

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS PREDICTING DEPRESSION AMONG POST ACUTE
MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS

Lieutenant Commander Warunthorn Phromsont



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
โดย	นาวาตรีหญิงวรัณธร พรหมสนธิ์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

วรัณธร พรหมสนธิ : ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (FACTORS PREDICTING DEPRESSION AMONG POST ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ. ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข, 175 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารับบริการที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 202 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 5 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความกลัว 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 4) แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และ 5) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .83, 1.0, .86, และ .92 ตามลำดับ และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89, .84, .85, และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.5 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 13.4 และมีภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 90.79 (SD = 18.89)

2. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย 2 ตัวแปรได้แก่ ความกลัว (Beta = .617) และการสนับสนุนทางสังคม (Beta = -.294) สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ คิดเป็นร้อยละ 73.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับตัวแปรระดับการศึกษาและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5877196236 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: DEPRESSION / POST ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS

WARUNTHORN PHROMSONT: FACTORS PREDICTING DEPRESSION AMONG POST ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS. ADVISOR: ASSOC. PROF. POL. CAPT. YUPIN AUNGSUROCH, Ph.D., CO-ADVISOR: ASST. PROF. POL. CAPT. RAPIN POLSOOK, Ph.D., 175 pp.

The objective of this predictive correlational research was to identify factors predicting depression among post acute myocardial infarction patients. A purposive sampling was used to get sample of 202 patients who met inclusion criteria were recruited from Cardiovascular outpatient department in tertiary hospital. Data were collected using 5 questionnaires for post acute myocardial infarction patients: 1) Demographic data form, 2) Fear, 3) Social support, 4) Uncertainty in illness, and 5) Depression. All questionnaires were validated by 5 experts. Their CVI were .83, 1.0, .86, and .92, respectively. The Cronbach's alpha coefficients for reliability test were .89, .84, .85, and .81, respectively. Data were analyzed using multiple regression statistics.

Results:

1. Ninety two patients (45.5%) reported mild to moderate depression, twenty seven patients (13.4%) reported severe depression. Post acute myocardial infarction patients had the moderate depression. ($X = 90.79$, $SD = 18.89$)

2. Two variables were significant predictor of depression among post acute myocardial infarction patients. They were fear ($Beta = .617$) and social support ($Beta = -.294$). They could explain 73.3% of depression among post acute myocardial infarction patients. ($p < .05$). However, education and uncertainty in illness were not able to predict of depression among post acute myocardial infarction patients.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2017

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความเมตตากรุณา และความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาเสียสละเวลาให้ความรู้ คำแนะนำ และข้อคิดที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาแนวคิดแก่ผู้วิจัย ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขความบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตาเอาใจใส่ ตลอดจนสนับสนุนและให้กำลังใจ และให้โอกาสแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความเมตตากรุณาของทั้งสองท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อีระ สินเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดเห็น และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่า และเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่กรุณาประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษานี้เป็นพื้นฐานในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลรามาริบัติ นายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลตำรวจ และหัวหน้าแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ระบบโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้ง 3 โรงพยาบาล ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบขอบคุณบุพการี บุคคลอันเป็นที่รัก ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน รวมทั้งเพื่อนๆ ที่ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในทุกๆ ด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา ประโยชน์อันได้อันเกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้แก่ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทุกท่าน

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
1. ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	13
2. ภาวะซิมเสร์รา	26
3. ทฤษฎีความรู้สึที่ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988)	35
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเสร์ราในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลัน.....	41
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	55
6. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	61

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	62
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	62
เกณฑ์การคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)	62
เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)	63
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	63
การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	63
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	64
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	70
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	72
การเก็บรวบรวมข้อมูล	73
การวิเคราะห์ข้อมูล	75
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	80
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	91
สรุปผลการวิจัย	92
อภิปรายผลการวิจัย	93
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	98
ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป	99
รายการอ้างอิง	100
ภาคผนวก	114
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	115
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	122
ภาคผนวก ค จดหมายขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และใบรับรองจริยธรรม โครงการวิจัยในมนุษย์	128

ภาคผนวก ง เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและใบลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย .	145
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	157
ภาคผนวก ฉ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือและการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น.....	164
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	175



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงการรับรองการพิจารณาโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก	73
ตารางที่ 2 แสดงระยะเวลาในเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก	74
ตารางที่ 3 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้จากการสุ่มแบบเจาะจง	74
ตารางที่ 4 แสดงค่าความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	79
ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 202 คน)	81
ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้า (n = 202 คน)	83
ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Cardiac Depression Scale (CDS) (n = 202 คน).....	84
ตารางที่ 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ของความกลัวของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 202 คน).....	84
ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความกลัวของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรายด้านและโดยรวม (n = 202 คน).....	85
ตารางที่ 10 แสดงจำนวน ร้อยละ ของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 202 คน)	85
ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรายด้านและโดยรวม (n = 202 คน)	86
ตารางที่ 12 แสดงจำนวน ร้อยละ ของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 202 คน)	86

ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของ ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรายด้านและโดยรวม (n = 202 คน).....	87
ตารางที่ 14 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า ความกลัว การสนับสนุน ทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภายหลังการเกิด ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 202 คน).....	88
ตารางที่ 15 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ระดับ การศึกษา และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 202 คน).....	88
ตารางที่ 16 แสดงค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลัง การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression).....	89
ตารางที่ 17 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรในรูปของคะแนนดิบ (B) และคะแนน มาตรฐาน (Beta) ของตัวแปรทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้จากการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression).....	90

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 แผนภาพแสดงทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988)..... 39



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction, AMI) เป็นสาเหตุการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประเทศไทยและประเทศอื่นๆ ทั่วโลก (World Health Organization, 2016; กระทรวงสาธารณสุข, 2559) สำหรับประเทศไทยอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2554–2559 อัตราการตายด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.47 เป็นร้อยละ 29.13 (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นจาก 4.83 ล้านคนในปี พ.ศ. 2553 เป็น 6.9 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งจะเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกของโลก (World Health Organization, 2016)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) (Granville, Parker, Cvejic, & Vollmer, 2015) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีระดับ Endothelin (ET)-1 ในเลือดเพิ่มสูงขึ้น มีผลให้แรงต้านของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น หลอดเลือดหดตัว เกิดกระบวนการอักเสบและสร้างสาร Cytokines ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ได้แก่ Serotonin และ Norepinephrine ที่มีความสัมพันธ์กับระบบประสาทส่วนกลางบริเวณ Limbic และ Cortex ที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรม มีผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า (Yamine, Frazier, Padhye, Burg, & Meininger, 2014)

ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อสิ่งที่มาคุกคาม จะหายไปเมื่อบุคคลนั้นสามารถปรับตัวได้ (Beeber, 1998; ธรณินทร์ กองสุข, 2559; สายฝน เอกวรางกูร, 2554) โดยภาวะซึมเศร้าจะทำให้รู้สึกหม่นหมอง หดหู่ เศร้าใจ ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สามารถแสดงออกได้ทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และร่างกาย มีผลกระทบต่อการทำงานที่ของร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและบทบาททางสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2557) เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ทั้งในคนปกติ ผู้ป่วยทางกาย และผู้ป่วยทางจิตเวช (นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ, 2559) ต่างจากโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) ที่เป็นความผิดปกติของอารมณ์ เป็นพยาธิสภาพทางจิตที่ถูกวินิจฉัยโดยแพทย์ จะมีลักษณะอาการ ได้แก่ เศร้ามาก เศร้านาน เศร้าบ่อยๆ ขาดความสนใจจากสิ่งที่เคยสนใจ น้ำหนักลดหรือเพิ่มมากขึ้นนอนไม่หลับหรือหลับมากไป หลงลืม คิดอะไรไม่ค่อยออก บางรายอาจถึงขนาดคิดอยากตายหรือฆ่า

ตัวตายได้ (Suicide) ซึ่งหากปล่อยให้มีความซึมเศร้ามากเกินไป รุนแรง ยาวนาน และเรื้อรัง จะทำให้กลายเป็นโรคซึมเศร้าได้มากที่สุด (ธันวรจัน บุรณสุขสกุล, 2555; มาโนช หล่อตระกูล, 2550; สมภพ เรืองตระกูล, 2548) จากการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มโรคทั่วไปที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอาจมีความคิดอยากตาย ร้อยละ 60 มีแนวโน้มสู่การฆ่าตัวตาย ร้อยละ 30 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไป 20 เท่า และร้อยละ 3 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายจะฆ่าผู้อื่นร่วมด้วย (ชูชัย ศุภวงศ์, 2553; สาวิตรี วิษณุโยธิน และนพพร อิทธิวิศกุล, 2553; สำนักงานกองทุนสนับสนุน การส่งเสริมสุขภาพ, 2558)

จากการศึกษาของ Meijer et al. (2011) ที่ทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณผลการวิจัย 25 ปีที่ผ่านมาในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 69 และพบภาวะซึมเศร้าได้ภายใน 1 วันภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Dessotte, Silva, Bolela, Rossi, and Dantas (2013) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งชนิด ST-elevation myocardial infarction และ Non ST-elevation myocardial infarction จำนวน 253 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยในครั้งแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 43.5 สำหรับในประเทศไทย ยังไม่มีสถิติของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้า มีเพียงการศึกษาของ มลฤดี บุราณ (2548) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 150 คน พบผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 25.33 และการศึกษาของ สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ (2554) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 90 คน พบผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 50

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติก (Sympathetic nervous system) และลดการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเธติก (Parasympathetic nervous system) ทำให้มีการเพิ่มระดับของแคททีโคลามีนในกระแสเลือด (Plasma catecholamine) เร่งให้เกิดคราบตะกอน (Plaque) หรือการทำลายผนังด้านในของหลอดเลือดแดง (Endothelium) มากขึ้น ส่งผลกระตุ้นการทำงานของเกร็ดเลือด เกิดการรวมตัวเป็นก้อนเลือด ทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือด (Atherosclerosis) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด และเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตามมา นอกจากนี้ยังทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และเกิดความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate turbulence) ซึ่งเป็นเครื่องบ่งชี้ของการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmia) และเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นอย่างเฉียบพลัน (Sudden cardiac death) ได้ (Carney et al., 2007; Huffman, Celano, Beach, Motiwala, & Januzzi, 2013) ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นสาเหตุของการเพิ่มอัตราการกลับเป็นซ้ำ (Recurrence rate) อัตราการตาย (Mortality rate)

และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Readmission rate) (Meijer et al., 2013; Osler et al., 2016; สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์, 2554)

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ยังทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและการดำรงชีวิต ผู้ป่วยต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้บทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวเปลี่ยนแปลง เกิดภาวะการเลี้ยงดูจากครอบครัวเพิ่มขึ้น และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Sakai et al., 2011; วรรณิ จิวสีบพงษ์, 2550) จากการศึกษาของ Osler et al. (2016) พบผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้ามีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 2 ปี และมีอัตราการตายภายใน 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 21 และจากการติดตามผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นระยะเวลา 12 ปี พบว่า ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 40.4 ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคทั่วไป ที่มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 28.6 สอดคล้องกับการศึกษาของ Meijer et al. (2013) ที่พบว่าผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้า มีอัตราการตายร้อยละ 22 อัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 39 ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ที่มีอัตราการตายร้อยละ 16 อัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 32 ภาวะซึมเศร้าที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น ยังส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น (Meijer et al., 2013; Osler et al., 2016; สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์, 2554) จากข้อมูลของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ คิดเป็น 154,876 ล้านบาทต่อปี (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันถือเป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัย การบำบัด ดูแลรักษาหลายขั้นตอน เพื่อให้ผ่านพ้นระยะวิกฤตและภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายจนอาจเสียชีวิต ผู้ป่วยยังต้องได้รับการประเมินอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่องและยาวนาน เนื่องจากมีโอกาสกลับเป็นซ้ำหรือมีอาการกำเริบมากขึ้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายหรือคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วย ผลลัพธ์ของการเจ็บป่วย แนวทางการรักษา ผลการรักษาและการดำเนินโรคของตนเองได้ (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2552) สอดคล้องกับทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ที่อธิบายว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือ การที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมาย อธิบาย หรือคาดเดาผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยของตนได้

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงความถี่หรืออุบัติการณ์ ปัจจัยที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ (Doyle et al., 2015; Kang et al., 2015; มลฤดี บุราณ, 2548) อายุ รายได้ (Kang et al., 2015; Ossola et al., 2015; มลฤดี

บุราณ, 2548) ระดับการศึกษา (Mello, Carvalho, & Higa, 2011) ระยะเวลาการเจ็บป่วย (Parker et al., 2008; มลฤดี บุราณ, 2548) ความเหนื่อยล้า (มลฤดี บุราณ, 2548) มีประวัติการสูบบุหรี่ การมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน (Naqvi et al., 2007) ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (Doyle et al., 2015; มลฤดี บุราณ, 2548) กลุ่มอาการ แบบแผนการดำเนินชีวิต (สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์, 2554) ความกลัว (Gerald, Roger, & Anita, 2006; Koivula, Marita, Marja, Matti, & Pekka, 2001) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (ชนิดาภา แก้วกัญญา, 2557) และการสนับสนุนทางสังคม (Bucholz et al., 2014; มลฤดี บุราณ, 2548; สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์, 2554) นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า (มลฤดี บุราณ, 2548; สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์, 2554) ยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้า และการศึกษาตัวแปรความกลัวและระดับการศึกษากับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังไม่มีการศึกษามาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาตัวแปรความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และมีความสัมพันธ์ตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) มาเป็นแนวทางในการศึกษา

ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้า จะทำให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และสามารถนำข้อค้นพบที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาล และกำหนดโปรแกรมทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อนำข้อค้นพบที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ป้องกันภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับภารกิจหลักของงานการพยาบาล คือ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรค ให้การดูแลรักษาเบื้องต้น และให้การฟื้นฟูสุขภาพแบบเป็นองค์รวม (สภาการพยาบาล, 2556) ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Holistic care) (อุไร หัตถกิจ, 2555) และสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า ควรมีการคัดกรองและป้องกันบุคคลที่มีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้า (Hare, Toukhsati, Johansson, & Jaarsma, 2013; National Institute of Mental Health, 2011; World Federation for Mental Health, 2012)

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นอย่างไร
2. ความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มาใช้เป็นแนวทางในการคัดเลือกตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดย Mishel (1988) อธิบายว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือ การที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมาย อธิบาย หรือคาดเดาผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยของตนได้ อาจเนื่องมาจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไม่เพียงพอ การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไม่ชัดเจน การวินิจฉัยความเจ็บป่วยไม่ครบถ้วน การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไม่พอเพียง ความไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วยนั้น รู้สึกว่าความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงมากเกินไปและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ หรือมีอาการกำเริบใหม่มากขึ้นได้ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ก็จะส่งผลต่อการประเมินตัดสินความเจ็บป่วย ว่าเป็นโอกาสดี (Opportunity) หรือเป็นอันตราย (Danger) ที่ได้เผชิญกับความเจ็บป่วย หากบุคคลประเมินตัดสินว่าเป็นโอกาสดี ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการควบคุมตนเองได้ดีและมองโลกในแง่ดี แต่หากบุคคลประเมินตัดสินว่าเป็นอันตราย ก็จะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกกลัว วิตกกังวล และมองโลกในแง่ร้าย ส่งผลต่อการเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัว (Mishel, 1988) และสะท้อนให้ปรากฏทั้งในด้านบวกและด้านลบ (Detprapon, Sirapongam, Mishel, Sitthimongkol, & Vorapongsathorn, 2009; Mishel & Clayton, 2003) จากการศึกษาของ Detprapon et al. (2009) ได้ทดสอบทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพื่อทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ได้กำหนดให้ผลลัพธ์สุดท้ายตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นการปรับตัว โดยใช้ตัวแปรคุณภาพชีวิตเป็นตัวแทนของการปรับตัวทางบวก และภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแทนของการปรับตัวทางลบ

เช่นเดียวกับการศึกษาของ ซนิดาภา แก้วกัญญา (2557) ทดสอบทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง การศึกษาของ ผกามาศ อ่อนขาว (2553) ทดสอบทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม และการศึกษาของ นุชจรรย์ แสงสว่าง (2552) ทดสอบทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด โดยกำหนดให้การปรับตัวทางลบ คือ ภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้

Mishel (1988) กล่าวว่า องค์ประกอบที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ในการปรับตัว ประกอบด้วย 1) เหตุนำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Antecedent of uncertainty) 2) การประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Appraisal of uncertainty) 3) การเผชิญกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Coping with uncertainty) และ 4) การปรับตัว (Adaptation) โดยเหตุนำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ประกอบด้วย (1) สิ่งกระตุ้น (Stimuli Frame) ได้แก่ แบบแผนอาการแสดงของความเจ็บป่วย (Symptom Pattern) ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วย (Event Familiarity) และความสอดคล้องกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่คาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง (Event Congruence) (2) ความสามารถในการรู้คิด (Cognitive Capacity) ได้แก่ สถิติปัญญา ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ความสามารถในการแปลข้อมูลที่ได้รับเพื่อพิจารณาตัดสินความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (3) แหล่งประโยชน์ที่สนับสนุน (Structure Provider) ได้แก่ อำนาจที่น่าเชื่อถือของบุคลากรทางสุขภาพ (Credible authority) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และระดับการศึกษา (Education)

จากทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มักมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน ลักษณะอาการเป็นแบบเจ็บแน่นๆ หนักๆ เหมือนถูกกดทับที่บริเวณกึ่งกลางหน้าอกหรือออกด้านซ้าย หรืออาจมีอาการเจ็บร้าวไปที่อื่น (Refer pain) เช่น กราม ลำคอ แขนซ้าย หรือสะบักหลังได้ หรืออาจมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น อาการเหนื่อย แน่น อึดอัด รู้สึกหายใจไม่ออก หายใจไม่เต็มปอด เหงื่อแตก ใจสั่น ใจเต้นแรง ผิดปกติ (เกรียงไกร เสงรัมย์ และบุญจง แซ่จิ่ง, 2555; จิราวรรณ เดชอดิษฐ์, 2548; ฟ่องพรรณ อรุณแสง, 2556; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นไม่คงที่ (จิราวรรณ เดชอดิษฐ์, 2548) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความหมาย อธิบาย หรือคาดเดาผลลัพธ์ของอาการของตนได้ อาการเหล่านี้จึงทำให้ผู้ป่วยกลัว (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2552) เนื่องจากอาการเจ็บหน้าอกจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Limbic โดยเฉพาะส่วน Amygdala ที่มีหน้าที่แปลความหมายและตอบสนองทางอารมณ์ จึงเกิดความรู้สึกกลัว (Davies & Janosik, 1991; ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2545) นอกจากนี้อาการเจ็บหน้าอกยังไปกระตุ้น Vaso vagal response ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวตามมาได้ (Hari et al., 2010)

นอกจากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอาการเจ็บหน้าอก จำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัย การบำบัด ดูแลรักษาหลายขั้นตอน เพื่อให้ผ่านพ้นระยะวิกฤตและภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายจนอาจเสียชีวิต ผู้ป่วยยังต้องได้รับการประเมินอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่องและยาวนาน เนื่องจากมีโอกาสกลับเป็นซ้ำหรือมีอาการกำเริบมากขึ้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) ทำให้ผู้ป่วยกลัว ไม่สามารถทำนายหรือคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วย ผลลัพธ์ของการเจ็บป่วย แนวทางการรักษา ผลการรักษาและการดำเนินโรคของตนเองได้ เกิดเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2552) เนื่องจาก Amygdala ที่ถูกกระตุ้นจากการทำงานของระบบประสาท Limbic ที่มีหน้าที่แปลความหมายและตอบสนองทางอารมณ์ จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกกลัว และส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการตัดสินใจว่าจะเกิดพฤติกรรมในการต่อสู้หรือถอยหนี (Fight or Flight) ต่อสิ่งที่เป็นอันตรายนั้น ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Davies & Janosik, 1991; ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2545) เมื่อเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จะส่งผลต่อการประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel, 1988; Mishel & Clayton, 2003) ซึ่งส่วนใหญ่มักตัดสินใจความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตราย เนื่องจากพยาธิสภาพและวิธีการรักษาที่คุกคามชีวิต ทำให้การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ไม่ดี เกิดภาวะซึมเศร้า (Detprapon et al., 2009; ชนิดาภา แก้วกัญญา, 2557; นุชจรรย์ แสงสว่าง, 2552; ผกามาศ อ่อนขาว, 2553)

จากทฤษฎีดังกล่าวข้างต้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้นำมาคัดเลือกตัวแปร เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และเป็นตัวแปรที่มีความสอดคล้องกับทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ประกอบด้วย ความกลัวเป็นตัวแทนของสิ่งกระตุ้น ในส่วนของแบบแผนอาการแสดง ความเจ็บป่วย คือ อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วย คือ อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และความสอดคล้องกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่คาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง คือ ลักษณะอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นอย่างไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงของอาการได้ตลอดเวลา การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษาเป็นตัวแทนของแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุน ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแทนของการปรับตัวทางลบของผู้ป่วย ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้ดังนี้

ความกลัว เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม และคาดว่าจะมีอันตรายต่อตน ความกลัวเป็นสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ในขณะที่เกิดความกลัว ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้น (Bouk, 2016; Kevin, 2016; Leo, 2012; Mishel, 1988) ความกลัวที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Ghassan, 2015; ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2552)

จากการศึกษาของ Gerald et al. (2006) พบว่า ความกลัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($r = .462, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Koivula et al. (2001) ที่พบว่า ความกลัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รอคอยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ($r = .37, p < .05$) และจากการศึกษาของ Choy, Fyer, and Goodwin (2007) พบว่า ความกลัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ghassan (2015) ที่พบว่า ความกลัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ ($r = .5, p < .01$)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้การได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุน หากผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ดี ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะซึมเศร้า (Mishel, 1988, 1990; Mishel & Clayton, 2003) จากการศึกษาของ Compare et al. (2013) ทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณผลการวิจัย 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bucholz et al. (2014) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$) และจากการศึกษาของ Ossola et al. (2015) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($Beta = -2.32, p < .001$) โดยผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยมีผลทำให้มีอาการของภาวะซึมเศร้ามากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ มลฤดี บุราณ (2548) และสุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ (2554) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($r = -.437, p < .05$ และ $r = -.300, p < .01$ ตามลำดับ)

ระดับการศึกษา ซึ่งเป็นคุณวุฒิทางการศึกษาสูงสุดที่ได้รับจากสถานศึกษา (Dewey, 1916) บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จะเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาจากบุคลากรทางสุขภาพ และจากสื่อต่างๆ ได้ดีกว่า ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดี ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า (Mishel, 1988, 1990; Mishel & Clayton, 2003; Rapin, Yupin, & Sureeporn, 2016) จากการศึกษาของ Osler et al. (2016) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kang et al. (2015) และ Mello et al. (2011) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และจากการศึกษาของ Goldfeld, Soares, and Manfroi (2015) พบว่า ระดับการศึกษาสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ($OR = 1.78, p < .05$)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่ไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยในอนาคตได้ จะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และมักจะประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตราย ทำให้การปรับตัวได้ไม่ดี เกิดภาวะซึมเศร้า (Mishel, 1988, 1990; Mishel & Clayton, 2003) จากการศึกษาของ ชนิดาภา แก้วกัญญา (2557) พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ($r = .26, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Detprapon et al. (2009) ที่พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ($r = .96, p < .001$) การศึกษาของ ผกามาศ อ่อนขาว (2553) ที่พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม ($r = .20, p < .01$) และการศึกษาของ นุชจรรย์ แสงสว่าง (2552) ที่พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด ($r = .404, p < .05$) จากแนวคิดเหตุผล และการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยสามารถเขียนสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ความกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. ความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ประชากร คือ ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) ที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) วัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอาการเศร้า ได้แก่ มีความสิ้นหวัง มีความเฉื่อยชา ไม่มีความรู้สึกยินดี มีความลึกลับไม่แน่นอน มีปัญหาการนอนหลับ มีปัญหาด้านอารมณ์ และมีปัญหาด้านความรู้คิด ประเมินได้จากแบบสอบถาม Cardiac Depression Scale (CDS) ของ Hare and Davis (1996) แปลเป็นภาษาไทยโดย ระพีณ ผลสุข (2559)

ความกลัว หมายถึง ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความรู้สึกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับตน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านพฤติกรรม ด้านสรีระ และด้านสติปัญญา ประเมินได้จากแบบสอบถามความกลัว ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจาก The three-systems model of fear and emotional ของ Lang (1978) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และตำรา ซึ่งประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลง 3 ด้านคือ

1. **ด้านพฤติกรรม** หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่แสดงออกด้วยการมีสีหน้าตกใจ เขม็งปากกััดฟัน หาคคนช่วยเหลือ จับผู้อื่นไว้แน่น
2. **ด้านสรีระ** หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รู้สึกว่ามีหัวใจเต้นแรง ใจสั่น สั่นเกร็ง ปั่นป่วนในท้อง หายใจไม่โล่ง กระสับกระส่าย
3. **ด้านสติปัญญา** หมายถึง ความนึกคิดของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่สามารถควบคุมสติตนเองได้ ไม่สามารถตัดสินใจทำอะไรได้ นึกถึงความตายนึกถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตน

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ถึงความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนและบุคคลอื่นๆ ที่นอกเหนือจากคนในครอบครัวและเพื่อน ประเมินได้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley (1988) ฉบับแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย Tinakorn and Nahathai (2012)

ระดับการศึกษา หมายถึง คุณวุฒิทางการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับจากสถาบันการศึกษาที่ได้รับรองมาตรฐานการศึกษา จากกระทรวงศึกษาธิการ แบ่งออกเป็น 6 กลุ่มคือ 1) ไม่เคยเข้ารับการศึกษ 2) ประถมศึกษา 3) มัธยมศึกษา 4) อนุปริญญา 5) ปริญญาตรี และ 6) สูงกว่าปริญญาตรี

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนต่อไปได้ ประเมินได้จากแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1997) ฉบับชุมชน แปลเป็นภาษาไทยโดย บุชบา สมใจวงศ์ (2553) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1. **ด้านความคลุมเครือ (Ambiguity)** หมายถึง ผู้ป่วยประเมินความเจ็บป่วยและการรักษาไม่ชัดเจน ไม่ทราบถึงสาเหตุของการเจ็บป่วย และความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา
2. **ด้านความซับซ้อน (Complexity)** หมายถึง ผู้ป่วยประเมินวิธีการดูแลรักษาว่ามีหลายขั้นตอน มีความยุ่งยาก
3. **ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกัน (Inconsistency)** หมายถึง ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ไม่ตรงกับข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ
4. **ด้านการไม่สามารถทำนาย (Unpredictability)** หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยได้

ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพทราบถึงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อคัดกรอง และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่อไป
2. ด้านการศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางการให้ความรู้ การศึกษา และการวิจัยทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาความรู้โดยการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะต่างๆ ต่อไป
3. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ ไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.1 ความหมายของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.3 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.4 การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.5 การรักษาผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
 - 2.3 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า
 - 2.4 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 2.5 ความแตกต่างระหว่างภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า
 - 2.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า
3. ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988)
 - 3.1 ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
 - 3.2 องค์ประกอบของทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
 - 3.3 ทักษะความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
 - 3.4 การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

4.1 ความกลัว

4.1.1 ความหมายของความกลัว

4.1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความกลัว

4.1.3 ความกลัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

4.1.4 ปฏิกริยาที่แสดงออกถึงความกลัว

4.1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวกับภาวะซึมเศร้า

4.1.6 เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินความกลัว

4.2 การสนับสนุนทางสังคม

4.2.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

4.2.2 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

4.2.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

4.3 ระดับการศึกษา

4.4. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชาชนไทย เริ่มตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2545 จนถึงปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความพยายามที่จะพัฒนาระบบบริการตติยภูมิในโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ เพื่อให้บริการผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก รวดเร็วรองรับปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2551) จากข้อมูลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2554) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางไปโรงพยาบาลชุมชนที่ตนเอง มีสิทธิการรักษาเป็นแห่งแรก หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลตติยภูมิ ผู้ป่วยร้อยละ 34.6 เดินทางไปที่โรงพยาบาลตติยภูมิโดยตรง และผู้ป่วยร้อยละ 7 ไปรับการรักษาที่หน่วยปฐมภูมิ หรือคลินิกเอกชนเป็นแห่งแรกก่อนที่จะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลตติยภูมิต่อไป ซึ่งจากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ในเขต 13 กรุงเทพมหานครมีการรับบริการของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากที่สุด (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2551)

1.1 ความหมายของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction ชื่อย่อ AMI) หรือ “Heart Attack” หมายถึง การตายของกล้ามเนื้อหัวใจ (Necrosis) ที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีอย่างเฉียบพลัน โดยเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นลดลงหรือหยุดทันที (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556) กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เกิดขึ้น ประกอบด้วยอาการที่สำคัญ คือ มีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน หรือเจ็บขณะพัก (Rest angina) นานกว่า 20 นาที หรือเจ็บแน่นหน้าอกซึ่งเกิดขึ้นใหม่ หรือรุนแรงขึ้นกว่าเดิม จำแนกเป็น 2 ชนิด (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) คือ

1) ST elevation myocardial infarction (STEMI) หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 leads ที่ต่อเนื่องกัน หรือเกิด Left Bundle Branch Block (LBBB) ขึ้นมาใหม่ ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลัน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็ว จะทำให้เกิด Acute ST elevation myocardial infarction (STEMI or Acute transmural MI or Q-wave MI)

2) Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่ไม่พบ ST segment elevation มักพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment depression และ/หรือ T wave inversion ร่วมด้วย หากมีอาการนานกว่า 30 นาที อาจเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด Non-ST elevation MI (NSTEMI, or Non-Q wave) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นส่วนหนึ่งของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome ชื่อย่อ ACS) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นขณะพักที่มีลักษณะบ่งชี้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน ในอดีตการแบ่งกลุ่มอาการแสดงและระดับความรุนแรงทางคลินิกของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมี 2 ชนิด คือ 1) Unstable angina และ 2) Acute myocardial infarction (AMI) แต่จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและความรู้สมัยใหม่ ในปัจจุบันได้มีการจัดกลุ่มแบ่งโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันใหม่เป็น 3 ชนิด คือ 1) Unstable angina 2) ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ 3) Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) ซึ่งกลุ่ม ST elevation myocardial infarction (STEMI) เป็นกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีโอกาสเสียชีวิตกะทันหัน และกลุ่ม Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) ตามมา (จรรยา ตันติธรรม, 2547)

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาภาวะซิมเคร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จึงได้ทำการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) ไม่ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยกลุ่ม Unstable angina ร่วมด้วย

1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบ่งออกเป็น ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ปัจจัยเสี่ยงหลัก ปัจจัยเสี่ยงรอง และปัจจัยเสี่ยงเสริม (กอบกุล บุญปราชัย, 2549; ปรีชา เอื้อโรจนอังกูร, 2553; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556; เสาวนีย์ เนาวพาณิช, 2552; อุไร ศรีแก้ว, 2543) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ได้แก่

1) เพศและอายุ อายุมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรค อาการของโรคส่วนใหญ่มักเกิดชัดเจนหลังอายุ 40 ปี โดยเพศชายส่วนใหญ่มักเกิดโรคเมื่ออายุ 40 ปี ส่วนเพศหญิงส่วนใหญ่มักเกิดโรคเมื่ออายุเกิน 55 ปี เนื่องจากในช่วงอายุนี้ เพศหญิงจะเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน จึงขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งจะช่วยป้องกันการตีบแคบของหลอดเลือด (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556; เสาวนีย์ เนาวพาณิช, 2552)

2) เชื้อชาติและพันธุกรรม ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีสายเลือดเดียวกัน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติกรรมพันธุ์ในครอบครัวประมาณ 1.3 เท่า และพบว่าคนผิวขาวเป็นโรคนี้มากกว่าคนผิวอื่น (ปรีชา เอื้อโรจนอังกูร, 2553; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.2.2 ปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่

1) ความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าคนปกติ 3.7 เท่า โดยผู้ที่มีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป มีผลทำให้ผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีรับแรงกระแทกมากขึ้น หลอดเลือดแดงโคโรนารีจึงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงตีบและแข็งมากขึ้น (Atherosclerosis) (ปรีชา เอื้อโรจนอังกูร, 2553; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

2) ความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด ระดับไขมันในเลือดบางชนิดที่สูงขึ้น จะก่อให้เกิดการสะสมของไขมันในหลอดเลือด มีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ซึ่งไขมันในเลือดแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ไขมันเลวและไขมันดี โดยไขมันเลว ได้แก่ ไขมันชนิด Cholesterol, Triglyceride และ LDL (Low Density Lipoprotein) ส่วนไขมันดี คือ HDL (High Density Lipoprotein) ซึ่งไขมันชนิด LDL นับเป็นไขมันชนิดที่มีความสำคัญในการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมาก เนื่องจากสามารถก่อให้เกิดภาวะ Atherosclerosis มากที่สุด โดย LDL ที่เพิ่มขึ้นทุก 1 มิลลิกรัมต่อ

เดซิลิตร จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันถึงร้อยละ 2-3 และผู้ที่มีระดับ Cholesterol ในเลือดสูงเกิน 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าผู้ที่มีระดับ Cholesterol ในเลือดน้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ประมาณ 5 เท่า เนื่องจาก Cholesterol จะจับที่ผนังด้านในหลอดเลือดหัวใจ และรวมตัวกันมากขึ้นจนเป็นแผ่นค่อยๆ สะสมพอกตัวหนาขึ้นจนกระทั่ง หลอดเลือดตีบ มีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง และทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกตามมาได้ (ปรีชา เอื้อโรจนอังกูร, 2553; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556; อุไร ศรีแก้ว, 2543)

3) การสูบบุหรี่ ในควันบุหรี่ประกอบด้วยคาร์บอนมอนอกไซด์ในปริมาณสูง ซึ่ง คาร์บอนมอนอกไซด์สามารถดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดได้อย่างรวดเร็ว และมีความสามารถในการแย่งที่ของ ออกซิเจนในการจับกับเม็ดเลือดแดง ทำให้ร่างกายรับออกซิเจนได้น้อยลง เป็นเหตุให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อสูบฉีดออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจจึง ไม่เพียงพอต่อความต้องการของกล้ามเนื้อหัวใจ นอกจากนี้ สารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร Noradrenaline, Dopamine และ Serotonin จึงส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วมากขึ้น การสูบบุหรี่จึงเป็นปัจจัย เสี่ยงหลักที่กระตุ้นให้เกิดอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ และยังพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ 20 มวนต่อวัน เสี่ยงต่อการเกิดโรคถึง 6.5 เท่า (ปรีชา เอื้อโรจนอังกูร, 2553; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

4) เบาหวาน เบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักในการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลันที่สำคัญ ผู้ป่วยเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดเร็วกว่าปกติ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มมากกว่าคนทั่วไปถึง 5.7 เท่า (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556; เสาวนีย์ เนาวพาณิชย์, 2552)

1.2.3 ปัจจัยเสี่ยงรอง ได้แก่

1) ภาวะอ้วน ภาวะอ้วนทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนัก เพื่อทำให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ผู้ที่มีน้ำหนักตัวพอดี หรือเกินมาตรฐานเพียงร้อยละ 10 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และพบว่าผู้ที่อ้วนมากเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าคนปกติ 2-3 เท่า การกระจายของไขมันในส่วนต่างๆ ของร่างกาย มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคด้วยเช่นกัน โดยพบว่า สัดส่วนของเอวและสะโพกที่เท่ากับหรือมากกว่า .8 เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรค (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

2) การขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคได้ เพราะช่วยเพิ่มระดับ HDL ลด LDL ลดระดับ Cholesterol ในเลือด ช่วยลดความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย การขาดการออกกำลังกายจึงเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ (ปรีชา เอื้อโรจนอังกูร, 2553; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.2.4 ปัจจัยเสี่ยงเสริม ได้แก่

1) ภาวะเครียด ภาวะเครียดจะไปกระตุ้นให้มีการหลั่ง Catecholamine และกระตุ้น Sympathetic activity จึงเพิ่มการเกาะของเกร็ดเลือด เร่งกระบวนการแข็งตัวของเลือด เพิ่มการสะสมของไขมัน เพิ่มความดันโลหิต และเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ความเครียดจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงเสริมให้เกิดโรค (กอบกุล บุญปราชัย, 2549; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

2) ภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าจะไปกระตุ้น Sympathetic activity ให้มีการหลั่ง Catecholamine เช่นเดียวกับภาวะเครียด จึงมีผลทำให้เพิ่มการเกาะของเกร็ดเลือด และเร่งให้เกิดกระบวนการแข็งตัวของเลือด เพิ่มการสะสมของไขมัน เพิ่มความดันโลหิต และเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เป็นปัจจัยเสี่ยงเสริมให้เกิดโรคหัวใจได้เช่นกัน (Carney et al., 2007; Huffman et al., 2013)

สรุปได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถแบ่งออกได้เป็น ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ปัจจัยเสี่ยงหลัก ปัจจัยเสี่ยงรอง และปัจจัยเสี่ยงเสริม ปัจจัยด้านอายุเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อาการของโรคส่วนใหญ่มักเกิดชัดเจนหลังอายุ 40 ปี ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 20-59 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงอายุดังกล่าว

1.3 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นผลมาจากการที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการขาดเลือดและตาย จึงส่งผลให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจต้องใช้กระบวนการเผาผลาญพลังงานแบบไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้เกิดการหลั่งสารต่างๆ ได้แก่ Kinin, Bradykinin และ Adrenosine สารเหล่านี้จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด ที่อยู่ในชั้นนอกของหลอดเลือดแดงโคโรนารี และกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด เข้าสู่ Superficial และ Deep cardiac plexus สู่ตัวเซลล์ ซึ่งอยู่ที่ Dorsal root ของไขสันหลังส่วนอกที่ 1-5 (T1-T5) กระแสประสาทเหล่านี้จะไปยังบริเวณดังกล่าว โดยการส่งกระแสประสาทผ่านทางระบบประสาทซิมพาเทติก ส่งผลให้เกิดการรับรู้และการแปลความรู้สึกเจ็บปวด ไปตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ ผนังทรวงอกด้านหน้าตั้งแต่ระดับใต้กระดูกไหปลาร้าลงมาถึงประมาณกระดูกซี่โครงที่ 7 รวมทั้งกระดูกอก ผนังทรวงอกด้านหลังและด้านข้าง ตั้งแต่บริเวณกระดูกซี่โครงที่ 1 ถึงที่ 7 รวมทั้งกระดูกสะบักและบริเวณด้านในของแขน ส่งผลให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างชัดเจน และมีลักษณะเฉพาะ คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอกเหมือนถูกกดทับบริเวณหน้าอก และ/หรือรู้สึกเหมือนมีอะไรหนักๆ มาทับบริเวณหน้าอก และ/หรือรู้สึกปวด แสบร้อนบริเวณทรวงอก อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน (เกรียงไกร เสงรัมย์ และบุญจง แซ่จิ่ง, 2555; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

จากการศึกษาของ จิรวรรณ เดชอดิษฐ์ (2548) ที่ศึกษากลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า อาการเจ็บแน่นหน้าอก เป็นอาการที่เด่นชัดของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พบบ่อยมาก ถึงร้อยละ 74.47 และเนื่องจากพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นการรับส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดผ่านไปตามไขสันหลัง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการเจ็บปวดร้าว (Refer pain) ไปบริเวณอื่นๆ ได้ โดยผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อาจมีอาการเจ็บร้าวไปตามบริเวณที่ถูกเลี้ยงโดยไขสันหลังส่วนคอและส่วนอกที่อยู่ติดกับไขสันหลังส่วนอกที่ 1-5 โดยส่วนสูงสุดของไขสันหลังที่ถูกกระทบ คือ ไขสันหลังส่วนคอที่ 3 ส่วนต่ำที่สุด คือ ไขสันหลังส่วนอกที่ 10 ซึ่งไขสันหลังส่วนนี้ จะเลี้ยงบริเวณคอ ไหล่ และแขน อาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่แสดงออกมา จึงเป็นอาการเจ็บปวดในบริเวณต่างๆ เช่น ปวดแขน ปวดไหล่ ปวดบริเวณกราม ปวดบริเวณต้นคอ ปวดบริเวณสะบักด้านหลัง ปวดสลับร้อนบริเวณลิ้นปี่ แน่นอึดอัดท้องเหมือนอาหารไม่ย่อย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

นอกจากนี้ จากการศึกษาของ จิรวรรณ เดชอดิษฐ์ (2548) ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อาจเกิดอาการอื่นๆ เช่น หายใจเร็ว ตื่น หายใจลำบาก รู้สึกใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ผิดปกติ หน้ามืด เป็นลม หมดสติ เวียนศีรษะ บ้านหมุน รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เหงื่อออก ตัวเย็น และคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย ร้อยละ 32.26 ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมักมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อย และเป็นอยู่นานมากกว่า 15-20 นาที ในรายที่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมาก่อนอาจพบลักษณะอาการเจ็บอกที่มีความรุนแรงและความถี่มากขึ้นกว่าปกติ ในรายที่มีอาการรุนแรง อาจมีภาวะช็อคร่วมด้วย (เกรียงไกร เสงรัตมี และบุญจง แซ่จิ่ง, 2555)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะมีอาการและอาการแสดงที่เด่นชัด คือ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างชัดเจนในบริเวณต่างๆ เช่น ปวดแขน ปวดไหล่ ปวดบริเวณกราม ปวดบริเวณต้นคอ ปวดบริเวณสะบักด้านหลัง ปวดสลับร้อนบริเวณลิ้นปี่ แน่นอึดอัดท้องเหมือนอาหารไม่ย่อย และอาจมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น หายใจเร็ว ตื่น หายใจลำบาก รู้สึกใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ผิดปกติ หน้ามืด เป็นลม หมดสติ เวียนศีรษะ บ้านหมุน รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เหงื่อออก ตัวเย็น และคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย

1.4 การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีแนวทางในการวินิจฉัย (เกรียงไกร เสงรัตมี และบุญจง แซ่จิ่ง, 2555; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.4.1 การซักประวัติผู้ป่วยที่ต้องถามขณะที่ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (PQRST)

ได้แก่

- 1) PQ = Pain Quality ลักษณะของอาการแน่นหน้าอก เช่น ปวดเสียดแทงแน่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน หอบเหนื่อย หายใจไม่เต็มอิ่ม
- 2) R = Radiation ตำแหน่งที่ปวดร้าว เช่น จุกคอหอย ร้าวไปกราม ร้าวไปท้องแขนซ้ายด้านใน ร้าวไปสะบัก หลัง
- 3) S = Severity ระดับความรุนแรง (Score เต็ม 10)
- 4) T = Time ได้แก่ เวลาที่เริ่มแน่นหน้าอก เวลาที่แน่นหน้าอกที่รุนแรงที่สุด ระยะเวลาที่แน่นหน้าอกที่ต่อเนื่องมากกว่า 20-30 นาที ระยะเวลาจากบ้านหรือสถานที่แน่นหน้าอกถึงโรงพยาบาล
- 5) การซักประวัติอื่นๆ เช่น การมีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ โรคอ้วนลงพุง ประวัติโรคหัวใจ การเสียชีวิตจากโรคหัวใจของพ่อแม่ หรือพี่น้องก่อนวัยอันควรในครอบครัว (ผู้ชายอายุน้อยกว่า 45 ปี และผู้หญิงอายุน้อยกว่า 55 ปี) (เกรียงไกร เสงร์ศรี และบุญจง แซ่จิ่ง, 2555; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557)

1.4.2 การตรวจร่างกายที่สำคัญ ได้แก่

- 1) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ได้แก่ ความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีลักษณะ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 leads ที่ต่อเนื่องกันสูงมากกว่า หรือเท่ากับ .2 mV ใน lead V1, V2, V3 หรือมากกว่า 1 mV ใน leads อื่นๆ หรือเกิด left bundle branch block (LBBB) ขึ้นมาใหม่ในผู้ป่วยกลุ่ม ST elevation myocardial infarction (STEMI) และความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีลักษณะ ST segment depression และ/หรือ T wave inversion ในผู้ป่วยกลุ่ม Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) (Antman et al., 2004; Kushner et al., 2009)
- 2) สัญญาณชีพ เช่น ความดันโลหิตต่ำ จังหวะการเต้นของหัวใจ และการหายใจผิดปกติ
- 3) การตรวจทาง Cardiovascular system เพื่อวินิจฉัยผลหรือประเมินภาวะแทรกซ้อน บางรายอาจตรวจพบเสียงจากลิ้นหัวใจไม่ทึบรั่ว (Mitral regurgitation) หรือผนังกันหัวใจห้องล่างซ้ายรั่วทะลุ (Ventricular septal defect caused by ruptured ventricular septum) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนขั้นรุนแรง ฟังได้ S3 gallop, S4 หรือ Summation gallop
- 4) การตรวจเสียง Crepitation ที่ชายปอดทั้งสองข้างจากภาวะน้ำท่วมปอด ซึ่งมีเพียงประมาณร้อยละ 1-5 ที่อาจตรวจไม่พบความผิดปกติ

1.4.3 การส่งตรวจและสืบค้นเพิ่มเติม ได้แก่

1) การตรวจเลือดเพื่อตรวจระดับของ Cardiac enzymes ที่นิยมส่งตรวจคือ CK-MB และ Troponin-T หรือ Troponin-I ระดับของ Cardiac enzyme ที่สูงเกินค่าปกติเป็นตัวบ่งบอกว่าการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจากการขาดเลือด โดยผลตรวจ CK-MB มากกว่าหรือเท่ากับ 25 ng/ml หรือ troponin T มากกว่าหรือเท่ากับ 0.1 ng/ml (Antman et al., 2004; Kushner et al., 2009)

2) การตรวจอื่นๆ เช่น การส่งตรวจ Basic laboratory tests การตรวจ X-ray ในที่สามารถทำการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจได้ ควรทำการตรวจเพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ และการบีบตัวของหัวใจ รวมถึงการตรวจภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ร่วมด้วย (เกรียงไกร เสงร์ศรี และบุญจง แซ่จิ่ง, 2555; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย 3 ข้อ คือ 1) มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่ต่อเนื่องมากกว่า 20-30 นาที 2) มีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) หรือ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) และ 3) มีค่าของระดับ Cardiac enzyme ที่สูงเกินค่าปกติ

1.5 การรักษาผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จุดมุ่งหมายของการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ การทำให้อาการเจ็บแน่นหน้าอกดีขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นอย่างเฉียบพลัน (Sudden cardiac death) โดยทั่วไปแนวทางในการรักษามี 3 แนวทาง (เสาวนีย์ เนาวพณิช, 2552) ดังนี้

1.5.1 การรักษาโดยใช้ยา (Pharmacologic therapy) วัตถุประสงค์ของการ

รักษาด้วยการใช้ยา เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดหัวใจ ยาที่ใช้ในการรักษาสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มหลักๆ (เสาวนีย์ เนาวพณิช, 2552) คือ

1) ยาในกลุ่มต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelets) ได้แก่ Aspirin, Ticlopidine, Clopidogrel โดยยา Aspirin จะป้องกันการสร้าง Thrombus ที่มีการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด เพราะถ้ากลุ่มเกร็ดเลือดนี้มาก จะทำให้มีการอุดตันในหลอดเลือดโคโรนารี ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงทันที และยา Clopidogrel ที่ให้ในผู้ป่วย Non STEMI เป็นยาที่ไปขัดขวาง Adenosine Diphosphate receptors ป้องกันการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด ป้องกันการยุบตัวของหลอดเลือด

2) ยาในกลุ่มละลายลิ่มเลือด (Anticoagulants) ได้แก่ Unfractionated heparin, Low-molecular Weight heparin (LMWH), Glycoprotein (GP) IIb/IIIa inhibitors ใช้ในผู้ป่วย STEMI หรือ new left Bundle Branch Block (LBBB) ที่มีอาการภายในระยะเวลา 12 ชั่วโมงหลังมีอาการ ระยะเวลาที่ดีที่สุดคือใน 3 ชั่วโมง มีการกำหนดตัวชี้วัดการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Door to needle time) คือไม่ควรเกิน 30 นาทีหลังผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ยาละลายลิ่มเลือดที่นิยม ได้แก่ Streptokinase, t-PA และ Reteplase แต่มีภาวะแทรกซ้อนที่ควรระวัง ได้แก่ ภาวะเลือดออกในสมอง ทำให้ความดันโลหิตต่ำ หรือเกิดอาการแพ้ได้ (เสาวนีย์ เนาวพาณิชย์, 2552)

(1) ยา Streptokinase (SK) เป็นยาละลายลิ่มเลือดที่สกัดมาจากเชื้อแบคทีเรีย Group C beta-hemolytic streptococci ที่มีคุณสมบัติเป็น Indirect activator of plasminogen ออกฤทธิ์โดยจับกับ Plasminogen ในเลือดเป็น SK plasminogen complex จะกระตุ้น Plasminogen ในกระแสเลือดและลิ่มเลือดให้เปลี่ยนเป็น Plasmin ทำให้เกิดกระบวนการละลายลิ่มเลือดในร่างกาย สามารถช่วยเปิดเส้นเลือดที่ 90 นาที มี Half-life 18-23 นาที ขนาดของยา 1.5 ล้านยูนิตผสมกับสารน้ำหยดเข้าทางเส้นเลือดดำนาน 1 ชั่วโมง หรือฉีดเข้าทางหลอดเลือดแดงโคโรนารีโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ Systemic hypocoagulable state ได้นาน 24-36 ชั่วโมง ในระยะเวลาดังกล่าวนี้จึงควรเลี่ยงหัตถการต่างๆ เพราะจะทำให้เลือดหยุดยาก ผลข้างเคียงจากยา คือ อาการแพ้ ความดันโลหิตต่ำ ในระหว่างได้ยา ควรหยุดยาขยายหลอดเลือดชนิดอื่นก่อน (เสาวนีย์ เนาวพาณิชย์, 2552)

(2) ยา Tissue plasminogen activator เป็นยาที่สังเคราะห์จากผนังด้านในสุดของหลอดเลือด (Vascular endothelium) สร้างโดยวิธีพันธุวิศวกรรม (Recombinant DNA technology) เป็นเอนไซม์ธรรมชาติจึงไม่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ มีฤทธิ์ละลายลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นเฉพาะที่ จึงไม่ทำให้เกิดเลือดออกที่อวัยวะอื่นๆ ยา t-PA ออกฤทธิ์ โดยการเปลี่ยน Plasminogen เป็น Plasmin ที่บริเวณผิวของลิ่มเลือดกลายเป็นสารประกอบ t-PA fibrin ซึ่งจะเปลี่ยน Plasminogen เป็น Plasmin และเกิดการละลายลิ่มเลือดขึ้น มี half-life 3-5 นาที ประสิทธิภาพในการเปิดเส้นที่ 90 นาที พบภาวะเลือดออกและความดันโลหิตต่ำได้น้อยกว่า SK แต่มีโอกาสเส้นเลือดตีบซ้ำได้มากกว่า ต้องให้ยานานถึง 3 ชม. ขนาดเริ่มต้นฉีด 10 มิลลิกรัม ตามด้วย หยดเข้าเส้นเลือด 50 มิลลิกรัม ใน 1 ชั่วโมง ตามต่อด้วย 20 มิลลิกรัม หยดต่ออีก 2 ชั่วโมง และตามด้วยยา Heparin drip หรือ LMWH

3) ยาในกลุ่มควบคุมและป้องกันอาการเจ็บหน้าอก (Anti-ischemic drugs) (เสาวนีย์ เนาวพาณิชย์, 2552) ประกอบด้วย

(1) ยาในกลุ่มไนเตรท (Nitrates) ได้แก่ Nitroglycerine, ISDN, Isosorbide 5-Mono nitrate และ Isosorbide dinitrate มีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดโดยทำให้ Smooth muscle ของหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงคลายตัว จึงเพิ่มการไหลเวียนเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น อาการเจ็บหน้าอกลดลง รักษาอาการเจ็บหน้าอก โดยการอมไว้ได้สั้น ยาจะ

ออกฤทธิ์ภายใน 30 วินาที เนื่องจากยานี้มีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดจึงมีผลทำให้ความดันโลหิตต่ำ และมีอาการปวดศีรษะได้ (เสาวนีย์ เนาวพาณิช, 2552)

(2) ยาในกลุ่มปิดกันเบต้า (Beta-Adrenergic blocking agent) ได้แก่ Atenolol, Propranolol, Metoprolol, Bisoprolol, Carvidiol, Timolol และ Nalodol ยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์ในการยับยั้งการตอบสนองต่อการกระตุ้น Adrenergic โดยจะไปแย่งจับกับ Adrenergic Receptors โดยไปแย่งจับ Beta -1 receptors ที่พบที่หัวใจ หรือ Beta -2 receptors มีผลให้การเต้นของหัวใจช้าลง จึงต้องเฝ้าระวังการเต้นของหัวใจที่ช้าลงและการนำกระแสไฟฟ้า AV node ถูกขัดขวาง ภาวะหัวใจล้มเหลวและหลอดเลือดหดเกร็ง (เสาวนีย์ เนาวพาณิช, 2552)

(3) ยาในกลุ่ม Calcium channel blocker ได้แก่ Amlodipine, Felodipine, Nifedipine, Diltiazem และ Verapamil ยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์กันไม่ให้ Calcium ion ผ่านเข้า Cellular membrane และ Smooth muscle cell ในหลอดเลือดขยายตัว จึงมีผลเพิ่มการไหลเวียนเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ลดแรงต้านในหลอดเลือด ลดการทำงานของหัวใจและลดการใช้ออกซิเจน ลดอาการเจ็บหน้าอกได้ ข้อควรระวังในการใช้ยา คือ ต้องเฝ้าระวังอัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลง ความดันโลหิตต่ำ หัวใจล้มเหลว และอาการบวมที่อวัยวะส่วนปลาย (เสาวนีย์ เนาวพาณิช, 2552)

1.5.2 การรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary

Intervention (PCI)) โดยการใช้สายสวนหัวใจชนิดพิเศษ เป็นหัตถการที่กระทำเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจตรงจุดที่ตีบแคบลง โดยการใช้บอลูนเรียกว่า Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA) และบางครั้งอาจต้องใส่ขดลวด (Stent) เข้าไปในหลอดเลือดเพื่อถ่างขยายหลอดเลือดหรือเรียกวิธีนี้ว่า Percutaneous Transluminal Coronary Intervention (PCI) มีจุดมุ่งหมายในการรักษาเพื่อ 1) ลดอัตราการการเสียชีวิตและการเกิด Recurrence MI 2) ลดอาการเจ็บแน่นหน้าอก และ 3) ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ตำแหน่งการใส่สาย ได้แก่ (เสาวนีย์ เนาวพาณิช, 2552)

1) บริเวณข้อมือ (Radial artery) การฉีดยาและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดข้อมือ หากสภาพผู้ป่วยเหมาะสมแพทย์สามารถใช้หลอดเลือดแดงที่บริเวณข้อมือเป็นทางเลือก ในการสอดสายตรวจเพื่อทำการฉีดยาหรือสารนำในการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดแดงที่ใช้ คือ หลอดเลือดแดง Radial artery เนื่องจากหลอดเลือดข้อมือ เป็นหลอดเลือดขนาดเล็กและอยู่ตื้น แพทย์สามารถดึงสายสวนและนำออกจากหลอดเลือดได้ทันที หลังเสร็จสิ้นการตรวจรักษา ไม่ควรพับข้อมือที่ใช้สวนหัวใจเป็นเวลา 6-8 ชั่วโมง การสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดข้อมือพบปัญหาอันตรายต่อหลอดเลือดและการเสียเลือดน้อยกว่าที่ขาหนีบ ข้อจำกัดของวิธีนี้ คือ ขนาดของหลอดเลือดข้อมือมีขนาดเล็กหรือหลอดเลือดมีความคดโค้ง หรือผู้ที่เคยผ่าตัดเส้นเลือดที่แขนและผู้ที่มิปัญหาของหลอดเลือดส่วนปลาย (จรรยา ตันติธรรม, 2547; สุจินดา ริมทอง, 2556; เสาวนีย์ เนาวพาณิช, 2552)

2) บริเวณขาหนีบ (Femoral artery) โดยทั่วไปภายหลังการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจเสร็จ แพทย์จะดึงสายตรวจท่อนำจากหลอดเลือดแล้วกดตรงตำแหน่งที่แทงหลอดเลือด เป็นบริเวณขาหนีบให้เลือดหยุดเป็นเวลา 10 -15 นาที ผู้ป่วยต้องนอนราบที่เตียง ห้ามขยับขาข้างที่แทงหลอดเลือด โดยมีหมอนทรายทับที่บริเวณขาหนีบต่ออีก 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะสามารถพับขา งอขาหรือเดิน หลังจากครบ 4-6 ชั่วโมงภายหลังการทำการถ่างขยายหลอดเลือด ผู้ป่วยจะได้รับยาป้องกันไม่ให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดขณะทำการรักษา ซึ่งจะทำให้เกิดเลือดออกได้ง่าย โดยเฉพาะจากแผลที่แทงหลอดเลือด ดังนั้นต้องรออีก 4 ชั่วโมง เพื่อรอให้ยาที่ใช้ในการรักษาหมดฤทธิ์เสียก่อนจึงจะสามารถดึงท่อนำออกและกดแผลได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะนอนที่เตียงไม่ต่ำกว่า 8-12 ชั่วโมง (เสาวนีย์ เนาวพานิช, 2552)

1.5.3 การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft, CABG) เป็นกระบวนการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนเส้นทางการไหลเวียนของเลือด โดยใช้เส้นเลือดที่ขาและผนังหน้าอก ทำการเชื่อมต่อเส้นเลือดให้ใหม่โดยเลี้ยงจุดที่ตีบตัน หลอดเลือดที่นิยมใช้ในการทำทางเบี่ยงนี้คือ หลอดเลือดดำ Saphenous และหลอดเลือดแดง internal mammary ข้อพิจารณาในการผ่าตัด คือ ในกรณีที่มีการตีบของเส้นเลือดหัวใจมาก โดยเฉพาะในกรณีที่ตีบเป็นทางยาว มักใช้ในรายที่มีการตีบตันของเส้นเลือดทั้ง 3 เส้น โดยเฉพาะการตีบที่มีลักษณะแบบกระจายทั่วไป ในรายที่มีเส้นเลือดตีบที่บริเวณโคนของเส้นเลือดแดงโคโรนารีซ้ายหรือในรายที่รักษาด้วยวิธีการอื่นแล้วไม่ได้ผล หรือในรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากการทำบอลูนถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (จรรยา ตันติธรรม, 2547; สุจินดา ริมทอง, 2556; เสาวนีย์ เนาวพานิช, 2552)

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ควรให้การพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (ชัชชญา สุวรรณชาติ, 2553; พัทรี ร่มตาล และคณะ, 2555; อุไร หลกกิจ, 2555) สามารถปฏิบัติได้ดังนี้

1.6.1 การพยาบาลทางด้านร่างกาย

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.6.1.1 การพยาบาลขณะอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน

บทบาทพยาบาลขณะอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน ควรปฏิบัติดังนี้

- 1) ประเมินร่างกายทั่วไป ได้แก่ รูปร่าง ลักษณะ ภาวะน้ำหนักเกิน มาตรฐาน การใช้ออกซิเจนหน้าอก การค้ำขมวด อาการไม่สบายต่างๆ คลื่นไส้ อาเจียน
- 2) ประเมินระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพ รวมทั้งติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง

- 3) ชักประวัติเกี่ยวกับอาการสำคัญของผู้ป่วย ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก ประวัติการรักษา หรือเอกสารส่งตัว
- 4) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 leads ทันที
- 5) ให้ผู้ป่วยนอนพักและให้ออกซิเจนทางจมูก 2-4 ลิตรต่อนาที ถ้าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดแดงที่วัดได้จากปลายนิ้วน้อยกว่าร้อยละ 95
- 6) รายงานแพทย์ทั้งแพทย์เวรห้องฉุกเฉิน และแพทย์เฉพาะทางหัวใจโดยทันที
- 7) เปิดเส้นเลือดดำและส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูความผิดปกติของสาร Cardiac enzyme
- 8) ให้ยาตามการรักษาของแพทย์ และติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน
- 9) ติดตามผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก
- 10) เตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือฉุกเฉินให้พร้อมใช้
- 11) ประสานงานกับตึกที่จะรับผู้ป่วยเพื่อส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง การดูแลรักษาที่ได้รับเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
- 12) นำส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตหรือห้องสวนหัวใจอย่างรวดเร็วและปลอดภัย
- 13) กรณีโรงพยาบาลอื่นต้องการส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูงมารับการรักษา ให้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็ว มีการประสานงานตามระบบการรับผู้ป่วยผ่านทางด่วน (พัชรี รมताल และคณะ, 2555)

1.6.1.2 การพยาบาลขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต

พยาบาลต้องมีสมรรถนะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถประเมินและจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนเช่นเครื่องช่วยพุงการทำงานของหัวใจ เครื่องกระตุ้นการทำงานของหัวใจ (พัชรี รมताल และคณะ, 2555)

- 1) กรณีที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic drug) พยาบาลจะต้องประเมิน check list และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในทุกๆระยะ ทั้งก่อนให้ยา ขณะให้ยา และหลังให้ยา รวมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องรายงานแพทย์ทันที

2) กรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลูน พยาบาลจะต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย เช่น เตรียมผิวหนัง ตรวจสอบความแรงของซีพจร ส่วนปลาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานของไต การให้ยาที่สำคัญตามการรักษา เช่น Clopidogrel มีการส่งต่อข้อมูลให้กับทีมแพทย์พยาบาลห้องสวนหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และเมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องสวนหัวใจมีการประเมินและเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะเลือดออกจากรอยเยาะต่างๆ และบริเวณผิวหนังที่แทงเข็มใส่สายสวนหัวใจ ภาวะเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มหัวใจ การเกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง เป็นต้น

1.6.1.3 การพยาบาลขณะอยู่ในหอผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยมีอาการแสดงของระบบไหลเวียนโลหิตและสัญญาณชีพคงที่ แพทย์จะพิจารณาให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้ พยาบาลจะต้องส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับ อาการสำคัญ การรักษา หรือหัตถการที่ผู้ป่วยได้รับ ปัญหาที่ต้องการการดูแลต่อ มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการสังเกตอาการผิดปกติ (พัชรี รมตล และคณะ, 2555)

1.6.2 การพยาบาลทางด้านจิตใจ

บทบาทพยาบาลในการให้การพยาบาลทางด้านจิตใจ สามารถปฏิบัติได้ดังนี้

- 1) ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความเป็นกันเอง เป็นมิตร และมีความสม่ำเสมอในการมีปฏิสัมพันธ์
- 2) ให้ความเคารพ และยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง อธิบายให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล แจ้งความคืบหน้าของการรักษาและอาการอย่างต่อเนื่อง
- 3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุย อธิบายความรู้สึก ระบายความขัดข้องใจ และความรู้สึกไม่สบายใจต่างๆ ออกมา โดยใช้ทักษะการฟังด้วยความเห็นใจ การสังเกต การถาม การทวนความ และการเงียบ
- 4) ให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง
- 5) สังเกตสัญญาณเตือนต่างๆ ที่แสดงออกจากการมีภาวะซึมเศร้า เช่น คำพูดที่สื่อถึงความคิดอยากตาย เช่น “อยู่หรือตายมีค่าเท่ากัน” หรือจากการกระทำ เช่น ขอมมาคนที่ล่วงเกิน การขอเขียนพินัยกรรม (ชัชชญา สุวรรณชาติ, 2553; พจนนา เกิดเปลี่ยน, 2557)

1.6.3 การพยาบาลทางด้านสังคม

พยาบาลสามารถให้การพยาบาลได้ดังนี้

- 1) สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติ ได้มีโอกาสพูดคุย เปิดโอกาสให้ญาติได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามเวลา และยืดหยุ่นเวลาตามความเหมาะสม

2) เข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อสอบถามอาการเปลี่ยนแปลง และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะไม่ถูกทอดทิ้ง (ซัชชญา สุวรรณชาติ, 2553)

1.6.4 การพยาบาลทางด้านจิตวิญญาณ

พยาบาลสามารถให้การพยาบาลได้ดังนี้

- 1) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติประกอบพิธีกรรมทางศาสนา หรือลัทธิความเชื่อ เช่น ไหว้พระ ทำบุญ ใสบาตร สวดมนต์ อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและญาติ
- 2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการดูแลรักษาพยาบาล โดยยืนยันกับผู้ป่วยและญาติ ว่าการตัดสินใจที่ผู้ป่วยและญาติได้ทำไปนั้นถูกต้อง และทีมสุขภาพมีความเห็นกับผู้ป่วยและญาติ (ซัชชญา สุวรรณชาติ, 2553)

2. ภาวะซึมเศร้า

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า หรือ Depression มาจากคำว่า Deprivere ในภาษาละติน มีความหมายว่ากดต่ำ หรือจมลงต่ำกว่าตำแหน่งเดิม (นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ, 2559) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์ (2539) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะที่เกี่ยวกับอารมณ์ อาการมักเป็นๆ หายๆ และระดับความรุนแรงก็แตกต่างกันไป

ดวงใจ กสานจิตกุล (2542) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะทางจิตใจหม่นหมอง มีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกเพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยาก นอนไม่หลับ น้ำหนักลด เชื่องซึม เชื่องช้า มองโลกมองสภาพทุกอย่างในด้านลบ ขาดสมาธิ ขาดความเชื่อมั่น วิดกกังวล ทำให้เกิดผลกระทบต่ออาชีพการงานหรือการเรียน ตลอดจนความสัมพันธ์กับผู้อื่น อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2551) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีอารมณ์เศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มองตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ บางคนมีความคิดอยากตายและอาจฆ่าตัวตายได้

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย (2553) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมไปกับการรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหวช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิต (2557) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้าใจ ท้อแท้ หมดหวัง เฉื่อยชา มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สามารถแสดงออกได้

ทั้งทางด้านอารมณ์ ความรู้คิด พฤติกรรม และร่างกาย มีผลกระทบต่อหน้าที่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและบทบาททางสังคม

ในการศึกษาคั้งนี้ ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความสิ้นหวัง เฉื่อยชา ไม้มีความรู้สึกยินดี มีความล้มเหลวไม่แน่นอน มีปัญหาการนอนหลับ มีปัญหาทางด้านอารมณ์ และมีปัญหาด้านความรู้คิด

2.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

2.2.1 สาเหตุทางกาย (Biological cause)

ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติเสียหายของสมอง ซึ่งอาจมีสาเหตุได้หลายสาเหตุ เช่น โรคเส้นเลือดแข็งตัวผิดปกติ/โรคหลอดเลือดแดงแข็ง (Arteriosclerosis) โรคเส้นเลือดอุดตันหรือแตกในสมอง/โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดและชนิดเลือดออก โรคสมองซึ่งเกิดภายหลังอุบัติเหตุทางสมอง โรคเนื้องอกสมอง หรือโรคทางสมองที่มีอาการซึมเศร้าร่วมกับภาวะจิตเภทและลมชัก นอกจากนี้ความผิดปกติทางกายอื่นๆ ก็อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เช่น โรคตับอักเสบ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคพาร์กินสัน โรค SLE เป็นต้น รวมถึงผลข้างเคียงจากยาบางชนิดอาจเป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในบางคนได้ เช่น ยา Corticosteroid, Propranolol ยาที่ใช้รักษาโรคไขข้ออักเสบ การติดเชื้อเสพติด เป็นต้น ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ได้แก่ Serotonin และ Norepinephrine โดยสารสื่อประสาททั้ง 2 ชนิดนี้จะมีความสัมพันธ์กับระบบประสาทส่วนกลางบริเวณ Limbic และ Cortex ซึ่งเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของอารมณ์ และพฤติกรรม เมื่อระดับความเข้มข้นของ Serotonin และ Norepinephrine ต่ำกว่าปกติ ผลที่ตามมาคือ ทำให้ผู้ป่วยเกิดทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า (Yammine et al., 2014; ธีนวรจัน บวรณสุขสกุล, 2555; สายฝน เอกวารงกูร, 2554; สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2558)

2.2.1 สาเหตุด้านจิตใจ (Psychological cause)

ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความผิดหวังในชีวิต ล้มเหลว ผิดพลาด มีความโกรธแค้นแล้วระบายออกไม่ได้จึงย้อนมากดดันรู้สึกผิดในตนเอง มีความคิดลบ มีความคิดบิดเบือน ไม่มีใครช่วยเหลือได้ ไม้มีความหวังแล้ว ซึ่งการเสียชีวิตของคู่ชีวิต การอย่าร้าง การพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ทั้งสิ้น (ธีรณินทร์ กองสุข, 2559; ธีนวรจัน บวรณสุขสกุล, 2555; สมภพ เรื่องตระกูล, 2548; สายฝน เอกวารงกูร, 2554; สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2558)

2.2.2 สาเหตุด้านสังคม (Social cause)

ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก โดยเชื่อว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านจารีตประเพณี และวัฒนธรรมที่เสื่อมลง ทำให้บุคคลนั้นยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ และไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ ก่อให้เกิดทัศนคติ

ทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ทำให้แยกตัวจากสังคม และการขาดการสนับสนุนทางสังคม หรือขาดแหล่งที่พึ่งทางสังคม (ชรณินทร์ กองสุข, 2559; ธีนวรจันท์ บุรณสุขสกุล, 2555; สมภพ เรืองตระกูล, 2548; สายฝน เอกวารงกูร, 2554; สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2558)

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ มีทั้งสาเหตุทางกาย สาเหตุด้านจิตใจและด้านสังคม พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ ดูแล คัดกรอง ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าจากสาเหตุต่างๆ เหล่านี้

2.3 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยอาการแสดงออก 4 ด้านที่สำคัญ คือ การแสดงออกด้านอารมณ์ การแสดงออกด้านความคิด การแสดงออกด้านพฤติกรรม และการแสดงออกทางกาย (สายฝน เอกวารงกูร, 2554; สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2558) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.3.1 การแสดงออกด้านอารมณ์ (emotional)

1) อารมณ์เศร้า เป็นอาการนำหลักของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า บุคคลจะมีสีหน้าเศร้า เป็นทุกข์ เศร้า เจ็บซึม ขาดชีวิตชีวา กังวล หดหู่ หงอยเหงา โดดเดี่ยว ซึม ร่วมกับความรู้สึกไม่สดชื่น ไม่เบิกบาน อ้างว้างเหมือนอยู่คนเดียวในโลก ไร้คุณค่าในตัวเอง ห่อเหี่ยว ท้อแท้ สิ้นหวัง สิ้นพลัง

2) มีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว โกรธ กระทบกระชวย น้อยใจง่าย พบในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเกือบทุกราย โดยบุคคลจะรู้ตัวดี แต่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ รู้สึกสับสน หงุดหงิดรำคาญที่ไม่สามารถทำอะไรได้ตามที่คาดหวัง

3) รู้สึกเหนื่อย เบื่อหน่าย และหมดความสนใจ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักหลีกเลี่ยงการรวมกลุ่มกับเพื่อน หรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รวมทั้งไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกทางเพศลดลง ไม่สนใจรูปร่างหน้าตา และปล่อยปละละเลยตัวเอง

4) รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกไร้ค่าเป็นอาการสำคัญที่บ่งชี้ถึงการมีภาวะซึมเศร้า บุคคลมักคิดว่า การตายของตน จะทำให้สถานการณ์ต่างๆ ดีขึ้น ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวถือเป็นสัญญาณบ่งชี้สำคัญที่นำไปสู่ความคิด และพฤติกรรมทำร้ายตนเองในที่สุด (สายฝน เอกวารงกูร, 2554; สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2558)

2.3.2 การแสดงออกด้านความคิด (Cognitive)

1) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดเชิงซ้ำ หรือทำอะไรได้ช้าลง คิดไม่ออกแม้ในเรื่องทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน

2) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความกระวนกระวาย ประหม่า ไม่มั่นใจในตนเอง สับสน มีความความสนใจต่อการทำหน้าที่ การปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน การทำงาน หรือการเรียน ลดลง จะพูดคุยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้เพียงช่วงสั้นๆ

3) มีความคิดอยากตาย ความคิดอยากตายมีความสัมพันธ์สูงกับการเกิดภาวะซึมเศร้า และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงและระดับที่เป็นโรค ดังนั้นการประเมินภาวะซึมเศร้าจึงต้องประเมินภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร่วมด้วยเสมอ

4) มีความคิดทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามักรู้สึกสิ้นหวังในตนเอง ขาดความหวัง และความมั่นใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป จึงคิดถึงแต่ความตาย และคิดพยายามทำร้ายตนเอง (สายฝน เอกวารงกูร, 2554; สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2558)

2.3.3 การแสดงออกด้านพฤติกรรม (Behavioral)

1) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง ส่งผลให้ขาดการติดต่อกับผู้อื่น ขาดเพื่อน ขาดญาติ ขาดครอบครัว โดยจะแยกตัว สร้างโลกส่วนตัว และใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับตนเอง จะปฏิเสธ หรือหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับกลุ่มเพื่อนหรือชุมชน

2) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่สนใจตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตของตนเอง มักใช้เวลาส่วนใหญ่นอนบนเตียง ไม่สามารถทำหน้าที่ หรือกิจกรรมประจำวันได้สำเร็จ

3) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า มักร้องไห้บ่อยๆ โดยไร้เหตุผล บางครั้งนั่ง หรือนอนอยู่เฉยๆ ก็จะมีน้ำตา (สายฝน เอกวารงกูร, 2554; สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2558)

2.3.4 การแสดงออกทางกาย (Physical)

1) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถมีอาการแสดงออกทางกาย เช่น ปวดศีรษะ แน่นท้อง ปวดเรื้อรัง ท้องอืด คลื่นไส้ ท้องผูก ถ่ายเหลว

2) มีปัญหาอนไม่หลับ หลับยาก หลับไม่สนิท กระสับกระส่าย ฝันร้าย หลับๆ ตื่นๆ หรือตื่นบ่อย บางรายอาจพบอาการนอนไม่หลับแบบตื่นเช้ากว่าปกติ คือ การนอนหลับจะเป็นไปตามปกติ แต่จะตื่นเช้ากว่าปกติโดยไม่ทราบสาเหตุตื่น

3) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะรู้สึกเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย อ่อนล้า หมดพลัง ในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน การทำหน้าที่ การเรียน การงานข้าง

4) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะรู้สึกเบื่ออาหาร ไม่มีความรู้สึกหิว การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนแปลงไป น้ำหนักลด (สายฝน เอกวารงกูร, 2554; สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2558)

สรุปได้ว่า บุคคลที่ภาวะซึมเศร้าจะมีการแสดงออก 4 ด้านที่สำคัญ คือ มีการแสดงออกด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และทางกาย อาการซึมเศร้าที่จะแสดงออก ได้แก่ มีความสิ้นหวัง มี

ความเฉื่อยชา ไม่มีความรู้สึกยินดี มีความลึกลับไม่แน่นอน มีปัญหาการนอนหลับ มีปัญหาด้านอารมณ์ และมีปัญหาด้านความรู้คิด

2.4 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2.4.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วย

1) ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะหัวใจตายเฉียบพลัน ทำให้เกิดความผิดปกติ และการสูญเสียหน้าที่การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ มีผลกระทบต่องานการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก และการลดการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ส่งผลให้ (1) มีการเพิ่มขึ้นของระดับแคทีโคลามีนในกระแสเลือด เร่งให้เกิดคราบตะกรัน หรือทำลายผนังด้านในของหลอดเลือดแดงมากขึ้น กระตุ้นการทำงานของเกล็ดเลือด เกิดการรวมตัวเป็นก้อนเลือด ทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และมีผลทำให้อัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคเพิ่มสูงขึ้น (2) ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นและเกิดความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งเป็นเครื่องบ่งชี้ของการเกิด Cardiac arrhythmia และเกิด Sudden cardiac death ตามมาได้ จึงมีผลทำให้ Cardiac Mortality เพิ่มสูงขึ้น (Carney et al., 2007; Huffman et al., 2013) และ (3) ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีผลกระทบต่อร่างกาย และการมีกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงาน การเข้าสังคม ส่งผลต่อการดำรงชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (Sakai et al., 2011; วรณี จิวสีพงษ์, 2550)

2) ผลกระทบทางด้านจิตใจ

ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้า จะส่งผลกระทบต่อสภาวะของจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกหดหู่ ท้อเหี่ยว ท้อแท้ ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยมีอาการมากกว่าอาการที่ควรเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้มากยิ่งขึ้น (มลฤดี บุราณ, 2548) และภาวะซึมเศร่ายังเป็นสาเหตุที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย จากข้อมูลของสำนักงานกองทุนสนับสนุน การส่งเสริมสุขภาพ (2558) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอาจมีความคิดอยากตายได้ถึงร้อยละ 60 มีแนวโน้มสู่การฆ่าตัวตายได้ถึงร้อยละ 30 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไป 20 เท่า และร้อยละ 3 ของผู้ที่ฆ่าตัวตาย จะฆ่าผู้อื่นร่วมด้วย (ชูชัย ศุภวงศ์, 2553)

2.4.2 ผลกระทบต่อครอบครัว

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีผลทำให้ การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม และการดำรงชีวิต ทำให้ผู้ป่วยต้องกลาย มาเป็นภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ส่งผลให้บทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวเปลี่ยนแปลง เกิดเป็นภาระการ

เสี่ยงดูจากครอบครัวเพิ่มมากขึ้น และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Sakai et al., 2011; วรณิ จิวสืบพงษ์, 2550)

2.4.3 ผลกระทบต่อประเทศชาติ

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำให้การ กลับเป็นซ้ำของโรคเพิ่มมากขึ้น มีผลให้การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น อัตราการ ตายเพิ่มสูงขึ้น และส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น (Meijer et al., 2011; Osler et al., 2016; Parker et al., 2008; สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์, 2554) จากข้อมูลของสถาบันวิจัยและประเมิน เทคโนโลยีทางการแพทย์พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ คิดเป็น 154,876 ล้านบาทต่อปี (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

สรุปได้ว่า หากผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีภาวะซึมเศร้า จะ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและประเทศชาติ ดังนั้น หากพยาบาลผู้ให้การดูแลสามารถคัดกรอง และป้องกันผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้า จะสามารถช่วยลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้น

2.5 ความแตกต่างระหว่างภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อสิ่งที่มาคุกคามจะหายไปเมื่อ บุคคลนั้นสามารถปรับตัวได้ (Beeber, 1998; ธรณินทร์ กองสุข, 2559; สายฝน เอกวรางกูร, 2554) โดยภาวะซึมเศร้าจะทำให้รู้สึกหม่นหมอง หดหู่ เศร้าใจ ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมี คุณค่าในตนเองลดลง สามารถแสดงออกได้ทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และร่างกาย มี ผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและบทบาททางสังคม (กรม สุขภาพจิต, 2557) เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ทั้งในคนปกติ ผู้ป่วยทางกาย และ ผู้ป่วยทางจิตเวช (นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ, 2559) หากปล่อยให้มีภาวะซึมเศร้ามากเกินไป รุนแรง ยาวนาน และเรื้อรัง จะทำให้กลายเป็นโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) ได้ในที่สุด ซึ่งโรคซึมเศร้า เป็นความผิดปกติของอารมณ์ เป็นพยาธิสภาพทางจิตที่ถูกรักษาโดยแพทย์ (ธันวรุจน์ บุรณสุขสกุล, 2555; มาโนช หล่อตระกูล, 2550; สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

American Psychiatric Association (2000) อธิบายว่า โรคซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทาง จิตเวช มีลักษณะที่สำคัญคือ มีอารมณ์เศร้า ขาดความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมทุกชนิดเกือบ ทุกวัน น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้น (มีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ในเวลา 1 เดือน) หรือมีความอยาก อาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้นเกือบทุกวัน นอนไม่หลับหรือนอนมากกว่าปกติเกือบทุกวัน มีการเคลื่อนไหวมาก หรือกระสับกระส่าย โดยผู้ป่วยรู้สึกเองว่ากระวนกระวายหรือช้าลงกว่าเดิม หรือจากคนอื่นสังเกตเห็น อ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรงเกือบทุกวันรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสม หรือรู้สึกผิดมาก เกินไป จนอาจถึงขั้นหลงผิด คิดอะไรไม่ออกหรือสมาธิลดลง หรือล้งเลใจ เป็นเกือบทุกวัน คิดเรื่องการตาย

ซ้ำๆ (แต่ไม่ใช่แค่กลัวว่าตนเองจะตาย) หรือมีความคิดอยากตายซ้ำๆ หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือวางแผนฆ่าตัวตาย โดยใช้หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามระบบ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) ของ American Psychiatric Association (2000) มีดังนี้

A : มีอาการดังต่อไปนี้ 5 อาการ (หรือมากกว่า) ร่วมกันอยู่นาน 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อของ (1) อารมณ์ซึมเศร้า (2) เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข

หมายเหตุ ไม่รวมอาการที่เห็นชัดว่าเป็นจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย หรือ mood-incongruent delusions หรือ hallucinations

(1) มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย (เช่น รู้สึกเศร้า หรือว่างเปล่า) ก็จากการสังเกตของผู้อื่น (เช่น เห็นว่าร้องไห้)

(2) ความสนใจหรือความสุขใจในกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมากเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน (โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น)

(3) น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นการคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (ได้แก่ น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีอาการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารแทบทุกวัน หมายเหตุ ในเด็ก ดูว่าน้ำหนักไม่เพิ่มขึ้นตามที่ควรจะเป็น

(4) นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไปแทบทุกวัน

(5) psychomotor agitation หรือ retardation แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่น มิใช่เพียงจากความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือช้าลง)

(6) อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน

(7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป (อาจถึงขั้นหลงผิด) แทบทุกวัน (มิใช่เพียงแค่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย)

(8) สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้แทบทุกวัน (โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น)

(9) คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ (มิใช่แค่กลัวว่าจะตาย) คิดอยากตายอยู่เรื่อยๆ โดยมีได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

B : อาการเหล่านี้มิได้เข้ากับเกณฑ์ของ Mixed Episode

C : อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญบกพร่องลง

D : อาการมิได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hypothyroidism)

E : อาการไม่ได้เข้ากับ Bereavement ได้ดีกว่า ได้แก่ มีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือนหลังการสูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการโรคจิต หรือ psychomotor retardation (American Psychiatric Association, 2000; ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2551)

2.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การคัดกรองภาวะซึมเศร้า มีแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่พัฒนาขึ้นโดย ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2551) เพื่อใช้ในการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน ค้นหาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่สามารถนำมาใช้ได้จริงในชุมชน และในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับได้ เป็นลิขสิทธิ์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ เป็นการสอบถามความรู้สึกของบุคคลในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยให้เลือกตอบคำถามว่า “มี” หรือ “ไม่มี” โดยเกณฑ์คือ ถ้าตอบ “มี” ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงซึมเศร้า มีความถูกต้องของการทดสอบของเครื่องมือ ร้อยละ 73.7 (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2559)

และในการประเมินภาวะซึมเศร้า มีการสร้างเครื่องมือในการคัดกรองและการประเมินมากมายตามนิยาม และสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้มีดังนี้

2.6.1 Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 ประเมินภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แต่ละข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน รวมคะแนนตั้งแต่ 0-63 แปลผลคะแนนตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า คือ คะแนนระหว่าง 0 ถึง 9 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า, คะแนนระหว่าง 10 ถึง 15 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย, คะแนนระหว่าง 16 ถึง 19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง, คะแนนระหว่าง 20 ถึง 29 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก, และคะแนนระหว่าง 30 ถึง 63 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง มีความเชื่อมั่นของเครื่องมือสำหรับกลุ่มบุคคลปกติเท่ากับ .81 และสำหรับกลุ่มที่มีความผิดปกติทางจิตเวชเท่ากับ .86 (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)

2.6.2 Zung Self-Rating Depression Scale ของ Zung (1965) ประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานของร่างกาย และด้านจิตใจ มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะเมื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุ และขาดการประเมินด้านพฤติกรรม และสังคม มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แปลผลคะแนนตามอาการที่เกิดขึ้นว่ามากหรือน้อย มีความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .73

2.6.3 Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) ของ Hamilton (1960) วัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ เน้นการประเมินในด้านผลกระทบจากภาวะ

ซึมเศร้า อาการแบบจิตสรีระ ความวิตกกังวล ความหงุดหงิดกระวนกระวาย และการหยั่งรู้ มีข้อจำกัดคือ ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกต และตัดสินอาการซึมเศร้าได้ ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อยๆ มีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ให้คะแนนและจัดกลุ่มระดับคะแนนแบ่งตามความรุนแรง ตั้งแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจนถึงมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

2.6.4 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1977) ใช้วัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชาชนทั่วไปและในผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะใช้สำรวจภาวะซึมเศร้าในชุมชน ประกอบด้วยการประเมินอาการซึมเศร้าที่แสดงออกทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย นานๆ ครั้ง ค่อนข้างบ่อย และบ่อยครั้ง มีค่าคะแนน 0-30 คะแนนรวม 60 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 16 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า (Radloff, 1977) ในประเทศไทย อุมภาพร ตรังสมบัติ และคณะ (2540) ได้แปลเป็นภาษาไทยพร้อมกับศึกษาประสิทธิภาพของเครื่องมือในการประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นไทย พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .86 เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ศึกษาประสิทธิภาพของเครื่องมือ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .86 เช่นกัน

2.6.5 Geriatric Depression Scale (GDS) ของ Yesavage et al. (1982) ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ ความคาดหวังด้านลบ การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย การรู้คิด และการแยกตัว ในปี ค.ศ.1983 มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ต่อมาปี ค.ศ. 1989 ได้ทำการปรับปรุงข้อคำถามเหลือเพียง 15 ข้อ (Burke, Roccaforte, & Wengel, 1991) สำหรับประเทศไทย นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2537) นำมาพัฒนาเป็นแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย และใช้ชื่อว่า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ถามความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นการตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ต่อมา อรรวรรณ ลีทองอิน (2553) นำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้เท่ากับ .94

2.6.6 Cardiac Depression Scale (CDS) ของ Hare and Davis (1996) เป็นแบบสอบถามที่ถูกสร้างและพัฒนาขึ้นมาใหม่ เพื่อใช้วัดและประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจโดยเฉพาะ พัฒนาจากแนวคิดคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ จาก The Beck Depression Inventory ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ จำนวน 246 คน ที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ผู้ป่วยหัวใจวาย ผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจ ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ และผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วย ข้อคำถามมีลักษณะเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 1-7 (Numeric rating scale) โดยปลายสุดของด้านซ้ายและขวา จะถูกกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยกำหนด 1 หมายถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” จนถึง 7 หมายถึง “เห็นด้วยอย่าง

ยิ่ง” คะแนนรวม 26-182 คะแนน ในการพัฒนาเครื่องมือครั้งแรกของ Hare and Davis (1996) ไม่ได้ระบุเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าไว้ ต่อมา Kiropoulos et al. (2012) ได้ศึกษาคุณภาพของเครื่องมือ และแบ่งเกณฑ์การประเมินออกเป็น คะแนนต่ำกว่า 90 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า, คะแนนตั้งแต่ 90-100 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง, และคะแนนมากกว่า 100 ขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .90 (Hare & Davis, 1996) ในประเทศไทย ระพีณ ผลสุข (2559) ได้ขออนุญาตแปลเป็นภาษาไทย และนำไปทดสอบใช้กับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า Cardiac Depression Scale (CDS) ของ Hare and Davis (1996) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ระพีณ ผลสุข (2559) เนื่องจากแบบสอบถาม CDS นี้ เป็นแบบสอบถามที่ถูกสร้างและพัฒนาขึ้น เพื่อให้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกันกับผู้วิจัยทำการศึกษา วัตถุประสงค์การวิจัย คุณสมบัติ และลักษณะอาการของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการทำการศึกษา มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ใช้วัดการรับรู้ของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่อภาวะซึมเศร้า ลักษณะของข้อคำถามสามารถอ่านและทำความเข้าใจได้ง่าย ลักษณะของคำตอบสามารถเลือกตอบตามลำดับได้โดยง่าย สะดวก และรวดเร็ว และเป็นแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ดีมาก คือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .9

3. ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988)

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) เป็นทฤษฎีระดับกลาง (Middle range theory) ที่พัฒนามาจากผลงานวิจัยทางการแพทย์และศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมกับทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984)

3.1 ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

Folkman, Lazarus, Gruen, and DeLongis (1986) ให้ความหมาย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่า เป็นปัจจัยสำคัญด้านสถานการณ์ หรือปัจจัยด้านเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่มีบทบาทในการประเมินตัดสินใจ และการเผชิญปัญหาของบุคคล เนื่องจากความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยจะทำให้ยากต่อการประเมินสถานการณ์ ว่าเป็นอันตราย หรือมีความรุนแรงหรือไม่ ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจึงเป็นภาวะที่คุกคามต่อบุคคล

Mishel (1988) อธิบายว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือ การที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถจัดหมวดหมู่ของเหตุการณ์ ไม่สามารถตัดสินใจเหตุการณ์และ/หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของเหตุการณ์นั้นๆ เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น มักจะประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความ

เจ็บป่วยว่าเป็นอันตราย ส่งผลต่อการเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและทำให้ปรับตัวได้ไม่ดี ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

Hilton (1988) ให้ความหมาย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถแยกแยะสภาพความเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจน ถ้ามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาก จะทำให้ผู้ป่วยมองความเจ็บป่วย และทำนายผลลัพธ์ความเจ็บป่วยไปในทางร้าย

Mishel and Clayton (2003) อธิบายว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือ การที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้ โดยจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถตัดสินเหตุการณ์ความเจ็บป่วย และ/หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วย เนื่องจากขาดคำแนะนำที่เพียงพอ ทำให้มีผลต่อการปรับตัว หากปรับตัวได้จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่หากปรับตัวไม่ได้จะเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ในการศึกษาครั้งนี้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองต่อไปได้

ที่ผ่านมา มีการนำทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) มาใช้เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ ได้แก่ Detprapon et al. (2009) นำทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาใช้เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ชนิดากา แก้วกัญญา (2557) นำทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาใช้เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ผกามาต อ่อนขาว (2553) นำทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาใช้เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม และนุชจริย์ แสงสว่าง (2552) นำทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาใช้เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด ผู้วิจัยจึงเลือกนำทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) มาใช้เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการศึกษานี้

3.2 องค์ประกอบสำคัญของทฤษฎีประกอบด้วย

3.2.1 เหตุุนำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Antecedent of uncertainty) ซึ่งเหตุุนำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยประกอบไปด้วย

1) สิ่งที่มากระตุ้น (Stimuli Frame) หมายถึง สิ่งเร้าที่ทำให้บุคคลสร้างแบบแผนความรู้ ความเข้าใจต่อความเจ็บป่วย ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุคคล หากสิ่งที่มากระตุ้นดีจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แต่หากสิ่งที่มากระตุ้นไม่ดี จะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น สิ่งที่มากระตุ้นประกอบด้วย

(1) แบบแผนของอาการที่เกิดขึ้น (Symptom Pattern) หมายถึง ระดับของความรุนแรงของอาการที่ปรากฏ ซึ่งก่อให้เกิดการรับรู้ และมีการให้ความหมาย ถ้าอาการมีรูปแบบชัดเจน จะทำให้ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยลดลง แต่ถ้ารูปแบบของอาการไม่ชัดเจน

หรืออาการมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย จะทำให้บุคคลไม่สามารถคาดเดาอาการได้ ทำให้เกิดความคลุมเครือมากขึ้น ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจึงเพิ่มขึ้น

(2) ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วย (Event Familiarity)

หมายถึง ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยหากบุคคลรู้สึกคุ้นเคยกับโรคและการรักษาที่ได้รับ ก็จะสามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ในการเจ็บป่วยครั้งแรก บุคคลยังไม่มี ความคุ้นเคยต่อโรค การรักษา และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ จึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้สูง

(3) ความสอดคล้องของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่คาดหวังและสิ่งที่เกิดขึ้นจริง (Event Congruence) หมายถึง ความสอดคล้องกันของการเจ็บป่วยที่คาดหวัง กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง หากมีความสอดคล้องกันจะทำให้รู้สึกว่าสามารถทำนายเหตุการณ์ได้ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

2) ความสามารถในการรู้คิด (Cognitive Capacity) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการแปลข้อมูลที่ได้รับ เพื่อพิจารณาตัดสินความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อการเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการรู้คิดดี จะรับรู้แบบแผนของอาการที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง ทำให้คาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ตรงกับความเป็นจริง รับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ดี ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจึงลดลง

3) แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (Structure Provider) หมายถึง แหล่งประโยชน์ที่บุคคลมีอยู่ ช่วยในการแปลและให้ความหมายต่อสิ่งที่มากระตุ้น ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรงนั้นจะช่วยให้บุคคลแปลความหมายของความเจ็บป่วยได้ ส่วนทางอ้อมจะช่วยให้คุณให้ความหมายของรูปแบบอาการ เกิดความคุ้นเคยกับความเจ็บป่วย และสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ ประกอบด้วย

(1) บุคลากรทางสุขภาพที่น่าเชื่อถือ (Credible authority) การที่บุคลากรทางสุขภาพ อธิบายถึงสาเหตุ และอาการของโรคแก่บุคคล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบ และวิธีการรับบริการ จะช่วยลดความคลุมเครือ และช่วยให้มองสถานการณ์ได้ชัดเจนขึ้น ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

(2) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ โดยการช่วยให้ความหมายของเหตุการณ์ เช่น การให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะหรือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้ความคลุมเครือของความเจ็บป่วยลดลง และสามารถทำนายสถานการณ์ความเจ็บป่วย และการรักษาได้ บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมดีจะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

(3) ระดับการศึกษา (Education) มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะเข้าใจข้อมูล และรับข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการรักษา จากบุคลากรทางสุขภาพ และสื่อต่างๆ ได้ดีกว่า จึงสามารถให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยได้ดี ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

3.2.2 การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Appraisal of uncertainty) เมื่อเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย บุคคลจะประเมินใน 2 ลักษณะ คือ เป็นโอกาสดี (Opportunity) หรือเป็นอันตราย (Danger) หากผู้ป่วยประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นโอกาสดี จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมตนเองได้ดี และมองโลกในแง่ดี แต่ถ้าหากบุคคลประเมินว่าเป็นอันตราย จะทำให้รู้สึกกลัว วิตกกังวลและมองโลกในแง่ร้าย

3.2.3 การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Coping with uncertainty) เป็นการใช้กระบวนการทางพฤติกรรม และการรู้คิด ในการจัดการกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

3.2.4 การปรับตัว (Adaptation) เป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้นภายหลังบุคคลเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การปรับตัวเป็นความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ทั้งทางพฤติกรรม ร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อจัดการสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย หากประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยนั้นว่าเป็นอันตราย และคงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไว้ หากประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยนั้นว่าเป็นโอกาสดี ซึ่งส่วนใหญ่บุคคลมักตัดสินว่า ความเจ็บป่วยนั้นเป็นอันตราย ทำให้การเผชิญกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่เหมาะสม ส่งผลให้บุคคลปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ไม่ดี จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Mishel, 1988, 1990; Mishel & Clayton, 2003; ชนิดาภา แก้วกัญญา, 2557; นุชจรรย์ แสงสว่าง, 2552; ผกามาศ อ่อนขาว, 2553)

3.3 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ตามทัศนะของ Mishel (1988) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้คือ

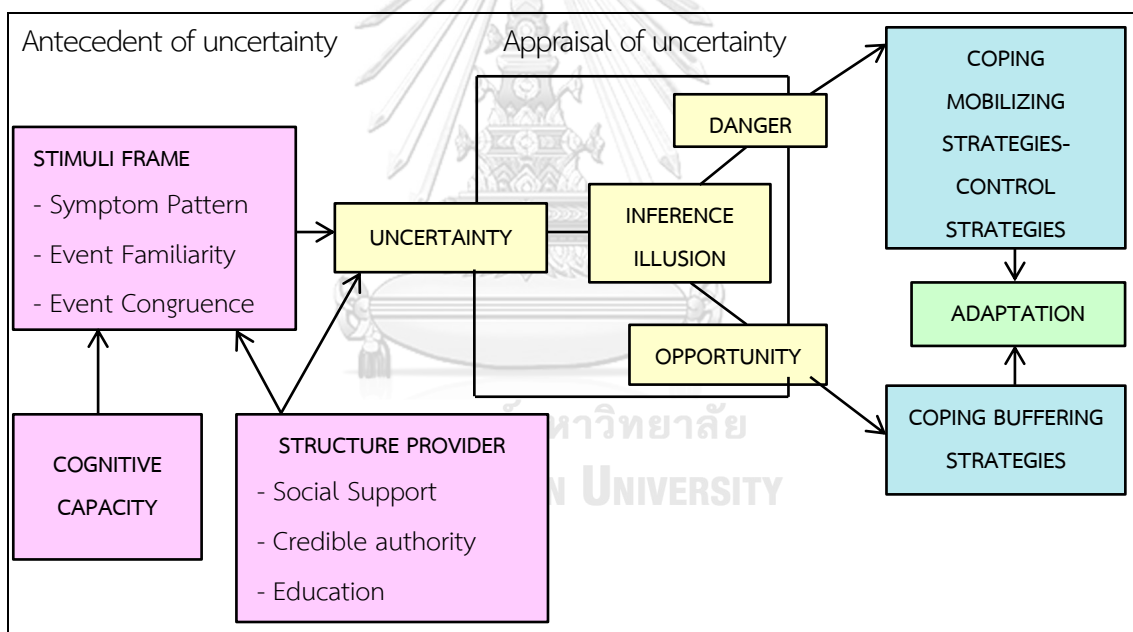
1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา (Ambiguity) คือ การที่บุคคลเกิดความสงสัย เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษา ไม่ทราบสาเหตุของการเจ็บป่วย และความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น และไม่ทราบแนวทางการรักษา เนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์ และ/หรือขาดข้อมูลที่เพียงพอ

2) ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ (Complexity) คือ การที่บุคคลรู้สึกว่าขั้นตอนการรับบริการมีหลายขั้นตอน และวิธีการรักษามีความยุ่งยากซับซ้อน มีการใช้อุปกรณ์พิเศษในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมมารับบริการ เพราะไม่แน่ใจว่าวิธีการและขั้นตอนที่ซับซ้อนนี้จะช่วยให้หายจากความเจ็บป่วยได้

3) ด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมหรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย (Inconsistency) คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงบ่อย ทำให้ประเมินความเจ็บป่วยได้ไม่แน่นอน เกิดความวิตกกังวล ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

4) ด้านการไม่สามารถทำนายระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค (Unpredictability) คือ การที่บุคคลไม่สามารถคาดการณ์ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นผลต่อเนื่องจากความคลุมเครือในความเจ็บป่วย และการรักษา ความซับซ้อนของการรักษา และระบบบริการสุขภาพ และความไม่สม่ำเสมอของข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา (Mishel, 1988, 1990; Mishel & Clayton, 2003; ชนิดาภา แก้วกัญญา, 2557; นุชจริย์ แสงสว่าง, 2552; ผกามาศ อ่อนขาว, 2553)

องค์ประกอบสำคัญของทฤษฎีความเชื่อโยงกัน ดังแสดงไว้ในรูปภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 แผนภาพแสดงทฤษฎีความเชื่อโยงกันของ Mishel (1988) ที่มาของรูป: Mishel (1988). Uncertainty in illness. Image: The Journal of Nursing Scholarship, 20(4), 226.

3.4 การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

เครื่องมือที่ถูกสร้างและพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel มีดังนี้

3.4.1 The Mishel Uncertainty in Illness Scale (MUIS) ในปี ค.ศ. 1980 Mishel ได้สร้างแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้นเป็นครั้งแรก จากสัมภาษณ์ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ได้ข้อคำถาม 34 ข้อ แล้วนำไปทดสอบในผู้ป่วยอายุรกรรมจำนวน 100 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .72 (Mishel, 1981)

3.4.2 The Mishel Uncertainty in Illness Scale (MUIS-A) ต่อมาในปี ค.ศ. 1989 Mishel ได้วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเรื้อรัง โดยปรับข้อคำถามเหลือ 32 ข้อ วัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา มี 13 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91 2) ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ มี 7 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .75 3) ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ หรือมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลบ่อยหรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ มี 7 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .71 และ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค มี 5 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .76 (Mishel, 1997)

3.4.3 The Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Form (MUIS-C) เป็นแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel ฉบับชุมชน ในปี ค.ศ. 1989 เดียวกันนี้ Mishel ได้พัฒนาแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชนขึ้นใหม่ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยนำแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มาวิเคราะห์ปัจจัย หาความตรงเชิงโครงสร้างใหม่ แล้วนำไปทดสอบใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 3960 คน พบว่ามีข้อคำถามที่มีความตรงตามเนื้อหา 23 ข้อ Mishel จึงปรับแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน ให้มีข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ วัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 4 ด้านเดิม โดยมีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ เป็นมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยมากที่สุด แผลผลความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยตามระดับคะแนนเป็นระดับสูงสุด ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยสุด ตามลำดับ โดยคะแนนรวมด้านใดสูงจะแสดงว่ามีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยด้านนั้นสูง (Mishel, 1997)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1997) ฉบับชุมชน แปลเป็นภาษาไทยโดย บุชบา สมใจวงศ์ (2553) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้วัดการรับรู้ของผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองต่อไปได้ ซึ่งมีความสอดคล้องตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา และมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา เนื่องจากเคยมีการนำมาปรับปรุงข้อคำถามเพื่อใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจโดย ชนิดาภา แก้วกัญญา (2557) และเป็นแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ดีมาก คือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

4.1 ความกลัว

4.1.1 ความหมายของความกลัว

Lang (1978) กล่าวว่า ความกลัวเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม สถานการณ์ และ/หรือเหตุการณ์ที่คาดว่าจะมีอันตรายต่อตน

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า ความกลัวเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลประเมินว่า สถานการณ์ หรือสิ่งที่กำลังเผชิญนั้น เป็นความเครียดในลักษณะคุกคามที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตน และแหล่งประโยชน์ที่ตนมีนั้นไม่เพียงพอที่จะใช้ในการจัดการกับสถานการณ์นั้นได้

Moore (1987) กล่าวว่า ความกลัวเป็นความรู้สึกที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามต่อตนเอง ซึ่งบุคคลสามารถรับรู้ได้ โดยผ่านประสาทสัมผัส ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความกลัวของบุคคล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านพฤติกรรม อารมณ์ และด้านสรีระ

Öhman (2000) กล่าวว่า ความกลัวเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ภัยคุกคามของสิ่งมีชีวิต

ราชบัณฑิตยสถาน (2546) ให้ความหมายของคำว่า “กลัว” ว่าหมายถึง ความรู้สึกหวาดกลัว หวาดหวั่นเพราะคาดว่าจะประสบภัย

ราชบัณฑิตยสถาน (2554) ให้ความหมายของคำว่า “กลัว” ว่าหมายถึง ความรู้สึกไม่อยากประสบสิ่งที่ไม่ดีแก่ตัว รู้สึกหวาดเพราะคาดว่าจะประสบภัย รู้สึกไม่อยากประสบสิ่งที่ไม่ดีแก่ตัว เช่น กลัวบาป กลัวถูกตีเตียน รู้สึกหวาดเพราะคาดว่าจะประสบภัย เช่น กลัวเสือ กลัวไฟไหม้

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ ความกลัว หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม และคาดว่าจะมีอันตรายต่อตน

4.1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความกลัว

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความกลัว มีดังต่อไปนี้

4.1.2.1 ทฤษฎีทางอารมณ์ มี 3 ทฤษฎีที่อธิบายพฤติกรรม และลักษณะของอารมณ์ รวมทั้งอธิบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กับอารมณ์ ได้แก่

1) ทฤษฎี James-Lange theory of emotion เป็นทฤษฎีทางอารมณ์ทฤษฎีแรกที่ตั้งโดย William James and Carl Lange (1884) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความรู้สึกทางอารมณ์จะเกิดขึ้นจากการกระตุ้นของร่างกาย และการตอบโต้ของของร่างกาย จะทำให้เกิดการรับรู้ทางอารมณ์ การตอบโต้ภายใน จะเป็นตัวเริ่มต้นของการรับรู้ ความกลัว และจะเป็นผลให้เกิดการตอบโต้ของร่างกาย ทฤษฎีนี้เน้นถึงการรับรู้ของความรู้สึกของตนเอง (James, 1884)

2) ทฤษฎี The Cannon-Bard theory of emotion พัฒนามาจากทฤษฎีทางอารมณ์ของ James-Lange โดย Cannon and Bard (1927) โดยพบว่า อารมณ์เกิดจากแรงกระตุ้นและเคยมีประสบการณ์ทางอารมณ์มาก่อน และสรุปว่าสมอง Thalamus และ Hypothalamus เป็นศูนย์กลางของอารมณ์ ประสบการณ์ และการตอบโต้ของร่างกาย จะทำงานร่วมกับ Thalamus และ Hypothalamus โดยแรงกระตุ้นของอารมณ์จะเดินทางผ่าน Thalamus ไปยังเปลือกสมองบางส่วน ผ่านระบบประสาทอัตโนมัติไปยังกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อันเนื่องมาจากอารมณ์นั้น และต่อมาได้ทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจนพบว่า สมองส่วน Limbic มีหน้าที่ควบคุมอารมณ์โดยตรงมากกว่า Thalamus และ Hypothalamus จึงได้สรุปว่า สมองส่วนที่ควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ คือ สมองส่วน Limbic (Cannon, 1927)

3) ทฤษฎี The Schachter-Singer Theory of Emotion หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า ทฤษฎีความรู้ความเข้าใจ (Cognitive theory) พัฒนาโดย Schachter and Singer (1962) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า มนุษย์แปลความรู้ความเข้าใจที่เกิดจากสภาพแวดล้อม และร่างกายของตนเองได้ เมื่อมีประสบการณ์ตอบโต้ของร่างกายเกิดขึ้น โดยอธิบายกระบวนการแปลความรู้ ความเข้าใจนี้ ออกเป็น 2 ขั้นตอนคือ (1) การแปลตัวกระตุ้นจากสภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ เนื่องจากคนส่วนใหญ่จะไม่ได้รับการกระทบกระเทือนจากสภาพแวดล้อมโดยตรง แต่จะได้รับการแปลสิ่งต่างๆ จากสภาพแวดล้อมนั้น ทำให้เกิดอารมณ์ขึ้น และ (2) การแปลตัวกระตุ้นจากร่างกาย และมีผลต่อการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติให้ตื่นตัว เช่น เมื่อรู้สึกกลัวหัวใจจะเต้นแรงขึ้น แปลความหมายว่าเรามีความกลัว (Schachter & Singer, 1962)

4.1.2.2 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Freud's Psychoanalytic Theories) ของ Sigmund Freud (1917) โดยอธิบายว่า ความกลัวเกิดจากการใช้กลไกป้องกันทางจิตที่ไม่ได้ผลในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความกลัว เนื่องจากมีความขัดแย้งในใจ (Yacov & Yochay, 2015)

4.1.2.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) ของ Pavlov (1902) and Watson (1921) อธิบายว่า ความกลัวเป็นปฏิกิริยาหลีกเลี่ยงที่ถูกล้างเงื่อนไขเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งกระตุ้น (Condition avoidance reaction) เช่น การเรียนรู้พฤติกรรมที่จะหลบหลีกเพื่อให้รอดพ้นจากสิ่งที่เป็นอันตราย (Graham, 1991; สมปอง วงษาสุข, 2544)

4.1.2.4 ทฤษฎีพัฒนาการทางชีวภาพ (Biological-developmental theory) Charles (1859) อธิบายว่า ความกลัวเป็นการปรับตัวทางธรรมชาติ แสดงออกในรูปของการมีพฤติกรรมเพื่อแสวงหาความปลอดภัย โดยเฉพาะการได้รับการปกป้องของบุคคล โดยการแสดงออกในเรื่องความกลัวจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Graham, 1991; สมปอง วงษาสุข, 2544)

สรุปได้ว่า ความกลัวเป็นการรับรู้ความรู้สึกทางอารมณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้น เพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม และคาดว่าจะมีอันตรายต่อตน

4.1.3 ปฏิกริยาที่แสดงออกถึงความกลัว

Lang (1978) ได้นำเสนอ The three-systems model of fear and emotional โดยกล่าวว่า ความกลัวเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม สถานการณ์ และ/หรือ เหตุการณ์ที่คาดว่าจะมีอันตรายต่อตน เช่น การเจ็บป่วย การเป็นโรคเรื้อรัง การสูญเสีย การเผชิญกับเหตุการณ์ที่เลวร้าย หรือเหตุการณ์ที่ไม่เคยประสบมาก่อน เมื่อเกิดความกลัวจะทำให้บุคคลเกิดปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความกลัว มีการแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ ความรู้สึกตกใจ หวาดหวั่น สิ้น ไม่สามารถควบคุมสติได้ ร้องไห้ ไวต่อการกระตุ้น และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน 3 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรม ด้านสรีระ และด้านสติปัญญา ได้ดังนี้ คือ (Kenneth, 1988; Moores, 1987; Rosenhan & Seligman, 1989; ลักษณะ มะรังกา, 2553; วชิกร สุวรรณณี, 2554)

1) ด้านพฤติกรรม ความกลัวทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความกลัวออกมาทางร่างกายอย่างชัดเจน เช่น การแสดงออกทางใบหน้า โดยแสดงสีหน้าตกใจ เครื่องเครียด กัดฟัน เม้มปาก ตาเบิกกว้าง มีการจับ หรือยึดเกาะบุคคลอื่นไว้ หรือมีการแสดงออกถึงการหลีกเลี่ยงจากเหตุการณ์ที่ทำให้กลัว โดยพยายามหลีกเลี่ยง หรือต่อต้านสถานการณ์นั้นๆ เช่น วิ่งหนี การขัดขืน ไม่ให้ความร่วมมือ (Kenneth, 1988; Moores, 1987; Rosenhan & Seligman, 1989; ลักษณะ มะรังกา, 2553; วชิกร สุวรรณณี, 2554)

2) ด้านสรีระ เมื่อเกิดความกลัว ร่างกายจะหลั่งสาร Adrenaline ทำให้มีผลต่ออวัยวะในระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบไหลเวียนโลหิต ระบบการหายใจ กล้ามเนื้อ และตับ Adrenaline จะทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ความดันเลือดในระหว่างหัวใจบีบตัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้เส้นเลือดที่ผิวหนัง และอวัยวะภายในส่วนใหญ่หดตัว แต่ทำให้เลือดที่กล้ามเนื้อคลาย และกล้ามเนื้อหัวใจคลายตัว ความแรงและอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลทางอ้อมมาจากความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น ไปเร่งศูนย์ควบคุมการหายใจผ่านทางระบบประสาทส่วนกลาง จากการเปลี่ยนแปลงทางประสาทสรีรวิทยาของความกลัวเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยแสดงอาการอาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ปั่นป่วนในท้อง มือ-เท้าสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง ปวดศีรษะ จุกแน่นหน้าอก และเหงื่อออก หรือมีอาการแสดงทางระบบประสาท เช่น กล้ามเนื้อบริเวณใบหน้ากระตุก กระพริบตาบ่อยๆ กระสับกระส่าย (Kenneth, 1988; Moores, 1987; Rosenhan & Seligman, 1989; ลักษณะ มະรังกา, 2553; วชิกร สุวรรณมณี, 2554)

3) ด้านสติปัญญา ปฏิกริยาตอบสนองต่อความกลัวด้านสติปัญญาที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิด จะมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละบุคคล ขณะที่เกิดความกลัวบุคคลจะเกิดความรู้สึกนึกคิดในทางด้านลบต่อสิ่งนั้น ส่งผลให้บุคคลกระทำในสิ่งที่บ่งบอกถึงความรู้สึกนึกคิดในทางลบที่เกิดขึ้นอย่างไม่เหมาะสม และไม่เกิดประโยชน์ ซึ่งการคิดในลักษณะนี้ จะเป็นเสมือนการฝึกลมองสิ่งนั้นๆ ในแง่ลบ ทำให้มีผลต่อการรับรู้ที่บิดเบือน และเกิดการคาดเดาผลที่ติดตามมาที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง (Kenneth, 1988; Moores, 1987; Rosenhan & Seligman, 1989; ลักษณะ มະรังกา, 2553; วชิกร สุวรรณมณี, 2554)

สรุปได้ว่า ความกลัว คือ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม และคาดว่าจะมีอันตรายต่อตน เมื่อเกิดความกลัวจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นใน 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านพฤติกรรม 2) ด้านสรีระ และ 3) ด้านสติปัญญา การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม เช่น การแสดงสีหน้าตกใจ เม้มปากกัดฟัน หาค้นช่วยเหลือ จับผู้อื่นไว้แน่น การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ เช่น การมีหัวใจเต้นแรง ใจสั่น สั่นเกร็ง ปั่นป่วนในท้อง หายใจไม่โล่ง กระสับกระส่าย และการเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญา เช่น การที่ไม่สามารถควบคุมสติตนเองได้ ไม่สามารถตัดสินใจทำอะไรได้ นึกถึงความตาย นึกถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตน

4.1.4 ความกลัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

Allen (1998) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ความกลัวและผลของความกลัวในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะ 3 วันแรกในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ (Coronary care Unit) เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อหาชนิดและระดับความรุนแรงของความกลัวในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 30 คน ในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3 วันแรก ผลการวิจัย

พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในระหว่าง 3 วันแรกในหอผู้ป่วยหนัก หัวใจและหลอดเลือดหัวใจ มีความกลัว ได้แก่

- 1) ความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ เป็นระยะเวลาความกลัวนานตั้งแต่ 1 ถึงหลายชั่วโมง ระดับความกลัว มีตั้งแต่ ไม่มากถึงมากที่สุด
- 2) ความกลัวเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ระยะเวลาเป็นนาทีถึง 1 ชั่วโมง ระดับความกลัวมีตั้งแต่ปานกลางถึงมาก
- 3) ความกลัวตาย ระยะเวลาตั้งหลายนาทีถึงหลายชั่วโมง ระดับความกลัว ปานกลางถึงมาก
- 4) ความกลัวภาวะแทรกซ้อนจากโรค ระยะเวลาตั้งหลายนาทีถึง 1 ชั่วโมงระดับความกลัวปานกลางถึงมาก
- 5) กลัวเจ็บปวด ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ระดับความกลัว ตั้งแต่ ปานกลางถึงมาก
- 6) กลัวการไม่ได้รับยาตามปกติ ระยะเวลาหลายชั่วโมง ระดับความกลัวมาก
- 7) กลัวจะมีผลกระทบต่อครอบครัว ระยะเวลาความกลัวตลอดเวลา ระดับความกลัวมาก
- 8) ความกลัวที่จะสูญเสียความเป็นอิสระ ระยะเวลาที่กลัว หลายชั่วโมง ระดับความกลัวปานกลาง (Allen, 1998)

เอี่ยมเดือน นิลพฤษ (2559) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 126 คน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โดยศึกษาตัวแปรความกลัวจากผลการวิจัยของ Allen (1998) แล้วนำมาจำแนกให้เป็นหมวดหมู่ตามประเภทของความกลัวในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามประเภทความกลัวในการเข้ารับการรักษาพยาบาลของ Chaiyawat (2000) เป็น 1) ความกลัวด้านการปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ความกลัวที่ต้องแยกจากบ้านและบุคคลอันเป็นที่รัก 2) ความกลัวการได้รับการเจ็บปวดทางด้านร่างกาย เช่น ความกลัวที่เกี่ยวกับการเจ็บปวด ความบาดเจ็บ ความพิการ และเชื่อมโยงไปถึงความกลัวตาย และความกลัวที่เกิดจากกิจกรรมการรักษาพยาบาล เช่น การตรวจ การทำหัตถการ และ 3) ความกลัวที่จะสูญเสียความควบคุม เช่น ความกลัวในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เสี่ยงเครื่องมือ อุปกรณ์ การได้รับการดูแลรักษาจากบุคคลที่แปลกหน้า การถูกจำกัดกิจกรรมต่างๆ กฎระเบียบของโรงพยาบาล ขาดความเป็นอิสระและรู้สึกไร้ความสามารถ ทำให้รู้สึกสูญเสียความควบคุม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความกลัวด้านการเจ็บปวดมีคะแนนเฉลี่ยรายด้านสูงสุด คือ 13.02 (SD = 5.64) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือความกลัวด้านปฏิสัมพันธ์ 7.41 (SD= 3.14) ซึ่งอยู่ระดับปานกลาง และความกลัวสูญเสียการควบคุม (mean = 6.06, SD = 2.618) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ และคะแนนความกลัวทุกด้านเป็น 26.49 (SD = 10.175) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

4.1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ถือเป็นภาวะวิกฤติฉุกเฉินที่คุกคามต่อชีวิต มีอาการและอาการแสดงอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน (เกรียงไกร เสงร์ศรี, 2555) จากกลไกความกลัว เมื่อมีสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นทันทีทันใด และเกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดหมาย หรือสิ่งเร้านั้นมีลักษณะแปลกใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อน เมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้น จะเกิดการตอบสนองของร่างกาย ส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาท Limbic โดยเฉพาะส่วน Amygdala ที่มีหน้าที่แปลความหมาย และตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้า เกิดความรู้สึกกลัว จนทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการตัดสินใจว่าจะเกิดพฤติกรรมต่อสู้อหรือถอยหนีต่อสิ่งเร้าที่เป็นอันตรายนั้น (Davies & Janosik, 1991; ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2545) และการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Limbic ซึ่งเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรม และสารสื่อประสาท 2 ชนิด คือ Serotonin และ Norepinephrine จึงมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า (Yamine et al., 2014; สายฝน เอกวางกูร, 2554) สอดคล้องกับทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ที่กล่าวถึงผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันว่า อาการ และอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นอาการที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย และผลลัพธ์ของอาการที่ผู้ป่วยคาดหวังอาจไม่ตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ทำให้เกิดความกลัว เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทำให้การปรับตัวไม่ดี ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Mishel, 1988, 1990; Mishel & Clayton, 2003) สอดคล้องกับจากการศึกษาของ Gerald et al. (2006) พบว่าความกลัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($r = .462, p < .001$) การศึกษาของ Koivula et al. (2001) พบว่า ความกลัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รอคอยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ($r = .37, p < .05$) และการศึกษาของ Choy et al. (2007) พบว่า ความกลัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ghassan (2015) พบว่า ความกลัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ ($r = .5, p < .01$)

สรุปได้ว่า เมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัว และความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า

4.1.6 เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินความกลัว

4.1.6.1 The Fear Survey Schedule-II (FSS-II) พัฒนาโดย Geer (1965)

เป็นแบบสอบถามความกลัวโดยทั่วไป ข้อคำถามถามถึงสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว มีข้อคำถามทั้งหมด 51 ข้อ เพื่อประเมินระดับของความกลัว เมื่อประเมินแล้ว จะแบ่งระดับความกลัวออกเป็น 3 ระดับคือ Mild-Moderate-Severe มีค่าความน่าเชื่อถือภายใน ค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสันเท่ากับ .939

4.1.6.2 The Social Avoidance and Distress Scale (SAD) พัฒนาโดย Watson and Friend (1969) มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ให้เลือกตอบ ถูก-ผิด เพื่อวัดความวิตกกังวลทางสังคม 2 ด้าน คือ 1) ด้านความวิตกกังวล จาก 4 ประสพการณ์ คือ (1) ความรู้สึกความทุกข์ทรมาน (2) ความรู้สึกไม่สบาย (3) ความกลัว (4) ความวิตกกังวล และ 2) ด้านการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ทางสังคม มีค่าความน่าเชื่อถือภายใน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .94

4.1.6.3 The Fear of Negative Evaluation Scale (FNE) พัฒนาโดย Watson and Friend (1969) พัฒนามาจากแบบสอบถาม The Social Avoidance and Distress Scale (SAD) ใช้ประเมินประสพการณ์ของบุคคลที่ประสบกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ให้เลือกตอบ ถูก-ผิด มีค่าความน่าเชื่อถือภายใน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .94-.98

4.1.6.4 The Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale (FNEB) พัฒนาโดย Leary (1983) ใช้ในการประเมินความกลัว และความวิตกกังวลในการเข้าสังคม พัฒนามาจากแบบสอบถาม The Fear of Negative Evaluation Scale (FNE) มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีคุณลักษณะเช่นนั้น จนถึง 5 คะแนน หมายถึง ตรงกับคุณลักษณะมากที่สุด ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 12-60 มีค่าความน่าเชื่อถือภายใน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90

4.1.6.5 The Fear of Pain Questionnaire-III (FPQ-III) พัฒนาโดย McNeil and Rainwater (1998) ใช้ประเมินความกลัวและความวิตกกังวลจากความเจ็บปวด ใช้ได้ทั้งในกลุ่มประชากรทั่วไป และในกลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือมีอาการปวดเฉียบพลัน มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นจริง จนถึง 5 คะแนน หมายถึง เป็นจริงที่สุด ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 30-150 มีค่าความน่าเชื่อถือภายใน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .95

4.1.6.6 Assessment of Acute Distress and Fear of Dying พัฒนาโดย Steptoe et al. (2011) เพื่อประเมินความกลัวของผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีข้อคำถาม 3 ข้อ เป็นมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นความจริง, 1คะแนน หมายถึง จริงเล็กน้อย, 2 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างจริง, 3 คะแนน หมายถึง จริงแน่นอน, และ 4 คะแนน หมายถึง จริงอย่างมาก ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 0-12 คะแนน, 0-2 คะแนน หมายถึง ไม่มีความรู้สึกกลัว, 3-6 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกกลัวในระดับปานกลาง, 9-12 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกกลัวในระดับรุนแรง มีค่าความน่าเชื่อถือภายใน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .82

4.1.6.7 Fear of Dying พัฒนาโดย Von, Hari, Schmid, Saner, and Begre (2011) เพื่อประเมินความกลัวในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อตายเฉียบพลัน เป็นการประเมินโดยใช้มาตราวัด

ตัวเลข ตั้งแต่ 0 ถึง 10 เพื่อบอกระดับของความกลัว โดย 0 หมายถึง ไม่เป็นความจริงอย่างแน่นอน จนถึง 10 หมายถึง เป็นจริงที่สุด มีค่าความน่าเชื่อถือค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .76

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แบบประเมินความกลัวที่ใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อตายเฉียบพลันทั้งของ Steptoe et al. (2011) และ Von et al. (2011) เป็นการประเมินความกลัวตาย และเอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ (2559) ได้พัฒนาแบบสอบถามความกลัวเพื่อประเมินความกลัวด้านการปฏิสัมพันธ์ ความกลัวการได้รับการเจ็บปวดทางด้านร่างกาย และความกลัวที่จะสูญเสียความควบคุม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำทฤษฎีความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) มาใช้เป็นแนวทางในการคัดเลือกตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดยกำหนดให้ตัวแปรความกลัวเป็นตัวแทนของสิ่งกระตุ้นต่อสิ่งที่มาคุกคาม คือ อาการเจ็บหน้าอก ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบสอบถามความกลัวขึ้นมาใหม่ จาก The three-systems model of fear and emotional ของ Lang (1978) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและตำรา เพื่อให้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นมาใหม่นี้ สามารถวัดความรู้สึกของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่แสดงออกถึงความกลัวที่มีต่ออาการเจ็บหน้าอก ซึ่งเป็นอาการเด่นจำเพาะของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านพฤติกรรม ด้านสรีระ และด้านสติปัญญา และมีการแสดงออกเป็นรูปธรรมที่ผู้ป่วยสามารถบ่งบอกได้

4.2 การสนับสนุนทางสังคม

4.2.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ว่าคุณเองมีคนที่กำลังใจ การได้รับความรัก การยอมรับจากสังคม ทำให้ตนเองเกิดการรับรู้ รู้สึกมีคุณค่า มีการรับรู้ว่าคุณเองคือส่วนหนึ่งของสังคม

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ที่เกิดจากความใกล้ชิด ผูกพัน การให้การดูแล และการให้การเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิดการตัดสินใจซึ่งเกิดขึ้นจากการยอมรับนับถือ และเห็นความมีคุณค่า การให้การช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำด้านข้อมูล วัตถุสิ่งของหรือบริการต่างๆ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งประคับประคองทางจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อต้องเผชิญกับความเครียดในชีวิต

Jacobson (1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านวัตถุ และได้รับความรู้ความเข้าใจ ทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจในการจัดการปัญหา และการรับรู้ว่าคุณมีคุณค่า

ในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลในการได้รับความช่วยเหลือต่างๆ

4.2.2 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

4.2.2.1 การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Caplan (1974)

Caplan (1974) แบ่งแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีความรักผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or natural support system) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ (1) เป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ คู่สมรส และครอบครัว เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง (2) ครอบครัวใกล้ชิด เช่น เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จักคุ้นเคย และเพื่อนที่ทำงาน 2) องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ (Organized support directed by caregiving professional) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่รวมตัวกันเป็นหน่วยงานเป็นชมรมอย่างเป็นทางการ โดยอาจเป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นจากการรวมตัวกันเองของคนในชุมชนโดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือเป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นโดยมีองค์กรของรัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ สมาคมฌาปนกิจ องค์กรทางศาสนา และหน่วยงานทั่วไปของรัฐ และ 3) กลุ่มบุคคลทางวิชาชีพสุขภาพ (Professional health care workers) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวิชาชีพที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข

Caplan (1974) แบ่งรูปแบบของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 แบบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ ให้คำแนะนำ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ 2) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ความสำคัญให้การยกย่อง ยอมรับ นับถือ ให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ทำให้รู้สึกได้รับความเอาใจใส่หรือความรักความผูกพัน และ 3) การสนับสนุนทางการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคล เช่น เงิน แรงงาน สิ่งของ หรือการให้บริการ

4.2.2.2 การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb (1976)

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับความรักการดูแลเอาใจใส่ และมีความใกล้ชิดสนิทสนม มีความผูกพันและไว้วางใจซึ่งกันและกัน 2) การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง (Esteem support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและบุคคลอื่นให้การยอมรับนับถือ และเห็นคุณค่าของตนเอง และ 3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิก หรือเป็นของเครือข่ายทางสังคม และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน

4.2.2.3 การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981)

House (1981) แบ่งแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นทางการ คือ กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์และผูกพันกันตามธรรมชาติ มีการให้การช่วยเหลือกันอย่างจริงใจ โดยความสัมพันธ์นั้นไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับบทบาทด้านการทำงานทางวิชาชีพ และ 2) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ คือ กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์ในลักษณะเป็นทางการ โดยมีความเกี่ยวข้องกับบทบาทด้านการทำงานวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น ทีมสุขภาพ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลเด็ก และบุคคลอื่นๆ ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น พระ แม่บ้าน สมาคม ชมรมต่างๆ

House (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก (Emotional support) คือ การที่ผู้ป่วยรู้สึกได้ถึง การเอาใจใส่ ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การเห็นคุณค่าและยอมรับผู้ป่วยจากบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายสังคมของผู้ป่วย 2) การสนับสนุนด้านการประเมินเพื่อการสนับสนุน (Appraisal support) คือ การที่ผู้ป่วยได้ข้อมูลย้อนกลับ ไม่ว่าจะ เป็นคำพูด การแสดงออก การให้การรับรอง เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้นำข้อมูลเหล่านั้นไปประเมินและนำไปเทียบกับผู้อื่นที่อยู่ในสังคมเดียวกันว่าเหมือนหรือแตกต่างกัน 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) คือ การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ คำแนะนำ รวมทั้งคำปรึกษาต่างๆ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและโรคที่ตนต้องเผชิญอยู่ และ 4) การสนับสนุนด้านการช่วยเหลือในการกระทำกิจกรรม รวมทั้งการให้สิ่งของ เงินทอง (Instrument support) คือ การที่ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของเงินทอง วัตถุต่างๆ ที่จำเป็น

4.2.2.4 การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981)

Schaefer et al. (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การก่อให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิด มีความมั่นใจและความเชื่อมั่นว่าจะพึ่งพิงผู้อื่นได้เสมอ ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นที่รัก เป็นที่ใส่ใจ และเป็นสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่ม ไม่ใช่คนแปลกหน้า 2) การสนับสนุนทางวัตถุ (Tangible Support) หมายถึง เป็นการให้ความช่วยเหลือ หรือให้บริการต่างๆ เช่น ให้ยืมเงิน ให้ของขวัญ ช่วยดูแลในเวลาที่ต้องการ และ 3) การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) หมายถึง การให้ข้อมูล ข่าวสาร และคำแนะนำ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้ รวมทั้งการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงการกระทำของบุคคลด้วย

4.2.2.5 การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Jacobson (1986)

Jacobson (1986) แบ่งการสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

- 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นพฤติกรรมการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจ และเชื่อว่ามีบุคคลเคารพนับถือยกย่อง และให้ความรักดูแลเอาใจใส่
- 2) การสนับสนุนด้านสติปัญญา (Cognitive support) เป็นการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ หรือคำแนะนำที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตน และช่วยให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
- 3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการสนับสนุนด้านสิ่งของและการบริการต่างๆ ที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาได้

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้น คือ การรับรู้ของบุคคลที่รับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนต่างๆ

4.2.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินการสนับสนุนทางสังคม มีดังต่อไปนี้

4.2.3.1 Social Support Questionnaire (SSQ) พัฒนาโดย Schaefer et al. (1981) ประเมิน 2 ส่วน คือ 1) สถานการณ์ ประกอบด้วย 9 สถานการณ์เพื่อการวัดการสนับสนุนด้านวัตถุ 2) จำนวนเครือข่ายที่เฉพาะ เช่น คู่สมรส เพื่อน ความสัมพันธ์ในโรงเรียนหรือที่ทำงาน โดยมี 1 คำถามที่ถามเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และอีก 4 คำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของการสนับสนุนด้านวัตถุเท่ากับ .56 การสนับสนุนด้านอารมณ์เท่ากับ .68

4.2.3.2 Social Support Questionnaire (SSQ) พัฒนาโดย Sarason, Levine, Basham, and Sarason (1983) ใช้วัดจำนวนของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่มีหรือหามาได้ ประกอบด้วยความสัมพันธ์ส่วนบุคคล การปรับตัวหรือการจัดการและการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มี 27 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามประกอบด้วยบุคคลที่สามารถพึ่งพาและความพึงพอใจในการสนับสนุนที่ได้รับ โดยคำตอบจะตอบ “มี” หรือ “ไม่มี” และถ้าตอบว่า “มี” จะต้องประเมินความพึงพอใจในการสนับสนุนที่ได้รับเป็นมาตราส่วนประมาณค่า จาก 1 คะแนน หมายถึง พึ่งพอใจมาก ถึง 6 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจมาก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .94

4.2.3.3 Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) พัฒนาโดย Barrera, Sandler, and Ramsay (1981) ใช้วัดความถี่ของการได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ เช่น บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก และครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย มี 40 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วน

ประมาณค่า 5 ระดับ ประเมินความถี่ในเหตุการณ์ระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับ ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง ได้รับทุกวัน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .93 และ .94

4.2.3.4 Personal Resource Questionnaire (PRO) พัฒนาโดย Brandt and Weinert (1981) ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ชีวิตที่ทำให้บุคคลต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ของบุคคล และความพึงพอใจในการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์เหล่านั้น 2) เป็นการวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิด Weiss มี 25 ข้อ เป็นมาตรวัด 7 ระดับ โดยข้อความด้านบวกจากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 7 คะแนน ส่วนข้อความด้านลบต้องกลับค่าคะแนน คะแนนจะอยู่ในช่วง 25-175 คะแนนรวมสูงแสดงถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก มีค่าความคงที่ภายใน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคอยู่ในช่วง .85-.93

4.2.3.5 Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) พัฒนาโดย Norbeck, Lindsey, and Carrieri (1981) พยาบาลผู้วิจัย ตามแนวคิดของ Kahn วัดความหลากหลายมิติของโครงสร้างการสนับสนุนทางสังคม เป็นคำถามเกี่ยวกับการปรับตัว หรือการจัดการตนเองแบบสั้นๆ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) การประเมินการทำหน้าที่ ประเมินการได้รับการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ (1) ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (2) ความเห็นพ้องยืนยันพฤติกรรมของบุคคล และ (3) การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 2) การสูญเสียเครือข่าย ประเมินสมาชิกในเครือข่ายทางสังคมซึ่งเป็นผู้ให้การสนับสนุน หรือช่วยเหลือที่สำคัญในปัจจุบัน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นจริง ถึง 5 คะแนน หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89

4.2.3.6 The ENCRICH Social Support Questionnaire (ESSI) พัฒนาโดย Mitchell et al. (2003) แปลเป็นภาษาไทยโดย จันทนา หล่อตจะกุล (2549) ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหัวใจ มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ข้อคำถามที่ 1-6 มีมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา ส่วนข้อคำถามข้อที่ 7 เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .83

4.2.3.7 The multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) เป็นแบบวัดการรับรู้ความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ ใช้ประเมินการรับรู้การได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลากรอื่นๆ ที่นอกเหนือจากคนในครอบครัว และเพื่อน พัฒนาโดย Zimet et al. (1988) ซึ่งต่อมามีการพัฒนาแบบสอบถามให้วัดความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) (r-T-MSPSS) โดย

Tinakorn and Nahathai (2012) มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 อันดับ จาก (1) ไม่เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง (7) เห็นด้วยมากที่สุด แบ่งระดับของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ออกเป็นระดับต่ำ ปานกลาง และสูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) (r-T-MSPSS) ของ Zimet et al. (1988) แปลเป็นภาษาไทยโดย Tinakorn and Nahathai (2012) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่นๆ ที่นอกเหนือจากคนในครอบครัวและเพื่อน ลักษณะของข้อคำถามสามารถอ่าน และทำความเข้าใจได้ง่าย ลักษณะของคำตอบสามารถเลือกตอบตามลำดับได้โดยง่าย สะดวก และรวดเร็ว เป็นแบบสอบถามที่เคยถูกนำมาใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยระพีณ ผลสุข (2559) และเป็นแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ดีมาก คือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89

4.3 ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา หมายถึง คุณวุฒิทางการศึกษาสูงสุดที่บุคคลได้รับจากสถาบันการศึกษาที่ได้รับรองมาตรฐานการศึกษา (Dewey, 1916)

ระดับการศึกษาเป็นหนึ่งในตัวแปรของแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) โดย Mishel (1988) อธิบายว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะเข้าใจข้อมูล และรับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา จากบุคลากรทางสุขภาพและสื่อต่างๆ ได้ดีกว่า จึงสามารถให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยได้ดี ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ดี ไม่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น (Mishel, 1988)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีการศึกษาตัวแปรระดับการศึกษากับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน ส่วนในต่างประเทศ มีการศึกษาของ Osler et al. (2016) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kang et al. (2015) และ Mello et al. (2011) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และจากการศึกษาของ Goldfeld et al. (2015) พบว่าระดับการศึกษาสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ($OR = 1.78, p < .05$) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงคัดเลือกตัวแปรระดับการศึกษามาทำการศึกษา เนื่องจากมีความสอดคล้องตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ที่กล่าวว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยบุคคลที่มีระดับ

การศึกษาสูงจะเข้าใจข้อมูล และรับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาจากบุคลากรทางสุขภาพ และสื่อต่างๆ ได้ดีกว่า จึงสามารถให้ความหมายและปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ดี ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินระดับการศึกษาตามคุณวุฒิที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้รับจากสถาบันการศึกษาที่ได้รับรองมาตรฐานการศึกษาจากกระทรวงศึกษาธิการ โดยแบ่งระดับการศึกษาออกเป็น 6 กลุ่มคือ 1) ไม่เคยเข้ารับการศึกษาศึกษา 2) ประถมศึกษา 3) มัธยมศึกษา 4) อนุปริญญา 5) ปริญญาตรี และ 6) สูงกว่าปริญญาตรี

4.4 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยในอนาคตได้ (Mishel, 1988)

โดย Mishel (1988) อธิบายว่า เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ก็จะส่งผลต่อการประเมินตัดสินความเจ็บป่วย ว่าเป็นโอกาสดีหรือเป็นอันตรายที่ได้เผชิญกับความเจ็บป่วย หากบุคคลประเมินตัดสินว่าเป็นโอกาสดี ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการควบคุมตนเองได้ดี และมองโลกในแง่ดี แต่หากบุคคลประเมินตัดสินว่าเป็นอันตราย ก็จะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกกลัว วิตกกังวล และมองโลกในแง่ร้าย ส่งผลต่อการเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัว (Mishel, 1988) และสะท้อนให้ปรากฏทั้งในด้านบวกและด้านลบ (Detprapon et al., 2009; Mishel & Clayton, 2003)

จากการศึกษาของ Detprapon et al. (2009) ได้ทดสอบทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพื่อทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ได้กำหนดให้ผลลัพธ์สุดท้ายตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นการปรับตัว โดยใช้ตัวแปรคุณภาพชีวิตเป็นตัวแทนของการปรับตัวทางบวก และภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแทนของการปรับตัวทางลบ พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ($r = .96, p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชนิดาภา แก้วกัญญา (2557) ทดสอบทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ($r = .26, p < .05$) การศึกษาของ ผกามาศ อ่อนขาว (2553) ทดสอบทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม ($r = .20, p < .01$) และการศึกษาของ นุชจรรย์ แสงสว่าง (2552) ทดสอบทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด ($r = .404, p < .05$)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีตัวแปรความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นหนึ่งในตัวแปรที่ทำการศึกษา ทดสอบทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) โดยกำหนดให้ผลลัพธ์สุดท้ายตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นการปรับตัว โดยใช้ตัวแปรภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแทนของการปรับตัวทางลบ เลือกใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1997) ฉบับชุมชน แปลเป็นภาษาไทยโดย บุชบา สมใจวงศ์ (2553) ฉบับที่ ชนิดาภา แก้วกัญญา (2557) เคยนำมาปรับปรุงข้อคำถามเพื่อใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคลุมเครือ 2) ด้านความซับซ้อน 3) ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกัน และ 4) ด้านการไม่สามารถทำนาย เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ดีมาก คือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการที่องค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกได้ทำการสำรวจและรายงานโรคที่จะสร้างปัญหาให้กับประเทศไทยและทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2020 พบว่า ภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราการป่วยของประชากรสูงเป็นอันดับ 2 ของโลก รองจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (World Health Organization, 2016) และเป็นปัจจัยที่ทำให้การเจ็บป่วยในโรงพยาบาล และอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Meijer et al., 2013; Osler et al., 2016) ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ดังนี้

งานวิจัยในประเทศไทย

มลฤดี บุราณ (2548) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 150 คน ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยโดยรวมในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.88 คะแนน (SD = 6.17) รายได้ อาการหายใจลำบาก ความเหนื่อยล้า ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($r = -.511, .434, .395, .187$ และ $-.437, p < .05$ ตามลำดับ) เพศ (Eta = .555) และภาวะการทำหน้าที่ (C = .240) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ในขณะที่อายุ และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

วรรณิ จิวสืบพงษ์ (2550) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 97 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยที่สุดถึงระดับน้อย มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 27.5–73.75 คะแนน ($\bar{X} = 54$, $SD = 9.14$) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = -.474$, $p < .01$)

นุชจริย์ แสงสว่าง (2552) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและอิทธิพลของปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหัวใจและอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 85 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10.4 มีภาวะซึมเศร้า ($\bar{X} = 5.04$, $SD = 5.36$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ ($r = .404$, $p < .05$)

ผกามาศ อ่อนขาว (2553) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม จำนวน 190 คน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม ($r = .20$, $p < .01$)

สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ (2554) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 90 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 50 โดยปัจจัยแบบแผนการดำเนินชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($r = -.374$, $p < .01$ และ $-.300$, $p < .01$ ตามลำดับ) กลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($r = .701$, $p < .01$)

ชนิดาภา แก้วกัญญา (2557) ศึกษาปัจจัยคัดสรรทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำนวน 110 คน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ($r = .26$, $p < .05$) และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ ($Beta = .27$, $p < .001$) และเป็นตัวแปรหนึ่งที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ร้อยละ 38.4 ($R^2 = .384$, $p < .05$)

งานวิจัยในต่างประเทศ

Koivula et al. (2001) ศึกษาความกลัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รอคอยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 240 คน ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รอคอยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ($r = .37, p < .05$)

Thombs et al. (2006) ศึกษาความชุกหรืออัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากการศึกษาวิเคราะห์ห่อถักผลการวิจัย 24 เรื่อง พบว่า ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เกิดภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 19.8 โดยปัจจัยที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุด และพบว่ามีสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ การสนับสนุนทางสังคม

Gerald et al. (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 80 คน พบว่า ความกลัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($r = .462, p < .001$)

Choy et al. (2007) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวกับภาวะซึมเศร้าในประชากรอังกฤษ จำนวน 5877 คน ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

Naqvi et al. (2007) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และปัจจัยทำนายต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิด STEMI และชนิด NSTEMI จำนวน 944 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเพศหญิง ระยะเวลาการเจ็บป่วย เคยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน มีประวัติการสูบบุหรี่ และเคยมีประวัติของโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศหญิง (OR = 1.64; 95% CI, 1.19-1.28) มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน (OR=1.42; 95% CI, 1.03-1.97) เคยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อน (OR = 1.56; 95% CI, 1.15-2.20) และมีประวัติการสูบบุหรี่ (OR = 1.41; 95% CI, 1.01-1.97)

Lett et al. (2007) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับแนวโน้มของโรคในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 2,466 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 66 ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ คิดเป็นร้อยละ 60 ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดภาวะซึมเศร้าและได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ คิดเป็นร้อยละ 35 และผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 24

Parker et al. (2008) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลา ภาวะซีมีเศร่า และผลลัพธ์ของการเกิดโรคในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิด STEMI และชนิด NSTEMI จำนวน 489 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะเกิดภาวะซีมีเศร่าขึ้นภายใน 4 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 9.8 และเมื่อวัดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 1 ปี พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซีมีเศร่า ได้แก่ ผู้ป่วยที่เกิดภาวะซีมีเศร่าขึ้นเป็นครั้งแรกภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Beta = .55, $p < .001$) มีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจน้อยกว่า 35% (Beta = 1.33, $p < .001$) มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Beta = 1.23, $p < .001$) มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน (Beta = 0.73, $p < .001$) และเคยได้รับการผ่าตัดหัวใจมาก่อน (Beta = 1.65, $p < .001$)

Eastwood, Doering, Roper, and Hays (2008) ศึกษาผลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยภายหลังได้รับการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ 1 ปี จำนวน 93 คน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่าของผู้ป่วยภายหลังได้รับการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ 1 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูงจะมีภาวะซีมีเศร่าและความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงด้วย ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Beta = .18, $p < .001$) และภาวะเครียด (Beta = .27, $p < .001$) ที่เกิดขึ้นนั้นสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 54 ($R^2 = .54$, $p < .001$)

Detprapon et al. (2009) ทดสอบทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 240 คน โดยเลือกภาวะซีมีเศร่าเป็นตัวแทนของมโนทัศน์การปรับตัวในด้านลบ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซีมีเศร่าของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ($r = .96$, $p < .001$)

Di Benedetto, Len Burns, Lindner, and Kent (2010) ศึกษาความชุกของการเกิดอาการซีมีเศร่าและปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการซีมีเศร่าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิด STEMI และชนิด NSTEMI จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย ระดับการศึกษาต่ำ มีการแยกตัวออกจากสังคมสูง จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีมีเศร่าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

Mello et al. (2011) ศึกษาภาวะซีมีเศร่าและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามี

ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

Meijer et al. (2011) ทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณผลการวิจัย 25 ปีที่ผ่านมาเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 29 งานวิจัย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 69 และพบภาวะซึมเศร้าได้ภายใน 1 วันภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และผู้ป่วยที่เกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่งผลให้อัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น อัตราการกลับเป็นซ้ำเพิ่มมากขึ้น

Sakai et al. (2011) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 218 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในประเทศญี่ปุ่น จำนวน 5 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงมากกว่าคนทั่วไป และมีผลทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยลดลง

Agarwal, Trivedi, Sinh, Dalal, and Saran (2011) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 101 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 44.6 โดยผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดภาวะซึมเศร้าที่เป็นโรค (Major Depressive Disorder) คิดเป็นร้อยละ 23.8 โดยมีปัจจัย ได้แก่ ระดับความดันโลหิตสูง และระดับ BMI ผิดปกติมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่เป็น Major Depressive Disorder อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดภาวะซึมเศร้าที่แสดงอาการ คิดเป็นร้อยละ 20.8 โดยปัจจัย ได้แก่ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มที่แสดงอาการของภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

Compare et al. (2013) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคม และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 5 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและมีการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีผลทำให้แนวโน้มของการเกิดโรคหัวใจเพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยมีระดับของภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น

Bucholz et al. (2014) ศึกษาการได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอายุน้อย จำนวน 3,432 คน ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$)

Ghassan (2015) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ ซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกแบบ Angina pectoris และผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก จำนวน 267 คน ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ ($r = .5, p < .01$)

Ossola et al. (2015) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 304 คน ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ ($Beta = 2.32, p < .001$) โดยผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยมีผลทำให้มีอาการของภาวะซึมเศร้ามากขึ้น

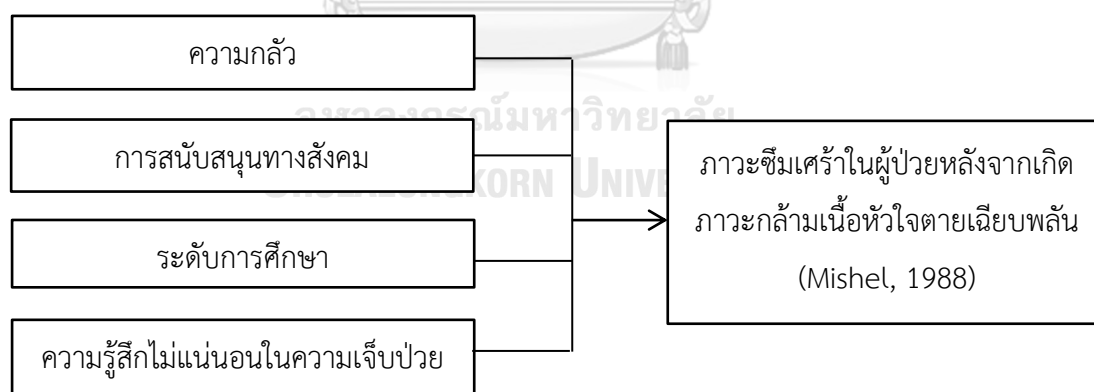
Kang et al. (2015) ศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้า และติดตามความคงอยู่ของภาวะซึมเศร้ามากกว่าหนึ่งปี ในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิด STEMI และชนิด NSTEMI จำนวน 1,152 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิง ระดับการศึกษา มีประวัติเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาก่อน และมีอัตราการเต้นของหัวใจสูง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

Sejal and Mariya (2015) ศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 75 คน โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านจิตสังคม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดภาวะวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 29.33 เกิดภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 21.33 โดยเพศหญิงเกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามากกว่าชาย โดยปัจจัย ได้แก่ คนที่เคยมีประวัติเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน คนที่เคยได้รับการผ่าตัด CABG และคนที่เคยมีประวัติหลอดเลือดสมองมาก่อนที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

Osler et al. (2016) ศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิด STEMI และชนิด NSTEMI ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก จำนวน 97,793 คน ระหว่างปี ค.ศ. 2001–2009 ที่ระยะ 30 วัน 1 ปี และ 2 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นภายใน 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 ผู้ป่วยที่เกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีอัตราการเกิดเป็นซ้ำขึ้นใหม่ของโรคภายใน 2 ปี โดยปัจจัย ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วย ภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า การศึกษาภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วย ภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงความถี่หรืออุบัติการณ์ ปัจจัยที่ ศึกษาส่วนใหญ่เป็นปัจจัยด้านส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส เบาหวาน เคยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน มีประวัติการสูบบุหรี่ และเคยมี ประวัติของโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน เป็นการศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มี ภาวะซีมเศร้าและไม่มีภาวะซีมเศร้า (Agarwal et al., 2011; Kang et al., 2015; Meijer et al., 2011; Naqvi et al., 2007; Parker et al., 2008) โดยเฉพาะในประเทศไทย มีเพียงการศึกษาของ มลฤดี บุราณ (2548) และสุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ (2554) ที่ทบทวนวรรณกรรมศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซีมเศร้าและไม่มีภาวะ ซีมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิด ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซีมเศร้า โดยคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ ซีมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และมีความสอดคล้องกับทฤษฎี ความรู้สึกล้มแน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม นำเสนอเป็น กรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

6. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) ที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันด้วยผู้ใหญ่ทั้งชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI)
- 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อาการปอดบวม น้ำเฉียบพลัน อาการช็อค อยู่ในระยะวิกฤติ ในขณะที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3) อายุระหว่าง 20-59 ปี
- 4) ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย
- 5) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 6) มีภาวะซึมเศร้า โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า จากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยใช้เกณฑ์การประเมิน ตอบ (มี) ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป จากข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2559)

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือมีความเสี่ยงสูง เช่น มีอาการปอดบวม น้ำเฉียบพลัน มีอาการช็อค หรืออยู่ในระยะวิกฤติ จนจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในขณะที่ติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูล

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) โดยกำหนดอำนาจทดสอบที่ 80% ระดับนัยสำคัญที่ .05 ขนาดอิทธิพล .2 (Pilot & Beck, 2004) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 183 คน และผู้วิจัยพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Dillman, 2000) เพื่อป้องกันการสูญหาย และหากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบ รวมได้กลุ่มตัวอย่าง 202 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสุ่มแบบ 3 ขั้นตอน เพื่อที่จะได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรที่ดีที่สุด (Representativeness) (รัตนศิริ ทาโต, 2552) โดยดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกสังกัดโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มอย่างง่าย (Cluster simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ โดยเลือกสุ่มสังกัดมา 3 สังกัด จาก 6 สังกัด ได้แก่

- 1) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
- 2) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลเลิศสิน และโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี
- 3) โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ
- 4) โรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่
โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามาริบัติ
- 5) โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลวชิระพยาบาล และโรงพยาบาลตากสิน
- 6) โรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การวิจัยครั้งนี้สุ่มได้ 3 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม และโรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

การวิจัยครั้งนี้สุ่มได้ 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีมีเพียงโรงพยาบาลเดียวไม่ต้องทำการสุ่มได้เป็นโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมสุ่มได้เป็นโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการสุ่มได้เป็นโรงพยาบาลรามธิบดี

ขั้นตอนที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้จากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลรามธิบดี รวมทั้งสิ้นจำนวน 202 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ชุดที่ 2 แบบประเมินปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความกลัว

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

ชุดที่ 1 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่พัฒนาขึ้นโดย ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2551) เพื่อใช้ในการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน ค้นหาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่สามารถนำมาใช้ได้จริงในชุมชนและในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับได้ เป็นลิขสิทธิ์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีข้อความทั้งหมด 15 ข้อ เป็นการสอบถามความรู้สึกของบุคคลในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยให้เลือกตอบคำถามว่า “มี” หรือ “ไม่มี” โดยเกณฑ์คือ ถ้าตอบ “มี” ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป ถือว่า มีภาวะซึมเศร้า (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2559)

ชุดที่ 2 แบบประเมินปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ สอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และสิทธิการรักษา

ลักษณะของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. ส่วนที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กรอกข้อมูลด้วยตนเอง 1) แบบเลือกตอบ ได้แก่ (1) เพศ ให้เลือกตอบเพศชาย, เพศหญิง (2) สถานะภาพสมรส ให้เลือกตอบ โสด, หม้าย, หย่า, แยก, สมรส (3) ระดับการศึกษา ให้เลือกตอบไม่เคยเข้ารับการศึกษ, ประถมศึกษา, มัธยมศึกษา, อนุปริญญา, ปริญญาตรี, สูงกว่าปริญญาตรี และ (4) สิทธิการรักษา ให้เลือกตอบ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า, จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง, ประกันสังคม, สวัสดิการข้าราชการ, ประกันชีวิต 2) แบบเติมคำตอบลงในช่องว่าง ได้แก่ (1) อายุ (2) รายได้ และ (3) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. ส่วนที่ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก ได้แก่ (1) การวินิจฉัยโรค แบ่งเป็น STEMI, NSTEMI และ (2) ประวัติการรักษาที่ได้รับ แบ่งเป็น ได้รับยาละลายลิ่มเลือด, ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดหัวใจ, ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และได้รับการรักษามากกว่า 1 อย่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความกลัว ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความกลัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จาก The three-systems model of fear and emotional ของ Lang (1978) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และตำรา เพื่อให้สามารถวัดความรู้สึกของผู้ป่วยหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่แสดงออกถึงความกลัวที่มีต่ออาการเจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งเป็นอาการเด่นจำเพาะของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีการแสดงออกเป็นรูปธรรมที่ผู้ป่วยสามารถบ่งบอกได้ โดยประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความกลัวออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านพฤติกรรม ได้แก่ ข้อ 1-4 2) ด้านสรีระ ได้แก่ ข้อ 5-10 และ 3) ด้านสติปัญญา ได้แก่ ข้อ 11-14 แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .83 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราค เท่ากับ .89

เกณฑ์การให้คะแนน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านลบทั้งหมด แต่ละข้อมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก (1) คือ ไม่เป็นความจริง จนถึง (5) คือ เป็นจริงอย่างมาก

1 คะแนน	หมายถึง	ไม่เป็นความจริง
2 คะแนน	หมายถึง	เป็นจริงเล็กน้อย
3 คะแนน	หมายถึง	ค่อนข้างจริง
4 คะแนน	หมายถึง	เป็นจริง
5 คะแนน	หมายถึง	เป็นจริงอย่างมาก

การแปลความหมาย

ไม่เป็นความจริง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย
เป็นจริงเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงเล็กน้อย
ค่อนข้างจริง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านบางส่วน
เป็นจริง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน
เป็นจริงอย่างมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านอย่างมาก

เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน เป็นข้อคำถามด้านลบทั้งหมด คะแนนรวม 14-70 คะแนน คะแนนที่มากแสดงว่ามีความกลัวระดับสูง แปลผลระดับความกลัว โดยวิธีการหาอันตรายภาคชั้น 3 อันดับ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

วิธีคำนวณช่วงของคะแนน คือ คะแนนมากที่สุด – คะแนนน้อยสุด

จำนวนอันตรายภาคชั้น

กำหนดช่วงคะแนนดังนี้

คะแนน 14–32.66	หมายถึง	ความกลัวอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 32.67–51.33	หมายถึง	ความกลัวอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 52.34–70	หมายถึง	ความกลัวอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Zimet et al. (1988) ฉบับแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย Tinakorn and Nahathai (2012) ประเมินความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่มีสอดคล้อง ครอบคลุม ตรงตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ผู้วิจัยต้องการทำการศึกษา และเป็นแบบประเมินที่มีค่าความเชื่อมั่นที่ตีพิมพ์ คือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .88 (Zimet et al., 1988)

เกณฑ์การให้คะแนน มีข้อความทั้งหมด 12 ข้อ เป็นข้อความด้านบวกทั้งหมด โดยแต่ละข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จาก (1) ไม่เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง (7) เห็นด้วยมากที่สุด (Tinakorn & Nahathai, 2012)

1 คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
2 คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
3 คะแนน	หมายถึง	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
4 คะแนน	หมายถึง	เฉยๆ
5 คะแนน	หมายถึง	ค่อนข้างเห็นด้วย
6 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วย
7 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างมาก

การแปลความหมาย

ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านค่อนข้างไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
เฉยๆ	หมายถึง	ท่านเฉยๆ กับข้อความนั้น
ค่อนข้างเห็นด้วย	หมายถึง	ท่านค่อนข้างเห็นด้วยกับข้อความนั้น
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น
เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก

เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีจำนวนข้อความทั้งหมด 12 ข้อ แต่ละข้อ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน เป็นข้อความด้านบวกทั้งหมด คะแนนเต็มรวม 84 คะแนน คะแนนที่มากแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (Tinakorn & Nahathai, 2012) แบ่งระดับคะแนนดังนี้

คะแนน 12-36	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
คะแนน 36.1-60	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
คะแนน 60.1-84	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1997) ฉบับชุมชน แปลเป็นภาษาไทยโดย บุชบา สมใจวงศ์ (2553) ฉบับที่เคยนำมาปรับปรุงข้อความเพื่อประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจโดย ชนิตาภา แก้วกัญญา (2557) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่มีสอดคล้อง ครอบคลุม ตรงตามค่านิยมเชิงปฏิบัติการที่ผู้วิจัยต้องการทำการศึกษา และเป็นแบบประเมินที่มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ดีมาก คือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ

.82 (บุษบา สมใจวงศ์, 2553) มีข้อความจำนวน 23 ข้อ ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 4 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านความคลุมเครือ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 11, 12, 13, 15, 17, 18 และ 20
- 2) ด้านความซับซ้อน ได้แก่ ข้อ 4, 6, 10 และ 22
- 3) ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกัน ได้แก่ ข้อ 2, 8, 9, 14, 16, 21 และ 23
- 4) ด้านการไม่สามารถทำนาย ได้แก่ ข้อ 7 และ 19

เกณฑ์การให้คะแนน มีจำนวนข้อความทั้งหมด 23 ข้อ แต่ละข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก “ไม่เห็นด้วยเลย” จนถึง “เห็นด้วยมาก” มีข้อความทั้งทางบวกและทางลบ (บุษบา สมใจวงศ์, 2553)

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยมาก	ให้ 5 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
เห็นด้วย	ให้ 4 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 3 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน	ให้ 4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยเลย	ให้ 1 คะแนน	ให้ 5 คะแนน

ข้อความด้านบวก 6 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 6, 8, 19, 20, 22 และ 23

ข้อความด้านลบ 17 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 และ 21

การแปลความหมาย

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านตัดสินใจไม่ได้ว่ารู้สึกอย่างไรกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผล มีจำนวนข้อความทั้งหมด 23 ข้อ แต่ละข้อ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน มีข้อความทั้งทางบวกและทางลบ คะแนนเต็มรวม 115 คะแนน คะแนนที่มากแสดงว่ามีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ (บุษบา สมใจวงศ์, 2553) ดังนี้

23-53.66	คะแนน หมายถึง	ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ
53.67-84.32	คะแนน หมายถึง	ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง
84.33-115	คะแนน หมายถึง	ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า Cardiac Depression Scale (CDS) ของ Hare and Davis (1996) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย ระพีณ ผลสุข (2559) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ถูกสร้างและพัฒนาขึ้น เพื่อใช้สำหรับประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยในกลุ่มโรคหัวใจโดยเฉพาะ เป็นแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ดีมาก คือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 (Hare & Davis, 1996) ประเมินองค์ประกอบที่สำคัญของอาการซึมเศร้ามี 2 องค์ประกอบ 7 อาการซึมเศร้า คือ

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

องค์ประกอบที่ 2 ประกอบด้วย ไม่มีความรู้สึกยินดี (ได้แก่ ข้อ 4, 12, 19) และมีปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจ (ได้แก่ ข้อ 2, 15, 20, 23)

เกณฑ์การให้คะแนน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อมีลักษณะเป็นตัวเลขให้เลือกตอบ ตั้งแต่ 1-7 (Numeric rating scale) โดยปลายสุดของด้านซ้ายและด้านขวาจะถูกกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยกำหนดให้ 1 หมายถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” จนถึง 7 หมายถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” กำหนดการประเมินโดย ด้านซ้ายสุดจะตรงกับตำแหน่ง 1 หมายถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ด้านขวาสุดจะตรงกับตำแหน่ง 7 หมายถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” มีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ

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

ข้อคำถามด้านลบ 19 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 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 คะแนน เป็นข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ คะแนนเต็ม 182 คะแนน ในการพัฒนาเครื่องมือครั้งแรกของ Hare and Davis (1996) ไม่ได้ระบุเกณฑ์การแปลผลไว้ ต่อมา Kiropoulos et al. (2012) ได้ศึกษาคุณภาพของเครื่องมือและแบ่งเกณฑ์การแปลผล แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ (Kiropoulos et al., 2012) ดังนี้

คะแนน < 90	หมายถึง	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
คะแนน 90-100	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
คะแนน > 100	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความกลัว แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา และการสื่อความหมายของข้อคำถาม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความตรงเนื้อหา จำนวน 5 คน (Burns, Grove, & Gray, 2013) ดังนี้ คือ

- 1) แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ จำนวน 1 คน
- 2) อาจารย์พยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจ จำนวน 1 คน
- 3) พยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจ จำนวน 1 คน
- 4) จิตแพทย์ จำนวน 1 คน
- 5) อาจารย์พยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน

โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถาม กับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี ยึดเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องกันและยอมรับตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และกำหนดระดับแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|---|---------|--|
| 1 | หมายถึง | คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี |
| 2 | หมายถึง | คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี |
| 3 | หมายถึง | คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี |
| 4 | หมายถึง | คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี |

จากนั้น ผู้วิจัยนำผลการตัดสินความตรงตามเนื้อหา โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาพิจารณาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) และใช้เกณฑ์ค่า $CVI \geq 0.80$ (Polit & Hungler, 2013) คำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับภาษา เพิ่มข้อความ เพื่อให้เกิดความชัดเจนของเนื้อหา โดยผลการตรวจ และรายละเอียดการปรับแบบสอบถาม มีดังนี้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความกลัวสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ค่า CVI = 0.83 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับข้อความในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยนำข้อความภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ซ้ำกันทุกข้อ ให้ไปเขียนขยายความแนะนำโดยไม่ต้องเขียนซ้ำกันในทุกๆ ข้อ ปรับข้อความในคำถามที่ 1 จาก “ท่านมีสีหน้าตกใจ” เป็น “ท่านรู้สึกตกใจ และแสดงสีหน้าตกใจจนคนอื่นสังเกตเห็น” ข้อคำถามที่ 3 และ 4 ตัดคำว่า “ต้อง” ออก ข้อคำถามที่ 13 ปรับจาก “ท่านอาจจะตายได้” เป็น “ภาวะนี้ ทำให้ท่านเสียชีวิตได้”

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ค่า CVI = 1 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับข้อความในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับขยายความจาก “มีบุคคลพิเศษ” เป็น “มีบุคคลอื่นๆ ที่นอกเหนือจากคนในครอบครัวและเพื่อน” ข้อคำถามที่ 3 ปรับจากคำว่า “ช่วย” เป็น “ให้ความช่วยเหลือ”

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ค่า CVI = 0.86 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับข้อความในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับจากคำว่า “คาดเดาไม่ได้เลย” เป็น “ไม่สามารถคาดเดาได้”

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ ค่า CVI = 0.92 ผ่านเกณฑ์ ไม่มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับแก้

พาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความกลัว แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ไปตรวจสอบหาความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย (Burns & Grove, 2009; Burns et al., 2013) แล้วนำข้อมูลที่ได้ มาหาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89, .84, .85 และ .81 ตามลำดับ และใช้เกณฑ์ในการแปลความหมายเครื่องมือวิจัยของ DeVellis (2012) ดังนี้คือ

- ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราค < .60 หมายถึง ยอมรับไม่ได้
- ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราค .65 – .70 หมายถึง ยอมรับได้ในระดับต่ำ
- ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราค .70 – .80 หมายถึง ยอมรับได้
- ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราค .80 – .90 หมายถึง ค่าที่อยู่ในระดับดีมาก
- ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราค >.90 หมายถึง อาจมีความซับซ้อนของข้อคำถาม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของแต่ละโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในคน และอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากทั้ง 3 โรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด จากทั้ง 3 โรงพยาบาล โดยก่อนการเก็บรวบรวม ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยแจ้งว่าผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม โดยไม่เปิดเผยชื่อ และนามสกุลของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยที่ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลแต่ละแห่งทั้ง 3 โรงพยาบาล ในระหว่างการเก็บข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผล หรือคำอธิบายใดๆ และหากกลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติในระหว่างการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้ดังนี้

1. กรณีเกิดการผิดปกติทางด้านร่างกาย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างยุติการตอบแบบประเมินทันที และนำส่งพบแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป
2. กรณีเกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างระบายความรู้สึก และความต้องการโดยให้ความมั่นใจในการปกปิดความลับของข้อมูลเหล่านั้น ตลอดจนรับฟังอย่างตั้งใจ และแสดงความเห็นใจ แสดงความเข้าใจในความรู้สึกที่เกิดขึ้น หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสภาวะวิกฤติทางด้านจิตใจและอารมณ์มาก ผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานกับพยาบาลในแผนกนั้นให้การช่วยเหลือต่อไป

ในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความผิดปกติใดๆ ในขณะที่เข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่างๆ ที่ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือก ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อขอเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มาใช้บริการที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตารางที่ 1 แสดงการรับรองการพิจารณาโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก

คณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย	วันที่ผ่านการพิจารณา และรับรองโครงการวิจัย	เลขที่รับรอง
โรงพยาบาลตำรวจ	26 มิถุนายน 2560	จว.63/2560
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า	29 มิถุนายน 2560	RP017/60
โรงพยาบาลรามาริบัติ	29 มิถุนายน 2560	MURA 2017/423

2. ขั้นการดำเนินการ

2.1 หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ในวันและเวลาทำการของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัว และขออนุญาตชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และรายละเอียดในการเก็บข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยทั้งหมดที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวนรวมทั้งสิ้น 540 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) วัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 20-59 ปี เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัว ขออนุญาต และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิของผู้ป่วย

ตารางที่ 2 แสดงระยะเวลาในเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก

โรงพยาบาล	ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล
โรงพยาบาลตำรวจ วันพุธ 12.30 – 16.00 น.	12 กรกฎาคม 2560 ถึง 23 สิงหาคม 2560
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า วันอังคาร 08.00 – 12.00 น. วันพุธ 08.00 – 12.00 น. วันศุกร์ 08.00 – 12.00 น.	11 กรกฎาคม 2560 ถึง 16 สิงหาคม 2560
โรงพยาบาลรามาธิบดี วันอังคาร 13.00 – 16.00 น. วันพุธ 09.00 – 12.00 น. วันศุกร์ 09.00 – 12.00 น.	19 สิงหาคม 2560 ถึง 29 กันยายน 2560

2.3 เมื่อผู้ช่วยยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 5 นาที โดยใช้เกณฑ์ในการประเมิน คือ ถ้าตอบ“มี”ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไปจากข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้จากการสุ่มแบบเจาะจง

โรงพยาบาล	กลุ่มประชากรผู้ป่วยภาวะ กล่อมเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลัน	กลุ่มตัวอย่างที่ได้จาก การสุ่มแบบเจาะจงที่ผ่านการ คัดกรองภาวะซึมเศร้าและ ใช้เก็บข้อมูลจริง
โรงพยาบาลตำรวจ	180	67
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า	200	68
โรงพยาบาลรามาธิบดี	160	67
รวม	540	202

2.4 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซีมเศร้าตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยอธิบาย และชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดี พร้อมทั้งอธิบาย ให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียด และวิธีตอบแบบสอบถามการวิจัย

2.5 ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างลงมือตอบแบบสอบถามด้วยตนเองขณะรอตรวจ หรือรอรับยาที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้เวลาตอบ แบบสอบถามคนละประมาณ 15-20 นาที และสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ ตอบแบบสอบถาม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามตอบกลับครบตามจำนวน 202 ชุด

2.6 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความ ร่วมมือในการศึกษาวิจัย และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบประเมินทุกชุด หากพบว่าแบบ ประเมินชุดใด ตอบคำถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบทันที โดยจะประเมินก่อนว่า กลุ่มตัวอย่างเจตนาที่จะไม่ตอบ หรือผ่านไปโดยไม่ตั้งใจหรือไม่ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะให้อิสระกับกลุ่ม ตัวอย่างในการตอบคำถามโดยไม่บังคับ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามตอบกลับที่มีความ สมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามครบตามจำนวน 202 ชุด

2.7 เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซีมเศร้าใน ผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซีมเศร้า หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามเสร็จสิ้น และผู้วิจัยตรวจสอบการตอบแบบสอบถามแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะ ซีมเศร้าในระดับรุนแรง ผู้วิจัยพิจารณาส่งต่อข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซีมเศร้าในระดับรุนแรงสู่ทีม สุขภาพ นำเสนอต่อหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เพื่อพิจารณาส่งต่อ ข้อมูลการดูแลกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซีมเศร้าในระดับรุนแรง ส่งปรึกษาจิตแพทย์ต่อไป ทั้งนี้ยังคงเก็บ รักษาข้อมูลเป็นความลับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อความแต่ละ ฉบับ พร้อมทั้งกำกับรหัสของข้อมูลแต่ละข้อ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรม สำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และสิทธิการรักษา โดยใช้สถิติ บรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับภาวะซึมเศร้า โดยวิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับภาวะซึมเศร้า โดยวิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rho correlation coefficient)

4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยวิธีการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบขั้นตอนระดับลดหลั่น (Hierarchical stepwise regression) โดยใช้คำสั่ง "Enter" และสร้างสมการทำนาย

ก่อนการวิเคราะห์ที่ได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ในการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ มีดังต่อไปนี้

4.1 ข้อมูลของตัวแปรอยู่ในมาตรอันตรภาค หรือมาตราอัตราส่วน (David, 2002; Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010; Tabachnick & Fidell, 2013) ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลของตัวแปรอยู่ในมาตรอันตรภาคขึ้นไป ซึ่งผ่านเกณฑ์การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

4.2 ข้อมูลของตัวแปรต้องมีการแจกแจงแบบปกติ (David, 2002; Hair et al., 2010; Tabachnick & Fidell, 2013) ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลของตัวแปรมีการแจกแจงแบบปกติ ซึ่งผ่านเกณฑ์การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (ตามรายละเอียดแนบ ภาคผนวก ฉ)

4.2.1 ข้อมูลภาวะซึมเศร้ามีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้จากวิธีการทดสอบ Q-Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกัน และข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชดัดกับเส้น

4.2.2 ข้อมูลความกลัวมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้จากวิธีการทดสอบ Q-Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์ พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกัน และข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชดัดกับเส้น

4.2.3 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี 1) การทดสอบ Q-Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์ พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชดัดกับเส้น และ 2) การทดสอบ Boxplot is symmetry ผลการวิเคราะห์พบว่า Boxplot มีความสมดุกัน

4.2.4 ข้อมูลความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธีการทดสอบ Q-Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น

4.3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต้องส่งผลโดยตรงต่อตัวแปรตาม (David, 2002; Hair et al., 2010; Tabachnick & Fidell, 2013) ทดสอบได้ด้วยวิธี

4.3.1 ค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยการทดสอบว่า Histogram มีการแจกแจงแบบปกติ ผลการวิเคราะห์พบว่า Histogram มีการแจกแจงแบบปกติ (ตามรายละเอียดแนบ ภาคผนวก ฉ)

4.3.2 ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนต้องคงที่ (Homoscedasticity) ทดสอบได้ด้วยการทดสอบว่า เมื่อทำการ Plot residual กับค่า X ต้องพบว่ามีจุดไม่มีลักษณะอยู่ด้านบน หรือด้านล่างตลอด หรือเป็นศูนย์ตลอด เมื่อค่า X สูงขึ้นหรือต่ำลง จึงจะพออนุมานได้ว่าค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ (Hair et al., 2010; Tabachnick & Fidell, 2013) ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ (ตามรายละเอียดแนบ ภาคผนวก ฉ)

4.3.3 ค่าความคลาดเคลื่อนต้องเป็นอิสระต่อกัน (Autocorrelation) ทดสอบได้ด้วยการทดสอบว่า ค่า Durbin-Watson มีค่าเข้าใกล้ 2 หรือมีค่าอยู่ระหว่าง 1.5 ถึง 2.5 แสดงว่าไม่เกิด Autocorrelation ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.888 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีความเป็นอิสระต่อกัน (Tabachnick & Fidell, 2013; กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2555) (ตามรายละเอียดแนบ ภาคผนวก ฉ)

4.4 ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) ทดสอบได้ด้วยการทดสอบว่า

4.3.4 ค่าความทนหรือความคลาดเคลื่อนยินยอม (Tolerance of variables) ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันต้องมีค่าไม่ต่ำกว่า .2 หากค่า Tolerance มีค่าต่ำกว่า .2 แสดงว่า ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูง หรือมีลักษณะเป็น Multicollinearity ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่า Tolerance ของตัวแปรแต่ละตัวมีค่ามากกว่า .2 แสดงว่า ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (Tabachnick & Fidell, 2013) (ตามรายละเอียดแนบ ภาคผนวก ฉ)

4.4.2 ค่า Variance inflation factor (VIF) ซึ่งเป็นการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ถ้ามีค่ามาก (มากกว่า 10) แสดงว่า ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูง หรือมีลักษณะเป็น Multicollinearity (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2552) ผลการวิเคราะห์พบว่า ไม่มีตัวแปรอิสระใดมีค่า VIF มากกว่า 10 แสดงว่า ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (ตามรายละเอียดแนบ ภาคผนวก ฉ)

4.4.3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน หากค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าน้อยกว่า .8 ถือว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูงจนทำให้เกิดปัญหา Multicollinearity (Tabachnick & Fidell, 2013) ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าน้อยกว่า .8 ถือว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูงจนทำให้เกิดปัญหา Multicollinearity (ตามรายละเอียดแนบ ภาคผนวก ฉ)

สรุปบทที่ 3 เป็นการนำเสนอระเบียบวิธีการวิจัย ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) วัยผู้ใหญ่ ทั้งเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับบริการที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร ทำการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มอย่างง่าย ได้เป็นโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า และโรงพยาบาลรามาริบัติ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) โดยกำหนดอำนาจทดสอบที่ 80% ระดับนัยสำคัญที่ .05 ขนาดอิทธิพล .2 รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 202 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันวัยผู้ใหญ่ จำนวน 30 ราย ดังแสดงในตารางที่ 4 และวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณและสร้างสมการทำนาย

ตารางที่ 4 แสดงค่าความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย	ลักษณะ ของข้อคำถาม	ดัชนีความตรง ตามเนื้อหา (Content validity index, CVI)	ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) จำนวน 30 คน
แบบสอบถามความกลัว	14 ข้อ (Likert scale)	.83	.89
แบบสอบถามการสนับสนุน ทางสังคม	12 ข้อ (Likert scale)	1.0	.84
แบบสอบถามความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	23 ข้อ (Likert scale)	.86	.85
แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า	26 ข้อ (Numeric rating scale)	.92	.81

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ เป็นการศึกษความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) วิทยาลัยใหญ่ ทั้งเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับบริการที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 202 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากการรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความกลัว 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 4) แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และ 5) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำอธิบาย ได้ผลการวิเคราะห์ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และสิทธิการรักษา โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ระดับความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6-14

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 15-

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และสิทธิการรักษา

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 202 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	142	70.3
หญิง	60	29.7
อายุ		
30 – 39 ปี	9	4.5
40 – 49 ปี	36	17.8
50 – 59 ปี	157	77.7
Min = 34 ปี, Max = 59 ปี		
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	52.88 (5.7)	
รายได้		
น้อยกว่า 15,000 บาท	68	33.7
15,000 – 30,000 บาท	81	40.1
30,001 – 45,000 บาท	34	16.8
มากกว่า 45,000 บาท	19	9.4
Min = 3,500 บาท, Max = 100,000 บาท		
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	23433.81 (17302.268)	
สถานภาพสมรส		
โสด	27	13.4
หม้าย	27	13.4
หย่า	15	7.4
แยก	21	10.4
สมรส	112	55.4

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	7	3.5
ประถมศึกษา	50	24.8
มัธยมศึกษา	60	29.7
อนุปริญญา	32	15.8
ปริญญาตรี	40	19.8
สูงกว่าปริญญาตรี	13	6.4
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน		
น้อยกว่า 1 ปี	136	67.3
1 – 2 ปี	40	19.8
มากกว่า 2 ปีขึ้นไป	26	12.9
Min = 0 เดือน(2 สัปดาห์), Max = 60 เดือน		
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	58	28.7
ประกันสังคม	38	18.8
ประกันชีวิต	4	2.0
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	24	11.9
สวัสดิการข้าราชการ	78	38.6
การวินิจฉัยโรค		
STEMI	147	72.7
NSTEMI	55	27.3
ประวัติการรักษาที่ได้รับ		
ยาละลายลิ่มเลือด	56	27.7
การใส่สายสวนหลอดเลือดหัวใจ	79	39.1
การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	22	10.9
ได้รับการรักษามากกว่า 1 อย่าง	45	22.3

จากตารางที่ 5 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70.3 มีอายุโดยเฉลี่ยอยู่ในช่วงระหว่าง 50–59 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.7 ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 15,000–30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.1 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.4 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 29.7 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันน้อยกว่า 1 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.3 ใช้สิทธิการรักษาโดยใช้สวัสดิการข้าราชการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.6 ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็น STEMI มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72.7 และได้รับการรักษาด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดหัวใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.1

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ระดับความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้า (n = 202 คน)

คะแนนภาวะซึมเศร้า (จากการคัดกรองภาวะ ซึมเศร้า)	จำนวน (คน)	ร้อยละ	การแปลผล
6	18	8.9	คะแนน 6 คะแนนขึ้นไป
7	22	10.9	จากคะแนนเต็มรวม 15
8	23	11.4	ถือว่า มีภาวะซึมเศร้า
9	24	11.8	
10	27	13.4	
11	45	22.3	
12	36	17.8	
13	4	2	
14	2	1	
15	1	.5	

จากตารางที่ 6 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีคะแนนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่ 11 คะแนนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.3 รองลงมาคือ มีคะแนนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่ 12 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 17.8 และมีคะแนนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่ 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 13.4

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Cardiac Depression Scale (CDS) (n = 202 คน)

คะแนน ภาวะซึมเศร้า	ค่าคะแนน ที่เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	แปลผล
< 90	32 - 89	83	41.1	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
90-100	90 - 100	92	45.5	มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
> 100	101 - 167	27	13.4	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

จากตารางที่ 7 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 41.1 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.5 และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 13.4

ตารางที่ 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ของความกลัวของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 202 คน)

คะแนน ความกลัว	ค่าคะแนน ที่เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	แปลผล
14-32.66	16 - 30	9	4.5	ความกลัวอยู่ในระดับต่ำ
32.67-51.33	33 - 51	99	49.0	ความกลัวอยู่ในระดับปานกลาง
52.34-70	53 - 70	94	46.5	ความกลัวอยู่ในระดับสูง

จากตารางที่ 8 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความกลัวอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 4.5 มีความกลัวอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 49.0 และมีความกลัวอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 46.5

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความกลัวของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรายด้านและโดยรวม (n = 202 คน)

ความกลัวจำแนกรายด้าน	ค่าคะแนนที่		\bar{X}	SD
	เป็นไปได้	เป็นจริง		
ด้านพฤติกรรม	4-20	4-20	12.97	3.52
ด้านสรีระ	6-30	6-30	22.30	4.99
ด้านสติปัญญา	4-20	6-20	15.57	3.03
ความกลัวโดยรวม	14-70	16-70	50.85	10.02

จากตารางที่ 9 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความกลัวที่แสดงออกด้วยการมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.97 (SD = 3.52) มีความกลัวที่แสดงออกด้วยการมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.30 (SD = 4.99) มีความกลัวที่แสดงออกด้วยการมีการเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.57 (SD = 3.03) และมีความกลัวโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 50.85 (SD = 10.02)

ตารางที่ 10 แสดงจำนวน ร้อยละ ของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 202 คน)

คะแนน	ค่าคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	แปลผล
การสนับสนุนทางสังคม	ที่เป็นจริง	(คน)		
12-36	28 - 36	8	4.0	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ
36.1-60	37 - 60	130	64.3	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
60.1-84	61 - 84	64	31.7	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

จากตารางที่ 10 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 4.0 มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.3 และมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 31.7

ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรายด้านและโดยรวม (n = 202 คน)

การสนับสนุนทางสังคมจำแนกตาม การรับรู้การได้รับความช่วยเหลือ	ค่าคะแนนที่		\bar{X}	SD
	เป็นไปได้	เป็นจริง		
จากครอบครัว	4-28	10-28	24.75	3.33
จากเพื่อน	4-28	4-28	16.19	6.10
จากบุคคลอื่นๆ ที่นอกเหนือจากคนใน ครอบครัวและเพื่อน	4-28	4-28	14.05	6.85
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	12-84	28-84	56.21	11.66

จากตารางที่ 11 พบว่า ในการศึกษาคั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.75 (SD = 3.33) มีการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.19 (SD = 6.10) มีการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่นๆ ที่นอกเหนือจากคนในครอบครัวและเพื่อน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.05 (SD = 6.85) และมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 56.21 (SD = 11.66)

ตารางที่ 12 แสดงจำนวน ร้อยละ ของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 202 คน)

คะแนน ความรู้สึกไม่ แน่นอน ๑	ค่าคะแนน ที่เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	แปลผล
23-53.66	40 - 53	11	5.4	ความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ในระดับต่ำ
53.67-84.32	54 - 84	174	86.1	ความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ในระดับปานกลาง
84.33-115	85 - 96	17	8.4	ความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ในระดับสูง

จากตารางที่ 12 พบว่า ในการศึกษาคั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 5.4 มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 86.1 และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 8.4

ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรายด้านและโดยรวม (n = 202 คน)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย จำแนกรายด้าน	ค่าคะแนนที่		X̄	SD
	เป็นไปได้	เป็นจริง		
ด้านความคลุมเครือ	10-50	14-48	32.96	6.20
ด้านความซับซ้อน	4-20	4-16	11.26	2.21
ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกัน	7-35	8-29	20.24	4.11
ด้านการไม่สามารถทำนาย	2-10	3-10	6.64	1.54
ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยโดยรวม	23-115	40-96	71.10	10.90

จากตารางที่ 13 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.96 (SD = 6.20) มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยด้านความซับซ้อน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.26 (SD = 2.21) มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกัน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.24 (SD = 4.11) มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนาย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.64 (SD = 1.54) และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 71.10 (SD = 10.90)

ตารางที่ 14 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า ความกลัว การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 202 คน)

คะแนน	Min	Max	\bar{x}	SD	การแปลผล
ภาวะซึมเศร้า	32	167	90.79	18.89	ระดับปานกลาง
ความกลัว	16	70	50.85	10.02	ระดับปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	28	84	56.21	11.66	ระดับปานกลาง
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	40	96	71.10	10.90	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 14 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 90.79 (SD = 18.89) มีความกลัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนความกลัวเฉลี่ยเท่ากับ 50.85 (SD = 10.02) มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 56.21 (SD = 11.66) และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 71.15 (SD = 10.92)

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ตารางที่ 15 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 202 คน)

ตัวแปรที่ศึกษา	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	แปลผล
ความกลัว	.832 ^a	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
การสนับสนุนทางสังคม	-.746 ^a	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ระดับการศึกษา	-.226 ^b	.001	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	.705 ^a	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

a = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

b = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

จากตารางที่ 15 พบว่า ความกลัว ($r = .832$) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = .705$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การสนับสนุนทางสังคม ($r = -.746$) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับการศึกษา ($r_s = -.226$) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาระดับความสัมพันธ์ของ ซูศรี วงศ์รัตน์ (2553) ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $\leq \pm .29$	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $\pm .30 - .69$	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $\pm .70 - 1.00$	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ระดับสูง

ตารางที่ 16 แสดงค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

ขั้นที่	ตัวทำนาย	R	R ²	Adjusted R ²	R ² Change	F	p-value
1	ความกลัว	.832	.693	.691	.693	450.824	.000
2	ความกลัว การสนับสนุนทางสังคม	.856	.733	.730	.040	29.646	.000

จากตารางที่ 16 พบว่า ความกลัวและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ คิดเป็นร้อยละ 73.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 17 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรในรูปของคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของตัวแปรทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้จากการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

ขั้นที่	ตัวทำนาย	B	S.E. _b	Beta	t	p-value
1	ความกลัว	1.569	.074	.832	21.233	.000
	(Constant)	11.016	3.829		2.877	.004
2	ความกลัว	1.163	.102	.617	11.433	.000
	การสนับสนุนทางสังคม	-.476	.087	-.294	-5.445	.000
	(Constant)	58.409	9.412		6.206	.000

จากตารางที่ 17 พบว่า ความกลัว (Beta = .617) และการสนับสนุนทางสังคม (Beta = -.294) สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ระดับการศึกษาและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้

จากการวิเคราะห์ถดถอย สามารถสร้างสมการถดถอยรูปคะแนนดิบ และคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = 58.409 + 1.163x_1 - .476x_2$$

\hat{Y} = ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

x_1 = ความกลัว

x_2 = การสนับสนุนทางสังคม

สมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$Z\hat{y} = .617Z x_1 - .294Z x_2$$

$Z\hat{y}$ = ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

X_1 = ความกลัว

X_2 = การสนับสนุนทางสังคม

ทั้งนี้ ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า หากผู้ป่วยมีความกลัวและไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาคือความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) วัยผู้ใหญ่ ทั้งเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลรามาริบัติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 202 คน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคม 2560 ถึง เดือนกันยายน 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีทั้งหมด 2 ชุด ประกอบด้วย ชุดที่ 1 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ชุดที่ 2 แบบประเมินปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความกลัว ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามชุดที่ 2 ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ .83, 1.0, .86, และ .92 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามความกลัว แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่มารับบริการที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89, .84, .85 และ .81 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และสิทธิการรักษา โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับภาวะซึมเศร้า โดยวิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับภาวะซึมเศร้า โดยวิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rho correlation coefficient)
4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยวิธีการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) และสร้างสมการทำนาย

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.5 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 13.4 และมีภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 90.79 (SD = 18.89)
2. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย 2 ตัวแปรได้แก่ ความกลัว (Beta = .617) และการสนับสนุนทางสังคม (Beta = -.294) สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ คิดเป็นร้อยละ 73.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับตัวแปรระดับการศึกษาและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.5 และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 13.4 ซึ่งถ้าสรุปรวมผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมดทั้งระดับเล็กน้อยถึงปานกลางและระดับรุนแรงจะพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 58.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ (2554) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 90 คน พบผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 50 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Meijer et al. (2011) ที่ทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณผลการวิจัย 25 ปีที่ผ่านมาในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 69 ซึ่งผลของการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีภาวะซึมเศร้าในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ได้ทำการศึกษามาก่อน อธิบายได้ว่าเนื่องจากเป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรเดียวกันที่มีลักษณะรูปแบบของอาการคล้ายคลึงกัน จึงทำให้ผลของการศึกษาสอดคล้องกัน เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีระดับ Endothelin (ET)-1 ในเลือดเพิ่มสูงขึ้น มีผลให้แรงต้านของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น หลอดเลือดหดตัว เกิดกระบวนการอักเสบและสร้างสาร Cytokines ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ได้แก่ Serotonin และ Norepinephrine ที่มีความสัมพันธ์กับระบบประสาทส่วนกลางบริเวณ Limbic และ Cortex ที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรม มีผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า (Yamine, Frazier, Padhye, Burg, & Meininger, 2014)

2. การศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย 2 ตัวแปร ได้แก่ ความกลัว ($Beta = .617$) และการสนับสนุนทางสังคม ($Beta = -.294$) สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ คิดเป็นร้อยละ 73.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับตัวแปรระดับการศึกษาและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ อธิบายได้ดังนี้

2.1 ความกลัวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มักมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน ลักษณะอาการเป็นแบบเจ็บแน่นๆ หนักๆ เหมือนถูกกดทับที่บริเวณกึ่งกลางหน้าอกหรืออกด้านซ้าย หรืออาจมีอาการเจ็บร้าวไปที่อื่น เช่น กราม ลำคอ แขนซ้าย หรือสะบักหลังได้ หรืออาจมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น อาการเหนื่อย แน่น อึดอัด รู้สึกหายใจไม่ออก หายใจไม่เต็มปอด เหงื่อแตก ใจสั่น ใจเต้นแรงผิดปกติ (เกรียงไกร เสงี่ยมิ และบุญจง แซ่จิ่ง, 2555; จิราวรรณ เดชอดิษฐ์, 2548; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นไม่คงที่ (จิราวรรณ เดชอดิษฐ์, 2548) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความหมาย อธิบายหรือคาดเดาผลลัพธ์ของอาการของตนได้ อาการเหล่านี้จึงทำให้ผู้ป่วยกลัว (ดวงรัตน์ วัฒนกิจ ไกรเลิศ, 2552) เนื่องจากอาการเจ็บหน้าอกจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Limbic โดยเฉพาะส่วน Amygdala ที่มีหน้าที่แปลความหมายและตอบสนองทางอารมณ์ ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว (Davies & Janosik, 1991; ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2545) นอกจากนี้อาการเจ็บหน้าอกยังไปกระตุ้น Vaso vagal response ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัว (Hari et al., 2010)

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความกลัวโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 50.85$, $SD = 10.02$) โดยมีความกลัวอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 4.5 มีความกลัวอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 49.0 และมีความกลัวอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 46.5 ซึ่งเมื่อเกิดความกลัวจะเกิดการตอบสนองของร่างกาย ส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาท Limbic โดยเฉพาะส่วน Amygdala ที่มีหน้าที่แปลความหมายและตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้า จนทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการตัดสินใจว่าจะเกิดพฤติกรรมต่อสู้อหรือถอยหนีต่อสิ่งเร้าที่เป็นอันตรายนั้น (Davies & Janosik, 1991; ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2545) และการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Limbic ซึ่งเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของอารมณ์และ

พฤติกรรม และสารสื่อประสาท 2 ชนิด คือ Serotonin และ Norepinephrine จึงมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า (Yammine et al., 2014; สายฝน เอกวารงกูร, 2554) สอดคล้องกับทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ที่กล่าวถึงผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันว่า อาการ และอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นอาการที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย ผลลัพธ์ของอาการที่ผู้ป่วยคาดหวังอาจไม่ตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ เกิดเป็นความรู้สึกกลัว เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยไม่ดีกว่าให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Mishel, 1988, 1990; Mishel & Clayton, 2003) ผลของการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความกลัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($r = .832, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 สอดคล้องกับจากการศึกษาของ Gerald et al. (2006) ที่พบว่า ความกลัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($r = .462, p < .001$) การศึกษาของ Koivula et al. (2001) พบว่า ความกลัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รอคอยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ($r = .37, p < .05$) และการศึกษาของ Choy et al. (2007) พบว่า ความกลัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ghassan (2015) พบว่า ความกลัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ ($r = .5, p < .01$) ความกลัวจึงเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ($Beta = .617, p < .05$)

2.2 การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ดี ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะซึมเศร้า (ชนิดาภา แก้วกัญญา, 2557) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 56.21, SD = 11.66$) โดยมีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากที่สุด ($\bar{X} = 24.75, SD = 3.33$) และมีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.4 ซึ่งจากในวัฒนธรรมของประเทศไทยที่มีวิถีชีวิตความเป็นอยู่เป็นครอบครัวใหญ่ สมาชิกในครอบครัวจึงมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี จึงไม่เกิดภาวะซึมเศร้า (Rapin et al., 2016) สอดคล้องกับทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมดีจะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง การเผชิญกับความเจ็บป่วยจึงเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวได้ดี ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า ผลของการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($r = -.746, p < .05$)

ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ Compare et al. (2013) ที่ทำการวิเคราะห์ห่อภิมานผลการวิจัย 10 ปีที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ การศึกษาของ Bucholz et al. (2014) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ มลฤดี บุราณ (2548) และ สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ (2554) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($r = -.437, p < .05$ และ $r = -.300, p < .01$ ตามลำดับ) การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ (Beta = $-.294, p < .05$)

2.3 ระดับการศึกษากับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการรักษาจากบุคลากรทางสุขภาพได้ดี ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ดี ทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า (Rapin et al., 2016) สอดคล้องกับทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ที่กล่าวว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะเข้าใจข้อมูลและรับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา จากบุคลากรทางสุขภาพ และสื่อต่างๆ ได้ดีกว่า จึงสามารถให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยได้ดี ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวได้ดี ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า ผลของการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($r_s = -.227, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ Osler et al. (2016) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kang et al. (2015) และ Mello et al. (2011) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับการศึกษาไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Goldfeld et al. (2015) ที่พบว่า ระดับการศึกษาสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ (OR = 1.78, $p < .05$) อธิบายได้ว่า ในบริบทของสังคมไทย ผู้ป่วยมักให้ความเชื่อถือและมั่นใจในการรักษาของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

อย่างเคร่งครัด (Rapin et al., 2016) ทำให้ผลของการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ระดับการศึกษาไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้

2.4 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน นอกจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัย การบำบัด ดูแลรักษาหลายขั้นตอน เพื่อให้ผ่านพ้นระยะวิกฤต และภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายจนอาจเสียชีวิต ผู้ป่วยยังต้องได้รับการประเมินอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่องและยาวนาน เนื่องจากมีโอกาสกลับเป็นซ้ำหรือมีอาการกำเริบมากขึ้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายหรือคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วย แนวทางการรักษา ผลการรักษาและการดำเนินโรคของตนเองได้ เกิดเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2552) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($X = 71.10$, $SD = 10.90$) โดยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 5.4 มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 86.1 และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 8.4 ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ไม่ดี ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Detprapon et al., 2009; ชนิดาภา แก้วกัญญา, 2557; นุชจรรย์ แสงสว่าง, 2552; ผกามาศ อ่อนขาว, 2553) สอดคล้องกับทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ที่กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ก็จะส่งผลต่อการประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งส่วนใหญ่มักตัดสินความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตราย ทำให้การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ไม่ดี ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผลของการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($r = .705$, $p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 สอดคล้องกับจากการศึกษาของ ชนิดาภา แก้วกัญญา (2557) ที่พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ($r = .26$, $p < .05$) การศึกษาของ Detprapon et al. (2009) ที่พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ($r = .96$, $p < .001$) การศึกษาของ ผกามาศ อ่อนขาว (2553) ที่พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม ($r = .20$, $p < .01$) และการศึกษาของ นุชจรรย์ แสงสว่าง (2552) ที่พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด ($r = .404$, $p < .05$)

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของชนิดาภา แก้วกัญญา (2557) ที่พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ (Beta = .27, $p < .001$) อธิบายได้ว่า เนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ทำการศึกษามีความแตกต่างกัน ลักษณะอาการ การดำเนินโรค และแนวทางการรักษา ต่างกัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556) และเมื่อพิจารณาจากระดับคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ผลการศึกษาของ ชนิดาภา แก้วกัญญา (2557) พบว่า คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับสูง และหากอธิบายตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ในองค์ประกอบสำคัญของทฤษฎี ซึ่งประกอบไปด้วย เหตุุนำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยความกลัวเป็นตัวแทนของสิ่งกระตุ้น การสนับสนุนทางสังคมและระดับการศึกษาเป็นตัวแทนของแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุน ตัวแปรทั้งหมดเป็นเหตุุนำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจึงจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ผลการศึกษาในครั้งนี้จึงพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการคัดกรอง และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพทราบถึงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งได้แก่ ความกลัวและการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นจึงควรนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อคัดกรองและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. ด้านการศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางการสอนและการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล โดยนำผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวในทางการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะต่างๆ ต่อไป

3. ด้านการวิจัย ใช้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ ไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมในการจัดการกับความกลัวและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่อไป
2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่มากขึ้น เช่น ในส่วนของภูมิภาคต่างๆ หรือในระดับประเทศ เพื่อเป็นการยืนยันผลการศึกษาในครั้งนี้
3. ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม โดยการทดสอบโมเดลเชิงสาเหตุ เพื่อเป็นการทดสอบปัจจัยเชิงสาเหตุตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988)



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *การทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. นนทบุรี: อาร์ต ควอร์ไฮต์.
- กรมสุขภาพจิต. (2557). ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย. Retrieved 1 สิงหาคม, 2559, from <http://www.dmh.go.th/downloadportal/Morbidity/Depress2551.pdf>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). จำนวนผู้ป่วยตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. Retrieved 22 กันยายน, 2559, from <https://www.moph.go.th>
- กอบกุล บุญปราชัย. (2549). *พยาธิสรีระวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- กัลยา วาณิชย์บัญชา. (2555). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล*. พิมพ์ครั้งที่ 20. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.
- เกรียงไกร เสงร์ศมี. (2555). สถานการณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายชนิดที่มี ST Elevation ในประเทศไทย. ใน เกรียงไกร เสงร์ศมี (บรรณาธิการ.), *มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สถาบันโรคทรวงอก*. นนทบุรี: สุขุมการพิมพ์.
- เกรียงไกร เสงร์ศมี และบุญจง แซ่จิง. (2555). การวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก. ใน เกรียงไกร เสงร์ศมี (บรรณาธิการ.), *มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สถาบันโรคทรวงอก*. นนทบุรี: สุขุมวิทการพิมพ์.
- จรรยา ตันดิธรรม. (2547). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บพิธการพิมพ์.
- จันทนา หล่อตจะกุล. (2549). *การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไทยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุษณบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราวรรณ เดชอดิษฐ์. (2548). *กลุ่มอาการและการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชนิดาภา แก้วกัญญา. (2557). *ปัจจัยคัดสรรทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ซัชชญา สุวรรณชาติ. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด*. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลลาดกระบัง สำนักการแพทย์.
- ชูชัย ศุภวงศ์. (2553). *การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวทางการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย*. นนทบุรี: สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2553). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: ไทเนรมิตกิจ อินเทอร์เน็ตโปรดักส์.
- ดวงใจ กสานจิตกุล. (2542). *โรคซึมเศร้ารักษาให้หายได้*. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2552). *ปัญหาทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจและปอดและการพยาบาล*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 27(2), 22-31.
- ทวี ตั้งเสรี และคณะ. (2551). *การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย: รายงานการวิจัย*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.
- ธณินทร์ กองสุข. (2559). *ระบาดวิทยาโรคซึมเศร้าในอาเซียน*. เอกสารการประชุมวิชาการ สุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 15 และสุขภาพจิตเวชเด็กครั้งที่ 13 ประจำปี 2559 "สติ วิถีแห่งสุขภาพดี", ณ โรงแรมเซนทรา ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพฯ.
- ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ. (2533). *คุณลักษณะความตรงของแบบสอบวัดความซึมเศร้า*. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 21(2), 25-45.
- ฉันทรุจน์ บุรณสุขสกุล. (2555). *ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า (Stress, Depression and Depressive disorder)*. Retrieved 1 ธันวาคม, 2559, from <http://haamor.com/th/>
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2552). *วิจัยและสถิติ: คำถามชวนตอบ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดไอคอนพรีนติ้ง.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ. (2537). *แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย*. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.
- นุชจรรย์ แสงสว่าง. (2552). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ. (2559). *ภาวะซึมเศร้า*. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ*, 19(38), 105-118.
- บุษบา สมใจวงศ์. (2553). *อิทธิพลของอาการ แร่งสนับสนุนทางสังคม ความไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังต่อทางเดินน้ำดี*. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรดุษฎีบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง กรรณสูต. (2542). *การวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย.

ปรีชา เอื้อโรจนอังกูร. (2553). *ศาสตร์และศิลป์ในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด*. กรุงเทพฯ: หน่วยโรคหัวใจ กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.

ผกามาศ อ่อนขาว. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

พจนา เกิดเปลี่ยน. (2557). โรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 18-21.

พัชรี รมตาล และคณะ. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูงSTEMI. ใน เกรียงไกร เสงรัมย์ (บรรณาธิการ.), *มาตรฐานการรักษาก่อนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สถาบันโรคทรวงอก*. นนทบุรี: สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.

มลฤดี บุราณ. (2548). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มานิช หล่อตระกูล. (2550). *เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: วิสสุทธิ์การพิมพ์.

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิชัย. (2539). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์
รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2554). กลัว. Retrieved 1 ธันวาคม, 2559, from www.royin.go.th

ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมแปล ไทย-ไทย ราชบัณฑิตยสถาน พจนานุกรมออนไลน์. Retrieved 20 ตุลาคม, 2559, from <http://dictionary.sanook.com/search/dict-th-th-royal-institute>

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2559). แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า. Retrieved 1 มกราคม, 2559, from <http://www.jvkk.go.th/jvkkfirst/test/testsum.asp>

ลักขณา มะรังกา. (2553). *ประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ*. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วชิกร สุวรรณมณี. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความกลัวการผ่าตัดในเด็กวัยเรียน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรรณิ จิวสีบพงษ์. (2550). *ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซีมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการณทำหน้าทีของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในจังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริไชย หงษ์สงวนศรี. (2545). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: ปิยอนต์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2554). *รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการประเมินที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (STEMI) เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน*. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สภาการพยาบาล. (2556). *คู่มือปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. กรุงเทพฯ: จุดทอง.
- สมปอง วงษาสุข. (2544). *ความกลัวของเด็กวัยเรียนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2548). *ตำราเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2557). *แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยฉบับปรับปรุง ปี2557*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. (2551). *รายงานฉบับสมบูรณ์ ชุดโครงการประเมินการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิตั้งสูง (Excellence center) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สายฝน เอกวางกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซีมเศร้า*. กรุงเทพฯ: ส.เอเชียเพรส.
- สาวิตรี วิษณุโยธิน และนชพร อธิวิวิศวกุล. (2553). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้มีภาวะซีมเศร้า*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 16(1), 5-22.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุน การส่งเสริมสุขภาพ. (2558). *โรคซีมเศร้าไม่รักษาเสี่ยงฆ่าตัวตายสูง*. Retrieved 1 สิงหาคม, 2559, from <http://www.thaihealth.or.th>
- สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการและภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุจินดา रिมทอง, อรุณศรี เตชัสหงส์ และสุภามาศ ผาติประจักษ์. (2556). *พยาธิสรีรวิทยาทางการ*

- พยาบาลเล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2558). อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า. ในสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกนันนท์ (บรรณาธิการ.), *ตำราโรคซึมเศร้า*.
ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- เสาวนีย์ เนาวพานิช. (2552). *คู่มือปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับ การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน*. กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวช คณะแพทยศิริราชพยาบาล.
- อรรวรรณ ลีทองอิน. (2553). *ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา นักบุญ โยเซฟ จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรค ซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังสมบัติ และคณะ. (2540). การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสาร สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(1), 2-13.
- อุไร ศรีแก้ว. (2543). *การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ: การดูแลอย่างต่อเนื่อง*. สงขลา: ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อุไร หัตถกิจ. (2555). *การพยาบาลองค์กรวมและการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน: การบูรณาการแนวคิดสู่การจัดการศึกษาพยาบาล*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(1), 5-16.
- เอี่ยมเดือน นิลพฤษภ์. (2559). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Agarwal, M., Trivedi, J. K., Singh, P. K., Dalal, P. K., & Saran, R. K. (2011). Depression in patients of myocardial infarction--A cross-sectional study in Northern India. *The Journal of the Association of Physicians of India*, 59, 636-638.
- Allen, G. (1998). *The Effect of Fear on Myocardial Infarction Patients in Intensive Care Units*. A dissertation for the degree of Doctor of Science in Nursing, University of Alabama at Birmingham.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder: DSM-IV-TR*. Washington: American Psychiatric Association.

- Antman, E. M., Anbe, D. T., Armstrong, P. W., Bates, E. R., Green, L. A., Hand, M., . . . Ornato, J. P. (2004). ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction—Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction). *Journal of the American College of Cardiology*, 44(3), 671-719.
- Barrera, M., Sandler, I. N., & Ramsay, T. B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9(4), 435-447.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beeber, L. S. (1998). Treating depression through the therapeutic nurse-client relationship. *The Nursing Clinics of North America*, 33(1), 153-172.
- Bouk, D. (2016). Book review: Risky medicine: Our quest to cure fear and uncertainty. *International Journal of Epidemiology*, 76, 1-2.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ--A social support measure. *Nursing Research*, 30(5), 277-280.
- Bucholz, E. M., Strait, K. M., Dreyer, R. P., Geda, M., Spatz, E. S., Bueno, H., . . . Krumholz, H. M. (2014). Effect of low perceived social support on health outcomes in young patients with acute myocardial infarction: Results from the VIRGO (Variation in recovery: Role of gender on outcomes of young AMI Patients) study. *Journal of the American Heart Association*, 3(5), 1-11.
- Burke, W. J., Roccaforte, W. H., & Wengel, S. P. (1991). The short form of the geriatric depression scale: A comparison with the 30-item form. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 4(3), 173-178.
- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization*. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Burns, N., Grove, S., & Gray, J. R. (2013). *The practice of Nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Missouri: Elsevier Saunders.

- Cannon, W. B. (1927). The James-Lange theory of emotion: A critical examination and an alternative theory. *American Journal of Psychology*, 39, 10-124.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. New York: Behavioral Publications.
- Carney, R. M., Howells, W. B., Blumenthal, J. A., Freedland, K. E., Stein, P. K., Berkman, L. F., . . . Jaffe, A. S. (2007). Heart rate turbulence, depression, and survival after acute myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 69(1), 4-9.
- Chaiyawat, W. (2000). *Psychometry properties of Thai version of The state-trait anxiety inventory for children revised (STAIC-R) and the child's medical fear scale Revised (CMFS-R) in Thai school age children*. A Dissertation for the degree of Nursing Science, Faculty of the school of nursing of University of Buffalo.
- Charles, D. (1859). *On the origin of species by means of natural selection, or the preservation of favoured races in the struggle for Life*. London: W. Clowes and sons.
- Choy, Y., Fyer, A. J., & Goodwin, R. D. (2007). Specific phobia and comorbid depression: A closer look at the national comorbidity survey data. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 132-136.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314.
- 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(384), 1-7.
- David, H. (2002). *Statistical Methods For Psychology*. Vol. 43. United States: University of Vermont.
- Davies, J. L., & Janosik, E. H. (1991). *Mental health and psychiatric nursing: A caring approach*. Boston: Jones and Bartlett.
- Dessotte, C. A. M., Silva, F. S. e., Bolela, F., Rossi, L. A., & Dantas, R. A. S. (2013). Presence of depressive symptoms in patients with a first episode of acute coronary syndrome. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 325-331.

- Detprapon, M., Sirapongam, Y., Mishel, M. H., Sitthimongkol, Y., & Vorapongsathorn, T. (2009). Testing of uncertainty in illness theory to predict quality of life among Thais with head and neck cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 13(1), 15.
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park: Sage.
- Dewey, J. (1916). *Democracy and education: An introduction to philosophy of education*. New York: Macmillan.
- Di Benedetto, M., Len Burns, G., Lindner, H., & Kent, S. (2010). A biopsychosocial model for depressive symptoms following acute coronary syndromes. *Psychology & Health*, 25(9), 1061-1075.
- Dillman, D. A. (2000). *Mail and internet survey's: The tailored design method*. New York: Psychology Press.
- Doyle, F., McGee, H., Conroy, R., Conradi, H. J., Meijer, A., Steeds, R., . . . de Jonge, P. (2015). Systematic review and individual patient data meta-analysis of sex differences in depression and prognosis in persons with myocardial infarction: A MINDMAPS Study. *Psychosomatic Medicine*, 77(4), 419-428.
- Eastwood, J.-A., Doering, L., Roper, J., & Hays, R. D. (2008). Uncertainty and health-related quality of life 1 year after coronary angiography. *American Journal of Critical Care*, 17(3), 232-242.
- Ferketich, S. (1991). Focus on psychometrics. Aspects of item analysis. *Research in Nursing & Health*, 14(2), 165-168.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
- Geer, J. H. (1965). The development of a scale to measure fear. *Behaviour Research and Therapy*, 3(1), 45-53.
- Gerald, B., Roger, W., & Anita, T.-B. (2006). Primary emotions in patients after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), 636-645.
- Ghassan, M. (2015). *Improving care for patients with non-cardiac chest pain*. Linköping University Medical Dissertations, Linköping University, Sweden.

- Goldfeld, P. R., Soares, L. S., & Manfroi, W. C. (2015). Association of depression and stress in acute myocardial infarction: A case-control study. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63, 439-448.
- Graham, P. (1991). *Child psychiatry : A developmental approach*. New York: Oxford University Press.
- Granville, S. I., Parker, G., Cvejic, E., & Vollmer, C. U. (2015). Acute coronary syndrome-associated depression: The salience of a sickness response analogy? *Brain, Behavior, and Immunity*, 49, 18-24.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis*. London: Pearson Education.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 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
- Hari, R., Begré, S., Schmid, J.-P., Saner, H., Gander, M.-L., & von Känel, R. (2010). Change over time in posttraumatic stress caused by myocardial infarction and predicting variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(2), 143-150.
- Hilton, B. A. (1988). The relationship of uncertainty, control, commitment, and threat of recurrence to coping strategies used by women diagnosed with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 12(1), 39-54.
- House, J. S. (1981). The nature of social support In M. A. Reading (Ed.), *Work stress and social support* (pp. 13-23). Philadelphia: Addison Wesley.
- Huffman, J. C., Celano, C. M., Beach, S. R., Motiwala, S. R., & Januzzi, J. L. (2013). Depression and cardiac disease: Epidemiology, mechanisms, and diagnosis. *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*, 2013, 14.
- Jacobson, D. E. (1986). Types and timing of social support. *Journal of Health Society Behavior*, 27(3), 250-264.

- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, Vol. 9 (pp. 188-205). Oxford: Oxford University Press on behalf of the Mind Association.
- Kang, H. J., Stewart, R., Bae, K. Y., Kim, S. W., Shin, I. S., Hong, Y. J., . . . Kim, J. M. (2015). Predictors of depressive disorder following acute coronary syndrome: Results from K-DEPACS and EsDEPACS. *Journal of Affective Disorders*, 181, 1-8.
- Kenneth, H. (1988). Psychophysiological aspects of phobic fears: An evaluative review. *Neuropsychobiology*, 20, 194-204.
- Kevin, W. (2016). The fear of uncertainty – And how to handle it. Retrieved 20 October, 2016, from <http://www.breakingoutcoaching.com/personal-development/how-to-handle-the-fear-of-uncertainty/>
- 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.
- Koivula, M., Marita, P.-I., Marja, T. T., Matti, T., & Pekka, L. (2001). Fear and anxiety in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 30(4), 302-311.
- Kushner, F. G., Hand, M., Smith, S. C., Jr., King, S. B., Anderson, J. L., Antman, E. M., . . . Williams, D. O. (2009). 2009 focused updates: ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (updating the 2004 guideline and 2007 focused update) and ACC/AHA/SCAI guidelines on percutaneous coronary intervention (updating the 2005 guideline and 2007 focused update) a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 54(23), 2205-2241.
- Lang, P. J. (1978). Language, imagery, and emotion. In P. Pliner, K. R. Blankstein, & I. M. Spigel (Eds.), *Advances in study of emotion and affect: Perceptions of emotion in self and others*. New York & London: Plenum.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer-Verlag.
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the fear of negative evaluation scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-376.

- Leo, B. (2012). Finding fear with Uncertainty. Retrieved 20 October, 2016, from <https://zenhabits.net/uncertainty/>
- Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Catellier, D. J., Carney, R. M., Berkman, L. F., . . . Schneiderman, N. (2007). Social support and prognosis in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction. *Health Psychology, 26*(4), 418-427.
- McNeil, D. W., & Rainwater, A. J., 3rd. (1998). Development of the fear of pain questionnaire--III. *Journal of Behavioral Medicine, 21*(4), 389-410.
- Meijer, A., Conradi, H. J., Bos, E. H., Anselmino, M., Carney, R. M., Denollet, J., . . . de Jonge, P. (2013). Adjusted prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: Individual patient data meta-analysis. *The British Journal Psychiatry, 203*(2), 90-102.
- Meijer, A., Conradi, H. J., Bos, E. H., Thombs, B. D., van Melle, J. P., & de Jonge, P. (2011). Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: A meta-analysis of 25 years of research. *General Hospital Psychiatry, 33*(3), 203-216.
- Mello, A. P. d., Carvalho, A. C. d. C., & Higa, E. M. S. (2011). Depressive symptoms in patients with acute coronary syndrome. *Einstein (São Paulo), 9*(3), 326-331.
- Mishel, M. H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research, 30*(5), 258-263.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 20*(4), 225-232.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image The Journal of Nursing Scholarship, 22*(4), 256-262.
- Mishel, M. H. (1997). *Uncertainty in illness scales manual*. Chapel Hill: The University of North Carolina.
- Mishel, M. H., & Clayton, M. F. (2003). Theories of uncertainty in illness. In M. J. Smith & P. L. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing*. New York: Springer Publishing.
- Mitchell, P. H., Powell, L., Blumenthal, J., Norten, J., Ironson, G., Pitula, C. R., . . . Berkman, L. F. (2003). A short social support measure for patients recovering

- from myocardial infarction: The ENRICH social support inventory. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 23(6), 398-403.
- Moore, A. (1987). Frightened of fear. *Nursing Times*, 83(13), 34-38.
- Naqvi, T. Z., Rafique, A. M., Andreas, V., Rahban, M., Mirocha, J., & Naqvi, S. S. (2007). Predictors of depressive symptoms post-acute coronary syndrome. *Gender Medicine*, 4(4), 339-351.
- National Institute of Mental Health. (2011). *Depression and heart disease*. Bethesda: National Institute of Health Publication.
- Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., & Carrieri, V. L. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research*, 30(5), 264-269.
- Öhman, A. (2000). "Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive, and clinical perspectives". In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions*. New York: The Guilford Press.
- 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 acute coronary syndrome: A study of time of onset and impact on survival. *American Journal of Epidemiology*, 183(3), 218-226.
- Ossola, P., Paglia, F., Pelosi, A., De Panfilis, C., Conte, G., Tonna, M., . . . Marchesi, C. (2015). Risk factors for incident depression in patients at first acute coronary syndrome. *Psychiatry Research*, 228(3), 448-453.
- 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.
- Pavlov, I. P. (1902). *The work of the digestive glands*. London: Griffin.
- Pilot, D. F., & Beck, T. B. (2004). *Nursing research: Principle and Methods*. Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D. F., & Hungler, B. (2013). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams and 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), 385-401.

- Rapin, P., Yupin, A., & Sureeporn, T. (2016). Medication adherence among persons with post-acute myocardial infarction. *Songklanakarin Journal of Science and Technology*, 38(6), 611-620.
- Rosenhan, D. L., & Seligman, M. E. P. (1989). *Abnormal Psychology*. New York: W.W. Norton and Company.
- Sakai, M., Nakayama, T., Shimbo, T., Ueshima, K., Kobayashi, N., Izumi, T., . . . Fukuhara, S. (2011). Post-discharge depressive symptoms can predict quality of life in AMI survivors: A prospective cohort study in Japan. *International Journal of Cardiology*, 146(3), 379-384.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Schachter, S., & Singer, J. E. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69(5), 379-399.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavior Medicine*, 4(4), 381-406.
- Sejal, S. B., & Mariya, P. J. (2015). Association of Psychosocial factors with anxiety and depression in patients following acute myocardial infarction. *International Journal of Physiotherapy*, 2(6), 917-924.
- Steptoe, A., Molloy, G. J., Messerli-Burgy, N., Wikman, A., Randall, G., Perkins-Porras, L., & Kaski, J. C. (2011). Fear of dying and inflammation following acute coronary syndrome. *European Heart Journal*, 32(19), 2405-2411.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson Education.
- Thombs, B. D., Bass, E. B., Ford, D. E., Stewart, K. J., Tsilidis, K. K., Patel, U., . . . Ziegelstein, R. C. (2006). Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction: Review of the evidence. *Journal of General Internal Medicine*, 21(1), 30-38.
- Tinakorn, W., & Nahathai, W. (2012). A revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1503-1509.

- Von, K. R., Hari, R., Schmid, J. P., Saner, H., & Begre, S. (2011). Distress related to myocardial infarction and cardiovascular outcome: A retrospective observational study. *BMC Psychiatry*, 11, 1-8.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(4), 448-457.
- World Federation for Mental Health. (2012). Depression : A global crisis world mental health day, 10 October, 2012. Retrieved 1 August, 2016, from http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf
- World Health Organization. (2016). World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs. Retrieved 1 August, 2016, from http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/
- Yacov, R., & Yochay, R. (2015). Fear and phobia: A critical review and the rational-choice theory of neurosis *International Journal of Psychological Studies*, 7(2), 37-73.
- 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.
- 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, 63-70.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชื่อ - นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุพจน์ ศรีมหาโชตะ	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ ศัลยศาสตร์ทรวงอกและหัวใจ ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. อาจารย์ ดร. ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางสาวทัศนีย์ ชลนากิจกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง อายุรศาสตร์หัวใจ สภาการพยาบาล อาจารย์พยาบาลประจำหลักสูตรการ พยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยโรคหัวใจและ ทรวงอก สถาบันโรคทรวงอก
4. อาจารย์นายแพทย์ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์	จิตแพทย์ประจำหน่วยส่งเสริมสุขภาพ อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รั้งสินันต์ สุนทรไชยา	อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชและ สุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ที่ ศธ 0512.11/ ๐.๔ 6 2



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

2 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุพจน์ ศรีมหาโชตะ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ ศัลยศาสตร์ทรวงอกและหัวใจ ศูนย์โรคหัวใจ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุพจน์ ศรีมหาโชตะ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1154

อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ โทร. 08-1590-3606

ที่ ศธ 0512.11/G662



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

2 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. ศรีประสงค์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกตพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมชื่อนิสิต

อาจารย์ ดร. ศรีประสงค์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1154

อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ โทร. 08-1590-3606

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๖๖2



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

2 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง วรินทร์ พรมสนธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีผลิม ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ทศนีย์ ชลนากิจกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง อายุรศาสตร์หัวใจ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญพัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาพร้อมชื่อนิสิต

อาจารย์ ทศนีย์ ชลนากิจกุล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1154

อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีผลิม ผลสุข โทร. 0-2218-1151

เรือเอกหญิง วรินทร์ พรมสนธิ์ โทร. 08-1590-3606



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130
 ที่ ศร 0512.11/ 0662 วันที่ 2 พฤษภาคม 2560
 เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ นายแพทย์ ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ จิตแพทย์ประจำหน่วยส่งเสริมสุขภาพจิต และอาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1154

อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ โทร. 08-1590-3606

ที่ ศธ 0512.11/ 0662



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

2 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชและสุขภาพจิต เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมผู้นิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1154

อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ โทร. 08-1590-3606



ที่ ศธ 0512.11/ 0827



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า จากรายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของนายแพทย์ทวี ตั้งเสรี และคณะฯ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2551)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1154

อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ โทร. 08-1590-3606



ที่ สธ ๐๘๑๓.๑๓ / ๑๖๕๕

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๐

๕ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือ ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๘๒๗ ลงวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๐

ตามหนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เรื่องขออนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ คือ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อนำไปประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุญาตให้ เรือเอกหญิง วรินทร์พร มสมสนธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยใช้แบบประเมินดังกล่าวข้างต้นได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายณัฐกร จำปาทอง)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

งานวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เทคโนโลยี ศูนย์ศึกษาและวิจัย

โทรศัพท์ ๐-๔๓๒๐-๙๙๙๙ ต่อ ๖๓๒๑๘

โทรสาร ๐-๔๓๒๒-๔๗๒๒

E-mail : edu.res2016@gmail.com



ที่ ศธ 0512.11/๐๗2/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๐๑ พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบสอบถามความรู้สึกลายมิติ เกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) (r-T-MSPSS) จากรายงานวิจัย เรื่อง A revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support. ของศาสตราจารย์ นายแพทย์ ทินกร วงศ์ปการันย์ และศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณททัย วงศ์ปการันย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2555)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่าง สูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ทินกร วงศ์ปการันย์ และศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณททัย วงศ์ปการันย์
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1154
อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม	อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151
ชื่อนิสิต	เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ โทร. 08-1590-3606

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	81
วันที่	21/10/60
เวลา	14:10 น.
ผู้รับ	81-800

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า เรือเอกหญิง วรันธร พรหมสนธิ รหัสประจำตัว 5877196236 นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์
แขนงวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 26 ซอย จรัญสนิทวงศ์96 ถนน จรัญสนิทวงศ์ แขวง บางอ้อ
เขต บางพลัด จังหวัด กรุงเทพฯ ฯ รหัสไปรษณีย์ 10700 โทรศัพท์ 081-5903606

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
- ชื่อวิทยานิพนธ์ อิทธิพลของอาการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน และการเผชิญ
ความเครียดต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังต่อทางเดินน้ำดี
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวบุษบา สมใจวงษ์
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2553

ลงนาม ร.อ.หญิง วรันธร พรหมสนธิ ผู้ยื่นคำร้อง
(เรือเอกหญิง วรันธร พรหมสนธิ)
..... ม. / น.พ. / 60

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เห็นชอบ ขอมติของคณะฯ 16/10/60</p> <p>..... ลงนาม (รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์) / / 2560</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ เห็นชอบ 16/10/60</p> <p>..... ลงนาม (รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์) / /</p>
--	--

อนุญาต
.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
..... /

.....
24/10/60

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	162
วันที่	21/12/2560
เวลา	14:11 น.
ผู้รับ	Mr. 162

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ รหัสประจำตัว 5877196236 นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์
แขนงวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 26 ซอย จรัญสนิทวงศ์96 ถนน จรัญสนิทวงศ์ แขวง บางอ้อ
เขต บางพลัด จังหวัด กรุงเทพฯ ฯ รหัสไปรษณีย์ 10700 โทรศัพท์ 081-5903606

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ
2. ชื่อการวิจัย อิทธิพลของปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงของโรค และโรคร่วม
ที่มีต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและกล้ามเนื้อหัวใจตาย
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข
4. ปีของการวิจัย 2559

ลงนามร.ต.อ.หญิง วรันธร พรมสนธิ..... ผู้ยื่นคำร้อง

(เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ)

.....ม. /พ.ค. /พ.ค.....

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ นางสาว อัญญาภาณี วัฒนวิเศษ</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม อัญญาภาณี</p> <p>(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)</p> <p>..... 21 / 12 / 2560</p>	<p>✓ ความเห็นเจ้าของเครื่องมือ อ.ดร. ระพีณ ผลสุข คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม ระพีณ ผลสุข</p> <p>(อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข)</p> <p>..... 21 / 12 / 2560</p>
--	--

อนุญาต

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

...../...../.....



ที่ ศธ 0512.11/๐๗๒๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศิตพรพร ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๗ พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิจัย จำนวน 1 ชุด
 2. เอกสารชี้แจงผู้ป่วย จำนวน 1 ชุด
 3. ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 1 ชุด
 4. แบบฟอร์มเก็บข้อมูล จำนวน 1 ชุด
 5. ใบรับรองการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน เพื่อการดำเนินการวิจัย ในสาขาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 1 ชุด
 6. ประวัติผู้วิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1154

อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ โทร. 08-1590-3606

ที่ ศธ 0512.11/๗๗๒



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙ พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ8.) โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อายุตั้งแต่ 20-59 ปี จำนวน 136 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความกลัว แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1154

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

ชื่อนิสิต

เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ โทร. 08-1590-3606



โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๙๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง: **ดว. ๖๓๓/๒๕๖๐**

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	Factors predicting depression among post acute myocardial infarction patients
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	เรือเอก หญิง วรันธร พรมสนธิ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงร่างการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๐ (Version 1.0 Date 26 June 2560) (ฉบับภาษาไทย) ๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอมฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๐ (Version 1.0 Date 26 June 2560) (ฉบับภาษาไทย) ๓. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๐ (Version 1.0 Date 26 June 2560) (ฉบับภาษาไทย) ๔. วัตถุประสงค์ผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๐
วันที่หมดอายุ	๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๑

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

พันตำรวจเอกหญิง **อรอนงค์ รัตนสุมาวงศ์**

(พันวดี รัตนสุมาวงศ์)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย

โรงพยาบาลตำรวจ

พันตำรวจเอก **อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์**

(อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย

โรงพยาบาลตำรวจ



ที่ ตช ๐๐๓๖ (จว)/ ๑๒๕

โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๔๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอส่งใบรับรองโครงการวิจัย
เรียน เรือเอกหญิง วรินทร์ พรหมสนธิ์
สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบรับรองโครงการวิจัย ๑ ฉบับ

ตามที่ท่านได้ส่งโครงการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะ
กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน" ให้คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยโรงพยาบาลตำรวจพิจารณานั้น

เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ ได้พิจารณาแล้ว
เห็นว่าโครงการได้มาตรฐานไม่ขัดต่อสวัสดิภาพ และภัยอันตรายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่าย
ของโครงการที่เสนอมาได้โดยอนุมัติเมื่อวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๐ และเมื่อโครงการวิจัยดำเนินการแล้วเสร็จให้ผู้วิจัย
ส่งข้อมูลงานวิจัยทั้งฉบับที่ดำเนินการเสร็จสมบูรณ์พร้อมบทคัดย่อลงในแผ่น CD ให้โรงพยาบาลตำรวจต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

พันตำรวจเอก

(อนันต์ สุวรรณเทวะคุปต์)

นายแพทย์ (สบ ๕) โรงพยาบาลตำรวจ/

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ

สำนักงานแพทยศาสตรศึกษา

โทร. ๐ ๒๖๕๒ ๕๐๓๕

โทรสาร ๐ ๒๖๕๒ ๕๐๓๕

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๖๒๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑ พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบฟอร์มการขอรับการพิจารณาให้การรับรองเชิงจริยธรรมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 4 ชุด
 2. ใบบันทึกข้อความ ขออนุญาตทำวิจัย จำนวน 4 ชุด
 3. โครงร่างการวิจัย จำนวน 4 ชุด
 4. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จำนวน 4 ชุด
 5. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 4 ชุด
 6. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 4 ชุด
 7. ประวัติผู้วิจัย จำนวน 4 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1154

อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ โทร. 08-1590-3606

สน.ฝ่ายการพยาบาล
 เลขรับ... ๓๕๖๖
 วันที่... ๒๓ พ.ค. ๒๕๖๐
 เวลา... ๑๖๐๖

รพ.สมเด็จพระปิยะบุณยเกล้าฯ พ.ร.
 เลขรับ... ๘๐๓๕
 วันที่... ๒๓ พ.ค. ๒๕๖๐
 เวลา... ๑๐๓๖ น.



ที่ ศร 0512.11/0๖๓2

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาคารบรมราชชนนีศรีศดพระย ชั้น 11
 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
 กรุงเทพฯ 10330

สน.จริยธรรมการวิจัย พ.ร.
 เลขรับ... ๙๙
 วันที่... ๓๐ พ.ค. ๒๕๖๐
 เวลา... ๑๙๐๐

๙ พฤษภาคม 2560

RP ๐๓๗ / ๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะบุณยเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

กรมแพทย์ทหารเรือ
 เลขรับ... ๑๐๖๑๗
 วันที่... ๓๐ พ.ค. ๒๕๖๐
 เวลา... ๑๓๓๕

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อายุตั้งแต่ 20-59 ปี จำนวน 136 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความกลัว แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกล้มแน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

จिताพร เกศพิชญวัฒนา

รองศาสตราจารย์ ดร. จिताพร เกศพิชญวัฒนา

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ติดต่อ โทร. ๑๖๖๒๒
 วัน 15/๕๖๐๔

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

ชื่อ นิสิต

หัวหน้าพยาบาล


โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1154

อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151


เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ โทร. 08-1590-3606

ส่ง - คณะกรรมการวิจัย รพ.ฯ
ทราบและดำเนินการ
รับคำสั่ง ผอ.รพ.ฯ

น.อ. 
รอง ผอ.รพ.สมเด็จพระปิยะมาศ (คง)
๒๒ พ.ค.๖๐

เสนอ พร.


คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย พร. รับรอง
โครงการวิจัยฯ รหัส RP017/60 ให้สามารถทำวิจัยได้
โดยได้ออกเอกสารรับรองเลขที่ COA-NMD-REC022/60
ทั้งนี้ขอให้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามข้อกำหนด และเงื่อนไข
ตามเอกสารที่แนบ

พล.ร.ต. 
ประธานคณะกรรมการฯ
๒๒ พ.ค.๖๐

เสนอ พร. (ผ่าน สน.จธว.พร.)

คณะกรรมการส่งเสริมงานวิจัย รพ.ฯ ได้
ประสานผู้วิจัยในการจัดเตรียมเอกสารเสนอเพื่อ
พิจารณาตาม พร.กำหนด รวมถึงขั้นตอนการ
ดำเนินการวิจัย ของ พร. แล้ว

เห็นควรเสนอให้คณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัย พร. พิจารณาเพื่อให้การรับรอง ก่อนเก็บ
ข้อมูลวิจัย ในลำดับต่อไป


น.อ. 
ประธานคณะกรรมการฯ
๓๐ พ.ค.๖๐

เรียน ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย พร.

โครงการวิจัย เรื่อง "ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า
ในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลัน" รหัส RP017/60 นี้ คณะกรรมการฯ ได้พิจารณา
แล้ว และผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขประเด็นต่างๆ ตามข้อเสนอแนะ
เรียบร้อยแล้ว

เห็นควรออกเอกสารรับรองโครงการฯ COA-
NMD-REC022/60 และให้ดำเนินการวิจัยตามข้อกำหนด
และเงื่อนไขที่ผู้วิจัยต้องปฏิบัติ ตามเอกสารที่แนบ ต่อไป

น.ท.หญิง 
เลขานุการคณะกรรมการฯ/
หน.สน.จธว.พร.ฯ
๓๐ มิ.ย.๖๐

	เอกสารรับรองโครงการวิจัย(Certificate of Approval, COA) โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ	
	สำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ เลขที่ 504/54 อาคารกองบังคับการกรมแพทยทหารเรือ บุคคโล ธนบุรี กทม.10600 โทร.02-4752705	NO. : COA-NMD-REC022/60 : Expedited Review
พินัยกรรม : คู่มือการวิจัย โดยเฉพาะการวิจัยในมนุษย์ที่ดำเนินการในสถานพยาบาลของ พ.ร. หรือดำเนินการโดยบุคลากรสายแพทย์ หรือบุคลากรสถาบันสมทบ ให้เป็นไปตามระเบียบของ พ.ร./ นโยบย พ.ร./ ตามข้อกำหนดการศึกษารววิจัยและทดลองในมนุษย์ พ.ร. และถูกต้องตามหลักจริยธรรมสากล		

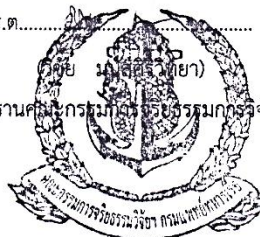
โครงการวิจัย และเอกสารประกอบตามรายการที่แสดงด้านล่างนี้ ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือแล้ว มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความ สอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนข้อบังคับและข้อกำหนดของกรมแพทยทหารเรือ จึงเห็นสมควรให้ ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการ	ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	เรือเอกหญิง วรันธร พรหมสนธิ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ
รหัสโครงการ	RP017/60
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ
รายการเอกสารที่รับรอง	1) โครงการวิจัย (Version 2, วันที่ 23 มิถุนายน 2560) 2) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Version 1, วันที่ 19 พฤษภาคม 2560) 3) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Version 1, วันที่ 19 พฤษภาคม 2560)
วันที่รับรอง	29 มิถุนายน 2560
วันหมดอายุ	28 มิถุนายน 2561

ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องดำเนินการวิจัยตามข้อกำหนดและเงื่อนไข ที่ผู้วิจัยต้องปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับการ รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ ตามรายละเอียดใน EM-NMD-REC-12.1 ที่แนบ

พล.ร.ต.....

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย พ.ร.





แจ้งข้อกำหนดและเงื่อนไข ที่ผู้วิจัยต้องปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรอง
จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ

วันที่ 29 มิถุนายน 60

เรียน ร.อ.หญิง วรันธร พรมสนธิ์

โครงการวิจัยเรื่อง "ปีจจัยท้วนายภววะซึ่มเศรวัวในผู้ป้วยภวหลังจวภเกิดภววะภลั้มเนื้อทัวใจตวยเมี้ยนพลัน" รหัส RQ017/60.. ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือแล้ว และคณะกรรมการฯ เห็นควรให้ การรับรองโครงการวิจัยฯ นี้ จึงได้ออกเอกสารรับรองหมายเลข COA-NMD-REC022/60 ระยะเวลาการรับรองตั้งแต่ 29 มิถุนายน 2560 ถึง - 28 มิถุนายน 2561

ในการนี้ขอแจ้งให้ผู้วิจัยทราบและปฏิบัติตามข้อกำหนด และเงื่อนไข หลังจากทีโครงการวิจัยของท่าน ได้รับการรับรองฯ ดังนี้

- 1) การดำเนินการวิจัย จะต้องเป็นไปตามโครงการวิจัยที่แจ้งไว้กับคณะกรรมการฯ เท่านั้น หากมีการปฏิบัติที่เบี่ยงเบนไปจากที่แจ้งไว้ จะต้องรายงานต่อคณะกรรมการฯ พร้อมเหตุผล และแจ้งมาตรการที่จะป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์นั้นซ้ำอีก หากมีความจริงใจที่จะดำเนินการที่เบี่ยงเบนนั้นซ้ำแล้วซ้ำอีก คณะกรรมการฯ จะยุติการรับรองโครงการวิจัยของท่าน
- 2) ในการให้ข้อมูลและขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จะต้องใช้เอกสารที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการฯ แล้วเท่านั้น
- 3) การดำเนินการขอความร่วมมือให้เข้าร่วมโครงการวิจัย จะต้องดำเนินการโดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง อย่างไม่เหมาะสมจากผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจอย่างแท้จริง
- 4) เอกสาร หรือเครื่องมืออื่นๆ ที่จะใช้ในการประชาสัมพันธ์ให้อาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย จะต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการฯ
- 5) หากจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัย (Protocol Amendment) ด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม จะต้องแจ้งกับคณะกรรมการฯ ให้ทราบพร้อมเหตุผล และจะต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการฯ ก่อนที่จะดำเนินการกับอาสาสมัครฯ ยกเว้นในกรณีการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า เพื่อมิให้เกิดอันตรายแก่อาสาสมัครฯ เท่านั้น ซึ่งหัวหน้าโครงการวิจัยจะต้องแจ้งเหตุการณ์ดังกล่าว ให้คณะกรรมการฯ ได้ทราบภายใน 5 วันทำการนับจากวันที่ดำเนินการ
- 6) หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย และมีผลต่อความปลอดภัยและความเป็นอยู่ที่ดีของอาสาสมัครฯ หัวหน้าโครงการวิจัยต้องแจ้งให้คณะกรรมการฯ ทราบด้วย
- 7) หัวหน้าโครงการวิจัย ต้องแจ้งรายงานการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งที่รุนแรงและไม่รุนแรง รวมทั้งเหตุการณ์ที่ไม่อาจคาดเดาได้ล่วงหน้า แต่มีผลต่อความปลอดภัยและความเป็นอยู่ที่ดีของอาสาสมัครฯ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย ให้คณะกรรมการฯ ทราบทุกครั้งโดยไม่รอช้า
- 8) หัวหน้าโครงการวิจัยต้องส่งรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินการวิจัยให้คณะกรรมการฯ ทราบอย่างน้อยปีละครั้ง ภายในวันที่ 28 พฤษภาคม 2561 หรือเมื่อได้รับการร้องขอ
- 9) หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ หากต้องการต่ออายุต้องส่งรายงานความก้าวหน้าเพื่อให้คณะกรรมการฯ พิจารณาให้การรับรองต่อเนื่อง โดยต้องดำเนินการล่วงหน้า 1 เดือน ก่อนหมดอายุ (28 พฤษภาคม 2561)
- 10) เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น หัวหน้าโครงการวิจัย จะต้องรายงานสิ้นสุด/ปิดโครงการต่อคณะกรรมการฯ ที่ สำนักจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือหลังโครงการเสร็จสิ้นภายใน 30 วัน / ในโอกาสแรก

จึงเรียนมาเพื่อให้ผู้วิจัยปฏิบัติตามข้อกำหนด และเงื่อนไขดังกล่าว

ลงชื่อ น.ท.หญิง

(สุภัทรา แก้วเกรียงไกร)

เลขานุการฯ /หน.สน.จริยธรรมการวิจัยฯ

สามารถ Downloads แบบฟอร์มต่างๆ ได้ที่ www.nmd.go.th/ethich/ หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

สำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ Tel / Fax : 0-2475-2705, E-mail : rec@nmd.go.th



ที่ ศร 0512.11/๘๗๕๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙ พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลรามธิบดี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบฟอร์มB0. แบบเสนอโครงการฉบับย่อ (18 เม.ย 59) จำนวน 4 ชุด
 2. แบบฟอร์มB1. บันทึกข้อความ (เอกสารประกอบ1) จำนวน 4 ชุด
 3. แบบฟอร์มB2. เฉพาะโครงการที่มีแบบสอบถาม (เอกสารประกอบ4) จำนวน 4 ชุด
 4. แบบฟอร์มB3. หนังสือยินยอม (เอกสารประกอบ5ก) จำนวน 4 ชุด
 5. แบบฟอร์มB4. เอกสารประกอบ 6 จำนวน 4 ชุด
 6. แบบฟอร์มB5.ใบรับรองการเป็นที่ปรึกษาหรือผู้ร่วมวิจัย จำนวน 4 ชุด
 7. เช็คลำหรับบุคคลภายนอก _ งานวิจัย จำนวน 4 ชุด
 8. แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 4 ชุด
 9. ใบรับรองการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน เพื่อการดำเนินการวิจัยในสาขาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 4 ชุด
 10. ประวัติผู้วิจัย จำนวน 4 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1154

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

ชื่อนิสิต

เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ โทร. 08-1590-3606



ที่ ศธ 0512.11/0๗12

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙ พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อายุตั้งแต่ 20-59 ปี จำนวน 136 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความกลัว แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญพัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1154

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

ข้อนี้ติดต่อ

เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ โทร. 08-1590-3606



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
 โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
 270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
 Tel. (662) 201-1000

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๖๐/๔๒๓

ชื่อโครงการ บัญญัติทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

เลขที่โครงการ/รหัส ID ๐๖-๖๐-๔๒ ย

ชื่อหัวหน้าโครงการ เรือเอกหญิง วรินทร์ พรหมสนธิ์

สถานศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ เหล่าซึ่งก
 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชูศักดิ์ โอภาสเจริญ)

วันที่รับรอง ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๐

ระยะเวลาในการศึกษา ๖ เดือน

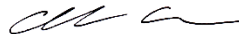


คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
 โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
 270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
 Tel. (662) 201-1000

Documentary Proof of Ethical Clearance
Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

MURA2017/423

Title of Project	Factors Predicting Depression among Post Acute Myocardial Infarction Patients
Protocol Number	ID 06-60-42
Principal Investigator	Lieutenant. Warunthorn Phromsont
Education Address	Faculty of Nursing Chulalongkorn University
<i>The aforementioned project has been reviewed and approved by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.</i>	
Signature of Chairman Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects	 Asst. Prof. Chusak Okascharoen, M.D.
Date of Approval	June 29, 2017
Duration of Study	6 Months



สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรมการ
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐
โทรศัพท์และโทรสาร ๐๒ ๒๐๑๑๗๐๑

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๑๗/๒๑๘๑

วันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๐

เรื่อง อนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๗๑๒
ลงวันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๐

ตามหนังสือที่อ้างถึงแจ้งว่า เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์ขอเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัยเพื่อเสนอเป็น
วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน”
โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ร.ต.อ.
หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลและ
สามารถติดต่อขอข้อมูลได้ที่ สาขาวิชาโรคหัวใจ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑-๑๖๑๒

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์กรพัฒน์กุล)
รองคณบดีฝ่ายวิจัย ปฏิบัติหน้าที่แทน
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบต่อสังคม

หน่วยวิเคราะห์ข้อมูล เลขที่ 6009440
วันที่ 11.2.60 เวลา 10:30 น.
ครั้งที่ 2

ที่ ศร 0512.11/07/2

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

9 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามธิบดี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
- 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

ภาควิชาอายุรศาสตร์ (โทร.1082)
รับที่ 4527
วันที่ 20 มี.ค. 2560
เวลา 10.40 น.

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง วรินทร์ พรหมสนธิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อายุตั้งแต่ 20-59 ปี จำนวน 136 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความกลัว แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือเอกหญิง วรินทร์ พรหมสนธิ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์

เพื่อโปรดพิจารณาขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลทำวิจัยภายในคณะแล้วตอบกลับ
หน่วยวิเคราะห์ข้อมูลและทุนวิจัย ภายในวันที่ 27 ก.ค. 2560

ขอแสดงความนับถือ

Signature

รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา

③ เว้นหัวหน้าฝ่ายวิทย์

รองคณบดี

(ศ. นพ.บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล) มีกำหนดให้ ผู้วิจัย ขอ ปรึกษา อาจารย์

รองคณบดีฝ่ายวิจัย
ส่งตัวให้คน ซึ่งเคยมีประสบการณ์ (ในทีมแพทย์)
ตามเชิงคลินิก รวบรวมคน มาทำวิจัยตาม
ซึ่งสำเร็จมาทำกับ (เคยทำวิจัยมาก่อนแล้ว)

② เรียง อ. ช. ๒๐๗ , นอกจากสำรวจ
ตรวจหน้า ๓๐ จ. ช. ๒๐๗

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

คณบดีฝ่ายวิทย์
หัวหน้าพยาบาล โทร. ๐-๒๒๑-๑๑๓๓ ๒๕๖๐

โทร. 0-2218-1131 ๒๕๖๐

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1154

อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

เรือเอกหญิง วรินทร์ พรหมสนธิ โทร. 08-1590-3606

Signature

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิลฉวี ไชยดีชัยวัฒน์)

หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์

21 มี.ค. 2560

④ ไม่ผิด
๕ ยื่นต่อ

ผศ. นพ. ดรรชนี มีชัยวัฒนศิริ

๕) เขียน ขวดครบดีฝ่ายวิจัย

ศาสตราจารย์ดร.ทศพร อดิชาตกุล
ไพฑูริย์



(รองศาสตราจารย์ดร.ทศพร อดิชาตกุล)
สำนักวิชาวิทยาศาสตร์
10 ส.ค.60



ชุดที่ 1 เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและใบลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ

หน้า 1 / 3

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย * (Patient / Participant Information Sheet)

- ชื่อโครงการวิจัย ศึกษานายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- ชื่อผู้วิจัย เรือเอกหญิง วรินทร์ พรหมสนธิ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่บ้าน) 26 ถนนจรัญสนิทวงศ์ 96 แขวงบางอ้อ เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700
โทรศัพท์มือถือ 081-5903606 E-mail: lugplanoi_24@hotmail.com
- ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่า งานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไมชัดเจนได้ตลอดเวลา
โครงการวิจัยนี้ เกี่ยวข้องกับ การศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อนำข้อค้นพบที่ได้ มาเป็นแนวทางในการวางแผน ให้การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างเหมาะสม จัดการภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะซึมเศร้า
เหตุผลที่ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมในโครงการนี้ เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อายุตั้งแต่ 20-59 ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ได้แก่ อาการปอดบวม น้ำเย็บพลัน อาการช็อค อยู่ในระยะวิกฤติ มีความยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
- วัตถุประสงค์ของการวิจัย
เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- โดยมีขั้นตอนและกระบวนการทำวิจัย ดังนี้
 - การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง โดยอธิบายวิธีการและขั้นตอนการวิจัย แจกแบบสอบถาม และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม โดยให้ท่านตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 25-30 นาที เมื่อมารับบริการที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด ขณะรอรับการตรวจหรือรอรับยา
 - เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยจะให้ท่านลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และทำการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 2 ชุด
 - ชุดที่ 1 คือ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า
 - ชุดที่ 2 คือ แบบประเมินปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2. แบบสอบถามความกลัว
 - ส่วนที่ 3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
 - ส่วนที่ 4. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
 - ส่วนที่ 5. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ

6. ผลของโครงการวิจัยนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมในอนาคต เนื่องจากข้อค้นพบที่ได้จากโครงการวิจัย จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผน ให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างเหมาะสม จัดการกับภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะซึมเศร้า
7. ท่านมีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นโดยความสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผล และไม่สูญเสียประโยชน์ที่ท่านพึงได้รับ โดยผลของโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใด ๆ ของท่าน
8. การวิจัยนี้ เป็นงานวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย โดยให้ท่านตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยคาดว่า จะไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับท่านในขณะที่เข้าร่วมการวิจัย แต่หากท่านเกิดความไม่สะดวกสบายใด ๆ ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย สามารถแจ้งผู้วิจัย คือ เรือเอกหญิง วรินทร์ พรหมสนธิ ได้โดยตรงตลอดเวลา เพื่อให้การดูแลท่านเบื้องต้น และส่งต่อพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง หากพบอาการผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้นต่อตัวท่าน
9. หากเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้วิจัยจะให้การดูแลท่าน โดยดูแลส่งต่อให้ท่านได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องโดยทันที
10. ในการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการทดสอบยาใด ๆ กับท่าน
11. ในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลรักษาของท่าน
12. ในการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมการวิจัย
13. ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ
14. ในการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการเจาะเลือด หรือเก็บชิ้นส่วนตัวอย่างใด ๆ จากตัวท่าน
15. ท่านมีสิทธิในการถอนตัวออกจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของท่าน
16. โครงการวิจัยนี้ ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ

*ดัดแปลงจากเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 1 คณะแพทยศาสตร์

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย*
(Consent Form)

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือนพ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ และเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิในการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูล เฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย

การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และจะต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าเป็นลายลักษณ์อักษร

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ที่มีสาเหตุจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย และหรือจะมีการชดเชยค่าตอบแทน ตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นตามความเหมาะสม

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยา สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เพื่อเป็นการยืนยันถึงขั้นตอนโครงการวิจัยทางคลินิก โดยไม่ล่วงละเมิดสิทธิ ในการปิดบังข้อมูลของการสมัครตามกรอบที่กฎหมายและกฎระเบียบได้อนุญาตไว้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ 26 ถนนจรัญสนิทวงศ์ 96 แขวงบางอ้อ เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700 โทรศัพท์มือถือ 081-5903606 E-mail: lugplanoi_24@hotmail.com ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ โดยบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้ คือ เรือเอกหญิง วรินทร์ พรหมสนธิ์

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

*ดัดแปลงจากหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 1 คณะแพทยศาสตร์

ชุดที่ 2 เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและใบลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

Page : 1 / 4

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
วันที่ชี้แจง

ชื่อผู้วิจัย เรือเอกหญิง วรันธร พรมสนธิ์

สถานที่ทำงานของผู้วิจัย แผนกหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์
กรมแพทย์ทหารเรือ กองทัพเรือ

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่าน
ข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้
โครงการวิจัยนี้ ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและ
ข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำ
โครงการนี้ เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อ
ปรึกษากับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ต้องเป็นความสมัครใจของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้
ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัว
จากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับ
ของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมใน
โครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นผู้ให้ข้อมูลใน
โครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลง
นามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

ที่มาและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยที่มี
ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะมีระดับสารในเลือดที่มีชื่อว่า Endothelin (ET)-1 เพิ่มขึ้น มีผลให้
แรงต้านของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดเกิดการหดตัว เกิดกระบวนการอักเสบ และสร้างสาร
Cytokines ซึ่งส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมองที่มีความสัมพันธ์กับระบบประสาท
ส่วนกลางที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของอารมณ์ และพฤติกรรม มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า
นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร่ายังเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของบุคคลต่อสิ่งที่มาคุกคาม ทำให้รู้สึก
หม่นหมอง หดหู่ เศร้าใจ ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สามารถแสดงออก
ได้ทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และร่างกาย มีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย การ
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และบทบาททางสังคม

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ยังส่งผลให้เกิดการ
กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลกระตุ้นการทำงานของเกล็ดเลือด เกิดการรวมตัวเป็น
ก้อนเลือด ทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด และเกิด
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตามมา นอกจากนี้ยังทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และเกิดความผันแปร
ของอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งเป็นเครื่องบ่งชี้ของการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และเกิดภาวะหัวใจหยุด
เต้นอย่างเฉียบพลันได้ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ยังทำให้

การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม และการดำรงชีวิต ผู้ป่วยต้องพึ่งผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้บทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวเปลี่ยนแปลง เกิดภาวะการเลี้ยงดูจากครอบครัวเพิ่มขึ้น และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อนำข้อค้นพบที่ได้ มาเป็นแนวทางในการวางแผน ให้การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างเหมาะสม จัดการกับภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ได้แก่ อาการปอดบวม น้ำเย็บพลัน อาการช็อค หรืออยู่ในระยะวิกฤติ อายุตั้งแต่ 20-59 ปี มีความยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือมีความเสี่ยงสูง ได้แก่ อาการปอดบวม น้ำเย็บพลัน อาการช็อค หรืออยู่ในระยะวิกฤติ จนจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใดและมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

โครงการวิจัยนี้ จะมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นจำนวน 202 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ขณะรอตรวจหรือรอรับยา ที่แผนกตรวจโรค ผู้ป่วยนอก ระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 25-30 นาที

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งที่นัด

ท่านจะได้รับการเข้าร่วมโครงการวิจัยเพียง 1 ครั้ง โดยใช้ระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัยประมาณ 25-30 นาที

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอนหรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

หากท่านยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยตอบแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าก่อน 1 ชุด ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าประมาณ 5 นาที จากนั้นเมื่อพบว่าท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่าง จึงให้ท่านตอบแบบสอบถามปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า อีก 1 ชุด ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามอีกประมาณ 20-25 นาที

ความไม่สบาย หรือการเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้างและวิธีการป้องกัน / แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

โครงการวิจัยนี้ เป็นการศึกษาโดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทำการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยคาดหวังว่าจะไม่พบความเสี่ยงใด ๆ ต่อท่านขณะทำการวิจัย แต่หากท่านเกิดความไม่สบายใด ๆ ขณะตอบแบบสอบถาม ท่านสามารถแจ้งกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือ และดูแลท่านต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

ผลของโครงการวิจัยนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมในอนาคต เนื่องจากข้อค้นพบที่ได้จากโครงการวิจัย จะนำมาใช้เป็นแนวทาง ในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างเหมาะสม จัดการกับภาวะซิมเคร้าที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซิมเคร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะซิมเคร้า

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

ไม่มีค่าใช้จ่ายใดที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยต้องรับผิดชอบ

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

ท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ หรือสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการ หรือการรักษาใด ๆ ที่ท่านจะได้รับแต่ประการใด

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใคร และจะได้รับการปฏิบัติอย่างไร

การติดต่อกับผู้วิจัย กรณีมีปัญหา สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ เรือเอกหญิง วรินทร์ พรหมสนธิ หมายเลขโทรศัพท์ 081-5903606 (ตลอด 24 ชั่วโมง)

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม

สามารถสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยได้ที่ เรือเอกหญิง วรินทร์ พรหมสนธิ ได้โดยตรง โดยสามารถติดต่อได้ที่ 26 ถนนจรัญสนิทวงศ์96 แขวงบางอ้อ เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700 หรือ หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-5903606 ทั้งในและนอกเวลาราชการ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะให้การดูแลท่านอย่างใกล้ชิด ขณะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

หากท่านรู้สึกว่าจะได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

เลขาธิการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ ที่สำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ อาคารกองบังคับการ กรมแพทยทหารเรือ ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน บุคโล ธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทร./โทรสาร 0-2475-2705, E-mail : rec@nmd.go.th

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิด และจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อ-สกุล และที่อยู่ของท่าน จะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

หากท่านมีความประสงค์ที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัย หลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะมีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่าน

หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นโดยผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วมนั้นทันที (ในกรณีที่เป็นการวิจัยเกี่ยวข้องกับการรักษาโดยเฉพาะการใช้ยา)

โครงการวิจัยนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษา โดยเฉพาะการใช้ยา

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ชื่อผู้วิจัย เรือเอกหญิง วรินทร์ พรหมสนธิ์

ที่อยู่ติดต่อ 26 ถนนจรัญสนิทวงศ์ 96 แขวงบางอ้อ เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700 โทรศัพท์ 081-5903606

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ
ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่าน
รายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว
ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดย
ข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถาม..... เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะ
ถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการ
ถอนตัวออกจากการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อในทางใดๆ (ระบุเป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา / ผล
ต่อการศึกษา / ผลต่อการเรียน) ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ
วิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็น
ภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า
สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ เลขที่ 504/54 อาคารกองบังคับการ
กรมแพทย์ทหารเรือ ชั้น 1 ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน บุคคโล ธนบุรี กรุงเทพ 10600 โทรศัพท์ / โทรสาร
0-2475-2705 E-mail : rec@nmd.go.th

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้า
พยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงเจตนายินยอมไว้แล้ว 1 ชุด

ลงชื่อ.....*ร.อ. พญ. วรินทร์ พรหมสนธิ์*.....
(เรือเอกหญิง วรินทร์ พรหมสนธิ์)
ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน

ชุดที่ 3 เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและใบลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย
โรงพยาบาลรามาริบัติ

เอกสารประกอบ 4



ID 06-60-42 ช
COA NO. MURA 2017/423
วันที่รับรอง 29 มิถุนายน 2560

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ไปถึงัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ชื่อผู้วิจัย เรือเอกหญิง วรินทร์ พรหมสนธิ์

สถานที่วิจัย แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลรามาริบัติ

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ เบอร์โทร 02-201-1544

ผู้สนับสนุนการวิจัย

ความเป็นมาของโครงการ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะส่งผลต่อสารชีวเคมีในสมองที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรม มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจต่อสิ่งที่มาคุกคาม ทำให้รู้สึกหม่นหมอง หดหู่ เศร้าใจ ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สามารถแสดงออกได้ทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และร่างกาย ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าจึงส่งผลทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและการดำรงชีวิต ผู้ป่วยต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น เกิดเป็นภาวะการเลี้ยงดูจากครอบครัว และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ยังส่งผลทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือด เกิดการอุดตันของหลอดเลือด และเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตามมาได้ นอกจากนี้ยังมีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น เกิดความแปรผันของอัตราการเต้นของหัวใจ เกิดเป็นภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และภาวะหัวใจหยุดเต้นอย่างเฉียบพลันได้

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ไปถึงัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อนำข้อค้นพบที่ได้ มาเป็นแนวทางในการวางแผน ให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม จัดการกับภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยจะให้ท่านลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และตอบแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ใช้เวลาในการตอบประมาณ 5 นาที

ชุดที่ 2. แบบประเมินปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ใช้เวลาในการตอบประมาณ 20-25 นาที ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความกลัว แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลของโครงการวิจัยนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมในอนาคต เนื่องจากข้อค้นพบที่ได้จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างเหมาะสม จัดการกับภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะซึมเศร้า

โครงการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยคาดว่า จะไม่เกิดความเสียหายใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย แต่หากผู้เข้าร่วมการวิจัยเกิดความไม่สุขสบายใด ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถแจ้งผู้วิจัย ได้ตลอดเวลาที่ทำกรวิจัย และสามารถปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากการวิจัย ได้ตลอดเวลา

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะได้รับการปกปิด เก็บรักษาเป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ เป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยเท่านั้น

ถ้าท่านมีปัญหาข้อใจหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เบอร์ โทร 02-201-1544

เอกสารประกอบ 5ก



ID 06-60-42 ช
COA NO. MURA 2017/423
วันที่รับรอง 29 มิถุนายน 2560

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ชื่อผู้วิจัย เรือเอกหญิง วรินทร์ พรหมสนธิ์

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย
อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดบีบบังคับหรือข่มขู่และยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่.....

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดบีบบังคับหรือข่มขู่

ลงชื่อ.....(ผู้วิจัย)

(เรือเอกหญิง วรินทร์ พรหมสนธิ์)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วนิ้วแม่เมื่อรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย



แบบเก็บบันทึกข้อมูล

เรื่อง ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

FACTORS PREDICTING DEPRESSION AMONG
POST-ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS

เลขที่แบบเก็บ

ข้อมูล

ชุดที่ 1 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับตัวของท่านตามความเป็นจริง ว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านเคยมีความรู้สึกดังต่อไปนี้

ข้อที่	รายการประเมิน	มี	ไม่มี
1.	รู้สึกจิตใจหม่นหมองหรือไม่ (เกือบตลอดทั้งวัน)		
2.	รู้สึกเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้		
.			
.			
.			
.			
.			
.			
13.	รู้สึกอ่อนเพลียเหมือนไม่มีแรง		
14.	รู้สึกเบื่ออาหาร กินได้น้อยกว่าเดิม		
15.	นอนหลับๆ ตื่นๆ หลับไม่สนิท		

เลขที่แบบเก็บข้อมูล

--	--	--	--

ชุดที่ 2. แบบประเมินปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 7 ข้อ โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ โดยให้ท่านเติม

คำตอบหรือทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับตัวของท่านตามความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. รายได้.....บาท / เดือน
4. สถานภาพสมรส
 () โสด () หม้าย () หย่า
 () แยก () สมรส
5. ระดับการศึกษา
 () ไม่เคยเข้ารับการศึกษ () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
 () อนุปริญญา () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
6. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....ปี.....เดือน
7. สิทธิการรักษา
 () ประกันสุขภาพถ้วนหน้า () จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง
 () ประกันสังคม () สวัสดิการข้าราชการ
 () ประกันชีวิต

ข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล			
การวินิจฉัย	<input type="checkbox"/> STEMI	<input type="checkbox"/> NSTEMI	
การรักษาที่ได้รับ	<input type="checkbox"/> SK	<input type="checkbox"/> PCI	<input type="checkbox"/> CABG

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความกลัว

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 14 ข้อ แต่ละข้อจะสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องความคิดเห็นด้านขวามือของแต่ละข้อคำถาม ซึ่งประกอบด้วยระดับความคิดเห็น ดังนี้

- | | | |
|---------|---------|-----------------------------|
| 1 คะแนน | หมายถึง | ข้อความนั้นไม่เป็นความจริง |
| 2 คะแนน | หมายถึง | ข้อความนั้นเป็นจริงเล็กน้อย |
| 3 คะแนน | หมายถึง | ข้อความนั้นค่อนข้างจริง |
| 4 คะแนน | หมายถึง | ข้อความนั้นเป็นจริง |
| 5 คะแนน | หมายถึง | ข้อความนั้นเป็นจริงอย่างมาก |

ข้อความ	ระดับความเป็นจริง				
	ไม่เป็นความจริง.....เป็นจริงอย่างมาก				
	1	2	3	4	5
ภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ในขณะที่ท่านมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกและได้รับการรักษาในโรงพยาบาล)					
1. ท่านรู้สึกตกใจและแสดงสีหน้าตกใจจนคนอื่นสังเกตเห็น					
2. ท่านรู้สึกว่า ท่านมีปากกัดฟันไว้แน่น					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
12. ท่านคิดว่า ท่านไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร					
13. ท่านคิดว่า ภาวะนี้ทำให้ท่านเสียชีวิตได้					
14. ท่านคิดว่า ภาวะนี้เป็นอันตรายต่อตัวท่านในอนาคต					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อจะสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ของท่านในปัจจุบัน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่าง มาก	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้าง ไม่ เห็น ด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้าง เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง มาก
1. มีบุคคลอื่นๆที่นอกเหนือจากคนในครอบครัวและเพื่อนที่คอยช่วยเหลือ หากฉันต้องการความช่วยเหลือขึ้นมา							
2. มีบุคคลอื่นๆที่นอกเหนือจากคนในครอบครัวและเพื่อนที่สามารถร่วมสุขร่วมทุกข์กับฉันได้							
.							
.							
.							
.							
10. มีบุคคลอื่นๆที่นอกเหนือจากคนในครอบครัวและเพื่อนในชีวิตที่คอยห่วงใยความรู้สึกของฉัน							
11. ครอบครัวของฉันเต็มใจที่จะช่วยฉันในการตัดสินใจ							
12. ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้เพื่อนฟังได้							

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 23 ข้อ แต่ละข้อจะสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึก

ของท่านในปัจจุบัน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านตัดสินใจไม่ได้ว่ารู้สึกอย่างไรกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย มาก ที่สุด
1. ท่านไม่แน่ใจว่า ท่านมีอาการผิดปกติอะไร					
2. ท่านมีคำถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมากมาย แต่หาคำตอบไม่ได้					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
21. แพทย์ไม่ได้บอกการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจนให้ท่านทราบ					
22. ท่านได้รับการวินิจฉัยความรุนแรงของโรคที่แน่นอนแล้ว					
23. แพทย์และพยาบาลใช้ภาษาง่ายๆกับท่าน ท่านจึงสามารถเข้าใจในสิ่งที่พวกเขาพูด					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 26 ข้อ แต่ละข้อจะสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านในปัจจุบัน ด้านข้างของแต่ละประโยคมีตัวเลขขบกระดับ 1 ถึง 7 ให้ท่านระบุว่า เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากน้อยเพียงใด โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 2 3 4 5 6 7 เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ความสนใจและการทำกิจกรรมต่างๆของฉันลดลง	ไม่ลดลงเลย 1 2 3 4 5 6 7	ลดลงหมดเลย 1 2 3 4 5 6 7
2. สมาธิของฉันดีเท่าที่มันเคยเป็นก่อนหน้านี้	ไม่มีสมาธิเลย 1 2 3 4 5 6 7	สมาธิดีมาก 1 2 3 4 5 6 7
.		
.		
.		
.		
.		
24. ทุกวันนี้ฉันไม่โง่ง่ายมาก	ไม่เคยโง่โง่ 1 2 3 4 5 6 7	โง่ง่าย 1 2 3 4 5 6 7
25. ฉันรู้สึกสับสน	ไม่สับสนเลย 1 2 3 4 5 6 7	สับสนมาก 1 2 3 4 5 6 7
26. ฉันกังวลเกี่ยวกับสมรรถภาพทางเพศของฉัน	ไม่กังวลเลย 1 2 3 4 5 6 7	กังวลอย่างยิ่ง 1 2 3 4 5 6 7



1. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความกลัว

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.898	.899	14

จากตาราง Reliability statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความกลัว ได้ค่าแอลฟาคอนบาคเท่ากับ .898

Item-Total Statistics

Item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Fear1	.541	.893	Fear8	.528	.893
Fear2	.525	.894	Fear9	.472	.895
Fear3	.625	.890	Fear10	.676	.887
Fear4	.726	.884	Fear11	.759	.883
Fear5	.627	.892	Fear12	.767	.882
Fear6	.506	.894	Fear13	.450	.896
Fear7	.665	.887	Fear14	.434	.896

จากตาราง Item-Total Statistics แสดงค่าความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า.3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา จากการวิเคราะห์ พบว่า ข้อคำถามทุกข้อมีค่า Corrected Item-Total Correlation มากกว่า .3 จึงผ่านเกณฑ์การพิจารณา และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่า ค่าแอลฟาโดยรวม ระหว่าง .7-.9 (Ferketich, 1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์ พบว่า ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์การพิจารณา

2. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.837	.851	12

จากตาราง Reliability statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าแอลฟาคอนบาคเท่ากับ .837

Item-Total Statistics

Item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SS1	.461	.827	SS7	.712	.804
SS2	.504	.826	SS8	.360	.835
SS3	.336	.836	SS9	.645	.812
SS4	.346	.835	SS10	.411	.831
SS5	.449	.828	SS11	.413	.832
SS6	.707	.805	SS12	.687	.809

จากตาราง Item-Total Statistics แสดงค่าความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า.3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา จากการวิเคราะห์ พบว่า ข้อคำถามทุกข้อมีค่า Corrected Item-Total Correlation มากกว่า .3 จึงผ่านเกณฑ์การพิจารณา และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่า ค่าแอลฟาโดยรวม ระหว่าง .7-.9 (Ferketich, 1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์ พบว่า ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์การพิจารณา

3. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.890	.847	23

จากตาราง Reliability statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้ค่าแอลฟาควบภาคอนบาคเท่ากับ .890

Item-Total Statistics

Item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
UOI1	.748	.878	UOI13	.734	.878
UOI2	.748	.878	UOI14	.309	.890
UOI3	.567	.884	UOI15	.331	.889
UOI4	.401	.889	UOI16	.369	.889
UOI5	.726	.878	UOI17	.732	.878
UOI6	.515	.885	UOI18	.367	.889
UOI7	.752	.877	UOI19	.375	.889
UOI8	.350	.889	UOI20	-.396	.898
UOI9	.708	.879	UOI21	.409	.888
UOI10	.778	.876	UOI22	-.406	.898
UOI11	.648	.881	UOI23	-.461	.899
UOI12	.512	.885			

จากตาราง Item-Total Statistics แสดงค่าความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า.3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา จากการวิเคราะห์ พบว่า ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์การพิจารณา และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่า ค่าแอลฟาโดยรวมระหว่าง .7-.9 (Ferketich, 1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์ พบว่า ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์การพิจารณา

4. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.813	.791	26

จากตาราง Reliability statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ได้ค่าแอลฟาคอนบาคเท่ากับ .813

Item-Total Statistics

Item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Depress1	.483	.800	Depress14	.322	.807
Depress2	.074	.815	Depress15	.321	.807
Depress3	.496	.803	Depress16	.339	.807
Depress4	-.074	.819	Depress17	.603	.791
Depress5	.419	.806	Depress18	.549	.795
Depress6	.495	.798	Depress19	.531	.799
Depress7	.561	.796	Depress20	-.090	.818
Depress8	.337	.807	Depress21	.483	.799
Depress9	.171	.813	Depress22	.347	.806
Depress10	.271	.810	Depress23	-.265	.822
Depress11	.313	.808	Depress24	.552	.799
Depress12	.329	.807	Depress25	.309	.808
Depress13	.369	.805	Depress26	.164	.815

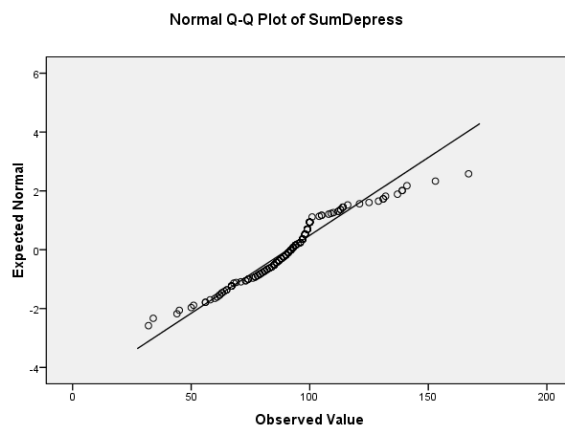
จากตาราง Item-Total Statistics แสดงค่าความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า.3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา จากการวิเคราะห์ พบว่า ข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item-Total Correlation ที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณา ได้แก่ ข้อคำถามที่ Depress1, 3, 5-8, 11-19, 21-22 และ 24-25 และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่าค่าแอลฟาโดยรวม ระหว่าง .7-.9 (Ferketich, 1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์ พบว่า ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์การพิจารณา

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ

1. ข้อมูลของตัวแปรต้องมีการแจกแจงแบบปกติ (Hair et al., 2010)

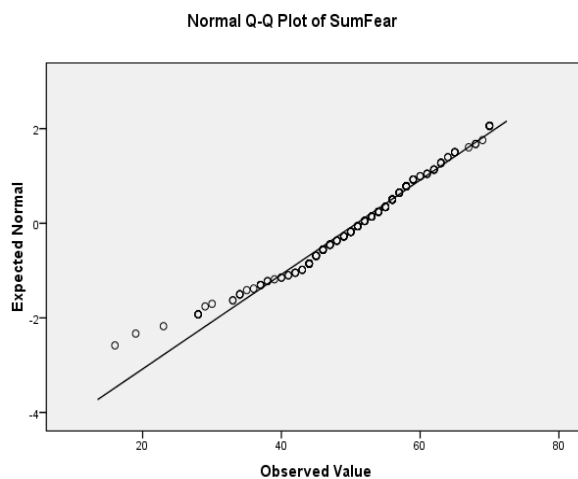
1.1 ข้อมูลภาวะซึมเศร้ามีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.1.1. Q-Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกัน และข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



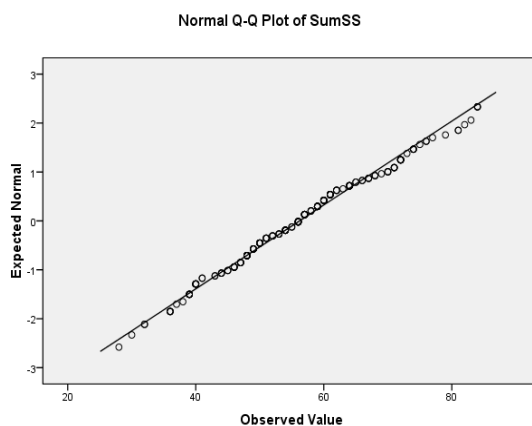
1.2 ข้อมูลความกลัวมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.2.1. Q-Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกัน และข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)

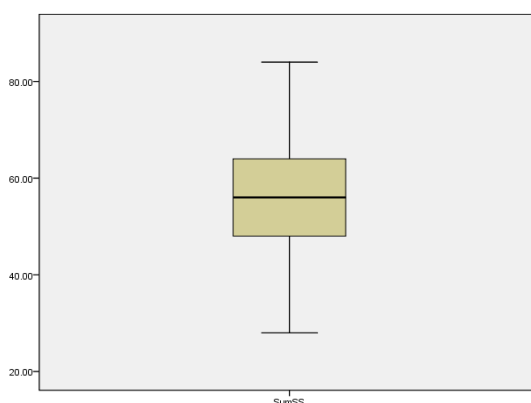


1.3 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.3.1. Q-Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกัน และข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



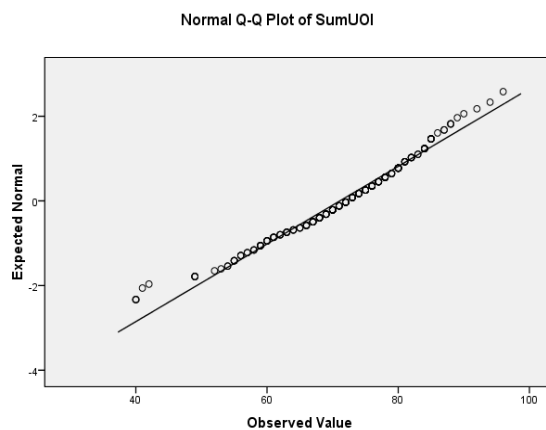
1.3.2. Boxplot is symmetry ผลการวิเคราะห์พบว่า Boxplot มีความสมมาตรกัน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

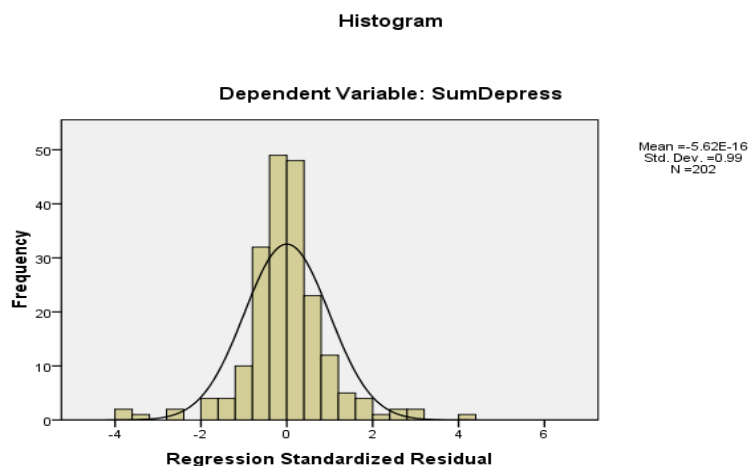
1.4 ข้อมูลความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.4.1. Q-Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกัน และข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)

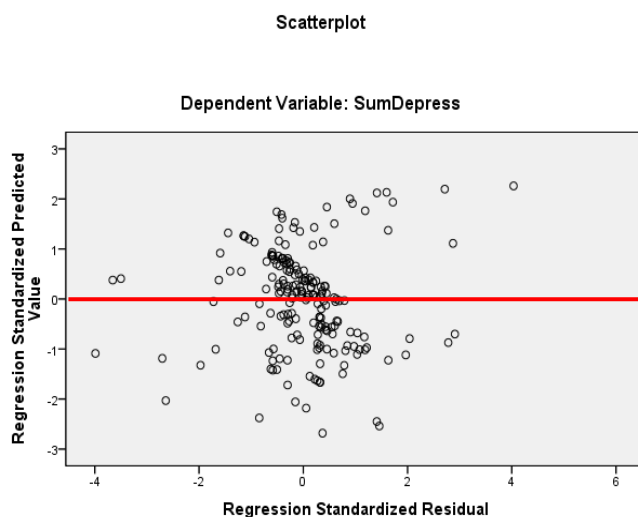


2. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต้องส่งผลโดยตรงต่อตัวแปรตาม ทดสอบได้ด้วยวิธี

2.1 ค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยการทดสอบว่า Histogram มีการแจกแจงแบบปกติ



2.2 ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนต้องคงที่ (Homoscedasticity) ทดสอบได้ด้วยการทดสอบว่า เมื่อทำการ Plot residual กับค่า X ต้องพบว่า จุดไม่มีลักษณะอยู่ด้านบนหรือด้านล่างตลอด หรือเป็นศูนย์ตลอด เมื่อค่า X สูงขึ้นหรือต่ำลง จึงจะพออนุมานได้ว่าค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ (Hair et al., 2010; Tabachnick & Fidell, 2013)



2.3 ค่าความคลาดเคลื่อนต้องเป็นอิสระต่อกัน (Autocorrelation) ทดสอบได้ด้วยการทดสอบว่า ค่า Durbin-Watson มีค่าเข้าใกล้ 2 หรือมีค่าอยู่ระหว่าง 1.5 ถึง 2.5 แสดงว่าไม่เกิด Autocorrelation ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.880 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีความเป็นอิสระต่อกัน (Tabachnick & Fidell, 2013; กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2555)

Model Summary ^e										
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.832 ^a	.693	.691	10.49545	.693	450.824	1	200	.000	
2	.856 ^b	.733	.730	9.81599	.040	29.646	1	199	.000	
3	.857 ^c	.734	.730	9.81042	.002	1.226	1	198	.269	
4	.857 ^d	.735	.730	9.82090	.001	.578	1	197	.448	1.880

a. Predictors : (Constant), SumFear

b. Predictors : (Constant), SumFear, SumSS

c. Predictors : (Constant), SumFear, SumSS, Educate

d. Predictors : (Constant), SumFear, SumSS, Educate, SumUOI

e. Dependent Variable : Sumdepress

2.4 ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) ทดสอบด้วย

2.4.1 ค่า Tolerance of variables ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันต้องมีค่าไม่ต่ำกว่า .2 หากค่า Tolerance มีค่าต่ำกว่า .2 แสดงว่า ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูง หรือมีลักษณะเป็น Multicollinearity ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่า Tolerance ของตัวแปรแต่ละตัวมีค่ามากกว่า .2 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (Tabachnick & Fidell, 2013)

Coefficients ^a										
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
1	(Constant)	11.016	3.829		2.877	.004	3.465	18.566		
	SumFear	1.569	.074	.832	21.233	.000	1.423	1.715	1.000	1.000
2	(Constant)	58.409	9.412		6.206	.000	39.848	76.969		
	SumFear	1.163	.102	.617	11.433	.000	.962	1.363	.462	2.165
	SumSS	-.476	.087	-.294	-5.445	.000	-.648	-.303	.462	2.165
3	(Constant)	60.340	9.567		6.307	.000	41.473	79.206		
	SumFear	1.157	.102	.614	11.363	.000	.956	1.357	.460	2.172
	SumSS	-.468	.088	-.289	-5.351	.000	-.641	-.296	.459	2.177
	Educate	-.590	.533	-.041	-1.107	.269	-1.641	.461	.970	1.031
4	(Constant)	55.098	11.803		4.668	.000	31.822	78.373		
	SumFear	1.113	.117	.590	9.519	.000	.882	1.344	.350	2.860
	SumSS	-.440	.095	-.272	-4.605	.000	-.628	-.251	.387	2.584
	Educate	-.585	.533	-.041	-1.097	.274	-1.637	.467	.970	1.031
	SumUOI	.082	.108	.047	.760	.448	-.131	.294	.348	2.877

2.4.2 ค่า Variance inflation factor (VIF) ซึ่งเป็นการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ถ้ามีค่ามาก (มากกว่า 10) แสดงว่า ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูง หรือมีลักษณะเป็น Multicollinearity (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2552) ผลการวิเคราะห์พบว่า ไม่มีตัวแปรอิสระใดมีค่า VIF มากกว่า 10 แสดงว่า ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง

2.4.3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน หากค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าน้อยกว่า .8 ถือว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูงจนทำให้เกิดปัญหา Multicollinearity (Tabachnick & Fidell, 2013) ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าน้อยกว่า .8 ถือว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูงจนทำให้เกิดปัญหา Multicollinearity

Correlations					
		SumDepress	SumFear	SumSS	SumUOI
SumDepress	Pearson Correlation	1	.832**	-.746**	.705**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000
	N	202	202	202	202
SumFear	Pearson Correlation	.832**	1	-.734**	.766**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000
	N	202	202	202	202
SumSS	Pearson Correlation	-.746**	-.734**	1	-.736**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000
	N	202	202	202	202
SumUOI	Pearson Correlation	.705**	.766**	-.736**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
	N	202	202	202	202

Correlations				
			SumDepress	Educate
Spearman's rho	SumDepress	Correlation Coefficient	1.000	-.226**
		Sig. (2-tailed)	.	.001
		N	202	202
	Educate	Correlation Coefficient	-.226**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.001	.
		N	202	202

เมื่อพิจารณาตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณพบว่า ผ่านเกณฑ์การพิจารณาทุกข้อ จึงทำการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ต่อได้

ANOVA ^e						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	49660.353	1	49660.353	450.824	.000 ^a
	Residual	22030.915	200	110.155		
	Total	71691.267	201			
2	Regression	52516.872	2	26258.436	272.521	.000 ^b
	Residual	19174.395	199	96.354		
	Total	71691.267	201			
3	Regression	52634.900	3	17544.967	182.296	.000 ^c
	Residual	19056.368	198	96.244		
	Total	71691.267	201			
4	Regression	52690.617	4	13172.654	136.575	.000 ^d
	Residual	19000.650	197	96.450		
	Total	71691.267	201			

- a. Predictors : (Constant), SumFear
 b. Predictors : (Constant), SumFear, SumSS
 c. Predictors : (Constant), SumFear, SumSS, Educate
 d. Predictors : (Constant), SumFear, SumSS, Educate, SumUOI
 e. Dependent Variable : Sumdepress

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นาวาตรีหญิง วรันธร พรหมสนธิ์ เกิดวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2524 ภูมิลำเนาเดิม จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาระดับพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ เมื่อปี พ.ศ. 2547 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ปี พ.ศ. 2549 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางผู้ให้การฟื้นฟูหัวใจ รุ่นที่ 9 จากชมรมฟื้นฟูหัวใจแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด จากสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ ปี พ.ศ. 2557 และศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2558 – 2560 ประสบการณ์การทำงาน ปฏิบัติงานในตำแหน่งนายทหารพยาบาลฝ่ายบริการสุขภาพ ประจำหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY