ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ *

อินทิรา โสภาภรณ์**
วิชชุดา เจริญกิจการ***
ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ****
ฉัตรกนก ทุมวิภาต*****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายของ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ ความแตกฉานด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติที่มาติดตามการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 90 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แบบประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติของฟลอริดา แบบประเมินความแตกฉานทางด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี (Mean= 634.96, S.D. = 73.12) โดยความวิตกกังวลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ ความแตกฉานด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติได้ ร้อยละ 17.7 (R^2=.177, p<.05) โดยพบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

จากผลการศึกษามีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติอย่างถูกต้อง เพื่อลดความวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้น และส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพตนเองซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ, ผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ, ความวิตกกังวล, ความแตกฉานทางด้านสุขภาพ, การสนับสนุนทางสังคม

---

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
** พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลวิชัยยุทธ
*** (Corresponding author) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
**** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
*****อาจารย์ สำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors influencing health related quality of life in patient with automatic implantable cardioverter defibrillators (AICDs)*

Inthira Sopaporn**
Vishuda Chareonkitkarn***
Doungrut Wattanakitkrilert****
Chatkanok Tumwipat*****

Abstract

This study was aimed to analyze the predictive relationships of shock anxiety about automatic implantable cardioverter defibrillators (AICDs), health literacy and social support influencing to health related quality of life in patient with AICDs. The sample was 90 patients with AICDs who came to follow-up at a tertiary hospital. Instrumentation was composed of the following: The personal data recording form, Short - Form-12 Health Survey Version 2 (SF-12 V2), Florida Shock Anxiety Scale; FSAS, The health literacy evaluation form for patients with AICDs, and the social support questionnaire. Data were analyzed using multiple regression analysis.

The samples were good quality of life (Mean= 634.96, S.D. = 73.12). Based on the outcome from enter multiple regression analysis, all independent variables were found to be able to explain fluctuations in the quality of life in patients with AICDs at 17.7 percent (R^2=.177, $p<.05$). Finding anxiety about AICDs and social support were found to be able to predict quality of life in patients with AICDS with statistical significance ($p<.05$).

The results from this study suggest that nurses should provide proper information for patients with AICDS about implantable cardioverter defibrillators to reduce anxiety among patients, promote social support in patients with AICDs in order to promote self-care and improve better quality of life.

Keywords : health related quality of life, patients with automatic implantable cardioverter defibrillators, anxiety, health literacy, social support

---

* Master Thesis of Nursing Science (Adult Nursing) Graduate Studies, Mahidol University

** Registered Nurse, Vichaiyut Hospital

*** (Corresponding author) Assistant Professor, Faculty of Nursing Mahidol University.

**** Associate Professor , Faculty of Nursing Mahidol University.

***** Lecturer, Faculty of medicine Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการรักษาด้วยการใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ (Automatic Implantable Cardioverter Defibrillator; AICDs or ICD) ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากปัญหาหัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดปกติชนิด Ventricular Tachycardia และ Ventricular Fibrillation เป็นที่นิยมกันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากอัตราการรอดชีวิตสูงและได้ผลทันท่วงที เครื่องจะทำงานโดยติดตามการเต้นของหัวใจ หากมีหัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดปกติ เครื่องจะทำการรักษาโดยปล่อยกระแสไฟฟ้าออกมาตามที่โปรแกรมที่ตั้งไว้ เพื่อให้หัวใจกลับมาเต้นเป็นปกติ[1] จึงป้องกันภาวะเสียชีวิตจากหัวใจหยุดเต้นอย่างเฉียบพลัน (Sudden Cardiac Death; SCD) อีกทั้งยังใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากภาวะ SCD (Secondary prevention) และผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ SCD (Primary prevention) ซึ่งภาวะ SCD เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[2] ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบมีผู้เสียชีวิตจากภาวะนี้ถึง 450,000 รายต่อปี และพบรายงานการรักษาด้วยวิธีนี้จากปี ค.ศ. 2006 - 2009 มีถึง 111,707 ราย[3] สำหรับประเทศไทยพบสถิติผู้ใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติในปี พ.ศ. 2548 ถึงปี พ.ศ. 2550 พบมากถึง 2,000-3,000 รายต่อปี[4]

การรักษาด้วยการใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ สามารถลดอัตราการตายได้ถึงร้อยละ 30-54[5,6] แต่ปัญหาที่ตามมา คือ คุณภาพชีวิตที่ลดลง จากความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ[7,8,9] จากการเกิดอาการเจ็บปวดจากการกระตุกด้วยไฟฟ้าของเครื่อง (Shock) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น[6] นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะคิดว่าการมีกิจกรรมจะส่งผลให้เกิดการกระตุกด้วยไฟฟ้าของเครื่อง จึงพยายามจำกัดกิจกรรมของตนเองทางด้านร่างกาย ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน[10,11,12] และพบว่าในผู้ที่เคยมีประสบการณ์จากการช็อกจากเครื่องมาก่อน อาจเกิดความรู้สึกฝังใจความเจ็บปวดจากการถูกช็อก หรือรู้สึกไปเองว่ามีการกระตุกด้วยไฟฟ้าของเครื่อง เกิดขึ้นทั้งๆ ที่เครื่องไม่ได้ทำงาน ที่เรียกว่า Phantom shocks[13] อันเป็นอาการทางด้านจิตใจ ยิ่งส่งผลให้จำกัดกิจกรรม ลดการเคลื่อนไหว ไม่อยากร่วมกิจกรรมในสังคม จนต้องแยกตัวออกจากครอบครัว เพื่อนและผู้ร่วมงาน เกิดความสูญเสียสัมพันธภาพกับสังคม และการมีเพศสัมพันธ์อีกด้วย[14,15,16] อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังต้องรับประทานยาต้านหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Antiarrhythmic drug) อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากยาในกลุ่มนี้จะป้องกันการเกิดหรือลดอัตราเร็วของการเต้นผิดปกติของหัวใจ ซึ่งถ้ารับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และไม่ถูกวิธี ก็อาจส่งผลต่อหัวใจเกิดการทำงานผิดปกติจนต้องอาศัยเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติให้มีการทำงานถี่ขึ้น ซึ่งจะกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากยิ่งขึ้น[17,18] ผู้ป่วยจึงต้องทำความเข้าใจ เกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา จึงจะสามารถบริหารยาได้อย่างเหมาะสม ทั้งหมดที่กล่าวมาล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งสิ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติในต่างประเทศ พบว่า ภายหลังใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไปทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ[19] ในด้านจิตใจพบว่าความซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้[20,21] ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลจากการกระตุกด้วยไฟฟ้าสูงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี[8] ทางด้านสังคม พบว่าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีทั้งจากครอบครัว บุคคลากรทางการแพทย์จะมีคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในระดับดี[14,16] และยังพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีความต้องการได้รับข้อมูลทั้งก่อน และหลังการใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ เพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโรคและการรักษาที่ได้รับ[10]

จากการศึกษาในต่างประเทศมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต เฉพาะด้านความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ[10,14,16] อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการศึกษาความแตกฉานทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในประเทศไทย ซึ่งผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติในบริบทของประเทศไทยมีความแตกต่างกับต่างประเทศทั้งทางด้านสังคม วัฒนธรรม สภาพแวดล้อมต่างๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติในประเทศไทย เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดูแลจัดการในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) ของ Ferrans และคณะ[22] ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ Wilson และ Cleary[23] กล่าวถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจต่อชีวิต ทั้งนี้การรับรู้ดังกล่าวขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลัก คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (characteristics of the individual) และปัจจัยสิ่งแวดล้อม (characteristics of the environment) โดยปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวข้องกับความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติต่อการรักษา ซึ่งบุคคลจะตัดสินใจแสดงออกในด้านพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา จะขึ้นกับความสามารถในการทำความเข้าใจ หรือมีความแตกฉานทางด้านสุขภาพ นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคลยังรวมถึงอารมณ์ของแต่ละบุคคลในขณะนั้น ว่ามีความรู้สึกต่อภาวะของโรคและการรักษาว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด โดยในระยะแรกของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมักจะเกิดความวิตกกังวล เครียด จนเมื่อเวลาผ่านไปถ้าผู้ป่วยปรับตัวได้ดี ความรู้สึกเหล่านั้นก็ลดน้อยลง แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตได้ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมนอกจากจะเป็นปัจจัยทางกายภาพแล้ว ยังรวมถึงสภาพสังคม ซึ่งได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ ทั้งสองปัจจัยหลักจะส่งผลโดยตรงต่อความพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตในแต่ละบุคคล

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องของ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ (Shock anxiety) และความแตกฉานทางด้านสุขภาพ (Health literacy) และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอิทธิพลของ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ ความแตกฉานทางด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ

สมมติฐานการวิจัย

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ ความแตกฉานทางด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้รับการใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational Predictive study) โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยดังนี้

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ ทั้งเพศชายและหญิง ที่

มีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มาติดตามการรักษา ณ หน่วยตรวจพิเศษหัวใจและหลอดเลือด ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติโดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ

1. ได้รับการรักษาโดยการใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติแบบใส่ห้องหัวใจห้องเดียว (Single chamber ICD) แบบใส่ห้องหัวใจสองห้อง (Dual chamber ICD) และเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกันเป็นแบบที่สามารถทำการกระตุกด้วยไฟฟ้า (CRT-D) ได้ โดยได้รับการใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป

2. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทย

3. ไม่มีประวัติเจ็บป่วยทางด้านจิตเวช

เกณฑ์ในการคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

เป็นผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Heart Failure)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ Power analysis of Multiple Regression[24] โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) = .80 กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size) เท่ากับ 0.13 คำนวณกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 90 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามชนิดเลือกตอบ และเติมคำตอบในช่องว่าง โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบตอบด้วยตนเอง มีจำนวน 9 ข้อประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ต่อเดือน บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย สิทธิการรักษา ประสบการณ์การกระตุกด้วยไฟฟ้าของเครื่อง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย เป็นข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยที่รวบรวมจากแฟ้มประวัติ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย ระยะเวลาในการใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ ความสามารถของหัวใจในการบีบเลือดออกจากหัวใจ (Ejection Fraction) โรคประจำตัวอื่นๆ ข้อบ่งชี้ในการใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ ชนิดของเครื่องกระตุกหัวใจ ยาต้านหัวใจเต้นผิดจังหวะ ประวัติการเข้ารับการรักษา/ปรึกษาฉุกเฉินที่เกิดจากเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติทำงาน และรายงานความถี่ของการกระตุกจากการบันทึกของเครื่อง

2. แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นแบบวัด The Short – Form-12 Health Survey Version 2 (SF-12 V2) ฉบับภาษาไทยที่ได้รับอนุญาตจากบริษัท Quality Metric Incorporated ประเทศสหรัฐอเมริกาผู้พัฒนาเครื่องมือใบอนุญาตเลขที่ QM022991[25] ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสุขภาพโดยแบ่งเป็น 8 มิติ ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย การจำกัดด้านการทำหน้าที่จากปัญหาทางร่างกาย ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (ด้านพละกำลัง การจำกัดด้านการทำหน้าที่จากปัญหาด้านอารมณ์ และ ด้านสุขภาพจิตใจทั่วไป รวม 12 ข้อ ลักษณะตัวเลือกของคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3-5 ระดับคะแนนของแต่ละมิติจะอยู่ในช่วงตั้งแต่ 0 ถึง 100 คะแนนโดยรวมจะอยู่ในช่วง 0-800 คะแนน การแปลความหมายของคะแนนสูงกว่าร้อยละ 50 แสดงถึง การมีสุขภาพดี คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 แสดงถึง ระดับสุขภาพที่ด้อยกว่าหรือ

แย่ นำไปทดสอบกับผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอน บราค เท่ากับ 0.89

3. แบบประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติของฟลอริดา (Florida Shock Anxiety Scale: FSAS) ที่สร้างขึ้นโดย Kuhl และคณะ[26] เป็นการวัดความวิตกกังวลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ ที่ผู้วิจัยทำการแปลเป็นภาษาไทย และแปลย้อนกลับโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนรวม หากมีคะแนนสูงมากกว่าร้อยละ 50 แปลว่า มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติสูง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 แปลว่า มีความวิตกกังวลจากการกระตุกด้วยไฟฟ้าของเครื่องต่ำ ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.8 และนำไปทดสอบกับผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ 0.89

4. แบบประเมินความแตกฉานทางด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความแตกฉานทางด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของวนิดา หาจักร[27] ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Parker และคณะ[28] เป็นการประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ แบบประเมินมีลักษณะข้อความ แล้วให้ผู้ป่วยตอบคำถามตามความเข้าใจ โดยมี 3 ตัวเลือก จำนวน 22 ข้อ การให้คะแนน ถ้าตอบตรงกับคำตอบที่กำหนดให้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ได้หรือไม่ตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้ให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 22 คะแนน แบ่งคะแนนความแตกฉานด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ดังนี้มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ คะแนนเท่ากับ 0-12 คะแนน (0 - 59%) มีความแตกฉานด้านสุขภาพกึ่งกึ่ง คะแนนเท่ากับ 13-16 คะแนน (60-74%) มีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอ คะแนนเท่ากับ 17-22 คะแนน (75-100%) ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.86 และนำไปทดสอบกับผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ 0.87

5. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของ Toljamo และ Hentinen[29] แปลเป็นภาษาไทยโดย สิริรัตน์ ลีลาจรัสและพิศสมัย อรทัย[30] และมีการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยใช้ผู้เชี่ยวชาญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย 5 ด้านได้แก่ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์และการให้ความช่วยเหลือจากครอบครัวและเพื่อน แรงสนับสนุน ด้านข้อมูลข่าวสาร แรงสนับสนุนจากเพื่อน แรงสนับสนุนด้านลบ และแรงสนับสนุนด้านการเงิน จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนคะแนนรวมมีค่าระหว่าง 12-60 คะแนน การแปลผล ดังนี้ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ (12-36 คะแนน) คะแนนมากกว่าร้อยละ 50 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง (37-60 คะแนน) ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.8 และนำไปทดสอบกับผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลที่หน่วยตรวจพิเศษหัวใจและหลอดเลือด ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยพร้อมแจ้งการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ซึ่งใช้เวลาทั้งหมด

ประมาณ 30-45 นาที การเก็บข้อมูลจะดำเนินการในช่วงก่อน/หลังพบแพทย์หรือระหว่างรอรับยา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ Si334/2014 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ และในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ ความแตกฉานทางด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

2. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ ความแตกฉานทางด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบ Enter multiple regression เมื่อทดสอบการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 27-90 ปี อายุเฉลี่ย 59.28 ปี (S.D.= 14.03) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 76.7) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 81.1) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 35.6) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 21) มีรายได้ต่อเดือน 10,000-20,000 บาท (ร้อยละ 43.3) อาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 48.9) สิทธิการรักษาต้นสังกัด (ร้อยละ 41.1)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.9 ไม่รู้สึกถึงเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติมีการทำงาน ร้อยละ 25.6 มีระยะเวลาในการได้รับการรักษาโดยการใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติมากกว่า 4 ปีขึ้นไป มีเปอร์เซ็นต์ของเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจต่อการบีบตัวของหัวใจ 1 ครั้ง (Ejection Fraction) ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา 26-40% (ร้อยละ 44.4) (Mean = 37.81, S.D.= 15.5) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.1 เป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง มีข้อบ่งชี้ในการใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติเป็นแบบป้องกันผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ SCD (Primary prevention) ร้อยละ 57.8 เป็น Dilated Cardiomyopathy (DCM) และ Coronary Artery Disease (CAD) with low Ejection Fraction (ร้อยละ 12.8) ชนิดของเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติเป็นแบบเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติแบบใส่ห้องหัวใจห้องเดียว (สายนำไฟฟ้า 1 เส้น) [Single chamber ICD] (ร้อยละ 86.7) ได้รับยาต้านหัวใจเต้นผิดจังหวะ (ร้อยละ 88.9) ส่วนใหญ่ได้แก่ยา Carvedilol ไม่มีประวัติการเข้ารับการรักษา/ปรึกษาฉุกเฉินอันเนื่องมาจากเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติทำงาน (ช็อกไฟฟ้าหัวใจ) ร้อยละ 87.6 ไม่มีรายงานความถี่ของการกระตุกจากการบันทึกของเครื่อง (ร้อยละ 60.7)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ

การวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติอยู่ในระดับดี (Mean = 634.196, S.D. = 73.12) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจแบบอัตโนมัติอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 25.91, S.D. = 2.46) ความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ (Mean = 12.13, S.D.=2.26) และแรงสนับสนุนของสังคมอยู่ในระดับสูง (Mean = 41.34, S.D. =4.68) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ ความแตกฉานด้านสุขภาพ และการสนับสนุนของสังคมของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ (n = 90)

ตัวแปรที่ศึกษา (คะแนนที่เป็นไปได้)	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ			634.96	73.12	ดี
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี (0-400)	9	10			
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี (401-800)	81	90			
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ (10-50)			25.91	2.46	ต่ำ
ความวิตกกังวลต่ำ (10-30)	71	78.88			
ความวิตกกังวลสูง (31-50)	19	21.11			
ความแตกฉานด้านสุขภาพ (0-22)			12.13	2.26	ไม่เพียงพอ
ไม่เพียงพอ (0-12)	48	53.3			
กำกึ่ง (13-16)	35	38.8			
เพียงพอ (17-22)	7	7.7			
การสนับสนุนทางสังคม			41.34	4.68	สูง
การสนับสนุนทางสังคมต่ำ (12-36)	2	2.22			
การสนับสนุนทางสังคมสูง (37-60)	88	97.77			

ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติได้ร้อยละ 17.7 (R^2=0.177, p<.05) ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ (β = -.165, p<.05) โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.222, p<.05) และแรงสนับสนุนทางสังคม (β = .336, p<.05) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .372, p<.01) ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ (n = 90)

ตัวแปรอิสระ	1	2	3	4
1. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ	1.00			
2. ความแตกฉานด้านสุขภาพ	-.127	1.00		
3. การสนับสนุนทางสังคม	-.136	.143	1.00	
4. คุณภาพชีวิต	-.222*	.162	.372**	1.00

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

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างความวิตกกังวลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ

ปัจจัยทำนาย	b	S.E.	Beta	t	P-value
1.ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ	-16.172	9.743	-.165	-1.660	.045
2.ความแตกฉานด้านสุขภาพ	2.501	2.666	.093	.938	.351
3.การสนับสนุนทางสังคม	9.203	2.724	.336	79.33	.001

Constant (a) 514.067, Overall F = 6.163, R = .421, R^2= .177, R^2 adj = .148, Sig of F = <.05

b = unstandardized beta coefficient, Beta = standardized beta coefficient, S.E. = Standard error

อภิปรายผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ

กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีอายุระหว่าง 27-90 ปี อายุเฉลี่ย 59.28 ปี (S.D.= 14.03) ซึ่งมีอายุใกล้เคียงกับการศึกษาในต่างประเทศ[5] ร้อยละ 58.9 ไม่รู้สึกถึงเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติมีการทำงาน (ช็อกไฟฟ้าหัวใจ) โดยมีระยะเวลาในการได้รับการรักษาโดยการใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติมากกว่า 4 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 25.6) เฉลี่ย 3.24 ปี (S.D. = 2.76) มีเปอร์เซ็นต์ของเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจต่อการบีบตัวของหัวใจ 1 ครั้ง (Ejection Fraction) ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา 26-40% (ร้อยละ 44.4) เฉลี่ย 37.81 ปี (S.D.= 15.59) เป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 81.1) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง มีข้อบ่งชี้ในการใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติเป็นแบบอัตโนมัติคือผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ SCD (Primary prevention) (ร้อยละ 57.8) โดยมี Dilated Cardiomyopathy (DCM) และ Coronary Artery Disease (CAD) with low Ejection Fraction (ร้อยละ 23.3) ชนิดของเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติเป็นแบบเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติแบบใส่ห้องหัวใจห้องเดียว (สายนำไฟฟ้า 1 เส้น) [Single chamber ICD] (ร้อยละ 86.7) ได้รับยาต้านหัวใจเต้นผิดจังหวะ (ร้อยละ 88.9) ส่วนมากได้รับเป็นยา Carvedilol ซึ่งการรักษาดังกล่าวสอดคล้องกับการแนวทางการรักษาด้วยเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติเป็นแบบอัตโนมัติ[4,5]

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติส่วนใหญ่ร้อยละ 90 มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 634.196, S.D. = 73.12) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำรงชีวิตตามภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Thomas และคณะ[19] ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจอยู่ในระดับดี เป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีข้อบ่งชี้ในการใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติเป็นแบบป้องกันผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ SCD (Primary prevention) และไม่รู้สึกถึงการกระตุกของเครื่อง ร้อยละ 57.8 ไม่เกิดความเจ็บปวด ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการได้รับการรักษาโดยการใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติมากกว่า 4 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 25.6) ผู้ป่วยมีการปรับตัวเข้ากับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ ได้รับการคิดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ จึงประเมินตนเองว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติได้ (β = -.165, p<.05) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจต่ำจะมีคุณภาพชีวิตดี ตามกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ferrans และคณะ[22] กล่าวถึง คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นการรับรู้ความพึงพอใจต่อชีวิต ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยส่วนบุคคลในด้านจิตใจ ความวิตกกังวล ความเศร้าโศก เสียใจ หรือมีความสุขจะส่งผลต่อการรับรู้ความพึงพอใจของบุคคล อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความวิตกกังวลต่ำอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการได้รับการรักษาโดยการใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติมากกว่า 4 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 25.6) อาจจะมีการปรับตัวภายหลังการรับการรักษา อีกทั้งได้รับการ

รักษาด้วยยาต้านหัวใจเต้นผิดจังหวะ (ร้อยละ 88.9) ซึ่งควบคุมอาการทางร่างกายได้ดี เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติจึงไม่มีการช็อกไฟฟ้าหัวใจ ซึ่งส่วน ใหญ่พบว่าไม่รู้สึกถึงเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติมีการทำงาน หรือมีการช็อกไฟฟ้าหัวใจ ร้อยละ 58.9 จึงไม่มีประสบการณ์จากการช็อกไฟฟ้าหัวใจ ไม่เคยรับรู้ถึงความเจ็บปวด จึงมีความวิตกกังวลน้อย ทำให้มีความสามารถในการทำงานได้ จึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับหลายการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติที่ผ่านมาโดยพบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ[8,16]

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Bostwick และ Sola[7] พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านการทำกิจกรรมและการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในการใช้ชีวิตประจำวัน และการทำกิจกรรมต่างๆเนื่องจากกลัวเป็นการกระตุ้นการทำงานของเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจทำงาน ทำให้เครื่องเกิดการช็อก ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ส่วนด้านประสบการณ์การช็อก พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการช็อกไฟฟ้าหัวใจมีความสัมพันธ์กับการเกิดความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการช็อกอย่างมีนัยสำคัญ ($P \leq .015$)[20] และพบว่ากลุ่มที่ได้รับการช็อกมากกว่า 5 ครั้งจะมีความเครียดและวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่ได้รับการช็อกครั้งแรก[29]

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ ($r = .372$, $p<.01$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .336$, $p<.05$) ตามกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ferrans และคณะ[22] กล่าวถึงคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของแต่ละบุคคล เป็นการรับรู้ความพึงพอใจต่อชีวิต ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมด้านสังคม การสนับสนุนทางสังคม โดยผู้ป่วยยังต้องการความช่วยเหลือการสนับสนุน การให้กำลังใจ จากบุคคลในครอบครัว รวมทั้งความต้องการด้านข้อมูลและคำแนะนำบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดความพึงพอใจ ส่งผลให้มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

การศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 81.1) โดยอาศัยอยู่กับคู่สมรสและครอบครัว (ร้อยละ 48.9) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยสามารถดูแล ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าพบว่าการมาตรวจตามนัดที่คลินิกหน่วยตรวจพิเศษหัวใจและหลอดเลือด มีความสำคัญอย่างมากที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ (Mean= 4.40, S.D. = 0.81) และพบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลสนับสนุนทางด้านการดูแลจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์เป็นอย่างมากทั้งในด้านกำลังใจ ข้อมูล และค่าใช้จ่ายต่างๆ (Mean = 3,76, S.D. = 0.93) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sears และคณะ[31] ที่ศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายผลคุณภาพชีวิตร้อยละ 41.8 ($P<0.001$) และการศึกษาของ Thomas และคณะ[19] พบว่าการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงสามารถทำนายระดับคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ความแตกฉานทางด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติได้ ซึ่งหมายถึงไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความแตกฉานทางด้านสุขภาพมากหรือน้อยก็ไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบ

อัตโนมัติ ถึงแม้จะไม่เคยมีการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรง มีเพียงการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยใกล้เคียงกัน มีผลการศึกษาที่แตกต่างกัน ได้แก่ การศึกษาของ Macabasco-O'Connell[32] ศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มหัวใจล้มเหลวพบว่าความแตกฉานด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 17 และการศึกษาของ Evangelista[33] พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง อาจเป็นไปได้ว่าภายหลังใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ ผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับข้อมูลที่มีหลายประเด็น ตั้งแต่ประโยชน์ของเครื่องและประโยชน์ของการมาตรวจตามนัด การดูแลตนเองในด้านต่างๆ การทำกิจกรรม ยา และข้อควรปฏิบัติและข้อห้ามต่างๆ ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีความจำลดลงอาจทำให้ได้รับข้อมูล และการอ่าน การคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพลดลง ส่งผลให้มีระดับความแตกฉานทางด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ซึ่งน่าจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลง เพราะไม่สามารถดูแลตนเองได้ดี แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 78.88 มีความวิตกกังวลต่ำ ไม่รู้สึกถึงการกระตุกของเครื่อง ไม่เกิดความเจ็บปวด และมีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวดี ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ทำให้ประเมินตนเองว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ และการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลจึงควรเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำงานของเครื่องอย่างเพื่อลดความวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย และส่งเสริมเกี่ยวกับการการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วย เช่น จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น ประสบการณ์ ของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ

2. ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาตัวแปรบางส่วนจากกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) ของ Ferrans และคณะ[22] ซึ่งอาจมีตัวแปรที่อื่นๆส่งผลต่อการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติได้ จึงควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆเพิ่มเติม ในด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ข้อบ่งชี้ในการใส่เครื่องกระตุกหัวใจแบบอัตโนมัติ และประสบการณ์การช็อก เป็นต้น

References

1. Epstein AE, Dimarco JP, Ellenbogen KA, Estes NA, 3rd, Freedman RA, Gettes LS, et al. ACC/AHA/HRS 2008 Guidelines for device-based therapy of cardiac rhythm abnormalities. Heart Rhythm. 2008;5(6):e1-62.
2. World Health Organization. World health statistics. 2012 [Cited 2014 January 24]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2.
3. Al-Khatib SM, Hellkamp A, Curtis J, Mark D, Peterson E, Sanders GD, et al. Non-evidence-based ICD implantations in the United States. JAMA. 2011 Jan 5; 305 (1):43-9.
4. The heart association of Thailand under the royal patronage of H.M. the King. Practical guidelines for treatment of cardiac arrhythmias and heart failure with implantable device [document on the internet]. 2010 [Cited 2013 Oct 20].

Available from: http://www.thaiheart.org /images/column_1291454908/Device Guideline.pdf.

5. Yung D, Birnie D, Dorian P, Healey JS, Simpsom CS, Crystal E, et al. Survival After Implantable Cardioverter-Defibrillator Implantation in the Elderly. Circulation. 2013; 127:2383-92.
6. Van Rees JB, Borleffs CJ, de Bie MK, Stijnen T, van Erven L, Bax JJ, et al. Inappropriate implantable cardioverter-defibrillator shocks: incidence, predictors, and impact on mortality. J Am Coll Cardiol. 2011; 57(5):556-62.
7. Bostwick JM, Sola CL. An updated review if implantable cardioverter /defibrillators, induced anxiety, and quality of life. Heart Failure Clin. 2011 Jan; 7(1):101-8.
8. Chair SY, Lee CK, Choi KC, Sears SF. Quality of life outcomes in Chinese patients with implantable cardioverter defibrillators. Pacing Clin Electrophysiol. 2011 Jul; 34(7) :858-67.
9. Fanny J, Gael F, Arnaud S, Frederic A, Audrey B, Alain C, et al. A comparison of anxiety, depression and quality of life between device shock and nonshock groups in implantable cardioverter defibrillator recipients. Gen Hosp Psychiatry. 2009 May-Jun; 31(3):266-73.
10. Carroll DL, Hamilton GA. Long-term effects of implanted cardioverter-defibrillators on health status, quality of life, and psychological state. Am J Crit Care. 2008 May; 17(3):222-30; quiz 231.
11. Kovacs AH, Feigofsky S, Goff JS, Saidi AS, Curtis AB, Conti JB, et al. Implantable cardioverter defibrillator implant-explant-implant case study: addressing the psychological adjustment to multiple shocks. Clin Cardiol. 2006 Jun; 29(6):274-6.
12. Luyster F, Hughes JW, Waechter D, Josephson R. Resource loss predicts depression and anxiety among patients treated with an implantable cardioverter defibrillator. Psychosom Med. 2006(68): 794–800.
13. Kraaier K, Starrenburg AH, Verheggen RM, van der Palen J, Scholten MF. Incidence and predictors of phantom shocks in implantable cardioverter defibrillator recipients. Neth Heart J. 2013; 21:191-5.
14. Sears SF, Hauf JD, Kirian K, Hazelton G, Conti JB. Posttraumatic stress and the implantable cardioverter-defibrillator patient: what the electrophysiologist needs to know. Circ Arrhythm Electrophysiol. 2011 Apr; 4(2):242-50.
15. Sears SF, Hazelton AG, St Amant J, Matchett M, Kovacs A, Vazquez LD, et al. Quality of life in pediatric patients with implantable cardioverter defibrillators. Am J Cardiol. 2011 Apr 1; 107(7):1023-7.
16. Van den Broek KC, Nyklicek I, Denollet J. Anxiety predicts poor perceived health in patients with an implantable defibrillator. Psychosomatics. 2009 Sep-Oct;50(5): 483-92.
17. Braunschweig F, Boriani G, Bauer A, Hatala R, Herrmann-Lingen C, Kautzner J, et al.

Management of patients receiving implantable cardiac defibrillator shocks: recommendations for acute and long-term patient management. Europace. 2010 Dec; 12(12): 1673-90.

18. Harendeal HV, Pinter A, Ahmed K, Korley V, Mangat I, Dorian P. Role of antiarrhythmic drugs in patients with implantable cardioverter defibrillators. Europace. 2010; 12:618-25.
19. Thomas SA, Friedmann E, Kao CW, Inguito P, Metcalf M, Kelley FJ, et al. Quality of life and psychological status of patients with implantable cardioverter defibrillators. Am J Crit Care. 2006 Jul;15(4):389-98.
20. Pedersen SS, Theuns DA, Jordaens L, Kupper N. Course of anxiety and device-related concerns in implantable cardioverter defibrillator patients the first year post implantation. Europace. 2010 Aug; 12(8):1119-26.
21. Carroll, Hamilton. Quality of life in implanted cardioverter defibrillator recipients: the impact of a device shock. Heart Lung. 2005 May-Jun; 34(3):169-78.
22. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. J Nurs Scholarsh. 2005; 37(4):336-42.
23. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. JAMA. 1995 Jan 4; 273(1):59-65.
24. Polit DF, Beck CT. Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice (Ninth Edition. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
25. Chariyalertsak, S., Wansom, T., Kawichai, S., Ruangyuttikarna, C., Kemerer, V. F., & Wu, A. W. Reliability and validity of Thai versions of the MOS-HIV and SF-12 quality of life questionnaires in people living with HIV/AIDS. Health Qual Life Outcomes. 2011; 25(3): 1-15. (in Thai)
26. Kuhl EA, Dixit NK, Walker RL, Conti JB, Sears SF. Measurement of patient fears about implantable cardioverter defibrillator shock: an initial evaluation of the Florida Shock Anxiety Scale. Pacing Clin Electrophysiol. 2006 Jun; 29(6):614-8.
27. Hajak W, Wattanakitkrilert D. The influence of uncertainty in illness, health literacy, and social support on quality of life of patients with heart failure. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2013; 25(1): 79-92. (in Thai)
28. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. J Gen Intern Med. 1995 Oct; 10(10):537-41.
29. Toljamo M, Hentinen M. Adherence to self-care and social support. J Clin Nurs. 2001 Sep;10(5):618-27.
30. Leelacharas S, Orathai P. Construct validity of social support questionnaire in Thai woman diagnosed with hypertension. Journal of Public Health Nursing. 2011; 25(3): 1-17. (in Thai)
31. Sears SF, Lewis TS, Kuhl EA, Conti JB.

Predictors of quality of life in patients with implantable cardioverter defibrillators. Psychosomatics. 2005 Sep-Oct; 46(5): 451-7.

32. Macabasco-O'Connell A, DeWalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Baker DW, Schillinger D, et al. Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. J Gen Intern Med. 2011 Sep; 26(9):979-86
33. Evangelista LS, Rasmusson KD, Laramee AS, Barr J, Ammon SE, Dunbar S, et al. Health literacy and the patient with heart failure-implications for patient care and research: a consensus statement of the Heart Failure Society of America. J Card Fail. 2010 Jan; 16(1):9-16.