

ความชุกของอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการสวนหัวใจและการถ่าง
ขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่ศูนย์หัวใจสิรินธร รพ.พระมงกุฎเกล้า ศึกษาไปข้างหน้า 3 เดือน



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2558
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Prevalence of Anxiety, depression in Coronary angiogram and Percutaneous Coronary
Intervention patients at Sirindhorn Cardiac Center Phramongkutklao Hospital
prospective 3 month study

First Lieutenant Pornchaya Phusanga



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

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความชุกของอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการสวนหัวใจและการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่ศูนย์หัวใจสิรินธร รพ.พระมงกุฎเกล้า ศึกษาไปข้างหน้า 3 เดือน
โดย	ร้อยโทหญิงภรณ์ชญา ภูสง่า
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	นายแพทย์ สมรักษ์ สันติเบญจกุล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ โสภณ สงวนวงษ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ชุติมา ห่อมเรืองวงษ์)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(นายแพทย์ สมรักษ์ สันติเบญจกุล)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ โสภณ สงวนวงษ์)
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(แพทย์หญิง ชญาสินธุ์ แม่นสงวน)

ภรณ์ชญา ภูสง่า : ความชุกของอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา โดยการสวนหัวใจและการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่ศูนย์หัวใจสิรินธร รพ.พระมงกุฎเกล้า ศึกษาไปข้างหน้า 3 เดือน (Prevalence of Anxiety, depression in Coronary angiogram and Percutaneous Coronary Intervention patients at Sirindhorn Cardiac Center Phramongkutklo Hospital prospective 3 month study) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: นพ. สมรักษ์ สันติเบญจกุล, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ. นพ. โสภณ สงวนวงศ์, 65 หน้า.

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบศึกษาไปข้างหน้า เพื่อศึกษาความชุกของการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ กับอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า กับการเจ็บป่วยและการกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่ได้ทำการตรวจรักษาโดยการสวนหัวใจ จำนวน 100 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย ข้อมูลด้านจิตสังคม และแบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยฉบับภาษาไทย (Thai HADs) เก็บข้อมูลสองครั้งระยะเวลาห่างกัน 3 เดือนและข้อมูลที่ได้อีกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาในรูปของร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ไค-สแควร์ และสถิติการถดถอยโลจิสติกเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม

ผลการศึกษาพบว่าครึ่งแรกพบความชุกของผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลและหรือซึมเศร้า ร้อยละ 44 ครั้งที่สอง พบความชุกของผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลและหรือซึมเศร้าร้อยละ 31.11 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ประวัติที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช ($P < 0.045$) Functional class ($P < 0.001$) ประวัติการเคยนอนโรงพยาบาล (1ปี) ($P < 0.047$) และผลการสวนหัวใจ ($P < 0.004$) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้ากับการเจ็บป่วยและกลับเข้ามาอนรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังทำการสวนหัวใจ 3 เดือนพบว่า มีสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายผลการเกิดภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้า พบ 2 ปัจจัยคือ Functional class ที่แย่ และ ผลการสวนหัวใจที่พบหลอดเลือดตีบรุนแรง

ภาควิชา	จิตเวชศาสตร์	ลายมือชื่อนิสิต
สาขาวิชา	สุขภาพจิต	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก
ปีการศึกษา	2558	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5774261730 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: ANXIETY / DEPRESSION / CORONARY ANGIOGRAM / CORONARY ARTERY DISEASE / RE-HOSPITALIZATION

PORNCHAYA PHUSANGA: Prevalence of Anxiety, depression in Coronary angiogram and Percutaneous Coronary Intervention patients at Sirindhorn Cardiac Center Phramongkutklao Hospital prospective 3 month study.
 ADVISOR: SOMRUK SUNTIBENCHAKUL, CO-ADVISOR: ASST. PROF. SOPON SANGUANWONG, 65 pp.

The purpose of this prospective descriptive study was to determine prevalence of anxiety and depression in patient who received coronary angiogram and percutaneous coronary intervention at Sirindhorn Cardiac Centre, Phramongkutklao Hospital. One hundred patients were included in this study. Anxiety and depression were evaluated by Thai-HADs both day 1 after receive cardiac intervention and 3 month again. Association between Psychosocial factors and psychiatric condition also were determined by Chi-square and logistic regression. Finally Chi-square and logistic regression were used to examine association between the psychiatric condition and unplanned re-hospitalization.

The results found the prevalence of anxiety and depression is 44% and 33.11% at day 1 and 3 month later after cardiac intervention respectively. The factor associated with anxiety and depression are the history of psychiatric, Functional class, history of hospital admission by heart disease within 1 year and the result after coronary angiogram. The participants who had psychiatric condition were associated with unplanned re-hospitalization by heart condition within 3 month. The factor that could predict anxiety and depression were poor functional class and severity of coronary artery disease.

Department: Psychiatry
 Field of Study: Mental Health
 Academic Year: 2015

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความอนุเคราะห์จากหลายฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากอาจารย์นายแพทย์สมรักษ์ สันติเบญจกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และพลตรีผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์โสภณ สงวนวงศ์ ผู้วิจัยขอกราบ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณที่ท่านสละเวลาถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการวิจัย คอยให้คำแนะนำเอาใจใส่ ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขรวมทั้งสนับสนุนให้ผู้วิจัยรู้จักคิดพิจารณาสิ่งต่างๆโดยใช้เหตุผลพร้อมทั้งเสนอแนะข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเมตตาและเอาใจใส่ทุกขั้นตอน ตลอดการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงชุติมา หุ่มเรืองวงศ์ ที่ให้เกียรติมาเป็น ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์แพทย์หญิงชญาสินธุ์ แม้นสงวน ที่ให้เกียรติมาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะต่างๆของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณคุณอาจารย์คณะแพทยศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ แก่ผู้วิจัยจนกระทั่งสำเร็จการศึกษาขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ธุรการภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในทุกด้านตลอดที่เข้ามาศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ที่ได้อนุญาตให้ใช้แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในโรงพยาบาลฉบับภาษาไทย(Thai HADS)ในการเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณศูนย์หัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรบแพทย์ทหารบกและบุคลากรทุกท่านที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล ช่วยเหลือและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ทั้งนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มาเข้ารับการสวนหัวใจที่ร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและอนุญาตให้ติดตามผล

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา เพื่อน และสมาชิกในครอบครัว ที่คอยสนับสนุนเป็นกำลังใจ คอยเป็นแรงบัลดาลใจให้สำเร็จลุล่วงแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย	1
คำถามการวิจัย	2
วัตถุประสงค์การวิจัย	2
สมมติฐานในการวิจัย	2
ขอบเขตการวิจัย.....	3
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	3
คำสำคัญ.....	3
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติที่จะใช้ในการวิจัย	3
กรอบแนวความคิด	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัย	6
บทที่ 2	7
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
โรคหลอดเลือดหัวใจ	8
การสวนหัวใจ	12
ภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.....	15

ภาวะซึมเศร้า.....	15
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	20
บทที่ 3.....	23
วิธีดำเนินการวิจัย.....	23
ประชากรและตัวอย่าง.....	23
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	24
บทที่ 4.....	28
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	28
รูปแบบการวิจัย.....	28
ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด เพื่อบรรยายลักษณะของผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ามารับการสวนหัวใจ.....	30
ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและปัจจัยด้านจิตสังคม กับภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้ากับการเจ็บป่วยและการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย Pearson Chi-square.....	35
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ของประวัติโรคทางจิตเวช Functional class ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ (1ปี) ผลการสวนหัวใจ.....	38
บทที่ 5.....	40
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	40
สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	40
ข้อจำกัดในการวิจัยและตัวทวน.....	43
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	44
รายการอ้างอิง.....	45

ภาคผนวก..... 49

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 65



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย	30
ตารางที่ 2 ความชุกของภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า.....	34
ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้า Day1 After CAG.....	35
ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลและหรือซึมเศร้ากับการเจ็บป่วยและการ กลับเข้านอนโรงพยาบาลหลังสวนหัวใจ 3 เดือน.....	38
ตารางที่ 5 ปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา โดยการสวนหัวใจและการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่ศูนย์หัวใจสิรินธร รพ.พระมงกุฎเกล้า...	39

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย (Background and Rational)

โรคหัวใจและหลอดเลือดมีอุบัติการณ์สูงมากขึ้นทั่วโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (2013) พบว่ามีการเสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ 17.3 ล้านคนทั่วโลกในปี 2008 คิดเป็น 30% ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลกทั้งหมด (7.3 ล้านคนเสียชีวิตจากหลอดเลือดหัวใจ) และคาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 23.3 ล้านคนในปี 2030 สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปีพ.ศ.2554 -2556 พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อประชากร 100,000 คนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี พ.ศ.2556 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 54,530 คน เฉลี่ยเสียชีวิตวันละ 150 คนหรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 6 คน⁽¹⁾

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจปัจจุบันทำได้สามวิธีคือการรักษาโดยใช้ยาละลายลิ่มเลือด การใส่สายสวนเข้าไปในหลอดเลือดหัวใจ เพื่อฉีดสตีดูหลอดเลือดหัวใจและใส่บอลลูนหรือขดลวดเพื่อถ่างขยายบริเวณหลอดเลือดที่ตีบ (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA)) และการผ่าตัด (Coronary Artery Bypass Graft (CABG))⁽²⁾ โดยแพทย์จะทำการตรวจวินิจฉัยจากการซักประวัติ ตรวจเลือด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) ตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiogram) ตรวจหัวใจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Coronary CT Angiography) และฉีดสตีดูหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Angiogram) ในรายที่สงสัยว่ามีหลอดเลือดหัวใจตีบเพื่อวินิจฉัยโรค แล้วจึงพิจารณาว่าจะทำการรักษาโดยให้ยา ขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลลูนหรือขดลวด หรือทำการผ่าตัด ในระหว่างการรักษาพบว่าผู้ป่วยจะมีภาวะแทรกซ้อนจากตัวโรคหรือผลกระทบจากการดำเนินโรค เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว อาการเหนื่อย แน่นหน้าอก ทำงาน ทำกิจวัตรประจำวันหรือช่วยเหลือตนเองได้ลดลงส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิต คุณภาพชีวิตโดยรวมกับทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และสังคม

ข้อมูลจากศูนย์หัวใจสิรินธร รพ.พระมงกุฎเกล้า (2557) ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยในแต่ละรายเฉลี่ย 150,000 – 200,000 บาท จากประสบการณ์ทำงานสังเกตพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าจะมีการกลับมาอนรพ.ซ้ำหลังจากการรักษา การดำเนินของโรคไม่ดีขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรม ผลวิจัยในต่างประเทศแสดงให้เห็นว่าภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคการดำเนินโรคและการกำเริบของโรคและภาวะแทรกซ้อนหลังทำการรักษา แต่ยังไม่พบการศึกษาในลักษณะนี้มากนักในประเทศไทย จึงน่าจะเป็นการดีที่จะได้ทำการศึกษาเรียนรู้และพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพภายในประเทศไทย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้ากับการกลับเข้ามานอนรพ.ในผู้ป่วยหลังทำสวนหัวใจจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาทางสุขภาพจิต สามารถคัดกรองผู้ป่วยในเบื้องต้น ค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะที่ต้องเฝ้าระวังและติดตามอาการต่อเพื่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยสูงสุด

คำถามการวิจัย

อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาโดยวิธีสวนหัวใจในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นเท่าใด อย่างไร

ปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยวิธีสวนหัวใจ

อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการดำเนินโรคและการกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาความชุกของอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาโดยวิธี สวนหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วัตถุประสงค์รอง

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยวิธีสวนหัวใจ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ากับการกลับมานอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยวิธีสวนหัวใจ

สมมติฐานในการวิจัย

ไม่มี

ขอบเขตการวิจัย

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

การศึกษานี้จะศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มารับการทำสวนหัวใจในทุกกรณีที่ศูนย์หัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

คำสำคัญ (key word) Coronary Artery Disease, Coronary Angiogram, Anxiety, Depression, Re-Hospitalization

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติที่จะใช้ในการวิจัย (Operational Definition)

อาการวิตกกังวล (Anxiety) หมายถึง ภาวะตึงเครียด ระแวงระวัง หรือเป็นอาการตื่นตระหนกในสิ่งที่ยังมาไม่ถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นล่วงหน้า โดยพบการเปลี่ยนแปลงตามสรีระวิทยาต่างๆ ได้แก่ เหงื่อแตก ใจสั่น ใจเต้นเร็ว ท้องไส้ปั่นป่วน จนรบกวนกิจวัตรประจำวันหรือเป้าหมายต่างๆ หรือกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกวิตโดยใช้แบบสอบถามวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety And Depression Scale) ตัดที่ 8 คะแนนขึ้นไป

อาการซึมเศร้า (Depression) หมายถึง การเกิดความแปรปรวนทางด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และอาการร่วมอื่นๆ ที่แสดงออก โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการต่างๆ เบื่อหน่ายหดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกสนานหรือหมดอาลัยตายอยาก จนมีผลกระทบต่อการทำงานหรือการเรียนอย่างมากโดยมีวัดโดยใช้แบบสอบถามวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety And Depression Scale) ตัดที่ 8 คะแนนขึ้นไป^(3, 4)

การสวนหัวใจ(Coronary angiogram) หมายถึงการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคทางหัวใจ โดยการใส่สายสวนขนาดเล็กเข้าไปในท้องหัวใจผ่านรูเข็มขนาดเล็กซึ่งแทงในหลอดเลือดแดงหรือดำบริเวณขาหนีบ หรือ ที่ข้อมือ (หลังจากยาชาออกฤทธิ์เต็มที่) ย้อนขึ้นไปหัวใจ เพื่อตรวจลักษณะของหลอดเลือดโดยฉีดสารทึบรังสี หรือ ใส่สายสวนเพื่อวัดความดันหรือตรวจระดับออกซิเจนในท้องหัวใจ

การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention) คือ การรักษาด้วยการใส่สายสวนหัวใจที่มี balloon หรือลูกโป่งเล็กๆ อยู่บริเวณปลายของสายสวน ซึ่งบอลลูนนี้ จะใส่เข้าไปในหลอดเลือดแดงที่ตีบอยู่ หลังจากนั้นแพทย์จะดันให้ลูกโป่งก็จะดันให้ลูกโป่งพองออกตรงตำแหน่งที่ตีบ แรงกดของลูกโป่งก็จะดันผนังหลอดเลือดที่ตีบนั้นให้ขยายออกทำให้เลือดสามารถไหลผ่านไปเลี้ยงหัวใจได้มากขึ้น

ผู้ป่วยที่มาเข้ารับการสวนหัวใจ คือ ผู้ที่มีอาการสงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหรือผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่มาทำการตรวจพิเศษโดยวิธีการสวนหัวใจเพื่อวินิจฉัยหรือรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ด้วยบอลลูนหรือขดลวดถ่างขยายหลอดเลือดที่ตีบ เพื่อเพิ่ม oxygen supply

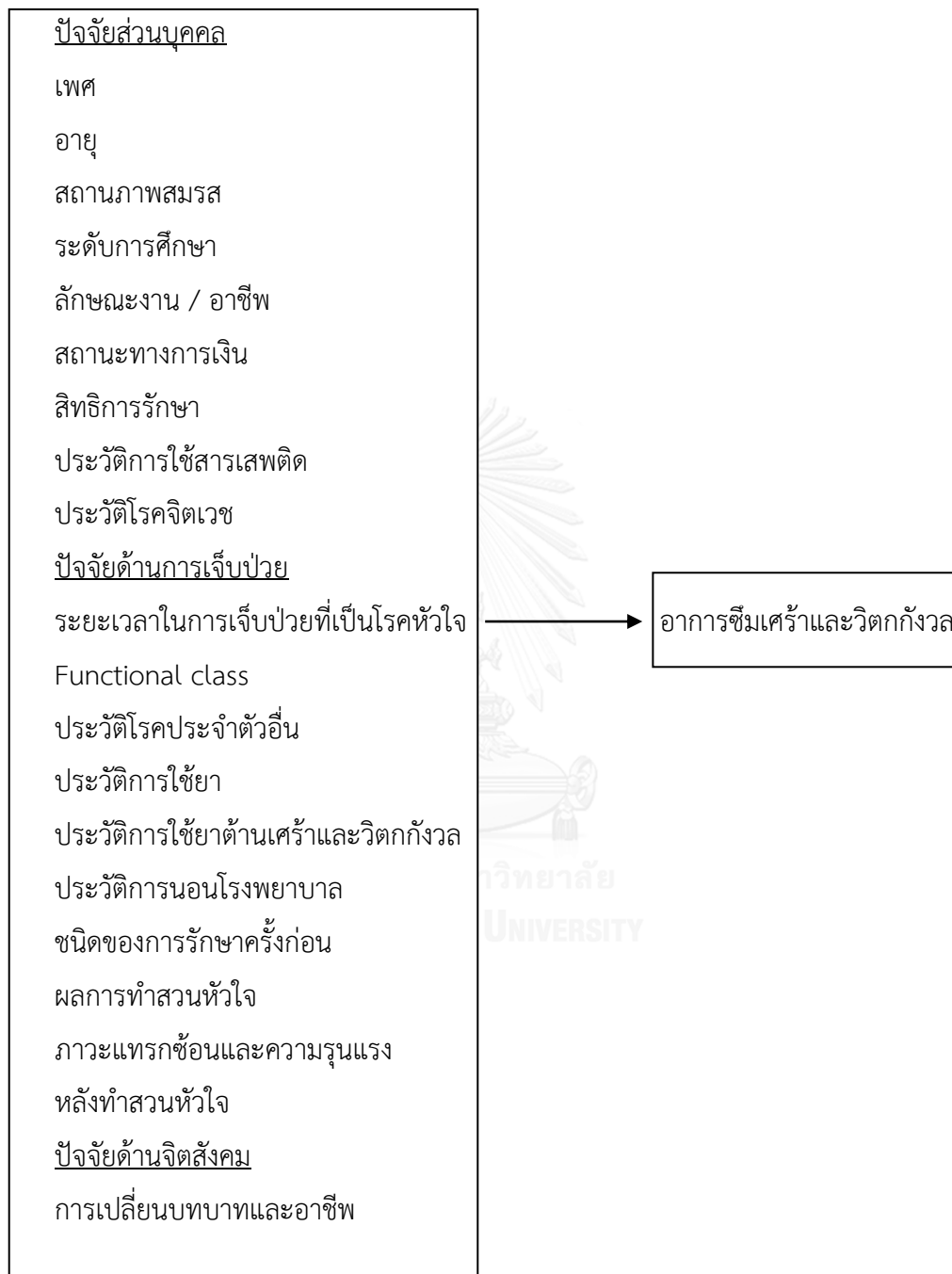
การกลับมารักษาซ้ำ (Re-Hospitalization) หมายถึง ผู้ป่วยที่จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต และกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลหอผู้ป่วยเดิมหรือหอผู้ป่วยอื่นโดยไม่ได้รับการนัดหมายใน 3 เดือน ภายหลังจากจำหน่ายด้วยโรคเดิม หรือจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิม หรือเกิดการเจ็บป่วยที่อาจเกี่ยวเนื่องจากภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า



กรอบแนวความคิด

ตัวแปรอิสระ (Independent variable)

ตัวแปรตาม (Dependent variable)



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัย (Beneficence)

1. เพื่อทราบความชุกและลักษณะ ของอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาโดยวิธี สอนหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. เพื่อทราบปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการสอนหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้ากับการกลับมาอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยวิธีสอนหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า การดำเนินโรค และนำผลที่ได้มาวางแผนดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
4. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลด้านจิตใจควบคู่กับการรักษาทางกาย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้ากับการกลับเข้ามา
นอนรพ.ในผู้ป่วยหลังทำสวนหัวใจ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในศูนย์หัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระ
มงกุฎเกล้า ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร

ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ตามลำดับดังนี้

1. โรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย
 - 1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 1.2 ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 1.3 การบำบัดรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. การสวนหัวใจ
3. ภาวะวิตกกังวล
4. ภาวะซึมเศร้า
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ

1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจ⁽⁵⁾

Coronary Artery Disease หมายถึงโรคที่เกิดจากหลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีสาเหตุเบื้องต้นมาจากภาวะการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงของหลอดเลือดหัวใจ (coronary atherosclerosis) อาจแยกตามลักษณะทางคลินิกเป็นสองกลุ่มใหญ่ คือ

1. Stable angina เป็นกลุ่มที่เกิดจากความเสื่อมของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เกิดการตีบของหลอดเลือด (coronary artery stenosis) ถ้าการตีบเป็นมากจะทำให้เกิดการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ มีการเจ็บแน่นหน้าอก เมื่อหัวใจทำงานเพิ่มขึ้น เช่น เวลาออกกำลังกาย

2. Acute coronary syndrome หลอดเลือดหัวใจที่มีสภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง อาจตามด้วยการเกิดภาวะผนังหลอดเลือดแดงแตก (plaque rupture) มีการรวมกันของเกร็ดเลือด (platelet aggregation) บริเวณผนังหลอดเลือดแดงแตก ตามด้วยการเกิดลิ่มเลือด (thrombus formation) ในบริเวณดังกล่าว ถ้าลิ่มเลือดเกิดขึ้นไม่มากถึงกับอุดตันเพียงแต่ทำให้มีการขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจก็จะทำให้มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก มีลักษณะทางคลินิกเป็น unstable angina แต่ถ้ามีการอุดตันของหลอดเลือดจะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน (acute myocardial infarction)

1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ⁽⁶⁾

การวิจัยทางคลินิกและทางสถิติแสดงให้เห็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจหลายประการ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวมีทั้งที่ไม่สามารถแก้ไขได้ (non-modifiable) และสามารถแก้ไขได้ (modifiable) การควบคุมและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงสามารถป้องกันหรือยืดระยะเวลาการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจออกไปได้ ปัจจัยเสี่ยงที่พบร่วมกันหลายประการจะเพิ่มโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจให้สูงขึ้น

1.2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถแก้ไขได้ (non-modifiable risk factors)

1.2.1.1 อายุ

อายุที่เพิ่มขึ้นยังมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อมูลจาก American Heart Association พบว่าร้อยละ 83 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีอายุมากกว่า 65 ปี และผู้หญิงมีโอกาสเสียชีวิตเร็วกว่าผู้ชายเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.2.1.2 เพศ

เพศชายมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าเพศหญิงเมื่ออายุเท่ากัน แม้ผู้หญิงในวัยหมดประจำเดือนซึ่งมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้นก็ตาม ความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจในเพศชายพบสูงขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 45 ปี ส่วนในเพศหญิงพบสูงขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี

1.2.1.3 เชื้อชาติและกรรมพันธุ์

ข้อมูลจาก American Heart Association พบว่า African American มีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าชาวผิวขาว (Caucasian) สาเหตุคาดว่ามาจากความดันโลหิตสูงที่พบมากในกลุ่ม African American นอกจากนี้ความเสี่ยงที่สูงขึ้นยังพบในกลุ่ม Mexican American, American Indians, Hawaiians และ Asian American เนื่องจากเป็นกลุ่มเชื้อชาติที่มีโรคอ้วนและเบาหวานสูง

ส่วนปัจจัยด้านพันธุกรรมพบว่า ความเสี่ยงจะพบสูงขึ้นประมาณ 1.3 เท่า ในผู้ป่วยที่มีประวัติญาติผู้ชายเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนอายุ 55 ปี และประวัติญาติผู้หญิงเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนอายุ 65 ปี

1.2.2 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้ (modifiable risk factors)

1.2.2.1 การสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างสูงไม่ว่าสูบบุหรี่โดยตรงหรือทางอ้อม นิโคตินและคาร์บอนมอนนอกไซด์ที่เกิดจากบุหรี่จะทำลายผนังหลอดเลือดด้านในและง่ายต่อการเกิดภาวะ atherosclerosis

การสูบบุหรี่จะเพิ่มความเสี่ยงในการโรคหลอดเลือดหัวใจรวมถึงโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ 2-4 เท่า และยังเพิ่มอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจอีกร้อยละ 50 ความเสี่ยงดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นตามอายุและปริมาณการสูบบุหรี่

เมื่อหยุดสูบบุหรี่เป็นเวลา 1-2 ปี ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจะลดลงประมาณร้อยละ 50 และจะลดลงเท่ากับคนที่ไม่สูบบุหรี่เมื่อหยุดสูบบุหรี่เป็นเวลา 3-5 ปี

1.2.2.2 ไขมันในเลือดสูง

ไขมันในเลือดมีหลายชนิด แบ่งแยกตามขนาด ไขมันเลวได้แก่ cholesterol, triglyceride และ LDL-cholesterol ส่วนไขมันดีได้แก่ HDL-cholesterol ในบรรดาไขมันทั้งหมด LDL-cholesterol เป็น lipoprotein ที่สำคัญในการก่อให้เกิดภาวะ atherosclerosis มากที่สุด โดย LDL-cholesterol ที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 1 mg/dl จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบร้อยละ 2-3 และ LDL-cholesterol ที่มากกว่า 160 mg/dl มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าคนปกติ 1.7 เท่า

ส่วนไขมันดี (HDL-cholesterol) ที่ลดลงทุกๆ 1 mg/dl จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 2-4 ระดับ HDL-cholesterol ที่ต่ำกว่า 35 mg/dl มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าคนปกติ 1.5-2 เท่า

สัดส่วนของ LDL-cholesterol : HDL-cholesterol สามารถนำมาใช้ประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดีกว่าการพิจารณาค่าของ LDL-cholesterol เพียงอย่างเดียว พบว่าสัดส่วนของ LDL-cholesterol : HDL-cholesterol ที่ลดลง 1 หน่วยจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจลงได้ร้อยละ 50

1.2.2.3 ความดันโลหิตสูง

โดยเฉพาะ systolic blood pressure มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะส่งผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจหนาและแข็งมากขึ้น ทำให้เกิดโรคในที่สุด ความดันโลหิตที่สูงกว่า 140/90 mmHg มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าคนปกติ 1.6 เท่า

1.2.2.4 เบาหวาน

3 ใน 4 ของผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ถึงแม้ว่าจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

1.2.2.5 โรคอ้วนและน้ำหนักเกินมาตรฐาน

คำจำกัดความของน้ำหนักเกินมาตรฐานโดยทั่วไปหมายถึง BMI ที่อยู่ระหว่าง 25 – 30 kg/m²

ความอ้วนมักสัมพันธ์กับระดับ cholesterol สูง HDL-cholesterol ต่ำ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน โดยเฉพาะภาวะอ้วนลงพุงพบว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยไม่ต้องอาศัยปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมด้วย

1.2.2.6 กิจกรรมและความเครียด

การออกกำลังกายปานกลางถึงหนักอย่างสม่ำเสมอช่วยเพิ่มระดับ HDL-cholesterol ซึ่งเป็นปัจจัยที่ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ความเครียดและคนที่มีบุคลิกภาพแบบ A (type A personality) พบว่ามีความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าบุคลิกภาพแบบอื่นถึง 2 เท่า

1.2.3 Novel risk factors (Possible Risk factors)

1.2.3.1 C-reactive protein (CRP)

CRP ที่สูงขึ้นบ่งบอกถึงการอักเสบหรือการติดเชื้อในร่างกาย เชื่อว่า atherosclerosis เป็นผลมาจาก การอักเสบของผนังหลอดเลือดแดงด้านใน ค่า CRP ที่สูงพบว่า สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.2.3.2 Homocysteine

Homocysteine เป็น amino acid ที่ร่างกายใช้ในกระบวนการซ่อมแซมของเนื้อเยื่อ การที่มีระดับ homocysteine สูง สัมพันธ์กับความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.2.3.3 Fibrinogen

Fibrinogen เป็นโปรตีนที่สำคัญในการเกิดลิ่มเลือด ปัจจุบันพบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ระดับ fibrinogen สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ เบาหวานและความดันโลหิตสูง

1.2.3.4 Lipoprotein (a)

เป็นสารที่เกิดขึ้นเมื่อ LDL-cholesterol particle จับกับ specific protein

Lipoprotein (a) เป็นสารที่ยับยั้งการสลายตัวของลิ่มเลือด ระดับ lipoprotein ที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.3 การบำบัดรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ(6)

แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ ยึดหลักในการรักษาโดยให้ myocardia oxygen supply เพียงพอกับ Myocardia oxygen demand ซึ่งมีแนวทางการรักษาอยู่ 2 ทาง

1.3.1 การลด Myocardia oxygen demand โดยการให้ medical therapy ด้วย beta-blocker และป้องกันการเกิดภาวะการขาดเลือดต่อไปด้วย antiplatelet medication เช่น aspirin clopidogrel heparin

1.3.2 การเพิ่ม Myocardia oxygen ด้วยวิธีใช้ยา fibrinolysis หรือ อุปกรณ์ catheter-base interventional cardiology ซึ่งเป็นการเพิ่ม oxygen supply โดยการทำให้ coronary angioplasty หรือ stenting และวิธีการทางศัลยกรรม surgical revascularization ซึ่งเป็นการเพิ่ม oxygen supply โดยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass grafting, CABG)

การสวนหัวใจ (Coronary angiogram, Coronary catheterization)

การสวนหัวใจ หมายถึงการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคทางหัวใจ โดยการใส่สายสวนขนาดเล็กเข้าไปในท้องหัวใจผ่านรูเข็มขนาดเล็กซึ่งแทงในหลอดเลือดแดงหรือดำบริเวณขาหนีบ หรือ ที่ข้อมือ (หลังจากยาชาออกฤทธิ์เต็มที่) ย้อนขึ้นไปที่หัวใจ เพื่อตรวจลักษณะของหลอดเลือดโดยฉีดสารทึบรังสี หรือ ใส่สายสวนเพื่อวัดความดันหรือตรวจระดับออกซิเจนในท้องหัวใจ หลักการโดยทั่วไปคือหลอดเลือดบริเวณขาหนีบและข้อมือดังกล่าวนั้นเชื่อมกับหลอดเลือดแดงใหญ่และท้องหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ หากผลการฉีดสีตรวจหลอดเลือดหัวใจพบว่าหลอดเลือดหัวใจตีบสามารถให้การรักษาด้วยการใช้ลูกโป่งถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจตีบได้ในครั้งเดียวกัน^{3,21}

ข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วยที่จะเข้ามารับการสวนหัวใจโดยอ้างอิงจากหลักฐานของการศึกษาและคำแนะนำในปัจจุบันแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่มคือ

1. ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือสงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. ผู้ป่วยลิ้นหัวใจผิดปกติ
3. ผู้ป่วย acute ST-elevation myocardial infarction (STEMI)
4. ผู้ป่วย acute non ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI)⁽⁶⁾

2 ภาวะวิตกกังวล

ภาวะวิตกกังวล หมายถึง ภาวะตึงเครียดระแวงระวังหรือเป็นอาการตื่นตระหนกในสิ่งต่างๆที่ยังมาไม่ถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์เกิดขึ้นล่วงหน้า โดยพบการเปลี่ยนแปลงตามสรีระวิทยาต่างๆ ได้แก่ เหงื่อแตก ใจสั่น ใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ท้องไส้ปั่นป่วน จนรบกวนกิจวัตรประจำวัน หรือเป้าหมายของงานต่างๆ หรือกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึกอย่างมาก

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัดไม่สบายใจ เกรงว่าจะมีสิ่งร้าย หรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน⁽⁷⁾

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในคนปกติทั่วไป ซึ่งมักจะมีอาการตึงเครียด ระแวงระวัง หรือบางครั้งอาจมีอาการตื่นตระหนกกับเรื่องต่างๆในชีวิตประจำวัน มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่างๆ เช่น เหงื่อแตกใจสั่น ใจเต้นรัว ตัวสั่น หายใจเร็ว ท้องไส้ปั่นป่วน ความวิตกกังวลนี้มักจะพบในสถานการณ์ที่ตึงเครียด จะถือว่าเป็นความวิตกกังวลที่ผิดปกติ (disorder) ต่อเมื่อความวิตกกังวลนี้มีมากจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน หรือเป้าหมายของการทำงานต่างๆ และกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกอย่างมาก⁽³⁾

กนกรัตน์ สุขะตุ่งคะ กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์เนื่องจากว่ามีบางสิ่งมาคุกคามเอกลักษณ์ของตนเอง หรือต่อความนับถือตนเองต่อสุขภาพหรือเมื่อต้องทำการที่เกินความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดความไม่สบาย ไม่เป็นสุขและมีผลต่อการรับรู้ของบุคคลทำให้การรับรู้ด้อยไป⁽⁸⁾

จำลอง ดิษยวนิช และ พร็ัมเพรา ดิษยวนิช กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกเชิงจิตวิสัยอย่างหนึ่งของความไม่สบายใจ และความหวาดหวั่น เกี่ยวกับการคุกคามบางอย่างที่จะมาถึง ซึ่งไม่ทราบว่าเป็นอะไร การคุกคามมักเกี่ยวข้องกับร่างกาย หรือจิตใจเช่น การคุกคามต่อความภูมิใจแห่งตนและความผาสุก⁽⁹⁾

Stuart & Laria กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกหงุดหงิดไม่สบายใจ เป็นความรู้สึกต่อสถานการณ์บางอย่างที่ไม่แน่นอน ความรู้สึกหวาดหวั่นต่อผลที่จะเกิดขึ้นบางครั้งจะรู้สึกกระสับกระส่าย ตื่นกลัว หรือตื่นตระหนกตกใจในบางสิ่งที่ยังบอกไม่ได้นอกจากนี้ก็มีความรู้สึกไม่แน่ใจ หรือไม่มั่นใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น⁽¹⁰⁾

จากการศึกษานี้ ภาวะวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตหรือต่อสิ่งที่ยังมาไม่ถึง ซึ่งได้คาดการณ์ล่วงหน้าในเชิงลบก่อให้เกิดผลกระทบต่อทางร่างกาย เช่น ท้องไส้ปั่นป่วน ปวดศีรษะ ใจสั่น หายใจเร็ว หรือทางจิตใจเช่น เกิดความหวาดกลัว อึดอัดไม่สบายใจ ส่งผลให้ การรับรู้ ความคิดของบุคคลด้อยลงไปรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

สาเหตุของการเกิดภาวะวิตกกังวล⁽¹¹⁾

1. ภาวะวิตกกังวลจากพัฒนาการชีวิต เช่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยรุ่นเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ จากวัยผู้ใหญ่เข้าสู่วัยสูงอายุ เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจส่งผลให้บุคคลเกิดความคับข้องใจและวิตกกังวล

2. ภาวะวิตกกังวลจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนหรือการเจ็บป่วยทางร่างกาย

3. ภาวะวิตกกังวลจากสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่นการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความเจ็บป่วย ความขัดแย้งระหว่างบุคคล

Beck and Emery ได้แยกอาการวิตกกังวลตามปกติออกจากภาวะปกติโดยอาการวิตกกังวลที่ผิดปกติหรือขั้นเป็นพยาธิสภาพมีข้อพิจารณาดังต่อไปนี้

1. การตอบสนองของร่างกายมีสัดส่วนต่างกันอย่างมากกับภาวะอันตรายหรือภาวะคุกคามที่เกิดขึ้น
2. การตอบสนองของร่างกายยังคงมีต่อเนื่องหลังจากที่ภาวะอันตรายหรือภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นหมดไปแล้ว
3. มีความบกพร่องของสติปัญญา การทำหน้าที่ทางสังคมหรือการประกอบอาชีพ
4. บุคคลมีความทุกข์ทรมานจากภาวะการตอบสนองของร่างกาย เช่น ลำไส้อักเสบหรือผิวหนังอักเสบ

อาการของภาวะวิตกกังวล⁽¹²⁻¹⁴⁾

1. ด้านร่างกาย เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติโดยเฉพาะประสาทซิมพาเทติก ทำให้เกิดการทำงานของระบบต่างๆในร่างกายเปลี่ยนแปลงไปและเกิดอาการต่างๆเช่น หัวใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง วิงเวียน เป็นลม มือเท้าเย็น เหงื่อออก แ่นหน้าอก หายใจเป็นจังหวะสั้นไม่เต็มที อาการอยู่ไม่นิ่ง กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดเมื่อยอ่อนเพลีย ท้องอืด คลื่นไส้ เบื่ออาหาร รู้สึกปั่นป่วนในท้อง ท้องเดิน ท้องผูกปวดแสบปวดร้อนในกระเพาะอาหาร รู้สึกชาบริเวณปลายมือปลายเท้า ประจำเดือนผิดปกติ นอนไม่หลับ
2. ด้านอารมณ์ เกิดความรู้สึกตึงเครียด อึดอัด หวาดหวั่น หงุดหงิด กระทบกระชวยอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ท้อแท้ สิ้นหวังรู้สึกไร้คุณค่า ต่ำหนืดตนเองและผู้อื่น รู้สึกมีสิ่งเลวร้ายเกิดขึ้น และไม่สามารถควบคุมอารมณ์หรือช่วยเหลือตนเองได้ บางคนอาจมีความคาดหวังที่น่าสะพรึงกลัว คิดกลับไปกลับมา คาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะมีเคราะห์ร้ายเกิดขึ้นกับตนหรือคนอื่น
3. ด้านพฤติกรรม มีการแสดงออกของพฤติกรรมทางคำพูดและท่าทาง เช่น หน้านิ่ว คิ้วขมวด กระสับกระส่าย กำมือแน่น พูดเร็ว พูดเรื่องซ้ำเติม ใจลอย เคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดหมายแยกตัว พฤติกรรมถดถอย หลีกเลียงจากบุคคลหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล
4. ด้านความคิด สติปัญญา และการรับรู้ โดยมีความหมกมุ่น ฟุ้งซ่านไม่มีสมาธิความจำลดลง ลืมง่าย สับสน ความสามารถในการตัดสินใจลดลง สูญเสียการควบคุมตนเอง ระดับการรับรู้ลดลง

ภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวลมีค่อนข้างจำกัด ส่วนใหญ่การศึกษาที่ผ่านมามักจะทำในผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคหลอดเลือด ได้แก่

พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยทางจิตสังคมของโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ความชุกของอาการวิตกกังวลร้อยละ19และโรควิตกกังวลร้อยละ 16

ชุติมา หุ่่มเรืองวงษ์⁽¹⁶⁾ ได้ศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวล ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบความชุกของภาวะวิตกกังวลร้อยละ 24.7

ภักจิรา รัชตะสังข์⁽¹⁷⁾ ได้ศึกษาภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ซึ่งได้รับยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่า ความชุกของภาวะวิตกกังวลร้อยละ 27.8

ภาวะซึมเศร้า⁽⁴⁾

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การเกิดความแปรปรวนทางด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และอาการร่วมอื่นๆที่แสดงออก โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการต่างๆดังต่อไปนี้ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกสนานหรือหมดอาลัยตายอยาก จนมีผลกระทบต่อการงานหรือการเรียน โดยมีอาการร่วมในด้านต่างๆดังนี้

1. อาการทางกาย (vegetative symptoms) เช่น รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เพลียแรง ปากแห้ง ท้องผูก หมดอารมณ์ทางเพศ ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย เป็นต้น วัยรุ่นหนุ่มสาวอาจมีอาการรับประทานมาก ซึ่งเป็นอาการไม่ตามรูปแบบ (Atypical)

2. อาการด้านการเคลื่อนไหว (psychomotor) ผู้ป่วยที่มีอายุน้อย มักมีอาการเชื่องซึม เชื่องช้า เหม่อลอย พุดช้า เคลื่อนไหวช้า ผู้ป่วยสูงอายุมักมีอาการซึมเศร้าแบบกระวนกระวาย กระสับกระส่าย (agitated depression)

3. อาการทางความคิด (cognitive symptoms) มองโลกในแง่ลบ ขาดสมาธิ และขาดความมั่นใจ ตัดสินใจไม่ได้ บางรายที่เป็นรุนแรง จะรู้สึกผิด โทษหรือดูถูกตัวเอง รู้สึกท้อแท้ ไร้ค่า ไม่มีทางออก ทำให้คิดฆ่าตัวตาย

Beck⁽¹⁸⁾ กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นลักษณะของความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ความรู้สึก กระบวนการทางความคิดและพฤติกรรม

Kaplan⁽¹⁹⁾ และ Sadock กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า มีความหมายใน 3 ด้านคือ ในด้านความรู้สึก เศร้า เสียใจ เมื่อสูญเสียบางอย่างที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น ในด้านความผิดปกติทางอารมณ์ที่

แสดงออกให้เห็นเป็นความรู้สึกเศร้าเสียใจ ไม่มีความสุข มีความรู้สึกทุกข์ทรมานกับประสบการณ์ต่างๆในแต่ละวัน ความรู้สึกเห็นค่าในตัวเองลดลงและความคิดช้าลงกว่าเดิม และในด้านสุดท้ายคือการดำเนินอาการดังกล่าวยาวนานจนเข้าสู่ระยะอาการของโรคซึมเศร้า

อุมพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล⁽²⁰⁾ ให้ความหมายว่า การเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจ ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ อารมณ์เศร้า (dysphoric mood) และมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่สนุกสนาน (loss of interest or pleasure) นอกจากนี้ยังมีอาการอื่นๆร่วมด้วยเช่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระหรือความรู้สึกนึกคิด เป็นต้น

อลิสา วัชรสินธุ์⁽²¹⁾ กล่าวว่า อาการซึมเศร้า (Depressive symptom) เป็นผลรวมของความรู้สึกเศร้า ว่างเปล่า และเฉื่อยชาที่รุนแรงกว่าความรู้สึกเศร้าเสียใจธรรมดา

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า⁽⁴⁾

1. สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (Psychological Factors) นักจิตวิเคราะห์หรืออธิบายว่า อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลายๆอย่างตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอายและความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐาน (primitive) ที่สุดปรากฏให้เห็นแม้ในเด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนที่สุด จะเกิดขึ้นได้ก็เฉพาะในบุคคลที่มีมโนธรรม (Superego) ก่อร่างแล้ว

Bibring อธิบายว่าภาวะเศร้าเกิดจากความขัดแย้งของ Ego เองที่ไม่สามารถบรรลุถึงอุดมคติแห่งตน (ego ideal) คือ ต้องการเป็นที่รัก (loved) เด่น (superior) เป็นคนดีที่น่ารัก (good loving) ในภาวะซึมเศร้า ego จะดูเหมือนสยบนิ่ง (paralyzed) ทำให้รู้สึกท้อถอยและหมดความภาคภูมิใจ

Adolf Myer อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนอง (reaction) ต่อสภาพชีวิตที่คับแคบเช่น การสูญเสียคนรัก การเจ็บป่วย ปัญหาการเงิน หรือปัญหาการงาน เป็นต้น

Sullivan อธิบายว่า ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล (interpersonal interaction) หรือสภาพสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคทางจิตต่างๆ รวมทั้งภาวะซึมเศร้า

Arieti อธิบายว่า การมีผู้ปกครอง (dominant other) ซึ่งมักจะเป็นบิดามารดา หรือสามีภรรยา ซึ่งผู้ป่วยยังพึ่งพิงในหลายๆด้าน เมื่อไม่ได้รับการยอมรับหรือเข้าใจจากบุคคลดังกล่าว หรือยึดมั่นกับแผนการชีวิตที่ไม่มีโอกาสเป็นจริงทำให้เป็นภาวะซึมเศร้า

2. สาเหตุจากมีความคิดในแง่ลบ (Negative cognition)

Aron Beck กล่าวว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมีความคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้ หดหวัง โดยมีหลักว่าคนเราคิดอย่างไร ก็รู้สึกอย่างนั้น คือมองตนเอง มองสังคม และมองอนาคตในแง่ลบ (cognitive triad) ดังนี้

2.1 มองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจหรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง

2.2 มองโลกหรือสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคม สิ่งแวดล้อม รู้สึกถูกกดดันบีบบังคับ และถูกคาดหวังเรียกร้องจากสังคมมากจนรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ

2.3 มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว และหนทางตัน หมดทางแก้ไข ซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมาน

3. สาเหตุจากพฤติกรรม (Behavioral models)

3.1 ภาวะท้อแท้ ทอดอาลัย (learned helplessness) หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบการณ์ล้มเหลวและผิดหวังซ้ำแล้วซ้ำเล่า

3.2 ภาวะหมดกำลังใจ (no positive reinforcement) เนื่องจากไม่เคยได้รับคำชมเชย รางวัล หรือสนับสนุนหรือประสบความสำเร็จใดๆเลย จึงขาดแรงจูงใจและขาดความมั่นใจทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและไร้ความสุข

4. สาเหตุทางชีวภาพ (Biological models)

4.1 ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (neurophysiology) โดยเกี่ยวข้องกับชีวภาพ เช่น คลื่นสมองขณะหลับ การตื่นตัวของสมอง หรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารโซเดียมและโพแทสเซียมทั้งในและนอกประสาท การมีแคลเซียมในเซลล์ปริมาณสูงทำให้เป็นพิษต่อเซลล์ (cytotoxic) อาจเกี่ยวข้องกับโรคอารมณ์ผิดปกติโดยเฉพาะ bipolar

4.2 ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) โดยเห็นจากผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษ จะมีความผิดปกติของอารมณ์ได้บ่อย

4.3 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) เช่น สารเอมีน (biogenic amine) หรือจุดรับประสาท (receptor) ที่ต่อข้อต่อปลายประสาท (synapses) และตัวส่งข่าวที่สอง (second messengers) ของเซลล์สมองบริเวณลิมบิก โดยเชื่อว่าความเครียดความคับแค้นใจ จากสาเหตุต่างๆ เช่น การสูญเสียหรือจากพราก ชักนำให้มีความแปรปรวนของสมอง แสดงอาการของความวิตกกังวล (anxiety) หรือ (panic) ซึ่งนำไปสู่อาการทางกาย (neuro-vegetative) ของภาวะซึมเศร้า

อาการของภาวะซึมเศร้า⁽⁴⁾

1. อารมณ์เศร้าหมอง (อาจเป็นอารมณ์หงุดหงิดในเด็กและวัยรุ่น) และมีอาการร่วมอื่นๆ เป็นอยู่นานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป อาการดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย และมีอาการเกือบตลอดวันหรือเกือบทุกวันนานสองสัปดาห์ขึ้นไป

2. อาการรู้สึกเบื่อหมดความสนใจ หรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน หรืออารมณ์เบื่อหน่ายไม่มีความสุข (anhedonia) ผู้ป่วยจะไม่มีความรู้สึกสนใจหรือสนุกในกิจกรรมซึ่งเคยชอบ เช่น พูดว่า”หมดอาลัยตายอยาก” “ไม่สนใจใย่ดีอีกแล้ว” “เบื่อหน่ายไปหมด” บางคนมีอาการเย็นชา หมดอารมณ์สนุกทั้งที่พยายามฝืนใจ สีหน้าจึงดูเคร่งเครียดยิ้มไม่ออกและไม่สนใจทำกิจกรรมที่เคยชอบเช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฯลฯ ผู้ป่วยอาจจะไม่บรรยายความรู้สึกดังกล่าวเพียงแต่แยกตัวเฉื่อยชา ทำตัวห่างเหินจนเป็นที่สังเกตเห็นได้ต่อครอบครัวและเพื่อนฝูง ความรู้สึกเบื่อหมดความเพลิดเพลินอาจเป็นอาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ แทนที่จะเป็นอาการซึมเศร้า

3. รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว ต้องฝืนใจรับประทาน ทำให้น้ำหนักร่างกายลดมากและผ่ายผอม เด็กที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงน้ำหนักอาจจะไม่ลดให้เห็นน้ำหนักตัวไม่เพิ่มตามเกณฑ์อายุ ผู้ป่วยกลุ่มที่อาการไม่ตามรูปแบบ (atypical depression) กลับจะมีอาการเจริญอาหาร รับประทานมากขึ้น คล้ายกับ “กินแก้กลุ้ม” ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น มีปัญหาเรื่องอ้วนตามมา

4. อาการนอนไม่หลับ ส่วนใหญ่จะเป็นปัญหานอนไม่หลับ ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 90ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเป็นอาการแรกที่รบกวนผู้ป่วย ทำให้ต้องมาพบแพทย์แทนที่จะเป็นอารมณ์ซึมเศร้า อาการนอนไม่หลับมีได้ตั้งแต่ต้นนอนหลับยากหรือนอนไม่หลับในระยะต้น (initial insomnia) บางคนนอนหลับได้ง่ายใช้เวลาไม่นานแต่หลับๆตื่นๆทั้งคืน (total insomnia) เป็นลักษณะการนอนหลับที่พบได้บ่อยที่สุด ผู้ป่วยมักจะบ่นว่าไม่รู้สึกสดชื่นเมื่อตื่นนอน อาการนอนไม่หลับที่เป็นรูปแบบของโรคซึมเศร้า (depressive insomnia) คือหลับได้ง่าย แต่มักรู้สึกตื่นตัวเช้ากว่าปกติ 2-3 ชั่วโมง (terminal insomnia) และไม่สามารถหลับต่อได้อีก

5. อาการอ่อนเพลียไม่มีแรงแม้ไม่ได้ออกกำลังกาย ผู้ป่วยจะมีอาการดังกล่าวอยู่นาน 2-3วันหรือสัปดาห์ การนอนหลับหรือการพักผ่อนไม่ช่วยทำให้ดีขึ้น

6. พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ อาการกระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) อยู่ไม่เป็นสุข ผุดลุกผุดนั่ง เดินไปเดินมา บ่นพึมพำกับตนเอง ภู่นิ้วมือไปมา ขยี้ผมหรือดึงผมตนเอง เป็นพฤติกรรมซ้ำๆไร้จุดหมาย ผู้ป่วยบางคนโดยเฉพาะวัยรุ่นจะมีอาการเชื่องช้าเชื่องซึม (retardation) พูดช้าๆ พูดเสียงเบาๆแทบไม่ได้ยิน หรือพูดน้อยลงไปมาก (poverty of speech) อยู่ในท่าไหลค้อมคอตก สีหน้าเฉยเมยหรือมีหน้านิ่งคิ้วขมวดที่หน้าผาก กิจวัตรประจำวันกลายเป็นเรื่องยากเย็นไป เช่น อาจใช้เวลาอยู่ในห้องน้านานๆ ผู้ป่วยที่เป็นรุนแรงมากอาจมีอาการ คาทาโทเนีย(catatonia) คือ นอนหรือนั่งนิ่งอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ และขัดขืนต่อต้านเมื่อถูกจับให้เคลื่อนไหว ผู้ป่วยอาจนอนนิ่งเฉย

ไม่พูดจาหรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดๆเหมือนไม่รู้สึกตัว (depressive stupor) ผู้ป่วย มีความคิดความ
อ่านลดลง⁽²²⁾

7. ความรู้สึกผิดโทษตนเอง มีตั้งแต่ความรู้สึกไร้ความสามารถไปจนถึงไม่เห็นคุณค่าใดๆใน
ตนเอง ลดความภาคภูมิใจ ความนับถือตนเองหรือขาดความมั่นใจในตนเองอย่างมาก

8. อาการไม่มีสมาธิ ผู้ป่วยมักจะบ่นว่าคิดช้า ความคิดไม่แล่น ซ้ำลิ้มเนื่องจากขาดสมาธิ อาการ
คล้ายกับมีความจำเสื่อม แต่เมื่อทดสอบด้านจิตวิทยาแล้วจะตรวจไม่พบว่ามี การสูญเสียความจำ
อาการขาดสมาธิเป็นอาการที่พบได้บ่อย มีความรุนแรงได้หลายระดับตั้งแต่การทำกิจวัตรประจำวัน
ธรรมดาๆ เช่น อ่านหนังสือพิมพ์ หรือดูรายการโทรทัศน์ อาการขาดสมาธิมักจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึก
หงุดหงิด ไม่พอใจตนเอง และอารมณ์เสียได้ง่ายๆก่อให้เกิดปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น
โดยเฉพาะครอบครัว

9. อาการหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
ซึ่งร้อยละ 15 พยายามฆ่าตัวตาย อาการอาจจะมีตั้งแต่รู้สึกกลัวตาย คิดถึงหรือฝันถึงญาติหรือเพื่อน
ใกล้ชิดที่เสียชีวิต ความคิดอยากตายพบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงแทบทุกคน ผู้ป่วยมักคิดว่า
การตายน่าจะเป็นทางออกที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง หรือกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักใคร่ห่วงใย อัตราเสี่ยงจะสูงสุด
ในผู้ป่วยที่แสดงความรู้สึกท้อแท้ หหมดหวัง ผู้ป่วยไม่คิดว่าตนเองจะหายจากการป่วย ไม่เห็นทางออก
หรืออนาคตรู้สึกมืดมน

10. อาการหมกมุ่นว่าป่วยเป็นโรคทางกาย (hypochondriasis) พบได้ประมาณร้อยละ 20
ของผู้ป่วยซึมเศร้า อาจเป็นอาการนำที่ผลักดันให้ผู้ป่วยมาปรึกษา ผู้ป่วยมักจะไม่ทราบหรือไม่ยอมรับว่า
ตนมีอาการเศร้าหรือความเครียด และตั้งต้นหรือยืนยันกรานว่าตนเจ็บป่วยจากโรคทางกาย

11. อารมณ์แปรปรวนตามเวลาของวัน (diurnal mood) เป็นอาการจากภายในร่างกาย
(endogenous) คือมีอาการเศร้ามากที่สุดในช่วงเช้านี้และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ พบถึง
ร้อยละ 72.4 ของผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรงของไทย⁽²³⁾

12. อาการหมดอารมณ์ทางเพศ พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยชาย มีอารมณ์เพศ หรือสมรรถภาพ
ทางเพศลดลง ทำให้เป็นปัญหาที่อาจนำผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาหรือไม่เป็นที่เข้าใจของภรรยาได้ ผู้ป่วย
หญิงก็ประสบปัญหาเดียวกันนี้ได้เช่นกัน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การศึกษาของ Lana L. Watkins และคณะ (2013) ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้ากับอัตราการเสียชีวิตในแต่ละบุคคลของผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยติดตามผู้ป่วยทั้งชายและหญิง 934 คนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และได้ทำ (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) ระหว่างที่นอนโรงพยาบาลเพื่อทำสวนหัวใจ ติดตามผลไป 3 ปีพบว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิต 133 ราย เมื่อกลับมาวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีคะแนน HADS มากกว่า 8 มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเสียหายของอัตราการเสียชีวิต การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หลอดเลือดหัวใจตีบสามเส้น และการเกิดโรคไต⁽²⁴⁾

การศึกษาของ Whooley MA และคณะ (2008) ศึกษาอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงของการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเก็บ ข้อมูลผู้ป่วยจาก OPD ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ 1017 คนจาก วันที่ 11 กันยายนปี 2000 ถึง 20 ธันวาคมปี 2002 แล้วติดตามผลถึง 12 มกราคมปี 2008 พบว่า ผู้ป่วย 199 รายที่มีอาการของ ภาวะซึมเศร้า (PHQ score ≥ 10) มีอาการของโรครุนแรงขึ้นและสัมพันธ์กับการเกิดการตีบของ หลอดเลือดหัวใจสูงขึ้น 31%⁽²⁵⁾

การศึกษาของ Berkay Ekici และคณะ (2013) ศึกษา ผลของสถานทางอารมณ์และความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตบนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยศึกษาผู้ป่วย 225 รายที่ได้รับการสวนหัวใจและรักษาด้วยยา พบว่าอาการของภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.019$)⁽²⁶⁾

การศึกษาของ Ozer ZC และคณะ (2009) ทำการศึกษา การประเมินระดับของภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยใช้ HADS โดยศึกษาผู้ป่วยรวม 506 ราย ที่ได้ เข้ารับการรักษา ที่แผนก โรคหัวใจด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า 100% คะแนนความวิตกกังวล อยู่ในระดับสูง มีระดับคะแนนความซึมเศร้าอยู่ในภาวะปกติ 8.9% ระดับ Borderline 57.1% และระดับสูง 34%⁽²⁷⁾

การศึกษาของ Nancy Frasure-Smith และคณะ (2008) ทำการศึกษาติดตามผู้ป่วย 804 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า มีผู้ป่วย 57 ราย(7.1%)มีอาการของโรคซึมเศร้า (Major Depressive disorder, MDD) 43 ราย(1.4%)มีอาการของโรควิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder, GAD) 333ราย (41.4%) มีคะแนน HADS ≥ 8 เมื่อติดตามไป 2 ปีพบว่ามีอาการของโรคแย่ลง (Major adverse cardiac events)⁽²⁸⁾

การศึกษาของ อธิชา จันทนทัศน์ และคณะ (2013) ศึกษาหาความชุกและปัจจัยสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีโรคซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 14.5%⁽²⁹⁾

การศึกษาของ Wei Jiang และคณะ (2014) ศึกษาการดำเนินของโรควิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยติดตามอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วย 291 รายที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่าภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างมากในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวและการเป็นโรคซึมเศร้าทำให้อาการของโรคแย่ลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)⁽³⁰⁾

การศึกษาของ Mohammad Tajfard และคณะ (2014) ศึกษาภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า และโรคหัวใจในผู้ป่วยที่ทำสวนหัวใจในโรงพยาบาล Ghaem, Mashhad ประเทศอิหร่าน โดยศึกษา 2 กลุ่มคือ กลุ่มคนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหรือได้ทำการสวนหัวใจแล้วผลเป็น Negative กับกลุ่มที่มาตรวจสุขภาพที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจโดยใช้แบบสอบถาม Back Anxiety and Depression Inventory Score พบว่า ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มาทำการสวนหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)⁽³¹⁾

การศึกษาของ M. Urooj Zafar และคณะ (2009) ศึกษาเรื่องภาวะวิตกกังวลสามารถทำนายการทำงานของเกร็ดเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดีกว่าภาวะซึมเศร้า โดยศึกษา 3 เดือนหลังจากเกิดภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในผู้ป่วย 83 รายที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยา aspirin และ clopidogrel ได้ทำแบบสอบถามซึมเศร้า (beck depression inventory) และภาวะวิตกกังวล (hospital anxiety and depression scale), และทำการตรวจวัดการทำงานของเกร็ดเลือด พบว่าการทำงานของเกร็ดเลือดมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล มากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเพียงอย่างเดียวหรือผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลโดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)⁽³²⁾

การศึกษาของ Woldecherkos A. และคณะ (2007) ได้ทำการศึกษาผลของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่ออัตราการเสียชีวิตและการที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยไม่เสียชีวิตพบว่าคะแนนความวิตกกังวลที่สูงหลังจากการได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย⁽³³⁾

การศึกษาของ Murat Sunbul และคณะ (2013) ทำการศึกษาภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดย ทำการศึกษาผู้ป่วย 116 รายที่นัดมาสวนหัวใจพบว่ามีสองกลุ่มใหญ่คือกลุ่มที่มีหลอดเลือดหัวใจปกติและกลุ่มที่มีหลอดเลือดหัวใจผิดปกติ และทำการประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดหัวใจผิดปกติมีความสัมพันธ์กับคะแนนซึมเศร้าและวิตกกังวลที่สูงกว่าผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ความเสี่ยงอื่นในการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจใกล้เคียงกัน⁽³⁴⁾

การศึกษาของ Annelieke M และคณะ (2010) ศึกษาภาวะวิตกกังวลต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ โดยศึกษาวิจัยทั้งหมดจากPubMed, EMBASE, and PsycINFO (1980 ถึงพฤษภาคม 2009) นำมาทำ Meta-Analysis พบว่า มีการศึกษา 20 ชิ้นเกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจากกลุ่มตัวอย่าง 249,846 ราย เฉลี่ยติดตาม 11.2 ปี ผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < 0.0001$) และสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P = 0.03$)⁽³⁵⁾

จากการศึกษาของ Wei Jiang และคณะพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตรวจพบภาวะวิตกกังวล 50% มีภาวะซึมเศร้าในอัตราที่รุนแรง 25% ในขณะที่ 65% ที่มีอาการกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบ Major หรือ Minor depression. และมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่มีการวิตกกังวลและซึมเศร้า 4 เท่า¹⁶ พบอัตราการกลับเข้ามานอนรพ.ในผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า 36.5%⁽³⁶⁾



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบศึกษาไปข้างหน้า (Prospective descriptive research) ศึกษาความชุกของอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการสวนหัวใจและการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่ศูนย์หัวใจสิรินธร รพ.พระมงกุฎเกล้า ศึกษาไปข้างหน้า 3 เดือน

ประชากรและตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจทั้งหมดที่ศูนย์หัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ประชากรตัวอย่าง (Population Sample) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับการสวนหัวใจที่รพ.พระมงกุฎเกล้า ที่เข้าได้กับเกณฑ์การคัดเลือก ต่อไปนี้

Inclusion Criteria

1. เป็นผู้ป่วยที่มารับการสวนหัวใจในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. มีระดับความรู้สึกตัวดี สามารถร่วมมือในการทำแบบสอบถามได้
3. ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามในใบยินยอม

Exclusion Criteria

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการเก็บข้อมูล
2. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่าง คำนวณจากสูตรต่อไปนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 pq}{d^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha} = 1.96$

d = 0.1

p = ความชุกของภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
= 36.5%

q = 1 - p
= 63.5%

n = 91.5 + 10% = 100

เพราะนั้นต้องใช้ตัวอย่างทั้งสิ้นอย่างน้อย 100 คน

2. วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Sampling)

เก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยทุกรายที่ตรงตาม inclusion criteria และ exclusion criteria ที่เข้ารับการสวนหัวใจที่ศูนย์หัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

3. 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 8 จำนวน ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยโรคหัวใจ, Functional class, ประวัติโรคประจำตัวอื่น, ประวัติการใช้ยา, ประวัติการนอนโรงพยาบาล, ชนิดของการรักษาครั้งก่อนที่ได้รับ, ผลการสวนหัวใจ และ ภาวะแทรกซ้อนหลังทำสวนหัวใจ

ตอนที่ 3 ข้อมูลด้านจิตสังคม 1 ข้อ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงบทบาทและอาชีพ

การเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 มี 1 ตอน 5 ข้อ

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

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (Hospital Anxiety And Depression Scale)

เป็นแบบสอบถามภาษาไทยที่พัฒนามาจากฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond and Snaith เริ่มพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในผู้ป่วยทั่วไปในโรงพยาบาล โดยได้ทำการศึกษาความเชื่อถือได้และความแม่นยำของแบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลรามาธิบดีจำนวน 60 รายโดยเครื่องมือในการวัดความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ ผลการศึกษา พบว่า Thai HADS สามารถใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ศึกษาได้ดี โดยมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สำหรับอาการวิตกกังวล เท่ากับร้อยละ 100 และ 86.0 ตามลำดับและมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สำหรับอาการซึมเศร้า เท่ากับร้อยละ 85.71 และร้อยละ 91.3 ตามลำดับ เมื่อใช้ cut-off point ที่คะแนน > 11 คะแนนเป็นเกณฑ์ในการตัดสินว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช โดย Thai HADS มีความเห็นพ้องกับการวินิจฉัยทางคลินิกคิดเป็นร้อยละ 88.33 สำหรับอาการวิตกกังวล ($P < 0.0001$, kappa = 0.67) และร้อยละ 90 สำหรับอาการซึมเศร้า ($P < 0.0001$, kappa = 0.73) ส่วนค่าความเชื่อถือได้ พบว่าค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของทั้ง 2 sub-scale อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8551 สำหรับ anxiety sub-scale และ 0.8259 สำหรับ depression sub-scale ผลการศึกษาแสดงว่าสมควรนำ Thai HADS มาใช้เป็นแบบคัดกรองอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยไทยในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สั้น กระทัดรัด และมีค่าความแม่นยำตรงและความเชื่อถือได้ อยู่ในเกณฑ์ดี⁽³⁷⁾

แบบประเมิน Hospital anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยนี้(Thai HADS) เป็นแบบสอบถามที่ผู้ป่วยตอบคำถามด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 14 ข้อโดยแบ่งเป็นแบบประเมินอาการวิตกกังวลจำนวน 7 ข้อและแบบประเมินอาการซึมเศร้า 7 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรส่วนประมาณค่าลิเกิร์ตสเกล (Likert scale) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 – 3 การคิดคะแนนอาการวิตกกังวลคิดคะแนนข้อคี่ทั้งหมด (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) รวมกัน อาการซึมเศร้าคิดคะแนนข้อคู่ทั้งหมด (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) รวมกัน โดยแบ่งเป็น 3 ช่วง

- มีช่วงคะแนนแบ่งเป็น
1. 0 – 7 ไม่มีอาการ
 2. 8 – 10 มีอาการแต่ไม่เป็นโรค
 3. 11 คะแนนขึ้นไปเป็นโรค⁽³⁷⁾

4. การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาจากเอกสาร โดยศึกษาจากหนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ รายงานการประชุม เอกสารราชการ และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ยื่นต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และหัวหน้าศูนย์หัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากตัวผู้ป่วย
3. เข้าพบหัวหน้าศูนย์หัวใจสิรินธรและเจ้าหน้าที่เพื่อขอเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากตัวผู้ป่วย
4. ขอความยินยอมจากผู้ป่วยที่ศูนย์หัวใจสิรินธร รพ.พระมงกุฎเกล้า โดยให้ผู้วิจัยให้คำอธิบาย วัตถุประสงค์ วิธีการที่จะปฏิบัติต่ออาสาสมัคร ประโยชน์และความเสี่ยง ตอบข้อสงสัยจนผู้ป่วยที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจ ให้เวลาตัดสินใจอย่างอิสระ ก่อนลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมในวิจัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถออกจาก การวิจัยเมื่อใดก็ได้

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

- ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง
 - ให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนที่ 1 ด้วยตนเอง
 - ให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถาม HADs ด้วยตนเอง
 - เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30-35 นาทีขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง
- โดยเก็บข้อมูลทั้งหมด 2 ครั้งคือ

ครั้งที่ 1 ในวันที่ผู้ป่วยเข้านอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมตัวก่อนทำสวนหัวใจ

ครั้งที่ 2 ในวันที่แพทย์นัดมาพบเพื่อติดตามอาการหลังจากจำหน่าย 3 เดือน

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์นำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนนและวิเคราะห์ต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package for Social Science) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติครั้งนี้ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในรูปของร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ Pearson chi-square และ Logistic Regression Analysis เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆกับอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

รูปแบบการวิจัย (Research design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบศึกษาไปข้างหน้า (Prospective descriptive research) ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่สงสัยหรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจแล้วนัดมาสวนหัวใจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบรวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลของผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและปัจจัยด้านจิตสังคม โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาตัวที่ศูนย์หัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในห้วงระยะเวลา เดือน กันยายน 2558 – พฤศจิกายน 2558 ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งสองฉบับ และติดตามผลการศึกษาไปข้างหน้า 3 เดือนโดยในช่วงเดือนดังกล่าวมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทั้งหมด 124 ราย เข้าเกณฑ์การคัดเลือก 100 ราย มีผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก 24 ราย สาเหตุที่ไม่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการเก็บข้อมูลและผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด เพื่อบรรยายลักษณะของผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ามารับการสวนหัวใจ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะทางการเงิน สิทธิการรักษา ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติโรคทางจิตเวช

1.2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่เป็นโรคหัวใจ Functional class ประวัติโรคประจำตัวอื่น ประวัติการเข้ายา ประวัติการเข้ายาด้านเศร้าและวิตกกังวล ประวัติการนอนโรงพยาบาล ชนิดของการรักษาครั้งก่อน ผลการทำสวนหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงหลังทำการสวนหัวใจ

1.3 ข้อมูลด้านจิตสังคม ได้แก่ สถานการณ์เปลี่ยนแปลงบทบาท อาชีพ การใช้ชีวิตประจำวัน หลังป่วยเป็นโรคหัวใจ

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และ ปัจจัยด้านจิตสังคม กับภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ ระหว่างภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้ากับการเจ็บป่วยและการกลับเข้ามารับการรักษาใน โรงพยาบาลด้วย Pearson Chi-square

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และ ปัจจัยด้านจิตสังคม กับภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้า

2.2 วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้ากับการ เจ็บป่วยและการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ของประวัติโรค ทางจิตเวช Functional class ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ (1ปี) ผลการสวน หัวใจ

3.1 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ของประวัติโรคทาง จิตเวช

3.2 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ของFunctional Class

3.3 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ของประวัติการนอน โรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ (1ปี)

3.4 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ของผลการสวน หัวใจ

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด เพื่อบรรยายลักษณะของผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ามารับการสวนหัวใจ

จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจที่ศูนย์หัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบลักษณะของประชากรที่ศึกษา ดัง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
เพศชาย	81 ราย	81%
เพศหญิง	19 ราย	19%
อายุ อายุเฉลี่ย 64.73 ปี (SD = 9.42)		
สถานภาพสมรส		
คู่	86 ราย	86%
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	14 ราย	14%
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 3	27 ราย	27%
มัธยมปลาย,ปวช	32 ราย	32%
อนุปริญญา,ปริญญาตรี,ปวส	33 ราย	33%
สูงกว่าปริญญาตรี	8 ราย	8%
สถานะทางการเงิน		
เพียงพอ, เหลือเก็บ	40 ราย	40%
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	46 ราย	46%
ไม่เพียงพอ,มีหนี้สิน	14 ราย	14%
สิทธิการรักษา		
เงินสด	4 ราย	4%
ประกันสังคม	6 ราย	6%
เบิกต้นสังกัด	87 ราย	87%
โครงการ30บาท/บัตรผู้สูงอายุ/พระภิกษุ	3 ราย	3%

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการใช้สารเสพติด		
สุรา		
ไม่เคยดื่ม	18 ราย	18%
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	55 ราย	55%
ดื่มสุรา	27 ราย	27%
บุหรี่		
ไม่เคยสูบ	31 ราย	31%
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	59 ราย	59%
สูบบุหรี่	10 ราย	10%
ประวัติโรคจิตเวช		
เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช	6 ราย	6%
ไม่เคยมีประวัติการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช	94 ราย	94%
ประวัติครอบครัว		
มีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวช	9 ราย	9%
ไม่มีบุคคลครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวช	91 ราย	91%
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นโรคหัวใจ	เฉลี่ย 27.86 เดือน (SD = 48.39)	
Functional Class		
Functional Class 1	4 ราย	4%
Functional Class 2	51 ราย	51%
Functional Class 3	45 ราย	45%
ประวัติโรคประจำตัวอื่น		
ไม่มีโรคประจำตัว	4 ราย	4%
หัวใจเต้นผิดจังหวะ	4 ราย	4%
โรคหลอดเลือดสมอง	8 ราย	8%
เบาหวาน	37 ราย	37%
ความดันโลหิตสูง	81 ราย	81%
ไขมันในเลือด	83 ราย	83%

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการใช้ยา		
รับประทานยาเป็นประจำสม่ำเสมอ	97 ราย	97%
ขาดยา	1 ราย	1%
ไม่มียา	2 ราย	2%
ประวัติการใช้ยาทางจิตเวช		
เคยใช้	65 ราย	65%
ไม่เคยใช้	35 ราย	35%
ประวัติการนอนโรงพยาบาล (1ปี)		
ไม่ได้นอนรพ.มาก่อนAdmitครั้งนี้	42 ราย	42%
นอนรพ.ก่อนAdmitครั้งนี้ 1 ครั้ง	45 ราย	45%
นอนรพ.ก่อนAdmitครั้งนี้ 2 ครั้งขึ้นไป	13 ราย	13%
ชนิดของการรักษาครั้งก่อน		
ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน	64 ราย	64%
เคยได้รับการรักษามาก่อน(สวนหัวใจ/ผ่าตัด)	36 ราย	36%
ผลการสวนหัวใจ		
Normal coronary artery/ Non-sig CAD	26 ราย	26%
Single Vessel Disease	14 ราย	14%
Double Vessel Disease	13 ราย	13%
Triple Vessel Disease/ Multi-vessel Disease	47 ราย	47%
ภาวะแทรกซ้อนหลังทำการสวนหัวใจ (Day 1)		
None	92 ราย	92%
มี Complication	8 ราย	8%
Hematoma	1 ราย	
Bleeding	3 ราย	
Vasovagal	3 ราย	
Creatinine rising	1 ราย	

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
Status หลังป่วยเป็นโรคหัวใจ		
ทำงาน/ออกจากบ้าน	48 ราย	48%
ทำงานอยู่บ้าน	17 ราย	17%
ไม่ทำอะไร/อยู่เฉยๆ	35 ราย	35%

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 100 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 81) มีอายุเฉลี่ย 64.73 ปี (SD = 9.42) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 86) ระดับการศึกษาอยู่ในช่วงมัธยมปลายถึงปริญญาตรี มีหนี้สินส่วนน้อย (ร้อยละ 14) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิจ่ายตรง และเบิกต้นสังกัดในการรักษา (ร้อยละ 87) การดื่มสุราส่วนใหญ่เคยดื่มแต่เลิกแล้ว (ร้อยละ 55) สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เคยสูบแต่เลิกแล้ว (ร้อยละ 59) เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช (ร้อยละ 6) มีข้อมูลว่ามีประวัติของบุคคลในครอบครัวเป็นโรคทางจิตเวช (ร้อยละ 9) ระยะการเจ็บป่วยที่เริ่มวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจเฉลี่ย 27.86 เดือน (SD 48.39) Functional class ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 1-2 (ร้อยละ 55) โรคประจำตัวที่พบร่วมพบมากที่สุดคือไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 83) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 81) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 37) ส่วนใหญ่รับประทานยาเป็นประจำสม่ำเสมอ (ร้อยละ 97) มีประวัติการใช้ยาทางจิตเวชร้อยละ 65 ส่วนใหญ่เคยนอนโรงพยาบาลมาก่อนการเข้ารับการรักษา ครั้งนี้ 1 ครั้ง (ร้อยละ 45) ไม่เคยได้รับการรักษาใดใดด้านหัวใจมาก่อน(สวนหัวใจหรือผ่าตัด) ร้อยละ 64 ผลการสวนหัวใจพบมากที่สุดคือ Triple Vessel disease ร้อยละ 47 หลังสวนหัวใจไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 92 และ status หลังป่วยเป็นโรคหัวใจส่วนใหญ่สามารถใช้ชีวิตทำงาน ออกจากบ้านได้ (ร้อยละ 48)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน Hospital anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย(Thai HADS) ใช้ค่าคะแนนที่รวมในแต่ละด้าน ≥ 8 ถือว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวล โดยทำการประเมิน 2 ครั้ง คือ Day 1 หลังวันที่ได้รับการสวนหัวใจ และ 3 เดือนหลังจากการประเมินครั้งแรก ผลการศึกษาได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุกของภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า

	Day1 After CAG จำนวน	ร้อยละ	3 month จำนวน	ร้อยละ
มีภาวะวิตกกังวล (เพียงอย่างเดียว)	20	20 %	7	7.53%
มีภาวะซึมเศร้า (เพียงอย่างเดียว)	5	5%	9	9.68%
มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า	19	19%	12	12.90%
มีภาวะวิตกกังวลและ/หรือ ซึมเศร้า	44	44%	28	30.11%
ไม่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า	56	56%	65	69.89%
รวม	100		93	
			(เสียชีวิต 7 ราย)	
คะแนน HADs (Anxiety)	6.90 (SD = 3.20) Min 0 Max 18		5.62 (SD=2.05) Min 3 Max 12	
คะแนน HADs (Depression)	5.42 (SD = 3.40) Min 0 Max 16		4.70 (SD= 3.75) Min 0 Max 16	

จากตารางที่ 2 ในการประเมินครั้งแรกพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า (ร้อยละ 56) โดยค่าคะแนนเฉลี่ย HADs(Anxiety) 6.90 (SD=3.20) คะแนนเฉลี่ย HADs(Depression) 5.42 (SD=3.40) มีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลและหรือซึมเศร้าร้อยละ 44 และการประเมินครั้งที่ 2 พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 69.89 ค่าคะแนนเฉลี่ย HADs (Anxiety) 5.62 (SD=2.05) คะแนนเฉลี่ย HADs (Depression) 4.70 (SD=3.75) มีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้าร้อยละ 31.11

เปรียบเทียบค่าคะแนนระหว่างการเก็บข้อมูลครั้งแรกและครั้งที่สอง พบว่าค่าคะแนนทั้ง HADs (Anxiety) และ HADs (Depression) มีค่าคะแนนที่ลดลง ทั้งนี้จากรายละเอียดของข้อมูลพบว่า มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตในระหว่างการทำการศึกษา 7 ราย โดยมีผู้ป่วย 2 รายที่มีภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้า และพบว่ามีผู้ป่วย ที่มีภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้าในการประเมินครั้งแรกและยังมีภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้าในการประเมินครั้งที่สอง ทั้งสิ้น 21 ราย ผู้ป่วยที่ไม่พบภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้าในการประเมินครั้งแรก แต่พบภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้าในการประเมินครั้งที่สอง 7 ราย ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้าในการประเมินผลครั้งแรกแต่ไม่พบภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าในการประเมินผลครั้งที่สอง 21 ราย และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในการประเมินทั้งสองครั้ง มีจำนวนทั้งสิ้น 44 ราย

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และ ปัจจัยด้านจิตสังคม กับภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ ระหว่างภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้ากับการเจ็บป่วยและการกลับเข้ามารับการรักษานใน โรงพยาบาลด้วย Pearson Chi-square

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และ ปัจจัยด้านจิตสังคม กับภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้า Day1 After CAG

ปัจจัย	ภาวะวิตกกังวลและหรือ ซึมเศร้า		P Value
	มี	ไม่มี	
เพศ			
ชาย	36 (44.4%)	45 (55.6%)	0.853
หญิง	8 (42.1%)	11 (57.9%)	
สถานภาพ			
สมรส	38 (44.2%)	48 (55.8%)	0.926
หม้าย/หย่าร้าง	6 (42.9%)	8 (57.1%)	
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 3	14 (51.9%)	13 (48.1%)	0.205
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%)	0.796
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	21 (45.7%)	25 (54.3%)	
ไม่เพียงพอ,มีหนี้สิน	5 (35.7%)	9 (64.3%)	
ประวัติการใช้สารเสพติด			
สุรา			
ไม่เคยดื่ม	9 (50.0%)	9 (50.0%)	0.831
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	23 (41.8%)	32 (58.2%)	
ดื่มสุรา	12 (44.4%)	15 (55.6%)	
บุหรี่			
ไม่เคยสูบบุหรี่	12 (38.7%)	19 (61.3%)	0.751
เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	27 (45.8%)	32 (54.2%)	
สูบบุหรี่	5 (50.0%)	5 (50.0%)	

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้า Day1 After CAG (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะวิตกกังวลและหรือ ซึมเศร้า		P Value
	มี	ไม่มี	
ประวัติโรคจิตเวช			
เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช	5 (83.3%)	1 (16.7%)	0.045*
ไม่เคยมีประวัติการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช	39 (41.5%)	55 (58.5%)	
ประวัติครอบครัว			
มีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวช	5 (55.6%)	4 (44.4%)	0.464
ไม่มีบุคคลครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวช	39 (42.9%)	52 (57.1%)	
Functional Class			
Functional Class 1-2	15 (27.3%)	40 (72.7%)	<0.001*
Functional Class 3	29 (64.4%)	16 (35.6%)	
ประวัติการใช้ยาทางจิตเวช			
เคยใช้	17 (48.6%)	18 (51.4%)	0.499
ไม่เคยใช้	27 (41.5%)	38 (58.5%)	
ประวัติการนอนโรงพยาบาล(1ปี)			
ไม่ได้นอนรพ.มาก่อนAdmitครั้งนี้	15 (35.7%)	27 (64.3%)	0.047*
นอนรพ.ก่อนAdmitครั้งนี้ 1 ครั้ง	20 (44.4%)	25 (55.6%)	
นอนรพ.ก่อนAdmitครั้งนี้ 2 ครั้งขึ้นไป	9 (69.2%)	4 (30.8%)	
การรักษาครั้งก่อน			
ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน	28 (43.8%)	35 (56.3%)	0.946
เคยได้รับการรักษามาก่อน(สวนหัวใจ/ผ่าตัด)	16 (44.4%)	20 (55.6%)	
ผลการสวนหัวใจ			
Normal coronary artery/ Non-sig CAD	6 (23.1%)	20 (76.9%)	
Single Vessel Disease	3 (21.4%)	11 (78.6%)	0.004*
Double Vessel Disease	6 (46.2%)	7 (53.8%)	
Triple Vessel Disease/Multi-vessel Disease	29 (61.7%)	18 (38.3%)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ P < 0.05

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้า Day1 After CAG (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะวิตกกังวลและหรือ ซึมเศร้า		P Value
	มี	ไม่มี	
ภาวะแทรกซ้อนหลังทำการสวนหัวใจ (Day1)			
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	42 (45.7%)	50 (54.3%)	0.259
มีภาวะแทรกซ้อน	2 (25.0%)	6 (75.0%)	
Status หลังป่วยเป็นโรคหัวใจ			
ทำงาน/ออกจากบ้าน	17 (35.4%)	31 (64.6%)	0.139
ทำงานอยู่บ้าน	7 (41.2%)	10 (58.8%)	
ไม่ทำอะไร/อยู่เฉยๆ	20 (57.1%)	15 (42.9%)	

จากตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆที่นำมาศึกษาได้แก่ เพศ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะทางการเงิน ประวัติการใช้ยาเสพติด ประวัติโรคทางจิตเวช ประวัติการมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวช ประวัติการใช้ยาทางจิตเวช Functional class ประวัติการนอนโรงพยาบาล การเคยได้รับการรักษาทางหัวใจมาก่อน ผลการสวนหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนหลังทำการสวนหัวใจ และStatus หลังป่วยเป็นโรคหัวใจเมื่อนำมาหาค่าความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้าพบว่า มี 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้า คือ 1. ประวัติที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช (P 0.045) 2. Functional class (P<0.001) 3. ประวัติการเคยนอนโรงพยาบาล(1ปี) (P<0.047) 4. ผลการสวนหัวใจ (P 0.004)

2.2.วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้ากับการเจ็บป่วยและการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลและหรือซึมเศร้ากับการเจ็บป่วยและการกลับเข้านอนโรงพยาบาลหลังสวนหัวใจ 3 เดือน

การเจ็บป่วยและการกลับเข้านอน โรงพยาบาลหลังสวนหัวใจ 3 เดือน	ภาวะวิตกกังวลและหรือซึมเศร้า		P Value
	มี	ไม่มี	
มี	26 (70.3%)	11 (29.7%)	P <0.001*
ไม่มี	16 (28.6%)	40 (71.4%)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ P < 0.05

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้ากับการเจ็บป่วยและกลับเข้ามานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังทำการสวนหัวใจ 3 เดือนพบว่า มีสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P<0.001

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ของประวัติโรคทางจิตเวช Functional class ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ (1ปี) ผลการสวนหัวใจ

วิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกโดยหาปัจจัยทำนายเกิดภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสวนหัวใจ โดยใส่ตัวแปร เพศ อายุ Functional class ผลการสวนหัวใจ ประวัติโรคทางจิตเวช และประวัติการเคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจใน 1 ปี พบว่าการวิเคราะห์ครั้งที่ 1 ปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ Functional class และผลการสวนหัวใจ จากการวิเคราะห์ครั้งที่ 2 ได้ค่าสถิติดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการสวนหัวใจและการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่ศูนย์หัวใจสิรินธร รพ.พระมงกุฎเกล้า

ตัวแปร	B	S.E.	OR	95% C.I.		p-value
				Lower	Upper	
เพศ	-0.076	0.693	0.012	0.238	3.603	0.912
อายุ	-0.030	0.026	1.306	0.921	1.022	0.253
Functional Class	1.785	0.511	12.211	2.190	16.226	0.000*
ผลการสวนหัวใจ	0.509	0.168	9.220	1.198	2.312	0.002*

Chi-square = 4.363 df = 8 P-value = 0.823 Nagelkerke R square = 0.316

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

จากตารางที่ 5 พบว่าตัวแปรที่เป็นปัจจัยทำนาย การมีภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ Functional class ของผู้ป่วยก่อนทำการรักษา และผลของการสวนหัวใจ โดย Functional class ที่แย่งลงและผลการสวนหัวใจที่พบว่ามีพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรง จะทำนายการมีภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้า 12.2 เท่าและ 9.2 เท่า ตามลำดับเมื่อเทียบกับกลุ่ม Functional class ที่ดีและ กลุ่มที่มีผลการสวนหัวใจที่พบพยาธิสภาพที่รุนแรงน้อยกว่า

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาความชุกของอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการสวนหัวใจและการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่ศูนย์หัวใจสิรินธร รพ.พระมงกุฎเกล้า ศึกษาไปข้างหน้า 3 เดือนนั้น ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจอยู่ในระดับรุนแรงเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลทั่วไป เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย ผู้ป่วยมีทั้งเข้ามารับการรักษาเองและรับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น โดยการดำเนินการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ดำเนินงานโดยศูนย์หัวใจสิรินธร มีจำนวนเตียงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแบ่งเป็น CCU 9 เตียง Semi-CCU 8 เตียง ห้องพิเศษจำนวน 12 เตียง ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย 3-5 วัน มีทั้งผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยที่นัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อทำการ

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (สัดส่วนประชากรในไทยคิดเป็นอัตราส่วนเพศ ชาย 96.2 คนต่อหญิง 100 คน) เฉพาะผู้รับบริการที่ศูนย์หัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ด้วยระบบโครงสร้างหน่วยงานที่เอื้อต่อประชากรกลุ่มข้าราชการทหารและครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และความเสี่ยงที่พบการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอายุที่เท่ากัน ทำให้พบประชากรเป็นเพศชายมากถึงร้อยละ 81 (เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของอิซา จันทนทัศน์ และคณะ⁽²⁹⁾ ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่โรงพยาบาลศิริราช (2556) พบเพศชายร้อยละ 62.1) อายุของผู้ป่วยเฉลี่ย 64.73 ปี (SD = 9.42) ซึ่งตรงกับกลุ่มประชากรที่พบในการศึกษาอื่นๆ ที่จะพบผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอายุเฉลี่ยประมาณ 65 ปี สถานะภาพสมรสร้อยละ 86 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีความกระจายตัวใกล้เคียงกันตั้งแต่ระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 3 ถึงระดับปริญญาตรี มีส่วนน้อยที่จบการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี ทั้งนี้สืบเนื่องจากลักษณะกลุ่มประชากรที่เป็นข้าราชการทหาร ระบบการศึกษาต่อจะเป็นการศึกษาต่อแบบเฉพาะทาง ซึ่งไม่ได้อยู่ในระบบปริญญา จึงพบกลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรีเพียงร้อยละ 8 สถานะทางการเงินส่วนใหญ่เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บร้อยละ 46 ซึ่งประชากรกลุ่มนี้ให้เหตุผลว่าระหว่างทรัพย์สินและหนี้สินมีมูลค่าเท่าๆกัน ประวัติการดื่มสุราและสูบบุหรี่ พบการดื่มสุราแล้วเลิกแล้วร้อยละ 55 เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้วร้อยละ 59 เหตุผลการเลิกส่วนใหญ่มาจากการมีปัญหาทางด้านสุขภาพ พบว่ามีประชากรที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชร้อยละ 6 เป็นโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจเฉลี่ย 27.86 เดือน (SD =

48.39) Functional class ส่วนใหญ่พบ Functional class 1-2 ร้อยละ 55 และ Functional class 3 ร้อยละ 45 แสดงถึงกลุ่มของประชากรอยู่ในระยะการดำเนินโรคในระดับ mild to moderate โรคประจำตัวที่พบมีโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 83 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 81 และเบาหวานร้อยละ 37 ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สอดคล้องกับผลการศึกษานี้⁽⁶⁾ ข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วยที่จะเข้ามารับการสวนหัวใจโดยอ้างอิงจากหลักฐานของการศึกษาและคำแนะนำในปัจจุบันแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่ม 1. ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือสงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ 2. ผู้ป่วยลิ้นหัวใจผิดปกติ 3. ผู้ป่วย acute ST-elevation myocardial infarction (STEMI) 4. ผู้ป่วย acute non ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI) ในกลุ่มประชากรที่ศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีการกระจายตัวอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและกลุ่มผู้ป่วย NSTEMI ผลการสวนหัวใจพบว่าส่วนใหญ่เป็น 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 ประวัติการเคยนอนโรงพยาบาลด้วยเรื่องโรคหัวใจใน 1 ปีที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลก่อนการรักษารั้งนี้ 1 ครั้งร้อยละ 45 ไม่เคยเข้ารับการรักษามาก่อนร้อยละ 42 และเคยเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไปร้อยละ 13 ตามลำดับ

จากการศึกษาพบความชุกของภาวะวิตกกังวลและหรือซึมเศร้าในการศึกษารั้งที่ 1 ร้อยละ 44 ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาอื่นก่อนหน้านี้ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหัวใจมีปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ที่รุนแรงร้อยละ 33- 64 ในช่วง 4 เดือนแรกที่ได้รับการวินิจฉัยโรค⁽³⁸⁾ โดยครั้งที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ย HADs (Anxiety) 6.90 (SD=3.20) คะแนนเฉลี่ย HADs (Depression) 5.42 (SD=3.40) สอดคล้องกับการศึกษาอื่นในครั้งก่อนที่พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีค่าคะแนนเฉลี่ย HADs (Anxiety) 4.25 (SD=4.271) และมีค่าคะแนนเฉลี่ย HADs (Depression) 4.71 (SD =4.493)⁽³⁹⁾ การศึกษารั้งที่ 2 มีผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้าร้อยละ 31.11 ค่าคะแนนเฉลี่ย HADs (Anxiety) 5.62 (SD=2.05) คะแนนเฉลี่ย HADs (Depression) 4.70 (SD=3.75) ซึ่งมีแนวโน้มลดลงจากการศึกษารั้งแรก อันเนื่องมาจากหลังทำการตรวจรักษาผู้ป่วยมีอาการของโรคดีขึ้น ภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้าจึงมีแนวโน้มลดลง มีผู้ที่ตรวจพบว่ามีอาการของภาวะวิตกกังวลและหรือซึมเศร้าแล้วเสียชีวิตภายในระยะเวลา 3 เดือนที่เก็บข้อมูล 2 ใน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.57

จากการศึกษาความชุกและปัจจัยสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าได้แก่ การเคยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาก่อน การเคยมีประวัติโรคทางจิตเวชมาก่อน การมีปัญหาการเงินและการใช้จ่ายกลุ่มยานอนหลับ⁽²⁹⁾ การศึกษาในครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีพบบ่อยเกี่ยวข้องกับภาวะภาวะวิตกกังวลและหรือซึมเศร้า ได้แก่ประวัติโรคทางจิตเวช Functional class ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ (1ปี) ผลการสวนหัวใจ ซึ่งมีสองปัจจัยที่มีความสอดคล้องกันคือ การเคยมีประวัติทางโรคจิตเวชมาก่อนและการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจมาก่อน

การศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้ากับการเจ็บป่วยและการกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้ามีการเจ็บป่วยและกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 3 เดือน ร้อยละ 70.3 มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องมาจากภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง การรับประทานยา และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับโรค มีการศึกษาการทำงานของเกร็ดเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าพบว่า การทำงานของเกร็ดเลือดมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล มากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเพียงอย่างเดียวหรือผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลโดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)¹² ซึ่งเป็นปัจจัยการทำนายการตีบซ้ำ (Re-stenosis) ของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีผู้ที่ตรวจพบว่ามีอาการของภาวะวิตกกังวลและหรือซึมเศร้าแล้วเสียชีวิตภายในระยะเวลา 3 เดือนที่เก็บข้อมูล 2 ใน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.57

การศึกษานี้พบว่า Functional class และ ผลของการสวนหัวใจ ที่บ่งบอกถึงพยาธิสภาพที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ความสามารถในการดูแลตนเองและลักษณะกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าของอิชิฮา จันทนต์ศน์และคณะ⁹ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ เคยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาก่อนเป็นปัจจัยทำนายการเกิดโรคซึมเศร้า สิ่งที่แตกต่างคือ สถานะทางการเงิน สาเหตุที่แตกต่างอาจเกิดจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างประชากรที่ทำการศึกษามีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน คือส่วนใหญ่เป็นข้าราชการทหารและครอบครัว ดังนั้นสถานะทางการเงิน และการมีปัญหาด้านการเงินจริงไม่แตกต่างกัน จึงไม่ใช่ปัจจัยที่สามารถใช้ทำนายการเกิดภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้าได้เช่นการศึกษาก่อนหน้านี้ ส่วนการมีประวัติว่าเป็นโรคทางจิตเวชมาก่อนแม้จะพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติแต่ไม่ใช่ปัจจัยที่จะสามารถใช้ทำนายการเกิดภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้าในประชากรที่ทำการศึกษากลุ่มนี้ได้

กล่าวโดยสรุปคือการศึกษาความชุกของอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการสวนหัวใจและการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่ศูนย์หัวใจสิรินธร รพ.พระมงกุฎเกล้า พบความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าค่อนข้างใกล้เคียงกันกับวิจัยในต่างประเทศคือพบร้อยละ 16-45²⁴⁻³¹ สำหรับสาเหตุของการเกิดภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แม้จะยังไม่สามารถสรุปสาเหตุที่ชัดเจน แต่จากที่มีการศึกษาเอาไว้ พบว่า สาเหตุเป็นไปได้ทั้งทางกลไกในร่างกายและปัจจัยทาง จิตใจสังคม เนื่องจากร่างกายของคนเรามีการทำงานเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับจิตใจ ดังนั้น ปัจจัยทางจิตใจและสังคม ก็เป็นปัจจัยกระตุ้นของโรคหัวใจได้ ในการศึกษาในครั้งนี้พบว่าภาวะวิตกกังวลและหรือภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันชัดเจนกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ระดับความรุนแรงของโรค รวมถึงการเจ็บป่วยและการกลับเข้ามาอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยหลังสวนหัวใจ



ข้อจำกัดในการวิจัยและตัวกวน (Limitations and Confounders)

1. กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งอาจส่งผลต่อการพบภาวะวิตกกังวลและหรือซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็ยงเบนไปจากกลุ่มปกติ
2. ศูนย์หัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยที่รับทั้งผู้ป่วยที่เข้ามารักษาด้วยตนเองและรับส่งต่อผู้ป่วยจากรพ.อื่น ดังนั้น ระดับความรุนแรงของโรครายกรณี อาจมีความรุนแรงและระยะการดำเนินของโรคที่เป็ยงเบนไปจากกลุ่มโรงพยาบาลระดับกลางหรือระดับเล็ก
3. จำนวนกลุ่มตัวอย่างและเวลาการเก็บข้อมูลที่น้อยเกินไป หากสามารถเพิ่มระยะเวลาที่ติดตามผลผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจพบข้อมูลการเจ็บป่วยหรือการกลับเข้ามาอนโรงพยาบาลได้มากขึ้น
4. ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุ จึงอาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่มารบกวนผลการศึกษาได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. หากมีการศึกษาติดตามผลผู้ป่วยต่อไปอีก 6 เดือนหรือ 1 ปี อาจพบรายละเอียดและจำนวนของผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลภาวะซึมเศร้ากับความสัมพันธ์ของการเจ็บป่วยและการกลับเข้ามารักษาตัวได้ชัดเจนมากขึ้น
2. การเก็บข้อมูลด้านการใช้สุรา บุหรี่ ควรเก็บเฉพาะเจาะจงถึงประเภทของสุราและบุหรี่ เพื่อสามารถอธิบายลักษณะการใช้ของกลุ่มตัวอย่างได้ดียิ่งขึ้น
3. ชนิดของการเจ็บป่วยและโรคที่กลับเข้ามารับการรักษในตัวในโรงพยาบาล ควรเก็บข้อมูลโดยแบ่งกลุ่มของสาเหตุของการเจ็บป่วยนั้นๆว่ามี สาเหตุจากโรคหัวใจ และไม่ใช่อาเหตุจากโรคหัวใจ เพื่อทราบสาเหตุ รายละเอียดที่ชัดเจนหรือสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อการป้องกันการกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลได้
4. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆที่อาจจะเกี่ยวข้องเพิ่ม เช่น การมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย



รายการอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข สก. จำนวนและอัตราตาย 11 โรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากรแสนคน ปี 2550-2555 จำแนกตามจังหวัดในเขตบริการสาธารณสุข และจำแนกตาม สคร. 12 เขต และภาพรวมประเทศ (รวมกรุงเทพมหานคร) 2556. Available from: <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.
2. โรงพยาบาลรามคำแหง. การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการใช้บอลลูน 2558. Available from: http://www.ram-hosp.co.th/balloon_n.html.
3. สุกนิชต์ มห. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. กรุงเทพมหานคร: ศรีชาอุการพิมพ์; 2539.
4. กสานติกุล ด. โรคซึมเศร้ารักษาหายได้. 1st ed. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์; 2542.
5. นิธิ มหานนท์ ปศ, สรณ บุญใบชัยพลกษ. . กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. . 1st ed. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พริ้นติ้งเฮ้าส์; 2543.
6. และคณะ. ป. ศาสตร์และศิลป์ ในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด. . 1st ed. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มิตรสัมพันธ์; 2553.
7. ลือบุญธวัชชัย อ. พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
8. สุขะตุงคะ. ก. สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเมเร็งและผู้ป่วยเรื้อรัง, . กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
9. ดิษยวนิช จดแ. ความเครียด ความวิตกกังวลและสุขภาพ. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
10. Laria Sa. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. St. Louis Missouri: (n.p.); 2001.
11. อังกุล ท. การเปรียบเทียบระหว่างวิธีการรักษาทางจิตเวชมาตรฐานกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับวิธีการรักษาทางจิตเวชมาตรฐานในผู้ป่วยโรควิตกกังวล [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
12. SJ SGaS. Principle and Practice of Psychiatric Nursing. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1987.
13. Bellack AS HM. Behavioral assessment : a practical handbook. 4th ed. Boston: Allyn and Bacon; 1998.

14. Kaplan HI SB, Grebb JA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 7th ed. Baltimore: Williams & Wikins; 1994.
15. ลือบุญธวัชชัย พ. ความชุกและปัจจัยทางจิตสังคมของโรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้าในผู้ป่วย มะเร็งเต้านม. . วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2550;90:2164-74.
16. ห่อรุ่งเรืองวงษ์ ช. ความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือด สมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
17. รัชตะสังข์ ภ. ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรค มะเร็งต่อม น้ำเหลืองซึ่งได้รับยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
18. Beck AT SR, Ball and Ranieri WF. Comparison of Beck Depression Inventories - IA and -II in psychiatric outpatients. Journal of Personality assessment. 1996;67:588-97.
19. BJ KHaS. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry :behavioral science, Clinical psychiatry. Baltimore: Williams& Wilkins; 1997.
20. ลิขนะพิชิตกุล อตต. การหย่าร้างของบิดามารดาและภาวะซึมเศร้าในเด็ก. วารสารกุมารเวช ศาสตร์. 2535;31:112-21.
21. วัชรสินธุ อ. ภาวะซึมเศร้า. In: วันเพ็ญ บุญประกอบ อส, นงพงา ลิ้มสุวรรณ, editor. จิตเวช เด็กสำหรับกุมารแพทย์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์ 2538. p. 225-32.
22. D K. Mood disorders in Psychiatry. Philadelphia: WBSauders Co; 1999.
23. Kasantikul D LN, Karjanathanalers N, rt al. Health-related self-report(HRSR) SCALE: The diagnostic screening test for depression inThai population. J Med Assoc Thai 1997:647-57.
24. Lana L. Watkins G GK, Andrew Sherwood, James A. Blumenthal, Jonathan R.T. Davidson, Christopher O'Connor, et al. Association of Anxiety and Depression With All-Cause Mortality in Individuals With Coronary Heart Disease. Journal of the American Heart Association. 2013.
25. Mary A. Whooley PdJ, Eric Vittinghoff, Christian Otte, et al. Depressive Symptoms, Health Behaviors, and Risk of Cardiovascular Events

in Patients With Coronary Heart Disease. American Medical Association. 2008;Vol 300, No 20:2379-88.

26. Berkay Ekici EAE, Sengul Cehreli, Hasan Fehmi Töre. The effect of emotional status and health-related quality of life on the severity of coronary artery disease. *Kardiologia Polska (Polish Heart Journal)*. 2008:617-23.

27. Ozer ZC SF, Tokem Y. Evaluation of anxiety and depression levels in patients with myocardial infarction. *Arch Turk Soc Cardiol*. 2009;37(8):557-62.

28. Nancy Frasure-Smith PFOlR, MD. Depression and Anxiety as Predictors of 2-Year Cardiac Events in Patients With Stable Coronary Artery Disease. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(1):62-71.

29. อธิชา จันทนทัศน์ พบ. กวพ, สนทรรศ บุชราทิจ พบ., รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ พบ. ความชุกและปัจจัยสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2556;58(1):17-28.

30. Wei Jiang MK, Michael S. Cuffe, et al. Prognostic Value of Anxiety and Depression in Patients With Chronic Heart Failure. *Circulation*. 2004;110:3452-6.

31. Mohammad Tajfard MG-M, Hamid Reza Rahimi, et al. Anxiety, Depression and Coronary Artery Disease among Patients Undergoing Angiography in Ghaem Hospital, Mashhad, Iran. *Health*. 2014;6:1108-15.

32. M. Urooj Zafar MP-Y, Daichi Shimbo, et al. Anxiety is a better predictor of platelet reactivity in coronary artery disease patients than depression. *European Heart Journal*. 2010;31:1573-82.

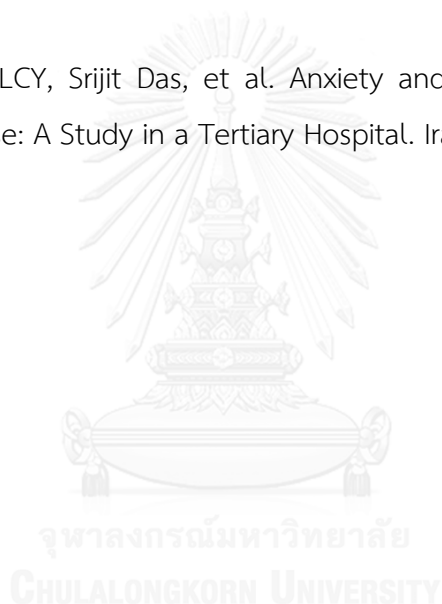
33. Woldecherkos A. Shibeshi YY-X, Charles M. Blat. Anxiety Worsens Prognosis in Patients With Coronary Artery Disease. *Journal of the American College of Cardiology*. 2007;49:2021-7.

34. Murat Sunbul SBZ, Erdal Durmus, et al. Anxiety and Depression in Patients with Coronary Artery Disease. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2013;23:345-52.

35. Annelieke M. Roest EJM, Peter de Jonge, Johan Denollet. Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease

A Meta-Analysis. *Journal of the American College of Cardiology*. 2010;56:38-46.

36. Wei Jiang JA, Eric Christopher, Maragatha Kuchibhatla, Laura H. Gaulden, Michael S. Cuffe, et al. Relationship of Depression to Increased Risk of Mortality and Rehospitalization in Patients With Congestive Heart Failure. *Arch Intern Med.* 2001;161(15):1849-56.
37. ธนา นิลชัยโกวิทย์ มห, อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช. . การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. . วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539;41(1):18-30.
38. Dixon T LL, Powell H, et al. Psychosocial experiences of cardiac patients in early recovery: a community-based study. *Journal of Advance Nursing* 2000;31:1368-75.
39. Ho Siew Eng LCY, Srijit Das, 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.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

เรื่อง ความชุกของอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการสวนหัวใจ และการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่ศูนย์หัวใจสิรินธร รพ.พระมงกุฎเกล้า ศึกษาไปข้างหน้า 3 เดือน

ครั้งที่ 1

1.แบบสอบถามสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม มี 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน จำนวน 19 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า จำนวน 14 ข้อ

2.ให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามแต่ละส่วนอย่างละเอียดจนเข้าใจ ก่อนลงมือทำ และให้ตอบแบบสอบถาม ตามความเป็นจริงมากที่สุด ท่านสามารถจะเว้นไม่ตอบในคำถามที่ไม่เต็มใจ/ไม่ยากตอบได้ โดยไม่ต้องเขียนชื่อ นามสกุล ลงใน แบบสอบถามชุดนี้

3. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอเป็นรายบุคคลแต่อย่างใด

4.แบบสอบถามทั้งหมดนี้ใช้เวลาในการตอบประมาณ 30-45 นาที

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้
 ร้อยโทหญิงภรณ์ชญา ภูสง่า
 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (สำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม) ครั้งที่ 1

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

ชาย (1)

หญิง (2)

2. อายุปี

3. สถานภาพการสมรส

โสด (1)

คู่ (2)

หม้าย (3)

หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (4)

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

ต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 3 (1)

มัธยมปลาย, ปวช (2)

อนุปริญญา, ปริญญาตรี, ปวส (3)

สูงกว่าปริญญาตรี (4)

5. อาชีพ

ประกอบอาชีพได้ตามปกติ (1)

ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (2).

6. สถานะทางการเงินของท่านเป็นอย่างไร

เพียงพอ, เหลือเก็บ (1)

เพียงพอ, ไม่เหลือเก็บ (2)

ไม่เพียงพอ, มีหนี้สิน (3)



7. สิทธิการรักษาพยาบาล

- จ่ายเงินเอง (1)
 เบิกราชการ/วิสาหกิจ (2)
 ประกันสังคม (3)
 โครงการ 30 บาท/บัตรผู้สูงอายุ/พระภิกษุ (4)

8. การใช้สารเสพติด

ไม่มี (1)

มี (2)

ถ้ามีทำเครื่องหมาย และระบุปริมาณที่ใช้, ระบุลักษณะการใช้

.....แอลกอฮอล์ /

ไม่เคยดื่ม (1)

ดื่มเป็นครั้งคราว ระบุ...../..... (2)

มีอาการติดสุรา (3)

เคยดื่มแต่เลิกแล้ว (4)

.....สูบบุหรี่ /

ไม่เคยสูบ (1)

สูบเป็นครั้งคราว ระบุ...../..... (2)

มีอาการติดบุหรี่ (3)

เคยสูบแต่เลิกแล้ว (4)

.....อื่นๆ (ระบุ) /.....

ไม่เคยใช้ (1)

ใช้เป็นครั้งคราว ระบุ...../..... (2)

มีอาการติด (3)

เคยใช้แต่เลิกแล้ว (4)

9. ประวัติโรคทางจิตเวช

9.1 ในครอบครัวของท่านมีบุคคลใดมีประวัติโรคทางจิตเวชหรือไม่

ไม่มี (1)มี (2)

ถ้ามีโปรดระบุ..... ความสัมพันธ์กับท่านคือ.....

9.2 ท่านมีประวัติการเจ็บป่วยทางโรคจิตเวชหรือไม่

ไม่มี (1)มี (2)

ถ้ามีโปรดระบุ.....

10. ท่านมีประวัติการใช้ยาในกลุ่มของยาต้านการซึมเศร้าหรือยาคลายกังวลหรือไม่

ไม่มี (1)มี (2)

ถ้ามีโปรดระบุ.....

ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย

11. ระยะเวลาที่เป็นโรคหัวใจปี.....เดือน

12. โปรดทำสัญลักษณ์ O หน้าข้อที่สัมพันธ์กับระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของท่าน

ระดับ	ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน *
I	เป็นโรคหัวใจแต่สามารถออกกำลังกายต่าง ๆ ได้ โดยไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ การออกกำลังกายตามปกติไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยหอบ หรือเจ็บแน่นหน้าอก
II	เป็นโรคหัวใจที่มีผลต่อการออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย ไม่มีอาการในขณะพัก สามารถออกกำลังกายเบาๆตามปกติในชีวิตประจำวันได้ การออกกำลังกายค่อนข้างหนักหรือหักโหมจะทำให้เกิดอาการ อ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยหอบ หรือเจ็บแน่นหน้าอก
III	เป็นโรคหัวใจที่มีผลอย่างมากต่อการออกกำลังกาย ไม่มีอาการในขณะพัก การออกแรงตามปกติในชีวิตประจำวัน จะทำให้เกิดอาการ อ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยหอบ หรือเจ็บแน่นหน้าอก
IV	เป็นโรคหัวใจที่ไม่สามารถออกแรงโดยไม่มีอาการได้เลย อาการดังกล่าวเกิดขึ้นแม้ขณะพัก แต่จะเป็นมากขึ้นเมื่อออกแรงเพียงเล็กน้อย อาการที่เกิดขึ้นอาจเป็นผลมาจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย มีสารน้ำหรือเลือดคั่งในปอดหรือของร่างกาย หรือเจ็บแน่นหน้าอก

13. ประวัติโรคประจำตัวอื่น

ไม่มี (1)

มี (2)

ถ้ามีโปรดระบุ.....

14. ประวัติการใช้ยา (โปรดระบุยาที่ท่านใช้ประจำ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

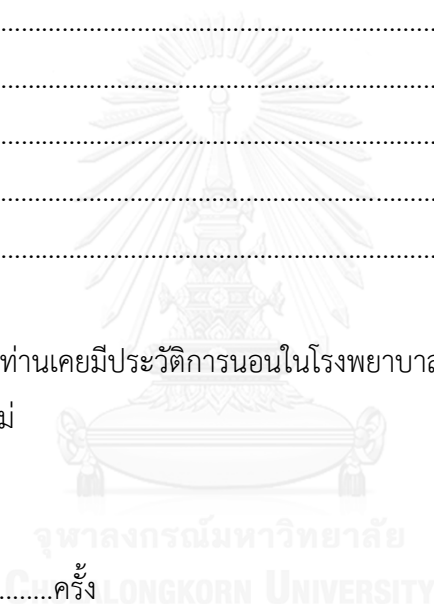
.....

15. ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยมีประวัติการนอนในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ หรือภาวะแทรกซ้อนหรือไม่

ไม่เคย (1)

เคย (2)

เคยนอนโรงพยาบาล ครั้ง



16. ท่านได้รับการรักษาโรคหัวใจชนิดใดมาก่อนบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ไม่เคย (1)

การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือขดลวด (2)

การผ่าตัดต่อเส้นเลือด (3)

17. ผลการสวนหัวใจในครั้งนี้

.....

18. ภาวะแทรกซ้อนหลังจากการสวนหัวใจในครั้งนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

มีก้อนเลือดบริเวณที่แทงเข็มสวนหัวใจ (Hematoma) (1)

มีเลือดออก (Bleeding) (2)

มีภาวะความดันโลหิตต่ำ (Vasovagal) (3)

มีอาการอ่อนแรง (Acute Stroke) (4)

มีการเสื่อมลงของไต (Cr Rising) (5)

อื่นๆ โปรดระบุ..... (6)

ข้อมูลด้านจิตสังคม

19. การเจ็บป่วยในครั้งนี้ทำให้บทบาทหน้าที่ หรืออาชีพของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่

ไม่เปลี่ยน (1)

เปลี่ยน (2)

ถ้าเปลี่ยนโปรดระบุ.....



ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม Thai Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่านเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของท่าน ในขณะที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้นโปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ตามความเป็นจริงโปรดตอบตัวเลือกที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และกรุณาตอบทุกข้อ

1. ฉันรู้สึกตึงเครียด

เป็นส่วนใหญ่ (3)

บ่อยครั้ง (2)

เป็นบางครั้ง (1)

ไม่เป็นเลย (0)

2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันเคยชอบได้

เหมือนเดิม (0)

ไม่มากเท่าแต่ก่อน (1)

มีเพียงเล็กน้อย (2)

เกือบไม่มีเลย (3)

3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น

มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย (3)

มี แต่ไม่มากนัก (2)

มีเพียงเล็กน้อย และไม่ทำให้กังวลใจ (1)

ไม่มีเลย (0)

4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆได้

เหมือนเดิม (0)

ไม่มากนัก (1)

มีน้อย (2)

ไม่มีเลย (3)

5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล

- เป็นส่วนใหญ่ (3)
 บ่อยครั้ง (2)
 เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย (1)
 นานๆครั้ง (0)

6. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน

- ไม่มีเลย (3)
 ไม่บ่อยนัก (2)
 เป็นบางครั้ง (1)
 เป็นส่วนใหญ่ (0)

7. ฉันสามารถทำตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย

- ได้ดีมาก (0)
 ได้โดยทั่วไป (1)
 ไม่บ่อยนัก (2)
 ไม่ได้เลย (3)

8. ฉันรู้สึกว่าคุณคิดอะไร ทำอะไร เชื่องช้าลงกว่าเดิม

- เกือบตลอดเวลา (3)
 บ่อยมาก (2)
 เป็นบางครั้ง (1)
 ไม่เป็นเลย (0)

9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนในท้อง

- ไม่เป็นเลย (0)
 เป็นบางครั้ง (1)
 ค่อนข้างบ่อย (2)
 บ่อยมาก (3)

10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัวไม่สนใจตนเอง

- ใช่ (3)
 ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร (2)
 ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน (1)
 ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม (0)

11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้

เป็นมากที่สุดเลย (3)

ค่อนข้างมาก (2)

ไม่มากนัก (1)

ไม่เป็นเลย (0)

12. ฉันมองสิ่งต่างๆในอนาคต ด้วยความเบิกบานใจ

มากเท่าที่เคยเป็น (0)

ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น (1)

น้อยกว่าที่เคยเป็น (2)

เกือบจะไม่มีเลย (3)

13. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน

บ่อยมาก (3)

ค่อนข้างบ่อย (2)

ไม่บ่อยนัก (1)

ไม่มีเลย (0)

14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆที่เคย

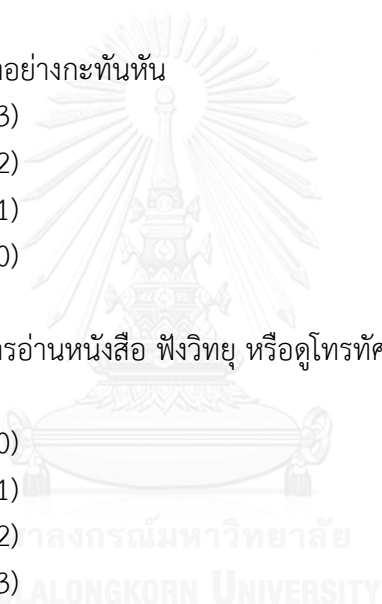
เพลิดเพลินได้

เป็นส่วนใหญ่ (0)

เป็นบางครั้ง (1)

ไม่บ่อยนัก (2)

น้อยมาก (3)



คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

เรื่อง ความชุกของอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการสวนหัวใจ และการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่ศูนย์หัวใจสิรินธร รพ.พระมงกุฎเกล้า ศึกษาไปข้างหน้า 3

เดือน

ครั้งที่ 2

1.แบบสอบถามสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม มี 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า จำนวน 14 ข้อ

2.ให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามแต่ละส่วนอย่างละเอียดจนเข้าใจ ก่อนลงมือทำ และให้ตอบแบบสอบถาม ตามความเป็นจริงมากที่สุด ท่านสามารถจะเว้นไม่ตอบในคำถามที่ไม่เต็มใจ/ไม่ยากตอบได้ โดยไม่ต้องเขียนชื่อ นามสกุล ลงใน แบบสอบถามชุดนี้

3. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอเป็นรายบุคคลแต่อย่างใด

4.แบบสอบถามทั้งหมดนี้ใช้เวลาในการตอบประมาณ 30-45 นาที

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

ร้อยโทหญิงภรณ์ชญา ภูสง่า

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (สำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม) ครั้งที่ 2

1. โปรดทำสัญลักษณ์ O หน้าข้อที่สัมพันธ์กับระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของท่าน ณ เวลานี้

ระดับ	ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน *
I	เป็นโรคหัวใจแต่สามารถออกกำลังกายต่าง ๆ ได้ โดยไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ การออกกำลังกายตามปกติไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยหอบ หรือเจ็บแน่นหน้าอก
II	เป็นโรคหัวใจที่มีผลต่อการออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย ไม่มีอาการในขณะพัก สามารถออกกำลังกายเบาๆตามปกติในชีวิตประจำวันได้ การออกกำลังกายค่อนข้างหนักหรือหักโหมจะทำให้เกิดอาการ อ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยหอบ หรือเจ็บแน่นหน้าอก
III	เป็นโรคหัวใจที่มีผลอย่างมากต่อการออกกำลังกาย ไม่มีอาการในขณะพัก การออกกำลังกายตามปกติในชีวิตประจำวัน จะทำให้เกิดอาการ อ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยหอบ หรือเจ็บแน่นหน้าอก
IV	เป็นโรคหัวใจที่ไม่สามารถออกกำลังกายโดยไม่มีอาการได้เลย อาการดังกล่าวเกิดขึ้นแม้ขณะพักแต่จะเป็นมากขึ้นเมื่อออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย อาการที่เกิดขึ้นอาจเป็นผลมาจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย มีสัหรือน้ำหรือเลือดคั่งในปอดหรือของร่างกาย หรือเจ็บแน่นหน้าอก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. หลังออกจากโรงพยาบาลท่านมีอาการทางโรคหัวใจดังต่อไปนี้หรือไม่

เหนื่อยเวลาออกกำลังกาย	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
เจ็บแน่นหน้าอก	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
นอนราบไม่ได้	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
มือเท้าบวม	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
ใจสั่น หัวใจเต้นแรง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี

3. ภาวะแทรกซ้อนหลังทำสวนหัวใจ

ไม่มี (1)มี (2)มีก้อนเลือดบริเวณที่แทงเข็มสวนหัวใจ (Hematoma) (1)มีเลือดออกบริเวณที่แทงเข็ม (Bleeding) (2)ปัสสาวะออกน้อย มีการเสื่อมลงของไต (Cr Rising) (3)อื่นๆ โปรดระบุ..... (4)

4. การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจกระทบต่อชีวิตประจำวันหรืองานของท่านหรือไม่

กระทบ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวันและไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ

 (1)

กระทบต่อการทำงาน แต่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้

 (2)

ไม่กระทบ สามารถใช้ชีวิตประจำวันและทำงานได้ตามปกติ

 (3)

5. หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลท่านมีอาการเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุหรือไม่ ถ้ามีโปรด

ระบุ

ไม่มี (1)มี (2)

โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม Thai Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่านเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของท่าน ในขณะที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้นโปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ตามความเป็นจริงโปรดตอบตัวเลือกที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และกรุณาตอบทุกข้อ

1. ฉันรู้สึกตึงเครียด

เป็นส่วนใหญ่ (3)

บ่อยครั้ง (2)

เป็นบางครั้ง (1)

ไม่เป็นเลย (0)

2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันเคยชอบได้

เหมือนเดิม (0)

ไม่มากเท่าแต่ก่อน (1)

มีเพียงเล็กน้อย (2)

เกือบไม่มีเลย (3)

3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น

มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย (3)

มี แต่ไม่มากนัก (2)

มีเพียงเล็กน้อย และไม่ทำให้กังวลใจ (1)

ไม่มีเลย (0)

4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆได้

เหมือนเดิม (0)

ไม่มากนัก (1)

มีน้อย (2)

ไม่มีเลย (3)

5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล

- เป็นส่วนใหญ่ (3)
- บ่อยครั้ง (2)
- เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย (1)
- นานๆครั้ง (0)

6. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน

- ไม่มีเลย (3)
- ไม่บ่อยนัก (2)
- เป็นบางครั้ง (1)
- เป็นส่วนใหญ่ (0)

7. ฉันสามารถทำตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย

- ได้ดีมาก (0)
- ได้โดยทั่วไป (1)
- ไม่บ่อยนัก (2)
- ไม่ได้เลย (3)

8. ฉันรู้สึกว่าคุณคิดอะไร ทำอะไร เชื่องช้าลงกว่าเดิม

- เกือบตลอดเวลา (3)
- บ่อยมาก (2)
- เป็นบางครั้ง (1)
- ไม่เป็นเลย (0)

9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนในท้อง

- ไม่เป็นเลย (0)
- เป็นบางครั้ง (1)
- ค่อนข้างบ่อย (2)
- บ่อยมาก (3)

10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัวไม่สนใจตนเอง

- ใช่ (3)
- ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร (2)
- ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน (1)
- ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม (0)

11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้

เป็นมากที่สุดเลย (3)

ค่อนข้างมาก (2)

ไม่มากนัก (1)

ไม่เป็นเลย (0)

12. ฉันมองสิ่งต่างๆในอนาคต ด้วยความเบิกบานใจ

มากเท่าที่เคยเป็น (0)

ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น (1)

น้อยกว่าที่เคยเป็น (2)

เกือบจะไม่มีเลย (3)

13. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน

บ่อยมาก (3)

ค่อนข้างบ่อย (2)

ไม่บ่อยนัก (1)

ไม่มีเลย (0)

14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆที่เคย

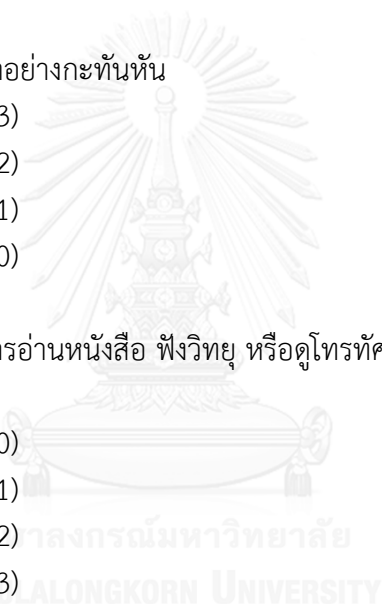
เพลิดเพลินได้

เป็นส่วนใหญ่ (0)

เป็นบางครั้ง (1)

ไม่บ่อยนัก (2)

น้อยมาก (3)



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ ร้อยโทหญิงภรณ์ชญา ภูสง่า

วัน เดือน ปีเกิด 2 กรกฎาคม 2531 จังหวัด สุรินทร์ ปัจจุบันอายุ 28 ปี

พ.ศ. 2551 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2557 กำลังศึกษาในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัจจุบัน ทำงานในตำแหน่ง พยาบาล สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

