

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิด  
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน



นางสาวมลฤดี บุราณ

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-2159-1

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN PATIENTS WITH  
POST ACUTE CORONARY SYNDROMES

MISS MONRUEDEE BURAN



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2005

ISBN 974-14-2159-1



มลฤดี บุราณ: ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN PATIENTS WITH POST ACUTE CORONARY SYNDROMES) อ.ที่ปรึกษา: ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา, อ.ที่ปรึกษาร่วม: รศ. ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 150 หน้า. ISBN 974-14-2159-1.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ภาวะการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 150 คน ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจ และหลอดเลือด ของโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลรามาริบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ แบบบันทึกภาวะการทำหน้าที่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการหายใจลำบาก และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และจากการหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินได้เท่ากับ .75, .89, .80, และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ค่าสัมประสิทธิ์อิตา และค่าสถิติไคสแควร์ ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยเฉลี่ยแล้วไม่เกิดภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 12.88 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.17)

2. รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.511$  และ  $-.437$  ตามลำดับ)

3. อาการหายใจลำบาก และความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .434$  และ  $.395$  ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .187$ )

4. เพศมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ( $Eta = .555$ )

5. ภาวะการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ( $C = .240$ )

6. อายุ และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

สาขาวิชา .....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือนิสิต..... 

ปีการศึกษา.....2548..... ลายมืออาจารย์ที่ปรึกษา..... 

ลายมืออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม..... 



# #4777603036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: LEFT VENTRICULAR EJECTION FRACTION / NYHA / FATIGUE / DYSPNEA / SOCIAL SUPPORT / DEPRESSION / ACUTE CORONARY SYNDROMES

MONRUEDEE BURAN: SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN PATIENTS WITH POST ACUTE CORONARY SYNDROMES. THESIS ADVISOR: ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., THESIS CO-ADVISOR: ASSOC. PROF. ORAPHUN LUEBOONTHAVATCHAI, Ph.D., 150 pp. ISBN 974-14-2159-1

The purpose of this study was to study the relationships between sex, age, income, length of illness, left ventricular ejection fraction, NYHA, fatigue, dyspnea, social support and depression in patients with post acute coronary syndromes. The subjects were 150 out-patients with acute coronary syndromes at coronary clinics at Police Hospital, Rajvithi Hospital, Bhamongkutklao Hospital and Ramathibodi Hospital, selected by a multi-stage sampling. The instruments used for data collection were the Dermographic Data Form, Left Ventricular Ejection Fraction Form, NYHA Form, Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D), Fatigue Numeric Rating Scale, Dyspnea Numeric Rating Scale, and ENCRICH Social Support Questionnaire. The instruments were tested for their content validity by a panel of experts. The reliability of instruments were .75, .89, .80, .83, respectively. Statistical techniques used in data analysis were Pearson's product-moment correlation, Eta coefficient, and Chi-square test at the significant level of .05.

The major findings were as follows :

1. Mean of depression scores in patients with post acute coronary syndromes indicated to no depression, mean scores was 12.88 (SD = 6.17).
2. There were negatively statistical correlation between income, social support, and depression in patients with post acute coronary syndromes at the level of .05 ( $r = -.511$  and  $-.437$ , respectively).
3. There were positively statistical correlation between dyspnea, fatigue, length of illness and depression in patients with post acute coronary syndromes at the level of .05 ( $r = .434$ ,  $.395$  and  $.187$ , respectively).
4. Sex was related to depression in patients with post acute coronary syndromes at the level of .05 (Eta = .555).
5. NYHA was related to depression in patients with post acute coronary syndromes at the level of .05 (C = .240).
6. There were no statistical correlation between age, left ventricular ejection fraction and depression in patients with post acute coronary syndromes.

Field of study.....Nursing Science.....Student's signature *Monruedee Buran*

Academic year.....2005.....Advisor's signature *Ch. J.*

Co-advisor's signature *Oraphun Lueboonthavatchai*

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งกรุณาให้ข้อคิด คำปรึกษา และข้อเสนอแนะ ด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ขอกราบระลึกถึงคุณท่านอาจารย์ดร.เยาวลักษณ์ โกโคยวณิชกุล อาจารย์ผู้ล่วงลับที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะรวมถึงกำลังใจตราบนานวาระสุดท้าย ขอผลบุญดลบันดาลให้อาจารย์ผู้สถิตด้วยเทอญ

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โสทกานนท์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้สถิติ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย และกรุณาให้ความรู้ คำแนะนำที่มีคุณค่า พร้อมทั้งข้อเสนอแนะ แก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้บังคับการโรงพยาบาลตำรวจ คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ตลอดจนคณะกรรมการจริยธรรมในคน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกและเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือและประสานงานต่างๆ ของทุกโรงพยาบาล และที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทุกท่าน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ ที่ให้ความกรุณาและร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่าน รวมถึงเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่คอยให้กำลังใจและช่วยเหลือเสมอมา และทำที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา และญาติพี่น้องทุกคนที่เป็นแรงผลักดัน ให้กำลังใจ ช่วยเหลือและสนับสนุนในทุกด้านด้วยความเอาใจใส่และห่วงใย จนสำเร็จการศึกษา ตลอดจนทุกท่านที่ช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและระลึกถึงอยู่ตลอดเวลา

# สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	14
ความหมายของภาวะซีมีเศร้า.....	18
ภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	19
สาเหตุของภาวะซีมีเศร้า.....	20
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน.....	22
ผลกระทบของภาวะซีมีเศร้า.....	42
การประเมินภาวะซีมีเศร้า.....	43
การบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซีมีเศร้า.....	46
บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีภาวะซีมีเศร้า.....	48
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	51
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	64
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	65
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	65
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	68

การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	78
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	79
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	80
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	81
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	93
สรุปผลการวิจัย.....	94
การอภิปรายผลการวิจัย.....	95
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	102
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	104
รายการอ้างอิง.....	105
ภาคผนวก.....	118
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	119
ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมาย ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย.....	121
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่ม ตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	124
ภาคผนวก ง สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	137
ภาคผนวก จ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	142
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	150



สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตาม เพศ ระดับการศึกษา ภาวะการทำหน้าที่ และการวินิจฉัยโรค.....	67
2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และพิสัยของอายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	82
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามเพศ.....	83
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามอายุ.....	84
5	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามรายได้.....	85
6	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย.....	85
7	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ.....	86
8	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามภาวะการทำหน้าที่.....	87
9	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามการวินิจฉัยโรค.....	87
10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	89
11	ค่าสัมประสิทธิ์อิติดาระหว่างเพศ กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	90

12	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลัง การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามเพศ.....	91
13	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการทำหน้าที่ กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่ม ตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	92



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญภาพ

1	ภาพแสดงอาการทางคลินิกของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	14
---	---	----



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

Acute coronary syndromes เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วยอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (Unstable angina) และกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) ซึ่งเป็นสภาวะการตายของกล้ามเนื้อหัวใจส่วนใดส่วนหนึ่งอย่างเฉียบพลันและรุนแรง เนื่องจากขาดเลือดมาเลี้ยงหรือขาดออกซิเจนในระยะเวลาหนึ่ง มีสาเหตุจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีอุดตันจากการแตกของคราบไขมันร่วมกับมีลิ้มเลือดอุดตัน ทำให้เลือดและออกซิเจนไม่สามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ตามปกติ เกิดการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อบริเวณนั้นๆ กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงลดลง เกิดความเสียหายต่อเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจอย่างรุนแรง (วรรณต บำรุงสุข, 2548) จัดเป็นภาวะฉุกเฉินของโรคหัวใจที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน และเกิดความพิการได้

สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูง อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในปี พ.ศ. 2545 เป็นจำนวน 15,362 คนต่อประชากรจำนวนแสนคน คิดเป็นร้อยละ 24.5 (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) และมีอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2547 คือ 16,766 คนต่อประชากรจำนวนแสนคน คิดเป็นร้อยละ 26.8 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2549) จึงนับว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญยิ่ง

มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 38 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จะมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย (Ellis et al., 2005) ซึ่งอาการซึมเศร้านี้มีสาเหตุมาจากการกลัวอนาคต กลัวตาย กลัวการเจ็บป่วย กลัวลำบากเพราะทำอะไรไม่ได้เช่นเดิม กลัวเป็นภาระให้แก่ผู้อื่นเพราะรู้สึกว่าคุณเองมิได้เป็นเช่นเดิม มีการจำกัดกิจกรรมและการกระทำของตนเองเพราะเกรงจะมีผลกระทบต่อหัวใจ ส่งผลกระทบต่อสภาวะของจิตใจ ทำให้เกิดการหดหู่ ห่อเหี่ยว ท้อแท้ จึงทำให้ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยมีอาการมากกว่าอาการที่ควรเป็นจริงเนื่องจากมีปัญหาทางด้านอารมณ์เข้าไปเกี่ยวข้องด้วย (วรลักษณ์ ธีราโมกษ์, 2542) Schleifer และคณะ (1989) ทำการศึกษาผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 283 คน พบว่า 8-10 วัน ภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ประมาณร้อยละ 45 ของผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง (Major depression) และอีกร้อยละ 18 อาจเกิดหรือมีอาการของภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย (Minor depression) และเมื่อมีการ



ประเมินซ้ำในเดือนที่ 3-4 พบว่า ร้อยละ 77 ของผู้ป่วย มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง และร้อยละ 23 ยังคงมีภาวะซึมเศร้าอยู่

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการตาย (Mortality) และการเจ็บป่วยในโรงพยาบาล (Morbidity) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Frasure-Smith et al., 1993; Ladwig et al., 1994; Wassertheil-Smoller et al., 1996) เนื่องจากการทำงานที่เพิ่มขึ้นของระบบประสาทซิมพาเทติก และการลดการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก มีการเพิ่มระดับของแคทีโคลามีนในกระแสเลือด (Plasma catecholamine) เร่งให้เกิดคราบ (plaque) หรือทำลาย endothelium ของหลอดเลือดแดงมากขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ในขณะเดียวกันการที่ catecholamine ทำงานเพิ่มขึ้นก็จะกระตุ้นการทำงานของเกล็ดเลือด เกิดการรวมตัวเป็นก้อนเลือด ทำให้เกิด atherosclerosis ขึ้นได้ เป็นสาเหตุให้เกิดการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจตามมา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีภาวะซึมเศร้า (Carney et al., 1987; Schleifer et al., 1989; Ahern et al., 1990; Frasure-Smith et al., 1993; Ladwig et al., 1994 ; Wassertheil-Smoller et al., 1996) Frasure-Smith และคณะ (1993) ทำการศึกษาผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามีอัตราการตาย ร้อยละ 17 ในขณะที่ผู้ที่ไม่ได้มีภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราการตายเพียง ร้อยละ 3 และนอกจากนี้ Frasure-Smith และคณะ (1996) ยังพบว่าภายในระยะเวลา 18 เดือนภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจะมีอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = .002$ ) ส่วน Carney และคณะ (1995) พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลงมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นการบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่ลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ มีหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่

**เพศ** Forrester และคณะ (1992) พบว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้นจะเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในขณะที่ Dobbels และคณะ (2002) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในขณะที่ Barefoot และคณะ (2000) พบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิง

**อายุ** Bush และคณะ (2001) พบว่าภาวะซึมเศร้าจะเกิดในผู้ที่มีอายุมากกว่าผู้ที่อายุน้อย แตกต่างจากการศึกษาของ Stern และคณะ (1977) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้น จะมีอายุเฉลี่ยต่ำกว่า 46 ปี ( $P < .02$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ที่มีอายุน้อยมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า ได้มากกว่าผู้ที่มีอายุมาก (Maricle et al., 1989; Koenig, 1998)

**รายได้** จากการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยผู้ที่มีรายได้ต่ำมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก (Marmot et al., 1991) ส่วน Koenig และคณะ (1998) พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

**ระยะเวลาการเจ็บป่วย** ทศพร พัฒนนิรมาน (2532) พบว่าระยะที่เป็นโรคร่วมกับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ เกิดความลังเลใจในการวางแผนชีวิตตนเองและครอบครัว นำไปสู่การขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติภารกิจตนเอง และส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจได้ และจากการศึกษาของ Koenig และคณะ (1988) พบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาล

**ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ** Denollet และคณะ (1998) พบว่าประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่วน Frasure-Smith และคณะ (1995) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจกับภาวะซึมเศร้า

**ภาวะการทำหน้าที่** Frasure-Smith และคณะ (1995) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีภาวะการทำหน้าที่ ใน class II จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า class III และ class IV ส่วน Freedland พบว่า Class I จะมีอัตราการการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 8 ในขณะที่ Class IV จะมีโอกาสเกิดได้ร้อยละ 40 (Freedland, 2003 cited in Artinian, 2003) Vaccarino และคณะ พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่ำลงด้วย (Vaccarino et al., 1998)

**ความเหนื่อยล้า** Reyes และคณะ (2004) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดความเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ขณะที่ Sullivan และคณะ (2000) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้า (Fatigue severity) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $p < 0.0001$ )

**อาการหายใจลำบาก** ภาวะซึมเศร้าจะทำให้เกิดการกระตุ้นตัวรับความรู้สึก (Afferent receptor) ของทางเดินหายใจ เกิดการบีบตัวของหลอดลม ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก (Carrieri-Kohlman et al., 1984) และภาวะซึมเศร่ายังมีผลทำให้ต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจต้องทำงานหนักและมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้อาการหายใจลำบากรุนแรงมากขึ้น (Kneble, 1990)

**การสนับสนุนทางสังคม** Cronin (1997) ศึกษาผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดหัวใจพบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีในการดำเนินชีวิตภายหลังการผ่าตัด และการที่

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังจากการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (Frasure -Smith, 2000)

อย่างไรก็ตามสำหรับประเทศไทยนั้นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจนั้นมีย่อยมาก พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยสูงอายุที่ทำการผ่าตัดหัวใจ โดยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในระดับปานกลาง (ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545) และนัยนา อุปมา (2543) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด คิดเป็นร้อยละ 30.9 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุของผู้ป่วย ระดับการศึกษาของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เศรษฐฐานะของครอบครัว และความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน ซึ่งการศึกษาเหล่านี้เป็นการศึกษาในวัยผู้ใหญ่สูงอายุน้อยวัยวิกฤต และในผู้ป่วยวัยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด สำหรับในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า อาจมีความแตกต่างจากผู้ป่วยวัยเด็ก หรือผู้ป่วยวัยสูงอายุได้

สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และเนื่องจากวัยผู้ใหญ่มีความแตกต่างจากวัยผู้สูงอายุและวัยเด็ก รวมทั้งเป็นวัยทำงาน ผู้วิจัยจึงเห็นควรศึกษาสถานการณ์ของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้มีประโยชน์ในการประเมินปัญหาทางการแพทย์และการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และจิตสังคม และเป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันดีขึ้นได้

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ภาวะการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

## คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีลักษณะอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ภาวะการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

## แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ภาวะซึมเศร้านั้นเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียดมากคุกคาม ซึ่งจะหายไปเมื่อสถานการณ์นั้นดีขึ้นหรือบุคคลนั้นปรับตัวได้ โดยแสดงออกในรูปแบบของความเป็ยเบนทางด้านอารมณ์ ความเป็ยเบนทางด้านความคิด และการรับรู้ และความเป็ยเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม อันได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตัวเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต เป็ยอาหาร นอนไม่หลับ (Beck, 1967 อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536)

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติที่ผิดปกติ (Autonomic dysfunction) อาจมีความเกี่ยวข้องกับ การกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกและการยับยั้งการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติกที่ไม่สมดุลกัน เมื่อมีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานเพิ่มขึ้นและการลดการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจลดลง (Carney et al., 1995) ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านี้จึงมีความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลง (Roose et al., 1989) ความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลงเป็นเครื่องบ่งชี้การเกิด arrhythmia และการเกิด Sudden cardiac death ได้ (Odemuyiwa et al., 1991) ซึ่งเป็นผลจากการเพิ่มระดับของแคทีโกลามีนในกระแสเลือด (Plasma catecholamine) เร่งให้เกิดคราบ (plaque) หรือทำลาย endothelium ของหลอดเลือดแดงมากขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ในขณะที่เดียวกันการที่ catecholamine ทำงานเพิ่มขึ้นก็จะกระตุ้นการทำงานของเกล็ดเลือด เกิดการรวมตัวเป็นก้อนเลือด ทำให้เกิด atherosclerosis ขึ้นได้ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ อัตราการตายของผู้ป่วยจากโรคนี้จึงเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า มีดังนี้

เพศ เป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบความแตกต่างในเรื่องสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย



บุคลิกภาพและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวและสังคม จากรายงานการวิจัยพบว่า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Kornstein, 1997; Schocken et al., 1987; Murphy et al., 2002; Forrester et al., 1992; Lesperance et al., 1996; Frasure-Smith et al., 1993) เนื่องจากโดยส่วนใหญ่แล้ว เพศชายจะมีจิตใจที่เข้มแข็ง อารมณ์ไม่อ่อนไหวง่าย มีสมรรถภาพทางกายที่ดีกว่าเพศหญิง จึงทำให้มีภาวะซึมเศร้าได้น้อยกว่า (Duits et al., 1998) แต่ก็ยังมีการศึกษาที่พบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศหญิง (Dobbels et al., 2002; Barefoot et al., 2000)

อายุ เมื่อบุคคลอายุมากขึ้นบุคคลจะมีความสามารถในการคิด การวินิจฉัยได้ตรง และ การตัดสินใจเลือกวิธีในการเผชิญปัญหามากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลได้ผ่านภาวะวิกฤตที่มี ประสิทธิภาพ พัฒนาการ ทำให้วุฒิภาวะสูงขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984) ในขณะที่ผู้ที่มี อายุน้อยจะไม่มีประสิทธิภาพในแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า (Baas et al., 1999 cited in Artinian, 2003) ซึ่ง Lesperance และคณะ (1996) พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายนั้นจะมีโอกาสเกิดในผู้ที่มีอายุน้อย ยังการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจที่อายุ น้อยมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า ได้มากกว่าผู้ที่มีอายุมาก (Maricle et al., 1989; Koenig, 1998)

รายได้ เป็นตัวบ่งบอกสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อ การดำเนินชีวิตในด้านการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเองให้มีความสุข และสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล จึงมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต ความสุขใน ชีวิต จากการศึกษาของ Marmot และคณะ (1991) พบว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ จะทำให้เกิดภาวะเครียด ทางด้านจิตสังคม ได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้สูง ส่วน Koenig และคณะ (1998) พบว่า รายได้ไม่มี ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วย ในระยะเวลาที่ ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของโรคและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป มีผลทำ ให้อึดอัดในทัศนคติมีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางลบ ส่งผลให้มีพฤติกรรม ตอบสนองแสดงออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความรู้สึกสูญเสีย เศร้าโศก ท้อแท้ หดห้วง รู้สึกด้อยค่าในตนเอง ตลอดจนมีการแยกตัวทางสังคม ทั้งนี้เป็นเพราะอึดอัดในทัศนคติเป็นสิ่งที่ มีอิทธิพลในการเกิดพฤติกรรม ทศพร พัฒนนิรมาน (2532) พบว่าระยะที่เป็นโรคร่วมกับการรักษา อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ เกิดความลังเลใจในการวางแผน ชีวิตตนเองและครอบครัว นำไปสู่การขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจได้ และจากการศึกษาของ Koenig และคณะ (1988) พบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยใน โรงพยาบาล ส่วน Buchanan (1993) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้น มีการเปลี่ยนแปลง

ด้านอารมณ์ ได้แก่ โกรธ วิดกกังวล ปฏิเสธและมีภาวะซึมเศร้า ในระยะเฉียบพลัน หรือระยะ 1-4 วันมากที่สุด และเมื่อถึงระยะเวลา 6 เดือน พบว่าการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์จะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .01$ )

ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (Left ventricular ejection fraction; LVEF) เป็นความสามารถของหัวใจในการบีบเลือดออกไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆของร่างกาย จึงเป็นข้อบ่งชี้ความรุนแรงของโรคหัวใจ จากผลการวิจัยพบว่า LVEF ที่น้อยกว่าร้อยละ 30 มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Denollet et al., 1998) ส่วน Frasure-Smith และคณะ (1995) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะการทำหน้าที่ (Functional class) เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมซึ่งส่งผลหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงอาการที่บ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยระดับภาวะการทำหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นจะบ่งชี้ถึงอาการที่รุนแรงขึ้นจนไม่สามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้ (Artinian, 2003) โดยตามเกณฑ์ของ The New York Heart Association (NYHA) ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว Class I จะมีอัตราการการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 8 ในขณะที่ Class IV จะมีโอกาสเกิดถึงร้อยละ 40 (Freedland, 2003 cited in Artinian, 2003) Vaccarino และคณะ พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่ำลงด้วย (Vaccarino et al., 1998)

ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีสาเหตุมาจากการตายของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้การไหลเวียนของกล้ามเนื้อหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายน้อยกว่าปกติถึงร้อยละ 30 (Kavanagh, 1976 cited in วิศาล คันธรัตน์กุล, 2538) เซลล์ในร่างกายจึงขาดออกซิเจนและขาดสารอาหารทำให้เกิดกระบวนการเผาผลาญที่ผิดปกติมีการสะสมของกรดแลคติก ซึ่งการสะสมของกรดแลคติก จะทำให้ความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเหนื่อยล้า (Piper, 1993) และความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้นเกิดจากสภาวะทางด้านจิตใจ เมื่อต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและเรื้อรัง ความรู้สึกนี้จะกระตุ้นการหลั่งแคทีโคลามีน ซึ่งทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด การนำออกซิเจนไปยังเซลล์ต่างๆ จึงลดลง นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้า ยังเป็นตัวกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า และต่อมหมวกไตส่วนใน ทำให้เซลล์ทั่วร่างกายโดยเฉพาะหัวใจเพิ่มการทำงาน ร่างกายจะนำพลังงานที่สะสมไว้มาใช้ และนำไปสู่ความเหนื่อยล้า ภาวะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังจะทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและเครียด ซึ่งจะส่งผลต่อการทำงานของระบบเรติคูลาร์แอกติเวตติ้ง ทำให้เกิดไม่สามารถคงไว้ซึ่งการตื่นตัว ทำให้เกิดเป็นความเหนื่อยล้า (Mock, 1997) Reyes และคณะ (2004) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดความเหนื่อยล้าอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สอดคล้องกับ Sullivan และคณะ (2000) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้า (Fatigue severity) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $p < 0.0001$ )

อาการหายใจลำบาก ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกิดขึ้นเนื่องจากการที่เนื้อเยื่อร่างกายขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานแบบไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic metabolism) ผลที่ตามมาคือการเพิ่มขึ้นของกรดแลคติกในกระแสเลือด ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบากผ่านตัวรับทางเคมี (Chemoreceptor) จึงเกิดอาการหายใจลำบากตามมา ความไม่สมดุลทางอารมณ์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหายใจลำบาก โดยพบว่าภาวะซึมเศร้า มีผลต่อการรับรู้การเจ็บป่วยของบุคคล และส่งผลให้มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการเพิ่มมากขึ้น (Lenz et al., 1997) ซึ่งเป็นการกระตุ้นตัวรับ (Afferent receptor) ของทางเดินหายใจ เกิดการบีบตัวของหลอดเลือด ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก (Carrieri-Kohlman et al., 1984) และภาวะซึมเศร่ายังมีผลทำให้ต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจต้องทำงานหนักและมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้เกิดอาการหายใจลำบากรุนแรงมากขึ้น (Kneble, 1990)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยให้ที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรักใคร่ผูกพัน ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ วัตถุประสงค์ของหรืออารมณ์ ให้ความมั่นใจในควมมีคุณค่าหรือความสามารถในบทบาท การเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และโอกาสในการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน การที่ผู้ป่วยโรคหัวใจมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีความหวังในการดำรงอยู่ Cronin (1997) ทำการศึกษาผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดหัวใจพบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีในการดำเนินชีวิตภายหลังการผ่าตัด และการที่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้รับการสนับสนุนที่ดีจะช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (Frasure-Smith, 2000)

จากข้อมูลหลักฐานการวิจัยดังกล่าว จึงตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ ดังนี้

1. เพศและภาวะการทำหน้าที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. อายุ รายได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
3. ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า และความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

## ขอบเขตของการวิจัย

1. การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ภาวะการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลรามาริบัติ

2. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ภาวะการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง บุคคลที่เคยมีการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ หรือมีการแตกของคราบไขมันร่วมกับมีลิ้มเลือดอุดตัน จนทำให้การไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงอย่างมาก หรือหยุดชะงักทันที ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และมาติดตามการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร และมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียดของผู้ป่วยต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยแสดงออกในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ และความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต เบื่ออาหาร หรือนอนไม่หลับ ประเมินได้จากแบบวัดภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ของ Rudloft (1977) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยรวิชัย วรพงศธร และคณะ (2533) โดยระดับคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า และระดับคะแนนที่น้อยกว่า 16 คะแนนถือว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า

เพศ หมายถึง ลักษณะที่แสดงความเป็นเพศหญิงหรือเพศชายของผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน



อายุ หมายถึง จำนวนปีเต็มนับจากวันที่เกิดจนถึงวันที่ตอบแบบประเมินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เก็บรวบรวมได้จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

รายได้ หมายถึง สิ่งที่บ่งบอกสถานภาพทางการเงินของผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับรายเดือน โดยประเมินจากรายรับต่อเดือนของครอบครัว

ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง ระยะเวลาของอาการตั้งแต่เริ่มป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จนถึงวันที่ตอบแบบประเมินของผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการเจ็บป่วย ประเมินจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ หมายถึง ระดับความสามารถของหัวใจห้องล่างซ้ายในการบีบเลือดออกไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆของร่างกายของผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประเมินจากผลการตรวจหาค่า Left Ventricular Ejection Fraction (LVEF) ตามการวินิจฉัยโดยการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiogram) หรือการตรวจสวนหัวใจ (Cardiac catheterization) ใช้เกณฑ์การประเมินของ Danstan and Riddle (1997) โดยประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่มากกว่า 55% ถือว่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจปกติ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25% ถือว่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำรุนแรง ซึ่งผลจากการทำ Echocardiogram หรือ Cardiac catheterization ผู้วิจัยเก็บจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยครั้งล่าสุดที่ผู้ป่วยทำ และระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือนนับจากวันที่ทำ

ภาวะการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถทางร่างกายของผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในการทำกิจกรรมประจำวัน ประเมินโดยใช้เกณฑ์ของ The New York Heart Association (NYHA) (AHA Science Advisory Assessment of functional capacity in clinical and research applications, cited in Kubo et al., 2004) ประเมินโดยแพทย์ผู้ทำการรักษา ผู้วิจัยเก็บจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่ารู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรงซึ่งอาจเกิดกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือเกิดพร้อมกันทุกส่วน และอาจมีความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และสติปัญญาร่วมด้วยก็ได้ ประเมินโดยแบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Piper (1998) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยเพียงใจ ดาโลปการ (2545) ประกอบด้วย การประเมินความเหนื่อยล้าใน 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง ด้านการให้ความหมาย ด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสติปัญญาและอารมณ์ ลักษณะคำถามเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 (Numeric scale) จำนวนข้อความทั้งหมด 22 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 0-220 คะแนน หลังจากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้หารด้วยจำนวนข้อความทั้งหมด 22 ข้อ เป็นคะแนนเฉลี่ย

ของความเหนื่อยล้า คะแนนเฉลี่ยที่มากแปลว่า มีความเหนื่อยล้ามาก คะแนนเฉลี่ยที่น้อยแปลว่า มีความเหนื่อยล้าเล็กน้อย คะแนนเฉลี่ยศูนย์ แปลว่า ไม่มีความเหนื่อยล้าเลย

อาการหายใจลำบาก หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายเกี่ยวกับการหายใจของผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย 4 มิติ คือ ความรุนแรง เวลา ความทุกข์ทรมานจากอาการ และคุณลักษณะของอาการ ประเมินจากแบบประเมินอาการหายใจลำบากตามกรอบแนวคิด Theory of Unpleasant Symptom ของ Lenz และคณะ (1997) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยภัทรพร เขียวหวาน (2546) ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน ความยาว 100 มิลลิเมตร จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนน 0-100 คะแนน นำคะแนนของข้อที่ 1, 2, 3 และคะแนนเฉลี่ยของข้อที่ 4-19 มาหาค่าเฉลี่ยได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของอาการหายใจลำบาก คะแนนเฉลี่ยมาก แปลว่า มีอาการหายใจลำบากมาก คะแนนเฉลี่ยน้อย แปลว่า มีอาการหายใจลำบากน้อย

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงานหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ ประเมินจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENCRICH Social Support Questionnaire) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยจันทนา หล่อตระกูล (2548) มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ โดยคะแนนเฉลี่ยน้อย แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนเฉลี่ยมาก แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมมาก

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้บุคลากรทางด้านสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ภาวะการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก และการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และนำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการประเมิน วางแผน และให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2. เพื่อให้บุคลากรทางด้านสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยคัดสรรดังกล่าว และนำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการประเมิน วางแผน และให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3. เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยทางการแพทย์ โดยการนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการ  
ศึกษาวิจัยเชิงทดลอง หรือการปฏิบัติกิจกรรมทางการแพทย์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการ  
ให้บริการทางการแพทย์



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยทำการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ภาวะการทำหน้าที่ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
  - 1.1 ความหมายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
  - 1.2 พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
  - 1.3 ขั้นตอนการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
  - 1.4 อาการและอาการแสดง
2. ภาวะซึมเศร้า
  - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
  - 2.2 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
  - 2.3 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
  - 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
  - 2.5 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า
  - 2.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า
  - 2.7 การบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
  - 2.8 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



## 1. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

### 1.1 ความหมายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

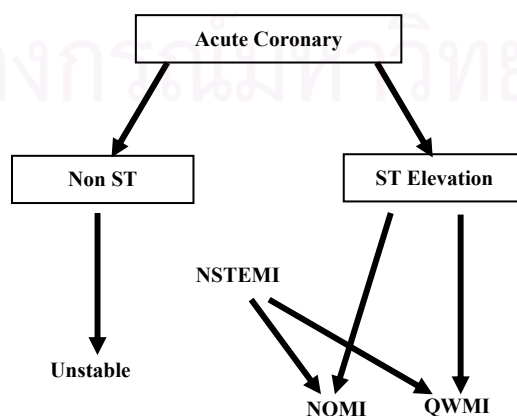
Acute Coronary Syndrome (ACS) หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นขณะพัก ที่มีลักษณะบ่งชี้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน จัดเป็นภาวะฉุกเฉินของโรคหัวใจที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตกะทันหันและพิการได้ โดยมีสาเหตุจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีอุดตันจากการแตกของคราบไขมันร่วมกับมีลิ้มเลือดอุดตัน (Atheromatous plaque) ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงอย่างมาก หรือหยุดชะงักทันที

ในอดีตการแบ่งกลุ่มอาการแสดงและระดับความรุนแรงทางคลินิกมี 2 ชนิด คือ Unstable angina และ Acute myocardial infarction (Q-wave) จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและความรู้สมัยใหม่ ในปัจจุบันได้มีการจัดกลุ่มแบ่งอาการ Acute coronary syndrome ใหม่เป็น 3 ชนิด (จรรยา ตันติธรรม, 2547) ดังนี้

1. Unstable angina (UA) เป็นกลุ่มที่ ECG ไม่มี ST segment elevation แต่มี ST depression/ T wave inversion และ Cardiac marker negative

2. Non Q-wave Myocardial Infarction (Non Q-wave MI หรือ Non STEMI) เป็นกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ ECG ไม่มี ST segment elevation แต่มี ST depression/ T wave inversion และ Cardiac marker ได้ผลบวก เป็นกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มี Q-wave ในอดีตที่ยังไม่มีความก้าวหน้าเรื่องการตรวจหา cardiac marker ก็จะวินิจฉัยกลุ่มนี้เป็น Unstable angina

3. Q-wave Myocardial Infarction เป็นกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีโอกาสเสียชีวิตกะทันหัน มี ST elevation ปัจจุบันนิยมเรียก ST elevation MI (STEMI) และมี Cardiac marker ได้ผลบวก หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเร็ว และคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่เกิด Q-wave การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายคือ NSTEMI



## 1.2 พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

โรคหัวใจขาดเลือดเป็นพยาธิสภาพการเกิดสภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีเสื่อมแข็งที่มีขั้นตอนต่อเนื่อง คือ คราบลิ้มเลือดไขมัน (Artheromatous plaque) ที่เยื่อบุชั้นในของหลอดเลือดแดงโคโรนารีเกิดการปริแตกร่วมกับการกระตุ้นระบบการแข็งตัวของหลอดเลือด ซึ่งประกอบด้วย Platelet and coagulation system มีผลทำให้กลายเป็นก้อนลิ้มเลือดอุดตัน เกิดการขาดขวางการไหลเวียนในหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทั้งนี้ plaque ที่ทำให้รัศมีหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบตันเกินกว่าร้อยละ 60-70 จะทำให้การไหลเวียนของเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกเมื่อออกกำลังกายหรือออกแรงได้ แต่ถ้า Atherosclerotic plaque ปริแตกและเกิดลิ้มเลือดขนาดใหญ่อุดตันในหลอดเลือดแดงโคโรนารีจะนำไปสู่อาการของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ Unstable angina, Non-ST elevation MI หรือ ST elevation MI โดยระดับความรุนแรงขึ้นกับชนิดของลิ้มเลือดที่อุดตัน ทั้งนี้ Plaque ที่แตกจะกระตุ้นเกร็ดเลือด Glycoprotein II b/III a receptor (GP II b/III a) ไปจับกับ Fibrinogen ซึ่งจะทำให้เกิดการเกาะกลุ่มเป็นร่างใยแหของเกร็ดเลือด และกลายเป็นเกร็ดเลือดขนาดใหญ่ซึ่งจะนำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีได้ (Covan, 1995)

อย่างไรก็ตามร่างกายเองมีกลไกธรรมชาติที่จัดการควบคุมภาวะเลือดออกที่เป็นลิ้มเลือดโดยทำให้เกิด Fibrinolysis ซึ่งอาจทำให้ลิ้มเลือดที่อุดตันอยู่ละลายจนเส้นเลือดเปิดเองได้ หรือในกรณีที่ลิ้มเลือดยังไม่อุดตันสมบูรณ์ อาจเกิดลิ้มเลือดเพิ่มเติมจนอุดตันและเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงของอาการและระดับความรุนแรงจะอยู่ระหว่าง Unstable angina, Non-ST elevation MI และ ST elevation MI ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตกระทันหันจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น หัวใจวาย ช็อก ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะพิการเรื้อรังและคุณภาพชีวิตลดลง (Urden et al., 1996)

โดยทั่วไปหากรัศมีรูหลอดเลือดตีบแคบน้อยกว่าร้อยละ 50 จะยังไม่ทำให้เกิดอาการของ Unstable angina, Non-ST elevation MI และ ST elevation MI เนื่องจากคราบไขมันมีเยื่อหุ้มบางและมีไขมันเป็นส่วนมากมาปกคลุม และถ้ารัศมีรูหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบแคบมากกว่าร้อยละ 75 จะมีอาการเจ็บหน้าอกขณะพัก หรือเมื่อออกกำลังกาย (ปิยะมิตร ศรีธรา, 2543) ซึ่งคราบไขมันดังกล่าวจะปริแตกได้ง่ายหากมีปัจจัยมากระตุ้น คือ การออกกำลังกาย หรือออกแรงอย่างหนัก ภาวะอารมณ์ที่เครียดมาก การสูบบุหรี่ การอยู่ในสถานที่เย็นจัด หลังมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น จากการศึกษาของ Tofler และคณะ (อ้างถึงในจริยา ตันติธรรม, 2547) พบว่าหลังตื่นนอนในตอน

เข้า มักเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำลงเนื่องจากการเปลี่ยนท่านอนเป็นท่านั่งอย่างรวดเร็ว ทำให้เพิ่มการหลั่งฮอร์โมน Catecholamine และ Cortisol ซึ่งจะมีผลทำให้เพิ่มความดันภายในหลอดเลือดแดงที่แข็งให้สูงขึ้น ขณะที่หลอดเลือดแดงเองไม่สามารถยืดขยายออกได้ ร่วมกับมีการกระตุ้นกลไกการแข็งตัวของหลอดเลือด จะทำให้เกิดการปริแตกของผนังหลอดเลือดแดงได้ง่าย ปี ค.ศ.1980 Dewood และคณะ พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ คราบเลือด ลิ่มเลือดไขมันปริแตกและเกิดเป็นก้อนลิ่มเลือดขนาดใหญ่อุดตันในหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลัน (Plaque rupture)

### 1.3 ขั้นตอนการเกิด Acute Coronary Syndrome (จรรยา ตันติธรรม, 2547) มีดังนี้

1.3.1 มีการแตกของ Lipid-laden plaque ซึ่งมี Thin cap จะไม่มีผลต่อระบบไหลเวียนของหลอดเลือดแดงโคโรนารี เมื่อเกิดการอักเสบขึ้นที่บริเวณ Subendothelium จะมีผลทำให้ Plaque อ่อนแอลงง่ายต่อการปริแตกได้ หรือความแรงของกระแสไหลเวียนเลือดหรือความหนืดของเลือด ร่วมกับกายวิภาคของเส้นเลือดหัวใจเอง อาจมีผลทำให้กระแสเลือดไหลแรง กระแทกต่อผนังหลอดเลือดและเกิดการปริแตกได้

1.3.2 Plaque rupture ภายหลังจากการปริแตกของ Claque จะมีเกร็ดเลือดมาครอบปกคลุมบริเวณที่มีร่องรอยแตก กลายเป็นใยร่างแหของเกร็ดเลือด เกิดการกระตุ้นระบบ Fibrinogen cross-link plaque ร่วมกับการกระตุ้นระบบ Coagulation system ซึ่งจะกระตุ้นกลายเป็น Thrombin

1.3.3 Unstable plaque การเกิดลิ่มอุดตันชนิดที่ยังไม่อุดตันสมบูรณ์ทำให้เกิดอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ โดยมักมีอาการขณะพักและเป็นนาน ซึ่งในระยะนี้ส่วนใหญ่จะเป็นก้อนลิ่มเลือดที่มีเกร็ดเลือดมากกว่า ดังนั้นการใช้ยาต้านเกร็ดเลือดจึงได้ประโยชน์มาก

1.3.4 Microemboli เมื่อมีลิ่มเลือดขนาดใหญ่เกิดขึ้น เกิด Microemboli จาก Distal thrombin และหลุดเข้าไปในหลอดเลือดแดงโคโรนารีเส้นเล็กๆ ซึ่งจะมีผลทำให้ตรวจ Cardiac troponin สูงขึ้น เกิด Minimal necrosis คือ กล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีขนาดเล็ก (NSTEMI)

1.3.5 Occlusive thrombus ถ้าก้อนลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงโคโรนารีเป็นเวลานานๆ จะทำให้เกิดเป็น Q-wave MI โดยลิ่มเลือดในระยะนี้ส่วนใหญ่เป็น Thrombin และเม็ดเลือดแดง จึงเป็นหลักฐานสนับสนุนการรักษาที่ใช้ยาละลายลิ่มเลือดหรือขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจะช่วยยับยั้งขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจได้

## 1.4 อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงที่พบในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (วารุณี รัตนมณีและ ยี่สุน นันทวโนทยาน, 2536) มีดังนี้

**1.4.1 อาการเจ็บหน้าอก (Chest pain)** เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด มีข้อเหมือนและข้อแตกต่างระหว่าง Angina pectoris กับกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ

1.4.1.1 ลักษณะการเจ็บเป็น Visceral pain ที่รู้สึกค่อนข้างลึกในอกด้านหน้า จะเจ็บแบบแน่น อึดอัด เหมือนมีอะไรมากดทับ บางครั้งผู้ป่วยจะบอกว่าเหมือนมีอะไรมาบีบหัวใจ อาจเริ่มต้นด้วยอาการเจ็บเล็กน้อยแล้วค่อยเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น

1.4.1.2 ตำแหน่งที่เจ็บ ตำแหน่งที่พบบ่อยมักเป็นบริเวณกลางหน้าอกด้านหน้า หรือลิ้นปี่หรือหน้าอกข้างซ้าย และเป็นบริเวณกว้าง ไม่สามารถชี้เฉพาะได้ด้วยปลายนิ้ว

1.4.1.3 การเจ็บร้าว จะมีอาการเจ็บร้าวไปที่ไหล่ ซ้าย-ขวา ข้อศอก แขน โดยเฉพาะด้านในของแขนซ้ายจนไปถึงนิ้วนาง นิ้วก้อย หรือร้าวไปที่คอ หลัง ขากรรไกรล่าง แต่ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการเจ็บร้าวหรือผู้ป่วยบางรายอาจไม่ได้เริ่มเจ็บหน้าอกก่อน แต่อาจมีอาการชาหนักบริเวณแขนหรือไหล่ นำมาก่อน

1.4.1.4 ระยะเวลาของการเจ็บ ใน Angina pectoris การเจ็บครั้งหนึ่งๆ มักไม่เกิน 15 นาที ใน Coronary insufficiency ระยะเวลาการเจ็บครั้งหนึ่งๆ มักไม่เกิน 30 นาที ใน Acute myocardial infarction ระยะเวลาการเจ็บจะนานกว่า 30 นาที

1.4.1.5 สิ่งที่ทำให้เจ็บ (Precipitating cause) สิ่งที่เป็นสาเหตุชักนำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก ได้แก่ การออกกำลังกาย (Exertion) การรับประทานอาหาร โดยเฉพาะภายหลังการรับประทานอาหารใหม่ๆ หรือรับประทานอาหารอิ่มเกินไป อุณหภูมิ เช่น ความเย็น อากาศหรือเครื่องทำความเย็นๆ ภาวะอารมณ์ เช่น โกรธ หงุดหงิด วิตกกังวล และการสูบบุหรี่

1.4.1.6 สิ่งที่ทำให้อาการเจ็บดีขึ้น การพักใน Angina pectoris เมื่อพักหรือนอนเฉยๆ จะหายเอง แต่ใน Acute myocardial infarction จะไม่หาย หรือการอมยา Nitrate เมื่ออมยาอาการ Angina pectoris จะหาย แต่ถ้าเจ็บหน้าอก จาก Acute myocardial infarction อาการเจ็บหน้าอกจะยังมีอยู่

**1.4.2 ความดันโลหิตต่ำหรือซีด** ความดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัวต่ำกว่า 80 มม.ปรอท และมีอาการ Peripheral cyanosis เย็นตามปลายเท้า หัวใจเต้นผิดปกติ ซีฟจรเบา อาการเหล่านี้เกิดจากการได้รับความเจ็บปวดการเจ็บหน้าอก เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือจากการที่ Cardiac output ลดลงและบางครั้งผู้ป่วยจะเป็นลมหมดสติ เนื่องจากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงอย่างทันทีทันใด

1.4.3 **มีไข้** อุณหภูมิร่างกายจะสูงประมาณ 37.7 °C ใน 24 ชม. เนื่องจากมีการอักเสบและการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และไข้จะลดลง เมื่อมี Fibrosis หรือ Scar formation ขึ้นปกคลุมบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายแล้ว ประมาณในวันที่ 3-7

1.4.4 **การคั่งของเลือดในปอด (Pulmonary edema)** โดยจะแสดงอาการของการหายใจลำบาก (Dyspnea) นอนราบไม่ได้ กระสับกระส่าย ใจมีเสมหะเป็นฟอง อาการเหล่านี้แสดงถึงการที่หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานได้น้อยลง และมักเกิดร่วมกับการที่มีปริมาณเลือดออกจากหัวใจน้อยลง หัวใจวาย หรือช็อค

1.4.5 **คลื่นไส้อาเจียน** เกิดเนื่องจากมีความเจ็บปวดอย่างรุนแรงหรือเกิดจากการที่บริเวณที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ส่ง Vagovagal reflexs ไปยับยั้งการทำงานของระบบทางเดินอาหาร

## 2. ภาวะซึมเศร้า

### 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

มีผู้ที่ศึกษาและให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้มากมาย พอสรุปได้ดังนี้

เบ็ค (Beck, 1967) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่ทำให้บุคคลมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านสรีระวิทยา ได้แก่ มีมโนทัศน์ในด้านลบ ตีเตียนตัวเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ กิจกรรมทางกายน้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ขาดความสนใจเรื่องเพศ เป็นต้น

Beck และคณะ (Beck et al., 1979) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคต ซึ่งมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไปคือการด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (Arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (Selective abstraction) การคิดและแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (Overgeneralization) การขยายต่อเติมหรือตัดทอนเรื่องราว (Magnification and minimization) การคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (Personalization) และการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (Dichotomous thinking)

Beeber (1998) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกว่าสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดอัตโนมัติในด้านลบต่อตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดน้อยลง



ทามาภรณ์ บุรณสมภพ (2547) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า คือ ภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดในด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต โดยจะมีความคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ต่ำห็นตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง และแยกตัวจากสังคม

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึงภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านการคิดและการรับรู้ มีการเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ มีความคิดในด้านลบ รู้สึกไร้ค่า รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น

## 2.2 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน ความรู้สึกไม่สุขสบาย เจ็บปวดจากพยาธิสภาพของโรค และแผนการรักษาถูกรบกวนบ่อยๆ ทำให้นอนไม่หลับ รวมทั้งต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ตนเองไม่คุ้นเคยและไม่ต้องการ การถูกจำกัดกิจกรรมและพันธุนาการด้วยสายหรือเครื่องต่างๆ ที่ผู้ป่วยไม่ทราบถึงความสำคัญและเหตุผลของกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวาดกลัวและวิตกกังวลได้ ผู้ป่วยบางรายอาจต้องเผชิญกับความเครียดอย่างต่อเนื่องจากแผนการรักษาที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง เช่น เกิดภาวะหัวใจวายและมีข้อจำกัดในการขยายหลอดเลือดหรือผ่าตัด ทำให้รู้สึกท้อแท้ ซึมเศร้า หมดหวังได้ (จริยา ต้นติธรรม, 2547) เนื่องจากไม่แน่ใจว่าตนเองจะมีชีวิตอีกนานเพียงใด และการกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ ก็ะยิ่งเพิ่มปัญหาทางด้านจิตใจ จนเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มักเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Frasure-Smith et al., 1993) สาเหตุอาจเกิดจากอารมณ์เศร้าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทอัตโนมัติ และมีการเปลี่ยนแปลงของเกล็ดเลือด ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ระดับของแคททีโคลามีนในกระแสเลือด (Plasma catecholamine) เพิ่มขึ้น อัตราการเผาผลาญของร่างกายเพิ่มขึ้น เร่งให้เกิดคราบ (Plaque) หรือทำลาย Endothelium ของหลอดเลือดแดงมากขึ้น เกิดเป็นลิ่มเลือดอุดตัน จนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ โดยผู้ป่วยอาจเกิด อาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (Unstable angina) ซึ่งเป็นผลจากการแตกของ Atherosclerotic plaque และมีความเสี่ยงต่อการเกิด Acute MI และ Sudden death ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Carney และคณะ (1995) ที่ทำการศึกษาคความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะ

ซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้ามีการตีบตันของหลอดเลือดมากกว่าร้อยละ 50 แต่ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้น พบว่ามีการตีบตันของหลอดเลือดมากกว่าร้อยละ 75 และพบว่าความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจจะลดลงในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

นอกจากนี้ Frasure-Smith และคณะ (1995) ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายไปแล้ว 18 เดือน ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 218 ราย พบว่า 35 รายมีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง ผู้ป่วยจำนวน 68 รายมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายของผู้ป่วยภายในระยะเวลา 18 เดือน ( $P = .0002$ ) ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง จะมีอัตราการตายสูงเช่นกัน ( $P < .00001$ )

จึงเห็นได้ว่าผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้น มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ส่งผลกระทบต่อสภาวะทางด้านจิตใจ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลควรตระหนักและปฏิบัติในการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

## 2.3 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร่ายังอธิบายได้ไม่ค่อยชัดเจน มีการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าจากสาเหตุหลายประการ ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543, อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2545)

### 2.3.1 ปัจจัยด้านร่างกาย

ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic transmission) กล่าวถึง การเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเป็นลักษณะการบกพร่องในพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง โดยจากการศึกษา คู่แฝดไข่ใบเดียวกันที่คนหนึ่งมีความผิดปกติทางอารมณ์ พบว่า คู่แฝดอีกคนมีโอกาที่จะมีความผิดปกติทางอารมณ์ ร้อยละ 65 ขณะที่คู่แฝดไข่คนละใบ พบเพียงร้อยละ 14 และมีการศึกษา พบว่า ถ้าบิดา มารดาเป็นโรคซึมเศร้าบุตรจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่า และหากเป็นทั้งคู่ เด็กจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงถึง 4 เท่า

ทฤษฎีทางชีวเคมี (Biochemical theory of depression) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ซึ่งมีความเข้มข้นลดลง ได้แก่ ซีโรโทนิน (Serotonin) โดพามีน (Dopamine) และนอร์อิพิเนพริน (Norepineprine) โดยสารเหล่านี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น และจากการศึกษาของ Sano (1989 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545) พบว่าระดับความเข้มข้นของสารซีโรโทนิน จะลดต่ำลงในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ร่วมกับโรคสมองเสื่อม

## 2.3.2 ปัจจัยด้านจิตใจ

2.3.2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า การสูญเสียเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียสิ่งที่เป็นที่รัก สิ่งที่มีความสำคัญกับตน หรือการสูญเสียอวัยวะต่างๆ ที่ทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป ฟรอยด์ อธิบายว่า อารมณ์เศร้าเกิดจากการสูญเสียสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น การตายจากหรือการถูกปฏิเสธ ฟรอยด์ มีความเชื่อว่าสาเหตุของความเศร้าโศกเกิดจากความรู้สึกสับสนเรื่องสัมพันธภาพเกี่ยวกับความรัก สัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก และความขัดแย้งเกี่ยวกับตนเอง

2.3.2.2 ทฤษฎีพัฒนาการ และประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้เกี่ยวกับความล้มเหลวของตนเอง การถูกทอดทิ้ง โดยเฉพาะจากบุคคลที่มีความสำคัญ ทำให้บุคคลมีความรู้สึกเศร้า มีความคิด และความหวังเกี่ยวกับตนเองในทางลบ ไม่สามารถปรับตัวได้ Sullivan (2000) เชื่อว่าความขัดแย้งในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal interaction) หรือสภาพของสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า

2.3.2.3 ปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive theory) พบว่า ความเศร้า เกิดจากการที่บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ คิดโทษตนเอง ทำร้ายตนเอง Beck (1967) ได้ระบุถึงความคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าไว้ 3 ประการคือ การมีความคิดทางลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต ซึ่งรูปแบบของความคิดทั้ง 3 ประการ คือ

1) รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่อตนเอง (Negative view of self) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่ามีข้อบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่น่าปรารถนา อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนคิด ขึ้นเอง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้น ก็จะโทษว่าทั้งหมดเกิดขึ้นเพราะความผิดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2) รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่อสิ่งแวดล้อม (Negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย มองชีวิตในขณะนั้นเต็มไปด้วยภาระอุปสรรค หรือมีสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใด ก็แปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบ จึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

3) รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่ออนาคต (Negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายความทุกข์ยากในปัจจุบันว่าจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด มองไปข้างหน้าชีวิตก็จะมีแต่ความยากลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลง จะมีแต่ความคับข้องใจและความสูญเสีย เมื่อ

พบกับสถานการณ์ในปัจจุบัน ก็จะมีมองล่วงหน้าไปว่าอนาคตจะเป็นสิ่งที่เป็นปัญหาต่อไป ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต สูญเสียความหวังในอนาคต และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎีด้านปัญญา สามารถให้การช่วยเหลือ และป้องกันได้ โดยการวินิจฉัยให้พบตั้งแต่เริ่มแรก แยกแยะ ทำความกระจ่าง และช่วยให้บุคคลเกิดความคิดในทางบวกทดแทน จะเป็นผลให้วงจรของความซึมเศร้าถูกตัดไป ทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า หรืออย่างน้อยที่สุดก็ช่วยไม่ให้อยู่ในระดับที่เป็นอันตราย (Beck et al., 1979)

### 2.3.3 ปัจจัยด้านสังคม

สามารถอธิบายได้ว่า การเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลจาก จารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลง ทำให้บุคคลยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติทางลบและแยกตัว อีกประการหนึ่ง คือ การขาดการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการประสบกับการสูญเสียของคู่สมรส เช่น การแยกกันอยู่ การเสียชีวิต

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายๆ ปัจจัยผสมรวมกัน ทั้งปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคมวัฒนธรรมที่บีบคั้นและมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย และจากการวิเคราะห์งานวิจัยของ Dobson (1989); Harrington และคณะ (1998); Reinecke และคณะ (1998) พบว่าจากทฤษฎีต่างๆ ที่อธิบายถึงปัจจัยเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ทฤษฎีปัญญานิยมได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายว่าสามารถอธิบายถึงปัจจัยการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้ดี (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541; สมพร นุชราทิจ และเธียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2542)

## 2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนี้

### 2.4.1 เพศ

เพศ เป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบความแตกต่างในเรื่อง สรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพ และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวและสังคม มีผลให้เกิดภาวะสุขภาพแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพจิต ซึ่งจะเห็นว่าเพศชายจะมีจิตใจเข้มแข็ง ไม่คิดมาก มี

การปรับตัวมากกว่าผู้หญิง (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2542) เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 2 ถึง 3 เท่า (Dobbels et al., 2002) จากรายงานการวิจัยพบว่า เพศหญิงที่ทำการผ่าตัดหัวใจ จะมีอัตราการตายภายในระยะเวลา 6 เดือนภายหลังการผ่าตัดหัวใจมากกว่าเพศชาย (Rankin et al., cited in Cronin, 1997) และพบว่าในผู้ป่วยที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าจะเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Crowe et al., 1996) Duit และคณะ (1998) ทำการศึกษาปัจจัยเรื่องเพศกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดหัวใจพบว่า เพศหญิงจะมีความวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### 2.4.2 อายุ

เมื่อบุคคลอายุมากขึ้น บุคคลจะมีความสามารถในการคิด การวินิจฉัยไตร่ตรอง และการตัดสินใจเลือกวิธีในการเผชิญปัญหามากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลได้ผ่านภาวะวิกฤต และมีประสบการณ์ พัฒนาการ ทำให้วุฒิภาวะสูงขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984) เกิดประสบการณ์ และการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหา ในขณะที่ผู้ที่มีอายุน้อยจะไม่มีประสบการณ์ในแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า (Baas et al., 1999 cited in Artinian, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lesperance และคณะ (1996) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้น เกิดในผู้ที่มีอายุน้อย มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก

#### 2.4.3 รายได้

รายได้เป็นตัวบ่งบอกสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตในด้านการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเองให้มีความสุข และสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล จึงมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต ความสุขในชีวิต รายได้เป็นแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ โดยผู้ที่มีรายได้ดี มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการพื้นฐานและปัจจัยสี่ของบุคคล โดยในผู้ที่มีรายได้ต่ำมักมีปัญหาในการจัดหาความต้องการพื้นฐาน มีความยุ่งยากในเรื่องการวางแผนการเงินและการใช้เงินซึ่งมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของบุคคล ซึ่งจากการศึกษาของ Marmot และคณะ (1991) พบว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ จะทำให้เกิดภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม ได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้สูง



#### 2.4.4 ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วย ในระยะเวลาที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของโรคและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป มีผลทำให้ทัศนคติมีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางลบ ส่งผลให้มีพฤติกรรมตอบสนองแสดงออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความรู้สึกสูญเสีย เศร้าโศก ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกด้อยค่าในตนเอง ตลอดจนมีการแยกตัวทางสังคม ทั้งนี้เป็นเพราะทัศนคติเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลในการเกิดพฤติกรรม ทศพร พัฒนนิรมาน (2532) พบว่าระยะที่เป็นโรคร่วมกับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ เกิดความลังเลใจในการวางแผนชีวิตตนเองและครอบครัว นำไปสู่การขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติกรดูแลตนเอง และส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Koenig และคณะ (1988) ที่พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้น จะทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากการศึกษาของกุลธิดา พานิชกุล (2536) พบว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

#### 2.4.5 ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ

ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ หมายถึง ระดับความสามารถของหัวใจในการบีบเลือดออกไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกาย องค์ประกอบที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ประกอบด้วย (Schactman et al., 1995)

2.4.5.1 Preload หมายถึง ปริมาณเลือดที่อยู่ในหัวใจห้องล่างในช่วงสุดท้ายของการคลายตัวของหัวใจ ปัจจัยที่มีผลต่อ preload ได้แก่ ปริมาณเลือดที่ไหลย้อนกลับเข้าสู่หัวใจ (Venous return), ปริมาณเลือดที่เหลืออยู่ในหัวใจหลังการบีบตัว (End systolic volume), การบีบตัวของหัวใจห้องบนทำให้มีเลือดถูกบีบเข้าสู่หัวใจห้องล่างอีกประมาณร้อยละ 30 (Atrial systole)

2.4.5.2 Afterload หมายถึง แรงต้านทานการไหลของเลือดในขณะหัวใจบีบตัว ซึ่งขึ้นกับการอุดกั้นของทางเดินเลือด แรงต้านของหลอดเลือด และการยืดขยายของหัวใจห้องล่าง

2.4.5.3 Contractility หมายถึง ประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ

2.4.5.4 Heart rate หมายถึง อัตราการเต้นของหัวใจในหนึ่งนาที

การประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ วิธีที่ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (Seifert, 1994; Schactman et al., 1995) ได้แก่

- 1) การประเมินจากขนาดห้องของหัวใจจากภาพถ่ายรังสีทรวงอก
- 2) การวัดระดับ B-type natriuretic peptide ในเลือด

3) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

4) การวัด Cardiac Output วัดได้โดยการใส่สาย Pulmonary artery Catheter มีกระบวนการขั้นตอนในการวัดและการคำนวณโดยการใช้เครื่องมือที่อาศัยหลัก Thermodilution

2.4.5.5 การวัด Left Ventricular Ejection Fraction (LVEF) จากการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนของหัวใจ หรือการตรวจสวนหัวใจ ค่า LVEF หมายถึงสัดส่วนของปริมาตรของเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายในแต่ละครั้ง (Stroke volume: SV) ต่อปริมาตรเลือดที่เหลือค้างอยู่ในหัวใจห้องล่างซ้ายในช่วงสุดท้ายของการคลายตัว (Left Ventricular end diastolic volume: LVEDV) ดังนั้นจึงมีค่าเท่ากับ  $SV/LVEDV$  (Schactman et al., 1995) ประเมินออกเป็น 4 ระดับ (Danstan and Riddle, 1997) คือ

LVEF	> 55%	หมายถึง	ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจปกติ
LVEF	40-55%	หมายถึง	ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำเล็กน้อย
LVEF	26-39%	หมายถึง	ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำปานกลาง
LVEF	≤ 25%	หมายถึง	ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำรุนแรง

Denollet และคณะ (1998) ศึกษาเกี่ยวกับบุคลิกภาพ ความรุนแรงของโรค และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์เกี่ยวกับหัวใจในผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่ลดลงภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายภายในระยะเวลา 6 ถึง 10 ปี พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่น้อยกว่าร้อยละ 30 มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับที่ต่ำ ( $P = .06$ ) และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่น้อยกว่า 30% มีความสัมพันธ์กับการเกิดเหตุการณ์ของหัวใจ ( $P < .02$ ) อีกทั้งพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดเหตุการณ์ของหัวใจ ( $P < .01$ ) แต่ไม่ได้ระบุทิศทางความสัมพันธ์ไว้

#### 2.4.6 ภาวะการทำหน้าที่

ภาวะการทำหน้าที่ หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันซึ่งอาจส่งผลหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยจะแสดงถึงอาการใจสั่น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอก ระดับภาวะการทำหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นจะบ่งชี้ถึงการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคหัวใจไม่สามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้ (Artinian, 2003) โดยตามเกณฑ์ของ The New York Heart Association (NYHA) ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว Class I จะมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 8 ในขณะที่ Class IV จะมีโอกาสเกิดถึงร้อยละ 40 (Freedland, 2003 cited in Artinian, 2003)

ระดับภาวะการทำหน้าที่ ตามเกณฑ์ของ The New York Heart Association (NYHA) สามารถแบ่งได้ดังนี้ คือ

- Class 1 หมายถึง ไม่จำกัดกิจกรรมที่ทำ และการทำกิจกรรมไม่ทำให้เกิดอาการ ใจสั้น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอก
- Class 2 หมายถึง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย การทำกิจวัตรประจำวัน อาจทำให้เกิดอาการใจสั้น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอกได้
- Class 3 หมายถึง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น ในขณะที่พักไม่มีอาการ แต่กิจกรรมเล็กน้อยทำให้เหนื่อยหอบ ใจสั้น เจ็บหน้าอก
- Class 4 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ ในขณะที่พักมีอาการเหนื่อยหอบ ใจสั้น เจ็บหน้าอก

#### 2.4.7 ความเหนื่อยล้า

ความเหนื่อยล้า เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้เสมอในชีวิตประจำวัน เป็นคำที่ใช้อธิบายถึง สภาพที่ผิดแปลกไปจากสภาพปกติ และมักใช้ในความหมายของการเจ็บป่วย (Shaver, 2000; เวณิกา กำลังเอก, 2534) ความเหนื่อยล้าเป็นเครื่องเตือนภัยให้บุคคลลดความต้องการในการทำงานให้น้อยลง ตลอดจนหลีกเลี่ยงภาวะเครียดที่มีต่อผลกระทบต่อร่างกาย (Hart et al., 1990) แต่ถ้าหากไม่มีความเหนื่อยล้าเป็นเครื่องเตือนภัย จะเกิดการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย (Pickard-Holley, 1991) โดยบุคคลเมื่อมีความเหนื่อยล้าจะส่งผลให้ร่างกายเกิดความต้องการพักผ่อน ไม่อยากมีกิจกรรม เพื่อให้ร่างกายได้มีโอกาสฟื้นฟูสภาพ ความเหนื่อยล้าถ้าเกิดขึ้นบ่อยๆ จะคงอยู่นาน และรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันจนไม่สามารถแก้ไขได้ และกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น (Aistar, 1987; Piper, 1993)

##### 2.4.7.1 ความหมายของความเหนื่อยล้า

ความเหนื่อยล้ามีความหมายหลากหลายตามมุมมองและมิติที่ต้องการศึกษา ได้แก่ การให้ความหมายของความเหนื่อยล้าในด้านการรับรู้ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การให้ความหมายในลักษณะของสาเหตุที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ตลอดจนการให้ความหมายของวิธีการบรรเทาความเหนื่อยล้า ดังต่อไปนี้

ความหมายของความเหนื่อยล้าในด้านการรับรู้ของบุคคล ได้แก่

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ที่เกิดภาวะผิดปกติ หรือร่างกายรู้สึกเหนื่อยมาก อาจเกิดความเหนื่อยล้าอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ได้ โดยการนอนหลับพักผ่อนอย่าง

เดียวไม่สามารถทำให้ความเหนื่อยล้าหายไปได้ และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล (Piper, 1987; Piper, 1993)

ความเหนื่อยล้า เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล เป็นความรู้สึกไม่พึงพอใจตลอดร่างกาย ได้แก่ เหนื่อยมากจนกระทั่งหมดแรง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล (Ream and Richardson, 1997)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ที่ไม่สุขสบายเพิ่มมากขึ้น และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง โดยมีสาเหตุมาจากพลังงานลดลง (Pickard-Holley, 1991)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลประสบกับความรู้สึกเหนื่อยจนถึงหมดแรง (Exhaustion) ละอาจมีความผิดปกติด้านร่างกาย อารมณ์และความรู้สึกนึกคิดร่วมด้วย (Hubsky and Sears, 1992)

ความเหนื่อยล้า เป็นความรู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าปกติอันเป็นผลมาจากการทำกิจกรรมและการสูญเสียพลังงาน (Skalla and Lacase, 1992)

นอกจากความหมายของความเหนื่อยล้าในด้านการรับรู้แล้วยังมีการให้ความหมายตามสาเหตุของการเกิดความเหนื่อยล้า ได้แก่

ความเหนื่อยล้า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของสิ่งแวดล้อมภายในร่างกาย โดยเชื่อว่าร่างกายจะพยายามรักษาสสมดุลของร่างกาย ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อพลังงานที่มีไม่เพียงพอต่อความต้องการในภาวะที่เจ็บป่วยความเหนื่อยล้าเป็นผลมาจากการที่ร่างกายใช้พลังงานในการทำให้หายจากโรค (Schacfer and Mary, 1992)

ความเหนื่อยล้า เป็นการรับรู้ของบุคคลว่ารู้สึกอิดโรยหรือเหนื่อย อันเป็นผลมาจากการออกกำลังกายหรือเครียด จากการที่มีกิจกรรมทางร่างกายหรือจิตใจเป็นระยะเวลานานหรือเกิดจากการมีความรู้สึกเบื่อหน่ายจากการที่ต้องทำงานแบบเดิมตลอด (Varrichio, 1985)

สรุปได้ว่า ความเหนื่อยล้าเป็นการรับรู้ของบุคคลว่ารู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย อิดโรย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรง อาจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรัง เกิดได้จากอาการผิดปกติทางด้านจิตใจ ผิดปกติทางพฤติกรรมและความรู้สึกด้านการรับรู้และด้านสติปัญญา ร่วมกันหรือไม่ก็ได้ด้วย และไม่สามารถบรรเทาได้ด้วย การนอนพัก อันจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานของร่างกายและจิตใจ และกระทบต่อคุณภาพชีวิตในที่สุด

#### 2.4.7.2 การประเมินความเหนื่อยล้า

จากการทบทวนเครื่องมือการประเมินความเหนื่อยล้า สรุปได้ 2 วิธี คือ

1) การประเมินจากความรู้สึกของบุคคล (Subjective data) เป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไป (Piper, 1993) แบบประเมินความเหนื่อยล้าตามความรู้สึกของบุคคลที่ถูกประเมิน ได้แก่ ความรู้สึกที่ว่าร่างกายอ่อนเพลีย อ่อนแอ อิดโรย ไม่มีกำลัง ง่วงนอน ไม่อยากทำอะไร ไม่สุขสบาย ไม่มีสมาธิ หลงลืม ไม่มั่นใจตนเอง มีความอดทนต่ำ เป็นต้น โดยประเมินจากการรับรู้และความรู้สึกของบุคคล ได้แก่

1.1) แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper, 1987) เป็นแบบประเมินที่มีมาตรวัดเป็นแบบ วิสซัวล อะนาลอก (Visual analogue scale) ประกอบด้วย 42 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ระยะเวลา ความรุนแรง การรับรู้และความรู้สึก ต่อมา Piper ได้ปรับแบบประเมินเหลือเพียง 27 ข้อ (Piper, 1988) ประกอบด้วยคำถาม 1 ข้อเป็นคำถามเชิงคุณภาพ อีก 22 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด มาตรวัดระดับที่เป็นตัวเลข (Numeric rating scale) ลักษณะคำตอบในแต่ละข้อเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0-10 โดยทางด้านซ้ายประกอบด้วยวลี “ไม่เลย” และทางด้านขวามือกำกับด้วย “มากที่สุด” แบบประเมินที่ปรับใหม่นี้ ใช้ประเมินความเหนื่อยล้าใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง 2) ด้านการรับรู้ความหมาย 3) ด้านความรู้สึก และ 4) ด้านสติปัญญาและอารมณ์ โดยมีความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .97 (Piper et al., 1998)

1.2) แบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Lee, Hick and Nino –Murcia (1991 cited in Friedberg and Jason, 1998) เป็นแบบประเมินที่มีแบบมาตรวัด วิสซัวล อะนาลอก (Visual analogue scale) ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเพื่อประเมินพลังงาน จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามเพื่อประเมินความเหนื่อยล้าจำนวน 13 ข้อ ซึ่งผู้สร้างเครื่องมือได้นำไปใช้ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการนอนหลับ จำนวน 57 ราย และผู้ที่มีสุขภาพดี จำนวน 75 ราย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นที่ .91 - .96

1.3) แบบประเมินภาวะอารมณ์ของ McNair, Lorr and Dropplement (1992 cited in Friedberg and Jason, 1998) (The Profile of Mood States; POMS) เป็นแบบประเมิน Verbal rating scale (VRS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 65 ข้อ แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับผู้ป่วย แบบประเมินจึงถูกปรับข้อคำถามเหลือเพียง 30 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ ภาวะซึมเศร้า ตึงเครียด โกรธ สับสน เหนื่อยล้า และความแข็งแรง จากนั้นหาความเชื่อมั่นรายด้านพบว่า ความเชื่อมั่นในแต่ละด้าน มีดังนี้ ภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .81- .91 ความตึงเครียด เท่ากับ .73 - .93 ความโกรธ เท่ากับ .84 - .91 ความสับสน เท่ากับ .67 - .83 ความเหนื่อยล้า เท่ากับ .86 - .95 และความแข็งแรง เท่ากับ .87 - .93

2) การประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Objective data) ซึ่งผู้ประเมินเห็นได้อย่างชัดเจนในผู้ถูกประเมิน เช่น มีพฤติกรรมง่วง



นอนตลอด ความสนใจและแรงจูงใจลดลง หงุดหงิด ฉุนเฉียว เพิกเฉยละเลยเรื่องต่างๆ มักทำเฉพาะกิจกรรมที่เบาๆ หรือง่าย เวลาทำอะไรไม่สำเร็จหรือไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ ความคล่องตัวลดลงตอบโต้ช้า ตอบสั้นๆ เสียงเบาต่ำ พูดอยู่ในลำคอ ไม่ต้องการพูดกับใคร มีผิวซีด หายใจตื้น สีหน้าอิดโรย (Piper, 1993) ซึ่งแบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการสังเกต ได้แก่

2.1) แบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Rhoten (1982) เป็นแบบประเมินที่มีมาตรวัดด้วยตัวเลข (Numeric rating scale) จำนวน 1 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 0-10 และเป็นแบบสังเกตพฤติกรรมโดยการสังเกตจากปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายต่อการเกิดความเหนื่อยล้า 5 ด้าน คือ ลักษณะทั่วไป สีผิว การติดต่อสื่อสาร กิจกรรม หรือการแสดงออกและด้านทัศนคติ เครื่องมือนี้สร้างขึ้นเพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยผ่าตัด แต่ไม่ได้เปรียบเทียบในกลุ่มผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี จึงไม่มีความเฉพาะเจาะจง (Rhoten, 1982 cited in Friedberg and Jason, 1998)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินโดยใช้แบบประเมินของความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper, 1998) ดัดแปลงมาจากฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยเพียงใจ ดาโลปการ (2545) ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ เป็นแบบประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ลักษณะข้อคำถามเป็นตัวเลข ตั้งแต่ 0-10 ให้เลือกตอบบนเส้นตรง (Numeric scale) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 0-220 คะแนน ค่าความเที่ยงจากการนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 30 คน และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .91 - .99

#### 2.4.7.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้าและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีสาเหตุมาจากการตายของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้การไหลเวียนของกล้ามเนื้อหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายน้อยลง ซึ่งส่งผลให้ เซลล์ในร่างกายจึงขาดออกซิเจนและขาดสารอาหารทำให้เกิดกระบวนการเผาผลาญที่ผิดปกติมีการสะสมของกรดแลคติก ซึ่งการสะสมของกรดแลคติก จะทำให้ความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper, 1993) ภาวะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังจะทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและเครียด ซึ่งจะส่งผลต่อการทำงานของระบบเรติคูลาร์แอกติเวตติ้ง ทำให้เกิดไม่สามารถคงไว้ซึ่งการตื่นตัว ทำให้เกิดเป็นความเหนื่อยล้า (Mock, 1997) Reyes และคณะ (2004) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดความเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ขณะที่ Sullivan และคณะ (2000) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้า (fatigue severity) ในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจ ( $p < 0.0001$ )

## 2.4.8 อาการหายใจลำบาก

### 2.4.8.1 ความหมายของอาการหายใจลำบาก

อดิศร วงษา (2538) กล่าวว่า ภาวะหายใจลำบาก เป็นอาการหอบเหนื่อยซึ่งต้องอาศัยการบอกกล่าวของตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจบอกว่าเหนื่อยทั้งที่อัตราการหายใจปกติ แต่ในผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอัตราการหายใจเร็ว 30 ครั้งต่อนาที อาจรู้สึกว่าเป็นปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

จุฬาลักษณ์ บาร์มี (2537) กล่าวถึง อาการหายใจลำบากว่า เป็นอาการที่บอกล่าจากความรู้สึก ไม่สามารถตรวจวัดและแบ่งระดับความรุนแรงของอาการได้ และมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยทั่วไปจะบอกล่าและอธิบายอาการหายใจลำบากว่า "เป็นการหายใจที่ต้องออกแรงมาก" "หายใจด้วยความลำบาก" "หายใจจนเหนื่อย" "หายใจไม่ทัน" "หายใจไม่สะดวก" หรือ "แน่นหน้าอก" อาจพบในคนที่ปกติและคนที่มีพยาธิสภาพของร่างกายก็ได้ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของแต่ละบุคคล

Thomas (1999) ให้ความหมายว่า อาการหายใจลำบากคือ ความรู้สึก (Sensation) ของการหายใจไม่พอ (Breathlessness) เป็นความหมายที่เฉพาะเจาะจง วัดได้ยากในเชิงปริมาณ ความรู้สึกนี้เกิดขึ้นได้กับคนปกติและผู้ที่เป็นโรค ซึ่งไม่เกิดขึ้นเฉพาะกับโรคทางเดินหายใจเท่านั้น แต่สามารถเกิดได้กับโรคที่เกี่ยวข้องกับหลายๆอวัยวะ

Gift (1990) กล่าวว่า อาการหายใจลำบาก หมายถึง ความรู้สึกส่วนบุคคลเกี่ยวกับความไม่สุขสบาย หรือความยากลำบากของการหายใจ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ ด้านความรู้สึก ด้านการรับรู้ ด้านความทุกข์ทรมานจากอาการ ด้านการตอบสนอง และด้านการรายงานอาการ

ส่วน Lenz และคณะ (1997) ได้ให้ความหมายว่า อาการหายใจลำบาก หมายถึง ความรู้สึกส่วนบุคคลเกี่ยวกับความไม่สุขสบาย หรือความยากลำบากของการหายใจ ประกอบด้วย 4 มิติ คือ ความรุนแรง (Intensity) เวลา (Timing) ความทุกข์ทรมาน (Distress) และคุณลักษณะของอาการ (Quality)

สรุปได้ว่า อาการหายใจลำบากเป็น การบอกล่าความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความไม่สุขสบาย หรือความลำบากของการหายใจ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิด Theory of

Unpleasant Symptom ตามแนวคิดของ Lenz และคณะ (1997) ซึ่งแบ่งอาการหายใจลำบาก ออกเป็น 4 มิติ คือ ความรุนแรง (Intensity) เวลา (Timing) ความทุกข์ทรมาน (Distress) และ คุณลักษณะของอาการ (Quality)

#### 2.4.8.2 แนวคิดอาการหายใจลำบาก (Dyspnea model)

Sassi-Dambros และคณะ (1995) กล่าวว่า อาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์ อย่างใกล้ชิดกับความรู้สึกไม่สบาย ความคับข้องใจ ความกลัว และความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วย ถูกจำกัดการทำกิจกรรมและการทำกิจกรรมที่ลดลงนี้จะมีผลทำให้ความสามารถในการทำงานของ ผู้ป่วยลดลงตามมา (Physical deconditioning) ซึ่งจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากชนิด เรื้อรังอยู่ก่อนแล้ว มีความรุนแรงของอาการหายใจลำบากขณะมีกิจกรรมต่างๆ เพิ่มมากขึ้น เป็น วงจรต่อเนื่องกันไป

1) Theory of Unpleasant Symptom ของ Lenz และคณะ (1997) ทฤษฎีนี้ ประกอบด้วยสามองค์ประกอบ คือ อาการ ปัจจัยที่มีผลต่ออาการ และผลจากอาการ

1.1) อาการถือเป็นศูนย์กลางของทฤษฎี อาการในความหมายของทฤษฎีนี้ เป็นประสบการณ์ที่ประกอบด้วยหลายมิติ (Multidimensional experience) แต่ละมิติสามารถ รายงานและประเมินแยกออกจากกันได้อาการที่ถูกกล่าวถึงในทฤษฎีนี้ได้แก่อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) ความเหนื่อยล้า (Fatigue) อาการคลื่นไส้ (Nausea) และความเจ็บปวด (Pain) อาการ ทุกอาการประกอบด้วย 4 มิติ แต่ละมิติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แต่สามารถแยกออกจากกัน ได้โดยชัดเจน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1.1) มิติด้านความรุนแรง (Intensity) หมายถึง ความรุนแรง (Severity) ความแรงของการเกิดอาการ (Strength) เป็นมิติที่นิยมใช้กันมากในทางคลินิกและการวิจัย เนื่องจากเป็นสิ่งที่วัดได้ง่าย ผู้ป่วยมักถูกประเมินอาการในมิตินี้ด้วยคำถามว่า “ปวดมากแค่ไหน” “เหนื่อยมากแค่ไหน” “รู้สึกล้ามากแค่ไหน” “คลื่นไส้มากแค่ไหน”

1.1.2) มิติด้านเวลา (Timing) หมายถึง ความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นเป็น ระยะ (Intermittent) หรือเป็นช่วงความยาวนาน (Duration) ของอาการที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรังและมี ความรุนแรงเพิ่มขึ้นเป็นระยะ มิติด้านนี้ยังมีความหมายรวมไปถึงกิจกรรมหรือช่วงเวลาที่มีสัมพันธ์ กับการเกิดอาการ เช่น อาการคลื่นไส้ ที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับมื้ออาหาร

1.1.3) มิติด้านความทุกข์ทรมาน (Distress) หมายถึง ระดับความทุกข์ ทรมานหรือการถูกรบกวนของบุคคลที่เกิดจากอาการ ระดับความทุกข์ทรมานหรือการรบกวนที่ เกิดขึ้นนี้มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ผู้ป่วยคือผู้รายงานความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจาก

อาการ มิติด้านนี้มีผลต่อการวัดผลสัมฤทธิ์ของการบำบัดทางการพยาบาลหรือการรักษาต่ออาการนั้นๆ รวมทั้งมีผลต่อการจัดการอาการของผู้ป่วยเอง จัดเป็นมิติที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมากที่สุด

1.1.4) มิติด้านคุณลักษณะของอาการ (Quality) คุณลักษณะของอาการสามารถรายงานออกมาในลักษณะของคำพูดที่ใช้อธิบายลักษณะของอาการนั้นๆ เช่น การอธิบายคุณลักษณะของอาการปวดตาม McGill pain questionnaire เช่น Pounding, Thribbing หรือ Flickening การอธิบายลักษณะอาการหายใจลำบาก ในลักษณะที่ต่างกัน เช่น suffocation อึดอัดแน่นในอก หรือหายใจไม่พอ เป็นต้น คุณลักษณะของอาการที่กล่าวมานี้ มีความหมายรวมไปถึงตำแหน่ง ระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดและบุคคลผู้ประสบกับอาการนั้นอธิบายออกมา คุณลักษณะของอาการนี้มีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการแยกแยะพยาธิสภาพของโรคที่เป็นเหตุให้เกิดอาการและการตั้งข้อวินิจฉัยทั้งทางการแพทย์และทางการพยาบาล ระดับการศึกษา ทักษะความสามารถในการใช้ภาษาและความผิดปกติของการรับรู้ ล้วนมีผลต่อประสบการณ์ที่บุคคลมีต่ออาการ นอกจากนี้ระยะเวลาของการเกิดอาการ มีผลทำให้บุคคลมีระดับความสามารถในการอธิบายคุณลักษณะของอาการออกมาได้แตกต่างกัน

1.2) ผลที่เกิดจากอาการ (Consequences of the symptom experience) ในทฤษฎีนี้ใช้คำว่า Performance ซึ่งประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ กิจกรรมด้านการทำหน้าที่ และด้านการรู้คิด โดยกิจกรรมด้านการทำหน้าที่ (Functional performance) ได้แก่ กิจกรรมทางกาย กิจกรรมประจำวัน กิจกรรมและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และบทบาทหน้าที่ด้านการงาน ส่วนกิจกรรมด้านการรู้คิด (Cognitive performance) ได้แก่ ความสนใจ การรู้คิด การแก้ปัญหา เมื่อเกิดอาการรุนแรงมากขึ้นสิ่งที่ตามมา คือ ภาวะสุขภาพที่แย่ลง การทำบทบาทหน้าที่ที่ไม่มีประสิทธิภาพ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่แย่ลง คุณภาพชีวิตต่ำลงและร่างกายทำหน้าที่ได้น้อยลง ทั้ง performance และตัวอาการต่างก็มีผลต่อกัน และกัน เช่นความปวดมีผลทำให้บุคคลมีกิจกรรมทางกายลดลง เมื่อกิจกรรมทางกายลดลงก็ส่งผลให้อาการปวดมากขึ้น

แนวคิดนี้ยังแสดงให้เห็นว่า Performance ที่ลดลงส่งผลย้อนกลับไปยังปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factors) โดยส่งผลในทางลบกับปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อม เช่น บุคคลที่มีบทบาทหน้าที่และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ลดลงจากอาการปวดเรื้อรังทำให้การได้รับสารอาหารเปลี่ยนแปลง (ปัจจัยด้านร่างกาย) มีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าสูงขึ้น (ปัจจัยด้านจิตใจ) และอาจทำให้สูญเสียงาน ส่งผลให้สูญเสียการสนับสนุนทางสังคมตามมา (ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม)

1.3) ปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factors) ทฤษฎีนี้แบ่งกลุ่มตัวแปรที่มีผลหรือมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการออกเป็นสามด้าน คือ ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.3.1) ปัจจัยด้านร่างกาย (Physiological factors) หมายถึงระบบการทำงานของร่างกายที่มีผลต่อการเกิดอาการ มักวินิจฉัยได้จากอาการที่เกิดขึ้น ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ การทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่เป็นปกติ การเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพ และระดับพลังงานของแต่ละบุคคล (ความสมดุลของสารอาหารและระดับสารน้ำในร่างกาย)

1.3.2) ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) ประกอบด้วย ภาวะอารมณ์ ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่ตอบสนองต่อการเจ็บป่วย และระดับความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความรู้ และการแปลความหมายของอาการ ภาวะทางจิตใจที่มีการศึกษาอย่างมากและยืนยันว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการ คือ ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า โดยพบว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลและการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนคือสิ่งที่มีความเครียดในระดับสูง จะมีประสบการณ์ต่ออาการในระดับที่รุนแรงกว่าบุคคลที่มีความเครียดต่ำกว่า

1.3.3) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (Situational factors) หมายถึงสภาพแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพที่ส่งผลต่อประสบการณ์และการรายงานอาการ สภาพแวดล้อมทางสังคม ประกอบด้วย สถานะทางการทำงาน สถานภาพสมรส และสถานภาพทางครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม แหล่งบริการทางสุขภาพและความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ และวิถีการดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ประกอบด้วย ความร้อน ความชื้น เสียง แสง และคุณภาพของอากาศ

#### 2.4.8.3 อาการหายใจลำบาก แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) อาการหายใจลำบากแบบเฉียบพลัน (Acute dyspnea) อาการมักจะเกิดขึ้นในระยะเวลานับวัน และมีระดับความรุนแรง ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน (Curly cited in Nancy and Diane, 2001) เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะ pulmonary embolism

2) อาการหายใจลำบากแบบเรื้อรัง (Chronic dyspnea) อาการมักจะเกิดนานกว่า และมีระดับความรุนแรงอยู่ในขั้นปานกลางถึงรุนแรง (Curly cited in Nancy and Diane, 2001) เช่น ผู้ป่วย COPD ผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นต้น



#### 2.4.8.4 การประเมินอาการหายใจลำบากโดยการซักประวัติ

การประเมินอาการนั้น ต้องอาศัยการซักประวัติจากผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากในเรื่องระยะเวลาที่เกิดอาการ สาเหตุกระตุ้น อาการที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการมากขึ้น ลักษณะอาการและความรุนแรงของอาการ (Schwartzstein, 1999) ดังนี้

1) เวลา (Timing) จะช่วยในการแยก Acute dyspnea จาก Chronic dyspnea เช่นในผู้ป่วย COPD อาการรุนแรงจะดำเนินไปเรื่อยๆ ขณะที่ Asthma หรือ Pulmonary embolism ค่อนข้างจะเกิดอย่างเฉียบพลัน นอกจากนั้นเวลาที่ทำให้เกิดอาการ เช่น Paroxysmal nocturnal dyspnea ซึ่งจะเป็นเวลากลางคืน เมื่อผู้ป่วยนอนซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะน้ำท่วมปอดหรือหัวใจ เช่นในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ควรถามผู้ป่วยว่าอาการเกิดขึ้นในช่วงที่ผู้ป่วยพักผ่อนหรือออกกำลังกายอยู่เพื่อช่วยในการพิจารณาถึงสาเหตุของการเกิดอาการหายใจลำบาก

2) สาเหตุกระตุ้น (Precipitating factors) เช่น การสูบบุหรี่ สิ่งกระตุ้นต่างๆ Antigen เช่น น้ำหอม ซึ่งทำให้เกิดอาการหายใจลำบากได้ในผู้ป่วย COPD หรือ asthma (Schwartzstein, 1999) อาการหายใจลำบากขณะตื่นนอนราบ (Orthopnea) ผู้ป่วยไม่สามารถนอนราบได้ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวซึ่งผู้ป่วยต้องนอนหนุนหมอน 2-3 ใบ Platypnea หรืออาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง ซึ่งจะพบได้ในผู้ป่วย Cirrhosis หรือ pneumonectomy (Wilkins, et al., 1990)

3) อาการที่เกี่ยวข้อง (Associated symptom) อาการมักเกิดร่วมกับอาการไอ , มีเสมหะ หรือไม่มีเสมหะ น้ำหนักลดหรือไม่ ซึ่งผู้ป่วยที่มีน้ำหนักลดมักจะพบในผู้ป่วย COPD หรือ น้ำหนักลดอย่างรวดเร็วซึ่งพบได้ในผู้ป่วย Lung cancer หรือ AIDS ,มีอาการเจ็บหน้าอกร่วมด้วยหรือไม่ อาการเจ็บหน้าอกที่คล้ายกับถูกกดหรือเบียด (Crushing pain) ซึ่งมักพบในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในขณะที่อาการเจ็บหน้าอกแบบ Pleuritis chest pain มักพบในผู้ป่วย pneumonia หรือ Pneumothorax , Wheezing ซึ่งพบได้ในผู้ป่วย Asthma นอกจากนั้นผู้ป่วยที่มี Pulmonary fibrosis หรือ congestion จะมีอาการหายใจเร็ว (Tachypnea) ร่วมด้วย

4) ปัจจัยที่ทำให้อาการลดลง (Alleviating factors) เช่น ถ้าผู้ป่วยใช้ยา Nitroglycerine หรือ Beta-1 agonists พยาบาลก็สามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากสาเหตุมาจากปอดหรือหัวใจ

5) ลักษณะอาการ (Quality) เป็นการบ่งบอกความรู้สึกของอาการหายใจลำบากว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร ซึ่งอาจจะช่วยให้เราทราบสาเหตุของอาการได้ เช่น รู้สึกแน่นหน้าอก (Chest tightness) ซึ่งพบได้ในผู้ป่วย Bronchospasm หรือ Asthma ต้องใช้แรงในการ

หายใจมาก (Increased effort to breath) ในผู้ป่วย COPD ในขณะที่ผู้ป่วยโรคหัวใจจะบอกความรู้สึกว่าเหมือนหายใจไม่อิ่ม (Air hunger) หรือหายใจไม่ออก (Suffocation)

6) ความรุนแรงของอาการ (Intensity) เราสามารถใช้เครื่องมืออื่น วัด Physical function ได้ เครื่องมือที่สามารถใช้ได้ง่ายคือ Borg's scale (Borg) และ Visual analogue scale (VAS) ซึ่งจะใช้เวลาทำไม่นานทั้ง Borg และ VAS (Nancy and Diane, 2001)

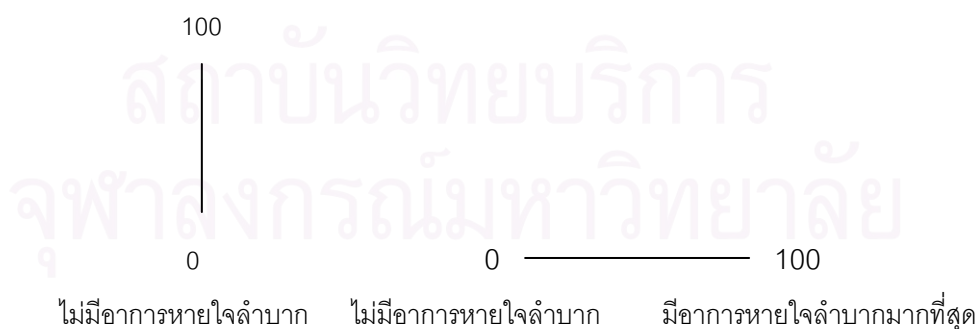
#### 2.4.8.5 เครื่องมือในการประเมินอาการหายใจลำบาก

ปัจจุบันเครื่องมือที่วัดความรู้สึกอาการหายใจลำบากมีอยู่หลายรูปแบบด้วยกัน (ภัทรพร เทียวหวาน, 2545) ดังนี้

1) แบบวัดอาการหายใจลำบากประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Dyspnea Visual Analogue Scale, DVAS) ลักษณะของแบบประเมินนี้จะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร มีทั้งรูปแบบในแนวตั้ง (Vertical Visual analogue Scale; VVAS) และแนวนอน (Horizontal Visual Analogue Scale; HVAS) มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 ที่ตำแหน่ง 0 คะแนน อยู่ทางซ้ายสุดหรือล่างสุดของแบบวัด หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบากเลย ส่วนที่ตำแหน่ง 100 คะแนน อยู่ทางขวาสุดหรือบนสุดของแบบวัด หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด ผู้ป่วยจะเป็นผู้กำหนดตำแหน่งบนเส้นตรงโดยการชี้ปากกาทำเครื่องหมายไว้จุดใดจุดหนึ่งบนเส้นตรงแล้วอ่านค่าตัวเลขตรงจุดนั้นแทนค่าอาการหายใจลำบากของตนเองที่ประสบอยู่ขณะนั้น

แบบประเมิน VVAS เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยทางเดินหายใจอย่างแพร่หลาย จึงเรียกให้เกิดความเฉพาะเจาะจงว่า แบบวัดอาการหายใจลำบาก (Dyspnea Visual Analogue Scale; DVAS) (Janson-Bjerklie et al., 1986)

มีอาการหายใจลำบากมากที่สุด



(DVAS ในแนวตั้งและแนวนอน ของ Gift, 1989)

2) แบบวัดอาการหายใจลำบากแบบ Numeric Rating scale (NRS) ของ (Gift, 1998) ซึ่งจะมีหมายเลขตั้งแต่ 1 ถึง 10 แล้วให้ผู้ป่วยทำการวงกลมหมายเลขตรงกับอาการหายใจลำบากในขณะนั้นๆ

0 = ไม่มีอาการหายใจลำบาก (no short of breath)

10 = มีอาการหายใจลำบาก (shortness of breath as bad as can be)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3) แบบวัดอาการหายใจลำบากชนิด Oxygen-Cost Diagram (OCD) OCD เป็นเครื่องมือวัดอาการหายใจลำบากที่มีลักษณะประกอบด้วยเส้นตรงในแนวตั้งมีความยาว 100 มิลลิเมตร ปลายด้านบนสุดของแบบวัดหมายถึงไม่มีอาการหายใจลำบาก ปลายด้านล่างสุด หมายถึงมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด และมีข้อความอธิบายไว้ด้านข้างของแบบวัดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถให้คะแนนความรู้สึกอาการหายใจลำบากที่เกิดจากกิจกรรมนั้นๆ ได้ถูกต้อง แบบวัดอาการหายใจลำบากนี้มีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับปานกลางและมีความสามารถในการประเมินในความแตกต่างหรือการเปลี่ยนแปลงของอาการหายใจลำบากได้ค่อนข้างต่ำ (Curtis et al., 1994 อ้างถึงใน จันทริกา วิรัช, 2544)

4) แบบวัดอาการหายใจลำบากชนิด Baseline Dyspnea Index (BDI) Mahler และคณะ (1984 cited in Molen, 1995) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดอาการหายใจลำบาก BDI ขึ้นในปี ค.ศ. 1984 โดยใช้รูปแบบหลายมิติเพื่อประเมินอาการหายใจลำบากที่สัมพันธ์กับการออกแรงและความเสื่อมของร่างกาย ประกอบด้วย การวัดทั้งหมด 3 ตอน ได้แก่ การเสื่อมหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการออกแรง ในแต่ละขั้นตอนนี้มีการจัดระดับคะแนน ความรุนแรงของอาการหายใจลำบากไว้ 8 ระดับ ให้คะแนนโดยใช้คำถามปลายปิดในการสัมภาษณ์ แล้วให้ผู้ป่วยให้คะแนนความรุนแรงของอาการหายใจลำบากและการเสื่อมหน้าที่ในระดับต่าง ๆ

5) แบบวัดอาการหายใจลำบากชนิด Borg's scale เป็นแบบวัดที่มีสเกลตั้งแต่ 0-10 ถ้าไม่มีอาการหายใจลำบากให้ลำดับเท่ากับ 0 มีอาการหายใจลำบากมากที่สุดให้ลำดับเท่ากับ 10 โดยจัดอันดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากตั้งแต่น้อยไปหามาก มีข้อความอธิบายความรุนแรงของความรู้สึกในระดับต่างๆกำกับไว้ด้านข้าง Kendrick (2000) กล่าวว่า โดยทั่วไปเครื่องมือสำหรับการวัดอาการหายใจลำบาก มักจะมีข้อจำกัด การวัดส่วนใหญ่มักจะเป็นการถาม เวลาผู้ป่วยไม่สามารถที่จะพูดได้ ด้วยเหตุนี้การใช้ Modified Borg's scale (MBS) เป็นเครื่องมือที่สามารถใช้ได้ง่าย รวดเร็ว และสามารถอ่านผลได้รวดเร็ว โดยผู้ป่วยเอง

0	ไม่มีอาการหายใจลำบาก
0.5	มีอาการน้อยมากๆ
1	มีอาการน้อยมาก
2	มีอาการน้อย
3	มีอาการปานกลาง
4	มีอาการรุนแรงบางครั้ง
5	มีอาการรุนแรง
6	
7	มีอาการรุนแรงมาก
8	
9	มีอาการรุนแรงมากๆ
10	มีอาการรุนแรงมากที่สุด

6) แบบวัดอาการหายใจลำบาก (Shortness of breath Questionnaire; SOBQ) (ปรับโดย University of California, San Diego) เป็นแบบวัดอาการหายใจลำบากที่ปรับปรุงจาก SOBQ เดิมที่มี 21 ข้อคำถาม แบบสอบถามฉบับปรับปรุงขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ คำถามที่เพิ่มขึ้นจากเดิม 3 ข้อ คือ คำถามเกี่ยวกับข้อจำกัดจากอาการหายใจลำบาก ความกลัวอันตรายที่เกิดจากการออกกำลังกายมากเกินไป และความกลัวอาการหายใจลำบาก ผู้ถูกทดสอบจะได้รับคำแนะนำให้ระบุความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก จาก 6 ระดับ คะแนนที่มีให้เลือกในแต่ละข้อคำถาม คือ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบาก คะแนน 5 หมายถึงมีอาการหายใจลำบากมากที่สุดหรือไม่สามารถทำกิจกรรมได้เนื่องจากอาการหายใจลำบาก คะแนนรวมทั้งหมด อยู่ในช่วง 0-120 คะแนน (Eakin et al., 1998 อ้างถึงใน ภัทรพร เชี่ยวหวาน, 2546)

7) แบบวัดอาการหายใจลำบากตามแนวคิด Theory of Unpleasant Symptom ของ Lenz และคณะ (1997) ซึ่งกล่าวว่าอาการหายใจลำบากประกอบด้วย 4 มิติ คือ ความรุนแรง ระยะเวลา ความทุกข์ทรมาน และคุณลักษณะของอาการหายใจลำบาก Lenz และคณะผู้พัฒนาทฤษฎีนี้ได้แนะนำการสร้างเครื่องมือวัดอาการตามกรอบแนวคิด โดยการวัดความรุนแรงของอาการใช้มาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรง หรือ Numerical rating scale มิติด้านเวลา วัดออกมาเป็นระยะเวลา หรือความถี่ของอาการโดยการรายงานด้วยตนเอง หรือ การสังเกต ข้อมูลได้ออกมาเป็นหน่วยของเวลา ระดับความทุกข์ทรมานสามารถวัดออกมาเป็นปริมาณโดยใช้มาตรวัดเดียวกับ

การวัดมิติด้านความรุนแรงของอาการ หรือเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ส่วนมิติด้านคุณลักษณะของอาการ วัดโดยใช้ checklist ของคุณลักษณะ หรือการให้ความหมายออกมาเป็นคุณลักษณะโดยใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบ

ในปี 2002 Parshall ปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือเพื่อนำไปวัดอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โดยมีมิติด้านความรุนแรงและความทุกข์ทรมาน เป็นคำถามที่ใช้มาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงในการวัด มิติด้านคุณลักษณะใช้คุณลักษณะ 16 ข้อ ตามการศึกษาของ Mahler และคณะ (1996) ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดและหัวใจ มีทั้งหมด 15 ข้อ บวกกับ 1 คุณลักษณะ เครื่องมือนี้ได้ถูกนำไปใช้ประเมินอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและโรคทางเดินหายใจ พบว่ามีค่าความตรงตามเนื้อหา และความเที่ยงในระดับสูง คือ อยู่ระหว่าง .91-.95

8) การประเมินอาการหายใจลำบากด้านวัตถุประสงค์ เป็นการประเมินอาการหายใจลำบากทางอ้อมจากการแสดงออกทางพฤติกรรม และตัวแปรด้านสรีระวิทยา ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

(1) การประเมินการแสดงออกทางพฤติกรรม ได้แก่ อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น อาการระดับกระส่าย เหงื่อออกมาก การใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ อาการสั่น อ้าปากหายใจ ซีด พุดตะกุกตะกัก ตาเบิ่งกว้าง การอยู่นิ่ง ๆ ในท่าเดิม หายใจมีเสียงวี๊ด และอาการไอ บางครั้งวิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองของผู้ป่วย เช่น การหายใจแบบเป่าปาก ก็จัดเป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ใช้ในการประเมินว่าผู้ป่วยเกิดอาการหายใจลำบากได้เช่นกัน

(2) การประเมินอาการหายใจลำบากจากตัวแปรทางสรีระวิทยา ได้แก่ ท่าทางของผู้ป่วย อัตราการหายใจ เวลาในการหายใจเข้า (Inspiratory time) ปริมาตรของลมหายใจเข้าหรือออกใน 1 ครั้ง ปริมาตรของลมหายใจเข้าหรือออกใน 1 นาที การใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ เช่น กล้ามเนื้อ Sternomastoid หรือกล้ามเนื้อ Pectoris รูปแบบการหายใจที่ไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างกล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม (Paradoxical and dysynchronous breathing) ตัวแปรที่แสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (Hypercapnia) ปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่หลังจากหายใจเข้าเต็มที่ (Forced Expiratory pressure) แรงดันสูงสุดในช่วงหายใจเข้าและหายใจออก (Maximum inspiratory and expiratory pressures) แรงที่ใช้ในการหายใจ และความเหนื่อยล้า (Carrier-Kohlman, 1984 )

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการหายใจลำบากตามแนวคิด Theory of Unpleasant Symptom ของ Lenz และคณะ (1997) ซึ่งดัดแปลงมาจากฉบับที่แปลเป็น



ภาษาไทยโดย ภัทรพร เขียวหวาน (2545) ประกอบด้วย 4 มิติ คือ ความรุนแรง ระยะเวลา ความทุกข์ทรมาน และคุณลักษณะของอาการหายใจลำบาก ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน ความยาว 100 มิลลิเมตร จำนวน 19 ข้อ

#### 2.4.8.6 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบากและภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ภาวะซิมเศร่าของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกิดขึ้นเนื่องจากการที่เนื้อเยื่อร่างกายขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานแบบไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic metabolism) ผลที่ตามมาคือการเพิ่มขึ้นของกรดแลคติกในกระแสเลือด ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบากผ่านตัวรับทางเคมี (Chemoreceptor) จึงเกิดอาการหายใจลำบากตามมามีผลต่อการรับรู้การเจ็บป่วยของบุคคล ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของอาการเพิ่มมากขึ้น (Lenz et al., 1997) โดยการกระตุ้นตัวรับความรู้สึก (Afferent receptor) ของทางเดินหายใจ เกิดการบีบตัวของหลอดลม ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก (Carrieri-Kohlman et al., 1984) และภาวะซิมเศร่ายังมีผลทำให้ต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจต้องทำงานหนักและมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้เกิดอาการหายใจลำบากรุนแรงมากขึ้น (Kneble, 1990) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรพร เขียวหวาน (2545) ที่พบว่าภาวะซิมเศร่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ ( $r = .447$ )

## 2.9 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

### 2.9.1 ความหมายของแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

ความหมายตาม The Oxford English Dictionary (1989 อ้างถึงในรุ่งทิพย์ เป้าตุน, 2546)

2.9.1.1 การกระทำหรือการปฏิบัติ เพื่อปกป้อง หรือป้องกันบุคคลจากการยอมแพ้ หรือทอดทิ้งหรือความทุกข์ การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ อนุเคราะห์หรือสนับสนุน การอุดหนุน การหนุนหลัง หรือการช่วยเหลือด้านจิตใจหรือวิญญาณ ความสุขสบายทางจิตใจ ความร่วมมือ โดยการใช้อ้อยคำ

2.9.2.2 การกระทำในการปกป้องคุ้มครองบุคคลจากความล้มเหลว หรือไม่สมหวัง อ่อนเพลีย หมดกำลัง หรือความสูญเสีย และการให้สิ่งของเพื่อการดำรงชีวิต

### 2.9.2.3 บุคคลหรือสิ่งของที่ส่งเสริมหรือสนับสนุน

2.9.2.4 สิ่งสนับสนุนหรือการส่งเสริมสิ่งที่เป็น สนับสนุนวิถีทางหรือรายได้ของอาชีพหรือการทำมาหากิน หรือการยังชีพหรือความเป็นอยู่

Cobb (1976) ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตัวเขานอกจากนี้เขาเองยังเป็นส่วนหนึ่งในสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Kaplan และคณะ (1983) กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมที่บุคคลได้รับจาก สิ่งแวดล้อมในสังคมบุคคลนั้น โดยการติดต่อสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคม หรืออาจมีความหมายถึงความสัมพันธ์ที่มีอยู่หรือหายไปของแหล่งให้การสนับสนุน หรือจากบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

Brandt and Weinert (1985) ซึ่งใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974 ) ได้ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม โดยมีการสนับสนุนกันในด้านต่างๆ เช่น ความรักใคร่ผูกพันที่ทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย และเป็นความช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการให้คำแนะนำ (Assistance and guideline) การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) ความมีคุณค่าในตนเอง (Reassurance of worth) และยังรวมถึงการเอื้อประโยชน์แก่ผู้อื่น หรือการมีโอกาสดูแลเลี้ยงดูผู้อื่น (Opportunity for nurturance) การสนับสนุนทางสังคมเป็นความรักใคร่ผูกพัน (Attachment) ระหว่างบุคคลต่อบุคคลซึ่งช่วยเหลือระดับประคองกัน และส่งผลให้มีความสามารถในการปรับตัวเพิ่มขึ้น

โดยสรุป การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล เกิดจากความตั้งใจและมีเจตนาดี เพื่อให้ความช่วยเหลือ ประคับประคองในทุกๆด้าน ไม่ว่าจะป็นวัตถุ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร การยอมรับนับถือหรือเห็นคุณค่าและการให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์หรือจิตใจแก่บุคคลอื่น และก่อให้เกิดผลด้านบวกหรือดีต่อผู้รับ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

## 2.9.2 เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคม

Dean and Lin (1977 cited in Linsey, 1992) ได้รวบรวมเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นที่รู้จักและยอมรับทั้งด้านความตรงและความเที่ยง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.9.2.1 Personal Resource Questionnaire (PRQ) สร้างขึ้นโดย Brandt และ Weinert ในปี 1981 ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ชีวิตที่ทำให้

บุคคลต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ของบุคคลและความพึงพอใจในการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์เหล่านั้น และ 2) เป็นการวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิด Weiss มี 25 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 7 ระดับ โดยข้อความด้านบวกจากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 7 คะแนน ส่วนข้อความด้านลบต้องกลับค่าคะแนน โดยคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 25-175 คะแนน คะแนนรวมสูงแสดงถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ทดสอบความเที่ยงด้วยการวัดซ้ำห่างกันเป็นระยะ 4-6 สัปดาห์ ในปี ค.ศ. 1987 ได้ค่าอัลฟา .72 และการหาความคงที่ภายในได้ค่าอัลฟาอยู่ในช่วง .85 - .93 ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนได้อยู่ในช่วง 43.4 % ถึง 48.9% รวมทั้งทดสอบความตรงจำแนกกับเครื่องมือ The Profile of Mood State (POMS) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง -.28 ถึง -.48 (Han et al., 2002)

2.9.2.2 Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยผู้วิจัยที่เป็นพยาบาลในปี ค.ศ. 1981 ตามแนวคิดของ Kahn เพื่อวัดความหลากหลายมิติของโครงสร้างการสนับสนุนทางสังคม เป็นคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวหรือการจัดการตนเองแบบสั้นๆ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) การประเมินหน้าที่หรือการทำหน้าที่ (Function aspects) คือ ประเมินการได้รับการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด ความเห็นพ้องยืนยัน พฤติกรรมของบุคคลและการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2) การสูญเสียเครือข่าย (Network LOSS) คือ ประเมินสมาชิกในเครือข่ายทางสังคมซึ่งเป็นผู้ให้การสนับสนุนหรือช่วยเหลือที่สำคัญในปัจจุบัน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นจริง ถึง 5 คะแนน หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด ผ่าการหาค่าความเที่ยงโดยการวัดซ้ำ ได้ค่าอัลฟา .85 - .92 หาค่าความคงที่ภายในได้ค่าอัลฟาไม่ต่ำกว่า .89 และทดสอบความตรงโดยการหาความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ ด้วยการหาค่าความตรงตามสภาพร่วมกับ Social Support Questionnaire ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .31 - .56

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

มาตราส่วนประมาณค่าจาก 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก ถึง 6 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจมากทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาได้ .94 และการวัดซ้ำห่างกัน 4 สัปดาห์ได้ค่าอัลฟา .83 - .90 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับโดยรวม (item-total correlation) อยู่ในช่วง .48 - .72 และมีค่าความคงที่ภายในสูง

4) Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) พัฒนาโดย Barrera และคณะ ในปี ค.ศ. 1981 เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความถี่ของการได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ เช่น บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก และครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย มี 40 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ในการประเมินความถี่ในเหตุการณ์ระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมา จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับ ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง ได้รับทุกวัน ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .93 และ .94 และการวัดซ้ำได้ค่าอัลฟา .88 และคะแนนของ ISSB มีความสัมพันธ์กับขนาดของเครือข่ายและการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว

5) Social Support Questionnaire พัฒนาโดย Schaefer และคณะในปี ค.ศ. 1981 มี 2 ส่วน คือ

(1) สถานการณ์ 9 สถานการณ์ เพื่อการวัดการสนับสนุนด้านวัตถุ

(2) จำนวนเครือข่ายที่เฉพาะ เช่น คู่สมรส เพื่อน ความสัมพันธ์ในโรงเรียนหรือที่ทำงาน โดยมี 1 คำถามที่ถามเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และอีก 4 คำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ค่าความเที่ยงที่วัดซ้ำห่างกันที่ระยะมากกว่า 9 เดือน ได้ค่าอัลฟาของการสนับสนุนด้านวัตถุ .56 การสนับสนุนด้านอารมณ์ .68 ค่าความคงที่ภายในของการสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้ค่าอัลฟา .81 และการสนับสนุนด้านวัตถุได้ .31

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENCRICH Social Support Questionnaire) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจ มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ โดยมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา

## 2.5 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า มิได้เกิดขณะที่มีอาการซึมเศร้าเท่านั้น แต่ยังสามารถส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย

และพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างมาก เนื่องจากธรรมชาติของภาวะซึมเศร้ามักเรื้อรัง มีโรคที่เกิดร่วม (comorbid) ตามมาได้ และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2540; อูมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539) ดังนั้นหากบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าแล้วไม่ได้รับการรักษา อาจส่งผลกระทบต่อ

2.5.1 ผลกระทบด้านความคิด ก่อให้เกิดความยากลำบากในการคิด ตัดสินใจ มีความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบ

2.5.2 ผลกระทบด้านอารมณ์ ทำให้มีความวิตกกังวล สับสน หมดหวัง ซึมเศร้า เบื่อหน่ายหรืออารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย

2.5.3 ผลกระทบทางด้านสังคม จะทำให้สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง แยกตัว

2.5.4 ผลกระทบด้านแรงจูงใจ ทำให้ขาดแรงจูงใจ ทำให้มีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือ บางครั้งมีความต้องการที่จะฆ่าตัวตาย

2.5.5 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้สมาธิไม่ดี การรับรู้ช้า คิดช้า มีความคิดแปลกๆ ความจำเสื่อม ตัดสินใจไม่ได้ คิดซ้ำซาก รับรู้ตนเองต่ำ

2.5.6 ผลกระทบด้านร่างกายและพฤติกรรม จะมีอาการเบื่ออาหาร รู้สึกอ่อนล้า เหนื่อยง่าย การนอนผิดปกติ รับประทานอาหารผิดปกติ น้ำหนักลด เคลื่อนไหวช้า ความต้องการทางเพศลดลง

จากผลกระทบต่างๆ ดังกล่าว ทำให้ภาวะซึมเศร้าเป็นความแปรปรวนทางอารมณ์ที่ควรได้รับการป้องกันและรักษา ทั้งนี้เนื่องจากภาวะซึมเศร้ามักเป็นเรื้อรังมีโรคอื่นเกิดร่วมตามมาได้ และมีโอกาสเป็นซ้ำสูง อีกทั้งภาวะซึมเศร่ายังมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายด้วย (ศิริพร จิรวัดมนกุล, 2546)

## 2.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า

ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจนั้นสามารถประเมินได้หลากหลายวิธีแต่วิธีที่เป็นที่นิยมและใช้เป็นสากลโดยทั่วไป คือ การใช้แบบประเมินของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) โดยจะต้องแสดงอาการอย่างน้อย 5 ข้อขึ้นไป (Dobbles et al., 2002) คือ

1. มีอารมณ์ซึมเศร้า
2. ความสนใจหรือความยินดีในสิ่งแวดล้อมลดลงอย่างผิดปกติ
3. พฤติกรรมการบริโภคเปลี่ยนแปลง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด
4. นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมากผิดปกติ



5. มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ หรือเชื่องช้าลง
6. มีอาการอ่อนล้าหรืออ่อนแรง
7. เกิดความรู้สึกขัดในมิติทางด้านลบ สับสนหรือรู้สึกผิด
8. ความสามารถในการทำสมาธิ และความจำลดลง
9. มีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย

ซึ่งอาการต่างๆเหล่านี้ต้องเกิดขึ้นทุกวัน ติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ขึ้นไป และจะต้องมีอาการของอารมณ์เศร้าหรือความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลงเสมอ อาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ทางด้านสังคม ไม่สามารถประกอบอาชีพได้หรือส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน อาการอาจจะไม่แสดงออกโดยตรง ดังนั้นผู้ที่ประเมินต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญ เพื่อการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง

นอกจากนี้ในการประเมินภาวะซึมเศร้านั้น ได้มีการสร้างเครื่องมือในการประเมินมากมายตามนิยามและสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การประเมินภาวะซึมเศร้าจากการสังเกต และการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีประเมินตนเอง ซึ่งแบบประเมินโดยวิธีสังเกต ได้แก่ Cronholm-Ottosson Scale, Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D), Raskin Depression Scale, Beath-Rafaelsen Melancholia Scale และ Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MNDRS) ส่วนแบบประเมินโดยวิธีประเมินตนเอง ได้แก่ Beck Depression Inventory (BDI), Zung Self-Rating Depression Scale, Zenssen Adjective Check List, Walkfield Self-Assessment Inventory, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED-S) และ Geriatric Depression Scale (GDS) โดยแบบประเมินที่ใช้บ่อยมีดังนี้ (ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545)

2.6.1 Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 บนพื้นฐานทฤษฎีพฤติกรรม-ปัญญานิยม มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ครอบคลุมทั้งในด้านภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม นำไปใช้โดยตอนแรกจะมีผู้สัมภาษณ์แล้วให้ผู้ป่วยตอบคำถาม หลังจากนั้นผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกคำตอบเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาความผิดพลาดในการรายงานจากผู้ป่วยต่อมาจึงให้ผู้ป่วยตอบเองลักษณะคะแนนมีคะแนนทั้งหมด 63 คะแนน แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 มีการแปลผลคะแนนตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า คือ คะแนนระหว่าง 0 ถึง 9 แสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนระหว่าง 10 ถึง 15 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 16 ถึง 19 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 20 ถึง 29 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก คะแนนระหว่าง 30 ถึง 63 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

2.6.2 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED-S) สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน โดยปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และ Gardner เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะการสำรวจภาวะซึมเศร้าในชุมชน เป็นการวัดในแง่ของกลุ่มอาการไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัยค้นหาโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออกและอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยสอบถามในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

2.6.3 Zung Self-Rating Depression Scale ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานของร่างกายและด้านจิตใจ แปลผลคะแนนตามอาการที่เกิดขึ้นว่ามากหรือน้อย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73 แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะเมื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุ เพราะอาจไปวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดตามกระบวนการสูงอายุ หรือวัดลักษณะทางคลินิกของโรคนั้นๆไป และขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม

2.6.4 Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) จัดเป็นเครื่องมือวัดมาตรฐานในการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ สร้างโดยศาสตราจารย์ฮามิลตัน (Hamilton) จิตแพทย์ชาวอังกฤษในปี ค.ศ. 1950 และมีการปรับปรุงต่อมาเรื่อยๆ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะคำถามเน้นการประเมินในด้านผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า อาการแบบจิตสรีระ ความวิตกกังวล ความหงุดหงิดกระวนกระวายและการหยั่งรู้ การให้คะแนนและการจัดกลุ่มระดับคะแนน แบ่งตามความรุนแรง ตั้งแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจนถึงมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง มีข้อจำกัดคือผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าได้ ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อยๆ และไม่สามารถวัดการรับรู้ที่เกิดจากภาวะทางอารมณ์ กระบวนการคิด และภาวะจิตวิญญาณในผู้สูงอายุได้

2.6.5 Geriatric Depression Scale (GDS) สร้างโดยเยซาเวท (Yesavage) ในปี ค.ศ.1983 มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ เน้นการประเมินภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ ความคาดหวัง ด้านลบ การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย การรู้คิด และการแยกตัว ต่อมาในภายหลัง ปี ค.ศ.1989 ได้ทำการปรับปรุงข้อคำถามเหลือเพียง 15 ข้อ ได้รับความนิยมมาก โดยมีการแปลเป็นภาษาต่างๆ และนำไปใช้ในหลายประเทศ สำหรับประเทศไทย อรรวรรณ ลีทองอินทร์ (2535) ได้นำมาแปลและ

หาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .94 ต่อมากลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองโดยนิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ (2537) ได้นำมาพัฒนาเป็นแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยและใช้ชื่อว่า 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 วิชิตตระกูลถาวร, 2545)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED-S) ของ Radloff (1977) เนื่องจากใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องพฤติกรรม ความรู้สึกอารมณ์ต่างๆ จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนใหญ่ๆ คือ วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นอีก 2 ข้อ ผู้ป่วยจะถูกสอบถามว่าเหตุการณ์นั้นๆเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

## 2.7 การบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

การบำบัดรักษาผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้า (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2540; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545; ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2546; Chaput et al., 1998) ประกอบด้วย

### 2.7.1 การรักษาด้วยยา

โรคซึมเศร้าวินิจฉัยให้หายได้ด้วยการใช้ยารักษา ที่เรียกว่า ยาต้านอาการเศร้า (Antidepressant) ยานี้มีคุณสมบัติที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) ลดอาการซึมเศร้า 2) ลดอาการวิตกกังวล และ 3) ทำให้วังงซึม ยาต้านอาการเศร้าที่นิยมใช้ มีหลายชนิด เช่น Amitriptyline, Imipramine, Nortriptyline แพทย์มักเริ่มด้วยขนาดน้อยๆ ก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยชินกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา จึงค่อยๆ เพิ่มขนาดยา เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นมากแล้ว แพทย์จะค่อยๆ ลดขนาดยาลงจนกระทั่งหยุดยาได้ อย่าหยุดยาเร็วไป หรือหยุดยาทันที เพราะอาการอาจกลับมาเป็นใหม่ได้

## 2.7.2 การรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่

### 2.7.2.1 การรักษาด้วยไฟฟ้า

ในปัจจุบันการรักษาด้วยการช็อคไฟฟ้าใช้กันน้อย เพราะยาใช้รักษาได้ผลดีมาก และสะดวกกว่ามาก การช็อคไฟฟ้ามักใช้รักษา ในกรณี ดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง เพราะการรักษาด้วยการช็อคไฟฟ้าจะลดอาการซึมเศร้าได้เร็วกว่าการใช้ยา ซึ่งทำให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยลดลงโดยเร็ว การเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก็จะลดน้อยลงตามไปด้วย
- 2) ผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาแล้วไม่ได้ผล
- 3) ผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วยและเป็นรุนแรง เช่น อาการหวาดระแวง และประสาทหลอน การรักษาด้วยการช็อคไฟฟ้าชุดหนึ่งประมาณ 6-12 ครั้ง

### 2.7.2.2 การรักษาด้วยจิตบำบัด

การรักษาด้วยจิตบำบัด เป็นการใช้หลักการของสัมพันธภาพทั้งรายบุคคล และกลุ่ม โดยผู้บำบัดให้การพูดคุยกับผู้ป่วย วิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การยอมรับปัญหา สาเหตุ และมุ่งหาทางแก้ไข รวมทั้งการส่งเสริมการปรับตัวในทางที่ถูกต้องเหมาะสม

### 2.7.2.3 การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า พยาบาลจะต้องใช้เทคนิคในการติดต่อสื่อสารที่ดี และใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่เหมาะสม จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้

### 2.7.2.4 การบำบัดทางปัญญา (Cognitive Theory)

การบำบัดทางปัญญา พัฒนาขึ้นโดย เอรอน ที เบค (Aaron T. Beck) เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตเวชโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (อัษฎลี ฉัตรแก้ว, 2546) วิธีการบำบัดจะสอนให้ผู้เข้ารับการบำบัดดำเนินการดังต่อไปนี้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541)

- 1) บันทึกความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ
- 2) สอนให้รู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม
- 3) ทดสอบความตรงของความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ
- 4) ใช้ความคิดที่ตรงกับความเป็นจริง ทดแทนความคิดที่บิดเบือน

5) เรียนรู้และแยกแยะที่จะเปลี่ยนแปลงความเชื่อในตัวบุคคลที่ทำให้เกิดความคิดที่ผิด

วิธีการรักษานี้มีประโยชน์ และใช้ระยะเวลาสั้นในการรักษา เป็นที่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล และนำไปใช้ร่วมกับการรักษาจิตบำบัดวิธีอื่นๆ ได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้เนื่องจากภาวะซึมเศร้ามักมีปัจจัยเหตุมาจากความคิดและจิตใจของบุคคล ซึ่งการรักษาด้านจิตใจที่มุ่งปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ และสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า ทำให้เป็นที่ยอมรับว่าเป็นการรักษาแบบมาตรฐานวิธีหนึ่งทางจิตเวช (สมพร บุษราทิจ และเกียรติชัย งามทิพย์วัฒนา, 2542)

## 2.8 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสำคัญมาก เนื่องจากภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการท้อแท้ ห่อเหี่ยว ไม่สนใจตนเองมีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง ดังนั้นพยาบาลควรดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างใกล้ชิด การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในแบบหนึ่งต่อหนึ่งกับผู้ป่วย โดยให้การยอมรับในตัวผู้ป่วย ไม่ตัดสินในพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อสร้างความไว้วางใจแสดงความเห็นใจและเข้าใจ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542; สุชาติ พหลภาคย์, 2542) ดังนี้

### 2.8.1 การค้นหาปัญหา ทำได้โดย

2.8.1.1 กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ระบายความขัดข้อง ความไม่สบายใจต่างๆ ออกมาด้วยความเห็นใจ โดยใช้ทักษะการฟัง การสังเกต การถาม การทวนความ การเงียบ ในบางครั้งอาจจะพบผู้ป่วยซึมเศร้าเงียบเหงาหรือบอกเล่าเรื่องของตนเองซ้ำ พยาบาลต้องให้เวลาและอดทน ใจเย็นให้ได้คำตอบที่ต้องการโดยไม่ตัดสินใจหรือด่วนสรุปเอาเอง

2.8.1.2 ให้กำลังใจเพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และถ้าผู้ป่วยร้องไห้มาก หรือมีความรู้สึกอื่นๆ ไม่ควรเร่งรัดเพื่อให้ได้คำตอบที่ผู้ให้บริการต้องการ

### 2.8.1.3 การรับรู้สัญญาณเตือน เช่น

- 1) ภาวะอารมณ์ สิ้นหวัง ไร้ที่พึ่ง ไร้ค่า แสดงออกให้เห็นโดยท่าทาง
- 2) คำพูดที่สื่อออกมาแสดงถึงความคิดอยากตาย เช่น “อยู่หรือตายมีค่าเท่ากัน”
- 3) การกระทำ เช่น ขอขมาคนที่ล่วงเกิน เขียนพินัยกรรม

### 2.8.2 การวางแผนแก้ไขปัญหตามลักษณะที่พบ



2.8.2.1 ผู้ป่วยขาดความรู้ในเรื่องต่างๆ เช่น เรื่องโรค การปฏิบัติตัว การรักษา แหล่งสนับสนุนต่างๆ โดยใช้ข้อมูลตามที่ผู้ป่วยขาด มีความเป็นไปได้และสอดคล้องกับความจริง

2.8.2.2 ผู้ป่วยขาดแนวทางในการปฏิบัติ หรือดำเนินชีวิต ช่วยเหลือโดยการแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นแนวทางในการเลือกทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น

1) ผู้ป่วยซึมเศร้า ในบางครั้งไม่ยอมทำอะไร จึงต้องช่วยกระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวัน

2) หากผู้ป่วยกังวลเรื่องการทำงาน บอกให้ผู้ป่วยทราบว่า เมื่ออาการดีขึ้นเขาจะสามารถทำงานได้

3) ในรายที่ผู้ป่วยซึมเศร้ามากๆ ต้องค่อยๆ กระตุ้น ในรายที่ต้องตัดสินใจ ให้เลื่อนการตัดสินใจไปก่อน

4) แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น ในรายที่ซึมเศร้ามากๆ ยังไม่ต้องกระตุ้น แค่ให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน

5) แนะนำให้ญาติเข้าใจว่า ผู้ป่วยสามารถรักษาให้หายได้

6) หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต้องให้ญาติดูแลใกล้ชิด สังเกตพฤติกรรม คอยเป็นที่ปรึกษาและให้กำลังใจ ไม่ตำหนิ

2.8.3 ถ้ามถึงแหล่งที่เคยช่วยเหลือ และวิธีการให้ความช่วยเหลือ โดยกระตุ้นให้คิด เช่น สิ่งที่เคยสนับสนุนในครอบครัว สิ่งเหนี่ยวรั้งจิตใจ ค้นหาความสามารถในอดีต เป็นต้น

2.8.4 การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีปัญหา เป็นต้น

2.8.5 หลักของการใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่เหมาะสม

การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าพยาบาลต้องใช้เทคนิคในการติดต่อสื่อสารที่ดี และมีการใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่เหมาะสม โดยการให้หลักการ (ศิริพร จิรวัดมนกุล, 2546) ดังนี้

2.8.5.1 การยอมรับผู้ป่วยโดยไม่มีเงื่อนไข ไม่ว่าผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมเพียงใด พยาบาลต้องยอมรับว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้

2.8.5.2 พยาบาลใช้เทคนิคและคำพูด และท่าทีแสดงถึงความเห็นใจ และเข้าใจ ในปัญหาของผู้ป่วย

2.8.5.3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายปัญหา และความทุกข์ของตน พยาบาลรับฟัง สิ่งที่ผู้ป่วยเล่าด้วยความตั้งใจ ใช้เทคนิคการสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยยอมรับตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้น การสนับสนุนให้กำลังใจอย่างเหมาะสม ร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ปัญหา

2.8.5.4 ให้ข้อเสนอแนะหรือทางเลือกแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้นการให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง การปรับตัว และการสร้างสัมพันธภาพที่ดี

2.8.5.5 การป้องกันอันตราย และดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จัดบุคคลดูแลผู้ป่วย และจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยจากสิ่งของต่างๆ ที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นอาวุธทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น

2.8.5.6 การเสริมสร้างความมั่นคง และเข้มแข็งในการเผชิญปัญหา สอนให้คำปรึกษาและการฝึกทักษะในการปรับตัวต่อปัญหา การเผชิญปัญหา และการตัดสินใจในสภาพการณ์ต่างๆ ตลอดจนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมในการทำงานและในสังคม

2.8.5.7 การฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพด้านสุขภาพอนามัยของตน การช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันและการประกอบอาชีพ

2.8.5.8 การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาของผู้ป่วย และครอบครัว วางแผนเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและแหล่งบริการที่สามารถติดต่อได้สะดวกเมื่อมีปัญหา

### 3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการตาย (Mortality) และการเจ็บป่วยในโรงพยาบาล (Morbidity) ในผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งอาการซึมเศร้านี้มีสาเหตุมาจากการกลัวอนาคต กลัวตาย กลัวการเจ็บป่วย กลัวลำบากเพราะทำอะไรไม่ได้เช่นเดิม กลัวเป็นภาระให้แก่ผู้อื่นเพราะรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้เป็นเช่นเดิม มีการจำกัดกิจกรรมและการกระทำของตนเองเพราะเกรงจะมีผลกระทบต่อหัวใจส่งผลกระทบต่อสภาวะของจิตใจ ทำให้เกิดการหดหู่ ห่อเหี่ยว ท้อแท้ จึงทำให้ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยมีอาการมากกว่าอาการที่ควรเป็นจริง จึงทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหัวใจ ดังนี้



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<p>เรื่องที่ 1 ผู้วิจัย/ปี วัตถุประสงค์</p>	<p>ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด นัยนา อุปมา . 2543. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด</p>
<p>กรอบแนวคิด/ทฤษฎี รูปแบบการวิจัย ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง</p>	<p>จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เชิงบรรยาย แบบ cross-sectional study กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกรายใหม่ที่มาตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยโรคหัวใจเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันเด็กแห่งชาติตติมหาราชินี มีอายุระหว่าง10-15ปี จำนวน 350 คน จำแนกได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 10-12 ปี และศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ส่วนปัจจัยด้านโรค พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.1 และส่วนใหญ่มาพบแพทย์ 1-5 ครั้งต่อปี และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด และเคยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด 1 ครั้ง ส่วนปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า ผู้ปกครองที่พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 36-40 ปี และมีความสัมพันธ์โดยเป็นมารดามากที่สุด และมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง จบระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามากที่สุด และประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด สำหรับรายได้ ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด ครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดระดับการศึกษาของผู้ปกครอง จบระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามากที่สุด ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด สำหรับรายได้ ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด ครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว โดยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-5 คนมากที่สุด และพบว่าครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกที่ป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหรือโรคเรื้อรังอย่างอื่น เช่น โรคไตในด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า</p>
<p>เครื่องมือ</p>	<p>1. แบบวัดอาการซึมเศร้า โดยใช้ แบบวัดอาการซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) ของ Maria Kovacs แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย อุมพร ตรงค์สมบัติ ทดสอบหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .83</p>

## ผลการวิจัย

**ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยกับภาวะซึมเศร้า** พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยเรื่องเพศและผลการเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

**ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโรคกับภาวะซึมเศร้า** พบว่าทุกปัจจัยในด้านนี้ ได้แก่ ระยะเวลาที่รับรู้ว่าเป็นโรคหัวใจ ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาโรคหัวใจ จำนวนครั้งของการเข้าพบแพทย์ในรอบหนึ่งปี การเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และการรักษาโดยการผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

**ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับภาวะซึมเศร้า** พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยเรื่องสถานภาพสมรสของผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง รวมทั้งอาชีพ รายได้ต่อเดือน และการเลี้ยงดูผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

**ส่วนด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมกับภาวะซึมเศร้า** พบว่า ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



<b>เรื่องที่ 2</b>	<b>ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ในผู้สูงอายุหลังทำการผ่าตัดหัวใจ</b>
<b>ผู้วิจัย/ปี</b>	ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. 2545.
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง ภาวะซึมเศร้า และ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ
<b>กรอบแนวคิด/ทฤษฎี</b>	จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทฤษฎีความหวังของเฮิร์ท และ ทฤษฎีพฤติกรรม ปัญญานิยม (Cognitive Behavior Theory)
<b>รูปแบบการวิจัย</b>	เชิงบรรยาย (Descriptive Research)
<b>ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง</b>	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจเพื่อการรักษาโรคของลิ้น หัวใจ หลอดเลือดหัวใจตีบ หรือหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจไป พอง จำนวน 50 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากที่สุด มีอายุเฉลี่ย 66.40 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และได้รับการผ่าตัด ทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจมากที่สุด มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุดและส่วนใหญ่ไม่ได้ ประกอบอาชีพ มีรายได้ระหว่าง 2,001-4,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด แหล่งที่มาของรายได้มาจากตนเองร่วมกับบุตรหลาน ซึ่งส่วนใหญ่เห็นว่า รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นมากที่สุดส่วนใหญ่เบิกค่ารักษา พยาบาลจากรัฐ/รัฐวิสาหกิจ มีผู้ให้การดูแลที่บ้านตั้งแต่ 1-4 คน โดย ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลเป็นแบบสามี/ ภรรยาและบุตร/หลาน มีการปฏิบัติ/ ร่วมกิจกรรมทางศาสนา ทางด้านสังคม วัฒนธรรม ประเพณี 1-2 ครั้ง ต่อเดือนมากที่สุด และมีโรคประจำตัว อย่างน้อย 1 โรค มากที่สุด คือโรค ความดันโลหิตหรือเบาหวาน
<b>เครื่องมือ</b>	1.เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory) ปรับปรุงจากมุกดา ศรียงค์ (2522) ทดสอบหาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .86
<b>ผลการวิจัย</b>	กลุ่มตัวอย่าง มีภาวะซึมเศร้าน้อยละ 68.00 โดยมีภาวะซึมเศร้าในระดับ เล็กน้อย ร้อยละ 40.00 ระดับปานกลาง ร้อยละ 18.00 ระดับมาก ร้อยละ 8.00 และระดับรุนแรง ร้อยละ 2.00 จากการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.693$ ) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในระดับปานกลางอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01( $r = -.615$ )

เรื่องที่ 3	Effect of Depression on Five-Year mortality after an acute coronary syndromes.
ผู้วิจัย/ปี	Grace, S. L., Abbey, S. E., Kapral, M. K., Fang, J., Nolan, R. P., and Stewart, D. E. 2005.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของภาวะซึมเศร้าต่อการภาวะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และศึกษาอาการของภาวะซึมเศร้าที่ทำให้เกิดการตายในระยะเวลา 5 ปี หลังจากการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
รูปแบบการวิจัย	เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยศึกษาแบบระยะยาว (Longitudinal Observational Study)
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) หรืออาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (Unstable angina) เข้ารับการรักษาในคลินิกหลอดเลือดหัวใจ ในรัฐออนตาริโอ ประเทศแคนาดา จำนวน 910 คน โดยจำแนกดังนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมการวิจัยเป็นเพศชาย ร้อยละ 65.00 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 73.10 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 61.90 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.00) มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 50,000 ดอลลาร์แคนาดา คิดเป็นร้อยละ 45.00 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 53.00 และอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ ร้อยละ 47.00
เครื่องมือ	แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory) หาราค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .87
ผลการวิจัย	ผู้ป่วยที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างการรักษาที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง มีรายได้ครอบครัวต่ำ มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย หย่า หรือแยก มีระดับการศึกษาที่ต่ำ ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นมีอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (Unstable angina) มีอาการรุนแรง มีสาเหตุการเจ็บป่วยหลายอย่างและมีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคหัวใจล้มเหลว อัตราการตายที่ต่ำจะพบในผู้ที่เคยมีอาการของภาวะซึมเศร้าและไม่มีอาการรุนแรงจนถึงขั้นต้องนำส่งโรงพยาบาล ขณะที่อัตราการตายที่เพิ่มขึ้นจะเกิดขึ้นในผู้ที่ไม่เคยมีประวัติซึมเศร้ามาก่อนและมีอาการรุนแรงจนถึงขั้นต้องนำส่งโรงพยาบาล ผู้ที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงจนถึงขั้นต้องนำส่งโรงพยาบาล มีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีอาการซึมเศร้ามาก่อนหรือผู้ที่เคยมีอาการซึมเศร้ามาก่อนและผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าจำเป็นต้องเข้าโรงพยาบาลมากกว่า 4 ครั้งส่วนใหญ่มีมักจะเสียชีวิต

เรื่องที่ 4	History of depression, angina, and quality of life after acute coronary syndromes.
ผู้วิจัย/ปี	Rumsfeld, J. S., Magid, D. J., Plomondon, M. E., Sales, A. E., Grunwald, G. K., Every, N. R., and Spertus, J. A. 2003.
วัตถุประสงค์	เพื่อเปรียบเทียบประวัติการมีภาวะซึมเศร้า การบันทึกอาการเจ็บหน้าอก การจำกัดกิจกรรมและคุณภาพชีวิต ภายในระยะเวลา 7 เดือนหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิต และ ภาวะสุขภาพ
รูปแบบการวิจัย	Observation cohort study
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของอายุเท่ากับ 65.20 ปี และส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 37.90 โรคหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 17.90 ใฝ่สายสวนหัวใจ ร้อยละ 18.10 และทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 27.00 และมีโรคที่ไม่ใช่โรคหลอดเลือดหัวใจได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 30.90 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 30.10 และโรคลิ้นเลือดอุดตัน ร้อยละ 9.90 ส่วนใหญ่มีอายุน้อย และส่วนใหญ่มีอาการข้ออักเสบ ติดสุราหรือใช้สารเสพติด เคยสูบบุหรี่
เครื่องมือ	แบบประเมิน Self administered questionnaire (SAQ) ซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินผลกระทบจากโรค การจำกัดกิจกรรม และคุณภาพชีวิต
ผลการวิจัย	ภายหลัง 7 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยร้อยละ 8.7 รายงานเจ็บหน้าอกทุกวัน ร้อยละ 24.7 รายงานทุกสัปดาห์ ร้อยละ 30.9 มีอาการทุกเดือน และไม่มีอาการเลย ร้อยละ 35.7 ด้านการจำกัดกิจกรรม ร้อยละ 13.7 จำกัดกิจกรรมมาก ร้อยละ 32.8 จำกัดกิจกรรมในระดับปานกลาง ร้อยละ 26.8 จำกัดกิจกรรมในระดับต่ำ ร้อยละ 26.7 จำกัดกิจกรรมในระดับเล็กน้อยจนถึงไม่จำกัดกิจกรรมเลยพบว่ามีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ร้อยละ 9.5 มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 20.8 มีคุณภาพชีวิตระดับดี ร้อยละ 29.1 และร้อยละ 40.6 มีคุณภาพชีวิตระดับดีมาก พบว่าประวัติการมีภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการบันทึกอาการเจ็บหน้าอก การจำกัดกิจกรรม และคุณภาพชีวิต ประวัติการมีภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายการบันทึกอาการเจ็บหน้าอกได้ดีกว่าการจำกัดกิจกรรมและคุณภาพชีวิต

เรื่องที่ 5	Illness perceptions among cardiac patients: Relation to depressive symptomatology and sex.
ผู้วิจัย/ปี	Grace, S. L., Krepostman, S., Brooks, D., Arthur, H., Scholey, P., Suskin, N., Jaglal, S., Abramson, B. L., and Stewart, D. E. 2005.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยกับภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงและเพศชายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	การรับรู้ความเจ็บป่วย ของ Leventhal's Self-Regulation Model
รูปแบบการวิจัย	Cross-sectional study และ Prospective study
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย Unstable angina, มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทำการผ่าตัดใส่สายสวนหลอดเลือดหัวใจ และได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป จำนวน 661 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เพศหญิงมีอายุเฉลี่ยมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่เป็นคนผิวขาว และมีโรคประจำตัวคือข้อเสื่อม มีรายได้ต่ำกว่าเพศชายเป็นส่วนใหญ่
เครื่องมือ	แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรม The Duke Activity Status Index (DASI) แบบประเมินพฤติกรรมออกกำลังกาย ของ the Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II) แบบประเมินการรับรู้การเจ็บป่วย The Illness Perception Questionair (IPQ-R) แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
ผลการวิจัย	พบว่า ไม่มีความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงและเพศชาย ( $P < .08$ ) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 85.3 มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ร้อยละ 7.1 และ ร้อยละ 7.7 มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง และในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด ร้อยละ 14.7 มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ส่วนการรับรู้ความเจ็บป่วย พบว่าไม่มีความแตกต่างของการรับรู้ความเจ็บป่วยในเพศหญิงและเพศชายแต่พบว่าเพศหญิงมีการรับรู้ระยะเวลาการเจ็บป่วยและอัตราการเจ็บป่วยซ้ำมากกว่าเพศชาย ในขณะที่ เพศชายจะรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมการเจ็บป่วยและรับรู้ผลของการรักษา มากกว่าเพศหญิงในเพศชายพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคนผิวดำ มีการปฏิบัติกิจกรรมที่ต่ำออกกำลังกายน้อย การรับรู้ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน การรับรู้ผลการรักษาที่ดีและการรับรู้การปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ต่ำในเพศหญิงพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับผู้อยู่อาศัย มี การปฏิบัติกิจกรรมที่ต่ำ และการรับรู้ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน

เรื่องที่ 6	Even minimal symptom of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction
ผู้วิจัย/ปี	Bush, D. E., Ziegelstein, R. C., Tayback, M., Richter, D., Steev, S., Zahalsky, H., and Fauerbach, J. A. 2001.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยว่ามีความสัมพันธ์กับอัตราการตายภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือไม่
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	ทบทวนวรรณกรรม
รูปแบบการวิจัย	Prospective study
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 271 คน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการอายุเฉลี่ย 64.8 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อาศัยอยู่คนเดียว ค่า LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ 35 % ส่วนใหญ่มีระดับของ Killip class มากกว่า 1 มีภาวะความผิดปกติทางอารมณ์และมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ร้อยละ 27.3
เครื่องมือ	1.แบบประเมินความผิดปกติด้านอารมณ์ the Structured Clinical Interview for DSM III-R 2.แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค the Beck Depression Inventory
ผลการวิจัย	ภายหลัง 4 เดือนพบว่า อัตราตายของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง มีร้อยละ 13.2 ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีร้อยละ 5.1 (P = .06) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับค่าของประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่น้อยกว่า 35% (P= .07) อายุที่มากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี และค่า LVEF < 35 % สามารถทำนายอัตราการตายในระยะเวลา 4 เดือนได้ (P<.001)



เรื่องที่ 7	Five-Year prospective study of the effects of anxiety and depression in patients with coronary artery disease
ผู้วิจัย/ปี	Sullivan, M. D., LaCroix, A. Z., Spertus, J. A., and Hecht, J. 2000.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
รูปแบบการวิจัย	cohort study
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจที่ทำการผ่าตัดใส่สายสวนหัวใจ จำนวน 134 คน ส่วนใหญ่ มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จบการศึกษาในระดับต่ำ 65.00% และได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง 29.00% ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ในระยะเวลา 1 ปี หลังจากมีข้อบ่งชี้ในการใส่สายสวนหัวใจ และในระยะเวลา 6 ปีที่มาตรวจตามนัด ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 30
เครื่องมือ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของ Hamilton Anxiety and Depression score (HAD-S)</li> <li>2.แบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36</li> <li>3.แบบประเมินการทำหน้าที่ Sheehan role Function</li> <li>4.แบบประเมินการทำกิจกรรม MPI Activity Interference functional</li> <li>5.แบบประเมินความเหนื่อยล้า Multidimensional Assessment of Fatigue (MAF)</li> <li>6.แบบประเมินอาการเจ็บหน้าอก Seattle Angina Questionnaire (SAQ)</li> <li>7.แบบประเมินแบบแผนการจำกัดกิจกรรม Beth Israel/UCLA Functional Status Questionnaire.</li> </ol>
ผลการวิจัย	ผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานด้านจิตใจเป็นระยะเวลามากกว่า 1 ปี จะทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลงในระยะเวลา 6 ปี พบว่าระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้าและความถี่ของความเหนื่อยล้าที่เพิ่มขึ้น จะทำให้มีความวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น

เรื่องที่ 8 ผู้วิจัย/ปี	Depressive symptoms and health-related quality of life. Ruo,B.,Rumsfeld, J. S., Hlatky, M. A., Liu, H., Browner, W. S., and Whooley, M. A. 2003.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของหัวใจ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	ภาวะสุขภาพ (Health status)
รูปแบบการวิจัย	Cross-sectional study
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1,024 คนที่มาตรวจที่ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีจำนวน 201 คน โดยมีอายุเฉลี่ย 62 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (Depressive 77%, Non depressive 83%) มีรายได้น้อย และมีสถานภาพสมรสคู่ มีประวัติการ เกิด MI หรือเบาหวานมาก่อน (62%และ34%) สูบบุหรี่(34%) มี ความเครียดสูง และมีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (56%) มีค่า BMI สูง ( mean =29.2) และมีความทนต่อการออกกำลังกายต่ำ(mean =6.5)
เครื่องมือ	1.แบบประเมินอาการเจ็บหน้าอก Seattle Angina Questionnaire (SAQ) 2.แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire (PHQ) 3.แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ได้แก่ LVEF Exercise capacity
ผลการวิจัย	ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ที่ไม่ใช่ภาวะซึมเศร้า ( $P<.001$ ) และพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วยที่ รุนแรง ( $P=.002$ ) การจำกัดกิจกรรมในระดับมาก ( $P<.001$ )และภาวะ สุขภาพที่ต่ำ ( $P<.001$ )

<p>เรื่องที่ 9</p> <p>ผู้วิจัย/ปี</p> <p>วัตถุประสงค์</p>	<p>Depression, Heart rate variability, and acute myocardial infarction</p> <p>Carney, R. M., et al. 2001.</p> <p>เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีภาวะซึมเศร้า</p>
<p>กรอบแนวคิด/ทฤษฎี</p> <p>รูปแบบการวิจัย</p> <p>ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง</p>	<p>ใช้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา</p> <p>การวิจัยกึ่งทดลอง</p> <p>กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (หลังเกิดไม่เกิน 28 วัน) จำนวน 673 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 307 คน และกลุ่มควบคุมไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 366 คน กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 57.1 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 60.9 ปี กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 49.5 ในขณะที่กลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย ร้อยละ 68.0 ค่า LVEF เฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 45.8% กลุ่มควบคุมมีค่า LVEF เฉลี่ยเท่ากับ 46.8%</p>
<p>เครื่องมือ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.แบบประเมินภาวะซึมเศร้า DSM-IV เพื่อการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง</li> <li>2.แบบสัมภาษณ์ ภาวะซึมเศร้า ของ Depression Interview and Structured Hamilton (DISH)</li> <li>3.แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค the Beck Depression Inventory</li> <li>4.เครื่องมือการทดลอง ได้แก่ Ambulatory Electrocardiographic (AECG) Monitoring ประเมิน Heart rate variability analysis</li> </ol>
<p>ผลการวิจัย</p>	<p>กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของ BDI เท่ากับ 17.2 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยของ BDI เท่ากับ 3.9 คะแนน กลุ่มทดลองสูบบุหรี่ ร้อยละ 40.7 กลุ่มควบคุมสูบบุหรี่ ร้อยละ 23.5 กลุ่มทดลองมีประวัติเป็นเบาหวาน ร้อยละ 34.5 ส่วนกลุ่มควบคุมมีประวัติเป็นเบาหวาน ร้อยละ 22.1 พบว่าความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลงจะเกิดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่ใช่ภาวะซึมเศร้า และไม่มี ความแตกต่างของความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงและผู้ป่วยที่ซึมเศร้าระดับปานกลาง</p>

เรื่องที่ 10	Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12 month outcome: a prospective study
ผู้วิจัย/ปี	Connerney, I., Shapiro, P. A., McLaughlin, J. S., Bagiella, E., and Sloan, R. P. 2001.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างภาวะซึมเศร้าภายหลังการผ่าตัดหัวใจกับภาวะซึมเศร้า 12 เดือน ภายหลังการผ่าตัด
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	ใช้จากการทบทวนวรรณกรรม
รูปแบบการวิจัย	a prospective study
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 309 คน โดยจำแนก ดังนี้ คือ เป็นเพศชาย จำนวน 207 คน เพศหญิง จำนวน 102 คน โดยมีอายุเฉลี่ย 63.1 ปี (SD 10.2) ส่วนใหญ่เป็นคนผิวขาว (87%) ค่าเฉลี่ยของ Ejection Fraction เท่ากับ 0.48(SD 0.13) มีสถานภาพสมรส เป็นส่วนใหญ่(68%)
เครื่องมือ	1.แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค the Beck Depression Inventory
ผลการวิจัย	พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน และพบว่าระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลนานกว่า 5 วัน NYHA class 4 และขั้นตอนการผ่าตัดที่ซับซ้อน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง และจากการติดตามในระยะเวลา 12 เดือนพบว่า มีการเสียชีวิตด้วยสาเหตุจากหัวใจจำนวน 8 คน 34 คนกลับเข้ารับการรักษาด้วยสาเหตุของโรคหัวใจ 27% ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมีเหตุการณ์เกี่ยวกับหัวใจ ผู้ที่มีประวัติซึมเศร้ามี่ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงขณะที่อยู่โรงพยาบาล (P=.002) และภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการเกิดเหตุการณ์เกี่ยวกับหัวใจ (P <.0008)

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวนร้อยละ 38 มักมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย (Ellis et al., 2005) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะมีการจำกัดกิจกรรมของตนเอง เพราะเกรงจะมีผลกระทบต่อหัวใจ ต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ ทำให้เกิดภาวะการดูแลให้แก่ผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อสภาวะของจิตใจของผู้ป่วย เพราะรู้สึกหดหู่ ท้อเหี่ยว ท้อแท้ สูญเสียความภาคภูมิใจในการทำหน้าที่ของตนเอง ยิ่งถ้าต้องจำกัดกิจกรรมเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ตามมาได้

สำหรับวิทยานิพนธ์และรายงานการวิจัยที่ได้รวบรวมมานี้ เป็นการศึกษาในประเทศไทย จำนวน 2 เรื่อง ในต่างประเทศ 8 เรื่อง เชิงบรรยาย 9 เรื่อง และกึ่งทดลอง 1 เรื่อง กลุ่ม

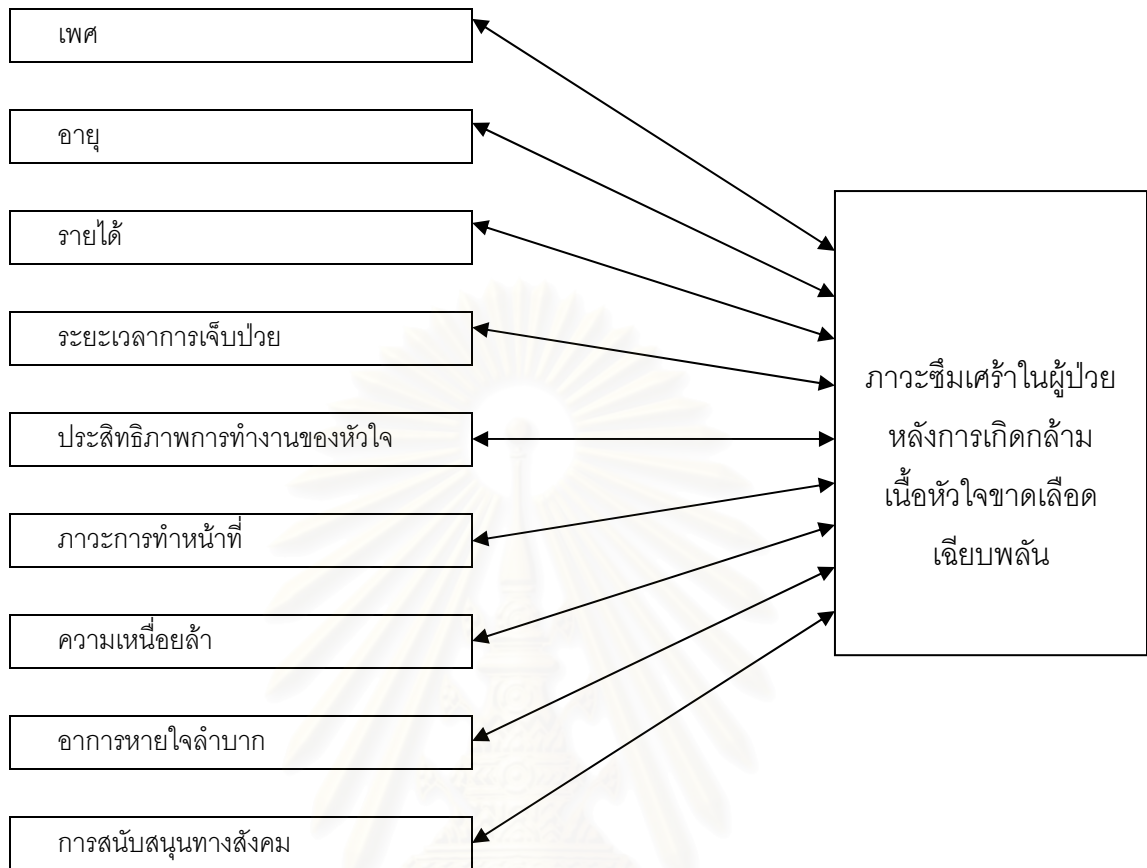
ประชากรส่วนใหญ่ คือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดหัวใจ และผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ตามลำดับ ซึ่งวิทยานิพนธ์และรายงานการวิจัยที่ได้อบรมมานี้ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร้า และการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ ผลจากการรวบรวม พบว่า เพศหญิงจะเกิดภาวะซีมีเศร้าได้มากกว่าเพศชาย ผู้ที่มีรายได้ต่ำจะทำให้เกิดภาวะซีมีเศร้าได้มากกว่าผู้ที่อายุมาก ผู้ที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยหลายอย่างมีโอกาสเกิดภาวะซีมีเศร้าได้มากกว่าการเจ็บป่วยเพียงสาเหตุเดียว ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะซีมีเศร้าเพิ่มมากขึ้น ผู้ที่มีความรุนแรงและความถี่ของความเหนื่อยล้าที่เพิ่มขึ้น จะทำให้เกิดภาวะซีมีเศร้าเพิ่มมากขึ้น และพบว่าภาวะซีมีเศร้าส่งผลให้เกิดอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น ส่วนการศึกษาของ นัยนา อุปมา (2543) และ Grace และคณะ (2005) พบว่าปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีมีเศร้า

บทบาทของพยาบาลในการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซีมีเศร้ามีความสำคัญมาก เนื่องจากภาวะซีมีเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะซีมีเศร้าจะมีแนวโน้มไม่สนใจตนเอง และมีการทำร้ายตนเองสูง ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ที่มีภาวะซีมีเศร้า เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผน และให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างเหมาะสม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### กรอบแนวคิดในการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยทำการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ภาวะการทำหน้าที่ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และไม่มีภาวะแทรกซ้อน เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลรามาริบัติ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1978) โดยใช้สูตรในการคำนวณดังนี้

$$N \geq 10K + 50$$
 (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, K = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 10 ตัว)

$$N = 10(10) + 50 = 150$$
 ผลจากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 150 คน

2. สุ่มเลือกสังกัดต่างๆของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีทั้งหมด 6 สังกัดได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี โรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการศึกษาอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระ สุ่มสังกัดมา 4 ใน 6 ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ซึ่งจากการสุ่มได้โรงพยาบาลจาก สังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี และโรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการศึกษาอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ จากนั้นทำการสุ่ม

โรงพยาบาลในสังกัดทั้ง 4 สังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยเป็นโรงพยาบาลของรัฐที่มีคลินิกหัวใจและหลอดเลือด ดังนี้

2.1 โรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการศึกษาอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการมีทั้งหมด 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลรามาริบัติ, โรงพยาบาลศิริราช สุ่ม 1 ใน 2 โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้โรงพยาบาลรามาริบัติ

2.2 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร มี 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี, โรงพยาบาลเลิดสิน, โรงพยาบาลสงฆ์ และโรงพยาบาลราชวิถี สุ่ม 1 ใน 4 โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้โรงพยาบาลราชวิถี

2.3 โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งมีโรงพยาบาลเดียวก็ไม่ต้องการสุ่ม

2.4 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมมีทั้งหมด 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช, โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า สุ่ม 1 ใน 3 โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

### 3. กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

3.1 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3.2 อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

3.3 ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย

3.4 สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

4. กำหนดเกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือมีความเสี่ยงสูง เช่น มีอาการปอดบวมน้ำเฉียบพลัน มีอาการช็อค หรืออยู่ในระยะวิกฤติ จนจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในขณะที่ติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูล

5. ทำการสุ่มโดยการจัดลำดับการมารับบริการตรวจรักษาในวันและเวลาที่คลินิกเปิดให้บริการ และเป็นวันที่ได้รับอนุญาตให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล จากการศึกษาแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มารับการตรวจเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดเมื่อได้หน่วยประชากรในแต่ละวัน กำหนดช่วงที่ใช้ในการสุ่ม คือ 5 คน ให้ได้กลุ่มตัวอย่างวันละ 4-5 คน/แห่ง โดยการทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 10 สัปดาห์ ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม 2549 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 150 คน

ผลการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ ระดับการศึกษา ภาวะการทำงานที่ และการวินิจฉัยโรค แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 150 คน จำแนกตาม เพศ ระดับการศึกษา ภาวะการทำหน้าที่ การวินิจฉัยโรค อายุ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย รายได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและการอาศัยอยู่กับคู่ครอง (N=150)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	78	52.00
หญิง	72	48.00
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	62	41.30
มัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	55	36.70
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	8	5.30
ปริญญาตรี	25	16.70
<b>ภาวะการทำหน้าที่</b>		
ระดับที่ 1	54	36.00
ระดับที่ 2	90	60.00
ระดับที่ 3	6	4.00
ระดับที่ 4	0	0
<b>การวินิจฉัยโรค</b>		
Unstable angina	56	37.30
STEMI	51	34.00
NSTEMI	43	28.70
<b>อายุ (ปี)</b>		
20-35	0	0
36-45	11	7.33
46-55	67	44.67
56-65	58	38.67
66-75	14	9.33

ตารางที่ 1(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)</b>		
1-5	99	66.00
6-10	51	34.00
<b>รายได้ต่อเดือน (บาท)</b>		
5000-10000	17	11.33
10001-15000	37	24.68
15001-20000	62	41.33
20001-25000	20	13.33
25001 ขึ้นไป	14	9.33
<b>ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (%)</b>		
มากกว่า 55	51	34.00
40-55	87	58.00
26-39	12	8.00
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25	0	0
<b>ปัจจุบันอาศัยอยู่กับคู่ครอง</b>		
ใช่	108	72.00
ไม่ใช่	42	28.00

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วน คือ **ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการวินิจฉัยโรค

โดยลักษณะของแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป คือ ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ เป็นข้อความให้เลือก 2 ข้อ อายุ รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นแบบเติมคำตอบลงในช่องว่าง ระดับการศึกษาเป็น



ข้อความให้เลือก 6 ข้อ ส่วนนี้ผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง ส่วนการวินิจฉัยโรคเป็นแบบเติมคำตอบลงในช่องว่าง ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ลงบันทึกเอง โดยการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

**ส่วนที่ 2** แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ลักษณะของแบบบันทึกเป็นแบบเติมคำตอบลงในช่องว่าง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ลงบันทึกเองจากการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย เป็นการบันทึกผลจากการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนของหัวใจ (Echocardiogram) หรือการตรวจสวนหัวใจ (Cardiac catheterization) โดยมีค่าดังนี้ (Danstan and Riddle, 1997)

LVEF > 55%	หมายถึง	ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจปกติ
LVEF อยู่ในช่วง 40-55	หมายถึง	ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำเล็กน้อย
LVEF อยู่ในช่วง 26-39	หมายถึง	ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำปานกลาง
LVEF ≤ 25%	หมายถึง	ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำรุนแรง

**ส่วนที่ 3** แบบบันทึกภาวะการทำหน้าที่ เป็นแบบบันทึกระดับความสามารถในการทำกิจกรรม ตามเกณฑ์ของ The New York Heart Association (NYHA) โดยเป็นแบบเติมคำตอบลงในช่องว่าง ผู้วิจัยเป็นผู้ลงบันทึกเองจากการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

ระดับภาวะการทำหน้าที่ ตามเกณฑ์ของ The New York Heart Association (NYHA) สามารถแบ่งได้ดังนี้ คือ

Class 1 หมายถึง	ไม่จำกัดกิจกรรมที่ทำ และการทำกิจกรรมไม่ทำให้เกิดอาการใจสั่น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอก
Class 2 หมายถึง	มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย การทำกิจวัตรประจำวันอาจทำให้เกิดอาการใจสั่น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอกได้
Class 3 หมายถึง	มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น ในขณะที่พักไม่มีอาการ แต่กิจกรรมเล็กน้อยทำให้เหนื่อยหอบ ใจสั่น เจ็บหน้าอก
Class 4 หมายถึง	ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ ในขณะที่พักมีอาการเหนื่อยหอบ ใจสั่น เจ็บหน้าอก

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินความเหนื่อยล้า เป็นแบบประเมินของความเหนื่อยล้าของ Piper (1998) ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยเพียงใจ ดาโลปกรณ์ (2545) โดยประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ลักษณะคำถามเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 (Numeric scale) โดยปลายสุดของทางด้านซ้ายและขวาจะถูกกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยซ้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง 0 หมายถึง “ไม่เลย” และด้านขวาสุดหมายถึง “มากที่สุด” จากการหาความเที่ยงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .97

แบบประเมินความเหนื่อยล้า ประกอบด้วย 22 ข้อคำถาม ประเมินใน 4 ด้าน คือ

1. ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ประกอบด้วย 6 ข้อคำถามที่ถามความรู้สึกของผู้ป่วยผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีต่อระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ความทุกข์ทรมานและผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อความสามารถในการทำงาน และการเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคม ได้แก่ข้อคำถามที่ 1-6

2. ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า ประกอบด้วย 5 ข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีต่อความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับตนว่าเป็นอย่างไร เช่น เป็นเรื่องปกติหรือไม่ปกติ เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษ เป็นต้น ได้แก่ข้อที่ 7-11

3. ด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 5 ข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีต่อสภาพร่างกายและจิตใจของตนเองว่ามีความแข็งแรง มีความตื่นตัว มีชีวิตชีวา มีความสดชื่น ในระดับใด ได้แก่ ข้อที่ 12-16

4. ด้านสติปัญญาและอารมณ์ ประกอบด้วย 6 ข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีต่อตนเองว่ามีความสามารถในการจดจำสิ่งต่างๆ หรือ มีสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งหนึ่งสิ่งใด และมีภาวะด้านอารมณ์ เป็นอย่างไร ได้แก่ ข้อที่ 17-22

**เกณฑ์การให้คะแนน** ข้อคำถามมีลักษณะเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 (Numeric scale) โดยปลายสุดของทางด้านซ้ายและขวาจะถูกกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยซ้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง 0 หมายถึง “ไม่เลย” และด้านขวาสุดหมายถึง “มากที่สุด” การประเมินระดับความเหนื่อยล้ามีคะแนนตั้งแต่ 0-220 คะแนน หลังจากนั้นจะนำคะแนนรวมที่ได้หารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้า

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** แปลผลคะแนนโดยกำหนดจากคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้าออกเป็น 4 ระดับ (Piper, 2002) ดังนี้

ระดับของความเหนื่อยล้า	ระดับคะแนน
ไม่มีความเหนื่อยล้าเลย	0
มีความเหนื่อยล้าเล็กน้อย	0.01-3.99
มีความเหนื่อยล้าปานกลาง	4.00-6.99
มีความเหนื่อยล้ามาก	7-10

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบประเมินความเหนื่อยล้า

### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบประเมินความเหนื่อยล้า ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ดังนี้

1.1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจจำนวน 3 ท่าน

1.1.2 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 1 ท่าน

1.2 นำแบบประเมินความเหนื่อยล้าที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) และใช้เกณฑ์ค่า Content validity index  $\geq 0.80$  (Polit and Hungler, 1999: 419) โดยคำนวณค่า CVI จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547: 224)

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

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

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความเหนื่อยล้า เท่ากับ .82

### 2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเหนื่อยล้าที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ไปหาความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตำรวจ และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .89 และหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 150 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ

คอนบราค ได้เท่ากับ .87

**ส่วนที่ 5** แบบประเมินอาการหายใจลำบาก เป็นแบบประเมินตามกรอบแนวคิด Theory of Unpleasant Symptom ของ Lenz และคณะ (1997) ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินอาการหายใจลำบากของภัทรพร เขียวหวาน (2546) ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรง แนวนอน ความยาว 100 มิลลิเมตร จำนวน 19 ข้อ

โดยแบ่งการประเมินอาการหายใจลำบาก ออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความรุนแรง ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน ความยาว 100 มิลลิเมตร ปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์ และมีคำกำกับไว้ว่า “ไม่รุนแรงเลย” และปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 100 คะแนน และมีคำกำกับไว้ว่า “รุนแรงมากที่สุด” ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1

2. ด้านเวลา ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน ความยาว 100 มิลลิเมตร ปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์ และมีคำกำกับไว้ว่า “ไม่เกิดเลย” และปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 100 คะแนน และมีคำกำกับไว้ว่า “เกิดตลอดเวลา” ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2

3. ด้านความทุกข์ทรมาน ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน ความยาว 100 มิลลิเมตร ปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์ และมีคำกำกับไว้ว่า “ไม่ทรมานเลย” และปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 100 คะแนน และมีคำกำกับไว้ว่า “ทรมานมากที่สุด” ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3

4. ด้านคุณลักษณะของอาการ ประกอบด้วยคุณลักษณะของอาการหายใจลำบาก 16 คุณลักษณะ ข้อคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 2 ข้อ ว่าความรู้สึกอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นมีลักษณะตรงกับข้อคำถามนั้นหรือไม่ ถ้าตอบว่า “ไม่มี” แปลว่าความรุนแรงของคุณลักษณะนั้นเท่ากับศูนย์ แต่ถ้าตอบว่า “มี” ให้ระบุความรุนแรงโดยกากบาทลงบนเส้นตรงแนวนอน ความยาว 100 มิลลิเมตร ปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์ และมีคำกำกับไว้ว่า “ไม่มีความรุนแรง” และปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 100 คะแนน และมีคำกำกับไว้ว่า “รุนแรงมากที่สุด” ได้แก่ ข้อคำถามที่ 4-19

**เกณฑ์การให้คะแนน** ค่าคะแนนมาจากการวัดความยาวจากปลายด้านซ้ายสุดของมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน ซึ่งมีตำแหน่งคะแนนเท่ากับศูนย์ไปจนถึงตำแหน่งที่ผู้ป่วยกากบาท โดยการใช้นิ้วบรรทัดความยาวขนาด 6 นิ้ว ที่มีไว้สำหรับการวัดและตีเส้นโดยเฉพาะ และใช้นิ้วบรรทัดอันเดียวตลอดงานวิจัยนี้ หน่วยการวัดที่ใช้เป็นมิลลิเมตร ค่าคะแนนที่ได้คือค่าความ

ยาวเป็นมิลลิเมตรที่ได้จากการวัด โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนน 0-100 คะแนน นำคะแนนของข้อที่ 1, 2, 3 และคะแนนเฉลี่ยของข้อที่ 4-19 มาหาค่าเฉลี่ย ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของอาการหายใจลำบาก

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** แบ่งคะแนนเฉลี่ยของอาการหายใจลำบากออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Twibell, Siela, and Mahmoodi, 2003 อ้างถึงในภัทรพร เขียวหวาน , 2546)

การแปลผล	ระดับคะแนน
อาการหายใจลำบากน้อย	0-39
อาการหายใจลำบากปานกลาง	40-60
อาการหายใจลำบากมาก	61-100

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบประเมินอาการหายใจลำบาก

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบประเมินอาการหายใจลำบาก ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ดังนี้

1.1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจจำนวน 3 ท่าน

1.1.2 พยาบาลผู้ชำนาญการในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 1 ท่าน

1.2 นำแบบประเมินอาการหายใจลำบาก ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) (Polit and Hungler, 1995: 312) ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินอาการหายใจลำบาก เท่ากับ .84 และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 ท่าน ให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ

#### 2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการหายใจลำบาก ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้วไปหาความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตำรวจ และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .80 และหลังจาก



การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 150 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคได้เท่ากับ .69

**ส่วนที่ 6** แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENCRICH Social Support Questionnaire) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ข้อคำถามที่ 1-6 มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา ผู้ป่วยจะถูกสอบถามว่าความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

**เกณฑ์การให้คะแนน** ข้อคำถามมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนนรวมข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ คะแนนเต็มทั้งหมด 30 คะแนน โดยแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน	ข้อความ	ความหมาย
1	ไม่มีเลย	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย(<1วัน/สัปดาห์)
2	มีบ้างเล็กน้อย	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์
3	บางครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วัน/สัปดาห์
4	เกือบตลอดเวลา	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-6 วัน/สัปดาห์
5	ตลอดเวลา	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 7 วัน/สัปดาห์

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** ข้อคำถามแต่ละข้อมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน นำค่าคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนเต็มทั้งหมด 30 คะแนน แปลผลคะแนนโดยการกำหนดโค้งปกติ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5 ค่าคะแนนที่อยู่ในช่วง  $\bar{X} \pm 1 SD$  กำหนดให้เป็นระดับปานกลาง ค่าคะแนนที่น้อยกว่า  $\bar{X} - 1 SD$  กำหนดให้เป็นระดับน้อย ค่าคะแนนที่มากกว่า  $\bar{X} + 1 SD$  กำหนดให้เป็นระดับมาก ดังนี้

ระดับของการสนับสนุนทางสังคม	ระดับคะแนน
มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย	1-10
มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	11-20
มีการสนับสนุนทางสังคมมาก	21-30

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ดังนี้

1.1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจจำนวน 1 ท่าน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน

3 ท่าน

1.2 นำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) (Polit and Hungler, 1995: 312) ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .71 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 ท่าน ให้ข้อเสนอแนะในการปรับข้อความให้เหลือ 6 ข้อ และปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ

#### 2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้วไปหาความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตำรวจ และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .83 และหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 150 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคได้เท่ากับ .81

**ส่วนที่ 7** แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ของ รัดลอฟฟ์ (Radloff, 1977) ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยธวัชชัย วรพงศธรและคณะ (2533) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้สึกอารมณ์ต่างๆ จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนใหญ่ๆ คือ วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นอีก 2 ข้อ ผู้ป่วยจะถูกสอบถามว่าเหตุการณ์นั้นๆเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

**เกณฑ์การให้คะแนน** ข้อคำถามมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เลย นานๆ ครั้ง ค่อนข้างบ่อย และบ่อยครั้ง โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน รวมข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ คะแนนเต็มทั้งหมด 60 คะแนน โดยแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน	ข้อความ	ความหมาย
0	ไม่เลย	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย(<1วัน/สัปดาห์)
1	นานๆครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์
2	ค่อนข้างบ่อย	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วัน/สัปดาห์
3	บ่อยครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-7 วัน/สัปดาห์

สำหรับข้อคำถามด้านตรงข้ามซึ่งมีความรู้สึกในทางบวก คือ ข้อ 4, 8, 12 และ 16 ให้คะแนนตรงกันข้าม ดังนี้

ค่าคะแนน	ข้อความ	ความหมาย
3	ไม่เลย	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย(<1วัน/สัปดาห์)
2	นานๆครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์
1	ค่อนข้างบ่อย	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วัน/สัปดาห์
0	บ่อยครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-7 วัน/สัปดาห์

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** ข้อคำถามแต่ละข้อมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน นำค่าคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนเต็มทั้งหมด 60

คะแนน ค่าคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีภาวะซึมเศร้า ค่าคะแนนต่ำกว่า 16 คะแนนถือว่ามีภาวะซึมเศร้า (ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ, 2533)

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ดังนี้

1.1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน

1.1.2 พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจ จำนวน 1 ท่าน

1.2 นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) (Polit and Hungler, 1995) ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เท่ากับ .90 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 ท่าน ให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ

### 2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้วไปหาความเที่ยงของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตำรวจ และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .75 และหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 150 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค ได้เท่ากับ .78

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่ละแห่งขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.2 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก และเจ้าหน้าที่คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของแต่ละ โรงพยาบาล โดยได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในแต่ละโรงพยาบาลตามวันและเวลาดังนี้

โรงพยาบาล	วันที่เก็บรวบรวมข้อมูล	เวลา
โรงพยาบาลราชวิถี	วันจันทร์	13.00-16.00 น.
	วันศุกร์	08.00-12.00 น.
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	วันจันทร์ถึงวันศุกร์	08.00-12.00 น.
โรงพยาบาลตำรวจ	วันพุธ	13.00-16.00 น.
โรงพยาบาลรามาริบัติ	วันอังคาร	13.00-16.00 น.

### 2. ขั้นการดำเนินการ

2.1 สัมภาษณ์ประวัติข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลล่วงหน้าก่อนที่จะเป็นวันที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อเป็นการตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.2 เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยเมื่อพบผู้ป่วยครั้งแรก ผู้วิจัยแนะนำตัว ขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิ์ที่ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และรับรองว่าจะไม่มีผลต่อการบริการ หรือการบำบัดที่ผู้ป่วยจะได้รับแต่อย่างไร



2.3 หากผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย พัททษสิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยให้อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.4 ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม แต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แต่จะอ่านข้อคำถามให้ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านแบบสอบถามด้วยตนเองได้ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถาม สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

2.5 ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามยังไม่เสร็จสมบูรณ์ แต่ถึงคิวเข้ารับการตรวจ จะให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากได้รับการตรวจเรียบร้อยแล้วขณะมารักษาที่ห้องจ่ายยา

2.6 เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม หากไม่ครบถ้วน แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์

2.7 เก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 150 ราย จึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล

### **การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการการวิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลรามธิบดี ซึ่งได้ตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่บังคับ โดยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด สร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์และผลกระทบจากการวิจัยในครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยการตอบแบบสอบถามนั้น ไม่มีถูกหรือผิด และไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะมีเอกสารให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีภาระบังคับใดๆ ค่าตอบหรือข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยจะเป็นความลับ และเสนอผลการศึกษาในภาพรวมทั้งหมดเท่านั้น ไม่มีภาระระบุชื่อของผู้ป่วย ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากไม่ต้องการทำต่อจนเสร็จสามารถยกเลิกการทำแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาแต่อย่างใด ในระหว่างสัมภาษณ์หากมีข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจะมีการพยาบาลและมีการส่งต่อผู้ป่วยต่อพยาบาลและแพทย์ผู้รักษาเพื่อให้การพยาบาลต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ตามขั้นตอน ดังนี้

1. นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำหนดรหัสข้อมูลของแบบสอบถาม เพื่อนำไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์

2. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์สำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical package for the social science/Personal Computer) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และภาวะการทำงานที่ โดยใช้ความถี่และร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยและประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัย

2.2 การศึกษาความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้า โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

2.4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ เพศ กับภาวะซึมเศร้าโดยใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบอีตา (Eta)

2.5 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ภาวะการทำงานที่ กับภาวะซึมเศร้าโดยใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบไคสแควร์ (Chi-square test)

3. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมด ที่ระดับ 0.05

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ของโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 150 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 2

ตอนที่ 2 การศึกษาภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 3-9

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ภาวะการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 10-13

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และพิสัยของอายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 150 คน

ข้อมูลทั่วไป	$\bar{X}$	SD	Min	Max	Range
อายุ (ปี)	55.41	7.14	37	75	38
รายได้ต่อเดือน (บาท)	17265.69	5280.30	7000	30000	23000
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)	4.89	2.14	1	10	9
ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (%)	51.75	8.70	33	78	45

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 55.41 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.41) มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ยเท่ากับ 17,265.69 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5,280.30) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 4.89 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.14) และมีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจเฉลี่ยเท่ากับ 51.75 % (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.70)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตอนที่ 2 การศึกษาภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.1 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามเพศ แสดงผลการวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ และการหาค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 150 คน จำแนกตามเพศ

เพศ	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	2	1.33	75	50.00
หญิง	36	24.00	37	24.67
รวม	38	25.33	112	74.67

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 74.67 และมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 25.33 โดยพบว่าเป็นเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 24.00 ส่วนในเพศชาย มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.33



2.2 ภาวะซีมเศร้ำของกุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามอายุ แสดงผลการวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ และการหาค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะซีมเศร้ำและไม่มีภาวะซีมเศร้ำ จำนวน 150 คน จำแนกตามอายุ

อายุ (ปี)	มีภาวะซีมเศร้ำ		ไม่มีภาวะซีมเศร้ำ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
20-35	0	0	0	0
36-45	1	2.63	10	8.93
46-55	15	39.48	52	46.43
56-65	20	52.63	38	33.93
66-75	2	5.26	12	10.71
รวม	38	100.00	112	100.00

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มที่ไม่มีภาวะซีมเศร้ำนั้น มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 46-55 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.63 รองลงมาได้แก่ 56-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.93 สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซีมเศร้ำนั้น ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 56-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.63 รองลงมาได้แก่ 46-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.48 ส่วนช่วงอายุ 36-45 ปี พบว่ามีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.63

2.3 ภาวะซีมเศร้ำของกุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามรายได้ แสดงผลการวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ และการหาค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 150 คน จำแนกตามรายได้

รายได้ (บาท)	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5,000-10,000	14	36.84	3	2.68
10,001-15,000	12	31.58	25	22.32
15,001-20,000	11	28.95	51	45.54
20,001-25,000	1	2.63	19	16.96
25,001 ขึ้นไป	0	0	14	12.50
รวม	38	100.00	112	100.00

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยอยู่ในช่วง 15,001-20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 45.54 ส่วนในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้น พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 36.84 รองลงมาได้แก่ 10,001-15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 31.58 ร้อยละ 2.63 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยอยู่ในช่วง 20,001-25,000 บาทต่อเดือน

2.4 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย แสดงผลการวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ และการหาค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 150 คน จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย

ระยะเวลา (ปี)	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1-5	22	57.89	77	68.75
6-10	16	42.11	35	31.25
รวม	38	100.00	112	100.00

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 68.75 และร้อยละ 57.89 ตามลำดับ ส่วนช่วงระยะเวลา 6-10 ปี พบว่ามีผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า นั้น คิดเป็นร้อยละ 31.25 และร้อยละ 42.11 ตามลำดับ

2.5 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ แสดงผลการวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ และการหาค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 150 คน จำแนกตามประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ

ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (%)	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มากกว่า 55	9	23.68	42	37.50
40-55	26	68.42	61	54.46
26-39	3	7.90	9	8.04
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25	0	0	0	0
รวม	38	100.00	112	100.00

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในช่วง 40-55% มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.46 และร้อยละ 68.42 ตามลำดับ ช่วง 26-39% มีจำนวนน้อยที่สุด ทั้งผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 8.04 และร้อยละ 7.90 ตามลำดับ

2.6 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามภาวะการทำหน้าที่ แสดงผลการวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ และการหาค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะซีมีเศร่าและไม่มีภาวะซีมีเศร่า จำนวน 150 คน จำแนกตามภาวะการทำหน้าที่

ภาวะการทำหน้าที่	มีภาวะซีมีเศร่า		ไม่มีภาวะซีมีเศร่า	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับ 1	8	21.05	46	41.07
ระดับ 2	26	68.42	64	57.14
ระดับ 3	4	10.53	2	1.79
ระดับ 4	0	0	0	0
รวม	38	100.00	112	100.00

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซีมีเศร่า ส่วนใหญ่มีภาวะการทำหน้าที่ อยู่ในระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 57.14 สำหรับในผู้ป่วยที่มีภาวะซีมีเศร่า นั้น พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะการทำหน้าที่ อยู่ในระดับ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.42 รองลงมา ได้แก่ ระดับที่ 1 และ ระดับที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 21.05 และ 10.53 ตามลำดับ

2.7 ภาวะซีมีเศร่าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามการวินิจฉัยโรค แสดงผลการวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ และการหาค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะซีมีเศร่าและไม่มีภาวะซีมีเศร่า จำนวน 150 คน จำแนกตามการวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรค	มีภาวะซีมีเศร่า		ไม่มีภาวะซีมีเศร่า	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Unstable angina	14	36.84	42	37.50
NSTEMI	13	34.21	38	33.93
STEMI	11	28.95	32	28.57
รวม	38	100.00	112	100.00

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Unstable angina มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.50 และร้อยละ 36.84 ตามลำดับ ส่วนการวินิจฉัยว่าเป็น STEMI มีจำนวนน้อยที่สุด ทั้งในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 28.57 และร้อยละ 28.95 ตามลำดับ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ภาวะการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 10

**ตารางที่ 10** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 150 คน

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
อายุ	.075	.362
รายได้	-.511	.000
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	.187	.022
ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ	-.114	.165
ความเหนื่อยล้า	.395	.000
อาการหายใจลำบาก	.434	.000
การสนับสนุนทางสังคม	-.437	.000

จากตารางที่ 10 พบว่า รายได้ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่า เท่ากับ -.511 และ -.437 ตามลำดับ ส่วนอาการหายใจลำบาก และความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.05 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเท่ากับ .434 และ .395 ตามลำดับ ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเท่ากับ .187 ส่วนอายุและประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์ดังนี้

3.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อีตา (Eta Coefficient) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 11

**ตารางที่ 11** ค่าสัมประสิทธิ์อีตาระหว่างเพศ กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 150 คน

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ Eta	P-value
เพศ	.538	.000

จากตารางที่ 11 พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ค่าสัมประสิทธิ์ Eta มีค่าเท่ากับ .555

3.2.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามเพศ วิเคราะห์โดยใช้ค่า Independent samples t-test แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิด  
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 150 คน จำแนกตามเพศ

เพศ	คะแนนภาวะซึมเศร้า		t	P-value
	$\bar{X}$	SD		
ชาย	9.60	3.54	8.12	.000
หญิง	16.43	6.45		

จากตารางที่ 12 พบว่า เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 16.43 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.45) ส่วนเพศชายมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 9.60 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.54) เมื่อเปรียบเทียบแล้ว พบว่า เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการทำหน้าที่กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ค่าความสัมพันธ์ (Chi-square test) ระหว่างภาวะการทำหน้าที่กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 150 คน

ภาวะ การ ทำ หน้าที่	รวม	ภาวะซึมเศร้า				ค่า ไคส แควร์	ค่าซี (C)	P- value
		มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า				
ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1	54	36.00	8	21.05	46	41.07		
2	90	60.00	26	68.42	64	57.14	9.179	.240
3	6	4.00	4	10.53	2	1.79		
<b>รวม</b>	<b>150</b>	<b>100.00</b>	<b>38</b>	<b>100.00</b>	<b>112</b>	<b>100.00</b>		

จากตารางที่ 13 พบว่า ภาวะการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ภาวะการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยภาวะซึมเศร้าจะพบมากในภาวะการทำหน้าที่ระดับที่ 2 คือ ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย การทำกิจวัตรประจำวันอาจทำให้เกิดอาการใจสั้นเหนื่อย หรือ เจ็บหน้าอกได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ภาวะการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ภาวะการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ภาวะการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลรามธิบดี ในช่วงระหว่าง เดือน กุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม พ.ศ.2549 ซึ่งมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
3. ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย
4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

และมีกำหนดเกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือมีความเสี่ยงสูง เช่น มีอาการปอดบวมน้ำเฉียบพลัน มีอาการช็อค หรืออยู่ในระยะวิกฤติ จนจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในขณะติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ แบบบันทึกภาวะการทำหน้าที่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการหายใจลำบาก และแบบประเมินการ



สนับสนุนทางสังคม ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และจากการหาค่าความเที่ยงเท่ากับ .75, .89, .80, และ .83 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์สำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical package for the social science/Personal Computer) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และภาวะการทำหน้าที่ โดยใช้ความถี่และร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัย

2. การศึกษาความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้า โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation)

4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ เพศกับภาวะซึมเศร้าโดยใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบอีตา (Eta)

5. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ภาวะการทำหน้าที่ กับภาวะซึมเศร้าโดยใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบไควสแควร์ (Chi-square test)

### สรุปผลการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยโดยรวมในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.88 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.17)

2. รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ( $r = -.511$  และ  $-.437$  ตามลำดับ)

3. อาการหายใจลำบาก ความเหนื่อยล้า และระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ( $r = .434, .395$  และ  $.187$  ตามลำดับ)

4. เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (Eta = .555)

5. ภาวะการทำหน้าที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ( $C = .240$ )

6. อายุและประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

### การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับ ดังนี้

#### ข้อที่ 1. การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 25.33 และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 74.70 ซึ่งใกล้เคียงการศึกษาของ Rumsfeld และคณะ (2003) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด มีร้อยละ 26.90 ซึ่งการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างนี้อาจกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 60 ซึ่งผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อยเท่านั้น ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ทำให้ส่งผลกระทบต่อภาวะด้านจิตใจผู้ป่วยน้อยลง เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าแล้วพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 24.00 ในขณะที่เพศชายเกิดเพียง ร้อยละ 1.33 สอดคล้องกับการศึกษาของ Grace และคณะ (2005) ที่พบว่าเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศหญิง

อีกทั้งประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แล้วมีค่าต่ำเล็กน้อย คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 51.75% (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8.70) ซึ่งบ่งบอกว่ามีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำเล็กน้อย ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Strike และคณะ (2003) ที่พบว่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้นมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 51% เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าแล้วพบว่า ส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำเล็กน้อยเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 68.42 อาจเนื่องจากผู้ป่วยหลุดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาทางเป็ียงหลอดเลือดหัวใจนั้น ถ้าไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีเหตุการณ์เกี่ยวกับหัวใจ จะมีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจปกติและต่ำเล็กน้อย (Maor et al., 1999)

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวสูง โดยมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ยเท่ากับ 17,265.69 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5,280.30) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้น ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 36.84 สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ เบ้าตุน (2546) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายรายได้เฉลี่ยที่สูง คือ 21,609.18 บาทต่อเดือน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 65,412.53) ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าเนื่องจากลักษณะและวัฒนธรรมของสังคมไทย เป็นสังคมที่ บุตรหลานจะแสดงความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ โดยการอุปการะและดูแลเอาใจใส่เมื่อมีอายุมากขึ้น จึงได้รับค่าใช้จ่ายจากบุตรหลาน ประกอบกับการที่ผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบ อาชีพ การใช้จ่ายในชีวิตประจำวันจึงใช้จ่ายเฉพาะสิ่งที่จำเป็นเท่านั้น ร่วมกับการที่ได้รับการ เกื้อหนุนด้านสิ่งของจากบุตรหลาน ทำให้ไม่มีความจำเป็นต้องใช้จ่ายเงินด้วยตนเองมากนัก โดย พบว่ารายได้ส่วนใหญ่นั้นมาจากการสนับสนุนของครอบครัว (ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545)

สำหรับในด้านอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันมีค่าอายุเฉลี่ยเท่ากับ 55.41 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.14) ซึ่งพบว่าค่าอายุ เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ Carney และคณะ (2001) ที่พบว่าผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดส่วนใหญ่จะมีอายุเฉลี่ย 57 ปี เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าแล้ว พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้น ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 56-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.63 รองลงมา ได้แก่ 46-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.48 ส่วนช่วงอายุ 36-45 ปี พบว่ามีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.63 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Stern และคณะ (1977) ที่ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีอายุเฉลี่ยต่ำกว่า 46 ปี ( $P < .02$ ) โดยจะรับรู้โรคกล้ามเนื้อ หัวใจตายมีผลกระทบต่อชีวิตของตนเองมากกว่า จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีโอกาสที่จะ เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า

ในด้านระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้นส่วนใหญ่มีระยะเวลาการ เจ็บป่วยเฉลี่ย 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.89 สอดคล้องกับการศึกษาของวิรัชรอง นาทองคำ (2542) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่ มีระยะเวลาในการเจ็บป่วย 1-5 ปีมากที่สุด ร้อยละ 38.92 ซึ่งระยะเวลาการเจ็บป่วยนี้เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้ มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เนื่องจากทัศนคติเป็นสิ่งที่มิอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมนั่นเอง (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2542)

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้น ส่วนใหญ่มีภาวะการทำหน้าที่ อยู่ใน ระดับ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.42 รองลงมา ได้แก่ ระดับ 1 และระดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 21.05 และ 10.53 ตามลำดับ โดยภาวะการทำหน้าที่ที่ไม่รุนแรง จะทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว ทางด้านอารมณ์ที่ดี และสามารถจัดการกับความเครียดได้ดี จึงส่งผลดีต่อสภาพจิตใจนั่นเอง ทำ ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อยลง อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรค ว่าเป็น Unstable angina มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.84 โดยอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดบ่อยครั้ง จะทำให้ผู้ป่วยมี ภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นได้ (Rumsfeld et al., 2003) โดยภาวะซึมเศร้าจะทำให้บุคคลมีความ ผิดปกติทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านสรีระวิทยา ได้แก่ มีมโนทัศน์ใน

ด้านลบ ตีเตียนตัวเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ กิจกรรมทางกายน้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น (Beck, 1967)

เมื่อพิจารณาภาวะซึมเศร้ารายข้อแล้วพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ รู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.59 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.04) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยอาจเกิดความเครียดด้วยการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเฉียบพลัน เป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต รู้สึกว่าตนเองไม่ปลอดภัย (รุ่งทิพย์ เบ้าตุน, 2546) จึงทำให้รู้สึกที่ชีวิตไม่มีความสุข สนุกสนาน ประกอบกับพยาธิสภาพของโรคที่ต้องจำกัดกิจกรรมที่ทำ เพราะอาจส่งผลกระทบต่อหัวใจ จึงทำให้เกิดความวิตกกังวล เพราะกลัวเป็นอันตรายหรือเสี่ยงต่อชีวิต ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ทำให้รู้สึกหม่นหมองและไม่สดชื่นได้ ผู้ป่วยจึงเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้

**ข้อที่ 2.** การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ภาวะการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.1 จากการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $Eta = .538$ ) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า แล้วพบว่าเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Grace และคณะ (2005) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยพบว่าเพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ( $P < .01$ ) สามารถอธิบายได้ว่าการที่ภาวะซึมเศร้าพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากแต่ละเพศจะได้รับผลกระทบด้านความเครียดที่แตกต่างกัน แต่ละเพศก็มีความมั่นคงและอ่อนแอที่แตกต่างกัน ในเพศชายจะมีจิตใจเข้มแข็งและรู้สึกว่าตนเอง สามารถควบคุมตนเองได้มากกว่าเพศหญิง (Ebersole and Hess, 1981) อีกทั้ง เพศชายจะสามารถนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ มาช่วยในการตอบสนองสิ่งคุกคามได้มากกว่าเพศหญิง (Hislop, 1991) ประกอบกับการรับรู้ประโยชน์จากแผนการรักษา และการรับรู้ว่าการปฏิบัติตามแผนการรักษาเป็นสิ่งที่ดี จึงทำให้เพศชายมีภาวะซึมเศร้าที่น้อยกว่าเพศหญิง มีการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าจะเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Crowe et al., 1996) โดยเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 2 ถึง 3 เท่า (Dobbels et al., 2002)



2.2 จากการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าอายุเฉลี่ยเท่ากับ 55.41 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 46-55 ปี มากที่สุด ร้อยละ 44.67 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 56-65 ปี ร้อยละ 38.67 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่นั้นอยู่ในวัยทำงาน และวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย น่าจะเป็นกลุ่มที่ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบด้านการทำงานลดลงและบางส่วนอาจไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว ทำให้ไม่เกิดความเครียดหรือความทุกข์ทรมานจากการประกอบอาชีพ อีกทั้งผู้ที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ และผู้ที่มีอายุในช่วงนี้จะยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง (รุ่งทิพย์ เบ้าตุน, 2546) ซึ่งแตกต่างจากผู้ที่มีอายุน้อย ที่จะยอมรับสภาพการเจ็บป่วยของตนเองได้น้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Petrie และคณะ (1996) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีอายุน้อยจะรับรู้โรครกล้ามเนื้อหัวใจตายมีผลกระทบต่อชีวิตของตนเองมากกว่า จึงทำให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีอายุน้อยมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเนื่องจากขาดประสบการณ์ในแก้ไขปัญหา (Baas et al., 1999 cited in Artinian, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ Stern และคณะ (1977) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีอายุเฉลี่ยต่ำกว่า 46 ปี ( $P < .02$ ) ซึ่งเมื่อพิจารณาจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยมีอายุในช่วง 56-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.63 จึงทำให้อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้

2.3 จากการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าการที่มีรายได้สูงจะทำให้ผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีภาวะซึมเศร้าน้อยลง เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนในระดับสูง 17,265.69 บาทต่อเดือน ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าเนื่องจากลักษณะและวัฒนธรรมของสังคมไทย เป็นสังคมที่บุตรหลานจะแสดงความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ โดยการอุปการะและดูแลเอาใจใส่เมื่อมีอายุมากขึ้น จึงได้รับค่าใช้จ่ายจากบุตรหลานร่วมกับการที่ได้รับการเกื้อหนุนด้านสิ่งของจากบุตรหลาน ประกอบกับการที่ผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ การใช้จ่ายในชีวิตประจำวันจึงใช้จ่ายเฉพาะสิ่งที่จำเป็น ทำให้ไม่มีความจำเป็นต้องใช้จ่ายเงินด้วยตนเองมากนัก สอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร โดยพบว่ารายได้ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุที่ทำการผ่าตัดหัวใจนั้นมาจากการสนับสนุนของครอบครัว (ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545) สอดคล้องกับคำกล่าวของ Brandt and Weinert (1985) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม ซึ่ง



พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหรืออาศัยอยู่กับคู่ครองร้อยละ 72 ดังนั้นจึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนในระดับสูง รายได้เป็นแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ โดยผู้ที่มีรายได้ดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการพื้นฐานและปัจจัยสี่ของตนเองได้ดี จึงมีผลต่อความพึงพอใจของบุคคล โดยในผู้ที่มีรายได้ต่ำมักมีปัญหาในการจัดหาความต้องการพื้นฐาน มีความยุ่งยากในเรื่องการวางแผนการหาเงินและการใช้เงินซึ่งมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของบุคคล ซึ่งจากการศึกษาของ Marmot และคณะ (1991) พบว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ จะทำให้เกิดภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม ได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้สูง

2.4 จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Koenig และคณะ (1988) ที่พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาล โดยระยะที่เป็นโรคร่วมกับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานานมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ เกิดความลังเลใจในการวางแผนชีวิตตนเอง และครอบครัวนำไปสู่การขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจได้ (ทศพร พัฒนนิรมาน, 2532) และเนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้น เป็นโรคเรื้อรัง และไม่หายขาด ผู้ป่วยจึงเกิดความท้อแท้ในการดูแลตนเอง เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ และส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ ตามความรุนแรงและการดำเนินของโรค (วิรัชรอง นาทองคำ, 2542)

2.5 จากการศึกษาพบว่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่บอกว่า ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สามารถอธิบายได้ว่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของหัวใจในขณะนั้น ซึ่งการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับที่ 2 และจึงอาจทำให้ค่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจมีค่าปกติและต่ำเล็กน้อย ประกอบด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน อาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของโรค เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจเปลี่ยนแปลงไปตามการดำเนินของโรคในขณะนั้นได้ (รุ่งทิพย์ เป้าตุน, 2546)

2.6 จากการศึกษาพบว่า ภาวะการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $C = .240$ ) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีภาวะการทำหน้าที่ อยู่ในระดับที่ 2 ซึ่งมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย การทำกิจวัตรประจำวันอาจทำให้เกิดอาการใจสั่น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอกได้ โดยระดับภาวะการทำหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นนี้ จะบ่งชี้ถึงอาการที่รุนแรงขึ้นจนไม่สามารถที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ (Artinian, 2003) ซึ่งทำให้มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของบุคคล เนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จะทำให้บุคคลดำเนินชีวิต และดำรงบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้รู้สึกพึงพอใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีตามมา (Raleigh, 1980 อ้างถึงในชัดเจน จันทรพัฒน์, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ที่ประเมินความรุนแรงของโรคโดยใช้ Killip classification พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคในระดับ 1 ซึ่งเป็นผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวทางด้านอารมณ์ที่ดี และสามารถจัดการกับความเครียดได้ดี จึงส่งผลดีต่อสภาพจิตใจนั่นเอง และจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวโดยแบ่งตามเกณฑ์ของ The New York Heart Association (NYHA) Class I จะมีอัตราการการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 8 ในขณะที่ Class IV จะมีโอกาสเกิดถึงร้อยละ 40 (Freedland, 2003 cited in Artinian, 2003)

2.7 ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Reyes และคณะ (2004) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดความเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ขณะที่ Sullivan และคณะ (2000) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้า (fatigue severity) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $p < .0001$ ) อธิบายได้ว่า ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้น มีสาเหตุมาจากการตายของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้การไหลเวียนของกล้ามเนื้อหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายน้อยกว่าปกติถึงร้อยละ 30 (Kavanagh, 1976 cited in วิชาล คันธรัตน์กุล, 2538) เซลล์ในร่างกายจึงเกิดภาวะการขาดออกซิเจน และขาดสารอาหารทำให้เกิดกระบวนการเผาผลาญที่ผิดปกติ มีการสะสมของกรดแลคติก ซึ่งการสะสมของกรดแลคติกนี้ จะทำให้ความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเหนื่อยล้า (Piper, 1993) และความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้นเกิดจากสภาวะทางด้านจิตใจ เมื่อต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและเรื้อรัง ความรู้สึกนี้จะกระตุ้นการหลั่งแคทีโคลามีน ซึ่งทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด การนำออกซิเจนไปยังเซลล์ต่างๆจึงลดลง นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังเป็นตัวกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้าและต่อมหมวกไตส่วนใน ทำให้เซลล์ทั่วร่างกายโดยเฉพาะหัวใจเพิ่มการทำงาน ร่างกาย

จะนำพลังงานที่สะสมไว้มาใช้ และนำไปสู่ความเหนื่อยล้า ภาวะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังจะทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและเครียด ซึ่งจะส่งผลต่อการทำงานของระบบเรติคูลาร์แอกติเวติง ทำให้ไม่สามารถคงไว้ซึ่งการตื่นตัว เกิดเป็นความเหนื่อยล้าตามมา (Mock, 1997)

2.8 สำหรับอาการหายใจลำบากนั้น จากผลการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .434$ ) ซึ่งอธิบายได้ว่าในผู้ป่วยโรคหัวใจนั้น ภาวะซีมเศร้ามีผลต่อการรับรู้การเจ็บป่วยของบุคคล และส่งผลให้มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการเพิ่มมากขึ้น (Lenz et al., 1997) เกิดการกระตุ้นตัวรับความรู้สึก (Afferent receptor) ของทางเดินหายใจ มีการบีบตัวของหลอดลม ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากตามมา (Carrieri-Kohlman et al., 1984) และภาวะซีมเศร่ายังมีผลทำให้ต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจต้องทำงานหนักและมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้อาการหายใจลำบากรุนแรงมากขึ้น (Kneble, 1990) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรพร เขียวหวาน (2545) ที่พบว่าภาวะซีมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ ( $r = .447$ )

2.9 การศึกษาครั้งนี้ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.437$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Krishnan และคณะ (1998) ที่พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจที่มีภาวะซีมเศร่านั้น จะมีความเกี่ยวข้องกับจำนวนเหตุการณ์ด้านลบในรอบหนึ่งปี มีการสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำ และการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวที่ต่ำ การศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่อาศัยอยู่กับคู่ครองหรือคู่สมรส ร้อยละ 72.00 ถึงแม้จะอยู่ในสถานภาพอื่นๆแต่ก็ยังอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมแบบเครือญาติ มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ซึ่งระบบครอบครัวเป็นแหล่งการสนับสนุนที่มีความใกล้ชิดมากที่สุด โดยเฉพาะการสนับสนุนจากคู่สมรส (Brown, 1986) สอดคล้องกับ Brandt and Weinert (1985) ซึ่งกล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม โดยการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส จะช่วยป้องกันความเครียด ช่วยลดความรุนแรงของความขัดแย้ง ส่งเสริมความไว้วางใจ ความรักใคร่ผูกพัน และความไว้วางใจ (รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น, 2546) จึงส่งผลดีต่อสภาวะทางด้านจิตใจของผู้ป่วย สอดคล้องกับ Cronin (1997) ที่ทำการศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจพบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีในการดำเนินชีวิตภายหลังการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนอกจากนี้ยังพบว่าการได้รับการสนับสนุนที่ดีจะช่วยลดการเกิดภาวะซีมเศร้าในระยะเวลา 1 ปี ของผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ด้วย (Frasure-Smith, 2000)

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

### ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในส่วนที่เป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้จากการศึกษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้ คือ การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม การป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบาก และการป้องกันการเกิดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังนี้

1. จากผลการวิจัย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความเครียด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับตัวกับภาวะเจ็บป่วยได้ดีขึ้น ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมและปฏิบัติ ดังนี้

1.1 ควรเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม ในด้านความรักความผูกพันให้กับผู้ป่วย โดยให้ครอบครัว โดยเฉพาะสามีหรือคู่ครองให้มีบทบาทโดยมีส่วนร่วมในการวางแผนและให้การรักษาพยาบาลร่วมกับผู้ป่วย ได้แก่ การเรียนรู้วิธีการจัดการควบคุมการเกิดโรคซ้ำ เช่น การรับประทานอาหารให้เหมาะสม การรับประทานยา การลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค การปรับกิจกรรมการออกกำลังกายและการพักผ่อน การออกกำลังกาย การลดและบรรเทาความเครียด และการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น รวมถึงวิธีการจัดการแก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วยขณะที่อยู่บ้าน เช่น การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น การแก้ไขเบื้องต้นด้วยตนเองโดยถ้าผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก ให้อมยาใต้ลิ้น Isordil 5 mg. 1 เม็ด หลังจากนั้น 10 นาที ประเมินว่าอาการเจ็บหน้าอกลดลงหรือไม่ ถ้ายังไม่หาย ให้อมยาต่ออีก 1 เม็ด ประเมินอาการซ้ำอีกทั้ง ถ้ายังมีอาการให้รีบมาโรงพยาบาล ระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล หากยังมีอาการอยู่สามารถอมซ้ำได้อีก 1 เม็ด (วรรณต บำรุงสุข, 2547)

1.2 ควรเพิ่มการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเอื้อประโยชน์ให้กับผู้อื่น ให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยดำรงอยู่ในสังคมและคงไว้ซึ่งบทบาททางสังคมให้มากที่สุด การให้ความมั่นใจว่าพวกเขาสามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ได้ รักษาบทบาทความเป็นภรรยา บทบาทความเป็นมารดาได้เหมือนก่อนการเจ็บป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเอื้อประโยชน์ให้กับผู้อื่น ได้แก่ การให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคม ด้านการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการเป็นส่วนหนึ่งในสังคมให้กับผู้ป่วย



2. จากผลการวิจัย พบว่าอาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะซีมเศร่าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เนื่องจากอาการหายใจลำบาก จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น (Lenz et al., 1997) ดังนั้นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลควรมีการป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบากที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วย โดยปฏิบัติ ดังนี้

2.1 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในระยะเฉียบพลัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งการพยาบาลในระยะนี้ ได้แก่ การส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและช่วยลดการทำงานของหัวใจ เช่น การส่งเสริมให้พักผ่อนในระยะแรก 6-12 ชม. การดูแลให้ได้รับออกซิเจน การดูแลให้ได้รับยา การสังเกตอาการแทรกซ้อนของโรค การประเมินอาการภาวะน้ำเกิน/หัวใจวาย การประเมินอาการหัวใจขาดเลือดซ้ำ การช่วยลดและบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกและไม่สุขสบายของผู้ป่วย การช่วยลดและบรรเทาความเครียด เป็นต้น (จรรยา ตันติธรรม, 2547)

2.2 ควรมีการนำแนวทางการบำบัดทางการพยาบาลที่มีผลงานวิจัยรับรองมาใช้ เพื่อป้องกันหรือบรรเทาอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย เช่น การหายใจแบบเป่าปาก (Baseline, Roy and Robinson, 1992) การใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (American Thoracic Society, 1999) การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย หรือการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนร่วมกับวิธีการอื่นๆ เนื่องจากการให้ความรู้อย่างเดียวนั้นไม่สามารถทำให้อาการหายใจลำบาก ความทนทานต่อการออกกำลังกาย คุณภาพชีวิต และความวิตกกังวลดีขึ้นได้ (Sassi-Damborn et al., 1995)

3. จากผลการวิจัย พบว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะซีมเศร่าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เนื่องจากการที่ผู้ป่วยโรคหัวใจมีการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายน้อยกว่าปกติ เซลล์ในร่างกายจึงขาดออกซิเจนและขาดสารอาหารทำให้เกิดกระบวนการเผาผลาญที่ผิดปกติมีการสะสมของกรดแลคติก ความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเหนื่อยล้า (Piper, 1993) ดังนั้นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลควรมีการป้องกันความเหนื่อยล้าที่อาจเกิดขึ้น โดยปฏิบัติ ดังนี้

3.1 การให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม การปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพราะการที่ผู้ป่วยจำกัดกิจกรรมมากเกินไปอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้

3.2 พยาบาลควรมีการนำผลวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการพยาบาลมาใช้เพื่อลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ เช่น การใช้โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดความเหนื่อยล้า การใช้โปรแกรมการส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรม เป็นต้น



## ด้านการศึกษาวิจัย

1. ควรทำการศึกษากภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจกลุ่มอื่นๆ เช่นโรคหัวใจล้มเหลว โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หรือผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดหัวใจ และทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยใน
2. มีศึกษากการเปรียบเทียบการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจกลุ่มต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป
3. ควรทำการค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับ กิจกรรมการพยาบาลที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อไป

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ในส่วนของข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ควรพิจารณาถึงแบบแผนการรักษาของผู้ป่วยด้วย เช่น ชนิดของการผ่าตัด หรือการทำหัตถการต่างๆ รวมถึงโรคประจำตัวที่มี เพื่อเป็นประโยชน์ในการอภิปรายผลการวิจัย
2. ในกรณีกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาอยู่ในวัยผู้สูงอายุ การใช้แบบประเมินควรพิจารณาให้เหมาะสมกับวัย เพื่อให้เกิดความเที่ยงตรงของแบบประเมิน และเกิดความสะดวกในการใช้แบบประเมิน เช่น การใช้สีสันทันเข้ามาช่วยในการสร้างแบบประเมิน หรือการให้ระบายนขนาดของความรู้สึกที่มี เป็นต้น

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข. 2547. **ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2547-2548.** กรุงเทพฯ: อีลฟา รีเสิร์ช.
- กุลธิดา พานิชกุล. 2536. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จริยา ตันติธรรม. 2547. **กลยุทธ์การพยาบาลผู้ป่วย: โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. ใน** คณะอนุกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, **การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต,** หน้า 266-340. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิติบรรณการ.
- จันทร์จิรา วิรัช. 2544. **ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์. 2536. **แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัวในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. 2537. **หายใจลำบาก ใน อากาศวิथाสำหรับพยาบาล. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.**
- ดวงใจ กสานติกุล. 2542. **โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์ผิดปกติรักษาหายได้.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัดเจน จันทพัฒน์. 2543. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ทมาภรณ์ บุรณสมภพ. 2547. **ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทารุณกรรม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทศพร พัฒนนิรมาน. 2532. **ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน บัณฑิต และ สมพร เตรียมชัยศรี. 2533. **คุณลักษณะความทรงของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D.** วารสารจิตวิทยาคลินิก 21(1): 26-45.
- นัยนา อูปมา. 2543. **ภาวะซึมเศร้าในเด็กหัวใจพิการแต่กำเนิด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากู. 2547. **ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัทยูแอนดีไออินเตอร์มีเดียจำกัด.
- ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. 2540. **โรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น.** วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 42: 35-48.
- ปิยะมิตร ศรีธรา. 2543. **พยาธิสภาพและพยาธิกำเนิด.** ในนิติ มหานนท์, ปิยะมิตร ศรีธรา, และสรณ บุญใบชัยพฤกษ์ (บรรณาธิการ), **กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน,** กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พริ้นติ้งเฮ้าส์.
- ปิยาภรณ์ เบญจบันลือกุล. 2544. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางคลินิก ปัจจัยส่วนบุคคลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพียงใจ ดาโลปการ. 2545. **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัทรพร เขียวหวาน. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ สภาพแวดล้อมและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ลัดดา แสนสีหา. 2536. **ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรมนต์ บำรุงสุข. 2548. **การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี**. กรุงเทพฯ: เอล.ที.เพลส จำกัด.
- วรลักษณ์ ธีราโมกข์. 2542. **จิตวิทยาการเจ็บป่วยและการสูญเสีย**. ในสันต์ ใจยอดศิลป์ และคณะ, **การดูแลผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ**, กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์สวย จำกัด.
- วารุณี รัตนมณี และ ยี่สุนัน ทนทโนทยาน. 2536. ในเพ็ญจันทร์ แสนประสาน, **ลดาวัลย์ รวมเมฆ, วรณา สมบูรณ์วิบูลย์, ผู้ป่วยวิกฤติกับการพยาบาล**, กรุงเทพฯ: สุพรีม โปรดักส์.
- วิรัชรอง นาทองคำ. 2543. **ประสบการณ์การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิศาล คันธรัตน์กุล. 2543. **การอบรมระยะสั้นครั้งที่ 1 “เวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหัวใจ แนวทางที่ควรรู้” คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล**. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- เวณิกา กำลังเอก. 2534. **เทคนิคในการตรวจสอบความเมื่อยล้าในการทำงาน**. **วารสารพยาบาลกองทัพบก 9(1): 24-25**.
- ศิริพร จิรวัดมนกุล. 2546. **ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน: มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช**. กรุงเทพฯ: บริษัทด้านสุขภาพการพิมพ์ จำกัด.
- ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. 2545. **ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมพร บุษราทิจ และ เรียงชัย งามทิพย์วัฒนา. 2542. **จิตเวชปฏิบัติ 43**. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. 2542. **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภานิต. 2541. **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข, สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2547. **จำนวนตายด้วยสาเหตุสำคัญกับอัตราต่อประชากร100,000คน พ.ศ. 2541-2544 (ระบบออนไลน์)**. แหล่งที่มา <http://www.moph.go.th/ops/bhpp/budg12.html>.

- สุชาติ พหลภาคย์. 2542. **ความผิดปกติทางอารมณ์**. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ ออฟเซ็ท.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2549. **จำนวนตายด้วยสาเหตุสำคัญกับอัตราต่อประชากร 100,000 คน** (ระบบออนไลน์). แหล่งที่มา <http://www.moph.go.th/> [7 เมษายน 2549]
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. 2545. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพฯ: บริษัทด้านสุขภาพการพิมพ์.
- อดิศร วงษา. 2538. หอบเหนื่อย. ใน **หญิงน้อย คูบลเดชประชาภิรักษ์, อุษณา รุสสีว, วิชัย ประยูรวิวัฒน์, ธนะชัย พิบูลบรรณกิจ และสุทธิชาติ พีชผล(บรรณานิการ), อาการอายุรศาสตร์**. กรุงเทพฯ : ชัยเจริญ.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. 2539. **พฤติกรรมฆ่าตัวตายในเด็ก การศึกษาในผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชศาสตร์**. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41(3): 174-183.

### ภาษาอังกฤษ

- Ahern, D., et al. 1990. Biobehavioral variables and mortality or cardiac arrest in the cardiac arrhythmia: Pilot study (CAPS). **American Journal of Cardiology** 66: 59-62.
- Aistars, J. 1987. Fatigue in the cancer patients. **Oncology Nursing Forum** 14(6): 25-30.
- American Thoracic society. 1999. Dyspnea: mechanism, assessment and management : A consensus statement. **American Journal of Respiratory and critical care Medicine** 159: 321-340.
- Artinian, N. T. 2003. The psychosocial aspects of heart failure. **American Journal of Nursing** 103(12): 32-40.
- Baird, S. B. 1988. Decision making. **Oncology Nursing**. Philadelphia: B. C. Decker.
- Barefoot, J. C., et al.. 2000. Moderators of the effect of social support on depressive symptoms in cardiac patients. **The American Journal of Cardiology** 86(15): 438-442.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. and Emery, G. 1979. **Cognitive therapy of depression**. New York: Guilford Press.



- Beck, A. T. 1967. **Depression: Clinical experimental and theoretical aspect**. New York: International Universities Press, INC.
- Bedworth, J. A. and Molen, M.T. 1982. Psychological stress in spouses of patients with myocardial infarction. **Heart and Lung** 16: 450-456.
- Beeber, L. S. 1998. Treating depression through the therapeutic nurse client relationship. **Nursing Clinics of North America** 33(1):153-172.
- Brandt, P. A. and Weinert, C. 1985. The PRQ A social support measure. **Nursing Research** 30: 277-280.
- Breslin, E. H., Roy, C., and Robinson, C. R. 1992. Physiological nursing research in dyspnea: A paradigm shift and metaparadigm exemplar. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice** 6(2): 81-105.
- Brown, M. A. 1986. Social support during pregnancy: A unidimensional or multidimensional construct. **Nursing Research** 35: 4-9.
- Bulter, S., and Chalder, T. 1990. Research chronic fatigue. **Nursing Time** 86(47): 40-43.
- Bush, D. E., et al. 2001. Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. **American Journal of Cardiology** 88: 337-341.
- Carney, R., et al. 1987. Major depressive disorder in coronary artery disease. **American Journal of Cardiology** 60: 1273-1275.
- Carney, R. M., Saunders, R. D., Freedland, K. E., Stein, P., Rich, M. W., and Jaffe, A. S. 1995. Association of depression with reduced heart rate variability in coronary artery disease. **The American Journal of Cardiology** 76: 562-564.
- Carney, R. M., et al. 2001. Depression, Heart rate variability, and acute myocardial infarction. **Circulation** 104: 2024-2028.
- Carrieri – Kohlman, V., Janson – Bjerklie, S., and Jacobs, S. 1984. The sensation of dyspnea: A review. **Heart and lung** 13(4): 436 – 447.
- Chaput, F., Moreau, D., and Mufson, L. 1998. Depression. In S. B. Friedmen., M. M. Fisher., S. K. Schonberg., and E. M. Alderemar (Eds.), **Comprehensive adolescent health care**, pp.925-931. St. Louis: Mosby.

- Connerney, I., Shapiro, P. A., McLaughlin, J. S., Bagiella, E., and Sloan, R. P. 2001. Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12 month outcome: a prospective study. **Lancet** 358: 1766-1771.
- Covan, M. J. 1995. Pathogenesis of atherosclerosis. In S. L. Underhill, et al (Eds.), **Cardiac nursing**, pp.184-192. Philadelphia: Lippincott company.
- Cronin, S. N., Logdon, C., and Miracle, V. 1997. Psychosocial and functional outcomes in women after coronary artery artery bypass surgery. **Critical Care Nurse** 7(2): 19-26.
- Crowe, G. M., Ronions, J., Ebbesen, L. S., Oldridge, N. B., and Streiner, D. L. 1996. Anxiety and depression after acute myocardial infarction. **Heart and Lung** 25(2): 98-107.
- Danstan, J. L., and Riddle, M. M. 1997. Rapid recovery management: the effects on the patient who has undergone heart surgery. **Heart and Lung** 26(1): 289-298.
- Denollet, J., and Brutsaert, D. L. 1998. Personality disease severity and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. **Circulation** 97: 167-173.
- Dobbels, F., Geest, S. D., Vanhees, L., Schepens, K., Fagard, R., and Vanhaecke, J. 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.
- Duit, A. A., et al. 1998. The course of anxiety and depression in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. **Journal of Psychosomatic Research** 45(2): 127-138.
- Ellis, J. J., Eagleb, K. A., Kline-Rogersb, E. M., and Ericksonc, S. R. 2005. Depressive symptoms and treatment after acute coronary syndrome. **International Journal of Cardiology** 99: 443- 447.
- Ebersole, p., and Hess, P. 1981. **Toward healthy aging: Human needs and nursing response**. St. Louis: Mosby.
- Flaherty, L. 2001. From the feds: Research, programs, and products. **Journal of Emergency Nursing** 27: 357-359.

- Forrester, A. W., Lipsey, J. R., Teitelbaum, M. L., Depaulo, J. R., and Andrzejewski, P. L. 1992. Depression following myocardial infarction. **Internal Journal of Psychiatry in Medicine** 22: 33-46.
- Frasure-Smith, N., Leperance, F., and Talajic, M. 1993. Depression following myocardial infarction, impact on 6 month survival. **JAMA** 270(15): 1819-1825.
- Frasure-Smith, N., Leperance, F., and Talajic, M. 1995. Depression and 18 month prognosis after myocardial infarction. **Circulation** 91: 999-1005.
- Frasure-Smith, N., et al. 2000. Social support depression and mortality during the first year after myocardial infarction. **Circulation** 101: 1919-1924.
- Friendberg, F. and Jason, L. A. 1998. **Understanding chronic fatigue syndrome: An empirical guide to assessment and treatment**. Washington: Braun-Brumfield.
- Gift, A. G., and Narsavage. 1998. Validity of the numeric rating scale as measure of dyspnea. **Journal of Critical Care** 7(3): 200-204.
- Gift, A. G. 1990. Dyspnea. **Nursing Clinics of North America** 25(4): 955-965.
- Gift, A. G. 1989. Validation of vertical visual analogue scale as a measure of clinical dyspnea. **Rehabilitation Nursing** 14(6): 323-325.
- Grace, S. L., Abbey, S. E., Kapral, M. K., Fang, J., Nolan, R. P., and Stewart, D. E. 2005. Effect of Depression on Five-Year mortality after an acute coronary syndromes. **American Journal of Cardiology** 96: 1179-1185.
- Grace, S. L., Krepostman, S., Brooks, D., Arthur, H., Scholey, P., Suskin, N., Jaglal, S., Abramson, B. L., and Stewart, D. E. 2005. Illness perceptions among cardiac patients: Relation to depressive symptomatology and sex. **Journal of Psychosomatic Research** 59: 153-160.
- Griego, L. 1993. Physiologic and psychologic factors related to depression in patients after myocardial infarction: A pilot study. **Heart and Lung** 22: 392-400.
- Han, H. R., Kim, M., and Weinert, C. 2002. The psychometric evaluation of Korean translation of The Personal Resource Questionnaire 85-part 2. **Nursing Research** 51: 309-316.
- Hart, L., Freel, M., and Milde, F. 1990. Fatigue. **Nursing Clinics of North America** 25(4): 967-976.

- Hislop, I. 1991. **Stress, distress and illness**. Sydney: McGraw-Hill Brook.
- Holahan, R. J. and Holahan, C. J. 1997. Psychosocial adjustment in patients reporting cardiac illness. **Psychology and Health** 12: 345-359.
- Hubsy, E. P., and Sears, J. H. 1992. Fatigue in multiple sclerosis: Guideline for nursing care. **Rehabilitation Nursing** 17(4): 176-180.
- Jason-Bjerklie, S., Carrieri-Kohlman, V., and Hudes, M. 1986. The sensations of pulmonary dyspnea. **Nursing Research** 35(3): 154-159.
- Kaplan, B. H., Robbins, C. and Martin, S. S. 1983. Antecedents of psychological stress in young adults: Self-rejection, deprivation of social support, and life events. **Journal of Health and Social Behavior** 24: 230-244.
- Kneble, A. R. 1990. Describing mood state and dyspnea in mechanically ventilated patients, prior to weaning. **American Review of Respiratory Disease** 141: A 412.
- Koenig, H. G. 1998. Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure. **General Hospital Psychiatry** 20(1): 29-43.
- Koenig, H. G., Meader, K. G., Cohen, H. T., and Blazer, D. G. 1988. Depression in elderly hospitalized patients with medical illness. **Archive Internal Medication** 148: 1929-1936.
- Kornstein, S. G. 1997. Gender difference in depression: implication for treatment. **Journal of Clinical Psychiatry** 58: 12-18.
- Krishnan, K. R., George, L. K., Pieper, C. F., Jiang, W., Arias, R., Look, A., and O'Connor, C. 1998. Depression and social support in elderly patients with cardiac disease. **American Heart Journal** 136(3): 491-495.
- Kubo, S. H., Schuman, S., Starling, R. C., Jessup, M., Wentworth, D., and Burkhoff, D. 2004. Development and validation of a patient questionnaire to determine New York Heart Association Classification. **Journal of Cardiac Failure** 10(3): 228-235.
- Ladwig, K., et al. 1994. Post-infarction depression and incomplete recovery 6 month after acute myocardial infarction. **Lancet** 343: 20-23.

- Lamborn, M. L., and Moseley, M. J. 1997. Cardiac alterations. In J. C. Hartshorn., M. L. Sole., and M. L. Lamborn (Eds.), **Introduction to critical care nursing**, Philadelphia: W. B. Saunder Company.
- Lazalus, R. S., and Folkman, S. 1984. **Stress, appraisal and Coping**. New York: Spring Publish.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., and Milligan, R. A. 1995. Collaborative development of middle-range theory toward a theory of unpleasant symptom. **Advances in Nursing Science** 19(3): 14-27.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A. G., and Suppe, F. 1997. The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. **Advances in Nursing Science** 17(3): 1-13.
- Lesperance, F., Frasure-Smith, N., and Talajic, M. 1996. Major depression before and after myocardial infarction: Its nature and consequences. **Psychosomatic medicine** 58: 99-110.
- Linsey, A. M. 1992. Social support: Conceptualizations and measurement instruments. In M. Frank- Strombrog (ed.), **Instruments for clinical nursing research, theory and practice**, pp. 3-23. Thousand Oaks: Sage publications.
- Mahler, D. A., Harver, A., Lentine, T., Scott, J. A., Beck, K., and Schwartzstien, R. M. 1996. Descriptor of breathlessness in cardiorespiratory disease. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine** 154; 1357-1363.
- Maor, Y., Cohen., Y., Olmer., L., and Mozes, B. 1999. Factors associated with health indicators in patients undergoing coronary artery bypass surgery. **Chest** 116(6): 1570-1574.
- Marmot, M. G., et al. 1991. Health inequalities among British civil servants; the Whitehall II study. **Lancet** 337: 1387-1393.
- Maurer, F. A. 1986. **Community health nursing: Theory and practice**. Pennsylvania: W. A. Saunders Company.
- Miller, K. 1995. **Organizational communication approaches and processes**. California: Wadsworth Publishing.



- Mock, V. 1997. Effect of exercise on fatigue physical functioning and emotional distress during radiation therapy for breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 24(6): 991-1000.
- Murphy, S. A., Chen, C., Cannon, C., Antman, E. M., and Gibson, C. M. 2002. Impact of gender on angiographic and clinical outcomes after fibrinolytic therapy in acute myocardial infarction. *The American Journal of cardiology* 90: 766-770.
- Nancy, S., and Diane, K. 2001. Chronic critically ill dyspnea patients: Mechanisms and clinical measurement. *American association of clinical-care nurse* 12(12): 220-233.
- National Institute of Mental Health. 2000. Depression and heart disease [online]. Available From <http://www.nhibi.nih.gov/resources/docs/00chtbk.pdf>.
- Nymathi, A. M. 1987. The coping responses of female spouses of patients with myocardial infarction. *Heart and Lung* 16: 86-92.
- 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 sudden death after acute myocardial infarction. *American Journal Cardiology* 68(15): 434-439.
- Petire, K. J., Weinman, J., Sharpe, N., and Buckley, J. 1996. Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: Longitudinal study. *British Medical Journal* 312: 1191-1194.
- Pickard-Holley, S. 1991. Fatigue in cancer patients. *Cancer Nursing* 14(1): 13-19.
- Piper, B. F., Dibble, S. L., Doadd, M. J., Weiss, M. C., Slaughter, R. E., and Paul, S. M. 1998. The revised Piper fatigue scale psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 25(4): 677-682.
- Piper, B. F. 1993. Fatigue. Current bases for practice. In S. G. Funk., E. M. Tornquist., M. T. Champagne., L. A. Coop., and R. A. wiere (eds.), *Manage of pain, fatigue and nausea*, pp.187-198. New York: Springer publishing.

- Piper, B. F. 1993. Fatigue. In V. Carrieri-Kohlman., A. M. Linsey., and C. M. West (eds.), **Pathophysiological phenomena in nursing**, pp.279-302. Philadelphia: Saunders.
- Piper, B. F., Lindsey, A. M., and Dodd, M. J. 1987. Fatigue mechanisms in cancer patients: Developing nursing theory. **Oncology Nursing Forum** 14(6): 17-23.
- Polit, D. F. and Hungler, J. B. 1995. **Nursing research: Principles and methods**. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Ream, E., and Richardson, A. 1997. Fatigue in patients with cancer and chronic obstructive airways disease: a phenomenological enquiry. **International Journal Nursing Studies** 34(1): 44-53.
- Reyes, C. J., Evangelista, L. S., Doering, L., Dracup, K., Ceario, D., and Kobashigawa, J. 2004. Physical and psychological attributes of fatigue in female heart transplant recipients. **The Journal of Heart and Lung Transplantation** 23(5): 614-619.
- Roose, S. P., Glassman, A. H., and Dalack, G. W. 1989. Depression, Heart disease, and tricyclic antidepressants. **Journal of clinical Psychiatry** 50(7)supply: 12-16.
- Rumsfeld, J. S., Magid, D. J., Plomondon, M. E., Sales, A. E., Grunwald, G. K., Every, N. R., and Spertus, J. A. 2003. History of depression, angina, and quality of life after acute coronary syndromes. **American heart Journal** 145: 493-499.
- Ruo, B., Rumsfeld, J. S., Hlatky, M. A., Liu, H., Browner, W. S., and Whooley, M. A. 2003. Depressive symptoms and health-related quality of life. **JAMA** 290(2): 215-221.
- Sassi-dambron, D. E., Eakin, E. G., Ries, A. L., and Kaplan, R. M. 1995. A controlled clinical trial of dyspnea management strategies. **Chest** 107: 724-729.
- Schactman, M., Scott, C., Silva, V. M., and Wolff, C. A. 1995. **Hemodynamic monitoring**. Texas: Skidmor-Roth Publishing Inc.
- Schaefer, M. K., and Mary, J. P. 1992. Fatigue associated with congestive heart failure: Use of Levine's conservation model. **Journal of Advance Nursing** 18: 260-268.
- Schleifer, S., et al. 1989. The nature and course of depression following myocardial infarction. **Archive Internal Medicine** 149: 1785-1789.

- Schocken, D. D., Green, A. F., Worden, T. J., Harison, E. E., and Spielberger, C. D. 1987. Effects of age and gender on the relationship between anxiety and coronary artery disease. **Psychosomatic Medicine** 49: 118-126.
- Schwartzstein, R. M. 1999. The language of dyspnea: using verbal clues to diagnosis. **Journal of Critical Illness** 14: 435-441.
- Seifert, P. C. 1994. **Cardiac surgery**. St. Louis: Mosby.
- Shaver, J. F. 2000. Managing sleep and walking behaviors and the symptom of fatigue. In A. S. Hinshaw., S. L. Futham., J. F. Shaver (eds.), **Handbook of nursing research**, pp.435-456.
- Skalla, A. K., and Lacasse, C. 1992. Patient education for fatigue. **Internal Journal nursing studies** 19(10): 1537-1539.
- Stern, M. J., Pascale, L., and Ackerman, A. 1977. Life adjustment post myocardial infarction. **Archived internal medicine** 137:1680-1685.
- Strike, J. J. M. H., Denollet, J., Lousberg, R., and Honig, A. 2003. Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. **Journal of American College Cardiology** 42: 1801-1807.
- 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.
- The World Health Report. 2004. **Deaths by cause, sex and mortality stratum in WHO regions, estimates for 2002** [online]. Available From <http://www.who.int.who/2004>.
- Thomas, D. A. 1999. Dyspnea. In J. A. Ali, W. R. Summer, and M. G. Leviszky (eds.), **Pulmonary Pathophysiology**. New York: Mc Graw-Hill.
- Vaccarino, V, Kasl, S. V., Abrason, J., and Krumholz, H.M. 2001. Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patient with heart failure. **Journal of the American college of cardiology** 38(1): 199-205.
- Varrichio, C. G. 1985. Selecting a tool for measuring fatigue. **Oncology Nursing Forum** 12: 112-127.

Urden, L.D., Lough, M. E., and Stacy, K. M. 1996. **Critical care nursing**. 2<sup>sd</sup> ed. St. Louis: Mosby.

Wassertheil-Smoller, S., et al. 1996. Change in depression as a precursor of cardiovascular events. **Archive Internal Medicine** 156: 553-561.

Wilkins, R. L., Sheldon, R. L., and Krider, S. J. 1990. **Clinical assessment in respiratory care**. St. Louis: Mosby.



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





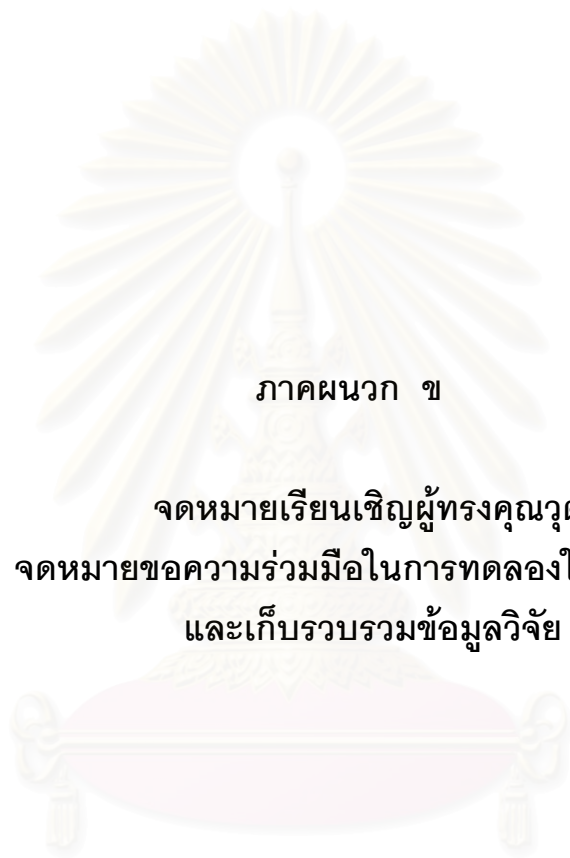
ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
ผศ.ดร. รุ่งนภา ผานิตร์ตัน	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.เจอนผะจง เพ็งจาด	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
อ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์จริยา ตันติธรรม	พยาบาลผู้ชำนาญการทางคลินิก ประจำหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
ผศ. ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
นางสาวพัชนี ร่มताल	หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก
นางวราภรณ์ สัตยวงศ์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธรังษิราช จังหวัดพิษณุโลก
นางโสภิตา ศรีสุวรรณวัฒนา	หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
นางนิตากร วิบูลชัย	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ  
จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ  
และเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมลฤดี บุราณ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้ นางสาวพัชนี ร่มताल หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวพัชนี ร่มताल

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9808

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-9847

ชื่อนิสิต นางสาวมลฤดี บุราณ โทร. 06-6434795

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ธันวาคม 2548

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

เนื่องด้วย นางสาวมลฤดี บุราณ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจำนวน 30 คนและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 50 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ แบบบันทึกภาวะการทำหน้าที่ แบบประเมินภาวะซีมเศร้า แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการหายใจลำบาก และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวมลฤดี บุราณ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

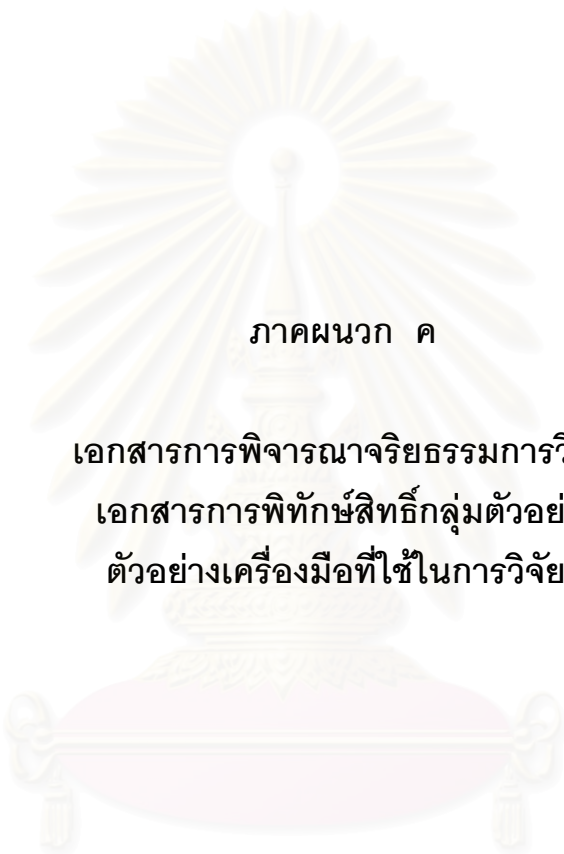
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลงานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9808อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-9847ชื่อนิสิต นางสาวมลฤดี บุราณ โทร. 06-6434795

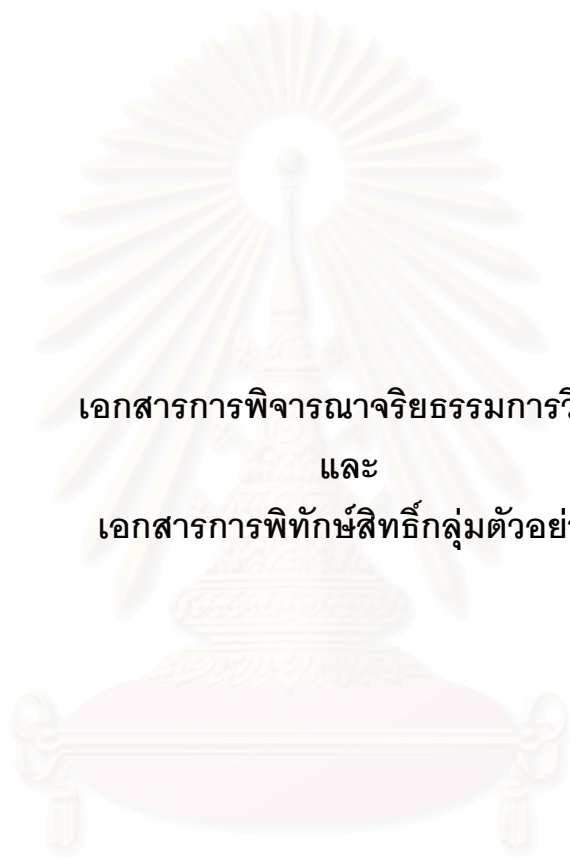




ภาคผนวก ค

เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
และ  
เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เลขที่ใบรับรอง 012/2549

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย  
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัย : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรค  
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน  
SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN  
PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROMES

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวมลฤดี นุราณ

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย  
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้
- อนุมัติ ภายใต้เงื่อนไข คือ.....
- .....
- .....

.....ประธาน  
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ปริศนา ทศนประดิษฐ์)

.....เลขานุการ  
(ศาสตราจารย์นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล)

รับรองวันที่ 31 มกราคม 2549

**ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ บัณฑิตศึกษาค้นคว้าที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ  
ขาดเลือดเฉียบพลัน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวมลฤดี บุราณ นิสิตสาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....ได้ทราบรายละเอียด  
ของโครงการวิจัย ในเรื่องต่างๆดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยในเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัยและ  
ประโยชน์ของการวิจัยโดยละเอียด

2. ข้าพเจ้าได้รับทราบคำรับรองของผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับตัวข้าพเจ้าไว้  
เป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามใดๆ ที่ข้าพเจ้าไม่สะดวกหรือสะท้อนใจ และยุติการ  
ตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลต่อบริการการรักษายาพยาบาลที่ข้าพเจ้าพึงจะได้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว จนมีความเข้าใจดีทุกประการและได้ลงนามในใบ  
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

.....  
สถานที่/วันที่ ..... ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....  
สถานที่/วันที่ ..... (นางสาวมลฤดี บุราณ)

.....  
..... ลงนามผู้ทำวิจัย

.....  
สถานที่/วันที่ ..... (.....)

.....  
..... ลงนามพยาน

.....  
สถานที่/วันที่ ..... (.....)

.....  
..... ลงนามพยาน

**ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
(Patient/Participant Information Sheet)

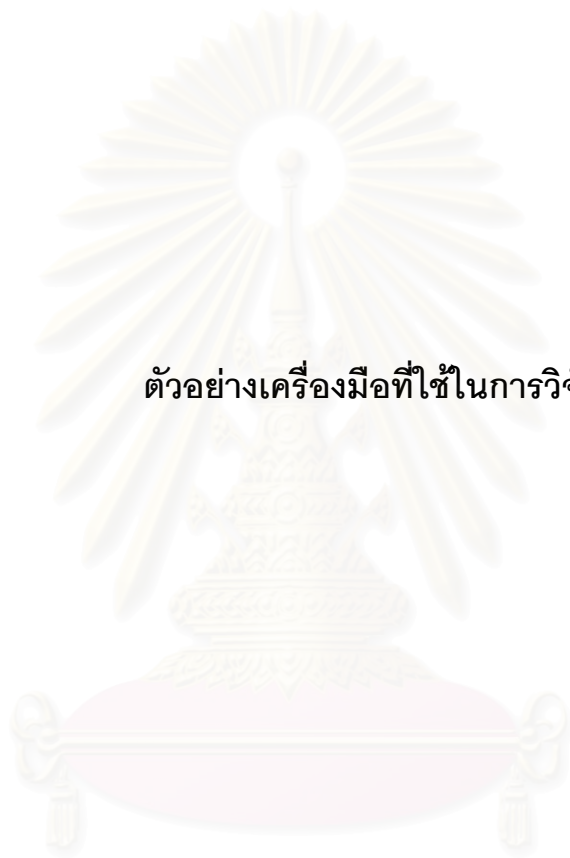
1. ชื่อโครงการ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวมลฤดี บุราณ นิสิตสาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม 50 ถนนผดุงวิทย์ ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม 44000  
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 06-6434795 E-mail : mooawn@yahoo.com
4. ข้อมูลที่เกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้
  - 4.1 โครงการนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
  - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ภาวะการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
  - 4.3 เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ที่ผู้วิจัยคาดว่า ความไม่สะดวกที่อาจเกิดขึ้น คือ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที
  - 4.4 ในการตอบแบบประเมินผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุลในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ
5. รายละเอียดและขั้นตอนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้ โดยผู้ที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ แบบบันทึกภาวะการทำหน้าที่ แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการหายใจลำบาก แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะซีมเศร้า
6. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว



7. ไม่ว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีสิทธิบอกเลิกการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับอยู่
8. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมในการวิจัย
9. จำนวนของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 150 คน



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย  
หลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน”

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 5 ข้อ โปรดตอบคำถามต่อไปนี้โดยให้  
ท่านเติมคำตอบ หรือทำเครื่องหมาย ( / ) ลงในช่องที่ตรงกับตัวของท่านตามความเป็นจริง

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. รายได้ครอบครัวต่อเดือน.....บาท
4. ระดับการศึกษา  
( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ  
( ) อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ( ) ปริญญาตรี  
( ) สูงกว่าปริญญาตรี ( ) อื่นๆระบุ.....
5. ระยะเวลาการเจ็บป่วย.....ปี

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

-ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ เท่ากับ .....

วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ.....

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกภาวะการทำหน้าที่ (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

-ภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับ.....

วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน.....

การวินิจฉัยโรค ..... (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาว่าข้อใดตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างของแต่ละกิจกรรมที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เคย < 1วัน ต่อ สัปดาห์ (0)	นานๆครั้ง 1-2 วัน ต่อสัปดาห์ (1)	ค่อนข้างบ่อย 3-4 วัน ต่อสัปดาห์ (2)	บ่อยครั้ง 5-7 วัน ต่อสัปดาห์ (3)
1. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ท่านรู้สึกว่าไม่สามารถขจัดความ หม่นหมองออกไป แม้ว่าจะมีคนใน ครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือ				
·				
·				
·				
·				
·				
19. ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างไม่ ชอบท่าน				
20. ท่านรู้สึกท้อแท้ในชีวิต				

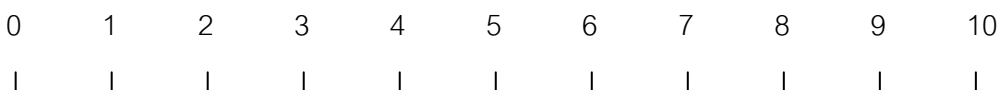
#### ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเหนื่อยล้า

**คำชี้แจง** กรุณาตอบคำถามในแต่ละข้อต่อไปนี้ว่าท่านมีความรู้สึกต่อคำถามนั้นมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย X ลงบนตัวเลขที่ตรงกับตำแหน่งที่บ่งบอกถึง ระดับความรู้สึกเหนื่อยล้าในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด

0 หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเลย

ตั้งแต่ 1 ขึ้นไป หมายถึง ความรู้สึกต่อข้อความนั้นเพิ่มขึ้นตามลำดับจนถึงเลข 10

1. ความรู้สึกเหนื่อยล้าทำให้มีความทุกข์ทรมานในระดับใด



ไม่มีความทุกข์ทรมานเลย

มีความทุกข์ทรมานมากที่สุด

2. ความรู้สึกเหนื่อยล้าทำให้รบกวนความสามารถในการทำงานในระดับใด



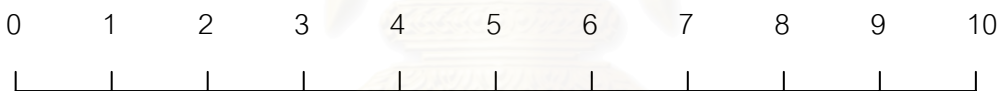
ไม่มีผลเลย

มีผลมากที่สุด

·  
·  
·

ข้อ 7-11 โปรดอธิบายความรู้สึกของท่านที่มีต่อความเหนื่อยล้า ตามหัวข้อต่อไปนี้

7.



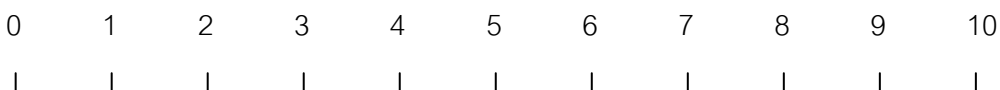
น่าพอใจ

ไม่น่าพอใจ

·  
·  
·

ข้อ 12 - 22 หลังจากที่ท่านเกิดความเหนื่อยล้า ท่านรู้สึกว่าคุณเองเป็นอย่างไร

12.

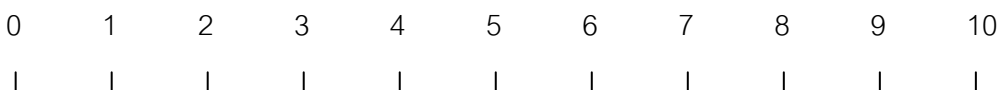


แข็งแรง

อ่อนแอ



13.



ตื่นตัว

ง่วงเหงาหาวนอน

·  
·  
·  
·  
·

22.



สมองปลอดโปร่ง

สมองไม่ปลอดโปร่ง

**ส่วนที่ 6 แบบประเมินอาการหายใจลำบาก**

**คำชี้แจง** แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม เกี่ยวกับความรู้สึกหายใจลำบากของท่าน โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึกระหว่าง 0 – 100 คะแนน ขอให้ท่านทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ไม่ว่าท่านจะกากบาทลงบนตำแหน่งใด จะไม่มีตำแหน่งที่ถูกหรือผิด เพราะเป็นความรู้สึกของท่านเอง

1. ท่านรู้สึกว่าการหายใจลำบากมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด



·  
·  
·  
·  
·

3.....

จากข้อความข้างล่างนี้โปรดเลือกลักษณะที่ตรงกับความรู้สึกหายใจลำบากของท่านมากที่สุด  
(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) ถ้าท่านตอบว่า ไม่มี ในข้อความนั้น ไม่ต้องทำส่วนที่ระบุความรุนแรง  
ถ้าท่านตอบว่า มี ให้ระบุความรุนแรงของลักษณะอาการนั้นโดยทำ  
เครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

4. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพอากาศไม่พอหายใจ

ไม่มี

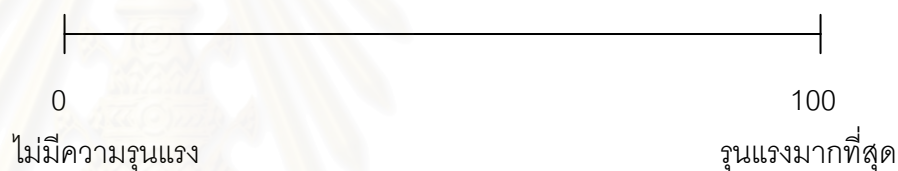
มี ระบุความรุนแรง



5. ท่านรู้สึกว่าต้องหายใจมากขึ้น

ไม่มี

มี ระบุความรุนแรง



6. ท่านรู้สึกหอบ หายใจไม่ทัน

ไม่มี

มี ระบุความรุนแรง



.....  
.....  
.....

19.....

## ส่วนที่ 7 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของท่าน โปรดพิจารณาข้อใดตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดแล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ปัจจุบันท่านแต่งงานแล้ว หรืออาศัยอยู่กับ คู่ครอง ของท่าน

- ใช่  
 ไม่ใช่

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้ คือ

- |   |         |                |     |  |
|---|---------|----------------|-----|--|
| 1 | หมายถึง | ไม่เลย         | คือ | ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย(<1วัน/สัปดาห์) |
| 2 | หมายถึง | มีบ้างเล็กน้อย | คือ | มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์      |
| 3 | หมายถึง | บางครั้ง       | คือ | มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วัน/สัปดาห์      |
| 4 | หมายถึง | เกือบตลอดเวลา  | คือ | มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-6 วัน/สัปดาห์      |
| 5 | หมายถึง | ตลอดเวลา       | คือ | มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 7 วัน/สัปดาห์        |

ข้อความ	ไม่มีเลย	มีบ้างเล็กน้อย	บางครั้ง	เกือบตลอดเวลา	ตลอดเวลา
	1	2	3	4	5
1.ท่านมีคนที่พร้อมจะพูดคุยด้วยยามที่ต้องการ					
2.ท่านมีคนที่พร้อมจะให้คำแนะนำเวลาที่มีปัญหา					
:					
:					
:					
6.....					



ภาคผนวก ง

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การคำนวณหาค่าความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทำการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำผลที่ได้ไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือแต่ละชุด ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) ที่มีสูตรดังนี้

$$\alpha = \left[ \frac{n}{n-1} \right] \left[ \frac{1 - \sum Si^2}{St^2} \right]$$

เมื่อ  $\alpha$  = สัมประสิทธิ์ค่าความเที่ยง  
 $n$  = จำนวนข้อความ  
 $Si^2$  = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ  
 $St^2$  = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งหมด

2. การคำนวณหาค่าร้อยละ (percentage) ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ภาวะการทำงานที่ และการวินิจฉัยโรค โดยใช้สูตร

$$P = \frac{f \times 100}{n}$$

เมื่อ  $P$  = ค่าร้อยละ  
 $f$  = ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ  
 $n$  = จำนวนรวมทั้งหมด



3. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า โดยใช้สูตรดังนี้

สูตรคำนวณค่าเฉลี่ย (Mean)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ  $\bar{X}$  = ค่าเฉลี่ยหรือมัชฌิมเลขคณิต

$\sum X$  = ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว

$N$  = จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

สูตรคำนวณส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

$$SD = \sqrt{\frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ  $SD$  = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$  = ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว

$\sum X^2$  = ผลรวมของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยกกำลังสอง

$N$  = จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิจัยประชากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการทำงาน ของหัวใจ ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้า โดยใช้ สูตรดังนี้

$$r_{xy} = \sqrt{\frac{N \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{[N \sum x^2 - (\sum x)^2] [N \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ  $r_{xy}$  = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร X และ y  
 X = คะแนนของตัวแปรที่ 1  
 y = คะแนนของตัวแปรที่ 2  
 N = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

5. หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับภาวะซึมเศร้า โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อีตา (Eta) โดยใช้สูตร ดังนี้

$$\eta^2 = \left[ \frac{\sum (\sum x_{ij})^2 / n_j - (\sum \sum x_{ij})^2 / n}{\sum \sum x_{ij}^2 - (\sum \sum x_{ij})^2 / n} \right]$$

เมื่อ  $\eta$  = ค่าอัตราส่วนของค่าสัมประสิทธิ์อีตา  
 X = ค่าของข้อมูลชุดที่ i กลุ่มที่ j  
 $n_j$  = จำนวนข้อมูลของกลุ่มที่ j  
 n = จำนวนข้อมูลรวมของทุกกลุ่ม

สถาบันวิจัยประชากร  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

6. หาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการทำหน้าที่ กับภาวะซึมเศร้า โดยการหาค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) โดยใช้สูตร ดังนี้

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

$\chi$  = ค่าสถิติไคสแควร์

$O_{ij}$  = ความถี่ที่ได้จากการสังเกตในแถวที่  $i$  สดมภ์ที่  $j$

$E_{ij}$  = ความถี่ที่คาดหวังในแถวที่  $i$  สดมภ์ที่  $j$

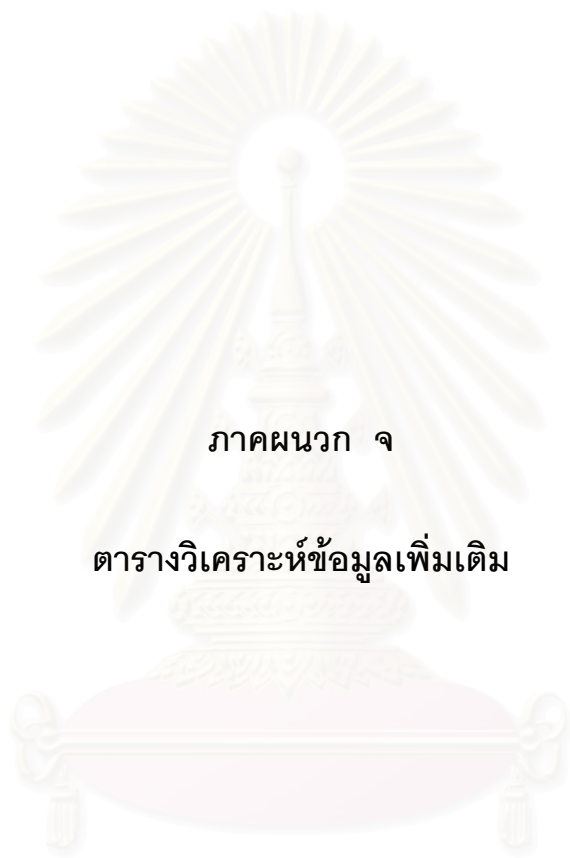
$\sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c$  = ผลรวมของแถวและสดมภ์

df = ค่า  $(r - 1)(c - 1)$

$r$  = จำนวนแถว (Row)

$c$  = จำนวนสดมภ์ (Column)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ๑

ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก ด้านคุณลักษณะ แสดงผลการวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่และการหาค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 14

**ตารางที่ 14** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 150 คน จำแนกตามอาการหายใจลำบากด้านคุณลักษณะของอาการ

คุณลักษณะของอาการหายใจลำบาก	จำนวน	ร้อยละ
แน่นในอก	93	62.0
หายใจตื้นๆเหมือนหายใจไม่เต็มอิม	74	49.3
สูดลมหายใจเข้าได้ไม่สุด	74	49.3
อึดอัดหายใจไม่ออก	74	49.3
หนักๆหน้าอกเวลาหายใจ	73	48.7
อากาศไม่พอหายใจ	50	33.3
หายใจมากขึ้น	49	32.7
ใช้ความพยายามในการหายใจ	48	32.0
หายใจถี่ขึ้น	48	32.0
ออกแรงในการหายใจ	47	31.3
หายใจออกได้ไม่สุด	46	30.7
หิวอากาศ ต้องการอากาศหายใจมากๆ	41	27.3
หอบ หายใจไม่ทัน	39	26.0
อกถูกบีบรัด ขยายออกไม่ได้	31	20.7
มีอะไรมาอุด/ปิดจมูก	24	16.0
หายใจไม่ได้	11	7.3

\*กลุ่มตัวอย่าง 1 คนสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 14 พบว่า คุณลักษณะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มีความถี่ในการเลือกมากที่สุด อันดับแรก ได้แก่ แน่นในอก มีความถี่คิดเป็นร้อยละ 62 อันดับที่สอง ได้แก่ หายใจตื้นๆเหมือนหายใจไม่เต็มอิม สูดลมหายใจเข้าได้ไม่สุด และอึดอัดหายใจไม่ออก มีความถี่คิดเป็นร้อยละ 49.3 อันดับที่สาม ได้แก่ หนักๆ หน้าอกเวลาหายใจมี



ความถี่คิดเป็นร้อยละ 48.7 ส่วนคุณลักษณะหายใจไม่ได้ มีความถี่ในการเลือกต่ำสุด มีความถี่คิดเป็นร้อยละ 7.3

2. ข้อมูลเกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก ด้านคุณลักษณะ แสดงผลการวิเคราะห์ โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 150 คน จำแนกตามอาการหายใจลำบากด้านคุณลักษณะ

คุณลักษณะของอาการหายใจลำบาก	$\bar{X}$	SD	ระดับ
แน่นในอก	28.28	26.09	น้อย
สูดลมหายใจเข้าได้ไม่สุด	21.33	25.17	น้อย
หนักๆหน้าอกเวลาหายใจ	21.19	25.03	น้อย
อึดอัดหายใจไม่ออก	20.89	24.87	น้อย
หายใจตื้นๆเหมือนหายใจไม่เต็มอ้อม	19.50	23.14	น้อย
หายใจถี่ขึ้น	14.23	23.59	น้อย
หายใจมากขึ้น	13.18	21.81	น้อย
ออกแรงในการหายใจ	11.98	20.14	น้อย
อากาศไม่พอหายใจ	11.78	20.48	น้อย
ใช้ความพยายามในการหายใจ	11.30	18.87	น้อย
หายใจออกได้ไม่สุด	11.24	19.18	น้อย
หิวอากาศ ต้องการอากาศหายใจมากๆ	10.72	20.52	น้อย
หอบ หายใจไม่ทัน	9.22	17.76	น้อย
อกถูกบีบรัด ขยายออกไม่ได้	7.92	17.62	น้อย
มีอะไรมาอุด/ปิดจมูก	5.97	15.20	น้อย
หายใจไม่ได้	3.29	13.32	น้อย

จากตารางที่ 15 พบว่า คุณลักษณะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีความรุนแรงอยู่ในระดับน้อยทั้งหมด โดย คุณลักษณะแน่นในอกมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 28.28 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 26.09) ส่วนคุณลักษณะหายใจไม่ได้ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ 3.29 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.32)

3. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามรายข้อ แสดงผลการวิเคราะห์ โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 16

**ตารางที่ 16** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า จำแนกตามรายข้อของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 150 คน

ภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD
1. หงุดหงิดง่าย	1.18	.89
2. เบื่ออาหาร	.62	.76
3. ไม่สามารถขจัดความหม่นหมองออกไป แม้ว่าจะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือ	.26	.52
4. มีความดีทัดเทียมคนอื่น ๆ	1.19	1.02
5. ลำบากในการตั้งสมาธิเพื่อทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง	.37	.61
6. หดหู่ใจ	.33	.61
7. ผันใจในการทำสิ่งต่างๆ	.26	.50
8. มีความหวังเกี่ยวกับอนาคต	1.41	1.01
9. คิดว่าชีวิตมีแต่ความล้มเหลว	.26	.55
10. หวาดกลัว	.46	.73
11. นอนไม่ค่อยหลับ	1.12	.96.

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD
12.มีความสุข	.92	.97
13.พุดน้อยกว่าปกติ	.44	.76
14.อ้างอ้างเดียวดาย	.29	.56
15.ผู้คนทั่วไปไม่มีความเป็นมิตร	.42	.59
16.ชีวิตนี้สนุกสนาน	1.59	1.04
17.ร้องไห้	.37	.60
18.ไม่มีความสุข	.52	.69
19.บุคคลรอบข้างไม่ชอบท่าน	.36	.63
20.ท้อแท้ในชีวิต	.56	.72
ภาวะซึมเศร้าโดยรวม	12.88	6.17

จากตารางที่ 16 พบว่า ภาวะซึมเศร้าโดยรวมในผู้ปวยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.88 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.17) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้ว พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 16 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.59 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.04) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อที่ 3 ข้อที่ 7 และข้อที่ 9 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .26 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .52, .50 และ .55 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. ข้อมูลเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า แสดงผลการวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเหนื่อยล้า จำแนกตามรายด้านของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 150 คน

ความเหนื่อยล้า	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านร่างกายและจิตใจ	5.92	1.15	ปานกลาง
ด้านสติปัญญา	5.54	1.17	ปานกลาง
ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า	5.49	1.52	ปานกลาง
ด้านการให้ความหมายความเหนื่อยล้า	0.70	0.42	เล็กน้อย
ความเหนื่อยล้าโดยรวม	5.70	0.95	ปานกลาง

จากตารางที่ 17 พบว่า ความเหนื่อยล้าโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.70) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการให้ความหมายความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.70) นอกนั้นอยู่ในระดับปานกลาง

5. ข้อมูลเกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก จำแนกตามรายด้านแสดงผลการวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 อาการหายใจลำบากของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามรายด้าน แสดงผลการวิเคราะห์ โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 18

**ตารางที่ 18** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการหายใจลำบาก จำแนกตามรายด้านของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (N=150)

อาการหายใจลำบาก	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านความทุกข์ทรมาน	51.09	20.75	ปานกลาง
ด้านระดับความรุนแรง	44.81	19.14	ปานกลาง
ด้านเวลา	30.51	15.78	เล็กน้อย
ด้านคุณลักษณะ	13.88	6.57	เล็กน้อย
อาการหายใจลำบากโดยรวม	35.07	11.92	เล็กน้อย

จากตารางที่ 18 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีอาการหายใจลำบากในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 35.07) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 44.81) ส่วนด้านคุณลักษณะอยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 35.07)

6. ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

6.1 การสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์ โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของของการสนับสนุนทางสังคมกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 150 คน (N=150)

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1.มีคนพร้อมจะพูดคุยด้วยยามที่ ต้องการ	4.13	.81	มาก
2.มีคนพร้อมจะให้คำแนะนำเวลาที่มี ปัญหา	3.79	.79	มาก
3.มีคนพร้อมให้ความรักและความใส่ใจ	4.05	.77	มาก
4.มีคนช่วยทำงานบ้านในแต่ละวัน	4.29	.92	มาก
5.สามารถไว้วางใจบุคคลที่คอยช่วยเหลือ ปัญหาทางด้านอารมณ์ได้(แก้ไขปัญหาหรือ ช่วยตัดสินใจปัญหาที่ยาก)	3.81	.81	มาก
6.มีการติดต่อกับคนที่ท่านรู้สึกใกล้ชิด ใจและไว้วางใจได้บ่อยเท่าที่ต้องการ	3.89	.75	มาก
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	3.99	.58	มาก

จากตารางที่ 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับมากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .58) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าทุกข้อมีค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก โดยข้อคำถามที่ 1 ถึง 6 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13, 3.79, 4.05, 4.29, 3.81 และ 3.89 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .81, .79, .77, .92, .81, และ .75 ตามลำดับ)



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ	นางสาวมลฤดี บุราณ
วัน เดือน ปีเกิด	4 มกราคม 2522
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 4
สถานที่ทำงาน	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม 50 ถ. ผดุงวิทย์ ต. ตลาด อ. เมือง จ. มหาสารคาม 44000
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ปี 2545
ตำแหน่งงานและประสบการณ์วิชาชีพ	
พ.ศ. 2545 - ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 4 ณ. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย