

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

Factors Influencing Health - Related Quality of Life in Patients with
Acute Myocardial Infarction

ปภาพสวีย์ เจริญพัฒนาก็ค (Paphapasawee Charoenpattanaphak)*

ดร.เขมรดี มาสิงบุญ (Dr.Khemaradee Masingboon)** ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ (Dr.Wanlapa Kunsongkeit)***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้กรอบแนวคิดของ Wilson & Cleary (1995) กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารักษา ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 100 ราย ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยรวมและรายด้าน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ อาการทางด้านจิตใจ คือ อาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และอาการทางด้านร่างกาย โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้ร้อยละ 59 ($R^2 = 0.59, p < .001$)

ABSTRACT

This study aimed to investigate the predictive factors with health-related quality of life among patients with myocardial infarction in conceptual frame of Wilson & Cleary (1995). One hundred patients with acute myocardial infarction who were treated at the Cardiac Center, Nakhonpathom Hospital and Rajburi Hospital. The results of the study indicated that the mean score of perceived health-related quality of life of patients with acute myocardial infarction had high score by the overall of health-related quality of life and by physical and mental dimension, the psychological symptoms (anxiety and depression) and the physical symptoms significantly predicted the health-related quality of life among patients with acute myocardial infarction and accounted for 59 percents of variance ($p < .001$).

คำสำคัญ: โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ปัจจัยทำนาย

Key Words: Acute myocardial infarction, Health-related quality of life, Influencing factors

* นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction: AMI) เป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการตายที่พบมากที่สุดของประชากรทั่วโลก เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันแล้ว สามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ภายในเวลาอันรวดเร็ว ในปี ค.ศ. 2010 ประเทศสหรัฐอเมริกา พบอุบัติการณ์การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันประมาณ 1.5 ล้านคน และมีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตมากถึง 500,000 คนต่อปี (Zafari & Yang, 2011) โดยหนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เป็น ST elevation myocardial infarction (STEMI) จะเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง และส่วนใหญ่ร้อยละ 50 เสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล (Fauci et al., 2008) สำหรับประเทศไทยพบว่าปี พ.ศ. 2552 มีประชากรเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เท่ากับ 17,775 คน ต่อประชากรแสนคนหรือร้อยละ 28.4 และในปี พ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้นเป็น 18,452 คนหรือร้อยละ 29.3 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในปัจจุบันมีเพิ่มมากขึ้น และมีอัตราการตายที่สูงขึ้น

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างฉับพลันจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี จากลิ่มเลือด หรือคราบไขมัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ โดยหากภาวะนี้เกิดนานเกิน 20 นาที จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และถ้ากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนานเกิน 2 ชั่วโมง จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหันได้ (Spertus et al., 2003)

หลักการรักษาที่สำคัญ คือการเปิดหลอดเลือดที่อุดตัน ให้เร็วที่สุด เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ตามเดิม ลดการทำลายเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ช่วยให้อวัยวะสามารถทำหน้าที่ที่บอบช้ำไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ และอวัยวะอื่นๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยลงได้ (สรันย์, 2546) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาแล้วก็ตาม

ตาม แต่ด้วยสภาวะการเจ็บป่วยของโรคยังคงมีอยู่ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ โดยพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่รอดชีวิต จะมีสมรรถภาพทางกายลดลงไม่สามารถออกกำลังกายกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ จากประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจที่ลดลง และอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการทำกิจกรรม ซึ่งมีผลต่อการประกอบอาชีพ ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ต้องปรับลดบทบาทในครอบครัวและสังคม (Spertus et al., 2003) ส่งผลต่อสภาวะทางด้านจิตใจ ทำให้ความหวาดกลัว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากต้องเป็นภาระและพึ่งพาผู้อื่น (Huffman, Christopher & James, 2010; O'Neil, Kristy & Brain, 2010) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วย โดยสมาชิกในครอบครัวต้องคอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจผู้ป่วย ทรมานร่างกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ร่างกายทรุดโทรม การพักผ่อนไม่เพียงพอ ตลอดจนทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และเกิดความเบื่อหน่าย ซึ่งอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยตามมาได้ (Huffman, Christopher & James, 2010; Whooley et al., 2008) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัวดังที่กล่าวมา ย่อมมีผลทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันลดลงจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 38 (Ellis, Kim, Eva & Steven, 2005)

Wilson & Cleary (1995) ได้นำเสนอรูปแบบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Health - related quality of life) ของบุคคลว่ามีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะสุขภาพ โดยพบว่าปัจจัยดังกล่าว ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (characteristics of the individual) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ พันธุกรรม สถานภาพสมรส และประวัติครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและการเจ็บป่วย ซึ่งเป็น

ผลกระทบโดยตรงจากการทำหน้าที่ทางชีวภาพ (biological function) นอกจากนี้ อาการ (symptoms) ได้แก่ อาการทางด้านร่างกายและอาการทางด้านจิตใจ และภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional status) โดยได้รับผลกระทบตามลักษณะของแต่ละบุคคล และลักษณะด้านสิ่งแวดล้อม (characteristics of the environment) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ รวมถึงอิทธิพลที่มีต่อการรับรู้ถึงความรู้สึกรักใคร่ความไว้วางใจ และความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมานี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (general health perception) และการรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Health - related quality of life) ตามแนวคิดของ Wilson & Cleary (1995) สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ อายุ โรคร่วม อาการ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีหลายการศึกษาที่ศึกษาถึงปัจจัยดังกล่าว ดังเช่น การศึกษาของ Watanabe et al. (2010) ที่ศึกษาความแตกต่างด้านอายุซึ่งเป็นปัจจัยในทางสรีระวิทยา และผลทางด้านจิตใจหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่สองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพร่างกายในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (อายุ 45- 64 ปี) มีคะแนนสูงกว่าผู้ป่วยวัยสูงอายุ (อายุมากกว่า 65 ปี) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .02$) และจากการศึกษาของ Arnold et al. (2009) ได้ศึกษาอิทธิพลของอายุต่อความสามารถในการทำหน้าที่ อัตราการเสียชีวิตและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หลังออกจากโรงพยาบาล พบว่า มีผู้เสียชีวิตภายใน 1 ปี ร้อยละ 88 เป็นผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป และมีผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 29 มีความเสื่อมถอยในความสามารถในการทำหน้าที่ และพบว่าปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.59, p < .01$)

นอกจากปัจจัยด้านอายุแล้ว ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยอาจมีโรคหลาย ๆ โรคเกิดขึ้นร่วมกัน หรือที่เรียกว่า โรคร่วม (comorbidity) ซึ่งผู้ป่วยที่มีโรคร่วมจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพ สรีรภาพ ของอวัยวะ และระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคนั้น ๆ เป็นผลให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ปกติ ส่งผลให้ภาวะของโรครุนแรงยิ่งขึ้น จากการศึกษาของ Bog - Hansen et al. (2007) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสำคัญต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย (HR 2.7, CI 1.4-5.3, HR 0.8, CI 0.4-1.7 และ HR 2.6, CI 1.0 - 6.8) ตามลำดับและจากการศึกษาของ Kimble et al. (2011) ที่ศึกษา ถึงการรับรู้ความถี่ของการเจ็บหน้าอก อาการหายใจลำบาก และอาการเหนื่อยล้า ต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเรื้อรัง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นระยะเวลานาน 16 เดือน ผลการศึกษา พบว่า อาการเจ็บหน้าอก อาการหายใจลำบาก และอาการเหนื่อยล้ามีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยพบว่า มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย ($R^2 = 2.43, p < .05$) และภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ ($R^2 = 0.70, p < .05$)

นอกจากนี้ O'Neil, Kristy & Brian (2010) ได้ศึกษาเรื่องความสามารถในการทำนายการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วย หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะเวลา 6 - 12 เดือน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงเพิ่มขึ้นและสามารถกลับเข้าทำงานลดลง ($R^2 = 0.20, p < 0.001$) เมื่อไม่สามารถกลับเข้าทำงานได้เหมือนเดิม ทำให้สูญเสียรายได้ ลดบทบาททางสังคม และมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Hofer et al. (2005) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะ 3 เดือน พบว่า ภาวะซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้าน

ร่างกาย และด้านจิตใจ ($r = -0.36$ และ -0.14) และอาการวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจ ($r = -0.43$ และ -0.34 ตามลำดับ)

สำหรับการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย โดยพบว่าหากผู้ป่วยได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมเป็นระยะเวลา 6 เดือน จะรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าเดิม และมีผลต่ออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Taylor, 2003) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมให้มีระดับการสนับสนุนทางสังคมที่สูงขึ้น จะมีผลต่อสถานะของโรคที่ดีขึ้น และจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้นเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Vaglio et al. (2004) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($r = 0.20, p = 0.01$)

จะเห็นได้ว่า การทบทวนวรรณกรรม ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงผลของปัจจัยต่าง ๆ เช่น อายุ และโรคร่วม ว่ามีผลกระทบต่อพยาธิสภาพ การกำเริบของโรค และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนอาการทางด้านร่างกายอาการทางด้านจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม จะศึกษาถึงความสัมพันธ์และอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันว่าเป็นอย่างไร และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในบริบทต่างประเทศ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ อายุ โรคร่วม อาการ ประกอบด้วย อาการทางด้านร่างกาย และอาการทางด้านจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม โดยผลการศึกษาในครั้งนี้จะสะท้อนให้เห็นถึงผลของแนว

ทางการดูแลรักษา และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในภาพรวมตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ได้แก่ อายุ โรคร่วม อาการทางด้านร่างกาย อาการทางด้านจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

สมมติฐานการวิจัย

อายุ โรคร่วม อาการทางด้านร่างกาย อาการทางด้านจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้

นิยามตัวแปร

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลราชบุรี

คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกี่ยวกับความพึงพอใจและ/หรือความสุขในการดำรงชีวิตตามภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

อายุ หมายถึง จำนวนอายุเต็มปีนับตั้งแต่เกิดของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ถึงวันที่ผู้ทำวิจัยทำการศึกษาคิดเป็นจำนวนเต็ม ถ้าเศษเกิน 6 เดือนให้คิดเป็น 1 ปีเต็ม

โรคร่วม หมายถึง จำนวนโรคอื่นๆ ที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้รับการวินิจฉัยจาก

แพทย์ ว่าเป็นอยู่ ณ ปัจจุบัน โดยไม่ใช่โรคที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในขณะที่หรือหลังจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว เชื้อหุ้มหัวใจอักเสบ และการเต้นของหัวใจจังหวะ เป็นต้น (Tazbir & Kereszte, 2010) โดยไม่ใช่โรคที่มี International Classification of Diseases Tenth Revision (ICD-10) กลุ่มเดียวกันกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และ เป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น โดยประเมินจากการบันทึกข้อมูลการรักษา

อาการ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งครอบคลุมใน 3 มิติ ได้แก่ มิติด้านความถี่ของอาการ มิติความรุนแรงของอาการ และมิติด้านอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นอาการที่อาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคร่วมภาวะแทรกซ้อน และ/หรือการรักษาที่ได้รับโดยจากการทบทวนวรรณกรรม อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย ดังนี้

อาการทางด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ อาการทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ 1) อาการเจ็บ/แน่นหน้าอก 2) อาการหอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจไม่อิ่ม 3) อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย และ 4) ใจสั่น/หัวใจเต้นเร็ว และอาการทางด้านร่างกายอื่น ๆ ที่อาจเกิดจากโรคร่วม ภาวะแทรกซ้อน และ/หรือจากการรักษาที่ได้รับ ได้แก่ อาการปวดหลัง/ปวดเมื่อยตามตัวนอนไม่หลับ/หลับยาก มึนงง/เวียนศีรษะ/บ้านหมุน ปวดศีรษะ/ตึงท้ายทอย ปวดเสียวเข้า/ขา ความอยากอาหารลดลง ซาไปหน้า/ตัว/มือและเท้า ปวดแสบ/จุกแน่นท้อง หน้ามืด/วูบ เป็นตะคริว และ อาการมือสั่น

อาการทางจิตใจ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ถึง

ความรู้สึกรักใคร่ผูกพัน ความไว้วางใจ และความช่วยเหลือจากครอบครัว (family) เพื่อน (friends) และบุคคลอื่นในสังคม (significant other)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยใช้เกณฑ์ ต่อไปอย่างน้อย 2 ใน 3 ได้แก่ 1) อาการเจ็บหน้าอกที่นานเกิน 20 นาที 2) ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead พบว่ามี ST- segment elevation มากกว่า 1 มิลลิเมตร ขึ้นไปใน lead ที่อยู่ติดกันมากกว่า 2 lead ขึ้นไป และอาจพบร่วมกับมี reciprocal ST- depress และ 3) มีการเปลี่ยนแปลงระดับเอนไซม์ Troponin T มากกว่า 0.1 นาโนกรัม/มิลลิลิตร หรือ Troponin I มากกว่า 1.5 นาโนกรัม/มิลลิลิตร ที่มารักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลราชบุรีระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2555 ถึงเดือน เมษายน 2555 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มาอย่างน้อย 6 เดือน
2. มีอายุ 35 ปีขึ้นไป
3. เป็นผู้ที่เคยได้รับการเปิดทางเดินหลอดเลือดด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ด้วยบอลลูน และ/หรือร่วมกับการใส่ขดลวด
4. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
5. เป็นผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ในระยะคงที่ (hemodynamic stability) เช่น ไม่มีอาการเจ็บ/แน่นหน้าอก และอาการหอบเหนื่อย/หายใจลำบาก เป็นต้น

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการใช้สูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงใน บุญใจ, 2550) คือ $n = 10k + 50$ (k = ตัวแปรอิสระ) โดยมีตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ อายุ โรคร่วม อาการทางด้านร่างกาย อาการทางด้านจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากการแท่นค่าในสูตร จะได้

$$n = (10 \times 5) + 50 = 100$$

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เท่ากับจำนวน 100 รายการ ได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามอาการ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์อาการทางด้านร่างกายเป็นแบบประเมินการรับรู้อาการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (The theory of unpleasant symptoms) ของ Lenz et al. (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยแต่ละอาการประเมินครอบคลุมใน 3 มิติ ได้แก่ ความถี่ ความรุนแรง และการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. แบบสอบถามอาการทางด้านจิตใจ เป็นการประเมินการรับรู้อาการทางด้านจิตใจ ประกอบด้วยอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เป็นอาการทางด้านจิตใจที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันประเมินโดยใช้แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ที่

ธนา, มาโนช และอุมารักษ์(2539) แปลมาจากฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond & Snaith (1983) เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ และเป็นคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเป็นแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ของ Zimet, Dahlem, Zimet & Farley (1988) ฉบับที่ทำการแปลเป็นภาษาไทย โดย Boonyamalik (2005) ซึ่งประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือการได้รับความช่วยเหลือทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และจากบุคลากรทางการแพทย์

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ เป็นแบบประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยใช้แบบสอบถาม Short form health survey version 2 ฉบับภาษาไทย ของบริษัท Quality Metric Incorporated (License Number: QM010460) ที่พัฒนาขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยแบ่งคะแนนรวมออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ คะแนนรวมทางด้านร่างกาย (physical component score: PCS) และคะแนนรวมทางด้านจิตใจ (mental component score: MCS) (Wong et al., 2009)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์อาการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านแล้วหาดัชนีความตรงตาม CVI เท่ากับ 1 สำหรับแบบสอบถามส่วนอื่น ๆ เป็นแบบสอบถามที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามตามต้นฉบับ ดังนั้นจึงไม่ต้องหาค่าความตรงตามเนื้อหา

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามสัมภาษณ์อาการทางด้านร่างกายแบบสอบถามอาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรค

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีลักษณะตรงตามข้อกำหนด จำนวน 30 ราย และวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์อาการทางด้านร่างกายโดยใช้วิธีการสอบซ้ำ (test - retest reliability) ได้เท่ากับ 0.98 และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์อาการทางด้านร่างกาย แบบสอบถามอาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ เท่ากับ 0.88, 0.82 และ 0.87 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นทางด้านร่างกาย และทางด้านจิตใจ เท่ากับ 0.81 และ 0.72 ตามลำดับ และเมื่อนำแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์อาการทางด้านร่างกาย แบบสอบถามอาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ เท่ากับ 0.93, 0.88 และ 0.84 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นของคะแนนรวมทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ เท่ากับ 0.81 และ 0.79 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน ช่วยในการเก็บข้อมูลวิจัยที่โรงพยาบาลราชบุรี (เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมากซึ่งผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน) โดยก่อนทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้นำบันทึกจากคุณสมบัติของพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนครปฐม และ โรงพยาบาลราชบุรีเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อขออนุญาตประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย จากนั้นผู้วิจัยเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยวิจัย การเก็บข้อมูลโดยดำเนินการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่นัดพบแพทย์ไว้ล่วงหน้า หลังจากนั้นจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม

คุณสมบัติที่กำหนดจากเวชระเบียนตามวันที่ผู้วิจัยคัดเลือกไว้ในการเก็บข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลก่อนที่จะเข้าไปสัมภาษณ์และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม เมื่อผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและนำเสนอผลการศึกษาศวสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 62.00 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และ 70-79 ปีร้อยละ 30.00 จำนวนเท่ากัน มีสถานภาพสมรสร้อยละ 84.00 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 79.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 37.00 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 2,500-5,000 บาท ร้อยละ 34.00 และมีสิทธิบัตรประกันสุขภาพร้อยละ 82.00 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในช่วง 1 ปีขึ้นไป ถึง 5 ปี ร้อยละ 40.00 มีความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน killip class II ร้อยละ 55.00 มีโรคร่วมจำนวน 2 โรค ร้อยละ 29.00 โรคร่วมส่วนใหญ่คือโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงใกล้เคียงกัน ร้อยละ 69.00 และ 67.00 ตามลำดับ วิธีการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับ คือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 88.00

2. อาการทางด้านร่างกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นทั้งหมด 15 อาการ โดยอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) อาการปวดหลัง/ปวดเมื่อยตามตัว 2) นอนไม่หลับ/หลับยาก 3) มึนงง/เวียนศีรษะ/บ้านหมุน 4) อาการเหนื่อยล้า/

อ่อนเพลีย และ 5) อาการเจ็บ/แน่นหน้าอก (ร้อยละ 70.00, 67.00, 60.00, 59.00 และ 51.00 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณา คะแนนเฉลี่ยของอาการโดยรวมทั้งหมด เท่ากับ 47.95 ($SD = 34.35$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของแต่ละอาการที่เกิดขึ้น 5 อันดับแรก พบว่าอาการที่มีค่าคะแนนรวมเฉลี่ยมากที่สุดคือ 1) ปวดหลัง/ปวดเมื่อยตามตัว 2) นอนไม่หลับ/หลับยาก 3) อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย 4) ปวดเสียวซ่า/ชาและ 5) มึนงง/เวียนศีรษะ/บ้านหมุน ($\bar{X} = 5.10, SD = 4.17$; $\bar{X} = 4.96, SD = 4.53$; $\bar{X} = 4.28, SD = 4.42$; $\bar{X} = 4.01, SD = 4.97$ และ $\bar{X} = 3.96, SD = 4.00$ ตามลำดับ)

อาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เมื่อพิจารณาโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการรับรู้การวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 100.00 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 74.00 และ 84.00 ตามลำดับ และมีกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติทางจิตด้านอาการวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 8.00 และ 3.00 ตามลำดับ

3. การสนับสนุนทางสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 68.22, SD = 9.33$) เมื่อพิจารณารายด้าน ได้แก่ ด้านครอบครัว ด้านเพื่อน และด้านบุคลากรทางการแพทย์ โดยพบว่า การสนับสนุนทางด้านครอบครัว และด้านบุคลากรทางการแพทย์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 25.70, SD = 2.54$ และ $\bar{X} = 23.63, SD = 3.81$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านเพื่อน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 18.89, SD = 6.01$)

4. การรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 96.00 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนรวมเฉลี่ยทางด้านร่างกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.00 ส่วนคะแนนรวมเฉลี่ยทางด้านจิตใจ ส่วนใหญ่ในระดับดี ร้อยละ 98.00 เช่นกัน (ตารางที่ 1)

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ อาการทางด้านจิตใจ คือ อาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.69, p < .01$) รองลงมา คือ อาการทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.60, p < .01$) และอายุก็มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.24, p < .05$)

6. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าอาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าและอาการทางด้านร่างกาย สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ร้อยละ 59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.59, p < .001$) โดยพบว่า อาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่ทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้มากที่สุด ($\beta = -0.53, p < .001$) รองลงมา ได้แก่ อาการทางด้านร่างกาย ($\beta = -0.37, p < .001$)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้าน ($n = 100$)

คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับ ภาวะสุขภาพ	จำนวน (100 คน)	ร้อยละ	พิสัยของแบบ บันทึก	พิสัยของกลุ่ม ตัวอย่าง	$\bar{X}$	SD
โดยรวม	100	100.00	0.00 - 100	32.14 - 98.21	71.59	13.84
ระดับดี	96	96.00	50.00 - 100	50.00 - 98.21	72.99	12.20
ระดับไม่ดี	4	4.00	< 50.00	32.14 - 46.43	37.95	6.08
รายด้าน						
ด้านร่างกาย	100	100.00	0.00 - 100	23.08-96.15	64.27	16.32
ระดับดี	82	82.00	50.00 - 100	50.00 - 96.15	69.65	12.22
ระดับไม่ดี	18	18.00	<50.00	23.08 - 46.15	39.74	7.91
ด้านจิตใจ	100	100.00	0.00 - 100	36.67 - 100	77.93	13.77
ระดับดี	98	98.00	50.00 - 100	50.00 - 100	78.67	12.86
ระดับไม่ดี	2	2.00	< 50.00	36.67 - 46.67	41.67	7.07

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่า คะแนนรวมเฉลี่ยด้านร่างกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี และคะแนนรวมเฉลี่ยด้านจิตใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลันแล้ว มากกว่าครึ่งหนึ่ง ที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการใช้วิธีการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) สามารถเปิดหลอดเลือดได้ดีกว่า เลือดสามารถไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดี ลดการเกิดการอุดตันซ้ำ (re-infarction) และลดอัตราการตายได้ดีกว่า ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (สรินย์, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Weintraub et al. (2008) ที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดร่วมกับการรักษาทางยา และผู้ที่ได้รับ

การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า หลังจากได้รับการรักษา 3 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอกร้อยละ 53.00 ในผู้ที่ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือด (PCI) ร่วมกับการรักษาด้วยยา และร้อยละ 42.00 ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว จากการศึกษา ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 6 เดือนถึง 5 ปี นั่นคือผลการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ยังคงมีผลต่อพยาธิสภาพของหลอดเลือด ทำให้ไม่เกิดภาวะการขาดเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ รวมถึงทำให้มีระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่รุนแรงมากขึ้น โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน Killip Class II มากที่สุด ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นผู้ป่วยที่มีความสุขสบายเหมือนคนปกติในขณะที่พัก แต่จะอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยหรือเจ็บหน้าอกเมื่อทำกิจกรรมโดยทั่วไป ดังนั้นหากผู้ป่วยมีบุคคลในครอบครัว ที่ใส่ใจคอยดูแลช่วยเหลือ ในการกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันได้ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายเหมือนคนปกติทั่วไป และสามารถส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดีได้

ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีทั้งหมด 2 ตัวแปร ได้แก่ อาการทางด้านจิตใจ คืออาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และอาการทางด้านร่างกายสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ร้อยละ 59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.59, p < .001$) โดยพบว่า อาการทางด้านจิตใจ คืออาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่ทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้มากที่สุด ($\beta = -0.53, p < .001$) รองลงมา คือ อาการทางด้านร่างกาย ($\beta = -0.37, p < .001$) ซึ่งจากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า และมีกลุ่มตัวอย่างที่มีการผิดปกติทางจิตด้านอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 8.00 และ 3.00 เท่านั้น โดย อาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.69, p < .01$) โดยผลการศึกษารังนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Hofer et al. (2005) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะ 3 เดือน พบว่า อาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยมีความสัมพันธ์กับสุขภาพทางด้านร่างกาย ($r = -0.36$ และ $-0.43, p < 0.05$) และสุขภาพทางด้านจิตใจ ($r = -0.14$ และ $-0.34, p < 0.05$) แสดงว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี และส่งผลให้การรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพดีตามไปด้วย

ผลการวิจัยยังพบอีกว่า อาการทางด้านร่างกายสามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพได้ ($\beta = -0.37, p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย อาการทางด้านร่างกายต่าง ๆ ซึ่งอาจเกิดจากภาวะของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคร่วมภาวะแทรกซ้อน และ/หรือการรักษาที่ได้รับ ทำให้มีอาการทางด้านร่างกายได้หลายอาการ ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วง 60-79 ปี มากที่สุดโดยพบว่าอายุที่มากขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั้งกายภาพ สรีรภาพ จิตใจ และสังคม เป็นผลให้เกิดความเสื่อมในหน้าที่การทำงานของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ของร่างกาย (Hess, 2004; Smeltzer & Bare, 2000) จากความผิดปกติในการทำหน้าที่ทางชีวภาพ ซึ่งอาการของผู้ป่วยแต่ละคนมีองค์ประกอบที่แตกต่างกัน ทั้งด้านบุคลิก ด้านสุขภาพ ความเจ็บป่วย และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การรับรู้อาการ การประเมินอาการที่เกิดขึ้น และการตอบสนองของอาการที่แตกต่างกัน ซึ่งการรับรู้ถึงอาการต่าง ๆ ของบุคคลจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย หากการรับรู้ถึงอาการมีมาก จะส่งผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง และรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนแย่ลง แต่ในทางกลับกันหากบุคคลมีการรับรู้ถึงอาการต่าง ๆ น้อยจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายน้อย ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุคคลที่มากขึ้นด้วย

ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ มีทั้งหมด 3 ตัวแปร ได้แก่ อายุ โรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคมโดยผลการศึกษารังนี้พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.24, p < .05$) แต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ทั้งนี้ เนื่องมาจากผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีอายุอยู่ในช่วง 60-79 ปี เป็นส่วนใหญ่ซึ่งทำให้ไม่มีความแตกต่างกันซึ่งโดยธรรมชาติ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บทบาทหน้าที่ในการทำงาน และกิจกรรมต่าง ๆ จะลดลง ความรับผิดชอบต่อกิจกรรมและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมก็ลดลงไปด้วย จึงไม่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพอายุจึงไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพได้ นอกจากนี้ ผลการศึกษา ยังพบว่า โรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะ

สุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ศึกษาส่วนใหญ่มีจำนวนโรคร่วมน้อยและส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังซึ่งผู้ป่วยมีความคุ้นชินและมีการปรับตัวต่อโรคร่วมที่เป็นอยู่ และจากการศึกษา ยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลรักษาและรับยาจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเมื่อจำนวนโรคร่วมน้อยและสามารถควบคุมโรคได้ จึงไม่มีผลต่อภาวะความรุนแรง และอาการของโรคในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนอกจากนี้ยังไม่มีผลกระทบหรือทำให้มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่หรือเพิ่มอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตให้มากขึ้นจึงไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพอันจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพลดลงส่วนการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่า ด้านครอบครัวและด้านบุคลากรทางการแพทย์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านเพื่อนมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางและไม่มีมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนั้นหมายถึง ผู้ป่วยยอมได้รับการดูแลช่วยเหลือและการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว จากเพื่อน และจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างเพียงพอ ซึ่งแสดงถึงการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจ ช่วยลดความเครียด สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสมทำให้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยจึงเกิดขึ้นน้อย จึงไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สถานบริการด้านสุขภาพ ควรนำระบบช่องทางเร่งด่วน (fast track) และระบบการส่งต่อ (referral system) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพื่อลดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยในการให้ยาละลายลิ่มเลือด และการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับ

การถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า ทั้งนี้ภาครัฐและเอกชนให้เร็วที่สุด

2. ส่งเสริมให้มีการประเมินอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยเน้นการประเมินตั้งแต่แรกรับที่แผนกฉุกเฉิน เพื่อทราบระดับอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และสามารถให้การดูแลรักษาให้คำปรึกษาเพื่อลดอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมไม่เกิดความผิดปกติทางจิตทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ดร. เขมารติ มาลีบุญ และดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- ธนา นิลชัยโกวิท, มาโนช หล่อตระกูลและอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช.(2539).การพัฒนาแบบสอบถามHospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 41(1): 18-30.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- ศรัณย์ วรรณประเสริฐ. (2546). แนวทางการรักษา Acute Coronary Syndrome (ACS). ใน อภิชาติ สุคนธทรัพย์ และศรัณย์ วรรณประเสริฐ (บรรณาธิการ). Coronary Artery Disease (หน้า 221-236). เชียงใหม่: โอเอมมอเอไกเนเซอร์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง

สาธารณสุข. (2553). 10 ลำดับผู้ป่วยตาย

ปี 2552-2553. ค้นเมื่อ 28 เมษายน 2554,

จาก <http://bps.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>.

Arnold, S. V., Karen, P.A., Frederick, A.M., Michael, P.H., Lan, X., & John, A.S. (2009).

The effect of age on functional and mortality outcomes after acute myocardial infarction.

The American Geriatrics Society. 57(2):

209-217.

Bog - Hansen, Bo, G., Arne, M., Kristina, B., Lennart,

R., et al. (2007). Predictors of acute

myocardial infarction mortality in

hypertensive patients treated

in primary care. Scandinavian Journal of

Primary Health Care. 25: 237-243.

Boonyamalik, P. (2005). Epidemiology of Adolescent

Suicidal Ideation: Roles of perceived life

stress, depression symptoms and substance

Use. Dissertation, Baltimore, Johns Hopkins University.

Ellis, J. J., Kim, A. E., Eva, M. K., & Steven, R. E.

(2005). Depressive symptoms and treatment

after acute coronary syndrome. International

Journal of Cardiology. 99: 443-447

Fauci, A.S., Kasper, D.L., Longo, D.L., Braunwald,

E., Hauser, S.L., Jameson, J.L., et al. (2008).

Harrison's internal medicine (17th ed.). USA:

The Mc Graw-Hill Companies.

Hess, P. (2004). Age-related changes. In P. Ebersole,

P. Hess., & A. S. Luggen [Eds.], Toward

healthy aging: Human needs and nursing

response (6th ed.) (pp.79-108). St. Louis:

Mosby.

Hofer, S., W., Benzer, H., Alber, E., Ruttman,

M., Kopp, G., Schussler, et al. (2005).

Determinants of Health-related quality of life

in coronary artery disease patients: A

prospective study generating a

structure equation model. Psychosomatics.

46(3): 212-223.

Huffman, J.C., Christopher, M.C., & James, L.J.

(2010). The relationship between depression,

anxiety, and cardiovascular outcomes in

patients with acute coronary syndromes.

Neuropsychiatric Disease and Treatment.

6(0): 123-136.

Kimble, L. P., Dunbar, S. B., Weintraub, W. S.,

McGuire, D. B., Manzo, S. F., & Strickland,

O. L. (2011). Symptom clusters and health-

related quality of life in people with chronic

stable angina. Journal of Advanced Nursing.

67(5): 1365-2648

Lenz, E.R., Pugh, L.C., Milligan, R.A., Gift, A.G., &

Suppe, F. (1997). The middle range theory of unpleasant symptoms: An update.

Advanced in Nursing Science. 17(3): 1-13.

O'Neil, A., Kristy, S., Brain, O. (2010). Depression as

a predictors of work resumption following

myocardial infarction (MI): A review of

recent research evidence. Health and Quality

of Life Outcomes. 8 (1): 95-105.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2000). Brunner and

Suddarth's Textbook of Medical Surgical

Nursing (9th ed.). Philadelphia: Lippincott

Williams & Wilkins.

- Spertus, J. A., Martha, J.R., Nathan, R.E., Edward, F.E., Erik, D.P., & Harlan, M.K. (2003). Cardiovascular disease and stroke cardiology first scientific forum on quality of care and outcomes research in working group of the American heart association/American college of myocardial infarction: Summary from the acute myocardial infarction. *Circulation*, 107 (1), 1681-1691.
- Taylor, C. B. (2003). Social Support for Patients after Acute Myocardial Infarction. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 23, 413-414.
- Vaglio, J. Jr, Conard, M., Poston, W.S., O'Keefe, J., Haddock, C.K., House, J., & Spertus, J.A. (2004). Testing the performance of the ENRICH social support instrument in cardiac patients. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2(24): n.p.
- Ware, J. E., Jr., Kosinski, Kosinski, M., Turner – Bowker, D.M., Sundaram, M., Gandek, B., & Maruish, M.E. (2009). SF-12v2 Health Survey: Administration guide for clinical trial investigators. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
- Weintraub, W.S., Jonh, A.S., Paul, K., David, J.M., Zefeng, Z., Claudine, J., et al. (2008). Effect of PCI on quality of life in patients with stable coronary disease. *The New England Journal of Medicine*. 395(7): 677-687.
- Whooley, M.A., Peter, D. J., Eric, V., Christian, O., Rudolf, M., Robert, M.C., et al., (2008). Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. *JAMA*. 300(20): 2379 -2388.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. *Journal of The American Medical Association*. 273(1): 59-65.
- World Health Organization [WHO]. (2010). WHO's ICD - 10 version for 2010. Retrieved December 1, 20, 2012, from <http://th.wikipedia.org/wiki/ICD-10>.
- Zafari, A.M., Yang, E.H. (2011). Myocardial infarction. Retrieved April, 28, 2011, from <http://emedicine.medscape.com/article/155919-overview#a0156>.