



## ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิด ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

# Factors Predicting Depression among Post-Acute Myocardial Infarction Patients

วรินทร์ พรหมสนธิ\* ยูพิน อังสุโรจน์\*\* ระพิน ผลสุข\*\*

Warunthorn Phromsont,\* Yupin Aungsueroch,\*\* Rapin Polsook\*\*

\* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

\* Student in Master Degree of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

\*\* คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

\*\* Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

\* Corresponding Author: lugplanoi\_24@hotmail.com

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวนทั้งสิ้น 202 คน ที่มารับบริการที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร และมีคุณสมบัติตามที่กำหนด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความกลัว 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 4) แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และ 5) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.83, 1.0, 0.86, และ 0.92 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89, 0.84, 0.85, และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า 1) ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 90.79 (SD = 18.89) 2) ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ ความกลัว (Beta = .617) และการสนับสนุนทางสังคม (Beta = -.294) สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ร้อยละ 73.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับตัวแปรระดับการศึกษาและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ดังนั้นพยาบาลควรประเมินความกลัวและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย รวมทั้งพัฒนาโปรแกรมการจัดการความกลัวร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

Received: April 16, 2018; Revised: November 11, 2019; Accepted: November 19, 2019



**คำสำคัญ :** ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

## Abstract

The objective of this predictive correlational research was to identify factors predicting depression among post-acute myocardial infarction patients. A total of 202 patients with post-acute myocardial infarction patients met inclusion criteria were consecutively recruited from cardiovascular outpatient department in tertiary hospital. Data were collected using questionnaires: 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 0.83, 1.0, 0.86, and 0.92, respectively. The Cronbach's alpha coefficients for reliability test were 0.89, 0.84, 0.85, and 0.81, respectively. Data were analyzed using multiple regression statistics.

The results were as follows: 1) Post-acute myocardial infarction patients had the moderate depression. ( $\bar{X}$  = 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 73.30% 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. Therefore, nurses should assess fear and social support of the patients, as well as, develop fear management and social support program in order to prevent depression in post-acute myocardial infarction patients.

**Keywords :** depression, post-acute myocardial infarction patients

## ≡ ความเป็นมาและความสำคัญ ≡ ของปัญหา

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประเทศไทยและประเทศอื่นๆ ทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นจาก 4.83 ล้านคนในปี พ.ศ. 2553 เป็น 6.9 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งจะเป็สาเหตุการตายอันดับแรกของโลก<sup>1</sup> จากการศึกษาของ

Meijer และคณะ<sup>2</sup> ที่ทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณผลการวิจัย 25 ปีที่ผ่านมาในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 69 และพบภาวะซึมเศร้าได้ภายใน 1 วันหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีสถิติของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้า มีเพียงการศึกษาของ สุจิตราภรณ์ พิมพิโพธิ์<sup>3</sup> ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 90 คน พบผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 50



สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีระดับ Endothelin (ET)-1 ในเลือดเพิ่มสูงขึ้น มีผลให้แรงต้านของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น หลอดเลือดหดตัว เกิดกระบวนการอักเสบและสร้างสาร Cytokines ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ได้แก่ Serotonin และ Norepinephrine ที่มีความสัมพันธ์กับระบบประสาทส่วนกลางบริเวณ Limbic และ Cortex ที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรม มีผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า<sup>4</sup>

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก และลดการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้มีการเพิ่มระดับแคทีโคลามีนในกระแสเลือดเร่งให้เกิดคราบตะกอน การทำลายผนังด้านในของหลอดเลือดแดง ส่งผลกระทบต่อการทำงานของเกล็ดเลือด เกิดการรวมตัวเป็นก้อนเลือด ทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด และเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตามมา<sup>5</sup> นอกจากนี้ยังทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น เกิดความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งเป็นเครื่องบ่งชี้ของการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นอย่างเฉียบพลันได้<sup>5</sup> นอกจากนี้ยังทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและการดำรงชีวิต ผู้ป่วยต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้บทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวเปลี่ยนแปลง เกิดภาวะการเลี้ยงดูจากครอบครัวเพิ่มขึ้น และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง<sup>6</sup> ภาวะซึมเศร่ายังมีผลทำให้การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น<sup>4,7</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงความถี่หรืออุบัติการณ์ ปัจจัยที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ<sup>8,9</sup> รายได้<sup>8</sup> ระดับการศึกษา<sup>10</sup> ระยะเวลาการเจ็บป่วย การมีอากรกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน มีประวัติการสูบบุหรี่<sup>11</sup> ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ<sup>9</sup> กลุ่มอาการแบบแผนการดำเนินชีวิต<sup>4</sup> ความกลัว<sup>12</sup> ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย<sup>13</sup> และการสนับสนุนทางสังคม<sup>14</sup> นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า<sup>5,6</sup> ยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าและการศึกษาตัวแปรความกลัวและระดับการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังไม่มีการศึกษามาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาตัวแปร ความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel<sup>15</sup> เพื่อนำข้อค้นพบที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ป้องกันภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ



## คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นอย่างไร
2. ความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่ อย่างไร

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

## สมมติฐานการวิจัย

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

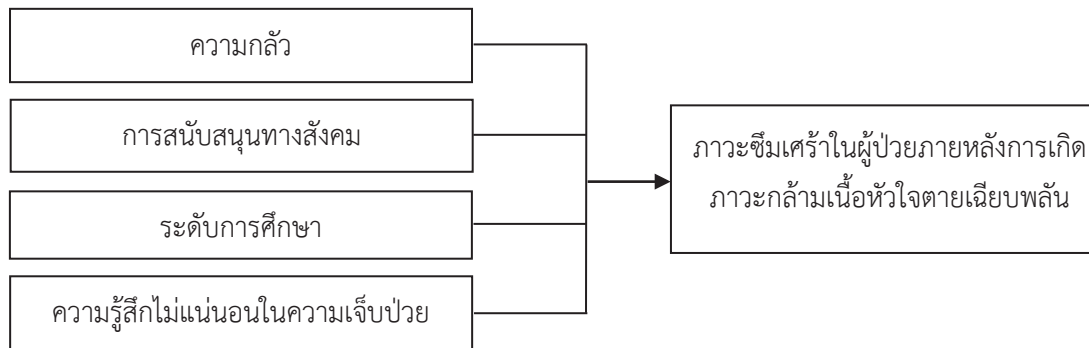
## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel<sup>15</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มาใช้เป็นแนวทางในการคัดเลือกตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดย Mishel<sup>15</sup> อธิบายว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือ การที่บุคคลไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยของตนได้ เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ก็จะส่งผลกระทบต่อการประเมินตัดสินความเจ็บป่วย ซึ่งส่วนใหญ่บุคคลมักตัดสินความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตราย ทำให้รู้สึกกลัว การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจึงไม่เหมาะสม ส่งผลทำให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ไม่ดี ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า<sup>15</sup> องค์ประกอบของทฤษฎี ประกอบด้วย 1) เหตุทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 2) การประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และ 4) การปรับตัว โดยเหตุทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ประกอบด้วย 1) สิ่งกระตุ้น ได้แก่ แบบแผนอาการแสดงความเจ็บป่วย ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วย และความสอดคล้องกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่คาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง 2) ความสามารถในการรู้คิด ได้แก่ สถิติปัญญา ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ความสามารถในการแปลข้อมูลที่ได้รับเพื่อพิจารณาตัดสินความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น 3) แหล่งประโยชน์ที่สนับสนุน ได้แก่ อำนาจที่น่าเชื่อถือของบุคลากรทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษา<sup>15</sup>

จากทฤษฎีดังกล่าวข้างต้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้นำมาคัดเลือกตัวแปรเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โดยคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ  
ซิมเศร่า และเป็นตัวแปรที่มีความสอดคล้องกับ  
ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ  
Mishel<sup>15</sup> ประกอบด้วย ความกลัวเป็นตัวแทน  
ของสิ่งกระตุ้น ในส่วนของความคุ้นเคยต่อ  
เหตุการณ์ความเจ็บป่วย และความสอดคล้องกับ

เหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่คาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้น  
จริง การสนับสนุนทางสังคมและระดับการศึกษา  
เป็นตัวแทนของแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุน  
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะ  
ซิมเศร่าเป็นตัวแทนของการปรับตัวทางลบของ  
ผู้ป่วย เสนอเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ==== วิธีดำเนินการวิจัย =====

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์  
เชิงทำนายเพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความกลัว  
การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และ  
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะ  
ซิมเศร่าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อ  
หัวใจตายเฉียบพลัน

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อ  
หัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะซิมเศร่า ที่มารับ  
บริการที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ระบบโรค  
หัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ  
เขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย  
ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ้วยผู้ใหญ่  
อายุระหว่าง 20 - 59 ปี ที่มีภาวะซิมเศร่า ที่มารับ  
บริการที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ระบบโรคหัวใจ  
และหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขต  
กรุงเทพมหานคร

**เกณฑ์การคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่าง  
(Inclusion criteria)** ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัย  
จากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน  
ทั้งชนิด ST elevation myocardial infarction  
(STEMI) และ Non ST elevation myocardial  
infarction (NSTEMI) 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน  
ได้แก่ อาการปอดบวมน้ำเฉียบพลัน อาการช็อก  
อยู่ในระยะวิกฤติในขณะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล  
3) อายุระหว่าง 20 - 59 ปี 4) ยินดีเข้าร่วมในการ  
ทำวิจัย 5) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้  
และ 6) มีภาวะซิมเศร่า โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง  
ที่มีภาวะซิมเศร่าจากแบบคัดกรองภาวะซิมเศร่า  
ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดย  
ใช้เกณฑ์การประเมิน ตอบ (มี) ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป  
จากข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ถือว่ามีภาวะซิมเศร่า

**เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง  
(Exclusion criteria)** ได้แก่ มีภาวะแทรกซ้อนที่  
รุนแรงหรือมีความเสี่ยงสูง เช่น มีอาการปอดบวม



น้ำเฉียบพลัน มีอาการช็อก หรืออยู่ในระยะวิกฤติ จนจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในขณะที่ติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูล

#### การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการสุ่มแบบ 3 ชั้นตอน คือ 1) สุ่มเลือกสังกัดโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครมา 3 สังกัด จาก 6 สังกัด โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรียุโรป โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม และโรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ 2) สุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัด จาก 3 สังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาล ได้โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลรามาราชบุรี และ 3) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้จากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง

#### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) โดยกำหนดอำนาจทดสอบที่ 80% ระดับนัยสำคัญที่ .05 ขนาดอิทธิพล .20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 183 คน และผู้วิจัยพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย และหากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบ รวมได้กลุ่มตัวอย่าง 202 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด คือ

**ชุดที่ 1** แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ใช้คัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีข้อคำถาม 15 ข้อ ให้เลือกตอบใช้เกณฑ์ คือ ถ้าตอบ“มี” ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

**ชุดที่ 2** แบบประเมินปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มี 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และสิทธิการรักษา

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความกลัว ใช้แบบสอบถามความกลัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจาก The three-systems model of fear and emotional ของ Lang<sup>16</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและตำรา เพื่อให้สามารถวัดความรู้สึกของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่แสดงออกถึงความกลัวที่มีต่ออาการเจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งเป็นอาการเด่นจำเพาะของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีการแสดงออกเป็นรูปธรรมที่ผู้ป่วยสามารถบ่งบอกได้ มี 14 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านลบทั้งหมดมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จาก (1) คือ ไม่เป็นความจริง จนถึง (5) คือ เป็นจริงอย่างมาก แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน คะแนนเต็มรวม 70 คะแนน คะแนน 14 - 32 หมายถึง ความกลัวอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 33 - 51 หมายถึง ความกลัวอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 52 - 70 หมายถึง ความกลัวอยู่ในระดับสูง

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Zimet, Dahlem, Zimet & Farley<sup>17</sup> ฉบับแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทย โดย Tinakorn & Nahathai<sup>18</sup> มี 12 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 7 ระดับ จาก (1) ไม่เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง (7) เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนเต็มรวม 84 คะแนน คะแนน 12 - 36 หมายถึง มีการสนับสนุน





ทางสังคมระดับต่ำ คะแนน 37 - 60 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และคะแนน 61 - 84 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel ฉบับชุมชน ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย บุชบา สมใจวงศ์<sup>19</sup> มี 23 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากไม่เห็นด้วยเลยจนถึงเห็นด้วยมาก มีทั้งข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน คะแนนเต็มรวม 115 คะแนน คะแนน 23 - 53 หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 54 - 84 หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 85 - 115 หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง

**ส่วนที่ 5** แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า Cardiac Depression Scale ของ Hare & Davis<sup>20</sup> ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ระพีณ ผลสุข<sup>21</sup> เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ถูกสร้างและพัฒนาขึ้น เพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยในกลุ่มโรคหัวใจโดยเฉพาะ มี 26 ข้อ มีลักษณะเป็นตัวเลขให้เลือกตอบ ตั้งแต่ 1 - 7 (Numeric rating scale) โดยปลายสุดของด้านซ้ายและขวาจะถูกกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยกำหนด 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีทั้งข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ คะแนนเต็ม 182 คะแนน คะแนน 27 - 90 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย คะแนน 91 - 100 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และคะแนน 101 - 182 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความกลัวแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า นำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา และการสื่อความหมายของข้อคำถาม แล้วนำมาพิจารณาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.83, 1.00, 0.86 และ 0.92 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความกลัวแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราก มีค่าเท่ากับ 0.89, 0.84, 0.85 และ 0.81 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตำรวจ เลขที่ จว.63/2560 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะบุณยวัฒน์ เลขที่ COA-NMD-REC022/60 และโรงพยาบาลรามธิบดี เลขที่ MURA 2017/423



### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขออนุญาต และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย และลงนามในใบยินยอม เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงมือตอบแบบสอบถามด้วยตนเองขณะรอตรวจ หรือรอรับยาที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที และสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ตอบแบบสอบถาม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำกับรหัสของข้อมูลแต่ละข้อ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และสิทธิการรักษา โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับภาวะซึมเศร้า โดยวิธีการ

ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับภาวะซึมเศร้า โดยวิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rho correlation coefficient)

4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยวิธีการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบขั้นตอนระดับลดหลั่น (Hierarchical stepwise regression)

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70.3 มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงระหว่าง 50 - 59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.7 มีรายได้ระหว่าง 15,000 - 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.1 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.4 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 29.7 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันน้อยกว่า 1 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.3 และใช้สิทธิการรักษาโดยใช้สวัสดิการข้าราชการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.6

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 90.79, SD = 18.89) มีคะแนนความกลัวอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 50.85, SD = 10.02) มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 56.21, SD = 11.66) และมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 71.15, SD = 10.92) ดังตารางที่ 1





ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า ความกลัว การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 202 คน)

คะแนน	Min	Max	Mean	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
ความรู้สึกไม่แน่นอน	40	96	71.15	10.92	ระดับปานกลาง

ความกลัวและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .832$  และ  $.705$  ตามลำดับ) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.746$ ) และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = -.226$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 202 คน)

ตัวแปรที่ศึกษา	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	การแปลผล
ความกลัว	.832 <sup>a</sup>	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
การสนับสนุนทางสังคม	-.746 <sup>a</sup>	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ระดับการศึกษา	-.226 <sup>b</sup>	.001	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
ความรู้สึกไม่แน่นอน	.705 <sup>a</sup>	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

a = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

b = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ความกลัวสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Beta = .617) และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Beta = -.294) และพบว่า ความกลัวและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ คิดเป็นร้อยละ 73.3 ( $R^2 = .733$ ,  $F = 29.646$ ,  $p < .001$ ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple regression) โดยวิธีขั้นตอนระดับลดหลั่น (Hierarchical stepwise regression) (n = 202)

ขั้นที่	ตัวทำนาย	b	SE	Beta	t	p-value
1	ความกลัว	1.569	.074	.832	21.233	<.001
	(Constant)	11.016	3.829		2.877	.004
2	ความกลัว	1.163	.102	.617	11.433	<.001
	การสนับสนุนทางสังคม	-.476	.087	-.294	-5.445	<.001
	(Constant)	58.409	9.412		6.206	<.001

R = .856, R<sup>2</sup> = .733, R<sup>2</sup> adj = .730, F = 29.646, p < .001

### การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ความกลัวและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน** ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า

ความกลัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .832$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มักมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน<sup>22</sup> อาการเหล่านี้มักทำให้ผู้ป่วยกลัว<sup>23</sup> เมื่อผู้ป่วยเกิดความกลัวจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ไม่ดี ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า<sup>23</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ Koivula และคณะ<sup>12</sup> ที่พบว่าความกลัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รอคอยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ( $r = .37, p < .05$ ) และการศึกษาของ Ghassan<sup>24</sup> ที่พบว่า ความกลัว

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ ( $r = .50, p < .01$ )

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .705$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาหลายขั้นตอนเพื่อให้ผ่านพ้นระยะวิกฤติและภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายจนอาจเสียชีวิต ผู้ป่วยยังต้องได้รับการประเมินอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่องและยาวนานเนื่องจากมีโอกาสกลับเป็นซ้ำหรือมีอาการกำเริบมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ไม่ดี ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า<sup>23</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ ซนิตาภา แก้วกาญญา<sup>13</sup> ที่พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ( $r = .26, p < .05$ )

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการ**

เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.745$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ดี ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะซึมเศร้า<sup>13</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ Bucholz และคณะ<sup>14</sup> ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .0001$ ) การศึกษาของ สุจิตราภรณ์ พิมพิโพธิ์<sup>3</sup> ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ( $r = -.300, p < .01$ )

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = -.227$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาจากบุคลากรทางสุขภาพได้ดี ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ดี ทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า<sup>21</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ Osler และคณะ<sup>7</sup> ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kang และคณะ<sup>8</sup> และ Mello, Carvalho & Higa<sup>10</sup> ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลัง

การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ความกลัว การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้** สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ความกลัวสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Beta = .617) และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Beta = -.294) ส่วนระดับการศึกษาไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ (Beta = -.041,  $p = .269$ ) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ (Beta = .047,  $p = .448$ ) โดยพบว่า ความกลัวและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ คิดเป็นร้อยละ 73.3 ( $R^2 = .733, F = 29.646$ ) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มักมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน<sup>22</sup> อาการเหล่านี้มักทำให้ผู้ป่วยกลัว<sup>23</sup> เมื่อผู้ป่วยเกิดความกลัว จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ไม่ดี ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า<sup>23</sup> ความกลัวจึงเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Beta = .617)



โดยผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมไม่ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า<sup>13</sup> การสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Beta = -.294) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ossola และคณะ<sup>25</sup> ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ (Beta = -2.32,  $p < .001$ ) แต่ตัวแปรระดับการศึกษาไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ (Beta = -.041,  $p = .269$ ) นั่นอาจเป็นเพราะในบริบทของสังคมไทย ผู้ป่วยมักให้ความเชื่อถ้อยและมั่นใจในการรักษาของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด<sup>21</sup> ดังผลของการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า มีความเชื่อมั่นในการรักษาถึงร้อยละ 29.7 และมีความเข้าใจในสิ่งที่แพทย์และพยาบาลอธิบายถึงร้อยละ 86.6 ระดับการศึกษาจึงไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ และจากทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel<sup>15</sup> ในองค์ประกอบสำคัญของทฤษฎี ซึ่งประกอบไปด้วย เหตุุนำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยความกลัวเป็นตัวแทนของสิ่งกระตุ้น การสนับสนุนทางสังคมและระดับการศึกษาเป็นตัวแทนของแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุน ตัวแปรทั้งหมดเป็นเหตุุนำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา จึงสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ความกลัวและ

การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ คิดเป็นร้อยละ 73.3 ( $R^2 = .733$ ,  $F = 29.646$ ,  $p < .001$ )

### === ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ===

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพทราบถึงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งได้แก่ ความกลัวและการสนับสนุนทางสังคม และสามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อคัดกรอง และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. ด้านการศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางการสอน โดยนำผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางในการสอนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. ด้านการวิจัย ใช้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่อไป

### === ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป ===

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมในการจัดการกับความกลัว และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะซึมเศร้าต่อไป



2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่มากขึ้น เช่น ในส่วนของภูมิภาคต่างๆ หรือในระดับประเทศเพื่อการยืนยันผลการศึกษาในครั้งนี้

3. มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม โดยการทดสอบโมเดลเชิงสาเหตุ เพื่อเป็นการทดสอบปัจจัยเชิงสาเหตุตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel<sup>15</sup>

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกรมแพทย์ทหารเรือ เป็นอย่างสูง

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Health Statistics 2016: monitoring health for the SDGs 2016. [Internet]. [cited 2016 August 1]. Available from: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2016/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/).
2. Meijer A, Conradi HJ, Bos EH, Thombs BD, van Melle JP, de Jonge P. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis of 25 years of research. *General Hospital Psychiatry* 2011;33(3):203-16.
3. Pimpo S. Relationships among life style, social support, symptom cluster, and depression in patients with acute myocardial infarction. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2011. (in Thai).
4. Yammine L, Frazier L, Padhye NS, Burg MM, Meininger JC. Severe depressive symptoms are associated with elevated endothelin-1 in younger patients with acute coronary syndrome. *Journal of Psychosomatic Research* 2014;77(5):430-4.
5. Huffman JC, Celano CM, Beach SR, Motiwala SR, Januzzi JL. Depression and cardiac disease: epidemiology, mechanisms, and diagnosis. *Cardiovascular Psychiatry and Neurology* 2013;2013:695925. doi: 10.1155/2013/695925.
6. Sakai M, Nakayama T, Shimbo T, Ueshima K, Kobayashi N, Izumi T, et al. Post-discharge depressive symptoms can predict quality of life in AMI survivors: a prospective cohort study in Japan. *Int J Cardiol* 2011;146(3):379-84.
7. Osler M, Mårtensson S, Wium-Andersen IK, Prescott E, Andersen PK, Jørgensen TSH, et al. Depression after first hospital admission for acute coronary syndrome: a study of time of onset and impact on survival. *American Journal of Epidemiology* 2016;183(3):218-26.
8. Kang HJ, Stewart R, Bae KY, Kim SW, Shin IS, Hong YJ, et al. Predictors of depressive disorder following acute coronary syndrome: results from K-DEPACS and EsDEPACS. *Journal of Affective Disorders* 2015 Aug 1;181:1-8.

9. Doyle F, McGee H, Conroy R, Conradi HJ, Meijer A, Steeds R, et al. 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* 2015;77(4):419-28.
10. Mello APd, Carvalho ACdC, Higa EMS. Depressive symptoms in patients with acute coronary syndrome. *Einstein (São Paulo)* 2011;9(3):326-31.
11. Naqvi TZ, Rafique AM, Andreas V, Rahban M, Mirocha J, Naqvi SS. Predictors of depressive symptoms post-acute coronary syndrome. *Gender Medicine* 2007;4(4):339-51.
12. Koivula M, Marita P-I, Marja TT, Matti T, Pekka L. Fear and anxiety in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2001;30(4):302-11.
13. Kaewkanya C. Selected factors predicting depression in person with chronic heart failure. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2014. (in Thai).
14. Bucholz EM, Strait KM, Dreyer RP, Geda M, Spatz ES, Bueno H, et al. 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* 2014;3(5):1-11.
15. Mishel MH. Uncertainty in illness. *Image The Journal of Nursing Scholarship* 1988;20(4):225-32.
16. Lang PJ. Language, imagery, and emotion. In: Pliner P, Blankstein KR, Spigel IM, editors. *Advances in study of emotion and affect: perceptions of emotion in self and others*. New York & London: Plenum; 1978.
17. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment* 1988;52(1):30-41.
18. Wongpakaran N, Wongpakaran T. A revised Thai multi-dimensional scale of perceived social support. *The Spanish Journal of Psychology* 2012;15(3):1503-9.
19. Somjaivong B. The influence of symptoms, social support, uncertainty, and coping on health-related quality of life among cholangiocarcinoma patients. [Doctoral Dissertation, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2010. (in Thai).
20. Hare DL, Davis CR. Cardiac depression scale: validation of a new depression scale for cardiac patients. *Journal of Psychosomatic Research* 1996;40(4):379-86.
21. Polsook R. Factors influencing medication adherence among persons with post-acute myocardial infarction. [Doctoral Dissertation, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2012.





22. Nilpruk A. A study of post-traumatic stress in patients after acute myocardial infarction. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2018;45(2):289-310.
23. Wattanakitkriearat D. Psychosocial problems in patients with heart and lung disease and nursing care. *Journal of Nursing Science* 2009;27(2):22-31.
24. Ghassan M. Improving care for patients with non-cardiac chest pain. [Doctoral Dissertation, Faculty of Medicine and Health Sciences]. Linköping University; 2015.
25. Ossola P, Paglia F, Pelosi A, De Panfilis C, Conte G, Tonna M, et al. Risk factors for incident depression in patients at first acute coronary syndrome. *Psychiatry Research* 2015;228(3):448-53.