ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลทั่วไป

พ.ต.หญิงเกื้อกูล โอฬารวัฒน์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME, GENERAL HOSPITAL

Maj. Kuakoon Olanwat

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science
Field of Study of Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลทั่วไป
โดย	พ.ต.หญิงเกื้อกูล โอฬารวัฒน์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สินเดชารักษ์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เกื้อกูล โอฬารวัฒน์ : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลทั่วไป. (
SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME, GENERAL HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกที่แผนกหัวใจและหลอดเลือด ณ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เขตภาคกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลอานันทมหิดล และโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 120 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 7 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 4) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย 5) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม 6) แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน และ7) แบบสอบถามความแปรปรวนการนอนหลับ ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.96, 1.0. 1.0, 1.0, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ และจากการตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบประเมินได้เท่ากับ 0.89, 0.71, 0.91, 0.81 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเท่ากับ 80.02 (SD = 25.43)

2. สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (χ^2 = 246.147, p < .05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพศ รายได้ โรคประจำตัว/ โรคร่วม และระดับความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การรับรู้การเจ็บป่วย ความแปรปรวนการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .69, p < .05 และ r = .63, p < .05 ตามลำดับ)

4. การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.18, p < .05 และ r = -.29, p < .05)

5. ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต .....
ปีการศึกษา 2561 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

5977157936 : MAJOR NURSING SCIENCE
KEYWORD: DEPRESSION ILLNESS PERCEPTION SOCIAL SUPPORT SELF-EFFICACY SLEEP DISTURBANCE LEFT VENTRICULAR EJECTION FRACTION ACUTE CORONARY SYNDROME

Kuakoon Olanwat :

SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME, GENERAL HOSPITAL. Advisor: Asst. Prof. Chanokporn Jitpanya, Ph.D.

The objective of this study were to study the depression in patients with acute coronary syndrome. A purposive sampling was used to get sample of 120 patients who met inclusion criteria were recruited from Cardiovascular outpatient department in secondary hospital. Data were collected using 7 questionnaires for acute coronary syndrome patients: 1) Demographic data from, 2) Left Ventricular Ejection Fraction Form 3) Cardiac Depression Scale, 4) Brief-Illness perception questionnaire, 5) Social support, 6) Cardiac Self-efficacy Scale, 7) General Sleep Disturbance Scale. The instruments were validated by 5 experts. Their CVI were 0.96, 1.0. 1.0, 1.0, 1.0 and 1.0 The Cronbach' s alpha coefficients for reliability test were 0.89, 0.71, 0.91, 0.81 and 0.89 respectively. Statistical techniques used in data analysis were descriptive statistic, and Pearson' s Product Moment correlation coefficient at the significant level .05.

Results:

1. Mean of depression scores in patients with acute coronary syndrome was 80.02 (SD = 25.43)

2. Status related to depression in patients with acute coronary syndrome at the levwl .05 (χ^2 = 246.147, p < .05). There are no significant association between sex, income, comorbidity, illness severity and depression in patients with acute coronary syndrome.

3. There were positively statistical correlation between illness perception, sleep disturbance, and depression in patients with acute coronary syndrome at the level of .05 (r = .69, p < .05, r = .63, p < .05 respectively)

4. There were negatively statistical correlation between social support, self-efficacy and depression in patients with acute coronary syndrome at the level of .05 (r = -.18, p < .05, r = -.29, p < .05)

5. There are no significant association between left ventricular ejection fraction and depression in patient with acute coronary syndrome.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Field of Study: Nursing Science Student's Signature .....
Academic Year: 2018 Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิด คำปรึกษา และข้อเสนอแนะด้วยความรัก ความเอาใจใส่ กระตุ้นให้เกิดกระบวนการคิดรวบยอด และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งเสมอมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ธีระ สินเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้สถิติ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย และกรุณาให้ความรู้ คำแนะนำที่มีคุณค่า พร้อมทั้งข้อเสนอแนะ แก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอานันทมหิดลและโรงพยาบาลสระบุรี ตลอดจนคณะกรรมการจริยธรรมในคน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกและเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือด เพื่อนร่วมวิชาชีพพยาบาลที่ช่วยเหลือสละเวลาเรื่องเวรยามเพื่อให้ข้าพเจ้าได้ทำวิทยานิพนธ์จนเสร็จสิ้นสมบูรณ์ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือและติดต่อประสานงานต่างๆ ของทุกโรงพยาบาล และที่สำคัญ คือ ผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ให้ความกรุณาและร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่าน รวมถึงเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่คอยให้กำลังใจและช่วยเหลือเสมอมา และท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และญาติพี่น้องทุกคนที่เป็นแรงผลักดัน ให้กำลังใจ ช่วยเหลือและสนับสนุนในทุกด้านด้วยความเอาใจใส่และห่วงใย จนสำเร็จการศึกษา ตลอดจนทุกท่านที่ให้ความเอื้อเฟื้อช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยซาบซึ้งและระลึกถึงอยู่ตลอดเวลา

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติและคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ข้าพเจ้ารู้สึกซาบซึ้งและขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติมาและคณะพยาบาลศาตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ณ โอกาสนี้

เกื้อกูล โอฬารวัฒน์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ค

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ง

กิตติกรรมประกาศ ..... จ

สารบัญ ..... ฉ

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญภาพ ..... ฏ

สารบัญแผนภูมิ ..... ฐ

สารบัญกราฟ ..... ฑ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

คำถามการวิจัย 7

วัตถุประสงค์ 7

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย 7

สมมติฐานการวิจัย 11

ขอบเขตการวิจัย 11

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 13

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 14

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 16

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 29

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 42

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4. บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้า 59
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 61
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 70
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 70
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 72
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง 85
การเก็บรวบรวมข้อมูล 86
การวิเคราะห์ข้อมูล 89
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 91
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 102
สรุปผลการวิจัย 102
อภิปรายผลการวิจัย 104
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ 110
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป 111
บรรณานุกรม 112
ภาคผนวก 129
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 130
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการทำวิจัย 132
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 146
ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม 167
ภาคผนวก จ ตารางวิเคราะห์เพิ่มเติม 181

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ฉ กราฟแสดง Scatter plot ของการรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจกับภาวะซึมเศร้า.....187
ประวัติผู้เขียน.....193

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงการรับรองการพิจารณาโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก 88

ตารางที่ 2 แสดงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก 88

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 92

ตารางที่ 4 ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ (โดยรวม) และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน 97

ตารางที่ 5 การแปลผลระดับประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ 98

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของการรับรู้การเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำแนกตามการรับรู้การเจ็บป่วย (โดยรวม) จำนวน 120 คน 98

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของความแปรปรวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน 99

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าจำแนกตามการวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI, NSTEMI และ Unstable angina) จำนวน 120 คน 99

ตารางที่ 9 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าจำแนกตามการวินิจฉัยโรค (STEMI, NSTEMI และ Unstable angina) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน 100

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน 100

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ รายได้ สถานภาพสมรส โรคร่วม/ โรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของโรคกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน 101

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หน้า

ตารางที่ 12 ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า....168
ตารางที่ 13 ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย 169
ตารางที่ 14 ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม....170
ตารางที่ 15 ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน....171
ตารางที่ 16 ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามความแปรปรวนการนอนหลับ....172
ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ....173
ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะซึมเศร้าจำแนกรายข้อ....174
ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้การเจ็บป่วยจำแนกรายข้อ....175
ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนทางสังคมจำแนกรายข้อ....176
ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสมรรถนะแห่งตนจำแนกรายข้อ....177
ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความแปรปรวนการนอนหลับจำแนกรายข้อ....178
ตารางที่ 23 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม (รายด้าน) จำนวน 120 คน....179
ตารางที่ 24 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรการรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน....182
ตารางที่ 25 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน....183
ตารางที่ 26 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน....183
ตารางที่ 27 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน....184

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หน้า

ตารางที่ 28 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัว/ โรคร่วมกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน.....184

ตารางที่ 29 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของโรคกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน 185

ตารางที่ 30 คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าจำแนกตามการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI, NSTEMI และ Unstable angina) จำนวน 120 คน 185

ตารางที่ 31 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยของการวินิจฉัยโรค (STEMI, NSTENI และ Untable angina) กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน 186

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย 69

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1 ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Clinical of acute coronary syndrome) 19

แผนภูมิที่ 2 แนวทางการวินิจฉัยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 24

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญกราฟ

หน้า

กราฟที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย (x_ip) กับภาวะซึมเศร้า (total CDS). 188

กราฟที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม (SC) กับภาวะซึมเศร้า (CDS)..... 189

กราฟที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตน (CSE) กับภาวะซึมเศร้า (CDS)..... 190

กราฟที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความแปรปรวนการนอนหลับ (SD) กับภาวะซึมเศร้า (CDS)191

กราฟที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (EF) กับภาวะซึมเศร้า (CDS) 192

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ของการเสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราตายจากโรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25) ต่อประชากร 100,00 คน ใน ปี พ.ศ. 2555-2559 เท่ากับ 23.4, 26.9, 27.8 และ 32.3 ตามลำดับ (ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจโรค, 2561) สำหรับสถิติผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและส่วนภูมิภาค (กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558) ในปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีอัตราผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดต่อประชากรแสนคน ในเขตกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 9.77 ภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 10.13 ภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 7.39 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นร้อยละ 5.10 และภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ 7.76 จากข้อมูลดังกล่าวทั้งการป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือด แสดงให้เห็นว่าโรคหัวใจขาดเลือดยังคงมีความรุนแรงมากขึ้นและมีแนมโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

อุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือด เมื่อจำแนกตามเพศและอายุ พบได้ ตั้งแต่ช่วงอายุ 20–39 ปี ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 14.8 และเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 39 ช่วงอายุ 40 – 59 ปี ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 31.9 และเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 39.5 (Bhatt & Bavry, 2008) สรุปได้ว่ากลุ่มอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจะพบได้มากในช่วงผู้ใหญ่วัยทำงาน (Alkhawam et al., 2016) และพบได้ตั้งแต่ช่วงอายุ 20 – 59 ปี ซึ่งเป็นวัยที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดและมีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มักต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยเฉียบพลัน มักจะมีประสบการณ์ที่ต้องมาพบแพทย์อาการของโรคที่รุนแรงคุกคามถึงชีวิต เช่น มีอาการเจ็บหน้าอก อาการหายใจหอบเหนื่อย เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาแก้ไขผ่านพ้นภาวะวิกฤตแล้ว โดยส่วนใหญ่ยังต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องยาวนาน สถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญดังกล่าวก่อให้เกิด ผลกระทบทางด้านร่างกาย กล่าวคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสมรรถภาพของร่างกายลดลง เช่น การทำงานบ้าน การมีเพศสัมพันธ์ ไม่สามารถปฏิบัติงานที่เคยทำด้วยศักยภาพเท่าเดิม ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถกลับไปปฏิบัติงานประจำได้ในระยะเวลาที่ตนคาดหวัง กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมักเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตไม่ดี (Panthee & Kritpracha, 2011) อาการของโรคที่เกิดขึ้นและ

การปฏิบัติตามแผนการรักษาอาจรบกวนการดำรงชีวิตตามปกติของผู้ป่วยและครอบครัวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำรงบทบาทและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาทางจิตสังคมตามมาซึ่งปัญหาที่พบได้บ่อย คือ ภาวะซึมเศร้า (สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์, 2554) ผลกระทบของกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วย ผู้ป่วยโรคหัวใจมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป (Lichtman et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Alvi & Ahmad, (2016) ได้ทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective study) ศึกษาความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลัน จำนวนผู้ป่วย 180 คน พบว่า ผู้ป่วย Unstable angina, STEMI และ NSTEMI เกิดภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 19.2, 19.8 และ 19.1 ตามลำดับ และ Tran et al., (2018) ศึกษาแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรคร่วมในผู้ป่วยผู้ใหญ่กลุ่มโรคหัวใจในประเทศอังกฤษ จำนวนผู้ป่วย 674 คน พบว่า โรคร่วมที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 28.9รองลงมา คือ ภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 23 ข้ออักเสบ คิดเป็นร้อยละ 20.9 โรคหอบหืด คิดเป็นร้อยละ 17.7 และภาวะวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 15.0 ตามลำดับ

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อสถานการณ์ที่มีต่อความเครียดและคุกคามต่อบุคคลนั้น โดยมีการแสดงออกในรูปแบบของความเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ โศกเศร้า หดหู่ เสียใจ สิ้นหวัง อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เหนื่อยล้า และมีความคิดต่อตนเองในทางลบ (Beck, 1967) ซึ่งอาการทั้ง 4 ด้าน มักเกิดร่วมกัน อาการอาจคงอยู่เป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (สายฝน เอกวรางกูร, 2554)

ลักษณะผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีภาวะซึมเศร้า Lespérance & Frasure-Smith, (2007) กล่าวว่าผู้ป่วยจะมีลักษณะ คือ มีอารมณ์เศร้านานหรือหมดความสนใจในสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว เกิดขึ้นอย่างน้อยหลายสัปดาห์ อาจจะเกิดขึ้นพร้อมกับอาการอื่นๆ เช่น อ่อนล้า ความแปรปรวนในการนอนหลับและความอยากอาหารลดลง ส่งผลต่อการประกอบอาชีพหรือความสัมพันธภาพระหว่างบุคคลลดลง ในช่วงระยะเวลาที่เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งจะแสดงออกในรูปแบบของความเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ด้านความคิดและการรับรู้

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหัวใจสามารถเกิดได้ทุกระยะของการเกิดการเจ็บป่วย มีการศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังเช่น Parker et al., (2008) ศึกษา ภาวะซึมเศร้าภายหลังในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 489 คน พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระยะ 1 เดือนหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Joergensen et al., (2016) ศึกษา ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 87,118 คน

พบว่า ร้อยละ 1.5 เกิดภาวะซึมเศร้าในระยะแรก (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 31 วัน) และร้อยละ 9.5 (ระยะหลัง 31 วัน – 2 ปี) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าครั้งแรก ร้อยละ 62.2 และมีภาวะซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 30.8 และ Osler et al., (2016) ศึกษา ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก จำนวน 97,793 คน พบว่า ผู้ป่วย 19,520 คน คิดเป็นร้อยละ 20 มีภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 2 ปี ภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สรุปได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกิดภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่ระยะเวลา 1 เดือน – 2 ปี ภายหลังเกิดโรค

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำให้ผลลัพธ์ต่อโรคหัวใจแย่ลง Parker et al., (2011) ศึกษา ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรก จำนวน 489 คน โดยทำการประเมินภาวะซึมเศร้าในระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและติดตามไปที่ระยะ 1-2 ปี พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมักจะต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (cardac admition และ/หรือ cardiac rehospitalization) คิดเป็นร้อยละ 60 นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นยังมีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลกระทบต่อหลอดเลือดหัวใจ (Carney & Freedland, 2017) กล่าวคือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและมีภาวะซึมเศร้า มักมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของตนเองลดลง เช่น ไม่งดการสูบบุหรี่ ไม่รับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ ไม่ออกกำลังกาย ไม่จำกัดอาหารที่มีไขมันสูงและไม่ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Huffman, Celano, & Januzzi, 2010)

ภาวะซึมเศร้ายังส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดหัวใจโดยตรง ทำให้เกิดความผิดปกติและการสูญเสียหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) เกี่ยวข้องกับระบบประสาทซิมพาเธติคและเกิดการยับยั้งของระบบซิมพาเธติคทำงานไม่สมดุลกัน เกิดการกระตุ้นระบบซิมพาเธติคเพิ่มขึ้นและระบบประสาทพาราซิมพาเธติคทำงานลดลง ทำให้มีการเพิ่มระดับของแคททีโคลามีนในกระแสเลือด ผลของแคททีโคลามีนในกระแสเลือดที่เพิ่มขึ้นจะเร่งให้เกิด plaque หรือทำลาย endothelium ของหลอดเลือดแดงมากขึ้น (Vieweg et al., 2006; สมภพ เรืองตระกูล, 2548) ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น เกิดความผันแปรของอัตราเต้นหัวใจ (Heart rate variability) ลดลง (Vieweg et al., 2006; Taylor, 2010) ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหัน (Musselman, Evans, & Nemeroff, 1998: 583) ในขณะที่แคททีโคลามีนทำงานเพิ่มขึ้นจะกระตุ้นการทำงานของเกร็ดเลือดเกิดการรวมตัวกันเป็นก้อนเลือด เกิดหลอดเลือดแดงตีบแข็ง (atherosclerosis) เป็นสาเหตุให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีอาการรุนแรงมากขึ้น (มลฤดี บุราณ, 2548) จากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นดังกล่าว แสดงให้เห็นถึง ภาวะซึมเศร้าทำให้ผลลัพธ์ต่อภาวะ

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแย่ลง และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอัตราตายเพิ่มสูงขึ้นหลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Kronish et al., 2006; Osler et al., 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ ดังนี้ มลฤดี บุราณ (2548) ศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 25.3 มีภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้แก่ รายได้ เพศ การสนับสนุนทางสังคม อาการหายใจลำบาก ความเหนื่อยล้า ระยะเวลาการเจ็บป่วย และภาวะการทำหน้าที่ วรรณี จิวสืบพงษ์ (2550) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 39.2 มีภาวะซึมเศร้า โดยร้อยละ 42.3 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก ร้อยละ 29.90 มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยสุดถึงน้อย ร้อยละ 24.70 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงถึงเป็นอันตราย ร้อยละ 3.09 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย รัตติยา ทองอ่อน (2554) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ร้อยละ 49.2 มีภาวะซึมเศร้า โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ ร้อยละ 39.2 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 9.5 และภาวะซึมเศร้าระดับสูง ร้อยละ 0.5 พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย สุจิตรา ภรณ์ พิมพ์โพธิ์ (2554) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ร้อยละ 50 มีภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มอาการ ชนิดาภา แก้วกัญญา (2557) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ร้อยละ 26.50 มีภาวะซึมเศร้า ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ และความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย วรันธร พรมสนธิ์ (2560) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 41.1 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 45.5 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 13.4 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความกลัวและการสนับสนุนทางสังคม

สำหรับงานวิจัยกึ่งทดลองของ ฐิติรัตน์ ทองขาว สุภาภรณ์ ด้วงแพงและวัลภา คุณทรงเกียรติ (2552) ศึกษา ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ 7 เรื่อง ส่วนใหญ่ศึกษาเกี่ยวกับความชุก อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้า ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก และปัจจัยด้านจิตสังคม กลุ่มประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 4 เรื่อง ผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 1 เรื่อง ผู้ป่วยภาวะหัวใจ

ล้มเหลว 2 เรื่อง ส่วนงานวิจัยกึ่งทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านไม่มีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่างานวิจัยกึ่งทดลองยังไม่สามารถจัดกระทำปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจกลุ่มนี้ได้

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจถือว่ามีความสำคัญ ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ในด้านการพยาบาล เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งความเจ็บป่วยจากตัวโรคที่ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและผลกระทบด้านจิตใจ เพื่อทราบถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งถ้าหากปัจจัยดังกล่าวไม่ได้รับการจัดกระทำ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะเป็นสาเหตุประการหนึ่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและผลลัพธ์ต่อโรคหัวใจแย่ลง จากการศึกษาของ Lichtman et al., (2009) ระบุว่า American Heart Association แนะนำว่าควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจซึ่งควรจะได้รับการประเมินและการตรวจรักษาเพิ่ม เป็นแนวทางการพัฒนาการรักษาทางคลินิกและพัฒนาแนวทางการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Hare, Toukhsati, Johansson, & Jaarsma, (2013) ได้ทบทวนด้านคลินิกเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นสิ่งที่ควรได้รับการป้องกัน การค้นหาและการจัดการที่เหมาะสม ซึ่งการจัดการภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังจากเกิดโรคหัวใจมีความสำคัญและเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติให้เป็นปกติ การศึกษาเพิ่มเติมจะก่อให้เกิดการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น อีกทั้งการเพิ่มกลยุทธ์ในการจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจยังรวมถึง การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การออกกำลังกายและการสนับสนุนทั่วๆไป อีกด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและนำมาศึกษาเพิ่มเติม ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความน่าสนใจและอยู่ในบทบาทพยาบาลสามารถจัดกระทำได้ เป็นปัจจัยที่ยังไม่เคยนำมาหาศึกษาหาความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก่อน สำหรับปัจจัยที่นำมาศึกษาอีกครั้ง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมและประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ เนื่องจากผลการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศยังมีความขัดแย้งกันอยู่ ข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยนี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลให้มีคุณภาพและครอบคลุมการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้งานวิจัยนี้แตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา คือ ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งชนิด STEMI และ NSTEMI

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มาเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่มีคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลทั่วไประดับทุติยภูมิ เนื่องจากแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย (2557) ได้มีการมีการผลักดันเชิงนโยบายเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจเข้าถึงบริการตั้งแต่ระดับบริการปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิ โดยเฉพาะการบริการตติยภูมิด้านหัวใจและหลอดเลือดให้เป็นศูนย์รับการส่งต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดกระจายในภูมิภาคมากขึ้น ทำให้การเข้าถึงบริการด้านหัวใจและหลอดเลือดเป็นไปอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน แต่ข้อมูลจากระบาดวิทยาก็ยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รวมทั้งอัตราเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากปัญหาดังกล่าว จึงมีความจำเป็นที่ต้องให้ระบบบริการในทุกระดับมีการบริการอย่างบูรณาการ มองปัญหาแบบองค์รวม มีความเชื่อมโยงระบบสาธารณสุขที่ดี

จากภาวะวิกฤติของโรคที่มีความรุนแรงและทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย, 2557: 26-27) ร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้องจึงได้สร้างแนวทางการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยกำหนดแนวทางการรักษาผู้ป่วยกลุ่ม ST-elevation myocardial infaction (STEMI) ควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านเกร็ดเลือดทุกราย และให้พิจารณาเร่งด่วนว่าจะเปิดเส้นเลือดที่อุดตันด้วยยาละลายลิ่มเลือด (thromolytic agent) หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดปฐมภูมิ (Primary percutaneous coronary intervention, primary PCI) โดยพิจารณาเวลาที่สามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยการขยายหลอดเลือดชนิดปฐมภูมิได้สำเร็จภายในเวลา 120 นาที หากไม่สามารถทำได้ให้ใช้ยาละลายลิ่มเลือดให้เลือกใช้ยาละลายลิ่มเลือด ในกรณีที่ไม่มีข้อห้ามใช้ยาและสถานพยาบาลมีความพร้อม โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ ควรเปิดหลอดเลือดที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายภายใน 6 ชั่วโมง หลังจากมีอาการเจ็บหน้าอกหรืออย่างช้าไม่เกิน 12 ชั่วโมง ในกรณีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลเกิน 12 ชั่วโมง อาจไม่จำเป็นต้องเปิดหลอดเลือดทันทีเพราะไม่มีหลักฐานชัดเจนว่าได้ประโยชน์ อย่างไรก็ตามหากอาการเจ็บเค้นหน้าอกอยู่อาจพิจารณาขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดปฐมภูมิหรือส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีความพร้อมที่สุด

สรุปได้ว่ากลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันยังคงเป็นปัญหาสุขภาพของประชากรหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย การได้รับการรักษาที่ล่าช้าส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจจนสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องได้รับการรักษาได้ทันท่วงทีและมีสถานพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถให้การรักษาได้ทันเวลา ดังนั้นโรงพยาบาลทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิจึงมีความสำคัญในการเตรียมความพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้แตกต่างกัน

ออกไป บทบาทพยาบาลวิชาชีพจึงต้องเข้าใจบทบาทและหน่วยงานของตนเองว่าอยู่ในโรงพยาบาลระดับใดเพื่อทำการเชื่อมประสานระบบให้เป็นเนื้อเดียวกัน ไม่ว่าผู้ป่วยจะมาเข้ารับการรักษาส่วนใดของระบบบริการสุขภาพและระยะเจ็บป่วยใดก็สามารถเข้าถึงการป้องกัน การลดปัจจัยเสี่ยงและการเกิดอาการ การวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็วโดยมุ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพจะช่วยเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไปในอนาคต

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีลักษณะอย่างไร

2. ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับ การรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อสิ่งที่มาคุกคามจะหายไปเมื่อบุคคลนั้นสามารถปรับตัวได้ (สายฝน เอกวรางกูร, 2554) Beck (1967) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าว่าเกิดจาก 2 สาเหตุปัจจัย คือ บุคคลมีความเครียดจากสถานการณ์วิกฤตในชีวิต และบุคคลนั้นมีความคิดอัตโนมัติทางด้านลบ ต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ซึ่งความคิดอัตโนมัติด้านลบนั้นเกิดจากความคิดบิดเบือนของกระบวนการคิด มีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดภาวะซึมเศร้า (Beck, 1967; Beck, 1979) โดยภาวะซึมเศร้าจะทำให้บุคคลเหล่านั้นรู้สึกหม่นหมอง หดหู่ เศร้าใจ ท้อแท้หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สามารถแสดงออกได้ทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมและร่างกาย เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ทั้งในคนปกติ ผู้ป่วยทางกายและผู้ป่วยทางจิตเวช (นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ, 2559) ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลัน ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่มีเจตคติต่ออาการของโรคที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรง มีโอกาสเสียชีวิตสูง ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะมีอาการเกิดขึ้นอีกเมื่อใด รวมทั้งผู้ป่วยเกิดความรู้สึกได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะวิกฤติของหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยจึงเกิดความคิดอัตโนมัติต่อตนเอง ต่อโลก และอนาคต ซึ่งความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นนั้นมาจากการบิดเบือนของกระบวนการคิด ตามแนวคิดของ Beck (1967) ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งอธิบายความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยกับภาวะซึมเศร้าได้ดังนี้

1. การรับรู้การเจ็บป่วย

ผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยการรับรู้การเจ็บป่วยจากทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-Regulation model) ของ Leventhal, Nerenz, & Steele (1984) กล่าวว่า เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิต บุคคลจะแปลความหมายของภาวะคุกคามชีวิตและตัดสินใจมีพฤติกรรมตามการรับรู้ที่เกิดขึ้น โดยบุคคลจะแปลความหมายของภาวะคุกคามหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นมโนภาพการรับรู้การเจ็บป่วยด้านการรู้คิด (Cognitive representation) และการตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Emotional representation) โดยการรับรู้การเจ็บป่วยด้านการรู้คิด มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านลักษณะอาการของโรค (Identity), ด้านระยะเวลาการดำเนินโรค (Timeline), ด้านผลกระทบของโรค (Consequence), ด้านประสิทธิภาพการรักษา/ ด้านความสามารถในการควบคุมโรค (Cure/ Control) และด้านสาเหตุของการเจ็บป่วย (Cause) บุคคลที่มีการรับรู้การเจ็บป่วยทางบวก จะมีการรับรู้ว่าสาเหตุและอาการของโรคที่เกิดขึ้นว่าเป็นภาวะที่สามารถรักษาและควบคุมได้ อาการเจ็บป่วยเหล่านั้นเกิดเป็นครั้งคราว ผู้ป่วยจะมีความเครียดต่อโรคที่เกิดขึ้นระดับต่ำ จากการศึกษาของ Dickens et al., (2008) ศึกษา ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีการรับรู้การเจ็บป่วยทางลบว่าระยะเวลาการเป็นโรคยาวนาน (Timeline) และโรคที่เกิดขึ้นไม่สามารถควบคุมได้ (Control) พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า [Odd ratio (OR) = 2.7, P = .013, OR = 0.45, P = 0.48) ตามลำดับ] สอดคล้องกับการศึกษาของ Kunschitz, Friedrich, Schöppl, Maitz, & Sipötz, (2017) ศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการสวนหัวใจ จำนวน 166 คน (อายุระหว่าง 64.4±12.1, เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.7) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้การเจ็บป่วยว่าเป็นภาวะคุกคามด้านร่างกายและอารมณ์ ผู้ป่วยที่มีการรับรู้การเจ็บป่วยว่าความสามารถในการรักษาหรือการควบคุมโรคอยู่ในระดับต่ำ (Cure/ Control), ระยะเวลาการเป็นโรคยาวนาน (Timeline) ผู้ป่วยจะมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ Cherrington, Moser, Lennie, & Kennedy, (2004) ศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นหายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีอัตราป่วยและอัตราเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาจจะมีสาเหตุมาจากบทบาทของปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า (r = .510, P = .01)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2. การสนับสนุนทางสังคม

เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีบทบาทด้านการช่วยลดแรงกระทบ (Buffer) จากระดับความรุนแรงของโรคและความก้าวหน้าของโรคที่เกิดขึ้น (Greco et al., 2014) เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ภายนอกของแต่ละบุคคลที่ช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแปลความหมายของเหตุการณ์ ถ้าผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะซึมเศร้า (ชนิดาภา แก้วกัญญา, 2557) ช่วยให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ด้านจิตใจดีขึ้น (Finfgeld Connett, 2005) ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าสามารถอธิบายได้ว่าเมื่อมีผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ความต้องการได้รับการตอบสนองจะส่งผลให้ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดของผู้ป่วยลดลง จากการศึกษาของ Liu, Hernandez, Trout, Kleiman, & Bozzay, (2017) ทำการวิเคราะห์สมการถดถอย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการทำหน้าที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ (OR = 2.07, 95% CI = 1.02 – 4.17, $p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Su, Chang, & He, (2018) ศึกษา ผู้ป่วยโรคหัวใจ 105 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 39 มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำและมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 61.0 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = –.481$, $p < .01$) ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = – .395$), ประวัติป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง($\beta = .208$) และ Unstable angina ($\beta = .196$) แต่ละปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 43.7 ($R^2 = .473$, $p < .001$)

3. สมรรถนะแห่งตน

Bandura (1977) กล่าวว่า สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) จะกล่าวอ้างถึงความมั่นใจในแต่ละบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มีความจำเพาะเจาะจงเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ กล่าวคือ บุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสมรรถนะแห่งตนสูงจะมีความมั่นใจในความสามารถทางร่างกายและจิตใจในการแสดงพฤติกรรมนั้น ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy belief) มีความสำคัญต่อเป้าหมายและการบรรลุเป้าหมายของตนเองโดยมีอิทธิพลต่อทางเลือก แรงจูงใจ และรูปแบบการแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคล เช่น บุคคลมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่คุกคามตนเอง เมื่อมีความเชื่อว่าสถานการณ์นั้นเกินกว่าทักษะความสามารถของตน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) จึงมีผลต่อเป้าหมายและการรับรู้เป้าหมายของตน โดยมีอิทธิพลต่อระดับความพยายามและการคงอยู่ของพฤติกรรมที่จะเผชิญต่ออุปสรรคต่างๆของบุคคลนั้น กล่าวคือ บุคลคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงก็จะยิ่งมีความพยายามสูง สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Greco et al., 2014) ดังเช่น การศึกษาของ Tsay & Chao, (2002) ศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.61$, $p < .001$) ผู้ป่วยที่มีสมรรถนะแห่งตนต่ำจะมีระดับภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีสมรรถนะแห่งตนสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Greco et al., (2014) ศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 75 คน พบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าที่ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ก่อนเริ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ($r = -.28$, $p < .01$) และระยะ 2 เดือน หลังจากสิ้นสุดการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ($r = -.19$, $p < .05$) ตามลำดับ

4. ความแปรปรวนการนอนหลับ

ปัญหาการนอนหลับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากการศึกษาในประเทศไทยพบได้สูงถึงร้อยละ 67 (ปภาพสวีร์ เจริญพัฒนาภัค, 2556) การศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่าความแปรปรวนการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Wallander, Johansson, Ruigómez, Rodríguez, & Jones, 2007) เป็นอาการที่มีความชุกสูงพบได้ร้อยละ 55 รองลงมาจากความเหนื่อยล้า (พบร้อยละ 69) ในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้า (Mcguire, Eastwood, Hays, Macabasco-O'Connell, & Doering, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ Le Grande, Jackson, Murphy, & Thomason, (2016) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจมีความแปรปรวนการนอนหลับระยะเวลา 4 เดือน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($\chi^2 = 6.27$, df =1, $p = 0.012$) ซึ่งความแปรปรวนการนอนหลับผู้ป่วยอาจจะมีความผิดปกติในการนอนหลับที่ใช้ระยะเวลาสั้นหรือการนอนหลับที่นานเกินไป

5. ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ เป็นข้อบ่งชี้ทางคลินิกที่ระบุถึงระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ (Illness severity)ได้ เป็นการประเมินความสามารถของหัวใจในการบีบเลือดออกไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆของร่างกาย งานวิจัยในประเทศที่ผ่านมา มลฤดี บุราณ (2548) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้หลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แต่จากการศึกษาของ De Jonge, van den Brink, Spijkerman, & Ormel, (2006) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจและมีภาวะซึมเศร้าจะมีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจน้อยกว่า 40 % ($p = .08$) สอดคล้องกับ Bagherian-Sararoudi, Gilani, Ehsan, & Sanei, (2013) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ร้อยละ 44.9 มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจน้อยกว่า 40 % มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากแนวเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้การเจ็บป่วยทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3. สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

4. ความแปรปรวนการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

5. ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ขอบเขตการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina), ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิด STEMI และ NSTEMI ที่มาเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่มีคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina), กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI และ NSTEMI ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 – 59 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างน้อย 1 เดือน – 2 ปี ที่มาเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่มีคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ณ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เขตภาคกลาง 2 แห่ง

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรอิสระ คือ การรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤต หรือสถานการณ์ที่มีความเครียด หรือเมื่อประสบภาวะคุกคามชีวิต โดยแสดงออกในลักษณะของการเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิด ร่างกายและพฤติกรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Cardiac Depression Scale (CDS) ของ Hare & David (1996) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย จำนวน 26 ข้อ คะแนนที่มากหมายความว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามาก

การรับรู้การเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ ความเข้าใจ การแปลผล หรือการให้ความหมายของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามทัศนคติ และความเชื่อของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การรับรู้การเจ็บป่วยด้านการรู้คิดและด้านอารมณ์
การรับรู้การเจ็บป่วยด้านการรู้คิด แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ ดังนี้ ด้านลักษณะอาการของโรค ด้านระยะเวลาการดำเนินโรค ด้านผลกระทบต่อการเจ็บป่วย ด้านประสิทธิภาพการรักษาการเจ็บป่วย / ด้านความสามารถในการควบคุมโรค และด้านสาเหตุของการเจ็บป่วย

การรับรู้การเจ็บป่วยด้านอารมณ์ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้ ด้านความกังวลใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและด้านอารมณ์โดยรวมที่เป็นผลมาจากความเจ็บป่วย

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Questionnaire: BIPQ) ของ Broadbent et al., (2006) จำนวน 9 ข้อ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย คะแนนที่มากหมายความว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ทางลบเกี่ยวกับโรคมาก

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ว่ามีการสนับสนุนที่สามารถพึ่งพาได้ในช่วงระยะเวลาที่ต้องเผชิญความเครียด โดยการสนับสนุนนั้นสามารถหาได้ถ้าต้องการ ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านการทำหน้าที่

ประเมินโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม The Social Support of People with Coronary Heart Disease instrument (SSCHD) ของ Kähkönen, Kankkunen, Miettinen, Lamidi, & Saaranen, (2017) พัฒนาเครื่องมือจากแนวคิดทฤษฎีของ Cohen & Wills (1985) จำนวน 14 ข้อ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย คะแนนที่มากหมายความว่าผู้ป่วยมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมาก

สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความมั่นใจของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในการปฏิบัติกิจกรรม หรือการดำเนินการโดยการกระทำหรือการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย มี 2 องค์ประกอบได้แก่ ความมั่นใจในการควบคุมอาการและความมั่นใจในการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน The Cardiac Self-Efficacy Questionnaire (CSE) ของ M. D. Sullivan, Russo, Katon, & Lacroix (1998) จำนวน 13 ข้อ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย คะแนนที่มากหมายความว่าผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง

ความแปรปรวนการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เกี่ยวกับความผิดปกติในการนอนหลับเกี่ยวกับอาการผิดปกติทั้งการนอนหลับในเชิงปริมาณ ได้แก่ นอนหลับยาก มีการนอนหลับไม่ต่อเนื่อง (ตื่นบ่อยช่วงกลางดึก หรือตื่นเร็วกว่าปกติ) มีระยะเวลาการนอนหลับผิดปกติ และในเชิงคุณภาพได้แก่ ความรู้สึกไม่พึงพอใจในการนอนหลับ ความรู้สึกถูกต่อการถูกรบกวน ร่วมกับมีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในช่วงเวลากลางวัน และมีการใช้ยาหรือสารเพื่อช่วยในการนอนหลับ

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความแปรปรวนการนอนหลับ General Sleep Disturbance Scale (GSDS) ของ Lee (1992) จำนวน 21 ข้อ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ดารา วงกวน (2560) คะแนนที่มากหมายความว่าผู้ป่วยมีความแปรปรวนการนอนหลับมาก

ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ หมายถึง ระดับความสามารถของหัวใจห้องล่างซ้ายในการบีบเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประเมินผลจากการตรวจ Left Ventricular Ejection Fraction (LVEF) ซึ่งวินิจฉัยจากการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiogram) หรือการสวนหัวใจ (Cardiac catheterization)

ประเมินโดยใช้เกณฑ์การประเมินของ Danstan and Riddle (1997) ดังนี้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจมากกว่า 55% ถือว่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจปกติ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25% ถือว่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำรุนแรง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยครั้งล่าสุดที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพิ่มองค์ความรู้ให้กับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อพัฒนาการดูแลและการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังจากเกิดโรคหัวใจให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

2. เพื่อเป็นแนวทางและพัฒนาการวิจัย สำหรับผู้ที่สนใจศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจในรูปแบบงานวิจัยอื่น รวมทั้งศึกษาประชากรกลุ่มอื่นๆ ที่มีภาวะซึมเศร้า

3. นำผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางการศึกษาต่อยอดในงานวิจัยเชิงทำนายเกี่ยวปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
    1.1 ความหมายกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
    1.2 อาการและอาการแสดงทางคลินิก
    1.3 การประเมินความรุนแรงของอาการ
    1.4 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
    1.5 แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ
    1.6 การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
    2.1 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
    2.2 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
    2.3 ความแตกต่างระหว่าง Depression และ Depressive disorder
    2.4 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า
    2.5 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า
    2.6 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
    2.7 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า
    2.8 ประเภทของภาวะซึมเศร้า
    2.9 เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
    3.1 การรับรู้การเจ็บป่วย
        3.1.1 แนวคิดทฤษฎีการรับรู้การเจ็บป่วย
        3.1.2 ความหมายของการรับรู้การเจ็บป่วย
        3.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยกับภาวะซึมเศร้า
        3.1.4 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย
    3.2 การสนับสนุนทางสังคม
        3.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
        3.2.2 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
        3.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3.2.4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

3.3 สมรรถนะแห่งตน

3.3.1 แนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน

3.3.2 ความหมายของสมรรถนะแห่งตน

3.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนกับภาวะซึมเศร้า

3.3.4 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน

3.4 ความแปรปรวนการนอนหลับ

3.4.1 แนวคิดเกี่ยวกับความแปรปรวนการนอนหลับ

3.4.2 ความหมายของแปรปรวนการนอนหลับ

3.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความแปรปรวนการนอนหลับกับภาวะซึมเศร้า

3.4.4 แบบสอบถามความแปรปรวนการนอนหลับ

3.5 ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ

3.5.1 วิธีการประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ

3.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจกับภาวะซึมเศร้า

4. บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้า

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6. กรอบแนวคิดการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

1.1 ความหมายกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) หมายถึง กลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบเอสทียกสูง (ST elevation myocardial infarction: STEMI) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบบเอสทีไม่ยกสูง (non-ST elevation myocardial infarction: NSTEMI) และภาวะเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina :UA) ที่สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการของภาวะหลอดเลือดแดงตีบแข็ง (atherosclerosis) ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจนเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตกะทันหัน (Achar, Kundu, & Norcross, 2005; Hong & Herzog, 2009; อรสา พันธ์ภักดี ใน สุจินดา ริมสีทอง, สุดาพรรณ ธัญจิรา, อรุณศรี เตชัสหงส์ และสุภามาศ ผาติประจักษ์, 2556: 8)

กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) เกิดขึ้นเนื่องจากมีการตีบแคบหรืออุดตันของโคโรนารี (coronary artery) ซึ่งโดยทั่วไปมักเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด เช่น ภาวะหลอดเลือดแดงตีบแข็ง (atherosclerosis) หรือมีการสะสมของไขมันในผนังหลอดเลือดทำให้ช่องทางไหลเวียนเลือดตีบแคบลง เมื่อเกิดมีลิ่มเลือด (thrombus) หรือการหดตัว (spasm) ทำให้หลอดเลือดแดงอุดตัน กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นขาดเลือดและเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด (Barstow, Rice, & McDivitt, 2017:3; Reed, Rossi, & Cannon, 2017) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1.1 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันอย่างสมบูรณ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบเอสทียกสูง (ST-segment elevation myocardial infarction: STEMI) หมายถึง ผู้ป่วยที่มี typical acute chest pain และมี persistent ST-elevation (>20 นาที) มักจะมีอาการของหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันอย่างสมบูรณ์เฉียบพลัน (acute total coronary occlusion) และส่วนใหญ่จะตามด้วยการเกิด ST- elevation MI (STEMI) การปริแตกของรอยโรค (plaque) อย่างรุนแรงและเฉียบพลัน ซึ่งพยาธิสภาพดังกล่าวนำไปสู่การก่อตัวของลิ่มเลือดจำนวนมาก เกิดการอุดตันหลอดเลือดอย่างสมบูรณ์ ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตายเนื่องจากมีการอุดตันในหลอดเลือดแดงโคโรนารีทั้งหมดและเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ตรวจค่าเลือดจะพบค่า cardiac biomarker สูงกว่าปกติ และลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) ผิดปกติ คือจะพบ ST-segment elevation ร่างกายจะมีกระบวนการสลาย clot ทำให้การไหลเวียนกลับคืนมา แต่ถ้าการสลาย clot ไม่สามารถทำได้ทันที การตายของกล้ามเนื้อหัวใจจะเริ่มที่

ชั้น subendocardial และขยายไปสู่ชั้น myocardial และ epicardial ซึ่งถ้ามีการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจทั้งสามชั้นเรียกว่า transmural myocardial infarction กล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย (necrosis) จะใช้เวลาประมาณ 6 ชั่วโมง หลังจากมีการอุดตันในหลอดเลือดโคโรนารีทันที บริเวณที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจแบ่งเป็น 3 ชั้น คือ ชั้นที่มีการขาดเลือด (ischemia) ชั้นที่มีการบาดเจ็บ (injury) และชั้นที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ (infarction) กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ขาดเลือดและบาดเจ็บสามารถรักษาให้หายได้ก่อนเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้

1.1.2 โรคกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลันชนิดหลอดเลือดหัวใจถูกอุดตันบางส่วน ได้แก่

1) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบเอสทีไม่ยกสูง (Non-ST segment elevation myocardial infarction: NSTEMI) หมายถึง พยาธิสภาพที่เกิดจากเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากมีการอุดตันในหลอดเลือดแดงโคโรนารี หลอดเลือดโคโรนารีถูก thrombus หรือ fibrous clot อุดตันการไหลเวียนเลือดบางส่วน ผลการตรวจเลือดจะพบค่า cardiac biomarker สูงขึ้นเล็กน้อยและลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ คือ ไม่มี persistent ST-elevation โดยอาจมี persistent หรือ transient ST-segment depression, T-wave inversion, flat T-wave, pseudo-normalization ของ T-wave หรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจในตอนแรก

2) ภาวะเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina :UA) หมายถึง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ เป็นความก้าวหน้าของโรคหลอดเลือดหัวใจจากเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ก่อนแต่ไม่มีอาการไปสู่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก อย่างน้อย 1 อาการ ดังต่อไปนี้ (Kim, Kini, & Fuster, 2011)

1 อาการเจ็บหน้าอกมากแม้ในขณะพัก (angina at rest) หรือเมื่อออกแรงเล็กน้อย โดยทั่วไปจะใช้เวลานานมากกว่า 10 นาทีจึงดีขึ้น

2 อาการเจ็บหน้าอกเป็นมากขึ้นและเกิดขึ้นใหม่ (new onset angina) ในเวลา 4-6 สัปดาห์ และ/ หรือ

3 อาการเจ็บหน้าอกมาก นาน หรือถี่ขึ้นเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดรุนแรง ซึ่งเป็นผลมาจากลิ่มไขมัน (plaque) ที่เกิดจากไขมันและเซลล์ของกล้ามเนื้อลายที่มี fibrous tissue คลุมอยู่แตกออก (atherosclerotic plaque rupture) แล้วมีกระบวนการสร้าง thrombus ตรงบริเวณที่มีการแตกของลิ่มไขมัน (plaque) มีการกระตุ้นการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด (platelet) ปัจจัยการแข็งตัวของเลือด (clotting factors) การสะสมของเส้นใย (collagen) และการขยายของกล้ามเนื้อเรียบ (smooth muscle cell) เพื่อปกปิดรอยแตกของลิ่มไขมัน (plaque) ทำให้ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของหลอดเลือดแดงโคโรนารีเล็กลง และกระบวนการช่วยการฟื้นหายดังกล่าว

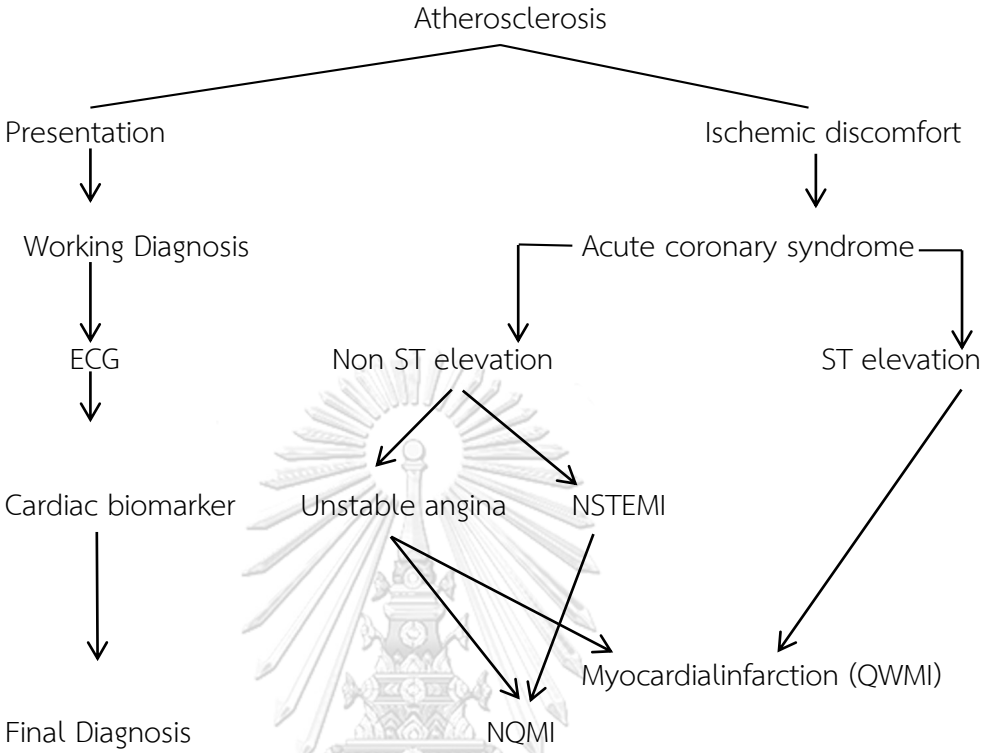
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ทำให้ลิ่มไขมัน (plaque) ได้รับการปกคลุมใหม่ ขนาดของลิ่มไขมัน (plaque) จึงใหญ่ขึ้น เส้นผ่านศูนย์กลางของหลอดเลือดโคโรนารีจึงเล็กลง และถ้าก้อน thrombus นั้นขยายเข้าไปจนเกิดการอุดตัน การไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดแดงโคโรนารีลดลงมาก จึงให้ออกซิเจนแก่กล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากขึ้น อาการเจ็บหน้าอกจึง รุนแรง เมื่ออมยาขยายหลอดเลือดแล้วก็ไม่สามารถบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งผลของพยาธิสภาพดังกล่าว นำไปสู่การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction)

สำหรับภาวะเจ็บหน้าอกแบบคงที่ (stable angina) ไม่จัดว่าอยู่ในกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) โดยผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บหน้าอกแบบคงที่ (stable angina) จะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกขณะออกกำลัง หรือมีอารมณ์รุนแรงหรือเครียด ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีมีการตีบแคบ ทำให้เลือดไหลเวียนให้ออกซิเจนแก่กล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้นกล้ามเนื้อหัวใจจึงขาดเลือดและเกิดกระบวนการ anaerobic metabolism ซึ่งมาการสร้างกรดแลกติกออกมาด้วย เชื่อว่ากรดแลกติคนี้ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ischemic angina pain) ส่วนอาการเจ็บหน้าอกใน stable angina มักจะเกิดขณะออกแรงหรือมีอารมณ์เครียด จะเจ็บหน้าอกอยู่ไม่นาน หรือเมื่ออมยาใต้ลิ้นขยายหลอดเลือดแล้วอาการเจ็บหน้าอกจะทุเลาลง ดังสรุปตามแผนภูมิที่ 1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แผนภูมิที่ 1 ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Clinical of acute coronary syndrome)



ที่มา *Antman EM, Braunwald E: ST-elevation myocardial infarction: Pathology, pathophysiology, and clinical features. In Libby P, Bonow RO, Mann DL, Zipes D [eds]: Braunwald's Heart Disease, 8th ed. Philadelphia, Saunders Elsevier, 2008, pp 1207-1232*

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1.2 อาการและอาการแสดงทางคลินิก

อาการและอาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีดังนี้ (ภาวิทย์ เพียรพิจิต และ ทศพล ลิ้มพิจารณ์กิจ, 2550; สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ธัญจิรา, อรุณศรี เตชัสหงส์ และสุภามาศ ผาติประจักษ์ 2556: 138)

1.2.1 อาการเจ็บหน้าอก เกิดขึ้นในภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการใช้งาน ลักษณะการเจ็บเป็น visceral pain ที่รู้สึกค่อนข้างลึกในอกด้านหน้า เจ็บแน่นอึดอัดเหมือนมีอะไรมากดทับ อาจเริ่มต้นด้วยอาการเจ็บเล็กน้อยแล้วค่อยเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น

อาการแสดงของภาวะเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (unstable angina) มีลักษณะสำคัญของอาการเจ็บหน้าอก ดังนี้ (Anderson et al., 2007; Wright et al., 2011)

1) Rest angina คือ อาการเจ็บหน้าอกแบบ angina ที่เกิดขึ้นขณะพัก หรือเมื่อออกแรงเล็กน้อย โดยทั่วไปจะใช้เวลานานกว่า 10 นาที จึงดีขึ้น

2) New-onset angina คือ อาการเจ็บหน้าอกแบบ angina ที่เกิดขึ้นเป็นครั้งแรกภายในเวลาไม่เกิน 2 เดือน โดยมีระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกอย่างน้อยเทียบกับ Canadian cardiovascular society (CCS) class III กล่าวคือ ออกแรงเพียงเล็กน้อยก็มีอาการเจ็บหน้าอก

3) Progressive angina คือ อาการเจ็บหน้าอกที่อาการทั้งวันในแง่ของความรุนแรง ความถี่ ระยะเวลาของอาการแน่น หรืออาการเจ็บหน้าอกที่ถูกกระตุ้นให้เกิดขึ้นได้ง่ายกว่าเดิม

1.2.2 ตำแหน่งที่เจ็บหน้าอก ส่วนมากจะเป็นบริเวณกลางอก (Retrosternal area) หรือบริเวณใต้กระดูกอก (Substernal area) อาจค่อนมาทางซ้าย บริเวณที่เจ็บจะกว้าง ส่วนใหญ่มีอาการปวดร้าวไปบริเวณแขนซ้ายด้านใน (ด้านนิ้วก้อย) โดยอาจร้าวเฉพาะต้นแขนหรือร้าวตลอดแขนถึงข้อมือและมือ อาจร้าวไปที่คอและแขนขวา หรือร้าวไปที่กราม ขากรรไกรและลิ้นปี่ แต่ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการเจ็บร้าวหรือผู้ป่วยบางรายอาจไม่ได้เริ่มเจ็บหน้าอก แต่อาจมีอาการชาบริเวณไหล่นำมาก่อน

1.2.3 ระยะเวลาการเจ็บ เป็นช่วงสั้นๆ แต่ไม่เกิน 20 นาที หรือถ้านานกว่า 20 นาที กล้ามเนื้อหัวใจจะตาย

1.2.4 ปัจจัยหรือสิ่งที่กระตุ้นให้เจ็บหน้าอก (Precipitating cause) เช่น การออกกำลังกาย ความต้องการใช้ออกซิเจนจะเพิ่มมากขึ้นแต่การไหลเวียนเลือดผ่านหลอดเลือดที่ตีบแคบนั้นไม่เพียงพอจึงเกิดอาการแน่นหน้าอก และเมื่อหยุดพักหรือหยุดออกกำลัง อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตลดลง ความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง อาการเจ็บแน่นหน้าอกจึงหายไป หลังอิ่มอาหารมักเกิดภายหลังรับประทานอาหารประมาณ 1 ชั่วโมงเนื่องจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงทางเดินอาหารมีการขยายตัวและมีการไหลเวียนเลือดมากขึ้นส่งผลให้เลือดที่ไหลเวียนเข้าสู่หลอดเลือดโคโรนารีน้อยลง ทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้

1.2.5 อาการหายใจลำบาก เป็นอาการที่ผู้ป่วยบอกเล่าถึงการรับรู้ต่อการหายใจที่ไม่ปกติ หายใจไม่โล่ง ไม่เต็มปอด และเป็นความรู้สึกที่ต้องพยายามใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่แสดงว่าร่างกายกำลังเผชิญกับความเครียด โดยผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากทั้งในขณะนอนพักหรือออกแรง

1.2.6 ความดันโลหิตต่ำหรือช็อก คือ ความดันเลือดขณะหัวใจบีบตัวต่ำกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท มีอาการเขียวคล้ำ เย็นตามปลายมือปลายเท้า การเต้นของหัวใจอาจเร็วหรือช้า ชีพจรเบา อาการเหล่านี้เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ทำให้ cardiac output ลดลงและบางครั้งผู้ป่วยจะเป็นลมหมดสติ เนื่องจากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงอย่างทันทีทันใด

1.2.7 มีไข้ใน 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยอาจมีอุณหภูมิกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส เนื่องจากมีการอักเสบและการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งไข้จะลดลงเมื่อมีการสร้าง เส้นใยของเนื้อเยื่อมาปกคลุมบริเวณกล้ามเนื้อที่ตายของกล้ามเนื้อภายใน 3-7 วัน

1.2.8 การคั่งของเลือดในปอด (Pulmonary edema) โดยจะมีอาการแสดงของภาวะหายใจลำบาก (dyspnea) นอนราบไม่ได้ กระสับกระส่าย ไอเสมหะเป็นฟอง อาการเหล่านี้แสดงถึงภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานได้น้อยลง และมักเกิดร่วมกับการที่มีปริมาณเลือดออกจากหัวใจน้อยลง มีภาวะหัวใจล้มเหลว

1.2.9 คลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการที่เกิดจากความเจ็บปวดรุนแรง หรือเกิดจากบริเวณที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจส่ง vagal reflex ไปยับยั้งการทำงานของระบบทางเดินอาหาร

1.3 การประเมินความรุนแรงของอาการ

ใช้การประเมินจากระดับความรุนแรงอาการเจ็บหน้าอกของ Canadian classification system for angina pain ซึ่งแตกต่างจาก New York Heart Association ที่ใช้สำหรับการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (Wright et al., 2011: 224; จรัญ สายะสถิตย์, 2560: 90) มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ตารางแสดง การประเมินระดับความรุนแรงอาการเจ็บหน้าอกของ Canadian classification system for angina pain

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ระดับ	คำอธิบายแต่ละระดับ
Class I	มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เมื่อออกกำลังกายหรือทำงานมากกว่าปกติเป็นระยะเวลานาน (no limitation of ordinary activity).
Class II	มีอาการเมื่อเดินอย่างรวดเร็วในทางราบหรือเดินขึ้นบันไดอย่างเร็ว (minimal limitation of ordinary activity)
Class III	มีอาการเมื่อเดินธรรมดาประมาณ 50 เมตร หรือขึ้นบันได 1 ชั้น (moderate limitation ordinary activity)
Class IV	มีอาการขณะพักหรือออกแรงเล็กน้อย และหากอาการเจ็บแน่นหน้าอกต่อเนื่องนานกว่า 15 นาที เรียกว่า unstable angina

ที่มา Adapted with permission from Campeau L. Grading of angina pectoris (letter). Circulation 1976;54:522-3 (15). CCS = Canadian Cardiovascular Society.

1.4 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การตรวจวินิจฉัย (สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ธัญจิรา, อรุณศรี เตชัสหงส์ และสุภามาศ ผาติประจักษ์ 2556: 141-146)

Electrocardiography ในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบ ST-segment elevation MI (STEMI) จะพบว่ามี ST elevation ซึ่งแสดงถึงเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจมี injury ซึ่งต่อมา ST segment จะกลับสู่ระดับปกติ เมื่อได้รับการแก้ไขให้การไหลเวียนของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีกลับคืนมา ผู้ป่วยที่หลอดเลือดหัวใจอุดตันอยู่นาน กล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างสมบูรณ์จะเห็น Q wave ผิดปกติ คือ จะมี Q wave กว้างและลึก และยังปรากฏอยู่ใน ECG ตลอดเวลา แสดงถึงผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย 3 ชั้น (endocardium, myocardium และepicardium) เรียกว่า transmural infarction ซึ่งจะพบ cardiac enzyme หรือ cardiac biomarker สูงขึ้นด้วย ผู้ป่วยที่เป็น STEMI จะกระทบการบีบตัวของเวนตริเคิล ทำให้ stroke volume ลดลง ผู้ป่วยจึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันได้

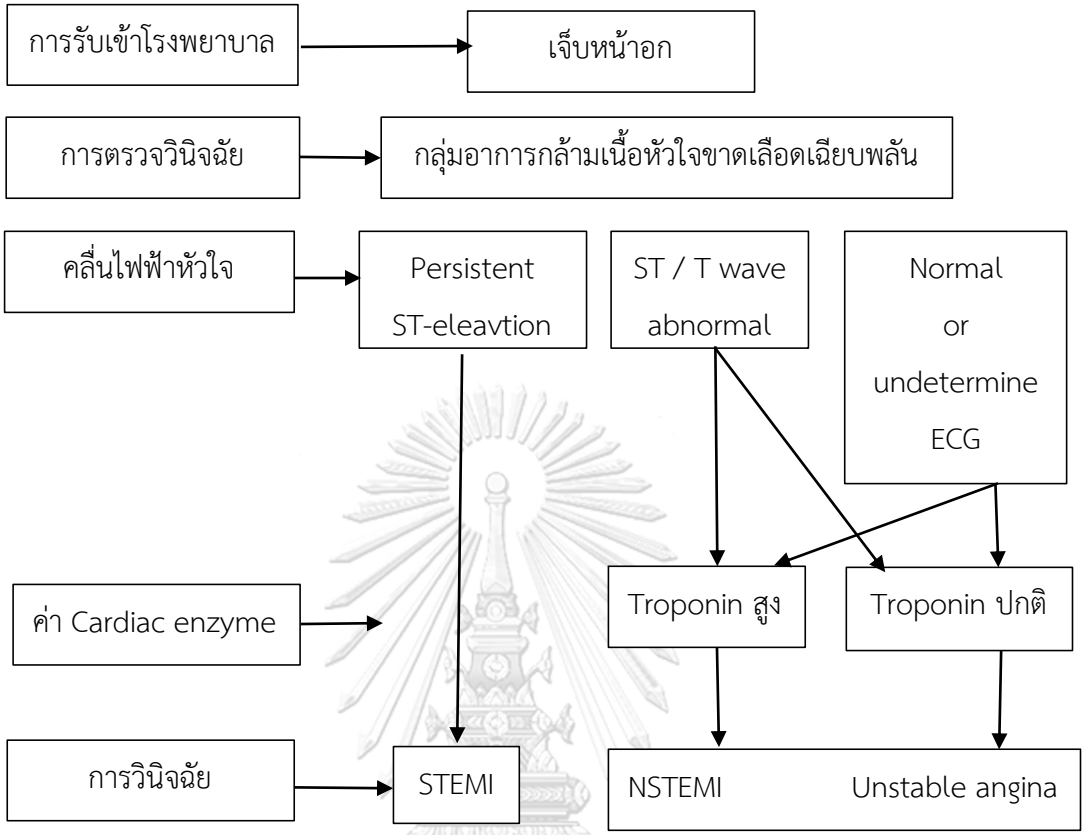
Cardiac enzyme หรือ serum enzyme เป็นการตรวจเลือดเพื่อดู intracellular enzyme ที่ออกมาในเลือดหลังจากเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อช่วยในการวินิจฉัยแยกกล้ามเนื้อหัวใจตายกับกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะหลั่ง enzyme ออกมาในเลือด ระดับ enzyme ที่สูงขึ้นก่อน ได้แก่ enzyme creatinine kinase (CK) หรือ CK จะเริ่มสูงขึ้นใน 3-6 ชั่วโมง หลังจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย และระดับขึ้นสูงสุดใน 24-36 ชั่วโมง และกลับสู่ปกติใน 3 วัน แต่เนื่องจากเนื้อเยื่อสมองและเซลล์กล้ามเนื้อ (skeletal muscle) หลั่ง enzyme CK ได้เช่นกัน เมื่อได้รับบาดเจ็บ ดังนั้น การตรวจเลือดดู isoenzyme CK-MB คือ enzyme CK ที่หลั่งมาจากเฉพาะเซลล์ของหัวใจจะช่วยในการวินิจฉัยได้แน่ชัดกว่า โดยดู isoenzyme CK-MB สูงขึ้นในเริ่มแรก 4-8 ชั่วโมง ขึ้นสูงสุดใน 12-24 ชั่วโมง และกลับสู่ปกติใน 3-4 วัน และยังมีการวัดค่า serum myoglobin ซึ่งเป็นโปรตีนจับกับออกซิเจนที่พบในกล้ามเนื้อหัวใจและกล้ามเนื้อลาย ช่วยในการวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ โดยค่า serum myoglobin จะสูงขึ้นในเวลา 1-3 ชั่วโมง หลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ขึ้นสูงสุดในเวลา 4-12 ชั่วโมง และกลับสู่ระดับปกติใน 12 ชั่วโมง นอกจากนี้ ในทางคลินิกยังใช้ cardiac biomarker ที่เป็น intracellular enzyme ที่ออกมาในเลือดหลังเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อช่วยในการวินิจฉัยแยกกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ cardiac troponin I และ troponin T ซึ่งจะมีระดับสูงขึ้นใน 3-4 ชั่วโมงแรก และขึ้นสูงสุดใน 4-24 ชั่วโมง และกลับสู่ปกติใน 1-3 สัปดาห์ lactase dehydrogenase (LDH) เป็น serum enzyme อีกตัวที่ช่วยบอกว่าเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย โดย

พบว่า LDH-1 isoenzyme สูงกว่า LDH-2 isoenzyme ซึ่งบ่งชี้ว่าเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตายกพ้นระยะเฉียบพลันมาแล้ว โดยพบว่าระดับ LDH สูงขึ้นใน 8-12 ชั่วโมงหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและระดับ LDH ขึ้นสูงสุด คือ 3-6 วัน และสูงอยู่นาน 8-14 วัน

Exercise ECG testing หมายถึง การวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะที่ออกกำลังกาย เช่น การถีบจักรยาน การวิ่งบนเครื่องวิ่งที่มีสายพาน (treadmill exercise testing) เป็นวิธีที่ใช้ทดสอบแยกว่าบุคคลนั้นมีโรคหลอดเลือดหัวใจหรือเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หลักการ คือ การออกกำลังกายเพื่อให้ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น โดยวิ่งนาน 3 นาที แล้วให้เพิ่มความเร็วของการวิ่งจะทำให้หัวใจเต้นเร็วและความดันซิสโตลิคสูงขึ้น ในคนที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจจะพบว่าเมื่อออกกำลังกายให้หัวใจเต้นเร็วได้สูงสุด จะมีการเปลี่ยนแปลงของ ST segment คือ มี ST depression ต่ำกว่าเส้นพื้น (baseline) ของ ECG 1 มิลลิเมตร การทดสอบวิธีนี้แยกผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถูกต้อง 70% การทำexercise ECG testing นอกจากเป็นวิธีที่ใช้ประเมินความสามารถในการทนต่อการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจแล้ว ยังเป็นวิธีใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีการเต้นของหัวใจผิดปกติเมื่อออกแรงอีกด้วย

Cardiac catheterization ร่วมกับ Coronary angiography เป็นการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการใส่สายสวนหัวใจเข้าทางหลอดเลือด เช่น femoral artery ผ่านเข้าไปถึงห้องหัวใจ และสารทึบแสง (radiopaque dye) การทำ cardiac catheterization มีวัตถุประสงค์เพื่อดูโครงสร้างของหัวใจและหลอดเลือด วัดความดันในหัวใจ (hemodynamic measurement) ประเมินการทำงานของเวนตริเคิลและสามารถตรวจลักษณะของหลอดเลือดแดงโคโรนารี โดยการฉีดสารทึบแสงผ่านเข้าไปในหลอดเลือดขณะทำการสวนหัวใจด้านซ้ายและถ่ายภาพรังสีไว้ ทำให้การประเมินการตีบแคบของหลอดเลือดโคโรนารีและแขนงของหลอดเลือดได้ การสวนหัวใจและการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจจึงมีประโยชน์ในการประเมินและผู้ป่วยที่จะทำการผ่าตัดหัวใจ ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกบ่อย (unstable angina) หรือผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายอยู่ก่อน (old myocardial infarction) ที่มีอาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนที่จะได้รับการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือด (angioplasty) และทำการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft)

แผนภูมิที่ 2 แนวทางการวินิจฉัยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน



ที่มา Members, A. T. F., Hamm, C. W., Bassand, J.-P., Agewall, S., Bax, J., Boersma, E., . . . Gielen, S. (2011). ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal, 32*(23), 2999-3054.

แผนภูมิที่ 2 อธิบายได้ว่าการวินิจฉัยแยกโรค STEMI NSTEMI และ Unstable angina สามารถตรวจวินิจฉัยได้จากคลื่นไฟฟ้าหัวใจและ ค่า cardiac enzyme หรือ cardiac biomarker มีรายละเอียดดังนี้

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบเอสทียกสูง (ST- segment elevation myocardial infarction: STEMI) จะพบจะพบการเปลี่ยนแปลงของคลื่น ECG เป็นแบบ ST-segment elevation และค่า cardiac enzyme หรือ cardiac biomarker สูงขึ้นด้วย

ผู้ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเอสทีไม่ยกสูง (non ST-segment elevation: NSTEMI) จะไม่พบ ST elevation แต่จะพบการเปลี่ยนแปลงของคลื่น ECG เป็นแบบ ST-segment

depression หรือ พบคลื่น ECG แบบ T wave หัวกลับ (prominent T-wave) หรือพบทั้ง 2 แบบ และค่า cardiac enzyme หรือ cardiac biomarker อาจจะสูงขึ้นหรือปกติ

ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina) จะไม่เห็น ST elevation จะพบมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่น ECG เป็นแบบ ST-segment depression ขณะเกิดอาการและค่า cardiac enzyme หรือ cardiac biomarker ปกติ

1.5 แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ

เนื่องจากการเกิดพยาธิสภาพหลอดเลือดแดงตีบแข็ง (atherosclerosis) ของหลอดเลือดแดงโคโรนารีทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การรักษาจึงมีเป้าหมายเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดแดงโคโรนารี โดย

1.ลดปัจจัยเสี่ยงการเกิด atherosclerosis

เป็นการรักษาโดยปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ลดอาหารที่มีไขมันสูง และการจัดการกับความเครียด นอกจากนี้ในคนที่มีความดันโลหิตสูงและเบาหวานร่วมด้วยต้องดูแลรักษาตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2.การรักษาด้วยยา

เป้าหมายของการใช้ยาในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือ เพื่อลดความต้องการออกซิเจนที่เพิ่มมากขึ้นของกล้ามเนื้อหัวใจและเพิ่มการไหลเวียนของหลอดเลือดโคโรนารีเพื่อให้ออกซิเจนแก้กล้ามเนื้อหัวใจได้อย่างเพียงพอ การใช้ยาจะช่วยป้องกันและควบคุมอาการเจ็บหน้าอก ยาที่ใช้บ่อย ได้แก่

2.1 ยากลุ่มไนเตรท ได้แก่ Nitroglycerin, Isosorbide dinitrate, Isosorbid mononitrate ยากลุ่มนี้ใช้บ่อยในการรักษาอาการเจ็บหน้าอกผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตาย ยานี้มีฤทธิ์โดยตรงทำให้ smooth muscle ของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำคลายตัว หลอดเลือดส่วนปลายจึงขยายตัว (peripheral vasodilation) ทำให้ลด cardiac preload และ afterload จึงลด ventricular diastolic volume และ pressure หรือ preload การขยายหลอดเลือดแดงจาก smooth muscle คลายตัว ช่วยลดแรงต้านในหลอดเลือดแดง จึงเป็นการลด afterload และนอกจากนี้ ยาไนเตรทยังทำให้ coronary vasodilate จึงเพิ่มการไหลเวียนของหลอดเลือดในหลอดเลือดโคโรนารี ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น อาการเจ็บหน้าอกลดลง จึงใช้ยากลุ่มไนเตรทในการรักษาอาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลันจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยให้อมยาใต้ลิ้นซึ่งยาจะออกฤทธิ์ภายใน 30 วินาที เนื่องจากยานี้มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือด จึงทำให้มีอาการปวดศีรษะได้ซึ่งแสดงถึงยาออกฤทธิ์ และถ้าให้ยาไนเตรททางหลอดเลือดดำต้องระวังผลข้างเคียงคือทำให้ความดันโลหิตต่ำ

2.2 ยากลุ่ม Beta-adrenergic blocking agent ได้แก่ ยา Propranolol, Timolol และ Nadolol ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ในการยับยั้งการตอบสนองการกระตุ้น adrenergic โดยไปแย่งจับ adrenergic receptor ยาดังกล่าวข้างต้นจะไปเลือกจับ beta-1 และ beta-2 receptor ซึ่ง beta-1 receptor พบที่หัวใจ มีผลทำให้หัวใจเต้นช้าลง การบีบตัวของหัวใจลดลง ทำให้ความต้องการของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ยา Atenolol และ Metoprolol เป็นยาที่เลือกจับเฉพาะ beta-1 receptor จึงไมมีผลข้างเคียงที่เกิดจากการ block beta-2 receptor ซึ่งพบที่บริเวณหลอดลม จึงลดการเกิดผลข้างเคียงคือ ไม่เกิดหลอดลมหดเกร็งตัว (bronchospasm) การใช้ยา beta-adrenergic blocking agent จะต้องเฝ้าระวังการเต้นของหัวใจที่ช้าลง หรือการนำกระแสไฟฟ้าที่ AV node ถูกขัดขวาง ภาวะหัวใจล้มเหลวและหลอดเลือดเกร็ง

2.3 ยากลุ่ม Calcium channel blockers ได้แก่ Nifedipine, Verapamil, Diltiazem และ Amiodipine ยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์ในการกลั้นไม่ให้ calcium ion ผ่านเข้า cellular membrane และ smooth muscle cell ทำให้หลอดเลือดขยายตัว จึงเพิ่มการไหลเวียนในหลอดเลือดแดงโคโรนารีและทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น และทำให้ลดแรงต้านในหลอดเลือด จึงลดการทำงานหนักของกล้ามเนื้อหัวใจ ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง นอกจากนี้ยากลุ่ม calcium channel blockers ยังออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดโคโรนารีโดยตรง จึงใช้ยากลุ่มนี้รักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขณะมีอาการเจ็บหน้าอก การใช้ยากลุ่มนี้ต้องเฝ้าระวังการเต้นของหัวใจที่ช้าลง ความดันโลหิตต่ำ ภาวะหัวใจล้มเหลวและทำให้มีอาการบวมที่ปลายเท้าได้

2.4 ยากลุ่มต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet aggregation) ในผู้ป่วย acute coronary syndrome การให้ยาต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ได้แก่ ยา Aspirin เพื่อป้องกันการสร้าง thrombus ที่มีการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดซึ่งจะไปขัดขวางการไหลเวียนในหลอดเลือด และถ้ากลุ่มเกล็ดเลือดนี้มีมากขึ้นจะอุดตันหลอดเลือดโคโรนารีทั้งหมด ทำให้หลอดเลือดหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงทันที ยา Aspirin จะไปยับยั้งการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดและมีผลยับยั้งการสังเคราะห์สาร prostaglandin thromboxane A_2 จึงทำให้การไหลเวียนกลับมา (reperfusion) และยา Clopidogrel ที่ให้ในผู้ป่วย non STEMI ซึ่งเป็นยาที่ขัดขวางตรง adenosine diphosphate receptor ทำให้ป้องกันการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด

นอกจากนี้มีแนวทางการรักษากลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยการใช้ยา ได้แก่ การใช้ยาต้านการแข็งตัวของหลอดเลือด (anticoagulants) เช่น heparin ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (unstable angina) หรือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อป้องกันการเกิด clot ในบริเวณที่ลิ่มไขมัน (plaque) แตกตัว และมีการให้ยา thrombolytic agents ได้แก่ Streptokinase และ tissue plasminogen activator (t-PA) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยยากลุ่มนี้จะไปกระตุ้นการแตกตัวของลิ่มไขมัน (plaque) ที่อุดตันอยู่ในหลอดเลือดโค

โรนารีกลับคืนมา จึงลดขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ การใช้ยานี้ต้องให้ภายใน 6 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือทำให้มีการไหลเวียนในหลอดเลือดโคโรนารีกลับคืนมา มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจก่อนที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะตายอย่างสมบูรณ์เนื่องจากไม่ได้รับออกซิเจนอยู่นาน

3. การขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous coronary intervention, PCI) หรือ Coronary artery angioplasty คือ การทำให้หลอดเลือดโคโรนารีที่อุดตันจาก atherosclerotic plaque เปิดออกหรือขยายได้โดยการทำ percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA) ผู้ป่วยจะได้รับการใส่สายที่มีลูกโป่งอยู่ที่ปลายสาย (balloon-tipped PTCA catheter) เข้าทางหลอดเลือดแดง femoral หรือ brachial จนถึงหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มีการอุดตัน และทำให้ลูกโป่งพองออก (inflate) ความดันของลูกโป่งจะไปทำให้บริเวณที่ถูกอุดตันถูกบีบออกแบนติดผนังหลอดเลือด การทำ PCI ทำให้เส้นผ่านศูนย์กลางขิงหลอดเลือดโคโรนารกว้างขึ้น (revascularization) แต่หลังทำ PCI การตีบแคบของหลอดเลือดโคโรนารีอาจจะกลับมาอีกได้ (restenosis) โดยพบว่ามักกลับมาตีบแคบอีกภายใน 6 เดือน

4. การรักษาด้วยวิธีทางศัลยกรรม ได้แก่ coronary artery bypass graft (CABG) เป็นการเปลี่ยนเส้นทางไหลเวียนของเลือด โดยผ่านทางหลอดเลือดที่ต่อเข้าไปใหม่โดยการทำผ่าตัดเพื่อให้เลือดที่ผ่านหลอดเลือดโคโรนารีที่อุดตันผ่านมาทางหลอดเลือดใหม่ หลอดเลือดที่ใช้ในการทำทางเบี่ยงนี้มักใช้หลอดเลือดดำ saphenous และหลอดเลือดแดง internal mammary ข้อบ่งชี้ในการทำ coronary artery bypass graft ได้แก่ มีอาการเจ็บหน้าอกเรื้อรังได้รับการรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล มีการอุดตันใน left mail coronary artery ซึ่งทำให้การทำงานของ ventricle เสียไป มี unstable angina, acute myocardial infarction, left ventricular failure ที่ทำให้หัวใจวายและการทำ PCI แล้วไม่ได้ผล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

(Aimond, 2016; สมจิต หนุเจริญกุล, 2552: 91 – 94)

การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะแรกนั้น ผู้ป่วยมักได้รับการดูแลในหน่วยบำบัดพิเศษ หรือหอผู้ป่วยโรคหัวใจ (Cardiac care unit) การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีดังนี้

1. ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติโดยให้ความมั่นใจกับผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการติดเครื่องเฝ้าระวังเพื่อดูการทำงานของหัวใจเครื่องใช้ต่างๆ ใน CCU ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

2. ให้ผู้ป่วยนอนพักในท่าที่สุขสบายโดยให้ศีรษะสูงเล็กน้อย (Semi – Fowler s position) เพื่อให้กระบังลมลดต่ำลง ช่วยให้ปอดขยายได้เต็มที่ ลดจำนวนเลือดไหลกลับเข้าหัวใจ ป้องกันไม่ให้เลือดไหลไปกองที่ปอด

3. การช่วยให้ผู้ป่วยทุเลาจากความเจ็บปวด และช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น โดย

3.1 ให้ออกซิเจน 4 – 6 ลิตรต่อนาที เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น เนื่องจากในระหว่างพักกล้ามเนื้อหัวใจจะดึงเอาออกซิเจนจากเลือดที่ไปตามหลอดเลือดโคโรนารี ประมาณร้อยละ 70 – 75 และในระยะนี้เลือดไปเลี้ยงหลอดเลือดหัวใจได้น้อยจากหลอดเลือดหัวใจเกิดการอุดตัน การให้ออกซิเจนจึงเป็นการเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือดที่จะส่งไปเลี้ยงหลอดเลือดหัวใจ

3.2 ดูแลให้ยาแก้ปวด เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและลดความกลัว แพทย์มักจะให้มอร์ฟีน (McCarthy, Donnellan, Wasfy, Bhatt, & McEvoy, 2017) หลังจากผู้ป่วยได้รับยามอร์ฟีนไปแล้วต้องคอยเฝ้าระวังฤทธิ์ข้างเคียงของยา ซึ่งอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำลงหรือหายใจช้า

3.3 แพทย์อาจพิจารณาให้ไนโตรกลีเซอรีนอมใต้ลิ้น หรือหยดทางหลอดเลือดดำหรือให้ไนโตรกลีเซอรีนชนิดขี้ผึ้ง ½ – 1 นิ้ว ทาและปิดไว้บริเวณหน้าอกทุก 6 ชั่วโมง

4. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพัก (Rest) การนอนพักเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย เนื่องกล้ามเนื้อหัวใจมีการบาดเจ็บ การนอนพักเป็นการลดการทำงานของหัวใจ ป้องกันไม่ให้กล้ามเนื้อหัวใจตายลุกลามเพิ่มขึ้น ซึ่งหลักในการนอนพัก (Rest) ควรปฏิบัติ ดังนี้

4.1 ไม่ให้ผู้ป่วยออกแรงด้วยตนเอง เช่น การเบ่งอุจจาระและปัสสาวะ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยเบ่งถ่ายอุจจาระ จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนและทำงานหนักมากขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนหัวใจเต้นผิดจังหวะ ถ้าผู้ป่วยท้องผูกควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาระบาย

4.2 จัดระเบียบการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยถูกรบกวนน้อยที่สุด เช่น การให้ยา การวัดสัญญาณชีพ ควรกระทำพร้อมๆกัน หรือถ้าหากผู้ป่วยกำลังหลับควรเลื่อนเวลากระทำออกไป ไม่ควรปลุกผู้ป่วยมาวัดสัญญาณชีพ นอกจากผู้ป่วยกำลังอยู่ในระหว่างการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอันตราย

5. ร่วมมือกับแพทย์ในการรักษาเพื่อลดขอบเขตการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ดังนี้ การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant drug therapy) โดยใช้ Thrombolytic agent คือ Streptokinase เพื่อละลายก้อนเลือดอุดตัน (Thrombus) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อ หัวใจตายร้อยละ 80 มีสาเหตุมาจากก้อนเลือดอุดตันอย่างกะทันหัน ดังนั้น การให้ Streptokinase ทันทีภายใน 6 ชั่วโมงแรกที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะช่วยละลายก้อนเลือดและทำให้ลดการขยายตัวของการตายของ

กล้ามเนื้อหัวใจ Streptokinase เป็นโปรตีนสังเคราะห์นอกร่างกายจาก β–hemolytic streptococci group c ซึ่งเป็นแอนติเจน จึงต้องระวังการเกิดปฏิกิริยาการแพ้ ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้น anaphylactic shock ได้ แพทย์จึงมักพิจารณาให้ยา hydrocortisone เพื่อป้องกันการแพ้ไว้ก่อน นอกจากนั้นในระหว่างได้ streptokinase อาจทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ดังนั้น พยาบาลจะต้องเฝ้าดูอาการ สัญญาณชีพ การทำงานของหัวใจผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

6. การให้คำแนะนำ เพื่อไม่ให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ และป้องกันไม่ให้เกิดหลอดเลือดหัวใจแข็งตัวเพิ่ม พยาบาลควรให้คำแนะนำผู้ป่วย ดังนี้ (สมจิต หนุเจริญกุล, 2552: 99 – 100)

6.1 การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์

6.2 การใช้ยาไนโตรกลีเซอรีนอมใต้ลิ้นเมื่อเจ็บหน้าอก ควรพกยานี้ติดตัวตลอดเวลา และนำออกมาใช้ง่ายเมื่อเกิดอาการ ยาไนโตรกลีเซอรีนที่ยังมีการออกฤทธิ์ดี เมื่ออมแล้วจะมีรสซ่า ไม่ควรซื้อยาเก็บไว้นานเกิน 2 เดือน

6.3 การควบคุมสาเหตุนำที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้แก่ การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมระดับไขมันในเลือด งดสูบบุหรี่ เนื่องจากนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธทิค ต่อมหมวกไตชั้น medulla ทำให้หลั่งแคทีโคลามีนมากขึ้น หลอดเลือดหดรัดตัว หัวใจเต้นเร็ว

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.1 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ภาวะซึมเศร้าเป็นการตอบสนองอารมณ์ทางด้านลบของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Marke & Bennett, 2017) เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยโรคหัวใจแย่ลง อาจจะเนื่องมาจากความรุนแรงแรงและผลกระทบของโรค (De Jonge, van den Brink, Spijkerman, & Ormel, 2006) ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงภาวะโรคและอาการที่รุนแรงของโรคว่าเป็นสิ่งที่คุกคามสุขภาพ ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรค การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่ตนเองไม่คุ้นเคย การถูกจำกัดกิจกรรมและการพันธนาการด้วยสายหรือเครื่องต่างๆ ที่ผู้ป่วยไม่ทราบเหตุผล อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวาดกลัวและวิตกกังวล ผู้ป่วยบางรายอาจต้องเผชิญกับความเครียดอย่างต่อเนื่อง เช่น เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและมีข้อจำกัดในการขยายหลอดเลือดหรือผ่าตัด ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (จริยา ตันติธรรม, 2547) ผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มักเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Beckie & McCabe, 2014)) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจมีอาการภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 50 (Reddy et al., 2007) โดย

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นยังไม่มีทฤษฎีใดที่อธิบายไว้ชัดเจน ส่วนมากอธิบายจากสาเหตุผสมผสานกัน ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยต่างๆ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีประวัติเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (วาทินี สุขมาก, 2556) ดังเช่น ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic Transmission) เชื่อว่าโรคซึมเศร้าเป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิดโดยการถ่ายทอดทางพันธุกรรม พบว่า กรณีที่พ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า ลูกจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 54 (สุวรรณนา อรุณพงศ์ไพศาล, 2550) และ ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory of Depression) เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าของบุคคลเกิดจากการขาดภาวะสมดุลด้านการทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitter) กลุ่มไบโอจินิก เอมีนส์ (biogenic amines) ได้แก่ อินโดเลมีนส์ (indoleamines) หรือซีโรโทนิน (serotonin) ซึ่งเป็นซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และกลุ่มของแคททีโคลามีน (catecholamine) คือ นอร์เอพิเนฟรีน (norepinephrine) และโดพามีน (dopamine) ปริมาณสารสื่อประสาทกลุ่มดังกล่าวลดลงมากกว่าปกติ ทำให้บุคคลมีอารมณ์เศร้า รู้สึกหดหู่ ท้อแท้ หงอยเหงา เบื่อหน่าย นอนไม่หลับ สะดุ้งตื่นกลางดึก ฝันร้าย ส่งผลให้ความสามารถในการทำงานลดลงในระยะยาวอาจทำให้บุคคลมีภาวะของการเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด (สายฝน เอกวรางกูร, 2554)

2.2 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ดวงใจ กสานติกุล (2542) ได้อธิบายภาวะซึมเศร้าว่า ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยากเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป มีผลกระทบต่ออาชีพการงานหรือการเรียน

มาโนช หล่อตระกูล (2545) กล่าวว่า ความซึมเศร้า เป็นความเศร้าที่เกิดจากการสูญเสีย มีความรู้สึกสิ้นหวัง เกิดขึ้นเป็นเวลานาน ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ และพฤติกรรมที่แสดงออกไม่เหมาะสมกับความสูญเสีย

Beck (1967) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อสถานการณ์ที่มีต่อความเครียดและคุกคามต่อบุคคลนั้น โดยมีการแสดงออกในรูปแบบของความเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ โศกเศร้า หดหู่ เสียใจ สิ้นหวัง อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และมีความคิดต่อตนเองในทางลบ

Peralta (2015) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นอาการเจ็บป่วยทางคลินิกอย่างหนึ่ง ซึ่งจะมีอาการต่างๆเหล่านี้ร่วมด้วย เช่น อาการอ่อนล้า การจำกัดทัศนคติทางความคิดของตนเอง ความรู้สึกผิดมากเกินกว่าเหตุ เป็นต้น ซึ่งอาจจะถูกกระตุ้นจากเหตุการณ์สำคัญในชีวิต เช่น การถูกทอดทิ้งในวัยเด็ก การสูญเสียสิ่งของอันเป็นที่รัก ภาวะซึมเศร้ามีโอกาสเกิดเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากเป็นผลกระทบมาจากการเจ็บป่วยทางกายที่คุกคามชีวิต เช่น การเกิดภาวะฉุกเฉินจากโรคหัวใจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สรุป ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤต หรือสถานการณ์ที่มีความเครียด หรือเมื่อประสบภาวะคุกคามชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยแสดงออกในลักษณะของการเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีความคิดในด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต อาการดังกล่าวเกิดต่อเนื่องกันนานไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง

2.3 ความแตกต่างระหว่าง Depression และ Depressive disorder

(ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, 2555: 4)

ความเศร้าปกติ (Normal sadness) เป็นอารมณ์ด้านลบซึ่งทางจิตวิทยาถือว่าเป็นสภาวะที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวกับบุคคลทั่วไปทุกเพศ ทุกวัยเมื่อเผชิญกับการสูญเสีย การถูกปฏิเสธ การพลาดในสิ่งที่คาดหวัง และมักเกิดขึ้นร่วมกับความสูญเสีย ผิดหวัง หรือความรู้สึกอึดอัดทรมาน เป็นอารมรณ์ที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน เป็นภาวะปกติในบุคคล อาจเกิดขึ้นเป็นช่วงเวลาหรือเป็นวัน อารมณ์ซึมเศร้าในภาวะนี้สามารถหายได้ไปเอง อารมณ์เศร้านี้ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาใดๆ

ภาวะซึมเศร้า (Depression) ต่างจากความเศร้าตามปกติตรงที่อาจไม่ได้เกิดจากเหตุการณ์จริงแต่อาจเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้าหรือคิดไปเอง และถ้าเกิดจากเหตุการณ์จริงก็มักจะมีความซึมเศร้านานเกินไป มักมีความรู้สึกด้อยค่า รู้สึกผิด ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางจิตสรีระ มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง อาการและอาการแสดงจะเริ่มส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของบุคคลได้มากกว่าอารมณ์เศร้าปกติ และมักจะพบว่ามีผลกระทบต่อ กิจวัตรประจำวัน การทำงาน และกิจกรรมสังคมทั่วๆไป ซึ่งภาวะซึมเศร้านี้พบว่าสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย (Wakefield & Demazeux, 2016: 24) โดยลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายจะพบอาการอื่นๆร่วมด้วย เช่น ความเหนื่อยล้า ความแปรปรวนการนอนหลับ ความอยากอาหารลดลงและน้ำหนักลด เป็นต้น

โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) เกิดขึ้นโดยมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการนำและเป็นอาการแสดงออกที่เด่นชัดที่สุด และพบว่าอาการซึมเศร้ามักเกิดร่วมกับอาการอื่นๆ ได้แก่ ขาดชีวิตชีวา ท้อแท้ หดหู่ อ้างว้าง เหงา โดดเดี่ยว สิ้นหวัง สิ้นความสามารถ อาจมีภาวะหลุดจากโรคของความเป็นจริง (out of reality) ได้แก่ ประสาทหลอน (hallucination) หลงผิด (delusion) การรับรู้สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้าผิด (illusion) อาการดังกล่าวมักเกิดขึ้นเป็นครั้งๆ และหายไปแต่สามารถเกิดขึ้นได้บ่อยๆ มีผลรบกวนการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการยอมรับและมีการใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ประกอบด้วยเกณฑ์การวินิจฉัยตาม Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder, Forth Edition (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันและ International Classification of Disease (ICD-10) ขององค์การอนามัยโลก

2.4 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ยังไม่มีทฤษฎีใดที่อธิบายไว้ชัดเจน ส่วน มากอธิบายจากสาเหตุผสมผสานกัน ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยต่างๆ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีประวัติเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านพันธุกรรม รูปแบบการเผชิญความเครียด ระบบการสนับสนุนที่บุคคลได้รับ ซึ่งบุคคลอาจมีภาวะซึมเศร้าจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือหลายปัจจัย (วาทินี สุขมาก, 2556) กระบวนการเกิดภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม/ สิ่งเร้าที่มากระตุ้น มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (สายฝน เอกวรางกูร, 2554)

2.4.1 แนวคิดทฤษฎีที่นิยมนำมาใช้ในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล ได้แก่ ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic Transmission) และทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory of Depression)

2.4.1.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic Transmission) เชื่อว่าโรคซึมเศร้าเป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิดโดยการถ่ายทอดทางพันธุกรรม พบว่า กรณีที่พ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า ลูกจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 54 ในกลุ่มพี่น้อง พบว่า คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจะพบโรคซึมเศร้าได้สูงถึง ร้อยละ 70 (Yulug, Ozan, Gönül, & Kilic, 2009; สุวรรณนา อรุณพงศ์ไพศาล, 2550)

2.4.1.2 ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory of Depression) เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าของบุคคลเกิดจากการขาดภาวะสมดุลด้านการทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitter) กลุ่มไบโอจินิก เอมีนส์ (biogenic amines) ได้แก่ อินโดเลมีนส์ (indoleamines) หรือซีโรโทนิน (serotonin) ซึ่งเป็นตัวหลักที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และกลุ่มของแคททีโคลามีน (catecholamine) คือ นอร์เอพิเนฟรีน (norepinephrine) และโดพามีน (dopamine) โดยพบว่าสารสื่อประสาทกลุ่มดังกล่าวในสมองมีปริมาณลดลงเนื่องจากความผิดปกติของกระบวนการดูดกลับ (reuptake process) สารเข้าสู่เซลล์ประสาทส่งต่อ (pre-synaptic neuron) คือมีกระบวนการดูดกลับของสารสื่อประสาทมากเกินไป (over reuptake) ปริมาณสารสื่อประสาทกลุ่มดังกล่าวลดลงมากกว่าปกติ ผลจากความผิดปกติของกระบวนการดูดกลับสารสื่อประสาทดังกล่าว ทำให้บุคคลมีอารมณ์เศร้า รู้สึกหดหู่ ท้อแท้ หงอยเหงา เบื่อหน่าย นอนไม่หลับ สะดุ้งตื่นกลางดึก ฝันร้าย ส่งผลให้ความสามารถในการทำงานลดลง ในระยะยาวอาจทำให้บุคคลมีภาวะของการเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด

2.4.2 แนวคิดและทฤษฎีด้านจิตใจที่นิยมนำมาใช้ในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล ได้แก่ ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory)

2.4.2.1 ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) เชื่อว่าภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุจากการที่บุคคลสะสมความคิด การรับรู้และความรู้สึกทางลบกับตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัวเป็นระยะเวลานานจนเกิดความเคยชิน ก่อให้เกิดความแปรปรวนของระบบความคิด กล่าวคือ มีระบบและวิธีการคิดในลักษณะบิดเบือนความจริง 3 ประการ (Beck, Steer, & Carbin, 1988) ได้แก่

1) ความคิดในด้านลบเกี่ยวกับตนเอง (Negative view of the self) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่ามีข้อบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

2) ความคิดในด้านลบต่อสิ่งแวดล้อม (Negative view of the world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงสูญเสีย มองชีวิตของตนเองในขณะนั้นเต็มไปด้วยอุปสรรค เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ใดจะแปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบ เกิดความคิดอัตมโนทัศน์ด้านลบ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

3) ความคิดในด้านลบต่ออนาคต (Negative view of the future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายความทุกข์ยากในปัจจุบันว่าเต็มไปด้วยความทุกข์ยากลำบาก มีแต่ความคับข้องใจและสูญเสีย เมื่อพบปัญหาปัจจุบันก็มองอนาคตล่วงหน้าว่าเป็นปัญหา เกิดความท้อแท้ต่ออนาคต สูญเสียความหวังในอนาคต และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ระบบการคิดดังกล่าวส่งผลให้บุคคลมองตนเองว่าไร้ค่า ไร้พลัง ไร้ความสามารถ ไร้ความหวัง และมองสิ่งแวดล้อมบิดเบือนจากความเป็นจริง ได้แก่ ไม่ได้รับความรักจากบุคคลในครอบครัวและคนรอบข้าง ความคิด การรับรู้และความรู้สึกดังกล่าวส่งผลให้บุคคลแยกตัวจากเพื่อนและสังคม คิดหมกมุ่นอยู่กับตนเองในทางลบ ลักษณะความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมดังกล่าวจะเกิดขึ้นวนเวียนซ้ำไปมาตลอดเวลาเป็นวงจร จนส่งผลให้บุคคลเกิดความผิดปกติทางจิตได้

2.4.2.2 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายปรากฏการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ ประการที่ 1 เกิดจากการที่บุคคลขาดความสามารถในการควบคุมสัญชาติญาณของความเป็นมนุษย์ ขาดความรักความอบอุ่นในครอบครัว ถูกกดดันด้านการแสดงออกทางเพศหรือความรับผิดชอบชั่วดี ขาดการเลี้ยงดูที่เหมาะสมตามพัฒนาการ สาเหตุประการที่สองเกิดจากการขาดความรักความอบอุ่น การมีประสบการณ์การสูญเสียหรือการพลัดพรากจากสิ่งที่ผูกพันในวัยเด็ก และการพัฒนาภาพลักษณ์ของตนเองไม่เหมาะสม ใช้กลไกการเก็บกดและการโทษตนเอง เมื่อโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่และต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นความสูญเสียอีกครั้ง ทำให้เกิดความรู้สึกเครียดกังวล และนำประสบการณ์การสูญเสียครั้งใหม่เชื่อมโยงกับประสบการณ์การสูญเสียในอดีต ทำให้เกิดความรู้สึกโกรธ และหันเหความโกรธเข้าหาตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกด้อยค่า นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.4.3 แนวคิดทฤษฎีด้านสิ่งแวดล้อม/ สิ่งเร้าที่นิยมนำมาใช้ในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล ได้แก่ ทฤษฎีด้านสังคม (Social Theory) ซึ่งมองว่าลักษณะสภาพสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมมีผลต่อภาวะซึมเศร้าของบุคคล โดยลักษณะทางสังคมสิ่งแวดล้อม และสถานการณ์ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความแปรปรวนด้านสมดุลของบุคคลที่พบได้ทั่วไป ได้แก่ ลักษณะปัญหาในการทำงาน การเจ็บป่วย การประสบกับความล้มเหลวในชีวิต ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงวัย หรือหลายสถานการณ์ถือเป็นสิ่งเร้า (stimuli) ที่เข้ามาคุกคามภาวะสมดุลของบุคคล ผู้ที่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคามได้จะสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้ตรงกันข้าม ผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้ จะส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียด วิตกกังวล ไร้คุณค่า รู้สึกเป็นภาระของสังคม แยกตัวเองออกจากสังคม และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

2.5 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (emotional), ด้านความคิด (cognitive), ด้านพฤติกรรม (behavioral) และด้านการแสดงออกทางกาย (physical)
(สายฝน เอกวรางกูร, 2554) มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

2.5.1. การแสดงออกด้านอารมณ์ (emotional)

2.5.1.1 อารมณ์เศร้า เป็นอาการนำหลักของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า บุคคลจะมีสีหน้าเศร้า เป็นทุกข์ หงอยเหงา ร่วมกับความรู้สึกไม่สดชื่น ไม่เบิกบาน ไร้คุณค่าในตนเอง

2.5.1.2 อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว น้อยใจง่าย พบในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเกือบทุกราย โดยบุคคลรู้ตัวดีแต่ควบคุมไม่ได้ ไม่สามารถทำอะไรได้ตามที่คาดหวัง มักพบว่าบุคคลจะรู้สึกโกรธ และตำหนิตัวเองที่แสดงอารมณ์นั้นออกไป

2.5.1.3 ความรู้สึกเบื่อหน่าย และหมดความสนใจ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่สนใจตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกทางเพศลดลง ไม่สนใจรูปร่างหน้าตา ปล่อยปละละเลยตนเอง

2.5.1.4 ความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง (low self-esteem) ความรู้สึกไร้คุณค่าเป็นอาการสำคัญที่บ่งชี้ถึงการมีภาวะซึมเศร้า คิดว่าตนเองเป็นภาระของคนรอบข้างและสังคม ไม่มีความหมายสำหรับบุคคลรอบข้าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.5.2 การแสดงออกด้านความคิด (cognitive)

2.5.2.1 การรับรู้ช้าลง คิดไม่ออกแม้ในเรื่องทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน บางครั้งความคิดจะถูกหยุด (blocking) ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ

2.5.2.2 ความสามารถในการคิดและตัดสินใจแย่ลง รู้สึกสับสน ไม่กล้าตัดสินใจ ตื่นกลัวกับสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นแม้เพียงเรื่องเล็กน้อย กังวลถึงสิ่งที่ยังมาไม่ถึง มองไม่เห็นทางออกว่าเหตุการณ์ในชีวิตจะสามารถคลี่คลายได้ในอนาคต

2.5.2.3 มีความคิดทางลบกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะรู้สึกสิ้นหวังในตนเอง ไม่ไว้วางใจ (mistrust) ในบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบตัว

2.5.3. การแสดงออกทางพฤติกรรม (behavioral)

2.5.3.1 มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าคิดว่าไม่มีใครเข้าใจ ไม่ไว้ใจและรู้สึกไม่ปลอดภัยที่จะอยู่กับผู้อื่น ส่งผลให้ขาดการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น แยกตัวและใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับตนเอง

2.5.3.2 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง เนื่องจากรู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง รับรู้ว่าตนเองไม่สามารถทำกิจกรรมได้สำเร็จตามที่ควรจะเป็นหรือตามที่คาดหวังไว้

2.5.3.3 ความตื่นตัวในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ไม่สนใจตนเอง ไม่สามารถทำหน้าที่หรือกิจกรรมประจำวันให้สำเร็จได้ตามปกติ

2.5.4 การแสดงออกทางกาย (physical)

2.5.4.1 มีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ท้องอืด คลื่นไส้ ถ่ายเหลว อาจมีอาการเพียงอาการเดียวหรือหลายอาการร่วมกัน ความรุนแรงของอาการสัมพันธ์กับระดับและช่วงเวลาการเกิดภาวะซึมเศร้า ในระยะหนึ่งถึงสองสัปดาห์แรกพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีปัญหานอนไม่หลับ หลับยาก หลับไม่สนิท ต่อมามีอาการนอนไม่หลับตอนปลาย คือสามารถนอนหลับได้ปกติในช่วงเริ่มต้นการนอนแต่จะตื่นตอนดึก จากนั้นไม่สามารถหลับต่อได้ หรือกว่าจะหลับได้อีกครั้งก็ยาก ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าบางรายจะพบอาการนอนไม่หลับแบบตื่นเช้ากว่าปกติ คือการนอนหลับจะเป็นไปได้ตามปกติ แต่จะตื่นเช้ากว่าปกติประมาณหนึ่งถึงสองชั่วโมงโดยไม่ทราบสาเหตุ ไม่อยากตื่น ตื่นแล้วรู้สึกไม่สดชื่น

2.5.4.2 อาการอ่อนเพลีย รู้สึกเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย อ่อนล้า หมดพลังในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.5.4.3 อาการเบื่ออาหาร ไม่มีความรู้สึกหิว การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนไป น้ำหนักลดลง และมักพบปัญหาเป็นแผลในกระเพาะอาหารตามมาเนื่องจากกระเพาะอาหารยังมีการหลั่งกรดตามปกติแต่บุคคลไม่ได้รับประทานอาหาร

2.5.4.4 การขับถ่าย ภาวะซึมเศร้าส่งผลให้สมองส่วน เซริบรัล คอร์เทกซ์ (cerebral cortex) หลั่งกลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoid) ซึ่งมีผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดการกระตุ้นหรือยับยั้งการเคลื่อนไหวของลำไส้ ดังนั้น อาจพบอาการท้องผูกหรือท้องเสียในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้

2.6 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งระดับตามความรุนแรงเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Beck , 1967)

2.6.1 ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะที่ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส มีอารมณ์เศร้าหรือหงอยเหงาชั่วคราว ในบางครั้งบุคคลทั่วไปก็เป็นได้ เช่น ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ความไม่พึงพอใจในรูปลักษณ์ บางครั้งมีอาการนอนไม่หลับหรือตื่นเช้ากว่าปกติ

2.6.2 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นจนมีผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ จะมีอารมณ์เศร้ามากขึ้น รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งแวดล้อม มองว่าตนเองไร้ความสามารถ ตำหนิตนเองและแยกตัวเองออกจากสังคม

2.6.3 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) จะมีอารมณ์ซึมเศร้าตลอดเวลา มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองด้านลบ คิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มองว่าตนเองล้มเหลว มีความคิดทำร้ายตนเองและคิดฆ่าตนเองได้

2.7 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จะทำให้เกิดผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สรุปได้ดังนี้

2.7.1 ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและมีภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมด้านร่างกาย เกิดอาการเจ็บหน้าอกได้บ่อยครั้ง และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (Spertus, McDonell, Woodman, & Fihn, 2000) จากการศึกษาของ วรรณี จิวสืบพงษ์ (2550) พบว่า ถ้ามีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นจะทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.7.2 ผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้มีความวิตกกังวล สับสน หมดหวัง ซึมเศร้า เบื่อหน่าย อารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย สมาธิไม่ดี ความจำสั้น การวางแผนไม่ดี

2.7.3 ผลกระทบด้านสังคม ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและมีภาวะซึมเศร้า พบว่า มีการว่างงานมากขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยมักแยกตัวออกจากสังคม ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับความคาดหวังของสังคมเกี่ยวกับการคาดการณ์ได้ ผู้ป่วยขาดกำลังใจ หมดหวัง และสิ้นหวัง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงตามมาได้ (วีระ ชูรุจิรพร, 2542)

2.8 ประเภทของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (สายฝน เอกวรางกูร, 2554)

2.8.1 ภาวะซึมเศร้าในลักษณะที่เป็นโรคทางจิตเวช (psychiatric disorder)

2.8.2 ภาวะซึมเศร้าที่เป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์/ ประสบการณ์ในชีวิต (response to experience)

รายละเอียดของภาวะซึมเศร้าแต่ละประเภท ดังนี้

2.8.1 ภาวะซึมเศร้าในลักษณะที่เป็นโรคทางจิตเวช (psychiatric disorder) เป็นภาวะที่บุคคลไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (lost of control) ประกอบด้วย โรคซึมเศร้า (major depressive disorder/ depressive illness) โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) และโรคประสาทหรือเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder) ดังนี้

2.8.1.1 โรคซึมเศร้า (major depression/ depressive disorder/ depressive illness) เกิดขึ้นโดยมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการนำและเป็นอาการแสดงออกที่เด่นชัดที่สุด และพบว่าอาการซึมเศร้ามักเกิดร่วมกับอาการอื่นๆ ได้แก่ ขาดชีวิตชีวา ท้อแท้ หดหู่ อ้างว้าง เหงา โดดเดี่ยว สิ้นหวัง สิ้นพลัง สิ้นความสามารถ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง อาจจะมีภาวะหลุดจากโลกของความเป็นจริง (out of reality) ได้แก่ ประสาทหลอน (hallucination) หลงผิด (delusion) การรับรู้สิ่งแวดล้อมสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้าผิด (illusion) การรู้จักตนเองลดลงหรือเสียไป (poor insight) และความสามารถในการคิดตัดสินใจลดลง (poor adjustment) อาการดังกล่าวมักเกิดขึ้นเป็นครั้งๆแล้วหายไป แต่สามารถเกิดได้บ่อยและมีผลรบกวนการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

2.8.1.2 โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) ลักษณะเด่น คือ บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์สลับสองขั้วระหว่างซึมเศร้า (depression) และครื้นเครง (mania/ hypomania) อาการดังกล่าวอาจจะสลับกันอย่างรวดเร็ว แต่ส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป เวลาซึมเศร้าอาจมีอาการมากบ้างน้อยบ้าง แต่เมื่อเปลี่ยนเป็นช่วงอารมณ์ครื้นเครงมักจะมีพลังสูง พูดมาก เจ้ากี้เจ้าการ ทำกิจกรรมมากเป็นเวลานานโดยไม่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย ลักษณะดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อการรับรู้ อารมณ์ ความคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรม อาจมีอาการหลงผิดคิดว่าตนเป็นผู้ยิ่งใหญ่ (grandiose)

2.8.1.3 โรคประสาทซึมเศร้าหรือซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder) บุคคลมีอารมณ์ซึมเศร้าเกือบทั้งวันเรื้อรังติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี ร่วมกับแสดงอาการขณะเกิดอารมณ์เศร้า

2.8.2 ภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ /ประสบการณ์ในชีวิต (response to experience) ประกอบด้วย ภาวการณ์ปรับตัวผิดปกติร่วมกับมีอารมณ์เศร้า และความเศร้าโศกเสียใจที่เกิดจากการสูญเสียและการตาย ดังนี้

2.8.2.1 ภาวะการปรับตัวผิดปกติร่วมกับมีอารมณ์เศร้า (adjustment disorder with depressed mood) หมายถึง ปฏิกิริยาซึมเศร้าของบุคคลที่มีสามเหตุชัดเจนจากภาวะกดดันจากเผชิญสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียด (stress) โดยไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม จนเกิดอาการทางคลินิกตามมา ได้แก่ เครียดจากการบกพร่องในหน้าที่การงาน การเรียน การเข้าสังคม เป็นต้น อาการและอาการแสดงดังกล่าวไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดในการที่จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depression) หรือโรคประสาทซึมเศร้า (dysthymia) ภาวะซึมเศร้ามักเกิดขึ้นภายในระยะเวลา 3 เดือน หลังจากบุคคลเผชิญความเครียดความกดดันและสามารถแก้ไขได้ในระยะเวลา 6 เดือน หลังจากจัดการกับความเครียดความกดดันได้สำเร็จ จัดเป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชที่เป็นแบบ non-psychotic ซึ่งสามารถหายเป็นปกติได้

2.8.2.2 ความเศร้าโศกที่เกิดจากการสูญเสียและการตาย (grief and bareavement) หมายถึง ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นโดยมีสาเหตุหลักจากการสูญเสีย (loss) บุคคลหรือวัตถุสิ่งของที่รัก มีความหมาย และมีความสำคัญต่อชีวิตไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขการเกิดโรคซึมเศร้า (major depression) อาการและอาการแสดงที่พบได้ทั่วไป ประกอบด้วย อารมณ์เศร้า หงุดหงิด เบื่อหน่าย ไม่อยากเข้าสังคม นอนไม่หลับ ความอยากอาหารลดลง สมาธิสั้น นอกจากนี้บุคคลอาจมีความรู้สึกผิด รู้สึกโกรธ ยอมรับความจริงของการสูญเสียไม่ได้ อาการดังกล่าวถือเป็นการตอบสนองต่อภาวะสูญเสียที่ผิดปกติและต้องได้รับการช่วยเหลือหากเกิดขึ้นและคงอยู่เป็นระยะเวลานานเกิน 2 เดือน หรือพบมีอาการผิดปกติต่อไปนี้ร่วมด้วย ได้แก่ กระวนกระวายอย่างมาก รู้สึกผิดมาก สูญเสียการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน หรือมีความคิดทำร้ายตนเอง

ในงานวิจัยฉบับนี้ เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้า (Depression) ที่เกิดในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีระดับ Endothelin (ET)-1 ในเลือดเพิ่มสูงขึ้น มีผลทำให้แรงต้านของหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้น หลอดเลือดหดรัดตัว เกิดกระบวนการสร้างสาร Serotonin และ Norepinephrine ที่มีความสัมพันธ์กับระบบประสาทส่วนกลางบริเวณ Limbic และ Cortex ที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของพฤติกรรมและอารมณ์ มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า (Yammine, Frazier, Padhye, Burg, & Meininger, 2014) ซึ่งแตกต่างจากโรคซึมเศร้าที่เป็นอาการเจ็บป่วยทางจิตเวช กล่าวคือ ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อสิ่งที่มาคุกคามจะหายไปเมื่อบุคคลนั้นสามารถปรับตัวได้ (สายฝน เอกวรางกูร, 2554) โดยภาวะซึมเศร้าจะทำให้รู้สึกหม่นหมอง หดหู่ เศร้าใจ ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สามารถแสดงออกได้ทั้ง

ทางด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมและร่างกาย เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ทั้งในคนปกติ ผู้ป่วยทางกายและผู้ป่วยทางจิตเวช (นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ, 2559) ซึ่งหากปล่อยให้มีภาวะซึมเศร้ามากเกินไป รุนแรง ยาวนานและเรื้อรัง จะทำให้เป็นโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) ในที่สุด แต่โรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของอารมณ์ เป็นพยาธิสภาพทางจิตใจที่ถูกวินิจฉัยโดยแพทย์ จะมีลักษณะอาการ เช่น เศร้ามาก เศร้านาน ขาดความสนใจต่อสิ่งที่เคยสนใจ น้ำหนักลด นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป บางรายมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (สมภพ เรืองตระกูล, 2548; มาโนช หล่อตระกูล, 2550)

2.9 เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า

ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจนั้นสามารถประเมินได้หลายวิธี แต่วิธีที่นิยมและใช้เป็นสากลทั่วไป คือ การใช้แบบประเมินของ Diagnotic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth edition (DSM-V) โดยจะต้องแสดงอาการอย่างน้อย 5 ข้อขึ้นไป (Bienenfeld & Stinson, 2014) ได้แก่ อาการดังต่อไปนี้

1) มีอารมณ์ซึมเศร้า
2) มีความสนใจหรือความยินดีในสิ่งแวดล้อมลดลงอย่างผิดปกติ
3) พฤติกรรมการบริโภคเปลี่ยนแปลง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด
4) นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมากผิดปกติ
5) มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ หรือเชื่องช้าลง
6) มีความเหนื่อยล้าหรืออ่อนแรง
7) เกิดความรู้สึกอัตมโนทัศน์มทางลบ สับสนหรือรู้สึกผิด
8) ความสามารถในการทำสมาธิและความจำลดลง
9) มีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย

ซึ่งอาการต่างๆ ต้องเกิดขึ้นทุกวันและมีอาการอย่างน้อย 2 สัปดาห์ อาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ทางสังคม ไม่สามารถประกอบอาชีพได้หรือส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อาการอาจจะไม่แสดงออกโดยตรง

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประเมินภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ การประเมินภาวะซึมเศร้าจากการสัมภาษณ์และสังเกตของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรมการประเมินภาวะซึมเศร้า และการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการประเมินตนเองของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่นิยมใช้มีดังนี้

2.9.1 การประเมินภาวะซึมเศร้าจากการสังเกต ได้แก่

2.9.1.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Hamilton Rating Scale Depression (HRS-D) สร้างโดย Hamilton, 1960 มีการปรับปรุงต่อมา จนกระทั่งใน ปี ค.ศ. 1967 จัดเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ ลักษณะคำถามเน้นการประเมินในด้านผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า อาการแบบจิตสรีระ ความวิตกกังวล ความหงุดหงิดกระวนกระวายและการหยั่งรู้ มีข้อคำถาม 17 ข้อ ให้คะแนนและจัดกลุ่มคะแนนแบ่งตามความรุนแรง ตั้งแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจนถึงมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ใช้เวลาในการทำแบบประเมิน 20-30 นาที แบบประเมินนี้มีข้อจำกัด คือ ผู้ป่วยประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าได้ ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อยๆ และไม่สามารถวัดการรับรู้ที่เกิดจากภาวะอารมณ์ กระบวนการคิดและจิตวิญญาณในผู้สูงอายุได้

2.9.2 การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีประเมินตนเอง ได้แก่

2.9.2.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck, 1961 สร้างจากพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรม-ปัญญานิยม เป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมทั้งด้านภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม โดยการสัมภาษณ์แล้วให้ผู้ป่วยตอบในตอนแรก หลังจากนั้นผู้สัมภาษณ์จะเขียนคำตอบเอง ใช้เวลาในการทำแบบประเมิน 5-10 นาที มีข้อคำถาม 21 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน รวมคะแนนตั้งแต่ 0-63 แปลผลคะแนนตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า คือ คะแนนระหว่าง 0 ถึง 9 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า, คะแนนระหว่าง 10 ถึง 15 หมายถึง มีภาวะเศร้าระดับเล็กน้อย, คะแนนระหว่าง 16 ถึง 19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง, คะแนนระหว่าง 16 ถึง 19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และคะแนนระหว่าง 30 ถึง 63 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.9.2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Study Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1997) นิยมใช้วัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชาชนทั่วไปและในผู้ป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วยการประเมินอาการซึมเศร้า ที่แสดงออกทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด การรับรู้และพฤติกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 16 ข้อ และคำถามเชิงลบ 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรส่วนแบบประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย นานๆ ครั้ง ค่อนข้างบ่อย และบ่อยครั้ง มีค่าคะแนน 0-30 คะแนน คะแนนรวม 60 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 16 คะแนน ขึ้นไป หมายถึง มี ภาวะซึมเศร้า ในประเทศไทย อุมาพร ตรังสมบัติ และคณะ (2540) ได้แปลเป็นภาษาไทยพร้อมทั้งศึกษาประวัติเครื่องมือในการประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นไทย พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .86 เช่นเดียวกับ

การศึกษาของ ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2553) ศึกษาประสิทธิภาพของเครื่องมือ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .86 เช่นกัน

2.9.2.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Geriatric Depression Scale (GDS) ของ Yesavang et al., (1982) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่ง นิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ (2537) ได้พัฒนาขึ้นเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย และใช้ชื่อว่า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย มีข้อคำถาม 30 ข้อ ซึ่งคำถามจะเป็นความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นการตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกในทางบวก 10 ข้อ และเป็นข้อคำถามทางลบ 20 ข้อ

2.9.2.4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Zung Self-Rating Depression Scale ของ Zung (1965) เป็นแบบประเมินความไม่สมดุลทางด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของร่างกายและจิตใจ มักใช้ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจที่เห็นได้ง่ายในระยะเวลาสั้นๆ มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะเมื่อไปใช้กับผู้สูงอายุ และขาดการประเมินด้านพฤติกรรม และสังคม มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แปลผลคะแนนตามอาการที่เกิดขึ้นว่ามากหรือน้อย มีค่าความเชื่อมั่น .73

2.9.2.5 แบบประเมินภาวะสุขภาพ 9 หรือ The Patient Health Question-9 (PHQ-9) ของมาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2008) มีจำนวน 9 ข้อ เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในบุคคลทั่วไป มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79

2.9.2.6 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Cardiac Depression Scale (CDS) ของ Hare & David (1996) เป็นแบบสอบถามที่สร้างและพัฒนาขึ้นมาใหม่ เพื่อใช้วัดและประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจโดยเฉพาะ พัฒนาจากแนวคิดคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ จาก The Beck Depression Inventory เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ถูกสร้างและพัฒนาขึ้นเพื่อใช้สำหรับประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจโดยเฉพาะ เป็นแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ดี คือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 (Hare & David, 1996) สำหรับงานวิจัยระดับดุษฎีนิพนธ์ของ El-Mokadem, N. (2003) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ พบว่า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Cardiac Depression Scale มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 เช่นกัน และได้มีการนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจในต่างประเทศมาแล้ว มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Cardiac Depression Scale ทั้งในด้านของความตรงตามเนื้อหา (content validity), ความตรงตามโครงสร้าง

(construct validity) และความเที่ยง (reliability) (Chavez, Ski, & Thompson, 2014) แบบสอบถามนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วย ข้อคำถามมีลักษณะเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 1–7 (Numeric rating scale) โดยปลายสุดของด้านซ้ายและด้านขวาจะถูกกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยกำหนด 1 หมายถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” จนถึง 7 หมายถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” คะแนนรวม 26–182 คะแนน ในการพัฒนาเครื่องมือครั้งแรก Hare & Davis (1996) ไม่ได้ระบุเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนซึมเศร้าไว้ ต่อมา Kiropoulos et al., (2012) ได้ศึกษาคุณภาพของเครื่องมือและแบ่งเกณฑ์การประเมินออกเป็น คะแนนต่ำกว่า 90 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า, คะแนนตั้งแต่ 90–100 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และคะแนนมากกว่า 100 ขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .90

สรุปในวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Cardiac Depression Scale (CDS) ของ Hare & David (1996) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีความจำเพาะเจาะจงกับบริบทผู้ป่วยโรคหัวใจ มีการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความตรงเชิงโครงสร้าง (Content validity) ด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ซึ่งวิธีดังกล่าวใช้ในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยที่วัดความรู้สึกภายในจิตใจ (Psychological) เพื่อให้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นสามารถวัดตัวแปรได้ตรงตามโครงสร้างทฤษฎี (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูล, 2550: 166) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Cardiac Depression Scale เป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .90 ถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพของเครื่องมืออยู่ในระดับดี เหมาะสมกับการนำไปใช้ในบริบทผู้ป่วยโรคหัวใจ

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3.1 การรับรู้การเจ็บป่วย

3.1.1 แนวคิดทฤษฎีการรับรู้การเจ็บป่วย

การรับรู้การเจ็บป่วย (Illness perception) ตามแนวคิดทฤษฎีการกำกับตนเองของ Leventhal, Nerenz, & Steele (1984) ใช้ศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย กล่าวว่า บุคคลเป็นผู้มีศักยภาพในการเผชิญความเครียด และสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่คุกคามที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ทั้งนี้กระบวนการการแก้ไขปัญหา หรือ การเผชิญภาวะที่คุกคามต่อชีวิตนั้น มีพื้นฐานอ้างอิงมาจากประสบการณ์การเรียนรู้ ความเข้าใจของบุคคล โดยจะมีภาพสะท้อนทางความคิดที่ต่อการเจ็บป่วย และสรุปเป็นมโนทัศน์หรือภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยเปรียบเสมือนผังความรู้ ความเข้าใจ (Schema) เมื่อบุคคลเผชิญกับภาวะคุกคาม บุคคลจะรวบรวมวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลที่ได้ จากการรับรู้และให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยนั้นออกมาเป็นภาพความคิดต่อการเจ็บป่วยที่จะนำไปสู่การเผชิญปัญหา จากแนวคิดนี้ กล่าวว่า การจัดการ

ตนเองมี 3 ขั้นตอน คือ ระยะที่ 1 ระยะของการให้ความหมายหรือแปลผลต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ระยะที่ 2 ระยะของการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย หรือการวางแผนกิจกรรม และระยะที่ 3 การประเมินความสำเร็จของบุคคล ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการให้ความหมายหรือการรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้น (Illness presentation) มี 5 องค์ประกอบ คือ

1. คุณลักษณะของภาวะคุกคาม (Identity of threat) หมายถึง คุณลักษณะของโรค อาการแสดง (symptoms) หรือ สิ่งบ่งชี้ (Label) ที่ให้ความหมายเกี่ยวกับโรค เป็นการรับรู้ถึงอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นอยู่

2. เส้นเวลาหรือช่วงเวลา (Timeline) หมายถึง ช่วงเวลาของการเป็นโรค รวมถึงจุดเริ่มต้นของการเป็นโรคจนถึงขั้นเสียชีวิตหากปราศจากการรักษา เป็นการรับรู้ว่าช่วงเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคจะมีช่วงเวลายาวนานเพียงไร

3. ผลกระทบ (Consequences) หมายถึง ผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับร่างกาย อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ เป็นการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย

4. สาเหตุของโรค (Cause) หมายถึง สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก เช่น แบคทีเรีย ไวรัส ความเครียดหรือเหตุการณ์ร้าย หรือสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายใน เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยพฤติกรรม เป็นการรับรู้สามเหตุของโรคว่ามาจากสาเหตุใด เช่น กรรมพันธุ์ เชื้อโรค เป็นต้น

5. การรักษาหรือการควบคุม (Curable/Control) หมายถึง การตอบสนองต่อการรักษาทั้งในด้านการรักษาด้วยตนเองและการรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญ เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้นว่าจะสามารถรักษาหรือควบคุมได้มากน้อยเพียงใด

ระยะที่ 2 การตอบสนองต่อการเจ็บป่วย (Coping response) เป็นการกระทำหรือแสดงพฤติกรรมของบุคคลเพื่อตอบสนองการเจ็บป่วยหรือการจัดการการเจ็บป่วย ซึ่งอาจจะมีรูปแบบหรือไม่ก็ได้

ระยะที่ 3 การประเมินความสำเร็จของบุคคล (Appraisal) หรือการประเมินผลลัพธ์ในการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ว่าสำเร็จหรือล้มเหลว หากสำเร็จจะมีการปฏิบัติตามแผนต่อไป แต่หากไม่ประสบความสำเร็จ บุคคลจะกลับไปยังระยะที่ 1 และมีการทบทวนค้นหาปัญหาใหม่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3.1.2 ความหมายของการรับรู้การเจ็บป่วย

จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวสรุปว่า การรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีความหมายดังนี้

การรับรู้การเจ็บป่วย (Illness perception) หมายถึง การรับรู้ ความเข้าใจ การแปลผลหรือการให้ความหมายของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ตามความเข้าใจ ความคิด ทัศนคติ และความเชื่อของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มี 2 องค์ประกอบ คือ การรับรู้มโนภาพการเจ็บป่วยด้านความคิด (Cognitive representation) และการรับรู้มโนภาพการเจ็บป่วยด้านอารมณ์ (Emotional representation) ต่อภาวะคุกคามสุขภาพที่เกิดขึ้น

การรับรู้มโนภาพการเจ็บป่วยด้านความคิด (Cognitive representation) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านลักษณะอาการของโรค (Identity) หมายถึง การรับรู้หรือความเข้าใจของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด

2. ด้านระยะเวลาการดำเนินโรค (Timeline) หมายถึง การรับรู้หรือความเข้าใจของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกี่ยวกับระยะเวลาการดำเนินโรคว่ามีช่วงระยะเวลายาวนานเพียงใด

3. ด้านผลกระทบต่อการเจ็บป่วย (Consequences) หมายถึง การรับรู้หรือความเข้าใจของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และบทบาททางสังคม ว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4. ด้านประสิทธิภาพการรักษาการเจ็บป่วย/ ด้านความสามารถในการควบคุมโรค (Cure or / and Control) หมายถึง การรับรู้หรือความเข้าใจของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าสามารถรักษาให้หายขาดหรือสามารถควบคุมได้มากน้อยเพียงใด

5. ด้านสาเหตุของการเจ็บป่วย (Cause) หมายถึง การรับรู้หรือความเข้าใจของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย

การรับรู้มโนภาพการเจ็บป่วยด้านอารมณ์ (Emotional representation) หมายถึง ภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย เป็นความกังวลใจและอารมณ์โดยรวมที่เป็นผลมาจากความเจ็บป่วย

3.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยกับภาวะซึมเศร้า

เมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ต้องเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพบุคคลเหล่านั้นจะมีการสร้างมโนภาพเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยด้านการรู้คิด (cognitive representation)และการรับรู้การเจ็บป่วยด้านอารมณ์ (Hagger & Orbell, 2003) บุคคลเหล่านั้นจะมีความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ตนเองประสบอยู่ เป็นภาพสะท้อนความเข้าใจและตอบสนองต่อสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยเหล่านั้น (Le Grande et al., 2012) มีการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ประสบเหตุการณ์เกิดภาวะเฉียบพลันของโรคหัวใจ การรับรู้การเจ็บป่วยทางด้านลบหลังจากป่วยด้วยโรคหัวใจจะทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพแย่ลง (Cherrington, Moser, Lennie, & Kennedy, 2004) คุณภาพชีวิตลดลง มีภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกมากกว่า กลับไปทำงานได้ช้ากว่า การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันและความสนใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจลดลง (Petrie & Weinman, 2006) มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าเป็นตัวบ่งชี้ที่ทำให้การฟื้นหายจากโรคหัวใจแย่ลง การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ การรับรู้การเจ็บป่วยด้านลบ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วยด้านผลกระทบของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นที่ระยะเวลา 3 เดือนและ 9 เดือน การรับรู้การเจ็บป่วยด้านบวกมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น (Stafford, Berk, & Jackson, 2009) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีการรับรู้การเจ็บป่วยทางบวกจะมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ดีขึ้นด้านการตอบสนองต่อการรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (French, Cooper, & Weinman, 2006) กล่าวได้ว่าการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของร่างกาย (Wattanakitkrileart, 2009) ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีการรับรู้การเจ็บป่วยว่าเป็นโรคเรื้อรังและมีผลกระทบด้านลบมีการรายงานว่ามีภาวะซึมเศร้าสูง (Heijmans & de Ridder, 1998; Dickens et al., 2008; Steca et al., 2013)

3.1.4 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย

3.4.1.1 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย (Illness Perception Questionnaire: IPQ) ของ Weinman et al., (1996) ใช้ประเมินการรับรู้การเจ็บป่วย มีจำนวน 31 ข้อคำถาม ครอบคลุมองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ลักษณะอาการของโรค (Identity) 2) สาเหตุของโรค (Cause) 3) ระยะเวลาการดำเนินโรค (Timeline) 4) ผลกระทบจากความเจ็บป่วย (Consequence) 5) การรักษาและการควบคุมโรค (Cure/Control) โดยในส่วนของลักษณะและอาการของโรค (Identity) มีจำนวน 12 ข้อ ให้ระบุว่ามีหรือไม่มีอาการนั้นๆ สำหรับในข้อความอื่นๆ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) มีคะแนน 1-5 คะแนน 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามนี้ได้มีการนำไปใช้กับ

ผู้ป่วย 7 โรค ได้แก่ โรคทางจิตเวช โรคไต โรคเบาหวาน โรคไขข้ออักเสบ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ที่มีอาการเหนื่อยล้าและมีความปวดแบบเรื้อรัง จำนวน 848 ราย ผลการทดสอบความเชื่อมั่นด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ.73 - .82 ข้อจำกัดของแบบสอบถามนี้คือ ไม่มีข้อคำถามด้านผลกระทบต่ออารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย

3.4.1.2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง (Illness Perception Questionnaire Revised: IPQ-R) ของ Moss-Morris et al., (2002) ใช้ประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยทั้งในผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยเรื้อรัง แปลเป็นภาษาไทยโดย ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ (2551) เนื่องจากแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับเดิม มีองค์ประกอบเกี่ยวกับระยะเวลาการดำเนินโรค ความสามารถในการรักษาและควบคุมโรคด้วยตนเองที่ได้มีความเที่ยงน้อยกว่าองค์ประกอบอื่น จึงได้มีการพัฒนาแบบสอบถามโดยการเพิ่มจำนวนข้อคำถามเข้าไปในทุกองค์ประกอบ ทำให้มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 38 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) มีคะแนน 1-5 คะแนน 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงดังกล่าวทำให้ทุกองค์ประกอบมีค่าความเชื่อมั่นดีขึ้น โดยระยะเวลาการดำเนินโรคจากที่ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73 เป็น .89 ส่วนความสามารถในการรักษาและควบคุมโรค ได้แยกเป็นการควบคุมด้วยตนเองมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 และการควบคุมโดยการรักษาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 และยังมีการเพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ผลกระทบด้านอารมณ์ ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 สำหรับข้อจำกัดของแบบสอบถามนี้คือ มีจำนวนข้อคำถามมาก และต้องใช้เวลาในการทำแบบสอบถามนี้คือ มีจำนวนข้อคำถามมาก และต้องใช้เวลาในการทำแบบสอบถามค่อนข้างนานจึงเป็นการรบกวนผู้ป่วยมากเกินไป

3.4.1.3 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire, Brief IPQ) ของ Broadbent et al., (2006) ซึ่งได้รับการแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย นภาพร โสวัฒนางกูร ใช้สำหรับประเมินการรับรู้มโนภาพการเจ็บป่วยด้านการรู้คิดและด้านอารมณ์จำนวน 9 ข้อคำถาม แบ่งเป็นข้อคำถามการรู้คิด จำนวน 7 ข้อ และการรับรู้มโนภาพการเจ็บป่วยด้านอารมณ์ จำนวน 2 ข้อ ในจำนวน 8 ข้อคำถาม มีข้อคำถามด้านบวก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5 และ 8 และมีข้อคำถามด้านลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4 และ 7 (ต้องกลับคะแนนก่อนนำมาคิดคะแนนรวม) ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน ยกเว้นคำถามข้อที่ 9 เป็นข้อคำถามปลายเปิด โดยให้ผู้ป่วยระบุ 3 สาเหตุ ที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุการเกิดโรค สำหรับข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้มโนภาพด้านการคิดรู้ ประกอบด้วยผลกระทบต่อการเจ็บป่วย ระยะเวลาการดำเนินโรค ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเอง ประสิทธิภาพการรักษาการเจ็บป่วย ลักษณะอาการของโรค ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและสาเหตุของ

โรค (ข้อคำถามปลายเปิด) ส่วนข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้มโนภาพการเจ็บป่วยด้านอารมณ์ ประกอบด้วย ความกังวลโรค และผลกระทบต่ออารมณ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วย

สรุปในวิจัยนี้ ใช้แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire, Brief IPQ) ของ Broadbent et al., (2006) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่มีจำนวนข้อน้อย ผลการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือเมื่อเทียบกับแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับปรับปรุงพบว่า มีค่าความสัมพันธ์ของทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงคือ เท่ากับ .32 – .63 ($p < .001$) และเป็นแบบสอบถามที่นำไปใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจมาแล้ว ได้ผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ในประเทศไทยมีการนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในบริบทผู้ป่วยโรคหัวใจมาแล้ว เช่น งานวิจัยของพิมพ์ เทพย์วัลย์ (2553) ของดารา วงษ์กวน (2560) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา เท่ากับ 0.70 และ 0.86 ตามลำดับ

3.2 การสนับสนุนทางสังคม

3.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

Cohen & Wills, (1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยหลายมิติที่แตกต่างกันออกไป เช่น การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการสนับสนุนทางด้านการทำหน้าที่ ซึ่งมิติของการสนับสนุนทางสังคมได้ให้คำจำกัดความไว้ ดังนี้ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร: เกิดเมื่อบุคคลนั้นๆได้รับข้อมูลข่าวสาร การตอบกลับและการได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนด้านอารมณ์: การได้ยิน ได้รับฟังจากบุคคลอื่นๆ การได้รับการดูแลและการให้กำลังใจ การได้รับการยกย่องจากความเชื่อใจของบุคคลนั้น การสนับสนุนด้านการทำหน้าที่: ประกอบด้วยการให้คำปรึกษา, การเสนอให้ความช่วยเหลือ การช่วยเหลือและความเอื้ออาทรต่อบุคคลนั้นเมื่อต้องเผชิญปัญหาที่ทำให้ยุ่งยากใจ การสนับสนุนทางสังคม จากแนวคิดของ Cohen & Wills, 1985 สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นกระบวนการการสนับสนุนระหว่างบุคลที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องในการแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลซึ่งกันและกัน

3.2.2 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Orth-Gomér, Rosengren, & Wilhelmsen, (1993) กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Received social support) กับ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (Perceived social support) คำ 2 คำ นี้มีความหมายแตกต่างกัน โดยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม เป็นรูปแบบการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของแต่ละบุคคล ที่เชื่อว่าการสนับสนุนทางสังคมนั้นสามารถหาได้ในช่วงเวลาที่บุคคลนั้นต้องเผชิญกับความเครียด ส่วนคำว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Received social support) จะเป็นการได้รับการสนับสนุนที่มีอยู่จริงในระหว่างช่วงเวลาขณะนั้น

Gottlieb & Bergen (2010) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความเชื่อของแต่ละบุคคลว่ามีแหล่งสนับสนุนที่สามารถหาได้จากความสัมพันธ์ของเครือข่ายทางสังคมที่มีหลายลักษณะหลากหลายออกไป

Ibarra-Rovillard & Kuiper, (2011) การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวชี้วัดการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญอย่างหนึ่ง โดยการประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่ได้รับความรักจากคนในสังคม โดยประเมินจากการรับรู้ของแต่ละบุคคล ด้านการรู้คิดในการประเมินผลที่สามารถหาได้จากเครือข่ายทางสังคมในช่วงเวลาที่ต้องการ

Weiss-Faratci et al., (2016) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นมโนทัศน์โดยทั่วไปที่ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง (Strucural) และด้านการทำหน้าที่ (Functional) โดย เชิงโครงสร้าง (Structural) จะอ้างอิงถึงการแสดงออกถึงการมีเพื่อนหรือเครือข่ายทางสังคม และการทำหน้าที่ (Functional) จะอ้างอิงถึงการแสดงออกอย่างมีคุณภาพตามที่ปรากฏ

สรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่ามีแหล่งที่สามารถพึ่งพาหรือสามารถหาได้ในช่วงเวลาที่ต้องเผชิญกับความเครียด โดยรูปแบบของการสนับสนุนที่ได้รับมาจากการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านการทำหน้าที่

3.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

การสนับสนุนทางสังคม เป็นมิติด้านหนึ่งซึ่งสามารถประเมินได้จากการสนับสนุนด้านอารมณ์ (แหล่งสนับสนุนที่รับฟังปัญหาหรือทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นตัวเองมีคุณค่า), การสนับสนุนด้านวิธีการ (สนับสนุนด้านการปฏิบัติ), ด้านข้อมูลข่าวสาร (การให้คำแนะนำ) (Wills & Shinar, 2000) การสนับสนุนทางสังคม เป็นการประเมินที่บุคคลนั้นมีความเชื่อหรือรับรู้ว่ามีการสนับสนุนที่พึ่งพาได้ในช่วงระยะเวลาที่ต้องเผชิญความเครียด เป็นการประเมินความพึงพอใจของแต่ละบุคคลที่สนับสนุนการรับรู้ของบุคลนั้น โดยการสนับสนุนนั้นสามารถหาได้ถ้าต้องการ (Lett et al., 2009) มีการศึกษาแสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นผลมาจากการได้รับบการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (Goldston & Baillie, 2008) การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายระดับภาวะซึมเศร้าได้ที่ระยะเวลา 1 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี หลังจากผู้ป่วยโรคหัวใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Brummett et al., 1998; Frasure-Smith et al., 2000) การขาดการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะจิตใจในทางลบ เช่น ภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจจะเป็นผลกระทบต่อภาวะอารมณ์โดยตรงโดยผ่านกลไกที่มีพยาธิสภาพหรือผ่านทางพฤติกรรมสุขภาพ (Ozbay et al., 2007)

3.2.4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

3.2.4.1 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ The Social Support of People with Coronary Heart Disease (SSCHD) สร้างโดย Kähkönen, Kankkunen, Miettinen, Lamidi, & Saaranen, (2017) มีพื้นฐานการสร้างเครื่องมือมาจากทฤษฎีของ Cohen & Willis (1985) จำนวนคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 7 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ถึง 7 , การสนับสนุนด้านอารมณ์ 4 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ถึง 11 และการสนับสนุนด้านการทำหน้าที่ จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ถึง 14 เกณฑ์การให้คะแนน เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) 1 –5 โดย คะแนน 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 = เห็นด้วย 3 = เห็นด้วยปานกลาง 2 = ไม่เห็นด้วย 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach ' s alpha ของข้อคำถามด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร, การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านการทำหน้าที่ เท่ากับ .84, .60 และ .90 ตามลำดับ และมีค่าความความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยประเมินจากความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของแต่ละข้อคำถามของเครื่องมือทั้งฉบับ Cronbach ' s alpha = .78

3.4.1.2 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ สิริรัตน์ ลีลาจรัส และพิสมัย อรทัย (2554) ได้รับอนุญาตจาก Toljamo & Hentinen, (2001) ให้แปลเป็นภาษาไทย เครื่องมือนี้สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) มีข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขสุขภาพ ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3 ข้อ ด้านการสนับสนุนการประเมินคุณค่า 4 ข้อ และด้านการสนับสนุนทรัพยากร 1 ข้อ

3.1.4.3 แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimentional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) สร้างโดย Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988 เป็นเครื่องมือสำหรับวัดความเข้าใจและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด ที่ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ณหทัย วงศ์ปการัณย์ (2555) ซึ่งมีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค รวมทั้งผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค (Cronbach ' s alpha coefficient) เท่ากับ .87 (ณหทัย วงศ์ปการัณย์) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 3, 4, 8 และ 11 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 6, 7, 9 และ 12 การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 1, 2, 5 และ 10

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สรุป ในวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม The Social Support of People with Coronary Heart Disease (SSCHD) ของ Kähkönen, Kankkunen, Miettinen, Lamidi, & Saaranen, (2017) แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย เครื่องมือนี้พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีของ Cohen & Wills, (1985) ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือนี้เนื่องจาก ผู้สร้างเครื่องมือได้ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) พบว่า ข้อคำถามมีครอบคลุมองค์ประกอบของประเมินการสนับสนุนทางสังคม เป็นเครื่องมือที่มีความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) สามารถประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจได้สอดคล้องกับทฤษฎีที่ผู้วิจัยใช้ และเครื่องมือนี้ได้นำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ ซึ่งเป็นประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ผู้วิจัยศึกษา คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ Cronbach ‘ s alpha = .78 ซึ่ง Cronbach ‘ s alpha มากกว่า .70 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่รับได้ (Burn & Grove, 2009)

3.3 สมรรถนะแห่งตน

3.3.1 แนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน

ทฤษฎี Social’ s social cognitive theory ของ Bandura (Bandura, 1997) กล่าวว่า เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคลที่จะดำเนินการการกระทำหรือการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย ในบริบทเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วย ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนจะอ้างอิงถึงความมั่นใจของผู้ป่วย ถ้าบุคคลมีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนสูงบุคคลนั้นจะมุ่งมั่นที่จะทำพฤติกรรมอย่างไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค เช่น ความร่วมมือในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายตามคำแนะนำ ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับกับการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ สมรรถนะแห่งตนสามารถแยกให้เห็นถึงความแตกต่างการคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของตน (Outcome expectation) โดยความคาดหวังในผลการกระทำนี้ เป็นการประเมินคุณค่าของบุคคลว่าพฤติกรรมที่ตนแสดงจะนำไปสู่ผลที่ตนคาดหวังไว้ และการคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถในพฤติกรรมของตน เป็นความเชื่อหรือความมั่นใจในตนเองว่ามีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการจนประสบความสำเร็จตามที่ตนคาดหวังไว้ โดยความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตน ขึ้นอยู่กับ

1) การจัดลำดับความยากง่ายที่จะกระทำ ซึ่งมีความแตกต่างกันออกไปตามแต่ละบุคคลโดยเริ่มจากพฤติกรรมที่ง่าย เมื่อตนสามารถปฏิบัติได้ ก็จะค่อยๆเพิ่มความยากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy belief) เพิ่มขึ้นด้วย

2) ความเข้มแข็ง เชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้

3) การเชื่อมโยงสถานการณ์ใหม่กับสถานการณ์เดิมในอดีตที่มีความคล้ายคลึงกันและเคยปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จ ส่งผลให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นที่จะเผชิญกับสถานการณ์ใหม่

Bandura (1997) ระบุแหล่งของสมรรถนะแห่งตน เป็น 4 แหล่ง ดังนี้

1) Mastery experience เป็นประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการปฏิบัติภารกิจาการงานต่างๆ เช่น การเดินออกกำลังกายหรือการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ แหล่งของสมรรถนะแห่งตนนี้ยังรวมถึงความมั่นใจในความสามารถของบุคคล มีความคิดถึงสิ่งที่มีผลกระทบมากที่สุดต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2) Vicarious experience เป็นการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ แล้วประสบความสำเร็จ จะทำให้ตนเองมีความเชื่อมั่นว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสำเร็จเช่นเดียวกัน เช่น การสังเกตและติดตามผู้ที่เข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจะมีความทนต่อการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น

3) Verbal persuasion เป็นเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อแต่ละบุคคลได้รับการบอกกล่าวว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ โดยใช้วิธีการชี้แนะ ให้กำลังใจและกล่าวชมเชย โดยใช้การใช้คำพูดชักจูงร่วมกับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในอดีตทำให้เกิดการส่งเสริมความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนมากขึ้น เช่น พยาบาลให้กำลังใจผู้ป่วยเอ ผู้ป่วยมีความอดทนในการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น

4) Physiological arousal การที่บุคคลมีความพร้อมทั้งสภาพด้านร่างกายและด้านอารมณ์จะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กล่าวคือ หากบุคคลมีสภาพร่างกายอ่อนแอ เจ็บป่วย จะส่งผลให้มีสมรรถนะแห่งตนต่ำ เช่นเดียวกับ หากบุคคลมีสภาพอารมณ์ทางลบ เช่น ความเครียด วิตกกังวล จะส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำเช่นเดียวกัน

3.3.2 ความหมายของสมรรถนะแห่งตน

Bandura (1997) กล่าวว่า สมรรถนะแห่งตน (Self–efficacy) เป็นความเชื่อ ความมั่นใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการและดำเนินการ ของการกระทำหรือการแสดงพฤติกรรม เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย กล่าวคือ บุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสมรรถนะแห่งตนสูงจะมีความมั่นใจในความสามารถทางร่างกายและจิตใจในการแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา

ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (Self–efficacy belief) มีความสำคัญต่อเป้าหมายและการบรรลุเป้าหมายของตนเองโดยมีอิทธิพลต่อทางเลือก แรงจูงใจ และรูปแบบการแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคล เช่น บุคคลมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่คุกคามตนเอง เมื่อมีความเชื่อว่าสถานการณ์นั้นเกินกว่าทักษะความสามารถของตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self–efficacy) จึงมีผลต่อเป้าหมายและการรับรู้เป้าหมายของตน โดยมีอิทธิพลต่อระดับความพยายามและการคงอยู่ของพฤติกรรมที่จะเผชิญต่ออุปสรรคต่างๆของบุคคลนั้น กล่าวคือ บุคลคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงก็จะยิ่งมีความพยายามสูง

สรุป สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความมั่นใจของแต่ละบุคคลที่จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะต่อพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมุ่งมั่นไม่ย่อท้อ ร่วมกับมีความพยายามและการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้น

3.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนกับภาวะซึมเศร้า

ทฤษฎี Social’ s social cognitive theory ของ Bandura (Bandura, 1997) กล่าวว่า สมรรถนะแห่งตนจะทำให้แต่ละบุคคลมีความรู้สึก ความคิดและการกระทำแตกต่างกันออกไป เมื่อกล่าวถึงด้านความรู้สึก บุคคลที่มีสมรรถนะแห่งตนต่ำ (Low sense of self - efficacy) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า, ความวิตกกังวลและความสิ้นหวัง มีความรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองลดลง (Low self esteem) และมีความคิดมองโลกในแง่ร้าย ถ้ากล่าวถึงด้านความคิด บุคคลที่มีสมรรถนะแห่งตนสูงจะมีความมั่นใจและเลือกที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ออกมาหลายลักษณะ เช่น การตัดสินใจอย่างมีคุณภาพและความสำเร็จด้านวิชาการ สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Greco et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ Steca et al., (2013) พบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ (r = –.20, p < .05) สมรรถนะแห่งตนในบริบทของผู้ป่วยโรคหัวใจสามารถทำนายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การเลิกสูบบุหรี่ ออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การจำกัดแอลกอฮอล์ (Bandura, 1997) ความมุ่งมั่นในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Izawa et al., 2005) ได้

3.3.4 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน

3.3.4.1 The Cardiac Self–Efficacy Questionnaire (CSE) สร้างโดย M. D. Sullivan, Russo, Katon, & Lacroix (1998) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหัวใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการควบคุมอาการ (control symptom) จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ถึง 8 และด้านการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ (maintain functioning) จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ถึง 13 เกณฑ์การให้คะแนน เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) 0 – 4 โดย 0 = ไม่มั่นใจ, 1= มั่นใจเล็กน้อย, 2 = มั่นใจปานกลาง, 3 = มั่นใจมาก, 4 = มั่นใจมากที่สุด เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach ‘ s alpha ของข้อคำถามด้านการควบคุมอาการ (control symptom) และ ด้านการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ (maintain functioning) = .90 และ .87 ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3.3.4.2 The General Self–Efficacy Scale (GSE) สร้างโดย Jerusalem & Schwarzer, (1979) เพื่อใช้ประเมินความคงที่ของความรู้สึกที่มีต่อศักยภาพของบุคคลในการเผชิญสถานการณ์ที่มีความเครียด จำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) 1 – 4 โดย 1 = ไม่เป็นความจริง (Not at all true), 2 = ยากที่จะเป็นความจริง (Hardly true), 3 = เป็นความจริงปานกลาง (Moderate true), 4 = เป็นความจริงมากที่สุด (Exactly true) เครื่องมือนี้นำไปใช้ในงานวิจัยที่หลากหลาย ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) และค่าความเชื่อมั่น Cronbach ‘ s alpha = .75 และ .91 ตามลำดับ (Scholz, Doña, Sud, & Schwarzer, 2002) ข้อจำกัดของเครื่องมือ คือ เป็นเครื่องสำหรับประเมินสมรรถนะแห่งตนทั่วไป ไม่มีความเฉพาะเจาะจงในการประเมินสมรรถนะแห่งตนในบริบทผู้ป่วยโรคหัวใจ

3.3.4.3 Cardiovascular management self-efficacy scale ของ Steca et al., (2015) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการจัดการกับโรคหลอดเลือดหัวใจ มีจำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจ (Cardiac Risk Factor Self-efficacy), สมรรถนะแห่งตนด้านความร่วมมือในการรักษา (Adherence to Therapy Self-efficacy) และ สมรรถนะแห่งตนในการรู้จำอาการ (Regcogition of Symtomps Self-efficacy) เกณฑ์การให้คะแนน เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) 0-5 โดย 0 = ไม่เกี่ยวข้อง, 1= ไม่มั่นใจเลย, 2 = มั่นใจปานกลาง, 3 = มั่นใจมาก, 4 = มั่นใจมากที่สุด เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach ‘ s alpha สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจ (Cardiac Risk Factor Self-efficacy), สมรรถนะแห่งตนด้านความร่วมมือในการรักษา (Adherence to Therapy Self-efficacy) และ สมรรถนะแห่งตนในการรู้จำอาการ (Regcogition of Symtomps Self-efficacy เท่ากับ .68, .79 และ .72 ตามลำดับ เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ เครื่องมือมีความทันสมัยและมีความเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในบริบทผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

สรุปในงานวิจัยฉบับนี้ ใช้แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน The Cardiac Self-Efficacy Questionnaire ของ M. D. Sullivan, Russo, Katon, & Lacroix (1998) เนื่องจากข้อคำถามครอบคลุมและมีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทผู้ป่วยโรคหัวใจ ใช้ในศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจของ Parkinson, C. R. L. (2014) ข้อคำถามประเมินด้านการควบคุมอาการ (control symptom) และด้านการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ (maintain functioning) ค่า Cronbach ‘ s alpha = 0.90 และ 0.87 ตามลำดับ เป็นเครื่องมือที่มีความทันสมัย ดังเช่น งานวิจัยของ Zhang et al., (2018) ทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยแปลเป็นภาษาจีนและศึกษาสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหัวใจในบริบทประเทศจีน พบว่า แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน The Cardiac Self-Efficacy Questionnaire (CSE) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ Cronbach ‘ s alpha = 0.95 เครื่องมือมี

ความเฉพาะเจาะจงในการประเมินสมรรถนะแห่งตนในบริบทผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งค่าเชื่อมั่นของเครื่องมือ Cronbach ‘ s alpha มากกว่า 0.70 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่รับได้ (Burn & Grove, 2009

3.4 ความแปรปรวนการนอนหลับ

3.4.1 แนวคิดเกี่ยวกับความแปรปรวนการนอนหลับ

คำว่า ความแปรปรวนการนอนหลับ เป็นคำที่มีความหมาย ค่อนข้างกว้าง อาจจะกล่าวอ้างถึงการได้รับการวินิจฉัยหรือการไม่ได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับความผิดปกติในการนอนหลับ (Zee et al., 2014) Westerlund et al., 2013 กล่าวว่า เป็นลักษณะความผิดปกติในการนอนหลับ โดยมีระยะเวลาการนอนหลับผิดปกติ (sleep duration) การนอนหลับยาก (difficult falling asleep) การนอนหลับไม่ต่อเนื่อง (difficulty maintaining sleep) การรู้สึกตัวตื่นเร็วกว่าปกติ (early morning awakening) ความรู้สึกไม่สดชื่นหรือไม่เต็มอิ่มหลังการตื่นนอน (non retroactive sleep) ส่วนคำว่า คุณภาพการนอนหลับ (sleep quality) ตามแนวคิดของ Snyder Halpern & Verran, (1987) หมายถึง ลักษณะการนอนหลับของบุคคลซึ่งเป็นผลรวมของการนอนหลับ 2 ลักษณะ คือ ประสิทธิผลของการนอนหลับ (sleep effectiveness) ได้แก่ ความรู้สึกเมื่อตื่นนอน เวลาที่ใช้ในการนอนหลับ คุณภาพการนอนหลับโดยรวม ความลึกของการนอนหลับ และความแปรปรวนการนอนหลับ (sleep disturbance) ได้แก่ การพลิกตัวหรือเคลื่อนไหวร่างกายระหว่างการนอนหลับ การถูกรบกวนการนอนหลับ เวลาที่เสียไปกับการตื่นระหว่างการนอนหลับ วิธีที่ถูกทำให้ตื่น ซึ่งคุณภาพการอนหลับจะดีหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วยด้วย (ขนิษฐา เผือกดี, 2558)

3.4.2 ความหมายของความแปรปรวนการนอนหลับ

Grandner et al., (2013) กล่าวว่า เป็นการวัดที่ใช้ในคำศัพท์ (term) ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับอาการ (ได้แก่ ความยากในการที่จะเริ่มต้นนอนหลับอีกครั้งอย่างน้อย 15 วัน/เดือน) และในบางกรณีจะกล่าวรวมกัน ในเชิงที่มีความหมายว่า ความยากในการนอนหลับ หรือนอนหลับมากเกินไป อย่างน้อย 6 วัน ใน 1 สัปดาห์

Grandner (2014) กล่าวว่า ความแปรปรวนการนอนหลับ (Sleep disturbance) เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งต่อภาวะสุขภาพและการเกิดโรค อาจจะกล่าวในรูปแบบการนอนหลับที่ผิดปกติ การนอนหลับที่ผิดปกติในระหว่างวันหรือคุณภาพการนอนหลับไม่เพียงพอเป็นปัญหาในการนอนหลับ คำศัพท์นี้อาจจะกล่าวอ้างถึงการได้รับการวินิจฉัยหรือการไม่ได้รับการวินิจฉัยอย่างเฉพาะเจาะจงในการนอนหลับ รวมถึง อาการนอนไม่หลับ (insomnia), อาการหยุดหายใจขณะหลับ (sleep apnea), การนอนหลับอย่างไม่ต่อเนื่อง (sub-clinical sleep continuity), ไม่สามารถนอนหลับได้ตามปกติ (none restorative), การนอนหลับไม่เพียงพอ (sleep insufficiency)

Altman, Knauert, & Pisani (2017) ความแปรปรวนการนอนหลับ หมายถึง ความผิดปกติในช่วงเวลาการนอนหลับ (timing) ทั้งเชิงคุณภาพ (quality) และ/ หรือ เชิงปริมาณ (quantity) ที่ทำให้การนอนหลับในระหว่างวันไม่เพียงพอ (insufficiency for normal day function)

สรุป ความแปรปรวนการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความผิดปกติในการนอนหลับเกี่ยวกับอาการผิดปกติทั้งการนอนหลับในเชิงปริมาณ ได้แก่ นอนหลับยาก มีการนอนหลับไม่ต่อเนื่อง (ตื่นบ่อยช่วงกลางดึก หรือตื่นเร็วกว่าปกติ) มีระยะเวลาการนอนหลับผิดปกติ และในเชิงคุณภาพได้แก่ ความรู้สึกไม่พึงพอใจในการนอนหลับ ความรู้สึกถูกต่อการถูกรบกวน ร่วมกับมีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในช่วงเวลากลางวัน

3.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความแปรปรวนการนอนหลับกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหัวใจมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้การทำงานของสารสื่อประสาท Serotonin ซึ่งเกี่ยวข้องในการควบคุมวงจรการนอนหลับตามปกติลดต่ำลง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง (Adrien, 2002) ปัญหาการนอนหลับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากการศึกษาในประเทศไทยพบได้สูงถึงร้อยละ 67 (ปภาพสวีร์ เจริญพัฒนาภัค, 2556) การศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่าความแปรปรวนการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Wallander, Johansson, Ruigómez, Rodríguez, & Jones, (2007 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอัตราความชุกของความแปรปรวนการนอนหลับอยู่ในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Matsuda et al., 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ Norra et al., (2012) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความแปรปรวนการนอนหลับกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 104 คน พบว่า คะแนนคุณภาพการนอนหลับโดยรวม PQSI > 5, คุณภาพการนอนหลับ (sleep quality) และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน (day time dysfunction) มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .40$ และ $r = .43$, $p < .01$ ตามลำดับ) องค์ประกอบทั้ง 2 ด้านสามารถร่วมทำนายอาการภาวะซึมเศร้าในผู้โรคหัวใจได้ ร้อยละ 40.4 ($R^2 = 0.404$) ความแปรปรวนการนอนหลับในผู้ป่วยโรคหัวใจสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้

3.4.4 แบบสอบถามความแปรปรวนการนอนหลับ

3.4.4.1 แบบสอบถามความแปรปรวนการนอนหลับ (General Sleep Disturbance Scale) ที่สร้างขึ้นโดย Lee (1992) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ดารา วงกวน (2560) ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ ซึ่งแบ่งออกดังต่อไปนี้

1) การนอนหลับยาก (difficult falling asleep) หรือการเริ่มต้นเข้าสู่การนอนหลับยาก (difficult initiating sleep) หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรับรู้ว่าตนเองใช้ระยะเวลานานจึงจะสามารถนอนหลับได้

2) การนอนหลับที่ไม่ต่อเนื่อง (difficult maintaining sleep) หรือการตื่นบ่อยช่วงกลางดึก (nocturnal awakening) หรือการตื่นเร็วกว่าปกติ (early morning awakening) หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรับรู้ว่าตนเองตื่นนอนหลังจากที่หลับไปแล้วมากกว่าหรือเท่ากับ 3 วันใน 1 สัปดาห์ หรือตื่นนอนก่อนเวลากำหนด โดยความผิดปกติเหล่านี้อย่างใดอย่างหนึ่งจะส่งผลให้มีการนอนหลับที่ไม่ต่อเนื่อง

3) ระยะเวลาการนอนหลับผิดปกติ (sleep duration) หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรับรู้ว่าตนเองมีระยะเวลาการนอนหลับมากหรือน้อยกว่าปกติ

4) การนอนหลับในเชิงคุณภาพ

4.1) ความรู้สึกไม่สดชื่นหรือไม่เต็มอิ่มหลังการตื่นนอน (non –refreshing upon awakening / non- retroactive sleep) เป็นการนอนหลับเชิงคุณภาพ หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างเต็มที่เมื่อตื่นนอนในตอนเช้า

4.2) ความรู้สึกว่าการนอนหลับไม่ดี (sleep poorly) เป็นการนอนหลับในเชิงคุณภาพ หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรับรู้ว่าตนเองนอนหลับได้ไม่ดีพอ นอนหลับได้ไม่ลึกหรือนอนหลับได้ไม่สนิท

4.3) ความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการนอนหลับ (sleep dissatisfaction/ sleep quality) เป็นการนอนหลับในเชิงคุณภาพ หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรับรู้ว่าไม่พอใจในการนอนหลับ

3.4.4.2 แบบวัดคุณภาพการนอนหลับของ Synder-Halperm and Verran, 1987

ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ โดยประเมินจากมิติการนอนหลับแบ่งออกเป็น 3 มิติ คือ

มิติที่ 1 ความแปรปรวนการนอนหลับ (Sleep disturdance) จำนวน 7 ข้อ คือ เวลาที่ใช้ก่อนการนอนหลับ การตื่นระหว่างการนอนหลับ ความลึกของการนอนหลับ การเคลื่อนไหวของร่างกายระหว่างการนอนหลับ เวลาที่เสียไปกับการตื่นระหว่างหลับ ความรู้สึกต่อการถูกรบกวนและความไม่สบายใจ กังวลใจต่อเวลาที่ใช้ก่อนการนอนหลับ

มิติที่ 2 ประสิทธิผลของการนอนหลับ (Sleep effectiveness) จำนวน 4 ข้อ ความรู้สึกต่อการพักผ่อนที่ได้รับหลังจากการตื่นนอน ความรู้สึกต่อคุณภาพการนอนหลับ เวลาที่ใช้ในการนอนหลับ และวิธีการตื่นนอน

มิติที่ 3 ระยะเวลาการนอนที่เพิ่มขึ้นและเวลาที่งีบหลับระหว่างวัน (Sleep supplement) จำนวน 4 ข้อ คือ เวลางีบหลับในเวลากลางวัน เวลาเช้า เวลาเย็น และระยะเวลาที่ลุกจากที่นอนหลังการตื่นนอน

แบบวัดคุณภาพการนอนหลับของ Synder-Halperm and Verran, 1987 เป็นแบบวัดการนอนหลับที่ใช้ได้ดีในกรณีที่ต้องการประเมินแบบต่อเนื่องเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการนอนหลับ นำใช้ได้สะดวก ประเมินคุณภาพการนอนหลับได้รวดเร็ว แต่มีข้อจำกัด คือ ข้อความหรือวลีที่ใช้อาจสื่อไม่ตรงกันกับความรู้สึกของผู้ถูกประเมิน และจำเป็นจะต้องมองเห็นเพื่อสามารถระบุตำแหน่งบนเส้นตรงได้

3.4.4.3 ดัชนีวัดคุณภาพการนอนหลับของ พิทส์เบอร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับใน 1 เดือนที่ผ่านมา ใช้วัดคุณภาพและแบบแผนการนอนหลับในผู้ใหญ่ แบบประเมินแบ่งออกเป็น 7 องค์ประกอบแต่ละด้านของเครื่องมือ ประกอบด้วย การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ 3 องค์ประกอบ คือ ระยะเวลาตั้งแต่เข้าจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืน (sleep duration) และประสิทธิผลของการนอนหลับโดยปกติวิสัย (habitual sleep efficiency) และการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ 4 องค์ประกอบ คือ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย การรบกวนการนอนหลับ การใช้ยานอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน (day time dysfunction) PQSI เป็นเครื่องมือที่ถูกนำไปใช้ในการศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพการนอนหลับทั้งในคลินิกและในชุมชนต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

สรุปในงานวิจัยฉบับนี้ ใช้แบบประเมินความแปรปรวนการนอนหลับ (General Sleep Disturbance Scale: GSDS) ที่สร้างขึ้นโดย Lee (1992) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ดารา วงกวน (2560) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย เช่น ในหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเอดส์ ผลการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาได้มากกว่า .75 จึงเป็นเครื่องมือที่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้ ประกอบกับเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความแปรปรวนการนอนหลับทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพได้อย่างครอบคลุมกับผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือที่มีข้อคำถามไม่ซับซ้อน และใช้เวลาในการตอบน้อยกว่า 10 นาที ในงานวิจัยของ ดารา วงษ์กวน (2560) ได้นำไปใช้ในการประเมินความแปรปรวนการนอนหลับในผู้รอดชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจ

ตายเฉียบพลัน และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา .78

3.5 ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (Left ventricular effusion fraction: LVEF)

เป็นข้อบ่งชี้ทางคลินิกที่ระบุถึงระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ (Illness severity)ได้เป็นการประเมินความสามารถของหัวใจในการบีบเลือดออกไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆของร่างกาย (Weir et al., 2010)

3.5.1 ข้อบ่งชี้ในการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก (Hong & Herzog, 2009) มีดังนี้

1) ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอาการเจ็บหน้าอกและมีประวัติเป็รโรคลิ้นหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ

2) ใช้ประเมินอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยด้วยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

3) ใช้ประเมินอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาด (aortic dissection)

4) ใช้ประเมินอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยที่มีระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ (Hemodynamic unstable)

3.5.2 การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจในการประเมินภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

1) ระยะเฉียบพลัน: ใช้การประเมินการฉีกขาดของผนังหัวใจ, ลิ้นหัวใจไมตรัลรั่ว, Pericardial effusion/tamponade และ Right ventricle infarct.

2) ระยะเรื้อรัง: ใช้ในการประเมินการขยายขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตาย

3.5.1 วิธีการประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ได้แก่ การวัด Left Ventricular Ejection Fraction (LVEF) จากการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ หรือจากการสวนหัวใจ ค่า LVEF หมายถึง สัดส่วนของปริมาตรเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายในแต่ละครั้ง (Stroke volume: SV) ต่อปริมาณเลือดที่เหลือค้างอยู่ในหัวใจห้องล่างซ้ายในช่วงสุดท้ายของการคลายตัว (Left Ventricular end diastolic volume: LVEDV) ดังนั้น จึงมีค่าเท่ากับ SV/ LVEDV

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เกณฑ์การแปลค่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (Left ventricular effusion fraction: LVEF) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ (Danstan and Riddle, 1997; สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และชวนพิศ ทำนอง , 2557: 306) ดังนี้

LVEF ≤ 25% หมายถึง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำรุนแรง

LVEF > 26 – 39% หมายถึง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำปานกลาง

LVEF > 40 – 55% หมายถึง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำเล็กน้อย

LVEF > 55% หมายถึง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจปกติ

3.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจกับภาวะซึมเศร้า

Van Melle et al., (2005) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับต่ำมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับภาวะซึมเศร้า ในระยะ 3 เดือน สอดคล้องกับ Bagherian-Sararoudi, Gilani, Ehsan, & Sanei, (2013) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 176 คน อายุเฉลี่ย 56 ปี โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลจากเวชระเบียนและผลการตรวจประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจจากคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (echocardiography) และการสวนหลอดเลือดหัวใจ (angiography) ประเมินภาวะซึมเศร้าใช้ Beck Depression for the primary care (BDI–PC) ภายหลัง 3 เดือนหลังจากเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 79 คน คิดเป็นร้อยละ 44.9 มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจน้อยกว่า 40 % มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้า

ในการพัฒนาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล รวมถึงผลลัพธ์และการปฏิบัติการพยาบาล ข้อมูลที่จำเป็น ได้แก่ ข้อมูลด้านจิตสังคมของผู้รับบริการ ปัญหาด้านจิตสังคมมีผลต่อการตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาลและทางเลือกในการรักษา ในการประเมินปัญหา พยาบาลตรวจสอบความถูกต้องของปัญหาและแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาของบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาที่รุนแรง ข้อมูลด้านจิตสังคมที่พยาบาลต้องรวบรวม ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานด้านสังคม วัฒนธรรม อารมณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ประวัติในอดีต จิตวิญญาณ ความเชื่อและระบบครอบครัว ในการประเมินด้านจิตสังคมพยาบาลต้องใช้ทักษะหลายอย่าง เช่น ความเห็นอกเห็นใจต่อ แสดงความสนใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด การ

ตั้งคำถามที่เหมาะสม และการสังเกต ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและให้ข้อมูลแก่พยาบาล (Roberts, 2013; วาทินี สุขมาก, 2556) การช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย

1.1 ให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลตนเอง การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม

1.2 กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวหรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

1.3 ดูแลเรื่องการพักผ่อนนอนหลับหรืออาจให้ยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์

4.1.4 ประเมินท่าทีของการฆ่าตัวตาย เพื่อป้องกันการทำร้ายตัวเอง

2. ด้านจิตใจและด้านอารมณ์

2.1 เปิดโอกาสและส่งเสริมให้ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้พูดระบายความรู้สึก โดยรับฟังอย่างสงบ

2.2 ให้กำลังใจอย่างเหมาะสม

2.3 เคารพและให้เกียรติโดยการยอมรับในปัญหาและให้กำลังใจเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2.4 ให้แรงเสริมโดยการพูดชมเชยให้กำลังใจเมื่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าพูดถึงตนเองในด้านดี

2.5 ในการพูดคุยเพื่อให้ความช่วยเหลือ พยาบาลควรมีท่าทีที่เป็นมิตร ใจเย็น ไม่เร่งรีบ

3. ด้านสังคม

3.1 กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยเริ่มจากกลุ่มสังคมเล็กๆ ก่อน

3.2 ส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ลดเวลาหมกมุ่นกับตนเองด้วยการจัดเวลาทำกิจกรรมและกระตุ้นให้ทำตาม

3.3 ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาทักษะทางสังคม เช่น ความเป็นส่วนตัวของตนเอง การสร้างสัมพันธภาพ

3.4 สนับสนุนให้บุคคลใกล้ชิดครอบครัว เพื่อนสนิทช่วยเหลือประคับประคองในระยะแรกที่มีภาวะซึมเศร้า

จากปัญหาทางจิตสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เกิดจากความเครียดและความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวให้ยอมรับการวินิจฉัยโรคและการดำเนินโรคที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจากการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้การเจ็บป่วย การ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แปลผล หรือการให้ความหมายของโรคที่เกิดขึ้นว่าเป็นภาวะคุกคามชีวิตเป็นสิ่งที่รักษาไม่หายขาดและไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดอาการกำเริบเมื่อใด ต้องเผชิญกับข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตและการมีกิจกรรม ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการเฉียบพลันหรือรุนแรงขึ้น หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับความวิตกกังวลต่างๆได้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาในที่สุด (ชนิดาภา แก้วกัญญา, 2557) ภาวะซึมเศร้านี้จะมีผลรบกวนการนอนหลับ ความสามารถในการรับรู้ การตัดสินเผชิญปัญหา และการดูแลตนเองของผู้ป่วยอีกด้วย (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, 2555) ดังนั้น การจัดการภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะสามารถลดและป้องกันอาการจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถป้องกัน และจัดการกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นบทบาทอิสระและสามารถทำได้หลายรูปแบบ ได้แก่ เป็นผู้ให้ความรู้ เป็นผู้สอน ผู้ชี้แนะ เป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสุขภาพ และแหล่งประโยชน์ทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดำเนินโรคที่ดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีบทบาทหน้าที่ทางสังคมอย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหัวใจในประเทศไทย

มลฤดี บุราณ (2548) ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 150 คน ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES–D) ของ Radloff, (1977)ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 25.3 มีภาวะซึมเศร้า รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = –.511 และ –.437 ตามลำดับ) อาการหายใจลำบากและความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = –.187) เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Eta = .555) ภาวะการทำหน้าที่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (C = 240) อายุและประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

วรรณี จิวสืบพงษ์ (2550) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวนผู้ป่วย 97 คน ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Zung self – Rating Scale (1965) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วง 27.5-73.75 คะแนน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 54 คะแนน (SD = 9.14) ผู้ป่วยโรค

กล้ามเนื้อหัวใจตาย มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยที่สุดถึงระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 39.2 อายุ ระดับความรุนแรงของโรค และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย (r = –.460, r = –.498, r= –.474, p < .01) การศึกษา รายได้ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย (r= .369, r= .353, r= .412, p < .01) เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่

รัตติยา ทองอ่อน (2554) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยาและการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย จำนวนผู้ป่วย 199 คน ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Zung self – Rating Scale (1965) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 50.8 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 49.2 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ ร้อยละ 39.2 รองลงมา มีภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง ร้อยละ 9.5

สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ (2554) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวนผู้ป่วย 90 คน ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าCenter for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ของ Radloff, (1977)ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 50 แบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (r = –.374, r = –.300, p < .01 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (r = .701, p < .01)

ชนิดาภา แก้วกัญญา (2557) ศึกษา ปัจจัยคัดสรรทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำนวนผู้ป่วย 110 คน ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ของ Radloff, (1977) ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 26.50 มีภาวะซึมเศร้า อาการหายใจลำบาก ความแตกฉานทางสุขภาพ และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .48, –.38 และ 26 ตามลำดับ) ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อาการหายใจลำบาก (β = .47), ความแตกฉานทางสุขภาพ (β = –.25) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (β = .27) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ตัวแปรทุกสามารถร่วมกันทำนายความผันแปรในภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 38.4 (R^2= .384, F = 16.36, p < .05)

ฐิติรัตน์ ทองขาว, สุภาภรณ์ ด้วงแพง, และวัลภา คุณทรงเกียรติ (2552) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด รพ. พุทธชินราช พิษณุโลก ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 10 คน และกลุ่มทดลอง 10 คน ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วรันธร พรมสนธิ์ (2560) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 202 คน ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน Cardiac Depression Scale (CDS) ของ Hare & David (1996) แปลเป็นภาษาไทยโดย ระพิณ ผลสุข (2559) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.5 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 13.4 และมีภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 90.79 (SD=18.89) ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ ความกลัว (β = .617) และการสนับสนุนทางสังคม (β = −.294) สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ร้อยละ 73.3 อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Lespérance, Frasure-Smith, Juneau, & Théroux (2001) ศึกษา ภาวะซึมเศร้าและการพยากรณ์โรคระยะ 1 ปี ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (unstable angina) โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 430 คน ที่ยังไม่ได้เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้ Beck Depression Inventory (BDI) คะแนน BDI ≥ 10 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า ผลลัพธ์ระยะแรกที่เกิดขึ้นใน 1 ปี ผู้ป่วยมีสาเหตุการเสียชีวิตมาจากโรคหัวใจและไม่ใช่โรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 41.4 ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 31-87ปี (mean, 62.1; SD, 10.6) เป็นเพศหญิง 123 คน คิดเป็นร้อยละ28.6, มีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย คิดเป็นร้อยละ 44, มีประวัติเป็นหลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น คิดเป็นร้อยละ16.5 , ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ 45% หรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ21.3, และมีประวัติสวนหลอดเลือดหัวใจในระหว่างเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 48.4 พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (unstable angina) คิดเป็นร้อยละ 41.4 มีภาวะซึมเศร้า (BDI score ≥ 10) รวมถึงผู้ป่วยร้อยละ 15.1 เป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง และอัตราตายด้วยสาเหตุหลักจากโรคหัวใจและไม่ใช่โรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 6.5

Tsay & Chao, (2002) ศึกษา ประสิทธิผลของสมรรถนะแห่งตนและภาวะการทำหน้าที่ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ศึกษาผู้ป่วยจำนวน 100 คน ผลการวิจัย พบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบระดับภาวะซึมเศร้า ($r = -.61$, $p < .001$), สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = .55$, $p < .001$) และภาวะการทำหน้าที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.33$, $p < .001$) ซึ่งนำมาวิเคราะห์ path analysis หลังจากควบคุมระดับความรุนแรงของโรค ผลการวิจัยนี้สนับสนุนว่า สมรรถนะแห่งตนส่งผลโดยตรงและเป็นผลทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง สมรรถนะแห่งตนและภาวะการทำหน้าที่สามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .46$, $p < .001$)

Stafford, Berk, & Jackson, (2009) ศึกษา การรับรู้การเจ็บป่วยในการทำนายภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจ 193 คน ขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประเทศออสเตรเลีย ที่ระยะ 3 เดือน และ 9 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยใช้แบบสอบถาม Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ–R), อาการซึมเศร้าใช้แบบประเมิน HADS, ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใช้แบบประเมิน SF–36, การสนับสนุนทางสังคมใช้แบบประเมิน MSPSS ประเมินอาการทางระบบประสาท (neuroticism) ใช้แบบประเมิน IPIP–NEO ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้การเจ็บป่วยด้านผลกระทบของโรคว่ามีความรุนแรง (Consequence) และไม่สามารถควบคุมอาการ (Personal control)ได้จะมีระดับภาวะซึมเศร้าสูงที่ระยะ 3 เดือน ($\beta = .18$, $p = .01$ และ $\beta = -.22$, $p = .001$ ตามลำดับ) แต่เมื่อวิเคราะห์การรับรู้การเจ็บป่วยและภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 9 เดือน พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยด้านผลกระทบของโรค (Consequence) กับระดับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .18$, $p = .01$) แต่การรับรู้การเจ็บป่วยด้านการควบคุมอาการ (Control)ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้า ($\beta = .15$, $p = .07$) ผลการวิจัยสรุปได้ว่า การประเมินผลอาการทางด้านลบในผู้ป่วยโรคหัวใจมีความสัมพันธ์การรับรู้การเจ็บป่วยด้านผลกระทบของโรค (Consequence) และสามารถทำนายระดับอาการซึมเศร้าที่สูงขึ้นได้ที่ระยะ 3 เดือนและ 9 เดือน และการรับรู้การเจ็บป่วยด้านลบมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง

Monirpoor, Besharat, Khoosfi, & Karimi (2012) ศึกษาบทบาทของการรับรู้การเจ็บป่วยในการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและใส่สายสวนหลอดเลือดหัวใจ โดยทดสอบบทบาทของการรับรู้การเจ็บป่วยที่อธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจของ จำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจ 245 คน (ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด

หัวใจ 143 คน, ผู้ป่วยหลังใส่สายสวนหัวใจ 102 คน) เป็นการศึกษาแบบ Cross sectional study ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยทุกมิติ ยกเว้นด้านความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยเชิงเส้น พบว่า การตอบสนองด้านอารมณ์ต่อการเจ็บป่วย, การรับรู้ด้านอาการของโรค, การรับรู้ด้านการควบคุมโรค, การรับรู้ด้านระยะเวลาการดำเนินโรค และการรับรู้ด้านผลกระทบของโรค มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายสูงสุด (β = .564) และตัวแปรทุกตัวสามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหัวใจได้ร้อยละ 43.8

Bagherian-Sararoudi, Gilani, Ehsan, & Sanei, (2013) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 176 คน อายุเฉลี่ย 56 ปี ที่หอผู้ป่วยโรคหัวใจ (Cardiac care unit) ในประเทศอิหร่าน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลจากเวชระเบียนและผลการตรวจประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจจากคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (echocardiography) และการสวนหลอดเลือดหัวใจ (angiography) และประเมินภาวะซึมเศร้าโดย Beck Depression for the primary care (BDI–PC) ภายหลัง 3 เดือนหลังจากเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 79 คน คิดเป็นร้อยละ 44.9 มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจน้อยกว่า 40% มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจน้อยกว่า 40 % สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (β = 1.18; OR = 3.259; CI 95% = 1.739 – 6.106)

Greco et al., (2014) ศึกษา การทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจจากระดับความรุนแรงของโรค โดยใช้ สมรรถนะแห่งตน, การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้การเจ็บป่วยเป็นตัวแปรส่งผ่าน ศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 75 คน ที่โรงพยาบาลประเทศอิตาลี ประเมินระดับความรุนแรงของโรค (Illness severity) จากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricular ejection fraction: LVEF), ประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยโดยใช้ Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) ประเมินสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) มีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ, การวินิจฉัยโรค, และการรับรู้การเจ็บป่วย (r = –.27, r = –.89 และ r = –.26, p < .05 ตามลำดับ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสถานภาพสมรส, สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม (r = .24, r = .34 และ r = .29 , p < .05 ตามลำดับ) เมื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ พบว่า การรับรู้การการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวก และสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์

ทางลบ กับภาวะซึมเศร้า ที่ระยะ 1 สัปดาห์หลังจากรับการรักษาในโรงพยาบาล และที่ระยะ 2 เดือนหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ประเมินเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ) ($r = .26$, $r = .18$, $p < .05$ และ $r = -.28$, $r = -.19$, $p < .05$ ตามลำดับ)

Le Grande, Jackson, Murphy, & Thomason (2016) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความแปรปรวนการนอนหลับ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในระยะ 12 เดือนหลังจากเกิดโรคหัวใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกของความแปรปรวนการนอนหลับ ในผู้ป่วยโรคหัวใจระยะมากกว่า 12 เดือนและประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการรักษา, สมรรถนะแห่งตน, ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจ 134 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประเทศออสเตรเลีย 2 แห่ง หลังจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คิดเป็นร้อยละ 31, ผู้ป่วยมีประวัติได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 29, ผู้ป่วยสวนหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 40 ผู้ป่วยได้รับการสัมภาษณ์ที่ระยะ 6 สัปดาห์ 4 เดือน และ 12 เดือน ประเมินความแปรปรวนการนอนหลับใช้การกลับคะแนนของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory version II ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าประเมินโดย Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ผลการวิจัยพบว่า ความแปรปรวนการนอนหลับพบความชุกสูง พบได้ ร้อยละ 69 เกิดในระยะ 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีความแปรปรวนการนอนหลับที่ระยะ 4 เดือน มีความสัมพันธ์กับ ความวิตกกังวล ($X^2 = 3.94$, $df = 1$, $p = .039$) และภาวะซึมเศร้า ($X^2 = 6.27$, $df = 1$, $p = .012$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Osler et al., (2016) ศึกษา ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก โดยศึกษาช่วงระยะเวลาในการเกิดโรคและผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อผู้ป่วยที่รอดชีวิต คณะผู้วิจัยทดสอบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวนผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก 97,793 คน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการเสียชีวิต จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 19,520 คน (20%) ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีภาวะซึมเศร้าในระยะ 2 ปีหลังจากป่วย เมื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกับประชากรอ้างอิงพบ ร้อยละ 1.28 มีภาวะซึมเศร้า ในระยะเวลา 2 ปี ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มาติดตามการรักษา 39,523 คน คิดเป็นร้อยละ 40 และผู้ป่วย 27,931 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 ของกลุ่มประชากรอ้างอิงเสียชีวิต ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีการกลับเป็นซ้ำหรือมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นใหม่จะมีอัตราเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

5.3 งานวิจัยที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

ดรุณวรรณ จันทร์แก้ว (2554) ศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคหลอดเลือดสมอง จำนวนผู้ป่วย 105 คน ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ของ Radloff, (1977) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 49.50 มีภาวะซึมเศร้า รายได้และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ โดยมีค่าสถิติสหสัมพันธ์แบบพอยท์ขไบซีเรียล (rbp) เท่ากับ -.265 และ -.375 ตามลำดับ ในขณะที่เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ของร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคหลอดเลือดสมอง

วไลพรรณ เอี่ยมกมล. (2554). ศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่ จำนวนผู้ป่วย 140 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองวัยผู้ใหญ่ โดยเฉลี่ยแล้วไม่เกิดภาวะซึมเศร้า โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 10.26 (SD = 3.88) เพศ ระดับความพิการ การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (χ^2 = 5.81, χ^2 = 78.58, χ^2 = 42.57, χ^2 = 173.57, χ^2 = 48.02 ตามลำดับ) การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์ Eta มีค่าเท่ากับ .414 อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่

วิชุตา พุ่มจันทร์ (2556) ศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน จำนวนผู้ป่วย 170 คน ใช้แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย 9 s หรือ The Patient Health Questionnaires- 9 (PHQ-9) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน คิดเป็นร้อยละ 42.9 มีระดับความซึมเศร้าเล็กน้อย (คะแนนเฉลี่ย = 5.37, SD = 3.45) การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และกลวิธีการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (r = -.409, r = -174, r = -.594, r = -.475 และ r = -.075 ตามลำดับ)

จงรักษ์ ทวีแก้ว (2557) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง จำนวนผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วย 150 คน ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-

Depression Scale (CES-D) ของ Radloff, (1977) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 48.7 มีภาวะซึมเศร้า รายได้ การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง และกลวิธีการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = -.277, r = -4.77, r = -.275 และ r = -.344 ตามลำดับ) เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และระดับ HbA1C ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

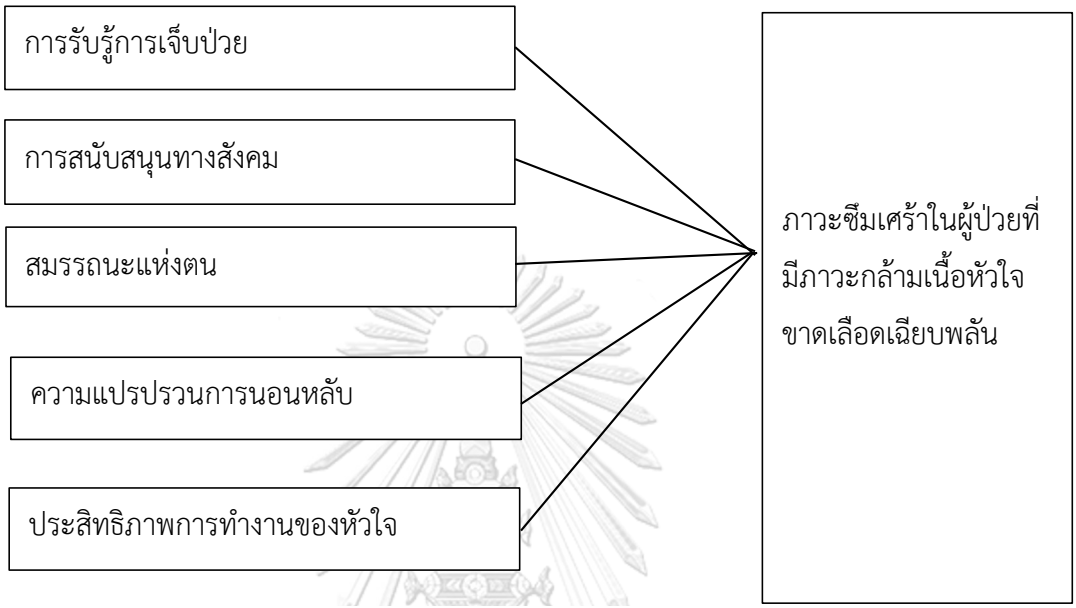
Hofmann, Köhler, Leichsenring, & Kruse, (2013) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบแบบศึกษาวิจัยไปข้างหน้า (Meta analysis prospective studies) โดยศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โรคเบาหวานและอัตราการตาย พบว่า ภาวะซึมเศร้าที่ในผู้ป่วยเบาหวานเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ มีงานวิจัยทั้งหมด 16 งาน ประเมินภาวะซึมเศร้าใช้แบบประเมินตนเอง ได้แก่ CESD, PHQ-9 และ Mental health index (MHI-5) ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น (HR = 2.56, 95% CI 1.89-3.47) และความเสี่ยงที่ผู้ป่วยยังคงสูงหลังจากที่ได้จัดการกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแล้ว (HR = 1.76, 95% CI 1.45-2.14) มีงานวิจัย 6 งาน ที่ใช้วิธีการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการสัมภาษณ์ทางคลินิกโดยได้รับการสนับสนุนข้อค้นพบจากรูปแบบงานวิจัยอื่นๆ สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหานเป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

กล่าวโดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านคลินิก และปัจจัยอื่นๆ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจนอกจากจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากตัวโรคแล้วยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วย ซึ่งถ้ามีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถนำมาจัดกระทำได้ จะเป็นประโยชน์ในการนำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และนำไปพัฒนาความรู้ทางการพยาบาลในการคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้

ผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยและเป็นปัจจัยที่คัดเลือกนี้บทบาทพยาบาลสามารถจัดกระทำได้โดยตรง ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ และศึกษาปัจจัยที่มีผลการวิจัยขัดแย้งกัน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมและประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผู้วิจัยนำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

6. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยทำการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross sectional study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina), ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิด STEMI และ NSTEMI ที่มาเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่มีคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ณ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เขตภาคกลาง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina), ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิด STEMI และ NSTEMI ที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เขตภาคกลาง 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลอานันทหิดล และโรงพยาบาลสระบุรี โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง มีวิธีการสุ่มดังนี้

1.1 สุ่มเลือกโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เขตภาคกลาง มีทั้งหมด 8 โรงพยาบาล ทำการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เขตภาคกลางที่มีแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยโรคหัวใจเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก หน่วยประชากรขนาดใหญ่และเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร มีทั้งหมด 3 โรงพยาบาล

1.1.1 โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

1.1.2 โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิสังกัดกระทรวงกลาโหม ได้แก่ และโรงพยาบาลอานันทมหิดล

1.2 ทำการสุ่มโรงพยาบาลโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เขตภาคกลาง ที่มีแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) ได้ โรงพยาบาลโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เขตภาคกลาง 2 ใน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลอานันทมหิดล และโรงพยาบาลสระบุรี

2. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1978) โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$n = 10k + 50$$

n หมายถึง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

k หมายถึง จำนวนตัวแปรที่ศึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 6 ตัว ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ จากนั้นแทนค่าตามสูตรคำนวณ Thorndike (1978)

$$n = 10k + 50$$

$$n = 10 (6) + 50$$

$$n = 110$$

ผลจากการคำนวณ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ จำนวน 110 คน

ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล 10 % (De Leeuw, Hox, & Dillman, 2008) รวมทั้งสิ้นได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 120 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์ ควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 100 คน (อวยพร เรืองตระกูล 2553: 110) ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้สูตรคำนวณของ Thorndike (1978) และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างสูญหาย 10% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 120 คน ถือว่ามีความเหมาะสมของการเป็นตัวแทนของประชากรที่ดี (Representativeness) และมีจำนวนพอเพียง (Adequacy)

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนด

3.1 คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รหัสโรค ICD – 10 คือ I24.9 ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (Unstable angina) รหัสโรค ICD – 10 คือ I20.0, ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิด

STEMI รหัสโรค ICD – 10 คือ I21.9 และ NSTEMI รหัสโรค ICD – 10 คือ I21.4 โดยได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างน้อย 1 เดือน – 2 ปี

2) อายุ 20 – 59 ปี เนื่องจากเป็นช่วงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงานซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและมีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Alkhawam et al., 2016)

3) สื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็นและการได้ยิน การรับรู้สติสัมปชัญญะสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 4) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย 5) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม 6) แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน และ 7) แบบสอบถามความแปรปรวนการนอนหลับ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

พัฒนาโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ สอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ลักษณะของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้บันทึก ได้แก่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นแบบข้อความให้ผู้ป่วยเลือกตอบ สำหรับ อายุ รายได้ และการรักษาที่ได้รับให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเขียนคำตอบลงในช่องว่าง

ตอนที่ 2 ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก เป็นแบบเติมคำลงในช่องว่างโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและจากการสัมภาษณ์ ได้แก่ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว / โรคร่วม การวินิจฉัยโรคและระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ

พัฒนาโดยผู้วิจัย ลักษณะแบบบันทึกเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย เป็นการบันทึกผลการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiography) หรือการตรวจสวนหัวใจ (Cardiac catheterization) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยล่าสุดที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจ

เกณฑ์การแปลผล แบ่งออกเป็นระดับ ดังนี้

LVEF ≤ 25% หมายถึง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำรุนแรง

LVEF >26–39% หมายถึง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำปานกลาง

LVEF >40–55% หมายถึง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำเล็กน้อย

LVEF > 55% หมายถึง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจปกติ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

แบบประเมิน Cardiac Depression Scale (CDS) ของ Hare & David (1996) – ชอง Hare & David (1996)

ประเมินองค์ประกอบที่สำคัญของอาการซึมเศร้ามี 2 องค์ประกอบ 7 อาการซึมเศร้า คือ

องค์ประกอบที่ 1 ประกอบด้วย ความสิ้นหวัง (ได้แก่ ข้อ 10, 11, 14) ความเฉื่อยชา (ได้แก่ข้อ 1, 3, 16) มีความลังเล (ได้แก่ข้อ 5, 6, 8, 13, 17, 18) มีปัญหาการนอนหลับ (ได้แก่ข้อ 7, 9) และมีปัญหาด้านอารมณ์ (ได้แก่ข้อ 21, 22, 24, 26)

องค์ประกอบที่ 2 ประกอบด้วย ไม่มีความรู้สึกยินดี (ได้แก่ข้อ 4, 12, 19) และมีปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจ (ได้แก่ข้อ 2, 5, 20, 23)

เกณฑ์การให้คะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วย ข้อคำถามมีลักษณะเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 1-7 (Numeric rating scale) โดยปลายสุดของด้านซ้ายและด้านขวา จะถูกกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยกำหนด 1 หมายถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” จนถึง 7 หมายถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” กำหนดการประเมินโดยด้านซ้ายสุดจะตรงกับตำแหน่ง 1 หมายถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ด้านขวาสุดจะตรงกับตำแหน่ง 7 หมายถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” มีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ

ข้อคำถามทางบวก 7 ข้อ ได้แก่ 2, 4, 12, 15, 19, 20 และ 23

ข้อคำถามทางลบ 19 ข้อ ได้แก่ 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 21, 22, 24, 25 และ 26

เกณฑ์การแปลผล มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1–7 เป็นข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ คะแนนรวม 26-182 คะแนน คะแนนรวมที่มาก หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ามาก

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

แบบประเมินภาวะซึมเศร้ามีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่มีใช้อยู่ในปัจจุบัน (Existing instrument) หลังจากนั้นคัดเลือกเครื่องมือที่มีความเหมาะสมในการใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าใน

ผู้ป่วยโรคหัวใจพบว่าแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Cardiac Depression Scale (CDS) ของ Hare & David (1996) เป็นแบบสอบถามที่ถูกสร้างและพัฒนาขึ้น เพื่อใช้สำหรับประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจโดยเฉพาะ ผู้วิจัยขออนุญาตการใช้เครื่องมือจาก Hare & David (1996) และใช้กระบวนการแปลเครื่องมือวิจัยจากต่างประเทศของ Sinaiko & Brislin, (1973) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 เมื่อได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือแล้วผู้วิจัยนำเครื่องมือต้นฉบับไปทำการแปลเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับ (Forward transaltion) จากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2 หลังจากนั้นทำการแปลย้อนกลับ (Backward transaltion) จากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตามหลักภาษาและความถูกต้องตามเนื้อหาเดิมของเครื่องมือต้นฉบับ

2. การหาความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของภาษา ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของเกณฑ์การใช้และการแปรผลคะแนน พร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ดังนี้

1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน

2) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรัง 1 ท่าน

3) อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 ท่าน

4) อาจารย์พยาบาลผู้รู้ความเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า 1 ท่าน

5) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน

ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับบริบทประเทศไทย ตรวจสอบความถูกต้องหมาะสมของการใช้ภาษา ยึดเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องกันและยอมรับตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และกำหนดระดับแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

2 หมายถึง คำถามต้องปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง คำถามต้องปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

ผู้วิจัยนำผลการตัดสินความตรงตามเนื้อหา โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาพิจารณาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity

index, CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า I – CVI มากกว่า 0.8 (Polit & Beck, 2012) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (ณัฏฐภรณ์ หลาวทอง, 2559: 97)

คำนวณ ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of content validity: CVI)

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

ผลปรากฏว่าความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ไม่มีข้อคำถามใดที่ต้องถูกตัดออก และผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index, CVI) เท่ากับ 1.0

3. การหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการปรับปรุงและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 30 คน ที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เขตภาคกลาง จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบราคแอลฟา ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Cardiac Depression Scale (CDS) ของ Hare & David (1996) ชอง Hare & David (1996) ในงานวิจัยฉบับนี้มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบราคแอลฟา เท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย

แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire, Brief IPQ) ของ Broadbent et al., (2006) ผู้วิจัยขออนุญาตจาก Broadbent et al., (2006) ใช้สำหรับประเมินการรับรู้มโนภาพการเจ็บป่วยด้านการรู้คิดและด้านอารมณ์จำนวน 9 ข้อคำถาม

ข้อคำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้นตรง (continuous linear scale) 0–10 โดยตรงปลายเส้นด้านซ้ายมือสุด คือ “ 0” กำกับด้วยข้อความ “ไม่มีเลย” และด้านขวามือสุด คือ “10” กำกับด้วยข้อความ “มากที่สุด” ยกเว้น ข้อที่ 9 เป็นข้อคำถามปลายเปิด โดยให้ผู้ป่วยระบุ 3 สาเหตุที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุการเกิดโรค

รายละเอียดของแต่ละข้อคำถาม สำหรับประเมินการรับรู้การเจ็บป่วย มีดังนี้

1.การรับรู้มโนภาพการเจ็บป่วยด้านการรู้คิด (Cognitive representation) จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม ดังนี้

คำถามข้อที่ 1 คือ ด้านผลกระทบต่อการเจ็บป่วย

คำถามข้อที่ 2 คือ ด้านระยะเวลาการดำเนินโรค

คำถามข้อที่ 3 คือ ด้านความสามารถในการควบคุมตนเอง

คำถามข้อที่ 4 คือ ด้านประสิทธิภาพการรักษาการเจ็บป่วย

คำถามข้อที่ 5 คือ ด้านลักษณะอาการของโรค

คำถามข้อที่ 7 คือ ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับโรค

2. การรับรู้มโนภาพการเจ็บป่วยด้านอารมณ์ (Emotional representation) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ ได้แก่

คำถามข้อ 6 คือ ด้านความกังวลเกี่ยวกับโรค

คำถามข้อ 8 คือ ด้านผลกระทบต่ออารมณ์

จากข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ เป็นข้อคำถามในเชิงบวกจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 6 และ 8 มีข้อคำถามในเชิงลบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 3, 4 และ 7ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ.73 – .82

เกณฑ์การให้คะแนน การคิดคะแนนรวมต้องทำการกลับคะแนนในข้อคำถาม 3, 4 และ 7 ก่อนนำมาคิดคะแนนรวม (มโนภาพการรับรู้การเจ็บป่วยโดยรวม) โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคมาก ส่วนคะแนนรวมน้อย หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะคุกคามน้อย

เกณฑ์การแปลผล (เพื่อแบ่งระดับการรับรู้การเจ็บป่วยที่ชัดเจน) โดยแบ่งระดับการรับรู้การเจ็บป่วยออกเป็น 3 ระดับ ตามหลักสถิติ คือ ค่าพิสัยคะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนชั้น (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ได้เท่ากับ 19.34 ดังนั้น สามารถแบ่งระดับการรับรู้การเจ็บป่วย ได้ดังนี้

ระดับการรับรู้การเจ็บป่วย	ช่วงคะแนน
การรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคระดับน้อย	1 – 20.33
การรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคระดับปานกลาง	20.34 – 39.67
การรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคระดับมาก	39.68 – 59.00

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย

แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมของแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยมีใช้อยู่ในปัจจุบัน (Existing instrument) หลังจากนั้นคัดเลือกเครื่องมือที่มีความเหมาะสมในการใช้ประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหัวใจพบว่า แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire, Brief IPQ) ของ Broadbent et al., (2006) เป็นแบบสอบถามที่ถูกสร้างและพัฒนาขึ้น ได้มีการนำไปใช้สำหรับประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่หลากหลายมาแล้ว เช่น ผู้ป่วยไตวาย ผู้ป่วยโรคหอบหืด รวมทั้งผู้ป่วยโรคหัวใจ เครื่องมือนี้ได้รับการแปลมาแล้ว 23 ภาษาและมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยขออนุญาตการใช้เครื่องมือจาก

Broadbent et al., (2006) และใช้กระบวนการแปลเครื่องมือวิจัยจากต่างประเทศของ Sinaiko & Brislin, (1973) มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1.1 เมื่อได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือแล้วผู้วิจัยนำเครื่องมือต้นฉบับไปทำการแปลเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับ (Forward thransaltion) จากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2 หลังจากนั้นทำการแปลย้อนกลับ (Backward transaltion) จากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตามหลักภาษาและความถูกต้องตามเนื้อหาเดิมของเครื่องมือต้นฉบับ

2. การหาความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการนำแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของภาษา ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของเกณฑ์การใช้และการแปรผลคะแนน พร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ดังนี้

1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน
2) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรัง 1 ท่าน
3) อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 ท่าน
4) อาจารย์พยาบาลผู้รู้ความเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า 1 ท่าน
5) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับบริบทประเทศไทย ตรวจสอบความถูกต้องหมาะสมของการใช้ภาษา ยึดเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องกันและยอมรับตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และกำหนดระดับแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

2 หมายถึง คำถามต้องปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง คำถามต้องปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

ผู้วิจัยนำผลการตัดสินความตรงตามเนื้อหา โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาพิจารณาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า I – CVI มากกว่า 0.8 (Polit & Beck, 2012) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (ณัฏฐภรณ์ หลาวทอง, 2559: 97)

คำนวณ ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of content validity: CVI)

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

ผลปรากฏว่าความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ไม่มีข้อคำถามใดที่ต้องถูกตัดออก และผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index, CVI) เท่ากับ 1.0

3. การหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรรับรู้การเจ็บป่วยที่ได้รับการปรับปรุงและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 30 คน ที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เขตภาคกลาง จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบราคแอลฟา แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire, Brief IPQ) ของ Broadbent et al., (2006) ในงานวิจัยฉบับนี้มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบราคแอลฟา เท่ากับ 0.71

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม The Social Support of People with Coronary Heart Disease (SSCHD) ของ Kähkönen, Kankkunen, Miettinen, Lamidi, & Saaranen, (2017) พัฒนาเครื่องมือมาจากแนวคิดทฤษฎีของ Cohen & Wills, (1985) แบบประเมินมีข้อคำถาม 14 ข้อ ประกอบด้วย ประเมินการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1–7 การสนับสนุนด้านอารมณ์ 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8–11 และการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12–14

เกณฑ์การให้คะแนน มีข้อคำถาม 14 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) 1 – 5 จาก (1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง (5) เห็นด้วยอย่างยิ่ง

1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย

3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย

5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลความหมาย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงเล็กน้อย

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผล มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนน 1 – 5 เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด คะแนนเต็มรวม 70 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้สนับสนุนทางสังคมมาก

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (Existing instrument) หลังจากนั้นคัดเลือกเครื่องมือที่มีความเหมาะสมในการใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจพบว่า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม The Social Support of People with Coronary Heart Disease (SSCHD) ของ Kähkönen, Kankkunen, Miettinen, Lamidi, & Saaranen, (2017) เป็นแบบสอบถามที่ถูกสร้างและพัฒนาขึ้น เพื่อใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจโดยเฉพาะ ผู้วิจัยขออนุญาตการใช้เครื่องมือจาก Kähkönen, Kankkunen, Miettinen, Lamidi, & Saaranen, (2017) และใช้กระบวนการแปลเครื่องมือวิจัยจากต่างประเทศของ Sinaiko & Brislin, (1973) มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1.1 เมื่อได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือแล้วผู้วิจัยนำเครื่องมือต้นฉบับไปทำการแปลเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับ (Forward thransaltion) จากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2 หลังจากนั้นทำการแปลย้อนกลับ (Backward transaltion) จากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตามหลักภาษาและความถูกต้องตามเนื้อหาเดิมของเครื่องมือต้นฉบับ

2. การหาความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการนำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของภาษา ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของเกณฑ์การใช้และการแปรผลคะแนน พร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ดังนี้

1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน

2) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรัง 1 ท่าน

3) อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 ท่าน

4) อาจารย์พยาบาลผู้รู้ความเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า 1 ท่าน

5) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับบริบทประเทศไทย ตรวจสอบความถูกต้องหมาะสมของการใช้ภาษา ยึดเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องกันและยอมรับตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และกำหนดระดับแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

2 หมายถึง คำถามต้องปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง คำถามต้องปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

ผู้วิจัยนำผลการตัดสินความตรงตามเนื้อหา โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาพิจารณาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า I – CVI มากกว่า 0.8 (Polit & Beck, 2012) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (ณัฏฐภรณ์ หลาวทอง, 2559: 97)

คำนวณ ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of content validity: CVI)

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

ผลปรากฏว่าความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ไม่มีข้อคำถามใดที่ต้องถูกตัดออก และผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index, CVI) เท่ากับ 1.0

4. การหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับการปรับปรุงและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 30 คน ที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เขตภาคกลาง จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบ

ราคแอลฟา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม The Social Support of People with Coronary Heart Disease (SSCHD) ของ Kähkönen, Kankkunen, Miettinen, Lamidi, & Saaranen, (2017) ในงานวิจัยฉบับนี้มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบราคแอลฟา เท่ากับ 0.91

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน

แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน The Cardiac Self-Efficacy Questionnaire (CSE) ของ M. D. Sullivan, Russo, Katon, & Lacroix (1998) แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินสมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับโรคหัวใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้านได้แก่ ด้านการควบคุมอาการ (control symptom) จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1–6 และด้านการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ (maintain functioning) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7–13 เกณฑ์การให้คะแนน เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) 1 – 5 โดย คะแนน 0 = ไม่มั่นใจ, 1= มั่นใจบ้างเล็กน้อย, 2 = มั่นใจปานกลาง, 3 = มั่นใจอย่างมาก, 4 = มั่นใจอย่างมากที่สุด ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ Cronbach ‘ s alpha ของข้อคำถามด้านการควบคุมอาการ (control symptom) และข้อคำถามด้านการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ (maintain functioning) = .90 และ .87 ตามลำดับ

เกณฑ์การให้คะแนน มีข้อคำถาม 13 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) 0 – 4 จาก (0) ไม่มั่นใจ จนถึง (4) มั่นใจมากที่สุด

การแปลความหมาย

ไม่มั่นใจ	หมายถึง ท่านไม่มั่นใจเลยว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจเล็กน้อย	หมายถึง ท่านมั่นใจเล็กน้อยว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจปานกลาง	หมายถึง ท่านมั่นใจปานกลางว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจมาก	หมายถึง ท่านมั่นใจมากว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง ท่านมั่นใจมากที่สุดว่าจะสามารถกระทำได้

เกณฑ์การแปลผล มีข้อคำถาม 13 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0– 4 แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0 – 4 เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด คะแนนเต็มรวม 52 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีสมรรถนะแห่งตนสูง

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน

แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมของแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (Existing instrument) หลังจากนั้นคัดเลือกเครื่องมือที่มีความเหมาะสมในการใช้ประเมินสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหัวใจพบว่า แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน The Cardiac Self-Efficacy Questionnaire (CSE) ของ M. D. Sullivan, Russo, Katon, & Lacroix (1998) เป็นแบบสอบถามที่ถูกสร้างและ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

พัฒนาขึ้น เพื่อใช้ประเมินสมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจโดยเฉพาะ ผู้วิจัยขออนุญาตการใช้เครื่องมือจาก M. D. Sullivan, Russo, Katon, & Lacroix (1998) และใช้กระบวนการแปลเครื่องมือวิจัยจากต่างประเทศของ Sinaiko & Brislin, (1973) มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1.1 เมื่อได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือแล้วผู้วิจัยนำเครื่องมือต้นฉบับไปทำการแปลเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับ (Forward thransaltion) จากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2 หลังจากนั้นทำการแปลย้อนกลับ (Backward transaltion) จากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตามหลักภาษาและความถูกต้องตามเนื้อหาเดิมของเครื่องมือต้นฉบับ

2. การหาความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการนำแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของภาษา ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของเกณฑ์การใช้และการแปรผลคะแนน พร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ดังนี้

1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน

2) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรัง 1 ท่าน

3) อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 ท่าน

4) อาจารย์พยาบาลผู้รู้ความเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า 1 ท่าน

5) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับบริบทประเทศไทย ตรวจสอบความถูกต้องหมาะสมของการใช้ภาษา ยึดเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องกันและยอมรับตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และกำหนดระดับแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

2 หมายถึง คำถามต้องปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง คำถามต้องปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

ผู้วิจัยนำผลการตัดสินความตรงตามเนื้อหา โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาพิจารณาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า I – CVI มากกว่า 0.8 (Polit & Beck, 2012) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (ณัฏฐภรณ์ หลาวทอง, 2559: 97)

คำนวณ ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of content validity: CVI)

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

ผลปรากฏว่าความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ไม่มีข้อคำถามใดที่ต้องถูกตัดออก และผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index, CVI) เท่ากับ 1.0

3. การหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนที่ได้รับการปรับปรุงและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 30 คน ที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เขตภาคกลาง จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบราคแอลฟา แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน The Cardiac Self-Efficacy Questionnaire (CSE) ของ M. D. Sullivan, Russo, Katon, & Lacroix (1998) ในงานวิจัยฉบับนี้มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบราคแอลฟา เท่ากับ 0.81

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความแปรปรวนการนอนหลับ

แบบสอบถามความแปรปรวนการนอนหลับ General Sleep Disturbance Scale ของ Lee (1992) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ดารา วงกวน (2560) ใช้ประเมินความแปรปรวนการนอนหลับในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ แบ่งออกเป็น 7 องค์ประกอบ คือ การนอนหลับเชิงคุณภาพ (quality of sleep) การนอนหลับเชิงปริมาณ (quantity of sleep) ระยะเวลาก่อนที่จะหลับ (sleep onset latency) การตื่นช่วงกลางดึก (mid-sleep awakenings) การตื่นเร็วกว่าปกติ (early awakenings) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมช่วงกลางวัน (daytime sleepiness) และการใช้ยานอนหลับ (use of substances to induce sleep) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาได้มากกว่า .75

เกณฑ์การให้คะแนน มีข้อคำถาม 21 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) 0 – 7จาก (0) ไม่เคยเลยจนถึง (7) ทุกวัน โดยด้านซ้ายมือสุด คือ “0” กำกับด้วยข้อความ “ไม่เคยเลย” และด้านขวามือสุด คือ “7” กำกับด้วยข้อความ “ทุกวัน” โดยเป็นข้อคำถามในเชิงบวก 18 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-3, 5-9 และ 12-21 เป็นข้อคำถามในเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 4, 10 และ 11

เกณฑ์การแปลผล มีข้อคำถาม 21 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0– 7 การคิดคะแนนความแปรปรวนการนอนหลับโดยรวมจะต้องทำการกลับคะแนนข้อคำถามเชิงลบก่อนนำมาคิดคะแนน คะแนนเต็มรวม 147 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความแปรปรวนการนอนหลับมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความแปรปรวนการนอนหลับน้อย ถ้าคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 43 คะแนน หมายถึง มีความแปรปรวนการนอนหลับ

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบสอบถามความแปรปรวนการนอนหลับ

แบบสอบถามความแปรปรวนการนอนหลับมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมของแบบสอบความแปรปรวนการนอนหลับที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (Existing instrument) หลังจากนั้นคัดเลือกเครื่องมือที่มีความเหมาะสมในการใช้ประเมินความแปรปรวนการนอนหลับในผู้ป่วยโรคหัวใจพบว่า แบบสอบถามความแปรปรวนการนอนหลับ General Sleep Disturbance Scaleของ Lee (1992) เป็นแบบสอบถามที่ถูกสร้างและพัฒนาขึ้น เพื่อใช้ประเมินความแปรปรวนการนอนหลับในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่หลากหลาย เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้จัยใช้แบบสอบถามความแปรปรวนการนอนหลับ General Sleep Disturbance Scaleของ Lee (1992) ฉบับแปลภาษาไทยโดย ดารา วงกวน (2560)

2. การหาความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความแปรปรวนการนอนหลับไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการนำแบบสอบถามความแปรปรวนการนอนหลับให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของภาษา ปรับปรุงแก้ตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของเกณฑ์การใช้และการแปรผลคะแนน พร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ดังนี้

1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน

2) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรัง 1 ท่าน

3) อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 ท่าน

4) อาจารย์พยาบาลผู้รู้ความเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า 1 ท่าน

5) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความแปรปรวนการนอนหลับให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับบริบทประเทศไทย ตรวจสอบความถูกต้องหมาะสมของการใช้ภาษา ยึดเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องกันและยอมรับตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และกำหนดระดับแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

2 หมายถึง คำถามต้องปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง คำถามต้องปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

ผู้วิจัยนำผลการตัดสินความตรงตามเนื้อหา โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาพิจารณาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity

index, CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า I – CVI มากกว่า 0.8 (Polit & Beck, 2012) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (ณัฏฐภรณ์ หลาวทอง, 2559: 97)

คำนวณ ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of content validity: CVI)

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

ผลปรากฏว่าความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ไม่มีข้อคำถามใดที่ต้องถูกตัดออก และผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index, CVI) เท่ากับ 0.96

3. การหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสอบความแปรปรวนการนอนหลับที่ได้รับการปรับปรุงและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 30 คน ที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เขตภาคกลาง จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบราคแอลฟา แบบสอบถามความแปรปรวนการนอนหลับ General Sleep Disturbance Scaleของ Lee (1992) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ดารา วงกวน (2560) ในงานวิจัยฉบับนี้มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบราคแอลฟา เท่ากับ 0.88

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนและดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย จากโรงพยาบาลอานันทมหิดล และโรงพยาบาลสระบุรี จากนั้นเมื่อโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง รับรองจริยธรรมการวิจัยในคนและอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือดจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 120 คน

2. ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแจ้งว่าผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในภาพรวม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย (Inform consent form) ที่ผ่านการรับรองการพิจารณาการจริยธรรมในคนจากโรงพยาบาลอานันทมหิดล และโรงพยาบาลสระบุรี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีรายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ได้ผ่านการพิจารณาแล้วเสนอคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมในโรงพยาบาลที่จะทำการศึกษาเพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรม

1.2 หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยนำเรียนถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาทั้ง 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลอานันทมหิดล และโรงพยาบาลสระบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในการวิจัย

1.3 หลังจากได้หนังสืออนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดของแต่ละโรงพยาบาลที่จะทำการเก็บข้อมูลตามวันและเวลาที่กำหนด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บข้อมูล รวมทั้งขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ขั้นตอนก่อนเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้วิจัยจะคัดกรองกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียน ได้แก่ บันทึกการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การบันทึกผลการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ และการตรวจวินิจฉัยของแพทย์

2) ผู้วิจัยจะเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง เช่น การเวชระเบียน หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยจะแสดงตัวชัดเจนในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างว่าเป็นผู้วิจัย ไม่ใช่ในฐานะเจ้าหน้าที่ด้วยการแต่งกายด้วยชุดสุภาพ ไม่สวมเครื่องแบบหรือชุดปฏิบัติงาน ติดป้ายชื่อแสดงตัวในฐานะผู้วิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยจากการบอกกล่าวด้วยความสมัครใจ มิได้เกิดจากความเกรงใจในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลที่จะทำการศึกษา

3) ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้ารับการตรวจจากแพทย์

2.2 ขั้นตอนการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1) ในการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ในสถานที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามและทำการสัมภาษณ์ จะมีการจัดสิ่งแวดล้อมโดยใช้ห้องที่มีลักษณะเป็นส่วนตัวอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกับแผนกคลินิกตรวจโรคผู้ป่วยนอก มีโต๊ะ เก้าอี้ ให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนั่ง ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยรับทราบอย่างชัดเจนว่าในระหว่างการตอบแบบสอบถามจะไม่มีผลกระทบต่อลำดับในการเข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์ตามปกติ

2) ในงานวิจัยฉบับนี้ไม่มีผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัวและทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทีละคน เชิญชวนให้เข้าร่วมวิจัยโดยการอธิบายความสำคัญของปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างจะปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งให้เหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าจะไม่มีผลต่อการรักษาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับแต่อย่างใด

3) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากการบอกกล่าว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4) ผู้วิจัยอธิบายแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ โดยผู้วิจัยจะอธิบายกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ การเก็บข้อมูลใช้การสัมภาษณ์ ถ้าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถเขียนหนังสือภาษาไทยได้ ผู้วิจัยจะให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยบันทึกคำตอบหรือเขียนคำตอบด้วยตนเอง แต่ถ้าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีปัญหาเรื่องสายตาในการมองเห็น หรือไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกให้

5) หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างการตอบแบบสอบถาม สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

6) ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามยังไม่เสร็จสมบูรณ์ แต่ถึงลำดับเข้ารับการตรวจ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจก่อน และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากได้รับการตรวจจากแพทย์เรียบร้อยแล้วขณะมารับยาที่ห้องจ่ายยย

7) เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม หากไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามให้สมบูรณ์

8) หากผู้วิจัยตรวจสอบพบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าว่าการตายเป็นทางออกที่ดีที่สุด ผู้วิจัยจะซักถามกลุ่มตัวอย่าง ประเมินอาการและลักษณะการแสดงออก หลังจากนั้นผู้วิจัยรายงานให้แพทย์หรือพยาบาลที่หน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลแผนกตรวจ

โรคนั้นๆ ทราบทันทีเพื่อค้นหาแนวทางช่วยเหลือ โดยอาจจะมีการบันทึกไว้เวชระเบียนว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังเพิ่มเติมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

9) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครั้งละ 1 คน ด้วยแบบสอบถามคนละ 1 ชุด ทั้งหมด 7 ส่วน กลุ่มตัวอย่างในช่วงเก็บข้อมูลอยู่ในระยะคงที่ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก (angina pectoris) อย่างน้อย 24 ชั่วโมง ที่มีคุณสมบัติตรงกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเองและให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัยโดย ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนจนผู้ป่วยเข้าใจดี พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดและวิธีตอบแบบสอบถามการวิจัย และสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดขณะตอบแบบสอบถาม และสามารถแจ้งออกจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ

2.3 ขั้นตอนหลังจากเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามกลุ่มตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 120 คน เมื่อได้ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลอีกครั้งก่อนนำไปวิเคราะห์ และทำการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม

ตารางที่ 1 แสดงการรับรองการพิจารณาโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	**วันที่ผ่านการพิจารณาและรับรองโครงการวิจัย**	**เลขที่รับรอง**
โรงพยาบาลอานันทมหิดล	30 ส.ค 61	156.1/1
โรงพยาบาลสระบุรี	7 ส.ค 61	EC178/02/2018

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 2 แสดงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก

โรงพยาบาล	**วันที่เก็บข้อมูล**	**ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล**
โรงพยาบาลอานันทมหิดล	วันพฤหัสบดี 09.00 น.- 12.00 น.	6 ก.ย 61 – 25 ต. ค 61
โรงพยาบาลสระบุรี	วันจันทร์ 09.00 น. – 16.00 น.	27 ส.ค 61 – 29 ต.ค 61

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของคำถามแต่ละฉบับพร้อมทั้งกำหนดรหัสข้อมูลของแบบสอบถาม เพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

2. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ การรักษาที่ได้รับ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและยาที่ได้รับในปัจจุบัน โดยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับและประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’ s Product Moment correlation coefficient)

2.4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส โรคร่วม/ โรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของโรคกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติทดสอบไค – สแควร์ (Chi – square test) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’ s Product Moment correlation coefficient)

2.5 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าจำแนกตามการวินิจฉัยโรค (STEMI, NSTENI และ Untable angina) โดยใช้สถิติทดสอบ ANOVA

2.6 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Cohen (1998) ดังนี้

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
< 0.10	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
0.10 – 0.29	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
0.30 – 0.49	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
0.50 – 1.00	มีความสัมพันธ์ระดับปานสูง

ขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปรจะมีค่าอยู่ระหว่าง -1 ถึง 1 ถ้าค่าใกล้ 0 แสดงว่าสัมพันธ์กันน้อย ค่าใกล้ 1 แสดงว่า สัมพันธ์กันมาก ส่วนเครื่องหมายจะแสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ ดังนี้ (อวยพร เรืองตระกูล 2553: 217)

ถ้าเครื่องหมายเป็น + หมายถึง มีความสัมพันธ์แบบตามกัน กล่าวคือ ค่าของตัวแปรตัวหนึ่งสูงขึ้น ค่าของตัวแปรอีกตัวหนึ่งจะสูงขึ้นตาม หรือค่าของตัวแปรตัวหนึ่งลด ค่าของตัวแปรอีกตัวหนึ่งจะลดตาม

ถ้าเครื่องหมายเป็น – หมายถึง มีความสัมพันธ์แบบผกผัน กล่าวคือ ค่าของตัวแปรตัวหนึ่งสูงขึ้น ค่าของตัวแปรอีกตัวหนึ่งจะลดลง หรือค่าของตัวแปรตัวหนึ่งลดลง ค่าของตัวแปรอีกตัวหนึ่งจะสูงขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับ การรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความแปรปรวนการนอนหลับ และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ การรักษาที่ได้รับ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและยาที่ได้รับในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 3

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ การรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจกับภาวะซึมเศร้า แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4 – 7

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 8

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 9 – 11

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ การรักษาที่ได้รับ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และยาที่ได้รับในปัจจุบัน ของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	87	72.5
หญิง	33	27.5
อายุ		
20 – 29 ปี	1	0.8
30 – 39 ปี	5	4.2
40 – 49 ปี	13	10.8
50 – 59 ปี	101	84.2
Max 59 ปี,Min 20 ปี,		
Mean = 53.00 (SD = 6.38)		
รายได้		
น้อยกว่า 15,000 บาท	71	85.2
15,000 – 30,000 บาท	34	40.8
30,001 – 45,000 บาท	7	8.4
มากกว่า 45,000 บาท	8	9.6
Max 90,000 บาท, Min 0 บาท		
Mean = 14580 (SD = 16483.77)		
สถานภาพสมรส		
โสด	3	2.5
สมรส	109	90.8
หม้าย	6	5.0
หย่าร้าง	2	1.7

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	119	99.2
อิสลาม	1	0.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	5	4.2
ประถมศึกษา	63	52.5
มัธยมศึกษา	22	18.3
อนุปริญญา	15	12.5
ปริญญาตรี	12	10.0
ปริญญาโท	0	0
ปริญญาเอก	3	2.5
สูงกว่าปริญญาเอก	0	0
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	38	31.7
รับจ้าง	21	17.5
ค้าขาย	12	10.0
เกษตรกร	8	6.7
ข้าราชการ	31	25.8
พนักงานบริษัท	4	3.3
อื่นๆ	6	5.0
การรักษาที่ได้รับ		
ไม่มี	13	10.8
การขยายหลอดเลือดหัวใจ	107	89.2
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพทั่วหน้า	47	39.2
ประกันสังคม	13	10.8
เบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	57	47.5
ชำระเงินเอง	3	2.5

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว/ โรคร่วม		
ไม่มีโรคประจำตัว	13	10.8
เบาหวาน (DM)	2	1.7
ความดันโลหิตสูง (HT)	15	12.5
ไขมันในเลือดสูง (DLP)	15	12.5
DM + HT + DLP	30	25.0
HT + DLP	33	27.5
โรคหัวใจ (HD)	6	5.0
HD + HT + DM + DLP	5	4.2
DM + HT + DLP + โรคไตเรื้อรัง (CKD)	1	0.8
การวินิจฉัยโรค		
STEMI	49	40.8
NSTEMI	39	32.5
Unstable angina	32	26.7
ระดับความรุนแรงของโรค		
Functional class I	69	57.5
Functional class II	47	39.2
Functional class III	4	3.3
Functional class IV	0	0
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน		
1 เดือน	18	15.0
>1 เดือน - 6 เดือน	15	12.5
> 6 เดือน - 1 ปี	21	17.
> 1 ปี – 2 ปี	66	55.0

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ยาที่ได้รับในปัจจุบัน		
ยากลุ่ม Beta blocker	3	2.5
ยาลดความดันโลหิต	11	9.2
ยาต้านเกร็ดเลือด	6	5.0
ยาลดไขมัน	2	1.7
ยาลดความดันโลหิต+ยาลดไขมัน+ ยาต้านเกร็ดเลือ	47	39.04
ยาลดความดันโลหิต + ยาเบาหวาน + ยาลดไขมัน+ ยาต้านเกร็ดเลือด	17	14.2
ยากลุ่มไนเตรท + ยาลดความดันโลหิต + ยาลดไขมัน + ยาต้านเกร็ดเลือด	12	10.0
ยาเบาหวาน + ยาลดความดันโลหิต + ยาลดไขมัน	7	5.83
ยากลุ่มไนเตรต + Beta blocker + ยาลดความดันโลหิต + ยาเบาหวาน + ยาลดไขมัน + ยาต้านเกร็ดเลือด	7	5.83
ยากลุ่มไนเตรต + ยาลดความดันโลหิต + ยาต้านเกร็ดเลือด	6	5.0
ยากลุ่มไนเตรต + Beta blocker + ยาลดความดันโลหิต + ยาลดไขมัน + ยาต้านเกร็ดเลือด	2	1.7
พฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ		
สูบบุหรี่	12	10.0
ดื่มสุรา	8	6.66
รับประทานไขมันสูง	46	38.33
สูบบุหรี่ + ดื่มสุรา	10	8.33
สูบบุหรี่ + อาหารมัน	5	4.17
ดื่มสุรา + อาหารมัน	5	4.17
ไม่ออกกำลังกาย	34	28.34

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 3 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 72.5 โดยมีอายุอยู่ในช่วง 50 – 59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.2 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 85.2 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.8 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 52.2 และไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 31.7 ใช้สิทธิการรักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 47.5 มีโรคประจำตัว/ โรคร่วม เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงมากที่ คิดเป็นร้อยละ 27.5 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.8 และมีระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก Functional class I มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.5 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากที่สุดเป็นเวลา 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.0 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 89.2 ได้รับยาที่ใช้รักษากลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเฉียบพลันด้วยยามากกว่า 1 ชนิด (ยาลดความดันโลหิต + ยาเบาหวาน + ยาต้านเกร็ดเลือด) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.04 และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรับประทานอาหารไขมันสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.66 รองลงมา คือ ไม่ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 28.34 ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตอนที่ 2 ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน

ตารางที่ 4 ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ (โดยรวม) และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน

คะแนน	ค่าคะแนนที่เป็นไปได้	Max	Min	Mean	SD
การรับรู้การเจ็บป่วย	0 - 80	59	1	29.0	12.84
การสนับสนุนทางสังคม	14-70	70	16	56.60	9.93
สมรรถนะแห่งตน	0-52	52	11	37.0	8.87
ความแปรปรวนการนอนหลับ	1- 147	97	0	43.00	22.70
ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ		80	10	50.81	15.10
ภาวะซึมเศร้า	26 - 182	141	37	80.20	25.42

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโดยรวม เท่ากับ 29 (SD = 12.84) คะแนนการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย (โดยรวม) เท่ากับ 56.0 (SD = 9.93) คะแนนสมรรถนะแห่งตนเฉลี่ย (โดยรวม) เท่ากับ 37.0 (SD = 8.87) คะแนนความแปรปรวนการนอนหลับเฉลี่ย (โดยรวม) เท่ากับ 43.0 (SD = 22.70) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า (โดยรวม) เท่ากับ 80.20 (SD = 25.42) และมีค่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจมากที่สุด คือ 80% และมีค่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำที่สุด คือ 10% ค่าเฉลี่ยของประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ คือ 50.81%

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 5 การแปลผลระดับประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ

ระดับประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	การแปลผล
LVEF ≤ 25%	9	7.5	ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำรุนแรง
LVEF > 26–39%	14	11.7	ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำปานกลาง
LVEF > 40–55%	41	34.2	ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำเล็กน้อย
LVEF > 55%	56	46.7	ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจปกติ

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจปกติ คิดเป็นร้อยละ 46.7

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของการรับรู้การเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำแนกตามการรับรู้การเจ็บป่วย (โดยรวม) จำนวน 120 คน

คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ	การแปลผล
ช่วงคะแนน 1-20.33	42	35.0	การรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคระดับน้อย
ช่วงคะแนน 20.34-39.67	49	40.8	การรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน 39.68-59.00	29	24.2	การรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคระดับมาก

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่มีการรับรู้การเจ็บป่วยว่าเป็นภาวะคุกคามของโรคอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.8

สำหรับด้านสาเหตุของโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการรับรู้สาเหตุการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาจากหลายสาเหตุด้วยกัน โดยมีความเห็นว่าพฤติกรรมการรบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เป็นสาเหตุของการรเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.44 รองลงมาคือ การสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 28.57 และพฤติกรรมการไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 12.99 ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของความแปรปรวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน

คะแนนความแปรปรวนการนอนหลับ	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**	**การแปรผล**
น้อยกว่า 43 คะแนน	57	47.5	ไม่มีความแปรปรวนการนอนหลับ
มากกว่าหรือเท่ากับ 43 คะแนน	63	52.5	มีความแปรปรวนการนอนหลับ

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่มีความแปรปรวนการนอนหลับ คิดเป็นร้อยละ 52.5 และไม่มีความแปรปรวนการนอนหลับ คิดเป็นร้อยละ 47.5 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าจำแนกตามการวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI, NSTEMI และ Unstable angina) จำนวน 120 คน

การวินิจฉัยโรค	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**	**คะแนนภาวะซึมเศร้า**			
			Max	Min	Mean	SD
STEMI	49	40.8	37.00	141.00	81.71	25.99
NSTEMI	39	32.5	40.0	139.0	77.89	25.33
Unstable angina	32	26.7	39.00	129.00	80.0	25.28

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าจำแนกตามการวินิจฉัยโรค STEMI มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 81.71 (SD = 25.99) NSTEMI มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 77.89 (SD = 25.33) และ Unstable angina มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 80.03 (SD = 25.88) ตามลำดับ

ตารางที่ 9 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าจำแนกตามการวินิจฉัยโรค (STEMI, NSTEMI และ Unstable angina) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน

	Sum of Square	df	Mean Square	F	P value
ภายในกลุ่ม	316.367	2	158.183	.242	.786
ระหว่างกลุ่ม	76632.558	117	654.979		
รวม	76948.925	119			

ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยโรค (STEMI, NSTEMI และ Unstable angina) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = .242, p = .786)

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน

ตัวแปร	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
การรับรู้การเจ็บป่วย	1				
การสนับสนุนทางสังคม	-.288**	1			
สมรรถนะแห่งตน	-.464**	.420**	1		
ความแปรปรวนการนอนหลับ	.476**	-.259*	-.359**	1	
ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ	-.074	.183*	.083	-.065	1
ภาวะซึมเศร้า	.695**	-.184*	-.297**	.634**	.024

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วยและความแปรปรวนการนอนหลับ โดยการรับรู้การเจ็บป่วยและความแปรปรวนการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (r = 0.69 และ r = 0.63 ตามลำดับ) การสนับสนุนทางสังคมและสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (r = -0.18 และ r = -0.29 ตามลำดับ) และตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ รายได้ สถานภาพสมรส โรคร่วม/ โรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของโรคกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์	P value
เพศ	χ^2 = 24.30	.987
รายได้	r = -.099	.282
สถานภาพสมรส	χ^2= 246.147	.011
โรคประจำตัว/ โรค	χ^2 = 551.818	.229
ระดับความรุนแรงของโรค	χ^2 = 134.471	.424

หมายเหตุ ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

χ^2 หมายถึง ค่าความสัมพันธ์ Chi-square

r หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson' s Product Moment correlation coefficient)

จากตารางที่ 11 พบว่า เพศ รายได้ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว/ โรคร่วม การวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (χ^2 = 24.30, r = -.099, χ^2 = 246.147, χ^2 = 551.818 และ χ^2 = 134.471 ตามลำดับ)

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับ การรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มาเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่มีคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ณ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เขตภาคกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลอานันทมหิดลและโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 120 คน ที่ได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รหัสโรค ICD – 10 คือ I24.9 ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (Unstable angina) รหัสโรค ICD – 10 คือ I20.0, ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิด STEMI รหัสโรค ICD – 10 คือ I21.9 และ NSTEMI รหัสโรค ICD – 10 คือ I21.4 โดยได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างน้อย 1 เดือน – 2 ปี

2) อายุ 20 – 59 ปี เนื่องจากเป็นช่วงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงานซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและมีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Alkhawam et al., 2016)

3) สื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็นและการได้ยิน การรับรู้สติสัมปชัญญะสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม จำนวน 7 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 4) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย 5) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม 6) แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน และ 7) แบบสอบถามความแปรปรวนการนอนหลับ โดยแบบสอบถามทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI ของแบบประเมินภาวะ

ซึมเศร้า แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามความแปรปรวนการนอนหลับ เท่ากับ 1.0, 1.0, 1.0 1.0 และ 0.96 ตามลำดับ และคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach ‘ s alpha coefficient) เท่ากับ 0.89, 0.71, 0.91, 0.81 และ 0.88 ตามลำดับ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที จากนั้นผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ การรักษาที่ได้รับ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว/ โรคร่วม การวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและยาที่ได้รับในปัจจุบัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ การรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับและประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’ s Product Moment correlation coefficient)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส โรคร่วม/ โรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของโรคกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติทดสอบไค – สแควร์ (Chi – square test) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’ s Product Moment correlation coefficient)

5. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าจำแนกตามวินิจฉัยโรค (STEMI, NSTENI และ Untable angina) โดยใช้สถิติทดสอบ ANOVA

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า 80.02 (SD = 25.43)

2. การรับรู้การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = 0.69)

3. การสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -0.18)

4. สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.29)

5. ความแปรปรวนการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = 0.63)

6. ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = 0.24)

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย มีดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 80.02 (SD = 25.43) โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาที่ผ่านมามีความคล้ายคลึงกันเกี่ยวกับขนาดของปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากการศึกษาของมลฤดี บุราณ (2548) ศึกษาผู้ป่วยหลังการการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจจาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 150 คน พบว่า ผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 12.88 (SD = 6.17) สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ (2554) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 90 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 16.12 (SD = 6.77) และ วรันธร พรมสนธิ์ (2560) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 202 คน พบว่าผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 90.79 (SD = 18.89) ซึ่งข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีภาวะซึมเศร้าในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาก่อน อธิบายได้ว่า เนื่องจาก

เป็นการศึกษาในประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ในด้านอาการของโรคจึงทำให้ผลการศึกษาสอดคล้องกัน

ผู้วิจัยอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มักต้องเผชิญกับอาการของโรคที่มีความรุนแรงและมีภาวะคุกคามถึงชีวิต อาจเกิดความเครียดด้วยการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเฉียบพลัน เป็นสิ่งที่คุกคามชีวิตทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ปลอดภัย (รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น, 2546) จึงทำให้รู้สึกว่าชีวิตไม่สนุกสนาน ประกอบกับพยาธิสภาพของโรคที่ต้องจำกัดกิจกรรมที่ทำเพราะอาจส่งผลต่อการทำงานของหัวใจ เนื่องกลัวอันตรายหรือเสี่ยงต่อชีวิต ส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้จิตใจหม่นหมองและแสดงออกทางด้านร่างกายเกิดความรู้สึกไม่สดชื่น ผู้ป่วยจึงเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ (มลฤดี บุราณ, 2548) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เพศ รายได้ โรคประจำตัว/ โรคร่วม และระดับความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าตามการวินิจฉัยโรค พบว่าผู้ป่วย STEMI, NSTEMI และ Unstable angina ทั้ง 3 โรคนี้ ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 81.71 (SD = 25.99, 77.89 (SD = 25.33) และ 80.03 (SD = 25.88) ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากภาวะซึมเศร้า (Depression) ที่เกิดในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นจะทำให้มีระดับสาร Endothelin (ET)-1 ในเลือดเพิ่มสูงขึ้น มีผลทำให้แรงต้านของหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้น หลอดเลือดหดรัดตัว เกิดกระบวนการสร้างสาร Serotonin และ Norepinephrine ที่มีความสัมพันธ์กับระบบประสาทส่วนกลางบริเวณ Limbic และ Cortex ที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของพฤติกรรมและอารมณ์ มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า (Yammine, Frazier, Padhye, Burg, & Meininger, 2014) อีกทั้งภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมักเกิดจากกระบวนการคิดต่อโรคที่เกิดขึ้นเป็นไปในทางลบ ผู้ป่วยจึงเกิดภาวะซึมเศร้าได้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับ การรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาหาความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า พบว่าตัวแปรแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อธิบายได้ดังนี้

2.1 จากการศึกษา พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่า

เมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ต้องเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพบุคคลเหล่านั้นจะมีการสร้างมโนภาพเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยด้านการรู้คิด (cognitive

representation) และการรับรู้การเจ็บป่วยด้านอารมณ์ (Hagger & Orbell, 2003) บุคคลเหล่านั้นจะมีความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ตนเองประสบอยู่ เป็นภาพสะท้อนความเข้าใจและตอบสนองต่อสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยเหล่านั้น (Le Grande et al., 2012) จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีการรับรู้การเจ็บป่วยว่าเป็นภาวะคุกคามของโรคอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.8 และมีการรับรู้การเจ็บป่วยว่าเป็นภาวะคุกคามระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 24.2 อธิบายได้ว่าถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ทางลบต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมากจะยิ่งมีภาวะซึมเศร้ามาก มีการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหัวใจที่เคยประสบเหตุการณ์ภาวะเฉียบพลันของโรคหัวใจ พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยทางลบหลังจากป่วยด้วยโรคหัวใจจะทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพแย่ลง (Cherrington, Moser, Lennie, & Kennedy, 2004) มีภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกมากกว่า การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันและความสนใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจลดลง (Petrie & Weinman, 2006) มีการศึกษาพบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยด้านผลกระทบของโรค (Consequence) ทางลบ มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นที่ระยะเวลา 3 เดือนและ 9 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้การเจ็บป่วยด้านบวกมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น (Stafford, Berk, & Jackson, 2009) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีการรับรู้การเจ็บป่วยทางบวกจะมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ต่อโรคหัวใจดีขึ้น ในด้านของการตอบสนองต่อการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดีขึ้น (French, Cooper, & Weinman, 2006) ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีการรับรู้การเจ็บป่วยว่าเป็นโรคเรื้อรัง (Timeline) และมีผลกระทบ (Consequence) ด้านลบมีการรายงานว่ามีภาวะซึมเศร้าสูง (Heijmans & de Ridder, 1998; Dickens et al., 2008; Steca et al., 2013)

2.2 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 56.93 (SD = 10.52) อีกทั้งบริบทของสังคมไทยปัจจุบัน ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบการรักษาได้มากขึ้น จึงได้รับข้อมูลและการสนับสนุนทางสังคมในหลายๆด้าน การที่ผู้ป่วยมาเข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอยู่เสมอนี้ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การได้รับคำแนะนำทางสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยจึงเกิดความมั่นใจในการจัดการและดูแลตนเองมากขึ้น ชนิดาภา แก้วกัญญา (2557) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.8 โดยการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส จะช่วยป้องกันความเครียด ช่วยลดความรุนแรงของความขัดแย้ง ส่งเสริมความไว้วางใจ รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น

(2546) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกรักใคร่ผูกพัน เกิดความไว้วางใจ มีกำลังใจในการเผชิญความเจ็บป่วย ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เกิดภาวะซึมเศร้าน้อย ชนิดาภา แก้วกัญญา (2557) ผลการวิจัยในครั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมมีความพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า ($r = -0.18$, $p < .05$) ในการศึกษาครั้งนี้ได้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า () สอดคล้องกับศึกษาของ วรันธร พรมสนธิ์ (2560) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ($\beta = -2.94$, $p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Compare et al., (2013) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบผลงานวิจัย 10 ปี ที่ผ่านมา พบว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคมหรือการได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสระดับต่ำจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Su, Chang, & He, (2018) ศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจ 105 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 39 มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำและมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 61.0 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.481$, $p < .01$) ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.395$)

2.3 สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า

จากทฤษฎี Social’ s social cognitive theory ของ Bandura (Bandura, 1997) กล่าวว่าสมรรถนะแห่งตนจะทำให้แต่ละบุคคลมีความรู้สึก ความคิดและการกระทำแตกต่างกันออกไป เมื่อกล่าวถึงด้านความรู้สึก บุคคลที่มีสมรรถนะแห่งตนต่ำ (Low sense of self - efficacy) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า, ความวิตกกังวลและความสิ้นหวัง มีความรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองลดลง (Low self esteem) และมีความคิดมองโลกในแง่ร้าย ถ้ากล่าวถึงด้านความคิด บุคคลที่มีสมรรถนะแห่งตนสูงจะมีความมั่นใจและเลือกที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ออกมาหลายลักษณะ เช่น การตัดสินใจอย่างมีคุณภาพและความสำเร็จด้านวิชาการ

ผู้วิจัยอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตน 37.0 (SD = 8.87) หมายถึง มีสมรรถนะแห่งตนค่อนสูง ผู้ป่วยจึงมีความมั่นใจในการควบคุมอาการและความมั่นใจในการเผชิญอาการของโรคที่เป็นภาวะคุกคามชีวิตมาก ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในการที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากจึงเกิดภาวะซึมเศร้าน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Steca et al., (2013) พบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ ($r = -.20$, $p < .05$) สมรรถนะแห่งตนในบริบทของผู้ป่วยโรคหัวใจสามารถทำนายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การเลิกสูบบุหรี่ ออกกำลัง

กาย การควบคุมอาหาร การจำกัดแอลกอฮอล์ (Bandura, 1997) ความมุ่งมั่นในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Izawa et al., 2005) ได้ จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีคะแนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนค่อนข้างสูง เท่ากับ 37 (SD = 8.87) จึงเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ และจากทฤษฎี Social' s social cognitive theory ของ Bandura (Bandura, 1997) กล่าวว่า เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคลที่จะดำเนินการการกระทำหรือการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย ในบริบทเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วย ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนจะอ้างอิงถึงความมั่นใจของผู้ป่วย ถ้าบุคคลมีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนสูงบุคคลนั้นจะมุ่งมั่นที่จะทำพฤติกรรมอย่างไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค เช่น ความร่วมมือในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายตามคำแนะนำ ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับกับการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โดยส่วนใหญ่ไม่ควบคุมอาหารไขมันสูง คิดเป็นร้อยละ 38.3 รองลงมา คือ ไม่ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 28.34 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวมีค่อนข้างน้อย ดังนั้นลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลที่พบในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามทฤษฎี Social' s social cognitive theory ของ Bandura (Bandura, 1997) ที่ได้กล่าวไว้

2.4 ความแปรปรวนการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่า

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหัวใจมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้การทำงานของสารสื่อประสาท Serotonin ซึ่งเกี่ยวข้องในการควบคุมวงจรการนอนหลับตามปกติลดต่ำลง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง (Adrien, 2002) ปัญหาการนอนหลับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากการศึกษาในประเทศไทยพบได้สูงถึงร้อยละ 67 (ปภาพสวีร์ เจริญพัฒนาภัค, 2556) การศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่าความแปรปรวนการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Wallander, Johansson, Ruigómez, Rodríguez, & Jones, 2007) ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอัตราความชุกของความแปรปรวนการนอนหลับอยู่ในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Matsuda et al., 2017)

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความแปรปรวนการนอนหลับ คิดเป็นร้อยละ 52.5 มีคะแนเฉลี่ยความแปรปรวนการนอนหลับเท่ากับ 43 (SD = 22.70) ซึ่งถือว่าอุบัติการณ์ของปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มนี้ค่อนข้างสูง เปรียบเทียบกับข้อค้นพบงานวิจัยที่ผ่านมาของ ดารา วงกวน (2560) ศึกษา ปัจจัยทำนายความแปรปรวนในการนอนหลับของผู้รอดชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง

ผู้รอดชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คิดเป็นร้อยละ 40.37 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 39.23 (SD = 21.22) โดยชนิดของความแปรปรวนการนอนหลับที่พบมาก คือ ตื่นบ่อยช่วงกลางดึก ตื่นเร็วกว่าปกติ ง่วงนอนตอนกลางวัน และการงับหลับตอนกลางวัน จากผลการวิจัยในงานวิจัยฉบับนี้พบว่า อุบัติการณ์การเกิดความแปรปรวนการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหัวใจมีขนาดใกล้เคียงกัน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีลักษณะคล้ายคลึงกัน ปัญหาของความแปนปรวนการนอนหลับที่เกิดขึ้นอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยบางรายต้องรับประทานยาหลายชนิดในระหว่างวันและมีกิจวัตรประจำวันที่ต้องทำตามปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่าพักผ่อนได้น้อยและเกิดความรู้สึกไม่พึงพอในในการนอนหลับแต่ละครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Norra et al., (2012) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความแปรปรวนการนอนหลับกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 104 คน พบว่า คะแนนคุณภาพการนอนหลับโดยรวม PQSI > 5, คุณภาพการนอนหลับ (sleep quality) และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน (day time dysfunction) มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าอย่างมีนับสำคัญทางสถิติ ($r = .40$ และ $r = .43$, $p < .01$ ตามลำดับ) องค์ประกอบทั้ง 2 ด้านสามารถร่วมทำนายอาการภาวะซึมเศร้าในผู้โรคหัวใจได้ ร้อยละ 40.4 ($R^2 = 0.404$)

2.5 จากการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า

ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจซึ่งขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพการทำงานของหัวใจในขณะนั้น จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีระดับประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจปกติ จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 73.2 และระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 (Functional class I) จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 57.5 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเมื่อออกกำลังกายหรือทำงานมากกว่าปกติเป็นระยะเวลานาน ซึ่งผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ไม่เกิดความรู้สึกหดหู่ อ้างว้างเดียวดาย ผู้ป่วยจึงไม่เกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ จากการศึกษาของ Bagherian-Sararoudi, Gilani, Ehsan, & Sanei, (2013) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ตรวจพบว่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจน้อยกว่า 40% มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ .001 และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ภายหลังการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ($\beta = 1.18$) แต่การศึกษาวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ มากกว่า 55% จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางคิดเป็นร้อยละ 17.5 และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 20.0 การรับรู้การเจ็บป่วยและความแปรปรวนการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การสนับสนุนทางสังคมและสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เกิดภาวะซึมเศร้าทั้งในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางและระดับรุนแรง พยาบาลวิชาชีพในฐานะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด เป็นผู้มีส่วนร่วมในการซักประวัติและเฝ้าระวังความผิดปกติที่เกิดขึ้น จึงควรจัดทำแบบประเมินหรือคัดกรองความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างครอบคลุม

2. ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการรับรู้การเจ็บป่วยที่เป็นไปในทางลบ บทบาทพยาบาล คือ ควรมีการจัดทำนวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่เน้นความรู้เกี่ยวกับโรคหรือจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย เช่น

3. ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การได้รับกำลังใจจากผู้ป่วยโรคหัวใจคนอื่นๆมีระดับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง บทบาทพยาบาล คือ การจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กันในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ เพื่อผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และรับรู้ถึงความรู้สึกไม่โดดเดี่ยว อ้างว้าง นอกจากนี้การประเมินด้านจิตสังคมของผู้ป่วยควรมุ่งประเด็นไปที่ระบบการสนับสนุนจากครอบครัวและคู่สมรสด้วย

4. ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีสมรรถนะแห่งตนค่อนข้างต่ำ บทบาทพยาบาล คือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะเผชิญอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น ความมั่นใจในการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอกโดยจัดทำสื่อสถานการณ์เสมือนจริง หรือ การจัดทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้แสดงออกถึงความสามารถในการทำกิจกรรมได้ตามปกติ เพื่อให้ผู้ป่วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรมที่ไม่มีข้อห้ามมากยิ่งขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เป็นต้น

5. ผลการวิจัยพบว่า ความแปรปรวนการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า บทบาทพยาบาล คือ การให้สุขศึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อให้เกิดสามารถนอนหลับได้อย่างมีประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการนอนหลับ เช่น การใช้สมุนไพรที่สามารถหาได้ในท้องถิ่นนั้นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาภาวะซึมเศร้าโดยใช้รูปแบบการวิจัยในลักษณะอื่นๆ เช่น การศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective research) ในการติดตามปรากฏการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่อธิบายลักษณะภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น เช่น ทำให้ทราบถึงให้อุบัติการณ์และระดับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจที่เกิดขึ้นในปัจจุบันว่ามีผลต่อเนื่องไปในอนาคตอย่างไร

2. จากข้อค้นพบ การรับรู้การเจ็บป่วยและความแปรปรวนการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังนั้นควรนำตัวแปรดังกล่าวมาทำการศึกษาและพัฒนางานวิจัยเชิงทำนายในงานวิจัยครั้งต่อไป

3. ควรทำการศึกษาศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทพยาบาลในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self estreem) ความหวัง (hope)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2558). *จำนวนและอัตราการป่วยของผู้ป่วยในปี 2550-2558.* [ออนไลน์]แหล่งที่มา: http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php pn=1 [14 มีนาคม 2561]

ขนิษฐา เผือกดี. (2558).)ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จรัญ สายะสถิตย์. (2560). *ศัลยศาสตร์โรคหัวใจที่พบบ่อย (Common Cardiac Surgery).* พิมพ์ครั้งที่ 2. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.

จริยา ตันติธรรม. (2547). *กลยุทธ์การพยาบาลผู้ป่วย: โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.* ใน คณะอนุกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. หน้า 266-340. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิติบรรณการ.

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์. (2555). บทบาทพยาบาลกับการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย. *วารสารสภาการพยาบาล,* 27 (1), 13-24.

จงรักษ์ ทวีแก้ว. (2557). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชนิดาภา แก้วกัญญา. (2557). *ปัจจัยคัดสรรทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฐิติรัตน์ ทองขาว. สุภาภรณ์ ด้วงแพง, และวัลภา คุณทรงเกียรติ. (2552). ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(3). 54-65.

ณัฏฐภรณ์ หลาวทอง. (2559). *การสร้างเครื่องมือวิจัยทางการศึกษา.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ดรุณวรรณ จันทร์แก้ว. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคหลอดเลือดสมอง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดารา วงกวน. (2560). *ปัจจัยทำนายความแปรปรวนในการนอนหลับของผู้รอดชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. (2555). *ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม.* เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์ผิดปกติรักษาหายได้.* กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.

ธวัชชัย พงศธร และคณะ. (2553). คุณลักษณะความตรงของแบบสอบถามวัดภาวะซึมเศร้า. *วารสารจิตวิทยาคลินิก,* 21(2), 25-45.

นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ์. (2559). ภาวะซึมเศร้า. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ,* 19(38), 105-108.

นิพนธ์ พวงนรินทร์ และคณะ. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย. *สารศิริราช,* 46(1), 1-9.

แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2550). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: บริษัทยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประคอง กรรณสูตร. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจโรค ปี พ.ศ. 2561. กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. [ออนไลน์]แหล่งที่มา: http://thaincd.com/document/file/download/knowledge [20 พฤศจิกายน 2561]

ปภาพสวีร์ เจริญพัฒนาภัค. (2556). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

พิมพ์พา เทวัลย์ .(2553). *การรับรู้การเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการ*

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาวิทย์ เพียรวิจิตร และทศพล ลิ้มพิจารณ์กิจ. (2550). ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome). ใน ทศพล ลิ้มพิจารณ์กิจ ศศิโสภณ เกียรติบูรณกุล และสมนึก สังฆานุภาพ (บรรณาธิการ). อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน. (พิมพ์ครั้งที่ 2). หน้า 113-129. กรุงเทพฯ: สร้างชื่อ.

มาโนช หล่อตระกูล. (2550). *เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า.* กรุงเทพฯ: วิสุทธิ์การพิมพ์.

มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมช สุคนิชย์. (2545). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สวิชาญการพิมพ์.

มาโนช หล่อตระกูล และคณะ. (2008). แบบคัดกรอง PHQ-9 (Thai version). [online]. แหล่งที่มา: http://ramamental.com/phq9/ [1 กุมภาพันธ์ 2561]

มลฤดี บุราณ. (2548). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัตติยา ทองอ่อน. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา และการรับรู้ความรุนแรงของภาวะของภาวะหัวใจวายในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น. (2646). *ความมัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรันธร พรมสนธิ์. (2560). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วไลพรรณ เอี่ยมกมล. (2554). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรรณี จิวสืบพงษ์. (2550). *ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะการณ์ทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในจังหวัดนครสวรรค์.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

วิชุตา พุ่มจันทร์. (2556). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วาทินี สุขมาก. (2556). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตสังคม 1. มหาสารคาม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อาคารราชนครินทร์ ชั้น1 สำนักศึกษาทั่วไป.

วีระ ชูรุจิรพร. (2542). วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 7(3): 176-178.

ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. (2551). การทดสอบเชิงประจักษ์รูปแบบจำลองการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สายฝน เอกวรางกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า.* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท ส. เอเซียเพลส.

สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และชวนพิศ ทำนอง. (2557). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต.* พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น. หจก. โรงพิมพ์คลังวิทยานานา.

สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุจินดา ริมศรีทอง,สุดาพรรณ ธัญจิรา, อรุณศรี เตชัสหงส์ และสุภามาศ ผาติประจักษ์ *.(2556). พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่มที่ 2 ฉบับปรับปรุง.* (พิมพ์ครั้งที่ 4*).* กรุงเทพฯ*:* บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.

สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. *(*2550*).* สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า. ใน ธรณินทร์ กองสุข *(*บรรณาธิการ*), โรคซึมเศร้า องค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ* (หน้า 31-34*).* อุบลราชธานี*:* ศิริธรรมออฟเซ็ท.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2552). การพยาบาลทางอายุศาสตร์ เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่ 16). ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: วี เจ. พริ้นติ้ง.

สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์.* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

สำนักนโยบายบัญชีจำแนกและแผนสาธารณสุข. (2560). *บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10). ฉบับแก้ไขไทย-อังกฤษ.* ฉบับที่ 3. จัดทำโดย ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

อภิชาติ สุคนธสรรพ์. 2551a. การรักษา non-ST–segment elevation acute coronary syndrome. ใน สิริ เชี่ยวชาญวิทย์, บุษยมาส ชีวสกุลยง, ชัยยุทธ เจริญธรรม, ขจรศักดิ์ นพคุณ และเมตตา ภรณ์ พรพัฒน์กุล (บรรณาธิการ), *อายุรศาสตร์ประยุกต์ เล่ม*6 หน้า 59 – 92. เชียงใหม่: ทริคธิงค์,

อภิชาติ สุคนธสรรธ์ และศรัณ ควรประเสริฐ (บรรณาธิการ). (2555). *Cardiovascular Medicine: The new balance*. เชียงใหม่.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2540). การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(1), 2-13.

อวยพร เรืองตระกูล. (2553). *สถิติประยุกตทางพฤติกรรมศาสตร I.* กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Achar, S. A., Kundu, S., & Norcross, W. A. (2005). Diagnosis of acute coronary syndrome. *American family physician, 72*(1).

Adrien, J. (2002). Neurobiological bases for the relation between sleep and depression. *Sleep Medicine Reviews,* 6(5), 341-351.

Alkhawam, H., Sogomonian, R., El-Hunjul, M., Kabach, M., Syed, U., Vyas, N., . . . Vittorio, T. J. (2016). Risk factors for coronary artery disease and acute coronary syndrome in patients≤ 40 years old. *Future cardiology,* 12(5), 545-552.

Aimond, J. J. (2016). Nursing care of acute coronary syndrome. *Revue de l'infirmiere*(218), 51.

Altman, M. T., Knauert, M. P., & Pisani, M. A. (2017). Sleep disturbance after hospitalization and critical illness: a systematic review. *Annals of the American Thoracic Society, 14*(9), 1457-1468.

Alvi, H. N., & Ahmad, S. (2016). Prevalence of depression in patients of acute coronary syndrome. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences, 10*(2), 620-621.

Anderson, J., Adams, C., Antman, E., Bridges, C., Califf, R., & Casey, D. (2007). Guidelines for the management of patients with unstable angina/ non- ST- elevacion myocardial infarction. Journal of the America College of Cardiology, 50, 735-1097.

Antman, E. M. (2008). ST-elevation myocardial infarction: pathology, pathophysiology, and clinical features. *Heart Disease*, 1207-1232.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Macmillan.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215. http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

Bagherian-Sararoudi, R., Gilani, B., Ehsan, H. B., & Sanei, H. (2013). Relationship between left ventricular ejection fraction and depression following myocardial infarction: an original article. *ARYA Atherosclerosis, 9*(1), 1-6.

Barstow, C., Rice, M., & McDivitt, J. D. (2017). Acute Coronary Syndrome: Diagnostic Evaluation. *American family physician, 95*(3), 170.

Bhatt, D. L., & Bavry, A. A. (2008). *Acute coronary syndromes in clinical practice*: Springer Science & Business Media.

Bienenfeld, D., & Stinson, K. (2014). Screening tests for depression.

Beck, A. (1967). *Depression. Clinical, Experimental and Theoretical Aspects.* New York: Hoeber Medical Division.

Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*: Guilford press.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring. *Archives of general psychiatry, 4*, 561-571.

Beckie, T. M., & McCabe, P. J. (2014). Depression among patients with acute coronary syndromes. Journal of Cardiovascular Nursing, 29(4), 288-290.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review, 8* (1), 77-100.

Broadbent, E., Petrie, J. K., Mani, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research, 60*(6), 631-637.

Burns, N., Grove, S. (2009). The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization. St. Louis: Elsevier Saunder.

Brummett, B. H., Babyak, M. A., Barefoot, J. C., Bosworth, H. B., Clapp-Channing, N. E., Siegler, I. C., . . . Mark, D. B. (1998). Social support and hostility as predictors of depressive symptoms in cardiac patients one month after hospitalization: a prospective study. Psychosomatic Medicine, 60(6), 707-713.

Carney, R. M., & Freedland, K. E. (2017). Depression and coronary heart disease. *Nature Reviews Cardiology, 14*(3), 145.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Chavez, C. A., Ski, C. F., & Thompson, D. R. (2014). Psychometric properties of the cardiac depression scale: a systematic review. *Heart, Lung and Circulation,* 23(7), 610-618.

Cherrington, C. C., Moser, D. K., Lennie, T. A., & Kennedy, C. W. (2004). Illness representation after acute myocardial infarction: impact on in-hospital recovery. *American Journal of Critical Care, 13*(2), 136-145

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin, 98*(2), 310.

Compare, A., Zarbo, C., Manzoni, G. M., Castelnuovo, G., Baldassari, E., Bonardi, A., . . . Romagnoni, C. (2013). Social support, depression, and heart disease: a ten year literature review. *Frontiers in psychology,* 4.

De Jonge, P., van den Brink, R. H., Spijkerman, T. A., & Ormel, J. (2006). Only incident depressive episodes after myocardial infarction are associated with new cardiovascular events. *Journal of the American College of Cardiology, 48*(11), 2204-2208.

De Leeuw, E. D., & Dillman, D. A. (Eds.). (2008). *International handbook of survey methodology*. Taylor & Francis.

DeVellis, R. F. (2016). *Scale development: Theory and applications* (Vol. 26). Sage publications.

Dickens, C., McGowan, L., Percival, C., Tomenson, B., Cotter, L., Heagerty, A., & Creed, F. (2008). Negative illness perceptions are associated with new-onset depression following myocardial infarction. *General hospital psychiatry, 30*(5), 414-420.

Dunstan, J. L., & Riddle, M. M. (1997). Rapid recovery management: the effects on the patient who has undergone heart surgery. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care,* 26(4), 289-298.

El-Mokadem, N. (2003). *The relationships between fatigue, depression, and sleep disturbance after myocardial infarction* (Order No. 3088689). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (305269536). Retrieved from https://search.proquest.com/docview/305269536?accountid=15637

Finfgeld Connett, D. (2005). Clarification of social support. *Journal of Nursing Scholarship, 37*(1), 4-9.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Frasure-Smith, N., Lespérance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M., & Bourassa, M. G. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. Circulation, 101(16), 1919-1924.

French, D. P., Cooper, A., & Weinman, J. (2006). Illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation following acute myocardial infarction: a systematic review with meta-analysis. Journal of psychosomatic research, 61(6), 757-767.

Goldston, K., & Baillie, A. J. (2008). Depression and coronary heart disease: a review of the epidemiological evidence, explanatory mechanisms and management approaches. Clinical Psychology Review, 28(2), 288-306.

Gottlieb, B. H., & Bergen, A. E. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of Psychosomatic Research, 69*(5), 511-520. doi:https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.001.

Grandner, M. A., Petrov, M. E. R., Rattanaumpawan, P., Jackson, N., Platt, A., & Patel, N. P. (2013). Sleep symptoms, race/ethnicity, and socioeconomic position. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine, 9*(9), 897.

Grandner, M. A. (2014). Addressing sleep disturbances: an opportunity to prevent cardiometabolic disease? *International review of psychiatry, 26*(2), 155-176.

Greco, A., Steca, P., Pozzi, R., Monzani, D., D'Addario, M., Villani, A., . . . Parati, G. (2014). Predicting depression from illness severity in cardiovascular disease patients: self-efficacy beliefs, illness perception, and perceived social support as mediators. *International Journal of Behavioral Medicine, 21*(2), 221-229.

Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and health, 18*(2), 141-184.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, *23*(1), 56-62.

Hare, D. L., & Davis, C. R. (1996). Cardiac Depression Scale: validation of a new depression scale for cardiac patients. *Journal of psychosomatic research*, *40*(4), 379-386.

Hare, D. L., Toukhsati, S. R., Johansson, P., & Jaarsma, T. (2013). Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *European heart journal, 35*(21), 1365-1372.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Heijmans, M., & de Ridder, D. (1998). Assessing illness representations of chronic illness: Explorations of their disease-specific nature. Journal of behavioral medicine, 21(5), 485-503.

Hong, M. K., & Herzog, E. (2009). *Acute Coronary Syndrome: Multidisciplinary and Pathway-based Approach*: Springer Science & Business Media.

Hofmann, M., Köhler, B., Leichsenring, F., & Kruse, J. (2013). Depression as a risk factor for mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis of prospective studies. *PloS one, 8*(11), e79809.

Huffman, J. C., Celano, C. M., & Januzzi, J. L. (2010). The relationship between depression, anxiety, and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes. *Neuropsychiatric Disease and treatment, 6*, 123.

Ibarra-Rovillard, M. S., & Kuiper, N. A. (2011). Social support and social negativity findings in depression: Perceived responsiveness to basic psychological needs. *Clinical Psychology Review, 31*(3), 342-352.

Izawa, K. P., Watanabe, S., Omiya, K., Hirano, Y., Oka, K., Osada, N., & Iijima, S. (2005). Effect of the self-monitoring approach on exercise maintenance during cardiac rehabilitation: a randomized, controlled trial. American journal of physical medicine & rehabilitation, 84(5), 313-321.

Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1979). The general self-efficacy scale.

Joergensen, T. S. H., Maartensson, S., Ibfelt, E. H., Joergensen, M. B., Wium-Andersen, I. K., Wium-Andersen, M. K., . . . Osler, M. (2016). Depression following acute coronary syndrome: a Danish nationwide study of potential risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 51*(11), 1509-1523. doi:10.1007/s00127-016-1275-7.

Kähkönen, O., Kankkunen, P., Miettinen, H., Lamidi, M.-L., & Saaranen, T. (2017). Perceived social support following percutaneous coronary intervention is a crucial factor in patients with coronary heart disease. *Journal of clinical nursing,* 26(9-10), 1264-1280. doi:10.1111/jocn.13527.

Kang, Y., & Yang, I. S. (2013). Cardiac self-efficacy and its predictors in patients with coronary artery diseases. *Journal of clinical nursing,* 22(17-18), 2465-2473.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Kiropoulos, L. A., Meredith, I., Tonkin, A., Clarke, D., Antonis, P., & Plunkett, J. (2012). Psychometric properties of the cardiac depression scale in patients with coronary heart disease. *BMC psychiatry, 12*(1), 216.

Kim, M. C., Kini, A. S., & Fuster, V. (2011). Chapter 56. Definitions of Acute Coronary Syndromes. In V. Fuster, R. A. Walsh, & R. A. Harrington (Eds.), *Hurst's The Heart, 13e*. New York, NY: The McGraw-Hill Companies.

Kronish, I. M., Rieckmann, N., Halm, E. A., Shimbo, D., Vorchheimer, D., Haas, D. C., & Davidson, K. W. (2006). Persistent depression affects adherence to secondary prevention behaviors after acute coronary syndromes. *Journal of general internal medicine,* 21(11), 1178-1183.

Kunschitz, E., Friedrich, O., Schöppl, C., Maitz, J., & Sipötz, J. (2017). Illness perception patterns in patients with Coronary Artery Disease. *Psychology, Health & Medicine,* 22(8), 940-946.

Lee, K. A. (1992). Self-reported sleep disturbances in employed women. *Sleep,* 15(6), 493-498.

Le Grande, M. R., Elliott, P. C., Worcester, M. U., Murphy, B. M., Goble, A. J., Kugathasan, V., & Sinha, K. (2012). Identifying illness perception schemata and their association with depression and quality of life in cardiac patients. *Psychology, Health & Medicine, 17*(6), 709-722.

Lespérance, F., Frasure-Smith, N., Juneau, M., & Théroux, P. (2001). Depression and 1-year prognosis in unstable angina. *Archives of internal medicine,* 160(9), 1354-1360.

Le Grande, M. R., Jackson, A. C., Murphy, B. M., & Thomason, N. (2016). Relationship between sleep disturbance, depression and anxiety in the 12 months following a cardiac event. *Psychology, health & medicine*, *21*(1), 52-59.

Lespérance, F., & Frasure-Smith, N. (2007). Depression and Coronary Heart Disease A2 - Fink, George *Encyclopedia of Stress (Second Edition)* (pp. 741-744). New York: Academic Press.

Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Catellier, D. J., Carney, R. M., Berkman, L. F., . . . Schneiderman, N. (2009). Dimensions of social support and depression in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

International Journal of Behavioral Medicine, 16(3), 248-258. doi:10.1007/s12529-009-9040-x.

Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D. (1984). Illness representations and coping with health threats. *Handbook of psychology and health.* Edited 4 th by: Baum A, Taylor SE, Singer JE. Hillsdale NJ: Erlbaum.

Lichtman, J. H., Froelicher, E. S., Blumenthal, J. A., Carney, R. M., Doering, L. V., Frasure-Smith, N., . . . Sheps, D. S. (2014). Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations. *Circulation*, CIR. 0000000000000019.

Lichtman JH, Bigger JT Jr, Blumenthal JA, Frasure-Smith N, Kaufmann PG, Lesperance F, Mark DB, Sheps DS, Taylor CB, Froelicher ES (2008) Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. Circulation 118(17):1768–1775. doi:10.1161/circulationaha.108. 190769

Liu, R. T., Hernandez, E. M., Trout, Z. M., Kleiman, E. M., & Bozzay, M. L. (2017). Depression, social support, and long-term risk for coronary heart disease in a 13-year longitudinal epidemiological study. *Psychiatry Research,* 251, 36-40. doi:https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.010.

McCarthy, C. P., Donnellan, E., Wasfy, J. H., Bhatt, D. L., & McEvoy, J. W. (2017). Time-honored treatments for the initial management of acute coronary syndromes: Challenging the status quo. *Trends in Cardiovascular Medicine, 27*, 483-491. doi:10.1016/j.tcm.2017.05.001

Matsuda, R., Kohno, T., Kohsaka, S., Fukuoka, R., Maekawa, Y., Sano, M., . . . Fukuda, K. (2017). The prevalence of poor sleep quality and its association with depression and anxiety scores in patients admitted for cardiovascular disease: A cross-sectional designed study. *International Journal of Cardiology, 228*, 977-982.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Marke, V., & Bennett, P. (2017). Predicting negative emotional states following first onset acute coronary syndrome. *Journal of health psychology, 22*(6) , 765- 775. doi:10.1177/1359105315614996

Mcguire, A. W., Eastwood, J.-A., Hays, R. D., Macabasco-O'Connell, A., & Doering, L. V. (2014). Depressed or not depressed: untangling symptoms of depression in patients hospitalized with coronary heart disease. *American Journal of Critical Care,* 23(2), 106-116.

Members, A. T. F., Hamm, C. W., Bassand, J.-P., Agewall, S., Bax, J., Boersma, E., . . . Gielen, S. (2011). ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal, 32*(23), 2999-3054.

Monirpoor, N., Besharat, M. A., Khoosfi, H., & Karimi, Y. (2012). The role of illness perception in predicting post-CHD depression in patients under CABG and PCI. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *32*, 74-78.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). Psychology and health, 17(1), 1-16.

Musselman, D. L., Evans, D. L., & Nemeroff, C. B. (1998). The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. *Archives of general psychiatry, 55*(7), 580-592.

Norra, C., Kummer, J., Boecker, M., Skobel, E., Schauerte, P., Wirtz, M., . . . Forkmann, T. (2012). Poor sleep quality is associated with depressive symptoms in patients with heart disease. *International Journal of Behavioral Medicine,* 19(4), 526-534.

Orth-Gomér, K., Rosengren, A., & Wilhelmsen, L. (1993). Lack of social support and incidence of coronary heart disease in middle-aged Swedish men. *Psychosomatic medicine,* 55(1), 37-43.

Osler, M., Mårtensson, S., Wium-Andersen, I. K., Prescott, E., Andersen, P. K., Jørgensen, T. S. H., . . . Jørgensen, M. B. (2016). Depression After First Hospital Admission for

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Acute Coronary Syndrome: A Study of Time of Onset and Impact on Survival. *American Journal of Epidemiology,* 183(3), 218-226. doi:10.1093/aje/kwv227.

Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan III, C., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. Psychiatry (Edgmont), 4(5), 35.

Panthee, B., & Kritpracha, C. (2011). Anxiety and Quality of life in Patients with Myocardial Infarction. *Nurse Media Journal of Nursing, 1*(1), 105-115.

Parker, G. B., Hilton, T. M., Walsh, W. F., Owen, C. A., Heruc, G. A., Olley, A., . . . Hadzi-Pavlovic, D. (2008). Timing is everything: the onset of depression and acute coronary syndrome outcome. *Biological Psychiatry,* 64(8), 660-666.

Parker, G., Hyett, M., Walsh, W., Owen, C., Brotchie, H., & Hadzi-Pavlovic, D. (2011). Specificity of depression following an acute coronary syndrome to an adverse outcome extends over five years. *Psychiatry Research,* 185(3), 347-352.

Parkinson, C. R. L. (2014). Psychosocial predictors of cardiac rehabilitation outcome (Order No. 3632183). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (1566656082). Retrieved from https://search.proquest.com/docview/1566656082?accountid=15637

Peralta, A. M. S. (2015). Depression: It Matters! Depression: A Silent Culprit in Health and Disease, 3.

Petrie, K., & Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*, *6*(6),

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9th ed.). Philadephia: Lippincot Williama & Wilkins.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement, 1*(3), 385-40.

Reed, G. W., Rossi, J. E., & Cannon, C. P. (2017). Acute myocardial infarction. *The Lancet, 389*(10065), 197-210. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30677-8

Reddy, P., Dunbar, J. A., Janus, E., Wolff, A., Bunker, S., Morgan, M., & O'Neil, A. (2007). Identifying depression in patients following admission for acute coronary syndrome. *Australian Journal of Rural Health, 15*(2), 137-138. doi:10.1111/j.1440-1584.2007.00877.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Roberts, D. (2013). *Psychosocial Nursing Care : A Guide to Nursing the Whole Person*. Berkshire: McGraw-Hill Education.

Scholz, U., Doña, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. European journal of psychological assessment, 18(3), 242.

Sinaiko, H. W., & Brislin, R. W. (1973). Evaluating language translations: Experiments on three assessment methods. *Journal of Applied Psychology, 57*(3), 328.

Spertus, J. A., McDonell, M., Woodman, C. L., & Fihn, S. D. (2000). Association between depression and worse disease-specific functional status in outpatients with coronary artery disease. American heart journal, 140(1), 105-110.

Stafford, L., Berk, M., & Jackson, H. J. (2009). Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes? Journal of Psychosomatic Research, 66(3), 211-220.

Steca, P., Greco, A., Monzani, D., Politi, A., Gestra, R., Ferrari, G., ... & Parati, G. (2013). How does illness severity influence depression, health satisfaction and life satisfaction in patients with cardiovascular disease? The mediating role of illness perception and self-efficacy beliefs. Psychology & health, 28(7), 765-783.

Su, S.-F., Chang, M.-Y., & He, C.-P. (2018). Social Support, Unstable Angina, and Stroke as Predictors of Depression in Patients With Coronary Heart Disease. *Journal of Cardiovascular Nursing, 33*(2), 179-186.

Sullivan, M. D., LaCroix, A. Z., Russo, J., & Katon, W. J. (1998). Self-efficacy and self-reported functional status in coronary heart disease: a six-month prospective study. *Psychosomatic medicine, 60*(4), 473-478.

Snyder Halpern, R., & Verran, J. A. (1987). Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects. *Research in Nursing & Health,* 10(3), 155-163.

Taylor, C. B. (2010). Depression, heart rate related variables and cardiovascular disease. *International Journal of Psychophysiology, 78*(1), 80-88.

Throndike, R. M. (1978). *Correlation Procedures for research.* New York: Gardner Press.

Toljamo, M., & Hentinen, M. (2001). Adherence to self‐care and social support. *Journal of clinical nursing, 10*(5), 618-627.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Tran J, Norton R, Conrad N, Rahimian F, Canoy D, Nazarzadeh M, et al. Patterns and temporal trends of comorbidity among adult patients with incident cardiovascular disease in the UK between 2000 and 2014: A population-based cohort study. PLoS medicine. 2018;15(3):e1002513.

Tsay, S. L., & Chao, Y. F. C. (2002). Effects of perceived self-efficacy and functional status on depression in patients with chronic heart failure. *Journal of Nursing Research*, *10*(4), 271-278.

Van Melle, J. P., de Jonge, P., Ormel, J., Crijns, H. J., van Veldhuisen, D. J., Honig, A., . . . van den Berg, M. P. (2005). Relationship between left ventricular dysfunction and depression following myocardial infarction: data from the MIND-IT. *European heart journal, 26*(24), 2650-2656.

Vieweg, W. V. R., Julius, D. A., Fernandez, A., Wulsin, L. R., Mohanty, P. K., Beatty-Brooks, M., . . . Pandurangi, A. K. (2006). Treatment of Depression in Patients with Coronary Heart Disease. *The American Journal of Medicine, 119*(7) , 567- 573. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2006.02.037.

Wakefield, J. C., & Demazeux, S. (2016). *Sadness or Depression? [electronic resource] : International Perspectives on the Depression Epidemic and Its Meaning*: Dordrecht : Springer Netherlands : Imprint: Springer, 2016.

Wallander, M.-A., Johansson, S., Ruigómez, A., Rodríguez, L. A. G., & Jones, R. (2007). Morbidity associated with sleep disorders in primary care: a longitudinal cohort study. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry,* 9(5), 338.

Wattanakitkrileart, D. (2009). Psychosocial problems in patients with heart and lung disease and nursing care. J Nurs Sci Vol, 27(2).

Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. Psychology and health, 11(3), 431-445.

Weir, R. A., Martin, T. N., Murphy, C. A., Petrie, C. J., Clements, S., Steedman, T., . . . Wagner, G. S. (2010). Comparison of serial measurements of infarct size and left ventricular ejection fraction by contrast-enhanced cardiac magnetic resonance imaging and electrocardiographic QRS scoring in reperfused anterior ST-elevation myocardial infarction. *Journal of electrocardiology, 43*(3), 230-236.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Weiss-Faratci, N., Lurie, I., Neumark, Y., Malowany, M., Cohen, G., Benyamini, Y., . . . Gerber, Y. (2016). Perceived social support at different times after myocardial infarction and long-term mortality risk: a prospective cohort study. Annals of Epidemiology, 26(6), 424-428. doi:https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2016.03.005.

Westerlund, A., Bellocco, R., Sundström, J., Adami, H.-O., Åkerstedt, T., & Trolle Lagerros, Y. (2013). Sleep characteristics and cardiovascular events in a large Swedish cohort. European Journal of Epidemiology, 28(6), 463.

Wills, T. A., & Shinar, O. (2000). Measuring perceived and received social support. Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists, 86-135.

Wright, R. S., Anderson, J. L., Adams, C. D., Bridges, C. R., Casey, D. E., Ettinger, S. M., . . . Zidar, J. P. (2011). 2011 ACCF/AHA Focused Update Incorporated Into the ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non–ST-Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology, 57*(19), e215-e367. doi:https://doi.org/10.1016/j.jacc.2011.02.011

Yammine, L., Frazier, L., Padhye, N. S., Burg, M. M., & Meininger, J. C. (2014). Severe depressive symptoms are associated with elevated endothelin-1 in younger patients with acute coronary syndrome. *Journal of Psychosomatic Research,* 77(5), 430-434.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, *17*(1), 37-49.

Yuluğ, B., Ozan, E., Gönül, A. S., & Kilic, E. (2009). Brain-derived neurotrophic factor, stress and depression: a minireview. *Brain research bulletin*, *78*(6), 267-269.

Zhang X, Zhan Y, Liu J, Chai S, Xu L, Lei M, et al. Chinese translation and psychometric testing of the cardiac self-efficacy scale in patients with coronary heart disease in mainland China. Health and quality of life outcomes. 2018;16(1):43.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Zee, P. C., Badr, M. S., Kushida, C., Mullington, J. M., Pack, A. I., Parthasarathy, S., . . . Watson, N. F. (2014). Strategic opportunities in sleep and circadian research: report of the Joint Task Force of the Sleep Research Society and American Academy of Sleep Medicine. Sleep, 37(2), 219-227.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. Journal of personality assessment, 52(1), 30-41.

Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of general psychiatry*, *12*(1), 63-70.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ความเชี่ยวชาญและสังกัด
พ.ท. นพ. ปรมะ ปุรินทราภิบาล	หัวหน้าห้องปฏิบัติการสวนหัวใจและหลอดเลือด รพ. ค่ายวชิราวุธ จ. นครศรีธรรมราช (แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด)
ผศ. ดร. วันทนา ศรีมณีวงศ์กูล	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ. ดร. ดวงกมล วัตราดุลย์	ผู้อำนวยการศูนย์บริการทางการพยาบาล สถาบันพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย (ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลหัวใจและหลอดเลือด)
ผศ. ดร. รุ้งนภา ผาณิตรัตน์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลภาวะซึมเศร้า)
นางสาวพัชณี ร่มตาล	พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง รักษาราชการแทนรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล สถาบันโรคทรวงอก (ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลหัวใจและหลอดเลือด)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการทำวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ที่ ศธ 0512.11/ 1113

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายวชิราวุธ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย พันตรีหญิงเกื้อกูล โอหารวัฒน์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พันโท นายแพทย์ ปรมะ ปุรินทราภิบาล หัวหน้าห้องปฏิบัติการสวนหัวใจและหลอดเลือด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน พันโท นายแพทย์ ปรมะ ปุรินทราภิบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154
ชื่อนิสิต พันตรีหญิงเกื้อกูล โอหารวัฒน์ โทร. 08-3699-4173

ที่ ศธ 0512.11/ 1249

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

4 กรกฎาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย พันตรีหญิงเกื้อกูล โอหารวัฒน์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันทนา มณีศรีวงศ์กูล อาจารย์ประจำโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กูล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154
ชื่อนิสิต พันตรีหญิงเกื้อกูล โอหารวัฒน์ โทร. 08-3699-4173

ที่ ศธ 0512.11/ 1110

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิการบดีสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย พันตรีหญิงเกื้อกูล โอหารวัฒน์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงกมล วัตราตุลย์ ผู้อำนวยการศูนย์บริการการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล วัตราตุลย์
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154
ชื่อนิสิต พันตรีหญิงเกื้อกูล โอหารวัฒน์ โทร. 08-3699-4173

ที่ ศธ 0512.11/ ๑๑๐๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย พันตรีหญิงเกื้อกูล โอฬารวัฒน์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ้งนภา ผาณิตรัตน์ อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ้งนภา ผาณิตรัตน์
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154
ชื่อนิสิต พันตรีหญิงเกื้อกูล โอฬารวัฒน์ โทร. 08-3699-4173

ที่ ศธ 0512.11/ 1168

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย พันตรีหญิงเกื้อกูล โอหารวัฒน์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวพัชณี ร่มตาล รักษาราชการแทน รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวพัชณี ร่มตาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154
ชื่อนิสิต พันตรีหญิงเกื้อกูล โอหารวัฒน์ โทร. 08-3699-4173

ที่ ศธ 0512.11/ 1334

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 กรกฎาคม 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอานันทมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย พันตรีหญิง เกื้อกูล โอฬารวัฒน์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 90 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (ผู้วิจัยบันทึก) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามความแปรปรวนในการนอนหลับ ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ พันตรีหญิง เกื้อกูล โอฬารวัฒน์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
ชื่อนิสิต พันตรีหญิงเกื้อกูล โอฬารวัฒน์ โทร. 08-3699-4173

ที่ ศธ 0512.11/ 1335

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 กรกฎาคม 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย พันตรีหญิง เกื้อกูล โอฬารวัฒน์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 60 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (ผู้วิจัยบันทึก) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามความแปรปรวนในการนอนหลับ ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ พันตรีหญิง เกื้อกูล โอฬารวัฒน์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
ชื่อนิสิต พันตรีหญิงเกื้อกูล โอฬารวัฒน์ โทร. 08-3699-4173

FON-CU-THES511

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ 345
วันที่ 5 มิ.ย. 61
เวลา 13.45 น.
ผู้รับ

เรื่อง ขอหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดี

ข้าพเจ้า พันศรีหญิงเกื้อกูล โอฬารวัฒน์ รหัสประจำตัว 5977157936
นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน เอส. เค. อพาร์ทเม้นท์ ปทุมวัน 74 ถนน พระราม 1 ตำบล/แขวง รองเมือง อำเภอ/เขต ปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10330โทรศัพท์ 083-6994173 Email: mai_micky28@hotmail.com

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามความแปรปรวนในการนอนหลับ (General Sleep Disturbance Scale)
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยทำนายความแปรปรวนในการนอนหลับของผู้รอดชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ ดารา วงกวน
4. ปีของวิทยานิพนธ์ 2560

ลงนาม พันศรีหญิงเกื้อกูล โอฬารวัฒน์ ผู้ยื่นคำร้อง
(พันศรีหญิงเกื้อกูล โอฬารวัฒน์)
5 / มิถุนายน / 61

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ
สมควรดำเนินการได้	ยินยอม
ลงนาม (ผศ.ดร. ปิยพร ศุภชีวะกุล)	ลงนาม (ผศ.ดร. ปิยพร ศุภชีวะกุล)
5 / มิถุนายน / 61	5 / มิถุนายน / 61

5 มิ.ย. 61

อนุญาต
(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
5 / มิถุนายน / 61

David Linley Hare <david.hare@unimelb.edu.au>

พฤ 10/5/2018, 2:59

David Hare;

Sami Toukhsati

I think there might have been a Thai translation many years ago.

If not, you would need to translate and then get someone independent to do a back-translation from Thai to English again - to make sure the translation is ok - as has been done for a number of other languages.

I'll also cc Dr TOUKHSATI who might be able to help you in setting this up.

Copyright is generally waived for studies that have no formal funding.

BW

DLH

Professor David L Hare

University of Melbourne

Austin Health

PA: Heather Bussolaro

On 9 May 2018, at 5:42 am, เกื้อกูล โอฬารวัฒน์ <mai_micky28@hotmail.com> wrote:

My name is Major Kuakoon Olanwat. I am a nurse working at Intensive care unit (ICU) Anandhamahidol Hospital, Loburee, Thailand. Currenty, I am a full time student of master degree of nursing science program, Chulalongkorn University, Thailand and I am going to do research about Depression in acute coronary syndrome patient. The research name is "Selected factors related to depression in patient with acute coronary syndrome".

As I have reviewed literatures. I found that Cardiac depression scale (CDS) is very interesting. It could be and excellence measurement for my research. Therefore, I would like to ask authorized use of your measurement CDS for my research. Lastly, if you have any suggestion on my use please do not hesitate to inform me. Thank you very much

Sincerely yours,

Major. Kuakoon Olanwat
Faculty of nursing
Chulalongkorn
University, Thailand
E-mail:mai_micky28@
hotmail.com

Lee, Kathryn (SON) <Kathryn.Lee@ucsf.edu>

ส 19/5/2018, 4:11

I am very pleased to hear that you are working on this problem for your master's degree! It is very complex, and you are very ambitious to take this on.

You are welcome to use the General Sleep Disturbance Scale, and it asks about the past week but does not have items that are overlapping with depression. It is easy to score by hand if you want. If you are using SPSS, I am happy to send you the syntax for it if you expect a very large sample size! I am attaching the GSDS in English and Thai.

Best wishes for your research and Masters degree

Kathryn Lee, RN, PhD,CBSM

Professor Emerita

UCSF Family Health Care Nursing Box 0606

San Francisco CA 9414

From: เกื้อกูล โอฬารวัฒน์ <mai_micky28@hotmail.com>

Sent: Tuesday, May 15, 2018 10:07 AM

To: Lee, Kathryn (SON) <Kathryn.Lee@ucsf.edu>

Subject: Dear Dr. Kathryn.A. Lee. May I ask authorized use of your measurement General Sleep Disturbance Scale (GSDS)?

Dear Dr. Kathryn.A. Lee.

My name is Major Kuakoon Olanwat. I am a nurse working at Intensive care unit (ICU) Anandhamahidol Hospital, Loburee, Thailand. Currenty, I am a full time student of master degree of nursing science program, Chulalongkorn University, Thailand and I am going to do research about Depression in acute coronary syndrome patient. The research name is "Selected factors related to depression in patient with acute coronary syndrome".

As I have reviewed literatures. Sleep disturbance is one of variable which I study. I found that GSDS is very interesting. It could be and excellence measurement for my research. Therefore, I would like to ask authorized use of your measurement GSDS for my research. Lastly, If you have any suggestion on my use please do not hesitate to inform me. Thank you very much

Sincerely yours,

Major. Kuakoon Olanwat

Faculty of nursing, Chulalongkorn University, Thailand

Elizabeth Broadbent <e.broadbent@auckland.ac.nz>

ศ. 16/3/2018, 3:18

Yes you may use it for your thesis

Regards

Elizabeth Broadbent

Associate Professor in Health Psychology

Faculty of Medical and Health Sciences

The University of Auckland

New Zealand

e.broadbent@auckland.ac.nz

google scholar

On 15/03/2018, at 4:47 PM, เกื้อกูล โอหารวัฒน์ <mai_micky28@hotmail.com> wrote:

Dear Elizabeth Broadbent

My name is Major Kuakoon Olanwat. I am a nurse working at Intensive care unit (ICU) Anandhamahidol Hospital, Loburee, Thailand. Currenty, I am a full time student of master degree of nursing science program, Chulalongkorn University, Thailand and I am going to do research about illness perception in acute coronary syndrome patient. The research name is Selected factors related to depression in patient with acute coronary syndrome.

As I have reviewed literatures on Illness perception in Self regulatory model, Leventhal Narez and Steele., 1984. I discussed with my advisor, Assistant Dr. Chanokporn Jitapanya, I found that The Brief Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ) is very interesting. It could be, and excellence measurement for my research.

Therefore, I would like to ask authorized use of your measurement (Brief-IPQ) for my research. Lastly, If u have any suggestion on my use please do not hesitate to inform me. Thank you very much.

Sincerely yours,

Major. Kuakoon Olanwat

Faculty of nursing, Chulalongkorn University

E-mail: mai_micky28@hotmail.co

Mark Sullivan <sullimar@uw.edu>

ศ. 30/3/2018, 11:19

You may use our scale as long as you send us any translations that you make if it and cite our original paper:

Sullivan MD, LaCroix AZ, Russo J, Katon WJ. Self-efficacy and self-reported

functional status in coronary heart disease: a six-month prospective study.

Psychosom Med. 1998 Jul-Aug;60(4):473-8. PubMed PMID: 9710293

Mark D. Sullivan, MD, PhD

Professor, Psychiatry and Behavioral Sciences

Adjunct Professor, Anesthesiology and Pain Medicine, Bioethics and Humanities

University of Washington

Seattle, WA 98195

Phone: (206) 685-3184

Fax: (206) 221-5414

sullimar@uw.edu

From: เกื้อกูล โอฬารวัฒน์ <mai_micky28@hotmail.com>

Sent: Thursday, March 29, 2018 7:49:42 PM

To: Mark Sullivan

Cc: เกื้อกูล โอฬารวัฒน์

Subject: Dear Mark D. Sullivan M.D., Ph.D. May I ask for autholized use for Cardiac self efficacy measurement, please?

My name is Major. Kuakoon Olanwat, R.N. I am a nurse working in the Intensive care unit (ICU) at Anadhamahidol Hospital in Lopburee, Thailand. Currently I am a full time student seeking in my master degree of nursing science program at Chulalongkorn University, Thailand, and I am going to do research about Self - efficacy in patient with acute coronary syndrome. The research name is Selected factors related to depression in patients with acute coronary syndrome. As I have reviewed literatures on Bandura , 1997 Theory about Self efficacy . I discussed with my advisor, Assistant Dr. Chanokporn Jitpanya, I found that Cardiac Self efficacy questionnaire that was developed by yours is very interesting. It could be excellence measurement for my research

Therefore, may I please ask for authorized used of your measurement, (CSE) for my research. Lastly, if u have any questions or suggestions on my usage please do not hesitate to inform me. Thank you very much.

Sincerely yours,

Major. Kuakoon Olanwat

Faculty of nursing, Chulalongkorn University

Outi Kähkönen <outi.kahkonen@uef.fi>
ท 14/3/2018, 23:03

Dear Major. Kuakoon Olanwat,

I am sorry for my delayed reply. You have my consent to use the SSCHD instrument with marking reference and copyrigh O.Kähkönen et al. 2017. The problem is that SSCHD instrument is in Finnish, but in the article you can see the dimenssionsl and items of the instrument.

Every item 1 yo 7 was formated "I have received information Regarding ....). Items 8, 10,11, 13 were formatted " I have receivedsupport ". Item Importance to Next of Kin was formatted " I feel myself important to my next of kin '. Item "Opportunity to askhealthcare professionals about the issues of concern "was formatted" I have had a possibilitye to ask about the issues of concern" These items were formatted using a 5-point Likert scale, ranging from 'definitely disagree' (1) to 'definitely agree' (5). The mean sum variables were coded in two categories. Those with a range lower than 3-00 (1 = totally disagree, 2 = partially disagree and 3 = cannn say) were combined and assigned the value 1, which indicates a low level of social support. Values ranging from 3-01–5-0 (4 = partially agree and 5 = totally agree) were combined and recoded with the value 2, which represented a high level of social support.

Sincerely

Outi Kähkönen

University Teacher, PhD

Faculty of Health Sciences

University of Eastern Finland

Department of Nursing Science

University of Eastern Finland

Lähettäjä: เกื้อกูล โอหารวัฒน์ <mai_micky28@hotmail.com>

Lähetetty: 7. maaliskuuta 2018 4:51:33

Vastaanottaja: Outi Kähkönen

Kopio: เกื้อกูล โอหารวัฒน์

Aihe: Dear Outi Kahkonen May I please ask for authorized use for your measurement?

Dear Outi Kahkonen

My name is Major. Kuakoon Olanwat, R.N. I am a nurse working in the Intensive care unit (ICU) at Anadhamahidol Hospital in Lopburee, Thailand. Currently I am a full time student seeking in my master degree of nursing science program at Chulalongkorn University, Thailand, and I am going to do research about perceived social support in acute coronary syndrome. The research name is Relationships between Illness perception Social support Self-efficacy Sleep disturbance Left ventricular ejection fraction and Depression in patient with acute coronary syndrome.

As I have reviewed literatures on perceived social support in Cohen and wills s theory (1985). I discussed with my advisor, Assistant Dr. Chanokporn Jitpanya, I found that The Social Support of People with Coronary Heart Disease Instrument (SSCHD) that was developed by yours is very interesting. It could be excellence measurement for my research.

Therefore, may I please ask for authorized used of your measurement, (SSCHD) for my research. Lastly, If u have any questions or suggestions on my usage please do not hesitate to informt me. Thank you very much.

Sincerely yours,

Major. Kuakoon Olanwat

Faculty of nursing, Chulalongkorn University

E-mail: mai_micky28@hotmail.com

ภาคผนวก ค

เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

18 ถนนเทศบาล 4
อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี

โทรศัพท์ 036-343500
โทรสาร 036-211624

เอกสารรับรองโครงการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี

เลขที่ 152/2018

ชื่อโครงการภาษาไทย	:	ปัจจัยศักสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
รหัสโครงการ	:	EC178/02/2018
หัวหน้าโครงการ	:	พันตรีหญิงเกื้อกูล โอฬารวัฒน์
สถานที่ทำวิจัย	:	โรงพยาบาลสระบุรี

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. แบบสอบถาม
4. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง	:	7 สิงหาคม 2561
วันหมดอายุ	:	7 สิงหาคม 2562

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลังจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ *Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines และ The International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)*

ลงนาม ..... 07 ส.ค. 2561
(นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ วิชโรทน)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
วันที่

ลงนาม ..... 07 ส.ค. 2561
(นายแพทย์อนันต์ กมลเนตร)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี
วันที่

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลสระบุรี ฉบับที่๒

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ
สำนักงานบรรณ
เลขที่หนังสือรับ 2100
วันที่ 30 ส.ค. 61
เวลา 8.26 น.

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-3202
ที่ จว 920 /2561 **วันที่** 27 สิงหาคม 2561
เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแจ้งผ่านการรับรองผลการพิจารณา

ตามที่นิสิต/บุคลากรในสังกัดของท่านได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น ในการนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลักได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ ดังนี้

โครงการวิจัยที่ 156.1/61 เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME) **ของ พันตรีหญิงเกื้อกูล โอหารวัฒน์**

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

AF 01-12

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 202/2561

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 156.1/61 : ปัจจัยตัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผู้วิจัยหลัก : พันศรีหญิงกี้กฤล โลหาวัฒน์

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทัศนประดิษฐ)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 27 สิงหาคม 2561 **วันหมดอายุ** : 26 สิงหาคม 2562

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

1) โครงการวิจัย
2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
3) ผู้วิจัย
4) แบบสอบถาม

เลขที่โครงการวิจัย 156.1/61
วันที่รับรอง 27 ธ.ค. 2561
วันหมดอายุ 26 ธ.ค. 2562

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการตัดสินใจชั่วคราว หากดำเนินการกับข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) **เฉพาะที่ประทับตรวจคณะกรรมการเท่านั้น**
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ใดๆ ในสถานที่ทำข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ได้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และรายงานต่อคณะกรรมการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อคณะกรรมการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

AF 02-12

The Research Ethics Review Committee for Research Involving Human Research Participants, Health Sciences Group, Chulalongkorn University
Jamjuree 1 Building, 2nd Floor, Phyathai Rd., Patumwan district, Bangkok 10330, Thailand,
Tel/Fax: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 202/2018

Certificate of Approval

Study Title No. 156.1/61 : SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Principal Investigator : MAJOR. KUAKOON OLANWAT

Place of Proposed Study/Institution : Faculty of Nursing,
Chulalongkorn University

The Research Ethics Review Committee for Research Involving Human Research Participants, Health Sciences Group, Chulalongkorn University, Thailand, has approved constituted in accordance with the International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP).

Signature: ..... Signature: .....

(Associate Professor Prida Tasanapradit, M.D.) Chairman

(Assistant Professor Nuntaree Chaichanawongsaroj, Ph.D.) Secretary

Date of Approval : 27 August 2018 Approval Expire date : 26 August 2019

The approval documents including

1) Research proposal
2) Patient/Participant Information Sheet and Informed Consent Form
3) Researcher
4) Questionnaire

Protocol No. 156.1/61
Date of Approval 27 AUG 2018
Approval Expire Date 26 AUG 2019

The approved investigator must comply with the following conditions:

1. *The research/project activities must end on the approval expired date of the Research Ethics Review Committee for Research Involving Human Research Participants, Health Sciences Group, Chulalongkorn University (RECCU). In case the research/project is unable to complete within that date, the project extension can be applied one month prior to the RECCU approval expired date.*
2. *Strictly conduct the research/project activities as written in the proposal.*
3. *Using only the documents that bearing the RECCU's seal of approval with the subjects/volunteers (including subject information sheet, consent form, invitation letter for project/research participation (if available).*
4. *Report to the RECCU for any serious adverse events within 5 working days*
5. *Report to the RECCU for any change of the research/project activities prior to conduct the activities.*
6. *Final report (AF 03-12) and abstract is required for a one year (or less) research/project and report within 30 days after the completion of the research/project. For thesis, abstract is required and report within 30 days after the completion of the research/project.*
7. *Annual progress report is needed for a two- year (or more) research/project and submit the progress report before the expire date of certificate. After the completion of the research/project processes as No. 6.*

AF 04-07

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ชื่อผู้วิจัย พันตรีหญิงเกื้อกูล โอฬารวัฒน์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน): หออภิบาลผู้ป่วย ตึกกัลยาณิวัฒนา โรงพยาบาลอานันทมหิดล ต. เขาสามยอด อ. เมือง จ. ลพบุรี 15000 เบอร์โทรศัพท์ 036 – 785912
(ที่บ้าน): 139 ม.1 ต. จระเข้ร้อง อ. ไชโย จ. อ่างทอง 14140
เบอร์โทรศัพท์มือถือ 083 – 6994173 Email: mai_micky28@hotmail.com

เลขที่โครงการวิจัย 156.1/61
วันที่รับรอง 27 ส.ค. 2561
วันหมดอายุ 26 ส.ค. 2562

1. **ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย** ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ ท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. **โครงการนี้เป็นการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน** ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ

3. **รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**

3.1 ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลที่มีคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ณ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เขตภาคกลาง 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลอานันทมหิดล และโรงพยาบาลสระบุรี โดยมี**คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า** คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างน้อย 1 เดือน – 2 ปี *2) อายุ 20 – 59 ปี 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือมีความเสี่ยงสูง ระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ 4) ไม่มีประวัติป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ไม่มีความผิดปกติทางระบบประสาท ไม่มีความบกพร่องเกี่ยวกับกระบวนการรับรู้ ความจำหรือการใช้ความคิด ได้แก่ ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม, ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ 5) ไม่มีประวัติการใช้ยาลดภาวะซึมเศร้า และยานอนหลับ* สื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็นและการได้ยิน การรับรู้สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถตอบแบบสอบถามได้เองหรือตอบคำถามที่ผู้วิจัยซักถามได้ **เกณฑ์การคัดออกจากการเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย** ได้แก่ *ผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงทางด้านร่างกายไม่คงที่ เช่น เจ็บหน้าอก หน้ามืด ใจสั่น เป็นลม หายใจเหนื่อยหอบ ขณะเก็บข้อมูลจนต้องได้รับการรักษา*

3.2 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีจำนวนทั้งหมด 120 คน

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงจากโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เขตภาคกลาง ที่มีแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก และมีคลินิกหัวใจและหลอดเลือด ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ข้างต้น โดยผู้วิจัยแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก *คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของแต่ละโรงพยาบาล ตามสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ โรงพยาบาลอานันทมหิดล จำนวน 65 คน และโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 55 คน*

4. **กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**

4.1 ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามโดยตรงกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 – 45 นาที แบบสอบถามทั้งหมด 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล *จำนวน 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นผู้บันทึก ได้แก่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ การรักษาที่ได้รับ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นแบบข้อความให้เลือกตอบ สำหรับ อายุและรายได้ ให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเขียนคำตอบลงในช่องว่าง ตอนที่ 2 ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก เป็นแบบเติมคำลงในช่องว่างโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและจากการสัมภาษณ์ ได้แก่ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว / โรคร่วม การวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย และยารักษากลุ่มอาการ*

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคร่วมที่ใช้ในปัจจุบัน ส่วนที่ 2 แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (ผู้วิจัยบันทึก) จำนวน 1 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 26 ข้อ เป็นแบบให้เลือกคำตอบ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย จำนวน 9 ข้อ โดย เป็นแบบให้เลือกคำตอบ จำนวน 8 ข้อ และเป็นคำถามปลายเปิดให้เติมคำตอบ จำนวน 1 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบให้เลือกคำตอบ ส่วนที่ 6 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบให้เลือกคำตอบ และส่วนที่ 7 แบบสอบถามความแปรปรวนการนอนหลับ จำนวน 21 ข้อ เป็นแบบให้เลือกคำตอบ

4.2 ผู้วิจัยขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและผู้มีส่วนร่วมวิจัยในการวิจัยเพื่อขอดูข้อมูลในเวชระเบียน *เพื่อเป็นการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้า*

4.3 *ผู้วิจัยจะพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้าพบแพทย์เพื่อรับการตรวจ โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลทีละคนและจัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้ป่วยอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกับแผนกคลินิกตรวจโรคผู้ป่วยนอก มีโต๊ะ เก้าอี้ ให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนั่งตอบแบบสอบถาม*

5. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

5.1 ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยตรงกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยจะอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของงานวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียดและครบถ้วน หลังจากนั้นผู้วิจัยจะขอให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยลงนามแสดงความยินยอมในการอนุญาตให้ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน*ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการคัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้า*และการตอบแบบสอบถาม

5.2 ถ้าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอ่านออก และเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยจะให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นตอบแบบสอบถามเอง แต่ถ้าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะอธิบายถึงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจะให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแสดงความยินยอมโดยการพิมพ์ลายนิ้วมือและมีพยานซึ่งเป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยลงนามยินยอมด้วย ในการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตัดสินใจเลือกข้อคำตอบด้วยตนเองโดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกคำตอบให้

6. ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยได้คัดกรอง ดังนี้

หลังจากได้รับการอนุมัติจากผู้วิจัยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เขตภาคกลาง ผู้วิจัยได้คัดกรองจากผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเข้าร่วมงานวิจัย*ตามเกณฑ์คัดเข้า* หากพบว่าผู้นั้นไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า และอยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือหรือควรได้รับคำแนะนำ ผู้วิจัยจะให้ความช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำรวมทั้งอธิบายว่าเหตุใดผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนั้นไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดไว้และกำลังอยู่ในภาวะที่สมควรได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน/ แนะนำ ผู้วิจัยจะดำเนินการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและประสานงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อให้ท่านได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม

7. การใช้เวชระเบียน

การใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน*เพื่อการคัดกรอง*ต้องได้รับการอนุมัติจากผู้มีอำนาจหน้าที่ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและการยินยอมจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

8. ความเสี่ยงจากการวิจัย

*ผู้วิจัยคาดว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย*จะมีความเสี่ยงอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากเป็นการตอบแบบสอบถามและการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนเท่านั้น แต่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอาจจะเสียเวลาหรือเกิดความเครียดจากข้อความบางส่วนในแบบสอบถามได้ ดังนั้น ในขณะดูแบบสอบถามหากพบว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความผิดปกติเกิดขึ้น ผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้แล้ว

เลขที่โครงการวิจัย 156-1/61
วันที่รับรอง 27 ธ.ค. 2561
วันหมดอายุ 26 ธ.ค. 2562

8.1 กรณีเกิดอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย ผู้วิจัยให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยยุติการตอบแบบประเมินทันทีและนำส่งพบแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

8.2 กรณีเกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยระบายความรู้สึก และความต้องการโดยให้ความมั่นใจในการปกปิดความลับของข้อมูลเหล่านั้น หากพบว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสภาวะวิกฤติทางด้านจิตใจและอารมณ์มาก ผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานกับพยาบาลในแผนกนั้นให้การช่วยเหลือต่อไป

9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในการเข้าร่วมการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการวิจัยนี้ แต่ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ทางวิชาการ คือ *เพิ่มองค์ความรู้ทางวิชาการให้กับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อพัฒนาการดูแลรักษาและการจัดการภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังจากเกิดโรคหัวใจให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น*

10. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ รวมทั้งไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาที่พึงจะได้รับ

11. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมในระหว่างการตอบแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

12.ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมไม่อ้างอิงถึงผู้เข้าร่วมในการวิจัย *และเอกสารจะถูกทำลายด้วยเครื่องทำลายเอกสารหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย*

13. งานวิจัยเรื่องนี้ผู้มีส่วนร่วมการวิจัย*จะไม่ได้รับค่าชดเชยเสียเวลา*

14. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลไว้ในเอกสารชี้แจงผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

เลขที่โครงการวิจัย 158.1/61
วันที่รับรอง 27 ธ.ค. 2561
วันหมดอายุ 26 ธ.ค. 2562

AF05-07

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ชื่อผู้วิจัย พันตรีหญิงเกื้อกูล โอหารวัฒน์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

แขนงวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

ที่ทำงาน: หออภิบาลผู้ป่วย ตึกกัลยานิวัฒนา โรงพยาบาลอานันทมหิดล ต. เขาสามยอด อ. เมือง จ. ลพบุรี 15000 โทรศัพท์ 036 – 785912

ที่บ้าน: 139 ม.1 ต. จรเข้ร้อง อ. ไชโย จ. อ่างทอง 14140

โทรศัพท์มือถือ: 083 – 6994173 Email: mai_micky28@hotmail.com

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

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนของข้าพเจ้า และยินยอมตอบแบบสอบถามทั้งหมด 7 ส่วน คือ การตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (ผู้วิจัยบันทึก) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามความแปรปรวนการนอนหลับ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30– 45 นาที จำนวน 1 ครั้ง *เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะต้องถูกทำลายทันที*

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล**ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุถึงตัวข้าพเจ้า

เลขที่โครงการวิจัย 158.1/61

วันที่รับรอง 27 มิ.ย. 2561

วันหมดอายุ 26 มิ.ย. 2562

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ห้อง 211 ถ.พญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กทม. 10330 โทรศัพท์ : 0 – 2218 – 3202 E-mail : eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ .....
(.....)
ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ .....
(.....)
พยาน

เลขที่โครงการวิจัย 156.1/61
วันที่รับรอง 27 ธ.ค. 2561
วันหมดอายุ 26 ธ.ค. 2562

เครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามสำหรับงานวิจัยเรื่อง

"ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน"

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถาม โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนของแบบสอบถามและตอบคำถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 7 ตอน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 14 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (ผู้วิจัยบันทึก)	จำนวน 1 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	จำนวน 26 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 14 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน	จำนวน 13 ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความแปรปรวนในการนอนหลับ	จำนวน 21 ข้อ

156.1/61
วันที่รับรอง 27 ส.ค. 2561
วันหมดอายุ 26 ส.ค. 2562

เครื่องมือวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กรอกข้อมูล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1–7 และส่วนของผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8–10 โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ โดยให้ท่านเติมคำตอบหรือทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องสี่เหลี่ยม (☐) ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ผู้เข้าร่วมวิจัย.....

ส่วนของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กรอกข้อมูล

1. เพศ
   - ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ ..... ปี (เต็ม)
3. ☐ รายได้ .....บาท/เดือน
   - ☐ ไม่มีรายได้ ท่านได้รับเงินใช้จ่ายประจำเดือน จากใคร.....จำนวน.....บาท
4. สถานภาพสมรส
   - ☐ โสด ☐ สมรส
   - ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง
   - ☐ แยกกันอยู่
5. ศาสนา
   - ☐ พุทธ ☐ คริสต์
   - ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ.....
6. ระดับการศึกษา
   - ☐ ไม่ได้ศึกษา
   - ☐ ระดับประถมศึกษา
   - ☐ ระดับ ปวส. / ปวช. / อนุปริญญา
   - ☐ ระดับปริญญาโท
   - ☐ ระดับสูงกว่าปริญญาเอก
   - ☐ ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา
   - ☐ ระดับมัธยมศึกษา
   - ☐ ระดับปริญญาตรี
   - ☐ ระดับปริญญาเอก

เลขที่โครงการวิจัย 156.1/61
วันที่รับรอง 27 ธ.ค. 2561
วันหมดอายุ 26 ธ.ค. 2562

7. อาชีพ

☐ ไม่ได้ทำงาน ☐ รับจ้าง

☐ ค้าขาย ☐ เกษตรกร

☐ รับราชการ ☐ พนักงานบริษัท

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

8. ท่านได้รับการนัดหมายจากแพทย์เพื่อทำการรักษาอื่นๆ เพิ่มเติมหรือไม่ เช่น นัดทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ หรือ นัดทำการผ่าตัด

☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ.....

9. โรคประจำตัว/ โรคร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ เบาหวาน ☐ ความดันโลหิตสูง

☐ ไขมันในเลือดสูง ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

10. พฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

☐ ดื่มสุรา ระยะเวลา.....ปี ปริมาณ.....มวน/ของ ต่อวัน

☐ สูบบุหรี่ ระยะเวลา.....ปี ปริมาณ.....มวน/ของ ต่อวัน

☐ อาหารที่มีไขมันสูง, อาหารทอด

☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

เลขที่โครงการวิจัย 156.1/61
วันที่รับรอง 27 ส.ค. 2561
วันหมดอายุ 26 ส.ค. 2562

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (ผู้วิจัยบันทึกจากเวชระเบียน)

ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ เท่ากับ.....

วัน/ เดือน/ ปี ที่ตรวจ.....

เลขที่โครงการวิจัย 158.1/61

วันที่รับรอง 27 มี.ค. 2561

วันหมดอายุ 26 มี.ค. 2562

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

<u>คำชี้แจง</u> แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 26 ข้อ ข้อความ ด้านข้างของแต่ละประโยคมีตัวเลขบอกระดับ 1 ถึง 7 ให้ท่านระบุว่า เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากน้อยเพียงใด โปรดทำเครื่องหมายวงกลม (O) ล้อมรอบตัวเลขโปรดตอบข้อความด้านล่างนี้โดยยึดจากความรู้สึกของท่านในปัจจุบัน แบบประเมินนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด โปรดตอบให้ครบทั้ง 26 ข้อ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 2 3 4 5 6 7 เห็นด้วยอย่างยิ่ง

มาตรวัดภาวะซึมเศร้าอันเกี่ยวเนื่องกับโรคหัวใจ	
1. ฉันละทิ้งกิจกรรมต่างๆที่เคยทำมา	1 2 3 4 5 6 7 ไม่ได้ทิ้งกิจกรรมใดเลย ยกเลิกกิจกรรมทั้งหมด
2. ฉันมีสมาธิดีเหมือนเมื่อก่อน	1 2 3 4 5 6 7 สมาธิแย่มาก สมาธิดีมาก
3. ฉันรู้สึกไม่ค่อยอยากทำอะไรมากนัก	1 2 3 4 5 6 7 กระตือรือร้นที่จะทำ ไม่อยากทำ
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
26. ฉันกังวลว่าไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้	1 2 3 4 5 6 7 ไม่กังวลเลย กังวลมาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้ประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหัวใจ กรุณาทำเครื่องหมายวงกลม (◯) ล้อมรอบตัวเลขที่แสดงถึงการรับรู้ของท่านเกี่ยวกับโรคหัวใจ

1. การเจ็บป่วยของท่านมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่านมากน้อยเพียงใด 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่กระทบเลย กระทบต่อชีวิตอย่างมาก
2. ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยของท่านจะดำเนินไปอีกนานเท่าใด 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 อีกแค่ช่วงสั้นๆ ตลอดไป
.....
.....
.....
.....
8. การเจ็บป่วยของท่านกระทบต่ออารมณ์ของท่านมากน้อยเพียงใด (ตัวอย่างเช่น การเจ็บป่วยทำให้ท่านโกรธ หวาดกลัว กังวล หรือซึมเศร้าหรือไม่) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่กระทบต่ออารมณ์เลย กระทบต่ออารมณ์เป็นอย่างมาก

9. ท่านคิดว่าสาเหตุสำคัญที่สุด 3 ประการ ที่ทำให้ท่านเจ็บป่วยคืออะไร โปรดกรอกคำตอบในบรรทัดด้านล่าง โดยเรียงลำดับตามความสำคัญจาก 1–3

1. .....
2. .....
3. .....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

<u>คำชี้แจง</u> แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ ข้อความแต่ละข้อจะสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ของท่านในปัจจุบัน โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องที่ตรงกับคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถามในแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมฉบับนี้ มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ตามเกณฑ์ ดังนี้

1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

2 = ไม่เห็นด้วย หมายถึง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงเล็กน้อย

3 = เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง

4 = เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อความ	(5) เห็นด้วยอย่างยิ่ง	(4) เห็นด้วย	(3) เห็นด้วยปานกลาง	(2) ไม่เห็นด้วย	(1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ					
2. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของตนเอง					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
14. ฉันรู้สึกว่าบุคลากรทางการแพทย์ใส่ใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ โดย แต่ละข้อคำถามจะสอบถามเกี่ยวกับความมั่นในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆของท่านในปัจจุบัน โปรดทำเครื่องหมายวงกลม (◯) ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกลับความเป็นจริงว่าท่านมั่นใจมากน้อยแค่ไหน ในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมในข้อคำถามนั้นๆ

ข้อคำถามในแบบสอบถามชุดนี้ มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ตามเกณฑ์ดังนี้

0 =	ไม่มั่นใจ	หมายถึง ท่านไม่มั่นใจเลยว่าจะสามารถกระทำได้
1 =	มั่นใจเล็กน้อย	หมายถึง ท่านมั่นใจเล็กน้อยว่าจะสามารถกระทำได้
2 =	มั่นใจปานกลาง	หมายถึง ท่านมั่นใจปานกลางว่าจะสามารถกระทำได้
3 =	มั่นใจมาก	หมายถึง ท่านมั่นใจมากว่าจะสามารถกระทำได้
4 =	มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง ท่านมั่นใจมากที่สุดว่าจะสามารถกระทำได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ระดับความมั่นใจ	ไม่มั่นใจเลย	มั่นใจบ้าง	มั่นใจปานกลาง	มั่นใจมาก	มั่นใจมากที่สุด
1. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถควบคุมอาการเจ็บหน้าอกได้เองด้วยการปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่ทำ	0	1	2	3	4
2. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถควบคุมอาการหายใจติดขัดได้เองด้วยการปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่ทำ	0	1	2	3	4
.....	.....				
.....	.....				
.....	.....				
.....	.....				
.....	.....				
13. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถออกกำลังกายแบบแอโรบิคได้ (ออกกำลังจนเหงื่อออกและอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น)	0	1	2	3	4

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความแปรปรวนในการนอนหลับ

<u>คำชี้แจง</u> สิ่งต่อไปนี้เกิดขึ้นกับท่านบ่อยครั้งเพียงใดในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา โปรดเขียนเครื่องหมายกากบาท (X) ทับตัว เลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ไม่เคยเลย ทุกวัน
1. นอนหลับยาก	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
2. ตื่นระหว่างนอนหลับไปแล้ว	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
21. ใช้ยาแก้ปวดเพื่อช่วยให้หลับ	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ง
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 12 ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.894	26

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Depression1	71.0583	634.761	.383	.893
cds_2	71.0750	640.658	.403	.892
Depression3	70.8417	641.899	.341	.893
cds_4	71.6417	653.274	.365	.895
Depression5	70.6167	609.180	.611	.887
Depression6	69.8583	635.803	.369	.893
Depression7	70.5750	620.818	.495	.890
Depression8	71.0833	613.489	.631	.887
Depression9	70.0833	625.859	.437	.891
Depression10	70.3500	606.582	.627	.886
Depression11	72.0167	635.932	.434	.891
cds_12	71.9917	649.639	.349	.893
Depression13	71.1417	618.560	.525	.889
Depression14	71.7667	621.172	.578	.888
cds_15	71.1917	658.913	.373	.897
Depression16	71.2083	624.116	.619	.888
Depression17	70.7833	613.919	.612	.887
Depression18	71.2250	614.932	.617	.887
cds_19	71.8917	656.333	.286	.894
cds_20	71.5833	654.178	.283	.894
Depression21	71.6583	622.059	.557	.888
Depression22	70.2417	619.042	.529	.889
cds_23	72.0250	646.630	.413	.892
Depression24	71.6000	620.982	.579	.888
Depression25	70.6500	615.271	.585	.888

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items

Depression26	71.8417	642.218	.393	.892

ตารางที่ 13 ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.709	8

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Illness P1	24.0583	112.879	.630	.622
Illness P2	20.8833	160.457	.352	.772
ip_3	25.8750	139.707	.351	.691
ip_4	27.1167	149.532	.316	.699
Illness P5	24.4333	118.769	.582	.638
Illness P6	24.3167	106.218	.674	.606
ip_7	26.4417	149.173	.316	.713
Illness P8	24.6833	115.664	.528	.649

ตารางที่ 14 ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.918	14

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Social support1	52.6250	83.446	.709	.909
Social support2	52.7583	85.126	.654	.911
Social support3	52.4000	86.477	.690	.911
Social support4	52.5750	83.305	.723	.909
Social support5	52.5917	82.529	.779	.907
Social support6	52.6667	82.762	.705	.910
Social support7	52.6667	82.476	.749	.908
Social support8	52.1750	88.297	.611	.913
Social support9	52.3667	86.520	.613	.913
Social support10	52.6500	86.650	.559	.915
Social support11	53.0167	87.798	.390	.923
Social support12	52.5583	87.677	.585	.914
Social support13	52.4167	87.388	.620	.913
Social support14	52.3333	87.451	.618	.913

ตารางที่ 15 ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.810	13

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Self efficacy1	33.1333	66.385	.661	.879
Self efficacy2	33.1000	66.276	.624	.881
Self efficacy3	32.9250	68.927	.508	.887
Self efficacy4	32.9750	68.142	.545	.885
Self efficacy5	32.5500	68.166	.622	.882
Self efficacy6	32.5250	69.159	.644	.882
Self efficacy7	32.3750	68.539	.662	.881
Self efficacy8	32.9750	65.319	.698	.877
Self efficacy9	32.6917	66.383	.715	.877
Self efficacy10	32.6750	67.683	.640	.881
Self efficacy11	32.8167	67.899	.594	.883
Self efficacy12	33.9250	72.372	.205	.907
Self efficacy13	33.2333	64.752	.679	.878

ตารางที่ 16 ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามความแปรปรวนการนอนหลับ

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.877	21

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Sleep1	39.5083	454.487	.555	.869
Sleep2	39.1583	447.445	.618	.866
Sleep3	39.0500	440.737	.608	.867
sd_4	39.9667	486.469	.288	.877
Sleep5	39.2083	439.460	.705	.863
Sleep6	38.7917	449.040	.623	.866
Sleep7	39.9083	445.647	.687	.864
Sleep8	40.2333	452.601	.683	.865
Sleep9	39.5583	446.803	.698	.864
sd_10	40.1083	492.282	.202	.881
sd_11	39.9083	485.210	.318	.876
Sleep12	39.9083	472.924	.425	.873
Sleep13	39.7917	451.746	.634	.866
Sleep14	39.5083	474.017	.391	.875
Sleep15	40.0000	460.403	.566	.869
Sleep16	41.7667	504.954	.397	.878

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Sleep17	41.8167	504.454	.213	.878
Sleep18	41.7917	501.292	.292	.877
Sleep19	41.7583	501.630	.398	.877
Sleep20	40.5750	477.339	.301	.879
Sleep21	41.5167	487.529	.402	.874

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ

Statistics

Ejection fraction

N	Valid	120
	Missing	0
Mean		50.8167
Median		53.5000
Std. Deviation		15.10801
Variance		228.252
Minimum		10.00
Maximum		80.00

รณ์มหาวิทยาลัย
GKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะซึมเศร้าจำแนกรายข้อ

ข้อความ	Mean	SD
1. ฉันละทิ้งกิจกรรมต่างๆที่เคยทำมา	2.94	2.07
2. ฉันมีสมาธิดีเหมือนเมื่อก่อน	5.07	1.74
3. ฉันรู้สึกไม่ค่อยอยากทำอะไรมากนัก	3.15	1.94
4. ชีวิตในปัจจุบันของฉันมีความสุขดี	2.35	1.69
5. ฉันกังวลกับสุขภาพของตนเองที่เอาแน่เอานอนไม่ได้	3.38	2.16
6. ฉันอาจไม่หายดี 100 เปอร์เซ็นต์	4.14	2.09
7. ฉันนอนไม่หลับและรู้สึกกังวล	3.42	2.15
8. ฉันรู้สึกเหมือนไม่ใช่คนเดิมที่เคยเป็น	2.91	1.97
9. ฉันตื่นขึ้นมาตอนเช้ามืดและกลับไปนอนต่อไม่ได้	3.91	2.13
10. ฉันรู้สึกเหมือนชีวิตฉันแขวนอยู่บนเส้นด้าย	3.65	2.19
11. ความตายคือทางออกที่ดีที่สุดของฉัน	1.98	1.82
12. ฉันรู้สึกมีกำลังใจที่ดี	2.00	1.53
13. ฉันกังวลว่าอาจเสียชีวิตโดยฉับพลัน	2.85	2.14
14. อนาคตของฉันมีแต่ความมืดมน	2.23	1.89
15. ฉันคิดได้รวดเร็วและตื่นตัวอยู่เสมอ	2.80	1.88
16. ฉันทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จได้ยาก	2.79	1.68
17. ปัญหาของฉันไม่มีที่สิ้นสุด	3.21	2.01
18. มีเรื่องน่าเสียใจในชีวิตของฉัน ที่รบกวนฉัน	2.77	1.97
19. ฉันทำงานอดิเรกอย่างมีความสุขเหมือนที่เคยทำมา	2.10	1.42
20. ความจำฉันดีเหมือนที่เคยเป็นมาเสมอ	2.41	1.55
21. ฉันร้องไห้ง่ายกว่าเมื่อก่อน	2.34	1.92
22. ฉันโมโหคนอื่นๆ ง่ายกว่าเมื่อก่อน	3.75	2.11
23. ฉันรู้สึกพึ่งพาตนเองได้ และมีอิสระที่จะดำเนินชีวิตได้ตามที่ต้องการ	1.97	1.45
24. ช่วงนี้ฉันไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธได้	2.40	1.89
25. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย	3.35	2.05
26. ฉันกังวลว่าไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้	2.15	1.71

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้การเจ็บป่วยจำแนกรายข้อ

ข้อความ	Mean	SD
1. การเจ็บป่วยของท่านมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่านมากน้อยเพียงใด	4.2	3.15
2. ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยของท่านจะดำเนินไปอีกนานเท่าใด	7.37	2.38
3. ท่านรู้สึกว่าท่านสามารถควบคุมการเจ็บป่วยของตนเองได้มากน้อยเพียงใด	2.38	2.36
4. ท่านคิดว่าการรักษาที่ท่านได้รับจะช่วยให้การเจ็บป่วยดีขึ้นมากน้อยเพียงใด	1.14	1.64
5. ท่านมีอาการอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยของตนเองมากน้อยเพียงใด	3.82	2.95
6. ท่านกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่านมากน้อยเพียงใด	3.94	3.39
7. ท่านเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเองดีเพียงใด	1.81	2.13
8. การเจ็บป่วยของท่านกระทบต่ออารมณ์ของท่านมากน้อยเพียงใด (ตัวอย่างเช่น การเจ็บป่วยทำให้ท่านโกรธ หวาดกลัว กังวล หรือซึมเศร้าหรือไม่)	3.57	3.35

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนทางสังคมจำแนกรายข้อ

ข้อความ	Mean	SD
1. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	3.97	1.08
2. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของตนเอง	3.84	1.02
3. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ใช้รักษา	4.20	0.88
4. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเวลาเจ็บหน้าอก	4.02	1.07
5. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ	4.00	1.07
6. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ	3.93	1.13
7. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูร่างกายที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง	3.93	1.09
8. ฉันได้รับกำลังใจจากครอบครัว	4.42	0.83
9. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อญาติผู้ใกล้ชิด	4.23	0.97
10. ฉันได้รับกำลังใจจากเพื่อนๆ	3.95	1.04
11. ฉันได้รับกำลังใจจากผู้ป่วยโรคหัวใจคนอื่นๆ	3.58	1.26
12. ฉันมีโอกาสสอบถามบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับประเด็นที่วิตกกังวลอยู่	4.04	0.92
13. ฉันได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์	4.18	0.89
14. ฉันรู้สึกว่าบุคลากรทางการแพทย์ใส่ใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	4.26	0.89

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสมรรถนะแห่งตนจำแนกรายข้อ

ข้อความ	Mean	SD
1. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	3.97	1.08
2. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของตนเอง	3.84	1.02
3. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ใช้รักษา	4.20	0.88
4. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเวลาเจ็บหน้าอก	4.02	1.07
5. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ	4.00	1.07
6. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ	3.93	1.13
7. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูร่างกายที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง	3.93	1.09
8. ฉันได้รับกำลังใจจากครอบครัว	4.42	0.83
9. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อญาติผู้ใกล้ชิด	4.23	0.97
10. ฉันได้รับกำลังใจจากเพื่อนๆ	3.95	1.04
11. ฉันได้รับกำลังใจจากผู้ป่วยโรคหัวใจคนอื่นๆ	3.58	1.26
12. ฉันมีโอกาสสอบถามบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับประเด็นที่วิตกกังวลอยู่	4.04	0.92
13. ฉันได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์	4.18	0.89
14. ฉันรู้สึกว่าบุคลากรทางการแพทย์ใส่ใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	4.26	0.89

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความแปรปรวนการนอนหลับจำแนกรายข้อ

ข้อความ	Mean	SD
1. นอนหลับยาก	2.68	2.34
2. ตื่นระหว่างนอนหลับไปแล้ว	3.03	2.37
3. ตื่นเช้ากว่าปกติ	3.14	2.64
4. รู้สึกว่าพักผ่อนเพียงพอเมื่อตื่นนอน	2.22	1.96
5. รู้สึกว่านอนหลับไม่ดีพอ	2.98	2.37
6. รู้สึกง่วงนอนตอนกลางวัน	3.40	2.30
7. ต้องพยายามฝืนให้ตื่นในตอนกลางวัน	2.28	2.23
8. รู้สึกหงุดหงิดตอนกลางวัน	1.95	2.01
9. รู้สึกเหนื่อยล้าตอนกลางวัน	2.63	2.16
10. รู้สึกพึงพอใจกับการนอนหลับของตนเอง	1.95	2.01
11. รู้สึกตื่นตัวและกระฉับกระเฉงในช่วงระหว่างวัน	2.08	2.08
12. นอนหลับมากเกินไป	2.28	1.89
13. นอนหลับน้อยเกินไป	2.68	2.06
14. งีบหลับตอนกลางวันหรือเวลาทำงาน	2.68	2.15
15. เผลอหลับในช่วงเวลาที่ไม่ได้ตั้งใจหลับ	2.19	2.08
16. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อช่วยให้หลับ	0.42	1.05
17. สูบบุหรี่เพื่อช่วยให้หลับ	0.37	1.02
18. ใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อช่วยให้หลับ	0.40	0.99
19. ใช้ยานอนหลับเพื่อช่วยให้หลับ (ซื้อยาเองจากร้านขายยา)	0.43	0.95
20. ใช้ยานอนหลับตามแพทย์สั่งเพื่อช่วยให้หลับ	1.61	2.43
21. ใช้ยาแก้ปวดเพื่อช่วยให้หลับ	0.67	1.45

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 23 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม (รายด้าน) จำนวน 120 คน

การสนับสนุนทางสังคม (รายด้าน)	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง**	**Mean**	**Median**	**SD**
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร					
1. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	87	72.5	3.98	4.00	1.08
2. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของตนเอง	84	70	3.84	4.00	1.03
3. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ใช้รักษา	100	83.30	4.20	4.00	0.88
4. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเวลาเจ็บหน้าอก	90	75.0	4.03	4.00	1.07
5. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ	84	70	4.00	4.00	1.06
6. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ	87	72.5	3.93	4.00	1.1.4
7. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูร่างกายที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง	86	71.7	4.27	4.00	3.81
การสนับสนุนด้านกำลังใจ					
8. ฉันได้รับกำลังใจจากครอบครัว	105	87.5	4.42	5.00	0.83
9. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อญาติผู้ใกล้ชิด	97	80.8	4.23	5.00	0.97
10. ฉันได้รับกำลังใจจากเพื่อนๆ	87	72.5	3.95	4.00	1.04
11. ฉันได้รับกำลังใจจากผู้ป่วยโรคหัวใจคนอื่นๆ	72	60	3.58	4.00	1.26

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การสนับสนุนทางสังคม (รายด้าน)	จำนวน (คน)	ร้อยละการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	Mean	Median	SD
การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์					
12. ฉันมีโอกาสสอบถามบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับประเด็นที่วิตกกังวลอยู่	90	75.0	4.04	4.00	0.92
13. ฉันได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์	97	80.8	4.18	4.00	0.90
14. ฉันรู้สึกว่าบุคลากรทางการแพทย์ใส่ใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	95	79.2	4.27	5.00	0.90

จากตารางที่ 23 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงจากด้านการสนับสนุนด้านกำลังใจจากครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 87.5 รองลงมา คือ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ใช้รักษาโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 83.0

หมายเหตุ การคิดคะแนน **The Social Support of People with Coronary Heart Disease (SSCHD)** สร้างโดย Kähkönen, Kankkunen, Miettinen, Lamidi, & Saaranen, (2017) ซึ่งเจ้าของเครื่องมือระบุวิธีการคิดคะแนนและแปรผลคะแนนของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้ ดังนี้ ใช้วิธีการกลับคะแนนของข้อมูล (Recode) คะแนน โดยถ้ากลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความคิดเห็น 1, 2, และ 3 ให้ใช้รหัส = 1 และ ถ้ากลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความคิดเห็น 4 และ 5 ให้ใช้รหัส = 2 หลังจากนั้นนำมาคิดร้อยละของแต่กลุ่ม (รหัส 1 และ รหัส 2) ถ้ามีคะแนนร้อยละของรหัส 2 มาก หมายถึง มีสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก จ
ตารางวิเคราะห์เพิ่มเติม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 24 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรการรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน

Correlations

		totalCDS	x_ip	totalSC	totalCSE	totalSD	Ejection fraction
totalCDS	Pearson Correlation	1	.695**	-.184*	-.297**	.634**	-.013
	Sig. (2-tailed)		.000	.044	.001	.000	.889
	N	120	120	120	120	120	120
x_ip	Pearson Correlation	.695**	1	-.288**	-.464**	.476**	-.074
	Sig. (2-tailed)	.000		.001	.000	.000	.421
	N	120	120	120	120	120	120
totalSC	Pearson Correlation	-.184*	-.288**	1	.420**	-.259**	.183*
	Sig. (2-tailed)	.044	.001		.000	.004	.046
	N	120	120	120	120	120	120
totalCSE	Pearson Correlation	-.297**	-.464**	.420**	1	-.359**	.083
	Sig. (2-tailed)	.001	.000	.000		.000	.368
	N	120	120	120	120	120	120
totalSD	Pearson Correlation	.634**	.476**	-.259**	-.359**	1	-.065
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.004	.000		.480
	N	120	120	120	120	120	120
Ejection fraction	Pearson Correlation	-.013	-.074	.183*	.083	-.065	1
	Sig. (2-tailed)	.889	.421	.046	.368	.480	
	N	120	120	120	120	120	120

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

หมายเหตุ CSD = ภาวะซึมเศร้า
IP = การรับรู้การเจ็บป่วย
SC = การสนับสนุนทางสังคม
CSE = สมรรถนะแห่งตน
SD = ความแปรปรวนการนอนหลับ
Ejection fraction = ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ

ตารางที่ 25 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน

	Sex	totalCDS
Chi-Square	24.300[a]	43.033[b]
df	1	66
Asymp. Sig.	.000	.987

ตารางที่ 26 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน

Correlations

		Income	totalCDS
Income	Pearson Correlation	1	-.099
	Sig. (2-tailed)		.282
	N	120	120
totalCDS	Pearson Correlation	-.099	1
	Sig. (2-tailed)	.282	
	N	120	120

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 27 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	246.147[a]	198	.011
Likelihood Ratio	75.644	198	1.000
Linear-by-Linear Association	.235	1	.628
N of Valid Cases	120		

ตารางที่ 28 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัว/ โรคร่วมกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	551.818[a]	528	.229
Likelihood Ratio	299.065	528	1.000
Linear-by-Linear Association	4.926	1	.026
N of Valid Cases	120		

ตารางที่ 29 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของโรคกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	134.471[a]	132	.424
Likelihood Ratio	113.044	132	.882
Linear-by-Linear Association	1.069	1	.301
N of Valid Cases	120		

ตารางที่ 30 คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าจำแนกตามการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI, NSTEMI และ Unstable angina) จำนวน 120 คน

Diagnosis	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
STEMI	49	81.7143	25.99359	3.71337	74.2481	89.1805	37.00	141.00
NSTEMI	39	77.8974	25.33231	4.05642	69.6857	86.1092	40.00	139.00
Unstable angina	32	80.0313	25.28226	4.46931	70.9160	89.1465	39.00	129.00
Total	120	80.0250	25.42891	2.32133	75.4285	84.6215	37.00	141.00

ตารางที่ 31 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยของการวินิจฉัยโรค (STEMI, NSTENI และ Untable angina) กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 120 คน

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	316.367	2	158.183	.242	.786
Within Groups	76632.558	117	654.979		
Total	76948.925	119			

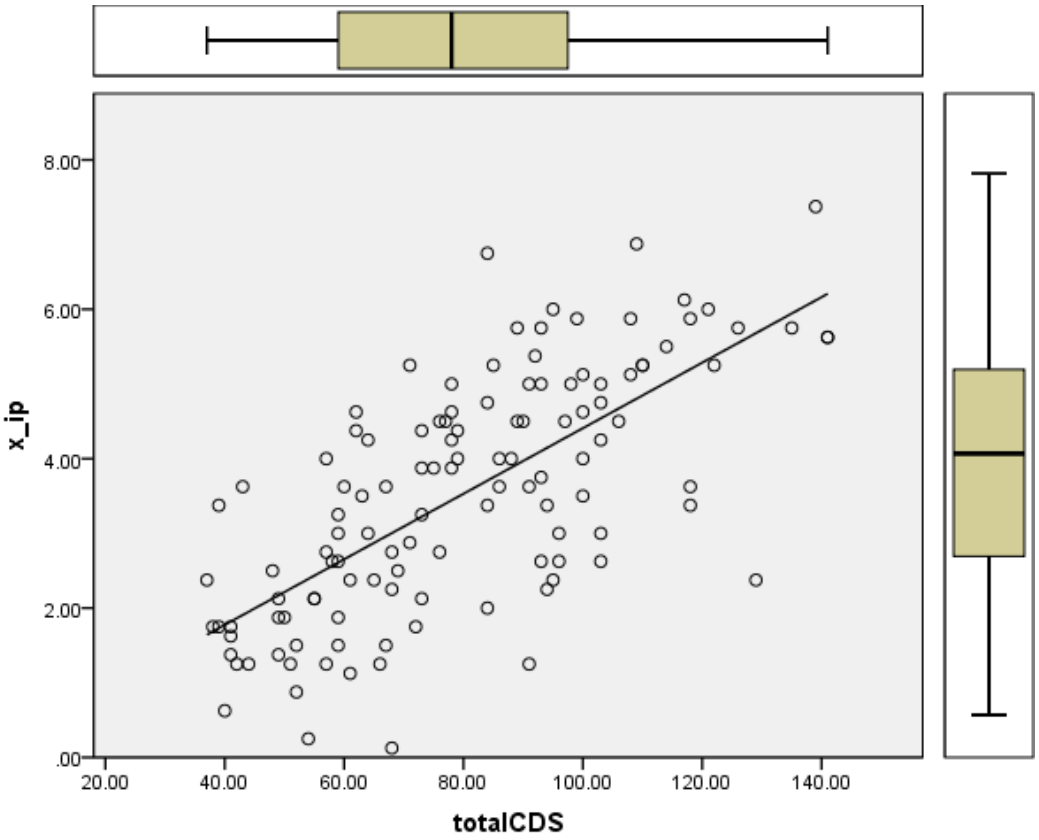
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ฉ

กราฟแสดง Scatter plot ของการรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความแปรปรวนการนอนหลับ และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจกับภาวะซึมเศร้า

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

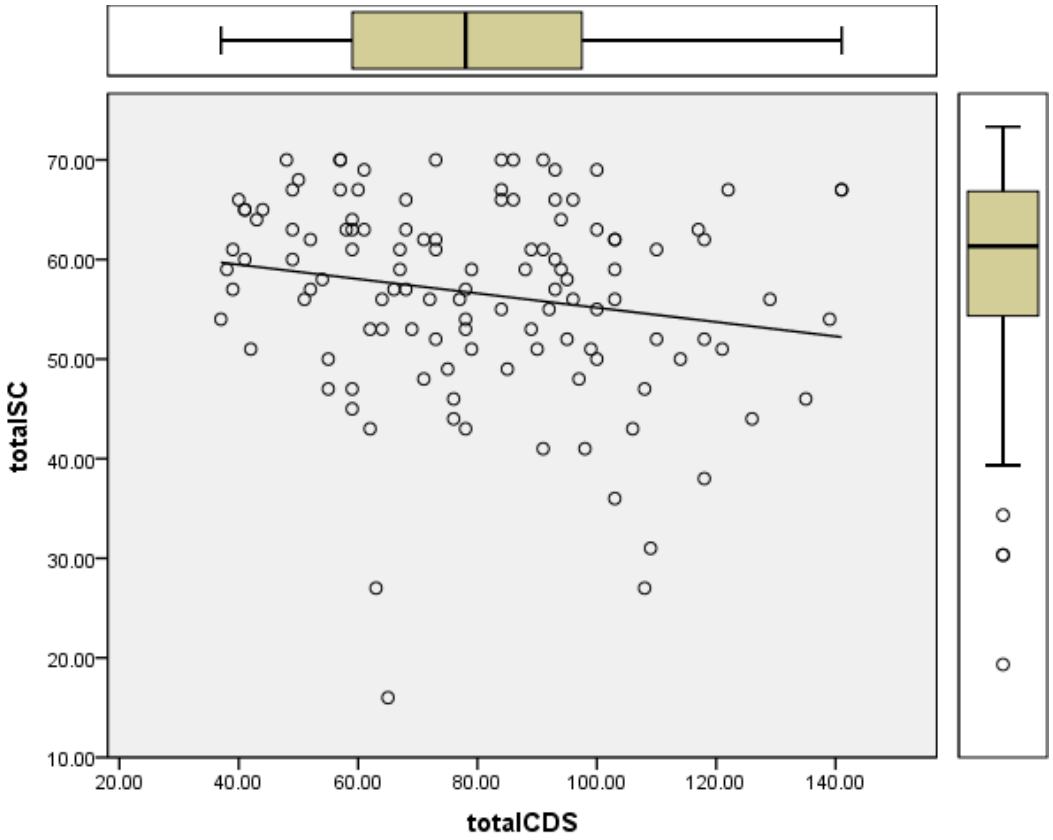
กราฟที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย (x_ip) กับภาวะซึมเศร้า (total CDS)



จากกราฟที่ 1 พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งลักษณะความสัมพันธ์เป็นลักษณะตามกัน โดยถ้ามีการรับรู้การเจ็บป่วยทางด้านบวกมากจะมีภาวะซึมเศร้ามาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

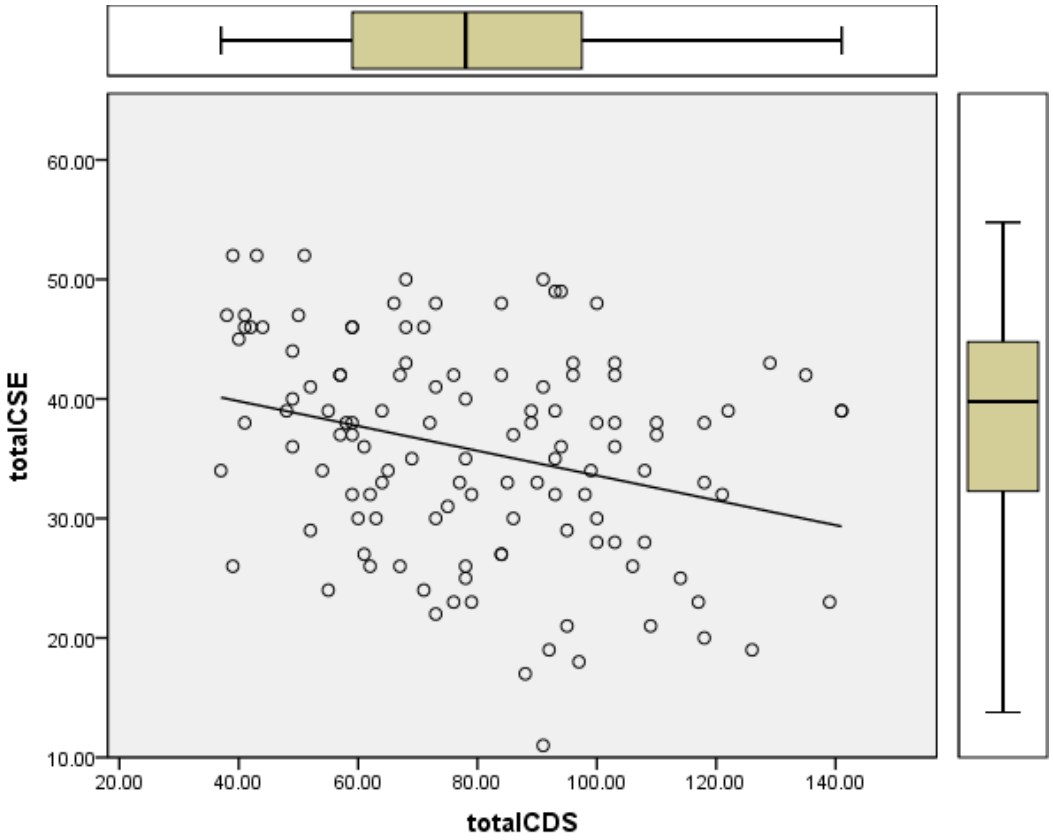
กราฟที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม (SC) กับภาวะซึมเศร้า (CDS)



จากกราฟที่ 2 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ลบกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งลักษณะความสัมพันธ์เป็นแบบผกผันกัน โดยถ้ามีการสนับสนุนทางสังคมต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าสูง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

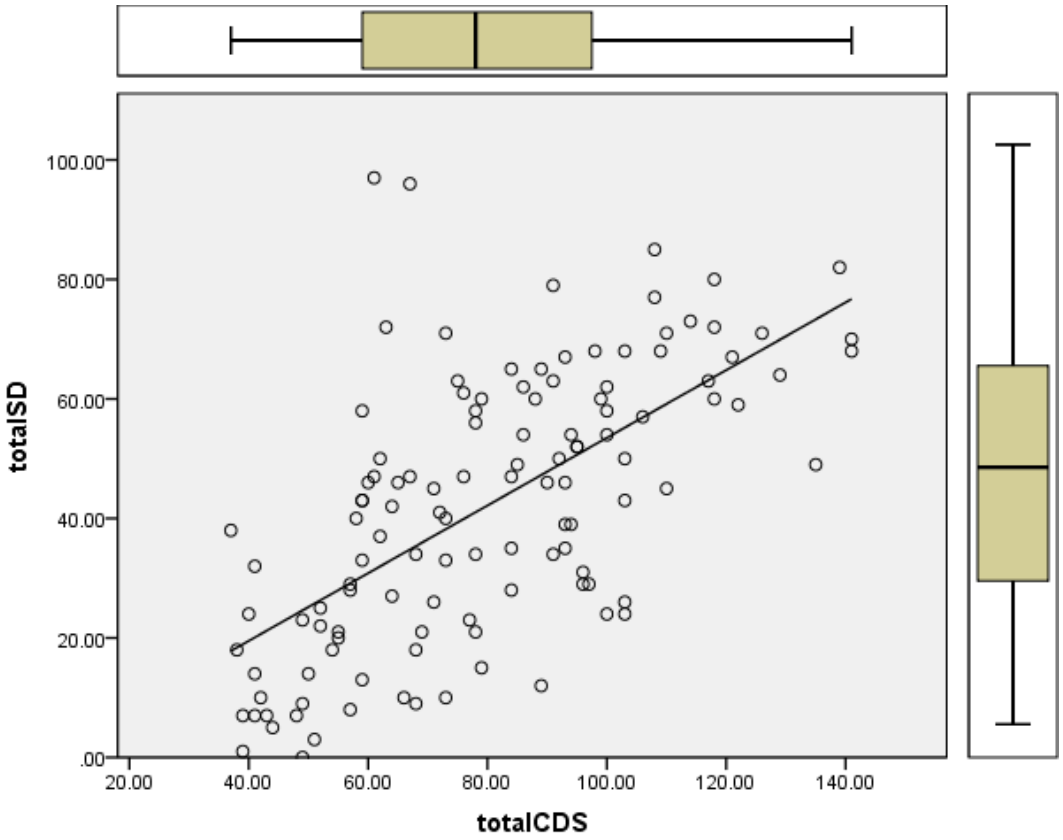
กราฟที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตน (CSE) กับภาวะซึมเศร้า (CDS)



จากกราฟที่ 3 พบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ลบกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งลักษณะความสัมพันธ์เป็นแบบผกผันกัน โดยถ้ามีสมรรถนะแห่งตนต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าสูง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

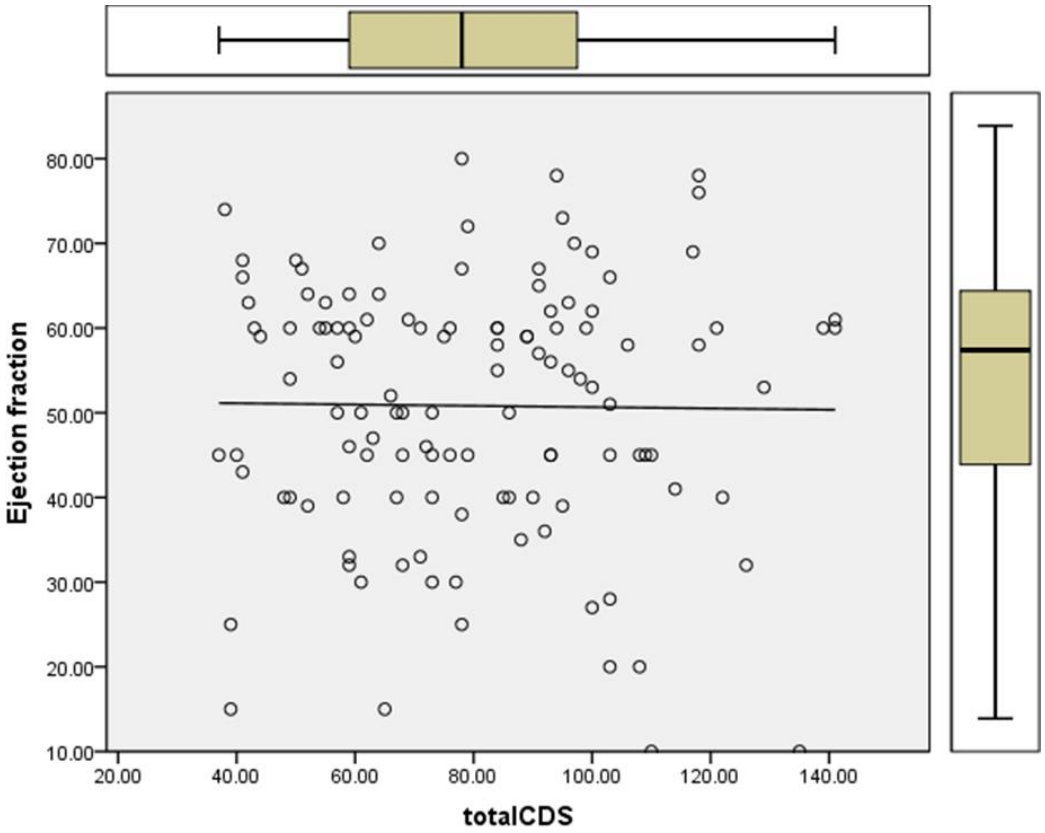
กราฟที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความแปรปรวนการนอนหลับ (SD) กับภาวะซึมเศร้า (CDS)



จากกราฟที่ 4 พบว่า ความแปรปรวนการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งลักษณะความสัมพันธ์เป็นลักษณะตามกัน โดยถ้ามีความแปรปรวนการนอนหลับมากจะมีภาวะซึมเศร้ามาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

กราฟที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (EF) กับภาวะซึมเศร้า (CDS)



จากกราฟที่ 5 พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	เกื้อกูล โอฬารวัฒน์
วัน เดือน ปี เกิด	28 พฤศจิกายน 2524
สถานที่เกิด	อ่างทอง
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
ที่อยู่ปัจจุบัน	139 ม.1 ต. จรเข้ร้อง อ. ไชโย จ. อ่างทอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY