

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ  
อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

Factors Predicting Quality of Life among Patients with  
Post-Percutaneous Coronary Intervention in Chonburi Province

จิวรรณ พุทธาสมศรี<sup>1\*</sup>, ยูวดี ลีลัคณาวิระ<sup>2</sup> และ วรณรัตน์ ลาวัง<sup>2</sup>

Tiwan Puttasomsri<sup>1\*</sup>, Yuwadee Leelukkanaveera<sup>2</sup> and Wannarat Lawang<sup>2</sup>

นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา<sup>1\*</sup>,

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา<sup>2</sup>

Master of Nursing Science Students, Community Practice Nursing, Faculty of Nursing Burapha University<sup>1\*</sup>,  
Faculty of Nursing, Burapha University<sup>2</sup>

(Received: October 25, 2021; Revised: February 24, 2022; Accepted: March 07, 2022)

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 270 คน ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย แบบประเมินคุณภาพชีวิต The European Quality of Life Measure-5 Domain (EQ-5D-5L) พฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แรงสนับสนุนทางสังคม และ สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73 0.96 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจเมื่อประเมินจากแบบประเมิน EQ-5D-5L อยู่ในระดับที่สูงมาก ค่าเฉลี่ยอรรถประโยชน์ เท่ากับ .97 ( $SD=.06$ ) ในขณะที่การประเมินคุณภาพชีวิตโดยตรงด้วยวิธีประเมินภาวะสุขภาพทางตรง (Visual analog scale [VAS]) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 76.96 ( $SD=14.16$ ) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ ( $b=0.298, p<.01$ ) เพศชาย ( $b=9.859, p<.01$ ) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ( $b=0.189, p=.012$ ) สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ( $b=0.296, p=.008$ ) จำนวนปัจจัยเสี่ยง ( $b=-1.974, p=.017$ ) และระยะเวลาหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ ( $b=0.574, p=.022$ ) สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 22.1 ( $R^2=.221, p= <.001$ )

ผลจากการวิจัยนี้เสนอแนะว่าพยาบาลวิชาชีพ หรือนุคลากรทางการแพทย์ควรเพิ่มความระมัดระวังในการดูแลผู้ป่วยเพศหญิง ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการบีบตัวของหัวใจต่ำ ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วมหลายโรค และผู้ป่วยที่ได้รับการทำการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่นาน ควรเพิ่มความรู้อุณหภูมิและความเข้าใจและทักษะในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและญาติ และควรส่งต่อพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วย

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิต, โรคหัวใจขาดเลือด, ผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: namkati02022529@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-7598798)

## Abstract

The purposes of this predictive research were both to study the quality of life and predict factors of quality of life among post-percutaneous coronary intervention patients. The sample group was 270 patients with ischemic heart disease. Participants were selected by sampling, among post-percutaneous coronary intervention treatment patients, accordingly with the principle of probability. Data were collected during the period from July to October 2020. The instruments used for the interviews consisted of personal information, and data collected from the patient's medical records, as well as the following: Quality of life assessment forms EQ-5D-5L; Self-Care Behavior to Prevent Recurrence questionnaire; social support questionnaires and community environment conducive to health promotion questionnaire. Their reliability scores were 0.73, 0.96, and 0.94, respectively. The data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistical analysis of multiple regression.

Results showed that the quality of life was very high, with a mean utility of .97 (SD = .06) when assessed by the EQ-5D-5L assessment. The quality of life was directly assessed by visual analog scale method, with a mean score of 76.96 (SD=14.16). The regression coefficient of factors that could predict quality of life was calculated using visual analog scale. Factors that could predict the quality of life were left ventricular ejection fraction after percutaneous coronary intervention ( $b=0.298, p<.01$ ) male ( $b=9.859, p<.01$ ) self-care behaviors to prevent recurrence ( $b=0.189, p=.012$ ) community health-enhancing environment ( $b=0.296, p=.008$ ) number of risk factors ( $b=-1.974, p=.017$ ) and period after percutaneous coronary intervention ( $b=0.574, p=.022$ ) were able to predict the quality of life of 22.1% ( $R^2=.221, p<.001$ ).

The results of this research suggested that professional nurses or medical personnel should be more careful in caring for female patients, patients with low cardiac contractility, patients with multiple risk factors or comorbidities, and patients who have recently undergone percutaneous coronary intervention should increase their knowledge, understanding and self-care skills for patients and their relatives. The patients should be referred to community nurses for continuous care to promote their quality of life.

**Keywords:** Quality of Life, Ischemic Heart Disease, Percutaneous Coronary Intervention

## บทนำ

โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease) เป็นปัญหาสุขภาพที่มีความรุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปีพ.ศ. 2559 กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31 ของการตายทั่วโลก (World Health Organization, 2018) ในประเทศไทยจากรายงานสถิติจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปี พ.ศ. 2555 - 2558 พบว่า อัตราป่วยจากโรคหัวใจขาดเลือดเท่ากับ 427.53, 431.91, 407.70 และ 501.13 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการตาย ปีพ.ศ.2555 - 2559 เท่ากับ 23.4, 26.9, 27.8, 29.9 และ 32.3 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (National Statistical Office, 2018) จากอัตราป่วยและอัตราการตายข้างต้น แสดงให้เห็นว่า โรคหัวใจขาดเลือดมีความรุนแรงที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาและดูแลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และผลกระทบอื่นที่ตามมาต่อครอบครัว ต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

หลักการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดที่สำคัญ คือ การทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากที่สุด แนวทางการรักษาที่แพทย์นิยมใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบันคือ การรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention [PCI]) ซึ่งการทำหัตถการใช้เวลาสั้นประมาณ 1 - 2 ชั่วโมง ระหว่างการรักษาผู้ป่วยไม่ต้องดมยาสลบ ใช้ระยะเวลาพักฟื้นภายในโรงพยาบาลสั้น ผู้ป่วยส่วนมากจะสามารถกลับบ้านได้ภายใน 1 - 2 วันหลังจากการทำหัตถการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ที่สำคัญเป็นวิธีการรักษาที่ได้รับการยืนยันถึงประโยชน์ที่ชัดเจนในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ทำให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บหน้าอกได้อย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังคงต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะช็อคจากหัวใจ มักเกิดกับผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกินร้อยละ 40 และมีอัตราการตายถึงร้อยละ 90 นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมักมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เช่น ท้อแท้ วิตกกังวล สิ้นหวัง ความมีคุณค่าในตนเองลดลง โดยมักเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรหรือการทำงานที่เคยทำได้ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง บางรายต้องออกจากงานเนื่องจากไม่สามารถทำงานได้ ทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัว เกิดความไม่มั่นคงในชีวิต และมีแนวโน้มส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามมา (Huffman, Celano & Januzzi, 2010; Cassar & Baldacchino, 2012; Cohen, Van Hout, Serruys, Mohr, Macaya, den Heijer, et al., 2011)

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นมุมมองหรือความคิดของแต่ละบุคคลต่อสถานะการดำรงชีวิตของตนเองภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรม และค่านิยมในเวลานั้นๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น (Campbell, Converse PE & Rodgers, 1976; Zhan, 1992) ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตมีทั้งการประเมินด้านวัตถุวิสัยหรือประเมินความพึงพอใจจากปัจจัยที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และการประเมินด้านจิตพิสัยหรือประเมินความพึงพอใจต่อสถานะความเป็นอยู่หรือภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากการศึกษาที่ผ่านมา สามารถจำแนกได้เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป และแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่มีเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมาย ลักษณะการประเมินส่วนใหญ่ประเมินจากการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นรายด้านตามมิติที่ประเมิน (Profile Score) ส่วนประเมินคุณภาพชีวิต

โดยรวมประเมินเป็นคะแนนอรรถประโยชน์ (Utility Score) ยังมีจำนวนน้อยมากโดยเฉพาะในประเทศไทย การศึกษานี้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้แบบประเมิน The European Quality of Life Measure-5 Domain (EQ - 5D- 5L) ที่ใช้ในการทอรรถประโยชน์ในประเทศไทย (Chaykhetkaew, 2009) สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และนโยบายด้านสุขภาพในเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในประเทศไทยยังมีน้อย และใช้เครื่องมือการประเมินที่แตกต่างกัน แต่ยังไม่พบว่ามี การประเมินคุณภาพชีวิตที่เป็นค่าอรรถประโยชน์ จึงเป็นองค์ความรู้ที่ต้องการการเพิ่มเติม

สำหรับการศึกษาปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยประยุกต์กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของซ่าน (Zhan, 1992) ซึ่งระบุถึง กระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงและมีกลไกที่ซับซ้อนมาจากปัจจัย 3 ด้าน ประกอบด้วย ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม เมื่อพิจารณา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยกำหนดปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ จำนวนปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ การทำงานของหัวใจ ห้องล้างซ่ายหลัง PCI ระยะเวลาหลังทำ PCI พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมและ สิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงศึกษา ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือด หัวใจ ในบริบทของอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ผลของการศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรม ซึ่งเป็นการเสริมบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการ รักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะในจังหวัดชลบุรี ที่กำลังพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจอย่างก้าวกระโดด สามารถนำผลการประเมินคุณภาพชีวิตที่เป็นค่าอรรถประโยชน์ (Utility) ไปใช้ประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และ ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังได้รับการรักษา และเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยในชุมชนต่อไป

### วัตถุประสงค์วิจัย

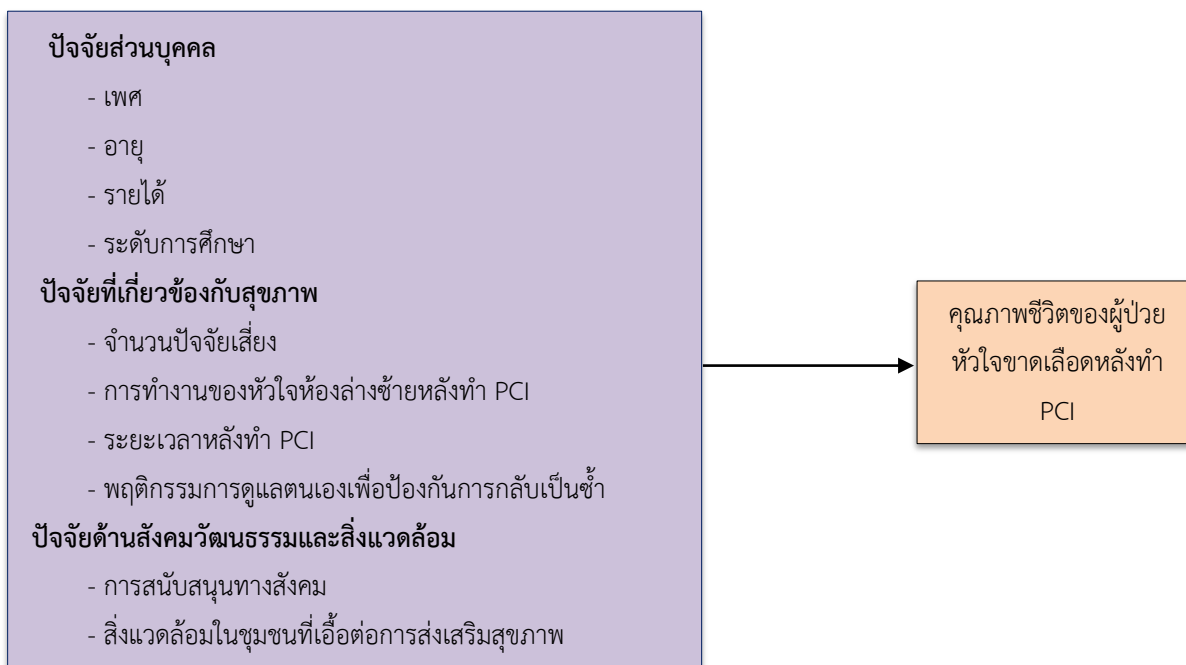
1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือด หัวใจ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

### สมมติฐานวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ จำนวนปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ การทำงานของหัวใจหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ ระยะเวลาหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประยุกต์กรอบแนวคิดของชาน (Zhan, 1992) ซึ่งมีความเชื่อว่าคุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจต่อประสบการณ์ชีวิตของแต่ละคนซึ่งมีความซับซ้อนและแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และต้องผ่านกระบวนการรับรู้ แล้วจึงประเมินออกมาเป็นความรู้สึกนึกคิดด้านคุณภาพของบุคคลนั้น ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ของบุคคล ประกอบด้วย 1) ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล (Personal Background Factors) 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health-Related Factors) 3) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม (Social/ Culture/ Environmental Factors) ที่ส่งผลต่อองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยกำหนดปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจในแต่ละด้านจากการทบทวนวรรณกรรม (Chansiri, 2016; Ritpetch.& Jitpanya, 2012; Koh, Stehli, Martin, Brennan, Dinh, Lefkovits, et al., 2019; Darvishpour, Javadi-Pashaki, Salari, Sadeghi & Taleshan-Nejad, 2017; Saengsiri, Wattradul, Kangchanakul, Natthumrongkul, Nopplub, Wonganunnont, 2015; Jankowska-Polanska, Uchmanowicz, Dudek & Loboz-Grudzien, 2020; Charoenpattanaphak, Masingboon, Kunsongkeit, 2013) ประกอบด้วย ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ รายได้ และระดับการศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ จำนวนปัจจัยเสี่ยง ความสามารถในการบีบเลือดของหัวใจหลัง PCI ระยะเวลาหลังทำ PCI และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ดังสรุปเป็นกรอบแนวคิด ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ อัมเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ที่เข้ามาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการที่แผนกศูนย์หัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลสมิติเวช ศรีราชา อัมเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจข้างต้นที่มีคุณสมบัติตามกำหนด (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) มีอายุตั้งแต่ 30 ปี ถึง 70 ปี 2) รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง และระยะเวลาหลังรักษาครั้งสุดท้ายจนถึงวันที่เก็บข้อมูลอยู่ในช่วง 1 เดือนถึง 1 ปี 3) สติสัมปชัญญะดี สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ไม่ป่วยเป็นโรคที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ไตวายระยะสุดท้าย มะเร็งทุกชนิด ไทรอยด์เป็นพิษ และเอ็ดส์ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 30 คนต่อหนึ่งตัวแปรอิสระที่ใช้หาสมการถดถอย (Regression Equations) ของ VanVoorhis & Morgan (2007) ซึ่งแนะนำว่าอย่างน้อยต้องมีกลุ่มตัวอย่าง 9 คนต่อหนึ่งตัวแปร การศึกษานี้มี 10 ตัวแปร กลุ่มตัวอย่างที่ VanVoorhis & Morgan แนะนำ คือ 90 - 300 คน แต่ถ้าสามารถเก็บข้อมูลได้มากควรใช้ 30 คนต่อหนึ่งตัวแปรอิสระจะทำให้มีอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ปัจจัยที่มีขนาดอิทธิพลน้อยๆ ได้ดียิ่งขึ้น (Small effect size) ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 300 คน แต่รวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 270 คน คิดเป็นร้อยละ 90 การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง อัมเภอศรีราชา มีโรงพยาบาลที่สามารถรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ 3 โรงพยาบาล โรงพยาบาลที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสมิติเวชศรีราชา และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทุกคนที่มาใช้บริการ จากผู้ที่เข้ามาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของสองโรงพยาบาล โดยทำการรวบรวมรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยทั้งสองแห่งตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ซึ่งมีทั้งหมด 500 คนและ 100 คนตามลำดับ กำหนดสัดส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสองโรงพยาบาลเท่ากับ 5:1 ดังนั้นเก็บข้อมูลแห่งละ 250 และ 50 คน ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายตามคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าจนได้ตามสัดส่วนที่กำหนด

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** แบ่งเป็น 5 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาพยาบาล อาชีพ รายได้ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ประสบการณ์การสูบบุหรี่ และ ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยจากเวชระเบียน ได้แก่ โรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ยาที่ได้รับ จำนวนหลอดเลือดที่มีการตีบ จำนวนหลอดเลือดที่ได้รับการขยาย การอดต้นข้าว ระยะเวลาหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และค่าการทำงานของหัวใจห้องซ้าย (LVEF)

ชุดที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามด้านสุขภาพ 5 ข้อ หรือ 5 มิติ ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว (Mobility) การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน (Usual Activities) ความเจ็บปวด/ความไม่สบาย (Pain/Discomfort) และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (Anxiety/Depression) แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ไม่มีปัญหา จนถึง 5 ไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นได้หรือมีปัญหาหนักที่สุด สถานะสุขภาพที่ได้นี้นำไปคำนวณค่าอรรถประโยชน์ ซึ่งได้มาจากการศึกษาด้วยวิธี Hybrid Regression Model ของ จันทนา พัฒนเกษัช และคณะ (Pattanaphesaj 2014)

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตทางตรงด้วยวิธีประเมินภาวะสุขภาพทางตรง (Visual analog scale [VAS]) มีลักษณะเป็นสเกลตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่มากที่สุด และ 100 หมายถึงสุขภาพที่ดีที่สุด โดยให้ผู้ตอบประเมินสุขภาพตนเอง คำตอบที่ได้สะท้อนถึงความรู้สึกของผู้ตอบที่มีต่อสภาวะสุขภาพตนเองในวันนั้น ค่ารวมค่าอรรถประโยชน์ด้วยการนำค่าที่ได้หารด้วย 100 แปลมาจากเครื่องมือของ EuroQol Group และทดสอบคุณภาพเครื่องมือแล้ว ได้รับอนุญาตจาก EuroQol Group ทางเว็บไซต์ <http://euroqol.org> ในการใช้แบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว

ชุดที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ได้รับอนุญาตดัดแปลงจาก คันธารัตน์ จันทรศิริ (Chansiri, 2016) มี 30 ข้อคำถาม ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร (11 ข้อ) การพักผ่อนและการออกกำลังกาย (11 ข้อ) การสูบบุหรี่ (2 ข้อ) การรับประทานยา (โดยเฉพาะยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด) (9 ข้อ) การมาตรวจตามนัด (2 ข้อ) และการสังเกตอาการผิดปกติ (1 ข้อ) ลักษณะคำถามมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 4 หมายถึงไม่ปฏิบัติ นานๆครั้ง บ่อยครั้ง บ่อยมาก และปฏิบัติเป็นประจำตามลำดับ การแปลผลเพื่อการพรรณนาข้อมูล แบ่งค่าของคะแนนออกเป็น 5 ระดับ คือ 91-100%, 81-90%, 71-80%, 61-70% และ  $\leq 60\%$  หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำระดับดีมาก ดี ปานกลาง ต่ำ และควรปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ตามลำดับ

ชุดที่ 4 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างมาจากแนวคิดของ Cobb (1976) และ Scheafer, Cuyne & Lazarus (1981) และจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม 20 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (4 ข้อ) ด้านการยอมรับนับถือ (3 ข้อ) ด้านวัตถุ สิ่งของ เงิน และการบริการ (7 ข้อ) ด้านข้อมูลข่าวสาร (3 ข้อ) และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (3 ข้อ) ลักษณะคำถามมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 3 คือ ไม่เคย น้อย มาก และมากที่สุด การแปลผลเพื่อการพรรณนาข้อมูล แบ่งค่าของคะแนนออกเป็น 4 ระดับ คือ 0.00 - 0.75, 0.76 - 1.50, 1.51 - 2.25 และ 2.26 - 3.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ ปานกลาง มาก และมากที่สุด

ชุดที่ 5 สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม 10 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การมีสถานที่ที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ศาสนสถาน หรือสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ มีสถานที่จำหน่ายอาหารที่ปลอดภัยต่อผู้บริโภค และการมีสถานบริการสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ตั้งแต่ 0 ถึง 4 ความหมายของคะแนนคือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ตามลำดับ การแปลผลเพื่อการพรรณนาข้อมูล แบ่งค่าของคะแนน

ออกเป็น 5 ระดับ คือ 0.00 - 0.80, 0.81 - 1.61, 1.61 - 2.41, 2.41 - 3.20 และ 3.21 - 4.00 หมายถึง มีสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเองมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพจำนวน 2 ท่าน พยาบาลชำนาญการที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 1 ท่าน แพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน อาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านอนามัยและสิ่งแวดล้อมในชุมชน จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ประกอบด้วย 1) แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 2) แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และ 3) แบบประเมินสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพได้ 0.90, 0.95 และ 0.92 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันจำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ .73, .96, .94 ตามลำดับ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาและโรงพยาบาลสมิติเวชศรีราชา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัยและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยในโรงพยาบาล เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บข้อมูลตามวันและเวลา เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดจนขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ ประสานงานพยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ตามเวลาที่ได้นัดหมาย แนะนำตนเองพร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถามและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งตอบข้อสงสัยต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงดำเนินการให้ตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยให้ความสำคัญในมาตรการป้องกันโควิดอย่างเคร่งครัด สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาและเว้นระยะห่างขณะทำการสัมภาษณ์ แล้วจึงบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และ ใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 270 คน การศึกษานี้ทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ จากค่า VAS เนื่องจากพบว่าค่า อรรถประโยชน์ที่คำนวณจาก EQ-5D-5L ในครั้งนี้มีค่า Ceiling Effect ภาษาไทย สูงถึงร้อยละ 70.7 จึงไม่เหมาะที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์สมการทำนายการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพ



ชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา จำนวนปัจจัยเสี่ยง การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ ระยะเวลาหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การสนับสนุนทางสังคม สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิติ (Assumption)

ทดสอบจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของพอยท์ไบเรียล (Point Biserial Correlation Coefficient) สำหรับตัวแปรที่เป็น Dichotomized Variable พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ ( $r=.256, p<.01$ ) ระดับการศึกษา ( $r=.237, p<.01$ ) อายุ ( $r=-.176, p<.01$ ) รายได้ ( $r=.207, p<.01$ ) จำนวนปัจจัยเสี่ยง ( $r=-.233, p<.01$ ) การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ ( $r=.283, p<.01$ ) ระยะเวลาหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ ( $r=.105, p<.05$ ) สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ( $r=.176, p<.01$ ) และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ( $r=.182, p<.01$ )

### จริยธรรมวิจัย

เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS 030/2563 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา บูรพา รหัสโครงการ IRB 016/2563 ก่อนที่จะเก็บข้อมูล มีการอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เข้าร่วมตามความสมัครใจ ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโดยไม่มีผลเสีย ในแบบสอบถามใช้รหัสแทนการระบุชื่อ-นามสกุลของกลุ่ม ข้อความหรือคำตอบในแบบสอบถามถือว่าเป็นความลับ ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ผลการศึกษาในครั้งนี้จะถูกนำเสนอในรูปแบบภาพรวม และทำลายข้อมูลภายหลังจากผลการวิจัยได้เผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.6 มีอายุระหว่าง 30 - 70 ปี อายุเฉลี่ย 56.49 ปี ( $SD=8.82$  ปี) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนมากที่สุด (ร้อยละ 33.3) รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 27.3 ประกอบอาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัทมากที่สุด ร้อยละ 34.8 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 25.6 มีรายได้อยู่ระหว่าง 700 - 100,000 บาท (Med = 20,000, IQR = 30,000) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 84.4 มากกว่าครึ่งมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยเป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 58.1 สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิ์ประกันสังคม และประกันชีวิตกับบริษัทเอกชนเท่ากัน ร้อยละ 28.2 และประมาณครึ่งมีประสบการณ์การสูบบุหรี่ ร้อยละ 48.9

ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 95.2 มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 81.5 ส่วนมากมีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 2 โรค ร้อยละ 71.8 รับประทานยา 4-6 ชนิด ร้อยละ 65.2 ได้รับการสวนหัวใจจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 68.1 มีหลอดเลือดตีบจำนวน 1 เส้นมากที่สุด (ร้อยละ 43.0) รองลงมาคือตีบจำนวน 2 เส้น ร้อยละ 37.0 ได้รับการขยายหลอดเลือดจำนวน 1 เส้น ร้อยละ 58.5 เกือบทั้งหมดไม่เคยมีการอุดตันซ้ำของหลอดเลือด ร้อยละ 96.3 ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจครั้งสุดท้ายมานาน 7-9 เดือน ร้อยละ 31.1 รองลงมาคือ 1-3 เดือน ร้อยละ 29.3 ( $M=5.98$ ,  $SD=3.16$ ) หลังได้รับการขยายหลอดเลือดค่าการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) ( $61.61$ ,  $SD=10.85$ )

ข้อมูลพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 38.5 รองลงมาเป็นระดับดีมาก ร้อยละ 27.8 และระดับปานกลาง ร้อยละ 20.4 โดยพฤติกรรมด้านที่อยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ ด้านการรับประทานยา ร้อยละ 73.7 รองลงมาเป็นด้านการสังเกตอาการผิดปกติ ร้อยละ 72.2 ด้านการมาตรวจตามนัด ร้อยละ 67.8 และด้านการสูบบุหรี่ ร้อยละ 58.9 พฤติกรรมด้านที่อยู่ในระดับต่ำคือ ด้านการพักผ่อนและการออกกำลังกาย ร้อยละ 41.1

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $M=2.10$ ,  $SD=0.55$ ) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านจิตใจ อารมณ์อยู่ในระดับมากที่สุด ( $M=2.34$ ,  $SD=0.58$ ) ด้านอื่นๆ อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านข้อมูล ข่าวสาร ( $M=1.86$ ,  $SD=0.82$ ) ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ( $M=2.04$ ,  $SD=0.66$ ) ด้านการเงิน แรงงาน สิ่งของ ( $M=1.96$ ,  $SD=0.62$ ) และด้านร่างกาย ( $M=2.19$ ,  $SD=0.67$ )

ด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $M=2.83$ ,  $SD=0.73$ ) ค่าเฉลี่ยข้อที่มีค่ามากที่สุดคือ ในชุมชนมีศาสนสถานหรือสถานที่สงบจิตใจที่สามารถไปปฏิบัติศาสนกิจได้อย่างสะดวก ( $M=3.30$ ,  $SD=0.86$ ) รองลงมาคือในชุมชนมีสถานที่สำหรับออกกำลังกายได้อย่างสะดวก ( $M=3.09$ ,  $SD=1.17$ ) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุดคือ ในชุมชนมีสถานที่จำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพ เช่น อาหารที่ไม่ใส่ผงชูรส อาหารคลีน อาหารไขมันต่ำ ( $M=2.17$ ,  $SD=1.14$ ) รองลงมาคือในชุมชนมีแหล่งจำหน่ายอาหาร ผัก ผลไม้ที่ปลอดภัยจากสารเคมี ( $M=2.53$ ,  $SD=0.96$ )

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ไม่มีความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า (ร้อยละ 93.0) กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 90.0) ไม่มีปัญหาในการดูแลตนเอง (ร้อยละ 99.3) ไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (ร้อยละ 85.2) และไม่มีอาการปวดหรือไม่สบายตัว (ร้อยละ 83.0) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.7) ไม่มีปัญหาทุกด้าน (สถานะสุขภาพ 11111) ซึ่งค่าอัตราประโยชน์เท่ากับ 1.0 ค่าเฉลี่ยอัตราประโยชน์เมื่อคำนวณด้วยวิธีวิธี Hybrid model เท่ากับ .96 ( $SD=.08$ ) ในขณะที่คุณภาพชีวิตที่ประเมินด้วย VAS ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อสภาวะสุขภาพตนเอง เท่ากับ 76.96 ( $SD 14.16$ ) ค่าเฉลี่ยอัตราประโยชน์เท่ากับ .77 ( $SD=.14$ ) และมีผู้ประเมินความพึงพอใจต่อสภาวะสุขภาพตนเอง เท่ากับ 100 หรือค่าอัตราประโยชน์เท่ากับ 1.0 เพียงร้อยละ 3.7

### 3. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

**ตาราง 1** ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ และผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (n = 270)

ตัวแปร	b	Beta	t	p-value
การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย	0.298	.228	4.036	<.01
เพศชาย	9.859	.300	5.373	<.01
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	0.189	.148	2.519	.012
สิ่งแวดล้อมในชุมชน	0.296	.153	2.683	.008
จำนวนปัจจัยเสี่ยง	-1.974	-.136	-2.412	.017
ระยะเวลาหลังทำ PCI	0.574	.128	2.313	.022

Constant=28.87,  $R^2_{adj}=.221$ ,  $F(6, 263)=13.75$ ,  $p<.001$

การวิเคราะห์อำนาจการทำนายระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้การประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี VAS พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจคือ การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ ( $b=0.298$ ) เพศชาย ( $b=9.859$ ) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ( $b=0.189$ ) สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ( $b=0.296$ ) จำนวนปัจจัยเสี่ยง ( $b=-1.974$ ) และระยะเวลาหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ (เดือน) ( $b=0.574$ ) โดยสามารถรวมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 22.1 ( $R^2=.221$ ,  $p<.001$ ) รายละเอียดแสดงในตาราง 1 และสามารถเขียนในรูปสมการได้ดังนี้

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ =  $28.87 + 0.298$  (การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายหลังทำ PCI) +  $9.859$  (เพศชาย) +  $0.189$  (พฤติกรรมการดูแลตนเอง) +  $0.296$  (สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ) -  $1.974$  (จำนวนปัจจัยเสี่ยง) +  $0.574$  (จำนวนเดือนระยะเวลาหลังทำ PCI)

### อภิปรายผล

1. ระดับคุณภาพชีวิต ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยบรรทัดประโยชน์ เท่ากับ .97 ( $SD=.06$ ) เมื่อประเมินจากแบบประเมิน EQ-5D-5L สอดคล้องกับการศึกษาของ Chansiri (2016) ที่พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือด สมรรถภาพของหัวใจสามารถทำงานได้ดีขึ้น หลังได้รับการรักษา 1 เดือนจะรู้สึก

เจ็บปวด ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเดิน ช่วยเหลือตนเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันที่เคยทำได้ และไม่รู้สึกรบกวนกักรวม มีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 70.7 ที่ไม่ปัญหาทั้ง 5 ด้าน (สถานะสุขภาพ 11111) ค่าอรรถประโยชน์จึงเท่ากับ 1.0 ค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้จึงสูงมาก ในขณะที่การประเมินคุณภาพชีวิตโดยตรงด้วยวิธี VAS ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 76.96 ( $SD=14.16$ ) หรือค่าอรรถประโยชน์เท่ากับ .77 (มีเพียงร้อยละ 3.7 ที่มีค่าอรรถประโยชน์ เท่ากับ 1) จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีสถานะสุขภาพ 11111 แต่ประเมินอรรถประโยชน์จาก VAS ให้ค่าไม่เท่า 1 ผู้ป่วยให้เหตุผลว่า ถึงแม้จะไม่มีปัญหาในด้านต่างๆ แต่ยังคงคิดว่าตนเองไม่ได้แข็งแรงเต็มที่ ยังคงมีโรคประจำตัวที่ต้องมาพบแพทย์อยู่เป็นประจำ และต้องสังเกตอาการผิดปกติอยู่ แสดงให้เห็นว่าอรรถประโยชน์หรือคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อสถานะภาพของตนเองซึ่งความพึงพอใจเป็นผลรวมอันซับซ้อนมาจากปัจจัยหลายด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม ดังนั้นจึงเป็นไปได้ที่ค่าอรรถประโยชน์ที่ประเมินจากแบบประเมิน EQ-5D-5L ซึ่งประเมินเฉพาะด้านร่างกาย และจิตใจ มีค่าสูงมากหลังได้รับการรักษา

2. ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจได้แก่ การทำงานของหัวใจหลังทำ PCI เพศชาย พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อสุขภาพ จำนวนปัจจัยเสี่ยง และระยะเวลาที่ทำ PCI สามารถอธิบายในแต่ละปัจจัย ดังนี้

2.1 การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายหลังทำ PCI จากการศึกษาพบว่าเมื่อหัวใจห้องล่างซ้ายสามารถเพิ่มสมรรถภาพการสูบฉีดโลหิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยเมื่อประเมินด้วย VAS จะเพิ่มขึ้น 0.298 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ritpetch & Jitpanya (2012) ที่พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อธิบายได้ว่าเป็นเพราะการขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นวิธีการรักษาที่ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจกลับมาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกครั้ง มีความปลอดภัย และลดโอกาสที่จะกลับเป็นซ้ำของหลอดเลือดตีบกั้นเนื้อหัวใจตาย หัวใจล้มเหลว และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายจะขึ้นอยู่กับสภาพของหลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจแต่ละเส้นด้วย จากการศึกษาของ Koh, Stehli, Martin, Brennan, Dinh, Lefkovits, et al. (2019) พบว่า ผู้ป่วยที่มี LVEF < 44% มีโอกาสมีคุณภาพชีวิตต่ำ (index score ) เป็น 1.16 เท่า (95%CI 1.01-1.33) เมื่อเทียบกับคนที่มี LVEF > 44%

2.2 เพศ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศชายมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศหญิง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 79.02 ( 13.37), 70.61 (14.74) ตามลำดับ และเมื่อศึกษาอำนาจการทำนายโดยเมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆแล้ว เพศชาย มีค่า VAS เพิ่มขึ้น 9.859 ( $b = 9.859$ ) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการศึกษานี้ผู้หญิงมีส่วนร่วมของการเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และน้ำหนักเกินสูงกว่าเพศชาย ซึ่งการมีโรคประจำตัวย่อมส่งผลต่อความสุข ความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้อาจเนื่องจากลักษณะทางกายวิภาค และสรีระที่ผู้หญิงจะเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเมื่ออายุมากกว่าผู้ชายและลักษณะหลอดเลือดหัวใจของผู้หญิงจะมีลักษณะโค้งและขนาดเล็กกว่าเมื่อเทียบกับผู้ชาย รวมทั้งองค์ประกอบและคุณสมบัติของการเกิดผนังหลอดเลือดเสื่อมสภาพที่แตกต่างจากผู้ชาย ส่งผลต่อความรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Darvishpour, Javadi-Pashaki, Salari, Sadeghi, & Taleshan-Nejad, 2017)

2.3 จำนวนปัจจัยเสี่ยง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันโนเลือดสูง น้ำหนักเกินหรืออ้วน และการนอนกรน มีผลต่อคุณภาพชีวิตหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยพบว่าจำนวนปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วมที่เพิ่มขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ( $b=-1.974$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Darvishpour, Javadi-Pashaki, Salari, Sadeghi, & Taleshan-Nejad (2017) พบว่าจำนวนโรคร่วมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังทำ PCI 3 เดือน  $B=-1.211$   $P=.04$  ทั้งนี้เพราะโรคร่วมเหล่านี้มีผลทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ป่วยรวมทั้งมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีความเสี่ยงสูงที่จะกลับมาเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจซ้ำซึ่งอาการของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่แย่ลง

2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การศึกษานี้พฤติกรรมการดูแลตนเองมีผลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $b=0.189$ ,  $P=.01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Saengsiri, Wattradul, Kangchanakul, Natthumrongkul, Nopplub, Wonganunnont (2015) และการศึกษาของ Chansiri (2016) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต การดูแลตนเองที่จำเป็น และกิจกรรมที่ต้องทำเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเอง เป็นการกระทำที่มีประสิทธิภาพ จะคงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ของมนุษย์เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีนำมาซึ่งความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตที่ดี โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันทั้งปัจจัยที่ควบคุมได้ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และไม่สามารถควบคุมได้ เช่น เพศ อายุ เป็นโรคที่การรักษาได้ผลดี แต่ก็สามารถกลับเป็นซ้ำได้อีก ทั้งอาจมีพยาธิสภาพที่เดิม เส้นเลือดเส้นเดิม หรือเส้นใหม่ก็ได้ ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับการรักษาจึงมีความสำคัญต่อการดำเนินของโรคซึ่งย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2.5 สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ การศึกษานี้พบว่า สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีผลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $b=0.189$ ,  $p=.01$ ) การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถภาพให้มีความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ เป็นผลให้มีสุขภาพดีขึ้น กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ มีหลักสำคัญอยู่ 5 ประการ 1 ใน 5 ข้อที่สำคัญ คือการให้ความสำคัญแก่ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษา สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อสุขภาพ โดยเฉพาะสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่สะอาดปลอดภัย การออกกำลังกายได้อย่างสะดวก รวมทั้งการพักผ่อนหย่อนใจ ย่อมส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพแข็งแรง จิตใจที่ผ่อนคลาย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เป็นไปตามแนวคิดของกฎบัตรรอดตาว่าเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ว่าคนและสิ่งแวดล้อมมีความเชื่อมต่อกันอย่างที่ไม่สามารถตัดขาดจากกันได้และเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของสุขภาพ (World Health Organization EUROPE, 1986)

2.6 ระยะเวลาหลังทำ PCI การศึกษานี้พบว่าระยะเวลาหลังทำ PCI มีผลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $b=0.574$ ,  $p=.02$ ) ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาหลังทำ PCI ยิ่งนานจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Koh, Stehli, Martin, Brennan, Dinh, Lefkovits, et al., 2019) อธิบายได้ว่าการทำการขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นการรักษาที่ได้ผลดีและผู้ป่วยใช้เวลาน้อยในการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจให้กลับมาเป็นสภาวะที่สมบูรณ์ ผู้ป่วยหลัง

ทำ PCI 1 สัปดาห์ 6 เดือน และ 1 ปี พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นเป็นลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังทำ PCI จะดีขึ้นอย่างรวดเร็วใน 1 เดือนแรก และจะดีขึ้นอย่างช้า ๆ ในช่วง 1 ปี (Cohen, Van Hout, Serruys, Mohr, Macaya, den Heijer, et al., 2011) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะระยะเวลาผ่านไปผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และปรับตัวกับโรคหรือแนวทางการรักษาได้มากขึ้น จึงทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

3. ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด หลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ อายุ รายได้ การศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถอภิปรายในแต่ละปัจจัย ดังนี้

3.1 อายุ จากการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ( $r=-.176, p<.01$ ) แต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ทั้งนี้ด้วยอายุที่มากขึ้นทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกายรวมทั้งมีโอกาสที่จะเกิดโรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายมากขึ้นส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิต แต่เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ แล้วอายุไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจในครั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วงที่สามารถดูแลตนเองได้ อายุสูงสุดคือ 70 ปี ร้อยละ 74.8 มีอายุอยู่ในช่วง 50-70 ปี ซึ่งมากกว่าร้อยละ 90 ไม่มีปัญหาด้านการเดิน การดูแลตนเอง และไม่มีควมวิตกกังวลหรือซึมเศร้า ประกอบกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลจากครอบครัวมากเห็นได้จากผู้ป่วยร้อยละ 82.6 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมากถึงมากที่สุด ผู้ป่วยหลัง PCI แต่ละกลุ่มอายุคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน (Cassar & Baldacchino, 2012) จึงทำให้อายุไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังทำ PCI ได้

3.2 รายได้ จากการศึกษาพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด หลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ( $r=.21, p<.01$ ) แต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลัง PCI ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรายได้มีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธโดยตรงกับวิถีความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด มักจะต้องใช้เงินเป็นจำนวนมาก ปัจจุบันค่ายาและค่ารักษาในการขยายหลอดเลือดหัวใจค่อนข้างสูง และเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลารักษายาวนานเพื่อป้องกันการตีบซ้ำของโรค จึงต้องมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ หากผู้ป่วยมีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพย่อมส่งผลถึงคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดกลุ่มนี้มากกว่าร้อยละ 90 ยังสามารถประกอบอาชีพได้ และมากกว่าร้อยละ 85 ที่มีสิทธิ์ในการรักษาพยาบาล รายได้จึงไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังทำ PCI

3.3 การศึกษา จากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ( $r=.24, p<.01$ ) แต่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลัง PCI ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อาจเป็นเพราะการศึกษาเป็นปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทางอ้อมโดยต้องส่งผ่านมาที่การทำหน้าที่ทางชีววิทยา อากา การทำหน้าที่ของร่างกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม สอดคล้องกับการศึกษาของ Jankowska-Polanska, Uchmanowicz, Dudek, & Loboż-Grudzien, (2020) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังทำ PCI และอาจเป็นเพราะผู้ป่วยทุกคนป่วยมาแล้วระยะหนึ่งและผ่านการรักษาแล้วจึงได้รับความรู้และวิธีการปฏิบัติตัวจากทีมผู้รักษามาแล้วหลายครั้ง ระดับการศึกษาจึงไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังทำ PCI ได้

3.4 แรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานสอดคล้องกับการศึกษาของ Charoenpattanaphak, Masingboon & Kunsongkeit (2013) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในบริบทของประเทศไทยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลซึ่งในการศึกษานี้ผู้ป่วยทุกคนมีผู้ดูแลและได้รับแรงสนับสนุนสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากบุคคลในครอบครัว จากเพื่อน และจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างเพียงพอ แสดงถึงการรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจ ลดความเครียด สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม ผลกระทบจากการเจ็บป่วยจึงเกิดขึ้นน้อย ทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจได้

ผลจากการศึกษานี้พบว่า ค่าอำนาจการทำนายของตัวแปรที่นำมาศึกษาสามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 22.1 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ซับซ้อน เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีอิทธิพลมาจากปัจจัยหลายด้านทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ รวมทั้งสิ่งแวดล้อม

#### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. พยาบาลวิชาชีพ หรือบุคลากรทางการแพทย์ควรเพิ่มความระมัดระวังในการดูแลผู้ป่วยเพศหญิง ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการบีบตัวของหัวใจต่ำ ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วมหลายโรค และผู้ป่วยที่ได้รับการทำการขยายหลอดเลือดหัวใจมาไม่นาน ควรเพิ่มความรู้อย่างเข้าใจและทักษะในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและญาติ และควรส่งต่อพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วย

2. ใช้เป็นแนวทางในการสอนและการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลโดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยและการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจต่อไป

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ค่าอำนาจการทำนายของตัวแปรที่นำมาศึกษาสามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 22.1 ทั้งนี้อาจยังมีปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากปัจจัยที่ศึกษาในการศึกษาครั้งนี้เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น การรับรู้ทางปัญญา อารมณ์และความเหนื่อยล้า ความทุกข์ทางใจ เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว และศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่มากขึ้น เพื่อยืนยันผลการศึกษาและเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ ลดความเสี่ยง ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

## References

- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, Evaluations, and Satisfactions*: Russell: Sage.
- Cassar, S., & Baldacchino, D. R. (2012 a). Quality of Life After Percutaneous Coronary Intervention: Part 1. *British Journal of Nursing*, 21(16), 965-971.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Chansiri, K. (2016) The Relationship Between Basic Conditioning Factors, Self-Care Behaviors, and Quality of Life among Patients After Coronary Stent Implantation. *Vajira Nursing Journal*, 18(1), 12-23. (in Thai)
- Charoenpattanaphak, P., Masingboon, K., Kunsongkeit, W. (2013) Factors Influencing Health - Related Quality of Life in Patients with Acute Myocardial Infarction. *Journal of Graduate Research Conference Khon Kaen University 2013*, 1008-1020. (in Thai)
- Chaykhetkaew, U. (2009) *Health Technology Assessment Guide for Thailand*. Nonthaburi: Chulabook. (in Thai)
- Cohen, D. J., Van Hout, B., Serruys, P. W., Mohr, F. W., Macaya, C., den Heijer, P., et al. (2011). Quality of Life After PCI with Drug-Eluting Stents or Coronary-Artery Bypass Surgery. *New England Journal of Medicine*, 364(11), 1016-1026. doi: 10.1056/NEJMoa1001508
- Darvishpour, A., Javadi-Pashaki, N., Salari, A., Sadeghi, T., & Taleshan-Nejad, M. (2017). Factors Associated with Quality of Life in Patients Undergoing Coronary Angioplasty. *Journal of Health Sciences (Qassim University)*, 11(4), 1-7.
- Huffman, J. C., Celano, C. M., & Januzzi, J. L. (2010). The Relationship Between Depression, Anxiety, and Cardiovascular Outcomes in Patients with Acute Coronary Syndromes. *Neuropsychiatric Disease and treatment*, 6, 123.
- Jankowska-Polanska, B., Uchmanowicz, I., Dudek, K., & Loboż-Grudzien, K. (2020). Sex differences in the Quality of Life of Patients with Acute Coronary Syndrome Treated with Percutaneous Coronary Intervention After a 3-Year Follow-Up. *Patient Preference and Adherence*, 10, 1279-1287. doi: 10.2147/PPA.S106577
- Koh, Y., Stehli, J., Martin, C., Brennan, A., Dinh, D. T., Lefkovits, J., et al. (2019). Does Sex Predict Quality of Life After Acute Coronary Syndromes: An Australian, State-Wide, Multicentre Prospective Cohort Study. *BMJ Open*, 9(12), e034034. doi: 10.1136/bmjopen-2019-034034



- National Statistical Office. (2019) Number of Patients/Cause of Death. Retrieved from <http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries09.html> (in Thai)
- Pattanaphesaj, J. (2014). *Health-Related Quality of Life Measure (EQ-5D-5L): Measurement Property Testing and Its Preference-Based Score in Thai pPopulation*. Doctoral Dissertation, Graduate Study, Mahidol University.
- Ritpetch, N., Jitpanya, C. (2012) Factors Related to Quality of Life among Patients with Heart Disease : A Research Synthesis in Thailand. *Thai Journal of Cardio-thoracic Nursing*, 23(2), 1-16. (in Thai)
- Saengsiri, A., Watradul, D., Kangchanakul, S., Natthumrongkul, S., Nopplub, S., Wonganunnont, S. (2015) The Factors Influencing the Self-care Agency and Quality of Life of Patients with Coronary Artery Disease. *Thai Journal of Cardio-thoracic Nursing*, 26(1), 104-118. (in Thai)
- VanVoorhis, C. W., & Morgan, B. L. (2007). Understanding Power and Rules of Thumb for Determining Sample Sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 3(2), 43-50.
- World Health Organization. (2018). The Top 10 Causes of Death. Retrieved May 2, 2021 from [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/).
- World Health Organization EUROPE. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Retrieved May 2, 2021 from [https://intranet.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](https://intranet.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)
- Zhan, L. (1992). Quality of Life: Conceptual and Measurement Issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 795-800.