

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุ โรคร่วม อาการ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐมและโรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2555 ผู้วิจัยได้กำหนดลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างน้อย 6 เดือน มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป เคยได้รับการเปิดทางเดินหลอดเลือดด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือ ได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนและ/หรือการใส่ขดลวด (Stent) หรือได้รับการเปิดทางเดินหลอดเลือดทั้งสองวิธีร่วมกัน มีอาการอยู่ในระยะคงที่ (Hemodynamic stability) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) คำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของแต่ละของโรงพยาบาลได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับผู้ช่วยนักวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามอาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์อาการทางด้านร่างกาย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (The theory of unpleasant symptoms) ของ Lenz et al. (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และแบบสอบถามอาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ของธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ซึ่งแปลมาจากฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond and Snaith(1983) ชุดที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ของ Zimet et al. (1988) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดย Boonyamalik (2005) และชุดที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ฉบับภาษาไทย (SF-12 เวอร์ชัน 2) ของบริษัท Quality Metric Incorporated (License Number: QM010460) ที่พัฒนาขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์อาการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา และภาษาที่ใช้ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 5 ท่าน มีดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1 ซึ่งหลังจากได้ปรับปรุงแก้ไขภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา ให้มีความชัดเจนด้านเนื้อหา ความเหมาะสมทางภาษาตามความคิดเห็น และข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ และนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 100 ราย สำหรับแบบสอบถามอาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามตามต้นฉบับทั้ง 3 ชุด ซึ่งได้ผ่านการใช้และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือมาแล้ว

การหาความเชื่อมั่น โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามอาการทางด้านร่างกาย แบบสอบถามอาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีลักษณะตรงตามข้อกำหนด จำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์อาการทางด้านร่างกายโดยใช้วิธีการสอบซ้ำ (Test - retest reliability) ได้เท่ากับ 0.98 และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์หลังการนำไปทดสอบกับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์อาการทางด้านร่างกาย แบบสอบถามอาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ เท่ากับ 0.88, 0.82 และ 0.87 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจเท่ากับ 0.81 และ 0.72 ตามลำดับ และเมื่อนำแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์อาการทางด้านร่างกาย แบบสอบถามอาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ เท่ากับ 0.93, 0.88 และ 0.84 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นของคะแนนรวมทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ เท่ากับ 0.81 และ 0.79 ตามลำดับ

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.00) มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี และ 70 - 79 ปี จำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 30.00) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 84.00) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 79.00) มีอาชีพทำงานบ้าน (ร้อยละ 37.00) รองลงมา คือ รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 23.00) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 2,500 - 5,000 บาท (ร้อยละ 34.00) รองลงมา คือ 5,001 - 10,000 บาท (ร้อยละ 24.00) และมีสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 82.00)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระยะ 1 ปีขึ้นไป ถึง 5 ปี (ร้อยละ 40.00) รองลงมา คือ 6 เดือนถึง 1 ปี (ร้อยละ 37.00) มีระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน Killip Class II (ร้อยละ 55.00) โดยมีโรคร่วมจำนวน 2 โรค (ร้อยละ 43.00) รองลงมา คือ จำนวน 1 โรค (ร้อยละ 27.00) โรคร่วมส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูงและระดับไขมันในเลือดสูงมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 69.00 และ 67.00 ตามลำดับวิธีการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับเป็นส่วนใหญ่ คือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด (ร้อยละ 88.00) โดยพบว่าในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยที่ต้องมารักษาที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 87.00) เมื่อเจ็บป่วยจำเป็นต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (ร้อยละ 84.62) ส่วนใหญ่อาการ/และหรือภาวะที่ทำให้มารักษาที่โรงพยาบาล คือ อาการหอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจไม่อิ่ม (ร้อยละ 30.79) รองลงมา คือ เจ็บ/แน่นหน้าอก ใจสั่น/หัวใจเต้นเร็ว และความดันโลหิตต่ำ จำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 15.38) ชนิดของยาที่ผู้ป่วยได้รับมีจำนวน 5 - 10 ชนิด (ร้อยละ 80.00) โดยยาต้านการแข็งตัวของเลือดเป็นชนิดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด (ร้อยละ 99.00)

ส่วนที่ 2 อาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

อาการทางด้านร่างกายโดยกลุ่มตัวอย่างมีอาการทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นทั้งหมด

15 อาการ พบว่าอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) อาการปวดหลัง/ปวดเมื่อยตามตัว 2) นอนไม่หลับ/หลับยาก 3) มึนงง/เวียนศีรษะ/บ้านหมุน 4) อาการเหนื่อยง่าย/อ่อนเพลีย และ 5) อาการเจ็บ/แน่นหน้าอก (ร้อยละ 70.00, 67.00, 60.00, 59.00 และ 51.00 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของอาการโดยรวมทั้งหมด เท่ากับ 47.95 ($SD = 34.35$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของแต่ละอาการที่เกิดขึ้น 5 อันดับแรก พบว่าอาการที่มีค่าคะแนนรวมเฉลี่ยมากที่สุดคือ 1) ปวดหลัง/ปวดเมื่อยตามตัว 2) นอนไม่หลับ/หลับยาก 3) อาการเหนื่อยง่าย/อ่อนเพลีย 4) ปวดเสียวเข่า/ขา และ 5) มึนงง/เวียน

ศีรษะ/ ป้านทูน ($\bar{X} = 5.10, SD = 4.17$; $\bar{X} = 4.96, SD = 4.53$; $\bar{X} = 4.28, SD = 4.42$; $\bar{X} = 4.01, SD = 4.97$ และ $\bar{X} = 3.96, SD = 4.00$ ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณา ถึงอาการทางด้านร่างกายที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อยล้า/ อ่อนเพลียมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.00 เมื่อพิจารณา มีอาการด้านความถี่ ความรุนแรง และการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ของอาการทางด้านร่างกาย พบว่า มีมากที่สุดเช่นกัน ($\bar{X} = 0.85, SD = 0.89$; $\bar{X} = 1.99, SD = 2.38$ และ $\bar{X} = 0.85, SD = 1.02$) รองลงมา คือ อาการเจ็บ/ แน่นหน้าอก คิดเป็นร้อยละ 51.00 ($\bar{X} = 3.62, SD = 4.38$) และมีติของอาการด้านความถี่ ความรุนแรง และการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของอาการ เท่ากับ $\bar{X} = 0.67, SD = 0.77$; $\bar{X} = 1.67, SD = 2.43$ และ $\bar{X} = 0.77, SD = 0.94$

อาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เมื่อพิจารณาโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการรับรู้อาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 100.00 ($\bar{X} = 5.44, SD = 3.39$ และ $\bar{X} = 4.24, SD = 3.20$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 74.00 และ 84.00 ตามลำดับ ($\bar{X} = 3.93, SD = 2.42$ และ $\bar{X} = 3.23, SD = 2.19$) และมีกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติทางจิตด้านอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 8.00 และ 3.00 ตามลำดับ ($\bar{X} = 11.25, SD = 0.89$ และ $\bar{X} = 13.33, SD = 2.31$)

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 68.22, SD = 9.33$) เมื่อพิจารณารายด้าน ได้แก่ ด้านครอบครัว ด้านเพื่อน และด้านบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า การสนับสนุนทางด้านครอบครัวและด้านบุคลากรทางการแพทย์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 25.70, SD = 2.54$ และ $\bar{X} = 23.63, SD = 3.81$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านเพื่อน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 18.89, SD = 6.01$)

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 96.00 ($\bar{X} = 72.99, SD = 12.01$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนรวมเฉลี่ยทางด้านร่างกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 82.00 ($\bar{X} = 69.65, SD = 12.22$) ส่วนคะแนนรวมเฉลี่ยทางด้านจิตใจส่วนใหญ่ในระดับดีเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 98.00 ($\bar{X} = 78.67, SD = 12.86$) ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่าอาการทางด้านจิตใจ คือ อาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และอาการทางด้านร่างกาย สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ร้อยละ 59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.59, p < .001$) โดยพบว่า อาการทางด้านจิตใจ คือ อาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรค

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้มากที่สุด ($Beta = -0.53, p < .001$) รองลงมาได้แก่ อาการทางด้านร่างกาย ($Beta = -0.37, p < .001$)

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.00 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 72.99, SD = 12.20$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนรวมเฉลี่ยด้านร่างกายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.00 ($\bar{X} = 69.65, SD = 12.22$) และคะแนนรวมเฉลี่ยด้านจิตใจในระดับดี ร้อยละ 98.00 เช่นเดียวกัน ($\bar{X} = 78.67, SD = 12.86$) โดยผลการศึกษาชี้ชัดแย้งกับ Ellis et al. (2005) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 38 (Ellis et al., 2005) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยคนไทยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจจากศูนย์หัวใจทั่วประเทศในโครงการ “ผ่าตัดหัวใจ 8,000 ดวง” ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จำนวน 386 ราย วิษซ์ เกษมทรัพย์ และคณะ (2550) พบว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับที่ดีกว่า ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยผู้ป่วยคนไทยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจมีคะแนนรวมเฉลี่ยด้านร่างกายอยู่ในระดับไม่ดี โดยมีค่าคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50 ($\bar{X} = 46.90, SD = 8.00$) ส่วนด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 54.40, SD = 8.40$) สามารถอธิบายได้ว่า

กลุ่มตัวอย่างเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลันแล้วมีถึงร้อยละ 54.00 ที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้วิธีการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) สามารถเปิดหลอดเลือดได้ดีกว่าเลือดสามารถไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดี ลดการเกิดการอุดตันซ้ำ (Re - infarction) และลดอัตราการตายได้ดีกว่า ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (นครินทร์ ศันสนียุทธ, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Weintraub et al. (2008) ที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดร่วมกับการรักษาทางยา และผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า หลังจากได้รับการรักษา 3 เดือน ผู้ป่วยไม่มี

อาการเจ็บหน้าอกร้อยละ 53.00 ในผู้ที่ได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือด (PCI) ร่วมกับการรักษาด้วยยา และร้อยละ 42 ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว

นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 6 เดือนถึง 5 ปี ร้อยละ 77 (ตารางที่ 5) นั่นคือการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ยังคงมีผลต่อพยาธิสภาพของหลอดเลือดทำให้ไม่เกิดภาวะการขาดเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจรวมถึงทำให้มีระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่รุนแรงมากขึ้นโดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน Killip Class II มากที่สุด (ตารางที่ 5) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความสุขสบายเหมือนคนปกติในขณะที่พัก แต่จะอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยหรือเจ็บหน้าอกเมื่อทำกิจกรรมโดยทั่วไป จึงทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่มีอาการกำเริบของโรค การรับรู้อาการทางด้านร่างกายที่เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีน้อย ส่วนการรับรู้อาการทางด้านจิตใจที่ปกติ ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่ดี และปฏิบัติตามตามความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างเหมาะสม ก็จะส่งผลให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ดีได้ ซึ่งผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของ Wilson and Cleary (1995)

2. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ได้แก่ อายุ โรคร่วม อาการประกอบด้วย อาการทางด้านร่างกาย อาการทางด้านจิตใจ คือ อาการวิตกกังวลและภาวะวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีทั้งหมด 2 ตัวแปร ได้แก่ อาการทางด้านจิตใจ คือ อาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และอาการทางด้านร่างกายสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ร้อยละ 59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.59, p < .001$) โดยพบว่า อาการทางด้านจิตใจ คือ วิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้มากที่สุด ($\beta = -0.53, p < .001$) รองลงมา คือ อาการทางด้านร่างกาย ($\beta = -0.37, p < .001$) สามารถอธิบายได้ ดังนี้

2.1 อาการทางด้านจิตใจ คือ อาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 74.00 และ 84.00 ตามลำดับ และมีกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติทางจิตด้านอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 8.00 และ 3.00 ตามลำดับ โดยพบว่าอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.69, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 2 โดยผลการศึกษารังนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hofer et al. (2005) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะ 3 เดือน พบว่า อาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยมีความสัมพันธ์กับสุขภาพทางด้านร่างกาย ($r = -0.36$ และ $-0.43, p < 0.05$) และสุขภาพทางด้านจิตใจ ($r = -0.14$ และ $-0.34, p < 0.05$) สามารถอธิบายได้ว่า

ผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มักเกิดอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าตามมา สาเหตุเกิดจากความผิดปกติของระบบการแข็งตัวของเลือด ระดับซีโรโทนิน (Serotonin) และการขนส่งในระบบไหลเวียนเลือด (Huffman et al., 2010) นอกจากนี้ จากอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ๆ ตลอดจนบทบาทในครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนไป ทำให้รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่ายอมทำให้เกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ทำให้มีอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้น (Ellis et al., 2005) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Neil et al. (2010) ที่ศึกษาเรื่องความสามารถในการทำนวยการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะเวลา 6 -12 เดือน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงเพิ่มขึ้นและความสามารถกลับเข้าทำงานลดลง ($R^2 = 0.20, p < 0.001$) เมื่อไม่สามารถกลับเข้าทำงานได้เหมือนเดิม ทำให้สูญเสียรายได้ ลดบทบาททางสังคม และมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงและไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Huffman et al. (2010) และ Whoolley et al. (2008) พบว่า อาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีอัตราการเกิดขึ้นสูงในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เป็นผลลบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและในระยะยาว ซึ่งผลการศึกษารังนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เริ่มมีอาการวิตกกังวลและมีอาการวิตกกังวลที่ผิดปกติทางจิต ร้อยละ 18.00 และ 8.00 ตามลำดับ และยังพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13 ที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน โดยมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี และส่งผลให้การรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพดีขึ้นไปด้วย

ดังจะเห็นได้ว่า อาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางด้านร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางชีววิทยาและส่งผลกระทบต่อส่วนประกอบทั้งหมดของสุขภาพ รวมทั้งความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกาย หากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่มีอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า จะทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี และมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ดีด้วย แต่ถ้าหากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูง หรือมีความผิดปกติทางจิตก็ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี และมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ไม่ดีด้วยเช่นกัน (Ferrans et al., 2005)

2.2 อาการทางด้านร่างกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอาการทางด้านร่างกายเฉลี่ย 7 อาการต่อราย ($\bar{X} = 6.91, SD = 4.10$) คะแนนเฉลี่ยอาการทางด้านร่างกายโดยรวมทั้งหมดเท่ากับ 47.95 ($SD = 34.35$) โดยอาการทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.60, p < .01$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพได้ ($Beta = -0.37, p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่า

อาการทางด้านร่างกาย ซึ่งอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคร่วม ภาวะแทรกซ้อน และ/หรือการรักษาที่ได้รับ ทำให้มีอาการทางด้านร่างกายได้หลายอาการ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อาการที่เกิดขึ้นมากที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ 1) อาการปวดหลัง/ปวดเมื่อยตามตัว 2) นอนไม่หลับ/หลับยาก 3) มึนงง/เวียนศีรษะ/บ้านหมุน 4) อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย และ 5) อาการเจ็บ/แน่นหน้าอก คิดเป็นร้อยละ 70.00, 67.00, 60.00, 59.00 และ 51.00 ตามลำดับเมื่อพิจารณา คะแนนเฉลี่ยของอาการ โดยรวมทั้งหมดเท่ากับ 47.95 ($SD = 34.35$) ส่วนคะแนนรวมเฉลี่ยแต่ละอาการที่เกิดขึ้น 5 อันดับแรก คือ 1) ปวดหลัง/ปวดเมื่อยตามตัว 2) นอนไม่หลับ/หลับยาก 3) อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย 4) ปวดเสียวเข้า/ขา และ 5) มึนงง/เวียนศีรษะ/บ้านหมุน ($\bar{X} = 5.10, SD = 4.17; \bar{X} = 4.69, SD = 4.53; \bar{X} = 4.28, SD = 4.42; \bar{X} = 4.01, SD = 4.79$ และ $\bar{X} = 3.96, SD = 4.00$ ตามลำดับ) (ตาราง ที่ 6) ซึ่งอาการทางด้านร่างกายที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เด่นชัด มีเพียงอาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย และอาการเจ็บ/แน่นหน้าอก เมื่อพิจารณาถึง คะแนนรวมเฉลี่ยของแต่ละอาการมีเพียงอาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลียเท่านั้น สามารถอธิบายได้ว่า

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งได้รับการรักษาด้วยการเปิดทางเดินหลอดเลือดมาแล้ว และยังมีการรักษาต่อเนื่อง

ทำให้ผลของการรักษายังคงอยู่ ทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการรับรู้อาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันน้อย ส่วนอาการทางด้านร่างกายอื่น ๆ ที่น่าจะเกิดจากโรคร่วมภาวะแทรกซ้อน และการรักษาที่ได้รับ นอกจากนี้อาจเกิดจากความเสื่อมในการทำหน้าที่การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ และระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งมีผลจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุทำให้เกิดอาการทางด้านร่างกายอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น อย่างเห็นได้ชัด โดยอาการเหล่านี้มีผลกระทบทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น กิจกรรมประจำวัน ซึ่งส่งผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปไม่ดีและมีผลกระทบโดยตรงต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ไม่ดีตามไปด้วย

ผลการศึกษาครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของ Wilson and Cleary (1995) เชื่อว่าอาการเป็นผลจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ทางชีวภาพ ซึ่งอาการของผู้ป่วยแต่ละคนมีองค์ประกอบที่แตกต่างกันทั้งด้านบุคคลด้านสุขภาพความเจ็บป่วยและด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งมีอิทธิพลต่อประสบการณ์การรับรู้อาการ การประเมินอาการที่เกิดขึ้น และการตอบสนองของอาการที่แตกต่างกัน การรับรู้ถึงอาการต่าง ๆ ของบุคคลนี้ จะส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย หากการรับรู้ถึงอาการมีมาก ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย อาการเจ็บ/แน่นหน้าอก อาการปวดหลัง/ ปวดเมื่อยตามตัว นอนไม่หลับ/ หลับยากปวดเสียวเข่า/ ขา และมึนงง/ เวียนศีรษะ/ บ้าหมุนมากจะส่งผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง และรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนแย่ลง แต่ในทางกลับกันหากบุคคลมีการรับรู้ถึงอาการต่าง ๆ น้อย ก็จะมีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายน้อย ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุคคลที่ดีขึ้นด้วย

2.3 ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ มีทั้งหมด 3 ตัวแปร ได้แก่ อายุ โรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

อายุ ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพได้ และไม่ปฏิบัติตามสมมติฐาน โดยผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.24, p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Arnold et al. (2009) ที่ศึกษาอิทธิพลของอายุต่อความสามารถในการทำหน้าที่ อัตราการเสียชีวิต และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หลังออกจากโรงพยาบาล พบว่า มีผู้เสียชีวิตภายใน 1 ปี ร้อยละ 88.00 เป็นผู้ที่มียาอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป และมีผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 29.00 ที่มีความเสื่อมถอยในความสามารถในการทำหน้าที่ และพบว่าปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($r = .59, p < .01$) แต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ทั้งนี้ เนื่องมาจากผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีอายุอยู่ในช่วง 60 - 79 ปี เป็นส่วนใหญ่ซึ่งทำให้ไม่มีความแตกต่างกันซึ่งโดยธรรมชาติ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บทบาทหน้าที่ในการทำงาน และกิจกรรมต่างๆ จะลดลง ความรับผิดชอบต่อครอบครัวและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมก็ลดตามไปด้วย จึงไม่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพอายุจึงไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพได้

โรคร่วม ในการศึกษารั้งนี้ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพได้ และไม่เป็นไปตามสมมติฐาน โดยผลการศึกษารั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมจำนวน 2 โรคมากที่สุด ร้อยละ 43.00 โรคร่วมส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูงและระดับไขมันในเลือดสูงใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 69.00 และ 67.00 และพบว่าโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ศึกษาส่วนใหญ่มีจำนวนโรคร่วมน้อย และส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยมีความคุ้นชินและมีการปรับตัวต่อโรคร่วมที่เป็นอยู่ และจากการศึกษายังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลรักษาและรับยาจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง (ตารางที่ 5) ดังนั้นเมื่อจำนวนโรคร่วมน้อยและสามารถควบคุมโรคได้ จึงไม่มีผลต่อภาวะความรุนแรง และการรับรู้อาการของโรคในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนอกจากนี้ยังไม่มีผลกระทบหรือทำให้มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ หรือเพิ่มอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตให้มากขึ้น จึงไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพอันจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพลดลง

นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมในการศึกษารั้งนี้ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพได้ และไม่เป็นไปตามสมมติฐาน โดยผลการศึกษารั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 68.22, SD = 9.33$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Vaglio et al. (2004) ที่ศึกษาในผู้ป่วยหลังได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือด 6 เดือนพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.20, p < 0.01$) และพบว่าในผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าหรืออาศัยอยู่คนเดียว จะมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมน้อย

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 68.22, SD = 9.33$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านครอบครัวและด้านบุคลากรทางการแพทย์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 25.70, SD = 2.54$ และ $\bar{X} = 23.63, SD = 3.81$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านเพื่อนมีคะแนนเฉลี่ยอยู่

ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 18.89, SD = 6.01$) นั้นหมายถึง ผู้ป่วยยอมได้รับการดูแลช่วยเหลือและการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว จากเพื่อน และจากบุคคลากรทางการแพทย์อย่างเพียงพอ ซึ่งแสดงถึงการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงค่าในตนเอง มีกำลังใจ ช่วยลดความเครียด สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสมทำให้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยจึงเกิดขึ้นน้อย จึงไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพได้

โดยสรุปจากผลการศึกษครั้งนี้ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ อาการทางด้านจิตใจ คือ อาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และอาการทางด้านร่างกาย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่มีอาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ร่วมกับการไม่มีอาการเจ็บป่วยหรือเกิดอาการต่าง ๆ ทางด้านร่างกาย จะส่งผลที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทำให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ตลอดจนการรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพโดยรวมก็ดีขึ้นเช่นกัน ทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข เป็นไปตามแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995)

โดยผลการศึกษาดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ต่อระบบบริการสุขภาพบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถนำไปใช้วางแผนการดูแลและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะแนวทางในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังต่อไปนี้

1. ส่งเสริมให้มีการประเมินอาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อทราบระดับอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และจัดการดูแลให้คำปรึกษาและให้การรักษา เพื่อลดอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยให้น้อยลง ไม่เกิดอาการผิดปกติทางจิต และส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

2. บูรณาการผลการศึกษาในครั้งนี้ ในการจัดการเรียนการสอน โดยเน้นให้นักศึกษาพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และตระหนักถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ อาการทางด้านจิตใจ เช่น อาการวิตกกังวลและ

ภาวะซึมเศร้า และอาการทางด้านร่างกาย สามารถนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างเหมาะสม

3. นำข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ ในการพัฒนาบุคลากรในทีมสุขภาพให้ตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เช่น จัดอบรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับบุคลากรในหน่วยงานและในเครือข่ายสุขภาพ ในเรื่องการประเมินอาการทางด้านร่างกาย อาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ผิดปกติ เพื่อจัดการดูแลให้คำปรึกษา และให้การรักษาที่ถูกต้อง รวมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษากครั้งต่อไป

1. นำปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ อาการทางด้านร่างกายและอาการทางด้านจิตใจไปใช้ในการวิจัยเชิงทดลอง โดยสร้างเป็นโปรแกรมเพื่อใช้ในการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มุ่งเน้นเรื่องการลดสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อส่งเสริมให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

2. เนื่องจากการศึกษานี้จำกัดอยู่เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มารับการตรวจรักษา ณ โรงพยาบาลศูนย์ในพื้นที่ตรวจราชการเขต 4 และ 5 ของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือทำหัตถการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนหรือร่วมกับการใส่ขดลวด (Stent) เท่านั้น จึงไม่สามารถนำผลการวิจัยไปอ้างอิงกับประชากรในที่อื่น ๆ หรือประชากรกลุ่มอื่น ๆ ได้ ดังนั้น จึงควรขยายผลการศึกษาโดยศึกษาเพิ่มเติมในเขตพื้นที่อื่น ๆ และศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทางเบี่ยงหรือทำบายพาสหลอดเลือดโคโรนารีที่อุดตัน (Coronary Artery Bypass Grafting [CABG]) เป็นต้น