

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่

พรทิพย์ ทองเปลว,* นรลักษณ์ เอื้อกิจ**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายระหว่างโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม ภาวะเปราะบาง ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการผ่าตัด จำนวน 108 คน เลือกแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล และแบบประเมินโรคร่วม แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินภาวะเปราะบาง แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และ แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า โรคร่วมมีสัมประสิทธิ์การทำนายสูงสุด ($\beta = -.336, p = < .01$) มีตัวแปร คือ โรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม ภาวะเปราะบาง ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถทำนายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ได้ ร้อยละ 78.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Adjusted $R^2 = .789, p < .01$)

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ, การผ่าตัดลิ้นหัวใจ, ผู้สูงอายุ

* นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** อาจารย์ คณะคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Corresponding author, email: phonthipthongpleo@gmail.com, Tel 094-4059283

Received : May 8, 2025; Revised : June 27, 2025; Accepted : June 28, 2025

Predicting Factors of Health Related Quality of Life among Older Persons with Transcatheter Aortic Valve Implantation

Phonthip Thongpleo*, Noraluk Ua-Kit**

Abstract

This study aimed to examine the predictive power between comorbidities, social support, frailty, depression, self-care ability, and health perception on health-related quality of life in elderly people who underwent transcatheter aortic valve replacement. The sample consisted of 108 elderly people who underwent transcatheter aortic valve replacement, aged 60 years and above, who underwent surgery. The multi-stage design was used. The instruments used were a questionnaire on personal factors and a comorbidity assessment form: a social support assessment form, a frailty assessment form, a depression assessment form, a self-care ability scale, a health perception assessment form, and a health-related quality of life assessment form for elderly people who underwent transcatheter aortic valve replacement. The data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression. The results showed that comorbidities had the highest predictive coefficient ($\beta = -.336$, $p = < .01$). The variables were comorbidities, social support, frailty, depression, self-care ability, and health perception. The variability of health-related quality of life in the elderly who underwent transcatheter aortic valve replacement could be predicted by 78.90 percent with statistical significance at the .01 level (Adjusted $R^2 = .789$, $p < .01$).

Keywords : Health-related quality of life, Heart valve surgery, Elderly

* Student in Master of Faculty of Nursing Chulalongkorn University

** Instructor, Faculty of Nursing Chulalongkorn University

Corresponding author, email: phonthipthongpleo@gmail.com, Tel 094-4059283

Received : May 8, 2025; **Revised :** June 27, 2025; **Accepted :** June 28, 2025

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบ (Aortic Stenosis) เกิดจากการตีบของลิ้นหัวใจที่กั้นระหว่างหัวใจห้องล่างซ้ายและหลอดเลือดแดงใหญ่ เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 2, 29 และ 9 จากประชากรทั่วโลก พบในผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 65 ปี 65-75 ปี และ 75 ปีขึ้นไป ตามลำดับ การเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบ ผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ถูกพัฒนาขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2545 เป็นนวัตกรรมใหม่ในการเปลี่ยนลิ้นหัวใจแบบไม่ต้องผ่าตัด ซึ่งในปัจจุบันมีผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่มากกว่า 100,000 รายทั่วโลก จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือมีผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ จำนวน 114,757 และ 58,556 รายต่อปีตามลำดับ และทั้ง 2 ทวีปอาจจะเพิ่มขึ้นได้ถึง 270,000 รายต่อปี จาก 29 ประเทศ ส่วนในทวีปเอเชีย ในปี 2564 มีผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ จำนวน 70,221 เช่นเดียวกับประเทศไทยมีโรงพยาบาลหลายแห่งที่รักษาผู้ป่วยด้วยนวัตกรรมนี้ เช่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลศิริราช สถาบันโรคทรวงอก และโรงพยาบาลตำรวจ เป็นต้น (Durko et al., 2018) นอกจากนี้ การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจของ Goudzwaard et al. (2020) พบว่า ภาวะเปราะบางและอาการแพ้ของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่หลังจาก 1 ปี ลดน้อยลงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภาวะเปราะบางเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ได้ และการศึกษาของ Olszewska-Turek & Bełkowska-Korpata (2022) พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่หลังจาก 1 ปี ลดน้อยลงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .48$) และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่หลังจาก 1 ปี สูงขึ้นส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศที่ผ่านมา พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังทำบอลลูนหัวใจ ในขณะที่การทำหัตถการด้วยการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ยังมีการศึกษาที่จำกัด เนื่องจากส่วนใหญ่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องการทำหัตถการด้วยวิธีนี้ เช่น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจของหัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัวและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านทางสายสวน (ทรงเกียรติ ยอดที่รัก, 2565)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ยังไม่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจเลือกศึกษาเรื่องนี้จากการทบทวนวรรณกรรมของงานวิจัยที่ผ่านมา ได้แก่ โรคหัวใจ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะเปราะบาง ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่นี้ดังที่กล่าวมาจากงานวิจัยข้างต้น เพื่อนำมาประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยร่วมกับกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ferrans et al. (2005) ช่วยให้ผู้สามารถพัฒนา

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ ให้มีความเป็นเลิศและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นในระยะสั้นและระยะยาวก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา Transcatheter Aortic Valve Implantation ในอนาคตได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

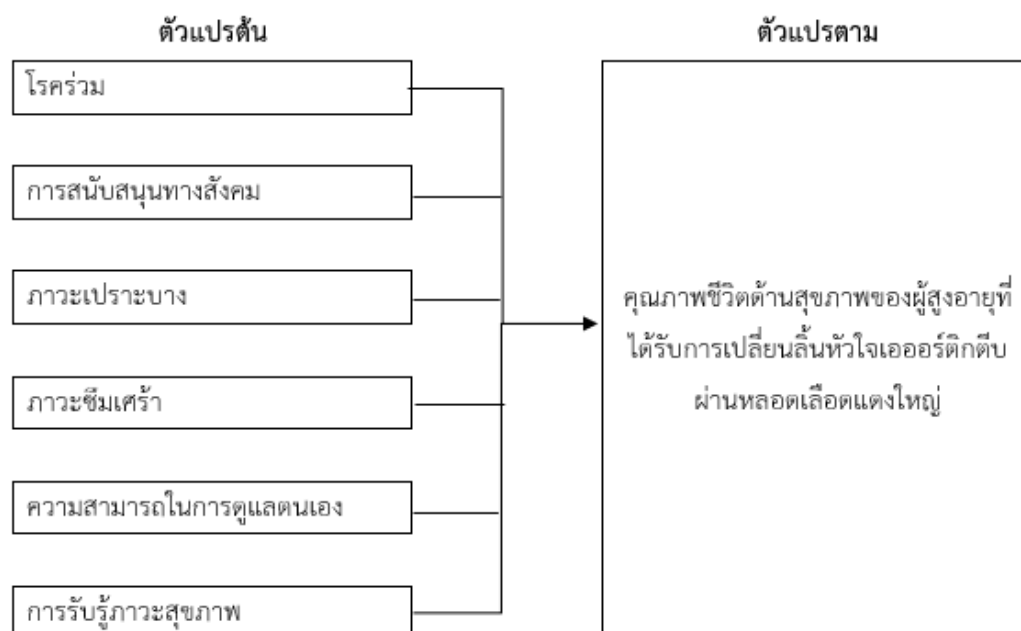
เพื่อศึกษาอำนาจการทำนาย ได้แก่ โรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม ภาวะเปราะบาง ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่

สมมติฐานการวิจัย

โรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม ภาวะเปราะบาง ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรโดยประยุกต์กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ferrans et al. (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ของรัฐ ในระดับตติยภูมิขั้นสูง กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร จำนวน 108 ราย โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า ได้แก่

1. ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่มาแล้วอย่างน้อย 30 วัน ถึงไม่เกิน 1 ปี เพื่อให้เป็นช่วงเวลาที่พ้นระยะวิกฤตหลังผ่าตัดและร่างกายเริ่มฟื้นตัวจนสามารถประเมินคุณภาพชีวิตได้อย่างเหมาะสม (Goudzwaard et al., 2020)

2. ผู้ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินด้วยแบบประเมินมินิค็อก (Mini-Cog) คะแนน ≥ 3 (Trongsakul, et al., 2015)

3. ไม่เป็นผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงที่มีคะแนน ADL น้อยกว่า 5 คะแนน ซึ่งประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL)

4. ผู้ที่มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูด อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้

5. ผู้ที่มีความสมัครใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก ได้แก่

ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยกะทันหันจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์อำนาจทดสอบ และคำนวณขนาดของกลุ่มโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis ของ วรวิมา อยู่ดี และ อัญชลี เพิ่มสุวรรณ (2565) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล 0.15 กำหนดค่าอำนาจทดสอบเท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 98 คน และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลไม่สมบูรณ์ (Cohen, 1988) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเก็บกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 108 คน แบ่งเก็บข้อมูลโดยเฉลี่ยเท่าๆ กัน ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 36 ราย โรงพยาบาลศิริราช 36 ราย และ โรงพยาบาลรามาธิบดี 36 ราย และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2567 (รหัสโครงการ COA No. 140/67) โรงพยาบาลศิริราช วันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2567 (รหัสโครงการ COA no. Si 502/2024) โรงพยาบาลรามาธิบดี วันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2567 (รหัสโครงการ COA No. MURA2024/555) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย วันที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 (รหัสโครงการ COA No. 1502/2024)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการขั้นตอนรวบรวมข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่หน่วยเวชระเบียน มีขั้นตอน ดังนี้ สืบจากรายชื่อ และศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนของผู้ป่วยภายหลังการเปลี่ยนลิ้นหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2) ผู้วิจัยประสานพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลซักประวัติและคัดกรอง เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนการรักษาของผู้ป่วยที่หน่วยเวชระเบียน โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ คลินิกผู้ป่วยนอกในวันที่มีการนัดหมายแพทย์ จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัยและการสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่าง รับทราบ พร้อมทั้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยข้อมูลของตอนที่ 3 ในแบบสอบถามชุดที่ 1 กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยประสานกับผู้ประสานงานวิจัยภายในโรงพยาบาลเพื่อขอข้อมูลนี้จากเวชระเบียน การตอบ แบบสอบถามใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-30 นาที โดยใช้ช่วงเวลา ระหว่างนั่งรอพบแพทย์ หลังพบแพทย์ หรือรอรับยา เป็นต้น ในสถานที่หรือบริเวณที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสะดวกสบายและเป็นส่วนตัว และในการตอบแบบสอบถามจากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. แบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog พัฒนาโดย Trongsakul et al. (2015) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุด้าน ความจำ และการสร้างรูปแบบความคิดรวบยอด โดยขั้นตอนการทดสอบประกอบด้วย 1) การทวนซ้ำคำ 3 คำ (บ้าน แมว สีเขียว) 2) การวาดหน้าปัดนาฬิกา บอกเวลาที่ 11:10 น. และ 3) ความจำระยะสั้นด้วยการระลึกความจำบอกคำ ทั้ง 3 คำข้างต้น ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 5 นาที เกณฑ์ คะแนนเต็ม 5 คะแนน ถ้าได้คะแนนรวม อยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน การแปลผลคะแนน 0-2 คะแนน หมายถึง อาจมีความบกพร่องทางการรู้คิด คะแนน 3-5 คะแนน หมายถึง ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด หลังจากที่ได้มีการแปลแบบประเมิน Mini-Cog ผู้แปลได้มีการนำเครื่องมือไปทดสอบคุณภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำนวน 21 ราย เปรียบเทียบกับการใช้แบบทดสอบ MMSE-Thai แบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog มีความตรงตามสภาพโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวก ($r = .47, P < .05$) กับแบบทดสอบ MMSE-Thai ความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต ค่าความคลาดเคลื่อนค่าสัมประสิทธิ์แคปปา เท่ากับ .80 ($K = .80$)

2. แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน Activity daily living เป็นการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์เกณฑ์การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้ ผู้สูงอายุกลุ่ม 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่นชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ผู้สูงอายุกลุ่ม 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL

อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน ผู้สูงอายุกลุ่ม 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล 2) แบบประเมินโรคร่วม 3) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม 4) แบบประเมินภาวะเปราะบาง 5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 6) แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง 7) แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และ 8) แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validate index: CVI)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินโรคร่วม แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินภาวะเปราะบาง แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา ความครอบคลุม ความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ ความชัดเจนของข้อความ ความถูกต้องของการวัด เกณฑ์พิจารณาคะแนน ได้แก่

- 1) อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการเปลี่ยนลิ้นหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ 1 คน
- 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน
- 3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการเปลี่ยนลิ้นหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ 1 คน
- 4) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงหรือมีความชำนาญการพยาบาลด้านหัวใจและทรวงอก 2 คน

2 คน

เมื่อผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า $CVI = .70-.80$ (Polit, 2013)

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องที่ปรับแก้ไขแล้วมาทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และนำมาวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ $.70-.80$ (DeVellis, 2017) ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้ง 5 ชุด ได้แก่ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินภาวะเปราะบาง แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าดัชนีตรงตามเนื้อหา (Content validity index) และค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n = 10) และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n = 108)

แบบสอบถาม	ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา	ค่าความเที่ยง (n = 10)	ค่าความเที่ยง (n = 108)
1. แบบประเมินโรคร่วม	1.00	0.71	0.85
2. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	0.93	0.85	0.79
3. แบบประเมินภาวะเปราะบาง	1.00	0.87	0.86
4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	0.93	0.81	0.88
5. แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง	0.98	0.97	0.91
6. แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ	0.93	0.86	0.72
7. แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่	0.89	0.94	0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS Statistic กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ลักษณะที่พักอาศัย จำนวนผู้ที่พักอาศัย ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจก่อนผ่าตัด ระยะเวลาที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และประวัติการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่เป็นจำนวน ร้อยละ ความถี่ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ โรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม ภาวะเปราะบาง ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม ภาวะเปราะบาง ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา และการหาสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment) และได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล (Normality test) โดยพิจารณาจากค่า Skewness และ Kurtosis เพื่อทดสอบว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้น (Multicollinearity) ซึ่งเป็นหนึ่งในข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยตัวแปรอิสระต้องมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในไม่เกิน 0.65 (Chen et al. (2014)

4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ได้แก่ (1) ตัวแปรตามต้องมี

ระดับการวัดในระดับช่วงมาตราหรืออัตราส่วนมาตรา (2) ตัวแปรอิสระหรือตัวแปรพยากรณ์อยู่ในระดับช่วงมาตราหรืออัตราส่วนมาตราหากเป็นตัวแปรไม่ต่อเนื่องต้องแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) (3) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear relationship) ที่สัมพันธ์กันสูง (4) ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (5) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรทำนายทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) (6) ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) และ (7) ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรทำนายและตัวแปรตามมีความเป็นอิสระจากกัน (Independence)

5. ความสามารถในการทำนายของโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม ภาวะเปราะบาง ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนแปลงหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณด้วยสถิติ (Stepwise multiple regression) ที่นัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนแปลงหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 81 ปีขึ้นไป จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 57.41 เพศหญิง จำนวน 61 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.51 รองลงมา คือ เพศชาย จำนวน 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.50 สถานภาพสมรส จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 89.82 สวัสดิการการรักษาของข้าราชการ จำนวน 472 คน คิดเป็นร้อยละ 43.50 รองลงมา คือ ประกันสังคม จำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.60 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.42 และอื่นๆ จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.53 ความรุนแรงของโรคหัวใจก่อนการผ่าตัดระดับที่ 3 จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 39.85 รองลงมา คือ ระดับที่ 4 จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 31.50 ระดับที่ 2 จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 24.10 และระดับที่ 1 จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.63 โรคร่วมน้อย จำนวน 83 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.90 รองลงมา คือ โรคร่วมปานกลาง จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.13 ระยะเวลาภายหลังการทำการหัตถการเปลี่ยนแปลงหัวใจ 1-3 ปี จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 39.05 รองลงมา คือ 4-6 ปี จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 29.61 ระยะเวลา 7-9 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 19.44 และระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 12 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 89.82 รองลงมา คือ กลุ่มที่มีประวัติการเจ็บป่วยเฉียบพลัน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 10.24 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม ภาวะเปราะบาง ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนแปลงหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินข้อมูลตัวแปรของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่

ตัวแปรที่ศึกษา	POSSIBLE SCORE	Actual score	$\bar{X}$	SD
ภาวะโรครวม	0-37	0-8	2.59	1.58
การสนับสนุนทางสังคม	12-84	41-69	57.05	6.21
ภาวะเปราะบาง	0-12	0-4	1.80	1.04
ภาวะซึมเศร้า	0-30	0-5	2.37	1.41
ความสามารถในการดูแลตนเอง	35-240	123-212	152.00	18.45
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	15-75	72-74	54.07	8.92
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	70-420	254-337	294.61	18.01

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะโรครวมเฉลี่ยเท่ากับ 2.59 (SD = 1.58) การสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 57.05 (SD = 6.21) ภาวะเปราะบางเฉลี่ยเท่ากับ 1.80 (SD = 1.04) ภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 2.37 (SD = 1.41) ความสามารถในการดูแลตนเองเฉลี่ยเท่ากับ 152.00 (SD = 18.45) การรับรู้ภาวะสุขภาพเฉลี่ย 54.07 (SD = 8.92) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉลี่ยเท่ากับ 294.61 (SD = 18.01) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรครวม การสนับสนุนทางสังคม ภาวะเปราะบาง ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรครวม การสนับสนุนทางสังคม ภาวะเปราะบาง ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. โรครวม	1.000						
2. การสนับสนุนทางสังคม	-.590*	1.000					
3. ภาวะเปราะบาง	.381*	-.481*	1.000				
4. ภาวะซึมเศร้า	.453*	-.438*	.351*	1.000			
5. ความสามารถในการดูแลตนเอง	-.657*	.543*	-.337*	-.363*	1.000		
6. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.618*	.518*	-.293*	-.502*	.532*	1.000	
7. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	-.763*	.626*	-.573*	-.623*	.724*	.597*	1.00

*p < .01

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม ภาวะเปราะบาง ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนแปลงหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า โรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.763$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .626$) ภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.573$) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.623$)

ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายระหว่างโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม ภาวะเปราะบาง ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนแปลงหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression)

ตัวทำนาย	b	Std. Error	β	t	p-value
(Constant)	272.043	10.334		26.325	< .001
โรคร่วม	-3.826	.713	-.336	-5.367	< .001
ภาวะซึมเศร้า	-3.432	.653	-.269	-5.260	< .001
ความสามารถในการดูแลตนเอง	.317	.058	.324	5.449	< .001
ภาวะเปราะบาง	-4.181	.857	-.241	-4.876	< .001

R = .893, R² = .797, Adjusted R² = .789, Std. Error = 8.270 Durbin-Watson = 1.675

จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาจากค่า β พบว่า โรคร่วมมีสัมประสิทธิ์การทำนายสูงสุด ($\beta = -.336$, $p = < .01$) รองลงมาคือ ความสามารถในการดูแลตนเอง ($\beta = .324$, $< .01$) ภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.269$, $< .01$) และภาวะเปราะบาง ($\beta = -.241$, $< .01$) ตามลำดับ โดยตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปร สามารถรวมทำนายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนแปลงหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ได้ ร้อยละ 78.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Adjusted R² = .789, $p < .01$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยและประเด็นที่พบได้ ดังนี้

ผลการศึกษานี้พบว่า ตัวแปรที่สามารถรวมทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนแปลงหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ โรคร่วมมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายสูงสุด ($\beta = -.336$, $p = < .01$) รองลงมาคือ ความสามารถในการดูแลตนเอง ($\beta = .324$, $< .01$) ภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.269$, $< .01$) และภาวะเปราะบาง ($\beta = -.241$, $< .01$) ตามลำดับ โดยสามารถรวมทำนายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนแปลง

หัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ได้ ร้อยละ 78.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Adjusted $R^2 = .789$, $p < .01$)

โรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.763$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (β) = $-.336$ ($p = < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วมน้อย จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูง กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ไม่ต้องรับมือกับโรคเรื้อรังหลายชนิดพร้อมกัน จะมีสภาพร่างกายและจิตใจที่ดีกว่า มีพลังในการใช้ชีวิต และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติมากกว่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัย Damluji et al. (2021) ซึ่งว่าโรคร่วมเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ลดอัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจระยะยาว ($\beta = -.336$) ในผู้สูงอายุ 1,099 ราย พบว่า ผู้ที่มีโรคร่วม ≥ 3 โรค มีความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มที่มีโรคร่วมน้อยถึง 2.3 เท่า (OR = 2.3, 95% CI: 1.8–3.0) ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วรวิมา อยู่ดี และอัญชลี เพิ่มสุวรรณ (2565) ซึ่งพบว่า จำนวนโรคร่วมมีผลลดทอนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มที่มีโรคร่วมมากมักมีข้อจำกัดในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน รวมถึงมีระดับความเครียดและความวิตกกังวลสูงขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ส่งผลให้ทั้งสุขภาพกายและใจเสื่อมถอย และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ต่ำลงในระยะยาว

ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .696$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (β) = $.324$ ($p = < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ เช่น การรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การควบคุมอารมณ์และความเครียด รวมถึงการใช้จ่ายและติดตามการรักษาอย่างเคร่งครัด จะมีโอกาสฟื้นตัวได้ดี มีสุขภาพกายและใจที่มั่นคง และสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lorenzoni et al. (2021) ซึ่งระบุว่า ผู้ป่วยที่ขาดความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ มักประสบกับปัญหาการนอนหลับ ความเครียดสะสม และการละเลยการดูแลสุขภาพกายและจิตใจ ซึ่งนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่แย่ลง ขณะที่ผู้ที่มีทักษะในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ดีขึ้น อีกทั้งการศึกษาของ Olszewska-Turek & Bętkowska-Korpata (2022) ที่พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .48$, $p < .05$)

ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.623$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (β) = $-.269$ ($p = < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับที่ดีขึ้น กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ไม่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย หรือความวิตกกังวลเรื้อรัง ย่อมมีแนวโน้มในการปรับตัว

ต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายหลังการรักษาได้ดี และสามารถฟื้นฟูสุขภาพทั้งทางกายและใจได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุนทรน้อย (2560) ที่อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่สะท้อนความไม่สมดุลระหว่างสภาพจิตใจกับร่างกาย ซึ่งมักพบร่วมกับอาการทางกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หรืออ่อนเพลีย ซึ่งทั้งหมดล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างการเปลี่ยนแปลงลิ้นหัวใจที่ต้องอาศัยเวลาในการฟื้นตัวและการดูแลสุขภาพระยะยาว การศึกษาของ Stańska et al. (2017) ในผู้ป่วยโรคหัวใจ 1,500 ราย พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 ≥ 10) มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจสูงกว่ากลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้า 1.8 เท่า (HR = 1.8, 95% CI: 1.3–2.5) และมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (Mental Component Summary; MCS) ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (42.3 vs. 54.7, $p < .001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Olszewska-Turek & Bętkowska-Korpała (2022) ที่รายงานว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยหลังการรักษา จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .48$, $p < .05$) โดยเฉพาะในด้านอารมณ์ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ

ภาวะเปราะบาง มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.573$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (β) = $-.241$ ($p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเปราะบางในระดับต่ำ จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ยังคงสามารถเคลื่อนไหวได้ดี มีสมดุลทางร่างกายและจิตใจ และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางสภาพร่างกายหลังการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมมีโอกาสในการฟื้นตัวสูง และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้อง Fairbairn et al. (2012) ที่พบว่า ภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ลดลงหลังผ่านไป 1 ปี ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนถึงผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพ การศึกษาของ Afilalo et al. (2020) ผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจ 1,020 ราย พบว่า ภาวะเปราะบางสัมพันธ์กับอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น 50% (OR = 1.5, 95% CI: 1.1–2.0) คะแนนคุณภาพชีวิตด้านการเคลื่อนไหว (SF-36 Physical functioning) ลดลง 30% (จาก 65.2 เป็น 45.6, $p < .001$) และพบว่า ภาวะเปราะบางสัมพันธ์กับ อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซ้ำที่สูงขึ้น (OR = 2.5, 95% CI: 1.8–3.4) นอกจากนี้ Goudzwaard et al. (2020) ยังระบุว่า ภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีภาวะเปราะบางสูงจะมีข้อจำกัดในการดำรงชีวิตประจำวันมากกว่า และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา

การสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ได้ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (89.8%) มีสมาชิกในบ้าน 4-6 คน (56.5%) จึงได้รับความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพอย่างใกล้ชิด ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากมีระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงที่ 57.05 (SD = 6.21) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงไม่เป็นตัวแปรที่แปรผันมากพอที่จะมีอิทธิพลชัดเจน

ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างนี้เมื่อพิจารณาความหมายของ “การสนับสนุนทางสังคม” สอดคล้องกับงานวิจัยของ Stańska et al.(2017) และ Goudzwaard et al. (2020) ที่ระบุว่า การสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในกลุ่มที่ขาดแคลนหรือเปราะบางทางสังคม เช่น อยู่ลำพัง ไม่มีครอบครัว หรือ ขาดการดูแลระยะยาว ในขณะที่กลุ่มที่มีพื้นฐานสังคมดีอยู่แล้ว การสนับสนุนทางสังคมอาจไม่ใช่ตัวแปรที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญในเชิงสถิติ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ได้ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รายงานว่ามีความสุขโดยรวม “ค่อนข้างดี” ถึง “ดีมาก” ซึ่งส่งผลให้คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับดีอยู่ที่ 3.60 (SD = 0.58) และมีความผันแปร (Variance) น้อย ไม่สามารถแสดงความแตกต่างในระดับที่มีนัยสำคัญเพียงพอที่จะทำนายคุณภาพชีวิตได้นอกจากนี้ ตามนิยามของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งหมายถึงการประเมินตนเองจากประสบการณ์ ความรู้สึกทางกาย และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต (ปถมพร พันธุ์บุล, 2553) การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประสบการณ์การรักษาที่ประสบความสำเร็จและมีการฟื้นตัวที่ดี อาจทำให้การประเมินสุขภาพตนเองในเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง จนไม่ได้กระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต งานวิจัยที่ใช้เครื่องมือแบบเดียวกัน เช่น การประเมินของ Brook et al. (1979) ซึ่งเป็นต้นแบบของแบบประเมินนี้ มักพบผลสัมพันธ์ในกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพเรื้อรังหรือมีความเปลี่ยนแปลงทางกายภาพชัดเจน ดังนั้นในกลุ่มที่สุขภาพโดยรวมยังอยู่ในระดับดี เช่น ผู้สูงอายุที่มีระบบสนับสนุนที่ดี การรับรู้ภาวะสุขภาพอาจไม่ส่งผลชัดเจนต่อคุณภาพชีวิต

จากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรทั้งหมดที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Ferrans et al. (2005) ซึ่งอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผ่านมิติต่างๆ ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน และความเป็นอยู่ทางสังคม โดยตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) โรคร่วม ซึ่งสะท้อนด้านสุขภาพกาย โดยพบว่าผู้ที่มีโรคร่วมน้อยย่อมมีร่างกายที่แข็งแรงและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ 2) ความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งสะท้อนด้านการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ที่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดี จะมีแนวโน้มฟื้นตัวได้รวดเร็วและมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น 3) ภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่สะท้อนด้านสุขภาพจิต ซึ่งผู้ที่ไม่ใช่ภาวะซึมเศร้าจะสามารถปรับตัวและรับมือกับความเจ็บป่วยได้ดีกว่า และ 4) ภาวะเปราะบางเป็นตัวชี้วัดทั้งสุขภาพกายและการทำหน้าที่ ซึ่งผู้ที่ไม่ใช่ภาวะเปราะบางย่อมมีศักยภาพในการใช้ชีวิตประจำวันมากกว่า ส่วนตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ แม้จะไม่แสดงอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มตัวอย่างนี้ แต่ยังคงมีความเกี่ยวข้องกับกรอบแนวคิดในเชิงโครงสร้าง โดยเฉพาะในด้านความเป็นอยู่ทางสังคมและการรับรู้ตนเอง ซึ่งอาจแสดงผลชัดเจนมากขึ้นในกลุ่มที่ขาดแคลนหรือมีปัจจัยแวดล้อมที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าตัวแปรส่วนใหญ่ในงานวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้เป็นพื้นฐานในการศึกษาอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยเน้นการควบคุมและจัดการโรคร่วม ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายสูงสุด เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคร่วมเพิ่มเติม

2. ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เช่น การสร้างแนวทางสุขภาพประจำวัน (Daily self-care plan) การใช้สื่อให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย และการฝึกทักษะดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น การติดตามอาการ การควบคุมอาหาร หรือการบริหารยา เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงต่อคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติในการทำนายคุณภาพชีวิต ได้แก่ โรคร่วม ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะซึมเศร้า และภาวะเปราะบาง ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ แล้วทำการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

- ทรงเกียรติ ยอดที่รัก. (2565). อัตราความสำเร็จการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านทางสายสวนและอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายในระยะเวลา 30 วัน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปถมพร พันธุ์อุบล. (2553). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทองในจังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2560). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4). พิมพ์ลักษณ์. วรริมา อยู่ดี และ อัญชลี เพิ่มสุวรรณ. (2565). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังชนิดที่มีการบีบตัวของหัวใจห้องซ้ายลดลง. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 19(1), 15-31.
- Afilalo, J., Lauck, S., Kim, D. H., Lefèvre, T., Piazza, N., Lachapelle, K., & Noiseux, N. (2020). Frailty in older adults undergoing aortic valve replacement: The FRAILTY-AVR Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 70(6), 689-700.
- Brook, R. H., Ware Jr, J. E., Davies-Avery, A., Stewart, A. L., Donald, C. A., Rogers, W.H., Johnston, S.A. (1979). Overview of adult health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care*, 17(7), 1-131.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

- Chen X., Leng S.X. (2014). Frailty syndrome: An overview. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 433-41.
- Cronbach, Lee. J. Essentials of psychological testing (5th ed). Harper & Row, 1990.
- Damluji, A. A., Forman, D. E., Wang, T. Y., Chikwe, J., Kunadian, V., Rich, M. W., & Alexander, K. P. (2021). Management of acute coronary syndrome in the older adult population: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 147(3), 54-85.
- Durko, A. P., Osnabrugge, R. L., Van Mieghem, D., Nkomo, V. T., & Pieter Kappetein, A. (2018). Annual number of candidates for transcatheter aortic valve implantation per country: Current estimates and future projections. *European Heart Journal*, 39(28), 2635–2642.
- Fairbairn, T. A., Meads, D. M., Mather, A. N., Motwani, M., Pavitt, S., Plein, S., Blackman, D. J., & Greenwood, J. P. (2012). Serial change in health-related quality of life over 1 year after transcatheter aortic valve implantation: predictors of health outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, 59(19), 1672–1680.
- Ferrans, C.E., Zerwic, J.J., Wilbur, J.E., Larson, J.L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *J Nurs Scholarship*, 37(4), 336-41.
- Goudzwaard, J. A., de Ronde-Tillmans, M. J. A. G., Kwekkeboom, E. H. C., Lenzen, M. J., van Wiechen, M. P. H., Ooms, J. F. W., Nuis, R. J., Van Mieghem, N. M., Daemen, J., de Jaegere, P. P. T., & Mattace-Raso, F. U. S. (2020). Impact of frailty on health-related quality of life 1 year after transcatheter aortic valve implantation. *Age and Ageing*, 49(6), 989–994.
- Lorenzoni, G., Azzolina, D., Fraccaro, C., Zoccarato, C., Minto, C., Illiceto, S., Gregori, D., & Tarantini, G. (2021). Sleep quality in patients undergoing transcatheter aortic valve implantation (TAVI). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8889.
- Olszewska-Turek, K., & Bętkowska-Korpała, B. (2022). Quality of life and depressive symptoms in transcatheter aortic valve implementation patients-A cross-sectional study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(11), 2211.
- Polit DF, Beck CT, Owen SV. (2013). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurse Health*, 30(4), 459- 67.
- Stańska, A., Jagielak, D., Brzeziński, M., Zembala, M., Wojakowski, W., Kochman, J., Huczek, Z., Witkowski, A., & Zembala, M. (2017). Improvement of quality of life following transcatheter aortic valve implantation in the elderly: A multi-centre study based on the Polish national TAVI registry. *Kardiologia Polska*, 75(1), 13–27.
- Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, CrossJ. (2015). Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int.*, 15(5), 594-600.

