

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ
และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่อที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

นางสาวสุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2554
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

RELATIONSHIPS AMONG LIFE STYLE, SOCIAL SUPPORT, SYMPTOM CLUSTERS, AND
DEPRESSION IN ADULT PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Miss Sujitraporn Pimpo

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต

การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้า
ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โดย

นางสาวสุจิตราภรณ์ พิมพิโพธิ์

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญชวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ : ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. (RELATIONSHIPS AMONG LIFE STYLE, SOCIAL SUPPORT, SYMPTOM CLUSTERS, AND DEPRESSION IN ADULT PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา, อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม : อ. ดร. จรรยา ฉิมหลวง, 158 หน้า.

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพุทธโสธร ฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 90 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิต แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินกลุ่มอาการ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และจากการหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินได้เท่ากับ .71, .94, .92, .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า

1. ภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยโดยรวมของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.12 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.77)
2. แบบแผนการดำเนินชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r = -.374$ และ $-.300$ ตามลำดับ)
3. กลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r = .701$)

สาขาวิชา:พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา: 2554..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....

5377607436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : LIFE STYLE/ SOCIAL SUPPOR / SYMPTOM CLUSTERS/ DEPRESSION/
ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

SUJITRAPORN PIMPO: RELATIONSHIPS AMONG LIFE STYLE, SOCIAL SUPPORT, SYMPTOM CLUSTERS, AND DEPRESSION IN ADULT PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION. THESIS ADVISOR : ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., THESIS CO-ADVISOR: JAN YA CHIMLUANG, Ph.D., 158 pp.

The purpose of this study were to study the depression in adult patients with acute myocardial infarction and the relationships between life style, social support, symptom clusters and depression in adult patients with acute myocardial infarction. The subjects were 90 out-patients with acute coronary syndromes at coronary clinics at Bhuddasothorn Hospital, and Prapokklao Hospital, selected by a multi-stage sampling. The instruments used for data collection were the Demographic Data Form, Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D), the Health-Promotion Lifestyle Profile: II (HPLP:II), ENCRICH Support Questionnaire, and Cardiac Symptom Survey (CSS). The instruments were tested for their content validity by a panel of experts. The reliability of instruments were .71, .94, .92, and .89, respectively. Statistical techniques used in data analysis were mean, standard deviation and Pearson's product-moment correlation at the significant level of .05. The major findings were as follows :

1. Mean of depression scores in adult patients with acute myocardial infarction indicating depression with mean scores equal to 16.12 (SD=6.77).

2. There were negatively statistical correlation between life style, social support, and depression in adult patients with acute myocardial infarction at the level of .01 ($r = -.374$ and $-.300$, respectively).

3. There were positively statistical correlation between symptom clusters and depression in adult patients with acute myocardial infarction at the level of .01 ($r = .701$).

Field of Study :Nursing Science..... Student's Signature

Academic Year :2011..... Advisor's Signature

Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสามารถของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งกรุณาให้ข้อคิด คำปรึกษา และข้อเสนอแนะ ด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็น อย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้สถิติ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย และกรุณาให้ความรู้ คำแนะนำที่มีคุณค่า พร้อมทั้งข้อเสนอแนะ แก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่าแก่ผู้วิจัย และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ตลอดจนคณะกรรมการจริยธรรมในคน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกและเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือและประสานงานต่างๆ ของทุกโรงพยาบาล และที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทุกท่าน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ ที่ให้ความกรุณาและร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ขอบคุณคุณรวีวรรณ สุนปาน คุณสุขจิตต์ สุขพันธ์ุ์ หัวหน้าและรองหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี และพี่ๆเพื่อนๆทุกคนที่คอยช่วยเหลือระหว่างที่มาศึกษาและให้โอกาสได้มาศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่าน รวมถึงเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่คอยให้กำลังใจและช่วยเหลือเสมอมา และทำดีที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา และญาติพี่น้องทุกคน ที่เป็นแรงผลักดัน ให้กำลังใจ ช่วยเหลือและสนับสนุนในทุกด้านด้วยความเอาใจใส่และห่วงใย จนสำเร็จการศึกษาตลอดจนทุกท่านที่ช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและระลึกถึงอยู่ตลอดเวลา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	12
ความหมายของภาวะซึ่มเศร้า.....	30
ภาวะซึ่มเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	31
สาเหตุของภาวะซึ่มเศร้า.....	32
การประเมินภาวะซึ่มเศร้า.....	35
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึ่มเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลัน.....	37
ผลกระทบของภาวะซึ่มเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบ พลัน.....	52
บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึ่มเศร้า ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	53
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	55
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	59

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	60
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	60
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	65
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	73
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	74
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	89
สรุปผลการวิจัย.....	90
การอภิปรายผลการวิจัย.....	90
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	97
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	99
รายการอ้างอิง.....	100
ภาคผนวก.....	113
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	114
ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอ ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย.....	116
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่ม ตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	123
ภาคผนวก ง ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	141
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	158

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เศรษฐกิจของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคประจำตัว การรักษา และสิทธิการให้บริการสุขภาพ.....	63
2	จำนวน และร้อยละของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	77
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามเพศ.....	78
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามอายุ.....	79
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามระยะเวลาป่วย	80
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามโรคร่วม.....	81
7	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	82
8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	84
9	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ จำแนกตามมิติด้านความถี่ มิติด้านความรุนแรง มิติด้านความทุกข์ทรมาน และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	85

ตารางที่

หน้า

10	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า.....	86
11	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า.....	87
12	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า.....	88

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ และเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วน เกิดขึ้นเมื่อหลอดเลือดแดงโคโรนารีเกิดการอุดตันอย่างฉับพลันจนไม่สามารถส่งผ่านเลือดและออกซิเจนไปยังกล้ามเนื้อหัวใจได้ กล้ามเนื้อหัวใจบางส่วนจะเริ่มตายเกิดการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณนั้น กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงลดลง ซึ่งถ้าเกิดนานกว่า 20 นาที จะทำให้เกิดการทำลายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจนเกิดการบาดเจ็บและการตาย ก่อให้เกิดความเสียหายและการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อหัวใจ (Thygesen, Alpert, and White, 2007) โดยทั่วไปกล้ามเนื้อหัวใจจะตายหมด 100 เปอร์เซ็นต์ภายในเวลาประมาณ 4-6 ชั่วโมง และกล้ามเนื้อหัวใจจะเกิดการตายอย่างถาวรและสูญเสียการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นไป (Bank and Malone, 2005) ถือเป็นภาวะวิกฤตต่อชีวิตที่รุนแรง

โรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยที่สุดของประชากรโลก มีแนวโน้มว่าจะสูงต่อไปจนถึงปี ค.ศ. 2020 และพบว่าในปี ค.ศ. 2002 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจมากกว่า 16.5 ล้านของประชากรโลกคาดว่าในปี ค.ศ. 2020 จะมีผู้เสียชีวิตประมาณ 25 ล้านคน/ปี ประมาณ 19 ล้านคนเป็นผู้ที่อยู่สถานะเศรษฐกิจต่ำ-ปานกลาง (Lukkarinen and Lukkarinon, 2007) จากสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีประชากรถึงแก่กรรมจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นอันดับ 1 ของประเทศจากโรคหลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจ ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นชนิดเฉียบพลัน และถึงแก่กรรมก่อนมาถึงโรงพยาบาล และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตภายใน 1 ปี และยังพบอีกว่าในประเทศสหรัฐอเมริกามีประชากรประมาณ 7,600,000 คนเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และมีประชากรเสียชีวิตด้วยโรคนี้ 1,415,000 คนต่อปี (AHA, 2007)

สำหรับประเทศไทย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็น 1 ใน 3 สาเหตุของการเสียชีวิตสูงสุดใกล้เคียงกับการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ และโรคมะเร็ง ซึ่งกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากข้อมูลทางสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2551 – พ.ศ. 2552 พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคหัวใจในภาพรวมของประเทศมีแนวโน้มสูงขึ้น จาก 440.6 เพิ่มจำนวนเป็น 465.53 ต่อ

จำนวนประชากร 100,000 คน และจากข้อมูลทางสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2548 – พ.ศ. 2552 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมาเป็นอันดับ 3 ในภาพรวมของประเทศสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นซึ่งจะเห็นว่าแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นเรื่อยๆ

ผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง แม้จะมีประสบการณ์ที่ต้องมาพบแพทย์ด้วยอาการที่เฉียบพลัน เช่น มีเจ็บหน้าอก หรือมีอาการหายใจหอบเหนื่อย เพื่อการบำบัดที่ถูกต้องทันการณ์ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการเลวลง เมื่อผู้ป่วยได้ผ่านพ้นระยะวิกฤตและภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายจนอาจเสียชีวิตได้ถูกแก้ไขแล้ว ควรเริ่มมีการประเมินอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่แล้วต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องยาวนาน อาจตลอดชีวิต อาการของโรคและการปฏิบัติตามแผนการรักษาอาจรบกวนการดำรงชีวิตตามปกติของผู้ป่วยและครอบครัวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำรงบทบาทและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาทางจิตสังคมตามมา ซึ่งที่พบได้บ่อย คือ ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ McCulloch (2007) ได้ทำการสำรวจผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในช่วงพักฟื้น จำนวน 80 ราย ที่ Darlington Memorial Hospital โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Anxiety and Depression Scale) พบว่าผู้ป่วย 20 รายมีคะแนนสูงและต้องส่งต่อเพื่อดูแลทางด้านจิตใจ

มีการรายงานผลการศึกษาวิจัยหลังปี ค.ศ. 1990 เป็นต้นมา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จะได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย มากถึงร้อยละ 17-27 (Bjerkset et al., 2005; Carney et al., 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ellis และคณะ (2005) ได้ทำการศึกษาอาการซึมเศร้าและการรักษาของผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยถึงร้อยละ 38 และจากการศึกษาของ Meijer และคณะ (2011) ทำการศึกษารวมรวมการรายงานผลการวิจัย 25 ปี ที่ผ่านมาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ในเวลาตั้งแต่ 7 วันเป็นต้นไป ภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร่วม ร้อยละ 69

ภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบมากมายต่อผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง (วรรณิ จิวสิบพงษ์, 2550) จากการศึกษาของ Sakai และคณะ (2011) ได้ทำการศึกษาหลังจากจำหน่ายกลับบ้านในผู้ป่วยที่เคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลันร่วมกับมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลันที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยนั้นจะมีคุณภาพชีวิตที่แย่ง และที่รุนแรงไปกว่านั้นภาวะซึมเศร่ายังเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ (Whang et al., 2009) ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เฉียบพลันเกิดขึ้นจากความผิดปกติและการสูญเสียหน้าที่เกิดขึ้น ของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic dysfunction) ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก และเกิดการยับยั้งการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติกจากความไม่สมดุลกัน เมื่อมีการกระตุ้นการทำงานที่ระบบประสาทซิมพาเทติกเพิ่มขึ้น และระบบประสาทพาราซิมพาเทติกมีการทำงานลดลง ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น เกิดความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจลดลง (Carney et al., 1995) ในผู้ป่วยที่มีภาวะซิมเสรั้าความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจที่มีลดลง ส่งผลทำให้เกิด arrhythmias และเกิด Sudden cardiac death ได้ (Odemuyiwa et al., 1991) ซึ่งเป็นผลมาจากการเพิ่มระดับของแคทีโคลามีนในกระแสเลือด (Plasma catecholamine) ส่งผลให้เร่งการเกิดคราบ (Plaque) หรือทำลาย endothelium ของหลอดเลือดแดงมากขึ้น และในขณะเดียวกันการที่แคทีโคลามีนมีการทำงานเพิ่มขึ้นก็จะมีผลกระทบกระตุ้นการทำงานของเกล็ดเลือดทำให้มีการรวมตัวของก้อนเลือด เกิด atherosclerosis ขึ้นต่อมาได้ จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (มลฤดี บุราณ, 2548) จากการศึกษาของ Frasure-smith และคณะ (1993,1995) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ประมาณ 5-15 วันหลังจากมีอาการเกิดขึ้น พบภาวะซิมเสรั้าได้ร้อยละ 16 หลังจากนั้นได้มีการติดตามผู้ป่วยทุก 6, 12, 18 เดือน หลังออกจากโรงพยาบาล พบว่าภายใน 6 เดือน ผู้ป่วยที่มีภาวะซิมเสรั้าจะเสียชีวิตประมาณร้อยละ 17 เมื่อเทียบกับ ผู้ที่ไม่มีภาวะซิมเสรั้าร้อยละ 3 จึงแสดงให้เห็นว่าภาวะซิมเสรั้าที่เกิดขึ้นหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตได้อย่างชัดเจนในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซิมเสรั้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่

แบบแผนการดำเนินชีวิต Bjerkeset และคณะ (2005) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลและภาวะซิมเสรั้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเวลา 5 ปี ผลการศึกษาพบว่า คุณลักษณะแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ มีผลต่อการเกิดความวิตกกังวลและภาวะซิมเสรั้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเวลา 5 ปีหลังจากเป็นโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การสนับสนุนทางสังคม Cronin และคณะ (1997) ศึกษา ในกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดหัวใจ พบว่าการมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีในการดำเนินชีวิต ช่วยลดการเกิดภาวะซิมเสรั้าในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังจากการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (Frasure -Smith, 2000)

กลุ่มอาการ Spijkerman (2005) และคณะ ศึกษากลุ่มอาการที่มากขึ้นจะสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น จากการศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจมีอาการหลายอย่าง เช่น เหนื่อย หายใจลำบาก นอนไม่หลับ อาการปวด อาการท้องผูก เป็นต้น (เป็น รักเกิด, 2549; จิราวรรณ เดชอดิศัย, 2549) ผู้ป่วยที่เผชิญปัญหาส่วนใหญ่จะรับรู้ว่าการเป็นสิ่งที่รบกวนความสุขสบาย รวมทั้งเป็นสัญญาณที่บ่งถึงความผิดปกติหรือเกิดการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพ จึงทำให้ต้องแสวงหาการช่วยเหลือหรือการรักษา และหากการจัดการไม่สำเร็จก็จะส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

จากการทบทวนวรรณกรรมสำหรับในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจน้อยมาก และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงความถี่หรืออุบัติการณ์ ส่วนปัจจัยที่ศึกษามักจะเป็นปัจจัยด้านส่วนบุคคลและด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ (มลฤดี บุราณ, 2548) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า ยังมีปัจจัยอื่นอีกที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นควรศึกษาสถานการณ์ของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยเน้นปัจจัยที่พยาบาลมีบทบาทในการแก้ไขปัญหา เพื่อเป็นประโยชน์ในการพยาบาลของผู้ป่วยและการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และจิตสังคม และเป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นอย่างไร
2. แบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่ อย่างไร

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

แบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นพฤติกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลที่กระทำเป็นประจำและอย่างสม่ำเสมอเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะทางสุขภาพที่แข็งแรง จากการศึกษาของ Bjerkeset และคณะ (2005) ได้ทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเวลา 5 ปี ผลการศึกษา พบว่า คุณลักษณะแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ มีผลต่อการเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเวลา 5 ปีหลังจากเป็นโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนไป เพื่อปรับให้เข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และเศรษฐกิจ ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพก็จะทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี แต่ถ้าผู้ป่วยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพก็จะทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้เกิดอาการกำเริบของโรค ทำให้อาการของโรคก้าวหน้าไปเรื่อยๆและมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดี การมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพเป็นกุญแจสำหรับสุขภาพที่บุคคลสามารถรับมือกับตนเองก่อนที่จะเกิดความเจ็บป่วยและลดความเจ็บป่วยได้ (Pender, 1996) ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิที่ยืนยาวและสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการแสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ซึ่งทำให้ได้รับประโยชน์ในแง่การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากคนในสังคม ทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และวัตถุสิ่งของต่างๆซึ่งจะช่วยลดความตึงเครียด หรือช่วยในการแก้ปัญหาต่างๆ แรงสนับสนุนหรือการใส่ใจจากสังคมรอบตัวผู้ป่วย นับเป็นปัจจัยสำคัญในการต่อต้านอาการที่นำไปสู่สาเหตุของโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว อ้างว้าง มีเพื่อนน้อย รวมทั้งครอบครัวมีปัญหาภายใน มักจะมีแนวโน้มพัฒนาอารมณ์ไปสู่โรคซึมเศร้าได้ง่ายกว่าคนปกติ ผู้ที่รับรู้การสนับสนุนทางสังคมมากจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่รับรู้น้อย (Cobb, 1976; Schaefer, Coyne, and Lazarus, 1981) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ Cronin และคณะ (1997) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า การมีแรงสนับสนุนทาง

สังคมที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีในการดำเนินชีวิตภายหลังการผ่าตัดหัวใจ และถ้าหากผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังการเกิดกล้ำมเนื้อหัวใจตายได้ (Frasure -Smith, 2000)

กลุ่มอาการ เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม ความรู้สึก และสติปัญญาของบุคคล ถ้าอาการที่เกิดขึ้นอย่างน้อยสองอาการเกิดขึ้นร่วมกัน มีความสัมพันธ์กันโดยไม่จำเป็นจะต้องมาจากสาเหตุเดียวกันเรียกว่า “กลุ่มอาการ” จำนวนอาการที่เกิดขึ้นจึงเป็นสิ่งแรกที่บอกถึงความแตกต่างระหว่างอาการและกลุ่มอาการ (สุภาภรณ์ ดั่งแพง, 2551) อาการต่างๆที่เกิดขึ้น เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก อาการปวดศีรษะ เจ็บคอ ไข้ เหนื่อยล้า หรือวิตกกังวล นอนไม่หลับ เป็นต้น ดังนั้นเมื่อมีอาการเกิดขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจมีอาการกำเริบของโรคไม่แน่นอน บ่อยครั้งที่เมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือหอบเหนื่อย หายใจลำบากที่ไม่มีปัจจัยชักนำ ทำให้บุคคลต้องเผชิญกับปัญหาส่วนใหญ่จะมีการรับรู้ว่า อาการเป็นสิ่งรบกวนความสุขสบายรวมทั้งอาจเป็นสัญญาณซึ่งบ่งถึงความผิดปกติหรือเกิดการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพเมื่อเกิดอาการขึ้นแล้ว จึงทำให้ต้องแสวงหาการช่วยเหลือหรือการรักษา ผู้ป่วยหลายรายไม่สามารถจัดการกับอาการได้ แม้จะมียา หรืออุปกรณ์ช่วยชีวิตอื่นๆทำให้เกิดปัญหาทางจิตสังคมตามมา ดังนั้นอาการจึงเป็นปัญหาสำคัญของบุคคลที่เผชิญอาการนั้นๆ ซึ่งบุคคลต้องรับผิดชอบต่อการจัดการอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง

ดังนั้นจะเห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะต้องเผชิญกับประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดต่างๆมากมาย รวมถึงอาการที่ไม่คาดคิด รวมทั้งการวินิจฉัยและการรักษา อาการเจ็บหน้าอกและหายใจลำบากเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยตกใจกลัว ผู้ป่วยจะกลัวตาย วิตกกังวล ซึมเศร้าและโกรธ เป็นปฏิกิริยาสนองตอบต่อความเครียดที่พบได้บ่อย จากการศึกษาของ Whitehead และคณะ (2005) ศึกษาเชิงสำรวจในผู้ป่วย 518 คน ที่เคยมีอาการเจ็บหน้าอก พบว่าอาการทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด มีภาวะซึมเศร้าและรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ โดยร้อยละ 80 ของผู้ป่วยกลัวว่าจะเกิดอาการขึ้นมาอีก มากกว่ากลัวตาย และร้อยละ 40 ไม่กล้าทำกิจกรรมใดๆ กลัวว่าจะเกิดอาการ ผู้ป่วยที่ยังคงมีภาวะซึมเศร้าต่อไปจนถึงระยะพักฟื้นหลังจากมีอาการเจ็บหน้าอกได้ 6 เดือนจะมีอัตราตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 17 ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราตายต่ำกว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่เป็นเหตุให้เกิดอาการโดยจะเห็นว่าผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกบางราย ไม่ได้เกิดอาการเดียวผู้ป่วยอาจมีอาการเหนื่อยล้าร่วมด้วย ดังในการศึกษาของ Johansson และคณะ (2010) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย

ระยะ 4 เดือนหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการศึกษาพบว่า ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมีผลเกี่ยวเนื่องต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยระยะ 4 เดือนหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. แบบแผนการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. กลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลของรัฐบาลในภาคตะวันออกเฉียง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 35-60 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย แบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 35-60 ปี ที่เคยมีการอุดตันอย่างฉับพลันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ หรือมีการแตกของคราบไขมัน หรือมีลิ้มเลือดไปอุดตันจนทำให้การส่งผ่านเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ

ลดลง กล้ามเนื้อหัวใจบางส่วนเริ่มตาย จนหยุดทำงาน ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก ความดันโลหิตต่ำหรือช็อค โดยเป็นผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างน้อย 7 วันเป็นต้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) ซึ่งมารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐบาล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 2 โรงพยาบาล

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะของความผิดปกติทางอารมณ์รูปแบบหนึ่งเหมือนกับโรคทางกายอื่นๆเกิดได้ ทั้งมีสาเหตุและไม่มีสาเหตุเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันของคนเราอาจมีอาการแสดงตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงระดับรุนแรงมาก ซึ่งจะนำไปสู่ความเปราะบางทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิด และสังคม ได้แก่ อารมณ์โศกเศร้า เสียใจ อ้างว้าง หดหู่ เศร้าหมอง อ้างว้างหมกมุ่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ชอบอยู่คนเดียว รู้สึกตนเองไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ประเมินได้จากแบบประเมิน Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ของรัดรอฟท์ (Rudloft , 1977) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533)

แบบแผนการดำเนินชีวิต หมายถึง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่กระทำเป็นประจำและอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) หมายถึง การเอาใจใส่ต่อสุขภาพของผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมีการดูแลสุขภาพและสังเกตการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองรวมถึงมีการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์ มีการใช้ระบบบริการสุขภาพ และหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด ของมีเมา เพื่อส่งเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่างๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

2. ด้านการออกกำลังกาย (Physical activity) หมายถึง การเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อ และส่วนต่างๆของร่างกายรวมถึงการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยคำนึงถึงสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ โดยประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ

3. ด้านโภชนาการ (Nutrition) หมายถึง การปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร และ

การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายเพื่อให้อาหารครบ 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ

4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) หมายถึง การแสดงออกซึ่งความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้รับประโยชน์เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ

5. ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual growth) หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญของชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายหรือวางแผนในการดำเนินชีวิต มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการและเกิดความสงบสุขในชีวิต

6. ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมมีการใช้เวลาให้เกิดประโยชน์และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ประเมินได้จากแบบประเมิน The Health-Promotion Lifestyle Profile:II (HPLP:II) พัฒนาโดย Walker, Sechrist, and Pender ในปี ค. ศ. 1996 ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคลอื่นในสังคมรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ การได้รับความรัก เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นโดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบสังคมนั้น ซึ่งเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการรู้คิด การสนับสนุนด้านวัตถุ มีการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนมีคุณค่าซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม ประเมินได้จากแบบประเมิน The ENCRICH Social Support Questionnaire ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย จันทนา หล่อตจะกุล (2549)

กลุ่มอาการ หมายถึง ประสบการณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นอาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดเพียงอาการใดอาการหนึ่งแต่มีหลายอาการเกิดขึ้นร่วมกันเป็นอาการที่เกิดขึ้น 2 อาการหรือมากกว่าขึ้นไปที่เกิดขึ้นพร้อมกันหรือเกิดขึ้นร่วมกัน อาจเกิดจากสาเหตุเดียวกันหรือไม่ก็ได้ แต่ละอาการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอกแล้วมีอาการปวดร้าวไปที่แขนข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง, หลัง, คอ, กราม, หรือลิ้นปี่, แน่นหน้าอก-ถูกบีบ กด ท่วมบริเวณหน้าอก หรือส่วนกลาง เหนือแตกท่วมตัว คลื่นไส้ หน้ามืด ใจสั่น โดยมีอาการที่เกิดขึ้นหลายอาการพร้อมกัน

ประเมินได้จากแบบประเมิน Cardiac Symptom Survey (CSS) ของ Nieveen (Zimmerman et al., 2002) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดย จันทนา หล่อตจะกุล (2549)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้บุคลากรทางด้านสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่หลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และนำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการประเมิน วางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2. เพื่อให้บุคลากรทางด้านสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและนำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการประเมิน วางแผนและให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3. เป็นแนวทางสำหรับการทำวิจัยทางการพยาบาล โดยการนำผลการวิจัยที่ศึกษาไปเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการทางการพยาบาล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.1 ความหมายของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.3 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.4 อาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.5 การวินิจฉัยโรค และความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.6 การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. ภาวะซึมเศร้า
 - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 2.3 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
 - 2.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 3.1 แบบแผนการดำเนินชีวิต
 - 3.2 การสนับสนุนทางสังคม
 - 3.3 กลุ่มอาการ
4. ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
5. บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1.1 ความหมายของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) หมายถึง การตายกล้ามเนื้อหัวใจ (Necrosis) ที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีอย่างเฉียบพลัน จากมีการแตกของคราบไขมันร่วมกับมีลิ่มเลือดอุดตัน (Atheromatous plaque) โดยเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นลดลงหรือหยุดทันที ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตต่อชีวิตที่รุนแรง (วิจิตรา กุสุมภ์, 2551) การแบ่งความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome: ACS) แบ่งออกเป็น (วิจิตรา กุสุมภ์, 2551)

1.1.1 Acute Coronary Syndrome (ACS) ที่ไม่มี ST elevation เป็นกลุ่มอาการที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงแต่ไม่มีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจหรือตายไม่มากนัก ถือเป็น“สัญญาณเตือนภัย” แต่ถ้าลิ่มเลือดก่อตัวเพิ่มอีกจะเสียชีวิตได้ในที่สุดกลุ่มอาการนี้แบ่งออกเป็น

1.1.1.1 Unstable angina (UA) เป็น ACS ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน แต่ยังไม่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นกลุ่มที่ EKG ไม่มี ST segment elevation แต่มี ST depression/T wave inversion และ cardiac marker negative

1.1.1.2 Non ST elevation myocardial infarction (Non Q-wave MI หรือ Non STEMI) เป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงจนกระทั่งมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ EKG ไม่มี ST segment elevation แต่มี ST depression/T wave inversion และ cardiac marker ได้ผลบวก เป็นกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดที่มี Q-wave

1.1.2 Acute Coronary Syndrome (ACS) ที่มี ST elevation ที่มีการปริแตกของรอยโรคที่โคโรนารีอย่างรุนแรงและมีลิ่มเลือดจำนวนมากทำให้อุดตันอย่างสมบูรณ์และถาวรมีผลให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างรุนแรง เป็นกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ EKG มี ST elevation ปัจจุบันนิยมเรียก ST elevation MI (STEMI) และ cardiac marker ได้ผลบวก หากผู้ป่วยพวกนี้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเร็ว และคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่เกิด Q-wave การวินิจฉัยขั้นสุดท้าย คือ STEMI ซึ่งเป็นกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ EKG มี ST elevation

1.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Nonmodifiable risk factors) ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้ (Modifiable risk factors) และปัจจัยส่งเสริมอื่นๆ (Contributing factors) (American Heart Association, 2009) ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (non modifiable risk factors) ควรเป็นข้อพึงระวังในบุคคลที่อยู่ในภาวะเสี่ยง และป้องกันการเกิดโรคจากปัจจัยส่งเสริมอื่นๆ มีดังนี้

1.2.1.1 เพศ เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากขึ้นในวัยหมดประจำเดือน (สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2551) เพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าเพศหญิง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553)

1.2.1.2 อายุ อายุมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและทำให้โรคมีความรุนแรง โรคจะมีความรุนแรงมากขึ้น มากกว่าร้อยละ 83 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (American Heart Association, 2009) โดยพบว่า เพศชายมักเกิดโรคเมื่ออายุเกิน 40 ปี ส่วนเพศหญิงมักเกิดเมื่ออายุเกิน 55 ปี (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

1.2.1.3 พันธุกรรม ผู้ที่มีบุคคลภายในครอบครัวเดียวกันเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้มากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติกรรมพันธุ์ในครอบครัว ปัจจัยทางพันธุกรรมที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงไขมันในเลือดสูงและอ้วนมาก (สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2551)

1.2.2 ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้ (Modifiable risk factors) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ถ้าบุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จะสามารถป้องกันและลดโอกาสเจ็บป่วยได้ มีดังนี้

1.2.2.1 การสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคนี้เป็น 2 เท่าของผู้ไม่สูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่ ทำให้เพิ่ม Catecholamine มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตสูงขึ้น ทำให้หลอดเลือดหดเกร็ง (สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2551) และพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่จะเป็นโรคนี้เมื่ออายุ 35-45 ปี มีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 5 เท่า (National Health Interview Survey, 2008) ถ้าสูบบมากกว่า 20 มวนต่อวัน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้สูงถึง 6.5 เท่า และยิ่งพบอีกว่า 1 ใน 5 ของผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีประวัติสูบบุหรี่ (Sadowsky, 2001 อ้างถึงใน ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม, 2552)

1.2.2.2 ความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่มีความดันปกติถึง 2 เท่า (National Heart, Lung, and Blood Institute,

2008) ความดันโลหิตสูงทำให้ความสามารถของหลอดเลือดในการหดตัวและการขยายตัวลดลง และแรงดันที่สูงทำให้ชั้นในของหลอดเลือดแดงฉีกขาด นำไปสู่การเกิด Atherosclerosis นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียง พบว่า อัตราการเกิดโรคลดลงร้อยละ 15 (เสก ปัญญสังข์และ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543)

1.2.2.3 อาหาร การรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง (Cholesterol) และไขมันสูงสามารถทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เพราะโคเลสเตอรอลสูงทำให้เกิดแผ่นหรือคราบ (Plaque) ของ Atherosclerosis ในหลอดเลือดแดง พบว่าผู้ชายและผู้หญิง อายุ 35-44 ปี ที่มีระดับ โคเลสเตอรอลในเลือด 256 mg/dl หรือสูงกว่ามีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็น 5 เท่า ของคนที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดน้อยกว่า 220 mg/dl (Kannel, 1976)

1.2.2.4 การขาดการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงอื่น และแบบแผนการดำเนินชีวิต การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีได้เพราะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ลดระดับ น้ำตาลในเลือด เพิ่มระดับของ เอช ดี แอล และลดระดับแอล ดี แอล ลดน้ำหนัก ลดความดันโลหิต ลดความเครียด และรับรู้ถึงภาวะสุขภาพที่ดี (American Heart Association, 2009)

1.2.2.5 โรคเบาหวาน โรคเบาหวานเป็นตัวเร่งให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง ก่อให้เกิดความเสื่อมสภาพของหลอดเลือด เนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะ ก่อให้เกิดการทำลายเยื่อบุชั้นในของหลอดเลือดหัวใจและมีการรวมตัวของเกร็ดเลือดเร็วกว่าปกติ (National Health Interview Survey, 2009) การควบคุมเบาหวานด้วยยาและอาหารจะช่วยลด ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

1.2.2.6 การดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันสูงขึ้น โดยเกิดจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เพิ่มขึ้นในผู้ดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก ได้แก่ ภาวะความดันเลือดสูง ภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง เป็นต้น (ดิลก ภิโยทัย, 2553)

1.2.3 ปัจจัยส่งเสริมอื่นๆ (Other factors) ได้แก่

1.2.3.1 โรคอ้วน เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนักขึ้น (Christensen and Kockrow, 2003) มีการศึกษาพบว่า น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 20 ของน้ำหนักตัว เป็นปัจจัยเสี่ยงก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยมีความสัมพันธ์กับไขมันที่สะสมของร่างกาย (วินัส ลิฟท์กุล และคณะ, 2546)

1.2.3.2 การมีระดับ Homocystein ในเลือดสูง ทำให้ความหนืดของเกร็ดเลือด(Blood platelet) เพิ่มขึ้นเกิดการแข็งตัวของเลือดมากขึ้น จะทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นก่อให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัว ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ง่าย (อภิชาติ สุขคนธรรพ์, 2543; รสสุคนธ์ สีสาวโรภาส, 2553)

1.2.3.3 ความเครียด ผู้ที่มีความเครียดมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็น 3 เท่าของผู้มีจิตใจปกติโดยเมื่อมีความเครียดร่างกายจะมีการตอบสนองโดยหลังสารแคทโคลามีน (Catecholamines) มีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น มีการทำลายเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ และเกิดการหดเกร็งของหลอดเลือด (Christensen and Kockrow, 2003; Jamrozik,2004 อ้างถึงใน ศศิวรรณ ทศนเชียม, 2552)

1.2.3.4 บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเอ (Type A personality) มีลักษณะก้าวร้าว โมโหง่าย มีความมุ่งหวังสูงทำงานแข่งขันสูง และแข่งกับเวลา (Gerard and Ringel, 1997) บุคคลกลุ่มนี้จะหลั่งสาร catecholamine กระตุ้น sympathetic activity ต่อหัวใจน้อยกว่าปกติ จึงทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจสูงถึงร้อยละ 50 (Jamrozik, 2004)

1.2.3.5 การรับประทานยาคุมกำเนิด พบว่า มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี แต่ยังไม่ชัดเจน (National Institute of Health, 2009)

1.2.3.6 การติดเชื้อ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยเมื่อมีการติดเชื้อ T- lymphocyte, macrophage และการหลั่งของสาร ได้แก่ cytokines, chemokines และ matrix-degrading metalloproteinases จะมีผลทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว (Jamrozik, 2004)

1.3 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การเกิด Acute coronary syndrome and Plaque disruption กลุ่มสภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) เป็นสภาวะของหลอดเลือดหัวใจที่มีการเสื่อมสภาพหรือแข็งตัว (Atherosclerosis)ทำให้การนำเลือดของหลอดเลือดโคโรนารีลดลงสืบเนื่องมาจากไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือดหรือหลอดเลือดโคโรนารีแข็งหดเกร็งแล้วเกิดมีการฉีกขาดหรือปริแตกที่ด้านในของผนังหลอดเลือดส่วนที่เสื่อมสภาพอย่างเฉียบพลัน (Plaque rupture, disruption) เกิด Raw surface ขึ้นที่ผนังด้านในของหลอดเลือด เกิดเลือดจะเกาะกลุ่ม (Platelet aggregation) อย่างรวดเร็ว ตรงบริเวณที่มีการปริแตกหรือฉีกขาด หลังจากนั้นจะมีการ

กระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือด (Thrombus formation) อย่างรวดเร็วในบริเวณดังกล่าว หากลิ่มเลือดอุดตันบางส่วน (Partial occlusion) ปริมาณเลือดไหลผ่านน้อยลง เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง และขาดออกซิเจน ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบางส่วน การทำหน้าที่ของหัวใจถูกขัดขวางจากการขาดเลือดและทำให้เกิดการบาดเจ็บ เกิดอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina) โดยยังไม่มีการอุดตันหัวใจตาย ถ้าลิ่มเลือดเกิดอุดตันโดยสมบูรณ์ (Complete occlusion) จะมีผลทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction, AMI) ชนิด STEMI (ST-segment elevation myocardial infarction) หรือชนิด NSTEMI (Non-STsegment elevation myocardial infarction) (สำนักพัฒนาวิชาการแพทยกรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

1.4 อาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1.4.1 อาการและอาการแสดงที่จำเพาะกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (Typical Clinical Manifestation of CAD) ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอกโดยเฉพาะเวลาออกแรง ซึ่งพบได้ไม่ถึงร้อยละ 50 เท่านั้นในผู้สูงอายุและแม้ว่าจะมีอาการเจ็บหน้าอกก็ตามลักษณะของการเจ็บหน้าอกอาจไม่ใช่อาการเจ็บเค้น (Squeezing) หรือเจ็บหนักๆ แน่นๆ (Crushing) รวมทั้งตำแหน่งของการเจ็บหน้าอกจะบอกได้ไม่ชัดเจน หรือบางทีอาจจะปวดบริเวณท้องหรือ epigastric area โดยไม่มีเจ็บหน้าอก (เสก ปัญญสังข์ และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543)

1.4.2 ไม่มีอาการและอาการแสดงใดๆ (Silent ischemia) ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีอยู่เป็นจำนวนมากที่ไม่เคยมีอาการหรืออาการแสดงใดๆเลย (เสก ปัญญสังข์ และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) เนื่องจากในภาวะปกติความต้องการใช้และรับออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจจะสมดุลกันและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจสามารถเพิ่มขึ้นได้ถึง 4 เท่าในยามที่ต้องการใช้บุคคลที่หลอดเลือดแดงโคโรนารีมี Atherosclerosis อาจไม่ปรากฏอาการ แต่อาการจะปรากฏเมื่อกกล้ามเนื้อหัวใจไม่มีความสมดุลระหว่างออกซิเจนที่ได้รับกับออกซิเจนที่ต้องการใช้ (American Heart Association, 2010)

ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

New York Heart Association (NYHA) ได้เสนอระบบการจำแนกความรุนแรงของโรคหัวใจ โดยจำแนกตามความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เรียกว่า New York Heart Association classification system หรือ NYHA classification: FC เพื่อเป็นตัวพยากรณ์โรค และ

ใช้ประกอบการพิจารณาให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ(AmericanHeart Association, 2009) ดังนี้

Class I ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้โดยไม่แสดงอาการอ่อนเพลีย ใจสั้น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอก

Class II ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีความสุขสบายเหมือนคนปกติในขณะพัก แต่จะอ่อนเพลียใจสั้น เหนื่อยหรือเจ็บหน้าอก เมื่อทำกิจกรรมต่างๆไป

Class III ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม อาจรู้สึกสบายในขณะพัก แต่เมื่อทำกิจกรรมเบาๆ ที่น้อยกว่ากิจกรรมธรรมดา จะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั้น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอก

Class IV ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอาการอ่อนเพลีย ใจสั้น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอกในขณะพักโดยที่ไม่ได้ทำกิจกรรมใดๆ

1.5 การวินิจฉัยโรคของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประวัติการเจ็บหน้าอก (History)

การซักประวัติผู้ป่วย ผู้ป่วยจะให้ประวัติอย่างชัดเจนว่า มีอาการเจ็บหน้าอก และอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น อาการของหลอดเลือดส่วนปลาย collapse อาการคลื่นไส้อาเจียน หายใจเหนื่อยหอบ เป็นต้น สำหรับอาการเจ็บหน้าอกที่ผู้ป่วยเล่าขึ้น จะต้องพิจารณาและประเมินลักษณะอาการเจ็บหน้าอกให้ถูกต้อง โดยแยกให้ออกจากการเจ็บหน้าอกที่มีสาเหตุมาจากอย่างอื่น ลักษณะการเจ็บหน้าอกของโรคอื่นๆ ที่มีอาการคล้ายคลึงกับอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนั้นมีหลายโรค การวินิจฉัยอาการเจ็บหน้าอก (Chest pain) สิ่งสำคัญที่จะวินิจฉัยอาการเจ็บหน้าอกอย่างถูกต้องจะต้องประกอบด้วย ประวัติการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยร่วมกับอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยนำมาพิจารณาประกอบร่วมด้วย

การตรวจ serum enzymes เมื่อเราเจาะเลือดตรวจ serum enzymes และพบว่าสูงขึ้นนั้น ก็เป็นข้อชี้บ่งชี้หนึ่งว่าเยื่อเซลล์ถูกทำลายคุณสมบัติของ enzymes ที่ปรากฏอยู่ในเซลล์หลายๆ ชนิด เช่น enzymes ที่ปรากฏอยู่ในกล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ Creatinine Phosphokinase (CPK หรือ CK) Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase (SGOT) หรือ Aspartate Transaminase (AST) Lactic Dehydrogenase (LDH หรือ LD) และ Alpha Hydroxybutyrate Dehydrogenase (HBD) ดังนั้นเมื่อกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายหรือตาย (Necrosis) enzyme เหล่านี้จะสูงขึ้นและปรากฏออกมาในกระแสโลหิต

การตรวจการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiographic changes)
 เมื่อกกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะมีการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ คือ ในระยะขาดเลือด (ischemia) จะพบ T wave inversion ต่อมาเมื่อภายในเซลล์เนื้อเยื่อมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะบาดเจ็บ (Injury) จะมี ST segment elevated ถ้าหากเนื้อเยื่อบริเวณนั้นยังขาดเลือดต่อไป จะเข้าสู่ระยะเซลล์ตายจะเกิด Q wave ที่มีลักษณะลึกเป็น 1/3 ของ R wave และกว้าง เรียกว่า กล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดมี Q wave และ ST segment ที่ elevated จะค่อยๆลดลง T wave จะมีลักษณะเป็น symmetrical inverted T wave ผู้ป่วยบางรายไม่พบการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว แต่มี ST depression และไม่มี เรียกว่า Q wave กล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดไม่มี Q wave

1.6 การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม, 2552)

มีจุดประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและเสียชีวิต นอกเหนือจากนั้นยังเป็นการเพิ่มคุณภาพของระยะเวลาการมีชีวิตอยู่ (ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร และ ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2547) ซึ่งมีวิธีการรักษาสรุปได้ ดังนี้

1.6.1 การรักษาด้วยยา เป็นการควบคุมอาการ โดยยาส่วนใหญ่ออกฤทธิ์ลดความต้องการเลือดที่มาเลี้ยงหัวใจ หรือเพิ่มปริมาณเลือดที่ไหลเข้าสู่หัวใจ ยาที่ใช้บ่อยสามารถแบ่งตามกลุ่มการออกฤทธิ์ของยา ดังนี้ ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพรและทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2547)

1.6.1.1 ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic) ชนิดของยาละลายลิ่มเลือดที่นำมาใช้ ปัจจุบัน ได้แก่ streptokinase, tissue plasminogen activator, reteplase และ tenecteplase ทำหน้าที่ละลายลิ่มเลือดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการอุดตันหรือลดการอุดตันของหลอดเลือด เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดดำเนินไปอย่างเป็นปกติ การให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 6 ชั่วโมง สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ 30 รายในการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด 1,000 ราย (ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร และทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2547)

1.6.1.2 Antiplatelet agent ได้แก่ aspirin, ticlopidine ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดลิ่มเลือดที่อาจทำให้เกิดหลอดเลือดตีบหรืออุดตันได้ สามารถลดอัตราการตาย ป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ และการเสียชีวิตในผู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (David, Bruce, and Michael, 2005)

1.6.1.3 ยากลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor: ACEI เป็นยากลุ่มยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ (Angiotensin converting enzyme) มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ angiotensin converting enzyme ซึ่งเปลี่ยน angiotensin I ไปเป็น angiotensin II มีผลให้หลอดเลือด

เลือดขยายตัว สามารถลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตาย และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายด้วย ผู้ป่วยที่มีปัญหาหลอดเลือดแดงส่วนปลาย จะช่วยลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ และอัตราการเสียชีวิตได้ (ศรีนัย ครอบประเสริฐ, 2546)

1.6.1.4 ยาในกลุ่ม nitrates ช่วยลดความดันในหัวใจและเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ด้วย การขยายหลอดเลือด ช่วยบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกได้อย่างรวดเร็ว ยาไนโตรกลีเซอรินที่ใช้ลมใต้ลิ้น ให้ลมใต้ลิ้นครั้งละ 5 มิลลิกรัมได้ทุก 5 นาที จนกว่าอาการเจ็บแน่นหน้าอกจะหาย แต่ไม่ควรให้ยาซ้ำเกิน 3 เม็ด จนอาการเจ็บแน่นหน้าอกหายไป (Bates and Kuser, 2007)

1.6.1.5 ยาในกลุ่ม beta-adrenergic blocking agents ช่วยลดอัตราการเต้นและความแรงของการบีบตัวของหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนลดลง จึงช่วยลดอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำและลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ยาในกลุ่มนี้อาจลดอัตราการตายในระยะแรกของโรคได้ (Robert et al., 2004)

1.6.1.6 ยาในกลุ่ม Calcium blockagents ชัดขวางแคลเซียมเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ออกฤทธิ์ปิดกั้นไม่ให้แคลเซียมเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หลอดเลือดแดงขยายตัว กำล้างการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ความต้องการออกซิเจนลดลง ยามีผลต่อกล้ามเนื้อเรียบทำให้หลอดเลือดขยายเลือดไปเลี้ยงหัวใจมากขึ้น ลดอาการเจ็บหน้าอก (ปราณี หูไพเราะ, 2550) จึงลดอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำและลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ (กองบรรณานิการใกล้หมอ, 2548)

1.6.2 การรักษาโดยการทำให้ตถถการ เป็นการรักษาที่ใช้เมื่อไม่สามารถควบคุมอาการด้วยยาได้ ได้แก่

1.6.2.1 การรักษาโดยการขยายหลอดเลือดที่ตีบ (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty: PTCA) พบว่า สามารถลดอัตราการเกิด non fatal myocardial infarction, recurrent myocardial infarction และ stroke ได้ดี โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มี cardiogenic shock ถ้าสามารถให้การรักษาได้ภายในเวลา 90 นาที (Antman, 2008) การรักษาโดยการใส่สายสวนเส้นเลือดแดงที่มีลูกโป่งเล็ก ๆ ตรงปลาย ผ่านเข้าไปในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มีการตีบแคบแล้วขยายส่วนที่ตีบด้วยลูกโป่ง โดยไป ยืดหลอดเลือด และทำให้คราบไขมันบนผนังทำ 2 – 3 ครั้ง รุขของหลอดเลือดจะขยายออก การขยายถือว่าประสบความสำเร็จสูง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) แต่หลังจากการทำ PTCA ปัญหาส่วนใหญ่พบว่าการอุดตันใหม่หลังทำ 4-6 เดือน ประมาณร้อยละ 30 (พรพนี เสถียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536)

1.6.2.2 การรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหัวใจ (Coronary Atery

Bypass Graft: CABG) โดยอาจใช้หลอดเลือดดำ saphenous หรือ inter mammary artery ต่อจากเอออร์ตา โยงไปยังหลอดเลือดส่วนหลังส่วนที่มีการตีบ เพื่อรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยมีการตีบของหลอดเลือดแดงโคโรนารีเป็นตัวกำหนด prognosis ได้แก่ มีการตีบมากกว่าร้อยละ 50 ของ Left Main Coronary Artery (LAD)ตีบมากกว่าร้อยละ 50 บริเวณ proximal ของ coronary artery ทั้งสามเส้น คือ LAD, circumflex และ right coronary artery ผลในระยะยาวพบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับการทำ CABG ร้อยละ 98 มักกลับมีชีวิตเป็นปกติโดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก (ปิ่นชนี ชาติบุญสุข, 2548)

1.6.2.3 การใส่โครงตาข่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery stents) เป็นการใส่โครงตาข่าย ซึ่งเป็นตะแกรงโลหะมีรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป ใส่เข้าไปในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ตีบแคบ วิธีการทำคล้ายกับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน แตกต่างกันเพียงแต่จะมีการฝังโครงตาข่ายอยู่ในหลอดเลือดแดง ซึ่งการใส่โครงตาข่ายจะช่วยป้องกันการตีบซ้ำ โดยพบว่าอัตราการตีบซ้ำลดลงจากร้อยละ 75.7 เหลือ ร้อยละ 21.2 (อภิชาติ สุขคนธรรพ์, 2543)

1.6.2.4 การขยายหลอดเลือดโดยการตัดเอาคราบไขมันออก (Coronary artherectomy) เป็นการตัดคราบไขมันภายในหลอดเลือดแดงของหัวใจด้วยอุปกรณ์ในการตัดคราบไขมันที่มีหลายชนิด เช่น แบบหัวกรอและแบบตัดแยก ซึ่งการตัดเอาคราบไขมันออกมีโอกาสเกิดการปริแตกของหลอดเลือดน้อยกว่าการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีด้วยบอลลูน แต่ข้อจำกัด คือ สามารถทำได้ในหลอดเลือดที่อยู่ส่วนต้นและกลางเท่านั้น โดยต้องมีเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 3 มิลลิเมตร และมีการอุดตันยาวไม่เกิน 15 มิลลิเมตร (นพรัตน์ ชนะชัยพันธ์, 2543)

1.6.2.5 การขยายหลอดเลือดด้วยเลเซอร์ (Coronary laser angioplasty หรือ Transmyocardial revascularization: TMR) ใช้ในการรักษาผู้ที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการอุดตันซ้ำอีก หรือใช้การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจรุนแรงในระยะที่ 4 ซึ่งต้องดมยาสลบ ใช้เลเซอร์ผ่านหัวใจ เมื่อยิงหลายรูทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีลักษณะเป็นฟองน้ำที่จะดูดซับเลือดและไหลซึมไปเลี้ยงหัวใจที่ขาดเลือด ภาวะแทรกซ้อนที่พบในการทำวิธีนี้ คือ ภาวะเลือดออก หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือหัวใจถูกกดจากเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (นพรัตน์ ชนะชัยพันธ์, 2543)

1.6.3 การควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยง การควบคุมและการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลให้เกิดการกำเริบของโรคโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต นอกจากนี้จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแล้ว ยังเป็นการรักษาอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โรคหัวใจที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด คือ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่รู้สึกตัวดีขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงมีความวิตกกังวลอันอาจเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการเจ็บป่วย ความกลัวเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล อุปกรณ์การแพทย์ชนิดต่างๆ สภาพแวดล้อมที่แปลกใหม่ แสง เสียง ตลอดจนอาการของผู้ป่วยข้างเคียง ซึ่งอาจรบกวนการพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ในบางครั้งผู้ป่วยอาจถูกละเลย ไม่ได้รับการดูแลที่ใกล้ชิด และต่อเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ทำให้การดำเนินของโรคไม่ดีขึ้นตามลำดับที่ควรจะเป็น แต่อาจกลับเป็นซ้ำหรือเลวลง ฉะนั้นการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็วและต่อเนื่อง ตลอดจนการปฏิบัติการพยาบาลที่มีมาตรฐานสูงสามารถลดอันตรายและอัตราการตายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายลงได้

หลักการพยาบาลมีดังนี้

1.7.1 ให้ผู้ป่วยลดการใช้ออกซิเจนและทุเลาจากอาการเจ็บหน้าอก

1.7.1.1 ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงอย่างสมบูรณ์ทันทีเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกหรือภายใน 24 ชั่วโมงแรก หลังจากมีอาการเจ็บหน้าอก

1.7.1.2 ลดการทำงานของหัวใจผู้ป่วยโดยให้การพยาบาลที่จำเป็นเร่งด่วนด้วยความนุ่มนวลเบามือ รวดเร็วและให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวน้อยที่สุด

1.7.1.3 ให้ออกซิเจนทางสายยางต่อเข้าทางจมูก (Nasal canular) ในปริมาณ 3-8 ลิตรต่อนาที หรือตามแผนการรักษา

1.7.1.4 ตรวจสอบทีกส์สัญญาณชีพก่อนและหลังการให้ยา

1.7.1.5 ให้ยาบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น

(1) Tab NTG gr. 1/100

(2) Tab Isordil 5 mg.

(3) Morphine HCL

(4) Pethidine ฯลฯ

1.7.1.6 สังเกตอาการที่อาจเกิดจากผลข้างเคียงของยา

1.7.1.7 บันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 Lead ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก และทุกวันในเวลาใกล้เคียงกัน โดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดียวกันและตำแหน่งที่ทำการบันทึกเดิม

1.7.1.8 เจาะเลือดเพื่อหาระดับเอนไซม์ 3 วันติดต่อกันหลังจากผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก

1.7.1.9 อยู่เป็นเพื่อนปลอบโยน ให้กำลังใจผู้ป่วยตลอดเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกจนกว่าผู้ป่วยจะรู้สึกสบายขึ้น

1.7.1.10 ประเมินอาการเจ็บหน้าอกและอาการผิดปกติอื่นๆ

1.7.2 ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

1.7.2.1 ปลอดภัยจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

1.7.2.1.1 ติดตามดูการทำงานของหัวใจตลอดเวลาและติดตามลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจออกจากจอภาพ

1.7.2.1.2 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างช้าๆ โดยใช้ชุดให้สารน้ำที่มีขนาดหยดเล็ก ในกรณีจำเป็นสามารถให้ยาทางหลอดเลือดดำรักษาการเต้นผิดจังหวะของหัวใจและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้อย่างรวดเร็ว

1.7.2.1.3 จดบันทึกลักษณะการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจอ่านและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่สำคัญได้อย่างรวดเร็วถูกต้องและรายงานแพทย์ทันที

1.7.2.1.4 เตรียมยาที่ใช้แก้ไขภาวะการเต้นผิดจังหวะของหัวใจและเครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าให้พร้อมใช้งานได้ทันที

1.7.2.2 ปลอดภัยจากภาวะหัวใจวาย

1.7.2.2.1 สังเกตอาการแสดงของภาวะหัวใจวายได้อย่างรวดเร็ว เช่น ซีพจรเบาเร็วหายใจลำบาก เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ฟังปอดได้ยินเสียงเบรียะ (Crrepitation) ไอ เสมหะเป็นฟองมีเลือดปน หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง มีอาการเขียวคล้ำที่ริมฝีปากปลายมือปลายเท้า ผิวหนังเย็นชื้น ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซี/ชม. จดบันทึกและรายงานแพทย์

1.7.2.2.2 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูง ปลายเท้าราบหรือจัดโต๊ะคร่อมเตียงโดยใช้หมอนรองให้ผู้ป่วยฟูบได้สบายถ้าผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยนอนราบไม่ได้

1.7.2.2.3 ติดตามและประเมินผลการตรวจสัญญาณชีพ ฟังปอดบันทึกจำนวนน้ำที่เข้าสู่ร่างกายและสิ่งทีออกจากร่างกาย ทุกๆ 1-4 ชั่วโมง ตามสภาพของผู้ป่วย ถ้าจำนวนปัสสาวะที่เฉลี่ยออกน้อยกว่า 30 ซีซี ใน 1 ชั่วโมง ในรายที่สายยางสวนคาหรือไม่ถ่ายปัสสาวะภายในเวรต้องรายงานแพทย์ทราบและจำกัดน้ำที่เข้าสู่ร่างกายทางปากและทางหลอดเลือดดำให้ถูกต้องตามแผนการรักษา

1.7.2.2.4 เตรียมยาที่จำเป็น และเครื่องใช้ในการทำ Rotating Tournique หรือเครื่องมือที่ใช้ในการเจาะหลอดเลือดดำ ไว้ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ทันที

1.7.2.3 ปลอดภัยจากภาวะช็อคจากหัวใจ

1.7.2.3.1 สังเกตบันทึกอาการและอาการแสดงของภาวะช็อคจากหัวใจ ได้ถูกต้องรวดเร็ว รายงานแพทย์ เช่น ชีพจรเร็วเกิน 100 ครั้ง/นาที หรือเบาจนคลำไม่ได้ ความดันโลหิตหัวใจบีบตัวต่ำกว่าเดิม 30 มม.ปรอท ผิวน้ำซีด เย็นชื้น เขียวคล้ำบริเวณริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้า มีอาการกระสับกระส่าย สับสน ปัสสาวะจำนวนน้อยกว่า 30 ซีซี/ชม.

1.7.2.3.2 ดูแลให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ ให้ถูกต้อง รวดเร็ว ตามแผนการรักษา

1.7.2.3.3 เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้และช่วยแพทย์ในการทำหัตถการต่างๆ เช่น การเจาะติดตามผลอิเล็กโทรไลต์ความดันก๊าซในหลอดเลือดแดง การวัดความดันหลอดเลือดดำส่วนกลาง (CVP) จอภาพเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต (Arterial line monitor) สายสวนแกน (Swan Ganz Catheter) ใช้ตรวจวัดความดันปอด (Pulmonary Wedge Pressure) และปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac Output) การใส่ท่อหลอดลมคอ และเครื่องช่วยหายใจ อุปกรณ์ในการดูดเสมหะ อุปกรณ์ในการคาสายสวนปัสสาวะ

1.7.2.3.4 ติดตามประเมินผลบันทึกสัญญาณชีพ ความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง ความดันโลหิต ความดันปอด คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ปริมาณความดันก๊าซในหลอดเลือดแดง ทุกชั่วโมง หรือตามความจำเป็น

1.7.3 ให้ผู้ป่วยทุเลาจากอาการต่างๆที่ทำให้ไม่สบาย

1.7.3.1 ทุเลาจากอาการคลื่นไส้อาเจียน

1.7.3.1.1 ดูแลปาก ฟันของผู้ป่วยให้สะอาดอยู่เสมอ โดยให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำอุ่น

1.7.3.1.2 ให้อาแก้คลื่นไส้อาเจียนเมื่อมีความจำเป็นตามแผนการรักษา

1.7.3.1.3 ประเมินหาสาเหตุของอาการคลื่นไส้อาเจียนซึ่งเกิดได้จากภาวะของโรคและผลข้างเคียงของยา

1.7.3.1.4 บันทึก ลักษณะ สี จำนวน ความถี่ ห่างของอาการคลื่นไส้ อาเจียนแต่ละครั้ง

1.7.3.2 ทุเลาจากภาวะไข้สูง

1.7.3.2.1 เช็ดตัวลดไข้ให้ผู้ป่วยถ้าอุณหภูมิสูงเกิน 38 °C

1.7.3.2.2 ดูแลให้ผู้ป่วย พักผ่อนเพียงพอ

1.7.3.2.3 ให้อาลดไข้ตามแผนการรักษา

1.7.3.2.4 ประเมินหาสาเหตุของไข้

1.7.3.3 ทูเลาจากอาการปวดศีรษะ

1.7.3.3.1 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า อาการปวดศีรษะจากผลของยาขยายหลอดเลือดซึ่งแสดงว่ายากออกฤทธิ์ได้ดี

1.7.3.3.2 แนะนำให้ผู้ป่วยระมัดระวังในการเปลี่ยนอิริยาบถควรทำช้าๆ

1.7.3.3.3 ให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะมากควรรายงานแพทย์ทราบ

1.7.4 ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนเพียงพอ

1.7.4.1 จัดให้ผู้ป่วยพักรักษาในห้องเฉพาะหรือจัดเตียงให้อยู่ห่างจากเสียงรบกวน เช่น แสง เสียง หรือผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรง ส่งเสียงดัง

1.7.4.2 ให้การพยาบาลโดยนุ่มนวล เบามือ และรวดเร็ว โดยจัดกิจกรรมพยาบาลที่สามารถทำได้พร้อมกันให้เสร็จในเวลาเดียวกันหรือติดต่อกันขณะผู้ป่วยกำลังหลับถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงควรเลื่อนระยะเวลาในการให้การพยาบาลบางอย่างที่ไม่เร่งด่วนออกไปบ้าง

1.7.4.3 ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนเป็นระยะๆหลังอาหารและยา ให้ผู้ป่วยหลับได้สนิทติดต่อกันอย่างน้อย 8 ชั่วโมงในเวลากลางคืน ติดตามประเมินผลการพักผ่อนของผู้ป่วยทุกวัน

1.7.4.4 ให้ยากล่อมประสาทตามแผนการรักษา ติดตามประเมินผลและสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาในกรณีที่ผู้ป่วยได้น้อยควรหาสาเหตุและปรึกษาแพทย์ในการวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

1.7.4.5 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความสำคัญและความจำเป็นในการพักผ่อนของผู้ป่วยและเหตุผลที่จำกัดเวลาและจำนวนคนเยี่ยมครั้งละ 2 คน นาน 5 นาที

1.7.5 ให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านกิจวัตรประจำวัน

1.7.5.1 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายสภาวะของโรคและอาการของผู้ป่วย โดยให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย จำกัดเกลือแร่ แคลอรี ไขมัน รับประทานทีละน้อย บ่อยครั้ง 4-6 มื้อต่อวัน อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญและจำเป็นในการที่จะต้องรับประทานอาหารรสจืด งด กาแฟ ชา

1.7.5.2 ดูแลให้ผู้ป่วยมีการขับถ่ายอุจจาระเป็นปกติทุกวัน โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี Activity ที่เหมาะสมกับสภาวะของโรคและอาการจัดให้ผู้ป่วยได้อาหารที่เป็นกากและน้ำ

ให้เพียงพอ ช่วยเหลือผู้ป่วยให้นั่งถ่ายบนเตียงแทนการนอนถ่าย กันมานานให้มิดชิด ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือแพทย์อนุญาตให้ลงจากเตียงได้ควรจัดให้ผู้ปวยนั่งเก้าอี้สำหรับถ่ายข้างเตียง (Bedside commode) ในกรณีที่ผู้ป่วยท้องผูก ไม่ถ่ายอุจจาระมาแล้ว 2 วัน แนะนำไม่ให้เบ่งถ่าย ควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาช่วยเหลือตามความเหมาะสม

1.7.5.3 ดูแลให้ผู้ปวยถ่ายปัสสาวะเป็นปกติได้สมดุในกรณีที่จำเป็นต้องสวนคาสายสวนปัสสาวะต้องทำด้วยวิธีปราศจากเชื้อโรคต่อลงขวดหรือถุงแบบระบบปิดให้มีการไหลของปัสสาวะอย่างสะดวกและอธิบายให้ผู้ปวยเข้าใจถึงจุดประสงค์

1.7.5.4 ดูแลความสะอาดร่างกายและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ทุกเช้า เย็น หรือทุกครั้งที่ขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ

1.7.6 ผู้ปวยได้รับการตอบสนองของความต้องการด้านอารมณ์ จิตใจ และความเชื่อที่เหมาะสม

1.7.6.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยให้การต้อนรับไว้ในหน่วยด้วยท่าทีที่สุภาพเป็นกันเอง ยิ้มแย้มแจ่มใส พูดกับผู้ป่วยด้วยวาจาไพเราะ แนะนำตัวเองให้ผู้ปวยรับทราบว่าเป็นใครจะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างไร และพยายามกระตุ้นให้ผู้ปวยบอกถึงความรู้สึกที่แท้จริงที่มีต่อภาวะเจ็บป่วยและภาพลักษณ์ต่อตนเอง ประเมินสภาพอารมณ์จิตใจและความเชื่อของผู้ปวยจากการแสดงออกรวมทั้งการซักถามของผู้ปวยและญาติ

1.7.6.2 ยอมรับและให้ความเคารพแก่ผู้ป่วยในฐานะบุคคล อนุญาตให้ใช้เครื่องส่วนตัวที่ไม่เป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยและตามนโยบายของโรงพยาบาลได้ตามความเหมาะสม ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทุกรายและทุกสภาพด้วยความเท่าเทียมกัน อนุญาตให้ผู้ปวยปฏิบัติตามความเชื่อ หรือพิธีทางศาสนาที่ไม่ขัดกับการรักษาพยาบาลและไม่เป็นอันตรายต่อโรค

1.7.6.3 ลดความวิตกกังวลของผู้ปวยและญาติ โดยให้การปฐมนิเทศเกี่ยวกับกฎระเบียบการเยี่ยม การติดต่อกับเจ้าหน้าที่ สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าเขาจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ พยาบาลรวมทั้งความพร้อมและประโยชน์ของอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆบอกเป้าหมายแผนการรักษา สิ่งที่คาดหวังและสิ่งที่ต้องการ ให้ผู้ป่วยและญาติร่วมมือ

1.7.6.4 บอกให้ผู้ปวยทราบ อธิบายเหตุผลของการรักษาพยาบาลให้ผู้ปวยเข้าใจ ทุกครั้งก่อนทำการรักษาพยาบาล และอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาที่แพทย์ทำการตรวจรักษาในกรณีที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือในการตรวจรักษาแพทย์และพยาบาลต้องมีความรู้ความชำนาญในการใช้อุปกรณ์ต่างๆด้วยท่าทีที่มั่นคงและมีสีหน้าแสดงความมั่นใจ

1.7.6.5 ฝอเนปรนกฎระเบียบบางอยางแกผูบวยและครอบครว ใหผูบวยไดติดต่อกับญาติหรือบุคคลที่ผูบวยตองการพอสสมควร โดยพยาบาลจะเป็นผูแนะนำใหญาติเขาใจกอหนาว่าสิ่งใดควรไมควรนำมาสนทนา บอกเลาหรือปรึกษาผูบวย

1.7.6.6 ใหครอบครวไดรับทราบสิ่งที่ควรรูหรือจําเป็นตองรับรูและมีสวนรวมในการดูแลผูบวย รับฟังปัญหา ใหความสนใจผูบวย ความวิตกกังวลของผูบวยและญาติ เป็ดโอกาสใหแสดงความรู้สึกหรือความหวาดกลัวต่อสภาพความเจ็บป่วยพยายามตอบคาถามของผูบวยและญาติเทาที่จะทำได้ชวยชี้แนะการดาเนินชีวิตใหเหมาะสมกับโรคใใหผูบวยไดเรียนรูวิธีการปรับตัวหลายๆแบบ

1.7.7 ใหผูบวยสามารถปฏิบัติตนไดอยางถูกตอง

1.7.7.1 ประเมินขีดความสามารถในการทำกิจกรรมของผูบวย อธิบายใหผูบวยทราบและแนะนำกิจกรรมที่เหมาะสมกับขีดความสามารถของผูบวย

1.7.7.2 สอนใหผูบวยสังเกตอาการผิดปกติต่างๆที่อาจเกิดขึ้น เช่น ลักษณะการเจ็บหน้าอก หัวใจเต็นแรง เร็ว หายใจเหน็อยหอบ

1.7.7.3 อธิบายถึงวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ถ้ามีอาการเจ็บหน้าอกตองหยุดทำกิจกรรมต่างๆทันที แล้วรีบรายงานแพทย์หรือพยาบาลรับทราบทันที

1.7.7.4 แนะนำวิธีการอมยาใตลิ้นที่ถูกตอง เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกคือยานี้ตองอมใว้ใตลิ้น ห้ามกลืนและตองรอใใหยาละลายหมดจึงกลืนน้ำลาย ยาที่มีประสิทธิภาพเมื่ออมแล้วจะรู้สึกซ่าที่ลิ้น

1.7.7.5 บอกใหทราบถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก ได้แก่ ภาวะเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ ควรแนะนำวิธีการควบคุมและพยายามหาทางแกไขความตึงเครียดต่างๆ

1.7.8 ใหผูบวยมีความพร้อมที่จะย้ายออกไปพักพึนในระยะต่อไปในหอผูบวยทางด้านอายุรกรรม

1.7.8.1 ในการเตรียมผูบวยถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนละผูบวยอยู่ในภาวะพร้อมที่จะรับฟังคำอธิบายได้ควรเริ่มตั้งแตวันแรกที่รับผูบวยเข้ารับการรักษ โดยอธิบายใหผูบวยและครอบครวเขาใจถึงสาเหตุที่ตองเข้ามาอยู่ ระยะเวลาที่อยู่และสภาพของผูบวยที่สามารถย้ายออกจาก C.C.U ได้

1.7.8.2 เป็ดโอกาสใหผูบวยและครอบครวซักถามปัญหาต่างๆที่อาจก่อให้เกิดความวิตกกังวล

1.7.8.3 บอกให้ทราบถึงความแตกต่างของ C.C.U กับหอผู้ป่วยด้านอายุรกรรมที่จะย้ายไปพักฟื้นต่อเกี่ยวกับลักษณะสภาพที่สิ่งแวดล้อมทางหอผู้ป่วย เจ้าหน้าที่บุคลากรในทีมสุขภาพ เครื่องมือ เครื่องใช้

1.7.8.4 บอกสิ่งทีครอบครัวสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ในขณะที่พักฟื้นต่อในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม

1.7.8.5 แนะนำผู้ป่วยและครอบครัวให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทางด้านอายุรกรรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติตัวตามขั้นตอนของโรคเพื่อให้สอดคล้องกับการรักษาพยาบาลที่หอผู้ป่วยนั้นพร้อมทั้งแนะนำให้ซักถามพยาบาลเมื่อมีปัญหาหรือต้องการคำแนะนำความช่วยเหลือ

1.7.8.6 อธิบายถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพแผนการ พยาบาล

1.7.8.7 บันทึกเกี่ยวกับสภาวะของโรคขณะทำการย้าย ภาวะแทรกซ้อน ปัญหาต่างๆที่มีผลเกี่ยวกับโรคสมรรถภาพของผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพแผนการพยาบาลคำแนะนำและการช่วยเหลือที่จะทำต่อฯลฯส่งมอบให้กับพยาบาลประจำตึกซึ่งจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป

1.7.8.8 ไม่เร่งรัดผู้ป่วยนำส่งผู้ป่วยพร้อมแนะนำให้รู้จักหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลประจำการที่รับผู้ป่วยนั้น

1.7.9 ให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

ปัจจุบันแนวความคิดใหม่ของแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเปลี่ยนจากเดิมไปมาก การออกกำลังกายหรือการฟื้นฟูสุขภาพหลังเจ็บป่วยรุนแรงในแนวความคิดใหม่จะกระทำโดยเร็วที่สุดถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นใดผิดจากเดิมซึ่งให้นอนพักนิ่งๆบนเตียงเป็นเวลานานหลายสัปดาห์

วัตถุประสงค์ของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติได้โดยเร็วที่สุด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพตามสภาพของตนและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมีความเชื่อมั่น ยอมรับคุณค่าของตนเอง อยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข
3. แก้ไขสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคป้องกันการเกิดซ้ำและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง ลดภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

1.7.9.1 ชนิดของการออกกำลังกาย แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

Passive exercise หมายถึง การออกกำลังกายที่ผู้อื่นกระทำให้ เช่น การบีบนวด ยกแขนขาให้ เป็นต้น

Active exercise หมายถึง การออกกำลังกายที่ผู้ป่วยกระทำด้วยตนเอง เป็นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เป็นการออกกำลังกายที่ดี การที่ผู้อื่นช่วยนวดหรือจับแขน-ขา ให้เคลื่อนไหว จะไม่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ ซึ่งไม่ทำให้เกิดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

1.7.9.2 เกณฑ์ในการพิจารณาผู้ป่วยที่ควรได้รับการฟื้นฟูสภาพหัวใจ

1.7.9.2.1 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ อย่างรุนแรง หัวใจวายช็อค หรือมีอาการเจ็บหน้าอกคงอยู่ หรือเกิดเป็นซ้ำอีก

1.7.9.2.2 ไม่มีภาวะโลหิตจาง โรคติดเชื้อ ความผิดปกติของข้อ กระดูกและกล้ามเนื้อ

1.7.9.2.3 ถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ต้องได้รับการควบคุม Systolic B.P. ไม่เกิน 160 mmHg และค่า Diastolic B.P. ไม่เกิน 100 mmHg

1.7.9.2.4 ถ้าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ต้องได้รับการรักษาและควบคุมด้วยวิธีการรับประทานยา

1.7.9.2.5 อัตราการเต้นของหัวใจ ขณะพักไม่เกิน 100 ครั้ง/นาที

1.7.9.3 หลักในการฟื้นฟูสภาพ

1.7.9.3.1 การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ควรทำภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย 24 ชั่วโมง และต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ เช่น อาหารเหนื่อย แน่นหรือเจ็บหน้าอก

1.7.9.3.2 ตรวจสอบสภาพร่างกายก่อนออกกำลังกาย และทำบันทึกไว้ ถ้าพบความผิดปกติอย่างใด จะงดการออกกำลังกายนั้น

1.7.9.4 วิธีการดำเนินการและขั้นตอนในการทำการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1.7.9.4.1 ระยะที่ 1 ระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันและระยะพักฟื้นในหอผู้ป่วย ใน 24 ชั่วโมงแรกให้นอนพักผ่อนบนเตียงอย่างสมบูรณ์ ห้ามทำกิจกรรมส่วนตัวทุกชนิด เช็ดตัวให้และให้การดูแลช่วยเหลือโดยใกล้ชิด

1.7.9.4.2 ระยะที่ 2 ระยะพักฟื้นที่บ้าน ระยะนี้อาจเป็นช่วงที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดต่อจากการดูแลในโรงพยาบาลเนื่องจากยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ง่าย เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ หัวใจวาย

หรือผู้ป่วยตายกะทันหัน นอกจากนี้ยังต้องทำการฟื้นฟูสภาพจิตใจให้สมบูรณ์เหมือนเดิมหรือใกล้เคียงดังเดิมด้วย

1.7.9.4.3 ระยะที่ 3 ระยะการพักฟื้นที่บ้าน และการฟื้นฟูระยะยาวตลอดชีวิต หลังจากให้การรักษาในระยะพักฟื้นได้ 2-3 เดือนแล้ว ระบบหัวใจและหลอดเลือดจิตใจและร่างกายทั่วไปจะปรับตัวฟื้นฟูสภาพได้เป็นปกติหรือเกือบปกติ ส่วนมากอาการแสดงว่ากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะหายไป ผู้ป่วยสามารถกลับไปประกอบอาชีพ ทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเคย แต่ก็มีบางคนยังคงมีปัญหาอาจต้องกำหนดให้ออกแรงน้อยลง หรือเปลี่ยนการประกอบอาชีพ

สรุปการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ดีนั้น จะรวมถึงการฟื้นฟูทางด้านจิตใจควบคู่ไปด้วยและจะได้ผลดียิ่งขึ้นหากได้ร่วมกันเป็นทีมการรักษา มีแบบแผนปฏิบัติและการกระทำอย่างต่อเนื่อง ญาติเป็นผู้ใกล้ชิดที่จะให้กำลังใจอย่างดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจนี้ไม่ถือเป็นความจำเป็นเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจเท่านั้น หากยังมีความจำเป็นในผู้ป่วยระบบอื่นๆด้วย

1.7.10 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมีความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจควรรับการรักษาอย่างต่อเนื่องและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการดูแลสุขภาพ

1.7.10.1 รับประทานยา ตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดและสม่ำเสมอ การรักษาด้วยยาเกินมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ ควบคุมและรักษาอาการเจ็บหน้าอก ป้องกันการเจ็บหน้าอก ลดและควบคุมความดันโลหิตป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน แพทย์จะให้รับประทานยาเพื่อช่วยลดจำนวนครั้งของการเจ็บหน้าอกซึ่งยาที่ใช้มีหลายกลุ่ม ดังนั้นในการใช้ยาแต่ละชนิดผู้ป่วยควรปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด และรับประทานยาให้ตรงเวลาที่กำหนดไว้ตามแพทย์หรือเภสัชกรแนะนำ

1.7.10.1.1 ผู้ป่วยควรพยายามได้ลิ้นหรือสเปรย์ติดตัวตลอดเวลาตามที่แพทย์แนะนำ เพื่อใช้เวลามีอาการเจ็บหน้าอกและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งยานี้จะช่วยลดการทำงานของหัวใจ เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด

1.7.10.1.2 กรณีสเปรย์หรืออมยาได้ลิ้นแล้วอาการไม่บรรเทาควรรีบใช้ยาอมได้ลิ้นเม็ดที่สองหรือสเปรย์ซ้ำ แต่ถ้าอาการยังไม่ทุเลาควรจะนั่งและไปพบแพทย์โดยเร็ว

1.7.10.2 งดบุหรี่ การสูบบุหรี่จะลดปริมาณออกซิเจนที่มีอยู่ในกระแสเลือดและทำให้หลอดเลือดตีบลง ซึ่งจะทำให้มีอาการเจ็บหน้าอกเลวลง การสูบบุหรี่จึงถือเป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาโรคหัวใจขาดเลือดจึงควรเลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด การงดสูบบุหรี่ตั้งแต่ปีแรกจะลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและงดสูบบุหรี่ใน 3-5 ปีอัตราเสี่ยงนี้จะลดลงมาราวกับไม่เคยสูบบุหรี่เลย วิธีงดสูบบุหรี่มีหลายวิธี เช่น ตั้งจุดมุ่งหมาย และกำหนดวันที่จะงดสูบบุหรี่ หรือปรึกษาแพทย์และ

ปฏิบัติตาม คำแนะนำโดยใช้การทดแทนนิโคตินจากแผ่นแปะผิวหนังหรือหมากฝรั่งซึ่งจะสามารถลดอาการข้างเคียงจากการงดสูบบุหรี่เป็นต้น

1.7.10.3 ควบคุมอาหาร หรือลดอาหารประเภทที่ทำให้ไขมันในเลือดสูง ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันจากสัตว์และอาหารที่มีรสเค็ม ควรบริโภคอาหารที่ช่วยให้ร่างกายสมดุล ได้แก่ แป้งและอาหารที่มีกากมาก เช่น ข้าวซ้อมมือ ผักและผลไม้สด จะมีเส้นใยเพื่อป้องกันอาการท้องผูก ควรบริโภคปลาโดยเฉพาะปลาทะเลจะมีไขมันชนิดดี ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เนื่องจากให้พลังงานสูง ซึ่งจะทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้นและไม่เป็นผลดีต่อหัวใจ

1.7.10.4 ควบคุมน้ำหนัก คนที่อ้วนจะทำให้หัวใจทำงานหนัก และหัวใจจะเต้นเร็วขึ้น จะทำให้มีอาการเจ็บหน้าอกขึ้นได้ การลดน้ำหนักด้วยการลดอาหารอย่างรวดเร็ว ใช้วิธีที่ถูกต้อง ควรลดน้ำหนักโดยเปลี่ยนแปลงรายการอาหาร กินอาหารต่อน้อยลง ร่วมกับออกกำลังกายสม่ำเสมอครั้งละ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3-4 ครั้งจะทำให้น้ำหนักลดลงอย่างช้าๆและต่อเนื่อง ให้หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นรวดเร็ว เช่น น้ำตาล ไขมันปริมาณขมหวาน ไอศกรีม เค้ก น้ำอัดลม และอาหารอื่นๆที่ให้พลังงานสูง

1.7.10.5 ลดความเครียด ในชีวิตประจำวันมักจะมี ความเครียดอยู่เสมอ ดังนั้น การเรียนรู้และควบคุมความเครียดโดยระดับอารมณ์ ทำจิตใจให้สงบและคิดถึงสิ่งต่างๆ ในแง่ดี จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพหัวใจ และลดการเกิดอาการเจ็บหน้าอก เพราะอารมณ์โกรธหรือความเครียด หัวใจจะเต้นเร็วและทำงานหนักขึ้น ซึ่งจะทำให้มีอาการเจ็บหน้าอก และการออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยลดความเครียดได้

2. ภาวะซึมเศร้า

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beck (1967) ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่ทำให้บุคคลมีความผิดปกติในด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านสรีระวิทยา ได้แก่ การมีมโนทัศน์ต่อสิ่งต่างๆในด้านลบ มีการดำเนินิตีเยนตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่างๆ มีกิจกรรมทางกายน้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่สนใจกิจกรรมทางเพศ เป็นต้น

Beeber (1998) ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลมีการแสดงออกด้านอารมณ์มากกว่าปกติ มีอาการอ่อนเพลียและรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดด้านลบต่อตนเอง มองโลกในแง่ร้าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง

มลฤดี บุราณ (2548) ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้าน

ความคิดและการรับรู้ มีการเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ มีความคิดด้านลบ รู้สึกไร้ค่า รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ เพื่ออาหารนอนไม่หลับ เป็นต้น

วรรณิ จิวสีบพงษ์ (2550) ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะความรู้สึกรู้สึกที่มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และไม่มีอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งเร้าร่วม มีอิทธิพลต่อการปรับตัว การทำกิจวัตรประจำวันและการคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ต่างๆ จากผู้ให้ความหมายต่างๆข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะของความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ซึ่งจะนำไปสู่ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด การรับรู้ และสังคม รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ เพื่ออาหารนอนไม่หลับ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ

2.2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะของความผิดปกติทางอารมณ์รูปแบบหนึ่ง อาจมีอาการแสดงตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงระดับรุนแรงมาก ซึ่งจะนำไปสู่ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ ความคิด และสังคม ทำให้เกิดความเสื่อมหรือความบกพร่องในบทบาทหน้าที่ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานที่มีความผิดปกติสูญเสียหน้าที่ที่เกิดขึ้น (Autonomic dysfunction) ของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกและเกิดการยับยั้งการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติกจากความไม่สมดุลกัน เมื่อมีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกเพิ่มขึ้น และระบบประสาทพาราซิมพาเทติกมีการทำงานลดลง ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น เกิดความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจลดลง (Carney et al., 1995) ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจที่มีลดลง ส่งผลทำให้เกิด arrhythmia และเกิด Sudden cardiac death ได้ (Odemuyiwa et al., 1991) ซึ่งเป็นผลมาจากการเพิ่มระดับของแคทีโคลามีนในกระแสเลือด (Plasma catecholamine) ส่งผลให้เร่งการเกิดคราบ (Plaque) หรือทำลาย endothelium ของหลอดเลือดแดงมากขึ้น และในขณะเดียวกันการที่แคทีโคลามีนมีการทำงานเพิ่มขึ้นก็จะมีกระตุ้นการทำงานของเกล็ดเลือด ทำให้มีการรวมตัวของก้อนเลือดเกิด atherosclerosis ขึ้นต่อมาได้ จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (มลฤดี บุราณ, 2548)

มีการรายงานผลการศึกษาวินิจฉัยหลังปี ค.ศ.1990 เป็นต้นมา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จะได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย มากถึงร้อยละ 17-27 (Bjerkset

et al., 2005; Carney et al., 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ellis และคณะ (2005) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยถึงร้อยละ 38 ซึ่งมากกว่าแต่ก่อน และจากการศึกษาของ Meijer และคณะ (2011) ทำการศึกษารวบรวมการรายงานผลการวิจัย 25 ปี ที่ผ่านมามีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ในช่วงเวลาตั้งแต่ 7 วันเป็นต้นไป หลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร่วม หลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 69 นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังเป็นปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยทำให้ภาวะการณำหน้าทีของร่างกายลดลง (วรรณิ จิวสีบพงษ์, 2550) มีคุณภาพชีวิตที่แย่ง (Sakai et al., 2011) และสุดท้ายภาวะซึมเศร่ายังสามารถทำให้เสียชีวิตได้ (Whang et al., 2009) จากการศึกษาของ Frasure-smith และคณะ (1993,1995) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ประเมินอาการภายใน 5-15 วันหลังจากมีอาการเกิดขึ้น พบว่า โรคซึมเศร่ายังได้ร้อยละ 16 ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานว่ำผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจะเกิดโรคซึมเศร่ายังได้ถึงร้อยละ 15-20 จากการศึกษาในผู้ป่วยจะได้รับการติดตามการรักษาทุก 6, 12, 18 เดือน หลังที่ออกจากโรงพยาบาลแล้ว ซึ่งพบว่าภายใน 6 เดือนของการศึกษานี้พบ ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังเสียชีวิตประมาณร้อยละ 17 เมื่อเทียบกับ ผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคซึมเศร่ายังร้อยละ 3 จึงแสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร่ายังที่เกิดขึ้นหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการเพิ่มอัตราการตายอย่างชัดเจนในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

2.3 สาเหตุของภาวะซึมเศร่ายัง

ทฤษฎีอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร่ายัง

สาเหตุของภาวะซึมเศร่ายัง มีการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร่ายังจากสาเหตุหลายประการ ดังนี้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2543, อรพรรณ ลีอนุชวรัชัย, 2545)

2.3.1 ปัจจัยด้านร่างกาย

ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic transmission) กล่าวถึง การเกิดภาวะซึมเศร่ายัง ว่าเป็นลักษณะการบกพร่องในพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง โดยจากการศึกษาครอบครัวที่มีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร่ายังพบว่า พันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร่ายัง กล่าวคือ ถ้าญาติสายเลือดเดียวกันในลำดับที่ 1 และ 2 (พ่อ แม่ พี่ น้อง)ป่วยเป็นโรคซึมเศร่ายัง บุคคลในครอบครัวเดียวกันจะมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร่ายังได้สูงกว่าประชาชนทั่วไป 1.5 – 3 เท่า (Jones, Ken, and Craddock, 2002; Stahl, 2000) จากการศึกษาคู่แฝดไข่ใบเดียวกันที่คนหนึ่งมีความผิดปกติทางอารมณ์ พบว่า คู่แฝดอีกคนมีโอกาสมี่ความผิดปกติทางอารมณ์ ร้อย

ละ 65 ขณะที่คู่แข่งคนละใบ พบเพียงร้อยละ 14 และมีการศึกษา พบว่าถ้าบิดา มารดาเป็นโรค ซึมเศร้าบุตรจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่า และหากเป็นทั้งคู่ เด็กจะมีโอกาส เป็นโรคซึมเศร้าสูงถึง 4 เท่า(สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

ทฤษฎีทางชีวเคมี (Biochemical theory of depression) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เกิดจากความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ซึ่งมีความเข้มข้นลดลง ได้แก่ ซีโรโทนิน (Serotonin)โดพามีน (Dopamine) และนอร์อิพิเนพริน (Norepineprine) โดยสารเหล่านี้จะ ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งสารสื่อประสาทที่มีบทบาทสำคัญโดยตรงกับการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ serotonin และ norepinephrine โดยสารสื่อประสาททั้ง 2 ชนิดจะมีความสัมพันธ์กับระบบ ประสาทส่วนกลางที่บริเวณ limbic และ cortex ซึ่งเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของ พฤติกรรมและอารมณ์ (บุศยา บุญใจเพชร และคณะ, 2547) กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยมีความผิดปกติ ของการเผาผลาญของสาร Monoamine ที่บริเวณระบบประสาทส่วนกลางดังกล่าว จะทำให้ระดับ ของ serotonin และ norepinephrine ต่ำกว่าปกติผลที่ตามมาทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า ตามมา

2.3.2 ปัจจัยด้านจิตใจ

2.3.2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า การสูญเสียเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียสิ่งที่เป็นที่รัก สิ่งที่มี ความสำคัญกับตน หรือการสูญเสียอวัยวะต่างๆ ที่ทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป ทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือ จินตนาการก็ตาม สามารถเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Freud, 1917 cited in Bush, Rudden, and Shapiro, 2004) ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองต่อความสูญเสียสามารถเกิดขึ้นได้ ในทุกช่วงของการพัฒนา และทุกช่วงอายุ (Blazer, 1982 อ้างถึงใน มาโนช ทัมมณี, 2541)

2.3.2.2 ทฤษฎีพัฒนาการ และประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้เกี่ยวกับ ความล้มเหลวของตนเอง การถูกทอดทิ้ง โดยเฉพาะจากบุคคลที่มีความสำคัญ ทำให้บุคคลมี ความรู้สึกเศร้า มีความคิด และความหวังเกี่ยวกับตนเองในทางลบ ไม่สามารถปรับตัวได้ Sullivan (2000)เชื่อว่าความขัดแย้งในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal interaction) หรือ สภาพของสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า

2.3.2.3 ปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive theory) พบว่า ความเศร้า เกิด จากการที่บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ คิดโทษตนเอง ทำร้ายตนเอง Beck (1967) ส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้า (Kaplan, and Sadock, 2000) ได้ระบุถึง ความคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าไว้ 3 ประการ คือ แนวคิดทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และ

อนาคต (Cognitive triad) ได้แก่

1) รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่อตนเอง (Negative view of self) โดยบุคคลรับรู้ที่ตนเองไม่ดี ไม่มีคุณค่า เป็นความคิดที่ตนเองสร้างขึ้น เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้น จะโทษว่าเกิดจากความผิดของตนเอง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2) รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่อสิ่งแวดล้อม (Negative view of world) บุคคลรับรู้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อมในทางลบ คิดว่าเต็มไปด้วยอุปสรรค มองโลกในแง่ร้าย ไม่สามารถทนได้ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ทำให้มีการเปลี่ยนไปในทางลบ และเกิดภาวะซึมเศร้า

3) รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่ออนาคต (Negative view of future) บุคคลมีการมองเห็นเหตุการณ์ความทุกข์ในปัจจุบันว่าจะดำเนินไปไม่มีที่สิ้นสุด ส่งผลให้เกิดความขงใจ ท้อแท้ และสูญเสียความหวังในอนาคต หมดหวัง เกิดภาวะซึมเศร้า รูปแบบทางความคิด (Schema) เป็นการอธิบายถึงความหมายของรูปแบบทางความคิดที่ทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ยังคงคิดว่าตนเองได้รับความเจ็บปวดหรือล้มเหลว แม้ว่าจะมีเหตุการณ์ทางบวกเข้ามาในชีวิต ซึ่งเป็นผลจากการเลือกสนใจตัวกระตุ้นที่เฉพาะในสถานการณ์นั้น (Beck, Rush, Shaw, and Emery, 1979) ความคิดที่บิดเบือน (Cognitive errors) เป็นความคิดที่มีลักษณะเนื้อหาไปในทางลบ ได้แก่ การด่วนสรุปความคิดเห็นโดยมีข้อมูลไม่เพียงพอ (arbitrary interference) การเลือกสนใจประสบการณ์ทางลบ (selective arbitrary) การแปลความเกินความเป็นจริง (Overgeneralization) การขยายต่อเติมหรือตัดทอนเรื่องราว (Magnification and minimization) การมีความคิดเอนเอียงไปในทางที่ไม่เกี่ยวกับตน (Personalization) และการมีความคิดด้านใดด้านหนึ่ง (Absolutistic, dichotomous thinking)

2.3.3 ปัจจัยด้านสังคม

สามารถอธิบายได้ว่า การเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลจาก จารีตประเพณี และวัฒนธรรมที่เสื่อมลง ทำให้บุคคลยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติทางลบและแยกตัว อีกระการหนึ่ง คือ การขาดการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการประสบกับการสูญเสียของคู่สมรส เช่น การแยกกันอยู่ การเสียชีวิต

นอกจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าข้างต้นที่กล่าวมาแล้ว พบว่า บทบาททางเพศสภาพ (Gender role) การได้รับยาบางชนิด เช่น ยาที่ใช้รักษาโรคไขข้อ

อักเสบ การเจ็บป่วยทางกาย เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดในสมองแตกหรือตีบตัน โรคเบาหวาน โรคพาร์คินสัน โรคอัลไซเมอร์ รวมทั้งการติดเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรียและการติดเชื้อเสฟติด อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นเดียวกัน

สรุปได้ว่าสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสังคม แม้ว่าในปัจจุบันจะให้ความสำคัญกับปัจจัยทางด้านร่างกายแต่ปัจจัยทางด้านจิตใจ และปัจจัยทางด้านสังคมยังเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่สามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยต่างมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันในการอธิบายสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

2.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า

ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจนั้นสามารถประเมินได้หลากหลายวิธี แต่วิธีที่นิยมและใช้เป็นสากลโดยทั่วไป คือ การใช้แบบประเมินของ Diagnostic and Statistical Manual of Disorders, fourth edition (DSM-IV) โดยจะต้องแสดงอาการอย่างน้อย 5 ข้อขึ้นไป (Dobbles et al., 2002) คือ 1) มีอารมณ์ซึมเศร้า 2) ความสนใจหรือความยินดีในสิ่งแวดล้อมลดลงอย่างผิดปกติ 3) พฤติกรรมการบริโภคเปลี่ยนแปลง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด 4) นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากผิดปกติ 5) มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ หรือเชื่องช้าลง 6) มีอาการอ่อนล้าหรืออ่อนแรง 7) เกิดความรู้สึกอึดอัดในมิติทางด้านลบ สับสนหรือรู้สึกผิด 8) ความสามารถในการทำสมาธิ และความจำลดลง 9) มีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย (มฤดี บุราณ, 2548) นอกจากนี้ในการประเมินภาวะซึมเศร้านั้นได้มีการสร้างเครื่องมือในการประเมินมากมายตามนิยามและสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยแบบประเมินที่ใช้บ่อยมีดังนี้ (ศิริรัตน์ วิจิตตระกุลถาวร, 2545)

Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1961 มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ครอบคลุมทั้งในด้านภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 มีการแปลผลคะแนนตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า คือ คะแนนระหว่าง 0 ถึง 9 แสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนระหว่าง 10 ถึง 15 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 16 ถึง 19 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 20 ถึง 29 คะแนน แสดงว่ามี

ภาวะซึมเศร้าในระดับมากคะแนนระหว่าง 30 ถึง 63 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง (มลฤดี บุราณ, 2548)

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา โดยปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และ Gardner เพื่อประเมินอาการซึมเศร้า ในผู้ใหญ่ เป็นการวัดในแง่ของกลุ่มอาการไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัยค้นหาโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เน้นการประเมิน 4 ด้าน ความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออกและอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายโดยสอบถามในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 แต่มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลันโดยที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตหรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น (มลฤดี บุราณ, 2548)

Zung Self-Rating Depression Scale ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เน้นการประเมินความมาสมดุด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงาน ของร่างกายและด้านจิตใจ แปลผลตามคะแนนตามอาการที่เกิดขึ้นว่ามากหรือน้อย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73 แต่มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะเมื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุ เพราะอาจไปวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดตามกระบวนการสูงอายุ หรือวัดลักษณะทางคลินิกของโรคนั้นๆไป และขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม (มลฤดี บุราณ, 2548)

Geriatric Depression Scale (GDS) สร้างโดยเยซาเท (Yesavage) ในปี ค.ศ. 1983 มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ เน้นการประเมินภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ ความคาดหวังด้านลบ การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย การรู้คิด และการแยกตัว ต่อมาในภายหลังปี ค.ศ.1989 ได้ทำการปรับปรุงข้อคำถามเหลือเพียง 15 ข้อ ได้รับความนิยมมาก โดยมีการแปลเป็นภาษาต่างๆและนำไปใช้ในหลายประเทศ สำหรับประเทศไทย อรวรรณ ลีทองอินทร์ (2535) ได้นำมาแปลและหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .94 ต่อมากลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองโดย นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2537) ได้นำมาพัฒนาเป็นแบบวัดความซึมเศร้าในสูงอายุไทยและใช้ชื่อว่า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ซึ่งคำถามจะเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ลักษณะแบบวัดเป็นการตอบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นการตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกในทางบวก 10 ข้อ และอีก 20 ข้อ เป็นข้อคำถามทางด้านลบ (นิพนธ์

พวงวรินทร์ และคณะ, 2537 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลการ, 2545)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1977) เนื่องจากเป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย รัชชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อเป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ โดยประเมิน 4 ด้าน คือ วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และวัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 ข้อโดยสอบถามในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีมากน้อยเพียงใด

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3.1 แบบแผนการดำเนินชีวิต

3.1.1 ความหมายแบบแผนการดำเนินชีวิต

Pender (1987) แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง รูปแบบหลากหลายมิติในการคิดริเริ่มการกระทำเพื่อสนับสนุนและดำรงรักษาระดับความผาสุกและความต้องการประสบความสำเร็จในชีวิตโดยคงความเป็นบุคคลไว้

Shultz (1984) แบบแผนการดำเนินชีวิต หมายถึง นิสัยเฉพาะบุคคลในการดำรงชีวิต โดยนิสัยนี้สามารถมีทั้งผลทางบวกและมีผลทางลบต่อสุขภาพได้

Gillis (1993) แบบแผนการดำเนินชีวิต หมายถึง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติที่เป็นกิจวัตรประจำ ในการส่งเสริมสุขภาพ และในการป้องกันการเจ็บป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

สุนทรา เลียงเชวงวงศ์ (2541) แบบแผนการดำเนินชีวิต หมายถึง พฤติกรรมหรือนิสัยในการดำรงชีวิตที่เฉพาะของบุคคลมีการปฏิบัติเป็นประจำจนเป็นนิสัยสร้างและพัฒนาขึ้นตามพัฒนาการของชีวิต มีครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมแรก เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของชีวิตและสอดคล้องกับความคาดหวังของสังคมผลการปฏิบัติจะเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทั้งทางบวกและทางลบ

จากผู้ให้ความหมายต่างๆข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า แบบแผนการดำเนินชีวิต หมายถึง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่กระทำเป็นประจำและอย่างสม่ำเสมอ แบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่าแสดงถึงพฤติกรรมหรือ

การปฏิบัติของบุคคลที่กระทำเป็นประจำและอย่างสม่ำเสมอเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะทางสุขภาพที่แข็งแรง สำหรับการวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตได้นำการประเมินพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบายหรือคาดการณ์ถึงส่วนประกอบของพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน (สุภาวดี พงสุภา, 2552) ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมการออกกำลังกาย 3) ด้านโภชนาการ 4) สัมพันธภาพระหว่างบุคคลอื่น 5) การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ 6) การขจัดความเครียด

3.1.2 แบบแผนการดำเนินชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่อหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะวัดทั้ง 6 ด้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1.2.1 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Physical activity) มนุษย์ทุกคนมีความรับผิดชอบด้านสุขภาพของตนเอง โดยบุคคลจะต้องกระทำทุกอย่าง ที่จะคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เป็นการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองของบุคคลหลีกเลี่ยงสิ่งเสียดิต ของมีนเมา เพื่อส่งเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่างๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมถึงการเข้าตรวจสุขภาพประจำปี จากการศึกษาของ Bjerkeset และคณะ (2005) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเวลา 5 ปี ผลการศึกษา พบว่า การสูบบุหรี่ มีผลต่อการเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเวลา 5 ปีหลังจากเป็นโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพฤติกรรมกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี โดยการตรวจสุขภาพจะสามารถช่วยค้นพบโรคบางอย่างที่ซ่อนเร้นและไม่แสดงอาการ การตรวจพบแต่เนิ่นๆ จะสามารถลดอัตราการป่วยและการเสียชีวิตได้ จากการศึกษาของสุกร กรุตนารอด (2549) พบว่า การได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะๆ ที่เหมาะสม จะช่วยลดอัตราการเกิดโรคได้

3.1.2.2 ด้านการออกกำลังกาย (Physical Activity) การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งของมนุษย์ เป็นกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกายที่มีการวางแผนมีการทำซ้ำ ๆ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อความแข็งแรงของร่างกาย การออกกำลังกายที่ทำได้ถูกต้องและเหมาะสม ให้คุณค่าแก่ร่างกาย ในหนุ่มสาวและในผู้ใหญ่อการออกกำลังกายทำให้ร่างกายสดชื่นแข็งแรงช่วยให้การทำงานของระบบต่างๆ ทำงานได้ดีนอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยให้สภาพร่างกายมีสมรรถภาพสูงสามารถประกอบกิจกรรมและการงานต่างๆ ได้อย่างมี

ประสิทธิภาพเป็นระยะเวลายาวนาน โดยไม่เหน็ดเหนื่อย และการออกกำลังกายเป็นประจำยังเป็นปัจจัยช่วยป้องกันโรคภัยไข้เจ็บบางอย่าง ในการมีกิจกรรมทางกายทุกอย่างหากมีการใช้พลังงานที่มากพอก็เป็นผลดีต่อสุขภาพ มีผลต่อการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจด้วย (ปณิธาน สันติวงค์ และคณะ, 2545) จากการศึกษาของ Bjerkeset และคณะ (2005) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเวลา 5 ปี ผลการศึกษา พบว่า การออกกำลังกาย มีผลต่อการเกิด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเวลา 5 ปีหลังจาก เป็นโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังนั้น การออกกำลังกายยังสามารถที่จะช่วยลด ความเครียดของบุคคลทำให้มีอารมณ์และจิตใจที่ดีขึ้น

3.1.2.3 ด้านโภชนาการ (Nutrition) การมีสุขภาพที่ดีบ่งบอกถึงพื้นฐานของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และหากคนเราจะมีสุขภาพที่ดีได้นั้นจำเป็นต้องรับประทานอาหาร อย่างถูกต้องครบทั้งปริมาณและคุณภาพตามหลักโภชนาการหรือมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดี จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพซึ่งอาหารเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ (สุรางค์ เชื้อวนิชชากร, 2548; Glanz Lewis, and Rimer, 1997 อ้างถึงใน สุภาวดี พงสุภา, 2552) กล่าวว่าการรับประทานอาหารเป็นรูปแบบความซับซ้อนของปัจจัยด้านพฤติกรรม ความสำคัญของอิทธิพลนั้นคาดว่าเกิดจากรูปแบบอุปนิสัยการรับประทานอาหาร ปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อบุคคล ได้แก่ ความชอบในรสชาติอาหาร ความเชื่อด้านสุขภาพ อารมณ์ และการยอมรับความสามารถในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรับประทานอาหารของครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่นๆในสังคม ส่วน นภาพร มัชฌิมานุกร (2539) ได้กล่าวว่า การกินอาหารหรือการนำอาหารเข้าสู่ร่างกายเพื่อใช้ในการดำรงชีวิตและเพื่อให้ร่างกายเจริญเติบโตแข็งแรงสามารถประกอบอาชีพได้อย่างเป็นสุข ไม่เกิดโรคหรือความผิดปกติต่อร่างกาย อาหารที่นำมาบริโภคนั้น จะต้องเป็นอาหารที่มีประโยชน์ปราศจากสิ่งที่มีพิษและอาหารเหล่านี้ต้องประกอบด้วยสารอาหารต่างๆซึ่งได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน เกลือแร่ และวิตามิน ในแต่ละวันสารอาหารต่างๆในอาหารที่มนุษย์เลือกรับประทานถ้ารู้จักเลือกและมีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานอาหารโดยมองเห็นถึงคุณประโยชน์ที่จะเกิดกับร่างกายแล้วก็จะส่งผลต่อสุขภาพร่างกายแข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข และมีคุณภาพพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สามารถลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (พิบูล ตินามาส, 2550)

3.1.2.4 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นซึ่งจะ

ทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่างๆ เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ในการดำรงชีวิตของมนุษย์ย่อมต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับมีความไว้วางใจแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกเพราะการมีสัมพันธภาพที่ดีนั้นจะทำให้ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น คำแนะนำ คำปรึกษากำลังใจหรือด้านการเงินซึ่งจะนำการแก้ไขปัญหาก็กำลังเผชิญอยู่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจเห็นว่าตนเองมีคุณค่าเกิดความรู้สึกที่ดีช่วยลดความเครียด นำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพที่ดี

3.1.2.5 ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญของชีวิตการกำหนดจุดมุ่งหมายหรือวางแผนในการดำเนินชีวิตมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการและเกิดความสงบสุขในชีวิต และนอกจากนี้ (ฟาริดา อับราฮิม อ่างถึงใน สุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์, 2548) กล่าวว่า จิตวิญญาณ เป็นโครงสร้างส่วนหนึ่งของมนุษย์ที่นอกเหนือจากร่างกายและจิตใจ จิตวิญญาณ ทำให้มนุษย์แสดงถึงพฤติกรรมของความต้องการโดยการควบคุม พฤติกรรมของร่างกายและจิตสังคมให้อยู่ในสมดุลเป็นสิ่งที่ควบคุมประพฤติกให้อยู่ในทางสายกลางให้คนมีความสุขจะเห็นว่าการพัฒนาทางจิตวิญญาณมีความสำคัญในการประเมินสุขภาพพลังแห่งความเข้าใจและพลังแห่งการขับเคลื่อนให้เกิดสุขภาวะทางจิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณจะสร้างพลังมหาศาลทางสังคมอันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างอริยะที่จะสร้างสุขภาวะที่สมบูรณ์

3.1.2.6 ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาให้เกิดประโยชน์และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอความเครียดเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลเป็นผู้ประเมินว่าความสัมพันธ์นั้นจะเป็นโทษหรือมีผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลหรือไม่ซึ่งการตัดสินใจความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอาศัยการประเมินด้วยปัญญา (Lazarus and Folkman, 1984 อ่างถึงใน เตือนใจ เทียนทอง, 2542) ประเวศ วะสี (2544) กล่าวว่า ความเครียดเกิดจากความขัดแย้งระหว่างระบบชีวิตะกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ระบบชีวิตะของมนุษย์ เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความขัดแย้งในสังคม เป็นปัญหาใหม่ๆ ที่ไม่ได้แก้ด้วยการใช้พลังกล้ามเนื้อ จึงตอบโต้ปัญหาโดยการหลั่งฮอร์โมนออกมากแต่สารเร่งที่หลั่งออกมาไม่ได้เอาไปใช้ประโยชน์จึงไปเร่งให้เกิดความเครียดมากขึ้น เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันเลือดสูง กล้ามเนื้อเครียดเป็นผลในกระเพาะอาหารบุคคลที่มีความเครียดสูงมีโอกาสเจ็บป่วยเนื่องจากความผิดปกติของร่างกายและจิตใจได้การจัดการ

ความเครียดที่เหมาะสมจะเป็นประโยชน์ต่อความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและมีการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น (น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543)

3.1.3 การประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิต

สำหรับแบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตได้นำแนวคิดและการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งได้มีการสร้างและปรับปรุงแบบประเมินเพื่อให้มีความเหมาะสมมากที่สุด (จีราพร ทองดี, 2547) ดังนี้

The Lifestyle And Health Habits Assessment (LHHA) พัฒนาโดย Pender ในปี ค.ศ. 1987 เป็นการประเมินแบบแผนชีวิต สามารถประเมินแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยได้ถูกต้อง วัดกิจกรรมทั้ง 10 ด้าน คือ ความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย รูปแบบการนอนหลับ การจัดการกับความเครียด ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน จุดมุ่งหมายของชีวิต การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การควบคุมสิ่งแวดล้อม และการใช้บริการสุขภาพ โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายในทางบวกจำนวน 100 ข้อ นำมาทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีทดสอบซ้ำในระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 พัฒนาโดย Walker, Sechrist, and Pender ในปี ค.ศ. 1987 เป็นแบบประเมินแบบ The Health-Promotion Lifestyle Profile (HPLP) แผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพจากการนำเครื่องมือเดิมมาปรับปรุงใหม่มีลักษณะคำตอบเป็นระดับมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติในบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวนข้อคำถาม 48 ข้อ แบ่งเป็นกิจกรรม 6 ด้าน คือ การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ โภชนาการ การออกกำลังกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การสนับสนุนระหว่างบุคคลและการจัดการกับความเครียด ตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าโดยรวมเท่ากับ .92 และรายด้านอยู่ในช่วง .70 ถึง .90

The Health-Promotion Lifestyle Profile II (HPLP II) พัฒนาโดย Walker, Sechrist and Pender ในปี ค.ศ. 1996 เป็นแบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 ซึ่งเพนเดอร์ได้มีการปรับปรุงรูปแบบการประเมินเพื่อให้มีความเหมาะสมมากขึ้นโดยการเปลี่ยนแปลงข้อคำถามให้มีความถูกต้อง โดยวอล์คเกอร์ได้พัฒนา แบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มีจำนวน 52 ข้อ มีกิจกรรม 6 ด้าน คือ การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ โภชนาการ การออกกำลังกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การสนับสนุนระหว่างบุคคลและการจัดการกับความเครียดโดยผ่านการตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการ

หาค่าความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าโดยรวมเท่ากับ .94 และรายด้านอยู่ในช่วง .70 ถึง .94

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ The Health-Promotion Lifestyle Profile:II (HPLP: II) พัฒนาโดย Walker, Sechrist and Pender ในปี ค.ศ. 1996 ซึ่งเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นตามแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 ตามแนวคิดของ Walker, Sechrist and Pender ซึ่งแปลและเรียบเรียงโดย ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน รวม 52 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มาดัดแปลงใช้กับการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเนื่องจากสามารถประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสม

3.2 การสนับสนุนทางสังคม

3.2.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ที่ตนเองมีคนที่ให้กำลังใจ การได้รับความรัก การยอมรับจากสังคม ทำให้ตนเองเกิดการรับรู้ รู้สึกมีคุณค่า มีการรับรู้ที่ตนเองคือส่วนหนึ่งของสังคม โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและมีคุณค่า การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Jacobson (1986) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านวัตถุ และได้รับความรู้ความเข้าใจ ทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจในการจัดการปัญหา และการรับรู้ที่ตนเองมีคุณค่า โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการรู้คิด การสนับสนุนด้านวัตถุ

Schaefer และคณะ (1981) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งประคับประคองทางจิตใจของบุคคลในสังคมเมื่อบุคคลนั้นต้องเผชิญกับความเครียดในชีวิต

Pender (2000) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นโดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบสังคมนั้น เป็นผู้ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

จากผู้ให้ความหมายต่างๆข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ถึงสัมพันธภาพของบุคคลโดยบุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ การได้รับความรักเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นโดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบสังคมนั้น ซึ่งเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการรู้คิด การสนับสนุนด้านวัตถุ มีการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีคุณค่าซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

3.2.2 การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่หลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

เป็นการแสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งทำให้ได้รับประโยชน์ในแง่การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากคนในสังคม ทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และวัตถุสิ่งของต่างๆซึ่งจะช่วยลดความตึงเครียด หรือช่วยในการแก้ปัญหาต่างๆ แรงสนับสนุนหรือการใส่ใจจากสังคมรอบตัวผู้ป่วย นับเป็นปัจจัยสำคัญในการต่อต้านอาการที่นำไปสู่สาเหตุของโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว อ้างว้าง มีเพื่อนน้อย รวมทั้งครอบครัวมีปัญหาภายใน มักจะมีแนวโน้มพัฒนาอารมณ์ไปสู่โรคซึมเศร้าได้ง่ายกว่าคนปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cronin และคณะ (1997) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า การมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีในการดำเนินชีวิตภายหลังการผ่าตัดหัวใจการที่และถ้าหากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (Frasure -Smith, 2000)

3.2.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

Dean และ Lin (1977) ได้รวบรวมเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นที่รู้จักและยอมรับทั้งด้านความตรงและความเที่ยง ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (รุ่งทิพย์ เบ้าตุน, 2546)

Social Support Questionnaire (SSQ) ได้รับการพัฒนาและทดสอบโดย Sarason และคณะ ในปี ค.ศ. 1983 ใช้วัดจำนวนของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่มีหรือหามาได้ ซึ่งประกอบด้วยความสัมพันธ์ส่วนบุคคล การปรับตัวหรือการจัดการ และการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มี 27 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามจะประกอบด้วยบุคคลที่สามารถพึ่งพา และความพึงพอใจในการสนับสนุนที่ได้รับ โดยคำตอบจะเป็นมีหรือไม่มี และถ้าตอบว่ามีจะต้องประเมินความพึงพอใจในการสนับสนุนที่ได้รับ เป็นมาตรา

ส่วนประมาณค่าจาก 1 คะแนน หมายถึง พึ่งพอใจมาก ถึง 6 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจมาก ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาได้ .94 และการวัดซ้ำห่างกัน 4 สัปดาห์ได้ ค่าอัลฟา .48-.72 และมีค่าความคงที่ภายในสูง

Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) พัฒนาโดย Barrera และคณะ ในปี ค.ศ. 1981 เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความถี่ของการได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่มีความผูกพันการตามธรรมชาติ เช่น บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก และครอบครัวใกล้เคียง ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย มี 40 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ในการประเมินความถี่ในเหตุการณ์ระหว่าง 1 เดือน ที่ผ่านมา จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับ ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง ได้รับทุกวัน ทดสอบความเที่ยง โดยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .93 และ .94 และการวัดซ้ำได้ค่าอัลฟา .88 และคะแนน ISSB มีความสัมพันธ์กับขนาดของเครือข่ายและการสนับสนุนที่ได้รับจาก ครอบครัว

Social Support Questionnaire พัฒนาโดย Schaefer และคณะ ในปี ค.ศ. 1981 มี 2 ส่วน คือ 1) สถานการณ์ 9 สถานการณ์เพื่อการวัดการสนับสนุนด้านวัตถุ 2) จำนวนเครือข่ายที่เฉพาะ เช่น คู่สมรส เพื่อน ความสัมพันธ์ในโรงเรียนหรือที่ทำงาน โดยมี 1 คำถาม ที่ถามเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และอีก 4 คำถาม เกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ผ่านการหาค่าความเที่ยงโดยการวัดซ้ำห่างกันที่ระยะมากกว่า 9 เดือน ได้ ค่าอัลฟาของการสนับสนุนด้านวัตถุ .56 การสนับสนุนด้านอารมณ์ .68 หาค่าความคงที่ภายในของการสนับสนุนด้านอารมณ์และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารได้ค่าอัลฟา .81 และการสนับสนุนด้านวัตถุได้ .31

The ENCRICH Social Support Questionnaire ฉบับที่แปลเป็น ภาษาไทยโดย จันทนา หล่อตจะกุล (2548) มีข้อคำถาม 6 ข้อ ข้อคำถามที่ 1-6 มีมาตรวัดเป็น แบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา ผู้ป่วยจะถูกสอบถามความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 เดือนโดยคะแนนเฉลี่ยน้อย แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนเฉลี่ยมาก แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมมากทดสอบ ความเที่ยงโดยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .83 และการวัดซ้ำได้ค่าอัลฟา .81 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENCRICH Social Support Questionnaire) เพราะเป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับประเมินการสนับสนุนทาง สังคมของผู้ป่วยโรคหัวใจ มีข้อคำถาม 6 ข้อ ข้อคำถามที่ 1-6 มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ในช่วง 1 เดือนโดยคะแนนเฉลี่ยน้อย แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนเฉลี่ย มาก แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมมาก

3.3 กลุ่มอาการ

3.3.1 ความหมายของกลุ่มอาการ

Kim และคณะ (2005) กลุ่มอาการ หมายถึง อาการตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป อาการเหล่านี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ระหว่างอาการในกลุ่มอาการเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันมากกว่าอาการในกลุ่มอาการอื่น และอาการเหล่านี้ อาจเกิดจากสาเหตุเดียวกันหรือไม่ก็ได้

Dodd และคณะ (2001) กลุ่มอาการ หมายถึง อาการตั้งแต่ 3 อาการหรือมากกว่าขึ้นไป ที่เกิดขึ้นพร้อมกันหรือเกิดขึ้นร่วมกัน มีความสัมพันธ์กัน อาจเกิดจากสาเหตุเดียวกันหรือไม่ก็ได้ ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

Lenz และคณะ (1997) กลุ่มอาการไม่สบาย หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นจากบุคคลที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์อย่างน้อย 1 เหตุการณ์ ซึ่งมีผลกระทบต่อบุคคลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยทำให้บุคคลมีอาการมากกว่า 1 เหตุการณ์ แต่ละอาการจะมีความหมาย (Multidimension) อาการแต่ละอาการสามารถอธิบายสาเหตุตามกลไกทางสรีรวิทยาที่มีความเฉพาะเจาะจงของแต่ละอาการซึ่งแยกจากกันได้ชัดเจน ในขณะที่เดียวกันจากผลรวมของระบบต่างๆของร่างกายที่มีความเชื่อมโยงกันของร่างกาย ทำให้อาการแต่ละอาการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Interrelated of symptoms) คือ เมื่อมีอาการหนึ่งเกิดขึ้น อาการนี้จะเหนี่ยวนำให้เกิดอาการอื่นๆตามมา หรืออาจส่งผลให้อาการอื่นที่เกิดขึ้นอยู่แล้วมีความรุนแรงมากขึ้น ผลกระทบด้านต่างๆที่ตามมาจะมีความรุนแรงมากขึ้นเป็นหลายเท่าทวีคูณ (Synergistic affect) โดยองค์ประกอบของทฤษฎี ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบดังนี้ คือ อาการ (Symptom) ปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factor) และผลจากอาการ (Consequences of the symptom experience)

จากผู้ให้ความหมายต่างๆข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มอาการ หมายถึง ประสบการณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นอาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดเพียงอาการใดอาการหนึ่งแต่มีหลายอาการเกิดขึ้นร่วมกัน เป็นอาการที่เกิดขึ้น 2 อาการหรือมากกว่าขึ้นไปที่เกิดขึ้นพร้อมกันหรือเกิดขึ้นร่วมกัน อาจเกิดจากสาเหตุเดียวกันหรือไม่ก็ได้ แต่ละอาการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ลักษณะอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พบบ่อย คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอก (Chest pain) หายใจไม่ทั่วท้อง ซึ่งอาจเกิดก่อนอาการแน่นหน้าอกปวดร้าวไปที่แขนข้างเดียว หรือทั้งสองข้าง, หลัง, คอ, กราม, หรือลิ้นปี่, แน่นหน้าอก-ถูกบีบ กดทั่วบริเวณหน้าอก หรือส่วนกลาง เหนือแตกท่วมตัว คลื่นไส้ หน้ามืด ใจสั่น อาการที่เกิดขึ้นหลายอาการพร้อมกันเป็นสัญญาณอันตราย การเจ็บแน่นหน้าอกส่วนใหญ่จะเริ่มจากอาการ

เล็กน้อย แต่จะเพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ลักษณะอาการเจ็บหน้าอกหรืออาการแน่นๆ หรืออาการไม่สบายบริเวณหน้าอก แบ่งเป็น 3 ประเภท (จรรยา ตันติธรรม, 2547) ดังนี้

1. Classic angina แน่นอึดอัดเหมือนถูกกดทับที่กลางอก อาการไม่สบายนี้อาจร้าวไปที่แขนซ้าย หรือคอ และอาจมีอาการร่วม คือหายใจไม่ออก หายใจขัด (Shortness of breath) ใจสั่น เหงื่อออกมาก คลื่นไส้ หรืออาเจียน

2. Angina equivalent เป็นอาการไม่สบายที่ไม่จำเพาะเจาะจง แต่มักมีอาการเกิดขึ้นกะทันหัน ได้แก่ อาการหัวใจซีกซ้ายวาย โดยมีอาการเหนื่อยหอบ (Dyspnea) หรืออาการของหัวใจเต้นผิดจังหวะ คือ อาการใจสั่น ใจหวิว หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น

3. Atypical chest pain คือ อาการไม่สบายหรือปวดที่เกิดขึ้นที่หน้าอก และอาการมักสัมพันธ์กับการเปลี่ยนท่า หรือเป็นอาการปวดจากเยื่อหุ้มปอดอักเสบ (Pleuritic pain) อาการและกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันทั้งหมด 41 อาการ (จรรยา ตันติธรรม, 2547; จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล, 2543; ศุภชัย ถนอมทรัพย์, 2542; สุณีย์ เขียมศิริบุญกุล, 2540; อรุโศก ศรีแก้ว, 2543; Alexander et al., 2001; Camey et al., 2002; Culic et al., 2002; Devon and Zerwic, 2002; Hollander, 2004; McSweeney and Crane, 2000; Milner et al., 2002; Reeder, and Gersh, 2000; Ryan, 2003; Zerwic, 1998 อ้างถึงใน จีราวรรณ เดชอดิศัย, 2548) ดังนี้

- 1) เจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก/ไม่สบายในทรวงอก (Chest pain/ chest discomfort)
- 2) เจ็บ/ปวดรอบๆหัวใจ (Pain around the heart)
- 3) เจ็บ/ปวดยอดอก/ลิ้นปี่ (Epigastric pain)
- 4) เจ็บ/ปวดบริเวณคอหรือกราม (Neck or jaw pain)
- 5) เจ็บ/ปวดไหล่ซ้าย
- 6) เจ็บ/ปวดไหล่ขวา
- 7) เจ็บ/ปวดแขนซ้าย
- 8) เจ็บ/ปวดแขนขวา
- 9) ปวดหลัง/ปวดกลางหลัง (back pain/ mid back pain)
- 10) หอบเหนื่อย/หายใจลาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆไม่ได้ (dyspnea/shortness of breath/ difficulty breathing/ unable to take deep breath)

- 11) รู้สึกเหมือนกำลังจมน้ำ (feeling like the were drowning)
- 12) ไอ/ ไอน้ำลายเป็นฟอง/ ไอเสมหะปนเลือด
- 13) หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (tachyarrhythmia)
- 14) ใจสั่น (palpation)
- 15) เหงื่อออก (perspiration/ diaphoresis/ sweating)
- 16) แขนขาเย็นชื้น/ ชีด (clammy limbs)
- 17) อาการเหมือนเป็นไข้หรือหนาวสั่น (fever like symptom/ chill)
- 18) เสียดท้อง (heartburn)
- 19) รู้สึกอาหารไม่ย่อย/ ท้องอืด/ มีแก๊สในกระเพาะอาหาร
(indigestion/ abdominal distension/ gas)
- 20) คลื่นไส้ (nausea)
- 21) อาเจียน (vomiting)
- 22) ท้องเสีย (diarrhea)
- 23) เรอ (belching)
- 24) สะอึก (hiccups)
- 25) วิงเวียนศีรษะ/ ตาคลาย/ หน้ามืด/ เป็นลม(ยังรู้สึกตัว) (dizziness/
blackness/ fainting/ faintness/ lightheadedness)
- 26) หหมดสติ (syncope)
- 27) ปวดศีรษะ (headache)
- 28) ชาปลายมือปลายเท้า (upper-extrimity numbness)
- 29) สับสน (confusion/ disorientation)
- 30) ชื่องช้า (slow down)
- 31) ไม่สามารถเคลื่อนไหว (unable to move)
- 32) อ่อนเพลีย/ เหนื่อยล้า (weakness/ fatigue)
- 33) หูอื้อ (tinnitus)
- 34) กลัว/ ตกใจกลัว (fear / frightened)
- 35) กังวลใจ/ หงุดหงิด (anxious/ nervous)
- 36) เจ็บชายโครง
- 37) ปวดสะโพก
- 38) รู้สึกหัวใจเต้นช้าลง
- 39) ร้อนในตั้ทั้งตัว

40) เจ็บขาซ้าย

41. รู้สึกกล้ามเนื้อหน้าอกเต้นระริก

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจำแนกอาการที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีลักษณะเป็นกลุ่มอาการ (Dempsey, Dracup, and Moser, 1995; Johnson and King, 1995 as cited in Ryan, 2003 อ้างถึงใน จิรวรรณ เดชอดิศัย, 2548) ได้แบ่งกลุ่มอาการ ออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มอาการที่พบบ่อย (Traditional symptoms) อาการที่พบในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะเป็นอาการที่สมาคมหัวใจอเมริกัน (American Heart Association, AHA) ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก เหงื่อออก และหายใจขัด ซึ่งส่วนใหญ่มีความรุนแรงและเกิดขึ้นตลอดเวลา ส่วนอาการกลัว อ่อนแรง หรือเวียนศีรษะผู้ป่วยไม่ได้ยอมรับว่าเป็นอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. กลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้ายอาการทางระบบทางเดินอาหาร (Symptom attributed to gastrointestinal cause) ในกลุ่มนี้จะมีจุดเน้นที่อาการทางระบบทางเดินอาหาร คือ รู้สึกเสียดท้อง อาหารไม่ย่อย และรู้สึกมีแก๊สในกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกปานกลาง ปวดแชน และต้องใช้แรงในการหายใจเล็กน้อย เช่นเดียวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยไม่สามารถแยกได้ว่าการมีอาการเจ็บหน้าอกทันที (Sudden onset pain) เวียนศีรษะ สับสน สะดุ้ง ตกใจกลัวหรืออาการซีดที่ปรากฏขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3. กลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง (Non specific symptoms) มีจุดเน้นที่อาการทั่วไป เช่น รู้สึกเหนื่อยล้า เชื่องซึม ร่วมกับต้องใช้แรงในการหายใจเล็กน้อย ปวดแชน สะดุ้งตกใจกลัวจนเหนื่อย นอนไม่หลับ และไม่มีสิ่งใดในตนเองที่มีความเฉพาะเจาะจงกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยไม่เห็นด้วยหรือไม่ทราบว่าอาการทางระบบทางเดินอาหาร อาการทางทรวงอก เวียนศีรษะ ปวดไหล่ หรือกราม เป็นสิ่งสำคัญที่บ่งชี้ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

4. กลุ่มอาการที่มีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มที่พบบ่อย (Variable on traditional symptoms) มีจุดเน้นที่อาการเจ็บบริเวณที่แตกต่างออกไป คือ อาการแน่นหน้าอก/ไม่สบายในทรวงอก ปวดรอบๆ หัวใจ ปวดแชน และระหว่างกระดูกหัวใจ รัศับปานกลางถึงรุนแรง ร่วมกับอาการหายใจขัด ปวดกราม อ่อนเพลีย สับสน รู้สึกเหมือนกำลังจมน้ำ มีความรู้สึกกลัว ผู้ป่วยไม่ได้รู้สึกว่าการทางระบบทางเดินอาหาร อาการไม่สบาย อาการปวดหรือการมี

เหงื่อออกมีความสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดอาการคลุมเครือไม่ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่ใจกับอาการที่เกิดขึ้น การรักษาไม่ทันท่วงทีทำให้อาจถึงแก่ชีวิตได้

นอกจากนั้นยังสามารถแบ่งเป็นกลุ่มตามลักษณะที่คล้ายกับอาการที่เกิดกับระบบต่างๆดังนี้ (จิราวรรณ เดชอดิศัย, 2548)

1. กลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้ายอาการทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ คือ อาการเจ็บ/ปวดบริเวณคอหรือกราม เจ็บ/ปวดไหล่ซ้าย เจ็บ/ปวดไหล่ขวา เจ็บ/ปวดแขนซ้าย เจ็บ/ปวดแขนขวา ปวดหลัง/ปวดกลางหลัง เจ็บชายโครง ปวดสะโพก เจ็บขาซ้าย รู้สึกกล้ามเนื้อหน้าอกเต้นระริก

2. กลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้ายอาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด คือ อาการเจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก/ไม่สุขสบายในทรวงอก เจ็บ/ปวดรอบๆหัวใจ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ใจสั่น รู้สึกหัวใจเต้นช้าลง

3. กลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้ายอาการทางระบบทางเดินอาหาร คือ อาการเจ็บ/ปวดยอดอก/ลิ้นปี่ รู้สึกเหมือนอาหารไม่ย่อย/ท้องอืด/มีแก๊สในกระเพาะอาหาร คลื่นไส้ เสียดท้อง อาเจียน ท้องเสีย เรอ สะอึก

4. กลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้ายอาการทางระบบประสาท คือ อาการเหงื่อออก แขนขาเย็นขึ้น/ซีด อาการเหมือนไข้หรือหนาวสั่น วิงเวียนศีรษะ/ตาลายหน้ามืด/เป็นลม (ยังรู้สึกตัว) หมดสติ ปวดศีรษะ ชาปลายมือปลายเท้า ไม่สามารถเคลื่อนไหว หูอื้อ ร้อนในตัวทั้งตัว

5. กลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้ายอาการทางระบบจิตใจ คือ อาการสับสน เื่องซึม อ่อนเพลียเหนื่อยล้า กลัว/ตกใจกลัว กังวลใจหงุดหงิด

6. กลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้ายอาการทางระบบทางเดินหายใจ คือ อาการหอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆไม่ได้ รู้สึกเหมือนกำลังจมน้ำ ไอ/ไอน้ำลายเป็นฟอง/ไอเสมหะเป็นเลือด จากกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นตามลักษณะที่คล้ายกับอาการที่เกิดกับระบบต่างๆ เมื่อเกิดอาการคลุมเครือไม่ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่ใจกับอาการที่เกิดขึ้นว่าอาการที่เกิดขึ้นมีสาเหตุจากอะไร ใช้หัวใจหรือไม่ ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะมารับการรักษาเข้าส่วนใหญ่จะหาวิธีการรักษาเบื้องต้นด้วยตนเองทำให้การรักษาไม่ตรงกับอาการผู้ป่วยจะมารับการรักษาเมื่ออาการแย่งกว่าเดิม เมื่อการรักษาไม่ทันท่วงทีทำให้อาจถึงแก่ชีวิตได้

3.3.2 กลุ่มอาการกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่หลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม ความรู้สึก และสติปัญญาของบุคคล ถ้าอาการที่เกิดขึ้นอย่างน้อยสองอาการเกิดขึ้นร่วมกัน มีความสัมพันธ์กันโดยไม่จำเป็นจะต้องมาจากสาเหตุเดียวกันเรียกว่า “กลุ่มอาการ” จำนวนอาการที่เกิดขึ้นจึงเป็นสิ่งแรกที่บอกถึงความแตกต่างระหว่างอาการและกลุ่มอาการ (สุภาภรณ์ ดั่งแพง, 2551) อาการต่างๆที่เกิดขึ้น เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก อาการปวดศีรษะ เจ็บคอ ไข้ เหนื่อยล้า หรือวิตกกังวล นอนไม่หลับ เป็นต้น ดังนั้นเมื่อมีอาการเกิดขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจมีอาการกำเริบของโรคไม่แน่นอน บ่อยครั้งที่เมื่ออาการเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ หวหะ หรือหอบเหนื่อย หายใจลำบากที่ไม่มีปัจจัยชักนำ ทำให้บุคคลต้องเผชิญกับปัญหาส่วนใหญ่จะมีการรับรู้ว่าเป็นสิ่งรบกวนความสุขสบายรวมทั้งอาจเป็นสัญญาณที่บ่งถึงความผิดปกติหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพเมื่อเกิดอาการขึ้นแล้ว จึงทำให้ต้องแสวงหาการช่วยเหลือหรือการรักษาผู้ป่วยหลายรายไม่สามารถจัดการกับอาการได้ แม้จะมียาหรืออุปกรณ์ช่วยชีวิตอื่น ๆ ทำให้เกิดปัญหาทางจิตสังคมตามมา ดังนั้นอาการจึงเป็นปัญหาสำคัญของบุคคลที่เผชิญอาการนั้นๆซึ่งบุคคลต้องรับผิดชอบต่อการจัดการอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง

ดังนั้นจะเห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะต้องเผชิญกับประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดต่างๆมากมายรวมถึงอาการที่ไม่คาดคิด รวมทั้งการวินิจฉัยและการรักษา อาการเจ็บหน้าอกและหายใจลำบากเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยตกใจกลัว ผู้ป่วยจะกลัวตาย วิตกกังวล ซึมเศร้าและโกรธเป็นปฏิกิริยาสนองตอบต่อความเครียดที่พบได้บ่อยจากการศึกษาของ Whitehead และคณะ (2005) ศึกษาเชิงสำรวจในผู้ป่วย 518 คน ที่เคยมีอาการเจ็บหน้าอก พบว่าอาการทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด มีภาวะซึมเศร้าและรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ โดยร้อยละ 80 ของผู้ป่วยกลัวว่าจะเกิดอาการขึ้นมาอีก มากกว่ากลัวตาย และร้อยละ 40 ไม่กล้าทำกิจกรรมใดๆ กลัวว่าจะเกิดอาการ ผู้ป่วยที่ยังคงมีภาวะซึมเศร้าต่อไปจนถึงระยะพักฟื้นหลังจากมีอาการเจ็บหน้าอกได้ 6 เดือนจะมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 17 ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราการตายต่ำกว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่เป็นเหตุให้เกิดอาการโดยจะเห็นว่าผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกบางรายไม่ได้เกิดอาการเดียวผู้ป่วยอาจมีอาการเหนื่อยล้าร่วมด้วย ดังในการศึกษาของ Johansson และคณะ (2010) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยระยะ 4 เดือนหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการศึกษา

พบว่า ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมีผลเกี่ยวเนื่องต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยระยะ 4 เดือนหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และหากการจัดการไม่ประสบผลสำเร็จก็จะส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของบุคคลในที่สุด

3.3.3 การประเมินกลุ่มอาการ

แบบประเมิน The Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) ของ Portenoy et al. (1994) เป็นแบบประเมินอาการที่เกิดขึ้นหลายอาการ ไม่เฉพาะเจาะจงกับอาการใดอาการหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้รายงานอาการด้วยตนเอง ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ประเมินอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็ง แบบประเมิน MSAS ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมจำนวน 32 อาการ โดยสอบถามผู้ป่วยว่ามีอาการดังกล่าวหรือไม่ หากมีประเมินอาการที่เกิดขึ้น 3 ด้าน คือ 1) ความถี่ของอาการแบ่งเป็น 4 ระดับ 1 คือไม่ค่อยมีอาการ ถึง 4 คือตลอดเวลา 2) ระดับความรุนแรงของอาการแบ่งเป็น 1 ระดับ 1 คือรุนแรงเล็กน้อย ถึง 4 คือรุนแรงมากที่สุด 3) ความทุกข์ทรมานจากอาการ แบ่งเป็น 5 ระดับ 0 คือไม่ทุกข์ทรมานเลย ถึง 4 คือทุกข์ทรมานมากที่สุด แบบประเมิน MSAS นี้มีความสอดคล้องภายในของเครื่องมือในส่วนของการทางด้านร่างกายและอาการด้านจิตใจเท่ากับ .88 และ .83 ตามลำดับ

แบบประเมิน Cardiac Symptom Survey (CSS) ของ Nieveen (Zimmerman et al., 2002) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดย จันทนา หล่อตจะกุล (2549) ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ ซึ่งแบ่งการประเมินเป็น 2 ด้าน คือ 1) แบบประเมินด้านอาการ (Evaluation of symptom) ประกอบด้วย มิติด้านความรุนแรงและมิติด้านเวลา 2) แบบประเมินด้านการตอบสนองต่ออาการ (Response to symptom) ประกอบด้วยมิติด้านความทุกข์ทรมาน โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นตัวเลขให้เลือกตอบ ตั้งแต่ 0-10 (Numeric ratingscale) โดยปลายสุดของด้านซ้ายและขวาจะถูกกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยซ้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง 0 หมายถึง “ไม่มีอาการ” 1 หมายถึง “มีความรุนแรงน้อยที่สุด” และ ด้านขวาสุดจะตรงกับตำแหน่ง 10 หมายถึง “มีความรุนแรงมากที่สุด” โดยรวมทั้ง 3 มิติ คือ มิติด้านความรุนแรง ด้านเวลา ด้านความทุกข์ทรมาน จะมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-160 คะแนน โดยมีความหมายดังนี้ คะแนน 0 หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีกลุ่มอาการไม่สบายเลยคะแนน 160 หมายถึง ผู้ป่วยมีกลุ่มอาการไม่สบายมากที่สุด

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินกลุ่มอาการ โดยประยุกต์จากแบบประเมิน Cardiac Symptom Survey (CSS) ของ Nieveen (Zimmerman et al., 2002) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดย จันทนา หล่อตจะกุล (2549) มาประยุกต์ใช้เพื่อประเมินกลุ่มอาการในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้ง 3 มิติ ได้แก่ มิติด้านความรุนแรงด้านเวลา และด้านความทุกข์ทรมานจากอาการในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

4. ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สรุปได้ดังนี้

ผลกระทบทางด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีผลต่อร่างกาย การมีกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงาน การเข้าสังคม จะส่งผลต่อการดำรงชีวิตได้ จากการศึกษาของ วรฉวี จิวสีบพงษ์ (2550) ถ้ามีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นจะทำให้ภาวะการทนทานหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกหงุดหงิด ไม่ร่าเริง รู้สึกว่างเปล่าในชีวิต รู้สึกผิด รู้สึกสิ้นหวัง มีแนวโน้มและความคิดฆ่าตัวตาย มีความสนใจลดลง สมาธิไม่ดี ความจำสั้น การวางแผนไม่ดี กระบวนการทางจิตผิดปกติ การประมวลผลข้อมูลและการปฏิบัติการให้สำเร็จ เป็นไปได้ยากจากการศึกษาของ Sadock และคณะ (2000) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงและไม่ได้รับการรักษาจะจบชีวิตลงด้วยการฆ่าตัวตายร้อยละ 15 และ ร้อยละ 50 ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะฆ่าตัวตายได้สำเร็จ (Barklage, 1991 อ้างถึงใน สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

ผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า มีการว่างงานมากขึ้นกว่าคนทั่วไปเนื่องมาจากข้อจำกัดในการทำงาน และการไม่จ้างงานเป็นความรู้สึกที่ไม่ได้รับการยอมรับ และไม่สามารปรับให้เข้ากับ ความคาดหวังของสังคมเกี่ยวกับการคาดการณ์ และควบคุมตนเองได้ การขาดการยอมรับ ความกดดันจากการทำงาน การแยกตัวจากสังคม ความเครียดจากการทำงาน การไม่มีทางเลือก การขาดกำลังใจ การสูญเสียในชีวิต หมดหวัง ลึ้นหวัง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงตามมาได้ (วีระ ชูรุจิรพร, 2542) เกิดความสูญเสียทางภาวะเศรษฐกิจสูงต้นทุนการรักษาสูงจากการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคภาวะซึมเศร้ามีจำนวน 11 ล้านคน เกิดความสูญเสียทางภาวะเศรษฐกิจสูงถึง 44,000 ล้านดอลลาร์

5. บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

สมรรถนะที่ 1 การปฏิบัติในฐานะ (Care management) ในบทบาทนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สร้างทีมการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค จัดระบบการดูแลสร้างระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลจะได้พัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะสามารถดูแลตัวเองและปรับตัวได้กับโรคที่เป็นอยู่

สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct care) ในบทบาทนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องมีการประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการการบริการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างลึกซึ้งครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ทั้งในระยะก่อนและหลังได้รับการรักษาและมีการติดตามประเมินความต้องการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยใช้แบบประเมินที่เหมาะสมและมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration) ในบทบาทนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องมีการ ประสานความร่วมมือกับพยาบาล แพทย์ บุคลากรในทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง ครอบครัวของผู้ป่วย พยาบาลชุมชน และแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อการวางแผนและให้การดูแลตลอดจนประเมินผลการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤตฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ

สมรรถนะที่ 4 ความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (Mentoring) ในบทบาทนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องมีการฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ในการเผชิญปัญหา ความรู้สึกไม่แน่นอน ความเศร้าโศก สูญเสีย และความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ ได้ครอบคลุมทุกวิถีของความเจ็บป่วย และการเตรียมผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้ สอน ชี้แนะ เป็นที่ปรึกษาพยาบาลให้กับนักศึกษาพยาบาลโดยการถ่ายทอดประสบการณ์ความเชี่ยวชาญของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและสอน ชี้แนะ เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายประชาชนทั่วไปให้มีความรู้สามารถในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

สมรรถนะที่ 5 ความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยหรือ

ผู้ให้บริการกลุ่มเป้าหมายตนเองเชี่ยวชาญ (Consultation) ในบทบาทนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องเป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาล และทีมงานในการจัดการปัญหาสุขภาพผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีปัญหาซับซ้อนโดยประมวลข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีคุณภาพ

สมรรถนะที่ 6 ความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) ในบทบาทนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องมีการ ดำเนินการให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และประเมินผล เพื่อพัฒนาผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพ และคุ้มค่าอย่าง ประเมินผลการให้บริการตาม Care Map พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องสร้างแผนงาน

สมรรถนะที่ 7 ความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making) ในบทบาทนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักจริยธรรม สิทธิผู้ป่วย สิทธิของพยาบาล และหลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงาน โดยการแสวงหาช่องทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมสำหรับผู้ให้บริการเฉพาะรายในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

สมรรถนะที่ 8 ความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) ในบทบาทนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องมีการติดตาม รวบรวม ผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันในการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล ของผู้ป่วยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

สมรรถนะที่ 9 ความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluation) ในบทบาทนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องกำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีการประเมินคุณภาพชีวิตและพฤติกรรม การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างต่อเนื่อง

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มฤดี บุราณ (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ภาวะการรบกวนหน้าที่ ความเหนื่อยล้า อารมณ์หายใจลำบาก และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อ

หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในกลุ่มตัวอย่าง 150 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยเฉียบพลันแล้วไม่เกิดภาวะซึมเศร้า รายได้และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.511, r = -.437$ ตามลำดับ) อาการหายใจลำบากและความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .434, r = .395$ ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .187$) เพศมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า อายุและประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

วรรณิ จิวสีบพงษ์ (2550) ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของโรคภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 97 คน ผลการศึกษา พบว่า อายุ ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .04 ($r = -.460, r = -.498, r = .474$ ตามลำดับ) ส่วนการศึกษา รายได้ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .369, R = .353, r = .412$ ตามลำดับ) โดยที่เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ Doering et al. (2011) ศึกษาคุณลักษณะเฉพาะระหว่างเพศชายและเพศหญิงต่ออาการซึมเศร้าและโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1,951 คน ผลการศึกษา พบว่า อาการซึมเศร้า จะพบได้ในเพศหญิงมากกว่าเพศชายโดยคุณลักษณะเฉพาะที่พบในเพศหญิง ได้แก่ สถานภาพโสด,ว่างงาน, การศึกษาต่ำ, มีความวิตกกังวล, จะมีการรับรู้ต่ำในการควบคุมดูแลตนเองแต่ในด้านสุขภาพเพศหญิงจะดูแลสุขภาพดีกว่าเพศชาย

Johansson et al. (2010) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนอนไม่หลับ, อาการเหนื่อยล้า, ความวิตกกังวล, และภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 4 เดือนหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 204 คน ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า, การนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้า, 46% ของอาการเหนื่อยล้าสามารถทำนายได้ด้วยภาวะซึมเศร้า

และการนอนไม่หลับ,ขนาดของการตายของกล้ามเนื้อ, LVEF และประวัติกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่มีความสัมพันธ์ความวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า,อาการเหนื่อยล้า, การนอนไม่หลับ

Stafford et al. (2009) ศึกษาผลการปรับความเชื่อด้านเจ็บป่วยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในโรคหลอดเลือดหัวใจและหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและคุณภาพชีวิต จำนวน 193 คน ผลการศึกษา พบว่า การมีความเชื่อด้านการเจ็บป่วยที่ผิดมีความสัมพันธ์ต่อการทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในระดับสูงในช่วงเวลา 3 เดือนและ 9 เดือนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้การเจ็บที่ถูกต้องจะมีผลลัพธ์ของคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Sakai et al. (2011) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะ 12 เดือน และศึกษาว่าภาวะซึมเศร้า 1 เดือนหลังจำหน่ายมีผลเกี่ยวข้องต่อการค้นพบความบกพร่องของคุณภาพชีวิตในระยะ 6 เดือนหลังจำหน่ายหรือไม่ จำนวน 218 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในช่วง 12 เดือน หลังจากจำหน่ายมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำในด้านการทำหน้าที่ของร่างกายร้อยละ 47.8, บทบาทของร่างกายร้อยละ 44.1, ภาวะสุขภาพร้อยละ 46.4, หน้าที่ทางสังคมร้อยละ 47.4, และบทบาททางอารมณ์ร้อยละ 45.8 ซึ่งน้อยกว่ามาตรฐานของญี่ปุ่น ส่วนคุณภาพชีวิตที่แย่งของผู้ป่วยคิดเป็น ร้อยละ 36-71 มีการแสดงของภาวะซึมเศร้าในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายพบผลที่ตรงกันข้ามด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ,บทบาทของร่างกาย , และอาการปวดทางกายในระยะ 6 เดือน

Bjerkset et al. (2005) ศึกษาผลกระทบของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะแรกและศึกษาปัจจัยเดิมที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 5 ปี ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 2 ปีแรกหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, ส่วนเพศชายจะเสี่ยงต่อการเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระยะเวลาลง 2 ปี ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า, ระดับการศึกษาที่ต่ำ, ความอ้วน, การสูบบุหรี่ทุกวันและการไม่ออกกำลังกาย สามารถทำนายผลลัพธ์ความบกพร่องทางจิตได้

Spijkerman et al. (2005) ศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายระหว่างการกลับเป็นซ้ำและการมีอาการอย่างต่อเนื่อง จำนวน 468 คน ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในระหว่างการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายระยะแรกจะแสดงอาการร้อยละ 25.4 ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและส่วนใหญ่ครึ่งหนึ่งมีอาการต่อเนื่องและกลับมาเป็นซ้ำ ในการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องและกลับมาเป็นซ้ำมีแนวโน้มที่จะเป็นโรค

ประสาทสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและจากผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าในช่วงแรกมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

Drago et al. (2007) ศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีผลต่อการลดความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจ และเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ และการเกิดอาการซ้ำของภาวะซึมเศร้า จำนวน 100 คน ผลการศึกษา พบว่า เพศหญิงมีอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35 มากกว่าเพศชายร้อยละ 9 และพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นภาวะซึมเศร้าจะแสดงความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจต่ำและอัตราการเต้นของหัวใจสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นภาวะซึมเศร้า

May et al. (2007) ศึกษาอิทธิพลของเพศต่ออัตราความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 13,708 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้า, ความรุนแรงของอาการหลังมีอาการเจ็บหน้าอก และหลังมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติส่วนประวัติผู้ที่เคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเดิมมีความสัมพันธ์ต่อความถี่และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในเพศชาย

Whang et al. (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการเสียชีวิตโดยทันทีทันใดและการเกิดเหตุการณ์ของหัวใจท่ามกลางคุณลักษณะที่ยกเว้นของโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดเหตุการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนลักษณะอาการทางคลินิกของภาวะซึมเศร้าโดยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตโดยทันทีทันใดและเป็นความเสี่ยงอันดับแรกมีความสัมพันธ์เฉพาะระหว่างการใช้ยา Antidepressant และ Sudden cardiac death

Grace et al. (2005) ศึกษาผลของภาวะซึมเศร้าต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และศึกษาอาการของภาวะซึมเศร้าที่ทำให้เกิดการตายในระยะเวลา 5 ปี หลังจากการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จำนวน 910 คน ผลการศึกษา พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างการรักษาที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง มีระดับการศึกษาต่ำ ได้รับการวินิจฉัยว่า มีอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (Unstable angina) มีอาการรุนแรง มีสาเหตุการเจ็บป่วยหลายอย่างและมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคหัวใจล้มเหลว อัตราการตายที่ต่ำจะพบในผู้ที่เคยมีอาการของภาวะซึมเศร้าและไม่มีอาการรุนแรง ในขณะที่อัตราการตายที่เพิ่มขึ้นจะเกิดขึ้นในผู้ที่ไม่เคยมีประวัติซึมเศร้ามาก่อนและมีอาการรุนแรง มีอัตราการเสียชีวิตสูง

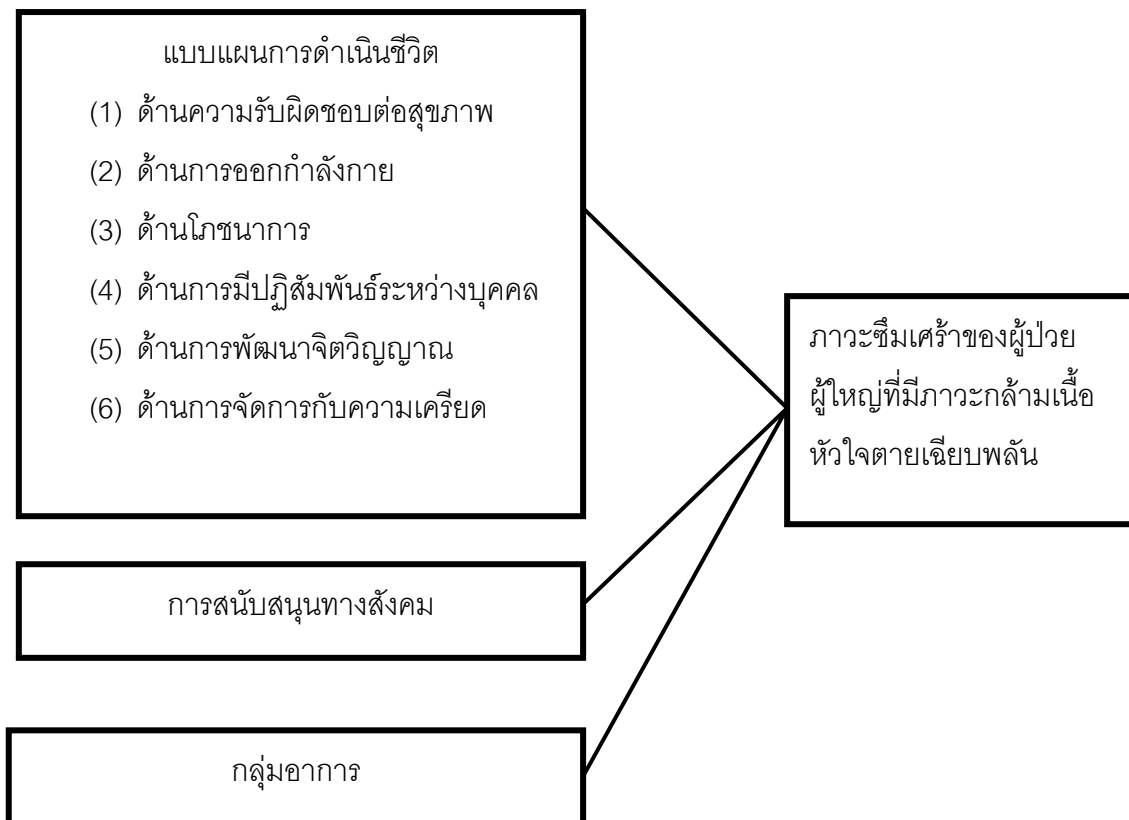
กว่าผู้ที่ไม่เคยมีภาวะซึมเศร้ามาก่อนหรือผู้ที่เคยมีอาการซึมเศร้ามาก่อนและผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าจะต้องเข้าโรงพยาบาลมากกว่า 4 ครั้ง ส่วนใหญ่ มักจะเสียชีวิต

Sullivan et al. (2000) ศึกษาความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 134 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานด้านจิตใจเป็นระยะเวลา มากกว่า 1 ปี จะทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลงในระยะเวลา 6 ปี พบว่าระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้าและความถี่ของความเหนื่อยล้าที่เพิ่มขึ้น จะทำให้มีความวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น

Carney et al. (2001) ศึกษาเปรียบเทียบความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 673 คน ผลการศึกษา พบว่า ความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลงจะเกิดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มี ความแตกต่างของความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงและผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวผู้วิจัยสรุปเป็นกรอบแนวคิด ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลของรัฐบาลในภาคตะวันออก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 35-60 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี เลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณ Sample size โดยใช้ Power Analysis Size for sample Size ทั้งนี้เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (Type II error) ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม (มฤดี บุราณ, 2548) ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์อำนาจทดสอบใช้โปรแกรม PASS โดยกำหนดอำนาจทดสอบที่ 80% ระดับนัยสำคัญที่ .05 ขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร เท่ากับ .30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เป็น 90 ราย (Polit and Hungler, 1999)

2. สุ่มเลือกโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคในประเทศไทย ซึ่งมีทั้งหมด 5 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้ โดยใช้ทำการสุ่มโดยวิธีจับฉลากเลือก สุ่ม 1 ใน 5 โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่

3. สุ่มเลือกโรงพยาบาลของรัฐบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีจำนวน 7 จังหวัด แบ่งเป็น โรงพยาบาลศูนย์ 4 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลทั่วไป 3 โรงพยาบาล โดยใช้ ทำการสุ่มโดยวิธีจับฉลากเลือก

3.1 โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวน 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี และ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี สุ่ม 1 ใน 4 โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

3.2 โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว สุ่ม 1 ใน 3 โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้ โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

4. กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

4.1 อายุตั้งแต่ 35-60 ปี เพราะอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดจะมากในช่วงอายุดังกล่าว เนื่องจากเป็นวัยทำงานและมีความเสี่ยงของพฤติกรรมสุขภาพ (National Health Interview Survey, 2008)

4.2 เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) และรับรู้ว่าเป็นตนเองมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และเป็นผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างน้อย 7 วันเป็นต้นไป

4.3 มีอาการที่เกิดขึ้นระหว่างเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป

4.4 สามารถอ่านสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

4.5 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะคงที่ สามารถที่จะตอบคำถามได้โดยไม่มีอาการที่แสดงถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

4.6 ผู้ป่วยมีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

5. กำหนดเกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือมีความเสี่ยงสูง เช่น มีอาการปอดบวมน้ำเฉียบพลัน มีภาวะช็อค หรืออยู่ในภาวะวิกฤต และเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวชเดิม

6. ทำการสุ่มโดยการจัดลำดับการมารับบริการตรวจรักษาในวันและเวลาที่แผนกเปิดให้บริการและเป็นวันที่อนุญาตให้เกิดรวบรวมข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล จากการศึกษาเพิ่มประวัติของผู้ป่วยที่มารับการตรวจเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด

ผลการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เศรษฐกิจของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคประจำตัว การรักษา และสิทธิการให้บริการสุขภาพ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เศรษฐกิจของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคประจำตัว การรักษา และสิทธิการใช้บริการสุขภาพ (N=90)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
เพศชาย	58	64.4
เพศหญิง	32	35.5
อายุ		
35-40 ปี	4	4.4
41-50 ปี	20	22.2
51-60 ปี	66	73.3
Mean = 54.54 ปี, SD = 6.55, Min = 35 ปี, Max = 60 ปี		
สถานภาพสมรส		
คู่	76	84.4
หม้าย/หย่า/แยก	11	12.2
โสด	3	3.3
ศาสนา		
พุทธ	83	92.2
อิสลาม	6	6.7
อื่นๆ	1	1.1
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	67	74.4
มัธยมศึกษา	8	8.9
ปริญญาตรี	8	8.9
อาชีวศึกษา/ประกาศนียบัตร	5	5.6
ไม่ได้รับการศึกษา	2	2.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร/ ทำสวน/ ทำไร่	30	33.3
รับจ้าง	24	26.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16	17.8
ค้าขาย	14	15.6
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ พนักงานของรัฐ	5	5.6
ธุรกิจส่วนตัว	1	1.1
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
5000-10000	46	63.9
10001-15000	18	20.0
15001-20000	16	17.8
20001-25000	6	6.7
25001 ขึ้นไป	4	4.4
Mean = 10,861.11 บาท, SD = 9248.56 ,		
Min = 2,000 บาท, Max = 50,000 บาท		
เศรษฐกิจของครอบครัว		
เพียงพอในการใช้จ่าย	76	84.4
ไม่เพียงพอในการใช้จ่าย	14	15.6
ระยะเวลาการเจ็บป่วย(ปี)		
< 1 เดือน	17	18.9
1-5 เดือน	27	30.0
6-12 เดือน	16	17.8
1-5 ปี	18	20.0
6-12 ปี	12	13.3
Mean = 684.02 วัน , SD = 894.75,		
Min = 7 วัน, Max = 3,650 วัน		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคร่วม	20	22.2
มีโรคร่วม 1 โรค	35	38.9
มีโรคร่วม 2 โรค	22	24.4
มีโรคร่วม 3 โรค	13	14.4
การรักษา		
ใช้ยา	81	90.0
ใช้ยาและใช้วิธีการขยายหลอดเลือด	9	10.0
สิทธิการใช้บริการสุขภาพ		
บัตรประกันสุขภาพ	60	66.7
เบิกราชการ	18	20.0
บัตรประกันสังคม	11	12.2
จ่ายเอง	1	1.1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เศรษฐกิจของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคประจำตัว การรักษา และสิทธิการใช้บริการสุขภาพ โดยลักษณะของแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป คือ ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ เป็นข้อความให้เลือก 2 ข้อ อายุ รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นแบบเติมคำตอบลงในช่องว่าง สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ เศรษฐกิจของครอบครัว โรคประจำตัว การรักษา และสิทธิการใช้บริการสุขภาพ เป็นข้อความให้เลือก 2-8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิต ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ของ นิรมล อินทฤทธิ์ (2547) มาดัดแปลงในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน รวม 47 ข้อ ซึ่งเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นตาม

แบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 The Health- Promotion Lifestyle Profile:II (HPLP:II) ตามแนวคิดของ Walker, Sechrist, and Pender ซึ่งแปลและเรียบเรียงโดย ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539)

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถาม 6 ด้าน รวม 47 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดยแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

การให้คะแนนต่อข้อความ	ทางบวก	ทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	4	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	2 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	2	3 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1	4 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล (นิรมล อินทฤทธิ์, 2547) โดย

คะแนน < 29 คะแนน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตในระดับไม่ดี

คะแนน 30-40 คะแนน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตในระดับดีปานกลาง

คะแนน > 41.5 คะแนน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิต

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิต ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

1.1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจ จำนวน 3 ท่าน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน

1.2 นำแบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) และใช้เกณฑ์ค่า Content validity index ≥ 0.80 (Polit and Hungler, 1999: 419) โดยคำนวณค่า CVI จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบ

ทฤษฎี โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร, 2547: 224)

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับค่านิยาม
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยาม
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยาม
- 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยาม

สูตรการคำนวณ CVI =
$$\frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ .97

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้วไปหาความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลพุทธโสธร และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .71 และหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 90 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค ได้เท่ากับ .70

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของเอ็นริช (The ENCRICH Social Support Questionnaire) เป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจของ พวงผกา กรีทอง (2550) มีข้อคำถาม 7 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน มีข้อคำถาม 6 ข้อ ข้อคำถามที่ 1-6 มีมาตราวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนเต็ม 30 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่ 7 เป็นคำถามแบบเลือกตอบ ใช่หรือไม่ใช่ โดยในคำถามข้อที่ 7 ไม่นำมาคิดคะแนน โดยแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 1 คะแนน คือ ไม่มีเลย หมายถึง ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลยน้อยกว่า 1 วัน/สัปดาห์
- 2 คะแนน คือ มีบ้างเล็กน้อย หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2วัน/สัปดาห์
- 3 คะแนน คือ บางครั้ง หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วัน/สัปดาห์
- 4 คะแนน คือ เกือบตลอดเวลา หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-6วัน/สัปดาห์
- 5 คะแนน คือ ตลอดเวลา หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 7 วัน/สัปดาห์

เกณฑ์การแปลผล

คะแนนเฉลี่ยน้อย แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนเฉลี่ยมาก แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมมาก (มลฤดี บุราณ, 2548)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

1.1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจ จำนวน 3 ท่าน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน

1.2 นำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) และใช้เกณฑ์ค่า Content validity index ≥ 0.80 (Polit and Hungler, 1999: 419) โดยคำนวณค่า CVI จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์, 2547: 224)

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุง

อย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยาม

4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยาม

สูตรการคำนวณ CVI =
$$\frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 1.00

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้วไปหาความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลพุทธโสธร และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .94 และหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 90 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค ได้เท่ากับ .93

ส่วนที่ 4 แบบประเมินกลุ่มอาการ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินกลุ่มอาการ โดยประยุกต์จากแบบประเมิน Cardiac Symptom Survey (CSS) ของ Nieveen (Zimmerman et al., 2002) ของ พวงผกา กรีทอง (2550) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดย จันทนา หล่อตจะกุล (2549) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมีคะแนน ตั้งแต่ 0-100 คะแนน ซึ่งแบ่งการประเมินเป็น 2 ด้าน คือ 1. แบบประเมินด้านอาการ (Evaluation of symptom) ประกอบด้วยมิติด้านความรุนแรงและมิติด้านเวลา 2. แบบประเมินด้านการตอบสนองต่ออาการ (Response to symptom) ประกอบด้วยมิติด้านความทุกข์ทรมาน

เกณฑ์การให้คะแนน มีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นตัวเลขให้เลือกตอบ ตั้งแต่ 1-10 (Numeric rating scale) โดยปลายสุดของด้านซ้ายและขวาจะถูกกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยกำหนด 0 หมายถึง “ไม่มีอาการ” 1 หมายถึง “มีอาการ” ถ้ามีอาการ กำหนดการประเมินโดย ด้านขวาสุดจะตรงกับตำแหน่ง 10 หมายถึง “มีความรุนแรงมากที่สุด” ด้านซ้ายสุดจะตรงกับตำแหน่ง 1 หมายถึง “มีความรุนแรงน้อยที่สุด”

เกณฑ์การแปลผล มีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยรวมทั้ง 3 มิติ คือ มิติด้านความรุนแรง ด้านเวลา ด้านความทุกข์ทรมาน โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-100 คะแนน โดยมีความหมาย ดังนี้ (พวงผกา กรีทอง, 2550)

โดยกำหนดระดับคะแนนของอาการ แบ่งเป็น 5 ระดับ ใช้วิธีการตามสัดส่วนดังต่อไปนี้

0-20 คะแนน	=	กลุ่มอาการอยู่ในระดับต่ำ
21-40 คะแนน	=	กลุ่มอาการอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ
41-60 คะแนน	=	กลุ่มอาการอยู่ในระดับปานกลาง
61-80 คะแนน	=	กลุ่มอาการอยู่ในระดับค่อนข้างสูง
81-100 คะแนน	=	กลุ่มอาการอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบประเมินกลุ่มอาการ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบประเมินกลุ่มอาการ ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

1.1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจ จำนวน 3 ท่าน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน

1.2 นำแบบประเมินกลุ่มอาการ ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) และใช้เกณฑ์ค่า Content validity index ≥ 0.80 (Polit and Hungler, 1999: 419) โดยคำนวณค่า CVI จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547: 224)

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

สูตรการคำนวณ CVI = $\frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินกลุ่มอาการเท่ากับ 1.00

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินกลุ่มอาการ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้วไปหาความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลพุทธโสธร และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .92 และหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 90 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค ได้เท่ากับ .90

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ของรัตลอฟฟ์ (Radloff, 1977) ของมฤดี บุราณ (2548) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยวัชชัย วรพงศธรและคณะ (2533) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้สึกอารมณ์ต่างๆ จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง และเกือบตลอดเวลา โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน รวมข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ คะแนนเต็มทั้งหมด 60 คะแนน โดยแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ (มฤดี บุราณ, 2548)

การให้คะแนนต่อข้อความ	ทางบวก	ทางลบ	
ไม่เลย หมายถึง ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย (< 1วัน/สัปดาห์)	3	0	คะแนน
มีบ้างเล็กน้อย หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2วัน/สัปดาห์	2	1	คะแนน
บางครั้ง หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วัน/สัปดาห์	1	2	คะแนน
เกือบตลอดเวลา หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-6วัน/สัปดาห์	0	3	คะแนน

เกณฑ์การแปลผล ข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ โดยแต่ละ

ข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน นำค่าคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนเต็มทั้งหมด 60 คะแนน ค่าคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความเหมาะสม ค่าคะแนนต่ำกว่า 16 คะแนนถือว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า (ธวัชชัย วรพงษ์ และคณะ, 2533)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

1.1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจ จำนวน 3 ท่าน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน

1.2 นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) และใช้เกณฑ์ค่า Content validity index ≥ 0.80 (Polit and Hungler, 1999: 419) โดยคำนวณค่า CVI จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยน์วารสาร, 2547: 224)

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

สูตรการคำนวณ CVI =
$$\frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 1.00

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้วไปหาความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มี

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลพุทธโสธร และนำข้อมูลที่ได้มา คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .89 และหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 90 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค ได้เท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาล และเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารับบริการที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก

1. หลังจากได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลผู้วิจัยเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดในการเก็บข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานประจำแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกในเวลาทำการในแต่ละโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	วันที่เก็บรวบรวมข้อมูล	เวลา
โรงพยาบาลพุทธโสธร	วันอังคาร	13.00- 16.00 น.
	วันพุธ	13.00- 16.00 น.
โรงพยาบาลพระปกเกล้า	วันจันทร์ถึงวันศุกร์	08.00-12.00 น.

3. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการให้เจ้าหน้าที่ประจำแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามกำหนด แล้วส่งต่อให้ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้ง หรือผู้วิจัยจะเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติด้วยตนเอง

4. ผู้วิจัยแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งให้เห็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือ

ผู้วิจัยจัดที่นั่งให้เป็นสัดส่วนและแจกแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบ โดยให้เวลาในการตอบคนละ 15-30 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและกล่าวขอบคุณ

5. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาแจกแจงลงตารางเพื่อวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การทำวิจัยในมนุษย์จริยธรรมของโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จากนั้นผู้วิจัยได้แนะนำตัวและขอความร่วมมือในการวิจัย โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการรักษาตามปกติของแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิและอิสระของกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าร่วมวิจัย เมื่อยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ ขณะตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างสามารถไม่ตอบคำถามใดๆ ได้ เมื่อไม่สะดวกใจในข้อความหรือยุติการให้ความร่วมมือในงานวิจัยในขั้นตอนใดๆก็ได้ ซึ่งไม่ต้องให้เหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลตามปกติในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยไม่ได้อ้างถึงชื่อของกลุ่มตัวอย่าง แต่จะนำเสนอในเชิงวิชาการภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งประกอบด้วย

1. วิเคราะห์แบบสอบถามส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เศรษฐกิจของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคประจำตัว การรักษา และสิทธิการให้บริการสุขภาพ ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยนำมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 90 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 2-7

ตอนที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 8-12

ตอนที่ 1 การศึกษาภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1.1 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ และการหาค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 90 คน จำแนกโดยรวม

รายการ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
มีภาวะซึมเศร้า	45	50.00
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	45	50.00
รวม	90	100.00

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 50 และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 50

1.2 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามเพศ แสดงผลการวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ และการหาค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 90 คน จำแนกตามเพศ

เพศ	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	20	22.22	33	36.67
หญิง	25	27.78	12	13.33
รวม	45	50.0	45	50.0

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 50 และไม่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 50 โดยพบว่า เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 27.78 ส่วนในเพศชาย มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22

1.3 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามอายุ แสดงผลการวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ และการหาค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 90 คน จำแนกตามอายุ

อายุ	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
35-40 ปี	2	2.22	2	2.22
41-50 ปี	11	12.22	9	10.0
51-60 ปี	32	35.56	34	37.78
รวม	45	50.0	45	50.0

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้านั้น มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 51-60 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.56 รองลงมา ได้แก่ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.22 ส่วนช่วงอายุ 35-40 ปี พบว่ามีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.22 สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะซึมเศร้านั้น ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.78 รองลงมา ได้แก่ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 10.0

1.4 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามระยะเวลาป่วย แสดงผลการวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ และการหาค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 90 คน จำแนกตามระยะเวลาป่วย

ระยะเวลาป่วย	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
< 1 เดือน	3	3.33	0	0
1-5 เดือน	19	21.11	19	21.11
6-12 เดือน	8	8.89	8	8.89
1-5 ปี	13	14.44	13	14.44
6-12 ปี	2	2.22	5	5.56
รวม	45	50.0	45	50.0

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเท่ากัน คือ 1-5 เดือน คิดเป็นร้อยละ 21.11 รองลงมา ได้แก่ 1-5 ปี มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 14.44 ส่วนช่วงระยะเวลา 6-12 ปี พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.22 และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะซึมเศร้านั้น คิดเป็นร้อยละ 5.56

1.5 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามโรคร่วม แสดงผลการวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ และการหาค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 90 คน จำแนกตามโรคร่วม

โรคร่วม	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีโรคร่วม	9	10.0	11	12.22
มีโรคร่วม 1 โรค	20	22.22	15	16.67
มีโรคร่วม 2 โรค	11	12.22	11	12.22
มีโรคร่วม 3 โรค	5	5.56	8	8.89
รวม	45	50.0	45	50.0

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้า พบมีโรคร่วม 1 โรคมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.22 รองลงมา ได้แก่ มีโรคร่วม 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 12.22 และมีโรคร่วม 3 โรคพบน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.56 ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า พบมีโรคร่วม 1 โรคมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.67 รองลงมา ได้แก่ ไม่มีโรคร่วมและมีโรคร่วม 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 12.22 ส่วนมีโรคร่วม 3 โรคพบน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.89

1.6 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์ โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ใน ตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามรายชื่อและโดยรวม จำนวน 90 คน

	ภาวะซึมเศร้า	\bar{x}	SD
1	ท่านรู้สึกในชีวิตนี้มีความหมาย	2.66	0.66
2	ท่านมีความสุข	2.38	0.92
3	ท่านรู้สึกมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต	1.71	0.74
4	ท่านรู้สึกว่าต้องฝืนใจในการทำทุกๆสิ่ง	1.37	0.74
5	ท่านรู้สึกหวาดกลัว	1.26	0.74
6	ท่านนอนไม่ค่อยหลับ	1.04	0.83
7	ท่านรู้สึกไม่มีความสุข	1.00	1.11
8	ท่านรู้สึกท้อถอยในชีวิต	0.91	0.70
9	ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย	0.81	0.69
10	ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความดีทัดเทียมคนอื่น ๆ	0.62	0.77
11	ท่านรู้สึกหุดหู่และเศร้าหมอง	0.52	0.62
12	ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร	0.48	0.71
13	ท่านคิดว่าชีวิตของท่านมีแต่ความล้มเหลว	0.44	0.74
14	ท่านรู้สึกซึมเศร้า	0.41	0.56
15	ท่านรู้สึกลำบากในการตั้งสมาธิ เพื่อทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง	0.22	0.47
16	ท่านรู้สึกอ้างว้างเดียวดาย	0.11	0.41

ตารางที่ 7 (ต่อ)

	ภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	SD
17	ท่านพุดคุยน้อยกว่าปกติ	0.07	0.25
18	ท่านมักจะร้องไห้	0.04	0.21
19	ท่านรู้สึกว่าผู้คนทั่วไปไม่มีความเป็นมิตร	0.03	0.18
20	ท่านรู้สึกว่าคนใกล้ชิดไม่ชอบท่าน	0.03	0.18
	รวม	16.12	6.77

จากตารางที่ 7 พบว่า ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.12 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.77) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้วพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “ ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้มีความหมาย” โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .66) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ “ ท่านรู้สึกว่าผู้คนทั่วไปไม่มีความเป็นมิตร และ ท่านรู้สึกว่าคนใกล้ชิดไม่ชอบท่าน “ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .03 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .18

ตอนที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ใน ตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 90 คน

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
แบบแผนการดำเนินชีวิต	-.374**	.000
การสนับสนุนทางสังคม	-.300**	.004
กลุ่มอาการ	.701**	.000

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 8 พบว่า แบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่า -.374 และ -.300 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่า เท่ากับ .701

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ำแ่เนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product- moment correlation) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ใน ตารางที่ 8

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ จำแนกตามมิติด้านความถี่ มิติด้านความรุนแรง มิติด้านความทุกข์ทรมาน และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ำแ่เนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 90 คน

กลุ่มอาการ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
มิติด้านความถี่	.741**	.000
มิติด้านความรุนแรง	.666**	.000
มิติด้านความทุกข์ทรมาน	.577**	.000

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มอาการ มิติด้านความถี่ มิติด้านความรุนแรง และมิติด้านความทุกข์ทรมาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ำแ่เนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่า .741, .666 และ .577 ตามลำดับ

2.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มอาการระหว่างกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์โดยใช้ค่า Independent samples t-test แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 10 - 12

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 90 คน

กลุ่ม	N	Mean	SD	Mean difference	T	df	P
มีภาวะซึมเศร้า	45	129.0	7.12	-4.533	-3.077	88	.003
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	45	133.53	6.86				

จากตารางที่ 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 129.0 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.12) ส่วนค่าเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 133.53 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.86) เมื่อเปรียบเทียบแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการดำเนินชีวิตน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 90 คน

กลุ่ม	N	Mean	SD	Mean difference	T	df	P
มีภาวะซึมเศร้า	45	24.80	6.86	-4.000	-3.326	73.467	.001
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	45	28.80	4.25				

จากตารางที่ 11 พบว่า ค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.80 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.86) ส่วนค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.80 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.25) เมื่อเปรียบเทียบแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 90 คน

กลุ่ม	N	Mean	SD	Mean	T	df	P
difference							
มีภาวะซึมเศร้า	45	11.68	7.80	7.77778	6.539	48.125	.000
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	45	3.90	1.69				

จากตารางที่ 12 พบว่า ค่าเฉลี่ยกลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้ามามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.68 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.80) ส่วนค่าเฉลี่ยกลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.69) เมื่อเปรียบเทียบแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้ามามีค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มอาการมากกว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 35-60 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) และรับรู้ว่าตนเองมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และเป็นผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างน้อย 7 วันเป็นต้นไป

3. มีอาการที่เกิดขึ้นระหว่างเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป
4. สามารถอ่านสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
5. เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะคงที่ สามารถที่จะตอบคำถามได้โดยไม่มีอาการที่แสดงถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยมีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และมีกำหนดเกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือมีความเสี่ยงสูง เช่น มีอาการปอดบวมน้ำเฉียบพลัน มีภาวะช็อค หรืออยู่ในภาวะวิกฤต และเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวชเดิม จนจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในขณะที่ติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิต แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินกลุ่มอาการ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และจากการหาค่าความเที่ยงเท่ากับ .71, .94, .92, และ.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์สำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical package for the social science/Personal Computer) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ เศรษฐกิจของครอบครัว โรคประจำตัว การรักษา และสิทธิการให้บริการสุขภาพ โดยใช้ความถี่ ร้อยละและวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
2. ศึกษาข้อมูลแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มอาการภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยใช้การหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มอาการกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

สรุปผลการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยโดยรวมในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.12 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.77)
2. แบบแผนการดำเนินชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r = -.374$ และ $-.300$ ตามลำดับ)
3. กลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r = .701$)

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับ ดังนี้

ข้อที่ 1 การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 50 และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 50 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.12 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.77) ผลการศึกษานี้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Meijer และคณะ (2011) ได้ทำการศึกษารวบรวมการรายงานผลการวิจัย 25 ปี ที่ผ่านมามีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ในช่วงเวลาตั้งแต่ 7 วันเป็นต้นไป หลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อ

หัวใจตาย พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร่วม หลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 69 ซึ่งบ่งบอกถึง ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถอธิบายการเกิดตามทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory) ทฤษฎีพฤติกรรม (Behavior theory) (Beck, 1967) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิต คือ ความเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจซึ่งเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินของโรคมียืดเยื้อคืออาการเลวลง ผู้ป่วยอาจมีประสบการณ์ของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เป็นอยู่เลวลง เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ วิตกกังวล ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทำให้เป็นภาวะของครอบครัว ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ประสบภาวะวิกฤตนี้อาจมีขบวนการคิดที่มุ่งพิจารณาความเจ็บป่วยบิดเบือนไปจากความเป็นจริง หรือพิจารณาไปในทางลบมากกว่าทางบวกซึ่งเป็นทางที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ทำให้เกิดแนวคิด และการรับรู้ในทางลบเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต (Beck, 1967) ส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้า (Kaplan, and Sadock, 2000) ผู้ป่วยอาจรู้สึกหมดหนทางที่จะต่อสู้ รู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ ผู้ป่วยมักจะตีความเหตุการณ์ต่างๆ ไปในทางที่ไม่ดีและผู้ป่วยจะมีความคิดว่าอนาคตไม่มีความหวัง นำไปสู่ความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ เกิดอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกเบื่อหน่ายหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ ประเมินคุณค่าในตนเองต่ำคิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรไม่ประสบผลสำเร็จ รู้สึกสิ้นหวังในอนาคต ขาดแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่างๆ ซึ่งการมองตนเอง มองโลกและมองอนาคตในทางลบนี้จะทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาของรัตนา เต็มเกษมสานต์ (2549) ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติโดยเกิดจากที่สภาพร่างกายมีความอ่อนแอจากการเจ็บป่วยด้วยโรคและการรักษาที่ได้รับส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุตรหลาน ทำให้บุคคลเกิดการเบื่อหน่าย ผิดหวัง เสียใจรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งนำไปสู่ปรากฏการณ์ที่เรียกว่า ภาวะซึมเศร้า

เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าแล้วพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 27.78 และเพศชายร้อยละ 22.22 สอดคล้องกับการศึกษาของ Doering และคณะ (2011) ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าอาการซึมเศร้า จะพบได้ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และการศึกษาของ Drago และคณะ (2007) ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 35 และเพศชายคิดเป็นร้อยละ 1 ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้หญิงและผู้ชายมีความแตกต่างกันในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องสติปัญญา ความสามารถ จิตใจ และอารมณ์ โดยจะเห็นว่าผู้ชายและผู้หญิงจะมีการปรับตัวต่อภาวะสุขภาพแตกต่างกันผู้ชายจะมีการปรับตัว

ได้มากกว่าผู้หญิง กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.56 สอดคล้องกับการศึกษาของ Melle และคณะ (2006) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ < 60 ปี สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 84.6 จึงอธิบายได้ว่า เมื่ออายุมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเริ่มเสื่อมลงไปตามอายุ ซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ตลอดจนบทบาทหน้าที่ และสัมพันธ์ภาพทางสังคมลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อการเกิดภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วย หากไม่มีวิธีป้องกัน และการจัดการภาวะสุขภาพที่เหมาะสมการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม

ภาวะซึมเศร้าเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ รู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .66) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอาจเกิดความเครียดด้วยอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเฉียบพลัน เป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต รู้สึกว่าตนเองไม่ปลอดภัย (รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น, 2546) ทั้งนี้ยังพบอีกว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 22.22 ไม่มีโรคอื่น และกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยทำงาน จึงสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้เพิ่งเป็นโรคนี้เป็นครั้งแรกความรู้สึกกังวล ความเครียดที่เกิดขึ้นในเรื่องการปฏิบัติตนจึงมีมากกว่า จึงทำให้รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความสุขสนุกสนาน ประกอบกับพยาธิสภาพของโรคที่ต้องจำกัดกิจกรรมที่ทำ อาจส่งผลกระทบต่อหัวใจ จึงทำให้เกิดความวิตกกังวล เพราะกลัวเป็นอันตรายหรือเสี่ยงต่อชีวิตส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ทำให้รู้สึกหม่นหมองและไม่สดชื่นได้ ผู้ป่วยจึงเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้

ข้อที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2.1 จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.374$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ากับไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการดำเนินชีวิตน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยวัดทั้ง 6 ด้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1.1 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Physical activity) พบว่า มนุษย์ทุกคนมีความรับผิดชอบด้านสุขภาพของตนเอง โดยบุคคลจะต้องกระทำทุกอย่าง ที่จะคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเป็นการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองของบุคคล หลีกเลียงสิ่งเสพติด ของมีเมา เพื่อส่งเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่างๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมถึงการเข้าตรวจสุขภาพประจำปี จากการศึกษาของ Bjerkeset และคณะ (2005) ได้

ทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเวลา 5 ปี ผลการศึกษา พบว่า การสูบบุหรี่ มีผลต่อการเกิด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเวลา 5 ปีหลังจาก เป็นโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Carney และคณะ (2008) ได้ทำการศึกษภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 5 ปี ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า การสูบบุหรี่ มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.0001$) และพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี โดยการตรวจสุขภาพจะสามารถช่วยค้นพบ โรคบางอย่างที่ซ่อนเร้นและไม่แสดงอาการ การตรวจพบแต่เนิ่นๆ จะสามารถลดอัตราการป่วยและการเสียชีวิตได้ จากการศึกษาของสุภร กรุดนารอด (2549) พบว่า การได้รับการตรวจสุขภาพเป็น ระยะเวลาที่เหมาะสม จะช่วยลดอัตราการเกิดโรคได้

2.1.2 ด้านการออกกำลังกาย (Physical activity) พบว่า การออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งของมนุษย์ เป็นกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกายที่มีการวางแผน มีการทำซ้ำ ๆ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อความแข็งแรงของร่างกาย การออกกำลังกายที่ทำได้ อย่างถูกต้องและเหมาะสม ให้คุณค่าแก่ร่างกาย ในหนุ่มสาวและในผู้ใหญ่ การออกกำลังกายทำให้ ร่างกายสดชื่นแข็งแรงช่วยให้การทำงานของระบบต่างๆ ทำงานได้ดีขึ้นนอกจากนี้การออกกำลังกาย ยังช่วยให้สภาพร่างกายมีสมรรถภาพสูงสามารถประกอบกิจกรรมและการทำงานต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นระยะเวลายาวนาน โดยไม่เหน็ดเหนื่อย และการออกกำลังกายเป็นประจำยังเป็น ปัจจัยช่วยป้องกันโรคภัยไข้เจ็บบางอย่าง ในการมีกิจกรรมทางกายทุกอย่างหากมีการใช้พลังงานที่ มากพอก็เป็นผลดีต่อสุขภาพ มีผลต่อการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจด้วย (ปณิธาน สันติภวรงค์ และคณะ, 2545) จากการศึกษาของ Bjerkeset และคณะ (2005) ได้ทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเวลา 5 ปี ผลการศึกษา พบว่า การออกกำลังกาย มีผลต่อการเกิด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเวลา 5 ปีหลังจากเป็น โรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังนั้น การออกกำลังกายยังสามารถที่จะช่วยลด ความเครียดของบุคคลทำให้มีอารมณ์และจิตใจที่ดีขึ้น

2.1.3 ด้านโภชนาการ (Nutrition) พบว่า การมีสุขภาพที่ดีบ่งบอกถึงพื้นฐาน ของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และหากคนเราจะมีสุขภาพที่ดีได้นั้นจำเป็นต้องรับประทานอาหาร อย่างถูกต้องครบทั้งปริมาณและคุณภาพตามหลักโภชนาการ หรือมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ ซึ่งอาหารเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ (สุรางค์ เชื้อวนิชชากร, 2548; Glanz Lewis, and Rimer, 1997 อ้างถึงใน สุภาวดี พงสุภา, 2552) กล่าว ว่า การรับประทานอาหารเป็นรูปแบบความซับซ้อนของปัจจัยด้านพฤติกรรม ความสำคัญของ

อิทธิพลนั้นคาดว่าเกิดจากรูปแบบอุปนิสัยการรับประทานอาหาร ปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อบุคคล ได้แก่ ความชอบในรสชาติอาหาร ความเชื่อด้านสุขภาพ อารมณ์ และการยอมรับความสามารถในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรับประทานอาหารของครอบครัว เพื่อนและบุคคลอื่นๆในสังคม ส่วน นภาพร มัชฌิมานุกร (2539) ได้กล่าวว่าการกินอาหารหรือการนำอาหารเข้าสู่ร่างกายเพื่อใช้ในการดำรงชีวิต และเพื่อให้ร่างกายเจริญเติบโตแข็งแรง สามารถประกอบอาชีพได้อย่างเป็นสุข ไม่เกิดโรคหรือความผิดปกติต่อร่างกาย อาหารที่นำมาบริโภคนั้น จะต้องเป็นอาหารที่มีประโยชน์ ปราศจากสิ่งที่มีพิษและอาหารเหล่านี้ต้องประกอบด้วยสารอาหารต่างๆซึ่ง ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน เกลือแร่ และวิตามิน ในแต่ละวันสารอาหารต่างๆในอาหารที่มนุษย์เลือกรับประทานถ้ารู้จักเลือกและมีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานอาหาร โดยมองเห็นถึงคุณประโยชน์ที่จะเกิดกับร่างกายแล้วก็จะส่งผลต่อสุขภาพร่างกายแข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพ พฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สามารถลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (พิบูล ตินามาสา, 2550)

2.1.4 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) พบว่าเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงความสามารถ และวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นซึ่งจะทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่างๆ เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ในการดำรงชีวิตของมนุษย์ย่อมต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เป็นทั้ง ผู้ให้และผู้รับ มีความไว้วางใจ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกเพราะการมีสัมพันธภาพที่ดีนั้น จะทำให้ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆเช่น คำแนะนำ คำปรึกษากำลังใจหรือด้านการเงินซึ่งจะนำการแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจเห็นว่าตนเองมีคุณค่าเกิดความรู้สึกที่ดี ช่วยลดความเครียด นำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพที่ดี

2.1.5 ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual growth) พบว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญของชีวิตการกำหนดจุดมุ่งหมายหรือวางแผนในการดำเนินชีวิตมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการและเกิดความสุขในชีวิตและนอกจากนี้ (ฟาริดา อับราฮิม อ่างถึงโน สุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์, 2548) กล่าวว่า จิตวิญญาณ เป็นโครงสร้างส่วนหนึ่งของมนุษย์ที่นอกเหนือจากร่างกายและจิตใจ จิตวิญญาณ ทำให้มนุษย์แสดงถึงพฤติกรรมของความต้องการโดยการควบคุมพฤติกรรมของร่างกายและจิตสังคมให้อยู่ในสมดุลเป็นสิ่งที่ควบคุมประพฤติให้อยู่ในทางสายกลางให้คนมีความสุข จะเห็นว่าการพัฒนาทางจิตวิญญาณมีความสำคัญในการประเมินสุขภาพ พลังแห่งความเข้าใจและพลังแห่งการขับเคลื่อนให้เกิดสุขภาวะทางจิต และสุขภาวะทางจิตวิญญาณจะสร้างพลังมหาศาลทางสังคมอันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างอริยะที่จะสร้างสุขภาวะที่สมบูรณ์

2.1.6 ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) พบว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาให้เกิดประโยชน์ และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอความเครียดเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมโดยบุคคลเป็นผู้ประเมินว่าความสัมพันธ์นั้น จะเป็นโทษหรือมีผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลหรือไม่ ซึ่งการตัดสินใจความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอาศัยการประเมินด้วยปัญญา (Lazarus and Folkman, 1984 อ้างถึงใน เตือนใจ เทียนทอง, 2542) ประเวศ วะสี (2544) กล่าวว่า ความเครียดเกิดจากความขัดแย้งระหว่างระบบชีวิตกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ระบบชีวิตวิทยาของมนุษย์ เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความขัดแย้งในสังคม เป็นปัญหาใหม่ๆ ที่ไม่ได้แก้ด้วยการใช้พลังกล้ามเนื้อ จึงตอบโต้ปัญหาโดยการหลั่งฮอร์โมนออกมามากแต่สารเร่งที่หลั่งออกมานี้ไม่ได้เอาไปใช้ประโยชน์จึงไปเร่งให้เกิดความเครียดมากขึ้น เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันเลือดสูง กล้ามเนื้อเครียด เป็นแผลในกระเพาะอาหาร บุคคลที่มีความเครียดสูงมีโอกาสเจ็บป่วยเนื่องจากความผิดปกติของร่างกายและจิตใจได้ การจัดการความเครียดที่เหมาะสมจะเป็นประโยชน์ต่อความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและมีการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น (น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543)

2.2 จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.300$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cronin และคณะ (1997) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่าการมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีในการดำเนินชีวิตภายหลังการผ่าตัดหัวใจ การที่และถ้าหากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (Frasure-Smith, 2000) ในการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84.4 มีสถานภาพสมรส ซึ่งอาศัยอยู่เป็นแบบครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน ซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดและมีความสัมพันธ์ต่อกัน และบางครอบครัวจะอยู่กันแบบเครือญาติการติดต่อพูดคุย การช่วยเหลือ การสังสรรค์ จึงมีอยู่สม่ำเสมอ ซึ่งระบบครอบครัวเป็นแหล่งการสนับสนุนทางสังคมที่มีความใกล้ชิดกันมาก ซึ่งมีความสอดคล้องกับ Brandt and Weinert (1985) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและ

สังคม โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส (Brown, 1986) จึงช่วยส่งเสริมความไว้วางใจ ความรักใคร่ ความผูกพันภายในครอบครัว (รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น, 2546)

2.3 จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มอาการมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 701$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่กล่าวว่า กลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอาการในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มอาการมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Whitehead และคณะ (2005) ศึกษาเชิงสำรวจในผู้ป่วย 518 คน ที่เคยมีอาการเจ็บหน้าอก พบว่า อาการทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดมีภาวะซึมเศร้า และรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ โดยร้อยละ 80 ของผู้ป่วยกลัวว่าจะเกิดอาการขึ้นมาอีก มากกว่ากลัวตาย และร้อยละ 40 ไม่กล้าทำกิจกรรมใดๆ กลัวว่าจะเกิดอาการ ผู้ป่วยที่ยังคงมีภาวะซึมเศร้าต่อไปจนถึงระยะพักฟื้นหลังจากมีอาการเจ็บหน้าอกได้ 6 เดือนจะมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 17 ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราการตายต่ำกว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่เป็นเหตุให้เกิดอาการโดยจะเห็นว่าผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกบางรายไม่ได้เกิดอาการเดี่ยวผู้ป่วยอาจมีอาการเหนื่อยล้าร่วมด้วย ดังในการศึกษาของ Johansson และคณะ (2010) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยระยะ 4 เดือนหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการศึกษาพบว่า ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมีผลเกี่ยวเนื่องต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยระยะ 4 เดือนหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และหากการจัดการไม่ประสบผลสำเร็จก็จะส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของบุคคลในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในส่วนที่เป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้

จากการศึกษาผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้ คือ การส่งเสริมแบบแผนการดำเนินชีวิต การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมและการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการ ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังนี้

1. จากผลการวิจัย พบว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจากแบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นแนวทางในการอธิบายหรือคาดการณ์ถึงส่วนประกอบของพฤติกรรมของผู้ป่วย หลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่จะทำให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้สามารถดำรงตนอยู่ในสังคมด้วยความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญ of แบบแผนการดำเนินชีวิต ดังนี้

1.1 เตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พยาบาลควรมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยมีการสอนและฝึกหัดให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตหลังจากออกจากโรงพยาบาลที่ดีขึ้น

1.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ วิธีการรักษา วิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสม และอย่างต่อเนื่องเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

2. จากผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดจะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับตัวกับภาวะเจ็บป่วยได้ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมและปฏิบัติ ดังนี้

2.1 ควรเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมระหว่างบุคคลในสังคมอื่นนอกเหนือจากภายในครอบครัวเพื่อสร้างความเกี่ยวพันที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์เพื่อแลกเปลี่ยน

ผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดความรู้สึกต่อกัน โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในสังคมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้ผู้ป่วยมีการเอื้อประโยชน์ให้กับผู้อื่น การสนับสนุนทางสังคมจะมีบทบาทในการทำให้บุคคลอื่นได้รับความช่วยเหลือในด้านการจัดการปัญหาต่างๆ และช่วยบรรเทาผลกระทบจากความเครียด โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยดำรงอยู่ในสังคมและคงไว้ซึ่งบทบาททางสังคมให้มากที่สุด โดยการส่งเสริมหรือเอื้ออำนวยให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ที่นำไปสู่การปฏิบัติสุขภาพ ตลอดจนสามารถบรรเทาความเครียดได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและมั่นใจที่จะปฏิบัติต่อไปทำให้บุคคลนั้นคงไว้ซึ่งการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความผาสุกทางจิตใจตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนวิถีในการดำเนินชีวิตของตนเองได้

3. จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจากกลุ่มอาการจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมานของการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น (Lenz et al., 1997) เมื่อเกิดหลายอาการในเวลาเดียวกันผู้ป่วยจะมีความกังวลกับอาการที่เกิดขึ้นและแยกอาการที่เกิดขึ้นไม่ได้ว่าเป็นอาการจากโรคหัวใจหรือโรคอื่นดังนั้นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลควรมีการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วย โดยปฏิบัติ ดังนี้

3.1 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการในระยะเฉียบพลัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งการพยาบาลในระยะนี้ ได้แก่ การส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและช่วยลดการทำงานของหัวใจ เช่น การส่งเสริมให้พักผ่อนในระยะแรก 6-12 ชม. การดูแลให้ได้รับออกซิเจน การดูแลให้ได้รับยา การประเมินอาการหัวใจขาดเลือดซ้ำ การช่วยลดและบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกและไม่สุขสบายของผู้ป่วย การช่วยลดและบรรเทาความเครียด เป็นต้น (จรรยา ตันติธรรม, 2547)

3.2 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการในระยะเรื้อรัง การให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม การปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ

3.3 ควรมีการนำแนวทางการบำบัดทางการพยาบาลที่มีผลงานวิจัยรับรองมาใช้เพื่อป้องกันหรือบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย โดยการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย หรือการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนร่วมกับวิธีการอื่นๆ เนื่องจากการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวนั้นไม่สามารถทำให้กลุ่มอาการลดลง ซึ่งจะช่วยเพิ่มความทนทานต่อการออกกำลังกาย คุณภาพชีวิต และความวิตกกังวลดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจกลุ่มต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป
2. ควรทำการศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กองบรรณาธิการใกล้หมอ. (2548). **คู่มือโรคหัวใจ**. กรุงเทพมหานคร: ใกล้หมอ.
- จรรวมล แพ่งโยธา. (2548). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพการมี
อาการ กลวิธี การจัดการอาการเจ็บหน้าอก กับความสามารถในการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต,
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จริยา ตันติธรรม. (2547). **การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ปียอนด์
เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- จันทนา หล่อตจะกุล. (2549). **การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไทยโรค
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราวรรณ เดชอดิศัย. (2549). **กลุ่มอาการและการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะ
กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จีราพร ทองดี. (2547). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด
หัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชัยชนะ นิมนวล. (2552). Psychosomatic : Meaning Concept and Suggest. **วารสารสมาคม
จิตแพทย์แห่งประเทศไทย 54: 107S-114S.**
- ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร และ ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. (2547). Acute Coronary Syndrome:
Emergency Management. **อายุรศาสตร์อีสาน 3: 26 – 45.**
- ดิลก ภियोทัย. **แอลกอฮอล์กับโรคหัวใจและหลอดเลือด (ออนไลน์)**. (2554). แหล่งที่มา:
[http://www.doctor .or.th/node/8446](http://www.doctor.or.th/node/8446)(5กรกฎาคม 2554)
- เดือนใจ เทียนทอง. (2546). **ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ
วัยรุ่น ในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตการศึกษา1**. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน บัณฑิต และ สมพร เตரியมชัยศรี. (2533). คุณลักษณะความทรงของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D. *วารสารจิตวิทยาคลินิก* 21(1): 26-45.
- ธวัชชัย วรพงศธร. (2540). **หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพรัตน์ ชนะชัยพันธ์. (2543). ความก้าวหน้าในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ. **ฟื้นฟูวิชาการอายุรศาสตร์** 213-228.
- นิรมล อินทฤทธิ์. (2547). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). **การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตยธรรมากร. (2550). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ยูเออนด์ไอ อินเทอร์เน็ต.
- ปราณี ฟูไพบรา. (2550). **คู่มือการใช้มือยา**. กรุงเทพมหานคร: เอล ดี ปรีน.
- ปภาวดี อินทิปัญญา. (2548). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนการดำเนินชีวิตกับผลลัพธ์ทางสุขภาพในหญิงที่เป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปวีณา สงวนพงษ์. (2552). **การศึกษากลุ่มอาการ การจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปวีพร บุญยพัฒน์กุล. (2543). **การศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ผลของอาการและวิธีจัดการอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ปณิธาน สันติภวังค์ และคณะ. (2545). **ความชุกของปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด
จังหวัด นครสวรรค์**. รายงานการวิจัย. นครสวรรค์: ริมปิงการพิมพ์.
- ประเวศ วะสี. (2546). สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางจิตวิญญาณ. **หมอชาวบ้าน** 22 (261):
41-46.
- เป็น รักเกิด. (2549). **ศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วย
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด**. พิมพ์ครั้งที่ 2.
ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พรรณี เสถียรโชค และ ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. (2536). **โรคหัวใจขาดเลือด**. กรุงเทพมหานคร:
กรุงเทพเวชสาร.
- พวงผกา กรีทอง. (2550). **โมเดลเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย**.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิกุล ตินามาส. (2550). **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุน
ทางสังคมต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ**.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มลฤดี บุราณ. (2548). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิด
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รสสุคนธ์ ลีลาวโรภาส. **Homocysteine กับโรคหัวใจ** (ออนไลน์). (2554). แหล่งที่มา:
<http://drug.pharmacy.psu.ac.th/phrabath/homo.html> (15 กรกฎาคม 2554).
- รัตนา เต็มเกษมศานต์. (2549). **ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลไพศาลี
จังหวัดนครสวรรค์**. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). **เอกสารคำสอนรายวิชาวิธีวิทยาการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์.**
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). **การวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้.** พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งทิพย์ เบ้าต๋น. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณิ จิวสีปพงษ์. (2550). **ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของโรคภาวะซีมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในจังหวัดนครสวรรค์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2551). **การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์.
- วีระ ชูรุจิพร. (2542). **วิธีการจัดการกับภาวะซีมเศร้าของคนไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 7(3): 176-178.**
- ศรันต์ ควรประเสริฐ. (2546). **แนวทางในการรักษา Acute Coronary Syndrome.** เชียงใหม่: ไอแอมออร์แกนไนเซอร์.
- ศศิวรรณ ทศนเยี่ยม. (2552). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต.
- ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. (2545). **ความหวัง ภาวะซีมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, ภาควิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สมชาติ โฉมฉาย และคณะ. (2546). **ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด**. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานครเวชสาร.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2543). **โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. **การสร้างเสริมสุขภาพ** (ออนไลน์). (2554). แหล่งที่มา: [\(http://www.newswit.com/news/ss/%\)](http://www.newswit.com/news/ss/%). (15 กรกฎาคม 2554).
- สุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์. (2548). การสร้างเสริมสุขภาพในมิติจิตวิญญาณ. **วิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ**. 6(1): 53-60.
- สุจินดา ริมศรีทอง. (2551). **พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 2**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- สุทธนันท์ ชุนแจ่ม. (2551). **การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุธาทิพ เกษตรลักษณ์. (2549). **ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์. (2541). **ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนีย์ เข้มศิริกุล. (2540). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภร กรุดนาถ. (2549). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- สุภาวดี พงสุภา. (2552). **ลักษณะทางจิตสังคมและลักษณะทางพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาล ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุภาภรณ์ ดั่งวง.(2551). อาการและกลุ่มอาการ : ความแตกต่าง การวิจัย และการนำไปใช้. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา** 16(1): 63-74.
- สุรางค์ เชื้ออณิชากร. (2548). **ปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลอนุสรณ์ จังหวัดนครปฐม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **สถิติการตายพ.ศ.2548-2553(ออนไลน์)**. (2554). แหล่งที่มา: <http://bps.moph.go.th/statistic/2.3.4-52> pdf.(28 มิถุนายน 2554).
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **สถิติการป่วยพ.ศ.2551-2553 (ออนไลน์)**. (2554). แหล่งที่มา: [http://bps.moph.go.th/ III/ป่วย51- 53/10ลำดับผู้ป่วยในปี 2551-2553](http://bps.moph.go.th/III/ป่วย51-53/10ลำดับผู้ป่วยในปี%202551-2553) pdf. (28 มิถุนายน 2554).
- เสก ปัญญาสังข์ และสุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล. (2543). โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในผู้สูงอายุ. **วารสาร พฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 2: 53 – 59.
- อภิชาติ สุกนธสรรพ. (2543). Chronic coronary artery disease. เชียงใหม่: ไอดีเอ็นดีกรุ๊ป.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2553). แนวคิด/ทฤษฎีการพัฒนาเครื่องมือ. **เอกสารคำสอน วิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คูไร ศรีแก้ว. (2543). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ: การดูแล ต่อเนื่อง**. กรุงเทพมหานคร: อิมบาสเตอร์การพิมพ์.

ภาษาอังกฤษ

American College of Sport Medicine. (2000). **ACSM's guideline for exercise testing and prescription**. 6th ed. New York: The McGraw – Hill Companies.

American Heart Association. **Acute coronary syndrome** (Online). (2005). Available from: <http://www.circulationaha.org.th>.(2011, July 15).

American Heart Association. **Heart Disease and Stroke Statistics-2009 Update: A Report From the American Heart Association** (Online). (2011). Available from: <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.108.191261>.(2011, July 15).

American Heart Association. **Cardiovascular Risk Factor Education Program for Health Care** (Online). (2011). Available from: <http://www.circulationaha.org.th>. (2011, July 15).

American Heart Association. **Silent Ischemia and Ischemic Heart Disease** (Online). (2011). Available from: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4720>.(2011, July 15).

American Heart Association. **1994 Revisions to Classification of Functional Capacity and Objective Assessment of Patients With Diseases of the Heart** (Online). (2011). Available from: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=1712>.(2011, July 15).

Antman, E. (2008). ST-elevation myocardial infarction management. In Libby, P., Bonow, R. O., Mann, D. L., and Zipes, D. P. (Eds.), **Braunwald's heart disease** (pp.1233-1317).Philadelphia: Elsevier Mosby.

Aronson, D., and Rayheld, E. J. (2000). Diabetes in Topol. **Cardiovascular Medicin**. 2nd ed. pp.139 -170. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins.

Artinian, N.T. (2003). The psychosocial aspects of heart failure. **American Journal of Nursing** 103(12): 32-40.

- Bank, A. D., and Malone, R. E. (2005). Accustomed to enduring: Experiences of African-American woman Seeking care for cardiac symptoms. *Heart and Lung* 34(1): 13-20.
- Barrera, M. (1981). **Social support in the adjustment of pregnant adolescents: Assessment issues** in G.H. Gottlieb. London: SAGE Publication.
- Beck, A. (1967). **Depression : Clinical experimental and theoretical aspect**. New York: International Universities Press.
- Beeber, L. S. (1998). Treating depression through the therapeutic nurse client relationship. *Nursing Clinics of North America* 33(1): 153-172.
- Bjerkset, O., et al. (2005). Anxiety and depression following myocardial infarct gender differences in a 5-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research* 58: 153– 161.
- Blumenthal, J. A., et al. (2002). Usefulness of psychosocial treatment of mental stress-induced myocardial ischemia in men. *American Journal Cardiology* 89:164-8.
- Carney, R. M., et al. (2001). Depression, Heart rate variability, and acute myocardial infarction. *Circulation* 104: 2024-2028.
- Carney, R, M., et al. (2008). Depression and five year survival following acute myocardial infarction: A prospective study. *Journal of Affective Dis.* 2008; 109: 133–138.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 38(5): 300-314.
- Connerney, I., et al. (2001). Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12 month outcome: A prospective study. *Lancet* 358: 1766-1771.
- Cronin, S. N., et al. (1997). Psychosocial and functional outcomes in women after coronary artery bypass surgery. *Critical Care Nurse* 7(2): 19-26.
- Christensen, B. S., and Kockrow, E. D. (2003). **Adult Health Nurse 4th ed**. Philadelphia: Mosby.

- Dobbels, F., et al. (2002). Depression and the heart: a systematic overview of definition, measurement, consequences and treatment of depression in cardiovascular disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 1: 45-55.
- Dodd, M., et al. (2001). Advancing the Science of Symptom Management. *Journal of Advanced Nursing* 33(5): 668-676.
- Dodd, M., Miaskowski, C., and Paul, S. (2001). Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *ONF* 28(3): 465-470.
- Doering, L.V., et al. (2011). Gender-specific characteristics of individuals with depressive symptoms and coronary heart Disease. *Heart & Lung* 40(3): 4-14.
- Donovan, K. A., and Jacobsen, P. B. (2007). Fatigue Depression and Insomnia : Evidence for A Symptom Cluster in Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*. 23(2): 127-135.
- Drago, S., et al. (2007). Depression in patients with acute myocardial infarction: Influence on autonomic nervous system and prognostic role. Results of a five-year follow-up study. *International Journal of Cardiology* 115: 46–51.
- Ellis, J. J., Eagleb, K. A., Kline-Rogersb, E. M., and Ericksonc, S. R. (2005). Depressive symptom and Treatment after acute coronary syndrome. *International Journal of Cardiology* 99: 443-447.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F. , and Talajic, M. (1993). Depression following myocardial infraction. Impact on 6-month survival. *JAMA* 1819-1825.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F. Talajic, M. (1995). Depression and 18 month prognosis after Myocardial infarction. *Circulation* 91: 999-1005.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Gravel, G., et al. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation* 1919-1924.

- Gerard, P., and Ringel, K. A. (1997). Nursing care of clients with disorders of cardiac function . In J. M., Black., E., Matassarin-Jacobs. (editors). **Medical-Surgical nursing Clinical management for Continuity of Care**. 5th ed. Philadelphia: W. B.Saunders. pp. 1238-1294.
- Gift, A. G., Jablonski, A., Stommel, M., and Given, W. (2003). A cluster of symptom over time in patients with lung cancer. **Nursing Research** 52(6): 393-400.
- Gillis, A. J. (1993). Determinants of a health-promoting lifestyle: an integrative review. **Journal of Advanced Nursing**, 18: 345-353.
- Grace, S. L., et al. (2005). Illness perceptions among cardiac patients: Relation to depressive Symptomatology and sex. **Journal of Psycho somatic Research** 59: 153-160.
- Jacobson, D. E. (1986). Types and timing of social support. **Journal of Health and Social Behavior** 27: 252.
- Jamrozik, K. (2004). Risk factors for arteriosclerosis disease. **American Journal of Cardiology** 23-32.
- Johansson, I., et al. (2010). Disturbed sleep, fatigue, anxiety and depression in myocardial infarction patients. **European Journal of Cardiovascular Nursing** 9 :175–180.
- Kannel, W.B. et al. (1976). A general cardiovascular risk profile: The framingham study. **American Journal of Cardiology** 38: 46.
- Kim, H., McGuire, D. B., Tulman, L., and Barsevick, A. M. (2005). Symptom clusters concept analysis And clinical implications for cancer nursing. **Cancer Nursing** 28(4): 270-282.
- King, K. B., and McGuire, M. A. (2007). Symptom presentation and Time to seek Care in Women and Men with Acute Myocardial Infarction. **Heart & Lung The Journal Of Acute and Critical Care** 36(4): 235-242.
- Lazarus, R. S., and Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer.

- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A. G., and Suppe, F. (1997). The Middle-rangetheory Of Unpleasant Symptoms: an update. **Advances in nursing Science** 19(3): 14-27.
- Lukkarinen, H. and Lukkarinen, O. (2007). Sexual Satisfaction among Patients after Coronary Bypass Surgery or Percutaneous Transluminal Angioplasty: Eight –Year Follow-up. **Heart Lung** 36(4): 262-269.
- Martens, E. J., et al. (2006). Relative lack of depressive cognitions in post-myocardial infarction depression. **Journal of Affective Disorders** 94: 231–237.
- May, H. T., Horne, Benjamin, D. J., Carlquist, F., Sheng, X., Joy, E., and Catinella, A. P. (2007). Depression after coronary artery disease is associated with heart failure. **Journal of the American College of Cardiology** 53(16): 1440–7.
- Mcculloch J. (2007). Hospital anxiety and depression in myocardial infarction patients. **Br J Cardiol** : 14(2): 106-8.
- Meijer, A., et al. (2011). Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: A meta-analysis of 25 years of research. **General Hospital Psychiatry** 33: 203–216.
- Melle, J. P., et al. (2006). Prediction of depressive disorder following myocardial infarction Data from the Myocardial Infarction and Depression–Intervention. **Internationa Journal of Cardiology** 109: 88 – 94.
- National Health Interview Survey. **Heart Disease Risk Factors** (Online). (2008). Available from: http://www.cdc.gov/heartdisease/risk_factors.html.(2011, July15).
- National Heart, Lung and Blood Institute. **Coronary artery disease** [Online]. (2009). Availablefrom:http://www.nhlbi.nih.gov/health/dci/Diseases/Cad/CAD_WhatIs.html.[2011, July15].

- Odemuyiwa, O., Marik, M., Farrel, T., Bashir, Y., Poloniecki, J., and Camm, J. (1991). Comparison Of the predictive characteristics of heart rate variability index and left ventricular ejection Fraction for all-cause mortality, arrhythmic events and suddendeath after acute myocardial Infarction. **American Journal of Cardiology** 68(15): 434-439.
- Pender, N. J. (1996). **Health promotion in nursing practice**. 3rd ed. Connecticut: Appleton and Lange.
- Pender, N. J. (2002). **Health promotion in nursing practice**. 4th ed. Connecticut: Appleton and Lange.
- Pender, N. J. (2006). **Health promotion in nursing practice**. 5th ed. Connecticut: Appleton and Lange.
- Riegel, B., et al. (2010). Differences in mortality in acute coronary Syndrome symptom clusters. **American Heart Journal** 159:392-8.
- Robert, N. D., et al. (2004). Effects of carvedilol on left ventricular remodeling after acute myocardial infarction: The capricorn echo substudy. **Circulation** 109: 201-206.
- Ryan, C. J., Zerwic, J. J. (2004). Knowledge of symptom clusters among adults at risk for acute myocardial infarction. **Nursing Research** 53(6): 363-9.
- Ryan ,C. J., et al. (2007). Symptom clusters in acute myocardial infarction: a secondary data analysis. **Nursing Research** 56(2): 72-81.
- Sadock, J. B., and Sadock, A. V. (2000). **Comprehensive Texbook of Psychiatry**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sakai, M., et al. (2011). Post-discharge depressive symptoms can predict quality of life in AMI survivors: A prospective cohort study in Japan. **International Journal of Cardiology** 146: 379–384.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., and Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. **Journal of Behavioral Medicine** 4(19): 381-402.

- Shultz, C. M. S. (1984). Lifestyle assessment: a tool for practice. *Nursing Clinics of North America* 19(2): 271-181.
- Spijkerman , T. A., et al. (2005). Who is at risk of post-MI depressive symptoms?. *Journal of Psychosomatic Research* 58: 425– 432.
- Stafford, L., Berk, M., and Jackson, H. J. (2009). Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes?. *Journal of Psychosomatic Research* 66: 211–220.
- Sullivan, M. D., LaCroix, A. Z., Spertus, J. A., and Hecht, J. (2000). Five-Year Prospective study of the Effects of anxiety and depression in patients with coronary artery disease. *The American Journal of Cardiology* 86(15): 1135-1138.
- Sullivan, M. D., Lery, W. C., Russo, J. E., and Spertus, J. A. (2004). Depression and Health Status in Patients with Advance Heart Failure: A Prospective Study in Tertiary Care. *Journal of Cardiac Failure* 10(5): 390-396.
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlational procedures for research*. New York: Gardner Press.
- Walker, S.N., Volkan, K., Sechrist, K.R., and Pender, N.J. (1996). Health promoting Lifestyle of older adults: comparisons with young and middle aged adults, correlates and pattern. *Advance Nursing Science* 11: 76-90.
- Whang, W., et al. (2009). Depression and Risk of Sudden Cardiac Death and Coronary Heart Disease in Women. *Journal of the American College of Cardiology* 53(11): 950–8.
- Whitehead, D. L., Strike, P., Perkins-Porras, L., and Steptoe, A. (2005). Frequency of distress and fear of dying during acute coronary syndrome and consequences for adaptation. *American Journal Cardiology* 96(11): 1512-16.
- Zimmerman, L., Bamason, S., Brey, B. A., Catin, S. S., and Nieveen, J. (2002). Comparison of recovery Patterns for patients undergoing coronary artery bypass grafting and minimally invasive direct Coronary artery bypass in the early discharge period. *Progress in Cardiovascular Nursing* 17: 132-141.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ผานิตรัตน์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาภรณ์ ดั่งวงแพง	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล วัตราดุลย์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย
5. อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงดีอมฤทธิ์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ
และเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ที่ ศธ 0512.11/0 110



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

20 มกราคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผศ. ดร. รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ และ ผศ. ดร. เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางสาวสุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ โทร. 089 - 7606490

ที่ ศธ 0512.11/๐๓๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๐ มกราคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภากรณ์ หวังแพง อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ท่านาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภากรณ์ หวังแพง

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางสาวสุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ โทร. 089 – 7606490

ที่ ศบ 0512.114/0110



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๐ มกราคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงกมล วัตราคูลย์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารักษ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงกมล วัตราคูลย์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางสาวสุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ โทร. 089 - 7606490



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศษ 0512.11/๐๑๑๐

วันที่ ๒๐ มกราคม 2555

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยูทซ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางสาวสุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ โทร. 089 - 7606490

ที่ ศบ 0512.11/ ๐๒๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรยศ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑ มกราคม 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (1 ชุด)
 2. ใบคำขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (1 ชุด)
 3. โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขป (1 ชุด)
 4. เครื่องมือการวิจัยที่ใช้ทั้งหมด (1 ชุด)
 5. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (1 ชุด)
 6. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (1 ชุด)

เนื่องด้วย นางสาวสุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ประสงค์จะเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการคัดกรองการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งหมดชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม จำนวน 50 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิต แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินกลุ่มอาการ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
นางสาวสุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ โทร. 089 - 7606490

ที่ ศธ 0512.11/ 01๖8



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

31 มกราคม 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวม
ข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบเสนอขอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ (1 ชุด)
2. ใบคำขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (1 ชุด)
3. โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขป (1 ชุด)
4. เครื่องมือการวิจัยที่ใช้ทั้งหมด (1 ชุด)
5. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (1 ชุด)
6. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (1 ชุด)
7. ประวัติผู้เสนอโครงการวิจัยพร้อมผู้ร่วมดำเนินการวิจัยภายในโรงพยาบาลพระปกเกล้า
จังหวัดจันทบุรี (1 ชุด)

เนื่องด้วย นางสาวสุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างแบบ
แผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่อายุที่มีภาวะ
กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา นิยมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ประสงค์จะเสนอโครงการวิจัย
เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการคัดกรองการวิจัยเพื่อเข้ารับ
การพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บ
รวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ทั้งชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI)
ที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมิน
แบบแผนการดำเนินชีวิต แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินกลุ่มอาการ และแบบประเมินภาวะ
ซึมเศร้า ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ เสนอโครงการวิจัย
เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา
ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา

ขอนิสิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
นางสาวสุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ โทร. 089 - 7606490

ภาคผนวก ค

เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

และ

เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



เลขที่ EC - CA ๐๓๐ / ๒๕๕๕

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพุทธโสธร

ชื่อโครงการ : โครงการวิจัย เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน"

ผู้วิจัยหลัก : คุณสุจิตราภรณ์ ทิมพ์โพธิ์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพุทธโสธร พิจารณาแล้ว มีมติเอกฉันท์ ให้การรับรอง โครงร่างการวิจัยตามข้อข้อยกเว้นที่เสนอขอดำเนินการวิจัย

วันที่รับรอง : ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕

วันหมดอายุ : ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖

โดยผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลพุทธโสธร ดังนี้

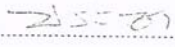
๑. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการวิจัยที่ขอรับการรับรองทุกขั้นตอน
๒. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยต่อคณะกรรมการฯ
๓. รายงานความก้าวหน้า/การยุติโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการฯ

ลงนาม 

(นายสมชาย หาญไชยพิบูลย์กุล)

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

โรงพยาบาลพุทธโสธร

ลงนาม 

(นายประชา ชยาภิม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร




แบบรายงานผลการพิจารณาอนุมัติในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย
โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

1. ชื่อเรื่อง(ภาษาไทย) ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- ชื่อเรื่อง(ภาษาอังกฤษ) Relationships Among Life Style, Social Support, Symptom Clusters, and Depression in Adult Patients with Acute Myocardialinfarction
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุจิตราภรณ์ ทิมพิโพธิ์
3. หน่วยงานที่สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. ผลการพิจารณาอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย
() อนุมัติ
() ไม่อนุมัติ
5. วันที่ได้รับการอนุมัติ ๘ เดือน มีนาคม พ.ศ. 2555

ลงนาม 

(นายแพทย์สมบูรณ์ สมหล่อ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม 

(รศ.(พิเศษ)นพ.อัษฎา ตียพันธ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่อยู่ติดต่อ (ที่บ้าน) 16/2 หมู่ 5 ตำบลบางพลวง อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี 25150 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 037-211088 ต่อ 2303,2307; โทรศัพท์ที่บ้าน โทรศัพท์มือถือ 089-7606490 E-mail: joybelieve@hotmail.com

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม **ตอบแบบสอบถามอะไร เข้ารับการฝึกอบรมอะไร เป็นเวลานานเท่าใด จำนวนกี่ครั้ง เจาะเลือด กี่ชิ้น** **เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว**ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย (เช่น จะทำลายแถบบันทึกเสียง จะทำลายเลือด เป็นต้น) หากเก็บไว้ศึกษาต่อก็ต้องระบุให้ชัดเจน

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น (ระบุเป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา/ ผลต่อการศึกษา/ ผลต่อการเรียน)

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้า**ไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย** ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....) พยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวสุจิตราภรณ์ พิมพิโพธิ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน)	หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ตำบลท่างาม อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี 25000
(ที่บ้าน)	16/2 หมู่ 5 ตำบลบางพลวง อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี 25150
	โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 037-211088 ต่อ 2303,2307; โทรศัพท์ที่บ้าน - โทรศัพท์มือถือ 089-7606490 E-mail: joybelieve@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับภารกิจอะไร
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย
4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
 - ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เกณฑ์การคัดเลือก และเกณฑ์การคัดออก
 - มีจำนวนทั้งหมดกี่คน
 - วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
 - เหตุผลที่ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย
 - การแบ่งกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีกี่กลุ่ม กลุ่มละกี่คน

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใครเป็นผู้ดำเนินการ ทำอะไร อย่างไร เมื่อใด ที่ไหน ใช้เวลาเท่าไร ให้ตรงกับโครงการวิจัย

หากเป็นการวิจัยที่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว หรือบันทึกความเห็น หรือการบันทึกภาพ หรือการนำส่วนประกอบของร่างกายไปศึกษา เป็นต้นว่า เลือด ปัสสาวะ ต้องมีการระบุให้ชัดเจน โดยเฉพาะปริมาณที่ใช้ เช่น มีการเจาะเลือด 2 ซ้อนชา เป็นต้น

เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย เช่น จะทำลายแถบบันทึกเสียง จะทำลายเลือด เป็นต้น หรือหากจะเก็บไว้เพื่อศึกษาต่อก็ต้องระบุให้ชัดเจน

6. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (ซึ่งต้องระบุในโครงการวิจัยด้วย)

6.1 ทำด้วยวิธีใด ใครเป็นผู้ดำเนินการ

6.2 หากเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ หรือไม่พูดภาษาไทย จะมีกระบวนการในการขอความยินยอมอย่างไร

6.3 ในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส/เปราะบาง เป็นต้นว่า ผู้ป่วยโรคจิต ผู้ต้องขัง เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี สตรีมีครรภ์ ผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่อง ผู้ป่วยสมองเสื่อม คนพิการ ชนกลุ่มน้อย บัญญาอ่อน ทหารเกณฑ์ ผู้ป่วยอาการหนักไม่สามารถให้คำยินยอมด้วยตนเองได้ ให้ระบุวิธีปฏิบัติในการขอความยินยอมด้วย

7. ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยด้วยวิธีใดๆ ก็ตาม หากพบว่าผู้นั้นไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า และอยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ ให้ผู้วิจัยระบุด้วยว่าจะดำเนินการอย่างไร

หากต้องใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อการคัดกรองต้องได้รับการอนุมัติจากผู้มีอำนาจหน้าที่ เป็นต้นว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

8. หากการวิจัยนั้นเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาต้องได้รับความเห็นชอบจากแพทย์ผู้ดูแล

9. การใช้เวชระเบียน

9.1 หากการวิจัยเป็นการดูข้อมูลจากเวชระเบียนเท่านั้น ต้องได้รับการอนุมัติจากผู้มีอำนาจหน้าที่ เป็นต้นว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

9.2 หากการวิจัยนั้นต้องมีการกระทำต่อผู้ป่วยและใช้เวชระเบียนต้องได้รับการอนุมัติจากผู้มีอำนาจหน้าที่ เป็นต้นว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและการยินยอมจากผู้ป่วย

10. ให้ระบุข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นต้นว่า อาการหรืออาการแสดงที่อาจมีผลต่อร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ความเชื่อของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย รวมทั้งวิธีการป้องกัน/ปกป้องอันตราย และความเสี่ยงนั้น ฯลฯ หากเกิดภาวะดังกล่าว ให้ผู้วิจัยระบุแนวทางการช่วยเหลือหรือการรักษา

หากจะมีประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย ให้ระบุว่าจะได้ประโยชน์อย่างไร เป็นประโยชน์ส่วนบุคคล ส่วนรวม หรือเป็นประโยชน์ทางวิชาการ และอย่าระบุประโยชน์ที่ได้รับเกินความจริง

หากผลการศึกษาเป็นประโยชน์ให้ผู้วิจัยระบุว่ามีแผนการจะนำประโยชน์ดังกล่าวไปสู่กลุ่มควบคุม/ชุมชนอย่างไร

11. มีข้อความระบุว่า การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับโดยระบุให้ชัดเจน เป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษา

12. มีข้อความระบุว่า “หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว” **เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่ ยกเว้นไม่ต้องระบุข้อความนี้เมื่อทำการตอบแบบสัมภาษณ์ครั้งเดียว และไม่สามารถติดต่อผู้เข้าวิจัยได้อีก**

13. มีข้อความระบุว่า “ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน”

14. การจ่ายค่าพาหนะ ค่าชดเชยการเสียเวลา หรือของที่ระลึก **มีหรือไม่** ให้กำหนดให้ชัดเจน ส่วนจะเป็นเท่าไรนั้น ให้พิจารณาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ไม่น้อยเกินไปจนเป็นการเอาเปรียบ หรือมากเกินไปจนเป็นการ “ซื้อ” ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

15. มีข้อความระบุว่า “หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th”

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดเติมคำลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย / หน้าข้อที่ตรงกับข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

1. อายุ.....ปี
2. เพศ ชาย หญิง
3. สถานภาพสมรส
 - แต่งงาน โสด
 - หม้าย หย่า
 - แยกกันอยู่ อื่น ๆ ระบุ.....
4. ศาสนา
 - พุทธ อิสลาม คริสต์ อื่นๆ
5. ระดับการศึกษา
 - ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา
 - มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา/ ประกาศนียบัตร
 - ปริญญาตรี ปริญญาโท
 - ปริญญาเอก
6. อาชีพ
 - ไม่ได้ประกอบอาชีพ นักศึกษา
 - รับจ้าง ธุรกิจส่วนตัว
 - ค้าขาย เกษตรกร/ ทำสวน/ ทำไร่
 - รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ พนักงานของรัฐ
 - อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้ต่อเดือน / รายได้ต่อปี

ระบุ.....บาท
8. เศรษฐกิจของครอบครัว
 - เพียงพอในการใช้จ่าย ไม่เพียงพอในการใช้จ่าย
9. ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....ปี.....เดือน.....วัน

10. โรคประจำตัวอื่นๆ ไม่มี มี
- เบาหวาน ไชมันโนเลือดสูง
- ความดันโลหิตสูง อื่นๆ ระบุ.....
11. การรักษา รักษา ไม่ได้รักษา
- ใ้ยา ใ้ยาและใช้วิธีการขยายหลอดเลือด
- การผ่าตัด อื่นๆ.....
12. สิทธิการใช้บริการสุขภาพ
- บัตรประกันสุขภาพ บัตรประกันสังคม
- เบิกราชการ อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิต

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตหลังจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โปรดพิจารณาว่าท่านได้ปฏิบัติตรงกับข้อความแต่ละข้ออย่างน้อยเพียงใดตามความเป็นจริง คำตอบที่ได้จากท่านจะไม่มีถูกผิด แต่จะสรุปออกมาเป็นผลรวม

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติ หรือรู้สึกมากที่สุด ขอให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว และตอบทุกข้อ การเลือกตอบถือเกณฑ์ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวเลย

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวมานานๆครั้งหรือบางครั้งหรือบางวันหรือ 1-2 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวบ่อยครั้งหรือส่วนมากหรือ 3-6 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวเป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 1. ท่านไปตรวจสุขภาพกับแพทย์เพื่อค้นหาความผิดปกติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 2. ท่านสูบบุหรี่ 7. ท่านสนใจแสวงหาความรู้หรือสิ่งใหม่ๆที่จะนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของท่าน				

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
<p style="text-align: center;">ด้านการออกกำลังกาย</p> <p>8. ท่านทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย/หรือ ออกกำลังกาย/การเดินเล่น การวิ่งเหยาะๆ ภาย บริหาร หรืออย่างอื่น ๆ อย่างน้อยครั้งละ 20-30 นาที</p> <p>9. ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ประมาณ สัปดาห์</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>12. ท่านร่วมแข่งขันในกีฬาที่ท่านออกกำลังกาย</p>				
<p style="text-align: center;">ด้านโภชนาการ</p> <p>13. ท่านรับประทานอาหารรสจัด เช่น เปรี้ยวจัด เผ็ด จัด หรือ เค็มจัด</p> <p>14. ท่านดื่มนมหรือเครื่องดื่มที่บำรุงร่างกาย วันละ 1 แก้ว</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>22. ท่านรับประทานอาหารครบทุกประเภททั้ง อาหารประเภทแป้ง น้ำตาล เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้</p>				

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
<p>ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล</p> <p>23. ท่านไปร่วมงานสังคมต่างๆเช่น งานแต่งงาน งานเลี้ยงรุ่น งานวันเกิด ฯลฯ</p> <p>24. ท่านไปร่วมทำบุญหรือกิจกรรมอื่นๆทางศาสนา เช่น งานบวช งานศพ</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>29. ท่านสังสรรค์หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน</p>				
<p>ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ</p> <p>30. ท่านปรับเปลี่ยน เป้าหมายในการดำเนินชีวิตของท่าน</p> <p>31. ท่านทำตามเป้าหมายที่ท่านตั้งไว้อย่างเต็มความสามารถ</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>40. ถ้ามีคนในวัยเดียวกันเจ็บป่วยหรือตาย ท่านรู้สึกหดหู่ หรือกลัวว่าตนเองจะต้องตาย</p>				

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
<p style="text-align: center;">ด้านการจัดการกับความเครียด</p> <p>41. เมื่อท่านรู้สึกไม่สบายใจท่านจะพยายามค้นหาสาเหตุของความไม่สบายใจ และแก้ไขที่สาเหตุ</p> <p>42. เมื่อท่านไม่สบายใจท่านปรึกษาผู้ที่ใกล้ชิด เพื่อระบายความรู้สึก</p> <p>.</p> <p>47. ท่านใช้การนอนหลับเพื่อผ่อนคลายความเครียด</p>				

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ และ ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ไม่มีเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ หรือ < 1วัน/สัปดาห์
มีบ้างเล็กน้อย	หมายถึง	ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ หรือ 1-2วัน/สัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ หรือ 3-4 วัน/สัปดาห์
เกือบตลอดเวลา	หมายถึง	ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ หรือ 5-6วัน/สัปดาห์
ตลอดเวลา	หมายถึง	ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ หรือ 7 วัน/สัปดาห์

ข้อความ	ไม่มีเลย	มีบ้างเล็กน้อย	บางครั้ง	เกือบตลอดเวลา	ตลอดเวลา
1.ท่านมีคนที่พร้อมจะรับฟังท่านในเวลาที่ท่านต้องการ					
2.ท่านมีคนที่พร้อมจะให้คำแนะนำที่ดีเวลาท่านมีปัญหา					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
6.ท่านมีการติดต่อกับคนที่ท่านรู้สึกว่าจะใกล้ชิดจิตใจและไว้ใจได้มากเท่าที่ท่านต้องการ					
7.ปัจจุบันท่านแต่งงานแล้ว หรืออาศัยอยู่กับคู่ของท่าน	<input type="checkbox"/> ใช่		<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		

ส่วนที่ 4 แบบประเมินกลุ่มอาการ

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ลงในช่อง ที่ตรงกับความรู้สึกเกี่ยวกับอาการโรคหัวใจของท่าน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังกล่าวข้างล่างต่อไปนี้หรือไม่

ถ้าไม่มีอาการในข้อนั้นให้ตอบ 0 = ไม่มี ท่านไม่ต้องตอบในช่องการประเมินระดับความถี่ ความรุนแรงของอาการและความทุกข์ทรมาน

แต่ถ้ามีอาการนั้นให้ตอบ 1 = มี และขอให้ท่านตอบระดับของความถี่ ความรุนแรงของอาการ และความทุกข์ทรมานของอาการนั้นๆตามความรู้สึกของท่าน โดยทำเครื่องหมาย X บนตัวเลขที่แสดงระดับตั้งแต่ 1 ถึง 10 โดย 1 = น้อยที่สุด, 10 = มากที่สุด

ความถี่ หมายถึง เป็นช่วงความยาวนานของอาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเกิดขึ้นเป็นระยะๆ แต่ต่อเนื่องกันเป็นเวลานานจนกระทั่งเรื้อรัง

ความรุนแรง หมายถึง จำนวนครั้งของอาการ เช่น “ปวดมากแค่ไหน” “เหนื่อยมากแค่ไหน” “รู้สึกเหนื่อยล้ามากแค่ไหน” หรือ “คลื่นไส้มากแค่ไหน”

ความทุกข์ทรมาน หมายถึง ความลำบากของบุคคลจากอาการ ระดับความทุกข์ทรมาน

อาการที่เกิดขึ้น	ระดับของอาการ											
	ความถี่	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการเจ็บหน้าอกหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	ความถี่	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ความรุนแรง	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ความทุกข์ทรมาน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการหายใจขัดบ้างหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	ความถี่	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ความรุนแรง	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ความทุกข์ทรมาน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. ท่านยังมีอาการอื่นนอกเหนือจากที่ถามบ้างหรือไม่ ถ้ามี กรุณาท่านช่วยบอกให้ทราบด้วยว่า คือ.....	ความถี่	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ความรุนแรง	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ความทุกข์ทรมาน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าข้อใดตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างของแต่ละกิจกรรมที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

- ไม่เลย หมายถึง ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย หรือ < 1วัน/สัปดาห์
- มีบ้างเล็กน้อย หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นบ้างเล็กน้อย หรือ 1-2 วัน/สัปดาห์
- บางครั้ง หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นบางครั้ง หรือ 3-4 วัน/สัปดาห์
- เกือบตลอดเวลา หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเกือบตลอดเวลา หรือ 5-6 วัน/สัปดาห์

ข้อความ	ไม่เลย <1วันต่อ สัปดาห์	มีบ้าง เล็กน้อย 1-2วันต่อ สัปดาห์	บางครั้ง 3-4 วัน ต่อ สัปดาห์	เกือบตลอด เวลา 5-6 วันต่อ สัปดาห์
1. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ท่านรู้สึกหม่นหมองแม้ว่าจะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือ				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
19. ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างไม่ชอบท่าน ท่านอยากอยู่หนึ่งๆ				
20. ท่านรู้สึกท้อแท้ในชีวิต				

ภาคผนวก ง

ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

1. ข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตจำแนกตามรายด้านของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์ โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 13-19

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบแผนการดำเนินชีวิต จำแนกตามรายด้าน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 90 คน

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	\bar{X}	SD
1. ท่านไปตรวจสุขภาพกับแพทย์เพื่อค้นหาความผิดปกติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	3.98	.15
2.* ท่านซื้อยามารับประทานเองเมื่อมีอาการไม่สบาย	3.87	.46
3.* ท่านดื่มสุรา	3.82	.53
4. ท่านอ่านข่าวสาร/ฟังวิทยุ/ดูโทรทัศน์ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ	3.82	.41
5.* ท่านสูบบุหรี่	3.61	.88
6. ท่านสนใจแสวงหาความรู้หรือสิ่งใหม่ๆที่จะนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของท่าน	2.49	.37
7. ท่านพูดคุยปรึกษากับผู้อื่นในเรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อสุขภาพของท่าน	2.20	.57

* ข้อความเชิงลบ

จากตารางที่ 13 พบว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้วพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “ ท่านไปตรวจสุขภาพกับแพทย์เพื่อค้นหาความผิดปกติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง” โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ.15) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ “ ท่านพูดคุยปรึกษากับผู้อื่นในเรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อสุขภาพของท่าน” โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.20 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ.57)

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบแผนการดำเนินชีวิต จำแนกตามรายด้าน ออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 90 คน

ด้านการออกกำลังกาย	\bar{X}	SD
8. ท่านได้ทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ต้องออกแรง เช่น ทำสวน ทำนา ทำงานบ้าน	3.94	.35
9. ท่านทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย/หรือออกกำลังกาย/การเดินเล่น การวิ่งเหยาะ ภายบริหาร หรือ อย่างเป็นๆ อย่างน้อยครั้งละ 20-30 นาที	2.76	.95
10. ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	1.88	1.16
11. ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออก	1.88	1.16
12.* ท่านร่วมแข่งขันในกีฬาที่ท่านออกกำลังกาย	1.78	.09

* ข้อความเชิงลบ

จากตารางที่ 14 พบว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้วพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “ท่านได้ทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ต้องออกแรง เช่น ทำสวน ทำนา ทำงานบ้าน” โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ.35) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ “ท่านร่วมแข่งขันในกีฬาที่ท่านออกกำลังกาย” โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.78 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ.09)

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบแผนการดำเนินชีวิต จำแนกตามรายด้าน โภชนาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 90 คน

ด้านโภชนาการ	\bar{X}	SD
13. ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ในแต่ละวัน	3.86	.35
14. ท่านดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว	3.67	.52
15. ท่านรับประทานอาหารประเภทปลา หมู ไก่ เนื้อ นม ถั่ว ต่างๆ	3.50	.53
16. ท่านรับประทานอาหารครบทุกประเภททั้งอาหาร ประเภทแป้ง น้ำตาล เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้	3.49	.59
17. ท่านใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหาร	3.39	.53
18* ท่านรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ติดมันหรืออาหารที่มีไขมันเจือปน	3.44	.62
19.* ท่านรับประทานอาหารรสจัด เช่น เปรี้ยวจัด เผ็ดจัดหรือ เค็มจัด	3.08	.86
20.* ท่านรับประทานขนมหวาน	3.00	.72
21. ท่านรับประทานผักและผลไม้ต่างๆ	2.60	.70
22. ท่านดื่มนมหรือเครื่องดื่มที่บำรุงร่างกาย วันละ 1 แก้ว	2.12	.82

* ข้อความเชิงลบ

จากตารางที่ 15 พบว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้วพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ในแต่ละวัน” โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ.35) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ “ท่านดื่มนมหรือเครื่องดื่มที่บำรุงร่างกาย วันละ 1 แก้ว” โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.12 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ.82)

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบแผนการดำเนินชีวิต จำแนกตามรายด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 90 คน

ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	\bar{X}	SD
23. ท่านพูดคุย ปรึกษาหารือและร่วมรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว	3.31	.73
24. ท่านช่วยเหลือทำงานบ้านในครอบครัว เช่น ดูแลบ้าน เลี้ยงหลาน ดูแลต้นไม้	2.99	.83
25. ท่านสังสรรค์หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน	2.92	.50
26. ญาติ พี่น้องหรือเพื่อนที่ใกล้ชิดให้ความสนใจ ยินดีให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการ	2.82	.63
27. ท่านติดต่อพูดคุยเยี่ยมเยียนญาติและผู้อื่น	2.07	.39
28. ท่านไปร่วมงานสังคมต่างๆเช่น งานแต่งงาน งานเลี้ยงรุ่น งานวันเกิด ฯลฯ	1.62	.59
29. ท่านไปร่วมทำบุญหรือกิจกรรมอื่นๆทางศาสนา เช่น งานบวช งานศพ	1.59	.52

จากตารางที่ 16 พบว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้วพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “ ท่านพูดคุย ปรึกษาหารือและร่วมรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว” โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.31 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ.73) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ “ ท่านไปร่วมทำบุญหรือกิจกรรมอื่นๆทางศาสนา เช่น งานบวช งานศพ” โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.59 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ.52)

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบแผนการดำเนินชีวิต จำแนกตามรายด้านการพัฒนาจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 90 คน

ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ	\bar{X}	SD
30.* ถ้ามีคนในวัยเดียวกันเจ็บป่วยหรือตาย ท่านรู้สึกหดหู่ หรือกลัวว่าตนเองจะต้องตาย	2.91	.49
31. ท่านสมหวังในสิ่งที่ท่านต้องการ	2.63	.77
32.* ท่านรู้สึกว่าช่วงนี้เป็นเวลาที่น่าเบื่อที่สุดในชีวิตของท่าน	2.63	.70
33. เมื่อท่านนึกถึงชีวิตที่ผ่านมาท่านรู้สึกพึงพอใจ	2.62	.71
34. ท่านมีความพึงพอใจกับชีวิตในปัจจุบันแล้ว	2.59	.77
35. ท่านปรับเปลี่ยน เป้าหมายในการดำเนินชีวิตของท่าน	2.56	.69
36.* การเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงตามวัยของร่างกายท่าน เคยคิดว่าเป็นสิ่งที่เลวร้ายที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน	2.54	.78
37.* ท่านรู้สึกไม่พอใจถ้าบุตรหลานหรือบุคคลรอบข้าง ไม่เป็น อย่างที่ท่านต้องการ	2.54	.80
38. ท่านทำตามเป้าหมายที่ท่านตั้งไว้อย่างเต็มความสามารถ	2.44	.66
39.* ท่านได้ใช้ชีวิตในวัยผู้ใหญ่ ตามที่ท่านมุ่งหวังไว้แล้ว	2.08	.62
40. ท่านประสบความสำเร็จในเรื่องที่ท่านตั้งเป้าหมายไว้	2.04	.50

* ข้อความเชิงลบ

จากตารางที่ 17 พบว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการพัฒนาจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้วพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “ ถ้ามีคนในวัยเดียวกันเจ็บป่วยหรือตาย ท่านรู้สึกหดหู่หรือกลัวว่าตนเองจะต้องตาย” โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.91 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ.49) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ “ ท่านประสบความสำเร็จในเรื่องที่ท่านตั้งเป้าหมายไว้” โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.04 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ.50)

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบแผนการดำเนินชีวิต จำแนกตามรายด้านการจัดการกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 90 คน

ด้านการจัดการกับความเครียด	\bar{X}	SD
41. ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการหางานอดิเรกที่ชอบหรือออกกำลังกายเมื่อท่านไม่สบายใจ	3.39	.92
42. ท่านแก้ปัญหาโดยการไปนั่งสมาธิ สวดมนต์ไหว้พระ	3.14	.99
43. เมื่อท่านไม่สบายใจท่านปรึกษาผู้ที่ใกล้ชิด เพื่อระบายความรู้สึก	2.93	.73
44.* เมื่อมีความทุกข์ยากเดือดร้อนท่านคิดว่าเป็นกรรมของท่าน	2.92	.43
45.* ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความเครียด	2.37	.57
46. เมื่อท่านรู้สึกไม่สบายใจท่านจะพยายามค้นหาสาเหตุของความไม่สบายใจ และแก้ไขที่สาเหตุท่านใช้การนอนหลับ เพื่อผ่อนคลายความเครียด	2.19	.65
47. ท่านใช้การนอนหลับเพื่อผ่อนคลายความเครียด	1.23	.54

* ข้อความเชิงลบ

จากตารางที่ 18 พบว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการจัดการกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้วพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “ ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการหางานอดิเรก ที่ชอบหรือออกกำลังกาย” โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.39 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ.92) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ “ ท่านใช้การนอนหลับเพื่อผ่อนคลายความเครียด” โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.23 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ.54)

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกรายด้าน จำนวน 90 คน

แบบแผนการดำเนินชีวิต	\bar{X}	SD
1. ด้านโภชนาการ	32.14	2.55
2. ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ	27.60	2.86
3. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	23.79	1.86
4. ด้านการจัดการกับความเครียด	18.18	2.10
5. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	17.32	2.08
6. ด้านการออกกำลังกาย	12.23	3.34

จากตารางที่ 19 พบว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีคะแนนเฉลี่ยด้านโภชนาการเท่ากับ 32.14 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.55) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ เท่ากับ 27.60 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.86) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เท่ากับ 23.79 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.86) ด้านการจัดการกับความเครียด เท่ากับ 18.18 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.10) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเท่ากับ 17.32 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.08) และ ด้านการออกกำลังกาย เท่ากับ 12.23 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.34)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์ โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามรายชื่อ จำนวน 90 คน

การสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ท่านมีคนที่พร้อมจะให้ความรักท่าน และห่วงใยท่าน	4.43	.97	สูง
2. ท่านมีคนที่พร้อมจะช่วยท่านทำงานบ้านประจำวัน	4.30	1.15	สูง
3. ท่านสามารถวางใจใครสักคนที่จะพูดคุยเรื่องปัญหาต่างๆหรือช่วยท่านตัดสินใจในเรื่องยากๆ	4.28	1.07	สูง
4. ท่านมีการติดต่อกับคนที่ท่านรู้สึกว่าจะใกล้ชิดเชื่อถือและไว้วางใจได้มากเท่าที่ท่านต้องการ	4.24	1.08	ปานกลาง
5. ท่านมีคนที่พร้อมจะรับฟังท่านในเวลา ที่ท่านต้องการ	4.23	1.08	ปานกลาง
6. ท่านมีคนที่พร้อมจะให้คำแนะนำที่ดี เวลาท่านมีปัญหา	4.14	1.12	ปานกลาง

จากตารางที่ 20 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีการสนับสนุนทางสังคม เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าทุกข้อมีค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก โดยข้อคำถามที่ 1 ถึง 6 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43, 4.30, 4.28, 4.24, 4.23 และ 4.14 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .97, 1.15, 1.07, 1.08, 1.08, และ 1.12 ตามลำดับ)

3. ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์ โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 21-25

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอาการและไม่มีอาการ จำแนกตามรายชื่อ จำนวน 90 คน

อาการ	มีอาการ		ไม่มีอาการ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกอ่อนล้า หรือเหนื่อยมากบ้างหรือไม่	85	94.44	5	5.56
2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกกังวลหรือเครียดบ้างหรือไม่	83	92.22	7	7.78
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการเจ็บหน้าอกหรือไม่	70	77.78	20	22.22
4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาในการนอนหลับบ้างหรือไม่	56	62.22	34	37.78
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกหดหู่หรือเศร้าหมองอย่างมากหรือไม่	38	42.22	52	57.78
6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกมีอาการใจสั่นหรือมีหัวใจเต้นเร็วมากหรือไม่	33	36.67	57	63.33
7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการหายใจขัดบ้างหรือไม่	26	28.89	64	71.11
8. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการเบื่ออาหารบ้างหรือไม่	25	27.78	65	72.22
9. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการปวดศีรษะบ้างหรือไม่	19	21.11	71	78.89
10. ท่านยังมีอาการอื่นนอกเหนือจากที่ถามบ้างหรือไม่	2	2.22	88	97.78

** กลุ่มตัวอย่าง 1 คน สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 21 พบว่า กลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้วพบว่าอาการที่มีมากที่สุด อันดับแรก ได้แก่ อาการอ่อนล้าหรือเหนื่อย จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 94.44 อันดับที่สอง ได้แก่ ความรู้สึกกังวลหรือเครียด จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 92.22 อันดับที่สาม ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 77.78 และอันดับสุดท้ายที่พบอาการน้อยที่สุด ได้แก่ อาการปวดศีรษะและเวียนศีรษะ จำนวน 19 , 2 คน คิดเป็นร้อยละ 21.11, 2.22 ตามลำดับ

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามมิติด้านความถี่ จำแนกตามรายข้อและโดยรวม จำนวน 90 คน

อาการ	\bar{X}	SD
1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกอ่อนล้าหรือเหนื่อยมากบ้างหรือไม่	3.46	1.67
2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกกังวลหรือเครียดบ้างหรือไม่	2.83	2.01
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการเจ็บหน้าอกหรือไม่	2.18	1.99
4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาในการนอนหลับบ้างหรือไม่	2.18	2.48
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกหุดหู่หรือเศร้าหมองอย่างมากหรือไม่	1.20	1.72
6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกมีอาการใจสั่นหรือมีหัวใจเต้นเร็วมากหรือไม่	.96	1.54
7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการเบื่ออาหารบ้างหรือไม่	.88	1.72
8. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการหายใจขัดบ้างหรือไม่	.82	1.58
9. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการปวดศีรษะบ้างหรือไม่	.42	.92
10. ท่านยังมีอาการอื่นนอกเหนือจากที่ถามบ้างหรือไม่	.07	.45

** กลุ่มตัวอย่าง 1 คน สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 22 พบว่า กลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามมิติด้านความถี่ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้ว พบว่า อาการที่มีมิติด้านความถี่มากที่สุด อันดับแรก ได้แก่ อาการอ่อนล้าหรือเหนื่อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.67) อันดับที่สอง ได้แก่ ความรู้สึกกังวลหรือเครียด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.01) อันดับที่สาม ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอกและการนอนหลับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.18 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.99, 2.48 ตามลำดับ) และอันดับสุดท้ายที่พบอาการที่มีมิติด้านความถี่น้อยที่สุด ได้แก่ อาการปวดศีรษะและเวียนศีรษะ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .42, .07 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .92, .46 ตามลำดับ)

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามมิติด้านความรุนแรง จำแนกตามรายข้อและโดยรวม จำนวน 90 คน

อาการ	\bar{X}	SD
1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกอ่อนล้า หรือเหนื่อยมากบ้างหรือไม่	1.52	1.43
2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกกังวลหรือเครียด บ้างหรือไม่	1.06	1.58
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาในการนอนหลับบ้างหรือไม่	.92	1.92
4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการเจ็บหน้าอกหรือไม่	.88	1.70
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกหุดหู่หรือเส้รำหมองอย่างมากหรือไม่	.50	1.17
6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการหายใจขัด บ้างหรือไม่	.36	1.05
7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการใจสั่นหรือมีหัวใจเต้นเร็วมากหรือไม่	.32	.76
8. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการเบื่ออาหาร บ้างหรือไม่	.30	.98
9. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการปวดศีรษะ บ้างหรือไม่	.12	.39
10. ท่านยังมีอาการอื่นนอกเหนือจากที่ถามบ้างหรือไม่	.01	.11

** กลุ่มตัวอย่าง 1 คน สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 23 พบว่า กลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามมิติด้านความรุนแรง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้ว พบว่าอาการที่มีมิติด้านความรุนแรงมากที่สุด อันดับแรก ได้แก่ อาการอ่อนล้าหรือเหนื่อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.52 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.43) อันดับที่สอง ได้แก่ ความรู้สึกกังวลหรือเครียด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.06 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.58) อันดับที่สาม ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอกและการนอนหลับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .92 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.92) และอันดับสุดท้ายที่พบอาการที่มีมิติด้านความรุนแรงน้อยที่สุด ได้แก่ อาการปวดศีรษะและเวียนศีรษะ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .12, .01 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .39, .16 ตามลำดับ)

ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามมิติด้านความทุกข์ทรมาน จำแนกตามรายข้อ และโดยรวม จำนวน 90 คน

อาการ	\bar{X}	SD
1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกอ่อนล้า หรือเหนื่อยมากบ้างหรือไม่	.53	.97
2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาในการนอนหลับบ้างหรือไม่	.51	1.70
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการเจ็บหน้าอกหรือไม่	.43	1.47
4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกกังวลหรือเครียดบ้างหรือไม่	.43	1.23
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการหายใจขัดบ้างหรือไม่	.16	.60
6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการเบื่ออาหารบ้างหรือไม่	.14	.63
7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกหดหู่หรือเศร้าหมองอย่างมากหรือไม่	.12	.76
8. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการใจสั่นหรือมีหัวใจเต้นเร็วมากหรือไม่	.04	.21
9. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการปวดศีรษะบ้างหรือไม่	.02	.15
10. ท่านยังมีอาการอื่นนอกเหนือจากที่ถามบ้างหรือไม่	.00	.00

** กลุ่มตัวอย่าง 1 คน สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 24 พบว่า กลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามมิติด้านทุกข์ทรมาน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้ว พบว่าอาการที่มีมิติด้านความทุกข์ทรมานมากที่สุด อันดับแรก ได้แก่ อาการอ่อนล้าหรือเหนื่อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ

.53 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .97) อันดับที่สอง ได้แก่ การนอนหลับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .51 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.70) อันดับที่สาม ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอกและความรู้สึกกังวลหรือเครียด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .43 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.47, 1.23) และอันดับสุดท้ายที่พบอาการที่มีมิติด้านความรุนแรงน้อยที่สุด ได้แก่ อาการปวดศีรษะและเวียนศีรษะ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .02, .00 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .15, .00 ตามลำดับ)

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามมิติด้านความถี่ ด้านความรุนแรง และด้านความทุกข์ทรมาน จำแนกโดยรวม จำแนกโดยรวมจำนวน 90 คน

อาการ	\bar{X}	SD	Min	Max	Range
มิติด้านความถี่	14.99	9.89	2	50	48
มิติด้านความรุนแรง	5.99	6.76	0	32	32
มิติด้านความทุกข์ทรมาน	2.40	4.43	0	21	21
รวม	23.38	20.52			

จากตารางที่ 25 กลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามมิติด้านความถี่ ด้านความรุนแรง และด้านความทุกข์ทรมาน พบค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 23.38 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.52) พบว่า มิติด้านความถี่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 14.99 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.89) รองลงมามิติด้านความรุนแรง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.99 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.76) และมิติด้านความทุกข์ทรมานมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.40 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.43) ตามลำดับ

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ เกิดวันที่ 2 มีนาคม 2522 ที่จังหวัดปราจีนบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ในปีการศึกษา 2545 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ปฏิบัติงานที่ฝ่ายการพยาบาลหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี