

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยได้ทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นเนื้อหาสาระเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction [AMI])
2. คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Health-Related Quality of Life [HRQOL]) ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction [AMI])

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction [AMI]) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก รวมทั้งเป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยที่สุดในประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศในภูมิภาคตะวันตก ส่วนในประเทศไทยพบว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูง และเป็นโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ โดยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เรียกได้หลายชื่อ เช่น Acute coronary syndromes (ACS), Coronary artery disease (CAD), Acute myocardial infarction (AMI) ซึ่งหมายถึงภาวะที่เกิดลิ่มเลือดไปอุดตันหลอดเลือดหัวใจ จนทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตายในที่สุด

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดจากการอุดตันของลิ่มเลือดในหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary artery) อย่างฉับพลันจากการฉีกขาดของเยื่อชั้นใน (Plaque rupture) ของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่คลุมบนคราบไขมัน (Atherosclerotic plaque) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (Unstable angina) ถ้าหากเป็นนานเกิน 20 นาที จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีผลให้ความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ไหลออกจากหัวใจจึงลดลง (Lackey, 2006) โดยมีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงมาจากหลาย ๆ องค์ประกอบ ดังนี้

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง (Etiology and Risk factors)

สาเหตุ (Etiology)

สาเหตุที่ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พบบ่อยที่สุด คือการตีบตันอย่างสมบูรณ์หรือเกือบสมบูรณ์ของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ซึ่งส่วนใหญ่ พบว่า กว่าร้อยละ 90 เกิดจากภาวะหลอดเลือดตีบแข็งอยู่เดิมจากการที่มีตะกรันไขมัน (Atherosclerotic plaque) พอกสะสมอยู่ ต่อมาเกิดมีการปริแตกหรือแยกเป็นร่องของคราบไขมันของผนังหลอดเลือด และเกิดมีลิ่มเลือดขึ้นทำให้หลอดเลือดหัวใจอุดตันอย่างฉับพลัน ส่วนอีกร้อยละ 10 เป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เกิดจากสาเหตุทุติยภูมิต่างๆ (Secondary causes) ที่เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องขาดเลือดไปเลี้ยงมากขึ้น ได้แก่ หลอดเลือดแดงเกร็งตัว ไข้ ภาวะติดเชื้อ สาเหตุต่างๆ ที่ทำให้หัวใจเต้นเร็ว โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ หรือมีการลดลงของปริมาณออกซิเจนที่ถูกส่งไปยังกล้ามเนื้อหัวใจ เช่น ภาวะช็อก ความดันโลหิตต่ำ (Hypoxia) การเสียเลือด ภาวะเลือดจาง การมีเอมโบลิซึมในหลอดเลือดโคโรนารี การปริแตกจากอุบัติเหตุ หรือการทำหัตถการที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดหัวใจ (ภาวิทย์ เพียรวิจิตร และทศพล ลิมพิจารณ์กิจ, 2550; Tazbir & Kereszte, 2010)

ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนี้

1.1 เพศและอายุ พบว่าเพศชายอายุ 35 - 45 มีอุบัติการณ์การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สูงกว่าเพศหญิง 5 - 6 เท่า ในช่วงอายุเดียวกัน อัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะใกล้เคียงกันในช่วงอายุมากกว่า 54 ปี เนื่องจากเพศหญิงยังคงมีประจำเดือน ซึ่งฮอร์โมนเอสโตรเจน ช่วยป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ โดยทั่วไปเพศชายมักเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดก่อนอายุ 40 ปี และเพศหญิงมักเกิดภาวะดังกล่าวเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี แต่ในช่วงอายุ 60 - 70 ปี มีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อตายเท่ากันทั้ง 2 เพศ ในปัจจุบันพบว่ามีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคในผู้ที่มีอายุน้อยลง เนื่องจากพฤติกรรม และวิถีชีวิตที่แตกต่างไปจากเดิม (เสาวนีย์ เนาวพามิข, 2552)

1.2 พันธุกรรม พบว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดโรค ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีโอกาสที่จะเกิดโรคนี้ได้ตั้งแต่อายุน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติพันธุกรรมในครอบครัว จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ด้านพันธุกรรมที่พบการเสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กับภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคของกลุ่มแฝดทั้งชายและหญิงในประเทศสวีเดน ถ้ามีคู่แฝดที่เสียชีวิตขณะอายุต่ำกว่า 50 ปี พบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ถึงร้อยละ 8.1 และในคู่แฝดคนละใบจะมีโอกาสเกิดโรคได้ร้อยละ 3.8 (Griego & House - Fancher, 2000)

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลจากภาวะโรคต่างๆ และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังนี้

2.1 ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) จะทำให้เกิดความรุนแรงมากขึ้น โดยมีความสัมพันธ์กับระดับโคเลสเตอรอลที่มากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอล (LDL-C) มากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับไตรกลีเซอไรด์มากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เส้นเลือดแดงตีบตัน ขณะที่เอชดีแอลโคเลสเตอรอล (HDL-C) ที่สูงกว่า 35 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะช่วยป้องกันไม่ให้เส้นเลือดแข็งตัว ดังนั้นการควบคุมระดับโคเลสเตอรอลแอลดีแอลโคเลสเตอรอล (LDL-C) และระดับไตรกลีเซอไรด์ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะช่วยให้ความเสี่ยงต่อโรคลดลง (มาลิน มาลาอี, 2549)

2.2 ภาวะความดันโลหิตสูง โดยเชื่อว่าผู้ที่มีความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิก สูงกว่า 140/85 มิลลิเมตรปรอท โดยเฉพาะความดันไดแอสโตลิกสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและตายอย่างกะทันหัน ได้สูงถึง 2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ (มาลิน มาลาอี, 2549)

2.3 โรคเบาหวาน เพราะโรคเบาหวานทำให้เกิดความเสื่อมของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย ในผู้ป่วยเบาหวานจะมีอัตราการตายที่เกิดจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวานถึง 7 เท่า และมีความเสี่ยงต่อการต่อการเกิดโรคนี้สูงกว่าคนที่ไม่ได้เป็นเบาหวานประมาณ 2 - 4 เท่า จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดสามารถทำนายอัตราการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้โดยตรง เช่น ใช้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) พบว่าการมีระดับ HbA_{1c} สูงขึ้นร้อยละ 1 จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 - 30 (ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, 2552)

2.4 การสูบบุหรี่เป็นประจำ จะทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ยิ่งสูบนานโอกาสการเกิดของโรคนี้ก็ยิ่งมีมาก ผู้ที่สูบบุหรี่วันละหนึ่งซองหรือมากกว่ามีโอกาสดเกิดภาวะหลอดเลือดโคโรนารีแข็งเป็น 2 เท่า ของพวกที่ไม่ได้สูบบุหรี่ ยิ่งสูบบ่อยยิ่งเสี่ยงมาก โดยสารนิโคตินในบุหรี่จะทำให้เซลล์ผนังหลอดเลือดไม่แข็งแรง เป็นช่องทางให้ไขมันโคเลสเตอรอล โดยเฉพาะแอลดีแอล (LDL-C) เคลื่อนลงไปฝังตัวในใต้ชั้นเยื่อผนังหลอดเลือด แล้วดำเนินขบวนการต่อไปจนทำให้ผนังหลอดเลือดหนา ส่งผลให้หลอดเลือดตีบแคบลงทำให้เลือดไหลเวียนน้อยหรือช้าลง และส่งผลทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด (Killey, 2009)

2.5 การขาดการออกกำลังกาย พบว่า ผู้ที่ทำงานอยู่กับที่ประเภทนั่งโต๊ะ ไม่มีเวลาออกกำลังกาย มีโอกาสเกิดโรคนี้มากกว่าผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เนื่องจากการออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง หัวใจสูบฉีดในแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้น ทำให้เลือดไหลผ่านสู่เนื้อเยื่อได้ดี

ลดการจับตัวของไขมันตามผนังหลอดเลือด และป้องกันการตีบแคบของหลอดเลือด (Griego & House - Fanocher, 2000)

2.6 โรคอ้วน ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index [BMI]) มากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตรถือว่าเป็นโรคอ้วน (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2547) และสมาคมโรคหัวใจของอเมริกา ได้เสนอแนะว่า ความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะผู้ที่อ้วนและมีภาวะไขมันในเลือดสูง และมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย (Martinez, 2004) เนื่องจากผู้ที่อ้วนจะมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง โดยเฉพาะไขมันชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL-C) ไปเกาะตามผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดหัวใจเกิดการตีบแคบลงได้

2.7 ความเครียดและบุคลิกภาพแบบเอ ซึ่งเป็นลักษณะบุคลิกภาพที่เอาจริงเอาจังกับงาน มุ่งมั่น เคร่งครัด ใจร้อน ชอบทำงานแข่งกับเวลา จัดเป็นภาวะเครียดชนิดเรื้อรัง ทำให้มีการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลทำให้ มีการเพิ่มการทำงานของหัวใจ ความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้น เร่งขบวนการเกิดเลือดแข็งตัว และเพิ่มการเกาะกันของเกล็ดเลือด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เร่งขบวนการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น (จิรัชตันดิธรรม, 2542)

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงดังที่กล่าวมาข้างต้นสามารถทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะอ้วน และการสูบบุหรี่เป็นประจำ ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงเริ่มต้นที่ทำให้เกิด Endothelial dysfunction ส่งผลให้เกิดหัวใจโต (Left ventricular hypertrophy) และผนังหลอดเลือดหนา (Vascular hypertrophy) ซึ่งนำไปสู่ภาวะหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction) และระยะท้ายจะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) และเสียชีวิตได้ในที่สุด

พยาธิสรีรวิทยาของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

พยาธิสรีรวิทยาของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดจากการหนาตัวและแข็งตัวของผนังหลอดเลือด (Atherosclerosis) แรกเริ่มจะมีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดชั้นใน (Intimal layer) โดยเซลล์บุชั้นใน (Endothelial cell) ทำหน้าที่ผิดปกติ เกิดการจับตัวของไขมัน มีการกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ แมคโครฟาจ (Macrophage) และลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) คลอดจนเกร็ดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งตัวและหนาตัวขึ้น ฐของหลอดเลือดก็จะแคบลงเลือดไหลผ่านไม่สะดวกและมีปริมาณน้อยลง นอกจากนี้บริเวณที่หลอดเลือดตีบแคบยังมีแรงต้านทาน แรงเสียดสี ของเลือดที่ไหลกับผนังหลอดเลือดมีสูงสุด ประกอบกับบริเวณดังกล่าวมีปริมาณไขมันที่สูง ทำให้เกิดการบาดเจ็บและเกิดเป็นร่องได้มากกว่าบริเวณอื่น เมื่อมีการแตกของผนังหลอดเลือด เกร็ดเลือดและสารที่ทำให้เลือดแข็งตัว จะมาพอกและซ่อมแซมบริเวณที่แตก

ทำให้เกิดลิ้มเลือดขนาดใหญ่ ซึ่งทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจเกือบสมบูรณ์หรือสมบูรณ์ ทำให้การไหลเวียนของเลือดหยุดชะงักและลดลงอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตายอย่างเฉียบพลัน (จริยา ตันติธรรม, 2547; Mulryan, 2010; Tazbir & Kereszte, 2010)

ซึ่งจากพยาธิสรีรวิทยาดังกล่าว นอกจากส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกแล้ว เมื่อเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงมากขึ้นทำให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจขาดมากขึ้นทำให้เกิดเสียชีวิตได้อย่างกะทันหันก่อนที่จะมาถึงโรงพยาบาล ดังนั้นการวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว เป็นหลักการดูแลรักษาที่สำคัญและสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้

การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกและสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย (เสาวนีย์ เนาวพาณิชย์, 2552 ; Antman & Braunwald, 2005; Lackey, 2006) ที่พิจารณาว่าจะต้องมีเกณฑ์ต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อได้แก่

1. อาการและอาการแสดง (Signs and symptoms)

ลักษณะทางคลินิกของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นผลมาจากภาวะการขาดเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ การลดประสิทธิภาพการทำงานจะสัมพันธ์กับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทำให้มีการเผาผลาญที่ผิดปกติและเกิดกรดแลคติกขึ้น เป็นผลให้เกิดอาการที่สำคัญคืออาการเจ็บแน่นหน้าอก ไม่สบายในอก (Angina pectoris หรือ chest pain) พบได้ร้อยละ 80 - 90 ซึ่งจะเจ็บคล้าย ๆ Stable angina โดยผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงขึ้นทันทีทันใด นาน และบ่อยมากขึ้น เจ็บนานมากกว่า 20 นาที อาการเจ็บหน้าอกส่วนใหญ่จะไม่ทุเลาลงโดยการใช้ไนโตรกลีเซอรินหรือโดยการพัก อาการอื่น ๆ ที่มักพบร่วมกับอาการเจ็บหน้าอกได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อแตก ใจสั่น และภาวะหายใจลำบาก ผู้ป่วยบางรายอาจมีผิวหนังเย็นชื้นจากหลอดเลือดหดตัวและมีไข้ต่ำ ๆ เนื่องจากเกิดการอักเสบเฉพาะที่ (Lackey, 2006 ; Mulryan, 2010)

อาการเหล่านี้ เป็นผลมาจากการอุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดหัวใจ อาการเจ็บหน้าอกอาจไม่จำเพาะเจาะจง (Atypical) บางรายที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอาจไม่มีอาการเจ็บหน้าอก (Silent infarct) ซึ่งมักพบในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป มีเพียงอาการหอบเหนื่อยหรือใจสั่นหรืออาการไม่สบายในอก ในผู้หญิงพบว่ามีอาการเหนื่อยล้า ปวดขากรรไกรปวดหลัง คลื่นไส้และอาเจียนได้ (Lackey, 2006; Mulryan, 2010)

2. การเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography)

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead มีความสำคัญมากที่สุดในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถตรวจพบโดยมีการเปลี่ยนแปลงของ Q wave, ST segment

และ T wave ภาวะที่หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติร่วมกับการมี ST elevation ที่สอดคล้องกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) โดยในระยะแรกจะพบว่ามีลักษณะของ Hyper acute T-waves กล่าวคือ จะมี T- waves ที่สูงร่วมกับอาการเจ็บแน่นหน้าอก ต่อมาจึงจะเริ่มมี ST segment elevation มากกว่า 1 มิลลิเมตร ขึ้นไปใน leads ที่อยู่ติดกันมากกว่า 2 leads ขึ้นไป และพบร่วมกับมี Reciprocal ST- depression ใน leads ที่อยู่ตรงกันข้าม ถ้าผู้ป่วยมาช้าจะเริ่มมี Q- wave ปรากฏให้เห็นและจะคงอยู่ตลอดไป ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) บางรายจะมาด้วย Left bundle branch block (LBBB) ที่เกิดขึ้นใหม่ร่วมกับมีอาการเจ็บหน้าอก หรือมี Atrio ventricular (AV) block เกิดร่วมได้ (ภาวิทย์ เพียรวิจิตร และทศพล ลิ้มพิจารณ์กิจ, 2550; Lackey, 2006; Mulryan, 2010)

3. การเปลี่ยนแปลงระดับเอ็นไซม์จากกล้ามเนื้อหัวใจ

พบว่าเมื่อกลิ้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นเวลานาน (20 – 40 นาทีขึ้นไป) จะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะปล่อยเอ็นไซม์ออกมา เอ็นไซม์ที่นิยมตรวจ (Kumar & Cannon, 2009; Mulryan, 2010) ได้แก่

3.1 Myoglobin คือ โปรตีนในรูปของฮีม (Heme) เข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดภายหลังเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย และตรวจพบในซีรัมภายใน 2 ชั่วโมง ภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งจะเกิดเร็วกว่าเอ็นไซม์ Troponin T และ CK-MB และจะสูงอยู่อย่างน้อย 7 ถึง 12 ชั่วโมง

3.2 Troponin I และ Troponin T เป็นเอ็นไซม์ที่มีความจำเพาะสำหรับเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ระดับที่ใช้วินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ของ Troponin T คือ มากกว่า 0.1 นาโนกรัม/มิลลิลิตร และ Troponin I มีค่ามากกว่า 1.5 นาโนกรัม/มิลลิลิตร Troponin T มีความไวเมื่อกลิ้ามเนื้อหัวใจตายจะสูงขึ้นภายใน 3 - 6 ชั่วโมง ระดับจะคงที่อยู่นาน 14 ถึง 21 วัน เป็นตัวที่นิยมและน่าเชื่อถือมาก ส่วน Troponin I เมื่อกลิ้ามเนื้อหัวใจตายจะสูงขึ้นภายใน 7 - 14 ชั่วโมง ระดับจะคงที่อยู่นาน 5 - 7 วัน

3.3 Creatinine kinase (CK) เป็นเอ็นไซม์ที่พบในเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์กล้ามเนื้อตาย เซลล์สมอง และในอวัยวะอื่นๆ ถ้าเซลล์ที่กล่าวมานี้ถูกทำลายจะพบเอ็นไซม์ CK สูงในซีรัม ดังนั้นการตรวจพบเอ็นไซม์ CK สูงจึงไม่สามารถบอกได้ว่า มีการทำลายเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้อย่างจำเพาะเจาะจง เอ็นไซม์ที่พบเฉพาะในเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจคือเอ็นไซม์ Creatinine kinase MB (CK-MB) ปริมาณเอ็นไซม์ CK-MB ในซีรัมเริ่มสูงกว่าค่าปกติเมื่อกลิ้ามเนื้อหัวใจตายผ่านไป 4 - 8 ชั่วโมง จะสูงสุดภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากนั้นภายใน 48 - 72 ชั่วโมง ปริมาณเอ็นไซม์ CK-MB จะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ

การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจึงมีความสำคัญมากที่สุด หากบุคลากรทางสุขภาพสามารถวินิจฉัยได้ถูกต้อง รวดเร็ว จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดชีวิตได้สูง และพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มากมาย ถึงแม้ว่าในปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความก้าวหน้าไปมาก แต่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตสามารถมาถึงโรงพยาบาลได้ก็ยังมีโอกาสสูงที่จะเสียชีวิตได้ พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจะเกิดก่อนที่ผู้ป่วยจะถึงโรงพยาบาลเนื่องจากหัวใจเต้นผิดปกติ (Arrhythmia) ส่วนผู้ป่วยอีกร้อยละ 10 -15 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะต้น (นพรัตน์ ชนชัยพันธ์, 2546) ดังนั้นถ้าเราทราบภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในการวินิจฉัยร่วมกับการดูแลรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วก็จะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้

เมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแล้ว ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจะยังคงมีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งมีความแตกต่างกันออกไปตามสภาวะและความรุนแรงของโรค ซึ่งจะมีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Functional activity) ได้

ความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยโรคหัวใจ

ได้มีการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคได้หลายแบบ โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จึงใช้การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association [AHA]) ที่จำแนกความรุนแรงของโรคหัวใจ โดยพิจารณาจากระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (Functional activity) และเปรียบเทียบกับอัตราการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย (วิศาล กันธารัตนกุล, 2543; ACC/ AHA Guideline, 2009; The European Society of Cardiology, 2008) ดังนี้

Class I ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ ไม่แสดงอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยหรือเจ็บหน้าอก เทียบเท่ากับอัตราการเผาผลาญพลังงานมากกว่า 7 METs

Class II ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีความสุขสบายเหมือนคนปกติในขณะพัก แต่จะอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยหรือเจ็บหน้าอกเมื่อทำกิจกรรมทั่วไป เทียบเท่ากับอัตราการเผาผลาญพลังงานมากกว่า 5 - 6 METs

Class III ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม อาจจะมีรู้สึกสบายในขณะพัก แต่เมื่อทำกิจกรรมเบา ๆ ที่น้อยกว่ากิจกรรมธรรมดา จะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยหรือเจ็บหน้าอก เทียบเท่ากับอัตราการเผาผลาญพลังงานมากกว่า 3 - 4 METs

Class IV ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยหรือเจ็บหน้าอกในขณะพัก โดยไม่ได้ทำกิจกรรมใด เทียบเท่ากับอัตราการเผาผลาญพลังงาน 1 - 2 METs

ภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่สำคัญ และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหันได้ (Tazbir & Kereszte, 2010; The European Society of Cardiology [ESC] Guidelines, 2008) ที่พบได้บ่อยมี ดังนี้

1. การเต้นของหัวใจผิดปกติ (Dysrhythmias) พบบ่อยในระยะ 7 - 12 ชั่วโมงแรกหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเสียชีวิตมากที่สุดถึงร้อยละ 40 - 50 จังหวะที่เดินผิดปกติมักเกิดขึ้นในเวลาใกล้เคียงกับการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด และเกิดการทำลายเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจที่ถูกทำลายจะรบกวนกระบวนการนำคลื่นไฟฟ้าทำให้หัวใจห้องบนและห้องล่างมีจังหวะการเต้นไม่สัมพันธ์กัน โดยที่หัวใจห้องบนจะเต้นเร็วกว่าปกติ (Supra ventricular tachycardia [SVT]) นอกจากนี้ยังพบภาวะหัวใจเต้นผิดปกติชนิดอื่นอีก ได้แก่ Tachycardia, Bradycardia และ Conduction defects
2. ภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock) เป็นสาเหตุการตายของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพียงร้อยละ 9 แต่คนไข้มากกว่าร้อยละ 70 ที่เกิดภาวะช็อกด้วยจะเสียชีวิต สาเหตุการตายเกิดจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง พร้อมทั้ง Cardiac output ลดลง ตรวจไม่พบการเต้นของหัวใจผิดปกติ (Dysrhythmias) และเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)
3. ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) ส่วนใหญ่เป็นหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว เกิดเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีผลให้การหดตัวของเวนตริเคิลลดลง การยืดขยายของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลงด้วย พบว่าร้อยละ 22 เป็นผู้ป่วยชาย และร้อยละ 46 เป็นผู้ป่วยหญิงที่มีอาการผิดปกติของหัวใจจะพิการหลังจากมีอาการหัวใจล้มเหลว และ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่มีอาการนี้จะเสียชีวิต
4. เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis) พบร้อยละ 28 ของผู้ป่วยที่เป็น Acute transmural MI เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบที่เกิดขึ้นในระยะแรก (วันที่ 2 - 3) หลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีสาเหตุจากการอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายและถูกกลืนมาด้วยเยื่อหุ้มหัวใจ มีอาการเจ็บหน้าอกเหมือนมีของแหลมมาทิ่มแทงหน้าอก และเจ็บมากขึ้นขณะหายใจเข้าลึก ๆ หรือขณะเปลี่ยนท่า มีไข้ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบที่เกิดขึ้นในระยะหลัง (2 อาทิตย์ - 2 เดือน) หลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลการตรวจชีวเคมีในเลือดพบ WBC และ ESR ขึ้นสูงกว่าปกติ สาเหตุเชื่อว่าเกิดจากปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) ต่อเซลล์ Necrosis
5. การเกิดลิ่มเลือด (Pulmonary embolism) มักพบในรายที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นบริเวณกว้างและมีลักษณะเป็น Ventricular aneurysm มักเกิดขึ้นภายใน 3 วันแรก ซึ่งจะทำให้เกิด

Mural thrombus สามารถเกิด Systemic embolism ได้ เช่น Pulmonary emboli และอาจหลุดไปที่สมอง ไต หลอดเลือดในช่องท้อง และหลอดเลือดดำที่ขา เป็นต้น

6. การฉีกขาดของกล้ามเนื้อหัวใจ (Rupture of myocardium) มีการฉีกขาดของผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่าง การฉีกขาดของกล้ามเนื้อที่ยึดลิ้นหัวใจ (Papillary muscle) ซึ่งจะเกิดขึ้นหลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 5 - 7 วัน เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจได้รับความเสียหายจากการขาดออกซิเจน กล้ามเนื้อจะอ่อนแอ นิ่ม และส่วนใหญ่จะตาย

จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจึงเป็นภาวะที่เป็นอันตราย ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น และทำให้มีอัตราการเสียชีวิตที่สูง ในปัจจุบันได้มีวิวัฒนาการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาที่ทันสมัยขึ้นตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตที่สูงขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดตามมาภายหลังได้

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จุดมุ่งหมายของการรักษาคือ ทำให้อาการเจ็บแน่นหน้าอกดีขึ้น ลดอัตราการเสียชีวิต และป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (Re - infarction) โดยแบ่งการดูแลรักษาเป็น 2 ระยะ คือ ในระยะเฉียบพลันและในระยะฟื้นฟู ซึ่งแนวทางการรักษาที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (วิจิตรา กุสุมภ์ และพวงผกา กริทอง, 2551; The European Society of Cardiology [ESC] Guidelines, 2008) มีดังนี้

การดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน

เป้าหมายหลักของการรักษาคือให้ผู้ป่วยรอดชีวิต รองลงมาคือลดอาการไม่สบาย และจำกัดความเสียหายที่เกิดกับกล้ามเนื้อหัวใจ โดยต้องแก้ไขภาวะอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยการเปิดทางหลอดเลือด (Revascularization) เพื่อให้เลือดไหลเวียนได้ ปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้า จึงมีการพัฒนาแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีวิธีการหลัก 3 วิธี คือ

1. การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinogen therapy) ใช้ได้ผลดีใน 1 - 2 ชั่วโมงแรก เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการ ซึ่งจะช่วยให้เลือดกลับมาไหลเวียนที่หัวใจเป็นปกติได้ถึงร้อยละ 54 ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับยาภายใน 1 ชั่วโมงหลังเกิดอาการสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ร้อยละ 30 ถ้าให้ภายใน 2 - 3 ชั่วโมงสามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 25 และถ้าให้ใน 4 - 6 ชั่วโมงสามารถลดอัตราเสียชีวิตได้เพียงร้อยละ 18

ข้อบ่งชี้ในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (ควรใช้อย่างน้อย 3 ข้อ) (ศรัณย์ ควรประเสริฐ, 2546)

1. มีอาการเจ็บหน้าอกที่เข้าได้กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่เปลี่ยนแปลง คือ ST segment elevation ตั้งแต่ 0.1 มิลลิโวลต์ ขึ้นไปอย่างน้อย 2 leads ที่อยู่ติดกัน หรือมี Left branch block ที่เกิดขึ้นใหม่หรือสงสัยว่าจะเกิดขึ้นใหม่

3. มีอาการเจ็บหน้าอกเริ่มเกิดขึ้นภายในระยะเวลาคือ เกิดไม่ถึง 6 ชั่วโมง (จะได้ประโยชน์มากที่สุด) เกิดขึ้นเกิน 6 ชั่วโมงแต่ไม่ถึง 12 ชั่วโมง (จะได้ประโยชน์แต่น้อยกว่า) และเริ่มเจ็บอกมาแล้วเกิน 12 ชั่วโมงจะได้ประโยชน์น้อย เว้นแต่ในรายที่สงสัยว่ายังมีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่กำลังดำเนินอยู่ เช่น เจ็บอกตลอดเวลาไม่ยอมหาย

วิธีการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดสามารถใช้ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ และไม่มีข้อห้ามในการใช้ โดยต้องมีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในร่างกาย ในกรณีที่ไม่สามารถให้ได้จะต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียงที่สามารถทำการหัตถการเพื่อถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจต่อไป

2. การทำการหัตถการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน และ/ หรือร่วมกับการใส่ขดลวด (Stent) ที่เรียกว่า Percutaneous Coronary Intervention (PCI) เป็นวิธีการรักษาที่นิยมใช้มากที่สุดและได้ผลดี สามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจได้สำเร็จเกิน 95 % สามารถลดอัตราการตีบซ้ำ (Restenosis) จากร้อยละ 17 ลงมาเหลือร้อยละ 7 วิธีการคือการทำการหัตถการดกแต่งหลอดเลือดหัวใจโดยผ่านทางผิวหนังเข้ารูหลอดเลือดโดยการเจาะหลอดเลือดผ่านผิวหนังแล้วสอดสายสวนชนิดพิเศษเข้าไปในหลอดเลือดหัวใจเพื่อขยายหรือถ่างขยายหลอดเลือดที่ตีบนั้น และอาจจะต้องมีวิธีการเพื่อคงสภาพรูเปิดของหลอดเลือดให้กว้างขึ้น หรือถ่างไม่ให้อุดตันกลับมาปิดใหม่ เช่น ขดลวด (Stent) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและการเกิด Recurrent MI ลดอาการเจ็บแน่นหน้าอกของผู้ป่วย และเพื่อป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ข้อบ่งชี้ในการทำ คือใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock) Killip class 3 ขึ้นไป หรือมีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด การขยายหลอดเลือดเป็นการรักษามาตรฐานสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มาใน 12 ชั่วโมง โดยระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งทำการหัตถการไม่ควรเกิน 90 นาที (นกรินทร์ ศันสนยุทธ์, 2552)

3. การผ่าตัดทางเบี่ยงหรือทาบypass หลอดเลือดโคโรนารีที่อุดตัน (Coronary Artery Bypass Grafting [CABG]) ซึ่งเป็นที่ยอมรับมากที่สุดในปัจจุบันสามารถรักษาอาการเจ็บหน้าอกได้ดีมาก สามารถลดอัตราการเกิดการเสียชีวิตกะทันหัน (Sudden cardiac arrest) ได้ดีส่งผลให้อัตรารอดชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงขึ้น ผู้ป่วยร้อยละ 98 กลับสู่การมีชีวิตรอดที่ปกติ เป็นการผ่าตัดโดยใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมช่วย เรียกว่า On - pump CABG หรือ Standard CABG ในปัจจุบันได้มีพัฒนาขึ้นสามารถทำการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจตีบโดยไม่ใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม Off-pump CABG: OCABG เป็นการผ่าตัดโดยใช้เส้นเลือดที่ขาและผนังหน้าอก เพื่อทำการต่อเชื่อมเส้นเลือดให้ใหม่โดยเลี่ยงจุดที่ตีบตัน (ปีนชนิ ชาดิบุรุษ, 2546)

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด การรักษาด้วยวิธีนี้จะทำในผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงใหญ่ด้านซ้ายมากกว่าร้อยละ 50 หรือมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ 3 เส้นอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในผู้ที่มีการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง มีความผิดปกติอย่างรุนแรงของลิ้นหัวใจไมตรัลหรือเอออร์ติกร่วมด้วย ในรายเส้นเลือดตีบที่บริเวณโคนของเส้นเลือดแดงโคโรนารีด้านซ้ายหรือในรายที่รักษาด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากการทำบอลลูนขยายเส้นเลือดหัวใจ (ศรนัย วรรณประเสริฐ, 2546; ACC/ AHA Guideline, 2009; The European Society of Cardiology, 2008)

การดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟู

นอกจากการได้รับการดูแลรักษาในระยะเฉียบพลัน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อเริ่มมีอาการดีขึ้นหรือควบคุมอาการของโรคได้ แนวทางการดูแลรักษาในปัจจุบันที่สำคัญ คือการพยายามให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวตั้งแต่เนิ่น ๆ (Early mobilization) ร่วมกับการปรับเปลี่ยนท่าของร่างกายให้อยู่ในท่านั่งหรือยืนโดยเร็ว ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของการฟื้นฟูร่างกายและหัวใจ จะทำในระยะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล และสามารถทำได้อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถลดปัจจัยเสี่ยงและป้องกันการเกิดซ้ำ นอกจากนี้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทั้งในระยะผู้ป่วยในและหลังออกจากโรงพยาบาลแล้ว เป็นสิ่งสำคัญและควรกระทำซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี

จากการศึกษาพบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องจะลดอัตราการตายโดยรวม อัตราการตายจากโรคหัวใจ และอัตราการตายจากหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน รวมทั้งลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและอัตราการกลับเข้าอยู่โรงพยาบาล มีคุณภาพชีวิตที่ดี และอัตราการกลับไปทำงานดีขึ้น (ปิยนุช รักพาณิชย์, 2546)

องค์ประกอบของการฟื้นฟูหัวใจในระยะผู้ป่วยนอก

ปัจจุบันโปรแกรมการฟื้นฟูหัวใจควรเป็นแบบ Comprehensive cardiac rehabilitation กล่าวคือ ประกอบด้วยกิจกรรมหลาย ๆ อย่าง โดยมุ่งเน้นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ได้แก่

1. การออกกำลังกาย
2. โภชนาบำบัดที่เหมาะสมกับโรค และเพื่อควบคุมน้ำหนัก
3. การควบคุมความเครียด
4. การเลิกบุหรี่

จะเห็นได้ว่าผู้ที่มีการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ต้องได้รับการดูแลรักษาจากบุคลากรทางสุขภาพโดยการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยวิธีการรักษาที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล นอกจากนี้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตยังคงอยู่กับโรคที่เรื้อรัง ต้องมีการฟื้นฟูสภาพหัวใจ รับการรักษา

อย่างต่อเนื่อง และยังมีสภาวะของโรคที่หลงเหลืออยู่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

ผลกระทบของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตได้อย่างกะทันหัน วิธีการรักษาส่วนใหญ่เป็นการให้ยาละลายลิ่มเลือดและการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตแล้ว แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาแล้วแต่ยังคงมีพยาธิสภาพและภาวะของโรคหลงเหลืออยู่ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ดังจะกล่าวต่อไป คือ

ผลกระทบต่อผู้ป่วย แบ่งออกได้ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ผลกระทบทางด้านร่างกายส่วนใหญ่มีสาเหตุเนื่องจากพยาธิสภาพที่รุนแรงของโรค และมีโอกาสเกิดซ้ำได้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะอาการเจ็บหน้าอกซึ่งเกิดจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้หัวใจได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงได้ไม่เพียงพอ นอกจากนี้อาจมีอาการร่วมอื่น ๆ ที่พบได้บ่อย เช่น อาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า หายใจลำบาก และอาการใจสั่น มีผลทำให้การรับรู้อาการของผู้ป่วยมีมากขึ้น ส่งผลให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้นและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ นอกจากนี้ยังมีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลง ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่หรือกิจวัตรประจำวันได้ปกติ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Mulryan, 2010; Reigle, 2005)

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีการเผาผลาญและระบบการแข็งตัวของเลือดในร่างกายที่ผิดปกติ มีการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้เกิดอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้จากการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลที่ได้รับ จากสภาพแวดล้อม ตลอดจนบทบาทในครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนไป ย่อมทำให้เกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ให้มีความรุนแรงมากขึ้น (Ellis et al., 2005; Huffman et al., 2010)

3. ด้านสังคมเศรษฐกิจ พบว่า ความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการสูญเสียด้านหน้าที่การงาน เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง ไม่สามารถกลับไปทำงานได้เหมือนเดิม ต้องเปลี่ยนงานหรือออกจากงาน เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถทำนายถึงความล้มเหลวหรือความล่าช้าในการกลับเข้าทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เลวลง นอกจากนี้ยังส่งต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจากภาวะของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง ทำให้บทบาททางสังคมถูกจำกัด (Huffman et al., 2010; Whooley et al., 2008)

ผลกระทบต่อครอบครัว

1. ด้านร่างกาย จากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา สมาชิกในครอบครัวต้องคอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล สมาชิกในครอบครัวต้องให้ความช่วยเหลือ ทูมเทแรงกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วยทำให้สมาชิกครอบครัวมีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอนไม่ค่อยหลับ รับประทานอาหารได้น้อย ร่างกายทรุดโทรมทำให้เกิดการเจ็บป่วยตามมาได้ (มาลิน มาลาฮี, 2549)

2. ด้านจิตใจ สมาชิกในครอบครัวมีอาการกระวนกระวาย วิตกกังวล สับสน ท้อแท้ หดหู่กำลังใจ ถ้าวผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากการไม่แน่นอนของโรค ทำให้ความผาสุกในชีวิตลดลง เกิดความเครียดมากขึ้น นอกจากนี้ยังอาจมีความเครียดที่เกิดจากความคลุมเครือในบทบาทอันเนื่องมาจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย และการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง จะทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดอารมณ์เบื่อหน่ายท้อแท้ไม่พอใจส่งผลการปรับตัวและการตัดสินใจ (มาลิน มาลาฮี, 2549)

3. ด้านสังคม จากการที่สมาชิกครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของผู้ป่วย และยังคงช่วยเหลือเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยหรือการประกอบอาชีพเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัวแทนผู้ป่วย ทำให้รู้สึกวุ่นวายบทบาทหน้าที่ของตนมากเกินไป นอกจากนี้ยังทำให้ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนลดลงด้วย เนื่องจากไม่มีเวลาหรือเวลาพักผ่อนน้อยลงอาจทำให้เกิดความเครียดได้ และทำให้มีผลต่อการดำเนินชีวิตด้านบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลงไป (Whooley et al., 2008; Huffman et al., 2010)

4. ด้านเศรษฐกิจ ความก้าวหน้าของโรค เป็นผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตายเพิ่มมากขึ้นเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ในด้านภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมักเกิดอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย หรือความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติได้ส่งผลให้สูญเสียรายได้ ทำให้เป็นภาระต่อครอบครัว (O' Neil et al., 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสูงทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยที่พบได้บ่อย และมีความรุนแรงทำให้เสียชีวิตอย่างกะทันหัน แนวทางการดูแลรักษาที่ทันสมัยได้มาตรฐาน สามารถช่วยผู้ป่วยให้มีชีวิตรอดและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ แต่ผู้ป่วยยังคงมีชีวิตอยู่กับภาวะเรื้อรังของโรค ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมีทั้งผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเศรษฐกิจ ที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่และภาวะสุขภาพของร่างกาย นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว จากการเป็นภาระต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวและเกิด

ปัญหาทั้งทางเศรษฐกิจสังคม และการรับรู้ในสภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ย่อมมีผลต่อความสุข ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งสิ้น

คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Health - Related Quality of Life) ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (Quality of Life) เป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นในราวปี ค.ศ. 1970 ในประเทศตะวันตก สำหรับประเทศไทยแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตปรากฏเป็นครั้งแรก ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515 - 2519) (วัชร เลอমানกุล และ ปารณีย์ มีแด้ม, 2548) ซึ่งเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการและมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตแม้ว่าจะอยู่ในภาวะเจ็บป่วยก็ตาม คุณภาพชีวิตเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล ซึ่งจะช่วยให้บุคคลดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ นอกจากนี้คุณภาพชีวิต (Quality of Life) ยังเป็นสิ่งที่สำคัญและเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาประชากร โดยเชื่อว่าถ้าคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่าง ๆ ก็จะทำให้ดี และรวดเร็ว คุณภาพชีวิต ในแต่ละศาสตร์สาขา ที่แตกต่างกัน ย่อมให้ความหมายและมีทัศนะที่แตกต่างกันออกไป ตามแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละศาสตร์สาขานั้นๆ (พรพรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2550)

คุณภาพชีวิตในระบบการดูแลสุขภาพจึงเป็นจุดมุ่งเน้นในการดูแลรักษาที่คือคุณภาพชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ดังนั้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จึงน่าจะเป็นการรับรู้ตามความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเกี่ยวกับความสุข ความพึงพอใจในชีวิต โดยมีการเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพของตนเองต่อสภาวะของโรคตามผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจอารมณ์ และด้านสังคมเศรษฐกิจ นอกจากนี้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยังสะท้อนให้เห็นถึงการได้รับอิทธิพลจากโรค วิธีการรักษา และคุณภาพการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งเมื่อทราบถึงระดับการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแล้ว จะสามารถนำมาปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เหมาะสมได้

ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต เป็นแนวคิดที่เป็นที่สนใจของหลายสาขาวิชา มีความจำเพาะที่หลากหลายซึ่งนำไปสู่ข้อถกเถียงของนิยามความหมายไว้มากมาย ดังเช่น ด้านปรัชญา หมายถึง เป็นการพิจารณาถึงลักษณะการดำรงชีวิตและหมายถึงการมี “ชีวิตที่ดี” ทางด้านจริยธรรมให้ความสนใจเกี่ยวกับการบริการทางสังคม ทางด้านเศรษฐศาสตร์เน้นเรื่องการติดตามเกี่ยวกับประสิทธิผลและค่าใช้จ่ายของ

ผลผลิตที่ดีเป็นสิ่งสำคัญ ส่วนด้านการแพทย์ให้ความสนใจที่จำเพาะเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย ในขณะที่พยาบาลต้องมีวิธีการเข้าไปดูแลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมากกว่าการดูแลแบบองค์รวม (Bredow & Sandra, 2004)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความหมายว่า “คุณภาพชีวิตเป็นมุมมองของบุคคลแต่ละคนที่มีต่อสถานะของชีวิตของตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในที่ที่คนนั้นอาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความหวังของพวกเขาน” คุณภาพชีวิตจึงเป็นสภาพที่สะท้อนความเป็นนามธรรม และเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกันออกไป (พรณทิพา สักดิ์ทอง, 2550)

Meleis (1997) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ว่าเป็นความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ในอดีตที่มีความเกี่ยวข้องไปถึงการมีความสุข ความสบาย และความพึงพอใจในชีวิต ตามช่วงเวลาของแต่ละบุคคล ทั้งคุณภาพชีวิตทั้งหมด (Overall quality of life) หรือคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (Global quality of life) โดยมีความเกี่ยวเนื่องมาถึงปัจจุบัน (Bredow & Sandra, 2004)

Padilla and Grant (1985) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ว่าเป็นการรับรู้ถึงความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ โดยประเมินจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย ทักษะคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

Zhan (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ว่าเป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่บุคคลรับรู้ความหมายและประเมินได้ด้วยตนเอง ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล นอกจากนั้น ภูมิหลังของบุคคล สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และอายุเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ต่างกัน

Meeberg (1993) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ว่าเป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต โดยทั่วไป และการประเมินสถานะทางจิตใจของบุคคลด้านความพึงพอใจในชีวิตหรืออื่น ๆ ได้แก่ ภาวะทางกาย ทางจิตใจ และอารมณ์ โดยการประเมินและตัดสินโดยบุคคลอื่นในด้านสุขภาพว่ายอมรับได้ มีภาวะในการดำรงชีวิตเหมาะสมและไม่ถูกคุกคาม

Wilson and Cleary (1995) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ และความสุขในการดำรงชีวิต

จากการให้ความหมายของนักวิชาการ ดังที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข และมีความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม เป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ของสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม

และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน ซึ่งโดยทั่วไปแล้วบุคคลยังมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันออกไปตามสภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงหรือเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งสุขภาพเป็นมิติหนึ่งที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบมากมาย แต่ละองค์ประกอบมีความสำคัญแตกต่างกันออกไปตามทัศนคติของแต่ละบุคคล ดังเช่น Zhan (1992) ได้ให้ความเห็นว่า คุณภาพชีวิตควรมีองค์ประกอบด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านสุขภาพและหน้าที่ของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ Padilla and Grant (1985) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่าควรประกอบด้วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความปกติสุขด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งความรู้สึกต่อสังคม ส่วน Grady (1995) จำแนกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ได้แก่ สุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย สภาพจิตใจ ปฏิสัมพันธ์กับสังคม และสภาพสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้ Berghom (1981) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ซึ่งมีองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ องค์ประกอบด้านสภาพทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การมีที่อยู่อาศัย อาหารที่มีคุณค่า ข้าวของเครื่องใช้ และสาธารณูปโภคที่ดี ด้านภาวะสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมทางบุคคลและสังคม ด้านการพึ่งพาตนเอง และด้านการมีกิจกรรมและสัมพันธภาพภายในครอบครัวและเพื่อนบ้าน

ซึ่งคุณภาพชีวิตยังมีความเกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพเป็นโครงสร้าง (Construct) โดยประกอบด้วย องค์ประกอบทางด้านสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพด้านกายภาพ (Physical health) สุขภาพด้านจิตใจ (Mental health) สุขภาพด้านสังคม (Social health) และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General health) (พรหมทิพา สักดิ์ทอง, 2550)

แนวคิดคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Health-Related Quality of Life [HRQOL]) (Wilson & Cleary, 1995) เป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต (Quality of Life [QOL]) ซึ่งมีการพัฒนามาจาก Global quality of life ที่มีอยู่เดิม มีมิติที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพหลายมิติ และมีลักษณะการยึดถือผลประโยชน์เป็นสำคัญ สะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ของการพยาบาลที่ทำให้มีความแตกต่างกันของคุณภาพชีวิต และมีความเชื่อมโยงกับสถานะทางสุขภาพหรือสภาวะการทำหน้าที่ทางสุขภาพ (Bredow & Sandra, 2004)

คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ มีความสำคัญ คือ เป็นเป้าหมายหลักในการให้การดูแลรักษาของทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการให้ความสำคัญกับชีวิตของบุคคลแบบองค์รวมโดยสะท้อนผลลัพธ์ทางสุขภาพที่นอกเหนือจากอายุขัย (Life expectancy) หรือการมีชีวิตรอด (Survival) โดยคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ เป็นผลลัพธ์ที่ไม่สามารถมองเห็นได้จาก

ผลลัพธ์ทางคลินิกหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพียงอย่างเดียว คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพเป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการรายงานตามการรับรู้ของผู้ป่วยเอง และทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงโรคและผลการรักษาว่ามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (พรรณทิพาศักดิ์ทอง, 2550)

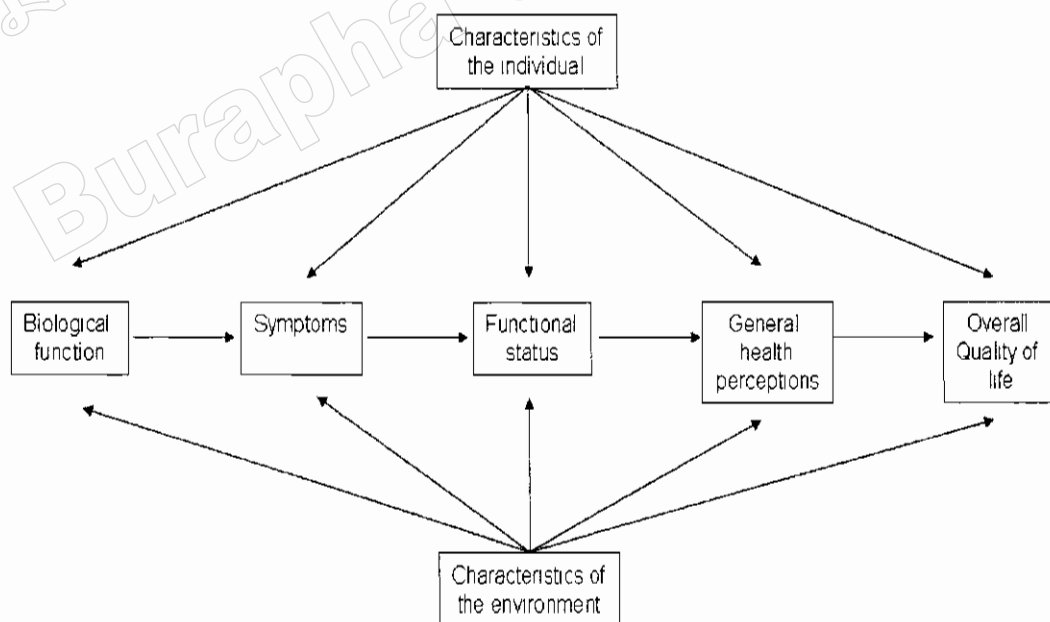
Wilson and Cleary (1995) ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตั้งแต่ ค.ศ.1995 โดยให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจ และ/หรือ ความสุขในการดำรงชีวิตของบุคคลที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Health - Related Quality of Life) โดยแบบจำลองแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุและแนวคิดพื้นฐานของคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นผลจากการเพิ่มขึ้นของปัจจัยด้านชีววิทยา สังคม และความซับซ้อนทางด้านจิตวิทยา ซึ่งมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวม 4 ด้าน ได้แก่

1. ตัวแปรด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา (Biological and Physiological Variable) หมายถึง กระบวนการที่เป็นการทำงานระดับเซลล์ และอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อการตรวจร่างกาย และการวินิจฉัยโรค เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สมรรถภาพการทำงานของปอด เพื่อใช้ในการค้นหาการทำงานของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป จนมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้
2. อาการ (Symptom Status) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความผิดปกติทางด้านร่างกาย อารมณ์ และความรู้สึกนึกคิด ซึ่งเป็นผลมาจากความเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยา และสรีรวิทยาในแต่ละอาการ
3. ภาวะการทำงานที่ (Functional Status) หมายถึง ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับตัวแปรด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา กับอาการ และความสัมพันธ์ระหว่างอาการกับบทบาทการทำงานที่ได้
4. การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General health perception) หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยถ้าหากบุคคลมีการทำงานของร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ มีภาวะการเจ็บป่วย จะทำให้มีการรับรู้อาการที่รุนแรง และความสามารถในการทำงานที่ของร่างกายไม่เต็มที่ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล ตลอดจนรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตลดลงได้ แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีอาการเจ็บป่วย ตลอดจนร่างกายทำหน้าที่ได้สมบูรณ์ ก็จะมีผลต่อการรับรู้สุขภาพที่ดี และสามารถรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the environment) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สภาพบ้าน และสถานที่ทำงาน และปัจจัยด้านบุคคล (Characteristics of the individual) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ก็มีผลโดยตรงต่ออาการ บทบาทการ

ทำหน้าที่ และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และยังมีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันด้วย (Wilson & Cleary, 1995)

ต่อมา Ferrans et al. (2005) ได้ปรับปรุงแนวคิดคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของ Wilson and Cleary (1995) ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยศึกษาเพิ่มเติมถึงความสัมพันธ์ของลักษณะของบุคคล (Characteristics of the individual) และลักษณะของสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the environment) กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยปัจจัยด้านลักษณะบุคคล (Characteristics of the individual) ได้แก่ ระดับ BMI สิว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับโรค และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น รวมทั้ง เพศ อายุ สถานภาพสมรส (Eyler et al., 2005) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the environment) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สภาพบ้าน และสถานที่ทำงาน เป็นต้น ซึ่งพบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านชีวภาพ (Biological function) อาการ (Symptoms) ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General health perception) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุคคลได้ (Ferrans et al., 2005) แนวคิดคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของ Wilson and Cleary (1995) ที่ปรับปรุงโดย Ferrans et al. (2005) นำเสนอตามภาพที่ 2 ดังนี้



ภาพที่ 2 รูปแบบจำลองคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ของ Wilson and Cleary (1995)
(ที่มา Ferrans et al., 2005: 338)

จากภาพที่ 2 อธิบายได้ว่า คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจและ/หรือความสุขในการดำรงชีวิต ที่สัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล โดยปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ลักษณะของบุคคล (Characteristics of the Individual) ลักษณะของสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the Environment) การทำหน้าที่ด้านชีวภาพ (Biological Function) อาการ (Symptoms) ภาวะการทำหน้าที่ (Functional Status) การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perceptions) และคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall Quality of Life) โดยปัจจัยดังกล่าวข้างต้นจะส่งผลต่อกันจนทำให้บุคคลมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งแต่ละปัจจัยมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กัน ดังนี้

ลักษณะของบุคคล (Characteristics of the individual)

ปัจจัยทางด้านจิตใจและชีวภาพมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ดังนั้นลักษณะของบุคคล พฤติกรรม และปัจจัยทางชีววิทยา มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มและลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพได้ ซึ่งลักษณะของบุคคล ประกอบด้วย ประวัติครอบครัว พันธุกรรม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ค่าดัชนีมวลกาย สีดวง และเชื้อชาติมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค

ลักษณะของสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the environment)

ลักษณะของสภาพแวดล้อมทั้งทางสังคมและทางกายภาพ มีความสัมพันธ์กับลักษณะของบุคคล และลักษณะทางสังคมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งอิทธิพลของครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ (Ferrans et al., 2005)

การทำหน้าที่ด้านชีวภาพ (Biological function)

เดิมเรียกว่าตัวแปรทางชีววิทยาและสรีรวิทยา เป็นกระบวนการที่มีชีวิตอย่างต่อเนื่องครอบคลุมตั้งแต่ระดับโมเลกุลของเซลล์และอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางชีววิทยาทั้งทางตรงและทางอ้อม จะส่งผลกระทบต่อส่วนประกอบทั้งหมดของสุขภาพ รวมทั้งภาวะการทำหน้าที่ การรับรู้อาการ และคุณภาพชีวิต

ซึ่งลักษณะของบุคคลและลักษณะของสภาพแวดล้อม มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางชีวภาพของบุคคล เช่น ลักษณะทางพันธุกรรม ลักษณะทางจิตวิทยา ความรู้และทัศนคติ มีอิทธิพลต่อวิถีการดำเนินชีวิตที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพและคุณภาพชีวิต สภาพแวดล้อมสามารถทำให้เกิดโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคได้

อาการ (Symptoms)

Wilson and Cleary (1995) กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยาและสรีรวิทยาของสิ่งมีชีวิตในระดับเซลล์ของบุคคลเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการ ซึ่งเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความผิดปกติทางกายภาพ อารมณ์ หรือกระบวนการรับรู้ และมีการตีความจากประสบการณ์ ความคิด

และความรู้สึกเฉพาะบุคคลตามสภาพของร่างกาย และสภาพแวดล้อมก่อนหน้านี้ ซึ่งประสบการณ์ในการประเมินผลและการตีความของอาการได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ เช่น ความรู้ ลักษณะของบุคลิกภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การมีสัมพันธภาพหรือการได้รับความรู้และคำแนะนำจากผู้ให้บริการทางการแพทย์

ภาวะการทำงานที่ (Functional status)

Wilson and Cleary (1995) ได้กำหนดภาวะการทำงานที่ว่าเป็นความสามารถในการทำหน้าที่ด้านกายภาพ การทำหน้าที่ทางสังคม บทบาทหน้าที่ในการทำงาน และภาวะการทำงานที่ทางจิตใจ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกัน เมื่อปรับปรุงรูปแบบจำลองสามารถดูภาวะการทำงานโดยมุ่งเน้นที่การเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานที่ยังคงอยู่ ตามแนวคิดของ Leidy (1994) เป็นมุมมองที่เป็นตัวอย่างและเป็นคำแนะนำที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของระบบการดูแลทางสุขภาพ

ภาวะการทำงานที่ ตามกรอบแนวคิดของ Leidy (1994) ประกอบด้วย 4 มิติ ดังนี้

1. ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional capacity)
2. การปฏิบัติหน้าที่ (Functional performance)
3. พลังงานสำรองของหน้าที่ (Functional reserve)
4. การนำศักยภาพหน้าที่ออกมาใช้ (Functional capacity utilization)

ในรูปแบบจำลองของ Wilson and Cleary พบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่อาจมีผลต่อภาวะการทำงานที่ เช่น ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional capacity) เป็นผลกระทบโดยตรงจากการทำหน้าที่ทางชีวภาพ อาการ และประสิทธิภาพการทำงาน โดยได้รับผลกระทบตามลักษณะของแต่ละบุคคล และสภาพแวดล้อม อย่างไรก็ตามการส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพโดยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ใกล้ชิด ชุมชน หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยได้

การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General health perception)

การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป เป็นการแสดงถึงการแสดงออกและการอธิบายส่วนประกอบทั้งหมดของแต่ละบุคคลที่เกิดขึ้นมาก่อน การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปเป็นตัวทำนายที่เข้มแข็งถึงระบบการดูแลสุขภาพและอัตราการตายที่ดีที่สุด เมื่อมีการควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาเพราะการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป เป็นตัวที่ทำนายที่สำคัญที่แสดงถึงพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

คุณภาพชีวิตทั้งหมด (Overall quality of life)

คุณภาพชีวิตทั้งหมดแสดงถึงความผาสุก (Well-being) ของแต่ละบุคคลว่ามีความสุขหรือความพึงพอใจเพียงใด โดยพิจารณาถึงประสบการณ์และความรู้สึกที่มั่นคงที่ประชาชนพึงมี

คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จึงเป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพซึ่งมีความสัมพันธ์กับความสุข และความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของบุคคล ซึ่งมีความหลากหลายและแตกต่างกันตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความผิดปกติจากภาวะการขาดเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ จากปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในแต่ละคน การลดประสิทธิภาพการทำงานทางด้านชีวภาพจะสัมพันธ์กับพยาธิสภาพที่มีความเป็นกรดเกิดขึ้นทำให้การรับรู้ถึงอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นรุนแรงขึ้นทันทีทันใด นาน และบ่อยมากขึ้น มักมีอาการร่วมอื่น ๆ เกิดขึ้น ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน มีภาวะถูกคามต่อชีวิต และทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย และเมื่อเกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และเผชิญกับปัญหาสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ทำให้เกิดความวิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง หวาดกลัว ซึมเศร้า มองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลให้ภาวะของโรค และการรับรู้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น ไม่สามารถประกอบอาชีพได้อย่างปกติ มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

การประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

การประเมินคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละเรื่อง ปัจจุบันการประเมินคุณภาพชีวิตมี 2 ลักษณะ คือ คุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย (Objective indicators) และคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย (Subjective indicators) โดยการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัยเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยบุคคลากรทางสุขภาพ เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และข้อมูลทางคลินิกที่บ่งถึงพยาธิสภาพของโรค ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เช่น รายได้ ระดับการศึกษา และอาชีพ ส่วนการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง เป็นการสะท้อนความรู้สึกที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับเจตคติ การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ความมีคุณค่าในตนเอง และในการประเมินคุณภาพชีวิตนั้น ควรจะประเมินทั้งคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย และวัตถุวิสัย เนื่องจากการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยมีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถสะท้อนถึงการรับรู้ประสบการณ์ของบุคคลนั้นได้ (Ferrans & Power, 1985; Zhan, 1992; Meeberg, 1993)

การประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินตามการรับรู้และความรู้สึกโดยตัวของผู้ป่วยเอง เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย โดยมีการประเมินเกี่ยวกับองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ สุขภาพทางกาย สุขภาพด้านจิตใจ สุขภาพด้านสังคม และภาวะสุขภาพ โดยทั่วไป การประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ จึงเป็นประโยชน์ และมีความสำคัญต่อผู้ป่วย (พรณทิพา สักดิ์ทอง, 2550) ดังนี้

ประโยชน์ของการประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ คือ

1. เพื่อติดตามประเมินภาวะสุขภาพของประชากร (Population monitoring)
2. เพื่อใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (Outcome measurement) ของการรักษาหรือการดูแลทางสุขภาพ

3. เพื่อใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (Clinical practice)

เครื่องมือการประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

โดยทั่วไปเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สามารถจัดตามกลุ่มประชากร และตามการรายงานคะแนน (พรณทิพา สักดิ์ทอง, 2550) ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพแบ่งตามประชากร แบ่งได้เป็น 2 แบบ ดังนี้

1. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (Generic instrument) ซึ่งไม่จำกัดอายุ เพศ หรือภาวะโรคที่เป็นอยู่ ตัวอย่างของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปที่เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายทั่วโลกคือ Short Form Health Survey (SF - 36) และ Short Form Health Survey (SF - 12) นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปอื่นๆ อีก เช่น Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile, WHOQOL- BREF, Quality of Well-Being, Health Utility Index, และ EuroQOL (EQ - 5D) (พรณทิพา สักดิ์ทอง, 2550)

2. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะ (Specific instrument) เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะโรค (Disease - specific instrument) ตัวอย่างที่ใช้ในโรคหัวใจ เช่น เครื่องมือ Seattle Angina Questionnaire, Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, Kansas City Cardio Myopathy Questionnaire, MacNew Heart Disease Questionnaire และ Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (พรณทิพา สักดิ์ทอง, 2550)

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพแบ่งตามการรายงานคะแนน แบ่งออกเป็น 2 แบบ ดังนี้

1. Profile scores เป็นการคิดคะแนนที่เป็นการวัดเชิงจิตวิทยา (Psychometric) ซึ่งจะรายงานคะแนนตามมิติ (Domain) ของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตนั้นๆ เช่น แบบสอบถาม SF-36 จะรายงานคะแนนทั้งหมด 8 มิติ และรวมเป็นคะแนนสรุป 2 ด้าน คือ คะแนนสรุปทางด้านกายภาพและคะแนนสรุปทางด้านจิตใจ (Physical and Mental health component summary scores) แต่ไม่มีคะแนนรวมของทุกมิติที่เป็นตัวเลขเดียว ซึ่งทำให้ไม่สามารถนำมาใช้ในการประเมินทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

2. Index scores เป็นคะแนนที่ได้จากการวัดอรรถประโยชน์ (Utility) ซึ่งจะให้คะแนนที่เป็นตัวเลขเดียวในช่วง 0 - 1 โดยทั่วไป 0 หมายถึงความตาย (Death) และ 1 หมายถึงภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ (Full health) และสามารถนำคะแนนอรรถประโยชน์นี้มาคำนวณหาจำนวนปีชีวิตที่มีคุณภาพ (Quality Adjusted Life Years หรือ QALYs) ซึ่ง QALYs เป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญและเป็นที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการวิเคราะห์ต้นทุน - ประสิทธิภาพ (Cost effectiveness analysis) และต้นทุน - อรรถประโยชน์ (Cost utility analysis) แต่ข้อเสียของคะแนนอรรถประโยชน์คือไม่สามารถเห็นผลของการรักษาที่มีต่อมิติด้านต่างๆ ของสุขภาพ และวิธีการประเมินค่อนข้างยาก

การประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพตามแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) ส่วนใหญ่จะใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป คือ Short Form Health Survey (SF - 36) และ Short Form Health Survey (SF - 12) โดยแบบสอบถาม SF - 36 เป็นแบบสอบถามที่มีการใช้อย่างแพร่หลายทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย เนื่องจากสามารถวัดได้ทุกกลุ่มคนและทุกโรค ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 8 มิติ (Dimensions) รวม 36 ข้อ มีการแปลแบบสอบถามเป็นภาษาต่างๆ ลักษณะตัวเลือกของคำถามแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale โดยคะแนนรวมจะรายงานผลคะแนน 2 ด้าน คือ ด้านสุขภาพทางกาย และสุขภาพทางด้านจิตใจ การคำนวณคะแนนทำได้โดยการแปลคะแนนตามน้ำหนักที่ผู้สร้างกำหนด (10) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งวัชร เลอมนกุล และปารณีย์ มิเต็ม (2548) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยขึ้นใหม่ โดยทำการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นคนทั่วไป จำนวน 448 คนได้ค่าความเที่ยง (Reliability) โดยการใช้ค่าครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) สูงกว่า 0.70 ในทุกมิติ (0.72 - 0.86)

ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต SF - 12 ซึ่งเป็นแบบสอบถามฉบับย่อของแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต SF - 36 ซึ่งพัฒนาขึ้นในสหรัฐอเมริกาและมีการใช้กันอย่างแพร่หลายไปทั่วโลก แบบสอบถาม SF - 12 นั้นจะใช้เวลาในการทำที่สั้นกว่ามาก (โดยมีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ในขณะที่ SF - 36 มี 36 ข้อ) โดยแบ่งเป็น 8 มิติ (Dimensions) ได้แก่ 1) มิติ

ของการทำงานด้านกายภาพ (Physical Functioning [PF]) คือคำถามข้อที่ 2 และ 3 2) มิติด้านปัญหาสุขภาพที่มีผลต่อการทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวัน (Role Physical [RP]) คือคำถามข้อที่ 4 และ 5 3) มิติด้านความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย (Bodily Pain [BP]) คือคำถามข้อที่ 8 4) มิติด้านสุขภาพโดยทั่วไป (General Health [GH]) คือคำถามข้อที่ 1 5) มิติด้านความมีชีวิตชีวาหรือความกระปรี้กระเปร่า (Vitality [VT]) คือคำถามข้อที่ 10 6) มิติด้านสังคม (Social Functioning [SF]) คือคำถามข้อที่ 12 7) มิติของปัญหาทางด้านอารมณ์ที่มีผลต่อการทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวัน (Role Emotional [RE]) คือคำถามข้อที่ 6 และ 7 และ 8) มิติด้านสุขภาพจิตใจ (Mental Health [MH]) คือคำถามข้อที่ 9 และ 11 โดยแบ่งคะแนนรวมออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ คะแนนรวมทางด้านร่างกาย (Physical component score [PCS]) ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5 และ 8 (GH, PF, RP และ BP) คะแนนอยู่ระหว่าง 6 - 26 คะแนน และคะแนนรวมทางด้านจิตใจ (Mental component scores [MCS]) ได้แก่ ข้อที่ 6, 7, 9, 10, 11 และ 12 (RE, MH, VT และ SF) การแปลผลคะแนนโดยรวมและรายด้าน จะมีการแปลงคะแนนให้มีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 100 คะแนน โดยที่คะแนนมาก จะหมายถึงมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีกว่า และถ้าคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการรับรู้คุณภาพชีวิตไม่ดี ซึ่งค่าเฉลี่ยของคนปกติในสหรัฐอเมริกาเท่ากับ 50 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 10) (Ware et al. (2009) สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีค่าปกติของคะแนนรวมทางด้านร่างกาย (PCS) และคะแนนรวมทางด้านจิตใจ (MCS) ของ SF - 12 ในประชากรไทย

ในประเทศไทยมีการทดลองใช้แบบสอบถาม SF - 12 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดย Failde, Medina, Ramirez and Arana (2010) พบว่า SF - 12 มีความเหมาะสมในการประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งเหมาะกับลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยเนื่องจากข้อคำถามสั้น กระชับรัด เมื่อเปรียบเทียบความสอดคล้องระหว่าง SF - 12 และ SF - 36 แบบสอบถาม SF - 12 สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ เท่ากับร้อยละ 87 และ 93 ตามลำดับ สำหรับประเทศไทยแบบสอบถาม SF - 12 เวอร์ชัน 2 ฉบับภาษาไทยโดย วิรัช เกษมทรัพย์, พรรณทิพา ศักดิ์ทอง และ กนกพร ปูฟ้า (2550) ได้นำมาใช้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจในโครงการ "ผ่าตัดหัวใจ 8,000 ดวง" ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) จำนวน 386 ราย วัดค่าความเที่ยงภายใน (Internal consistency reliability) โดยการใช้ค่าครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ในคำถามทางด้านร่างกายและคำถามทางด้านจิตใจ เท่ากับ 0.73 และ 0.77

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ SF - 12 version 2 ฉบับภาษาไทย ของบริษัท Quality Metric Incorporated ประเทศสหรัฐอเมริกา (License

Number: QM010460) เนื่องจากเห็นว่าเครื่องมือนี้สามารถประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ตามการรับรู้ของตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งมีความสอดคล้องตามแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) เพื่อนำไปเป็นประโยชน์ในการวางแผนให้การดูแลรักษาเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การศึกษานี้ เป็นการศึกษากำหนดทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) ที่ปรับปรุงโดย Ferrans et al. (2005) โดย มีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ หลายปัจจัย คือ 1) ลักษณะของบุคคล เช่น ประวัติครอบครัว พันธุกรรม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ค่าดัชนีมวลกาย สีผิว และเชื้อชาติ 2) ลักษณะของสิ่งแวดล้อม เช่น การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อน ชุมชน และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ 3) ปัจจัยเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านชีววิทยา/ สรีรวิทยา เช่น ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารี และภาวะโรคร่วม 4) อาการ (Symptoms) เป็นการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นของบุคคล เช่น อาการเจ็บ/แน่นหน้าอก อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า อาการใจสั่น อาการวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า และ 5) ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต ปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวมามีผลต่อสุขภาพ และมีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General health perceptions) และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งหมด (Overall quality of life)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ โรคร่วม อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ อาการทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการเจ็บ/แน่นหน้าอก อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า อาการใจสั่น และอาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม น่าจะร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และได้นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. อายุ (Age)

อายุ เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสำคัญ ที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการรับรู้ความเข้าใจ และการตัดสินใจในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (ณัฐกาญจน์ วิสุทธีมรรค, 2542) โดยธรรมชาติวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่ต้องมีการะความรับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคมมากกว่าวัยอื่น ๆ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุความรับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคมจะลดลง และอายุที่มากขึ้นมีโอกาเสี่ยงต่อการ

เจ็บป่วยและการตายมากขึ้น เนื่องจากอวัยวะทุกส่วนเสื่อมถอยตามกาลเวลา โดยพบว่าอายุที่มากขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั้งกายภาพ สรีรภาพ จิตใจ และสังคม เป็นผลให้เกิดความเสื่อมในหน้าที่การทำงานของอวัยวะและระบบต่างๆของร่างกาย (Hess, 2004; Smeltzer & Bare, 2000) ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูง ทำให้มีความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัวและสังคม ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่ำลง (วรรณา สามารถ, 2542)

ปัจจัยด้านอายุกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ดังที่กล่าวมาแล้ว เมื่อคนอายุมากขึ้นหลอดเลือดจะมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีการเสื่อมสภาพไปตามวัยจะมีลักษณะเปราะและแข็ง (Griego & House - Fancher, 2000; Martinez, 2004) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่จึงเป็นผู้ป่วยในวัยกลางคนและวัยสูงอายุ ความชุกของโรคนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุ ส่วนใหญ่พบในผู้ที่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป และพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและเสียชีวิต มักเป็นผู้ใหญ่วัยสูงอายุมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ผู้ที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป (Arnold et al., 2009)

จะเห็นได้ว่า อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากการศึกษาของ Arnold et al. (2009) ที่ศึกษาอิทธิพลของอายุต่อความสามารถในการทำหน้าที่ และอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หลังออกจากโรงพยาบาล ในกลุ่มตัวอย่าง 2,481 ราย ผลการศึกษา พบว่า มีผู้เสียชีวิตภายใน 1 ปี ร้อยละ 88 เป็นผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป และมีผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 29 มีความเสื่อมถอยในความสามารถในการทำหน้าที่ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Watanabe et al. (2010) ที่ศึกษาความแตกต่างที่เกี่ยวข้องกับอายุ ในทางสรีระวิทยา และผลทางด้านจิตใจหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่สอง ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย ในผู้ป่วยวัยกลางคนมีคะแนนสูงกว่าวัยสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ว่า อายุที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั้งกายภาพ สรีรภาพ จิตใจ และสังคม เป็นผลให้เกิดโรคความเสื่อมถอยในความสามารถในการทำหน้าที่ และมีผลทำให้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพลดลง

2. โรคร่วม (Comorbidity)

โรคร่วม (Comorbidity) หมายถึง โรคที่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลักของแพทย์ เป็นโรคที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล มิใช่โรคแทรกที่เกิดขึ้นภายหลัง และเป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงมากขึ้น หรือต้องดำเนินการตรวจ วินิจฉัย หรือรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนั้น (Utriyaprasit & Moore, 2005) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง จำนวน โรคที่ผู้ป่วยเป็นร่วมกับโรค

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและมีผลต่อการทำงานของร่างกาย เป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน เสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือพิการระหว่างรักษาตัวอยู่ในขณะนั้น

โรคร่วม (Comorbidity) ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีโรคร่วมจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งกายภาพและสรีรภาพ ของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคนั้น เป็นผลให้ไม่สามารถทำนายที่ได้ตามปกติ การวินิจฉัยโรคร่วม แพทย์สามารถบันทึกการวินิจฉัยได้มากกว่า 1 โรค โดยไม่จำกัดจำนวน ในการศึกษานี้ จึงกำหนดโรคร่วมในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยตัดโรคที่อาจเป็นภาวะแทรกซ้อนออก ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว เชื้อหุ้มหัวใจอักเสบ และการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ (Tazbir & Kereszte, 2010) และตัดโรคที่เป็นกลุ่ม International Classification of Diseases Tenth Revision (ICD-10) เดียวกัน คือ Ischemic heart disease (รหัส I20 - I25) ได้แก่ I20 Angina pectoris, I21 Acute myocardial infarction, I22 Subsequent myocardial infarction, I23 Certain current complication following acute myocardial infarction, I24 Other acute ischemic heart disease และ I25 Chronic ischemic heart disease (World Health Organization [WHO], 2010) โรคร่วมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พบได้บ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน (ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, 2552) เป็นต้น

มีหลายการศึกษา เช่นการศึกษาของ Herlitz และคนอื่นๆ (Herlitz et al., 1997; Johnston et al., 2004; Lazar et al., 1995; Rosen et al., 1999) รายงานสอดคล้องกันว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและมีภาวะโรคร่วม ส่งผลต่อกระบวนการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดให้ล่าช้าออกไป มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่นานมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และจากการศึกษาของ Bog - Hansen et al. (2007) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และภาวะไขมันในเลือดสูง มีความสำคัญต่ออัตราการเสียชีวิต (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) ตามลำดับ

จากการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด CABG และเป็นโรคเบาหวานร่วมกับมีระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงเป็นผลให้หลอดเลือดเกิดความเสื่อม และเกิดการแข็งตัวของผนังหลอดเลือด (Atherosclerosis) เกิดการตีตันกระจายไปทั่วร่างกายรวมถึงหลอดเลือดหัวใจ พบว่าการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นสาเหตุให้เลือดข้นหนืดไหลเวียนได้ไม่สะดวกหัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น และยังมีผลต่อกระบวนการหายของแผลทำให้แผลหายช้าลง มีโอกาสติดเชื้อได้สูงส่งผลให้ระยะเวลาที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลภายหลังผ่าตัดนานมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย

จากผลการศึกษาดังที่กล่าวมา โรคร่วมน่าจะมีผลต่อภาวะของโรคในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และจำนวนโรคร่วมที่มีมากจะส่งผลให้โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรุนแรงมากขึ้น มีอาการ ได้หลากหลายอาการตามพยาธิสภาพ มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น เพิ่มอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายมากขึ้น และน่าจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต โดยส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพลดลง

การประเมินโรคร่วม (Comorbidity) โดยประเมินจากการวินิจฉัยของแพทย์ ที่บันทึกไว้ตามที่ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาในครั้งนั้น ว่าผู้ป่วยมีชนิด และจำนวนโรคร่วมมากน้อยเพียงใด ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีจำนวนโรคร่วมมากจะมีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและภาวะการเจ็บป่วยมาก หากจำนวนโรคร่วมมีน้อยก็จะมีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและภาวะการเจ็บป่วยน้อย

3. อาการ (Symptoms)

อาการ (Symptoms) หมายถึง การรับรู้อาการของผู้ป่วย ซึ่งมีผลจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ทางชีวภาพ (Wilson & Cleary, 1995; Ferrans et al., 2005) โดยอาการของผู้ป่วยแต่ละคนมีองค์ประกอบที่แตกต่างกัน ตามลักษณะของบุคคล ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย และลักษณะของสิ่งแวดล้อม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การรับรู้อาการ การประเมินอาการที่เกิดขึ้น และการตอบสนองต่ออาการที่แตกต่างกัน

จากแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (The theory of unpleasant symptoms) ของ Lenz et al. (1997) ซึ่งได้ให้ความหมายของอาการ (Symptoms) ว่าเป็นอาการที่เกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์อย่างน้อย 1 เหตุการณ์ ซึ่งมีผลกระทบต่อบุคคลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยทำให้บุคคลมีอาการมากกว่า 1 อาการ แต่ละอาการประกอบด้วยหลายมิติ แต่ละมิติสามารถรายงานและประเมินแยกออกจากกันได้ ได้แก่ อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) อาการเหนื่อยล้า (Fatigue) อาการคลื่นไส้ (Nausea) และอาการปวด (Pain) ซึ่งทุกอาการประกอบด้วย 4 มิติ แต่ละมิติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แต่สามารถแยกจากกันได้ชัดเจน คือ มิติด้านความรุนแรง (Intensity) หรือระดับความรุนแรง (Severity) ของอาการ มิติด้านเวลา (Timing) เช่น ความถี่ของการเกิดอาการ มิติด้านความทุกข์ทรมาน (Distress) และมิติด้านคุณลักษณะของอาการ (Quality) ที่รบกวนการดำเนินชีวิต ซึ่งผลที่เกิดจากอาการประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ กิจกรรมด้านการทำหน้าที่ (Functional performance) ในการทำกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมด้านการรู้คิด (Cognitive performance) ในด้านการรับรู้และการตัดสินใจ

นอกจากนี้อาการที่เกิดขึ้นหลาย ๆ อาการพร้อมกัน เรียกว่า กลุ่มอาการ (Symptoms cluster) ซึ่ง Dodd, Miaskowski, and Paul (2001) ได้ให้ความหมายว่า หมายถึง อาการตั้งแต่

3 อาการหรือมากกว่าขึ้นไป ที่เกิดขึ้นพร้อมกันหรือเกิดร่วมกันมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แต่ไม่จำเป็นต้องเกิดจากสาเหตุเดียวกัน

อาการ (Symptoms) ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

อาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อาจมีเพียง 1 อาการ หรือมีอาการเกิดขึ้นมากกว่า 1 อาการขึ้นไป ที่เกิดหรือขึ้นพร้อมกันและ/ หรือเกิดร่วมกัน มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยอาการที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องเกิดจากสาเหตุเดียวกัน ซึ่งอาจมีผลทำให้การดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น ดังนั้นการประเมินอาการควรครอบคลุมใน 3 มิติ คือ ความถี่ ความรุนแรง และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน (Lenz et al., 1997) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ เจ็บแน่นหน้าอก ไม่สบายในอก (Angina pectoris หรือ chest pain) พบได้ร้อยละ 80 - 90 ในจำนวนนี้มีร้อยละ 25 ที่พบอาการอื่นร่วมด้วย เป็นอาการทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) อาการอ่อนเพลีย (Weakness) อาการเหนื่อยล้า (Fatigue) คลื่นไส้อาเจียน (Nausea & vomiting) และอาการใจสั่น (Palpitation) เหงื่อออกตัวเย็น และอาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวล (Anxiety) นอนไม่หลับ (Insomnia) และภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นต้น (จริยา ตันติธรรม, 2547; Mulryan, 2010; Reigle, 2005; Tazbir & Kereszte, 2010)

จะเห็นได้ว่า อาการดังกล่าวข้างต้น อาจเกิดจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือจากโรคร่วมที่ผู้ป่วยมี หรืออาจเกิดจากผลของการรักษาที่ได้รับ สอดคล้องกับการศึกษาของเป็น รักเกิด (2549) ที่ศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการแน่นหน้าอกมากที่สุด ร้อยละ 95.6 รองลงมาคืออาการเจ็บหน้าอกร้อยละ 91.1 นอกจากนี้ จากการศึกษาของ จิราวรรณ เดชอดิษฐ์ (2548) ที่ศึกษากลุ่มอาการและการจัดการกลุ่มอาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่ากลุ่มอาการที่เด่นชัด (Typical symptom cluster) พบอาการเจ็บ/ ปวด/ แน่นหน้าอก เป็นอาการเด่นมากที่สุดร้อยละ 74.47 โดยมีกลุ่มอาการเด่นตรงกัน 3 อาการ ซึ่งกลุ่มอาการที่พบมากที่สุด คือ อาการเจ็บ/ ปวด/ แน่นหน้าอก หอบเหนื่อย/ หายใจลำบาก/ หายใจขัด/ หายใจลึกไม่ได้ และเวียนศีรษะ/ หน้ามืด/ ตาลาย/ เป็นลม พบได้ร้อยละ 18.18 และกลุ่มที่มีอาการเด่นตรงกัน 2 อาการ ซึ่งกลุ่มอาการที่พบมากที่สุด คือ อาการเจ็บ/ ปวด/ แน่นหน้าอก และอาการหอบเหนื่อย/ หายใจลำบาก/ หายใจขัด/ หายใจลึกไม่ได้ พบได้ร้อยละ 19.44

นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Huffman et al. (2010) and Whooley et al. (2008) พบว่า อาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีอัตราการเกิดขึ้นสูงในกลุ่มผู้ป่วย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เป็นผลลบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและในระยะยาว ถึงแม้ว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพแล้ว ผู้ป่วยยังคงมีอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอยู่ พบประมาณร้อยละ 15 และพบมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไปร้อยละ 4 - 5 และจะยังคงมีอาการนานกว่า 6 เดือน มีบางรายงานพบอาการอยู่นานถึง 7 ปี

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า อาการและ/หรือกลุ่มอาการที่พบได้บ่อย คือ อาการเจ็บ/แน่นหน้าอก อาการหายใจลำบาก อาการวิงเวียนศีรษะ อาการวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีอาการอื่น ๆ ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า และอาการใจสั่น ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือด และการฉีดยาขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งยังมีพยาธิสภาพของโรคหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นซ้ำได้ โดยอาการที่กล่าวมาอาจมีเพิ่มขึ้น ซึ่งอาการต่าง ๆ ที่มีเพิ่มขึ้นนั้น อาจเกิดจากโรคร่วม หรือจากผลการรักษาที่ได้ผู้ป่วยได้รับ โดยอาการที่เกิดขึ้น แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ อาการทางด้านร่างกาย และอาการทางด้านจิตใจ ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

3.1 อาการทางด้านร่างกาย

อาการทางด้านร่างกายที่พบได้ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นผลจากพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้น ทำให้ความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่ลดลง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ทำให้เกิดความท้อแท้ และอาจส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ ได้ อาการทางด้านร่างกาย มี ดังนี้

3.1.1 อาการเจ็บและ/หรือแน่นหน้าอก เป็นผลมาจากการภาวะขาดเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ การลดประสิทธิภาพการทำงานจะสัมพันธ์กับพยาธิสภาพ โดยมีการเผาผลาญที่ผิดปกติและเกิดกรดแลคติกขึ้น ทำให้มีลักษณะที่สำคัญคืออาการเจ็บหน้าอก ไม่สบายในอก (Chest pain/ chest discomfort) โดยผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงขึ้นทันทีทันใด นาน และบ่อยมากขึ้น เจ็บนานมากกว่า 20 นาที โดยมีอาการเจ็บได้กระตุ้นปัสสาวะไปที่หัวไหล่ คอ ไตกลาง และแขน โดยเฉพาะด้านซ้าย แต่อาจจะร้าวไปที่แขนขวาด้วย ลักษณะการเจ็บเหมือนถูกบีบรัด หรือมีของหนักทับ แน่นหน้าอก อึดอัด หรือเสบน้าอก หายใจไม่ออก อาการเจ็บหน้าอกส่วนใหญ่มักจะไม่ทุเลาลงโดยการใช้ไนโตรกลีเซอรินหรือโดยการพัก (Lackey, 2006; Mulryan, 2010)

3.1.2 อาการหอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจไม่อิ่ม เกิดขึ้นจากการที่เนื้อเยื่อของร่างกายขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานแบบไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic metabolism) ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของกรดแลคติกในกระแสเลือด ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก ผ่านตัวรับทางเคมี (Chemoreceptor) จึงเกิดอาการหายใจลำบากตามมา มีผลต่อการรับรู้การเจ็บป่วยของบุคคล ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของอาการมากขึ้น โดยกระตุ้นตัวรับ

ความรู้สึก (Afferent receptor) ของทางเดินหายใจ เกิดการบีบตัวของหลอดลมทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก (Lenz et al., 1997)

3.1.3 อาการเหนื่อยล้า/ อ่อนเพลีย เกิดเนื่องจากการตายของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเฉียบพลัน ทำให้มีกระบวนการเผาผลาญที่ผิดปกติ เกิดเป็นกรดแลคติก ในกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน นอกจากนี้ ยังมีสาเหตุทางด้านจิตใจโดยเฉพาะ ความเครียด กลัว วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเหล่านี้จะไปกระตุ้นระบบประสาทลิมบิก ทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติมีการทำงานมากขึ้น เกิดกระบวนการเผาผลาญที่ผิดปกติ และมีการสะสมกรดแลคติกมากขึ้น ซึ่งทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้เช่นกัน (Crowe et al., 1996)

3.1.4 อาการใจเต้น/ หัวใจเต้นเร็ว เกิดจากจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ เนื่องจากการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และเกิดการทำลายเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจที่ถูกทำลายจะรบกวนกระบวนการนำคลื่นไฟฟ้า ทำให้หัวใจห้องบนและห้องล่างเต้นไม่สัมพันธ์กัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการทำให้เกิดอาการใจเต้นได้ (Tazbir & Kereszte, 2010)

นอกจากนี้ อาการทางด้านร่างกาย อาจรวมถึงอาการที่เกิดขึ้นนอกเหนือจากพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ อาจเกิดจากโรคร่วม ภาวะแทรกซ้อน และ/ หรือจากการรักษาที่ได้รับ ได้แก่ อาการมึนงง/ เวียนศีรษะ/ บ้านหมุน ปวดหลัง/ ปวดเมื่อยตามตัว นอนไม่หลับ/ หลับยาก และปวดศีรษะ/ ตึงท้ายทอย เป็นต้น

3.2 อาการทางด้านจิตใจ

อาการทางด้านจิตใจของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นผลจากการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลที่ได้รับ จากสภาพแวดล้อม ตลอดจนบทบาทในครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนไป ย่อมทำให้เกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ โดยอาการทางด้านจิตใจ มีดังนี้

3.2.1 อาการวิตกกังวล เกิดจากความผิดปกติระบบการแข็งตัวของเลือด และเกิดความผิดปกติของระดับซีโรโทนิน (Serotonin) และการขนส่งในระบบไหลเวียนเลือด ทำให้เกิดลิ้มเลือดมากขึ้น และเพิ่มความหนืดของเลือด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Huffman et al., 2010)

3.2.2 ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มักเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา สาเหตุเกิดจากมีการรวมกลุ่มและการทำงานของเกล็ดเลือดที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ซึมเศร้า โดยทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทอัตโนมัติจากการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ระดับของแคทโคลามีนในกระแสเลือด (Plasma catecholamine) เพิ่มขึ้น อัตราการเผาผลาญของร่างกายเพิ่มขึ้น เร่งให้เกิดคราบ (Plaque) หรือ

ทำลาย Endothelium ของหลอดเลือดแดงมากขึ้น เกิดเป็นลิ่มเลือดอุดตัน เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ ซึ่งส่งผลทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (Unstable angina) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำ และเกิดการเสียชีวิตกะทันหันได้ (Huffman et al., 2010)

การประเมินอาการ ประกอบด้วยการประเมินอาการ 2 ด้าน ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. การประเมินอาการทางด้านร่างกาย เป็นการประเมินการรับรู้อาการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งครอบคลุมใน 3 มิติของแต่ละอาการ ได้แก่ ความถี่ ความรุนแรง และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (The theory of unpleasant symptoms) ของ Lenz et al. (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

มิติด้านความถี่ของอาการ หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน รับรู้ว่าอาการนั้นเกิดขึ้นนั้นถี่เพียงใด

มิติด้านความรุนแรงของอาการ หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด

มิติด้านอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้น รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการสัมภาษณ์อาการทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ครอบคลุม ทั้งหมด 15 อาการ และเพิ่มเติมการสัมภาษณ์อาการแบบปลายเปิด อีก 1 ข้อในกรณีหากมีอาการที่เกิดขึ้นมากกว่า 15 อาการ โดยหาความเที่ยงของแบบสอบถามอาการโดยใช้วิธีการสอบซ้ำ (Test - retest reliability) วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน เท่ากับ 0.88 ซึ่งหากผู้ป่วยมีการรับรู้อาการทางด้านร่างกายมาก ก็จะมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ลดลง

2. แบบประเมินอาการทางด้านจิตใจ เป็นการประเมินอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งครอบคลุมในมิติของอาการ ได้แก่ ความถี่ ความรุนแรง และผลรบกวนที่มีต่อร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิต โดยผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ที่ธนา นิลชัย และคณะ (2539) แปลมาจากฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond and Snaith (1983) โดยเริ่มพัฒนาขึ้นเพื่อใช้กับผู้ป่วยทั่วไปในโรงพยาบาล โดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2539) ได้ทำการศึกษาหาค่าความเชื่อมั่นและความตรงของแบบวัด Thai HADS ในผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลรามาธิบดีจำนวน 60 ราย ผลการศึกษา พบว่า Thai HADS สามารถใช้วัดอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่

ศึกษาได้ดี โดยมีข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 5, 7, 9, 11 และข้อที่ 13 เป็นคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 4, 6, 8, 10, 12 และข้อที่ 14 โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินตามอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยให้ค่าคะแนนในข้อคำถามที่เป็นบวกเท่ากับ 0 - 3 และข้อคำถามที่เป็นลบ เท่ากับ 3 - 0 คะแนน โดยมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการใช้ค่าครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.85 และ 0.82 ตามลำดับ โดยประเมินอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพื่อให้ดูแลรักษาต่อไป

ผลกระทบจากอาการ

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการที่หลากหลายได้หลายอาการดังที่กล่าวมา ความถี่และความรุนแรงจากอาการต่าง ๆ ที่เกิดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีผลรบกวนต่อการปฏิบัติหน้าที่และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเกิดซ้ำอีก หากพยาธิสภาพของโรคยังคงมีอยู่ นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้อาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่งผลกระทบต่ออาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า ด้วยเช่นกัน โดยพบว่าผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลมักมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงร่วมด้วย ในระยะ 1 เดือน และนานกว่า 6 เดือน เท่ากับร้อยละ 94 และ 61 ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลถึงร้อยละ 20 - 50 หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและมีอาการคงอยู่ถึง 2 ปี (Huffman et al., 2010) เนื่องจากผู้ป่วยจะมีการจำกัดกิจกรรมของตนเอง เพราะเกรงจะมีผลกระทบต่อหัวใจ ต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ทำให้เกิดการดูแลให้แก่ผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อสถานะของจิตใจของผู้ป่วยเพราะรู้สึกหดหู่ ห่อเหี่ยว ท้อแท้ สูญเสียความภาคภูมิใจในการทำหน้าที่ของตนเอง นอกจากนี้การกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ จะยังมีผลต่อจิตใจ ทำให้เกิดอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (จริยา ดันดิธรรม, 2547; Ellis et al., 2005)

ความสัมพันธ์ของอาการกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

จากการศึกษาของ Kimble et al. (2011) ที่ศึกษาถึง การรับรู้ความถี่ของอาการเจ็บหน้าอก อาการหายใจลำบาก และอาการเหนื่อยล้าต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นระยะเวลานาน 16 เดือน ผลการศึกษา พบว่า ทั้ง 3 อาการดังที่กล่าวมา มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพทั้งสุขภาพทางด้านร่างกาย และสุขภาพทางด้านจิตใจ ($R^2 = 2.43$ และ 0.70 , $p < .05$) ตามลำดับ

และจากการศึกษาของ O'Neil et al. (2010) ที่ศึกษาเรื่องความสามารถในการทำนายการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะเวลา 6-12 เดือน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงเพิ่มขึ้นและความสามารถกลับเข้าทำงานลดลง ($R^2 = 0.20, p < 0.001$) เมื่อไม่สามารถกลับเข้าทำงานได้เหมือนเดิม ทำให้สูญเสียรายได้ ลดบทบาททางสังคม และมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Hofer et al. (2005) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะ 3 เดือน พบว่า ภาวะซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยมีความสัมพันธ์กับสุขภาพทางด้านร่างกาย ($r = -0.36$ และ $-0.43, p < 0.05$) และสุขภาพทางด้านจิตใจ ($r = -0.14$ และ $-0.34, p < 0.05$) ตามลำดับ

ดังนั้นสรุปได้ว่า อาการเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่ออาการที่เกิดขึ้น อาจมีเพียง 1 อาการหรือมากกว่า 1 อาการ ซึ่งอาจเกิดจากพยาธิสภาพโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดจากโรคร่วม ภาวะแทรกซ้อนและการรักษาที่ได้รับ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาการรับรู้อาการทางด้านร่างกายครอบคลุม 15 อาการดังที่กล่าวมาข้างต้น และอาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า โดยถ้ามีความเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต การรับรู้ความรุนแรงของอาการก็จะสูงขึ้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการ และการประเมินอาการของแต่ละบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล ย่อมส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้

4. การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม (Cohen & Wills, 1985) โดยเฉพาะในภาวะที่บุคคลมีการเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตัวเองได้จำกัด (พิมพ์พรรณ กิตติวงศ์ศักดิ์, 2547) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์ที่มั่นคง มีผลทำให้ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรคทำงานได้ดี (มาลิน มาลาอี, 2549)

จากแนวคิดของ Dever and Dever (1991) กล่าวว่า ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมในมิติทางจิตสังคมหมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์การแลกเปลี่ยนทางสังคมส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล เช่นเดียวกับแนวคิดคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพของ Wilson and Cleary (1995) ที่กล่าวว่า ลักษณะของสิ่งแวดล้อมได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ของครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ มีอิทธิพลต่อสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นส่วนหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

ความหมายและประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

ได้มีการให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลาย ดังนี้

Cobb (1976) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมโดยเน้นด้านจิตใจ ว่าเป็นการที่บุคคลมีการติดต่อสื่อสารและได้รับข้อมูล ที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีผู้ที่ให้ความสนใจ ดูแลเอาใจใส่ และให้ความรัก เชื่อว่ามีบุคคลยกย่องและมองเห็นคุณค่า และเชื่อว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการติดต่อและผูกพันซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ Cobb ยังแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองได้รับความรับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับความสนิทสนม มีความผูกพันรักใคร่ และไว้วางใจซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนทางด้านการยอมรับและมีคุณค่า (Esteem support) เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น
3. การสนับสนุนการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or network) เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าตนเองเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ ความไว้วางใจ ความห่วงใย การให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อการเรียนรู้ และประเมินตนเอง ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การแสดงออกถึงความเชื่อและความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรักความผูกพันความรู้สึกไว้วางใจการดูแลเอาใจใส่ และห่วงใยซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ทำให้บุคคลสามารถนำไปแก้ไขปัญหาก็เผชิญอยู่
3. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) หมายถึง การได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นได้แก่ การเห็นพ้อง การยอมรับ และการยกย่องชมเชย ทำให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม
4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงในด้านสิ่งของ แรงงาน และการบริการต่าง ๆ รวมทั้งการสนับสนุนทางการเงิน

Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) ได้สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และวัตถุสิ่งของ หรือบริการ โดยที่ผู้รับจะได้รับประโยชน์จากความช่วยเหลือหรือการมีปฏิสัมพันธ์นั้น ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการได้รับการสนับสนุนที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจและความรู้สึกมั่นใจ
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการได้รับข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการประเมินการกระทำของบุคคล
3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของเงินทองแรงงานหรือบริการ

จากแนวคิดดังกล่าว สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงการได้รับการช่วยเหลือจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม เพื่อตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของบุคคลทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยสามารถแบ่งออกเป็น ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน และแรงงาน เป็นต้น

การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผู้ป่วยที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต้องเผชิญกับการรับรู้อาการ การรักษา และการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่เกิดขึ้นในภาวะฉุกเฉิน ความแตกต่างในการเผชิญปัญหา และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหา และมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้ดี (Kristofferzon, Lofmark, & Carlsson, 2005) การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จึงเป็นการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ ผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ จึงมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารและการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยทางด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจะช่วยลดความเครียด สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพ

อนามัยที่ดี (จิตติยา สมบัติบุรณ์, 2545) มีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล ซึ่งเป็นการลดตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียดช่วยป้องกันโรคและเพิ่มความคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีข้อจำกัดของการสนับสนุนทางสังคมจากการที่มีจำนวนเพื่อนน้อย และต้องอาศัยอยู่ตามลำพัง จะเพิ่มอัตราการเจ็บป่วย และอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ ยังพบอีกว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย โดยหากผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ เมื่อได้รับโปรแกรมที่เหมาะสมในการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม เป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยมีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าเดิม และมีผลต่ออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Taylor, 2003) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมให้มีระดับการสนับสนุนทางสังคมที่สูงขึ้น จะมีผลต่อสถานะของโรคที่ดีขึ้น และจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้นเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Vaglio et al. (2004) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($r = 0.20, p < 0.01$) และพบว่าในผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าหรืออาศัยอยู่คนเดียว จะมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมน้อย

ดังนั้นพอสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะสามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

เนื่องจากมีความแตกต่างกันของแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม จึงมีผู้ต้นคิดแบบวัดหรือแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย ซึ่งแบบสอบถามแต่ละชุดมีความแตกต่างกันในด้านมิติที่เป็นองค์ประกอบย่อย การนำไปใช้จึงต้องพิจารณาตามความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง แนวคิดที่ใช้และตัวแปรที่ต้องการวัด เช่น Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) สร้างตามแนวคิดของ Kahn (1979) เป็นคำถามที่เกี่ยวกับการปรับตัว, Social Support Questionnaire (SSQ) ที่พัฒนาโดย Sarason เป็นคำถามที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ส่วนบุคคล การปรับตัวหรือการจัดการ Social Support Questionnaire ที่พัฒนาโดย Schaefer et al. (1981) เป็นคำถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางด้านสิ่งของอารมณ์ข้อมูลข่าวสาร (มาลิน มาลาธิ, 2549) และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) ของ Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley (1988) เป็นคำถามเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (Family) เพื่อน (Friends) และบุคคลอื่นในสังคม (Significant other)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support [MSPSS]) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำหรับวัดความเข้าใจ และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จากครอบครัว (Family) เพื่อน (Friends) และบุคคลใกล้ชิด (Significant other) ซึ่งถูกพัฒนาโดย Zimet, Dahlem and Farley (1988) นิยมนำมาใช้วัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่ง Sayers, Riegel, Pawlowski, Coyne, & Samaha, (2008) ได้นำมาใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 64 คน ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87 สำหรับในประเทศไทย Boonyamalik (2005) ได้นำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ของ Zimet et al. (1988) โดย Boonyamalik (2005) นำมาแปลเป็นภาษาไทย โดยผ่านกระบวนการแปลและแปลย้อนกลับ (Translation - Back translation) อย่างครบถ้วน ซึ่งเนื้อหาของแบบสอบถามชุดนี้มีความหมายใกล้เคียงกับต้นฉบับภาษาอังกฤษมากที่สุด โดยลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 7 ระดับ เท่ากับ 1 - 7 ประกอบด้วย ข้อคำถาม 12 ข้อ มีรายละเอียดของแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การได้รับความช่วยเหลือทางสังคมจากครอบครัว ได้แก่ ข้อที่ 3, 4, 8 และข้อที่ 11 การได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน ได้แก่ ข้อที่ 6, 7, 9 และข้อที่ 12 และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 5 และข้อที่ 10 โดยนำมาใช้ในการศึกษารูปแบบการทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.88

กล่าวโดยสรุปจะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และ/หรือมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยต่าง ๆ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ภายใต้แนวคิดคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของ Wilson and Cleary (1995) ที่ใช้เป็นแนวคิดพื้นฐานของการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ โรคร่วม อาการ ได้แก่ อาการทางด้านร่างกายและอาการทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม น่าจะสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ เพื่อใช้เป็นแนวทางให้บุคลากรในทีมสุขภาพในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่อไป