

Original article

Prevalence of anxiety and depression in prospective underwent coronary angiogram or percutaneous coronary intervention at Sirindhorn Cardiac Center Phramongkutklao Hospital: A 3 month prospective study

Pornchaya Phusanga¹Somruk Suntibenchakul^{2,*} Sopons Sanguanwong³

Abstract

Background: The incidence of cardiovascular disease has been increasing annually; currently it is a leading cause of death in Thailand and worldwide. Through the experience at Sirindhorn Cardiac Centre, Phramongkutklao Hospital, we found the cardiac patient who has anxiety and depression symptom develops poor prognosis, illness and frequent re-hospitalization.

Objective: To have a 3-month prospective study of the prevalence of anxiety and depression in coronary angiogram and percutaneous coronary intervention patients at Sirindhorn Cardiac Center, Phramongkutklao Hospital.

Methods: The subjects were patients who have been diagnosed with coronary artery disease or suspected cases who have done coronary angiogram or percutaneous coronary intervention at Sirindhorn Cardiac Center of Phramongkutklao Hospital; data collected included: personal information, medical data, psychosocial data and Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale; the data twice collected within 3 months. The data were analyzed using descriptive statistic: percentage, mean, and standard deviation. Chi-square and logistic regression were used to find the correlation between independent variable and dependent variables.

Results: A total of 100 patients, mostly men 81%, aged 64.7 years (SD = 9.4) were recruited. On the first time the prevalence of anxiety and/or depression was 44%; on the second time, the prevalence of anxiety and/or depression was 31.11%. Factors associated with anxiety and/or depression were history of psychiatric disorder ($P < 0.05$), functional class ($P < 0.01$), history of hospitalization by heart disease (1 year) ($P < 0.05$). Immediately after cardiac catheterization the demonstration between anxiety and/or depression with illness and re-hospitalization ($P < 0.04$); three months after done cardiac catheterization was associated with statistical significance ($P < 0.01$).

Conclusion: The prevalence of anxiety or depression in patients with coronary artery disease got lower when the patients received their treatment. And anxiety and/or depression was associated with morbidity after cardiac catheterization and re-hospitalization with statistical significance.

Keywords: Prevalence, anxiety, depression, cardiac catheterization, coronary artery disease, re-hospitalization.

*Correspondence to: Somruk Suntibenchakul, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received: July 22, 2017

Revised: September 5, 2017

Accepted: November 20, 2017

¹Master of Science, Mental Health, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

³Sirindhorn Heart Center Phramongkutklao Hospital

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกของภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษ โดยการสวนหัวใจ และการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่ศูนย์หัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า: การศึกษาไปข้างหน้า 3 เดือน

ภรณ์ชญา ภูสง่า¹

สมรักษ์ สันติเบญจกุล² ไสภณ สงวนวงษ์³

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: โรคหลอดเลือดหัวใจมีอุบัติการณ์สูงขึ้นทุกปี และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของบุคคลจำนวนมากทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก จากประสบการณ์การทำงานที่ศูนย์หัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ามีการดำเนินโรคไม่ดี มีการเจ็บป่วยและกลับมารักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหัวใจ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ากับการกลับมารักษาที่โรงพยาบาลในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยวิธีสวนหัวใจที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วิธีการทำวิจัย: ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจหรือสงสัยว่าเป็นโรคหัวใจที่มารับการสวนหัวใจ ณ ศูนย์หัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 100 ราย ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยฉบับภาษาไทย (hospital anxiety and depression scale ฉบับภาษาไทย) เก็บข้อมูลสองครั้งระยะเวลาห่างกัน 3 เดือนและข้อมูลที่วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาในรูปของร้อยละ คาเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไชโค-สแควร์ และสถิติการถดถอยโลจิสติก เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 81) มีอายุเฉลี่ย 64.7 ปี (SD = 9.4) พบว่าครึ่งแรกพบความชุกของผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 44) ครึ่งที่สองพบความชุกของผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลและ/หรืออาการซึมเศร้า (ร้อยละ 30.1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้า คือ ประวัติที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช ($P = 0.05$) Functional class ($P < 0.01$) ประวัติการเคยนอนโรงพยาบาลภายในช่วงเวลา 1 ปี ($P < 0.05$) และผลการสวนหัวใจ ($P = 0.04$) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้ากับการเจ็บป่วยและกลับเขามาอนรักษาทันทีในโรงพยาบาลหลังทำการสวนหัวใจ 3 เดือน พบว่ามีสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.01$)

สรุป: ความชุกของภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีแนวโน้มลดลงเมื่อได้รับการตรวจรักษา และภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยหลังการสวนหัวใจและกลับเขามาอนในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: ความชุก, ภาวะวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า, โรคหลอดเลือดหัวใจ, การสวนหัวใจ, การกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาล.

¹นิสิตปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

³ศูนย์โรคหัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

โรคหลอดเลือดหัวใจมีอุบัติการณ์สูงมากขึ้นทั่วโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีการเสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ 17.3 ล้านรายทั่วโลก ในปีพ.ศ. 2551 คิดเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลกทั้งหมด (7.3 ล้านรายเสียชีวิตจากหลอดเลือดหัวใจ) และคาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 23.3 ล้านราย ในปีพ.ศ. 2573 สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปีพ.ศ. 2554 – 2556 พบว่าอัตราผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อประชากร 100,000 รายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี พ.ศ. 2556 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 54,530 ราย เฉลี่ยเสียชีวิตวันละ 150 รายหรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 6 ราย⁽¹⁾

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจปัจจุบันทำได้ 3 วิธี คือการรักษาโดยใช้ยา การใส่สายสวนเข้าไปในหลอดเลือดหัวใจ เพื่อฉีดสลายหลอดเลือดหัวใจและใส่บอลลูนหรือขดลวด เพื่อถ่างขยายบริเวณหลอดเลือดที่ตีบ (percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA)) และการผ่าตัด (coronary artery bypass graft (CABG))⁽²⁾

การสวนหัวใจ (coronary angiogram) หมายถึงการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคทางหัวใจ โดยการใส่สายสวนขนาดเล็กเข้าไปในห้องหัวใจผ่านรูเข็มขนาดเล็ก ซึ่งแทงในหลอดเลือดแดงหรือดำบริเวณขาหนีบ หรือที่ข้อมือ (หลังจากยาสองฤทธิ์เต็มที่แล้ว) ย้อนขึ้นไปหัวใจ เพื่อตรวจลักษณะของหลอดเลือดโดยฉีดสารทึบรังสี หรือใส่สายสวนเพื่อวัดความดันหรือตรวจระดับออกซิเจนในห้องหัวใจ หลักการโดยทั่วไป คือ หลอดเลือดบริเวณขาหนีบและข้อมอดังกล่าวนั้นเชื่อมกับหลอดเลือดแดงใหญ่และห้องหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ หากผลการฉีดสีตรวจหลอดเลือดหัวใจพบว่าหลอดเลือดหัวใจตีบสามารถให้การรักษาด้วยการใช้ลูกโป่งถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจตีบได้ในครั้งเดียวกัน^(3, 4)

ข้อมูลจากศูนย์หัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ปีพ.ศ. 2557 ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษา

ผู้ป่วยในแต่ละรายเฉลี่ย 150,000 – 200,000 บาท จากประสบการณ์ทำงานพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ามีการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำหลังจากการรักษาและการดำเนินของโรคไม่ดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมผลวิจัยใน Version 1: February 28, 2015 ต่างประเทศแสดงให้เห็นว่าภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรค การดำเนินโรคการกำเริบของโรคและภาวะแทรกซ้อนหลังทำการรักษา แต่ยังไม่พบการศึกษาในลักษณะนี้มากนักในประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2553 - 2554 มีการศึกษาความชุกและปัจจัยสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน⁽⁵⁾ ที่โรงพยาบาลศิริราช แต่ไม่ได้รวมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าด้วย จึงจำเป็นต้องทำการศึกษาเรียนรู้และพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพภายในประเทศไทย

การศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ากับการกลับเข้ามาอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยหลังสวนหัวใจ อาจช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาทางสุขภาพจิต สามารถคัดกรองผู้ป่วยในเบื้องต้น ค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการที่ต้องเฝ้าระวังและติดตามอาการต่อเพื่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยสูงสุด

ประชากรตัวอย่าง

ทำการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามและแบบประเมิน hospital anxiety and depression scale ฉบับภาษาไทยของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการสวนหัวใจที่ศูนย์หัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 100 รายในช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลทั้งหมด โดยเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ให้ความยินยอมร่วมมือในการศึกษาวิจัย รู้ตัวดีสามารถร่วมมือในการตอบแบบสอบถามได้ และเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการเก็บข้อมูล

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบศึกษาไปข้างหน้า (prospective descriptive research) ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหรือสงสัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและได้ทำการตรวจรักษาโดยการสวนหัวใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามชนิดตอบเองทั้งหมด ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน

การเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 แบ่งเป็น 3 ตอน 19 ข้อ ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลบุคคลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, ลักษณะงาน/อาชีพ, สถานะทางการเงิน, สิทธิการรักษา, ประวัติการใช้สารเสพติด, ประวัติโรคจิตเวช, ประวัติการใช้ยาทางจิตเวช

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านประวัติการเจ็บป่วย จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยโรคหัวใจ, functional class, ประวัติโรคประจำตัวอื่น, ประวัติการใช้ยา, ประวัติการนอนโรงพยาบาล, ชนิดของการรักษาครั้งก่อนที่ได้รับ, ผลการสวนหัวใจ และภาวะแทรกซ้อนหลังทำสวนหัวใจ

ตอนที่ 3 ข้อมูลด้านจิตสังคม จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ การเปลี่ยนบทบาทและอาชีพ

การเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 มี 1 ตอน 5 ข้อ

เป็นแบบสอบถามที่ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ functional class, อาการและการดำเนินโรค, ภาวะแทรกซ้อนหลังทำสวนหัวใจ, ผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและการทำงาน, การเจ็บป่วยและอุบัติเหตุหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า (hospital anxiety and depression scale)

แบบประเมิน hospital anxiety and depression scale ฉบับภาษาไทยนี้ (Thai HADS) เป็นแบบสอบถามที่ผู้ป่วยตอบคำถามด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 14 ข้อ โดยแบ่งเป็นแบบประเมินอาการวิตกกังวลจำนวน 7 ข้อและแบบประเมินอาการซึมเศร้า 7 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่าลิเกิร์ตสเกล (Likert scale) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 – 3 การคิดคะแนนอาการวิตกกังวลคิดคะแนนข้อที่ทั้งหมด (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) รวมกันอาการซึมเศร้าคิดคะแนนข้อคู่ทั้งหมด (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) รวมกันโดยมีช่วงคะแนนแบ่งเป็น 0 – 7 ไม่มีอาการ, 8 – 10 มีอาการ แต่ไม่เป็นโรคและ 11 คะแนนขึ้นไปเป็นโรค⁽⁶⁾

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในรูปของร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ Pearson chi-square และ logistic regression analysis เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า กับการเจ็บป่วยและกลับเข้ามานอนโรงพยาบาลหลังสวนหัวใจ

ผลการศึกษา

พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 81) มีอายุเฉลี่ย 64.7 ปี (SD = 9.4) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 86) ระดับการศึกษาอยู่ในช่วงมัธยมปลายถึงปริญญาตรีมีหนี้สินส่วนน้อย (ร้อยละ 14) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิจ่ายตรงและเบิกต้นสังกัดในการรักษา (ร้อยละ 87) การดื่มสุราส่วนใหญ่เคยดื่มแต่เลิกแล้ว (ร้อยละ 55) สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เคยสูบแต่เลิกแล้ว (ร้อยละ 59) เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช (ร้อยละ 6) มีข้อมูลว่ามีประวัติของบุคคลในครอบครัวเป็นโรคทางจิตเวช (ร้อยละ 9) ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่เริ่มวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจเฉลี่ย 27.9 เดือน (SD = 48.4) functional class ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 1-2 (ร้อยละ 55) โรคประจำตัวที่พบรวมพบมากที่สุดคือไขมัน

ในเลือดสูง (ร้อยละ 83) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 81) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 37) ส่วนใหญ่รับประทานยาเป็นประจำสม่ำเสมอ (ร้อยละ 97) มีประวัติการใช้ยาทางจิตเวช (ร้อยละ 65) ส่วนใหญ่เคยนอนโรงพยาบาลมาก่อนการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ 1 ครั้ง (ร้อยละ 45) ไม่เคยได้รับการรักษาใดได้ด้านหัวใจมาก่อน (ส่วนหัวใจหรือผ่าตัด) (ร้อยละ 64) ผลการสวนหัวใจพบมากที่สุดคือ triple vessel disease (ร้อยละ 47) หลังสวนหัวใจไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 92) และ status หลังป่วยเป็นโรคหัวใจส่วนใหญ่สามารถใช้ชีวิตทำงาน ออกจากบ้านได้ (ร้อยละ 48) ในการประเมินครั้งแรกพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 56) โดยค่าคะแนนเฉลี่ย HADs (anxiety) 6.9 (SD = 3.2) คะแนนเฉลี่ย HADs (depression) 5.4 (SD = 3.4) มีผู้ที่มีอาการวิตกกังวลและ/หรืออาการซึมเศร้า (ร้อยละ 44) และการประเมินครั้งที่ 2 พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีอาการวิตกกังวลและ/หรืออาการซึมเศร้า (ร้อยละ 69.9) ค่าคะแนนเฉลี่ย HADs (anxiety) 5.6 (SD = 2.1) คะแนนเฉลี่ย HADs (depression) 4.7 (SD = 3.8) มีผู้ที่มีอาการวิตกกังวลและ/หรืออาการซึมเศร้า (ร้อยละ 30.1) ดังแสดงในตารางที่ 1

เปรียบเทียบค่าคะแนนระหว่างการเก็บข้อมูลครั้งแรกและครั้งที่สอง พบว่าค่าคะแนนทั้ง HADs (anxiety) และ HADs (depression) มีค่าคะแนนที่ลดลง ทั้งนี้จากรายละเอียดของข้อมูลพบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตในระหว่างการทำการรักษา 7 ราย โดยมีผู้ป่วย 2 รายที่มีภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้า และพบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้าในการประเมินครั้งแรกและยังมีภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้าในการประเมินครั้งที่สองทั้งสิ้น 21 ราย ผู้ป่วยที่ไม่พบภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้าในการประเมินครั้งแรก แต่พบภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้าในการประเมินครั้งที่สอง 7 ราย ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้าในการประเมินผลครั้งแรก แต่ไม่พบภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้าในการประเมินผลครั้งที่สอง 21 ราย และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้าในการประเมินทั้งสองครั้ง มีจำนวนทั้งสิ้น 44 ราย

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่นำมาศึกษา ได้แก่ เพศ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะทางการเงิน ประวัติการใช้ยาเสพติด ประวัติโรคทางจิตเวช ประวัติการมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวช ประวัติการใช้ยาทางจิตเวช functional class ประวัติการ

ตารางที่ 1. ความชุกของภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้า

	หลังผ่าตัด 1 วัน จำนวน (ราย)	ร้อยละ	หลังผ่าตัด 3 เดือน จำนวน (ราย)	ร้อยละ
มีภาวะวิตกกังวล (เพียงอย่างเดียว)	20	20%	7	7.5%
มีภาวะซึมเศร้า (เพียงอย่างเดียว)	5	5%	9	9.7%
มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า	19	19%	12	12.9%
มีภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้า	44	44%	28	30.1%
ไม่มีภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้า	56	56%	65	69.9%
รวม	100		93	
			(เสียชีวิต 7 ราย)	
คะแนน HADs (anxiety)	6.9 (SD = 3.2)		5.6 (SD = 2.1)	
	Min 0 Max 18		Min 3 Max 12	
คะแนน HADs (depression)	5.4 (SD = 3.4)		4.7 (SD = 3.8)	
	Min 0 Max 16		Min 0 Max 16	

นอนโรงพยาบาล การเคยได้รับการรักษาทางหัวใจมาก่อน ผลการสวนหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนหลังทำการสวนหัวใจ และ status หลังป่วยเป็นโรคหัวใจเมื่อนำมาหาความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้า พบว่ามี 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล

และ/หรือภาวะซึมเศร้า คือ 1. ประวัติที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช ($P < 0.05$) 2. Functional class ($P < 0.01$) 3. ประวัติการเคยนอนโรงพยาบาล (ภายในช่วงเวลา 1 ปี) ($P < 0.05$) 4. ผลการสวนหัวใจ ($P = 0.04$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้าหลังสวนหัวใจ 1 วัน

ปัจจัย	ภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้า มี	ไม่มี	P - value
เพศ			
ชาย	36 (44.4%)	45 (55.6%)	0.85
หญิง	8 (42.1%)	11 (57.9%)	
สถานภาพ			
สมรส	38 (44.2%)	48 (55.8%)	0.93
หม้าย/หย่าร้าง	6 (42.9%)	8 (57.1%)	
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 3	14 (51.9%)	13 (48.1%)	0.21
มัธยมปลาย/ปวช.	10 (31.3%)	22 (68.8%)	
ปวส./อนุปริญญา/ปริญญาตรี ขึ้นไป	20 (48.8%)	21 (51.2%)	
สถานะทางการเงิน			
เพียงพอ, เหลือเก็บ	18 (45.0%)	22 (55.0%)	0.80
เพียงพอ, ไม่เหลือเก็บ	21 (45.7%)	25 (54.3%)	
ไม่เพียงพอ, มีหนี้สิน	5 (35.7%)	9 (64.3%)	
ประวัติการใช้สารเสพติด			
สุรา			
ไม่เคยดื่ม	9 (50.0%)	9 (50.0%)	0.83
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	23 (41.8%)	32 (58.2%)	
ดื่มสุรา	12 (44.4%)	15 (55.6%)	
บุหรี่			
ไม่เคยสูบ	12 (38.7%)	19 (61.3%)	0.75
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	27 (45.8%)	32 (54.2%)	
สูบบุหรี่	5 (50.0%)	5 (50.0%)	
ประวัติโรคจิตเวช			
เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช	5 (83.3%)	1 (16.7%)	0.05
ไม่เคยมีประวัติการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช	39 (41.5%)	55 (58.55)	
ประวัติครอบครัว			
มีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวช	5 (55.6%)	4 (44.4%)	0.46
ไม่มีบุคคลครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวช	39 (42.9%)	52 (57.1%)	

ตารางที่ 2. (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้าหลังสวนหัวใจ 1 วัน

ปัจจัย	ภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้า มี	ไม่มี	P - value
Functional class			
Functional class 1- 2	15 (27.3%)	40 (72.7%)	<0.01
Functional class 3	29 (64.4%)	16 (35.6%)	
ประวัติการใช้ยาทางจิตเวช			
เคยใช้	17 (48.6%)	18 (51.4%)	0.50
ไม่เคยใช้	27 (41.5%)	38 (58.5%)	
ประวัติการนอนโรงพยาบาล (ภายในช่วงเวลา 1 ปี)			
ไม่ได้นอนโรงพยาบาลมาก่อน admit ครั้งนี้	15 (35.7%)	27 (64.3%)	0.05
นอนโรงพยาบาลก่อน admit ครั้งนี้ 1 ครั้ง	20 (44.4%)	25 (55.6%)	
นอนโรงพยาบาลก่อน admit ครั้งนี้ 2 ครั้งขึ้นไป	9 (69.2%)	4 (30.8%)	
การรักษาครั้งก่อน			
ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน	28 (43.8%)	35 (56.3%)	0.95
เคยได้รับการรักษามาก่อน (สวนหัวใจ/ผ่าตัด)	16 (44.4%)	20 (55.6%)	
ผลการสวนหัวใจ			
Normal coronary artery/Non-sig CAD	6 (23.1%)	20 (76.9%)	0.04
Single vessel disease	3 (21.4%)	11 (78.6%)	
Double vessel disease	6 (46.2%)	7 (53.8%)	
Triple vessel disease/Multi-vessel disease	29 (61.7%)	18 (38.3%)	
ภาวะแทรกซ้อนหลังทำการสวนหัวใจ (1 วัน)			
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	42 (45.7%)	50 (54.3%)	0.26
มีภาวะแทรกซ้อน	2 (25.0%)	6 (75.0%)	
Status หลังป่วยเป็นโรคหัวใจ			
ทำงาน/ออกจากบ้าน	17 (35.4%)	31 (64.6%)	0.14
ทำงานอยู่บ้าน	7 (41.2%)	10 (58.8%)	
ไม่ทำอะไร/อยู่เฉย ๆ	20 (57.1%)	15 (42.9%)	

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้ากับการเจ็บป่วยและกลับเข้ามานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังทำการสวนหัวใจ 3 เดือน พบว่ามีสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตัวแปรที่เป็นปัจจัยทำนาย การมีภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ คือ functional

class ของผู้ป่วยก่อนทำการรักษา และผลของการสวนหัวใจ โดย functional class ที่แย่งและผลการสวนหัวใจที่ พบว่ามีพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรงทำนายการมีภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้า 12.2 เท่าและ 9.2 เท่าตามลำดับ เมื่อเทียบกับกลุ่ม functional class ที่ดี และกลุ่มที่มีผลการสวนหัวใจที่พบพยาธิสภาพที่รุนแรงน้อยกว่าดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้ากับการเจ็บป่วยและการกลับเข้านอนโรงพยาบาลหลังสวนหัวใจ 3 เดือน

การเจ็บป่วยและการกลับเข้านอน โรงพยาบาลหลังสวนหัวใจ 3 เดือน	อาการวิตกกังวลและ/หรืออาการซึมเศร้า มี	ไม่มี	P - value
มี	26 (70.3%)	11 (29.7%)	P < 0.01
ไม่มี	16 (28.6%)	40 (71.4%)	

ตารางที่ 4. ปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการสวนหัวใจและการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจที่ศูนย์หัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตัวแปร	B	S.E.	OR	95% C.I.		P - value
				Lower	Upper	
เพศ	-0.08	0.69	0.01	0.24	3.60	0.91
อายุ	-0.03	0.03	1.31	0.92	1.02	0.25
Functional class	1.79	0.51	12.21	2.19	16.23	0.00
ผลการสวนหัวใจ	0.51	0.17	9.22	1.21	2.31	0.02

Chi-square = 4.36

df = 8

P - value = 0.82 Nagelkerke R square = 0.32

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (สัดส่วนประชากรในไทยคิดเป็นอัตราส่วนเพศชาย 96.2 รายต่อหญิง 100 ราย) เฉพาะผู้รับบริการที่ศูนย์หัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ด้วยระบบโครงสร้างหน่วยงานที่เชื่อมต่อประชากรกลุ่มข้าราชการทหารและครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และความเสี่ยงที่พบการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอายุที่เท่ากัน ทำให้พบประชากรเป็นเพศชายมากถึงร้อยละ 81 (เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของอิริซา จันทนทัศน์ และคณะ⁽⁵⁾ ศึกษาความชุก และปัจจัยสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2556 พบเพศชาย (ร้อยละ 62.1) อายุของผู้ป่วยเฉลี่ย 64.7 ปี (SD = 9.4) ซึ่งตรงกับกลุ่มประชากรที่พบในการศึกษาอื่น ๆ ซึ่งพบผู้ป่วยโรคหัวใจมีอายุเฉลี่ยประมาณ 65 ปี⁽⁷⁾ สถานะภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 86) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่

มีความกระจายตัวใกล้เคียงกันตั้งแต่ระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 3 ถึงระดับปริญญาตรี มีส่วนน้อยที่จบการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี ทั้งนี้สืบเนื่องจากลักษณะกลุ่มประชากรที่เป็นข้าราชการทหาร ระบบการศึกษาต่อเป็นการศึกษาต่อแบบเฉพาะทาง ซึ่งไม่ได้อยู่ในระบบปริญญา จึงพบกลุ่มที่มีการ ศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 8) สถานะทางการเงินส่วนใหญ่เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 46) ซึ่งประชากรกลุ่มนี้ให้เหตุผลว่าระหว่างทรัพย์สินและหนี้สินมีมูลค่าเท่า ๆ กัน ประวัติการดื่มสุราและสูบบุหรี่ พบการดื่มสุราแล้วเลิกแล้ว (ร้อยละ 55) เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว (ร้อยละ 59) เหตุผลเลิกส่วนใหญ่มาจากการมีปัญหาด้านสุขภาพ พบว่ามีประชากรที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช (ร้อยละ 6) เป็น โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจเฉลี่ย 27.9 เดือน (SD = 48.4)

Functional class ส่วนใหญ่พบ functional class 1-2 (ร้อยละ 55) และ functional class 3 (ร้อยละ 45) แสดงถึงกลุ่มของประชากรอยู่ในระยะการดำเนินโรคในระดับน้อยถึงปานกลางโรคประจำตัวที่พบมีโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 83) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 81) และเบาหวาน (ร้อยละ 37) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยง ที่สอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าอื่น ข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วยที่จะเข้ามารับการสวนหัวใจโดยอ้างอิงจากหลักฐานของการศึกษาและคำแนะนำในปัจจุบันแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่ม 1. ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือสงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ 2. ผู้ป่วยลิ้นหัวใจผิดปกติ 3. ผู้ป่วย acute ST-elevation myocardial infarction (STEMI) 4. ผู้ป่วย acute non ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI) ในกลุ่มประชากรที่ศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีการกระจายตัวอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และกลุ่มผู้ป่วย NSTEMI ผลการสวนหัวใจ พบว่าส่วนใหญ่เป็น triple vessel disease (ร้อยละ 47) พบ normal coronary artery/non-significant coronary artery (ร้อยละ 26) single vessel disease (ร้อยละ 14) และ double vessel disease (ร้อยละ 13) ตามลำดับ แสดงถึงในกลุ่มประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่การดำเนินโรคมีความรุนแรงและซับซ้อนในระดับสูง ประวัติการเคยนอนโรงพยาบาลด้วยเรื่องโรคหัวใจภายในเวลา 1 ปีที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษาดังกล่าวในโรงพยาบาลก่อนการรักษานี้ 1 ครั้ง (ร้อยละ 45) ไม่เคยเข้ารับการรักษามาก่อน (ร้อยละ 42) และเคยเข้ารับการรักษาดังกล่าวในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป (ร้อยละ 13) ตามลำดับ

จากการศึกษาพบความชุกของภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้าในการศึกษาครั้งที่ 1 (ร้อยละ 44) ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาอื่น ก่อนหน้านี้ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหัวใจมีปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ที่รุนแรง (ร้อยละ 33 – 64) ในช่วง 4 เดือนแรกที่ได้รับการวินิจฉัยโรค⁽⁶⁾ โดยครั้งที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ย HADs (anxiety) 6.9 (SD = 3.2) คะแนนเฉลี่ย HADs

(depression) 5.4 (SD = 3.4) สอดคล้องกับการศึกษาอื่นในครั้งก่อนที่พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีค่าคะแนนเฉลี่ย HADs (anxiety) 4.3 (SD = 4.27) และมีค่าคะแนนเฉลี่ย HADs (depression) 4.7 (SD = 4.49)⁽⁹⁾ การศึกษาครั้งที่ 2 มีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 31.1) ค่าคะแนนเฉลี่ย HADs (anxiety) 5.6 (SD = 2.05) คะแนนเฉลี่ย HADs (depression) 4.7 (SD = 3.8) ซึ่งมีแนวโน้มลดลงจากการศึกษาครั้งแรก อันเนื่องมาจากหลังทำการตรวจรักษาผู้ป่วยมีอาการของโรคดีขึ้น ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าจึงมีแนวโน้มลดลง มีผู้ที่ตรวจพบว่าภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้าแล้วเสียชีวิตภายในระยะเวลา 3 เดือนที่เก็บข้อมูล 2 ใน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.6

จากการศึกษาความชุกและปัจจัยสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลศิริราช พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า ได้แก่ การเคยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาก่อน การเคยมีประวัติโรคทางจิตเวชมาก่อน การมีปัญหาด้านการเงิน และการใช้ยาต้านเกล็ดเลือด⁽⁵⁾ การศึกษาในครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีพบบ่อยเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ประวัติโรคทางจิตเวช functional class ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจภายในเวลา 1 ปี ผลการสวนหัวใจ ซึ่งมีสองปัจจัยที่มีความสอดคล้องกัน คือ การเคยมีประวัติทางโรคจิตเวชมาก่อนและการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจมาก่อน

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้ากับการเจ็บป่วย และการกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้ามีการเจ็บป่วยและกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 3 เดือน (ร้อยละ 70.3) มีนัยสำคัญ ($P < 0.01$) ทั้งนี้เนื่องมาจากภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง การรับประทานยาและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับโรค มีการศึกษาการทำงานของเกร็ดเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดหัวใจที่มีภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้า พบว่าการทำงานของเกล็ดเลือดมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเพียงอย่างเดียวหรือผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้า⁽¹⁰⁾ ซึ่งเป็นปัจจัยการทำนายการตีบซ้ำ (re-stenosis) ของโรคหลอดเลือดหัวใจ

การศึกษานี้พบว่า functional class และผลของการสวนหัวใจ ที่บ่งบอกถึงพยาธิสภาพที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ความสามารถในการดูแลตนเอง และลักษณะกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าของอิชิฮา จันทนต์ และคณะ⁽⁵⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาก่อนเป็นปัจจัยทำนายการเกิดอาการซึมเศร้า สิ่งที่แตกต่างกันคือ สถานะทางการเงิน สาเหตุที่แตกต่างอาจเกิดจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างประชากรที่ทำการศึกษามีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน คือ ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการทหารและครอบครัว ดังนั้นสถานะทางการเงิน และการมีปัญหาทางการเงินจึงไม่แตกต่างกัน จึงไม่ใช่ปัจจัยที่สามารถใช้ทำนายการเกิดภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้าได้ เช่นการศึกษาก่อนหน้านี้ส่วนการมีประวัติว่าเป็นโรคทางจิตเวชมาก่อน แม้พบว่ามีนัยสำคัญแต่ไม่ใช่ปัจจัยที่จะสามารถใช้ทำนายการเกิดภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้าในประชากรที่ทำการศึกษากลุ่มนี้ได้

สรุป

การศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการสวนหัวใจ และการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจที่ศูนย์หัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบความชุกของภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 44) ซึ่งค่อนข้างใกล้เคียงกันกับวิจัยในต่างประเทศคือพบร้อยละ 16 – 45^(8, 9 - 16) สำหรับสาเหตุของการเกิดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แม้ไม่สามารถสรุปสาเหตุที่ชัดเจนแต่จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า

สาเหตุเป็นไปได้ทั้งทางกลไกในร่างกายและปัจจัยทางจิตใจสังคมเนื่องจากร่างกายของคนเรามีการทำงานเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับจิตใจ ดังนั้นปัจจัยทางจิตใจและสังคมก็เป็นปัจจัยกระตุ้นของโรคหัวใจ รวมถึงทำนายการดำเนินโรคของผู้ป่วยได้ ในการศึกษาในครั้งนี้พบว่าภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้ามีส่วนสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ระดับความรุนแรงของโรครวมถึงการเจ็บป่วยและการกลับเข้ามานอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยหลังสวนหัวใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

หากมีการศึกษาติดตามผลผู้ป่วยต่อไปอีก 6 เดือนหรือ 1 ปี อาจพบรายละเอียดและจำนวนของผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้ากับความสัมพันธ์ของการเจ็บป่วยและการกลับเข้ามารักษาตัวได้ชัดเจนมากขึ้น นอกจากนี้การเก็บข้อมูลด้านการใช้สุรา บุหรี่ ควรเก็บเฉพาะเจาะจงถึงประเภทของสุราและบุหรี่ เพื่อสามารถอธิบายลักษณะการใช้ของกลุ่มตัวอย่างได้ดียิ่งขึ้น ชนิดของการเจ็บป่วยและโรคที่กลับเข้ามาได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ควรเก็บข้อมูลโดยแบ่งกลุ่มของสาเหตุของการเจ็บป่วยนั้น ๆ ว่า มีสาเหตุจากโรคหัวใจ และไม่ใช่อุบัติเหตุจากโรคหัวใจ เพื่อทราบสาเหตุรายละเอียดที่ชัดเจนหรือสามารถนำผล ไปใช้ประโยชน์ต่อการป้องกันการกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลได้ ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้องของเพิ่ม เช่น การมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณพลตรี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.โสภณ สงวนวงษ์ ในความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก และเป็นพี่ปรึกษาในการเก็บข้อมูลเพื่อทำการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เจ้าหน้าที่ในศูนย์หัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลและเจ้าหน้าที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ให้คำแนะนำต่าง ๆ ด้วยดีเสมอมา

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข, สำนักโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราการตาย 11 โรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากรแสนคนปี 2550-2555 จำแนกตามจังหวัดในเขตบริการสาธารณสุข และจำแนกตามสคร. 12 เขต และภาพรวมประเทศ (รวมกรุงเทพมหานคร)[อินเทอร์เน็ต].2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2558]เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
2. โรงพยาบาลรามคำแหง. การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการใช้บอลลูน [อินเทอร์เน็ต].2568 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค.2558] เข้าถึงได้จากhttp://www.ram-hosp.co.th/balloon_n.html
3. ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. การสวนหัวใจและหลอดเลือด การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน และการปิดรูรั่วหัวใจด้วยสายสวน กรุงเทพมหานคร:ศูนย์โรคหัวใจ,2011.
4. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยฉบับปรับปรุงปี 2557. กรุงเทพมหานคร:ศรีเมืองการพิมพ์, 2557.
5. อธิชา จันทนทัศน์, กมลเนตร วรณเสวก, สันทรรศ บุษราทิจ, รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์.ความทุกข์และปัจจัยสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58: 17-28.
6. ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, อุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539;41: 18-30.
7. หัสยา ประสิทธิ์ดำรง. Pathogenesis and risk factors of coronary artery disease.ใน: ปรึกษา เอื้อโรจน์อังกู,บรรณานิการ. ศาสตร์และศิลป์ในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด.กรุงเทพมหานคร: หน่วยโรคหัวใจ กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า,2553:6 – 10.
8. Dixon T, Lim LL, Powell H, Fisher JD. Psychosocial experiences of cardiac patients in early recovery: a community-based study. J Adv Nurs 2000; 31:1368-75.
9. EngH S, YeanL C, Das S, Letchmi S, Yee KS, Bakar RA, et al. Anxiety and depression in patients with coronary heart disease: A study in a Tertiary Hospital: Iran J Med Sci 2011; 36: 201-6.
10. Zafar MU, Paz-Yepes M, Shimbo D, Vilahur G, Burg MM, Chaplin W, et al. Anxiety is a better predictor of platelet reactivity in coronary artery disease patients than depression. Eur Heart J 2010; 31: 1573-82.
11. Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction: impact on 6-month survival. JAMA 1993;270: 1819-25
12. Aben I, Verhey F, Strik J, Lousberg R, Lodder J, Honig A. A comparative study into the one year cumulative incidence of depression after stroke and myocardial infarction. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2003;74:581-5.
13. Thombs BD, Bass EB, Ford DE, Stewart KJ, Tsilidis KK, Patel U, et al. Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. J Gen Intern Med 2006; 21:30-8.
14. Strik JJ, Lousberg R, Cheriex EC, Honig A. One year cumulative incidence of depression

- following myocardial infarction and impact on cardiac outcome. *J Psychosom Res* 2004; 56:59-66.
15. Schleifer SJ, Macari-Hinson MM, Coyle DA, Slater WR, Kahn M, Gorlin R, et al. The nature and course of depression following myocardial infarction. *Arch Intern Med* 1989;149:1785-9.
16. Amin AA, Jones AM, Nugent K, Rumsfeld JS, Spertus JA. The prevalence of unrecognized depression in patients with acute coronary syndrome. *Am Heart J* 2006;152:928-34.