

# การศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำท่างเบี้ยงหลอดเลือดหัวใจ 3 เดือน

พรพิมล มาศนรากรณ์\* พย.ม ( การพยาบาลผู้ป่วย )

พรรัตน์ พุธวัฒน์\*\* วท.ต. ( โภชนาศาสตร์ )

สุกษณ อัตนวนิช\*\*\* พบ. วว.(ศัลยศาสตร์)

**บทคัดย่อ:** การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและติดตามภายหลังการผ่าตัดทำท่างเบี้ยงหลอดเลือดหัวใจ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย 40 ราย ที่รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 3 แห่งในกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือน มีนาคม ถึงเดือนกันยายน 2543 ที่พูดและฟังภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยที่คัดออกจากการวิจัยดื้อหูที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน 2 ช่วงเวลาของการเก็บข้อมูล หรืออยู่โรงพยาบาลนานกว่า 2 เดือน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่สร้างโดยเบอร์กเนอร์และคณะ แปลเป็นไทย โดยเพียงรุ่ง ผลกานุจนากรและ สมจิต พึงวงศ์สำราญ มีค่า cronbach อัลฟ่า .81 และ .79 ในช่วงก่อนและหลังการผ่าตัดตามลำดับข้อมูลทางคลินิก บันทึกจากรายงานผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ในช่วงก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำ ทั้งโดยรวมและรายด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านทั่วไป เมื่อติดตามผู้ป่วยช่วงหลังผ่าตัด 3 เดือนพบว่า ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีความสามารถในการทำหน้าที่ดีขึ้น อาการเจ็บหน้าอ่อนน้อยลง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าก่อนผ่าตัดทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลติดตามผลการรักษาในระยะยาว การกำหนดแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การวางแผนการจำหน่าย และการพื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำท่างเบี้ยงหลอดเลือดหัวใจ

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ/การผ่าตัดทำท่างเบี้ยงหลอดเลือดหัวใจ/  
คุณภาพชีวิต/การศึกษาติดตาม

\* หัวหน้าห้องผู้ป่วยหน่วยบำบัดพิเศษชั้น 3 \*\* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล \*\*\* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจุบัน

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในอันดับต้น ๆ ของประชากรหัวโลกร่วมทั้งในประเทศไทยปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวนมากขึ้น เนื่องจากการเกิดโรคนี้มีความเกี่ยวเนื่องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตการที่ลื่นแวดล้อม และโครงสร้างทางสังคมแตกต่างจากเดิม สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น การมีชีวิตที่รีบเร่ง ลักษณะการทำงานการมีเครื่องทุ่นแรง การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและการสูบบุหรี่ มีส่วนส่งเสริมการเกิด และการดำเนินของโรค<sup>1,2</sup> บางครั้งเรียกชื่อว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเตีบ เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่มีก้อนไขมันไปอุดอยู่บริเวณหลอดเลือดหัวใจทำให้หลอดเลือดหัวใจเตีบแคบลง ข้อขวางการลิ้นไชย อาหารและออกซิเจนไปเลี้ยง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ในที่สุด ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมานและเสี่ยงต่อการเป็นอันตรายถึงชีวิต อาการที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจคือ การเจ็บหน้าอกรุนแรง เหนื่อยหอบ นอนไม่ได้ อาการเหล่านี้ส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เมื่อมีอาการจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติภาระประจำวันได้ตามปกติและต้องลดบทบาทหน้าที่ลง รวมทั้งต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น ๆ

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีหลายวิธี จัดเป็นกลุ่มที่สำคัญ 3 กลุ่มคือ 1) การรักษาด้วยยา เช่น การให้ยาละลายลิม (เลือด) 2) การทำหัดหักต่อต่าง ๆ เช่น การใส่บอลลูน (Percutaneous transcoronary angioplasty, PTCA) การใส่โครงตาข่ายเพื่อยายหลอดเลือด (Coronary stent implantation) และ 3) การผ่าตัดทำทางเปี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass

graft, CABG)<sup>3</sup> การรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเปี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นการรักษาที่มักใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคลุกามมาก และไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ได้แล้ว หรือผ่านการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ มาแล้วแต่ไม่ได้ผล ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดที่สำคัญคือ มีการอุดตันของพนังหลอดเลือดมากกว่าร้อยละ 50 หรือมีการอุดตันของหลอดเลือดมากกว่าสามเส้นขึ้นไป เป็นวิธีการที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง ให้หัวใจทำงานได้ดีขึ้น ลดการใช้ยาแต่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้องอยู่โรงพยาบาลนาน ค่าใช้จ่ายสูง ระยะหลังการผ่าตัดต้องมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายและการทำงานของหัวใจ มีการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารการออกกำลังกาย การทำงาน การดำเนินชีวิต จากการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่จะรับการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมีอาการของโรคครุณแรง จึงเกิดคำถามว่าภายหลังการผ่าตัดและกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ผู้ป่วยเหล่านี้จะสามารถฟื้นฟูสภาพและมีคุณภาพชีวิตได้ดีเพียงใด ดีกว่าช่วงก่อนผ่าตัดจริงหรือไม่

แนวคิดของคุณภาพชีวิต มีผู้ให้ความหมายไว้แตกต่างกันมากเช่น ความพึงพอใจ การมีชีวิตยืนยาว ความปลอดภัย ความเป็นอยู่สุขสบาย ความร่าเริง เบอร์กเนอร์<sup>4</sup> ได้ให้ความสนใจล่างถึงคุณภาพชีวิตในความหมายเกี่ยวกับสุขภาพ การทำงานที่ที่เป็นผลจากโรคและการรักษาที่ได้รับ ความบกพร่องในความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมหรือบทบาทที่บุคคลนั้น ๆ รับรู้ จึงสามารถสะท้อนคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นได้ มีรายงานการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายนอก การผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจทั้งในและต่างประเทศในประเด็นที่แตกต่างกัน ในปี 1987 มีการศึกษาในผู้ป่วย 29 ราย พบร่วม ภายนอก การผ่าตัด 6-10 สัปดาห์ สภาพอารมณ์ สภาพความเป็นอยู่และการสนับสนุนอื่น ๆ และอาการหลังการผ่าตัด

## การศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำหางเบี้ยงหลอดเลือดหัวใจ 3 เดือน

เป็นตัวนำนายที่สำคัญต่อความพึงพอใจในชีวิต ผู้ป่วยพอยู่ที่อาการดีขึ้น มีความสัมพันธ์ในครอบครัวและในสังคมได้<sup>6</sup> มีการเปรียบเทียบกับการรักษาไว้อีกหนึ่ง ได้แก่ เปรียบเทียบผลการรักษาด้วยยา ในผู้ป่วย 158 คน กับที่ทำการผ่าตัด CABG 155 คน นาน 5 ปี พบว่ากลุ่มที่ได้รับการผ่าตัด มีอาการเจ็บหน้าอ่อนน้อยกว่า และสามารถออกกำลังกายได้มากกว่า แต่ความสามารถในการทำงานไม่แตกต่างกัน<sup>7</sup>

มีการรายงานว่าภายหลังการทำ PTCA ผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพมากกว่ากลุ่มที่ทำการผ่าตัด CABG<sup>8</sup> โดยศึกษาถึงรูปแบบการทำงานกิจกรรมเฉพาะในกลุ่มผู้หญิง 13 คนหลังทำการผ่าตัด 6 เดือน พบว่าสามารถทำการกิจกรรมได้เพิ่มขึ้นตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3 และ 4 นอกจากนี้มีการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัด 5 ปี โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่เข้าโปรแกรมฟื้นฟูสภาพหัวใจและกลุ่มที่ไม่ได้เข้าโปรแกรม พบว่ากลุ่มที่เข้าโปรแกรมฟื้นฟูสภาพหัวใจมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่รักษาตามปกติ<sup>2</sup> สำหรับในประเทศไทย ผลการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในช่วงก่อนการรักษาและติดตามหลังการรักษา 6 เดือน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รักษาด้วยการใส่ໂโครงตาข่าย<sup>9</sup> และการทำ PTCA<sup>10</sup> พบว่าคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ค่อยๆ ดีขึ้น ในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 และ 6 เดือนหลังการรักษา นอกจากนี้มีการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังทำ CABG 3 เดือน ถึงการทำหัวใจที่ทางร่างกาย พบร่วมกับผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิต และมีความสามารถทำหัวใจที่ดีในระดับดี<sup>11</sup> แต่ไม่ได้ศึกษาตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านทั่วไป จึงไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นจริงหรือไม่ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในกลุ่มที่ทำการผ่าตัด CABG ช่วงก่อนการผ่าตัด และ

ติดตามในระยะ 3 เดือน ผลการศึกษาจะสะท้อนถึงผลลัพธ์ ของการผ่าตัดและการดูแลหลังการผ่าตัด ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาจัดกิจกรรมการดูแลแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในระยะก่อนและ 3 เดือนหลังการผ่าตัดทำหางเบี้ยงหลอดเลือดหัวใจ

### ครอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของเบอร์กเนอร์ และคณฑ์ที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึงภาวะสุขภาพ หรือการทำหน้าที่ เมื่อมีอาการหรืออาการแสดงจากความเจ็บป่วย รวมทั้งผลจากการวินิจฉัยและการรักษา บุคคลจะรับรู้ถึงความเจ็บป่วย ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน คือถ้าบุคคลมีภาวะสุขภาพ หรือความสามารถในการทำหน้าที่ตามบทบาทต่างๆ ได้ดี แสดงว่าบุคคลนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี การเจ็บป่วยและวิธีการรักษา อาจช่วยปรับแก้ไขพยาธิสภาพ รักษาโรค หรือรักษาอาการทำให้บุคคลรับรู้ถึงอาการที่อาจบรรเทา กว่าเดิมหรือมากขึ้น มีผลต่อการทำหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ที่รู้สึกตัวดี สามารถรับรู้และบอกถึงการทำหน้าที่ของตนเองในด้านต่างๆ ได้ การเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ มีอาการและอาการแสดง ที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ และมีผลต่อการทำหน้าที่ต่างๆ เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค ได้รับการผ่าตัดทำหางเบี้ยงหลอดเลือดหัวใจ รับการดูแลรักษาจน痊หายกลับไปเมื่อชีวิตอยู่ที่บ้านระยะหนึ่ง การผ่าตัดเป็นวิธีการที่ช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วย โดยช่วยให้หัวใจสามารถทำงานได้ ผลกระทบทั้งหมดจากการ

ผ่าตัด การดูแลรักษาอื่น ๆ รวมทั้งการปฏิบัติตัวเมื่อยู่ที่บ้าน เกิดผลลัพธ์ที่สามารถประเมินได้จากความผิดปกติในการทำหน้าที่มากหรือน้อย ที่ผู้ป่วยสามารถบอกได้

## นิยามตัวแปร

คุณภาพชีวิตหมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคลที่เป็นผลกระทบจากความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรักษาด้วยการผ่าตัด ทำการเบี้ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นผลโดยรวมและแต่ละด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านทั่วไป วัดได้จากแบบประเมินผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่สร้างโดยเบอร์กเนอร์และคณะ<sup>4</sup> คิดเป็นคะแนน คะแนนมากหมายถึงได้รับผลกระทบจากโรคหรือการรักษามาก หรือคุณภาพชีวิตไม่ดี

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ เป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้า คือในช่วงก่อนผ่าตัดและภายหลังผ่าตัด 3 เดือน

• กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่รักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 3 แห่งในกรุงเทพมหานคร จำนวนรวม 40 คน คัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี้ยงหลอดเลือดหัวใจที่ไม่อยู่ในระยะอาการรุนแรงจนเป็นอุบัติเหตุต่อการตอบคำถาม เป็นผู้ที่เข้าใจภาษาไทย ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย โดยมีเกณฑ์ในการคัดออกได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถตอบคำถามได้ครบถ้วน 2 ครั้ง และผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลนานกว่า 2 เดือนหลังผ่าตัด

- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และความเจ็บป่วยที่ผู้วัยสร้างขึ้น และแบบประเมินผลกระทบจากความเจ็บป่วย (The Sickness Impact Profile, SIP) ที่สร้างโดยเบอร์กเนอร์และคณะ<sup>4</sup> ในปี คศ.1972 ในปี พศ. 2541 เพิ่มรุ่ง ผลกาญจนการ และสมจิต พึงวงศ์สำราญ<sup>9,10</sup> แปลเป็นภาษาไทย แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดรวม 136 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านทั่วไป ด้านร่างกายมี 3 หมวด คือ หมวดการดูแลร่างกาย และการเคลื่อนไหว 23 ข้อ หมวดการเคลื่อนย้าย 10 ข้อ หมวดการเคลื่อนไหวร่างกาย 12 ข้อ ด้านจิตใจมี 4 หมวด คือ หมวดการสื่อสาร 9 ข้อ หมวดพฤติกรรมทางอารมณ์ 9 ข้อ หมวดปฏิกริยาทางสังคม 20 ข้อ หมวดพฤติกรรมแสดงถึงการตื่นตัว 10 ข้อ ด้านทั่วไป มี 5 หมวด คือ หมวดการทำงาน 9 ข้อ หมวดการจัดการในบ้าน 10 ข้อ หมวดการรับประทานอาหาร 9 ข้อ หมวดนันทนาการ และการใช้เวลาว่าง 8 ข้อ หมวดการนอนหลับพักผ่อน 7 ข้อ รวมเป็น 136 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนกำหนดไว้ซึ่งไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของผลกระทบจากการของโรคและการรักษา ข้อความที่สะท้อนความผิดปกติมากจะมีคะแนนสูงกว่าข้อที่มีความผิดปกติน้อย ระบุไว้เป็นรหัสประจำข้อ ให้ผู้ป่วยเลือกตอบแต่ละคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” พฤติกรรมของตนเองที่เป็นอยู่ในขณะนั้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เบอร์กเนอร์ ได้ทางความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินผลกระทบจากการเจ็บป่วย กับการประเมินโดยวิธีอื่น ๆ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .40 ถึง .69 ในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ<sup>5,6</sup> เพิ่มรุ่ง ผลกาญจนการ และสมจิต พึงวงศ์สำราญ<sup>9,10</sup>ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินผลกระทบจากการเจ็บป่วย

## การศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี้ยงหลอดเลือดหัวใจ 3 เดือน

ที่ได้แปลไว้โดยเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาลผู้มีประสบการณ์หรือเชี่ยวชาญด้านหลอดเลือดหัวใจ 2 ท่านและอายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ 2 ท่าน มีการนำแบบประเมินผลกระทบจากความเจ็บป่วยไปทดสอบความเที่ยง กับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี้ยงหลอดเลือดหัวใจ ในต่างประเทศจำนวน 35 คน<sup>7</sup> ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟารองครอนบัคโดยรวม .94 และในผู้ป่วย 185 คน ได้ค่าของแต่ละหมวด .53 ถึง .81 การศึกษาในประเทศไทยในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน จำนวน 35 คน<sup>10</sup> ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาร้อยรวม ระยะก่อนการขยายหลอดเลือดเท่ากับ .74 ในสัปดาห์ที่ 2, 6, และ 3 เดือน เท่ากับ .77, .75, และ .87 ตามลำดับ ด้านร่างกายเท่ากับ .70 ถึง .76 ด้านจิตใจ .52 ถึง .72 และด้านทั่วไป เท่ากับ .45 ถึง .71 ในครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง 3 คน เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของกระบวนการวิจัยหาค่าความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่าง 40 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาร้อย ระยะก่อนและหลังการผ่าตัด ด้านร่างกายเท่ากับ .70 และ .64 ด้านจิตใจเท่ากับ .79 และ .67 ด้านทั่วไปเท่ากับ .60 และ .50 และโดยรวมเท่ากับ .81 และ .79

- การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของหน่วยงานที่เก็บข้อมูลแล้วผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด แนะนำต้นเองกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

ซึ่งจะวัดถูกประสงค์รายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยข้อมูลร่วมมือให้โอกาสผู้ป่วยเลือกในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธตามความสมัครใจโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาหรือการพยาบาลที่จะได้รับ การเก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบสอบถาม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนผ่าตัดจากผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยช่วงที่รอรับการผ่าตัด เก็บข้อมูลหลังผ่าตัดจากผู้ป่วยที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก เมื่อมาติดตามการรักษา 3 เดือน มีผู้ป่วย 1 ราย ไม่ได้มารับแพทย์ตามนัด ผู้วิจัยได้นัดหมายทางโทรศัพท์ และส่งแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบและส่งกลับทางไปรษณีย์

### ผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ข้อมูลร่วมมือจากผู้ป่วย 46 คน มีผู้เติมใจเข้าร่วมการวิจัย 43 คน เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รักษาด้วยการผ่าตัดที่ โรงพยาบาล 3 แห่ง จำนวน 24, 11, และ 5 คน หลังการผ่าตัดมีผู้เสียชีวิต 2 คน มีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องอยู่โรงพยาบาลนานกว่า 2 เดือน 1 คน จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ 40 คน

กลุ่มตัวอย่าง มีอายุตั้งแต่ 36 – 81 ปี อายุเฉลี่ย 61.7 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.3 ปี) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (60%) เป็นเพศชาย (67.5%) สถานภาพสมรสคู่ (75%) และได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา (42.5%) (ดังแสดงในตารางที่ 1)

พรพิมล มาศนรากรณ์ และคณะ

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ( N = 40 )

ลักษณะ		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	27	67.5
	หญิง	13	32.5
อายุ (ปี)	<40	1	2.5
	40-59	15	37.5
	60-79	23	57.5
	>80	1	2.5
สถานภาพสมรส			
	โสด	4	10.0
	คู่	30	75.0
	หม้าย/หย่า/แยก	6	15.0
การศึกษา			
	ไม่ได้ศึกษา	3	7.5
	ประถมศึกษา	17	42.5
	มัธยมศึกษา	16	40.0
	อนุปริญญา	3	7.5
	ปริญญาตรี	1	2.5

การวินิจฉัยโรคพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (52.5%) ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกระดับ 3 (75.5%) และมีพยาธิสภาพหลอดเลือดหัวใจอุดตัน 3 เส้น (72.5%) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคที่พบมากที่สุดคือ ภาวะไขมันในเลือดสูง

(65%) รองลงมาคือภาวะความดันโลหิตสูง (42.5%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค 3 ปัจจัย (35%) ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ย 19.2 วัน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.2 วัน) ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดพบ 2 รายดังแสดงในตารางที่ 2

**การศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำหางเบี้ยงหลอดเลือดหัวใจ 3 เดือน**

**ตารางที่ 2 ลักษณะโรคและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ( N = 40 )**

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
<b>การวินิจฉัยโรค</b>		
การเจ็บหน้าออกชนิดไม่คงที่	2	5.0
การเจ็บหน้าออกชนิดคงที่	11	27.5
กล้ามเนื้อหัวใจตาย	21	52.5
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	6	15.0
<b>ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก</b>		
ระดับที่ 1	0	0
ระดับที่ 2	7	17.5
ระดับที่ 3	30	75.5
ระดับที่ 4	3	7.5
<b>พยาธิสภาพของโรค (ผลการทำ cardiac catheterization)</b>		
หลอดเลือดหัวใจอุดตัน 2 เส้น	11	27.5
หลอดเลือดหัวใจอุดตัน 3 เส้น	29	72.5
<b>ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจ</b>		
ภาวะไขมันในเลือดสูง	26	65.0
ความดันโลหิตสูง	7	42.5
ไม่ออกรำลังกาย	14	35.0
สูบบุหรี่	13	32.5
โรคเบาหวาน	13	32.5
<b>จำนวนปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยแต่ละราย</b>		
0 ปัจจัย	2	5.0
1 ปัจจัย	8	20.0
2 ปัจจัย	11	27.5
3 ปัจจัย	14	35.0
4 ปัจจัย	3	7.5
5 ปัจจัย	2	5.0

ตารางที่ 2 ลักษณะโรคและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ( N = 40 )

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล (วัน)</b>		
7-14	18	45.0
15-30	15	37.0
>30	7	17.5
<b>ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด</b>		
ไม่มี	38	95.0
มี	2	5.0

### คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ ที่ เป็นผลกระบวนการจาก ความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจและการรักษา ด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ประเมินโดยใช้แบบประเมินผลกระบวนการจากความเจ็บป่วย 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านทั่วไป การกำหนดคะแนนและแปลความหมายของแบบประเมินผลกระบวนการจากความเจ็บป่วย ข้อที่มีคะแนนสูงหมายถึง ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยมาก แต่ละ ด้านมีจำนวนข้อใกล้เคียงกัน พบร่วมกันที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านทั่วไป (197.31) รองลงมาคือ ด้านจิตใจ (127.75) ด้านร่างกาย (78.27) ตามลำดับ ในแต่ละด้านประกอบด้วยหมวดต่างๆ พบร่วมในระยะ ก่อนผ่าตัดด้านทั่วไป คะแนนรายหมวดที่ได้รับ

ผลกระทบมากคือเรื่องการทำงาน (58.59) การนอนหลับพักผ่อน (44.86) น้ำหนักการและการใช้เวลาว่าง (40.55) และการจัดการภัยในบ้าน (42.47) ด้าน จิตใจคะแนนรายหมวดที่มีคะแนนสูง คือ ปฏิกริยาทางสังคม (37.36) พฤติกรรมทางอารมณ์ (36.03) พฤติกรรมการตื่นตัว (35.07) ด้านร่างกายได้รับผลกระทบน้อยที่สุดคือ หมวดการดูแลร่างกาย (18.00) การเคลื่อนไหว (24.95) และการเคลื่อนย้ายร่างกาย (35.31) ภายหลังการผ่าตัดนาน 3 เดือนค่าคะแนนเฉลี่ย ผลกระทบจากความเจ็บป่วยลดลงทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านทั่วไป (121.12) ด้านจิตใจ (48.51) และ ด้านร่างกาย (35.87) รวมทั้งคะแนนรายหมวดต่างๆ ลดลงเช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในระหว่างก่อนและหลังการผ่าตัด 3 เดือน พบร่วม ผ่าตัด คุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

## การศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภัยหลังการผ่าตัดทำหางเบี้ยงหลอดเลือดหัวใจ 3 เดือน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างก่อนและ 3 เดือนหลังการผ่าตัด

คุณภาพชีวิต	ก่อนการผ่าตัด		หลังการผ่าตัด		t
	M	SD	M	SD	
ด้านร่างกาย					
การเคลื่อนไหว	78.27	41.19	35.87	25.33	6.17 *
การเคลื่อนย้ายร่างกาย	24.95	13.29	11.97	10.30	
การดูแลร่างกาย	35.31	23.08	16.20	14.08	
ด้านจิตใจ					
การสื่อสาร	18.00	13.74	7.69	7.89	
พฤติกรรมทางอารมณ์	127.75	73.16	48.51	36.14	7.36 *
ปฏิกิริยาทางสังคม	19.27	20.66	5.46	8.50	
พฤติกรรมการตื่นตัว	36.03	23.48	14.25	14.06	
ด้านทั่วไป					
การทำงาน	37.36	19.30	15.18	11.19	
การจัดการงานบ้าน	35.07	28.40	13.61	15.78	
การรับประทานอาหาร	197.31	59.24	121.12	48.54	7.13*
นั่นหนาการและ	58.59	20.04	45.78	24.77	
การใช้เวลาว่าง	42.47	23.51	21.74	15.22	
การนอนหลับพักผ่อน	10.83	8.49	7.07	7.17	
การใช้เวลาว่าง	40.55	17.83	22.97	13.18	
คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม	44.86	23.92	24.54	18.52	
	403.34	141.36	206.51	94.32	8.65*

\* p < .05

### การอภิปรายผล

ผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี อายุเฉลี่ย 61.7 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือ ผู้ที่มีภาระดับประดิษฐ์มีภาระดับประดิษฐ์ คือ ภรรยา กับลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เดินมีรายงานไว้ว่าค่อนข้างพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในช่วงอายุ 50–60 ปี เพศชายมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือด

หัวใจมากกว่าหญิง 1.7 เท่า<sup>13</sup> กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นผู้สูงอายุเนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากรักษาด้วยวิธีอื่นมาก่อน เช่น การรักษาด้วยยา การทำหัตถกรรมต่าง ๆ เช่น การทำบอลลูนขยายหลอดเลือด การใส่ໂຄ戎ตาข่าย เมื่อผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นและการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ไม่ได้ผลจึงรักษาด้วยการผ่าตัด<sup>14</sup>

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับการวินิจฉัยโรคว่า เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตาย (52.5%) และมีอาการเจ็บ

หน้าอกแบบไม่คั่งที่ (27.5%) มีพยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจ 3 เส้น มีอาการเจ็บหน้าอกระดับ 3 คือ มีอาการ เหนื่อยง่ายเจ็บหน้าอกมากกว่า 7 ครั้งต่อ สัปดาห์ และรับประทานยาลดการเจ็บหน้าอกครั้งละ 2 เม็ด ทั้งนี้เป็นไปตามข้อบ่งชี้ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดทำการเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ<sup>8</sup> ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการรุนแรงเร่งกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รักษาด้วยการขยายหลอดเลือดด้วยบล็อก ที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ และรับประทานยา ครั้งละ 1 เม็ด<sup>11</sup> หลอดเลือดที่ใช้ในการทำผ่าตัด นำไปทำเป็นทางเบี่ยงหลอดเลือด คือหลอดเลือดดำใหญ่บริเวณขา (saphenous vein) และหลอดเลือดบริเวณกล้ามเนื้อหน้าอก (internal mammary vein)

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยมีปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คือมีภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง การขาดการออกกำลังกาย และสูบบุหรี่ตามลำดับ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 3 ชนิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นพบว่า ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ มีผลต่อการเกิดครรภ์ไขมันในหลอดเลือด หรือภาวะหลอดเลือดตีบมากกว่าปัจจัยอื่น และส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 3 ชนิดขึ้นไป<sup>15</sup>

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัดครั้งนี้ พบว่าก่อนผ่าตัดผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากโรคในทุกด้านคือด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านทั่วไป ด้านที่มีผลกระทบมากที่สุดคือด้านทั่วไปซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำงาน การใช้ชีวิตประจำวัน การนั่นนอนการและ การนอนหลับ พักผ่อน เนื่องจากโรคหัวใจเป็นโรคเรื้อรังและผู้ป่วยมีอาการไม่แน่นอน อาการเจ็บหน้าอก อาการเหนื่อยหอบ

เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาแม้แต่ขณะนอนหลับ รวมทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ สภาพร่างกายเสื่อมถอย ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลงด้วย ด้านจิตใจได้รับผลกระทบจากความเจ็บปวดของลงมา เนื่องจากการแสดงที่เกิดขึ้นไม่แน่นอนมีโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วยหลายโรคทำให้ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านโรคหลอดเลือดหัวใจที่รักษาด้วยการขยายหลอดเลือด คือหลอดเลือดดำที่ต้องรักษาตัวเองมีความวิตกกังวลซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมทางอารมณ์ ด้านร่างกายได้รับผลกระทบน้อยที่สุด อาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นผู้สูงอายุและมีสถานภาพสมรสคู่ จึงมีบุคคลในครอบครัวให้การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่นในการดูแลร่างกาย การเคลื่อนย้ายร่างกาย การรักษาด้วยการผ่าตัดทำการเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจทำให้เลือดสามารถไปเลี้ยงหัวใจได้มากขึ้นอาการแสดงต่างๆลดลง รวมทั้งผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งมีระบบการดูแลผู้ป่วยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการรักษาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การติดตามผลการรักษาเป็นระยะ จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นในทุกด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านทั่วไปอย่างไรก็ตามระยะหลังผ่าตัด 3 เดือน ผู้ป่วยยังคงรับรู้ถึงผลกระทบด้านทั่วไปมากที่สุด หลังผ่าตัด 3 เดือน เป็นช่วงหลังพักฟื้นจากการผ่าตัดหัวใจ แต่ผู้ป่วยยังมีแผลบริเวณขาที่ได้มีการเลาะเส้นเลือดออกมาทำการเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ ผู้ป่วยจึงไม่สามารถทำการทำกิจกรรมที่หนักๆ ได้ ส่วนด้านร่างกายและด้านจิตใจนั้นผู้ป่วยได้รับผลกระทบน้อยลงอย่างเห็นได้ชัด โดยมีการลดลงสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น และพึงพาผู้อื่นน้อยลง ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับ การศึกษาอื่นๆ<sup>16,17,18</sup> คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังได้รับการรักษา

## การศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำหัวใจเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ 3 เดือน

### บทสรุป

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่พบบ่อยและอุบัติการณ์ การเกิดโรคเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายน้อยลง การสูบบุหรี่ การรักษาโรคหัวใจ มีหลายวิธี เช่นการรักษาด้วยยา การทำหัตถการต่างๆ และการผ่าตัดทำหัวใจเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการและการแสดงของโรคหัวใจคือ อาการเจ็บหน้าอก เนื้อเยื่อบอบเป็นอาการที่ทุกชั้นรุ่ม มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป และลดน้ำหนักที่ในด้านต่างๆ ลง การผ่าตัดทำหัวใจเป็นเวลานาน มีการฟื้นฟูสภาพหัวใจ รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันซ้ำอีก ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องมีการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนและหลังการผ่าตัดโดยเฉพาะด้านที่ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ ด้านที่นำไปที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การใช้เวลาว่าง ผู้ป่วยต้องปรับกิจวัตรประจำวันตามความเหมาะสมสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย และการติดตามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในระยะยาว เพื่อนำมาปรับแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

- Cannon CE, Smith SC. Current therapies for secondary prevention after myocardial infarction. *Current Opinion in Cardiology* 1999; 14(2): 155 – 8.
- Engblom E, Korpilagti K, Hamalainen H, Ronma T, Pukka P. Quality of life and return to work 5 years after Coronary Bypass Surgery. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 1997; 17:29 – 36.
- วิเศษ สุพรรณชาติ, สุกุม อัตนวนิช, ปรีชา โตวรรณท์ และกัลยาณกิตติ์ กิติยากร, นร. ศัลยกรรมโรคหัวใจขาดเลือด ใน สมบูรณ์ บุญเกشم (บรรณาธิการ), ศัลยกรรมหัวใจและหลังอกร กัลยาณกิตติ์ กิติยากร กรุงเทพฯ ชัยเจริญ; 2538: 334-43.
- Bergner M, Bobbit RA, Carter WB, Gibson BS. The Sickness Impact Profile: Development and final revision of health status measure. *Medical Care* 1981; 19(8): 787 – 805.
- Flynn MK, Frantz R. Coronary artery bypass surgery: Quality of life during early convalescence. *Heart & Lung* 1987; 16(2): 159-67.
- Booth DC, Deupree RH, Hultgess HN, Demaria AN, Scott MS, Luchi RJ. Quality of life after bypass surgery for unstable angina pectoris. *Circulation* 1991; 88(1): 77 – 95.
- Papadantonaki A, Stotts NA, Paul SM. Comparison of quality of life before and after coronary artery bypass graft and percutaneous transluminal angioplasty. *Heart & Lung* 1994; 23(1): 45-52.
- Redeker SN, Mason JD, Wykisz E, Glica B, Miner C. First operative week activity patterns and recovery in women after coronary artery bypass surgery. *Nursing Research* 1994; 43(3): 168-72.
- เพ็ญรุ่ง ผลกัญจนกร. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเต้นในระยะก่อนและหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยการใส่โครงตาข่าย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- สมจิต พ่วงศ์สำราญ. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเต้นในระยะก่อนและหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยබลลูน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

## ພຣີມລ ມາສນວາກຮ່ຽນ ແລະ ຄວາມ

11. Khuwatsumrit K. **Quality of life after Coronary Artery Bypass Graft.** Masters' Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 1996.
12. Cunningham S. The epidemiologic basic of coronary disease prevention. **Nursing Clinics of North America** 1992; 27(1):153-69.
13. Rakin H. Difference in recovery from cardiac survey. A profile of male and female patients. **Heart & Lung** 1990; 19(9): 481-85.
14. Vogel AR. Cholesterol lowering and endothelial function. **The American Journal of Medicine** 1999; 105: 479-82.
15. Cameron J, Mahauonda. et, al., Outcome five years after percutaneous transluminal coronary angioplasty or coronary artery bypass grafting for significant narrowing artery. **The American Journal of Cardiology** 1994; 74(5): 544-9.

# A Follow-up Study of Quality of Life in Patients at Three Months after Coronary Artery Bypass Graft

*Pornpimol Masnaragorn\* MNS.(Adult Nursing)*

*Panwadee Putwatana\*\* DSc.(Nutrition)*

*Sukasom Attanawanich\*\*\* MD.*

**Abstract:** This prospective study was conducted to determine the quality of life in patients with coronary artery disease (CAD) before and three months after coronary bypass graft (CABG). Purposive sampling was used to recruit a sample of forty patients who underwent CABG as treatment at three university hospitals who agreed to participate in the study. The patients were excluded from the study when they did not complete the two periods of data collection and/or when their postoperative hospitalization was longer than two months. Data were collected by structured interview using a demographic questionnaire, and the Sickness Impact Profile (SIP), which was developed by Bergner and colleagues with Chronbach alpha coefficients of .81 and .79 at the preoperative and postoperative periods, respectively. The clinical data were recorded from medical records. It was found that the quality of life of the patients with CAD before surgery was poor for both overall and subscale scores: physical, psychosocial, and independency. At 3 months after CABG, almost all patients returned to work. The overall score, as well as subscale scores, of quality of life was significantly improved ( $p < .05$ ). However, they still had some limitations in functional ability. The result of this study could be used as basic information for health care providers to establish a protocol for caring for patients with CAD who undergo CABG.

**Key words:** coronary artery disease/ coronary artery by pass graft/ quality of life/ follow-up study

---

\* Clinical Associate, \*\* Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. \*\*\* Associate Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.