Princess of Naradhiwas University Journal

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

Relationships among Life Style, Social Support, Symptom Cluster, and Depression in Patients with Acute Myocardial Infarction

สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ พย.บ. (Sujitraporn Pimpo, B.N.S.)[1]
ชนกพร จิตปัญญา Ph.D. (Chanokporn Jitpanya, Ph.D.)[2]
จรรยา ฉิมหลวง Ph.D. (Janya Chimluang, Ph.D.)[3]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ กับ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร ฉะเชิงเทรา และ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 90 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิต แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินอาการโรคหัวใจ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินได้เท่ากับ 0.71, 0.94, 0.92, 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.12 คะแนน (S.D. = 6.77) แบบแผนการดำเนินชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 (r = -.374 และ - .300 ตามลำดับ) และกลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 (r = .701)

พยาบาลควรส่งเสริมผู้ป่วยให้มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมทั้งภายในและภายนอกครอบครัวและป้องกันการเกิดกลุ่มอาการ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

คำสำคัญ : แบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการโรคหัวใจ ภาวะซึมเศร้า

[1] นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
[3] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Abstract

The purpose of this study was to study the relationships between life style, social support, symptom clusters, and depression in patients with acute myocardial infarction. The subjects were 90 out-patients with acute coronary syndromes at coronary clinics, Bhuddasothorn Hospital, and Prapokklao Hospital. They were selected by a purposive sampling. The instruments used for data collection were the Demographic Data Form, the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, the Health- Promotion Lifestyle Profile :II, The ENCRICH Support Questionnaire, and the Cardiac Symptom Survey. The instruments were tested for their content validity by a panel of experts. The reliability of instruments were 0.71, 0.94, 0.92, and 0.89, respectively. The Statistical techniques were used in data analysis which were mean, standard deviation, and Pearson's product-moment correlation at the significant level of .05.

The results of the study revealed that the patients with acute myocardial infarction indicated depression with mean scores that equal to 16.12 (SD=6.77). There were negatively statistical correlation between life style, social support, and depression in patients with acute myocardial infarction at the level of .01 (r =-0.374 and -0.300, respectively). Also, there were positively statistical correlation between symptom clusters and depression in patients with acute myocardial infarction at the level of .01 (r=0.701).

Nurses should encourage the patients to modify their appropriate life style; encourage their social support both in and out of family , and alleviate the cardiac symptoms. This will prevent the depression in patients with acute the myocardial infarction.

Keywords : Life Style, Social Support, Symptom Clusters heart disease, Depression

บทนำ

โรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายที่พบมากที่สุดของประชากรโลก สำหรับประเทศไทย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็น 1 ใน 3 สาเหตุของการเสียชีวิตสูงสุดใกล้เคียงกับการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ และโรคมะเร็ง ซึ่งกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากข้อมูลทางสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2551 – พ.ศ. 2552 พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคหัวใจในภาพรวมของประเทศมีแนวโน้มสูงขึ้น จาก 440.6 เพิ่มจำนวนเป็น 465.53 ต่อจำนวนประชากร 100,000 คน และจากข้อมูลทางสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2548 – พ.ศ. 2552 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมาเป็นอันดับ 3 ในภาพรวมของประเทศจะเห็นว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเรื่อยๆ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554)

ผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง แม้จะมีประสบการณ์ในการมาพบแพทย์ด้วยอาการที่เฉียบพลัน เช่น เจ็บหน้าอก หรืออาการหายใจหอบเหนื่อย เพื่อการบำบัดที่ถูกต้องทันการณ์ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการเลวลง และเมื่อผู้ป่วยได้ผ่านพ้นระยะวิกฤตและภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายจนอาจเสียชีวิตแล้ว ควรเริ่มมีการประเมินอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่แล้วต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องยาวนาน อาจตลอดชีวิต อาการของโรคและการปฏิบัติตามแผนการรักษาอาจรบกวนการดำรงชีวิตตามปกติของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำรงบทบาทและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาทางจิตสังคมตามมา ที่พบได้บ่อย คือ ภาวะซึมเศร้า มีการรายงานผลการศึกษาวิจัยหลังปี ค.ศ.1990 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จะได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยมากถึงร้อยละ 17-27 (Bjerkeset et al., 2005; Carney et al., 2001) และการศึกษาของ Ellis (2005) พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยถึงร้อยละ 38 ส่วน Meijer (2011) ได้ศึกษาโดยการรวบรวมการรายงานผลการวิจัย 25 ปี ที่ผ่านมาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าในช่วงเวลาตั้งแต่ 7 วันเป็นต้นไป ภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยร้อยละ 69

ภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบต่อผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมากส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง (วรรณี จิวสืบพงษ์, 2550) มีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง (Sakai et al., 2011) ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ (Whang et al., 2009) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ พบว่ามีผลต่อการเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเวลา 5 ปีหลังจากเป็นโรค (Bjerkeset et al., 2005) ส่วนการสนับสนุนทางสังคม พบว่าการมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีในการดำเนินชีวิต ช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (Frasure -Smith, Lesperance, Gravel et. al., 2000) นอกจากนี้ มีการศึกษาพบว่า กลุ่มอาการ เช่น เหนื่อย หายใจลำบาก นอนไม่หลับ อาการปวด อาการท้องผูกสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น (Spijkerman, 2005; เป็น รักเกิด, 2549; จิราวรรณ เดชอดิศัย, 2549) ผู้ป่วยที่เผชิญปัญหาส่วนใหญ่จะรับรู้ว่าอาการเหล่านี้เป็นสิ่งรบกวนความสุขสบายรวมทั้งเป็นสัญญาณชี้บ่งถึงความผิดปกติหรือเกิดการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพ จึงทำให้ต้องแสวงหาการช่วยเหลือหรือการรักษาและหากการจัดการไม่สำเร็จก็จะส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

สำหรับในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจน้อยมาก และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาอุบัติการณ์ ส่วนปัจจัยที่ศึกษามักจะเป็นปัจจัยด้านส่วนบุคคลและด้านประชากร (มลฤดี บุราณ, 2548) ซึ่งยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยด้านแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มอาการโรคหัวใจที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นปัจจัยที่น่าศึกษา พยาบาลสามารถเข้าไปมีบทบาทในป้องการกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ ศึกษาภาวะซึมเศร้า



และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพยาบาลของผู้ป่วยและการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และจิตสังคม และเป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

สมมุติฐานการวิจัย

1. แบบแผนการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. กลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมี

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้

1) ผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างน้อย 7 วันเป็นต้นไป

2) ผู้ป่วยมีอาการคงที่ (Stable vital signs) สามารถที่จะตอบคำถามได้โดยไม่มีอาการที่แสดงถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power Analysis Size for sample size ทั้งนี้เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (Type II error) ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม (มลฤดี บุราณ, 2548) โดยกำหนดอำนาจทดสอบที่ 80% ระดับนัยสำคัญที่ .05 ขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร เท่ากับ .30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 90 ราย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จากนั้นผู้วิจัยได้แนะนำตัวและขอความร่วมมือในการวิจัย โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิและอิสระของกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าร่วมวิจัย เมื่อยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจขณะตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างสามารถไม่ตอบคำถามใดๆ ได้ เมื่อไม่สะดวกใจในข้อคำถาม หรือยุติการให้ความร่วมมือในงานวิจัยในขั้นตอนใดๆก็ได้ ซึ่งไม่ต้องให้เหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยไม่ได้อ้างถึงชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และผลการวิจัยได้นำเสนอในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เศรษฐกิจของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว การรักษา และ สิทธิการใช้บริการสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของนิรมล อินทฤทธิ์ (2547) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่แปลจาก The Health- Promotion Lifestyle Profile :II (HPLP:II) ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ จำนวน 47 ข้อ โดยคะแนนที่ต่ำกว่า 55 เปอร์เซ็นต์ของคะแนนเต็มแสดงว่ามีแบบแผนการดำเนินชีวิตในระดับไม่ดี คะแนน 55-75 เปอร์เซ็นต์ของคะแนนเต็มแสดงว่ามีแบบแผนการดำเนินชีวิตในระดับดีปานกลาง และคะแนนสูงกว่า 75 เปอร์เซ็นต์ของคะแนนเต็มแสดงว่ามีแบบแผนการดำเนินชีวิตในระดับดีมาก แบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และคำนวณค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.71

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของพวงผกา กรีทอง (2550) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่แปลจาก The ENCRICH Support Questionnaire ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 7 ข้อ โดยระดับคะแนน 1-10 คะแนน แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมน้อย ระดับคะแนน 11-20 คะแนนแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และระดับคะแนน 21-30 คะแนน แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมมาก

แบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และคำนวณค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.94

ส่วนที่ 4 แบบประเมินกลุ่มอาการโรคหัวใจของพวงผกา กรีทอง (2550) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่แปลจาก The Cardiac Symptom Survey ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบ Numeric rating scale จำนวน 10 ข้อ โดยกำหนด 0 หมายถึง "ไม่มีอาการ" 1 หมายถึง "มีความรุนแรงน้อยที่สุด" และ 10 หมายถึง "มีความรุนแรงมากที่สุด" แบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และคำนวณค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของมลฤดี บุราณ (2548) เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็มทั้งหมด 60 คะแนน ค่าคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีภาวะซึมเศร้า ค่าคะแนนต่ำกว่า 16 คะแนนถือว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า แบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และคำนวณค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและศึกษาจากแฟ้มประวัติ เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 15-30 นาทีต่อราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 64.44 มีอายุเฉลี่ย 54.54 ปี มีอายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 84.4 นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 92.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 74.4 ประกอบอาชีพเกษตรกร ทำสวน ทำไร่ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 โดยมีรายได้ต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาท จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 63.9 เฉลี่ยคนละ 10,861.11 บาท รายได้เพียงพอในการใช้จ่าย จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 84.4 ระยะเวลาของการเจ็บป่วยจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอยู่ในช่วง 1 – 5 เดือน จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 41.5 โดยเฉลี่ยมากกว่า 1 ปี มีโรคประจำตัวร่วม 1 โรค จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 38.9 ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษา คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่รักษาโดยการใช้ยา จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 90 สิทธิที่ใช้ในการบริการเป็นบัตรประกันสุขภาพ จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า มีจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 50 ดังแสดงใน
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (N= 90)

ภาวะซึมเศร้า*	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีภาวะซึมเศร้า	45	50.00
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	45	50.00
รวม	**90**	**100.00**

*คะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเท่ากับ 16.12 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.77)

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (N=90)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
แบบแผนการดำเนินชีวิต	-.374	.000
การสนับสนุนทางสังคม	-.300	.004
กลุ่มอาการ	.701	.000

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับ ดังนี้

ข้อที่ 1 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 50 ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Meijer et. al. (2011) ที่ได้ทำการศึกษารวบรวมการรายงานผลการวิจัย 25 ปีที่ผ่านมาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าในช่วงเวลาตั้งแต่ 7 วันเป็นต้นไปหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ารวม ประมาณร้อยละ 69 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิต คือความเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจซึ่งเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินของโรคมีทิศทางเดียวคืออาการเลวลง ผู้ป่วยอาจมีประสบการณ์ของ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ วิตกกังวล ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทำให้เป็นภาระของครอบครัว (รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น, 2546) ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ประสบภาวะวิกฤตนี้อาจมีกระบวนการคิดที่มุ่งพิจารณาความเจ็บป่วยบิดเบือนไปจากความเป็นจริง หรือพิจารณาไปในทางลบมากกว่าทางบวกซึ่งเป็นทางที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ทำให้เกิดแนวคิด และการรับรู้ในทางลบเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยอาจรู้สึกหมดหนทางที่จะต่อสู้ รู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ ผู้ป่วยมักจะตีความเหตุการณ์ต่างๆ ไปในทางที่ไม่ดีและผู้ป่วยจะมีความคิดว่าอนาคตไม่มีความหวัง นำไปสู่ความเบื่อหน่ายอารมณ์ เกิดอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกเบื่อหน่ายหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ ประเมินคุณค่าในตนเองต่ำ คิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรไม่ประสบผลสำเร็จ รู้สึกสิ้นหวังในอนาคต ขาดแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่างๆ ซึ่งการมองตนเอง มองโลกและมองอนาคตในทางลบนี้จะทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Beck, 1967)

จากการศึกษาของรัตนา เติมเกษมศานต์ (2549) พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าไม่สามารถทำงานได้ตามปกติเนื่องจากสภาพร่างกายมีความอ่อนแอจากการเจ็บป่วยด้วยโรคและการรักษาที่ได้รับ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุตรหลาน ทำให้บุคคลเกิดการเบื่อหน่าย ผิดหวัง เสียใจรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งนำไปสู่ปรากฏการณ์ที่เรียกว่าภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบอีกว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 22.22 ไม่มีโรคร่วมอื่น และอยู่ในวัยทำงาน เพิ่งเป็นโรคหัวใจครั้งแรก ความรู้สึกกังวล ความเครียดที่เกิดขึ้นในเรื่องการปฏิบัติตนจึงมีมากกว่า ทำให้รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความสนุกสนาน ประกอบกับพยาธิสภาพของโรคที่ต้องจำกัดกิจกรรมเพราะจะส่งผลกระทบต่อหัวใจ จึงทำให้เกิดความวิตกกังวล เพราะกลัวเป็นอันตรายหรือเสี่ยงต่อชีวิต ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ทำให้รู้สึกหม่นหมองและไม่สดชื่น ผู้ป่วยจึงเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ข้อที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2.1 แบบแผนการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r = -.374$) กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตทั้ง 6 ด้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) พบว่า มนุษย์ทุกคนมีความรับผิดชอบด้านสุขภาพของตนเอง โดยบุคคลจะต้องกระทำทุกอย่าง ที่จะคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเป็นการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองของบุคคล หลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด ของมึนเมา เพื่อส่งเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่างๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมถึงการเข้าตรวจสุขภาพประจำปี จากการศึกษาของ Bjerkeset et. al. (2005) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเวลา 5 ปี ผลการศึกษา พบว่าการสูบบุหรี่ มีผลต่อการเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเวลา 5 ปีหลังจากเป็นโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Carney et. al. (2001, 2008)

ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 5 ปี ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า การสูบบุหรี่ มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.0001)

ด้านการออกกำลังกาย (Physical activity) พบว่า การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งของมนุษย์ เป็นกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกายที่มีการวางแผน มีการทำซ้ำๆ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อความแข็งแรงของร่างกาย การออกกำลังกายที่ทำได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ให้คุณค่าแก่ร่างกาย ในหนุ่มสาวและผู้ใหญ่การออกกำลังกายทำให้ร่างกายสดชื่นแข็งแรงช่วยให้การทำงานของระบบต่างๆ ทำงานได้ดีนอกจากนี้ การออกกำลังกายยังช่วยให้สภาพร่างกายมีสมรรถภาพสูงสามารถประกอบกิจกรรมและการงานต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นระยะเวลายาวนาน โดยไม่เหนื่อยง่าย และการออกกำลังกายเป็นประจำยังเป็นปัจจัยช่วยป้องกันโรคภัยไข้เจ็บบางชนิด ในการมีกิจกรรมทางกายทุกอย่างหากมีการใช้พลังงานที่มากพอก็เป็นผลดีต่อสุขภาพ มีผลต่อการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจด้วย (ปณิธาน สันติภาวังค์ และคณะ, 2545)

จากการศึกษาของ Bjerkeset et. al. (2005) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเวลา 5 ปี ผลการศึกษา พบว่า การออกกำลังกายมีผลต่อการเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเวลา 5 ปีหลังจากเป็นโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001) โดยช่วยลดความเครียดของผู้ป่วยทำให้มีอารมณ์และจิตใจดีขึ้น

ด้านโภชนาการ (Nutrition) พบว่า การมีสุขภาพที่ดีบ่งบอกถึงพื้นฐานของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการมีสุขภาพที่ดีได้นั้นจำเป็นต้องรับประทานอาหารอย่างถูกต้องครบทั้งปริมาณและคุณภาพตามหลักโภชนาการ หรือมีพฤติกรรมการรับประทานที่ดีจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ ซึ่งอาหารเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ (Lewis & Rimer ,1997 อ้างในสุภาวดี พงสุภา, 2552) กล่าวว่า การรับประทานอาหารเป็นรูปแบบความซับซ้อนของปัจจัยด้านพฤติกรรม ความสำคัญของอิทธิพลนั้นคาดว่าเกิดจากรูปแบบอุปนิสัยการรับประทานอาหาร ปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อบุคคล ได้แก่ ความชอบในรสชาติอาหาร ความเชื่อด้านสุขภาพ อารมณ์ และการยอมรับความสามารถในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรับประทานอาหารของครอบครัว เพื่อนและบุคคลอื่นๆในสังคม พฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สามารถลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (พิกุล ตินามาส, 2550)

ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) พบว่า เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงความสามารถ และวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นซึ่งจะทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่างๆ เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ในการดำรงชีวิตของมนุษย์ย่อมต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เป็นทั้ง ผู้ให้และผู้รับ มีความไว้วางใจ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกเพราะการมีสัมพันธภาพที่ดีนั้น จะทำให้ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆเช่น คำแนะนำ คำปรึกษากำลังใจหรือด้านการเงินซึ่งจะนำการแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจเห็นว่าตนเองมีคุณค่าเกิดความรู้สึกที่ดี ช่วยลดความเครียด นำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพที่ดี

ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual growth) พบว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญของชีวิตการกำหนดจุดมุ่งหมายหรือวางแผนในการดำเนินชีวิตมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการและเกิดความสงบสุขในชีวิต และนอกจากนี้ (ฟาริดา อับราฮิม อ้างถึงใน สุจิตรา สุคนทรัพย์, 2548) กล่าวว่า จิตวิญญาณ เป็นโครงสร้างส่วนหนึ่งของมนุษย์ที่นอกเหนือจากร่างกายและจิตใจ จิตวิญาณ ทำให้มนุษย์แสดงถึงพฤติกรรมของความต้องการโดยการควบคุมพฤติกรรมของร่างกายและจิตสังคมให้อยู่ในภาวะสมดุล เป็นสิ่งที่ควบคุมประพฤติให้อยู่ในทางสายกลางให้คนมีความสุข จะเห็นว่าการพัฒนาทางจิตวิญญาณมีความสำคัญในการประเมินสุขภาพ พลังแห่งความเข้าใจและพลังแห่งการขับเคลื่อนให้เกิดสุขภาวะทางจิต และสุขภาวะทางจิตวิญญาณจะสร้างพลังมหาศาลทางสังคมอันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างอริยะที่จะสร้างสุขภาวะที่สมบูรณ์

ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) พบว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาให้เกิดประโยชน์และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอความเครียดเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมโดยบุคคลเป็นผู้ประเมินว่าความสัมพันธ์นั้น จะเป็นโทษหรือมีผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลหรือไม่ ซึ่งการตัดสินความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอาศัยการประเมินด้วยปัญญา (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างถึงใน เตือนใจ เทียนทอง, 2546) ประเวศ วะสี (2546) กล่าวว่า ความเครียดเกิดจากความขัดแย้งระหว่างระบบชีววิทยากับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ระบบชีววิทยาของมนุษย์ เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความขัดแย้งในสังคม เป็นปัญหาใหม่ๆที่ไม่ได้แก้ด้วยการใช้พลังกล้ามเนื้อ จึงตอบโต้ปัญหาโดยการหลั่งสารอดรีนาลินออกมากแต่สารเร่งที่หลั่งออกมานี้ไม่ได้เอาไปใช้ประโยชน์จึงไปเร่งให้เกิดความเครียดมากขึ้น เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันเลือดสูง กล้ามเนื้อเครียด เป็นแผลในกระเพาะอาหาร บุคคลที่มีความเครียดสูงมีโอกาสเจ็บป่วยเนื่องจากความผิดปกติของร่างกายและจิตใจได้ การจัดการความเครียดที่เหมาะสมจะเป็นประโยชน์ต่อความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและมีการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น (น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543)

2.2 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ (r =-.300) กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ Cronin et. al. (1997) ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดหัวใจ พบว่า การมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีในการดำเนินชีวิตภายหลังการผ่าตัดหัวใจ และหากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (Frasure-Smith, Lesperance & Gravel, 2000) การศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84.4 มีสถานภาพสมรส ซึ่งอาศัยอยู่เป็นแบบครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน ซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดและมีความสัมพันธ์ต่อกัน และบางครอบครัวจะอยู่กันแบบเครือญาติการติดต่อ พูดคุย การช่วยเหลือ การสังสรรค์ จึงมีอยู่สม่ำเสมอ ซึ่งระบบครอบครัวเป็นแหล่งการสนับสนุนทางสังคมที่มีความใกล้ชิดกันมาก ซึ่งมีความสอดคล้องกับ Brandt & Weinert (1985)

ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส จึงช่วยส่งเสริมความไว้วางใจ ความรักใคร่ ความผูกพันภายในครอบครัว

2.3 กลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r = .701) กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Whitehead et. al. (2005) ศึกษาเชิงสำรวจในผู้ป่วย 518 คนที่เคยมีอาการเจ็บหน้าอก พบว่า อาการนี้ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดมีภาวะซึมเศร้าและรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ โดยร้อยละ 80 ของผู้ป่วยกลัวว่าจะเกิดอาการขึ้นมาอีก และร้อยละ 40 ไม่กล้าทำกิจกรรมใดๆ เพราะกลัวว่าจะเกิดอาการ

จากการศึกษาของ Johansson et. al. (2010) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการเหนื่อยล้ากับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยระยะ 4 เดือนหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการศึกษาพบว่าอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมีผลเกี่ยวเนื่องต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยระยะ 4 เดือนหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001) และหากการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยไม่ประสบผลสำเร็จก็จะส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของบุคคลในที่สุด

สรุปผล

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถนำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการช่วยเหลือและป้องการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันดังนี้ คือ การส่งเสริมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสม การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมทั้งภายในและภายนอกครอบครัวและการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการ เพราะสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและสามารถที่จะดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. แบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นแนวทางในการอธิบายหรือคาดการณ์ถึงส่วนประกอบของพฤติกรรมของผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่จะทำให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้สามารถดำรงตนอยู่ในสังคมด้วยความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ วิธีการรักษา วิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมและอย่างต่อเนื่องเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้

2. การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดจะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับตัวกับภาวะเจ็บป่วยได้ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม โดยเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมระหว่างบุคคลในสังคมอื่นนอกเหนือจากภายในครอบครัวเพื่อสร้างความเกี่ยวพันที่เกิดขึ้น จากการมีปฏิสัมพันธ์เพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดความรู้สึกต่อกัน โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในสังคม ให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ให้ผู้ป่วยมีการเอื้อประโยชน์ให้กับผู้อื่น การสนับสนุนทางสังคมจะมีบทบาทในการทำให้บุคคลอื่นได้รับความช่วยเหลือในด้านการจัดการปัญหาต่างๆ และช่วยบรรเทาผลกระทบจากความเครียด โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยดำรงอยู่ในสังคมและคงไว้ซึ่งบทบาททางสังคมให้มากที่สุด โดยการส่งเสริมหรือเอื้ออำนวยให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมที่นำไปสู่การดูแลสุขภาพ ตลอดจนสามารถลดภาวะความเครียดได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและมั่นใจที่จะปฏิบัติต่อไปทำให้บุคคลนั้นคงไว้ซึ่งการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความผาสุกทางจิตใจตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนวิถีในการดำเนินชีวิตของตนเองได้

3. กลุ่มอาการจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมานของการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น เมื่อเกิดหลายอาการในเวลาเดียวกัน ผู้ป่วยจะมีความกังวลกับอาการที่เกิดขึ้นและแยกอาการที่เกิดขึ้นไม่ได้ว่าเป็นอาการจากโรคหัวใจหรือโรคอื่น ดังนั้นบทบาทของพยาบาลควรป้องกันการเกิดกลุ่มอาการที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วย โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการในระยะเฉียบพลัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ได้แก่ การส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและช่วยลดการทำงานของหัวใจ เช่น การส่งเสริมให้พักผ่อนในระยะแรก 6-12 ชม. การดูแลให้ได้รับออกซิเจน การดูแลให้ได้รับยา การประเมินอาการหัวใจขาดเลือดซ้ำ การช่วยลดและบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกและไม่สุขสบายของผู้ป่วย การช่วยลดและบรรเทาความเครียด เป็นต้น ส่วนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการในระยะเรื้อรัง ควรให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญและควรมีการนำแนวทางการบำบัดทางการพยาบาลที่มีผลงานวิจัยรับรองมาใช้เพื่อป้องกันหรือบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย หรือการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนร่วมกับวิธีการอื่นๆ เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติมที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจกลุ่มอื่นๆและศึกษาเปรียบเทียบการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจกลุ่มต่างๆเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

รายการอ้างอิง

จิราวรรณ เดชอดิศัย. (2549). **กลุ่มอาการและการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.** วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

เตือนใจ เทียนทอง. (2546). **ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น ในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตการศึกษา1.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

นิรมล อินทฤทธิ์. (2547). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). **การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปณิธาน สันติภวังค์ และคณะ. (2545). **ความชุกของปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดจังหวัดนครสวรรค์.** รายงานการวิจัย. นครสวรรค์: ริมปิงการพิมพ์.

ประเวศ วะสี. (2546). สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางจิตวิญญาณ. **หมอชาวบ้าน, 22**(261), 41-46.

เป็น รักเกิด. (2549). **ศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พวงผกา กรีทอง. (2550). **โมเดลเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต.** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิกุล ตินามาส. (2550). **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มลฤดี บุราณ. (2548). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัตนา เติมเกษมศานต์. (2549). **ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์.** การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรรณี จิวสืบพงษ์. (2550). **ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของโรคภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวการณ์ทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในจังหวัดนครสวรรค์.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุจิตรา สุคนทรัพย์. (2548). การสร้างเสริมสุขภาพในมิติจิตวิญญาณ. **วิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ, 6**(1), 53-60.

สุภาวดี พงสุภา. (2552). **ลักษณะทางจิตสังคมและลักษณะทางพุทธที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาล ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **สถิติการป่วย พ.ศ.2551-2553.** (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก:http://bps.moph.go.th/ Ill/ป่วย51- 53/10ลำดับผู้ป่วยในปี 2551-2553 pdf, 28 มิถุนายน 2554.

Beck, A. (1967). **Depression : Clinical experimental and theoretical aspect.** New York: International Universities Press.

Bjerkeset, O., et al. (2005). Anxiety and depression following myocardial infarct gender differences in a 5-year prospective study. **Journal of Psychosomatic Research, 58**, 153– 161.

Brandt, P. A. and Weinert, C. (1985). The PRQ A social support measure. **Nursing Research, 30**, 277-280.

Carney, R. M., et al. (2001). Depression, Heart rate variability, and acute myocardial infarction. **Curculation, 104**, 2024-2028.

Carney, R, M., et al. (2008). Depression and five year survival following acute myocardial infarction: A prospective study. **Journal of Affective Dis. 2008, 109**, 133–138.

Cronin, S.N., et al. (1997). Psychosocial and functional outcomes in women after coronary artery bypass surgery. **Critical Care Nurse, 7**(2), 19-26.

Ellis, J. J., Eagleb, K. A., Kline-Rogersb, E. M., et al. (2005). Depressive symptom and Treatment after acute coronary syndrome. **International Journal of Cardiology, 99**, 443-447.

Frasure-Smith N, Lesperance F, Gravel G, et al. (2000). **Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction.** Circulation:1919-1924.

Johansson, I., et al. (2010). Disturbed sleep, fatigue, anxiety and depression in myocardial infarction patients. **European Journal of Cardiovascular Nursing, 9**, 175–180.

Meijer, A., et al. (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**, 203–216.

Sakai, M., Nakayama, T., Shimbo, T., et al. (2011). Post-discharge depressive symptoms can predict quality of life in AMI survivors:A prospective cohort study in Japan. **International Journal of Cardiology, 146**, 379–384.

Spijkerman , T. A., (2005). Who is at risk of post-MI depressive symptoms?. **Journal of Psychosomatic Research, 58**, 425– 432.

Whang, W., Kubzansky, L. D., Kawachi, I., et al. (2009). Depression and Risk of Sudden Cardiac Death and Coronary Heart Disease in Women. **Journal of the American College of Cardiology, 53**(11), 950–8.

Whitehead, D. L., Strike, P., Perkins-Porras, L., et al. (2005). Frequency of distress and fear of dying during acute coronary syndrome and consequences for adaptation. **American Journal Cardiology, 96**(11), 1512-16.