



Factors Related to Health-related Quality of Life Among Acute Coronary Syndrome Persons After Percutaneous Coronary Intervention*

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ*

ปิยวรรณ	แผ่นชัยภูมิ**	Piyawan	Phanchaipoom**
จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช***	Chiraporn	Tachaudomdach***
ชมพูนุท	ศรีรัตน์****	Chompoonut	Srirat****

Abstract

Patients with Acute Coronary Syndrome (ACS) should undergo rapid assessment for reperfusion therapy. Percutaneous Coronary Intervention (PCI) is the standard treatment and the preferred reperfusion strategy for ACS patients, as it not only decreases mortality rates, but also influences Health-Related Quality of Life (HRQoL) after treatment. This research aimed to study HRQoL and factors related to HRQoL among ACS persons after PCI. The subjects were 88 persons at 4-12 months following their PCI who received service at the Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital outpatient department. Instruments included a demographic data record form, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Fear of Death Assessment Form, and the Short-Form Health Survey 36 (SF-36). Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The results of the study were as follows:

1. Persons with ACS after PCI had moderate to high average scores for each HRQoL dimension.
2. Anxiety was negatively, significantly correlated with the dimensions of general mental health, general health perception, energy/vitality, role limitation due to physical problems, and role limitation due to emotional problems.
3. Fear of death was negatively, significantly correlated with the role limitation due to physical problems, physical function, and bodily pain dimensions.

The results of this study can provide basic information for promoting HRQoL among ACS persons after receiving PCI.

Keywords: Health-Related Quality of Life (HRQoL); Acute Coronary Syndrome (ACS); Percutaneous Coronary Intervention (PCI)

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Adult and Gerontological Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate Student of Nursing Science program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: piyawan_phanchaipoom@cmu.ac.th

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 2 August 2022; Revised 5 September 2022; Accepted 16 September 2022



บทคัดย่อ

ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ต้องได้รับการประเมินเพื่อให้การรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจอย่างรวดเร็ว การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจถือเป็นมาตรฐานการรักษาเนื่องจากไม่เพียงแต่ลดอัตราตายหลังการรักษาแต่ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพภายหลังการรักษา การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจภายใน 4-12 เดือน จำนวน 88 ราย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า แบบประเมินความกลัวการตาย และแบบสอบถามชุดสุขภาพเอสเอฟ-36 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman's rank correlation coefficient

ผลการศึกษาพบดังนี้

1. ผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพรายด้านอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง
2. ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับด้านสุขภาพจิต ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ด้านความมีพลังกำลัง/ความกระฉับกระเฉง ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย และด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์
3. ความกลัวการตายมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านความเจ็บปวด

ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: piyawan_phanchaipoom@cmu.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นกลุ่มโรคที่มีสถิติการเจ็บป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปีทั่วโลก (Benjamin et al., 2018) ซึ่งในประเทศไทยพบผู้ป่วยได้ตั้งแต่อายุ 35 ปีเป็นต้นไป และมีอายุเฉลี่ย 63-68 ปี (Kiatchoosakun, Sutra, & Thepsuthammarat, 2012) เป้าหมายในการรักษา คือ การทำให้เลือดไหลเวียนกลับไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณที่ขาดเลือดภายในระยะเวลาอันรวดเร็วที่สุด ปัจจุบันการรักษาที่รวดเร็วและให้ผลลัพธ์ที่ดี คือ วิธีการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) (Ciffone & Dokken, 2017) ภายหลังการรักษาผู้ป่วยจะหายจากอาการเจ็บเค้นอกอย่างรวดเร็ว และใช้เวลาในการรักษาเพียง 2-3 วัน กรณีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (Ibanez et al., 2018) แต่ผู้ป่วยยังมีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำและโรคหัวใจอื่น ๆ ภายหลังการรักษา (Johansson, Rosengren, Young, & Jennings, 2017)

ผู้ป่วยต้องรับรู้โอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคตั้งแต่ก่อนตัดสินใจรับการรักษา ต้องรับประทานยา มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนัก รวมไปถึงการออกกำลังกาย และรับการติดตามอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ภายหลังการรักษา (Ibanez et al., 2018) ใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและจิตใจภายหลังการรักษาถึง 16 สัปดาห์ (Kahkonen, Saaranen, Lamidi, Miettinen, & Kankkunen, 2017) การปรับพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้โอกาสเป็นซ้ำของโรคทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจในผลการรักษาและวิตกกังวล นอกจากนี้ยังเกิดความกลัวการตายและความทุกข์ทรมานตามมา (Steptoe et al., 2011) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตภายหลังการเจ็บป่วยหรือคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงไป

คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อผลกระทบจากภาวะสุขภาพและการรักษาต่อการดำเนินชีวิต (Wilson & Cleary, 1995) ภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง (Kim, Kim, Kang, & Kim, 2019; Li et al., 2012) และพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางการเงิน ประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ การมีโรคร่วม เป็นต้น และปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านจิตใจ คือ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (Kim et al., 2019) และอาจมีปัจจัยทางด้านจิตใจอื่น คือ ความกลัวการตาย เนื่องจากผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีระดับความกลัวการตายสูงสุดเมื่อเทียบกับโรคอื่นเพราะไม่สามารถคาดเดาการพยากรณ์ของโรคได้ (Sahan, Eroglu, Karatas, Mutluer, Ugurpala, & Berkol, 2018)

แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการศึกษาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แต่มีการใช้เครื่องมือที่หลากหลายทั้งแบบประเมินทั่วไปและแบบประเมินเฉพาะโรค จึงทำให้มีผลการศึกษาแตกต่างกันไป ซึ่งเครื่องมือที่ใช้อย่างแพร่หลาย คือ แบบสอบถามชุดสุขภาพเอสเอฟ-36 ของ แวร์ และ เซอร์บอร์น (Ware & Sherbourne, 1992) เนื่องจากครอบคลุมองค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทุกด้านตามแนวคิดของ วิลสัน และ เคลียร์รี (Wilson & Cleary, 1995) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงเลือกใช้เครื่องมือดังกล่าว และเก็บข้อมูลหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ 4-12 เดือน ซึ่งเพียงพอสำหรับการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ (Kahkonen et al., 2017) แต่ผู้ป่วยยังต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพราะมีโอกาสเกิดภาวะขดลวดอุดตันหรือการตีบตันซ้ำของขดลวด (stent thrombosis or restenosis) ตั้งแต่ระยะเวลา น้อยกว่า 30 วัน ระยะเวลา 3-12 เดือน จนถึงหลายปีภายหลังการรักษา (Byrne, Joner, & Kastrati, 2015) ซึ่งอาจทำให้ผลการศึกษาต่างจากที่ผ่านมา และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ความวิตกกังวล และความกลัวการตาย เนื่องจากเป็นปัจจัยทางด้านจิตใจที่สามารถปรับเปลี่ยนได้



ความวิตกกังวล เป็นสภาวะทางอารมณ์และความรู้สึกซึ่งเกิดจากความไม่สบายกายและใจโดยไม่มีสาเหตุชัดเจน เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่ตอบสนองเป็นอันดับแรกของผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจากการรับรู้ภาวะคุกคามต่อชีวิต (Rafael, Simon, Drotos, & Balog, 2014) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความวิตกกังวลในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต (Morys, Bellwon, Hofer, Rynkiewicz, & Gruchata, 2016; Rafael et al., 2014)

ความกลัวการตาย เป็นความคิดหรือความรู้สึกที่ตอบสนองด้านอารมณ์ทางลบต่อการเจ็บป่วย ที่เชื่อว่าอาจทำให้เสียชีวิตหรือไม่สามารถมีชีวิตต่อไปได้ การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการตายกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจ แต่มีการศึกษาในผู้ที่ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพโดยพบว่าความกลัวการตายมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต (Ding, Tian, Chen, & Wang, 2020) และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง (Soleimani, Lehto, Negarandeh, Bahrami, & Nia, 2016)

คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินผลลัพธ์ภายหลังการรักษา การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพระดับปานกลางถึงระดับสูง และพบปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ คือ ปัจจัยด้านจิตใจ โดยความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคหัวใจล้มเหลว แต่ยังไม่พบการศึกษาในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการตายกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ แต่ผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีระดับความกลัวการตายสูงสุดเมื่อเทียบกับโรคอื่น ด้วยเหตุผลนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากผู้ป่วยต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพ และมีโอกาสเกิดโรคซ้ำภายหลังการรักษาทั้งระยะเฉียบพลันและระยะยาว ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัวการตายภายหลังการรักษาซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล และความกลัวการตายกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม โดยคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อผลกระทบจากภาวะสุขภาพและการรักษาต่อการดำเนินชีวิต (Wilson & Cleary, 1995) ประเมินโดยใช้แบบสอบถามชุดสุขภาพเอสเอฟ-36 ของ แวร์ และ เซอร์บอร์น (Ware & Sherbourne, 1992) ซึ่งประกอบไปด้วย 8 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย 3) ด้านความเจ็บปวด 4) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป 5) ด้านความมีพลังกำลัง/ความกระฉับกระเฉง 6) ด้านกิจกรรมทางสังคม 7) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ และ 8) ด้านสุขภาพจิต สำหรับ



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพมีทั้งปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้และไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Kim et al., 2019) ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ ความวิตกกังวล และความกลัวการตาย เนื่องจากผู้ป่วยต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพและมีโอกาสเกิดโรคซ้ำภายหลังการรักษาทั้งระยะเฉียบพลันและระยะยาว ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัวการตายภายหลังการรักษาซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพลดลง ในทางตรงกันข้ามหากมีความวิตกกังวลต่ำจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพสูงขึ้น สำหรับความกลัวการตายมีความเกี่ยวข้องในทิศทางเดียวกันกับความวิตกกังวลคือเป็นไปในทิศทางตรงกันข้ามกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจโดยวิธีการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และได้รับการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจภายใน 4-12 เดือน ซึ่งมารับการตรวจภายหลังการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้ เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษา ได้แก่ 1) สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีอ่าน เขียน ภาษาไทยได้ และ 2) อายุ 35 ปี ขึ้นไป และเกณฑ์การคัดเลือกออกจากการศึกษา คือ มีประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตเวช

ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ .05 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ .30 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดกลางสำหรับการศึกษาวินิจฉัยทางการแพทย์ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ 88 ราย (Polit & Beck, 2004)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน การวินิจฉัยโรค โรคร่วม จำนวนหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตัน และระยะเวลาภายหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ได้แก่

1. แบบประเมินความวิตกกังวล ใช้แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของ ซิกมอนด์ และ สเนธ (Zigmond & Snaith, 1983) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิท, มาโนช หล่อตระกูล, และ อุมารภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (Nilchaikovit, Lotrakul, & Phisansuthideth, 1996) เฉพาะส่วนของการประเมินความวิตกกังวลจำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัด 0-3 คะแนน การแปลผลคิดจากคะแนนรวม ดังนี้ 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะวิตกกังวล 8-10 คะแนน หมายถึง มีภาวะวิตกกังวลแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจน และ 11-21 คะแนน หมายถึง มีภาวะวิตกกังวลที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

2. แบบประเมินความกลัวการตาย ใช้แบบประเมินความกลัวการตายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความทุกข์ทรมานและความกลัวภาวะใกล้ตายของ ไวท์เฮด, สไตรค์, เพอร์คินส์-พอร์เรส, และ สเตปโต (Whitehead, Strike, Perkins-Porras, & Steptoe, 2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมให้ครอบคลุม



โครงสร้างของความกลัวตาย มีข้อความจำนวน 3 ข้อ ที่ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัด 0-4 คะแนน และ คำถามปลายเปิด 1 ข้อ การแปลผลคิดจากคะแนนรวม และแบ่งเป็นอันตรภาคชั้น 4 ระดับ ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความกลัวการตาย 1-4 คะแนน หมายถึง มีความกลัวการตายระดับต่ำ 5-8 คะแนน หมายถึง มีความกลัวการตายระดับปานกลาง และ 9-12 คะแนน หมายถึง มีความกลัวการตายระดับสูง ส่วนคำถามปลายเปิดใช้ การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ใช้แบบสอบถามชุดสุขภาพเอสเอฟ-36 ของ แวร์ และ เซอร์บอร์น (Ware & Sherbourne, 1992) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย วัชร เลอমানกุล และปารณีย์ มีแต่ม (Leurmarnkul & Meetam, 2005) ประกอบด้วยข้อความสำหรับประเมินภาวะสุขภาพ 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้าน การทำหน้าที่ของร่างกาย 10 ข้อ 2) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย 4 ข้อ 3) ด้านความ เจ็บปวด 2 ข้อ 4) ด้านกิจกรรมทางสังคม 2 ข้อ 5) ด้านสุขภาพจิต 5 ข้อ 6) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจาก ปัญหาทางอารมณ์ 3 ข้อ 7) ด้านความมีพลังกำลัง/ความกระฉับกระเฉง 4 ข้อ และ 8) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยทั่วไป 5 ข้อ และคำถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพ 1 ข้อ จึงมีข้อทั้งหมด 36 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นแบบมาตรวัด 2-6 คะแนน การแปลผลทำโดยการแปลงคะแนนดิบแต่ละด้านให้เป็นคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0-100 คะแนน และแปลผลเป็นระดับต่ำและระดับสูง แต่ต้นฉบับของแบบประเมินไม่ได้แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงนำคะแนนเฉลี่ยมาแบ่งเป็นอันตรภาคชั้น 3 ระดับ ดังนี้ 0.00-33.33 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ 33.34-66.67 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอยู่ ในระดับปานกลาง และ 66.68-100.00 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินความกลัวการตายทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน และคำนวณหาค่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 1.00 สำหรับแบบสอบถามอาการวิตกกังวล และแบบสอบถามชุดสุขภาพ เอสเอฟ-36 ผู้สร้างเครื่องมือได้ทำการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือแล้ว ดังนี้ แบบสอบถามอาการวิตกกังวล ทดสอบความตรงของเครื่องมือโดยเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ พบว่ามีความไวเท่ากับร้อยละ 100.00 และ มีความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 86.00 (Nilchaikovit et al., 1996) ส่วนแบบสอบถามชุดสุขภาพเอสเอฟ-36 ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) ซึ่งมีความตรงเชิงคู่เข้า (convergent) เท่ากับ 0.91 และ ตรวจสอบความตรงเชิงจำแนก (discriminant validity) ได้ค่าเท่ากับ 0.96 (Leurmarnkul & Meetam, 2005) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้โดยไม่มีการดัดแปลงจึงไม่ต้องหาค่าความตรงซ้ำ

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือตรวจสอบโดยการนำไปทดลองใช้กับผู้มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย (Burns & Grove, 2012) และหาความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยใช้สูตร Cronbach' s alpha reliability coefficient ดังนี้ แบบสอบถามอาการวิตกกังวล ได้ค่าเท่ากับ 0.81 แบบสอบถามชุดสุขภาพเอสเอฟ-36 ได้ค่าแต่ละด้านเท่ากับ 0.82-0.93 และแบบประเมินความกลัวการตายได้ค่า เท่ากับ 0.77

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์และเอกสาร ข้อมูลการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งผ่านการรับรอง โครงการวิจัยรหัส 2563-FULL023 จากนั้นผู้วิจัยนำหนังสือรับรองพิทักษ์สิทธิเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เมื่อได้รับการอนุญาตเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการโดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่าง รับทราบวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งแจ้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มี



การละเมิดสิทธิของกลุ่มตัวอย่างและเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมแล้วทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองภายหลังการได้รับอนุญาต โดยการเข้าพบหัวหน้าหน่วยตรวจพิเศษ อายุรกรรม 2 และหัวหน้าหน่วยตรวจห้องตรวจ 110 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือ จากนั้นผู้วิจัยไปรื้อพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องตรวจในวันพุธและวันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น. ระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการระบาดของโรคโควิด-19 โดยปฏิบัติตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ และแสดงความเคารพสิทธิโดยให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยลงชื่อในใบยินยอมและเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนผู้วิจัยเก็บข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างซึ่งใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนตุลาคม 2564 รวมเป็นระยะเวลาทั้งหมด 9 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ความวิตกกังวล ความกลัวการตาย และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลใช้สถิติ Spearman's rank correlation coefficient

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 57.95 อายุเฉลี่ย 62.31 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.73 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 52.27 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 68.18 การวินิจฉัยโรคด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจตำแหน่งเอสทียกขึ้นร้อยละ 71.59 และมีโรคร่วมร้อยละ 62.50 โดยโรคร่วมส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวนหลอดเลือดหัวใจที่ตีตันมากกว่า 1 เส้น ร้อยละ 63.64 ระยะเวลาภายหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจเฉลี่ย 6.76 เดือน และกลุ่มตัวอย่างไม่มีความวิตกกังวลภายหลังการรักษา ร้อยละ 98.86

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (n = 88)

คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	80.34	19.35	สูง
ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย	64.20	39.90	ปานกลาง
ด้านความเจ็บปวด	66.90	26.90	สูง
ด้านกิจกรรมทางสังคม	95.03	12.22	สูง
ด้านสุขภาพจิต	93.91	10.92	สูง
ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์	80.30	36.67	สูง
ด้านความมีพลังกำลัง/ความกระฉับกระเฉง	82.44	14.30	สูง
ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป	63.99	21.45	ปานกลาง

คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านกิจกรรมทางสังคม ด้านสุขภาพจิต ด้านความมีพลังกำลัง/ความกระฉับกระเฉง ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ และด้านความเจ็บปวดอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย และด้านการรับรู้ภาวะ



สุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 1)

ตารางที่ 2 ค่า Spearman’s rank correlation coefficient ของคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทั้ง 8 ด้าน กับความวิตกกังวล และความกลัวการตายในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (n = 88)

คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ	ความวิตกกังวล	ความกลัวการตาย
ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	-.18	-.24*
ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย	-.40**	-.36**
ด้านความเจ็บปวด	-.08	-.21*
ด้านกิจกรรมทางสังคม	-.17	.08
ด้านสุขภาพจิต	-.72**	-.07
ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์	-.38**	-.12
ด้านความมีพลังกำลัง/ความกระฉับกระเฉง	-.42**	-.15
ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป	-.49**	-.07

**p < .01. *p < .05.

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย ด้านความมีพลังกำลัง/ความกระฉับกระเฉง ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และด้านสุขภาพจิต ส่วนความกลัวการตายมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านความเจ็บปวด ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย (ตาราง 2)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพรายด้านอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านระหว่าง 63.99-93.05 คะแนน อภิปรายผลได้ดังนี้

1. ด้านกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีระยะเวลาภายหลังการรักษาเฉลี่ย 6.76 เดือน ซึ่งเพียงพอสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายและจิตใจ (Kahkonen et al., 2017) จึงสามารถกลับไปใช้ชีวิตและทำกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ
2. ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่มีความวิตกกังวลภายหลังการรักษา และมีสถานภาพสมรสร้อยละ 52.27 จึงมีผู้ที่สนับสนุนและให้กำลังใจ และผู้ที่มีครอบครัวก็จะได้รับการช่วยเหลือและให้กำลังใจจากสมาชิกในครอบครัว (Darvishpour, Javadi-Pashaki, Salari, Sadeghi, & Taleshan-Nejad, 2017)
3. ด้านความมีพลังกำลัง/ความกระฉับกระเฉงอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีระยะเวลาภายหลังการรักษาเฉลี่ย 6.76 เดือน จึงเพียงพอสำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและการทำงานของหัวใจ (Ibanez et al., 2018; Kahkonen et al., 2017) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 62.31 ปี ทำให้การฟื้นฟูทางด้านร่างกายและจิตใจหลังการรักษาเป็นไปได้ดีกว่าช่วงวัยสูงอายุ (Darvishpour et al., 2017) จึงมีการรับรู้ความรู้สึกและพลังงานของตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ดี
4. ด้านการทำหน้าที่ของร่างกายอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายซึ่งมีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ดีกว่าเพศหญิง เพราะว่าเพศหญิงมักจะทำให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงของ



ร่างกายแม้เพียงเล็กน้อยและผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างยังมีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยสูงอายุ ตอนต้นทำให้การฟื้นฟูทางด้านร่างกายและจิตใจหลังการรักษาเป็นไปได้ดี (Darvishpour et al., 2017) สามารถกลับไปทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างเต็มที่ภายหลังการรักษา

5. ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์อยู่ในระดับสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงสภาวะทางอารมณ์ภายหลังการรักษาไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน เนื่องจากเวลาภายหลังการรักษาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 4-12 เดือน ซึ่งใช้ระยะเวลาปรับสภาพร่างกายและจิตใจ 4 เดือน (Kahkonen et al., 2017) เมื่อได้รับการฟื้นฟูทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอ สภาวะทางอารมณ์จึงไม่ส่งผลกระทบต่อบทบาทการทำงานหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Ibanez et al., 2018)

6. ด้านความเจ็บปวดอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.64 มีจำนวนหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตันมากกว่า 1 เส้น ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพภายหลังการรักษาที่แย่กว่ากลุ่มที่มีจำนวนหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตันเพียงเส้นเดียว เนื่องจากมีโอกาสเจ็บเค้นอกซ้ำ หรือมีความไม่สบายหลังการรักษาได้มากกว่า (Darvishpour et al., 2017) จึงทำให้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านความเจ็บปวดมีคะแนนเฉลี่ย 66.90 คะแนน แต่ยังไม่แปลผลได้ว่าอยู่ในระดับสูง คือ ไม่มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันหรือมีปัญหาเพียงเล็กน้อยเนื่องจากความเจ็บปวดของร่างกาย

7. ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกายอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง การรับรู้ถึงความสามารถทำงานหรือกิจกรรมบางอย่างไม่เท่ากับก่อนการเจ็บป่วย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมร้อยละ 62.50 ซึ่งต้องปรับตัวมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคร่วมใด ๆ (Darvishpour et al., 2017) จึงทำให้มีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ

8. ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากภายหลังการรักษาผู้ป่วยยังมีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรค และเกิดการตีบตันซ้ำของหลอดเลือดซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ 3-12 เดือน และหลายปีภายหลังการรักษา (Byrne et al., 2015) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีโรคร่วมซึ่งต้องควบคุมโรคร่วมและต้องมีการปรับตัวมากกว่าผู้ที่ไม่มโรคร่วม ส่งผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างยังมีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในชั้นประถมศึกษาจึงอาจส่งผลต่อการรับรู้ภาวะของโรค เพราะระดับการศึกษาสามารถเปลี่ยนทัศนคติ และองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (Darvishpour et al., 2017)

ความวิตกกังวลในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย ด้านความมีพลังกำลัง/ความกระฉับกระเฉง ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และด้านสุขภาพจิต ดังนี้

ความสัมพันธ์กับด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ($r_s = -.38, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาโดย โมริส และคณะ (Morys et al., 2016) ที่พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์และด้านสังคม เนื่องจากต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ (Kahkonen et al., 2017) ปรับพฤติกรรมสุขภาพและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Ibanez et al., 2018) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตันมากกว่า 1 เส้น ทำให้เกิดอาการเจ็บเค้นอกและความวิตกกังวลหลังการรักษา ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นส่งผลโดยตรงต่อสภาวะจิตใจและสภาวะทางอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจในการทำงาน การทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ และทำงานหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยกว่าก่อนการเจ็บป่วย (Darvishpour et al., 2017)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

ความสัมพันธ์กับด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย ($r_s = -.40, p < .01$) เนื่องจากความวิตกกังวลส่งผลให้บุคคลมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากความไม่มั่นใจในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาโดย โมริส และคณะ (Morys et al., 2016) ที่พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย เนื่องจากภายหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จึงไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติในระยะแรก อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตันมากกว่า 1 เส้น ซึ่งมีผลลัพธ์ทางสุขภาพหลังการรักษาที่แย่กว่าจากการเจ็บเค้นอกและโอกาสในการกลับเป็นซ้ำของโรค (Darvishpour et al., 2017) ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและความทนในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง

ความสัมพันธ์กับด้านความมีพลังกำลัง/ความกระฉับกระเฉง ($r_s = -.42, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ราฟาเอล และคณะ (Rafael et al., 2014) ที่พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเหนื่อยล้าทางกาย เนื่องจากภายหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระยะเวลานั้นรวดเร็ว (Ibanez et al., 2018) แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางส่วนยังไม่ค่อยทำกิจกรรมต่าง ๆ มักใช้เวลาส่วนใหญ่ในการพักผ่อน ไม่มีพลังกำลัง/ความกระฉับกระเฉง โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภายหลังการรักษาผู้ป่วยยังคงมีอาการเจ็บเค้นอกและยังคงมีอาการเหนื่อยล้า โดยเฉพาะกลุ่มที่มีจำนวนหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตันมากกว่า 1 เส้น (Darvishpour et al., 2017) ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้มีความวิตกกังวลที่มากขึ้นและส่งผลกระทบต่อความมีพลังกำลัง/ความกระฉับกระเฉงของร่างกายหลังการรักษา

ความสัมพันธ์กับด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ($r_s = -.49, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ คิม และคณะ (Kim et al., 2019) ที่พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง รวมไปถึงโอกาสในการกลับเป็นซ้ำของโรค (Johansson et al., 2017) ซึ่งความวิตกกังวลที่มากเกินไปทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ไม่ดี

ความสัมพันธ์กับด้านสุขภาพจิต ($r_s = -.72, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ราฟาเอล และคณะ (Rafael et al., 2014) ซึ่งพบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้า และการศึกษาของ คิม และคณะ (Kim et al., 2019) ก็พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าเช่นกัน เนื่องจากความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยทางด้านจิตใจซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านจิตใจที่แย่งตามมา ซึ่งในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีความวิตกกังวลภายหลังการรักษาถึงร้อยละ 98.86 จึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง คือ รู้สึกสงบ สบาย และมีความสุข

แต่ในการศึกษานี้พบว่า ความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านความเจ็บปวด และด้านกิจกรรมทางสังคม สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีระยะเวลาภายหลังการรักษาเฉลี่ย 6.76 เดือน ซึ่งระยะเวลาในการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจอย่างสมบูรณ์ภายหลังการรักษา คือ 4 เดือน (Kahkonen et al., 2017) ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวันได้ตามปกติ ความวิตกกังวลจึงไม่มีความสัมพันธ์กับด้านดังกล่าว ส่วนด้านความเจ็บปวดพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านนี้อยู่ในระดับสูง ซึ่งหมายถึงไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมหรือมีเพียงเล็กน้อยเนื่องจากความเจ็บปวดของร่างกาย และผู้ป่วยยังได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระยะเวลานั้น (Ibanez et al., 2018) ภาวะสุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์จึงไม่มีผลต่อการทำกิจกรรมทางสังคม ด้วยเหตุนี้ความวิตกกังวลจึงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านความเจ็บปวด และด้านกิจกรรมทางสังคม



ความกลัวการตายมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความเจ็บปวด ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย ดังนี้ ความสัมพันธ์กับด้านความเจ็บปวด ($r_s = -.21, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาโดย สเตปโต และคณะ (Steptoe et al., 2011) ที่พบว่าผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีระดับความทุกข์ทรมานและกลัวภาวะใกล้ตายสูง เนื่องจากการตอบสนองอารมณ์ทางลบต่อการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และสิ่งก่อกำเนิดให้เกิดความเครียดและความเจ็บปวด (Lonetto & Templer, 1986 as cited in Charuchinda, 2018) และผู้ที่มีประสบการณ์เจ็บเค้นอกรุนแรงจะมีความทุกข์ทรมานและความกลัวการตายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์เจ็บเค้นอก (Whitehead et al., 2005) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีโอกาสเกิดความเจ็บเค้นอกภายหลังการรักษาได้สูงเนื่องจากมีจำนวนหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตันมากกว่า 1 เส้น อาการเจ็บปวดและความไม่สบายที่เกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตประจำวันที่ลดลง ดังนั้นความกลัวการตายจึงมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านความเจ็บปวด

ความสัมพันธ์กับด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ($r_s = -.24, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดิง และคณะ (Ding et al., 2020) ที่พบว่าความกลัวการตายมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะสุขภาพกายและภาวะสุขภาพจิต เนื่องจากความรู้สึกรวดก้างวลเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเมื่อเจ็บหนัก (Lonetto & Templer, 1986, as cited in Charuchinda, 2018) และผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะต้องเผชิญกับโอกาสในการเสียชีวิตตั้งแต่ระยะเจ็บป่วย ระหว่างการรักษา และภายหลังการรักษา อีกทั้งความรู้สึกรวดก้างวลเกี่ยวกับความตายยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระยะเวลาในการเจ็บป่วย และระยะเวลาในการรักษาโรค เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาและระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย (Sahan et al., 2018) ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมที่ลดลงจากเดิม ความกลัวการตายจึงมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย

ความสัมพันธ์กับด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย ($r_s = -.36, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ โซเลมานี และคณะ (Soleimani et al., 2016) ที่พบว่าความกังวลเกี่ยวกับการตายมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต เนื่องจากความรู้สึกรวดก้างวลเกี่ยวกับความตายนั้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระยะเวลาในการเจ็บป่วย และระยะเวลาในการรักษาโรค ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาและระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย (Sahan et al., 2018) อีกทั้งในขณะที่เข้ารับการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันผู้ป่วยจะต้องรีบตัดสินใจและเข้ารับการรักษาเพียงลำพังทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการพลัดพรากที่ต้องแยกจากบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งเป็นแนวคิดพื้นฐานของความกลัวการตาย (Charuchinda, 2018) ภายหลังการรักษาประสบการณ์ความกลัวการตายที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการทำงานหรือการกิจกรรมที่ลดลงจากเดิม แต่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีระยะหลังการรักษาเฉลี่ย 6.67 เดือน ความกลัวการตายจึงมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย

การศึกษานี้พบว่า ความกลัวการตายไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านกิจกรรมทางสังคม ด้านสุขภาพจิต ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ด้านความมีพลังกำลัง/ความกระฉับกระเฉง และด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป สามารถอธิบายได้ดังนี้ ด้านกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะใช้เวลารักษาตัวในโรงพยาบาลเพียง 2-3 วัน กรณีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (Ibanez et al., 2018) การเจ็บป่วยจึงไม่รบกวนการทำกิจกรรมทางสังคมภายหลังการรักษา ด้านสุขภาพจิต เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะวิตกกังวลภายหลังการรักษาจึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านสุขภาพจิตดี ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกายและการฟื้นฟูสมรรถภาพ



หัวใจอย่างเพียงพอก่อนจำหน่าย (Ibanez et al., 2018) จึงสามารถกลับไปปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ด้านความมีพลังกำลัง/ความกระฉับกระเฉง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาภายหลังการรักษาที่เพียงพอสำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและการทำงานของหัวใจจึงมีการรับรู้ความรู้สึกและพลังงานของตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ดี ส่วนด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปนั้นเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการฟื้นฟูสภาพจิตใจอย่างสมบูรณ์ภายหลังการรักษาแล้ว ความกลัวการตายซึ่งเป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์ทางลบต่อการเจ็บป่วยจึงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในด้านดังกล่าว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยในการให้คำแนะนำเพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัวการตาย และเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ดีภายหลังการรักษา โดยเฉพาะด้านที่อยู่ในระดับปานกลางให้เพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

References

- Benjamin, E. J., Virani, S. S., Callaway, C. W., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., ... Muntner, P. (2018). Heart disease and stroke statistics-2018 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 137(12), e67-e492. doi: 10.1161/CIR.0000000000000558
- Burns, N., & Grove, S. K. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7th ed.). St. Louis: Saunders Elsevier.
- Byrne, R. A., Joner, M., & Kastrati, A. (2015). Stent thrombosis and restenosis: What have we learned and where are we going? The Andreas Gruntzig Lecture ESC 2014. *European Heart Journal*, 36(47), 3320-3331. doi: 10.1093/eurheartj/ehv511
- Charuchinda, V. (2018). Decreasing the death anxiety using Buddhist psychology. *Journal of Buddhist Psychology*, 3(1), 1-12. (in Thai)
- Ciffone, N., & Dokken, B. B. (2017). Medical management of acute coronary syndromes. *Journal of American Association Nurse Practice*, 29(4), 224-235. doi: 10.1002/2327-6924.12457
- Darvishpour, A., Javadi-Pashaki, N., Salari, A., Sadeghi, T., & Taleshan-Nejad, M. (2017). Factors associated with quality of life in patients undergoing coronary angioplasty. *International Journal of Health Sciences*, 11(4), 35.
- Ding, F., Tian, X., Chen, L., & Wang, X. (2020). The relationship between physical health and fear of death in rural residents: The mediation effect of meaning in life and mental health. *Death Studies*, 46(1), 148-156.



Factors Related to Health-related Quality of Life Among Acute Coronary Syndrome Persons
After Percutaneous Coronary Intervention
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ภายหลังการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., ... ESC Scientific Document Group. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The task force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, *39*(2), 119-177. doi: 10.1093/eurheartj/ehx393
- Johansson, S., Rosengren, A., Young, K., & Jennings, E. (2017). Mortality and morbidity trends after the first year in survivors of acute myocardial infarction: A systematic review. *BMC Cardiovascular Disorders*, *17*(1), 53.
- Kahkonen, O., Saaranen, T., Lamidi, M. L., Miettinen, H., & Kankkunen, P. (2017). Perceived health among patients with coronary heart disease four months after a percutaneous coronary intervention. *International Journal of Caring Sciences*, *10*(1), 54-66.
- Kiatchoosakun, S., Sutra, S., & Thepsuthammarat, K. (2012). Coronary artery disease in the Thai population: Data from health situation analysis 2010. *Journal of Medical Association Thailand*, *95*(Suppl.7), 149-155.
- Kim, H. S., Kim, H. K., Kang, K. O., & Kim, Y. S. (2019). Determinants of health-related quality of life among outpatients with acute coronary artery disease after percutaneous coronary intervention. *Japan Journal of Nursing Science*, *16*(1), 3-16. doi: 10.1111/jjns.12209
- Leurmarnkul, W., & Meetam, P. (2005). Properties testing of the retranslated SF-36 (Thai version). *Thai Journal of Pharmaceutical Sciences*, *29*(1-2), 69-88. (in Thai)
- Li, R., Yan, B. P., Dong, M., Zhang, Q., Yip, G. W. K., Chan, C.-P., ... Yu, C. M. (2012). Quality of life after percutaneous coronary intervention in the elderly with acute coronary syndrome. *International Journal of Cardiology*, *155*(1), 90-96.
- Morys, J. M., Bellwon, J., Hofer, S., Rynkiewicz, A., & Gruchala, M. (2016). Quality of life in patients with coronary heart disease after myocardial infarction and with ischemic heart failure. *Archives of Medical Science: AMS*, *12*(2), 326.
- Nilchaikovit, T., Lotrakul, M., & Phisansuthideth, U. (1996). Development of Thai version of hospital anxiety and depression scale in cancer patients. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*, *41*(1), 18-30. (in Thai)
- Polit, F. D., & Beck, T. C. (2004). *Nursing research principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rafael, B., Simon, A., Drotos, G., & Balog, P. (2014). Vital exhaustion and anxiety are related to subjective quality of life in patients with acute myocardial infarct before cardiac rehabilitation. *Journal of Clinical Nursing*, *23*, 2864-2873. doi: 10.1111/jocn.12563
-



- Sahan, E., Eroglu, M. Z., Karatas, M. B., Mutluer, B., Ugurpala, C., & Berkol, T. D. (2018). Death anxiety in patients with myocardial infarction or cancer. *The Egyptian Heart Journal*, 70(3), 143-147. doi: 10.1016/j.ehj.2018.04.003
- Soleimani, M. A., Lehto, R. H., Negarandeh, R., Bahrami, N., & Nia, H. S. (2016). Relationships between death anxiety and quality of life in Iranian patients with cancer. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(2), 183.
- Step toe, A., Molloy, G. J., Messerli-Burgy, N., Wikman, A., Randall, G., Perkins-Porras, L., & Kaski, J. C. (2011). Fear of dying and inflammation following acute coronary syndrome. *European Heart Journal*, 32(19), 2405-2411. doi: 10.1093/eurheartj/ehr132
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Whitehead, D. L., Strike, P., Perkins-Porras, L., & Step toe, A. (2005). Frequency of distress and fear of dying during acute coronary syndromes and consequences for adaptation. *The American Journal of Cardiology*, 96(11), 1512-1516.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *The Journal of the American Medical Association*, 273(1), 59-65.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.