถในการดูแลตนเอง ( $r = .463$ ) และความเข้มแข็งในการมองโลก ( $r = .414$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ( $r = .229$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและความแตกฉานด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด เปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้าน สุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis) ผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis) (n = 110)

ตัวทำนาย	B	$\beta$	t	p-value	Tolerance	VIF
(Constant)	10.062		3.466	.001		
ความสามารถในการดูแลตนเอง	.056	.374	3.999	.000	.782	1.279
ความเข้มแข็งในการมองโลก	.097	.263	2.730	.007	.734	1.362
ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด เปลี่ยนลิ้นหัวใจ	.021	.047	.548	.585	.928	1.078
ความแตกฉานด้านสุขภาพ	.054	.043	.479	.633	.829	1.206
ความร่วมมือในการปฏิบัติตาม คำแนะนำด้านสุขภาพ	.022	.011	.118	.906	.795	1.257

Overall F = 8.491 (p = .000), R = .538, R<sup>2</sup> = .290

จากตารางที่ 9 อธิบายการวิเคราะห์การทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตัวแปร  
เชิงพหุ 5 ตัวแปร เป็นตัวทำนายระหว่างกัน ผลปรากฏว่า

1. Overall F มีค่า 8.491 (p = .000) หมายถึง ตัวแปรทำนายทั้ง 5 ตัว ร่วมกันทำนายหรือ  
มีความสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่  
ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

2. R<sup>2</sup> = .290 หมายถึง ประสิทธิภาพในการทำนาย เท่ากับร้อยละ 29

3. พิจารณาค่า  $\beta$  พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง มีสัมประสิทธิ์การทำนายสูงสุด  
รองลงมา คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความ  
แตกฉานด้านสุขภาพ ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ตามลำดับ

4. พิจารณาค่า  $\beta$  ของตัวแปรทำนาย ได้แก่ ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ มีค่าน้อยและไม่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการทำนาย มิได้หมายความว่า ตัวแปรทำนายดังกล่าวไม่มีประสิทธิภาพในการทำนาย เพียงแต่ความสามารถในการทำนายไม่เพิ่มขึ้นเมื่อร่วมทำนายกับตัวแปรทำนายอื่น ๆ ทั้งนี้เป็นลักษณะของ Multiple Regression และหรือ ตัวแปรทำนายมีอิทธิพลทางอ้อมส่งผ่านตัวแปรตัวอื่น น่าจะมีการศึกษาในเชิงลึกต่อไป

จากตารางที่ 9 สรุปได้ว่า ตัวแปรทำนายทั้งหมด ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความเข้มแข็งในการมองโลก ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความแตกฉานด้านสุขภาพ และความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้ร้อยละ 29 โดยความสามารถในการดูแลตนเอง ความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถร่วมทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความแตกฉานด้านสุขภาพ และความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ สามารถร่วมทำนายได้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นสามารถสร้างสมการทำนายในรูปแบบมาตรฐานได้ ดังนี้

$$\begin{aligned} Z_{\text{คุณภาพชีวิต}} = & .374 Z_{\text{ความสามารถในการดูแลตนเอง}} + .263 Z_{\text{ความเข้มแข็งในการมองโลก}} + \\ & .047 Z_{\text{ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ}} + .043 Z_{\text{ความแตกฉานด้านสุขภาพ}} + \\ & .011 Z_{\text{ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ}} \end{aligned}$$

จากสมการคะแนนมาตรฐานจะพบว่า คะแนนมาตรฐานของความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น .374 หน่วย คะแนนมาตรฐานของความเข้มแข็งในการมองโลกของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น .263 หน่วย คะแนนมาตรฐานของระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น .047 หน่วย คะแนนมาตรฐานของความแตกฉานด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น .043 หน่วย คะแนนมาตรฐานของความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น .011 หน่วย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทั้งเพศชายและหญิงอายุ 18-59 ปี ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลราชวิถี เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ช่วงระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2556 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi - stage sampling) จำนวน 110 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดคุณภาพชีวิต 3) แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง 4) แบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ 5) แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ 6) แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.81, 0.86, 0.92, 0.95 และ 1.0 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .95, .89, .60 และ .72 ตามลำดับ ยกเว้นแบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ 0.70

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว ลักษณะงานที่ทำก่อนและหลังการผ่าตัด ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ ชนิดของการ

ผ่าตัด ชนิดของลิ้นหัวใจที่ใช้ โรคร่วม ระยะเวลาการเจ็บป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ วิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายและหาความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ในรูปแบบของเมตริกสหสัมพันธ์

4. วิเคราะห์อำนาจในการทำนายปัจจัย ได้แก่ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis)

### สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.8 อายุระหว่าง 36-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 96 ( $\bar{X}$  = 46.03, S.D. = 10.42) นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98.2 รองลงมานับถือศาสนาคริสต์และอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 0.9 ทั้งสองศาสนา สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 64.5 รองลงมาสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 20.9 ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.4 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 30 รายได้ครอบครัว 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 29.1 รองลงมาคือมีรายได้ครอบครัว 20,001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 27.3 ลักษณะงานที่ทำก่อนการผ่าตัดคือทำงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 18.2 รองลงมาคือทำนา/ทำสวน/ทำไร่ คิดเป็นร้อยละ 14.5 ลักษณะงานที่ทำหลังการผ่าตัดคือ ทำงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 21.8 รองลงมาคือค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 17.3 ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจอยู่ในระดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 45.5 รองลงมาคือระดับที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 24.5 ชนิดของการผ่าตัดคือ Mitral Valve Replacement คิดเป็นร้อยละ 77.3 รองลงมาคือ Aortic Valve Replacement คิดเป็นร้อยละ 35.5 ชนิดของลิ้นหัวใจที่ใช้คือ Mechanical Valve คิดเป็นร้อยละ 92.7 รองลงมาคือ Bioprosthesis/Tissue Valve คิดเป็นร้อยละ 7.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 77.3 กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วม

คิดเป็นร้อยละ 22.7 กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วม คือ ความดันโลหิตสูงและหัวใจเต้นผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 9.1 รองลงมาคือ ไชมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 5.5 ระยะเวลาการเจ็บป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ 0-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 81.8 รองลงมาคือ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.8 ( $\bar{X}$  = 3.2, S.D. = 5.19) ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ 0-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.3 รองลงมาคือ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.3 ( $\bar{X}$  = 5.78, S.D. = 6.86)

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}$  = 24.72, S.D. = 2.98) ด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}$  = 24.37, S.D. = 3.97) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}$  = 24.61, SD = 3.85) ด้านครอบครัวอยู่ในระดับดี (= 25.83, SD = 4.01) และคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}$  = 24.75, SD = 3.01) แสดงให้เห็นว่าในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอยู่ในระดับดี

3. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยตัวแปรทำนายอยู่ในระดับต่าง ๆ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$  = 172.94, S.D. = 20.03) คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$  = 6.56, S.D. = 1.49) คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ ( $\bar{X}$  = 18.60, S.D. = 2.44) และคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 38.01, S.D. = 8.14)

4. ความสามารถในการดูแลตนเอง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r$  = .463, .392 และ .229 ตามลำดับ) แต่ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและความแตกฉานด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

5. ตัวแปรทำนาย ความสามารถในการดูแลตนเอง ความเข้มแข็งในการมองโลก ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความแตกฉานด้านสุขภาพ และความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้ร้อยละ 29 โดยความสามารถในการดูแลตนเอง ความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถร่วมทำนายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพและความแตกฉานด้านสุขภาพ สามารถร่วมทำนายได้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงสร้างสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$\begin{aligned} Z_{\text{คุณภาพชีวิต}} = & .374 Z_{\text{ความสามารถในการดูแลตนเอง}^*} + .263 Z_{\text{ความเข้มแข็งในการมองโลก}^*} \\ & + .047 Z_{\text{ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ}} + .043 Z_{\text{ความแตกฉานด้านสุขภาพ}} \\ & + .011 Z_{\text{ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ}} \end{aligned}$$



## อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัยและประเด็นที่ค้นพบดังนี้

### 1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

จากผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยรวมและแยกเป็นรายด้านได้แก่ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณและด้านครอบครัวอยู่ในระดับดี ทั้งนี้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เป็นความรู้สึกซึ่งเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ในแต่ละองค์ประกอบซึ่งมีความสำคัญต่อผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ตามสภาพที่ตนดำรงอยู่และเป็นการรับรู้และตัดสินโดยผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ในด้านต่าง ๆ อันได้แก่ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณและด้านครอบครัว ตามกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิต Ferrans & Powers (1992) ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในสิ่งที่ตนเองให้ความสำคัญในแต่ละองค์ประกอบซึ่งมีความสำคัญต่อตนเอง ตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ และสามารถรับรู้และตัดสินได้ด้วยตนเอง ตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดี เป็นไปตามแนวคิดของ Ferrans & Powers (1992) ที่เชื่อว่า บุคคลที่ไม่มีความพึงพอใจเลยในสิ่งที่ได้ให้ความสำคัญมากที่สุด จะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าบุคคลที่มีความพึงพอใจมากที่สุด ในสิ่งที่ตนเองได้ให้ความสำคัญมากที่สุด คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกซึ่งเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ในแต่ละองค์ประกอบซึ่งมีความสำคัญต่อบุคคล ตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ และเป็นการรับรู้และตัดสินโดยบุคคลนั้น ๆ อีกทั้งการรักษาโรคลิ้นหัวใจพิการที่ดีที่สุดในปัจจุบัน คือ การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากอาการที่คุกคามต่าง ๆ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด (Brunner & Suddarth, 2003) การดูแลรักษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพียงเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตหรือแก้ไขความผิดปกติเท่านั้นยังต้องการให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (แพรวพรรณ สุวรรณกิจ และคณะ, 2555)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวสูงสุด ( $\bar{X}$  = 25.83) ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่มากถึง ร้อยละ 64.5 จึงเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญมากอีกประการหนึ่ง ที่ทำให้มีการประเมินคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดในระดับดี เนื่องจากการมีคู่สมรสซึ่งจัดได้ว่าเป็นบุคคลสำคัญที่มีความใกล้ชิด ความผูกพัน คอยดูแล ส่งเสริมให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงในอารมณ์ มีความมั่นใจในการเผชิญต่อปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของทิพพพร ตังอำนาจ (2541) ที่พบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต สำหรับคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X}$  = 24.37) ทั้งนี้เนื่องมาจาก ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถทำงานหารายได้เช่น

ปกติ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนลักษณะงานที่ทำหลังการผ่าตัดมาเป็นทำงานบ้านสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.8 เพิ่มขึ้นจากก่อนการผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 8.2 ทำให้ขาดรายได้ เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาและการต้องมาตรวจตามนัดบ่อย ๆ ซึ่งการมาตรวจตามนัดแต่ละครั้งต้องมีค่าใช้จ่าย และบางรายอาจต้องขาดงานมาพบแพทย์ ส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วย และเมื่อพิจารณาจำแนกตามรายข้อพบว่า หน้าที่การงานและการไม่มีงานทำคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง บางรายไม่สามารถทำงานหารายได้เช่นปกติ จึงมีการปรับเปลี่ยนลักษณะงานที่ทำหลังการผ่าตัด ทำให้ขาดรายได้ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนลักษณะงานที่ทำ แต่กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอยู่ในช่วง 0-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.3 ซึ่งเมื่อได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในระยะแรกผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ในระยะพักฟื้นผู้ป่วยต้องจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยสามารถทำได้ จึงเกิดการขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการที่จะกลับไปทำกิจกรรมตามปกติจึงส่งผลต่อหน้าที่การงาน

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 36-59 ปี คิดเป็น ร้อยละ 96 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะ พัฒนาการ ประสบการณ์ชีวิต การคิด การรับรู้และการตัดสินใจที่ดี จึงส่งผลให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตค่อนข้างดี และสามารถเผชิญปัญหาได้ (ชญาณิช ลือวานิช, 2540) กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับ 2 มากที่สุด คือร้อยละ 45.5 จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้นจากภาวะที่ทุกข์ทรมานทางกายจากภาวะของโรคที่เป็นอยู่ก่อนผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพา ศุภราศรี (2538) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจในระดับสูงก่อนผ่าตัดจะมีการปรับตัวหลังผ่าตัดได้ดี ซึ่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่สามารถปรับตัวได้ดีย่อมจะมีความเป็นสุขด้านภาวะสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 64.5 ดังนั้นอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี

**2. ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ**

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อยู่ในช่วง 0-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.3 ซึ่งเมื่อได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในระยะแรกผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากแต่เมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยสามารถปรับตนเองกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ 6 เดือนไปแล้ว จากการศึกษาของแพรวพรรณ สุวรรณกิจ (2555) พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตรายด้าน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ

ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ 1-3 เดือนและ 3-6 เดือนอยู่ในระดับปานกลางตรงกับการศึกษาของธิวาสา ลีวัธนะและคณะ (2548) ที่สรุปว่าระยะเวลาหลังผ่าตัดสามารถใช้ทำนายคุณภาพชีวิตได้ น่าจะเนื่องจากหลังผ่าตัดช่วง 6 เดือนแรกผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวลและอาการปวดแผลหลังผ่าตัด จึงส่งผลให้คะแนนการประเมินคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง แต่ภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ 6 เดือนไปแล้วพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตแต่ละด้านอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับการศึกษาของจรรย์ สายะสถิตย์และคณะ (2552) สาเหตุที่คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอาจเนื่องจากอาการปวดแผลผ่าตัดหายไป ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ประกอบกับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ดังนั้นในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอยู่ในช่วง 0-5 ปี ซึ่งผ่านช่วงที่มีการปรับตัวของผู้ป่วยจนทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแล้ว จึงไม่ทำให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงอีก นอกจากนี้การศึกษาของขวัญใจ แจ่มสร้อย (2548) พบว่าระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยรู้ว่าตนเองเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองโดยปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพในเรื่องต่าง ๆ เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจตามนัด ทำให้สามารถควบคุมโรคได้ดี ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจหลังผ่าตัดเป็นภาวะของโรคเรื้อรังเช่นเดียวกัน ดังนั้นไม่ว่าการเจ็บป่วยจะมีระยะเวลานานเท่าใดผู้ป่วยจะยังคงปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติมากที่สุด จึงอาจไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 36-59 ปี (ร้อยละ 96) ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะ พัฒนาการ ประสบการณ์ชีวิต การคิด การรับรู้และการตัดสินใจที่ดี เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงจากการผ่าตัดก็จะสามารถปรับตัวได้ดีโดยไม่ขึ้นอยู่กับระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด

**ความสามารถในการดูแลตนเอง** มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .463$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 หมายถึง เมื่อผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองที่สูง จะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย อธิบายได้ว่าความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นความสามารถของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ในการกระทำหรือปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ ที่จะก่อให้เกิดการดูแลตนเองอย่างจริงจังและมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต เป็นความสามารถอันซับซ้อนของบุคคลที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งกระบวนการของชีวิต (life processes) โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการให้ดำเนินไปถึงขีดสูงสุด ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ตามแนวคิดของ Orem (2001) ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองสูง จึงก่อให้เกิดการดูแลตนเองที่ดีเพื่อตอบสนองความต้องการที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต ส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามไปด้วย การศึกษา

ของธีวสา ลีวัธนะ และคณะ (2551) ศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีความสามารถดูแลตนเองมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับจันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539) ศึกษาพบว่า ถ้ามีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีมักจะไม่มีภาวะแทรกซ้อนขึ้น ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .319, p < .01$ )

**ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ** มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .229$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 หมายถึง เมื่อผู้ป่วยมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพที่สูงจะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย อธิบายได้ว่า ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพเป็นพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลในการปฏิบัติให้สอดคล้องกับคำแนะนำหรือสอดคล้องกับแผนการรักษา ในการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสำคัญต่อการรักษาอย่างยิ่ง ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ และปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผลของการรักษาประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพ (Joyce และคณะ, 2004) ดังนั้นความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในระดับสูง ย่อมแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับคำแนะนำหรือสอดคล้องกับแผนการรักษา ในการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งส่งผลดีต่อการรักษาอย่างยิ่ง เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผลของการรักษาประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Joyce และคณะ (2004) พบว่า ผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาว คุณภาพชีวิตดีขึ้น อาการของโรคลดลง เช่นเดียวกับ Akhtar และคณะ (2009) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดทุกราย การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างสม่ำเสมอมีผลทำให้การทำงานของลิ้นหัวใจเทียมทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

**ความแตกฉานด้านสุขภาพ** ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทางสถิติ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพเป็นความสามารถของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในการอ่าน เข้าใจข้อมูลและสามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จะต้องมีความแตกฉานด้านสุขภาพในประเด็นเกี่ยวกับ การรับบริการการตรวจรักษาภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และการปฏิบัติตัวเรื่อง ยา การทำกิจกรรม อาหาร สังเกตอาการผิดปกติและมาพบแพทย์ การที่กลุ่ม

ตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอ ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา แต่โดยรวมแล้วกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ซึ่งการศึกษาที่สูงขึ้นจะทำให้บุคคลมีความรู้กว้างขวางในหลายเรื่อง มีความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ที่เรียนรู้ได้มาก มีการตัดสินใจที่ดี ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ จึงส่งผลให้สามารถติดตามอาการและได้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องและเมื่อเกิดอาการจึงได้รับการแก้ไข การมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอจึงเกิดความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ จนเกิดความเคยชินเมื่อบุคคลรู้สึกคุ้นเคยกับเหตุการณ์ การรักษาที่ไม่ซับซ้อน การได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง อาการไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม บุคคลจะเกิดการรับรู้ และให้ความหมายของเหตุการณ์นั้นได้ดีขึ้นไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา หาจักร (2555) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.1) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 47.1 มีความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ( $\beta = -.077, p > .05$ )

**ความเข้มแข็งในการมองโลก** มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .392$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 หมายถึง ความเข้มแข็งในการมองโลกที่สูงขึ้น จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย อธิบายได้ว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นการรับรู้โดยกระบวนการทางปัญญาว่าสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบตนเองนั้นสามารถเข้าใจและอธิบายด้วยเหตุและผล มองสิ่งเร้านั้นเป็นสิ่งที่ทำลายมีความคุ้มค่าที่จะใช้กำลังกายและสติปัญญาในการแก้ปัญหาให้ลุล่วงไปและมองว่าตนเองนั้นมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยในการจัดการกับปัญหา ที่อาจจะคุกคามตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตได้ (Antonovsky, 1987) ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา สามารถรับรู้เข้าใจและอธิบายด้วยเหตุและผลโดยกระบวนการทางปัญญาถึงสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบตนเองเมื่อป่วยและต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เรียนรู้ที่จะใช้กำลังกายและสติปัญญาในการแก้ปัญหาให้ลุล่วงไปและจัดการกับปัญหาที่อาจจะคุกคามตนเองได้พอควร จึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของจินทนา เตชะคฤห (2540) พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = .60$ ) เช่นเดียวกับ Post-White และคณะ (1996) ได้ศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงก็จะทำให้มีคุณภาพชีวิตสูงด้วย

### 3. ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้

ผลการศึกษานี้ พบว่า ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้ร้อยละ 29 ( $R^2 = .290$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 เมื่อพิจารณาน้ำหนักในการทำนาย พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง มีสัมประสิทธิ์การทำนายสูงสุด รองลงมาคือความเข้มแข็งในการมองโลก ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความแตกฉานด้านสุขภาพ และสุดท้ายคือความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ โดยความสามารถในการดูแลตนเองและความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถร่วมกันทำนายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายได้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการศึกษาพบว่า **ความสามารถในการดูแลตนเอง** สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้ ร้อยละ 21.4 ( $R^2 = .214$ ) โดยความสามารถในการดูแลตนเองสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 21.4 ( $R^2 \text{ change} = .214$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**ความเข้มแข็งในการมองโลก** สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้เพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 28.6 ( $R^2 = .286$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 7.2 ( $R^2 \text{ change} = .072$ ) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย มีอายุระหว่าง 36 – 59 ปี ซึ่งอาจยังไม่มี การเปลี่ยนแปลงของสุขภาพร่างกายจากวัยสูงอายุมากนัก ทำให้ยังสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นวัยที่มีประสบการณ์การเรียนรู้ในอดีตที่ผ่านมาทำให้สามารถทำความเข้าใจ ให้ความหมาย และจัดการแก้ไขกับปัญหาได้ดี มีแหล่งประโยชน์ที่ช่วยสนับสนุนเสริมสร้างให้มีความเข้มแข็งในการมองโลกที่ช่วยในการเผชิญปัญหาและมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น อีกทั้งการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี ส่งผลให้เกิดสติปัญญา ความรู้จากการเล่าเรียนหนังสือ อ่านออกเขียนได้ รู้จักการผสมผสาน นำเอาแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสมมาใช้ในการเผชิญปัญหา ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงสามารถเผชิญกับเหตุการณ์หรือความเครียดที่เข้ามากระทบได้ เข้าใจปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น รวมถึงจัดการกับปัญหาจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับ Motzer และ Stewart (1996) ศึกษาพบว่า สามารถใช้ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค

หลุดเลือดหัวใจ นอกจากนี้การศึกษาของกนกพร สุคำวัง (2540) พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามทฤษฎีความผาสุกในชีวิตของ Antonovsky (1982) ที่ว่าความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถกระตุ้นหรือดึงแหล่งต้านทาน ความเครียด หรือแหล่งประโยชน์ทั่วไปมาใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการจัดการกับสถานการณ์ ความเครียด ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สามารถประเมินปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เข้ามาคุกคามชีวิตว่าเป็นสิ่งที่ทำนาย มีคุณค่า สามารถเข้าใจปัญหา อธิบายเหตุผลและคาดการณ์ล่วงหน้าได้ สามารถปรับตัวและเผชิญต่อความเครียด นำแหล่งต้านทาน ความเครียดมาใช้ในการจัดการกับปัญหา ทำให้เกิดความพึงพอใจ มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะมีคุณภาพชีวิตดี โดยจะมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถมองปัญหาความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมที่มากกระทบว่าเป็นสิ่งที่มีความหมาย มีคุณค่า เป็นสิ่งที่ท้าทายและอธิบายเหตุผลได้ สามารถดึงเอาแหล่งประโยชน์ทั่วไปที่มีอยู่รอบตัวมาใช้ในการปรับตัวและช่วยให้เผชิญความเครียดได้ดี มีความสุข และความพึงพอใจในชีวิต

**ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ** สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้เพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 28.8 ( $R^2 = .288$ ) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้เพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ .2 ( $R^2 \text{ change} = .002$ ) อธิบายได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จากการศึกษาของจันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539) พบว่าระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด สามารถบ่งบอกถึงระยะเวลาในการที่ได้เรียนรู้ และมีประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งคาดว่าจะมีผลต่อความคิด การแสดงออกต่อความเจ็บป่วย และการเรียนรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สอดคล้องกับวิชาสา สิวัดณะและคณะ (2551) พบว่าระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดนานทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ และเกิดการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 23 ( $p < .05$ )

**ความแตกฉานด้านสุขภาพ** สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้เพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 29 ( $R^2 = .290$ ) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความแตกฉานด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ .2 ( $R^2 \text{ change} = .002$ ) อธิบายได้ว่าความแตกฉานด้านสุขภาพสามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้เล็กน้อยอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีสามารถทำกิจวัตรประจำวัน ออกกำลังกายและกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากพอสมควร โดยอาจมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่นเล็กน้อย เป็นบางครั้งเมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น ส่งผลให้สามารถประกอบอาชีพ และทำกิจกรรมต่างๆ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ จึงส่งผลให้สามารถติดตามอาการและได้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องและ

เมื่อเกิดอาการจึงได้รับการแก้ไข การมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอจึงเกิดความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ จนเกิดความเคยชินเมื่อบุคคลรู้สึกคุ้นเคยกับเหตุการณ์ การรักษาที่ไม่ซับซ้อน การได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง อาการไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม บุคคลจะเกิดการรับรู้ และให้ความหมายของเหตุการณ์นั้น ได้ดีขึ้น ด้วยเหตุนี้ความแตกฉานด้านสุขภาพจึงสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เป็นอย่างดี ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

**ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ** สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่เพิ่มการทำนาย และไม่เพิ่มความแปรปรวนของคุณภาพชีวิต แต่จากการศึกษาพบว่าความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอิทธิพลของตัวแปรทำนายก่อนหน้านี้ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจึงทำให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ไม่มีผลต่อการเพิ่มความสามารถในการทำนาย ทั้งนี้เป็นลักษณะของ Multiple Regression ที่ตัวแปรทำนายสามารถมีอิทธิพลทางอ้อมส่งผ่านตัวแปรตัวอื่นได้ แสดงว่า ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางอ้อมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งน่าจะมีการศึกษาในเชิงลึกต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยเน้นความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี
2. ควรจัดให้มีการประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในระยะแรก และประเมินเป็นระยะ ๆ
3. ส่งเสริมความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า แบบประเมินความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพและความแตกฉานด้านสุขภาพ ได้ตัดแปลงมาจากแบบประเมินที่ใช้กับผู้ป่วยที่มีบริบทใกล้เคียงกับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ประเมินทั้ง 2 ตัวแปรนี้ ให้มีความเหมาะสมและตรงกับบริบทผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ



3. ควรศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เช่น จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำนวนลิ้นหัวใจที่เปลี่ยน ค่า Ejection Fraction เป็นต้น



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## รายการอ้างอิง

- กนกกาญจน์ กอบกิจสมงคล และคณะ. (2552). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาลรามาริบัติ. *วารสารสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 20(1).
- กนกพร สุคำว้าง. (2540). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมการแพทย์. (2554). สถิติโรค 2554 : จำนวนผู้ป่วยผ่าตัด/หัตถการ จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ. Retrieved 8 สิงหาคม 2556, from <http://www.dms.moph.go.th>.
- กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2550-2552. Retrieved 22 มีนาคม 2556 from <http://www.moph.go.th/>
- ขวัญใจ แจ่มสร้อย. (2548). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ*. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข.
- คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. (2553). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 2*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- คัทลียา คงเพชร. (2553). *ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการที่บ้านต่ออาการระยะพักฟื้นกิจกรรมทางด้านร่างกายและความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังรับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรัญ สายะสถิตย์ และคณะ. (2552). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. *พุทธชินราชเวชสาร*, 26(3), 216-228.
- จันทนา เตชะคฤห. (2540). *ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตและความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชญานิศ ลือวานิช. (2540). *บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ความเครียดและการเผชิญของญาติผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2553). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- ฐิติกานต์ กาลเทศ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการ  
รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจ  
และทรวงอก*, 22(2), 2-14.
- ณัฐฐิตา เพชรประไพ. (2541). *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ*. วิทยานิพนธ์  
ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทิพาพร ตั้งอำนวย และคณะ. (2541). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ*. คณะพยาบาล  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธิติมา สามแก้ว. (2551). *คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด*. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธิวสา สิวธนะ. (2547). *ปัจจัยพื้นฐานความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลัง  
ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นวรรตน์ สุทธิพงศ์. (2550). *ผลของการพัฒนาความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อ  
พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี*.  
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา ภาสุนันท์. (2529). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง  
กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริศนา อัดถาผล. (2543). *ภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้น  
หัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). *การพยาบาลหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พรทิพา ศุภราศี. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับ  
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชร อ่องจิต. (2550). *ตำราศัลยกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพียงใจ ดอนคำมูล. (2555). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อความร่วมมือใน  
การปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ที่เป็นวัณโรคปอดในระยะเข้มข้นของการรักษา โรงพยาบาล  
ลำปาง*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพียงดาว จุลบาท. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย  
ไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล  
ผู้ใหญ่ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- แพรวพรรณ สุวรรณกิจ และคณะ. (2555). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ*. *พุทธชิน  
ราชเวชสาร*, 29(1), 36-43.

- ภมร แชมร์รักษา และคณะ. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 3(2), 1-14.
- ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ. (2550). การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. *วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*.
- ยุวดี ฤาชา และคณะ. (2543). *วิจัยทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สยามศิลปการพิมพ์.
- ระพีณ ผลสุข และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2550). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 19(1), 108-120.
- รัศมี สิทธิพันธ์. (2548). *ความเชื่อด้านสุขภาพกับการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัด ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วนิดา หาจักร. (2556). อิทธิพลของความรู้สึกล้มเหลวในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 25(1), 75-92.
- วาสนา กรุดไทย. (2554). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อมที่รักษาทางการแพทย์แผนไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วาสนา อุปสาร. (2551). *การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารบริการสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- ศรัทธา แหวง. (2547). *ผลของการสนับสนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กรมการแพทย์. จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดกรมการแพทย์. Retrieved 8 สิงหาคม 2555, from <http://www.dms.moph.go.th>
- ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย. ความรู้เกี่ยวกับการบริจาคลิ้นหัวใจ. Retrieved 22 มกราคม 2556, from [http://www.organdonate.in.th/?page\\_id=190](http://www.organdonate.in.th/?page_id=190)
- ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. Retrieved 27 ตุลาคม 2555, from <http://www.chula-cardiaccenter.org/th/specialties-and-services/cardiac-surgery/>
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรินต์ติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). *การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 4*. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินต์ติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ, และพรณวดี พุฒวัฒน์. (2532). สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย. *วารสารพยาบาล*, 38(3), 169-190.

- สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี. (2553). *การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.
- สมพันธ์ ธิญชีระนันท์. (2540). การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. *วารสารพยาบาล*, 46(2), 71-81.
- สมพิศ พรหมเดช. (2537). *ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาหลังผ่าตัด การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนไต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมัยพร อาชาล. (2543). *ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย. สถิติการผ่าตัดหัวใจ 2544-2555. Retrieved 4 เมษายน 2556, from [www.thaiheartassociation.org](http://www.thaiheartassociation.org)
- สันต์ ใจยอดศิลป์. (2542). *การดูแลผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ*. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์สวย.
- สายฝน จีบใจ. (2540). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกษม อัตนวานิช. (2539). *โรคลิ้นหัวใจพิการ*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วรานนท์เอ็นเตอร์ไพรส์.
- สุนทรী อุปพงศ์. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือของบิดามารดาในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและดูแลผู้ป่วยเด็กตาเข*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อติพร สำราญบัว. (2544). *ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพโดยองค์รวมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรุณรัตน์ กาญจนะ. (2545). *ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อวยพร เรืองตระกูล. (2553). *เอกสารประกอบการสอนวิชาสถิติและวิจัย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุบลรัตน์ ต้อยมาเมือง. (2546). การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. *วารสารเจาะลึกทางการพยาบาล*, 1(1), 1-3.

- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, A. M. A. (1999). Health Literacy Report of the Council on Scientific Affairs. *The Journal of the American Medical Association*, 281(6).
- Akhtar, R. P., Abid, A. R., Zafar, H., & Khan, J. S. (2009). Aniticoagulation in patients following prosthetic heart valve replacement. *Annals Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 15(1), 10-17.

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science Medicine*, 36, 725-733.
- Berlim, M. T., & Fleck, M. P. A. (2003). Quality of life: Brand new concept for research and practice in psychiatry. *Res Bras Psiquiatr*, 25(4), 249-252.
- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of Education Objectives: Cognitive Domain*. New York: David McKay.
- Brunner, L. S., & Suddarth, D. S. (2003). *Textbook of Medical-Surgical Nursing* (10th ed.): Lippincott Williams & Wilkins.
- Burckhardt, C. S., et al. (1989). Quality of life adult with chronic illness: A psychometric study. *Research in Nursing & Health*, 12(6), 347-354.
- Burns, N., & Grove, S. K. (1997). *The practice of nursing research: Conduct, critique & utilization* (3rd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique & Utilization* (5th ed.). New York: W.B. Saunders.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Devellis, R. F. (2003). *Scale development: theory and applications* (2nd ed.). California: Thousand Oaks.
- Donald, M., & Lloyd-Jones, M. D. (2010). AHA statistic Update: Heart Disease and Stroke Statistics 2012 Update. Retrieved 2012, December 11 from <http://circ.ahajournals.org>
- Edmunds, L. H., Clark, R. E., Cohn, L. H., Grunkemeier, G. L., Miller, D. C., & Weisel, R. D. (1996). Guidelines for reporting morbidity and mortality after cardiac valvular operation. *Ann Thorac Surg*, 62, 932-935.
- Ekman, I., Anderson, G., Boman, K., Charlesworth, A., Cleland, J. G. F., & Poole-Wilson, P., et al. (2006). Adherence and perception of medication in patients with chronic heart failure during a five year randomized trial. *Patient Education and Counseling*, 61, 348-353.
- Evangelista, L. S., Rasmusson, K. D., Laramie, A. S., Barr, J., Ammon, S. E., & Dunbar, S., et al. (2010). Health Literacy and the Patient With Heart Failure - Implications for Patient Care and Research: A Consensus Statement of the Heart Failure Society of America. *Journal of Cardiac Failure*, 16(1), 9-16.

- Falcoz, P. E., Chocron, S., Stoica, L., Kaili, D., Puyraveau, M., Mercier, M., & Etievent, J. P. (2003). Open heart surgery: one year self assessment of quality of life and functional outcome. *Ann Thorac Surg*, *76*(5), 1598-1600.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1992). Psychometric assessment of the Quality of life Index. *Research in Nursing & Health*, *15*, 29-38.
- Flanagan, W. S. (1982). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, *31*, 138-147.
- Flynn, M. K., & Frantz, R. (1987). Coronary artery bypass surgery: Quality of life during early convalescence. *Heart & Lung*, *16*(2), 159-167.
- Fogel, C. I., & Lauver, D. (1990). *Sexual Health Promotion*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Garay-Sevilla, M. E., Nava, L. E., Malacara, J. M., Huerta, R., Díaz de León, J., Mena, A., & Fajardo, M. E. (1995). Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Diabetes Complications*, *9*(2), 81-86.
- Gast, H. L., et al. (1989). Self-care agency: Conceptualizations and operationalizations. *Advance in Nursing Sciences*, *12*(1), 26-38.
- Geden, E., & Taylor, S. (1991). Construct and empirical validity of the self-as-carer inventory. *Nursing research*, *40*(1), 47-50.
- Goldsmith, I. R. A., Lip, G. Y. H., & Patel, R. L. (2001). A prospective study of changes in the quality of life of patients following mitral valve repair and replacement. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, *20*, 949-955.
- Harper, D. C. (1984). Application of Orem's Theoretical Constructs to Self-Care Medication Behaviors in the Elderly. *Advances in nursing science*, *6*, 29-44.
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education* (3rd ed.). New York: McKay.
- Haynes, R. B., & Sackett, D. L. (1979). Determinants of compliance: the disease and mechanics of treatment. *In Compliance in health care*, 49-62.
- Hering, D., Piper, C., Bergeman, R., Hillenbach, C., Dahm, M., & Huth, C., et al. (2005). Thromboembolic and bleeding complications following St. Jude medical valve replacement: results of the German experience with low-intensity anticoagulation study. *chestjournal*, *127*(1), 53-59.
- Horwitz, R. I., & Horwitz, S. M. (1993). Adherence to treatment and health outcomes. *Archives of Internal Medicine*, *153*(16), 1863-1868.
- Institute of Medicine. (2004). Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Retrieved 2010, June 11 from <http://www.iom.edu>
- Isaramalai, S. (2002). *Developing a cross-cultural measure of the self-as-care-inventory questionnaire for thai population*. Columbia University of Missouri-Columbia.

- Ishikawa, H., Nomura, K., Sato, M., & Yano, E. (2008). Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. *Health Promotion International, 23*(3), 269-274.
- Joyce., Molassiotis., & Marsh. (2004). Adherence to health recommendations after a cardiac rehabilitation programme in post-myocardial infarction patients: the role of health beliefs, locus of control and psychological status. *Clinical Effectiveness in Nursing, 8*, 26-38.
- Kickbusch, I. (2003). The contribution of the WHO to a new public health and health promotion. *American Journal of Public Health, 93*(3), 383-388.
- Kirklin, J. W., & Barratt-Boyes, B. G. (1993). *Management of person with inflammatory heart disease, heart failure and persons undergoing cardiac surgery*. In W. J., Phipps, J. K., Sands & J. E., Marex (Eds). *Medical - surgical nursing concepts & clinical practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Klersy, C., Collarin, L., Morellini, M. C., & Cellono, F. (1997). Heart surgery and quality of life: A prospective study ischemic patients. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery, 12*, 602-609.
- Macabasco-O'Connell, A., DeWalt, D. A., Broucksou, K. A., Hawk, v., Baker, D. W., & Schillinger, D., et al. (2011). Relationship Between Literacy, Knowledge, Self-Care Behaviors, and Heart Failure-Related Quality of Life Among Patients With Heart Failure. *Journal of General Internal Medicine, 26*(9), 979-986.
- Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences, 10*, 248-255.
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advance Nursing, 18*, 32-38.
- Motzer, S. U., & Stewart, B. J. (1996). Sense of coherence as a predictor of quality of life in persons with coronary heart disease surviving cardiac arrest. *Research Psychological Health, 19*(4), 287-298.
- National Institute for Literacy. (1991). *The National Literacy Act of 1991*. House of Representatives of the United States of America in Congress assembled: Public Law 102-73.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. *Health Promotion International, 15*(8).
- Nutbeam, D. (2009). Defending and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health, 54*(5), 303-305.



- Oleson, M. (1990). Subjectively perceived quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 22(3), 187-190.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing Concepts of Practices* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill Book.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: concepts of practices* (4th ed.). St. Louis: Year Book.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practices* (6th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- Organization, W. H. (1998). *Health Promotion*: WHO Publications.
- Padilla, G. V., et al. (1983). Quality of life index for patients with cancer. *Research in Nursing & Health*, 6, 117-126.
- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variables. *Advance in Nursing Sciences*, 8(1), 45-60.
- Parker, R. M., D.W., B., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New Instrument for Measuring Patient's Literacy Skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10, 537-541.
- Pleasant, A., & Kuruvilla, S. (2008). A tale of two health literacies: Public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International*, 23(2), 152-159.
- Polit, D. F., & Hunger, B. P. (1991). *Nursing research: principles and methods* (4th ed.). New York: Blippincott.
- Polit, D. F., & Hunger, B. P. (2004). *Nursing research: principles and methods* (7th ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Post-White, J., Ceronsky, C., Kreitzer, M. J., Nickelson, K., Drew, D., Macken, K. W., . . . Gutknecht, S. (1996). Hope, spirituality, sense of coherence, and quality of life in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 23(10), 1571-1579.
- Rasof, M. L., & Gorbien, M. J. (1998). *Quality of life in elderly patients with heart disease. In Kaiser, F. A., & other editors. Cardiovascular disease in older people*. USA: Springier.
- Robertson, D., & Keller, C. (1992). Relationships among health beliefs, self-efficacy, and exercise adherence in patients with coronary artery disease. *Heart & Lung*, 21, 56-63.
- Schinke, S. P., & Gilchrist, L. D. (1984). Preventing cigarette smoking with youth. *Journal of primary Prevention*, 5, 48-56.
- Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 633-640.
- St. Jude Medical. (2002). Living with your new heart valve. Retrieved 2012, December 11, from [http:// www.sjm.com/4.0/4.2/4.2.3.shtm](http://www.sjm.com/4.0/4.2/4.2.3.shtm)
- Tack, B. B., & Gillis, C. L. (1990). Nurse monitored cardiac recovery: A description of the first 8 weeks. *Heart & Lung*, 19(5), 491-499.

- Tantum, J. L. (1985). *Nursing care: Long-term adaptation after cardiac surgery*. In *McGoon's cardiac surgery: An interprofessional approach to patient care*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlation procedures for research*. New York: Gardner Press.
- World Health Organization. (1996). *Division of Health Promotion, Education and Communication Health Education and Health Promotion Unit. Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2001). RHEUMATIC FEVER AND RHEUMATIC HEART DISEASE. Retrieved 2010, June 11 from [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/resources/en/cvd\\_trs923.pdf](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/en/cvd_trs923.pdf)
- World Health Organization. (2012). Cardiovascular diseases (CVDs). from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.
- Young, A., Taylor, S. G., & Mclauhlin-Renpenning, K. (2001). *Modeling nursing from a realist point of view*. In A. Young, S.G.Taylor, & K. Mclauhlin-Renpenning (Eds.), *Connections nursing research, theory, and practice*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Zah, T., Ivancan, V., Tonkovic, D., Krznaric, Z., Kogler, V. M., & Klina, I. (2007). Hemorrhagic shock as a complication of anticoagulant therapy following the mitral valve replacement. *Signa Vitae*, 2(2), 22-24.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195-203.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advance Nursing*, 17(7), 795-800.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยสิทธิ์ ศรีสมบูรณ์	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง	ผู้ช่วยอธิการบดี มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางพรรณณี บัลลังก์	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ แผนกศัลยกรรม สถาบันโรคทรวงอก
5. นายวินิตย์ หลงละเลิง	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้และเก็บรวบรวมข้อมูล  
การวิจัยและจดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๖๖๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

17 พฤษภาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิศรดา ม่วงช่วง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ชัยสิทธิ์ ศรีสมบุญ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาควิชาศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ชัยสิทธิ์ ศรีสมบุญ

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต นางสาววิศรดา ม่วงช่วง โทร. 084 - 128 - 0011

ที่ ศธ 0512.11/0666

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

17 พฤษภาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิการบดี มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิศรา ม่วงช่วง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง ผู้ช่วยอธิการบดี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง  
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152  
ผู้นิสิต นางสาววิศรา ม่วงช่วง โทร. 084 - 128 - 0011



ที่ ศธ 0512.11/0666

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

17 พฤษภาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิศรดา ม่วงช่วง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย ที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต นางสาววิศรดา ม่วงช่วง โทร. 084 - 128 - 0011

ที่ ศธ 0512.11/๐๖๖๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

17 พฤษภาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

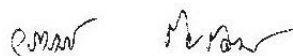
เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิศรา ม่วงช่วง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางพรรณิ บัลลังก์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกศัลยกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวพรรณิ บัลลังก์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต นางสาววิศรา ม่วงช่วง โทร. 084 - 128 - 0011

ที่ ศธ 0512.11/ 0666

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๗ พฤษภาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

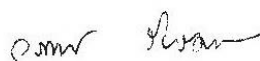
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิศรดา ม่วงช่วง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายวินิตย์ หลงละเลิง ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยกรรมศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายวินิตย์ หลงละเลิง

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต นางสาววิศรดา ม่วงช่วง โทร. 084 - 128 - 0011

ที่ ศธ 0512.11/๐๕๒๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๑๗ มิถุนายน 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. รายละเอียดของการทำวิจัย
  2. ระเบียบวิธีการวิจัย
  3. แนวทางการวิเคราะห์ทางสถิติ
  4. แบบฟอร์มการให้ความยินยอม
  5. Questionnaire / scale / interview form
  6. budgeting
  7. บรรณานุกรม

เนื่องด้วย นางสาววิศรดา ม่วงช่วง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววิศรดา ม่วงช่วง เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152  
นางสาววิศรดา ม่วงช่วง โทร. 084 - 128 - 0011

ที่ ศธ 0512.11/0๘๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

17 มิถุนายน 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

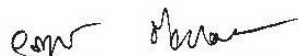
เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิศรดา ม่วงช่วง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 18 – 59 ปีที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทรวงอก โรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิที่มีศูนย์โรคหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 48 คน โดยใช้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง แบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ และแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววิศรดา ม่วงช่วง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาล  
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152  
ข้อนี้ติดต่อ นางสาววิศรดา ม่วงช่วง โทร. 084 – 128 - 0011



ที่ ศธ 0512.11/ 144 ง

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

29 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้สัตตดำเนิน  
เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

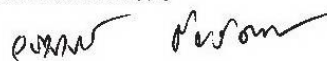
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างการวิจัย 3 ชุด
  2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 3 ชุด
  3. แบบฟอร์ม Ethical Consideration 1 ชุด
  4. CD ไฟล์โครงร่างวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิศรา ม่วงช่วง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้สัตตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 18 – 59 ปีที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทรวงอก จำนวน 106 คน โดยใช้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง แบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ และแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก ทั้งนี้สัตตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววิศรา ม่วงช่วง เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ข้อนี้สัตต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

นางสาววิศรา ม่วงช่วง โทร. 084 – 128 – 0011

ที่ ศร 0512.11/๐๙๕๒

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๘ มิถุนายน 2556

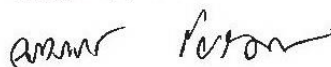
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เนื่องด้วย นางสาววิศรา ม่วงช่วง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดคุณภาพชีวิต จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ” ของ ดร. ณัฐธิดา เพชรประไพ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2541) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิพร เสนารักษ์, รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ เชิดชัย ตันติศิรินทร์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศุภวัฒน์กร วงศ์ธนสุ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

นางสาววิศรา ม่วงช่วง โทร. 084 - 128 - 0011

ที่ ศธ 0512.11/0952

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

28 มิถุนายน 2556

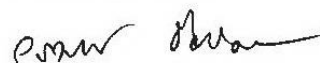
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาววิศรา ม่วงช่วง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง “อิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว” ของ นางสาวนิตา หาจักร สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2555) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาววิศรา ม่วงช่วง โทร. 084 - 128 - 0011



ที่ ศธ 0512.11/09๕2

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

28 มิถุนายน 2556

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

เนื่องด้วย นางสาววิศรา ม่วงช่วง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก จากงานวิจัย เรื่อง “สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลกและการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย” ของ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล, รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ และรองศาสตราจารย์ พรณวดี พุทธิวัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2532)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรกรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152  
นางสาววิศรา ม่วงช่วง โทร. 084 - 128 - 0011

ที่ ศธ 0512.11/0952

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๕ มิถุนายน 2556

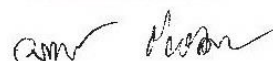
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เนื่องด้วย นางสาววิศรา ม่วงช่วง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองจากวิทยานิพนธ์ เรื่อง “Developing a cross – cultural measure of the self – as – care – Inventory questionnaire for the Thai population” ของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. แสงอรุณ อิศระมาลัย ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2555) โดยมี Martha K. Libbus and Elizabeth A. Geden เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152  
นางสาววิศรา ม่วงช่วง โทร. 084 – 128 – 0011



ที่ ศธ 0514.6.1.2.1/ 3544

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002

30 กรกฎาคม 2556

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขที่หนังสือรับ 2668
วันที่รับ 15 ก.ค. 56
ร. ๒๗๓

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ฝ่ายวิชาการ
เลขที่หนังสือรับ 1061
ว.ค.ป. 7 ก.ค. 56
เวลา 08.40 น.

อ้างถึงหนังสือที่ ศธ 0512.11/0952 ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2556 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขออนุญาตให้ นางสาววิศรดา ม่วงช่วง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต ใช้เครื่องมือวิจัย แบบวัดคุณภาพชีวิต จากวิทยานิพนธ์ของ ดร.ณัฐธิดา เพชรประไพ ซึ่งเป็นผู้สำเร็จการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีให้ นางสาววิศรดา ม่วงช่วง ให้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

*เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์)  
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ  
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานจัดการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ / โทรสาร 043-202561



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
แผนกสารบรรณ
เลขที่คำสั่งซื้อรับ ๒๕๖
ว.ศ.ป. ๖ ต่อ ๕๖
เวลา ๑๖:๒๖

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล  
๒๕/๒๕ ถ.พุทธมณฑลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๓๐  
โทร. ๐๒๔๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐๒-๔๔๑๙๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ / ๐๕๕๒๑๑  
วันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๕๖  
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย  
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อ้างอิง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๙๕๒ ลงวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๕๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ฝ่ายวิชาการ
เลขที่หนังสือรับ ๑๕๖
ว.ศ.ป. ๖ ต่อ ๕๖
เวลา ๑๖:๕๐

ตามที่ นางสาววิศรา ม่วงช่วง นักศึกษาระดับปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ของ นางสาวนิตา ทาจกร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ พ.ศ.๒๕๕๔ เรื่อง "อิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว" ซึ่งมี ผศ.ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ ทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้วไม่ขัดข้องอนุญาตให้ นางสาววิศรา ม่วงช่วง ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่าเครื่องมือวิจัยดังกล่าว มาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถ้าหากมีการละเมิดเกิดขึ้นข้าพเจ้ายินยอมให้ คณะพยาบาลศาสตร์ ดำเนินการตามกฎหมาย อนึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบบนฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์มาด้วย เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์มและส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และขอให้ดำเนินการชำระค่าบริการขอใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวข้างต้น จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด โดยส่งธนาณัติสั่งจ่าย ป.ณ. ศิริราช ในนาม

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
เลขที่ ๒ ถนนพราณนก แขวงศิริราช  
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐  
โทร. ๐-๒๔๑๙-๗๔๖๖-๘๐ ต่อ ๑๔๑๑, ๑๔๑๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

*Chu Uru*

(รองศาสตราจารย์ ทพญ.ดร.อารยา พงษ์หาญยุทธ)  
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ  
ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรฯ ให้ติดต่อตั้งแต่วันที่ ๘.๓๐-๑๔.๓๐ น.





คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ฝ่ายวิชาการ
เลขที่หนังสือรับ 1198
ว.ค.ป. ๒๕๕๖
เวลา ๑๖.๕๐ น.

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระราม๖ ราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐

โทร. ๐-๒๒๐๑-๑๒๔๐ โทรสาร ๐-๒๓๕๔-๗๒๖๕

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๗/๒๐๐  
วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๕๖  
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
แผนกสารบรรณ
เลขที่หนังสือรับ 3038
ว.ค.ป. ๒๕๕๖
เวลา ๑๖.๔๙ น.

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๕๕๒

ลงวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๕๖

ตามหนังสือที่อ้างถึงคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ” ของนางสาววิศรา ม่วงช่วง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมีความประสงค์ขอใช้เครื่องมือวิจัยของศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล ในงานวิจัย เรื่อง “สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลกและการรับรู้ถึงความผูกพันในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย” รายละเอียดแจ้งแล้วนั้น

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรรยา วิหะศุภกร)

ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม นำสู่คุณภาพ



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๒๓๖๕

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทฝ. คอหงส์  
อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา ๙๐๑๑๒

๙ กันยายน ๒๕๕๖

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๙๕๒ ลงวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๕๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาววิศรา ม่วงช่วง นักศึกษาปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาล-  
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยคือ แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง  
ที่สร้างโดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และ  
อนุญาตให้ นางสาววิศรา ม่วงช่วง ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ และเมื่อนางสาววิศรา ม่วงช่วง จัดทำ  
รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เสร็จเรียบร้อยแล้ว ขอความร่วมมือให้จัดส่งรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์มายังคณะ  
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำนวน ๑ เล่ม ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

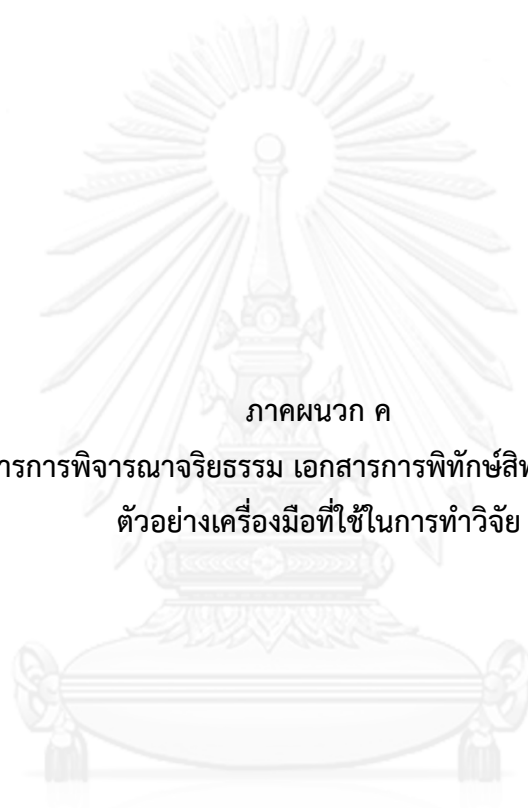
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นະแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐-๗๔๒๘-๖๔๗๕

โทรสาร ๐-๗๔๒๘-๖๔๒๑



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



โรงพยาบาลตำรวจ  
สำนักงานแพทยศาสตรศึกษา  
๔๙๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ แขวงวังใหม่  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง รจ. ๖3/๒5๕๖

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	- บัณฑิตทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	-
ชื่อหัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด	- น.ส.วริศรา ม่วงช่วง
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงร่างการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๘ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๕๖ (Version ๑.๐ Date ๑๘ July ๒๐๑๓) (ฉบับภาษาไทย) ๒. แบบฟอร์มการให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๘ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๕๖ (Version ๑.๐ Date ๑๘ July ๒๐๑๓) (ฉบับภาษาไทย) ๓. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๘ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๕๖ (Version ๑.๐ Date ๑๘ July ๒๐๑๓) (ฉบับภาษาไทย) ๔. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๘ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๕๖ (Version ๑.๐ Date ๑๘ July ๒๐๑๓) (ฉบับภาษาไทย) ๕. อัดตประวัติ
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๑๘ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๕๖
วันหมดอายุ	๑๗ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๕๗

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ  
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล  
ผู้วิจัยสามารถเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยได้ตั้งแต่วันที่ออกเอกสารรับรองโครงการวิจัย

พันตำรวจเอก

(เสรี อธิพงษ์)

เลขาธิการคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย  
ของโรงพยาบาลตำรวจ

พลตำรวจตรี

(ธนา ธุระเจน)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย  
ของโรงพยาบาลตำรวจ





ที่ ตช ๐๐๓๖ (พศ)/๑๓๕

โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ  
๔๙๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

๒๐ สิงหาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอส่งใบรับรองโครงการวิจัย

เรียน นางสาววิศรา ม่วงช่วง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบรับรองโครงการวิจัย ๑ ฉบับ

ตามที่ท่านได้ส่งโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ให้คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ พิจารณานั้น

เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย ของโรงพยาบาลตำรวจ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าโครงการได้มาตรฐาน ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพและภัยอันตรายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย เห็นควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอมาได้ โดยอนุมัติเมื่อวันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๕๖ และเมื่อโครงการวิจัยดำเนินการแล้วเสร็จ ให้ผู้วิจัยส่งข้อมูลงานวิจัยทั้งฉบับที่ดำเนินการเสร็จสมบูรณ์พร้อมบทความย่อลงในแผ่น CD ให้ โรงพยาบาลตำรวจต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

พลตำรวจตรี

( ธนา สุระเงิน )

นายแพทย์ (สบ ๖) โรงพยาบาลตำรวจ/

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ

สำนักงานแพทยศาสตรศึกษา โรงพยาบาลตำรวจ

โทร. ๐-๒๖๕๒-๕๐๓๕

โทรสาร ๐-๒๖๕๒-๕๐๓๕



เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน  
โรงพยาบาลราชวิถี

รหัสโครงการวิจัยที่ 56136

เอกสารเลขที่ 138/2556

ชื่อโครงการ “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ”  
(ภาษาอังกฤษ) “Predicting factors of quality of life in valvular heart replacement patients.”  
ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาววิศรา ม่วงช่วง  
ตำแหน่ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต  
สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
เอกสารรับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 18 กันยายน 2556
2. แบบสอบถาม, แบบประเมิน, แบบวัดคุณภาพชีวิต, แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 18 กันยายน 2556
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 18 กันยายน 2556
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 18 กันยายน 2556

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย  
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 18 เดือน กันยายน พ.ศ. 2556 และจะรับรองโครงการวิจัยเป็น  
ระยะเวลา 2 ปี คือสิ้นสุดวันที่ 17 เดือน กันยายน พ.ศ. 2558

ลงนาม.....  
(รศ.คลินิก นพ.อุดม ไกรฤทธิชัย)  
ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....  
(นายแพทย์อุดม เขาวรินทร์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

### ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
ชื่อผู้วิจัย	นางสาววิศรดา ม่วงช่วง ตำแหน่ง นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	(ที่ทำงาน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี 84/21 ถนนคทาวรร ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000 (ที่บ้าน) 65/55 หมู่บ้านนนทรีวิลล่า ซอยสุขาภิบาล 1 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางศรีเมือง อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 032-314603 ต่อ 110 โทรศัพท์ที่บ้าน – โทรศัพท์มือถือ 084-128-0011 E-mail Address : namvoon_17@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

4. ประชากร คือ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทั้งเพศชายและหญิงอายุ 18 – 59 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลราชวิถี จำนวนทั้งหมด 110 คน

เกณฑ์การคัดเลือกสำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่มตัวอย่าง

1. ไม่มีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือมีความเสี่ยงสูง เช่น มีอาการเหนื่อย ใจสั่น เจ็บหน้าอกหรือมีอาการช็อคหรืออยู่ในระยะวิกฤตจนจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในขณะที่ติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูล

2. ไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย ยกเว้นโรคที่เกิดร่วมกับโรคคลื่นหัวใจพิการ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูงและหัวใจเต้นผิดปกติ

3. มีความเข้าใจและสามารถสื่อสารด้วยการพูดและฟังภาษาไทยได้ดี

4. ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าแผนกเวชระเบียน เพื่อขอรายชื่อผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจากเวชระเบียนที่ผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมทรวงอกของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณตามสัดส่วนของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของแต่ละโรงพยาบาลตามเกณฑ์คัดเลือก เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 110 คน

5. ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสอบถามโดยตรงกับผู้เข้าร่วมในการวิจัย แบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ชุด คือ ชุดที่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ชุดที่ 2) แบบวัดคุณภาพชีวิต ชุดที่ 3) แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ชุดที่ 4) แบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ชุดที่ 5) แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ ชุดที่ 6) แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ละ 1 ราย โดยผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม ทั้ง 6 ชุด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 25 นาที หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ได้ มองไม่เห็น ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามและคำตอบ ให้กลุ่มตัวอย่างฟังที่ละข้อและให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด ผู้วิจัยบันทึกคำตอบตามที่กลุ่มตัวอย่างเลือก ในกรณีดังกล่าวใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 40 นาที ในการตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือหรือมีข้อสงสัยในแบบสอบถาม ผู้วิจัยอธิบายข้อคำถามให้มีความชัดเจนและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย

การนำเสนอจะนำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการและจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

6. ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หากพบว่าผู้เข้าร่วมในการวิจัย ไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเลือกและอยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ ผู้วิจัยจะปรึกษากับทีมการรักษาเพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมแก่ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

7. การใช้เวชระเบียน การวิจัยที่มีการกระทำต่อผู้ป่วยและใช้เวชระเบียน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและการยินยอมจากผู้ป่วยก่อนที่จะทำการศึกษา

8. งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ เช่น มีอาการเหนื่อย ใจสั่น เจ็บหน้าอก หรือมีภาวะเลือดออกอย่างรุนแรง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างยุติการตอบแบบสอบถามทันทีและผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งไปพบแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

9. การวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์ต่อการแพทย์และพยาบาลโดยนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพและเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้อย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ลดปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

10. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษา

11. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ได้ที่เบอร์โทร 084-128-0011

12. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

13. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

14. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

### หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่                    ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....  
                                   ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย  
 ชื่อโครงการวิจัย    ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ  
 ชื่อผู้วิจัย            นางสาววิศรดา ม่วงช่วง ตำแหน่ง ตำแหน่ง นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์  
 ที่อยู่ติดต่อ          (ที่ทำงาน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี 84/21 ถนนคชาธร ตำบลหน้า  
                                   เมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000  
                                   (ที่บ้าน) 65/55 หมู่บ้านนนทรีวิลล่า ซอยสุขาภิบาล 1 ถนนนครอินทร์ ตำบลบาง  
                                   ศรีเมือง อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000  
                                   โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 032-314603 ต่อ 110 โทรศัพท์ที่บ้าน -  
                                   โทรศัพท์มือถือ 084-128-0011  
                                   E-mail Address : namvoon\_17@hotmail.com

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด  
 ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจาก  
 การวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**  
 จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
 โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบวัดความสามารถใน  
 การดูแลตนเอง แบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ แบบประเมิน  
 ความแตกฉานด้านสุขภาพและแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก ทั้งหมด 6 ชุด ใช้เวลาในการ  
 ตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 25 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าซึ่ง  
 ใช้ในการวิจัยจะเก็บไว้ประมาณ 5 ปี เพื่อการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล**  
 ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง  
 ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ  
 นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail : eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## แบบสัมภาษณ์

## เรื่อง

## ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 6 ชุด จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 119 ข้อ รายละเอียดมีดังนี้

ชุดที่ 1	แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	14	ข้อ
ชุดที่ 2	แบบวัดคุณภาพชีวิต	จำนวน	35	ข้อ
ชุดที่ 3	แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง	จำนวน	35	ข้อ
ชุดที่ 4	แบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ	จำนวน	5	ข้อ
ชุดที่ 5	แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ	จำนวน	22	ข้อ
ชุดที่ 6	แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก	จำนวน	8	ข้อ
2. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบข้อคำถามในแต่ละส่วน
3. กรุณาตอบคำถามทุกข้อและทุกส่วน เพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการวิเคราะห์ที่ได้จริง
4. ข้อมูลทั้งหมดจะถือเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่มีผลต่อการรักษาของท่าน

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาววิศรา ม่วงช่วง

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





### ส่วนของผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล

9. ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจก่อนผ่าตัด
- ( ) ระดับที่ 1 สามารถทำกิจกรรม เช่น ทำงาน ออกกำลังกาย ได้ตามปกติ
- ( ) ระดับที่ 2 มีอาการเหนื่อยหอบเมื่อมีการออกกำลังกาย เช่น วิ่ง เดินเร็วหรือขึ้นบันได เมื่อหยุดพักจะรู้สึกสบายดี
- ( ) ระดับที่ 3 เมื่อทำกิจกรรมที่ออกแรงเพียงเล็กน้อย เช่น กวาดบ้าน เดินไปห้องน้ำมีอาการเหนื่อย แต่เมื่อหยุดพักจะรู้สึกสบายดี
- ( ) ระดับที่ 4 ขณะพักมีอาการเหนื่อยหอบ และถ้าออกแรงเพียงเล็กน้อยจะเหนื่อยหอบมากขึ้น
10. ชนิดของการผ่าตัด
- ( ) Mitral Valve Replacement (MVR)
- ( ) Aortic Valve Replacement (AVR)
- ( ) Tricuspid Valve Replacement (TVR)
- ( ) Pulmonic Valve Replacement (PVR)
- ( ) Double Valve Replacement (DVR)
11. ชนิดของลิ้นหัวใจที่ใช้
- ( ) Mechanical Valve
- ( ) Bioprosthesis/Tissue Valve
- ( ) Homograft Heart Valve
12. โรคร่วม
- ( ) ไม่มี ( ) เบาหวาน ( ) ความดันโลหิตสูง
- ( ) ไขมันในเลือดสูง ( ) หัวใจเต้นผิดปกติ ( ) อื่นๆ ระบุ.....
13. ระยะเวลาการเจ็บป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.....ปี.....เดือน
14. ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (นับจากวันที่ทำผ่าตัด).....ปี.....เดือน  
วันที่ทำผ่าตัด.....

## ชุดที่ 2      แบบวัดคุณภาพชีวิต

แบบวัดคุณภาพชีวิตนี้ประกอบด้วย 2 ด้าน ด้านความพึงพอใจในชีวิตและด้านความสำคัญ

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาเลือกคำตอบที่บ่งชี้ถึงระดับความพึงพอใจและระดับความสำคัญที่ท่านมีในแต่ละด้านของชีวิต และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นเพียงคำตอบเดียว คำตอบแต่ละข้อไม่มีการผิดหรือถูกอย่างแท้จริง และโปรดตอบคำถามทุกข้อ ในแต่ละข้อมีคำตอบที่บ่งชี้ถึงระดับความพึงพอใจและระดับความสำคัญตามลำดับดังนี้

### ด้านความพึงพอใจในชีวิต

- |                        |         |   |
|------------------------|---------|---|
| 1 = ไม่พึงพอใจมาก      | หมายถึง | ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในเรื่องนั้นเป็นอย่างยิ่ง |
| 2 = ไม่พึงพอใจปานกลาง  | หมายถึง | ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในเรื่องนั้นพอสมควร       |
| 3 = ไม่พึงพอใจเล็กน้อย | หมายถึง | ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในเรื่องนั้นเล็กน้อย      |
| 4 = พึงพอใจเล็กน้อย    | หมายถึง | ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องนั้นเล็กน้อย         |
| 5 = พึงพอใจปานกลาง     | หมายถึง | ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องนั้นพอสมควร          |
| 6 = พอใจมาก            | หมายถึง | ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องนั้นอย่างยิ่ง        |

### ด้านความสำคัญ

- |                      |         |   |
|----------------------|---------|---|
| 1 = ไม่สำคัญเลย      | หมายถึง | ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกว่าเรื่องนั้นไม่มีความสำคัญต่อท่าน<br>อย่างยิ่ง |
| 2 = ไม่สำคัญปานกลาง  | หมายถึง | ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกว่าเรื่องนั้นไม่มีความสำคัญต่อท่าน<br>พอสมควร   |
| 3 = ไม่สำคัญเล็กน้อย | หมายถึง | ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกว่าเรื่องนั้นไม่มีความสำคัญต่อท่าน<br>เล็กน้อย  |
| 4 = สำคัญเล็กน้อย    | หมายถึง | ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกว่าเรื่องนั้นมีความสำคัญต่อท่าน<br>เล็กน้อย     |
| 5 = สำคัญปานกลาง     | หมายถึง | ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกว่าเรื่องนั้นมีความสำคัญต่อท่าน<br>พอสมควร      |
| 6 = สำคัญมาก         | หมายถึง | ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกว่าเรื่องนั้นมีความสำคัญต่อท่าน<br>อย่างยิ่ง    |

	คุณภาพชีวิต													
	ระดับความพึงพอใจในชีวิต							ระดับความสำคัญ						
	ไม่พึง พอใจ มาก (1)	ไม่พึง พอใจ ปาน กลาง (2)	ไม่พึง พอใจ เล็กน้อย (3)	พึง พอใจ เล็กน้อย (4)	พึง พอใจ ปาน กลาง (5)	พึง พอใจ มาก (6)	ไม่ สำคัญ เลย (1)	ไม่ สำคัญ ปาน กลาง (2)	ไม่ สำคัญ เล็กน้อย (3)	สำคัญ เล็กน้อย (4)	สำคัญ ปาน กลาง (5)	สำคัญ มาก (6)		
ข้อความ														
1. สุขภาพกับการทำหน้าที่ของส่วนต่าง ๆ ในร่างกาย														
2. การดูแลรักษาสุขภาพที่ได้รับอยู่														
3. ระยะเวลาการหยุดไหลของเลือดเมื่อมีการบาดเจ็บ														
4. ความสามารถในการหายใจ โดยไม่มีการเหนื่อย หอบ														
5. การประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้แรงมาก														
6. ความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเอง														
7. ความสามารถในการควบคุมและตัดสินใจเกี่ยวกับ ชีวิตของตนเอง														
8. ความหวังที่จะมีชีวิตยืนยาว														
9. ความสามารถในการดูแลสุขภาพของครอบครัว														
10. ความสำเร็จของบุตรหลานหรือบุคคลใกล้ชิด														
11. ความสุขในครอบครัว														

	คุณภาพชีวิต											
	ระดับความพึงพอใจในชีวิต						ระดับความสำคัญ					
	ไม่พึง พอใจ มาก (1)	ไม่พึง พอใจ ปาน กลาง (2)	ไม่พึง พอใจ เล็กน้อย (3)	พึง พอใจ เล็กน้อย (4)	พึง พอใจ ปาน กลาง (5)	พึง พอใจ มาก (6)	ไม่ สำคัญ เลย (1)	ไม่ สำคัญ ปาน กลาง (2)	ไม่ สำคัญ เล็กน้อย (3)	สำคัญ เล็กน้อย (4)	สำคัญ ปาน กลาง (5)	สำคัญ มาก (6)
ข้อความ												
12. ความสัมพันธ์กับคู่ครองหรือบุคคลที่มีความสำคัญ												
13. ความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ครอง												
14. ความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือผู้ร่วมงาน												
15. ความช่วยเหลือ ความเห็นอกเห็นใจ กำลังใจที่ได้รับจากผู้อื่น												
16. ความสามารถในการทำหน้าที่ในครอบครัว												
17. การมีประโยชน์หรือมีคุณค่าต่อผู้อื่น												
18. ระดับความเครียดหรือความวิตกกังวลในชีวิต												
19. บ้านเรือนและสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย												
20. ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน												
21. แนวทางการดำรงชีวิต												
22. หน้าที่การงาน (กรณีที่ทำงาน) (กรณีที่ไม่ทำงาน, ไม่ได้ทำงาน ให้ไปตอบในข้อ 23)												



	คุณภาพชีวิต											
	ระดับความพึงพอใจในชีวิต						ระดับความสำคัญ					
	ไม่พึงพอใจ มาก (1)	ไม่พึงพอใจ ปานกลาง (2)	ไม่พึงพอใจ เล็กน้อย (3)	พึงพอใจ เล็กน้อย (4)	พึงพอใจ ปานกลาง (5)	พึงพอใจ มาก (6)	ไม่สำคัญ เลย (1)	ไม่สำคัญ ปานกลาง (2)	ไม่สำคัญ เล็กน้อย (3)	สำคัญ น้อย (4)	สำคัญ ปานกลาง (5)	สำคัญ มาก (6)
<p>ข้อความ</p> <p>36. การเปลี่ยนแปลงในชีวิตอันเนื่องมาจากปัญหาเกี่ยวกับหัวใจและการรักษา เช่น การเปลี่ยนแปลงอาหาร / การจำกัดน้ำ / การจำกัดกิจกรรม / หรือการงดสูบบุหรี่ เป็นต้น</p>												

### ชุดที่ 3      แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง

**คำชี้แจง**      ข้อความต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลิ้นหัวใจของท่าน เมื่ออ่านข้อความจากคำถามแต่ละข้อต่อไปนี้ โปรดพิจารณาเลือกว่าตรงกับตัวท่านในระดับใด และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นเพียงคำตอบเดียว โดยระดับ 1 ตรงกับความเป็นจริงน้อยที่สุดและระดับ 6 ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อความ	น้อยที่สุด      →      มากที่สุด					
	1	2	3	4	5	6
1. กระจกและข้อตามตัวของท่านสามารถเคลื่อนไหวได้ดีมากน้อยเพียงใด						
2. ท่านนำความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองมากน้อยเพียงใด						
3. สภาพความเป็นอยู่ในครอบครัวของท่านเอื้ออำนวยต่อการดูแลสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด						
4. ท่านลองใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบใหม่ ๆ ตามคำแนะนำจากผู้ที่ท่านเชื่อถือมากน้อยเพียงใด						
5. การดูแลสุขภาพและชีวิตครอบครัวของท่านสอดคล้องกับวิถีชีวิตด้านอื่น ๆ ของท่านมากน้อยเพียงใด						
6. ท่านติดตามและประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลตนเองมากน้อยเพียงใด						
7. ท่านคิดหาวิธีการดูแลตนเองที่มีความเหมาะสมกับปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด						
8. ท่านคิดหาวิธีการดูแลสุขภาพแบบใหม่ ๆ จากสิ่งต่าง ๆ รอบตัวมากน้อยเพียงใด						
9. ท่านแข็งแรงในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองมากน้อยเพียงใด						
10. ท่านหมั่นสังเกตตัวเองเพื่อปรับปรุงวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองมากน้อยเพียงใด						
11. ท่านใช้ความพยายามในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามกำลังที่มีมากน้อยเพียงใด						



ข้อความ	น้อยที่สุด $\longrightarrow$ มากที่สุด					
	1	2	3	4	5	6
12. ท่านสนใจสิ่งต่าง ๆ รอบตัวที่จะมีผลกระทบต่อการดูแลตนเองมากน้อยเพียงใด						
13. ท่านมีความสามารถในการดูแลตนเองมากน้อยเพียงใด						
14. ท่านใช้ความพยายามในการดูแลตนเองตามที่ได้ตั้งใจไว้มากน้อยเพียงใด						
15. ท่านมีความรู้ในสิ่งที่ท่านต้องทำ เพื่อการดูแลตนเองมากน้อยเพียงใด						
16. ท่านดูแลสุขภาพตนเองตามที่แพทย์และพยาบาลแนะนำ มากน้อยเพียงใด						
17. ท่านดูแลตนเองเพราะเห็นว่าสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญต่อท่านมากน้อยเพียงใด						
18. ท่านจดจำความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองได้มากน้อยเพียงใด						
19. ท่านเข้าใจว่าท่านต้องใช้ความพยายามในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองมากน้อยเพียงใด						
20. ท่านคิดพิจารณาข้อดีข้อเสียของวิธีการดูแลสุขภาพก่อนนำมาปฏิบัติมากน้อยเพียงใด						
21. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองเป็นเรื่องสำคัญสำหรับท่านมากน้อยเพียงใด						
22. ท่านเข้าใจว่าเมื่อไรท่านสามารถที่จะเริ่มดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้มากน้อยเพียงใด						
23. ท่านแสวงหาความรู้หรือขอคำแนะนำ ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองมากน้อยเพียงใด						
24. ท่านพยายามปรับสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลสุขภาพตนเองได้ผลดียิ่งขึ้นมากน้อยเพียงใด						
25. ร่างกายของท่านมีความพร้อมในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองมากน้อยเพียงใด						

ข้อความ	น้อยที่สุด → มากที่สุด					
	1	2	3	4	5	6
26. ท่านเลือกใช้วิธีการดูแลสุขภาพตนเองแบบใหม่ ๆ ที่สอดคล้องกับวิธีที่ท่านปฏิบัติอยู่มากน้อยเพียงใด						
27. การมองเห็นและการได้ยินของท่านดีพอที่ท่านจะดูแลสุขภาพด้วยตนเองมากน้อยเพียงใด						
28. ท่านสามารถจัดการดูแลสุขภาพของท่านโดยไม่ให้เป็นอุปสรรคต่อสิ่งที่สำคัญในชีวิตด้านอื่น ๆ ของท่านได้มากน้อยเพียงใด						
29. ท่านพยายามทำในสิ่งที่เกิดผลดีต่อสุขภาพ แม้ว่าจะไม่อยากทำมากน้อยเพียงใด						
30. ท่านมีวิธีการดูแลสุขภาพตามแนวทางของตนเองมากน้อยเพียงใด						
31. ท่านดูแลสุขภาพตนเองตามแนวทางที่เลือกไว้อย่างเคร่งครัดมากน้อยเพียงใด						
32. ท่านดูแลสุขภาพตามแบบฉบับของตนเองมากน้อยเพียงใด						
33. ท่านสนใจสังเกตผลของการดูแลสุขภาพตนเองมากน้อยเพียงใด						
34. ท่านใช้เหตุผลในการเลือกวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองมากน้อยเพียงใด						
35. ท่านสามารถตัดสินใจได้ดีว่ากิจกรรมการดูแลตนเองใดควรปฏิบัติก่อน-หลังมากน้อยเพียงใด						

**ชุดที่ 4           แบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ**

**คำชี้แจง**           แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาว่า มีความคิดเห็นตรงกับข้อความใดมากที่สุด และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นเพียงคำตอบเดียว

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติเลย
1. ท่านรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่			
2. ท่านเคยลดจำนวนยา หรือหยุดรับประทานยาด้วยตนเอง			
3. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3- 5 ครั้ง ต่อสัปดาห์ นานครั้งละ 30 นาที			
4. ท่านรับประทานอาหารเช้าประเภทไขมัน หรือ ไขมัน			
5. ท่านควบคุมน้ำหนักตัวหรือติดตามชั่งน้ำหนัก			

### ชุดที่ 5      แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ

**คำชี้แจง**      แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์ประสงค์เพื่อวัดความสามารถในการอ่านและความเข้าใจข้อมูลในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและข้อมูลในระบบบริการคลินิกโรคหัวใจ จำนวน 22 ข้อ

ขอให้ท่านอ่านข้อความที่ปรากฏในกล่องสี่เหลี่ยม แล้วตอบคำถามตามความเข้าใจของท่านจากการอ่านข้อความนั้นๆ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง

#### ตอนที่ 1: การรับบริการตรวจรักษาในคลินิกโรคหัวใจ

##### ตอนที่ 1.1 ก่อนพบแพทย์

ผู้ป่วยทุกรายที่แพทย์นัดตรวจที่คลินิกโรคหัวใจ ต้องนำใบนัดมายื่นที่จุดรับใบนัดเพื่อจัดลำดับการเข้าพบแพทย์ และนั่งรอหน้าห้องตรวจ

#### จากข้อความที่ท่านอ่าน โปรดตอบคำถามในข้อ 1

- เมื่อมาถึงคลินิกโรคหัวใจ ท่านต้องทำอะไรบ้าง
  - ยื่นใบนัดและนั่งรอหน้าห้องตรวจ
  - ยื่นใบนัดและเซ็นเอกสารมอบอำนาจ นั่งรอหน้าห้องตรวจ
  - ยื่นใบนัดและเซ็นเอกสารยินยอมการรักษา เจาะเลือดและรอผลเลือด พบแพทย์

**ใบนัด**

ชื่อ นายรักชาติไทย เลขที่ทั่วไป 23456/53  
 นัดตรวจและเจาะเลือด  
 ให้น้ำและอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนวันเจาะเลือด  
 วันนัด: วันพุธที่ 19 ต.ค. 2554 เวลา 8.00-12.00 น.  
 คลินิกโรคหัวใจ ตึกผู้ป่วยนอก  
 หากไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ให้เลื่อนนัดล่วงหน้า 1 สัปดาห์  
 ติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ 045-244973

**จากข้อความที่ท่านอ่าน โปรดตอบคำถามในข้อ 2 - 4**

2. หากใบนัดนี้เป็นของท่าน ท่านมีนัด วันใด ที่ไหน และเวลาเท่าไร
  - วันพุธที่ 19 ต.ค. 2554 ที่คลินิกศัลยกรรมหัวใจ เวลา 8.00-12.00 น.
  - วันพุธที่ 19 ต.ค. 2554 ที่คลินิกโรคหัวใจ เวลา 8.00-12.00 น.
  - วันพุธที่ 19 ต.ค. 2554 ที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด เวลา 8.00-12.00 น.
3. วันนัดงดให้น้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน หมายความว่าอย่างไร
  - ไม่ดื่มน้ำหลังเที่ยงคืนแต่กินอาหารได้
  - ไม่ดื่มน้ำ ไม่กินอาหารทุกชนิดหลังเที่ยงคืน
  - ไม่ดื่มน้ำ ไม่กินอาหารหลังเที่ยงคืนแต่ดื่มนมหรือกินลูกอมได้
4. หากท่านไม่สามารถมาตามนัด ท่านจะอย่างไร
  - มาพบแพทย์วันที่ท่านสะดวก
  - ไม่มาพบแพทย์ซื้อยามากินเอง
  - ติดต่อตามหมายเลขโทรศัพท์เพื่อปรึกษาและนัดพบแพทย์ใหม่

### ตอนที่ 1.2 หลังพบแพทย์

หลังจากได้รับการตรวจจากแพทย์ ติดต่อรับใบนัดกับพยาบาลหน้าห้องตรวจ เมื่อเสร็จเรียบร้อยนำไปส่งยาไปติดต่อที่ห้องยา

1. ยื่นใบส่งยาที่ช่องรับใบส่งยา
2. รับบัตรคิวแล้วนั่งรอ
3. รับยาเมื่อถึงเลขที่คิว
4. ตรวจสอบยาที่ได้รับมีข้อสงสัยสอบถามเภสัชกร

**หมายเหตุ** หากรอรับยาเกิน 30 นาที ติดต่อเจ้าหน้าที่ช่องรับใบส่งยา

### จากข้อความที่ท่านอ่าน โปรดตอบคำถามในข้อ 5 - 7

5. หากท่านยื่นใบส่งยาเวลา 10.00 น. เมื่อถึงเวลา 11.00 น. ยังไม่ได้รับยาท่านต้องอย่างไร

- นั่งรอต่อไป
- สอบถามเจ้าหน้าที่ช่องรับใบส่งยา
- สอบถามเจ้าหน้าที่ทุกคนที่อยู่บริเวณนั้น

6. ท่านจะอย่างไรหากได้รับยาที่ขนาดและสีไม่เหมือนยาเดิม

- กินตามที่ได้รับมา
- สอบถามจากเภสัชกร
- กลับไปสอบถามแพทย์ผู้ตรวจ

7. เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนการตรวจ ท่านต้องได้รับอะไรก่อนกลับบ้าน

- ยา
- ใบนัดครั้งต่อไป
- ใบนัดครั้งต่อไปและยา

## ตอนที่ 2 การปฏิบัติตัว

### ตอนที่ 2.1 เรื่องยา

1. หากได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เกิดภาวะเลือดออก ได้แก่ เลือดออกในทางเดินอาหาร ถ่ายดำ ปัสสาวะเป็นเลือด ไอเป็นเลือด หรือมีเสมหะปนเลือด เป็นต้น ต้องหยุดยาและพบแพทย์ทันที
2. ข้อสำคัญยาต้านการแข็งตัวของเลือดอาจทำให้เกิดผิวหนังตายจากการขาดเลือด ดังนั้น ต้องหมั่นตรวจผิวหนังหากพบว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงผิวหนัง มีแผล หรือมีอาการปวด ต้องรีบแจ้งแพทย์
3. ผู้ป่วยต้องรับประทานยาตามเวลาที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดไม่ควรลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง ควรรับประทานยาเวลาเดียวกันทุกวัน เพื่อให้ยาออกฤทธิ์ได้คงที่

### จากข้อความที่ท่านอ่าน โปรดตอบคำถามในข้อ 8 - 11

8. ควรรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเมื่อใด
  - อาการดีขึ้น
  - ปัสสาวะมาก
  - ไอเป็นเลือด
9. จากข้อ 8 หลังจากรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดแล้ว ท่านจะอย่างไร
  - นอนพัก
  - ไปพบแพทย์
  - ไปพบเภสัชกร
10. หากท่านรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ท่านจะป้องกันการเกิดผิวหนังตายจากการขาดเลือดอย่างไร
  - หมั่นตรวจผิวหนัง
  - ทาครีมที่ผิวหนัง
  - นวดผิวหนังให้เลือดไหลเวียน
11. หากท่านรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ท่านควรปฏิบัติตนอย่างไร
  - สามารถลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง
  - รับประทานยาเวลาเดียวกันทุกวัน
  - รับประทานยาตามเวลาที่สะดวก

**คำอธิบายของยา****Warfarin Tablet 5 mg.**

ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหาร

จากข้อความที่ท่านอ่าน โปรดตอบคำถามในข้อ 12

12. หากท่านรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดครั้งแรก ในช่วงหลังอาหารเย็น ครั้งต่อไป

ท่านต้องรับประทานยาเวลาใด

- หลังอาหารเช้า
- หลังอาหารกลางวัน
- หลังอาหารเย็น



### ตอนที่ 2.2 เรื่องกิจกรรมหลังผ่าตัด

1. ควรดื่มน้ำ การออกแรงดึง, ผลักหรือยกของที่หนัก เกิน 4-5 กิโลกรัมขึ้นไป ในช่วงระยะเวลา 6-8 สัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด
2. ปรับการทำกิจกรรม การทำงานหรือออกกำลังกายให้ใช้แรงน้อยที่สุด และควรหยุดพักเป็นระยะ
3. มีเพศสัมพันธ์ได้หลังจากกลับบ้านประมาณ 2-3 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแผลผ่าตัด
4. ถ้ามีอาการหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก ใจสั่น ใจเต้นแรงไม่เป็นจังหวะ ให้หยุดทำงานหรือหยุดการออกกำลังกายทันที

### จากข้อความที่ท่านอ่าน โปรดตอบคำถามในข้อ 13-15

13. หากท่านต้องเคลื่อนย้ายถุงข้าวสารขนาด 5 กิโลกรัม 2 ถุง ท่านต้องปฏิบัติอย่างไร
  - ให้คนอื่นช่วยยก
  - ยกไปเองแบ่งครั้งละ 1 ถุง
  - ยกไปเองพร้อมกันทั้ง 2 ถุง
14. ท่านสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ในกรณีใด
  - จนกว่าจะรักษาหายขาด
  - หลังจากรักษาแล้ว 2-3 สัปดาห์
  - ถ้าไม่เหนื่อยหลังขึ้นบันได 8-10 ชั้น
15. ขณะกำลังทำงาน หากท่านรู้สึกใจสั่น หอบเหนื่อย ท่านจะอย่างไรเป็นอันดับแรก
  - ไปพบแพทย์
  - หยุดทำงานทันที
  - ปรับงานให้ใช้แรงน้อยลง

### ตอนที่ 2.3 เรื่องอาหาร

1. ควรรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ควรลดอาหารเค็ม เพราะอาหารเค็มจะมีเกลือที่จะทำให้ น้ำคั่งในร่างกายเกิดอาการบวม หอบเหนื่อยได้
2. จำกัดปริมาณเกลือในการทำอาหารทั้งวันไม่เกิน 1 ช้อนกาแฟหรือน้ำปลาไม่เกิน 2 ช้อนกินข้าว
3. ไม่ควรใส่ผงชูรส ผงปรุงรสในการปรุงอาหาร รวมทั้งไม่เติมน้ำปลา เกลือ ซอส เพิ่มในอาหาร หลังปรุงเสร็จ เพราะเครื่องปรุงเหล่านี้มีเกลือเป็นส่วนผสม
4. ลดอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อวัวหรือหมูที่ติดมัน ไข่แดง เป็นต้น
5. ควรหลีกเลี่ยงอาหารบางชนิด ที่อาจมีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด หรือลดอาหารที่มีวิตามินเคสูง ได้แก่ ผักใบเขียว เช่น บล๊อคโคลี่ คะน้า กะหล่ำดอก กะหล่ำปลี เป็นต้น

### จากข้อความที่ท่านอ่าน โปรดตอบคำถามในข้อ 16 - 18

16. เพื่อป้องกันการเกิดอาการหอบเหนื่อย ท่านจะเลือกรับประทานอาหารอย่างไร

- รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย
- ลดอาหารเค็ม
- ลดอาหารที่มีไขมันสูง

17. ท่านอาจมีอาการบวมมากขึ้นหากท่านปรุงอาหารแล้วใส่เครื่องปรุงประเภทใด

- ข้าวคั่ว
- ผงชูรส
- น้ำมะขามเปียก

18. เพื่อให้การออกฤทธิ์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือดได้เต็มที่ ท่านควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทใด

- หัวไชเท้า
- บล๊อคโคลี่
- มะเขือเทศ

#### ตอนที่ 2.4 เรื่องสังเกตอาการผิดปกติ

1. หากมีอาการ ผิวหนังตึง ข้อเท้าบวม รองเท้าคับหรือเสื้อผ้าคับ เหนื่อยง่าย ไอบ่อย เป็นอาการที่เกิดจากน้ำคั่งในร่างกาย ควรปฏิบัติตัวดังนี้ ดื่มน้ำให้น้อยลง ลดอาหารเค็ม ลดการทำกิจกรรม พักผ่อนมากขึ้น
2. ถ้ามีเครื่องชั่งน้ำหนักให้ประเมินการคั่งของน้ำในร่างกาย โดยชั่งตอนเช้าก่อนอาหารและหลังถ่ายปัสสาวะ ใส่เสื้อผ้าหนาเท่าเดิม ถ้าน้ำหนักเพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัมใน 1-2 วัน ให้มาพบแพทย์
3. หากมีอาการเลือดออกผิดปกติที่บริเวณใดบริเวณหนึ่ง เช่น ตามไรฟัน เลือดกำเดาออก มีเลือดออกตามข้อ ให้มาพบแพทย์ที่คลินิกโรคหัวใจก่อนวันนัด หากเป็นวันหยุดราชการหรือนอกเวลาราชการให้มาที่ห้องฉุกเฉิน

#### จากข้อความที่ท่านอ่าน โปรดตอบคำถามในข้อ 19-22

19. หากท่านรู้สึกว่ารองเท้าคับและผิวหนังที่ขาตึง เหนื่อยง่าย ท่านต้องทำอะไร
  - ลดอาหารเค็ม
  - ยกขาสูงเพื่อลดบวม
  - กินยาขับปัสสาวะเพิ่ม
20. ท่านควรชั่งน้ำหนักเพื่อประเมินน้ำคั่งในร่างกายเวลาใด
  - ชั่งน้ำหนักช่วงเวลาที่สะดวก
  - ชั่งน้ำหนักตอนเช้า ก่อนอาหาร
  - ชั่งน้ำหนักสลับเวลากันเช่น วันนี้ชั่งตอนเช้า พรุ่งนี้ชั่งตอนเย็น
21. หากพบว่าน้ำหนักเพิ่มขึ้นจากเดิม 1 กิโลกรัมใน 1 วันท่านต้องทำอะไร
  - ไปพบแพทย์
  - ลดปริมาณอาหาร
  - ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น
22. หากมีอาการเลือดออกผิดปกติที่บริเวณใดบริเวณหนึ่ง ในวันเสาร์ท่านจะอย่างไร
  - พบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินทันที
  - พบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินในวันนัด
  - พบแพทย์ที่คลินิกโรคหัวใจในวันนัด

## ชุดที่ 6      แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก

**คำชี้แจง**      ข้อความต่อไปนี้เป็นคำถามการมองชีวิตในแง่มุมต่าง ๆ ในข้อคำถามแต่ละข้อจะมีตัวเลขให้ท่านเลือกตั้งแต่ 1 ถึง 7 ระดับ ซึ่งจะบ่งชี้ถึงความมากน้อยของความรู้สึกนึกคิดโดยอาศัยข้อความในตำแหน่งเลข 1 และ 7 เป็นหลัก โปรดทำเครื่องหมาย ○ รอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด

1. ท่านมีความรู้สึกที่ท่านไม่สนใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัวท่านบ่อยเพียงใด

1	2	3	4	5	6	7
ไม่เคยรู้สึกเลย						รู้สึกว่าเป็นเช่นนี้บ่อย

2. ท่านรู้สึกบ้างไหมว่าคนที่ท่านไวใจทำให้ท่านต้องผิดหวัง

1	2	3	4	5	6	7
ไม่เคยรู้สึกเลย						เคยรู้สึกอยู่เสมอ

3. ท่านมีความรู้สึกที่ท่านไม่ได้รับความยุติธรรมบ้างหรือไม่

1	2	3	4	5	6	7
ไม่มีเลย						มีอย่างชัดเจน

4. ท่านมีความรู้สึกที่ท่านอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และไม่ทราบว่าจะทำอะไรบ่อยเพียงใด

1	2	3	4	5	6	7
บ่อยมาก						น้อยมากหรือไม่เคยเลย

5. ท่านรู้สึกอย่างไรกับสิ่งที่ท่านกระทำอยู่ทุกวันนี้

1	2	3	4	5	6	7
ยินดีและพอใจมาก						เหนื่อยหน่ายและทุกข์ใจ

6. ท่านมีความรู้สึกนึกคิดสับสนบ่อยเพียงใด

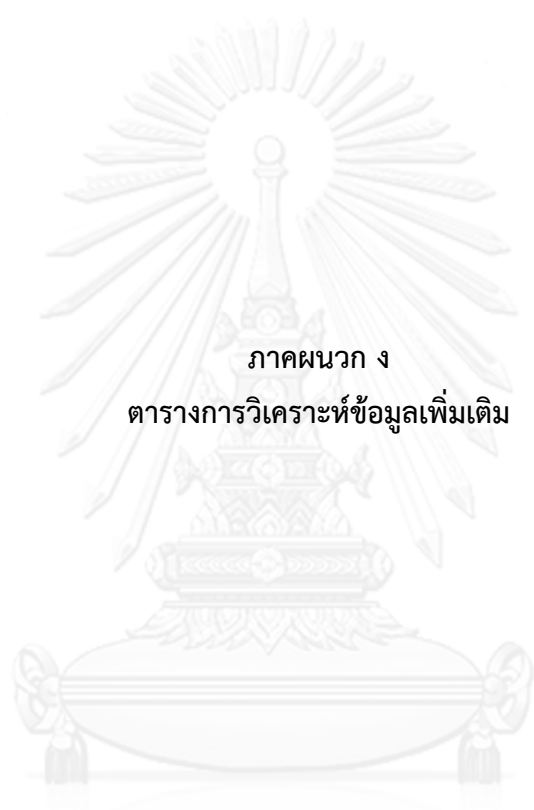
1	2	3	4	5	6	7
บ่อยมาก						น้อยมากหรือไม่เคยเลย

7. บ่อยแค่ไหนที่ท่านเกิดความคิดว่า ความรู้สึกที่กำลังเกิดขึ้นภายในจิตใจของท่านนั้น ไม่น่าจะเกิดขึ้น

1	2	3	4	5	6	7
บ่อยมาก						น้อยมากหรือไม่เคยเลย

8. ท่านมีความรู้สึกว่สิ่งที่ท่านกระทำอยู่ในทุกวันนี้ไม่ค่อยมีความหมายบ่อยเพียงใด

1	2	3	4	5	6	7
บ่อยมาก						น้อยมากหรือไม่มีเลย



ภาคผนวก ง  
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## ค่าความเที่ยงของแบบวัดคุณภาพชีวิต

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.953	.953	70

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
qol_sat1	5.43	.774	30
qol_sat2	5.77	.504	30
qol_sat3	4.97	1.450	30
qol_sat4	5.63	.964	30
qol_sat5	5.50	.682	30
qol_sat6	5.80	.407	30
qol_sat7	5.90	.305	30
qol_sat8	5.73	.583	30
qol_sat9	5.77	.430	30
qol_sat10	5.30	1.291	30
qol_sat11	5.77	.430	30
qol_sat12	5.77	.504	30
qol_sat13	5.60	.621	30
qol_sat14	5.73	.450	30
qol_sat15	5.70	.466	30
qol_sat16	5.80	.407	30
qol_sat17	5.80	.407	30
qol_sat18	5.07	1.230	30
qol_sat19	5.70	.466	30

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
qol_sat20	5.60	.498	30
qol_sat21	5.63	.490	30
qol_sat22_23	5.00	1.509	30
qol_sat24	4.80	1.562	30
qol_sat25	5.57	1.006	30
qol_sat26	5.30	1.264	30
qol_sat27	5.10	1.269	30
qol_sat28	5.47	1.137	30
qol_sat29	5.13	1.358	30
qol_sat30	5.43	1.305	30
qol_sat31	5.27	1.172	30
qol_sat32	5.57	1.135	30
qol_sat33	5.50	1.137	30
qol_sat34	5.33	1.213	30
qol_sat35	5.37	1.326	30
qol_sat36	5.13	1.570	30
qol_imp1	5.63	1.129	30
qol_imp2	5.70	1.119	30
qol_imp3	5.73	1.112	30
qol_imp4	5.73	1.112	30
qol_imp5	5.73	.450	30
qol_imp6	5.83	.379	30
qol_imp7	5.93	.254	30
qol_imp8	5.80	.610	30
qol_imp9	5.83	.379	30



Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
qol_imp10	5.60	1.133	30
qol_imp11	5.70	1.119	30
qol_imp12	5.53	1.167	30
qol_imp13	4.53	1.871	30
qol_imp14	5.37	1.299	30
qol_imp15	5.40	1.404	30
qol_imp16	5.63	1.129	30
qol_imp17	5.53	1.167	30
qol_imp18	4.83	1.802	30
qol_imp19	5.50	1.408	30
qol_imp20	5.37	1.426	30
qol_imp21	5.63	.999	30
qol_imp22_23	5.37	1.351	30
qol_imp24	5.87	.346	30
qol_imp25	5.70	.837	30
qol_imp26	5.60	.621	30
qol_imp27	4.97	1.217	30
qol_imp28	5.70	.794	30
qol_imp29	5.60	.675	30
qol_imp30	5.60	.968	30
qol_imp31	5.53	1.137	30
qol_imp32	5.60	1.133	30
qol_imp33	5.43	1.305	30
qol_imp34	5.63	.718	30
qol_imp35	5.77	.430	30

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
qol_imp36	5.63	.765	30

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
qol_sat1	381.07	1207.582	.208	.	.953
qol_sat2	380.73	1216.478	.075	.	.953
qol_sat3	381.53	1232.671	-.151	.	.956
qol_sat4	380.87	1202.464	.239	.	.953
qol_sat5	381.00	1212.897	.126	.	.953
qol_sat6	380.70	1212.148	.249	.	.953
qol_sat7	380.60	1214.110	.243	.	.953
qol_sat8	380.77	1207.771	.278	.	.953
qol_sat9	380.73	1208.202	.367	.	.953
qol_sat10	381.20	1210.993	.075	.	.954
qol_sat11	380.73	1209.099	.337	.	.953
qol_sat12	380.73	1210.754	.238	.	.953
qol_sat13	380.90	1211.197	.180	.	.953
qol_sat14	380.77	1212.806	.203	.	.953
qol_sat15	380.80	1212.648	.200	.	.953
qol_sat16	380.70	1208.424	.381	.	.953
qol_sat17	380.70	1213.666	.195	.	.953
qol_sat18	381.43	1209.978	.092	.	.954
qol_sat19	380.80	1212.234	.213	.	.953

<b>Item-Total Statistics</b>					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
qol_sat20	380.90	1209.679	.272	.	.953
qol_sat21	380.87	1208.051	.325	.	.953
qol_sat22_23	381.50	1198.259	.180	.	.954
qol_sat24	381.70	1222.976	-.055	.	.955
qol_sat25	380.93	1209.720	.123	.	.953
qol_sat26	381.20	1154.028	.742	.	.951
qol_sat27	381.40	1151.834	.765	.	.951
qol_sat28	381.03	1152.999	.843	.	.951
qol_sat29	381.37	1149.068	.744	.	.951
qol_sat30	381.07	1150.547	.758	.	.951
qol_sat31	381.23	1153.151	.814	.	.951
qol_sat32	380.93	1151.926	.858	.	.951
qol_sat33	381.00	1149.862	.884	.	.951
qol_sat34	381.17	1160.557	.694	.	.951
qol_sat35	381.13	1149.430	.758	.	.951
qol_sat36	381.37	1140.585	.720	.	.951
qol_imp1	380.87	1158.533	.775	.	.951
qol_imp2	380.80	1160.924	.750	.	.951
qol_imp3	380.77	1156.668	.812	.	.951
qol_imp4	380.77	1162.323	.736	.	.951
qol_imp5	380.77	1214.116	.161	.	.953
qol_imp6	380.67	1211.264	.301	.	.953
qol_imp7	380.57	1214.461	.274	.	.953

<b>Item-Total Statistics</b>					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
qol_imp8	380.70	1203.045	.377	.	.953
qol_imp9	380.67	1214.023	.197	.	.953
qol_imp10	380.90	1154.162	.831	.	.951
qol_imp11	380.80	1156.303	.812	.	.951
qol_imp12	380.97	1154.792	.797	.	.951
qol_imp13	381.97	1170.033	.358	.	.954
qol_imp14	381.13	1154.189	.719	.	.951
qol_imp15	381.10	1142.024	.794	.	.951
qol_imp16	380.87	1153.499	.842	.	.951
qol_imp17	380.97	1151.206	.844	.	.951
qol_imp18	381.67	1132.506	.689	.	.951
qol_imp19	381.00	1140.276	.811	.	.951
qol_imp20	381.13	1138.809	.816	.	.951
qol_imp21	380.87	1194.120	.351	.	.953
qol_imp22_23	381.13	1189.085	.305	.	.953
qol_imp24	380.63	1211.137	.337	.	.953
qol_imp25	380.80	1205.683	.223	.	.953
qol_imp26	380.90	1212.576	.148	.	.953
qol_imp27	381.53	1209.844	.095	.	.954
qol_imp28	380.80	1201.545	.312	.	.953
qol_imp29	380.90	1207.197	.250	.	.953
qol_imp30	380.90	1206.714	.174	.	.953
qol_imp31	380.97	1151.895	.858	.	.951

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
qol_imp32	380.90	1150.921	.874	.	.951
qol_imp33	381.07	1141.857	.860	.	.950
qol_imp34	380.87	1209.637	.184	.	.953
qol_imp35	380.73	1207.651	.386	.	.953
qol_imp36	380.87	1208.809	.187	.	.953

Scale Statistics			
Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
386.50	1219.362	34.919	70

ค่าความเที่ยงของแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.890	.926	35

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
self_care1	4.63	.765	30
self_care2	4.80	.847	30
self_care3	4.93	1.112	30
self_care4	2.90	1.729	30
self_care5	5.13	.973	30
self_care6	5.20	1.095	30

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
self_care7	4.13	1.852	30
self_care8	3.27	1.893	30
self_care9	5.33	.711	30
self_care10	4.83	1.555	30
self_care11	4.97	1.377	30
self_care12	5.10	.995	30
self_care13	5.63	.556	30
self_care14	5.10	1.094	30
self_care15	4.97	.928	30
self_care16	5.77	.504	30
self_care17	5.77	.504	30
self_care18	5.40	.724	30
self_care19	5.53	.571	30
self_care20	5.40	.814	30
self_care21	5.70	.702	30
self_care22	5.40	.724	30
self_care23	4.70	1.557	30
self_care24	5.17	.986	30
self_care25	5.47	.819	30
self_care26	3.10	2.057	30
self_care27	5.10	.803	30
self_care28	5.17	1.289	30
self_care29	5.17	.913	30
self_care30	4.97	1.402	30
self_care31	4.87	1.137	30

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
self_care32	4.63	1.542	30
self_care33	5.30	.837	30
self_care34	4.80	1.495	30
self_care35	5.27	.907	30

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
self_care1	168.97	340.930	.097	.	.891
self_care2	168.80	330.097	.437	.	.887
self_care3	168.67	325.126	.446	.	.886
self_care4	170.70	343.734	-.039	.	.899
self_care5	168.47	325.016	.521	.	.885
self_care6	168.40	321.903	.538	.	.885
self_care7	169.47	316.809	.364	.	.889
self_care8	170.33	326.230	.211	.	.894
self_care9	168.27	326.133	.686	.	.884
self_care10	168.77	319.840	.395	.	.888
self_care11	168.63	333.482	.176	.	.892
self_care12	168.50	319.707	.662	.	.883
self_care13	167.97	331.068	.636	.	.886
self_care14	168.50	336.121	.173	.	.891
self_care15	168.63	325.689	.528	.	.885
self_care16	167.83	336.695	.395	.	.888

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
self_care17	167.83	335.868	.440	.	.888
self_care18	168.20	325.614	.693	.	.884
self_care19	168.07	333.306	.509	.	.887
self_care20	168.20	320.993	.775	.	.882
self_care21	167.90	331.128	.494	.	.886
self_care22	168.20	328.234	.590	.	.885
self_care23	168.90	324.438	.310	.	.890
self_care24	168.43	321.495	.616	.	.884
self_care25	168.13	329.637	.469	.	.886
self_care26	170.50	319.914	.273	.	.893
self_care27	168.50	325.224	.635	.	.884
self_care28	168.43	308.668	.749	.	.880
self_care29	168.43	321.013	.685	.	.883
self_care30	168.63	314.861	.551	.	.884
self_care31	168.73	318.271	.609	.	.883
self_care32	168.97	317.413	.445	.	.886
self_care33	168.30	326.355	.569	.	.885
self_care34	168.80	321.200	.388	.	.888
self_care35	168.33	324.713	.572	.	.885

Scale Statistics			
Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
173.60	344.248	18.554	35



ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.563	.544	5

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
Adh_2	1.47	.507	30
Adh_4	1.87	.346	30
Adh_5	1.37	.615	30
Adh_9	1.37	.490	30
Adh_10	1.73	.521	30

Inter-Item Correlation Matrix					
	Adh_2	Adh_4	Adh_5	Adh_9	Adh_10
Adh_2	1.000				
Adh_4	.170	1.000			
Adh_5	.317	.076	1.000		
Adh_9	.120	.095	.225	1.000	
Adh_10	.357	-.013	.316	.261	1.000

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Adh_2	6.33	1.540	.402	.199	.460
Adh_4	5.93	2.064	.120	.045	.592
Adh_5	6.43	1.357	.396	.168	.461
Adh_9	6.43	1.702	.282	.099	.529
Adh_10	6.07	1.513	.406	.214	.456

Scale Statistics			
Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
7.80	2.303	1.518	5

การหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ

Reliability Statistics	
Kuder-Richardson	N of Items
.70	8

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
Health_Literacy_1	0.67	0.48	30
Health_Literacy_2	0.70	0.47	30
Health_Literacy_3	1.00	0.00	30
Health_Literacy_4	1.00	0.00	30
Health_Literacy_5	0.90	0.31	30
Health_Literacy_6	0.90	0.31	30

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
Health_Literacy_7	0.90	0.31	30
Health_Literacy_8	0.90	0.31	30
Health_Literacy_9	1.00	0.00	30
Health_Literacy_10	0.83	0.38	30
Health_Literacy_11	1.00	0.00	30
Health_Literacy_12	0.93	0.25	30
Health_Literacy_13	0.77	0.43	30
Health_Literacy_14	0.73	0.45	30
Health_Literacy_15	0.87	0.35	30
Health_Literacy_16	0.53	0.51	30
Health_Literacy_17	0.97	0.18	30
Health_Literacy_18	0.93	0.25	30
Health_Literacy_19	0.87	0.35	30
Health_Literacy_20	0.97	0.18	30
Health_Literacy_21	0.67	0.48	30
Health_Literacy_22	1.00	0.00	30

Scale Statistics			
Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
19.03	6.38	2.53	8

การหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.722	.726	8

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
Coherence1	4.37	1.752	30
Coherence3	4.43	1.870	30
Coherence5	4.63	1.991	30
Coherence6	5.43	1.633	30
Coherence7	5.40	1.653	30
Coherence8	4.70	1.803	30
Coherence9	5.27	1.530	30
Coherence12	6.07	1.574	30



**Inter-Item Correlation Matrix**

	Coherence1	Coherence3	Coherence5	Coherence6	Coherence7	Coherence8	Coherence9	Coherence12
Coherence1	1.000							
Coherence3	.571	1.000						
Coherence5	.040	.294	1.000					
Coherence6	.172	.185	.157	1.000				
Coherence7	.186	.277	.622	.215	1.000			
Coherence8	-.019	-.052	.151	.373	.319	1.000		
Coherence9	-.102	.103	.373	.214	.406	.555	1.000	
Coherence12	.066	.283	.184	.404	.480	.372	.136	1.000

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Coherence1	35.93	56.271	.220	.459	.733
Coherence3	35.87	50.947	.400	.509	.697
Coherence5	35.67	49.057	.434	.481	.690
Coherence6	34.87	52.809	.406	.264	.695
Coherence7	34.90	47.886	.634	.596	.649
Coherence8	35.60	51.972	.380	.487	.701
Coherence9	35.03	53.620	.409	.484	.695
Coherence12	34.23	52.116	.463	.484	.685

Scale Statistics			
Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
40.30	65.114	8.069	8

ตาราง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนของคุณภาพชีวิต จำแนกตาม รายชื่อ (n = 110)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
1. สุขภาพกับการทำหน้าที่ของส่วนต่างๆ ในร่างกาย	26.48	4.85	ดี
2. การดูแลรักษาสุขภาพที่ได้รับอยู่	27.42	3.98	ดี
3. ระยะเวลาการหยุดไหลของเลือดเมื่อมีการบาดเจ็บ	22.28	7.86	ดี
4. ความสามารถในการหายใจ โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ	25.99	5.55	ดี
5. การประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้แรงมาก	22.88	7.04	ดี
6. ความสามารถในการทำสิ่งต่างๆได้ด้วยตนเอง	25.63	5.74	ดี
7. ความสามารถในการควบคุมและตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง	26.71	5.39	ดี
8. ความหวังที่จะมีชีวิตยืนยาว	26.96	5.63	ดี
9. ความสามารถในการดูแลสุขภาพของครอบครัว	25.65	5.28	ดี
10. ความสำเร็จของบุตรหลานหรือบุคคลใกล้ชิด	25.25	5.24	ดี
11. ความสุขในครอบครัว	26.39	5.09	ดี
12. ความสัมพันธ์กับคู่ครองหรือบุคคลที่มีความสำคัญ	26.03	5.36	ดี
13. ความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ครอง	21.69	5.68	ดี
14. ความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือผู้ร่วมงาน	24.80	5.14	ดี
15. ความช่วยเหลือ ความเห็นอกเห็นใจ กำลังใจที่ได้รับจากผู้อื่น	26.15	5.36	ดี
16. ความสามารถในการทำหน้าที่ในครอบครัว	26.59	5.41	ดี
17. การมีประโยชน์หรือมีคุณค่าต่อผู้อื่น	25.06	5.08	ดี
18. ระดับความเครียดหรือความวิตกกังวลในชีวิต	21.82	6.02	ดี
19. บ้านเรือนและสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย	26.90	4.50	ดี
20. ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน	24.79	5.32	ดี
21. แนวทางในการดำรงชีวิต	25.70	4.50	ดี
22. หน้าที่การงาน (กรณีที่ทำงาน) (กรณีที่ออกจากงาน,ไม่ได้ทำงาน ให้ไปตอบในข้อ 23)	21.41	8.12	ดี
23. การไม่มีงานทำ (กรณีที่ออกจากงาน,ไม่ได้ทำงาน)	21.41	8.12	ดี
24. การได้รับการศึกษา	21.70	7.50	ดี

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
25. ความสามารถในการพึ่งตนเองด้านการเงิน	23.55	6.62	ดี
26. งานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่าง	23.11	5.55	ดี
27. ความสามารถที่จะท่องเที่ยวตามเทศกาลต่าง ๆ	22.05	5.61	ดี
28. ความหวังที่จะมีความสุขในอนาคต	26.28	5.16	ดี
29. ความสงบทางใจ	24.29	6.62	ดี
30. ความเลื่อมใสศรัทธาในศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่าง ๆ	26.48	5.55	ดี
31. ความสำเร็จตามสิ่งที่มุ่งหวังในชีวิต	23.92	5.50	ดี
32. ความสุขโดยทั่วไปในชีวิต	25.16	5.18	ดี
33. ชีวิตโดยทั่วไป	24.47	5.07	ดี
34. รูปร่างหน้าตาหรือลักษณะที่ปรากฏภายนอก	23.34	4.68	ดี
35. วิธีการดำเนินชีวิตของตนเองโดยทั่วไป	24.61	4.83	ดี
36. การเปลี่ยนแปลงในชีวิตอันเนื่องมาจากปัญหาเกี่ยวกับ หัวใจและการรักษา เช่น การเปลี่ยนแปลงอาหาร / การ จำกัดน้ำ / การจำกัดกิจกรรม / หรือการงดสูบบุหรี่ เป็นต้น	24.54	6.55	ดี

ตาราง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนของความสามารถในการดูแลตนเอง จำแนกตามรายชื่อ (n = 110)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
1. กระจกและข้อตามตัวของท่านสามารถเคลื่อนไหวได้ดี มากน้อยเพียงใด	5.00	1.014	ปานกลาง
2. ท่านนำความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมาใช้ในการดูแล สุขภาพตนเองมากน้อยเพียงใด	4.93	.983	ปานกลาง
3. สภาพความเป็นอยู่ในครอบครัวของท่านเอื้ออำนวยต่อการดูแล สุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด	5.03	1.045	ปานกลาง
4. ท่านลองใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบใหม่ๆ ตามคำแนะนำ จากผู้ที่ท่านเชื่อถือมากน้อยเพียงใด	3.82	1.435	ต่ำ
5. การดูแลสุขภาพและชีวิตครอบครัวของท่านสอดคล้องกับ วิถีชีวิตด้านอื่นๆ ของท่านมากน้อยเพียงใด	4.74	1.011	ปานกลาง



ข้อความ	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
6. ท่านติดตามและประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลตนเอง มาน้อยเพียงใด	5.05	1.017	ปานกลาง
7. ท่านคิดหาวิธีการดูแลตนเองที่มีความเหมาะสมกับปัญหาและการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมาน้อยเพียงใด	4.70	1.208	ปานกลาง
8. ท่านคิดหาวิธีการดูแลสุขภาพแบบใหม่ๆ จากสิ่งต่างๆ รอบตัว มาน้อยเพียงใด	4.21	1.447	ต่ำ
9. ท่านแข็งแรงในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองมาน้อยเพียงใด	5.13	.825	ปานกลาง
10. ท่านหมั่นสังเกตตัวเองเพื่อปรับปรุงวิธีการดูแลสุขภาพ ของตนเองมาน้อยเพียงใด	4.99	1.027	ปานกลาง
11. ท่านใช้ความพยายามในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามกำลังที่ มีมาน้อยเพียงใด	5.09	.944	ปานกลาง
12. ท่านสนใจสิ่งต่างๆ รอบตัวที่จะมีผลกระทบต่อ การดูแลตนเอง มาน้อยเพียงใด	4.85	1.077	ปานกลาง
13. ท่านมีความสามารถในการดูแลตนเองมาน้อยเพียงใด	5.17	.776	ปานกลาง
14. ท่านใช้ความพยายามในการดูแลตนเองตามที่ได้ตั้งใจไว้ มาน้อยเพียงใด	5.05	.828	ปานกลาง
15. ท่านมีความรู้ในสิ่งที่ท่านต้องทำ เพื่อการดูแลตนเองมาน้อย เพียงใด	4.78	.913	ปานกลาง
16. ท่านดูแลสุขภาพตนเองตามที่แพทย์และพยาบาลแนะนำ มาก น้อยเพียงใด	5.42	.817	สูง
17. ท่านดูแลตนเองเพราะเห็นว่าสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญต่อท่านมาก น้อยเพียงใด	5.70	.599	สูง
18. ท่านจดจำความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองได้มาน้อยเพียงใด	4.95	.833	ปานกลาง
19. ท่านเข้าใจว่าท่านต้องใช้ความพยายามในการดูแลสุขภาพด้วย ตนเองมาน้อยเพียงใด	5.21	.825	ปานกลาง
20. ท่านคิดพิจารณาข้อดีข้อเสียของวิธีการดูแลสุขภาพก่อนนำมา ปฏิบัติมาน้อยเพียงใด	5.05	.952	ปานกลาง
21. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองเป็นเรื่องสำคัญสำหรับท่านมาน้อย เพียงใด	5.58	.655	สูง

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
22. ท่านเข้าใจว่าเมื่อไรท่านสามารถที่จะเริ่มดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้มากน้อยเพียงใด	5.13	.779	ปานกลาง
23. ท่านแสวงหาความรู้หรือขอคำแนะนำ ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองมากน้อยเพียงใด	4.88	1.064	ปานกลาง
24. ท่านพยายามปรับสิ่งต่างๆ เพื่อให้การดูแลสุขภาพตนเองได้ผลดียิ่งขึ้นมากน้อยเพียงใด	4.93	1.020	ปานกลาง
25. ร่างกายของท่านมีความพร้อมในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองมากน้อยเพียงใด	5.16	.841	ปานกลาง
26. ท่านเลือกใช้วิธีการดูแลสุขภาพตนเองแบบใหม่ๆ ที่สอดคล้องกับวิธีที่ท่านปฏิบัติอยู่มากน้อยเพียงใด	4.17	1.298	ต่ำ
27. การมองเห็นและการได้ยินของท่านดีพอที่ท่านจะดูแลสุขภาพด้วยตนเองมากน้อยเพียงใด	4.94	.911	ปานกลาง
28. ท่านสามารถจัดการดูแลสุขภาพของท่านโดยไม่ให้เป็นอุปสรรคต่อสิ่งที่สำคัญในชีวิตด้านอื่นๆ ของท่านได้มากน้อยเพียงใด	5.13	.825	ปานกลาง
29. ท่านพยายามทำในสิ่งที่เกิดผลดีต่อสุขภาพ แม้ว่าจะไม่อยากทำมากน้อยเพียงใด	5.00	.888	ปานกลาง
30. ท่านมีวิธีการดูแลสุขภาพตามแนวทางของตนเองมากน้อยเพียงใด	4.61	1.197	ปานกลาง
31. ท่านดูแลสุขภาพตนเองตามแนวทางที่เลือกไว้อย่างเคร่งครัดมากน้อยเพียงใด	4.72	1.068	ปานกลาง
32. ท่านดูแลสุขภาพตามแบบฉบับของตนเองมากน้อยเพียงใด	4.71	.942	ปานกลาง
33. ท่านสนใจสังเกตผลของการดูแลสุขภาพตนเองมากน้อยเพียงใด	5.10	1.004	ปานกลาง
34. ท่านใช้เหตุผลในการเลือกวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองมากน้อยเพียงใด	5.08	.930	ปานกลาง
35. ท่านสามารถตัดสินใจได้ดีว่ากิจกรรมการดูแลตนเองใดควรปฏิบัติก่อน-หลังมากน้อยเพียงใด	4.96	.898	ปานกลาง

ตาราง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนของความร่วมมือในการปฏิบัติ ตามคำแนะนำด้านสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อ (n = 110)

ข้อความคำถาม	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
1. ท่านรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่	1.27	.505	ปานกลาง
2. ท่านเคยลดจำนวนยา หรือหยุดรับประทานยาด้วยตนเอง	1.69	.602	สูง
3. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3- 5 ครั้ง ต่อ สัปดาห์ นานครั้งละ 30 นาที	1.13	.592	ปานกลาง
4. ท่านรับประทานอาหารเช้าประเภทไขมัน หรือ ขาหมู	1.16	.411	ปานกลาง
5. ท่านควบคุมน้ำหนักตัวหรือติดตามชั่งน้ำหนัก	1.32	.690	ปานกลาง

ตาราง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนของความแตกฉานด้านสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อ (n = 110)

ข้อความคำถาม	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
1.เมื่อมาถึงคลินิกโรคหัวใจ ท่านต้องทำอะไรบ้าง	.62	.488	ปานกลาง
2.หากใบนัดนี้เป็นของท่าน ท่านมีนัด วันใด ที่ไหน และเวลาเท่าไร	.57	.497	ปานกลาง
3.วันนัดดื่มน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน หมายความว่าอย่างไร	.96	.188	เพียงพอ
4.หากท่านไม่สามารถตามนัด ท่านจะอย่างไร	.98	.134	เพียงพอ
5.หากท่านยื่นใบสั่งยาเวลา 10.00 น. เมื่อถึงเวลา 11.00 น. ยังไม่ได้รับยาท่านต้องอย่างไร	.96	.188	เพียงพอ
6.ท่านจะอย่างไรหากได้รับยาที่ขนาดและสีไม่เหมือนยาเดิม	.80	.402	เพียงพอ
7.เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนการตรวจ ท่านต้องได้รับอะไรก่อนกลับบ้าน	.90	.301	เพียงพอ
8.ควรรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเมื่อใด	.80	.402	เพียงพอ
9.จากข้อ 8 หลังจากงรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดแล้ว ท่านจะอย่างไร	.99	.095	เพียงพอ
10.หากท่านรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ท่านจะป้องกันการเกิดผิวหนังตายจากการขาดเลือด อย่างไร	.85	.363	เพียงพอ

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
11.หากท่านรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ท่านควรปฏิบัติตนอย่างไร	1.00	.000	เพียงพอ
12.หากท่านรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดครั้งแรก ในช่วงหลังอาหารเย็น ครั้งต่อไปท่านต้องรับประทานยาเวลาใด	.95	.228	เพียงพอ
13.หากท่านต้องเคลื่อนย้ายถุงข้าวสารขนาด 5 กิโลกรัม 2 ถุง ท่านต้องปฏิบัติอย่างไร	.76	.427	เพียงพอ
14.ท่านสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ในกรณีใด	.63	.486	ปานกลาง
15.ขณะกำลังทำงาน หากท่านรู้สึกใจสั่น หอบเหนื่อย ท่านจะทำการอย่างไรเป็นอันดับแรก	.85	.363	เพียงพอ
16.เพื่อป้องกันการเกิดอาการหอบเหนื่อย ท่านจะเลือกรับประทานอาหารอย่างไร	.55	.499	ปานกลาง
17.ท่านอาจมีอาการบวมมากขึ้นหากท่านปรุงอาหารแล้วใส่เครื่องปรุงประเภทใด	.96	.188	เพียงพอ
18.เพื่อให้การออกฤทธิ์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือดได้เต็มที่ ท่านควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทใด	.92	.275	เพียงพอ
19.หากท่านรู้สึกว่า รองเท้าคับและผิวหนังที่ขาตึง เหนื่อยง่าย ท่านต้องทำอะไร	.88	.324	เพียงพอ
20.ท่านควรซึ้บน้ำหนักเพื่อประเมินน้ำหนักในร่างกายเวลาใด	.93	.261	เพียงพอ
21.หากพบว่าน้ำหนักเพิ่มขึ้นจากเดิม 1 กิโลกรัมใน 1 วันท่านต้องทำอะไร	.78	.415	เพียงพอ
22.หากมีอาการเลือดออกผิดปกติที่บริเวณใดบริเวณหนึ่ง ในวันเสาร์ท่านจะทำการอย่างไร	.96	.188	เพียงพอ

ตาราง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนของความเข้มแข็งในการมองโลก  
จำแนกตามรายชื่อ (n = 110)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
1. ท่านมีความรู้สึกว่าคุณไม่สนใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัว ท่านบ่อยเพียงใด	4.40	1.528	ปานกลาง
2. ท่านรู้สึกบ้างไหมว่าคนที่ท่านไว้วางใจทำให้ท่านต้องผิดหวัง	4.06	1.893	ปานกลาง
3. ท่านมีความรู้สึกว่าคุณไม่ได้รับความยุติธรรมบ้างหรือไม่	4.35	1.908	ปานกลาง
4. ท่านมีความรู้สึกว่าคุณอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และไม่ ทราบว่าจะทำอะไรบ่อยเพียงใด	4.82	1.660	ปานกลาง
5. ท่านรู้สึกอย่างไรกับสิ่งที่ท่านกระทำอยู่ทุกวันนี้	5.26	1.652	สูง
6. ท่านมีความรู้สึกนึกคิดสับสนบ่อยเพียงใด	4.69	1.744	ปานกลาง
7. บ่อยแค่ไหนที่ท่านเกิดความคิดว่า ความรู้สึกที่กำลังเกิดขึ้น ภายในจิตใจของท่านนั้น ไม่น่าจะเกิดขึ้น	4.92	1.756	ปานกลาง
8. ท่านมีความรู้สึกว่าคุณทำอะไรอยู่ในทุกวันนี้ไม่ค่อยมี ความหมายบ่อยเพียงใด	5.51	1.601	สูง

ตาราง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความสามารถ  
ในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพ  
และความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของกลุ่มตัวอย่าง  
วิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment  
Correlation) (n = 110)

	QOL	post_op_year	Self-care	Adherence	Literacy	Coherence
QOL	1					
post_op_year	.099	1				
Self-care	<b>.463*</b>	.138	1			
Adherence	.229*	-.101	<b>.376*</b>	1		
Literacy	.150	.134	.010	.028	1	
Coherence	<b>.392*</b>	-.018	<b>.296*</b>	<b>.307*</b>	<b>.366*</b>	1

จากตาราง พบว่า ตัวแปรทำนายคู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด คือ ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ( $r = .463, p < .01$ ) รองลงมา คือ ความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ( $r = .392, p < .01$ ) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พหุรวมเชิงเส้น คือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีค่ามากกว่า 0.65 (Burns and Grove, 2001) ไม่มีตัวแปรทำนายคู่มีความสัมพันธ์กันสูง จนทำให้เกิดปัญหา Multicollinearity ซึ่งเป็นไปตามหนึ่งในข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ตาราง ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis)

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> change	F change	p-value
1	.463 <sup>a</sup>	.214	.207	.214	29.420	0.000
2	.534 <sup>b</sup>	.286	.272	.072	21.386	0.007
3	.537 <sup>c</sup>	.288	.268	.002	14.311	0.585
4	.538 <sup>d</sup>	.290	.263	.002	10.711	0.633
5	.538 <sup>e</sup>	.290	.256	.000	8.491	0.906

จากตารางผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น พบว่า

ลำดับขั้นที่ 1 ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย เท่ากับ .214 ( $R^2 = .214$ )

ลำดับขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวแปรการทำนาย ความเข้มแข็งในการมองโลกเข้ามาในสมการทำนาย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .286 ( $R^2 = .286$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลำดับขั้นที่ 3 เมื่อเพิ่มตัวแปรการทำนาย ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเข้ามาในสมการทำนาย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .288 ( $R^2 = .288$ ) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลำดับขั้นที่ 4 เมื่อเพิ่มตัวแปรทำนาย ความแตกฉานด้านสุขภาพเข้ามาในสมการทำนาย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .290 ( $R^2 = .290$ ) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลำดับขั้นที่ 5 เมื่อเพิ่มตัวแปรการทำนาย ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพเข้ามาในสมการทำนาย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายไม่เพิ่มขึ้น

แสดงว่า ตัวแปรทำนายทั้งหมด ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความเข้มแข็งในการมองโลก ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 29 ( $R^2 = .290$ )

**ตาราง** ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน ( $\beta$ ) และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis)

Model	F	p-value	B	$\beta$	t	p-value	Tolerance	VIF
<b>1(constant)</b>			12.714		5.694	.000		
Sum_Self	29.420	.000	.070	.463	5.424	.000	1.000	1.000
<b>2(constant)</b>			10.930		4.952	.000		
Sum_Self			.057	.380	4.440	.000	.912	1.096
Sum_Coh	21.386	.000	.104	.280	3.272	.001	.912	1.096
<b>3(constant)</b>			10.964		4.952	.000		
Sum_Self			.056	.372	4.283	.000	.892	1.121
Sum_Coh			.105	.283	3.296	.001	.909	1.100
Sum_Time	14.311	.000	.023	.052	.632	.529	.977	1.023
<b>4(constant)</b>			10.092		3.507	.001		
Sum_Self			.057	.377	4.292	.000	.875	1.143
Sum_Coh			.098	.266	2.833	.006	.769	1.301
Sum_Time			.020	.046	.539	.591	.949	1.054
Sum_Health	10.711	.000	.053	.043	.477	.635	.831	1.204
<b>5(constant)</b>			10.062		3.466	.001		
Sum_Self			.056	.374	3.999	.000	.782	1.279
Sum_Coh			.097	.263	2.730	.007	.734	1.362
Sum_Time			.021	.047	.548	.585	.928	1.078
Sum_Health			.054	.043	.479	.633	.829	1.206
Sum_Adh	8.491	.000	.022	.011	.118	.906	.795	1.257

จากตาราง เมื่อพิจารณา ค่า Tolerance ซึ่งเป็นการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน Tolerance มีค่า 0–1 ค่ายิ่งใกล้ 0 แสดงว่าตัวแปรอิสระ (ตัวแปรทำนาย) มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระอื่น ๆ โดยปกติค่า Tolerance ที่ต่ำกว่า 0.10 แสดงว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันสูงหรือมีลักษณะเป็น Multicollinearity และพิจารณาค่า VIF (Variance Inflation Factor) ซึ่งเป็นการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันอีกวิธี ค่า VIF ยิ่งมีค่ามาก (มากกว่า 10) แสดงว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันสูงหรือมีลักษณะเป็น Multicollinearity (อวยพร เรื่องตระกูล, 2553) จากตารางพบว่า ค่า Tolerance และ ค่า VIF มีค่าอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้

เมื่อพิจารณาค่า Significance ของสถิติทดสอบ F ของแต่ละ Model ในตาราง พบว่า มีค่าน้อยกว่า .05 ทุก Model นั้นหมายความว่า ตัวแปรทำนายแต่ละตัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในรูปเชิงเส้น (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550) ดังนั้น สรุปได้ว่า ตัวแปรทำนายทั้ง 5 ตัวแปร สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจาก Model ที่ 5 พบว่า ตัวแปรทำนายที่มีน้ำหนักมากที่สุด คือ ความสามารถในการดูแลตนเอง ( $\beta = .374$ ) รองลงมา คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก ( $\beta = .263$ ) ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ( $\beta = .047$ ) ความแตกฉานด้านสุขภาพ ( $\beta = .043$ ) และสุดท้ายคือ ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ( $\beta = .011$ ) โดยตัวแปรทำนายทั้ง 5 ตัวแปร ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความเข้มแข็งในการมองโลก ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความแตกฉานด้านสุขภาพ และความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ เป็นตัวแปรที่ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 29 ( $R^2 = .290$ ) โดยความสามารถในการดูแลตนเองและความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถร่วมทำนายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความแตกฉานด้านสุขภาพและความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพสามารถร่วมทำนายได้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววริศรา ม่วงช่วง เกิดเมื่อวันที่ 4 กันยายน พ.ศ. 2523 ที่จังหวัดราชบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี เมื่อปี 2546 และศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ.2554 จนถึงปัจจุบัน ประสบการณ์ด้านวิชาชีพ ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ งานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลราชบุรี ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2546 – 2552 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY