



สภาพการำหน้าที ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในพุททีได้รับการฝังเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ

Functional Status, Anxiety and Depression among Persons with Automatic Implantable Cardioverter Debrillator

| | | | | | |
|----------|-------------|----------|-----------|---------------|----------|
| ศิริวรรณ | มีมะจำ | พย.ม.* | Siriwan | Meemajam | M.N.S.* |
| มยูลี | สำราญญาติ | พย.ด.** | Mayulee | Somrarnyart | Ph.D.** |
| จิราภรณ์ | เดชะอุดมเดช | ปร.ด.*** | Chiraporn | Tachaudomdach | Ph.D.*** |

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันที่เกิดจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง เป็นสาเหตุสำคัญ ของ การเสียชีวิต การฝังเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัตินอกจากจะเป็นวิธีการรักษาเพื่อช่วยชีวิตแล้ว ยังส่งผล กระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจและสังคม การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพ การทำหน้าที่ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในพุททีได้รับการฝังเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ ณ หน่วย ตรวจพิเศษโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบภายนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ส่งแบบสอบถามทาง ไปรษณีย์ให้กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 125 ราย ได้รับแบบสอบถามคืน 95 ราย คิดเป็นร้อยละ 76 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินสภาพการ ทำหน้าที่ 3) แบบประเมินความวิตกกังวลแบ่งเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ และความวิตกกังวลแบบแฝง 4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ พิสัย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่า ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานระดับดีร้อยละ 71.60 มีความพร้อม ในการทำหน้าที่ร้อยละ 28.40 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลางระดับดีร้อยละ 45.30 มีความพร้อมในการ ทำหน้าที่ร้อยละ 54.70 ด้านอารมณ์ มีสุขภาพจิตระดับดีร้อยละ 50.50 มีความพร้อม ในการทำหน้าที่ร้อยละ 49.50 ด้านสังคม มีการทำงานระดับดีร้อยละ 26.30 มีความพร้อมในการทำหน้าที่ร้อยละ 73.70 มีกิจกรรม ทางสังคมระดับดีร้อยละ 55.80 มีความพร้อมในการทำหน้าที่ร้อยละ 44.20 มีคุณภาพในการเข้าสังคมระดับดี ร้อยละ 69.50 และมีความพร้อมในการทำหน้าที่ร้อยละ 30.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลแบบ แฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญ ร้อยละ 90.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 76.80 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อย ละ 11.60 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 8.40 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และร้อยละ 3.20 มี ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ผลการศึกษาในครั้งนี้ได้ข้อมูลปัญหาด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง สุขภาพจิต สังคมและ

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Professional Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, maylon_mild@yahoo.com

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



ความวิตกกังวลที่ควรนำเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่ได้รับการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ เพื่อหาแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ที่ได้รับการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติต่อไป

คำสำคัญ: สภาพการทำงานที่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ

Abstract

Sudden cardiac arrest from severe cardiac arrhythmia is a common cause of death. The implantation of an automatic cardioverter defibrillator is not only life saving therapy but it also affects physical, psychological, and social function. The objectives of this descriptive study were to survey the functional status, anxiety and depression of persons with automatic implantable cardioverter defibrillator who received care from the cardiovascular specialty noninvasive unit at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. One hundred and twenty-five subjects were purposively selected and questionnaires were sent by mail. Ninety-five subjects returned questionnaires which accounted for 76%. Data collection instruments included: 1) Demographic Data Recording Form, 2) The Functional Status Questionnaire, 3) The State-Trait Anxiety Inventory Form Y: STAI Form Y-1 and STAI Form Y- 2 and 4) Beck Depression Inventory IA (BDI-IA) Data were analyzed using descriptive statistics; range, frequency, percent, mean, and standard deviation.

The findings showed that subjects had basic activities of daily living scores at a good level 71.60% and scored at functional disability 28.40%, scored at intermediate activities of daily living 45.30% and scored at functional disability 54.70%. Subjects had mental health scores at a good level 50.50% and scored at functional disability 49.50%. Subjects had work performance scores at a good level 26.30% and scored at functional disability 73.70%, social activities scores at a good level 55.80% and scored at functional disability 44.20%, quality of interaction scores at a good level 69.50% and scored at functional disability 30.50%. The majority of subjects had trait and state anxiety 90.50%. The majority of subjects did not have depression 76.80%, mild depression 11.60%, moderate depression 8.40% and severe depression 3.20%.

Study findings showed the problems related to impaired intermediate activities of daily living, mental health, social function and anxiety. This finding should be presented to the relevant departments whom taking care of the automatic implantable cardioverter defibrillator patients to work for an improvement of nursing care.

Key words: Functional status, Anxiety, Depression, Implantable cardioverter defibrillator



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติเป็นวิธีการรักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง ได้อย่างทันที่ ซึ่งภาวะดังกล่าวได้แก่ ภาวะหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะชนิดเร็ว (ventricular tachycardia [VT]) และภาวะหัวใจห้องล่างเต้นพลิ้ว (ventricular fibrillation [VF]) (Palacios - Cena et al., 2011) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะทั้ง 2 ชนิด เป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตได้ การเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรงร้อยละ 80 เกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (coronary) ทำให้มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและมีรอยแผลเป็นในกล้ามเนื้อหัวใจนำไปสู่การนำไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ จึงมีหัวใจเต้นผิดจังหวะทำให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (sudden cardiac arrest) ส่วนสาเหตุอื่น ๆ เกิดจากความผิดปกติทางโครงสร้างหัวใจ ความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ (electrolytes) ภาวะพิษจากยา และความผิดปกติทางพันธุกรรม (Atwater & Daubert, 2012)

ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญทั่วโลก ในสหรัฐอเมริกาพบผู้เสียชีวิตจากภาวะนี้ 450,000 รายต่อปีซึ่งเป็นอัตราการเสียชีวิตที่พบมากกว่าโรคเอดส์ มะเร็งปอด และมะเร็งเต้านม (Palacios - Cena et al., 2011) ในปัจจุบันมีวิธีการรักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เพื่อเป็นการป้องกันภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันด้วยกันหลายวิธี การรักษาด้วยยาต้านหัวใจเต้นผิดจังหวะเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลวิธีหนึ่ง แต่ประสิทธิภาพก็ยังไม่เพียงพอที่จะช่วยลดอัตราการตายโดยรวม และผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับผลข้างเคียงของยาก่อนข้างสูง ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (automatic implantable cardioverter defibrillator [AICD]) เมื่อมีภาวะหัวใจผิดจังหวะเครื่องจะทำการตรวจจับ แผลผล และทำการปล่อยกระแสไฟฟ้าหรือช็อก (shock) ทันที เพื่อทำการปรับจังหวะการเต้นของหัวใจใหม่ การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี (Atwater & Daubert, 2012)

แม้ว่าการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติจะ

ช่วยลดอัตราการตายแต่การมีเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติอยู่ในร่างกายส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผลกระทบทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นได้แก่ ความปวด รู้สึกไม่สุขสบายโดยเฉพาะเมื่อต้องการขยับเนื่องจากกระทบกระเทือนถึงแผล ซึ่งอาการปวดดังกล่าวจะคงอยู่นานถึง 6 เดือน (Dunbar, 2005) การช็อกจากเครื่องทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สุขสบายตั้งแต่รู้สึกขาบริเวณที่ฝังเครื่องจนถึงรู้สึกเจ็บเหมือนถูกตะขำที่หน้าอกหรือรู้สึกเหมือนถูกฟ้าผ่า บางรายทนความปวดไม่ไหวจนต้องขอเอาเครื่องออกจากร่างกาย ปัญหาด้านภาพลักษณ์ ปัญหาด้านการนอนหลับโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมด้วยซึ่งจะมีอาการเหนื่อยนอนราบไม่ได้ ทำให้วงจรการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป (Palacios-Cena et al., 2011)

ผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ที่ได้รับการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติได้แก่ ความวิตกกังวล กังวลว่าเครื่องจะไม่ทำงานทำให้ไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ทัน กังวลเรื่องแบตเตอรี่ จะหมด ต้องพึ่งพาเครื่องไปตลอดชีวิต (Kamphius et al., 2004) การปล่อยกระแสไฟฟ้าจากเครื่องเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยตระหนักได้ว่าชีวิตกำลังตกอยู่ในอันตราย ส่งผลให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลและซึมเศร้าซึ่งเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจที่พบมากที่สุด โดยความวิตกกังวลจะพบในระยะเวลา 3 เดือนถึง 12 เดือนหลังจากฝังเครื่อง (Thomas et al., 2006) ส่วนภาวะซึมเศร้าผู้ที่ได้รับการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติมีภาวะซึมเศร้าสูงสุดที่ระยะเวลา 3 ถึง 6 เดือน และยังคงอยู่นานเป็นระยะเวลา 5 ปี (Bilge et al., 2006) ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ในด้านบทบาทหน้าที่การทำงานของผู้ป่วยได้รับผลกระทบเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ดังเดิม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียอิสระ รายได้และหน้าที่ความรับผิดชอบต่อครอบครัว (Palacios-Cena et al., 2011) จากผลกระทบด้านร่างกายและด้านจิตใจที่เกิดขึ้นพร้อมๆกันส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ต่างๆลดลง

สภาพการทำหน้าที่ (functional status) หมายถึง การทำหน้าที่หรือได้ตามปกติของแต่ละบุคคล (Jett &



Cleary, 1987) รวมถึงการทำหน้าที่ของสุขภาพโดยรวม ซึ่งประกอบด้วย 3 มิติหลักได้แก่ 1) มิติด้านการทำหน้าที่ทางกาย (physical function) 2) มิติด้านการทำหน้าที่ทางอารมณ์ (emotional function) 3) การทำหน้าที่ด้านสังคม (social function) ผลกระทบของการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติส่งผลต่อสภาพการทำงานที่โดยการศึกษาของแท็กนีเจมส์และแอลบาแรน (Tagney, James, & Albarran, 2003) พบว่า ในช่วงระยะเวลา 3 ถึง 18 เดือนผู้ป่วยไม่กล้าทำกิจกรรมตามเดิม เนื่องจากรู้สึกไม่กล้า ไม่ทราบว่าจะสิ่งใดที่ควรทำหรือไม่ควรทำเพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงไม่ให้เครื่องทำการช็อกเช่นเดียวกันกับการศึกษาของคิมและคณะ (Kim et al., 2009) พบว่า หลังจาก 1 ปีไปแล้วสภาพการทำงานของผู้ป่วยลดลงเนื่องจากโรคหัวใจที่เป็นอยู่เดิม และหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมเนื่องจากกลัวเครื่องช็อก

จะเห็นว่าการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติถึงแม้ว่าจะเป็นวิธีการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่ส่งผลกระทบต่อสภาพการทำงานที่ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ซึ่งในต่างประเทศมีการศึกษารื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติมาเป็นระยะเวลานานและมีการใช้อย่างแพร่หลาย ในประเทศไทยนำมาใช้เมื่อไม่นานมานี้ซึ่งยังไม่มีการศึกษาในบริบทของคนไทย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสภาพการทำงานที่ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ โดยผลการศึกษาจะทำให้เข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วย ครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ในคนไทยเพื่อได้ข้อมูลพื้นฐานเพื่อประกอบการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพการทำงานที่ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ที่ได้รับการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติเป็นการแก้ไขภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรงได้ อย่างไร

ก็ตามการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม จากการทบทวนวรรณกรรม การฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ ส่งผลกระทบต่อสภาพการทำงานที่ ประกอบด้วย สภาพการทำงานที่ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สภาพการทำงานที่ ด้านอารมณ์ และสภาพการทำงานที่ ด้านสังคม ซึ่งรวมถึงการทำงาน และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้ การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ ผลกระทบดังกล่าว จะยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้จะได้รับการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจมาแล้วเป็นระยะเวลานาน การศึกษาถึงสภาพการทำงานที่ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ที่ได้รับการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติจะทำให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นดังกล่าวเพื่อนำไปสู่การใช้ประโยชน์ในการศึกษาและการดูแล อย่างมีคุณภาพต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านสุขภาพ
2. แบบประเมินสภาพการทำงานที่ (Functional status questionnaire [FSQ]) (Jette et al., 1986) โดยผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบความถูกต้องในการแปลย้อนกลับโดยผู้เชี่ยวชาญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจำนวนสองท่านและตรวจสอบความถูกต้องของการแปลย้อนกลับโดยผู้เชี่ยวชาญภาษาอังกฤษ 1 ท่าน โดยฉบับที่ได้รับการแปลและต้นฉบับมีความตรงกันของภาษา ประกอบด้วยการประเมินสภาพการทำงานที่ 3 ด้าน ได้แก่ สภาพการทำงานที่ด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม แต่ละด้านมีกลุ่มคำถาม ประเมินสภาพการทำงานที่ คำตอบแบบตัวเลือกเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4- 6 ระดับ ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับข้อคำถาม คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) 1) สภาพการทำงานที่ด้านร่างกาย ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน (basic activities of daily living) ได้ค่าความเชื่อมั่น .94 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง



(intermediate activities of daily living) ได้ค่าความเชื่อมั่น .77 2) สภาพการทำงานที่ด้านอารมณ์ คือ สุขภาพจิต (mental health) ได้ค่าความเชื่อมั่น .84 3) สภาพการทำงานที่ด้านสังคม คือ การทำงาน (work performance) ได้ค่าความเชื่อมั่น .72 การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม (social activities) ได้ค่าความเชื่อมั่น .82 และคุณภาพในการเข้าสังคม (quality of interactions) ได้ค่าความเชื่อมั่น .76 และมีข้อคำถามเพิ่มเติมอีก 6 ข้อ คำนวณคะแนนแต่ละกลุ่มโดยใช้สูตร (คะแนนรวมในแต่ละกลุ่ม/จำนวนข้อคำถาม) - 1x(100/ค่าคะแนนที่ยังสูงสุด - ค่าคะแนนที่ยังต่ำสุด) การแปลผลคะแนนจะแบ่งประเมินตามกลุ่มคำถาม แต่ละกลุ่มจะมีการจัดคะแนนไว้เพื่อใช้จำแนกระดับ ดี หมายถึงการประเมินสภาพการทำงานที่ในด้านดังกล่าวอยู่ในระดับปกติ และเขตเตือน (warning zone) หมายถึง ผู้ที่รับการประเมิน มีสภาพการทำงานที่อยู่ในระดับมีความบกพร่องในการทำงานที่ สำหรับข้อคำถามเพิ่มเติมเป็นคำถามให้เลือกตอบข้อเดียวจำนวน 4 ข้อ คำถามอีก 2 ข้อเป็นคำถามปลายเปิด

3. แบบประเมินความวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory Form Y: STAI Form Y) ของ สปิธเบอร์เกอร์ และคณะ (Spielberger et al., 1983) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, และ ดารารวรรณ ต๊ะปันทา (2534) แบ่งออกเป็นแบบประเมินความวิตกกังวล ขณะเผชิญและแบบแฝงจำนวน 40 ข้อ โดยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State-Trait Anxiety Inventory Form Y: STAI Form Y-1) เริ่มตั้งแต่ข้อคำถามที่ 1-20 แต่ละข้อคำถามเกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นในการมีเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติภายในร่างกาย มีระดับความรู้สึก 4 ระดับตั้งแต่ 1 - 4 คือ ไม่มีเลย มีบ้าง มีค่อนข้างมากและ มากที่สุด หาค่าความเชื่อมั่นได้ .87 แบบประเมิน ความวิตกกังวลแบบแฝง (The State-Trait Anxiety Inventory Form Y: STAI Form Y-2) มีข้อคำถาม เริ่มตั้งแต่ข้อที่ 21-40 แต่ละข้อคำถามจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกต่างๆไปที่เกิดขึ้น มีคำตอบให้เลือกระดับความรู้สึก 4 ระดับตั้งแต่ 1 - 4 คือ เกือบไม่มีเลย บางครั้ง บ่อยครั้งและเกือบตลอดเวลา หาค่าความ

เชื่อมั่นได้ .81 โดยแบบประเมินความวิตกกังวลมีคะแนนสูงสุดแต่ละด้าน 80 คะแนน คะแนนต่ำสุด 20 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึงมีความวิตกกังวลระดับสูง คะแนนต่ำ หมายถึงมีความวิตกกังวลระดับต่ำ เกณฑ์การตัดสินว่ามีความวิตกกังวลคือมากกว่าหรือเท่ากับ 40 คะแนน (Spielberger et al., 1983)

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory I [BDI-IA]) (Beck, 1978 as cited in Beck et al., 1979) ซึ่งแปลโดยมุกดา ศรียงค์ (อ้างใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ คำตอบ 4 ตัวเลือก ช่วงคะแนน 0 - 63 แบ่งระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อยจนถึงอาการรุนแรง คะแนนให้เป็น 0 1 2 และ 3 ตามลำดับ การแปลผลระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดย 0 - 9 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือช่วงคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยที่สุด 10 - 16 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 17 - 29 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และ 30 - 63 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หาค่าความเชื่อมั่นได้ .86

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยหลังจากได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 113/2557 ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้จาก เวชระเบียน ที่หน่วยตรวจพิเศษโรคหัวใจ และหลอดเลือดแบบภายนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ทั้งหมด 125 ราย ได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 95 ราย คิดเป็นร้อยละ 76

ผลการวิจัย

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 74.70 มีอายุเฉลี่ย 51.57 ปี โดยช่วงอายุอยู่ระหว่าง 51 - 60 ปี มีมากที่สุดร้อยละ 60.00 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 77.89 อยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 41.05



ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 31.58 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 74.70 จำนวนสมาชิกครอบครัว 1 - 3 คนร้อยละ 77.90 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001 - 15,000 บาท ร้อยละ 48.40 กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจโต ร้อยละ 32.60 รองลงมาเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 17.90 ไม่มีโรคร่วมร้อยละ 54.70 มีโรคร่วม 1 โรคร้อยละ 51.20 มีโรคร่วม 2 โรคร้อยละ 39.50 เคยมีประวัติการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันก่อนฝังเครื่องร้อยละ 49.50 มีข้อบ่งชี้ในการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติเพื่อการป้องกันหัตถิยภูมิร้อยละ 84.20 ระยะเวลาที่ได้รับการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ 1 เดือนร้อยละ 2.11 3 เดือนร้อยละ 4.21 6 เดือนร้อยละ 5.26 1 ปีร้อยละ 21.05 2 ปีและ 3 ปี ร้อยละ 22.11 4 ปีร้อยละ 13.68 และ 5 ปีร้อยละ 9.47 ไม่เคยมีประสบการณ์การถูกช็อกจากเครื่องกระตุ้นไฟฟ้า

หัวใจอัตโนมัติร้อยละ 77.90 สำหรับผู้ที่เคยได้รับการช็อก จำนวนครั้งที่เคยได้รับการช็อกไฟฟ้า 1 ถึง 2 ครั้งพบมากที่สุดร้อยละ 57.14

ผลการศึกษาสภาพการทำหน้าที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสภาพการทำหน้าที่ด้านร่างกาย อารมณ์และสังคมดังนี้ ด้านร่างกายได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานระดับดีร้อยละ 71.60 มีความพร้อมในการทำหน้าที่ร้อยละ 28.40 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลางระดับดีร้อยละ 45.30 มีความพร้อมในการทำหน้าที่ร้อยละ 54.70 ด้านอารมณ์ มีสุขภาพจิตระดับดีร้อยละ 50.50 มีความพร้อมในการทำหน้าที่ร้อยละ 49.50 ด้านสังคม มีการทำงานระดับดีร้อยละ 26.30 มีความพร้อมในการทำหน้าที่ร้อยละ 73.70 มีกิจกรรมทางสังคมระดับดีร้อยละ 55.80 มีความพร้อมในการทำหน้าที่ร้อยละ 44.20 มีคุณภาพในการเข้าสังคมระดับดีร้อยละ 69.50 และมีความพร้อมในการทำหน้าที่ร้อยละ 30.50 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของระดับคะแนนสภาพการทำหน้าที่ในผู้ที่ได้รับการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ รายด้าน (n = 95)

| สภาพการทำหน้าที่ (คะแนน) | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---------------------------------------|------------|--------|
| ด้านร่างกาย | | |
| การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน | | |
| มีความพร้อมในการทำหน้าที่ (0 - 87) | 27 | 28.40 |
| ดี (88 - 100) | 68 | 71.60 |
| การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลาง | | |
| มีความพร้อมในการทำหน้าที่ (0 - 77) | 52 | 54.70 |
| ดี (78 - 100) | 43 | 45.30 |
| ด้านอารมณ์ | | |
| สุขภาพจิต | | |
| มีความพร้อมในการทำหน้าที่ (0 - 70) | 47 | 49.50 |
| ดี (71 - 100) | 48 | 50.50 |
| ด้านสังคม | | |
| การทำงาน | | |
| มีความพร้อมในการทำหน้าที่ (0 - 78) | 70 | 73.70 |
| ดี (79 - 100) | 25 | 26.30 |



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของระดับคะแนนสภาพการทํานํ้าที่ในผู้ที่ได้รับการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติรายด้าน (n = 95) (ต่อ)

| สภาพการทํานํ้าที่ (คะแนน) | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-------------------------------------|------------|--------|
| กิจกรรมทางสังคม | | |
| มีความพร้อมในการทํานํ้าที่ (0 - 78) | 42 | 44.20 |
| ดี (79 - 100) | 53 | 55.80 |
| คุณภาพในการเข้าสังคม | | |
| มีความพร้อมในการทํานํ้าที่ (0 - 69) | 29 | 30.50 |
| ดี (70 - 100) | 66 | 69.50 |

สำหรับสถานการณ์การทำงานใน 1 เดือนที่ผ่านมาพบว่าทำงานเต็มเวลาย้อยละ 36.80 ความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาพบว่าไม่มีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 39.90 ความรู้สึกเกี่ยวกับสุขภาพ มีความพึงพอใจร้อยละ 42.10 และการได้อยู่กับเพื่อนหรือญาติหลายครั้งใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ 33.70

ส่วนความวิตกกังวลทดสอบการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลแบบ

แฝงร้อยละ 90.50 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบแฝงเท่ากับ 45.94 (S.D. = 5.39) และมีความวิตกกังวลขณะเผชิญร้อยละ 90.50 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญเท่ากับ 45.26 (S.D. = 6.25) ผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าทดสอบการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 76.80 มีพื้นฐานเท่ากับ 4.00 (S.D. = 8.25) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ที่ได้รับการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (n = 95)

| ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| ความวิตกกังวลแบบแฝง (range = 35-66, mean =45.94,S.D.=5.39) | | |
| ไม่มีความวิตกกังวลแบบแฝง \leq 39 คะแนน | 9 | 9.50 |
| มีความวิตกกังวลแบบแฝง \geq 40 คะแนน | 86 | 90.50 |
| ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (range = 4-59, mean = 45.26, S.D.6.25) | | |
| ไม่มีความวิตกกังวลขณะเผชิญ \leq 39 คะแนน | 9 | 9.50 |
| มีความวิตกกังวลขณะเผชิญ \geq 40 คะแนน | 86 | 90.50 |
| ภาวะซึมเศร้า (range 0-37 คะแนน, median = 4.00, S.D. = 8.25) | | |
| ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือช่วงคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยที่สุด (0 - 9 คะแนน) | 73 | 76.80 |
| มีภาวะซึมเศร่าระดับเล็กน้อย (10 - 16 คะแนน) | 11 | 11.60 |
| มีภาวะซึมเศร่าระดับปานกลาง (17 - 29 คะแนน) | 8 | 8.40 |
| มีภาวะซึมเศร่าระดับรุนแรง (30 - 63 คะแนน) | 3 | 3.20 |



การอภิปรายผล

สภาพการทำหน้าที่ของผู้ที่ได้รับการฝังเครื่อง กระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ

สภาพการทำหน้าที่ของผู้ที่ได้รับการฝังเครื่อง
กระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ แบ่งเป็น 3 ด้านคือ ด้าน
ร่างกาย ด้านอารมณ์และด้านสังคม

สภาพการทำหน้าที่ที่ด้านร่างกายประกอบด้วย
กิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันระดับปาน
กลาง กิจวัตรประจำวันพื้นฐานส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี
เนื่องจากเป็นกิจกรรมทั่วๆไป ซึ่งสามารถทำได้ในชีวิต
ประจำวัน แต่กิจวัตรประจำวันระดับปานกลางมีความ
พร่องในการทำหน้าที่ร้อยละ 54.70 ทั้งนี้เนื่องจากเป็น
กิจกรรมที่ต้องมีการออกแรงเพิ่มมากขึ้น อาจเนื่องมาจาก
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ใน ช่วงอายุ 51 - 60 ปี ซึ่งเป็น
วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย การมีอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้สภาพการ
ทำหน้าที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของกูราลนิคและ
คณะ (Guralnik et al., 1993) พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นทุก
10 ปีทำให้สภาพการทำหน้าที่ลดลง 2 เท่า นอกจากนี้
กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นอยู่เดิม เช่น โรคกล้ามเนื้อ
หัวใจโตทำให้หน้าที่การทำงานของหัวใจลดน้อยลง
และปัจจัยด้านการมีโรคร่วมพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีโรคร่วม
1 โรคมากที่สุด เช่น โรคไตและ โรคหลอดเลือดสมอง
เป็นต้น ซึ่งการมีโรคร่วมเพียง 1 โรค เป็นปัจจัยที่ส่งผล
ให้สภาพการทำหน้าที่ลดลงได้ (Guralnik et al., 1993)

นอกจากนี้ผู้ที่ได้รับการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ
อัตโนมัติส่วนใหญ่ได้รับการฝังเครื่อง อยู่ในระยะเวลา 1
ถึง 3 ปีมากที่สุด อาจเนื่องมาจากการปรับตัวในการ
ดำเนินชีวิตในสภาพที่มีเครื่องยัง ไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้ไม่
กล้าที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ตามเดิม สอดคล้องกับการ
ศึกษาของ ครอน เอกเซนเนอร์และเยา ปัจจัยด้าน
ประสบการณ์การถูกช็อกไฟฟ้า จำนวนครั้งของการถูก
ช็อกไฟฟ้าส่วนใหญ่ 1 ถึง 2 ครั้ง เป็นปัจจัยที่สามารถ
ทำให้สภาพการทำหน้าที่ลดลง ซึ่งการถูกช็อกไฟฟ้า จาก
เครื่องเพียง 1 ครั้ง ทำให้สภาพการทำหน้าที่ลดลงได้
(Schron et al., 2002) โดยพบว่า ผู้ที่ได้รับการฝังเครื่อง
กระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติมีสภาพการทำหน้าที่ที่ลดลง
ในระยะเวลา 1 ปี

สภาพการทำหน้าที่ด้านอารมณ์หรือสุขภาพจิต อยู่
ในระดับดีร้อยละ 50.50 ใกล้เคียงกับ มีความพร่องใน
การทำหน้าที่ร้อยละ 49.50 อธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่าง
มีโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่เดิม การทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อ
หัวใจนั้นลดลง และการต้องใช้ชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง
อย่างต่อเนื่อง ย่อมส่งผล ต่อสภาพจิตใจ (Kim et al.,
2009) เมื่อพิจารณาจากปัจจัยด้านระยะเวลาในการฝัง
เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ ส่วนใหญ่ฝังเครื่องมาแล้วเป็น
เวลา 1 ถึง 3 ปี ซึ่งผ่านมาเป็นระยะเวลานาน แม้จะมีการ
ปรับตัวใช้ชีวิตอยู่กับเครื่องได้ แต่ยังคงมีผลกระทบต่อ
สภาพจิตใจอยู่ โดยกลุ่มตัวอย่างบางส่วนอาจมีสภาพการ
ทำหน้าที่ด้านอารมณ์ที่อยู่ในระดับปกติ มีความวิตกกังวล
ลดลงตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น จากคะแนนสภาพการทำ
หน้าที่ด้านอารมณ์ที่ตีมากกว่ามีความพร่องในการทำ
หน้าที่เล็กน้อย แต่บางส่วนยังไม่สามารถปรับอารมณ์หรือ
จิตใจให้เป็นปกติได้ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของโทมัส
(Thomas et al, 2006) ที่พบว่า พบความวิตกกังวลหลัง
ฝังเครื่องที่ 3 เดือน และลดลงช่วงระยะเวลา 6 เดือน ถึง
12 เดือน การถูกช็อกไฟฟ้าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิด
ความผิดปกติของอารมณ์และจิตใจตามมา ซึ่งเป็นภาวะ
ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ การถูกช็อกไฟฟ้าแม้เพียง 1 ครั้ง
ย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจได้เช่นกัน (Dunbar, 2005)

สภาพการทำหน้าที่ด้านสังคม ประกอบด้วย การ
ทำงาน กิจกรรมทางสังคมและคุณภาพ ในการเข้าสังคม
การทำงานพบที่มีความพร่องในการทำหน้าที่ ร้อยละ
73.70 กลุ่มตัวอย่าง มีปัญหา ในการทำงาน ไม่สามารถ
กลับไปทำงานตามเดิมได้ สถานการณ์ในการทำงาน 1
เดือนที่ผ่านมาทำงานเต็มเวลาย้อยละ 36.80 แต่มีผู้ที่ว่าง
งานเนื่องจากปัญหาสุขภาพร้อยละ 25.30 ทั้งนี้อาจ
เนื่องจากผู้ที่ได้รับการฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ
อัตโนมัติมีความยากลำบากในการกลับไปทำงานเดิมที่
ต้องออกแรงหรือใช้กำลังเพราะมีอาชีพเกษตรกรรมร้อย
ละ 31.58 สอดคล้องกับการศึกษา ของลูเดริทซ์จุง ดีเซอร์
มาเนอโรสและมานซ์ (Luderitz, Jung, Deiser,
Marneros & Manz, 1993) ที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 39
ประสบกับความลำบากในการกลับไปใช้ชีวิตตามเดิม
ร้อยละ 88 ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพตามเดิมได้



นอกจากนี้จากพยาธิสภาพของโรคและความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นอยู่เดิม ส่งผลให้การทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (Kim et al., 2009) กลุ่มตัวอย่างเคยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันร้อยละ 49.50 การที่กลุ่มตัวอย่างเคยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันมาก่อน ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของ การรู้คิดและอาจไม่สามารถกลับไปทำงานหรือประกอบอาชีพที่ต้องมีการตัดสินใจเพื่อการบริหารจัดการได้ (Kim et al., 2009)

กิจกรรมทางสังคมพบว่ามีการทำกิจกรรมทางสังคมได้ร้อยละ 55.80 มากกว่า มีความพร้อมในการทำหน้าที่ร้อยละ 44.20 กลุ่มที่มีความบกพร่องอาจเป็นผลจากสภาวะร่างกายที่ปฏิบัติกิจกรรมได้ลดลงนั้นส่งผลให้กิจกรรมทางสังคมลดลงไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของโมริซ คาสและเบอร์คามาน (Moritz, Kasl, & Berkaman, 1995) การมีปัจจัยด้านสังคมหรือการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมที่น้อย จะมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ที่ลดลง แต่คุณภาพในการเข้าสังคมพบว่ามีอยู่ในระดับปกติ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังรับรู้และสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคมได้ในระดับปกติ หากกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมก็จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมได้อย่างมีคุณภาพ

ความวิตกกังวลของผู้ที่ได้รับการฝังเครื่องกระดูกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ

ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลแบบแฝงและขณะเผชิญของผู้ที่ได้รับการฝังเครื่องกระดูกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติมีค่าคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน 45.94 และ 45.26 ตามลำดับ สอดคล้องกับแนวคิดของสปีลเบิร์กเกอร์และคณะ (Spielberger et al., 1983) พบว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบแฝงสูงจะทำให้มีความวิตกกังวลขณะเผชิญมีความรุนแรงมากขึ้น เมื่อพิจารณาจากปัจจัยพื้นฐาน การที่กลุ่มตัวอย่าง มีความวิตกกังวลอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งมีบทบาทสำคัญเป็นหัวหน้าครอบครัว การเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดความรู้สึกพึ่งพา สูญเสียอิสระ บทบาทการเป็นผู้ในครอบครัว (Kamphius et al., 2004) อย่างไรก็ตามแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความวิตก

กังวล แต่เมื่อเทียบจากคะแนนสูงสุดระดับคะแนนความวิตกกังวลไม่สูงมาก ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากการที่ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรสคู่ มีจำนวนสมาชิกครอบครัวที่อยู่ร่วมกัน คนในครอบครัวสนับสนุนดูแล นอกจากนี้ความวิตกกังวลอาจเกิดจากมีโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นอยู่ยอมทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และส่วนใหญ่มีโรคร่วม ซึ่งการมีโรคร่วมนั้นสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ (Kim et al., 2009) อีกทั้งระยะเวลาในการฝังเครื่องกระดูกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความวิตกกังวล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการฝังเครื่อง 1 ถึง 3 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลานาน ทำให้คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลไม่สูงมากแต่ยังคงมีความวิตกกังวลคงอยู่ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง สามารถปรับตัวได้มากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแคมเพียสและคณะ (Kamphius et al., 2004) ที่พบว่าความวิตกกังวลในผู้ที่ได้รับการฝังเครื่องกระดูกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติไม่เปลี่ยนแปลงตั้งแต่หลังฝังเครื่องจนถึง 12 เดือน และการศึกษาของพีเดอร์เซนและคณะ (Pedersen et al., 2011) ที่พบว่าความวิตกกังวลจะคงอยู่หลังฝังเครื่องมากกว่า 1 ปี

ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่ได้รับการฝังเครื่องกระดูกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ได้รับการฝังเครื่องกระดูกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติไม่มีภาวะซึมเศร้าย้อยละ 76.80 อธิบายได้ว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งมีการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ที่ได้รับการฝังเครื่องกระดูกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติส่วนใหญ่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Bilge et al., 2006) จึงมีคะแนนภาวะซึมเศร้าที่น้อย นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาจากสถานภาพการสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรสคู่ ทำให้รู้สึกไม่โดดเดี่ยว (Bilge et al., 2006) อีกทั้ง กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี โดยมีสมาชิกครอบครัวให้การดูแล และกลุ่มตัวอย่างมีระดับสภาพการทำงานที่ด้านคุณภาพในการเข้าสังคมอยู่ในระดับดี แสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม มีเครือข่ายทางสังคมที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของเมเยอร์และเจมส์ (Mayer & James, 2008) พบว่าผู้ที่ได้รับการฝัง



- Jette, A. M., Davies, A. R., Cleary, P. D., Calkins, D. R., Rubenstein, L. V. & Fink, A. (1986). The Functional Status Questionnaire: Reliability and Validity when used in primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 1, 143-149.
- Kamphuis, H. C., Verhoe, N. M., Leeuw, R., Derksen, R., Hauer, R. N. & Winnubst, J. A. (2004). ICD a qualitative study of patient experience the first year after implantation. *Journal of Clinical Nursing*, 13(8), 1008 - 1016.
- Kim, J. S., Pressler, S. J., Welch, J. L., Damush, T., Sloan, R. S., & Wu, J. (2009). Physical function of patients with implantable cardioverter-defibrillators. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(5), 398-409.
- Luderitz, B., Jung, W., Deister, A., Manneros, A., Manz, M. (1993). Patients acceptance of the implantable cardioverter defibrillator in ventricular tachyarrhythmias. *Pacing Clinical Electrophysiology*, 18(7), 1411-1418.
- Mayers, G. M. & James, G. D. (2008). Social support, anxiety, and support group participation in patients with an implantable cardioverter defibrillator. *Progress Cardiovascular Nursing*, 23, 160-167.
- Moritz, D. J., Kasl, S. L., & Berkman, L. F. (1995). Cognitive functioning and the incidence of limitations in activities of daily living in an elderly community sample. *American Journal of Epidemiology*, 141, 41-49.
- Palacios-Cena, D., Losa-Iglesia, M. E., Alvarez-Lopez, C., Cachon-Perez, M., Reyes, R. A. R., Savadores-Fuentes, P. (2011). Patients, intimate partners and family experiences of implantable cardioverter defibrillators: qualitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), 2537-2550.
- Pedersen, S. S., den Broek, K. C., Theuns, D. A., Erdman, R. A., Alings, M. (2011). Risk of chronic anxiety in implantable cardioverter defibrillator patients: A multi-center study. *Internal Medicine Journal of Cardiology*, 147(3), 420-423.
- Schron, E. B., Exner, D. V. & Yao, Q. (2002). Quality of life in the antiarrhythmics versus implantable defibrillators trial: impact of therapy and influence of adverse symptoms and defibrillator shocks. *Circulation*, 105(5), 589-594.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory (form V)*. New York: Consulting Psychologists. St. Louis: Mosby
- Tagney, J., James, J. E. & Albarran, J. W. (2003). Exploring the patient's experiences of learning to live with an implantable cardioverter defibrillator (ICD) from one UK centre: a qualitative study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(3), 195-203.
- Thomas, S. A., Friedmann, E., Kao, C., Inguito, P., Metcalf, M., Kelly, F. J. et al. (2006). Quality of life and psychological status of patients with implantable cardioverter defibrillators. *American Journal of Critical Care*, 15, 389-398.

Translated Thai References

- Thapinta, D. (1991). Reduction of anxiety of staff nurses working with AIDS patients through cognitive restructuring and mindfulness training. *Nursing Journal*, 19(4), 1-9. (In Thai)
- Sanseeha, L. (1993). Depression and negative automatic thoughts of late adolescents. Thesis Master of Education Program, Mental Health and Psychiatric Nursing, Graduate School, Chiang Mai University. (In Thai)