

# คุณภาพชีวิต และอรรถประโยชน์ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ปนัดดา ยาสุด<sup>1</sup>, พจีมาส กิตติปัญญางาม<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

<sup>2</sup>ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## Quality of Life and Utility in Cardiac Surgical Patients at Queen Sirikit Heart Center of the Northeast

Panadda Yasud<sup>1</sup>, Pajeemas Kittipanya-ngam<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

<sup>2</sup>Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Received: 10 July 2020

Accepted: 19 March 2021

**หลักการและวัตถุประสงค์:** การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ปัจจุบันมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจหลายด้าน แต่ยังคงขาดการศึกษาเกี่ยวกับอรรถประโยชน์ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และค่าอรรถประโยชน์ก่อนและหลังการผ่าตัดหัวใจ

**วิธีการศึกษา:** เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยวัดคุณภาพชีวิตด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ 5D 5L ฉบับภาษาไทย ก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด 12 สัปดาห์

**ผลการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่าง 126 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.76 อายุเฉลี่ย 56.51 ปี ผู้ป่วยมีปัญหาคุณภาพชีวิตก่อนผ่าตัดระดับเล็กน้อยในด้านอาการเจ็บปวด/ไม่สบายตัว ซึ่งหลังผ่าตัดคุณภาพชีวิตดีขึ้นในทุกมิติ ค่าอรรถประโยชน์ภายหลังผ่าตัด 3 เดือน จาก EQ-5D-5L และ EQ-VAS คือ  $0.98 \pm 0.03$  และ  $97.58 \pm 5.09$  ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับระยะก่อนผ่าตัด

**สรุป:** หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตดีขึ้นในทุกมิติ และค่าอรรถประโยชน์เพิ่มขึ้น

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิต; อรรถประโยชน์; การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

**Background and Objectives:** Open-heart surgery impacts both patient's physical and mental health. Nowadays, there are a lot of studies about quality of life in post-cardiac surgery patients. There is still a lack of research about the utility. This study aimed to study the quality of life and compare pre- and post-cardiac surgery utility.

**Methods:** This study was observational analytic in open-heart surgery patients. The Thai EQ 5D 5L questionnaire was used to measure the quality of life in pre-operation and 12 weeks post-operation.

**Results:** From 126 participants, 54.76 % were male. The mean age was 56.51 years. Quality of life in pre-operative patients showed slight pain and discomfort, but the quality of life after surgery improved in all dimensions. The three-month post-operative utilities from EQ-5D-5L and EQ-VAS were  $0.98 \pm 0.03$  and  $97.58 \pm 5.09$ , respectively. The post-operative utilities were statistically significantly increased from pre-operation.

**Conclusion:** Post-operative patients had a statistically significant better quality of life in all dimensions and higher utility.

**Keywords:** Quality of life; utility; open-heart surgery

ศรีนครินทร์เวชสาร 2564; 36(3): 253-259. • Srinagarind Med J 2021; 36(3): 253-259.

\*Corresponding author : Pajeemas Kittipanya-ngam, Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen province, 40002, Thailand. E-mail: goi.pajeemas@gmail.com

**บทนำ**

โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศและระดับโลก องค์การอนามัยโลก รายงานในปี พ.ศ. 2558 ว่ากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลก<sup>1</sup> รายงานสถิติกระทรวงสาธารณสุขไทย ในช่วง 5 ปี (พ.ศ. 2555 - 2559) พบอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>2</sup>

โรคหัวใจและหลอดเลือดส่งผลต่อร่างกาย เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก หรือทำกิจกรรมได้น้อยลง และมีผลต่อจิตใจ เช่น กลัวความเจ็บปวด กลัวภาวะต้องพึ่งพา หรือเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว ผู้ป่วยจะแสดงออกโดยการไม่ให้ความร่วมมือ กลัวและวิตกกังวล<sup>3</sup> ผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาหลายด้าน โดยเฉพาะการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open-heart surgery) ซึ่งต้องใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม (heart lung machine) ทำหน้าที่สูบน้ำโลหิตไปเลี้ยงร่างกายแทนหัวใจขณะผ่าตัด อาจส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิตและหัวใจ ระบบหายใจ ระบบภูมิคุ้มกันร่างกาย ระบบประสาท<sup>4</sup> การทำงานของตับและไต<sup>3</sup> หรือ การติดเชื้อหรืออักเสบที่แผลผ่าตัด<sup>5</sup> การผ่าตัดหัวใจมีค่าใช้จ่ายและความเสี่ยงสูง<sup>6,7</sup> ใช้เวลาในการฟื้นตัวนานประมาณ 3 เดือน<sup>8-10</sup> เพื่อกลับสู่ภาวะปกติทั้งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมทางกาย<sup>8,9</sup> ความเจ็บปวด<sup>10</sup> และความวิตกกังวล<sup>8</sup> ซึ่งส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ปัจจุบันมีการใช้คุณภาพชีวิตเป็นตัวประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพมากขึ้น โดยคุณภาพชีวิตที่นิยมประเมินในทางการแพทย์คือ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวเนื่องมาจากโรคและการรักษา โดยองค์การอนามัยโลกได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) จะสะท้อนถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยและการรักษา ต่อภาวะสุขภาพและความสุข<sup>11</sup> แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่นิยมใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจในประเทศไทยนั้นมีหลากหลาย<sup>12-16</sup> โดยเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจะรายงานคะแนน 2 แบบ คือ คะแนนตามมิติของเครื่องมือประเมิน และคะแนนดัชนี หรือเรียกว่า อรรถประโยชน์ (utility unit)<sup>17</sup> โดยอรรถประโยชน์ในทางสุขภาพ หมายถึง การวัดในสิ่งที่ชอบหรือพึงพอใจต่อภาวะสุขภาพหรือผลลัพธ์ของสุขภาพในขณะนั้น<sup>18</sup> การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทั้งการผ่าตัดทำทางเป็ยหลอดเลือดหัวใจ เปลี่ยนลิ้นหัวใจ และแก้ไขภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิด มีคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดในระดับดี<sup>13-16,19</sup> หรือสูงกว่าก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>12, 20-22</sup>

ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับตติยภูมิ จากรายงานประจำปี พ.ศ. 2559 พบว่า สถิติการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ 917 ราย ผู้วิจัยในฐานะนักกายภาพบำบัดผู้ให้การฟื้นฟูหัวใจที่มีบทบาทหน้าที่หลักในการฟื้นฟูหัวใจ ด้วยการให้คำแนะนำกิจกรรม การออกกำลังกายที่เหมาะสม ตลอดจนการกลับไปทำงานและใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ทั้งนี้การศึกษาอรรถประโยชน์สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจยังมีไม่มาก ผู้วิจัยจึงมี

ความสนใจที่จะศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตและอรรถประโยชน์ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อการพัฒนาการบริการด้านการฟื้นฟูหัวใจที่ครอบคลุมมากขึ้น

**วิธีการศึกษา**

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Observational analytic study) ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ และผ่านการการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE601480 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ผู้ป่วยเตรียมตัวผ่าตัดในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 วัน ก่อนผ่าตัด 2) สัญญาณชีพคงที่ 3) สติสัมปชัญญะดี 4) เข้าใจภาษาไทยอย่างถูกต้อง 5) อายุ 18 ปีขึ้นไป และ 6) ยินดีเข้าร่วมวิจัย และเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดหัวใจหรือมีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหัวใจ เช่น ภาวะสมองขาดเลือด หรือผู้ป่วยที่ส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 126 ราย จากสูตร<sup>23</sup>

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

$\alpha=0.05$   $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$   $\beta=0.2$   $Z_{1-\beta} = 0.84$   
 $\Delta = 5.7^{13}$

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เช่น คุณลักษณะส่วนบุคคล และสภาวะโรค และส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ 5D 5L ฉบับภาษาไทยแปลจาก EuroQol Group<sup>24</sup> เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ มิติทางสุขภาพ 5 ด้านได้แก่ 1) การเคลื่อนไหว 2) การดูแลตนเอง 3) กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ 4) อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว และ 5) ความ วิตกกังวล/ความซึมเศร้า แต่ละด้านมี 5 ตัวเลือก เรียงตามระดับความรุนแรงตั้งแต่ไม่มีปัญหา (1 คะแนน) จนถึงมีปัญหามากที่สุด (5 คะแนน) สามารถคำนวณเป็นคะแนนอรรถประโยชน์ โดยที่คะแนน 1 หมายถึง ความสมบูรณ์ทางด้านร่างกายและจิตใจ คะแนน 0 หมายถึง การเสียชีวิต และติดลบ หมายถึง แย่กว่าการเสียชีวิต ส่วนที่สองเป็นแบบประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง หรือ Visual Analog Scale (VAS) มีลักษณะเป็นสเกลตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่ที่สุด 100 หมายถึง สุขภาพที่ดีที่สุด ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจาก EuroQol Group แล้ว โดยแบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ 5D 5L ในประชากรไทยมีค่าความเชื่อมั่น (intraclass correlation coefficient; ICC) 0.89<sup>25</sup>

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด สัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน และวัดคุณภาพชีวิตก่อนการผ่าตัด โดยผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาพยาบาลตามนโยบายการดูแลผู้ป่วยในทางปกติ (routine) คือ รับการส่งปรึกษาเพื่อเตรียมตัวทางกายภาพบำบัด ก่อนผ่าตัดจากแพทย์หรือพยาบาลเจ้าของไข้ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย และให้โปรแกรมการฟื้นฟูหัวใจก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและติดตามในระยะผู้ป่วยนอกตามการนัดหมายของแพทย์เจ้าของไข้ จากนั้นผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 12 สัปดาห์ หลังการผ่าตัด

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างรายงานเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังผ่าตัด 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ด้วย paired t-test ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างค่าอรรถประโยชน์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์โดยใช้ Pearson correlation หรือ Spearman rank correlation

**ผลการศึกษา**

กลุ่มตัวอย่าง 126 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.76 อายุเฉลี่ย 56.51 ± 11.12 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 83.33 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 53.17 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 76.98 ใช้สิทธิ์การรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 73.81 และเป็นผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ ร้อยละ 60.32 รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง มีโรคประจำตัวร้อยละ 53.97 ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ ภาวะความดันโลหิตสูง มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดร้อยละ 30.16 ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด เฉลี่ย 10.21 ± 4.60 วัน ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนผ่าตัด (New York Heart Association Class) ส่วนใหญ่อยู่ระดับ Functional class (FC) II ร้อยละ 61.91 (ตารางที่ 1)

คุณภาพชีวิตตามมิติสุขภาพในระยะก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ และ ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (ร้อยละ 92.06, 95.24, 62.70 และ 57.41 ตามลำดับ) ในขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเจ็บปวด หรือไม่สบายตัวเล็กน้อย ร้อยละ 50.80 มีปัญหาความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 42.86 และในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาคุณภาพชีวิตทั้ง 5 ด้าน และมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้นทั้ง 5 ด้าน (ตารางที่ 2)

ค่าอรรถประโยชน์จากการประเมิน EQ-5D-5L และ การประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง หรือ VAS เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p < 0.001 ในระยะหลังผ่าตัด 3 เดือน (ตารางที่ 3 และรูปที่ 1)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าอรรถประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล การมีโรคประจำตัว และ

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 126)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
<b>เพศ</b>	
ชาย	69 (54.76)
หญิง	57 (45.24)
อายุ (ปี) (ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	56.51 ± 11.16
<b>สถานภาพสมรส</b>	
โสด	9 (7.14)
สมรส	105 (83.33)
หม้าย/หย่า	12 (9.52)
<b>อาชีพ</b>	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13 (10.32)
เกษตรกรรม	67 (53.17)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	29 (23.58)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการเกษียณ	17 (13.49)
<b>ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว</b>	
เพียงพอ	97 (76.98)
ไม่เพียงพอ	29 (23.02)
<b>สิทธิการรักษาพยาบาล</b>	
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	1 (0.79)
บัตรสุขภาพถ้วนหน้า	93 (73.81)
เบิกจากราชการ/รัฐวิสาหกิจ	25 (19.84)
ประกันสังคม	5 (3.97)
<b>ชนิดของโรคหัวใจและหลอดเลือด</b>	
โรคหลอดเลือดหัวใจ	32 (25.40)
โรคลิ้นหัวใจ	76 (60.32)
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	13 (10.32)
โรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง	5 (3.96)
<b>โรคประจำตัว</b>	
มี	68 (53.97)
ไม่มี	58 (46.03)
<b>ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนผ่าตัด (Functional class, FC)</b>	
FC I	36 (28.57)
FC II	78 (61.91)
FC III	12 (9.52)

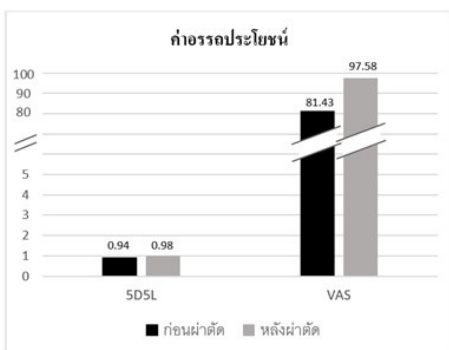
ตารางที่ 2 ระดับคะแนน (ร้อยละ) ของคุณภาพชีวิตในระยะก่อนและหลังผ่าตัด จำแนกตามมิติทางสุขภาพ

หัวข้อประเมิน	ระดับคะแนน (ร้อยละ)				
	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
<b>ข้อ 1 การเคลื่อนไหว</b>					
ก่อนผ่าตัด	116 (92.06)	10 (7.94)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
หลังผ่าตัด	124 (98.41)	2 (1.59)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>ข้อ 2 การดูแลตนเอง</b>					
ก่อนผ่าตัด	120 (95.24)	6 (4.76)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
หลังผ่าตัด	124 (98.41)	2 (1.59)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>ข้อ 3 กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ</b>					
ก่อนผ่าตัด	79 (62.70)	46 (36.51)	1 (0.79)	0 (0)	0 (0)
หลังผ่าตัด	121 (96.03)	5 (3.97)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>ข้อ 4 อาการเจ็บปวด/ไม่สบายตัว</b>					
ก่อนผ่าตัด	61 (48.41)	64 (50.80)	1 (0.79)	0 (0)	0 (0)
หลังผ่าตัด	77 (61.11)	49 (38.89)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>ข้อ 5 ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า</b>					
ก่อนผ่าตัด	72 (57.14)	51 (40.48)	3 (2.38)	0 (0)	0 (0)
หลังผ่าตัด	121 (96.03)	4 (3.18)	1 (0.79)	0 (0)	0 (0)

ตารางที่ 3 ค่าอรรถประโยชน์ก่อนและหลังผ่าตัด 3 เดือน

แบบประเมิน	ค่าอรรถประโยชน์ (mean ± SD)		p-value
	ก่อนผ่าตัด	หลังผ่าตัด	
5D5L	0.94 ± 0.05	0.98 ± 0.03	0.000***
VAS	81.43 ± 17.34	97.58 ± 5.09	0.000***

\* p < 0.05 \*\* p < 0.01 \*\*\* p < 0.001



รูปที่ 1 ค่าอรรถประโยชน์ก่อนและหลังผ่าตัด 3 เดือน

ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนผ่าตัด โดยพบว่า ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว การมีโรคประจำตัว และระดับความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับค่าอรรถประโยชน์ทั้งทางตรง (VAS) และทางอ้อม (5D5L) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

### วิจารณ์

คุณภาพชีวิตเป็นหนึ่งในตัวประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่นิยมมากขึ้น โดยมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งในระยะสั้น<sup>12, 19, 22</sup> และระยะยาว<sup>12, 19, 22</sup> ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี และดีกว่าก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก่อนผ่าตัด มีอาการเจ็บปวดหรือไม่สบายตัวเล็กน้อย และมีความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ภายหลังจากผ่าตัดผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเพิ่มมากกว่าก่อนผ่าตัดและไม่มีปัญหาคุณภาพชีวิตทั้ง 5 มิติ โดยผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดหรือไม่สบายตัวเล็กน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิชัช เกษมทรัพย์ และคณะ<sup>26</sup> เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีแผลผ่าตัดกึ่งกลางหน้าอก (median sternotomy) ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการสมานของกระดูกหน้าอกประมาณ 3 เดือนถึง 2 ปีหลังผ่าตัด<sup>12, 18, 27</sup>

แบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ 5D 5L ฉบับภาษาไทย ได้รับคำแนะนำให้ใช้เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในประเทศไทย<sup>18</sup> เนื่องจากสามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มโรค<sup>26</sup> ใช้งานง่าย และคำนวณค่าอรรถประโยชน์ได้จากการศึกษานี้ พบว่าภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีค่าอรรถประโยชน์ของ EQ 5D 5L และค่าคุณภาพชีวิตจากที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง (VAS) เพิ่มขึ้นจากก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าอรรถประโยชน์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ คือ 0.98 ซึ่งสูงกว่าค่าอรรถประโยชน์ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาลภูมิภาคต่างๆ ของประเทศไทย (0.81)<sup>26</sup> ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (0.75)<sup>28</sup> ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างค่าอรรถประโยชน์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระยะ 3 เดือนหลังผ่าตัด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ค่าความสัมพันธ์			
	5D5L	p-value	VAS	p-value
เพศ	-0.221	0.013**	-0.058	0.520
อายุ	0.021	0.818	-0.056	0.531
สถานภาพสมรส	0.054	0.545	-0.062	0.493
อาชีพ	-0.035	0.694	0.018	0.838
ความเพียงพอของรายได้	-0.240	0.007***	-0.205	0.021**
วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล	0.216	0.015**	0.137	0.127
ชนิดของโรคหัวใจและหลอดเลือด	-0.024	0.786	0.049	0.583
โรคประจำตัว	-0.186	0.037	-0.194	0.030**
ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนผ่าตัด	0.264	0.003***	0.271	0.002***

\* p < 0.05 \*\* p < 0.01 \*\*\* p < 0.001

(0.74)<sup>29</sup> ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (0.89)<sup>30</sup> ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม (0.81) และ ล้างไตทางช่องท้อง (0.83)<sup>31</sup> ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด (0.87)<sup>20</sup> ส่วนค่าคุณภาพชีวิตที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง (VAS) ในการศึกษาขึ้นคือ 97.58 ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาลภูมิภาคของประเทศไทย (84.0)<sup>26</sup> ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม (70.2) และ ล้างไตทางช่องท้อง (69.9)<sup>31</sup>

ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพและค่าอรรถประโยชน์ที่แตกต่างกัน ดังที่ได้กล่าวมา เนื่องจากการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของแต่ละคนนั้นต่างกัน<sup>7</sup> โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล สุขภาพ จิตใจ สังคม พฤติกรรมและการทำหน้าที่<sup>33</sup> จากการศึกษาขึ้นแสดงให้เห็นว่า เพศ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล การมีโรคประจำตัว และระดับความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับค่าอรรถประโยชน์ภายหลังผ่าตัด โดยพบว่า 1) ด้านความแตกต่างทางเพศ การศึกษาขึ้นพบว่า เพศชายมีค่าอรรถประโยชน์สูงกว่าเพศหญิง (0.99 และ 0.97 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในระยะสั้น<sup>15</sup> และระยะยาว<sup>8</sup> และเพศมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย<sup>33</sup> 2) ด้านความเพียงพอของรายได้ การศึกษาขึ้นพบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้เพียงพอมีค่าอรรถประโยชน์สูงกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่เพียงพอ เช่นเดียวกับการศึกษาของเอมอร์ แสงศิริ และคณะ<sup>14</sup> และจิวิสา ลีวัธนะ และคณะ<sup>16</sup> ซึ่งต่างจากงานวิจัยของนิตญา ฤทธิ์เพชร และชนกพร จิตปัญญา<sup>32</sup> ที่พบว่าความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์น้อยกว่ากับคุณภาพชีวิต 3) ด้านสิทธิการรักษาพยาบาล การศึกษาขึ้นพบว่า ผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองมีค่าอรรถประโยชน์ต่ำกว่าผู้ป่วยบัตรสุขภาพถ้วนหน้า เบิกจากราชการ/รัฐวิสาหกิจ หรือประกันสังคม จากการศึกษาที่ผ่านมา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านนี้ มีเพียงการอินทรา โสภภรณ์ และคณะ<sup>34</sup> ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในด้านกำลังใจ

ข้อมูล และค่าใช้จ่ายต่างๆ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบอัตโนมัติได้ 4) การมีโรคประจำตัว การศึกษาขึ้นพบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต VAS ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่รับการรักษาต่อเนื่อง หรือรับประทานยาตลอดชีวิตมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง<sup>13</sup> หรือไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้<sup>14</sup> 5) ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนผ่าตัด จากการศึกษาขึ้นพบว่า ค่าอรรถประโยชน์ของผู้ป่วย FC I และ II มากกว่า ผู้ป่วย FC III เล็กน้อย ซึ่งคล้ายกับผลการศึกษาที่พบว่า ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับที่ต่ำมาก<sup>16</sup>

## สรุป

ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ มีคะแนนคุณภาพชีวิตดีขึ้นในทุกมิติ และค่าอรรถประโยชน์เพิ่มขึ้นหลังผ่าตัด 12 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีโรคประจำตัวอื่น หรือความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนผ่าตัดน้อย ควรได้รับคำแนะนำและการดูแลอย่างใกล้ชิด

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม บุคลากรงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ รวมถึงบุคลากรศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่สนับสนุนการทำโครงการวิจัยจนสำเร็จ

## เอกสารอ้างอิง

1. ณัฐฉัตร พันธ์มิ่ง, อลิสา อยู่เลิศ, สราภรณ์ ลัทธิต. ประเด็นสารธรรมรงค์วันหัวใจโลก ปีพ.ศ. 2561 [ออนไลน์] ม.ป.ป. [อ้างเมื่อ 18 เมษายน 2562] จาก [http://thaincd.com/document/file/download/knowledgeประเด็นสารธรรมรงค์วันหัวใจโลก\\_61.pdf](http://thaincd.com/document/file/download/knowledgeประเด็นสารธรรมรงค์วันหัวใจโลก_61.pdf)

2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสุขภาพคนไทยระดับเขต พ.ศ. 2555 - 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชินอักษรการพิมพ์; 2561.
3. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 10. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2556.
4. จรรย์ สายะสถิตย์. ศัลยศาสตร์โรคหัวใจที่พบบ่อย. พิมพ์ครั้งที่ 1. พิษณุโลก: โกลบอลพริ้นท์; 2555.
5. วณิดา ตรีงศ์ฤทธิชัย, ณัฐณภัทร วัฒนเดชาสกุล, รัชณี ผิวผ่อง, สุวรรณิ มงคลรุ่งเรือง. แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ: จากการศึกษาของงานวิจัยสู่การนำไปปฏิบัติ. วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ 2559; 20: 143-156.
6. ฐิติกาญญา ดวงรัตน์. Critical Care in CARDIOTHORACIC SURGERY: Sedation and analgesia in cardiothoracic surgery. ใน: เกรียงชัย ประสงค์สุกาญจน์, วีระชัย นาวารวงศ์, บรรณาธิการ. Critical Care in CARDIOTHORACIC SURGERY. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2552: 59-71.
7. วาสนา รวยสูงเนิน. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
8. Kumar R, Hote MP, Sharma G, Thakur B, Airan B. Comparison of Outcome in Male and Female Indian Patients Undergoing CABG, Activity Levels and Quality of Life: One Year Follow-Up Study. J Thorac Cardiovasc Surg 2017; 2: 29-34.
9. Fontes MT, Swift RC, Bute BP, Podgoreanu MV, Smith MS. Predictors of Cognitive Recovery after Cardiac Surgery. Anesth Analg 2013; 116: 435-442.
10. Choiniere M, Watson JW, Victor C, Baskett RJF, Bussieres JS, Carrier M, et al. Prevalence of and risk factor for persistent postoperative nonanginal pain after cardiac surgery: a 2-year prospective multicenter study. Can Med Assoc J 2014; 186: 213-223.
11. นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ: การประเมินและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
12. กนกกาญจน์ กอบกิจสูงมงคล, เพิ่มสุข เอื้ออารี, นพวรรณ แสนเจริญ สุทธิกุล, วิศาล คันธรัตน์กุล. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาลรามารัตน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด 2552; 20: 46-56.
13. ภมร แซ่มรักษา, ศิริลักษณ์ ประวีณวรกุล, ทศนันท์ ศิริเสถียรรุจ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ 2554; 3: 1-14.
14. เอมอร แสงศิริ, ดวงกมล วัตราดุลย์, สุธานิ กาญจนกุล, ศรีรัตน์ ณัฐธำรงกุล, สถิตพร นพพลับ, สอาด วงศ์อนันต์นนท์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด 2558; 1: 104-118.
15. พัชรี จิตเอื้ออังกร, นภาพร วาณิชกุล, สุพร ดนัยดุชฎีกุล. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 6-18 สัปดาห์. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2558; 35: 106-119.
16. ธิวาสา ลีวัธนะ, แสงอรุณ อิศระมาลัย, ช่อลดา พันธุเสนา. การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และปัจจัยที่มีผลกระทบ. สงขลานครินทร์ เวชสาร 2550; 2: 141-150.
17. คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย [ออนไลน์] 2550 [อ้างเมื่อ 7 เมษายน 2563] จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1221?locale-attribute=th>
18. มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์. คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ วชิรรินทร์ พี.พี.; 2557: 74-88.
19. แพร้วพรรณ สุวรรณกิจ, ฐานิตา มั่นมี, ทิพย์รัตน์ อัครสารกุล, อลิษา คุ้มแพทย์, วัชรา แก้วมหาณิลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. พุทธชินราชเวชสาร 2555; 29: 36-43.
20. Rahman A, Flora MS, Haider R, Jahan R, Zafreen F. Health related quality of patients after cardiac surgery. J Armed Forces Med Coll 2018; 14: 50-53.
21. Thomson P, Niven CA, Peck DF, Eaves J. Patients' and partners' health-related quality of life before and 4 months after coronary artery bypass grafting surgery. BMC Nursing 2013; 12: 1-15.
22. Grady KL, Lee R, SubaCius H, Malaisrie SC, McGee Jr EC, Kruse J, et al. Improvements in health-related quality of life before and after isolated cardiac operations. Ann Thorac Surg 2011; 91: 777-783.
23. Chow SC, Shao J, Wang H. Sample Size Calculations in Clinical Research. 2<sup>nd</sup>. ChapmanHal; 2003.
24. EuroQOL. EQ-5D User Guides [internet]. 2019 [cited 2019 Jun 10]. Available from: <https://euroqol.org/publications/user-guides/>
25. นนทพันธ์ สนสอาดจิต, พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. ความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถาม EQ-5D-5L ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. จุฬาลงกรณ์ เวชสาร 2558; 59(5): 489-501.
26. วิชช เกษมทรัพย์, พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, กนกพร ภูผ่า. รายงานการประเมินโครงการผ่าตัดหัวใจ 8,000 ดวงถวายเป็นพระราชกุศล 80 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และถวายเป็นพระราชกุศล 84 พรรษา สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.; ม.ป.ป.]
27. El Nasr MM, Taha A. Persistent post sternotomy chest pain: Does sternal wire removal have a role? Egypt Heart J. 2017; 25: 142-146.
28. Saiguay W, Sakthong, P. The psychometric testing of the Thai version of the Health Utilities Index in patients with ischemic heart disease. Qual Life Res 2013; 22: 1753-1759.

29. Tangsatitkiat W, Sakthong P. Thai version of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire: psychometric testing using a longitudinal design. *Asian Biomed* 2010; 4: 877-884.
30. วนิดา อารยะเลิศ. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต. *โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า: [ม.ป.พ.; ม.ป.ป.]*.
31. ธนรรจน์ รัตนโชติพานิช, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ, สุรัชดา ธนโสภณ, วนรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, อมฤต สุวัฒน์ศิลป์, และคณะ. คุณภาพชีวิตและค่าอรรถประโยชน์ของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกไต. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน* 2561; 14: 88-98.
32. นุชจรีน ยินดี, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ. การประเมินอรรถประโยชน์ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะลุกลาม ณ โรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสารเภสัชกรรมไทย* 2562; 11: 137-145.
33. นิตญา ฤทธิเพชร, ชนกพร จิตปัญญา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจ: การสังเคราะห์งานวิจัยในประเทศไทย. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก* 2555; 23: 2-16.
34. อินทิรา โสภภรณ์, วิชชุดา เจริญกิจการ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, ฉัตรกนก ทุมวิภาต. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบอัตโนมัติ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก* 2561; 29(2): 28-42.